

**ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN
-----o0o-----**

NGUYỄN THỊ HOÀI AN

**DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG
BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

Hà Nội - 2026

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN
-----o0o-----

NGUYỄN THỊ HOÀI AN

**DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG
BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN**

Chuyên ngành: Công tác xã hội

Mã số: 9760101.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS.TS. Trịnh Văn Tùng**
- 2. TS. Đặng Kim Khánh Ly**

Hà Nội - 2026

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan luận án là công trình nghiên cứu khoa học của tôi, được thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS.TS Trịnh Văn Tùng và TS. Đặng Kim Khánh Ly. Toàn bộ dữ liệu, kết quả nghiên cứu nêu trong luận án là xác thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Nguyễn Thị Hoài An

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc và kính trọng của tôi tới PGS.TS. Trịnh Văn Tùng, giảng viên hướng dẫn chính của tôi. Thầy là người đã giúp tôi định hướng những ý tưởng và kiên trì thực hiện hướng nghiên cứu của luận án ngay từ ban đầu, cũng như đã luôn tận tâm, chỉ bảo, góp ý cho tôi trong suốt quá trình thực hiện luận án.

Tôi cũng xin bày tỏ niềm biết ơn và trân trọng của tôi tới TS. Đặng Kim Khánh Ly, giảng viên đồng hướng dẫn tôi. Trong quá trình thực hiện luận án, Cô lúc nào cũng sẵn sàng chỉ dẫn, định hướng, góp ý, sửa chữa luận án cho tôi hết sức tận tình và cô cũng luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất để tôi vượt qua mọi rào cản của bản thân.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới Trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Ban Chủ nhiệm khoa cùng các thầy cô giáo Khoa Xã hội học & Công tác xã hội, phòng Phòng Đào tạo và Công tác người học đã giúp đỡ và tạo điều kiện tốt nhất để tôi hoàn thành luận án.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới lãnh đạo Trường KHXH&NV, Trường Đại học Vinh, Lãnh đạo Khoa Du lịch & Công tác xã hội, đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi để có thể hoàn thành luận án của mình.

Xin gửi lời cảm ơn sự giúp đỡ, hỗ trợ của tập thể cán bộ, nhân viên y tế, người làm công tác xã hội, người bệnh & gia đình người bệnh tại 5 bệnh viện ở Nghệ An đã hỗ trợ tôi trong quá trình khảo sát.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc, chân thành đến gia đình, bạn bè thân thiết, các anh chị đồng nghiệp đã luôn bên cạnh động viên, khích lệ, hỗ trợ cả về tinh thần và vật chất để tôi có thể đi đến cuối chặng đường. Sự giúp đỡ của mọi người giúp tôi có thêm niềm tin, động lực để vượt qua những khó khăn, trở ngại trong quá trình làm luận án.

Tác giả luận án

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

LỜI CẢM ƠN

| | |
|---|----|
| MỤC LỤC | 1 |
| DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT | 5 |
| DANH MỤC CÁC BẢNG | 6 |
| DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ | 8 |
| DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ | 8 |
| MỞ ĐẦU | 9 |
| 1. Lý do chọn đề tài | 9 |
| 2. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu | 11 |
| 3. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu..... | 12 |
| 4. Câu hỏi nghiên cứu..... | 14 |
| 5. Giả thuyết nghiên cứu | 15 |
| 6. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án..... | 15 |
| 7. Bố cục của luận án..... | 16 |
| Chương 1. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU | 19 |
| 1.1. Các nghiên cứu về mô hình tổ chức và nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện..... | 20 |
| 1.1.1. Nghiên cứu về mô hình tổ chức công tác xã hội trong bệnh viện | 20 |
| 1.1.2. Nghiên cứu về nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện | 26 |
| 1.2. Các nghiên cứu về hiệu quả và sự hài lòng trong dịch vụ công tác xã hội bệnh viện | 38 |
| 1.2.1. Nghiên cứu về hiệu quả của công tác xã hội trong bệnh viện | 38 |
| 1.2.2. Nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động công tác xã hội | 41 |
| 1.3. Các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 45 |
| 1.3.1. Nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện..... | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 1.3.2. Nghiên cứu về giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 47 |
| 1.4. Tóm lược các kết quả và khoảng trống nghiên cứu..... | 50 |
| Tiểu kết chương 1 | 53 |
| Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU | 55 |
| 2.1. Các khái niệm công cụ | 55 |
| 2.1.1. Công tác xã hội trong bệnh viện..... | 55 |
| 2.1.2. Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện..... | 61 |
| 2.2. Lý thuyết vận dụng..... | 63 |
| 2.2.1. Lý thuyết hệ thống..... | 63 |
| 2.2.2. Lý thuyết nhu cầu..... | 66 |
| 2.2.3. Lý thuyết vai trò | 68 |
| 2.3. Khung phân tích..... | 71 |
| 2.4. Các phương pháp nghiên cứu | 72 |
| 2.4.1. Thiết kế nghiên cứu và đạo đức nghiên cứu..... | 72 |
| 2.4.2. Phương pháp phân tích tài liệu | 75 |
| 2.4.3. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi | 77 |
| 2.4.4. Phương pháp phỏng vấn sâu..... | 87 |
| 2.4.5. Phương pháp tham vấn ý kiến chuyên gia..... | 88 |
| 2.5. Đặc điểm địa bàn nghiên cứu, khách thể nghiên cứu | 89 |
| 2.5.1. Địa bàn nghiên cứu..... | 89 |
| 2.5.2. Khách thể nghiên cứu..... | 91 |
| Tiểu kết chương 2..... | 98 |
| Chương 3. THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN | 99 |
| 3.1. Hoạt động tổ chức thực hiện các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An..... | 99 |
| 3.1.1. Bối cảnh hệ thống y tế và khung chính sách liên quan đến triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 99 |
| 3.1.2. Mô hình tổ chức và quy trình vận hành dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 105 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.3. Nhân lực thực hiện dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 112 |
| 3.1.4. Đặc điểm và xu hướng triển khai dịch vụ công tác xã hội bệnh viện..... | 119 |
| 3.1.5. Mức độ thực hiện dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An..... | 124 |
| 3.2. Khó khăn, nhu cầu và mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà trong quá trình khám chữa bệnh..... | 130 |
| 3.2.1. Khó khăn của người bệnh/người nhà trong quá trình khám chữa bệnh | 130 |
| 3.2.2. Nhu cầu của người bệnh/người nhà người bệnh về dịch vụ công tác xã hội | 137 |
| 3.2.3. Mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà..... | 144 |
| 3.3. Đánh giá hiệu quả của dịch vụ công tác xã hội và mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng | 147 |
| 3.3.1. Đánh giá hiệu quả dịch vụ công tác xã hội theo nhận định của người làm công tác xã hội..... | 147 |
| 3.3.2. Đánh giá mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng đối với dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 154 |
| Tiểu kết chương 3..... | 166 |
| Chương 4. QUAN ĐIỂM CỦA NGƯỜI LÀM CÔNG TÁC XÃ HỘI VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN..... | 169 |
| 4.1. Các yếu tố thuộc về tổ chức và chính sách liên quan đến việc triển khai hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện | 169 |
| 4.1.1. Yếu tố thuộc về tổ chức..... | 169 |
| 4.1.2. Yếu tố thuộc về chính sách phát triển đội ngũ..... | 179 |
| 4.2. Các yếu tố thuộc về nhân lực công tác xã hội | 183 |
| 4.2.1. Yếu tố năng lực và điều kiện hành nghề của người làm công tác xã hội | 183 |
| 4.2.2. Nhận thức của đội ngũ người làm công tác xã hội về vai trò | |

| | |
|---|------------|
| thực hiện nhiệm vụ của mình trong bệnh viện..... | 188 |
| Tiểu kết chương 4..... | 199 |
| KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ..... | 200 |
| 1. Kết luận | 200 |
| 2. Các khuyến nghị nhằm nâng cao hiệu quả dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An..... | 201 |
| 3. Hạn chế của luận án và hướng nghiên cứu tiếp theo | 205 |
| DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN | |
| QUAN ĐẾN LUẬN ÁN | 207 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO..... | 208 |
| PHỤ LỤC | 223 |

DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|---------|--|
| AASW | : Australian Association of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội Úc) |
| BASW | : The British Association of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội Anh) |
| BV | : Bệnh viện |
| BVĐK | : Bệnh viện Đa khoa |
| CASW | : Canadian Association of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội Canada) |
| CTXH | : Công tác xã hội |
| ĐKTP | : Đa khoa Thành phố |
| IFSW | : International Federation of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội quốc tế) |
| NASW | : National Association of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội Hoa Kỳ) |
| NB | : Người bệnh |
| NCS | : Nghiên cứu sinh |
| NNNB | : Người nhà người bệnh |
| NVYT | : Nhân viên y tế |
| SASW | : Singapore Association of Social Workers (Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội Singapore) |
| TP | : Thành phố |
| TT-GDSK | : Truyền thông - Giáo dục sức khỏe |

DANH MỤC CÁC BẢNG

| | |
|--|-----|
| Bảng 2.1. Cơ cấu mẫu khảo sát người làm công tác xã hội theo cơ sở y tế..... | 83 |
| Bảng 2.2. Cấu trúc bảng hỏi khảo sát người làm CTXH trong bệnh viện..... | 84 |
| Bảng 2.3. Cơ cấu Phòng vấn sâu | 88 |
| Bảng 2.4. Đặc điểm nhân khẩu người bệnh/người nhà người bệnh | 91 |
| Bảng 2.5. Một số đặc điểm bệnh lý và điều trị bệnh của người bệnh..... | 93 |
| Bảng 2.6. Đặc điểm nhân khẩu xã hội của người làm công tác xã hội..... | 95 |
| Bảng 3.1. Hệ thống văn bản pháp lý về sự hình thành và phát triển dịch vụ công tác xã hội trong ngành Y tế Việt Nam..... | 101 |
| Bảng 3.2. Quá trình phát triển tổ chức hoạt động công tác xã hội tại bệnh viện..... | 106 |
| Bảng 3.3. Thực trạng triển khai các hoạt động hỗ trợ, tư vấn giải quyết các vấn đề về công tác xã hội cho người bệnh/người nhà người bệnh..... | 120 |
| Bảng 3.4. Mức độ thường xuyên nhận được hỗ trợ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh | 124 |
| Bảng 3.5. Khó khăn của người bệnh/người nhà người bệnh | 130 |
| Bảng 3.6. Sự khác biệt về mức độ khó khăn của người bệnh/người nhà người bệnh theo một số đặc điểm xã hội và điều kiện điều trị | 135 |
| Bảng 3.7. Nhu cầu của người bệnh/người nhà người bệnh về dịch vụ công tác xã hội..... | 138 |
| Bảng 3.8. Sự khác biệt về nhu cầu dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/ người nhà người bệnh theo một số đặc điểm và điều kiện điều trị..... | 142 |
| Bảng 3.9. Mức độ tiếp cận của người bệnh/người nhà với các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện | 146 |
| Bảng 3.10. Đánh giá của người làm công tác xã hội về mức độ hiệu quả hoạt động hỗ trợ người bệnh/người nhà người bệnh..... | 148 |

| | |
|---|-----|
| Bảng 3.11 Sự khác biệt về hiệu quả dịch vụ công tác xã hội theo nhận định của người làm công tác xã hội phân theo cơ sở y tế và phân tuyến bệnh viện..... | 152 |
| Bảng 3.12. Mức độ hài lòng của người bệnh/gia đình người bệnh với dịch vụ hỗ trợ tư vấn tại bệnh viện..... | 155 |
| Bảng 3.13. Sự khác biệt về mức độ hài lòng đối với dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện của người bệnh theo đặc điểm cá nhân và bối cảnh điều trị..... | 158 |
| Bảng 4.1. Quan điểm của người làm công tác xã hội về yếu tố tổ chức ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện | 169 |
| Bảng 4.2. Quan điểm của người làm công tác xã hội về yếu tố chính sách phát triển đội ngũ ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện..... | 179 |
| Bảng 4.3. Quan điểm của người làm công tác xã hội về năng lực và điều kiện hành nghề ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội..... | 183 |
| Bảng 4.4. Mức độ nhận thức của người làm công tác xã hội về vai trò thực hiện nhiệm vụ của chính mình | 188 |
| Bảng 4.5. Sự khác biệt trong nhận thức của đội ngũ công tác xã hội về vai trò thực hiện nhiệm vụ của mình trong bệnh viện | 192 |

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

| | |
|---|-----|
| Biểu đồ 3.1. Giới tính của đội ngũ người làm công tác xã hội tại bệnh viện | 113 |
| Biểu đồ 3.2. Tuổi của đội ngũ người làm công tác xã hội trong bệnh viện..... | 114 |
| Biểu đồ 3.3. Địa bàn làm việc của đội ngũ nhân lực CTXH | 115 |
| Biểu đồ 3.4. Chuyên ngành đào tạo của người làm CTXH trong bệnh viện..... | 116 |
| Biểu đồ 3.5. Kinh nghiệm làm việc của người làm công tác xã hội trong bệnh viện | 117 |
| Biểu đồ 3.6. Mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của NB/NNNB | 145 |

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

| | |
|---|----|
| Sơ đồ 2.1. Khung phân tích của nghiên cứu | 72 |
| Sơ đồ 2.2. Quy trình tổ chức nghiên cứu..... | 73 |
| Sơ đồ 3.1. Sơ đồ tổ chức hệ thống y tế tỉnh Nghệ An | 99 |

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

Trong bối cảnh hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện đại ngày càng hướng tới cách tiếp cận toàn diện đối với người bệnh, công tác xã hội (CTXH) trong lĩnh vực y tế đã dần trở thành một chuyên ngành thực hành quan trọng ở nhiều quốc gia trên thế giới. Tại các cơ sở khám chữa bệnh, việc chăm sóc người bệnh không chỉ dừng lại ở các can thiệp y khoa mà còn cần sự hỗ trợ về tâm lý, xã hội và các điều kiện sống có liên quan đến quá trình điều trị. Vì vậy, công tác xã hội trong bệnh viện được xem là một thành tố quan trọng của mô hình chăm sóc toàn diện, góp phần hỗ trợ người bệnh và gia đình thích ứng với những khó khăn phát sinh trong quá trình điều trị, đồng thời tăng cường sự phối hợp giữa các chuyên ngành trong chăm sóc sức khỏe (Cowles, 2012; Gehlert & Browne, 2019).

Các nghiên cứu quốc tế cho thấy sự tham gia của công tác xã hội không chỉ giúp người bệnh cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà còn góp phần nâng cao sự tuân thủ điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống và hỗ trợ giải quyết các vấn đề xã hội có liên quan đến bệnh tật, đặc biệt đối với các nhóm dễ bị tổn thương như người nghèo, người cao tuổi hoặc người mắc bệnh mạn tính (Beder, 2006; Judd & Sheffield, 2010). Nhờ đó, công tác xã hội trong bệnh viện ngày càng được xem là một bộ phận quan trọng của hệ thống chăm sóc sức khỏe lấy người bệnh làm trung tâm.

Tại Việt Nam, cùng với quá trình đổi mới hệ thống an sinh xã hội và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, công tác xã hội trong bệnh viện đã ngày càng được quan tâm và từng bước phát triển trong hơn một thập niên gần đây. Nhằm thiết lập và từng bước hoàn thiện hành lang pháp lý cho việc triển khai các hoạt động công tác xã hội trong các cơ sở khám chữa bệnh, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 43/2015/TT-BYT quy định về nhiệm vụ và tổ chức hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện; trên cơ sở đó, tiếp tục ban hành Thông tư số 51/2024/TT-BYT nhằm cập nhật, bổ sung và hoàn thiện khung pháp lý theo hướng chuẩn hóa vị trí việc làm, nâng cao tính chuyên nghiệp và tăng cường vai trò tích hợp của công tác xã hội

trong hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Theo kết quả khảo sát của Bộ Y tế đối với các cơ sở khám chữa bệnh trên phạm vi toàn quốc, phần lớn các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh đã thiết lập bộ phận công tác xã hội và từng bước triển khai các nhiệm vụ theo quy định (Nguyễn Tuấn Hưng, 2025). Bên cạnh đó, một số nghiên cứu trong nước cũng đã đề cập đến vai trò của công tác xã hội trong bệnh viện, đặc biệt trong việc hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người bệnh, kết nối nguồn lực xã hội và góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Nguyễn Ngọc Hương, 2016; Bùi Thị Thanh Tuyền, 2020).

Tuy nhiên, việc triển khai công tác xã hội trong bệnh viện ở Việt Nam vẫn còn gặp nhiều khó khăn và rào cản. Ở nhiều cơ sở y tế, các hoạt động công tác xã hội mới chỉ dừng ở một số hình thức hỗ trợ mang tính tình huống hoặc mang tính phong trào, trong khi các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp như tham vấn tâm lý, quản lý ca hoặc hỗ trợ tâm lý - xã hội toàn diện cho người bệnh vẫn chưa được triển khai đầy đủ. Những hạn chế này xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó nổi bật là tình trạng thiếu hụt nguồn nhân lực công tác xã hội được đào tạo chuyên ngành; nhận thức chưa đầy đủ của một bộ phận nhân viên y tế về vai trò của công tác xã hội; cơ chế phối hợp giữa công tác xã hội với các bộ phận chuyên môn trong bệnh viện còn hạn chế; cũng như điều kiện về nguồn lực tài chính và cơ chế vận hành dịch vụ chưa thực sự phù hợp (Bùi Thị Mai Đông, 2020; Bùi Thị Thanh Tuyền, 2020).

Trong bối cảnh đó, Nghệ An là địa phương có quy mô dân số lớn, địa bàn rộng, bao gồm nhiều khu vực miền núi, nông thôn và vùng còn gặp khó khăn về phát triển kinh tế - xã hội. Thực tiễn cho thấy, người bệnh khi tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh không chỉ đối mặt với các vấn đề sức khỏe mà còn chịu tác động của nhiều khó khăn mang tính đa chiều như áp lực tâm lý, gánh nặng tài chính, thiếu hụt nguồn lực chăm sóc và những rào cản xã hội khác. Những yếu tố này làm gia tăng đáng kể nhu cầu đối với các dịch vụ hỗ trợ tâm lý - xã hội trong bệnh viện, đặc biệt đối với nhóm người bệnh có hoàn cảnh khó khăn, bệnh lý nặng hoặc phải điều trị dài ngày. Mặc dù một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An đã thành lập Phòng hoặc Tổ Công tác xã hội và triển khai các hoạt động hỗ trợ người bệnh, song việc tổ

chức và cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện vẫn còn nhiều hạn chế. Nhiều bệnh viện thiếu nhân lực công tác xã hội chuyên trách; phần lớn cán bộ thực hiện công tác xã hội là kiêm nhiệm từ các bộ phận khác; phạm vi và chất lượng dịch vụ chưa đồng đều giữa các bệnh viện; mức độ nhận biết và tiếp cận dịch vụ của người bệnh còn hạn chế; cơ chế phối hợp giữa công tác xã hội với các bộ phận chuyên môn trong bệnh viện chưa thực sự hiệu quả. Bên cạnh đó, sự khác biệt về điều kiện nguồn lực giữa các tuyến bệnh viện cũng như đặc điểm kinh tế - xã hội của người bệnh là những yếu tố có thể ảnh hưởng đáng kể đến việc triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại địa phương.

Mặc dù một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An đã thành lập Phòng hoặc Tổ Công tác xã hội và bước đầu triển khai các hoạt động hỗ trợ người bệnh, song vẫn còn tồn tại những khoảng trống trong tổ chức và cung cấp dịch vụ. Cho đến nay, các nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An còn tương đối ít, đặc biệt thiếu các nghiên cứu tiếp cận theo hướng tổng hợp xem xét đồng thời nhu cầu dịch vụ của người bệnh, mức độ cung cấp dịch vụ và các yếu tố ảnh hưởng trong bối cảnh địa phương. Thực trạng này cho thấy sự cần thiết phải tiếp tục bổ sung các bằng chứng thực nghiệm có hệ thống nhằm củng cố luận cứ khoa học cho việc hoàn thiện mô hình tổ chức và nâng cao hiệu quả hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện.

Từ thực tiễn đó, đề tài **“Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An”** được thực hiện với mong muốn đóng góp giá trị cả về mặt lý luận và ứng dụng. Về phương diện khoa học, nghiên cứu nhằm bổ sung cơ sở lý luận cho lĩnh vực CTXH Y tế. Về thực tiễn, kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ gợi ý một số giải pháp khả thi, sát thực với điều kiện đặc thù của Nghệ An, góp phần thúc đẩy tiến trình chuyên nghiệp hóa và nâng cao hiệu quả dịch vụ CTXH trong bối cảnh cụ thể của địa phương.

2. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục đích nghiên cứu

Nghiên cứu hệ thống cơ sở lý luận về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện và khảo sát những khó khăn và nhu cầu hỗ trợ của người bệnh và người nhà

người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh; đồng thời đánh giá thực trạng và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai ba nhóm dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện theo Thông tư 43/2015/TT-BYT. Trên cơ sở đó, luận án đề xuất các khuyến nghị nhằm hoàn thiện và nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong hệ thống bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Với mục đích nghiên cứu được xác định như trên, luận án thực hiện những nhiệm vụ sau đây:

2.2.1. Hệ thống hóa cơ sở lý luận về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

2.2.2. Khảo sát khó khăn; nhu cầu hỗ trợ và mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của NB/NNNB tại các bệnh viện ở Nghệ An.

2.2.3. Mô tả thực trạng triển khai dịch vụ công tác xã hội tại các bệnh viện ở Nghệ An.

2.2.4. Phân tích quan điểm của người làm công tác xã hội về các yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ công tác xã hội tại các bệnh viện ở Nghệ An.

2.2.5. Đề xuất một số khuyến nghị nhằm hoàn thiện và nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội phù hợp với điều kiện thực tiễn và định hướng phát triển CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An.

3. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Trong đó tập trung vào nghiên cứu 3 nhóm dịch vụ theo khung nhiệm vụ quy định tại Thông tư 43/2015/TT-BYT, bao gồm: (1) Hỗ trợ tư vấn người bệnh/người nhà người bệnh; (2) Hỗ trợ nhân viên y tế; (3) Truyền thông - giáo dục sức khỏe.

3.2. Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên các nhóm khách thể sau đây:

- + 500 Người bệnh và người nhà người bệnh trong thời gian điều trị nội trú
- + 105 Người làm công tác xã hội
- + 5 lãnh đạo bệnh viện

3.3. Phạm vi nghiên cứu

3.3.1. Phạm vi thời gian

Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian 3 năm, từ năm 2021 đến năm 2024. Quá trình thu thập dữ liệu được tiến hành trong nhiều giai đoạn và tập trung nhiều nhất trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

3.3.2. Phạm vi không gian

Nghiên cứu được thực hiện tại 5 bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An, trong đó có 3 bệnh viện tuyến tỉnh và 2 bệnh viện tuyến huyện. Cụ thể:

- Bệnh viện tuyến tỉnh: Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, Bệnh viện Sản nhi Nghệ An, Bệnh viện Đa khoa Tây Nam Nghệ An;
- Bệnh viện tuyến huyện: Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh, Bệnh viện Đa khoa Khu vực thanh chương.

Nhìn chung, năm bệnh viện được lựa chọn đều là những bệnh viện có uy tín và chất lượng. Cả năm bệnh viện đều đã có phòng công tác xã hội và nhân viên công tác xã hội hoạt động.

3.3.3. Giới hạn phạm vi nội dung

Trong khuôn khổ đề tài, luận án tập trung vào ba nhóm nội dung chính. Thứ nhất, nghiên cứu những khó khăn mà người bệnh và người nhà người bệnh gặp phải trong quá trình khám chữa bệnh, đồng thời xác định nhu cầu hỗ trợ của họ đối với dịch vụ công tác xã hội tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Thứ hai, đề tài tập trung trọng tâm nghiên cứu đánh giá thực trạng tổ chức và mức độ triển khai ba nhóm hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện theo Thông tư 43/2015/TT-BYT, gồm: (i) hỗ trợ - tư vấn người bệnh và người nhà người bệnh; (ii) hỗ trợ nhân viên y tế; và (iii) truyền thông - giáo dục sức khỏe. Thứ ba, luận án chỉ tập trung phân tích nhận định của người làm công tác xã hội về các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả triển khai các 3 nhóm hoạt động nêu trên. Do luận án thực hiện trước khi Thông tư 51/2024/TT-BYT ra đời nên luận án chỉ nghiên cứu các hoạt động CTXH theo Thông tư 43/2015/TT-BYT quy định về các nhiệm vụ triển khai CTXH trong bệnh viện tại thời điểm đó và hiểu rằng đó chính là các dịch vụ CTXH được xác định triển khai tại bệnh viện.

3.3.4. Giới hạn về khách thể khảo sát

Đặc điểm phổ biến tại các phòng công tác xã hội trong bệnh viện ở Việt Nam là những cán bộ thuộc phòng công tác xã hội đều được xem là nhân viên công tác xã hội. Vì vậy, các khách thể trong nghiên cứu này không phải tất cả là nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp (người được đào tạo bài bản, chính quy về công tác xã hội ở các trường Cao đẳng, Đại học hoặc Sau Đại học), mà bao gồm bao gồm cả nhân sự chuyên ngành CTXH và những người từ ngành khác được phân công làm CTXH, gọi chung là “người làm công tác xã hội”.

Theo WHO, Nhân lực ngành y tế bao gồm bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, dược sỹ... đó là thành phần vô cùng quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng. Việc nghiên cứu hết các khách thể nghiên cứu này sẽ là tối ưu và đảm bảo tính khách quan của kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên, vì không có điều kiện để điều tra trên diện rộng, đồng thời trong thực tiễn. Đội ngũ bác sỹ và điều dưỡng là những người trực tiếp làm việc với nhân viên phòng công tác xã hội, do đó luận án chỉ thực hiện khảo sát khách thể nhân viên y tế là đội ngũ bác sỹ và điều dưỡng tại bệnh viện, không thực hiện khảo sát với các nhân viên y tế khác. Cách đánh giá này cũng là phổ biến ở một số nghiên cứu trên thế giới (Y. Albrithen, 2015; Keefe, 2009).

4. Câu hỏi nghiên cứu

Câu hỏi nghiên cứu 1: Các dịch vụ hỗ trợ tư vấn cho người bệnh/người nhà người bệnh; hỗ trợ nhân viên y tế; truyền thông - giáo dục sức khỏe được triển khai như thế nào tại các bệnh viện ở Nghệ An?

Câu hỏi nghiên cứu 2: Người bệnh/người nhà người bệnh gặp những khó khăn gì trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện, họ có nhu cầu hỗ trợ nào từ dịch vụ công tác xã hội, và mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của họ ra sao?

Câu hỏi nghiên cứu 3: Theo quan điểm của người làm công tác xã hội, những yếu tố nào ảnh hưởng đến hiệu quả triển khai dịch vụ hỗ trợ tư vấn cho người bệnh/người nhà người bệnh; hỗ trợ nhân viên y tế; truyền thông - giáo dục sức khỏe tại bệnh viện ở Nghệ An?

5. Giả thuyết nghiên cứu

Giả thuyết nghiên cứu 1: Mức độ thực hiện, hiệu quả thực hiện và mức độ hài lòng đối với ba nhóm dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện có sự không đồng đều rõ rệt giữa các cơ sở y tế và theo tuyến bệnh viện.

Giả thuyết nghiên cứu 2: Những khó khăn, nhu cầu hỗ trợ và mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh có sự khác biệt theo nhóm đối tượng.

Giả thuyết nghiên cứu 3: Người làm công tác xã hội cho rằng có 3 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả triển khai dịch vụ hỗ trợ tư vấn cho người bệnh/người nhà người bệnh; hỗ trợ nhân viên y tế; truyền thông - giáo dục sức khỏe tại bệnh viện ở Nghệ An: Yếu tố tổ chức; yếu tố chính sách phát triển đội ngũ; và yếu tố nhân lực công tác xã hội.

6. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án

6.1. Ý nghĩa khoa học

Luận án cung cấp hệ thống khái niệm công cụ về công tác xã hội trong bệnh viện; dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, các thành tố của dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Luận án đã thực hiện việc xây dựng mới khái niệm dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trong bối cảnh thực tiễn tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện tại Nghệ An hiện nay. Đây sẽ là cơ sở để tiếp cận, tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về lĩnh vực công tác xã hội trong bệnh viện. Theo đó, luận án góp phần làm phong phú hơn nguồn tài liệu tham khảo công tác xã hội trong lĩnh vực y tế.

6.2. Ý nghĩa thực tiễn

Luận án thực hiện nghiên cứu có quy mô 3 bệnh viện tuyến tỉnh và 2 bệnh viện tuyến huyện tại tỉnh Nghệ An và trong bối cảnh các bệnh viện tại đây đẩy mạnh cung cấp dịch vụ CTXH nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp y tế trong bệnh viện theo “Quyết định 712-QĐ-BYT ngày 21 tháng 03 năm 2022 ban hành Kế hoạch phát triển công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2021-2030”. Kết quả của luận án đã cung cấp bức tranh khái quát cho các nhà lãnh đạo, quản lý

và người làm công tác xã hội về thực trạng triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại tuyến tỉnh và tuyến huyện. Luận án mô tả cụ thể thực trạng về cơ cấu tổ chức, loại hình dịch vụ, đồng thời phản ánh được các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ CTXH tại bệnh viện. Các đề xuất mô hình kết hợp liên ngành nâng cao hơn nữa vai trò của CTXH trong việc cung cấp dịch vụ CTXH tại các bệnh viện cũng như đóng góp cho việc ứng dụng thực tiễn tại các cơ sở cung cấp dịch vụ CTXH trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Trên cơ sở tổng hợp các nghiên cứu quốc tế, trong nước và kết quả nghiên cứu thực trạng dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại địa bàn tỉnh Nghệ An, bao gồm những rào cản, khó khăn trong việc cung cấp dịch vụ CTXH, các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ CTXH tại các bệnh viện công lập tuyến tỉnh, luận án góp phần giúp các nhà hoạch định chính sách, các cấp quản lý bổ sung căn cứ khoa học để xây dựng và điều chỉnh các chính sách phù hợp trong thúc đẩy dịch vụ công tác xã hội tại các bệnh viện tuyến tỉnh và ngày càng nhân rộng. Từ đó góp phần đảm bảo tính phù hợp với thực tiễn của từng tuyến bệnh viện.

Bên cạnh đó, kết quả luận án đóng góp vào kho tài liệu để phục vụ cho việc đào tạo sinh viên, học viên chuyên ngành Công tác xã hội, người làm công tác xã hội đang hoạt động trong lĩnh vực y tế. Hệ thống cơ sở lý luận và kết quả nghiên cứu thực tế trong luận án sẽ giúp cho các cơ sở đào tạo định hướng việc giảng dạy và thực hành công tác xã hội trong các cơ sở y tế.

7. Bố cục của luận án

Luận án được trình bày gồm các phần: Mở đầu, Nội dung, Kết luận, Tài liệu tham khảo, Danh mục các công trình công bố, Phụ lục. Phần nội dung của luận án được tác giả chia thành 4 chương, cụ thể như sau:

Chương 1: Tổng quan tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài

Nội dung chương 1 đề cập đến các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về thực trạng dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện gồm các vấn đề như thực trạng tổ chức, thực trạng cung cấp dịch vụ công tác xã hội và thực trạng tiếp nhận các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện; các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện bao gồm các yếu tố thuộc về bối cảnh bệnh viện và nhận thức của

các bên liên quan về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện; các giải pháp phát triển công tác xã hội trong bệnh viện. Dựa trên việc kế thừa có chọn lọc các kết quả và luận điểm của những công trình nghiên cứu trước, luận án đã tiến hành phân tích, đối chiếu để nhận diện những khoảng trống còn bỏ ngỏ trong lĩnh vực nghiên cứu, từ đó xác định hướng tiếp cận và phạm vi nghiên cứu riêng phù hợp với mục tiêu và bối cảnh của đề tài.

Chương 2: Cơ sở lý luận và phương pháp nghiên cứu

Chương 2 tập trung làm rõ hệ thống khái niệm và cơ sở lý luận liên quan đến công tác xã hội trong bệnh viện và dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, đồng thời phân tích các cấu phần cấu thành nên dịch vụ cũng như những yếu tố tác động đến quá trình triển khai và hiệu quả của dịch vụ này trong bối cảnh thực tiễn. Bên cạnh đó, chương còn trình bày các khung lý thuyết nền tảng được vận dụng trong nghiên cứu, góp phần định hướng cách tiếp cận và phân tích vấn đề; đồng thời giới thiệu các phương pháp nghiên cứu chủ đạo, quy trình tổ chức nghiên cứu và phạm vi địa bàn khảo sát, nhằm đảm bảo tính khoa học, logic và phù hợp với mục tiêu của luận án.

Chương 3. Thực trạng triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Trình bày thực trạng dịch vụ công tác xã hội trong các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An, tập trung phân tích ba nhóm dịch vụ theo Thông tư 43/2015/TT-BYT, bao gồm: (i) dịch vụ hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh; (ii) dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế trong quá trình khám chữa bệnh; và (iii) dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe. Trên cơ sở dữ liệu khảo sát, chương này mô tả mức độ triển khai từng nhóm dịch vụ, đánh giá khó khăn - nhu cầu của người bệnh/người nhà, mức độ hiệu quả thực hiện dịch vụ của nhân viên công tác xã hội, cũng như mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng. Bên cạnh đó, chương 3 thực hiện các kiểm định thống kê nhằm xác định sự khác biệt giữa các nhóm nhân khẩu - xã hội và phân tích mối tương quan giữa hiệu quả thực hiện dịch vụ với mức độ hài

lòng của người bệnh/người nhà, qua đó cung cấp bức tranh toàn diện về thực trạng triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện ở Nghệ An.

Chương 4: Quan điểm của người làm công tác xã hội về một số yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện ở Nghệ An

Tập trung đánh giá quan điểm của đội ngũ người làm công tác xã hội tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An về những yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ hỗ trợ tư vấn NB/NNNB; nhân viên y tế; truyền thông- giáo dục sức khỏe. Chương này phân tích hai nhóm yếu tố chủ đạo tác động đến quá trình triển khai dịch vụ, bao gồm: (i) các yếu tố thuộc về tổ chức và chính sách, và (ii) các yếu tố thuộc về nhân lực công tác xã hội. Cụ thể, trình bày đánh giá của người làm CTXH về mức độ tác động của những yếu tố tổ chức và chính sách liên quan đến quy trình phối hợp, cơ chế phân công nhiệm vụ, sự quan tâm chỉ đạo của lãnh đạo bệnh viện và các chính sách phát triển đội ngũ CTXH và phân tích những đặc điểm nhân lực CTXH như trình độ đào tạo, chuyên ngành, vị trí công tác, kinh nghiệm nghề nghiệp, cùng với nhận thức của đội ngũ người làm CTXH về vai trò và nhiệm vụ của họ trong bối cảnh bệnh viện. Các kết quả phân tích trong chương này góp phần nhận diện rõ những thuận lợi, hạn chế và yếu tố tác động đến quá trình triển khai dịch vụ CTXH tại các bệnh viện ở Nghệ An, đồng thời tạo nền tảng thực tiễn quan trọng để khuyến nghị các giải pháp hoàn thiện mô hình tổ chức và nâng cao hiệu quả hoạt động CTXH phù hợp thực tiễn địa phương.

Chương 1. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

Chương 1 tổng hợp và phân tích các công trình nghiên cứu đi trước trên Thế giới và ở Việt Nam có liên quan trực tiếp đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Các kết quả nghiên cứu được tác giả phân chia theo các nhóm chủ đề phản ánh các xu hướng nghiên cứu chính về (1) mô hình tổ chức và nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện; (2) hiệu quả và sự hài lòng trong công tác xã hội bệnh viện; (3) các yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển công tác xã hội trong bệnh viện.

Trên thế giới, CTXH bệnh viện đã trải qua tiến trình chuyên nghiệp hóa kéo dài hơn một thế kỷ. Từ những khởi đầu thiên về hỗ trợ thủ tục cho bệnh nhân nghèo và người di cư, CTXH dần khẳng định vị thế như một bộ phận không thể thiếu trong chăm sóc lâm sàng. Đỗ Hạnh Nga (2020), Gonçalves-Bradley và cộng sự (2022) đều nhận định rằng các mô hình tổ chức linh hoạt, kết hợp với chuẩn hóa khung năng lực, giám sát nghề nghiệp, và tăng sự hài lòng của người bệnh đã giúp nghề chứng minh giá trị cụ thể đối với quản trị bệnh viện và hiệu quả điều trị. Nhờ đó, ở nhiều quốc gia, CTXH không còn là “dịch vụ bổ trợ” mà đã trở thành “đòn bẩy hệ thống” trong giảm chi phí, cải thiện chất lượng chăm sóc, và tăng cường an toàn người bệnh.

Tại Việt Nam, CTXH trong bệnh viện mới chỉ được thể chế hóa mạnh mẽ trong vòng hơn một thập kỷ trở lại đây, sau các mốc chính sách như Quyết định 2514/QĐ-BYT (Bộ Y Tế, 2011), Thông tư 43/2015/TT-BYT, Thông tư 51/TT-BYT. Theo Nguyễn Tuấn Hưng (2025), hiện nay 100% các bệnh viện trung ương và đa số các bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố đã thành lập Phòng Công tác xã hội hoặc Tổ Công tác xã hội, song nhân lực chuyên trách còn hạn chế và nghiệp vụ lâm sàng chưa đồng đều. Hoạt động vẫn thiên về đón tiếp, hướng dẫn, truyền thông và huy động nguồn lực từ thiện, trong khi các can thiệp tâm - xã hội chuyên sâu và quản lý ca liên ngành chưa trở thành chuẩn mực thường quy (Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Huệ, 2020). Bức tranh này cho thấy Việt Nam đang đứng ở giai đoạn mà quốc tế từng trải qua: thiết chế đã hình thành rộng khắp, nhưng thực tiễn hoạt động nghề cần nhiều nỗ

lực để đạt “độ chín” lâm sàng. Không hy vọng có thể nhắc lại từng vấn đề lý luận đã được chỉ ra và minh chứng thuyết phục trong các tài liệu trên, tác giả chỉ xin được nêu một vài luận điểm được tác giả xem như những gợi ý lý thuyết có tính chất dẫn dắt cho những luận điểm nghiên cứu của tác giả ở luận án này.

1.1. Các nghiên cứu về mô hình tổ chức và nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện

1.1.1. Nghiên cứu về mô hình tổ chức công tác xã hội trong bệnh viện

Trong hệ thống y tế hiện nay, dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện được xem như cấu phần không thể tách rời của mô hình chăm sóc toàn diện. Thực hành bệnh viện không còn giới hạn ở can thiệp y khoa thuần túy mà chuyển mạnh sang chăm sóc đa chiều, kết hợp hỗ trợ tâm lý - xã hội và liên kết nguồn lực cộng đồng. Trên thế giới, CTXH bệnh viện khởi nguồn từ Hoa Kỳ đầu thế kỷ XX với vai trò tiên phong của Ida M. Cannon, và dần phát triển thành một lĩnh vực chuyên nghiệp tại nhiều quốc gia như Anh, Úc, Nhật Bản (Nguyễn Ngọc Hường, 2020). Tại Việt Nam, CTXH bệnh viện được thể chế hóa từ Quyết định 2514/QĐ-BYT (Bộ Y Tế, 2011) và Thông tư 43/2015/TT-BYT (Bộ Y Tế, 2015) đánh dấu bước ngoặt quan trọng trong quá trình chính thức hóa nghề nghiệp. Dù vậy, bằng chứng hiện có cho thấy ở nhiều cơ sở, hoạt động CTXH vẫn nặng tính thủ tục hành chính và từ thiện; mức độ chuẩn hóa chuyên môn còn hạn chế và dữ liệu định lượng về hiệu quả chưa thật thuyết phục - dẫn theo Nguyễn Ngọc Hường (2016), Phạm Tiến Nam (2021).

Về mô hình tổ chức, tại nhiều quốc gia trên thế giới, công tác xã hội trong bệnh viện được tổ chức theo nhiều cách thức khác nhau, phản ánh lịch sử phát triển và điều kiện của từng hệ thống y tế.

Georgette Besliveau và Lise Hesbert (1996) đã đề xuất năm mô hình tổ chức công tác xã hội trong lĩnh vực y tế, được Bùi Thanh Minh, Đặng Kim Khanh Ly (2024) hệ thống hóa và phân tích lại. Tác giả đã tổng hợp, đối chiếu và làm rõ những ưu điểm cũng như các hạn chế đặc thù của từng mô hình, qua đó cung cấp cơ sở lý luận quan trọng cho việc lựa chọn mô hình tổ chức phù hợp trong bối cảnh bệnh viện tại Việt Nam.

| Mô hình | Đặc điểm chính | Ưu điểm | Hạn chế |
|---|--|---|---|
| Phân tán (Decentralized) | Nhân viên CTXH phân bố tại các khoa/phòng, do đơn vị trực tiếp quản lý | Chuyên sâu theo khoa, gần gũi bệnh nhân | Thiếu sự thống nhất, khó điều phối |
| Tập trung (Centralized) | Nhân viên CTXH tập trung dưới một trưởng bộ phận quản lý | Quản lý thống nhất, dễ điều hành | Ít chuyên sâu, xa rời khoa lâm sàng |
| Tổ chức (Organizational) | Hoạt động CTXH do ban chỉ đạo trong trung tâm CTXH điều phối | Có định hướng chiến lược, chuyên trách rõ | Cồng kềnh, phụ thuộc vào bộ máy quản lý |
| Theo chi nhánh (Branch-based) | Tổ chức theo các chi nhánh của trung tâm dịch vụ xã hội | Phù hợp mở rộng địa bàn, bao phủ rộng | Khó kiểm soát chất lượng đồng đều |
| Theo chương trình/dự án (Program/project-based) | Tổ chức dựa trên các dự án cụ thể, có mục tiêu rõ ràng | Linh hoạt, tập trung giải quyết vấn đề cụ thể | Thiếu bền vững, ngắn hạn |

Globerman và cộng sự (1996); Mizrahi & Berger (2001); Judd & Sheffield (2010) cũng chỉ ra ba hình thức tổ chức: *Thứ nhất* là mô hình tổ chức tập trung toàn viện, trong đó bệnh viện có một phòng CTXH chịu trách nhiệm điều phối tất cả dịch vụ, nhân viên CTXH không gắn cố định với một khoa cụ thể mà nhận phân công từ phòng trung tâm. *Thứ hai* là mô hình bố trí CTXH trực tiếp tại khoa lâm sàng, khi nhân viên CTXH làm việc thường trực cùng đội ngũ y tế tại những khoa có đặc thù phức tạp như Cấp cứu, Hồi sức tích cực, Ung bướu, Nhi khoa hoặc Thận nhân tạo. Cách bố trí này giúp họ can thiệp kịp thời, gắn chặt với tiến trình điều trị và phối hợp nhanh chóng với các chuyên ngành khác. *Thứ ba* là mô hình phối hợp liên

khoa/đa khoa (ma trận), trong đó nhân viên CTXH vừa trực thuộc cụm chuyên khoa, vừa chịu sự quản lý chuyên môn chung của bộ phận CTXH toàn bệnh viện, nhằm đảm bảo sự thống nhất về chuẩn nghề nghiệp đồng thời vẫn duy trì tính chuyên biệt theo từng lĩnh vực.

Các nghiên cứu quốc tế khẳng định CTXH bệnh viện thường được tổ chức thành phòng/ban độc lập, có định biên nhân sự chính thức và chức năng cụ thể như quản lý ca, tư vấn tâm lý, điều phối xuất viện và kết nối cộng đồng (Davies & Martin Connolly (1995), Mizrahi & Berger (2001). Ở Úc, CTXH tập trung nhiều vào bệnh nhân phức tạp, với việc áp dụng thang đo độ phức tạp để quản lý khối lượng công việc và phân bổ nguồn nhân lực hiệu quả (M. T. Helen M Cleak, 2014).

Có hai mô hình phổ biến: Mô hình phụ thuộc y tế (health-dependent model): CTXH đóng vai trò hỗ trợ trong dịch vụ khám, chữa bệnh và Mô hình hợp tác (collaborative model): nhân viên CTXH phối hợp bình đẳng với bác sĩ, điều dưỡng trong nhóm liên ngành để chăm sóc toàn diện cho người bệnh (Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Trung Hải, 2020). Tại nhiều quốc gia, công tác xã hội trong bệnh viện vẫn bị chi phối bởi mô hình quyền lực mang tính thứ bậc, trong đó bác sĩ là người đóng vai trò then chốt và định hướng cho các thành viên khác. Song song với đó, những mô hình cộng tác và phân bổ nhiệm vụ đã dần được áp dụng, nhấn mạnh sự phối hợp và hỗ trợ lẫn nhau để đạt hiệu quả điều trị tối ưu (Nguyễn Ngọc Hương, 2016).

Một tiếp cận khác từ Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và cộng sự (2018) đã phân tích mô hình tổ chức công tác xã hội trong bệnh viện tại Hoa Kỳ, và chỉ ra hai hình thức phổ biến: mô hình hàng dọc - tập trung, có phòng CTXH điều phối chung toàn bệnh viện, và mô hình hàng ngang - bố trí nhân viên CTXH tại từng khoa, gắn với đặc thù điều trị. Tác giả đồng thời gợi ý rằng ở Việt Nam, cần vận dụng linh hoạt hai mô hình này, kết hợp sự điều phối chung với sự gắn kết chuyên khoa, để vừa bảo đảm tính chuyên nghiệp, vừa đáp ứng nhu cầu thực tiễn của bệnh viện. Quan điểm này góp phần quan trọng vào việc định hướng nghiên cứu, cũng như thực hành tổ chức công tác xã hội trong hệ thống y tế. Tại Việt Nam, các hoạt động CTXH trong

bệnh viện vẫn mang nặng tính chất từ thiện, tập trung giúp đỡ giải quyết những khó khăn trước mắt (Bùi Thị Mai Đông, 2020). Hoạt động chủ yếu, nổi bật nhất mà phòng CTXH ở các bệnh viện đang thực hiện là khai thác/vận động tài trợ, kết nối với nhà tài trợ trong quản lý và thực hiện các hoạt động từ thiện như: trao quà, tặng tiền, quản lý các suất ăn miễn phí cho người bệnh, tài trợ đồ dùng sinh hoạt cá nhân hoặc chi phí đi lại để khám chữa bệnh định kỳ (Nguyễn Thị Thanh Tùng và Bùi Thị Mai Đông, 2020). Có thể nói, với các hoạt động này, nhân viên CTXH bệnh viện đã thực hiện tốt chức năng kết nối nguồn lực và hỗ trợ người bệnh và người nhà bệnh nhân tiếp cận được một số nguồn lực. Mặc dù đây là những hoạt động quan trọng, có ý nghĩa rất lớn đối với người bệnh, đặc biệt là bệnh nhân nghèo. Tuy vậy, nếu quá chú trọng vào các hoạt động này sẽ tạo nên những hiểu nhầm và định kiến sai lầm về bản chất nghề CTXH nói chung và CTXH bệnh viện nói riêng. Trong khi theo chuẩn quốc tế, nhân viên y tế xã hội thường giải quyết các trường hợp phức tạp liên quan đến những người bệnh đến bệnh viện với nhiều vấn đề tâm lý xã hội, tất cả đều cần được đánh giá và điều trị (2017). Việc quá tập trung vào hoạt động từ thiện và giải quyết khó khăn trước mắt cũng dẫn đến tình trạng khó cân đối và phân bổ thời gian, nhân lực cho các hoạt động cần thiết khác.

Các nghiên cứu thực nghiệm chỉ ra rằng một số bệnh viện đã từng bước hoàn thiện mô hình tổ công tác xã hội thiên về từ thiện sang phòng công tác xã hội độc lập, chuyên nghiệp hóa theo chuẩn quốc tế, điển hình như Bệnh viện Chợ Rẫy (Lê Minh Hiền, Nguyễn Thị Thùy Dương, 2020) mô tả quá trình hình thành từ mô hình Tổ Y xã hội từ năm 2004, chủ yếu thiên về các hoạt động từ thiện và hỗ trợ bệnh nhân nghèo, đến khi chính thức thành lập Phòng CTXH năm 2015 theo Thông tư 43/2015/TT-BYT. Quá trình này phản ánh sự chuyển dịch từ các hoạt động mang tính phong trào, tự phát, sang một cơ cấu tổ chức chính thức, chuyên nghiệp và có khung nhiệm vụ rõ ràng hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng cho thấy ở nhiều bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện, như Khánh Hòa hay Bến Tre, công tác xã hội vẫn chủ yếu mang tính tự phát, kiêm nhiệm hoặc phong trào, cho thấy sự thiếu hụt về khung mô hình chuẩn và nhân lực chuyên biệt (Nguyễn Thị Hồng & Huỳnh Văn

Chấn, 2016). Các mô hình can thiệp đặc thù, như chương trình “cuộc sống sau khi xuất viện” tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP.HCM cũng đã cho thấy tiềm năng mở rộng dịch vụ theo hướng chăm sóc liên tục, song vẫn mang tính thử nghiệm và chưa phổ biến rộng rãi ở Việt Nam.

Một số nghiên cứu khám phá các mô hình can thiệp cụ thể, tập trung vào nhóm bệnh nhân đặc thù hoặc giai đoạn đặc biệt trong điều trị. Nguyễn Thị Kim Ngọc và Phạm Ngọc Thanh (2020) trình bày dự án *Cuộc sống sau khi xuất viện* tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh, với sự hợp tác của Đại học Oxford nhấn mạnh vai trò CTXH trong quản lý ca, theo dõi và kết nối nguồn lực cho bệnh nhân nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương sau điều trị. Mô hình này minh chứng rằng CTXH-BV không chỉ dừng lại ở hỗ trợ trong quá trình nằm viện mà còn kéo dài sang giai đoạn hậu xuất viện, bảo đảm sự chăm sóc toàn diện.

Tuy nhiên, khảo sát diện rộng cho thấy mô hình tập trung toàn viện tức là mô hình hàng dọc vẫn phổ biến nhất, với Phòng CTXH chịu trách nhiệm chính và nhân viên CTXH được điều động theo sự vụ hơn là bám sát khoa phòng. Các nghiên cứu của Bùi Thị Mai Đông (2020), Phạm Tiến Nam và cộng sự (2020) tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện K (2016-2019) cho thấy phần lớn hoạt động CTXH hiện nay vẫn tập trung vào tiếp nhận người bệnh, hướng dẫn thủ tục, truyền thông sức khỏe, vận động và phân phối hỗ trợ vật chất. Trong khi đó, các nghiệp vụ lâm sàng chuyên sâu như đánh giá tâm lý - xã hội, quản lý ca liên ngành, lập kế hoạch ra viện chuẩn hóa hay can thiệp khủng hoảng tâm lý chưa được triển khai đồng đều, hiếm khi xuất hiện ở một số bệnh viện lớn với nguồn lực và đội ngũ tương đối dày dặn. Nhìn chung hệ thống CTXH bệnh viện ở Việt Nam vẫn ở giai đoạn đầu, khi thiết chế đã hình thành nhưng nội dung nghề còn thiên về thủ tục, chưa đủ mạnh để trở thành một cấu phần lâm sàng quan trọng trong tiến trình chăm sóc toàn diện.

Các nghiên cứu cũng làm rõ bức tranh, trong khi quốc tế đã xây dựng được các mô hình chuẩn (dọc, ngang, ma trận) với cơ chế vận hành tương đối ổn định, thì tại Việt Nam, CTXH-BV mới ở giai đoạn định hình và thử nghiệm, với sự đa dạng về mô hình theo quy mô và điều kiện từng cơ sở. Nhiều bệnh viện lớn (như Chợ Rẫy, Nhi Trung ương, bệnh viện K, bệnh viện Y dược Thành phố Hồ Chí Minh...)

đã hình thành phòng CTXH độc lập, trong khi các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện mới dừng ở mức tổ/tổ công tác xã hội hoặc kiêm nhiệm.

Nếu đặt trong bối cảnh quốc tế, quá trình phát triển CTXH bệnh viện ở các nước có truyền thống lâu đời (Mỹ, Canada, Úc) cũng từng trải qua giai đoạn tương tự: thiết chế ban đầu chủ yếu thực hiện vai trò hỗ trợ thủ tục, trước khi phát triển thành một lĩnh vực chuyên môn độc lập, có chuẩn hành nghề rõ ràng, gắn với dữ liệu lâm sàng và vận hành liên ngành, thì Việt Nam hiện đang ở giai đoạn bước ngoặt tương tự quốc tế cách đây vài thập kỷ: thiết chế chính sách đã hình thành rộng khắp, nhưng cần những “cú nhảy” đặc biệt để chuyển hóa tổ chức CTXH từ chỗ mang tính thủ tục sang chức năng lâm sàng chuyên nghiệp, gắn kết chặt chẽ với hiệu quả điều trị và sự hài lòng người bệnh. Khoảng trống này vừa là thách thức vừa là cơ hội cho nghiên cứu học thuật và thực hành chính sách.

Như vậy, tổng quan các công trình cho thấy nghiên cứu về mô hình tổ chức CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam đang phát triển theo hai hướng chính. Thứ nhất là nhóm nghiên cứu tập trung phân tích, so sánh kinh nghiệm quốc tế và đề xuất khả năng vận dụng cho bối cảnh Việt Nam (Trương Nguyễn Xuân Quỳnh, 2016; Nguyễn Ngọc Hương, 2016; Nguyễn Trung Hải, 2019). Các nghiên cứu này thường tiếp cận từ góc độ chính sách và quản trị y tế, nhấn mạnh yêu cầu chuẩn hóa bộ máy tổ chức, mô tả chức năng phòng CTXH và cách thức phối hợp đa ngành trong bệnh viện.

Thứ hai là nhóm nghiên cứu khảo sát và thực nghiệm tại các bệnh viện trong nước nhằm nhận diện thực trạng triển khai, những khó khăn về nhân lực, cơ chế phối hợp, đào tạo và năng lực chuyên môn. Tiêu biểu có các nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Bến Tre, Bệnh viện Nhi TW, Bệnh viện

K, Bệnh viện Y dược TP HCM... Những công trình này chỉ ra sự khác biệt rõ rệt giữa mô hình CTXH được thiết kế trong chính sách và mô hình CTXH vận hành trong thực tiễn, đồng thời nhấn mạnh sự thiếu hụt nhân lực chuyên nghiệp, tình trạng kiêm nhiệm phổ biến và hạn chế về kỹ năng can thiệp tâm lý - xã hội.

Mặc dù hai nhóm nghiên cứu trên đã đóng góp đáng kể vào việc hình thành cơ sở lý luận và thực tiễn cho mô hình CTXH trong bệnh viện, song vẫn tồn tại những khoảng trống đáng chú ý. Phần lớn các nghiên cứu thực nghiệm tập trung tại các bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh lớn, nơi có điều kiện cơ sở vật chất

tốt, nguồn nhân lực tương đối ổn định và được thụ hưởng sớm hơn các chính sách về CTXH. Ngược lại, các nghiên cứu chuyên sâu về mô hình tổ chức CTXH tại các bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt ở các địa phương miền Trung và miền núi, còn rất hạn chế. Đây là nhóm bệnh viện có đặc trưng “kép”: vừa phải triển khai CTXH theo quy định chung của Bộ Y tế, vừa chịu áp lực về thiếu nhân lực, hạn chế cơ sở vật chất, nguồn lực tài chính và mạng lưới xã hội hỗ trợ. Việc bổ sung những bằng chứng thực nghiệm tại tuyến tỉnh không chỉ để hoàn thiện cơ sở học thuật về mô hình tổ chức CTXH-BV ở Việt Nam, mà còn nhằm xây dựng các khuyến nghị chính sách phù hợp với điều kiện thực tế, thay vì áp dụng mô hình của bệnh viện lớn một cách cứng nhắc. Chính vì vậy, cần bổ sung các nghiên cứu để lấp đầy khoảng trống, cung cấp dữ liệu thực chứng phục vụ lộ trình chuyên nghiệp hóa CTXH bệnh viện ở cấp địa phương.

1.1.2. Nghiên cứu về nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện

Nguồn nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện được xem là yếu tố trung tâm quyết định hiệu quả cung cấp dịch vụ và mức độ tích hợp chăm sóc toàn diện. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy nhân viên CTXH đóng vai trò cầu nối giữa hệ thống y tế và các yếu tố xã hội, góp phần giải quyết các rào cản phi y sinh ảnh hưởng đến kết quả điều trị (Gehlert & Browne, 2019).

- Về khung năng lực nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện

Trong mô hình chăm sóc sức khỏe hiện đại, năng lực của nhân viên công tác xã hội là nền tảng đảm bảo người bệnh và gia đình được hỗ trợ toàn diện về tâm lý - xã hội song hành với điều trị y khoa. Ở nhiều quốc gia có hệ thống CTXH y tế phát triển, hệ thống nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện đã được thiết kế và vận hành dựa trên chuẩn thực hành và khung năng lực nghề nghiệp do các hiệp hội nghề nghiệp quốc gia ban hành. Khung năng lực không chỉ xác định chức năng và yêu cầu nghề nghiệp, mà còn là căn cứ để tuyển dụng, đào tạo, đánh giá chất lượng dịch vụ, giám sát nghề nghiệp và cải tiến liên tục.

Tại Hoa Kỳ, Hiệp hội Công tác xã hội Hoa Kỳ (NASW, 2025) ban hành bộ “*Tiêu chuẩn về Thực hành công tác xã hội trong môi trường chăm sóc sức khỏe*”

được xem là chuẩn mực trung tâm của năng lực CTXH y tế. Bộ chuẩn gồm 13 nhóm năng lực bao phủ đầy đủ chuỗi thực hành: (1) Đạo đức và giá trị nghề nghiệp; (2) Trình độ chuyên môn; (3) Kiến thức; (4) Năng lực văn hóa và ngôn ngữ; (5) Sàng lọc và đánh giá; (6) Lập kế hoạch can thiệp; (7) Biện hộ và bảo vệ quyền bệnh nhân; (8) Phối hợp liên ngành và liên tổ chức; (9) Đánh giá thực hành và cải tiến chất lượng; (10) Ghi chép hồ sơ và bảo mật thông tin; (11) Quản lý khối lượng công việc; (12) Phát triển nghề nghiệp; (13) Giám sát và lãnh đạo (NASW, 2016/2021). Điểm nổi bật của khung năng lực Hoa Kỳ là CTXH được xác định là dịch vụ lâm sàng hỗ trợ, có vai trò đánh giá sinh học - tâm lý - xã hội (biopsychosocial-spiritual), can thiệp lâm sàng ngắn hạn, quản lý ca, lập kế hoạch ra viện và liên kết cộng đồng. Như vậy, năng lực của nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện không chỉ dừng ở “kỹ năng hỗ trợ xã hội” mà mở rộng sang năng lực lãnh đạo, giám sát, đảm bảo chất lượng (QI/QA) và bảo mật hồ sơ - những tiêu chí định lượng được và gắn trực tiếp với kết quả điều trị của người bệnh.

Singapore là một trong những quốc gia châu Á hiếm hoi xây dựng khung năng lực công tác xã hội y tế một cách đầy đủ, có hệ thống và mang tính tích hợp với mô hình quản trị bệnh viện. Khung năng lực này được quy định trong cuốn sổ tay: *“Hiểu về vai trò và năng lực của nhân viên công tác xã hội y tế”* của (Moh Singapore, 2015). Đây là bộ chuẩn năng lực mang tính pháp quy, được áp dụng thống nhất trong toàn quốc và là căn cứ để tuyển dụng, bố trí nhân lực, đánh giá hiệu suất nghề nghiệp và đào tạo liên tục. Hệ thống năng lực gồm 6 cấp độ nghề nghiệp, được phân bậc theo lộ trình nghề nghiệp từ nhân viên mới đến chuyên gia đầu ngành, bao gồm:

(1) Nhân viên mới (Entry-Level) - nhóm mới tốt nghiệp hoặc chưa có kinh nghiệm thực hành. Nhân viên ở cấp này chủ yếu thực hiện nhiệm vụ dưới giám sát chặt chẽ, tập trung học hỏi kỹ năng tư vấn, phối hợp liên ngành và quy trình thủ tục lâm sàng;

(2) Chuyên viên cơ sở (Junior) - có thể tự xử lý phần lớn ca bệnh thông thường, thực hiện đánh giá tâm lý - xã hội ở mức cơ bản và hỗ trợ thủ tục cho bệnh nhân, nhưng vẫn cần hỗ trợ trong các trường hợp phức tạp;

(3) Chuyên viên cao cấp (Senior) - có năng lực độc lập, chịu trách nhiệm quản lý phần lớn hoạt động thực hành, giải quyết tình huống khó và hướng dẫn nhân viên junior;

(4) Chuyên viên chính hoặc phụ trách chính (Principal) - đóng vai trò chuyên gia cấp cao, chịu trách nhiệm quản lý chuyên môn, thiết lập quy trình, phối hợp liên ngành và giám sát chất lượng dịch vụ trong khoa/phòng;

(5) Chuyên gia (Master) - tham gia định hướng chuyên môn, đào tạo nâng cao, nghiên cứu ứng dụng và tư vấn chính sách;

(6) Chuyên gia đầu ngành/lãnh đạo chuyên môn cao cấp (Senior Master) - có tầm chiến lược trong hệ thống y tế, đại diện cho nghề nghiệp trên bình diện quốc gia và phát triển các phương pháp thực hành mới.

Hệ thống gồm 6 cấp độ (Entry-Level → Senior Master), tương ứng với phạm vi hành nghề từ thực hành cơ bản đến tư vấn chính sách quốc gia. Các năng lực cốt lõi bao gồm: đánh giá tâm lý - xã hội - kinh tế; tư vấn - tham vấn; quản lý ca và chuyển tuyến; bảo vệ nhóm yếu thế; năng lực văn hóa; bảo mật hồ sơ; phối hợp liên ngành; và cải tiến chất lượng. Cách tiếp cận này biến CTXH thành một thành phần chính thức của quy trình điều trị, không chỉ làm thủ tục hay vận động hỗ trợ. Ưu điểm của mô hình là chuyên nghiệp hóa, liên thông, giảm phụ thuộc cá nhân và hạn chế đứt gãy dịch vụ sau ra viện. Tuy nhiên, khung năng lực được thiết kế trong bối cảnh hệ thống y tế phát triển và nguồn lực đào tạo mạnh nên việc áp dụng ở các quốc gia có cơ sở vật chất yếu, thiếu nhân sự hoặc chưa có hành lang pháp lý có thể gặp trở ngại (Moh Singapore, 2015). Đồng thời, yêu cầu cao về năng lực lâm sàng, báo cáo và nghiên cứu thực hành đòi hỏi ngân sách đào tạo lớn, điều mà nhiều bệnh viện ở các nước đang phát triển chưa đáp ứng được.

Tại Anh, khung năng lực nghề nghiệp của nhân viên công tác xã hội được quy định trong khung năng lực chuyên môn (PCF) - bộ chuẩn năng lực quốc gia do Hiệp hội Công tác xã hội Anh (BASW, 2018) phát triển và áp dụng thống nhất trong toàn hệ thống đào tạo, tuyển dụng và đánh giá nghề nghiệp. PCF được xem là “xương sống” của phát triển nghề nghiệp công tác xã hội tại Anh, vì nó không chỉ mô tả năng

lực tối thiểu cần có để hành nghề, mà còn thiết lập lộ trình phát triển từ sinh viên, nhân viên mới tốt nghiệp, đến các vị trí chuyên gia và quản lý (R. Allen, 2022). Nhờ vậy, PCF tạo ra hệ thống nghề nghiệp rõ ràng, giúp đội ngũ công tác xã hội được chuẩn hóa về trình độ, kỹ năng và đạo đức trong suốt vòng đời nghề nghiệp.

Về cấu trúc, PCF là mô hình năng lực toàn diện gồm 9 lĩnh vực năng lực cốt lõi, bao phủ toàn bộ yêu cầu nghề nghiệp: đạo đức và giá trị nghề nghiệp; kỹ năng can thiệp và thực hành dựa trên bằng chứng; hiểu biết về bối cảnh chính sách - pháp luật; kiến thức chuyên môn; năng lực văn hóa; phối hợp liên ngành; đánh giá và hoạch định can thiệp; nghiên cứu và phát triển nghề nghiệp liên tục; và năng lực lãnh đạo - giám sát (BASW, 2018). Điểm nổi bật là PCF xem công tác xã hội là nghề dựa trên năng lực lâm sàng và bằng chứng (evidence-informed practice), trong đó nhân viên CTXH phải đánh giá vấn đề của thân chủ theo hướng toàn diện, gắn kết giữa yếu tố tâm lý, xã hội, kinh tế và môi trường sống. R. Allen (2022) nhấn mạnh rằng PCF tạo ra “một văn hóa chuyên nghiệp dựa trên sự xuất sắc, giá trị chung và trách nhiệm nghề nghiệp” trong toàn hệ thống công tác xã hội. Theo tác giả, việc chuẩn hóa năng lực đã giúp giảm sự chênh lệch về chất lượng dịch vụ giữa các địa phương, đảm bảo rằng dù ở bất kỳ cơ sở nào, người dân đều tiếp cận dịch vụ công tác xã hội với tiêu chuẩn tương đương. PCF cũng yêu cầu nhân viên công tác xã hội phải có kế hoạch phát triển chuyên môn liên tục (CPD) và chịu sự giám sát nghề nghiệp thường xuyên, thể hiện mức độ chuyên nghiệp hóa cao trong đào tạo và hành nghề. Tổng quan các tài liệu cho thấy Anh là một trong những quốc gia xây dựng hệ thống năng lực công tác xã hội bài bản nhất, với sự gắn kết chặt chẽ giữa đào tạo - cấp bằng - tuyển dụng - đánh giá chuyên môn. Mô hình này có ý nghĩa tham chiếu quan trọng đối với các quốc gia đang phát triển, nơi khung năng lực chưa được phân bậc rõ ràng, hoạt động chuyên môn chưa chuẩn hóa và chưa có hệ thống giám sát nghề nghiệp.

Tại Úc, năng lực công tác xã hội trong lĩnh vực y tế được AASW (2015) quy định trong tiêu chuẩn đào tạo và kiểm định và cụ thể hóa trong *Handbook of Health Social Work* (G. S. Browne, 2019). Úc coi CTXH bệnh viện là một lĩnh vực thực

hành lâm sàng dựa trên bằng chứng (evidence-based health social work), trong đó nhân viên CTXH phải đáp ứng năng lực đánh giá lâm sàng tâm lý - xã hội, quản lý ca và điều phối chuyển tuyến, phối hợp liên ngành, truyền thông - giáo dục sức khỏe, nghiên cứu thực hành và đặc biệt là năng lực văn hóa đối với các cộng đồng dễ tổn thương, bao gồm người bản địa. Điểm mạnh là khẳng định vai trò khoa học của CTXH bệnh viện: nhân viên không chỉ “cung cấp hỗ trợ” mà còn phải sản xuất tri thức mới thông qua nghiên cứu, đánh giá can thiệp và cải tiến quy trình. Nhờ vậy, CTXH trở thành một phần của hệ thống chăm sóc lâm sàng, có khả năng tác động đến chất lượng điều trị và chính sách bệnh viện. Tuy nhiên, hạn chế lớn của hệ thống này là mức độ chuyên nghiệp hóa và yêu cầu đào tạo sau đại học khá cao, dẫn đến thiếu hụt nhân lực ở các vùng xa hoặc cơ sở y tế nhỏ lẻ. Bên cạnh đó, việc yêu cầu thực hành dựa trên bằng chứng khiến các cơ sở không có nguồn lực nghiên cứu gặp khó khăn trong việc đáp ứng đầy đủ chuẩn năng lực. Mặc dù vậy, so với các quốc gia đang phát triển, khung năng lực của Úc thể hiện mức độ chuẩn hóa cao, chú trọng trách nhiệm nghề nghiệp, đạo đức và cải tiến chất lượng liên tục, là mô hình quan trọng để tham chiếu khi xây dựng khung năng lực CTXH bệnh viện tại Việt Nam.

Tại Việt Nam, Thông tư 43/2015/TT-BYT quy định 7 nhóm nhiệm vụ của phòng CTXH, nhưng chưa ban hành khung năng lực quốc gia cho nhân viên CTXH bệnh viện. Điều này dẫn đến sự thiếu thống nhất giữa các bệnh viện về tiêu chí tuyển dụng, mô tả công việc, giám sát chuyên môn và đánh giá chất lượng dịch vụ. Nhiều nghiên cứu trong nước đều khẳng định sự cần thiết phải chuẩn hóa năng lực theo bậc, mở rộng từ hỗ trợ hành chính sang tư vấn - tham vấn lâm sàng, quản lý ca, kết nối cộng đồng và bảo vệ quyền bệnh nhân (Trần Đình Tuấn, 2015; Bộ Y tế, 2023). Trong thực tế, đặc biệt tại tuyến tỉnh, hoạt động CTXH vẫn thiên về thủ tục - từ thiện; các chức năng nghề nghiệp cốt lõi như ghi chép hồ sơ, đánh giá hiệu quả dịch vụ, chuyên tuyến an toàn, giám sát chuyên môn và đào tạo liên tục chưa được triển khai đầy đủ.

Như vậy, so sánh với khung năng lực nhân viên công tác xã hội ở các quốc gia khác cho thấy cho thấy khoảng trống rõ rệt của Việt Nam: thiếu khung năng lực chuẩn hóa, thiếu phân bậc nghề nghiệp, thiếu tiêu chí đánh giá chất lượng và thiếu cơ chế đào tạo liên tục. Khoảng trống này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải nghiên cứu thực trạng, xác định rào cản và đề xuất mô hình phù hợp với điều kiện nguồn lực của hệ thống y tế, đặc biệt là hệ thống y tế tuyến tính. Đây cũng là cơ sở khoa học quan trọng để luận án lựa chọn hướng nghiên cứu về dịch vụ CTXH bệnh viện tại tỉnh Nghệ An.

Về vai trò của nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy công tác xã hội trong bệnh viện đảm nhận nhiều nhiệm vụ quan trọng, trải rộng từ chăm sóc trực tiếp cho người bệnh đến hỗ trợ gia đình và phối hợp ở cấp tổ chức. Điểm chung nổi bật là hầu hết đều nhấn mạnh vai trò đồng hành toàn diện với người bệnh, bao gồm tư vấn tâm lý - xã hội, cung cấp thông tin, hướng dẫn chăm sóc sau điều trị và phối hợp kế hoạch xuất viện (Bùi Thị Thanh Tuyên, 2020, Đỗ Hạnh Nga, 2020). Bổ sung cho cách tiếp cận này, Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh (2024) đã cụ thể hóa thành các nhóm chức năng chính: đánh giá toàn diện tình trạng bệnh nhân và gia đình; cung cấp tham vấn và giáo dục cho người thân; kiểm soát rủi ro liên quan đến bạo lực, tự Đánh giá nguy cơ; huy động và quản lý hỗ trợ tài chính; đồng thời kết nối bệnh nhân với các nguồn lực cộng đồng. Ở góc nhìn quốc tế, C Gregorian (2005); Auslander (2001); Judd & Sheffield (2010) cũng nhấn mạnh vai trò chẩn đoán xã hội, tư vấn, quản lý ca và điều phối dịch vụ như những trụ cột để bảo đảm hiệu quả điều trị.

Sự khác biệt vai trò chủ yếu xuất phát từ bối cảnh phát triển và trọng tâm nghiên cứu. Trong khi các nhà nghiên cứu quốc tế có sự phân hóa rất rõ ràng, Auslander (2001) tiếp cận theo hướng lịch sử và phòng ngừa,

Gregorian (2005) tập trung nhiều hơn vào trị liệu tâm lý lâm sàng, còn Judd & Sheffield (2010) nhấn mạnh yếu tố chính sách và an sinh xã hội, chỉ ra vai trò của công tác xã hội trong việc hỗ trợ các vấn đề như nghèo đói, nhà ở, quyền lợi. Đặc biệt, Ruffin (2022) làm rõ vị trí CTXH trong nhóm liên ngành, với vai trò vừa vận

động, khẳng định vai trò biện hộ cho thân chủ. Trong khi đó, ở trong nước, nhiều tác giả nhìn nhận CTXH vừa là người hỗ trợ tinh thần, vừa là đầu mối kết nối các hoạt động mang tính hành chính và huy động nguồn lực, vận động từ thiện như (Lê Minh Hiển, Nguyễn Thị Thùy Dương, 2020).

Thực tế nhiều nhân viên CTXH đang có sự nhầm lẫn về vai trò của mình trong bệnh viện (Bùi Thị Mai Đông và cộng sự, 2020). Sự mơ hồ trong vai trò khiến nhân viên CTXH bị chông chéo vai trò, không xác định được đâu là vai trò chính, điều này làm ảnh hưởng đến các hoạt động trợ giúp. Hầu hết các bệnh viện tuyến trên không thể tránh khỏi tình trạng quá tải, bệnh nhân ngày càng đông, nhân viên CTXH phải đảm nhận cùng lúc nhiều công việc khác nhau theo nhiệm vụ từ hành chính, hỗ trợ người bệnh, truyền thông giáo dục sức khỏe... Do nhầm lẫn vai trò của nhân viên CTXH bệnh viện là nhân viên thực hiện các hoạt động từ thiện hoặc hỗ trợ thủ tục hành chính, do vậy chưa có sự áp dụng một tiến trình trị liệu CTXH chuyên nghiệp vào thực tiễn một cách thường xuyên và hiệu quả. Các phương pháp CTXH cá nhân, CTXH nhóm hay quản lý trường hợp chưa được thực hiện nghiêm ngặt và đúng chuyên môn. Việc vận dụng các lý thuyết và kỹ năng, kỹ thuật trong CTXH vào việc phân tích vấn đề, xác định nhu cầu của người bệnh để lập kế hoạch can thiệp còn mờ nhạt và lúng túng. Ranh giới chuyên môn mờ nhạt của môi trường không được hỗ trợ, cộng thêm những đứt gãy trong tính chất liên ngành của nhân viên CTXH với nhóm liên ngành như y tá và bác sĩ làm giảm dần tầm nhìn của nghề nghiệp trong một tổ chức (Hossain, 2017).

Các nghiên cứu cho thấy vai trò của CTXH trong bệnh viện không tách biệt mà bổ sung lẫn nhau. Vai trò lâm sàng (tham vấn, trị liệu tâm lý, hỗ trợ xã hội) tạo nền tảng trực tiếp cho quá trình chăm sóc bệnh nhân. Vai trò xã hội - hành chính (quản lý ca, kết nối dịch vụ, vận động tài chính, chính sách) giúp duy trì sự bền vững và công bằng trong cung ứng dịch vụ. Vai trò trong nhóm liên ngành dung hòa hai hướng trên, vừa nâng cao chất lượng chăm sóc, vừa bảo đảm bệnh nhân có tiếng nói và quyền lợi trong hệ thống y tế.

Dù xuất phát từ bối cảnh, mục tiêu nghiên cứu và giai đoạn phát triển khác nhau, các tác giả đều thống nhất rằng CTXH trong bệnh viện là một vai trò đa tầng, vừa hỗ trợ ở cấp cá nhân - gia đình, vừa điều phối và vận động ở cấp tổ chức - chính sách. Chính sự giao thoa và bổ sung này đã định hình CTXH bệnh viện như một thành tố thiết yếu trong hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn diện, góp phần nâng cao chất lượng điều trị, đảm bảo công bằng và nhân văn trong chăm sóc y tế.

Về trình độ chuyên môn và đào tạo nhân lực,

Tại các hệ thống y tế phát triển, nguồn nhân lực CTXH được xem là yếu tố quyết định chất lượng dịch vụ. Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ và Châu Âu cho thấy nhân viên CTXH y tế thường phải có trình độ sau đại học và được cấp phép hành nghề, bảo đảm năng lực thực hành lâm sàng (Reisch, 2012; Whitaker et al., 2006).

Tại Mỹ - Hiệp hội Công tác xã hội quốc gia (NASW, 2015) quy định rằng nhân viên công tác xã hội y tế cần tối thiểu bằng Cử nhân Công tác xã hội, tuy nhiên để được hành nghề độc lập hoặc đảm nhiệm vai trò quản lý các ca bệnh phức tạp, bắt buộc phải có bằng Thạc sĩ Công tác xã hội với chuyên ngành công tác xã hội y tế, công tác xã hội sức khỏe tâm thần hoặc công tác xã hội lâm sàng. Một số bang còn yêu cầu giấy phép hành nghề sau khi hoàn thành các kỳ thi cấp chứng chỉ. Tương tự, tại Australia hay Canada, tiêu chuẩn đào tạo công tác xã hội bệnh viện cũng tương đối cao. MSW được xem là chuẩn đầu vào cho vị trí công tác xã hội lâm sàng trong bệnh viện; nhân viên phải tích lũy hàng trăm giờ thực hành có giám sát và vượt qua quy trình công nhận nghề nghiệp quốc gia (AASW, 2015; CASW, 2020). Bên cạnh đó, Steketee và cộng sự (2017)) khẳng định rằng nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực y tế không chỉ cần kiến thức xã hội học, tâm lý học, mà còn phải nắm vững kiến thức cơ bản về y học và quy trình điều trị để có thể tham gia hội chẩn cùng đội ngũ đa chuyên khoa. Nhiều chương trình sau đại học tại Australia và Anh thường đào tạo chuyên sâu vào quản lý căng thẳng, tư vấn chuyên biệt, chăm sóc giảm nhẹ, can thiệp khủng hoảng và hỗ trợ bệnh nhân bệnh mạn tính.

Trái ngược với xu hướng chuẩn hóa cao về trình độ chuyên môn và đào tạo, Việt Nam vẫn đang đối diện với khoảng trống lớn trong phát triển nhân lực công tác

xã hội bệnh viện. Theo Bộ Y Tế (2023), mặc dù trên 90% bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh đã có phòng/tổ CTXH, nhưng nhân lực của các phòng CTXH còn mỏng, đặc biệt là thiếu nhân lực có kinh nghiệm, được đào tạo bài bản về CTXH trong bệnh viện. Theo Thông tư 43, nhân lực của Phòng/ Tổ CTXH bao gồm các viên chức, nhân viên chuyên ngành CTXH, chuyên ngành truyền thông, y tế hoặc ngành khoa học xã hội khác được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về CTXH (Bộ Y tế, 2015). Vì vậy, trong bối cảnh còn thiếu nguồn nhân lực đúng chuyên môn CTXH, nhiều bệnh viện sử dụng nguồn nhân lực sẵn có, được chuyển từ các khoa, phòng ban khác đảm nhiệm vai trò nhân viên CTXH bệnh viện, hoặc chính đội ngũ bác sĩ, nhân viên y tế phải kiêm nhiệm thêm hoạt động CTXH. Hơn 81.5% những người làm CTXH là ở các vị trí, chức danh khác như bác sĩ, điều dưỡng..., có kiến thức chuyên môn về y tế, nhưng lại thiếu kiến thức về công tác xã hội, thiếu kỹ năng hỗ trợ tư vấn tâm lý cho các đối tượng yếu thế (Bộ Y tế, 2023). Ở một số bệnh viện có tuyển được nhân viên CTXH đúng chuyên ngành, tuy nhiên đào tạo sâu trong lĩnh vực CTXH bệnh viện cũng chưa được chú trọng. nhân lực CTXH còn hạn chế cả về số lượng lẫn trình độ chuyên môn, nhiều vị trí do cán bộ từ ngành khác đảm nhận, dẫn đến sự chông chéo vai trò với bác sĩ, điều dưỡng và cán bộ hành chính. Điều này khiến các chức năng chuyên môn của CTXH chưa được phát huy đầy đủ và làm giảm tính chuyên nghiệp (Bùi Thanh Minh, Đặng Kim Khánh Ly, 2024). Thực tế này phản ánh khoảng cách rất xa về tiêu chuẩn nhân viên CTXH bệnh viện ở Việt Nam và trên thế giới bởi vì lĩnh vực CTXH sức khỏe là lĩnh vực đòi hỏi chuyên môn sâu nhất, là một công việc đòi hỏi khắt khe và dễ bị ảnh hưởng bất lợi (Hossain, 2017)). Ở các nước phát triển đều yêu cầu nhân viên CTXH sức khỏe phải có bằng thạc sĩ và phải có giấy phép hành nghề chuyên biệt.

Tại Việt Nam, khung pháp lý về chức danh được quy định tại Thông tư 26/2022/TT-BLĐTBXH (nhân viên CTXH - V.09.04.03; CTXH viên - V.09.04.02; CTXH viên chính - V.09.04.01), với yêu cầu trình độ từ trung cấp đến đại học/thạc sĩ/tiến sĩ tùy hạng; trường hợp trái ngành phải có chứng chỉ bồi dưỡng nghiệp vụ CTXH (Bộ LĐ-TB&XH, 2022). Trong bệnh viện, Thông tư 43/2015/TT-BYT quy

định 7 nhóm nhiệm vụ của Phòng CTXH nhưng chưa ban hành khung năng lực lâm sàng theo bậc cho cá nhân, cũng chưa có cơ chế cấp phép thực hành như thông lệ quốc tế (Bộ Y tế, 2015). Vì vậy, chuẩn trình độ cho thực hành lâm sàng chưa được thống nhất ở mức thạc sĩ và chưa có cấp phép cá nhân, dẫn đến mức độ chuyên nghiệp hoá không đồng đều giữa các cơ sở.

Cũng liên quan đến vấn đề nguồn nhân lực, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, huyện phải tự chủ về tài chính, do đó họ cũng gặp nhiều khó khăn trong việc trả lương và phụ cấp cho nhân viên CTXH bệnh viện nên cũng hạn chế trong việc tuyển dụng nhân sự CTXH (Phạm Tiến Nam, 2021). Thực tế đó cho thấy mặc dù tỷ lệ bệnh viện các tuyến có quyết định thành lập Phòng/ Tổ CTXH khá cao, tuy nhiên nguồn nhân lực hiện chưa đảm bảo về trình độ chuyên môn nghiệp vụ CTXH bệnh viện, đó là lý do quan trọng khiến chất lượng hoạt động CTXH bệnh viện chưa cao. Ngoài đội ngũ nhân viên CTXH, còn có đội ngũ cộng tác viên CTXH. Thông tư 43 chưa quy định rõ nhiệm vụ của mạng lưới cộng tác viên CTXH trong bệnh viện, do đó chưa có cơ sở cho việc phân công nhiệm vụ cho mạng lưới cộng tác viên CTXH- (Thái Bình, 2023).

Về đào tạo nhân lực công tác xã hội trong bệnh viện, các nghiên cứu quốc tế cho thấy đào tạo CTXH y tế bám theo Chuẩn mực Toàn cầu của IASSW/IFSW (2004; cập nhật 2020), nhấn mạnh: gắn giá trị - đạo đức với năng lực; field education có giám sát như “signature pedagogy”; liên kết giáo dục - thực hành - nghiên cứu; và tôn trọng đa dạng văn hoá (IASSW, 2020; Ioakimidis & Sookraj, 2021). Ở Hoa Kỳ, CSWE-EPAS quy định thực tập lâm sàng bắt buộc với khối lượng lớn tại cơ sở dịch vụ (nhiều chương trình đạt ~900 giờ trở lên), giúp hình thành năng lực lâm sàng cho bối cảnh bệnh viện, sức khỏe tâm thần, chăm sóc dài hạn (CSWE, 2022). Áp dụng “Accreditation Standards” cho bậc cử nhân/thạc sĩ chuyển đổi; sinh viên phải hoàn thành thực tập có giám sát đạt chuẩn để đủ điều kiện công nhận hành nghề (AASW, 2015, 2020). Anh tích hợp PCF xuyên suốt từ giai đoạn sinh viên đến thực hành nâng cao, làm khung chuẩn đầu ra, thiết kế chương trình, đánh giá thực tập và phát triển nghề liên tục (BASW, 2018). Canada

sử dụng kiểm định CASWE với nhân mạnh thực hành liên ngành và năng lực làm việc với cộng đồng bản địa (CASWE, 2020). Các tổng kết quốc tế cũng nêu rõ yêu cầu đào tạo chuyên sâu theo lĩnh vực (y tế, tâm thần, nhi, lão khoa, ung bướu, chăm sóc giảm nhẹ...) và kỹ năng hội chẩn đa chuyên khoa (Steketee và cộng sự, 2017).

Tại Việt Nam, bậc cử nhân (4 năm) cung cấp nền tảng người-môi trường, kỹ năng can thiệp cơ bản và thực hành nghề; bậc thạc sĩ ($\approx 60-65$ tín chỉ/2 năm) có hai định hướng nghiên cứu và ứng dụng, kết hợp học phần chuyên môn-phương pháp với khóa luận/luận văn; bậc tiến sĩ yêu cầu học phần, chuyên đề, công bố khoa học và luận án theo quy chế hiện hành (ví dụ: ĐHQG Hà Nội, 2023; Học viện Phụ nữ Việt Nam, 2024-2025). Tuy nhiên, chưa có chương trình MSW lâm sàng chuẩn hoá cho y tế theo kiểu CSWE/AASW, thời lượng và cơ chế thực tập lâm sàng có giám sát còn chưa ràng buộc bởi chuẩn năng lực theo bậc, và chưa liên thông chặt giữa đào tạo - chuẩn năng lực - đánh giá hành nghề. Về mặt tổ chức, phần lớn bệnh viện đã có Phòng/Tổ CTXH, song nhân lực thiếu và không đồng đều về chuyên môn sâu, nhiều vị trí do cán bộ từ ngành khác kiêm nhiệm, làm gia tăng chồng chéo vai trò và hạn chế triển khai đầy đủ tiến trình CTXH chuyên nghiệp (Bộ Y tế, 2015, 2023; Bùi Thị Mai Đông, 2020).

Về hiện tượng kiệt sức của nhân viên công tác xã hội

Trong hai thập kỷ qua, nhiều nghiên cứu quốc tế đã tập trung làm rõ hiện tượng kiệt sức của nhân viên công tác xã hội (burnout) trong bối cảnh bệnh viện và sức khỏe tâm thần. Tổng hợp một số nghiên cứu tiêu biểu có thể thấy rằng tình trạng kiệt sức của nhân viên công tác xã hội y tế là một hiện tượng phổ biến, song chịu sự tác động từ nhiều chiều cạnh khác nhau.

Kiệt sức không chỉ bắt nguồn từ yếu tố tổ chức mà còn gắn trực tiếp với đặc thù thân chủ, đặc biệt là những khách hàng mắc bệnh tâm thần nặng, đồng thời nhân mạnh tác động tiêu cực của các dịch vụ cụ thể đối với sự kiệt sức. Kết quả khảo sát 128 nhân viên của Acker cho thấy mức độ tham gia với khách hàng mắc bệnh tâm thần nặng có tương quan chặt chẽ với tình trạng kiệt sức cảm xúc và mất nhân tính, phản ánh rõ áp lực và gánh nặng tâm lý trong quá trình can thiệp. Một phát hiện

đáng chú ý khác là việc phải dành nhiều thời gian cho các dịch vụ cụ thể (concrete services) làm gia tăng kiệt sức cảm xúc và làm suy giảm cảm giác thành tựu, so với các công việc mang tính tư vấn (Acker, 1999). Trong khi đó, Lloyd và cộng sự (2002) làm rõ vai trò trung tâm của yếu tố tổ chức, nhất là mâu thuẫn vai trò và sự mơ hồ trong hành nghề, như những nguyên nhân cốt lõi dẫn đến kiệt sức. Nghiên cứu của Lloyd và cộng sự (2002) nhấn mạnh rằng các yếu tố tổ chức mới là nguyên nhân then chốt. Cụ thể, mâu thuẫn giữa lý tưởng nghề nghiệp (như bảo vệ quyền lợi, công bằng xã hội, trao quyền cho thân chủ) với yêu cầu của tổ chức (hiệu quả, tiết kiệm chi phí, tuân thủ thủ tục) cùng với tình trạng mơ hồ và xung đột vai trò đã được xác định là những nguồn gốc chính của stress và kiệt sức. Hệ quả là nhân viên CTXH thường xuyên trải qua trạng thái kiệt sức cảm xúc, suy giảm thành tựu cá nhân, lo âu và bất mãn nghề nghiệp, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ và làm gia tăng tỷ lệ rời bỏ nghề. Trên nền tảng đó, nghiên cứu hệ thống của Frieiro Padín và cộng sự (2021) đã mở rộng bằng chứng trong phạm vi quốc tế, khẳng định kiệt sức của nhân viên công tác xã hội y tế có tỷ lệ cao hơn nhiều so với các ngành chăm sóc khác, đồng thời bổ sung các khía cạnh mới như yếu tố giới tính, tình trạng sức khỏe thể chất - tinh thần và ý định nghỉ việc.

Sự nối tiếp từ nghiên cứu trường hợp của Acker (1999), phân tích yếu tố tổ chức của Lloyd và cộng sự (2002) đến tổng quan hệ thống của Frieiro Padín và cộng sự (2021) cho thấy xu hướng nghiên cứu ngày càng toàn diện, nhấn mạnh rằng kiệt sức trong công tác xã hội bệnh viện vừa mang tính phổ biến, vừa chịu ảnh hưởng đa chiều từ đặc thù thân chủ, môi trường tổ chức đến đặc điểm nhân khẩu học và sức khỏe nghề nghiệp của nhân viên công tác xã hội.

So với bối cảnh quốc tế, các nghiên cứu về tình trạng kiệt sức ở nhân viên CTXH bệnh viện tại Việt Nam ít hơn và mang một số nét đặc thù. Thứ nhất, từ phía người bệnh và cộng đồng, hiện tượng lợi dụng chính sách, giả mạo hoàn cảnh để trục lợi khiến nhân viên CTXH luôn phải “căng mình” giữa hỗ trợ và cảnh giác. Khi các vụ lừa đảo được phát hiện, dư luận lại nghi ngờ tính minh bạch của quy trình hỗ trợ, làm suy giảm động lực và niềm tin vào nghề. Thứ hai, từ khối lượng và tính

chất công việc, việc xác minh hồ sơ, đối chiếu giấy tờ, phối hợp nhiều cơ quan khiến khối lượng công việc nặng nề, thời gian xử lý kéo dài, làm giảm hiệu quả hỗ trợ. Đặc biệt trong bối cảnh cấp cứu hoặc sản phụ khoa, tính gấp gáp của công việc càng đẩy họ vào thế tiến thoái lưỡng nan, dễ bị lợi dụng. Thứ ba, từ yếu tố tâm lý - cảm xúc, nhân viên CTXH vừa phải đối diện với những cảnh đời khó khăn, bệnh tật, vừa chịu nỗi lo bị lợi dụng hoặc hiểu lầm, dẫn đến áp lực tinh thần, nguy cơ kiệt sức và mất niềm tin. Cuối cùng, từ môi trường hệ thống và xã hội, những kẽ hở trong quy trình hỗ trợ cùng với sự lan truyền các vụ lừa đảo từ thiện trên mạng xã hội càng làm xói mòn lòng tin cộng đồng, gia tăng gánh nặng cho nhân viên CTXH (Bệnh Viện Hùng Vương, 2025).

1.2. Các nghiên cứu về hiệu quả và sự hài lòng trong dịch vụ công tác xã hội bệnh viện

1.2.1. Nghiên cứu về hiệu quả của công tác xã hội trong bệnh viện

Về hiệu quả và chi phí của dịch vụ công tác xã hội, trong nhiều thập niên qua, hiệu quả và chi phí của dịch vụ CTXH trong hệ thống y tế đã trở thành chủ đề thu hút nhiều học giả quốc tế. Một điểm chung nổi bật đó là CTXH không chỉ mang lại lợi ích về mặt xã hội - nhân văn, mà còn có giá trị kinh tế rõ rệt. Các nghiên cứu với quy mô khác nhau, từ tổng quan hệ thống đến mô hình phân tích chi phí - lợi ích và nghiên cứu thực nghiệm lớn, đều chỉ ra rằng dịch vụ CTXH giúp giảm tái nhập viện, rút ngắn hoặc quản lý hợp lý thời gian nằm viện, tiết kiệm chi phí y tế, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh và gia đình. Điều này khẳng định rằng đầu tư vào CTXH trong y tế không chỉ là một yêu cầu về mặt nhân đạo mà còn là một chiến lược quản lý chi phí và hiệu quả dịch vụ.

Rizzo và Rowe (2006) đã tiến hành một tổng quan nghiên cứu với 34 công trình liên quan đến CTXH với người cao tuổi. Đây là nhóm đối tượng đặc biệt dễ tổn thương, thường xuyên phải nhập viện hoặc vào viện dưỡng lão do các vấn đề sức khỏe mãn tính. Kết quả phân tích cho thấy các mô hình can thiệp như chăm sóc sức khỏe tại nhà, chương trình quản lý lão khoa (Geriatric Evaluation and Management - GEM), quản lý ca và hỗ trợ người chăm sóc đều mang lại lợi ích rõ

rệt. Đáng chú ý, chương trình GEM giúp giảm tới 39% số ca nhập viện và cắt giảm 25% tổng chi phí điều trị. Ngoài ra, can thiệp xã hội còn giúp giảm số lần vào khoa cấp cứu, giảm tỷ lệ phải vào viện dưỡng lão, đồng thời cải thiện sức khỏe tâm lý, chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi. Từ đây, các tác giả kết luận rằng CTXH đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa nguồn lực chăm sóc và giảm gánh nặng chi phí cho hệ thống y tế.

Năm 2016, Rizzo và Rowe tiếp tục mở rộng phạm vi tổng quan sang 42 nghiên cứu được công bố giai đoạn 2004-2012. Nếu như nghiên cứu năm 2006 mới chỉ dừng lại ở việc chứng minh lợi ích, thì tổng quan năm 2016 đã cung cấp bằng chứng chắc chắn hơn về mối liên hệ giữa dịch vụ CTXH, chất lượng cuộc sống và hiệu quả chi phí. Trong số 42 nghiên cứu, có tới 71% cho thấy CTXH cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đồng thời trong 21 nghiên cứu có phân tích kinh tế, có tới 15 nghiên cứu (71,4%) báo cáo tiết kiệm chi phí. Các lĩnh vực có bằng chứng mạnh mẽ nhất là chăm sóc cuối đời (palliative care) và điều phối dịch vụ y tế - xã hội, nơi CTXH giúp giảm chi phí nhờ sắp xếp hợp lý nguồn lực, giảm sử dụng dịch vụ y tế quá mức, nhưng vẫn đảm bảo chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Như vậy, so với năm 2006, nghiên cứu 2016 đã chứng minh một bước tiến quan trọng về mặt bằng chứng: từ mức “có tiềm năng” sang “có cơ sở khoa học vững chắc” để khẳng định hiệu quả chi phí của CTXH trong chăm sóc sức khỏe.

Ở khía cạnh mô hình hóa kinh tế, J.A.Gordon (2001) đã xây dựng một mô hình phân tích chi phí - lợi ích dành riêng cho dịch vụ CTXH tại khoa Cấp cứu (Emergency Department - ED). Nghiên cứu sử dụng các kịch bản giả định với ba quy mô khoa khác nhau: nhỏ (30.000 lượt bệnh nhân/năm), trung bình (60.000 lượt) và lớn (90.000 lượt). Kết quả tính toán cho thấy tại khoa lớn, CTXH có thể mang lại lợi ích ròng 65.994 USD/năm, nhờ giảm tái nhập viện, ngăn ngừa các ca nhập viện “xã hội” (social admissions), và tiết kiệm thời gian cho bác sĩ, điều dưỡng. Với khoa trung bình, chi phí và lợi ích gần như cân bằng, trong khi với khoa nhỏ, CTXH có thể gây thâm hụt nhẹ nhưng vẫn giảm đáng kể gánh nặng cho nhân viên y tế.

Điều này cho thấy trong các trung tâm y tế lớn, CTXH không chỉ cần thiết về mặt nhân đạo mà còn thực sự có lợi về mặt kinh tế.

Ở cấp độ tổng quan hệ thống rộng hơn, Gail Steketee và cộng sự (2017) đã phân tích 16 nghiên cứu quốc tế, trải dài trên nhiều nhóm bệnh nhân khác nhau, từ phụ nữ mang thai, trẻ em, bệnh nhân mãn tính, đến người cao tuổi. Tổng cộng, nghiên cứu bao gồm hơn 16.000 bệnh nhân. Hầu hết các nghiên cứu đều báo cáo kết quả tích cực: giảm tái nhập viện, cải thiện chỉ số trầm cảm, tăng khả năng tuân thủ điều trị, và tiết kiệm chi phí. Một số chương trình can thiệp thậm chí báo cáo mức tiết kiệm hàng triệu USD cho hệ thống y tế. Điểm đáng chú ý là tổng quan này nhấn mạnh CTXH không chỉ cải thiện kết quả lâm sàng mà còn góp phần làm giảm sử dụng các dịch vụ y tế tốn kém, như cấp cứu hoặc chăm sóc nội trú kéo dài, qua đó khẳng định vị thế của CTXH như một yếu tố quan trọng trong cải cách hệ thống y tế hướng tới hiệu quả và bền vững.

Ở cấp độ nghiên cứu thực nghiệm quy mô lớn, Auerbach, Mason và cộng sự (2007) đã khai thác cơ sở dữ liệu của 64.722 bệnh nhân tại một bệnh viện nội - ngoại tổng hợp ở New York. Trong số này, có 15,7% bệnh nhân ($n = 10.156$) được nhân viên CTXH hỗ trợ. Nghiên cứu cho thấy nhân viên CTXH thường được giao xử lý các ca phức tạp nhất, chẳng hạn bệnh nhân cao tuổi, thiếu hỗ trợ gia đình, hoặc cần chăm sóc dài hạn sau xuất viện. Nghiên cứu đồng thời chứng minh rằng nhờ có hệ thống theo dõi và ghi nhận, bộ phận CTXH đã minh chứng được vai trò trong kiểm soát chi phí, giảm tái nhập viện và đảm bảo an toàn xuất viện.

Như vậy, từ các nghiên cứu nêu trên có thể củng cố luận điểm rằng công tác xã hội trong bệnh viện vừa mang lại lợi ích xã hội, vừa có giá trị kinh tế lớn không chỉ mang lại lợi ích sức khỏe (giảm triệu chứng, cải thiện chất lượng sống, giảm tử vong) mà còn có ý nghĩa kinh tế lớn (giảm nhập viện, tiết kiệm chi phí từ hàng trăm USD/người đến hàng triệu USD ở quy mô hệ thống).

Thực tiễn triển khai CTXH trong bệnh viện ở Việt Nam cho thấy hoạt động công tác xã hội đã mang lại những lợi ích rõ rệt cho người bệnh, thân nhân và đội ngũ y tế (Đặng Kim Khánh Ly, 2021), tuy nhiên các minh chứng về hiệu quả vẫn

còn hạn chế, chủ yếu tập trung ở tuyến trung ương, trong khi ở tuyến tỉnh và tuyến huyện chưa được quan tâm nghiên cứu đầy đủ. Cũng theo Đặng Kim Khánh Ly và Bùi Thanh Minh (2024), khác với nhiều nước phát triển - nơi CTXH bệnh viện thường là nhóm đầu tiên bị tái cấu trúc hoặc thậm chí đóng cửa nhằm giảm chi phí hoạt động bởi không mang lại nguồn doanh thu trực tiếp và hiệu quả khó định lượng - thì tại Việt Nam, CTXH lại trở thành kênh tạo nguồn lực tài chính thông qua gây quỹ và huy động cộng đồng, nhờ đó thúc đẩy sự mở rộng nhanh chóng trong thập kỷ qua. Điều này cho thấy hiệu quả của CTXH tại Việt Nam không chỉ nằm ở cải thiện trải nghiệm và sự hài lòng của người bệnh, mà còn có giá trị trong việc bổ trợ nguồn lực, giảm gánh nặng cho hệ thống y tế vốn đang chịu áp lực quá tải.

Nhiều khảo sát tại các bệnh viện lớn như Bạch Mai, Nhi Trung ương, K Tân Triều khẳng định CTXH góp phần hỗ trợ thủ tục hành chính, tư vấn tâm lý, kết nối nguồn lực, hòa giải mâu thuẫn, từ đó làm giảm căng thẳng, nâng cao sự hài lòng và cải thiện quan hệ bác sĩ - bệnh nhân (Bùi Thị Mai Đông và cộng sự, 2020; Nguyễn Trung Hải & Nguyễn Thu Hà, 2020). Tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương, Dương Thị Phương (2013) cho thấy sự có mặt của nhân viên CTXH giúp cải thiện tinh thần và tăng tuân thủ điều trị của bệnh nhi ung thư máu, trong khi nghiên cứu của Lương Bích Thủy (2014) tại Bệnh viện K nhấn mạnh tác động tích cực đối với người chăm sóc bệnh nhân ung thư. Các dự án thí điểm như “Cuộc sống sau khi xuất viện” tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh cũng chứng minh CTXH giúp người bệnh phục hồi tốt hơn, hòa nhập cộng đồng và giảm nguy cơ tái nhập viện. Đồng thời, nghiên cứu tại tỉnh Bến Tre (Nguyễn Thị Hồng, Huỳnh Văn Chân, 2016) chỉ ra nhu cầu bức thiết về nhân viên CTXH do áp lực hỗ trợ bệnh nhân nghèo ngày càng lớn.

1.2.2. Nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động công tác xã hội

Tổng quan các tài liệu giai đoạn 2010-2025 về mức độ hài lòng/đánh giá của người bệnh đối với dịch vụ CTXH trong bệnh viện cho thấy hai hướng tiếp cận chính. Hướng thứ nhất tập trung vào đánh giá trải nghiệm và mức độ hài lòng của

người bệnh đối với chất lượng chăm sóc bệnh viện nói chung (patient experience/satisfaction) như một chỉ báo phản ánh hiệu quả và chất lượng của hệ thống y tế. Trong hướng tiếp cận này, các công cụ đo lường chuẩn hóa ở cấp hệ thống, điển hình là HCAHPS, được phát triển và sử dụng rộng rãi nhằm so sánh trải nghiệm người bệnh giữa các cơ sở và hỗ trợ quản trị chất lượng (Giordano và cộng sự, 2010). Các nghiên cứu thuộc mạch này nhấn mạnh rằng sự hài lòng của người bệnh là kết quả tổng hợp của nhiều thành tố chăm sóc, bao gồm giao tiếp, sự đáp ứng, môi trường điều trị, cung cấp thông tin và phối hợp chăm sóc (Giordano và cộng sự, 2010). Tuy nhiên, từ góc độ CTXH, hạn chế cơ bản của mạch tiếp cận này là dịch vụ CTXH không được đo lường như một thực thể độc lập, mà thường bị “hòa lẫn” trong đánh giá chung về trải nghiệm bệnh viện, khiến vai trò và giá trị riêng của CTXH khó được nhận diện một cách rõ ràng (Black và cộng sự, 2021).

Hướng tiếp cận thứ hai đi sâu vào đánh giá hiệu quả của các cấu phần can thiệp mang tính CTXH, đặc biệt là các hoạt động điều phối chăm sóc, hỗ trợ tâm lý-xã hội và lập kế hoạch xuất viện (discharge planning), thông qua cảm nhận và đánh giá của người bệnh về tính hữu ích, mức đáp ứng nhu cầu và sự hài lòng. Nghiên cứu của Soskolne và cộng sự (2010) cho thấy mức độ hài lòng của người bệnh và người nhà có mối liên hệ chặt chẽ với tính đầy đủ của đánh giá nhu cầu xã hội và chất lượng điều phối dịch vụ do nhân viên CTXH thực hiện. Ở cấp độ tổng quan bằng chứng, nghiên cứu tổng hợp của Gonçalves-Bradley và cộng sự (2022) chỉ ra rằng lập kế hoạch xuất viện mang tính cá thể hóa không chỉ cải thiện các chỉ số sử dụng dịch vụ y tế mà còn góp phần nâng cao trải nghiệm và sự hài lòng của người bệnh, dù cách đo lường biến “hài lòng” giữa các nghiên cứu còn chưa thống nhất. Các nghiên cứu thuộc mạch này có ưu điểm là đặt sự hài lòng của người bệnh gắn trực tiếp với cơ chế can thiệp của CTXH, song cũng bộc lộ hạn chế về chuẩn hóa công cụ đo và khả năng so sánh giữa các bối cảnh khác nhau (Soskolne et al., 2010; Gonçalves-Bradley et al., 2022).

Một điểm chung được khẳng định trong nhiều nghiên cứu là sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ CTXH không chỉ phụ thuộc vào kết quả điều trị y khoa,

mà còn chịu ảnh hưởng mạnh mẽ từ chất lượng tương tác, sự hỗ trợ tâm lý - xã hội và cảm nhận được tôn trọng trong quá trình chăm sóc (Black và cộng sự, 2021). Theo cách tiếp cận này, sự hài lòng được xem là một chỉ số phản ánh giá trị nhân văn và giá trị xã hội của CTXH trong môi trường y tế, chứ không đơn thuần là sự đánh giá kỹ thuật dịch vụ.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ CTXH thường tập trung cao vào những hỗ trợ thiết thực, kịp thời và dễ nhận diện. Khảo sát tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương của Nguyễn Thị Diệu Linh và Phạm Phương Lan (2022) ghi nhận 80,6% người bệnh nội trú hài lòng chung, trong đó mức độ đánh giá tích cực cao nhất thuộc về thái độ phục vụ và năng lực chuyên môn của đội ngũ nhân viên (97,7%). Tương tự, các nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy khoảng 80% người nhà bệnh nhi hài lòng với sự hiện diện và hỗ trợ của nhân viên CTXH, đặc biệt trong các hoạt động hỗ trợ vật chất, tinh thần và hướng dẫn thủ tục hành chính (các nghiên cứu trong nước về CTXH bệnh viện tuyến trung ương). Các bệnh viện tuyến trung ương khác tại Hà Nội cũng ghi nhận sự hài lòng cao của người bệnh đối với các hoạt động hỗ trợ nhập viện, xuất viện và kết nối nguồn lực tài chính cho bệnh nhân nghèo (Nguyễn Hải Hữu, 2019).

Các nghiên cứu quốc tế cũng cung cấp thêm bằng chứng quan trọng về những yếu tố quyết định sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ CTXH. Tại Hoa Kỳ, một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về điều phối chăm sóc sau xuất viện cho thấy 97% người tham gia hài lòng hoặc rất hài lòng với dịch vụ do nhân viên hoặc thực tập sinh CTXH cung cấp; người bệnh nhấn mạnh cảm giác “được coi trọng” và “luôn có người lắng nghe” như yếu tố cốt lõi tạo nên sự hài lòng (các nghiên cứu RCT về discharge planning). Tại Anh và Hà Lan, người bệnh đánh giá cao nhất những hỗ trợ giúp giải tỏa cảm xúc, hỗ trợ tâm lý và đồng hành trong giai đoạn khủng hoảng, đặc biệt ở các nhóm dễ bị tổn thương như người trẻ vô gia cư (các nghiên cứu CTXH lâm sàng tại châu Âu). Một số nghiên cứu tại Anh và Israel còn chỉ ra rằng người bệnh có xu hướng hài lòng hơn khi trải nghiệm mối quan hệ với nhân viên CTXH mang tính gần gũi, tin cậy, thậm chí được mô tả “như bạn bè”,

thay vì mối quan hệ chuyên môn mang tính quyền lực và khoảng cách (Soskolne và cộng sự, 2010; các nghiên cứu định tính tại Anh).

Các bằng chứng trên cho thấy sự hài lòng của người bệnh chịu tác động bởi nhiều yếu tố, trong đó nổi bật là: chất lượng giao tiếp và lắng nghe, sự tôn trọng quyền tự quyết, hiệu quả của kế hoạch xuất viện, và khả năng hỗ trợ tài chính - kết nối nguồn lực, đặc biệt trong bối cảnh các quốc gia đang phát triển (Black và cộng sự, 2021; Nguyễn Thị Diệu Linh & Phạm Phương Lan, 2022). Các nhà nghiên cứu cũng lưu ý rằng, mặc dù sự hài lòng không hoàn toàn đồng nhất với chất lượng kỹ thuật y khoa, nhưng trong mô hình chăm sóc dựa trên giá trị (value-based care), trải nghiệm tích cực và sự hài lòng của người bệnh được xem là “chất xúc tác” quan trọng giúp tăng tuân thủ điều trị và cải thiện kết quả sức khỏe dài hạn (Black và cộng sự, 2021).

Từ tổng quan nghiên cứu quốc tế và trong nước có thể khẳng định rằng, mặc dù sự hài lòng của người bệnh là một chỉ số then chốt phản ánh giá trị của dịch vụ CTXH trong bệnh viện, song khoảng trống nghiên cứu vẫn tồn tại rõ rệt, đặc biệt là thiếu dữ liệu hệ thống ở tuyến tỉnh và tuyến huyện, thiếu các nghiên cứu tách bạch vai trò CTXH khỏi trải nghiệm bệnh viện chung, và thiếu bằng chứng định lượng - định tính kết hợp về CTXH lâm sàng trong nâng cao chất lượng chăm sóc. Đặc biệt, tại tỉnh Nghệ An, cho đến nay chưa có công trình nào khảo sát một cách toàn diện và hệ thống về sự hài lòng và hiệu quả của dịch vụ CTXH trong bệnh viện, điều này càng cho thấy tính cấp thiết của nghiên cứu nhằm bổ sung bằng chứng khoa học và thực tiễn cho hoạch định chính sách và phát triển mô hình CTXH bệnh viện phù hợp với điều kiện Việt Nam hiện nay.

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong nước đồng thời chỉ ra rằng những chức năng mang tính lâm sàng đặc thù của CTXH, như tham vấn tâm lý, trị liệu tâm lý và can thiệp khủng hoảng, chưa được triển khai đầy đủ và thiếu tính chuyên nghiệp, dẫn đến hiệu quả và mức độ hài lòng của người bệnh chưa cao (Bùi Thị Mai Đông và cộng sự, 2020). Nguyên nhân chủ yếu được xác định là do thiếu nhân lực CTXH

được đào tạo bài bản, tình trạng kiêm nhiệm phổ biến, cùng với các cơ chế, chính sách và hướng dẫn chuyên môn còn thiếu đồng bộ (Đỗ Thị Hạnh Nga, 2020).

1.3. Các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

1.3.1. Nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Hoạt động CTXH trong môi trường bệnh viện chịu sự chi phối của nhiều nhóm yếu tố khác nhau, trải rộng từ chính sách vĩ mô, cơ cấu tổ chức, phân bổ nguồn lực nhân sự cho đến năng lực nghề nghiệp và mức độ phối hợp liên ngành giữa các chuyên gia y tế. E. Procto (2017) cho rằng chất lượng của hoạt động thực hành CTXH được quyết định bởi bốn cấu phần trọng yếu: (1) hệ thống chính sách và các quy trình đảm bảo chất lượng, (2) trình độ chuyên môn và chuẩn nghề nghiệp của nhân viên xã hội, (3) điều kiện vận hành và cơ chế hỗ trợ trong tổ chức, cùng với (4) khả năng áp dụng các bằng chứng khoa học vào thực hành. Nhà nghiên cứu cũng nhấn mạnh, việc thiếu vắng hệ thống giám sát và đánh giá hiệu quả can thiệp là “điểm nghẽn” lớn, làm suy giảm năng lực cung ứng dịch vụ CTXH trong lĩnh vực y tế hiện nay.

Xét trên bình diện tổ chức, Fraser và cộng sự (2018) đã chỉ ra rằng hiệu quả của dịch vụ CTXH trong mô hình chăm sóc sức khỏe tích hợp phụ thuộc đáng kể vào mức độ hợp tác liên ngành, sự công nhận và ủng hộ vai trò của nhân viên xã hội trong nhóm điều trị, cũng như vào nguồn lực tài chính và cơ hội đào tạo thường xuyên. Cùng hướng nghiên cứu, Saxe Zerden và cộng sự (2019) khẳng định rằng hiệu quả nghề nghiệp của nhân viên xã hội chỉ có thể đạt được khi họ có vị thế rõ ràng trong cơ cấu tổ chức bệnh viện, được tham gia vào tiến trình ra quyết định chuyên môn, và được đảm bảo các chính sách nội bộ hỗ trợ.

Dưới góc độ năng lực chuyên môn và hợp tác đa ngành, Abdulaziz (2015) phát hiện rằng sự thiếu hiểu biết của bác sĩ và điều dưỡng về vai trò của nhân viên xã hội, cùng với tính áp đảo của quan điểm y học và sự thiếu cơ chế phối hợp, đã tạo nên những rào cản lớn đối với hiệu quả hoạt động CTXH. Tương tự, O'carroll và cộng sự (2016) nhận định rằng thái độ, kỹ năng hợp tác liên ngành, và năng lực

tương tác chuyên môn có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân; việc thiếu đào tạo liên ngành làm giảm khả năng phát huy tác động của CTXH trong hệ thống y tế.

Ở góc nhìn từ đội ngũ y tế, Davies & Martin Connolly (1995) cho rằng hiệu quả của hoạt động CTXH trong bệnh viện được quyết định bởi khả năng phối hợp nhóm, mức độ hiện diện của nhân viên xã hội trong quá trình điều trị, cùng vai trò tư vấn, hỗ trợ tâm lý và điều phối xuất viện. Tuy nhiên, các tác giả cũng chỉ ra rằng sự thiếu thừa nhận về vai trò chuyên môn khiến nhân viên xã hội vẫn ở vị thế thứ yếu so với các chuyên ngành y học khác.

Nghiên cứu của McCormick và Engelberg (2007) trong bối cảnh các đơn vị hồi sức tích cực (ICU) chỉ ra rằng áp lực công việc, sự thiếu hụt nhân sự và thiếu hỗ trợ chuyên môn là các yếu tố làm suy giảm hiệu quả hoạt động. Dầu vậy, những nhiệm vụ mang tính nhân văn như hỗ trợ cảm xúc hay tư vấn ra quyết định cho người bệnh và thân nhân lại có mối tương quan tích cực với mức độ hài lòng và gắn bó nghề nghiệp của nhân viên xã hội.

Ở tầm hệ thống, Steketee, Ross & Wachman (2017) tổng hợp kết quả từ 16 công trình nghiên cứu quốc tế và kết luận rằng chất lượng và hiệu quả dịch vụ CTXH trong bệnh viện phụ thuộc vào ba yếu tố cơ bản: (1) mức độ tích hợp của hoạt động CTXH trong hệ thống y tế, (2) khả năng triển khai các dịch vụ dựa trên bằng chứng khoa học, và (3) tính ổn định của nguồn tài chính cho hoạt động nghề nghiệp. Tuy nhiên, các nghiên cứu này vẫn còn thiếu tính đối sánh xuyên quốc gia và chưa đo lường đầy đủ mối quan hệ giữa dịch vụ CTXH với kết quả sức khỏe và chi phí y tế của bệnh nhân.

Trong bối cảnh Việt Nam, hiệu quả hoạt động CTXH trong bệnh viện chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố đặc thù như: hệ thống văn bản pháp quy chưa đồng bộ (Phạm Tiến Nam, Hoàng Long Quân và cộng sự, 2020), sự thiếu hướng dẫn về cơ cấu tổ chức, hạn chế trong chuẩn năng lực và đào tạo nhân lực chuyên ngành. (Đương Thị Minh Thu, 2020). Các tác giả cũng nhấn mạnh rằng mức độ hiểu biết và thái độ tích cực của đội ngũ y tế có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả phối hợp liên ngành, tuy nhiên nhận thức về vai trò nghề CTXH trong bệnh viện vẫn chưa

cao. Trong khi đó, Nguyễn Thị Minh Hiền (2020) nhấn mạnh tầm quan trọng của yếu tố tinh thần - bao gồm niềm tin, hy vọng và hỗ trợ cảm xúc - như một phần không thể thiếu trong quá trình phục hồi bệnh nhân; đồng thời, khẳng định rằng nhân viên CTXH cần được trang bị kỹ năng đánh giá tâm lý - xã hội và khả năng nhạy cảm văn hóa để nâng cao hiệu quả can thiệp.

Khái quát lại, các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy hoạt động và chất lượng dịch vụ CTXH trong bệnh viện chịu tác động đồng thời của ba nhóm yếu tố:

(1) Yếu tố vĩ mô bao gồm chính sách y tế - xã hội, cơ chế tài chính, khung pháp lý và chuẩn nghề nghiệp;

(2) Yếu tố trung gian (tổ chức) gồm cơ cấu quản lý bệnh viện, mức độ công nhận vai trò CTXH, điều kiện làm việc, môi trường hỗ trợ và văn hóa hợp tác đa ngành;

(3) Yếu tố vi mô (cá nhân - nghề nghiệp) liên quan đến năng lực, kinh nghiệm, động lực và sự hài lòng nghề nghiệp của nhân viên xã hội.

Tuy nhiên, điểm hạn chế chung của các công trình trước là hầu hết được tiến hành trong bối cảnh các quốc gia có nền công tác xã hội y tế phát triển (như Mỹ, Anh, Úc, Thụy Điển), trong khi tại Việt Nam, các nghiên cứu còn ít về số lượng và thiếu cơ sở thực chứng. Các công trình trong nước phần lớn dừng lại ở việc mô tả thực trạng và gợi ý giải pháp định tính, chưa hình thành được mô hình phân tích tổng hợp nhằm xác định và đo lường mức độ tác động của từng nhóm yếu tố, hơn nữa các bệnh viện tuyến cơ sở còn là khoảng trống lớn trong nghiên cứu. Do vậy, luận án này hướng tới là: (1) Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ CTXH tại bệnh viện tuyến cơ sở; (2) Đề xuất các kiến nghị nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH phù hợp với bối cảnh đặc thù của hệ thống bệnh viện tại tỉnh Nghệ An.

1.3.2. Nghiên cứu về giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Các nghiên cứu trong và ngoài nước về công tác xã hội y tế trong hai thập kỷ gần đây đều tập trung vào mục tiêu chung là nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH trong bệnh viện, song lại tiếp cận vấn đề này theo những hướng khác nhau tùy thuộc vào trình độ phát triển hệ thống y tế, thể chế chính sách và nguồn nhân lực của từng

quốc gia. Tổng hợp kết quả nghiên cứu cho thấy, nhìn chung, hướng nghiên cứu về giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH tập trung vào bảy nhóm chính: (1) chuẩn hóa năng lực nghề nghiệp, (2) hoàn thiện quy trình chuyên môn, (3) tăng cường phối hợp liên ngành, (4) thiết lập hệ thống đánh giá và cải tiến chất lượng, (5) phát triển nguồn nhân lực, (6) ứng dụng công nghệ số, và (7) bảo đảm cơ chế tài chính bền vững.

Thứ nhất, giải pháp về thể chế và mô hình tổ chức dịch vụ CTXH y tế. Ở các quốc gia có nền CTXH phát triển như Hoa Kỳ, Anh, Nhật Bản hay Hàn Quốc, các nghiên cứu của NASW (2021), Linton và cộng sự (2015) và Noel và cộng sự (2022) đều khẳng định rằng việc thể chế hóa vị trí nhân viên CTXH trong hệ thống bệnh viện là điều kiện tiên quyết để đảm bảo tính chuyên nghiệp và bền vững của dịch vụ. CTXH được xem là một bộ phận cấu thành trong hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn diện, có cơ chế phối hợp liên ngành giữa bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên CTXH và cộng đồng. Ở các nước này, mô hình tổ chức CTXH y tế được vận hành theo hướng chuẩn hóa, có hệ thống giám sát chất lượng dịch vụ, cơ chế phản hồi người bệnh và quy trình đánh giá năng lực nghề nghiệp.

Ngược lại, ở Việt Nam, lại tập trung đề xuất nhóm giải pháp mang tính thể chế hóa ban đầu, bao gồm: ban hành quy định pháp lý về vị trí việc làm nhân viên CTXH trong bệnh viện, xây dựng khung năng lực nghề nghiệp, hoàn thiện quy trình cung cấp dịch vụ, và bố trí kinh phí ổn định cho hoạt động CTXH. Tuy nhiên, các giải pháp này mới dừng ở mức thích ứng chính sách, chưa phát triển được mô hình quản lý và đánh giá chất lượng dịch vụ chuyên biệt cho CTXH y tế Nguyễn Ngọc Hường (2016), Trần Thị Minh Đức (2020).

Thứ hai, giải pháp về phát triển nguồn nhân lực và nâng cao năng lực nghề nghiệp

Các nghiên cứu quốc tế nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đào tạo và bồi dưỡng nhân lực CTXH y tế theo hướng chuyên sâu và liên ngành. Theo Linton và cộng sự (2015), chất lượng dịch vụ CTXH phụ thuộc lớn vào năng lực giao tiếp, khả năng đánh giá nhu cầu người bệnh, kỹ năng điều phối và hỗ trợ tâm lý. Bên cạnh đó, các mô hình thực hành của NASW (2021) còn quy định rõ hệ thống

giám sát nghề nghiệp, đạo đức và trách nhiệm xã hội nhằm bảo đảm tính chuyên nghiệp của nhân viên CTXH.

Ở Việt Nam, các công trình nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2022), Phạm Thị Thu Hằng (2021) và một số tác giả khác đã đề xuất các giải pháp nâng cao năng lực thông qua tăng cường đào tạo thực hành, tập huấn kỹ năng giao tiếp, tư vấn tâm lý và điều phối nguồn lực trong bệnh viện. Tuy vậy, đa số các nghiên cứu mới dừng ở bình diện lý luận, chưa lượng hóa được tác động của các chương trình đào tạo hoặc mô hình nâng cao năng lực đối với sự hài lòng và mức độ gắn kết của người bệnh.

Thứ ba, giải pháp về đổi mới phương thức cung cấp dịch vụ CTXH và chuyển đổi số

Các nghiên cứu quốc tế gần đây của Crawford (2021); Noel và cộng sự (2022) cho thấy xu hướng ứng dụng công nghệ số trong CTXH y tế đang trở thành nhân tố quan trọng giúp mở rộng phạm vi tiếp cận dịch vụ. Các nền tảng tư vấn trực tuyến, hồ sơ bệnh án điện tử, và hệ thống quản lý thông tin người bệnh giúp nhân viên CTXH theo dõi tiến trình điều trị, phối hợp hiệu quả hơn giữa các bộ phận chuyên môn, đồng thời giảm bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ ở vùng sâu, vùng xa. Trong khi đó, ở Việt Nam, hướng tiếp cận này mới chỉ được đề cập rải rác trong một số nghiên cứu mô tả tại bệnh viện tuyến trung ương như Bạch Mai, Chợ Rẫy hay Nhi Trung ương. Các tác giả trong nước chủ yếu đề xuất giải pháp “tăng cường truyền thông nội bộ”, “ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý hồ sơ bệnh nhân” hoặc “tư vấn qua mạng xã hội”, song chưa có mô hình cụ thể về chuyển đổi số trong CTXH y tế cấp tỉnh.

Sự khác biệt về giải pháp giữa các nghiên cứu quốc tế và trong nước chủ yếu bắt nguồn từ bối cảnh phát triển hệ thống y tế và mức độ thể chế hóa nghề CTXH. Ở các nước phát triển, CTXH Y tế là một nghề được công nhận, có khung pháp lý, chuẩn năng lực và cơ chế tài chính độc lập. Trong khi đó, tại Việt Nam, CTXH mới ở giai đoạn hình thành, thiếu hành lang pháp lý đầy đủ, nhân lực còn mỏng, ngân sách hạn chế, và nhận thức xã hội về nghề chưa đồng nhất. Chính vì vậy, các giải pháp trong nước thiên về hoàn thiện chính sách, củng cố tổ chức và đào tạo nguồn

nhân lực, thay vì tập trung vào mô hình chuyên nghiệp hóa hoặc chuyển đổi số như ở các nước phát triển.

Trong bối cảnh Việt Nam, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến tỉnh, các công trình đi trước chủ yếu tập trung nghiên cứu tại bệnh viện tuyến trung ương - nơi có điều kiện nguồn lực, cơ sở vật chất và nhân sự tương đối thuận lợi. Do đó, các giải pháp được đề xuất (như mô hình CTXH chuyên nghiệp, liên kết đa ngành hay chuyển đổi số) chưa phản ánh hết đặc thù của hệ thống y tế địa phương - nơi hạn chế về ngân sách, nhân sự và năng lực quản trị. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đi sâu đánh giá tính khả thi và hiệu quả của các giải pháp phát triển dịch vụ CTXH trong các bệnh viện tuyến tỉnh - đây chính là khoảng trống khoa học mà luận án “*Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An*” hướng đến lấp đầy.

1.4. Tóm lược các kết quả và khoảng trống nghiên cứu

Tổng quan chung các nghiên cứu đã làm rõ những vấn đề như sau:

Thứ nhất, về mô hình tổ chức: Trên thế giới, CTXH bệnh viện đã phát triển thành các mô hình ổn định (dọc, ngang, ma trận) với cơ chế vận hành rõ ràng, bảo đảm tính liên thông giữa các phòng ban và chuyên khoa. Trong khi đó, tại Việt Nam, CTXH bệnh viện mới ở giai đoạn định hình, triển khai thử nghiệm và còn nhiều khác biệt giữa các tuyến và cơ sở. Hiện nay chưa có một mô hình tổ chức chuẩn hóa phù hợp với điều kiện Việt Nam, cũng chưa có nghiên cứu nào phân tích sâu mối quan hệ giữa mô hình tổ chức với chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh.

Thứ hai, về nguồn nhân lực: Kinh nghiệm quốc tế cho thấy đội ngũ nhân viên CTXH y tế giữ vai trò then chốt trong việc quyết định chất lượng và hiệu quả cung cấp dịch vụ. Ở các quốc gia phát triển, nguồn nhân lực CTXH đã được chuẩn hóa về trình độ đào tạo, năng lực chuyên môn và vị thế nghề nghiệp, với xu hướng lâm sàng rõ nét (trị liệu tâm lý, quản lý ca, can thiệp khủng hoảng), cho phép nhân viên CTXH tham gia trực tiếp vào các can thiệp tâm lý- xã hội, quản lý ca và điều phối chăm sóc trong nhóm liên ngành. Các nước phát triển cũng đã xây dựng định mức nhân lực cụ thể dựa trên số giường bệnh hoặc khối lượng công việc, bảo đảm chất lượng dịch vụ và phân bổ nhân sự hợp lý. Còn ở Việt Nam, mặc dù công tác

xã hội trong bệnh viện đã được thể chế hóa và triển khai rộng rãi, nhưng nguồn nhân lực vẫn còn hạn chế cả về số lượng, chất lượng và mức độ chuyên nghiệp. Đội ngũ nhân sự chủ yếu mang tính kiêm nhiệm, thiếu đào tạo chuyên sâu, dẫn đến vai trò thực hành còn thiên về hỗ trợ hành chính, tư vấn cơ bản và vận động nguồn lực, chưa phát huy đầy đủ chức năng can thiệp chuyên sâu. Đáng chú ý, nhiều nghiên cứu cho thấy nhu cầu của người bệnh đối với các dịch vụ CTXH mang tính lâm sàng, đặc biệt là tư vấn tâm lý và hỗ trợ thích ứng với bệnh tật, là rất cao, trong khi khả năng đáp ứng của hệ thống còn hạn chế, tạo ra khoảng cách đáng kể giữa nhu cầu và cung cấp dịch vụ. Đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện nguồn nhân lực CTXH bệnh viện còn mỏng và thiếu chuyên nghiệp. Phần lớn nhân viên CTXH là kiêm nhiệm, chưa được đào tạo bài bản về CTXH y tế.

Thứ ba, về hiệu quả dịch vụ: Các nghiên cứu hiện có chủ yếu dừng ở việc mô tả hoạt động CTXH và ghi nhận một số tác động tích cực, như giảm tải cho đội ngũ y tế, hỗ trợ người bệnh về tài chính, tâm lý và thủ tục hành chính, cũng như nâng cao hiệu quả quản lý bệnh viện. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các bằng chứng định lượng, chưa có nghiên cứu nào lượng hóa hiệu quả kinh tế - xã hội hoặc so sánh hiệu quả giữa các mô hình CTXH khác nhau ở các tuyến.

Thứ tư, về sự hài lòng của người bệnh: Sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ CTXH trong bệnh viện được tiếp cận theo hai hướng chính: đánh giá trải nghiệm bệnh viện nói chung và đánh giá hiệu quả các can thiệp CTXH cụ thể. Kết quả nghiên cứu khẳng định sự hài lòng không chỉ phụ thuộc vào điều trị y khoa mà còn chịu ảnh hưởng lớn từ chất lượng tương tác và hỗ trợ tâm lý-xã hội. Tại Việt Nam, người bệnh và người nhà thường hài lòng nhất với các dịch vụ hỗ trợ trực tiếp và dễ nhận thấy như hướng dẫn thủ tục, tư vấn thông tin, kết nối nguồn lực và hỗ trợ tài chính. Ngược lại, họ ít hài lòng với các dịch vụ đòi hỏi tính chuyên môn cao như tham vấn, trị liệu tâm lý hay can thiệp khủng hoảng, do chưa được triển khai rộng và còn thiếu nhân lực chuyên nghiệp. Các khảo sát chủ yếu tập trung ở bệnh viện tuyến trung ương (Bạch Mai, Nhi Trung ương, K, Việt Đức, Châm cứu Trung ương...), trong khi tuyến tỉnh, huyện - nơi có nhu cầu lớn hơn - hầu như chưa được nghiên cứu.

Thứ năm, về các yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội: Tổng quan các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện chịu tác động đồng thời từ ba nhóm yếu tố: (1) yếu tố vĩ mô như khung pháp lý, cơ chế tài chính và chuẩn nghề nghiệp; (2) yếu tố tổ chức gồm mô hình quản lý bệnh viện, cơ chế phối hợp liên ngành, điều kiện làm việc và hệ thống giám sát đánh giá; và (3) yếu tố vi mô liên quan đến trình độ, kỹ năng và động lực nghề nghiệp của nhân viên CTXH.

Khoảng trống nghiên cứu:

Từ những phân tích trên có thể thấy, mặc dù công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện đã được triển khai và bước đầu khẳng định vai trò trong nhiều lĩnh vực, song các nghiên cứu trong nước về dịch vụ CTXH bệnh viện vẫn còn hạn chế. Phần lớn công trình hiện nay chỉ tập trung vào việc mô tả nhu cầu, làm rõ vai trò của nhân viên CTXH hoặc phân tích kinh nghiệm quốc tế; một số khác khảo sát tại từng cơ sở y tế riêng lẻ. Các nghiên cứu này vừa ít, vừa rời rạc, chưa cung cấp được bức tranh tổng thể về các loại hình dịch vụ CTXH đang triển khai trong hệ thống bệnh viện ở Việt Nam. Thêm vào đó, nhiều tài liệu vẫn chủ yếu dựa trên nguồn tham khảo nước ngoài (Hoa Kỳ, Anh, Úc, Canada...), trong khi bằng chứng thực nghiệm trong nước còn thiếu hụt.

Đặc biệt, các công trình khoa học đề xuất nhiều nhóm giải pháp như hoàn thiện thể chế, chuẩn hóa năng lực, xây dựng quy trình chuyên môn, tăng cường hợp tác liên ngành, thiết lập cơ chế đánh giá chất lượng, ứng dụng công nghệ số và bảo đảm nguồn tài chính bền vững. Tuy nhiên, phần lớn bằng chứng thực nghiệm hiện nay tập trung ở các quốc gia có hệ thống CTXH y tế phát triển hoặc tại bệnh viện tuyến trung ương ở Việt Nam. Các nghiên cứu về bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt trong điều kiện nguồn lực hạn chế, hầu như còn bỏ ngỏ. Chính vì vậy, việc phân tích các yếu tố ảnh hưởng và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An mang ý nghĩa cấp thiết, góp phần lấp đầy khoảng trống lý luận và thực tiễn hiện nay.

Từ những khoảng trống nêu trên, Chương 2 sẽ trình bày phương pháp nghiên cứu được lựa chọn nhằm khảo sát thực trạng, đo lường mức độ hài lòng và đánh giá hiệu quả hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An.

Tiểu kết chương 1

Thông qua việc tìm kiếm, tổng hợp và phân tích các nguồn tài liệu trong và ngoài nước, có thể thấy công tác xã trong bệnh viện là một lĩnh vực ngày càng được quan tâm nghiên cứu nhờ tính cấp thiết trong việc hỗ trợ người bệnh, gia đình và hệ thống y tế. Các nghiên cứu quốc tế đã phát triển phong phú cả về lý luận và thực tiễn, xây dựng những mô hình tổ chức CTXH bệnh viện ổn định (theo cấu trúc dọc, ngang, ma trận), đồng thời hình thành các chuẩn mực về nhân lực, tiêu chuẩn dịch vụ, quy trình cung cấp và bằng chứng định lượng về hiệu quả kinh tế - xã hội. Tuy nhiên, tại Việt Nam, mặc dù CTXH bệnh viện đã được triển khai và bước đầu khẳng định vai trò trong nhiều lĩnh vực, nhưng phạm vi nghiên cứu còn hạn chế. Phần lớn các công trình mới dừng ở việc mô tả nhu cầu, làm rõ vai trò người làm CTXH hoặc tham khảo kinh nghiệm quốc tế; một số khác khảo sát tại từng bệnh viện riêng lẻ, chủ yếu ở tuyến trung ương.

Các nghiên cứu trong nước đã chỉ ra những lợi ích rõ rệt mà CTXH mang lại: giảm lo âu và hỗ trợ tài chính cho người bệnh và thân nhân; giảm tải công việc và nâng cao hiệu quả phối hợp cho đội ngũ y tế; cũng như góp phần tăng uy tín và hiệu quả quản lý cho bệnh viện. Người bệnh thường hài lòng nhất với các dịch vụ mang tính trực tiếp và dễ nhận biết như hướng dẫn thủ tục, cung cấp thông tin, kết nối nguồn lực và hỗ trợ tài chính. Tuy nhiên, mức độ hài lòng còn thấp đối với các hoạt động đòi hỏi chuyên môn sâu như tham vấn tâm lý, can thiệp khủng hoảng, trị liệu tâm lý - do hạn chế về nhân lực, thiếu đào tạo bài bản và cơ chế vận hành chưa đồng bộ.

Thực tiễn cho thấy, những khoảng trống nghiên cứu hiện nay bao gồm: (i) thiếu mô hình tổ chức CTXH bệnh viện được chuẩn hóa và phù hợp với bối cảnh Việt Nam; (ii) thiếu tiêu chuẩn định biên nhân sự dựa trên khối lượng công việc thực tế; (iii) thiếu bằng chứng định lượng về hiệu quả kinh tế - xã hội của dịch vụ CTXH; và (iv) thiếu các khảo sát hệ thống về sự hài lòng của người bệnh, đặc biệt ở tuyến tỉnh và tuyến huyện - nơi nhu cầu chăm sóc rất lớn. Đáng chú ý, tại Nghệ An cho đến nay chưa có công trình nào đánh giá toàn diện mô hình tổ chức, hiệu quả và sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ CTXH bệnh viện.

Từ các nghiên cứu đi trước cùng với thực tiễn hoạt động có thể thấy được sự chênh lệch rõ rệt giữa vai trò được quy định (theo chính sách), vai trò được thực hiện (ngoài thực tiễn), và vai trò được nhận thức (trong cảm nhận của nhân viên y tế và cộng đồng). Chính sự tương phản giữa kinh nghiệm quốc tế và thực tiễn trong nước đã mở ra khoảng trống nghiên cứu mà luận án này hướng tới: kế thừa và tham khảo kinh nghiệm quốc tế, đồng thời kiểm định và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh Việt Nam, nhằm tìm ra con đường chuyển đổi CTXH bệnh viện từ mô hình thiên về thủ tục hành chính sang mô hình lâm sàng chuyên nghiệp, qua đó nâng cao hiệu quả chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh.

Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nội dung chương 2 nhằm hệ thống hóa các cơ sở lý luận của đề tài, kết hợp với việc mô tả và phân tích những lý thuyết, phương pháp được sử dụng để thu thập và xử lý dữ liệu nghiên cứu. Toàn bộ nội dung được sắp xếp thành các tiểu mục cụ thể.

2.1. Các khái niệm công cụ

2.1.1. Công tác xã hội trong bệnh viện

2.1.1.1. Công tác xã hội

Trong tiến trình phát triển, công tác xã hội đã được định nghĩa qua nhiều giai đoạn, phản ánh sự trưởng thành của nghề nghiệp này. Tại Mỹ, Hiệp hội quốc gia nhân viên xã hội (NASW, 1970) nhấn mạnh CTXH là một chuyên ngành giúp cá nhân, nhóm và cộng đồng củng cố hoặc khôi phục chức năng xã hội, đồng thời tạo điều kiện để đạt được mục tiêu sống. Sang thập niên 1980, Liên đoàn CTXH quốc tế (IFSW, 1982) đưa ra quan niệm chuyên nghiệp hơn, coi CTXH là một hoạt động chuyên môn nhằm thúc đẩy sự biến đổi xã hội và hỗ trợ sự phát triển của con người (Bộ Lao động Thương binh & Xã hội, 2011). Đến năm 2001, định nghĩa toàn cầu được thông qua, khẳng định nghề CTXH có chức năng thúc đẩy thay đổi xã hội, giải quyết các vấn đề trong quan hệ giữa con người và môi trường, đồng thời tăng cường trao quyền để cải thiện phúc lợi xã hội. Năm 2004, tại Đại hội CTXH Quốc tế ở Canada, CTXH tiếp tục được nhấn mạnh như một nghề nhằm tăng cường năng lực cá nhân, gia đình và cộng đồng, hướng đến xã hội hài hòa. Bước ngoặt năm 2011 và đặc biệt năm 2014, IFSW và IASSW đã khẳng định CTXH vừa là một nghề thực hành vừa là một ngành khoa học, dựa trên nền tảng nhân quyền, công bằng xã hội, trách nhiệm tập thể và tôn trọng đa dạng, sử dụng tri thức khoa học xã hội, nhân văn và bản địa để giải quyết khó khăn và nâng cao an sinh con người.

Ở Việt Nam, cùng với sự quan tâm của Nhà nước, các học giả đã phát triển định nghĩa CTXH gắn với bối cảnh văn hóa - xã hội. Bùi Thị Xuân Mai (2010) định nghĩa CTXH là một nghề chuyên nghiệp nhằm nâng cao năng lực, phòng ngừa và giải quyết các vấn đề xã hội, qua đó góp phần đảm bảo an sinh xã hội. Nguyễn Hồi

Loan (2016) lại nhấn mạnh đặc thù văn hóa dân tộc, coi CTXH là hoạt động xã hội thực tiễn dựa trên nguyên tắc, phương pháp và nền tảng văn hóa truyền thống. Cùng lúc, các chính sách nhà nước như Quyết định 32/2010/QĐ-TTg và Thông tư 01/2017/TT- BLĐTBXH đã khẳng định CTXH là hoạt động chuyên nghiệp nhằm giải quyết vấn đề của cá nhân, gia đình và cộng đồng, đồng thời góp phần bảo đảm nhân quyền, công bằng, tiến bộ và hạnh phúc xã hội. Gần đây, Phạm Tiến Nam (2017) tiếp cận CTXH như một ngành khoa học và nghề thực hành có chức năng thay đổi nhận thức, hành vi, cải thiện môi trường xã hội và phát huy tiềm năng con người.

Từ sự kế thừa và tổng hợp các quan niệm quốc tế và trong nước, trong nghiên cứu này, CTXH được hiểu là: *một ngành khoa học ứng dụng và nghề thực hành chuyên nghiệp, với sứ mệnh hỗ trợ cá nhân, nhóm và cộng đồng nâng cao năng lực thích ứng và giải quyết vấn đề xã hội; đồng thời thúc đẩy sự thay đổi tích cực trong mối quan hệ giữa con người với môi trường xã hội. CTXH vận dụng tri thức liên ngành, dựa trên giá trị nhân quyền, công bằng xã hội và tôn trọng đa dạng văn hóa, nhằm cải thiện chất lượng sống và góp phần xây dựng một xã hội hài hòa, bền vững.*

2.1.1.2. Người làm công tác xã hội

Trong hệ thống tài liệu nghiên cứu trong nước, lực lượng làm công tác xã hội được gọi bằng nhiều tên khác nhau, chẳng hạn *nhân viên công tác xã hội, cán bộ xã hội, cán sự xã hội, người làm công tác xã hội hay người trợ giúp xã hội*. Dù tên gọi khác nhau, họ đều đảm nhiệm vai trò hỗ trợ và xử lý các vấn đề phức tạp nảy sinh trong đời sống của cá nhân, gia đình và cộng đồng. Họ tiếp cận vấn đề trên cả hai bình diện: đặc điểm cá nhân và bối cảnh xã hội, nhằm đưa ra những giải pháp phù hợp. Bên cạnh vai trò trợ giúp, nhân viên công tác xã hội còn được nhìn nhận như những nhà giáo dục cộng đồng, có khả năng huy động nguồn lực và kết nối đối tượng yếu thế với các chương trình, chính sách hỗ trợ của Nhà nước, chính quyền địa phương và các tổ chức quốc tế, hướng tới mục tiêu giảm nghèo bền vững và thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ (Truell & Jones, 2012).

Theo NASW (2008), nhân viên công tác xã hội hỗ trợ cho thân chủ - bao gồm cá nhân, gia đình, nhóm, tổ chức hay cộng đồng - nhằm thúc đẩy công bằng xã hội và

tạo ra những biến đổi tích cực trong xã hội. Họ làm việc trên nền tảng tôn trọng sự đa dạng văn hóa và chuẩn mực đạo đức, hướng đến việc loại bỏ các biểu hiện phân biệt đối xử, áp bức, nghèo đói và bất bình đẳng. Để thực hiện các mục tiêu đó, nhân viên công tác xã hội có thể tham gia vào nhiều lĩnh vực khác nhau như can thiệp trực tiếp, tổ chức cộng đồng, tư vấn, kiểm huấn, quản lý dịch vụ, vận động chính sách, hành động xã hội - chính trị, phát triển và triển khai chính sách, cũng như giảng dạy, nghiên cứu và đánh giá chương trình. Thông qua các hoạt động này, họ góp phần nâng cao năng lực cho người dân và huy động các nguồn lực hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu hay giải quyết các vấn đề phát sinh trong đời sống xã hội (NASW, 2008).

Tại Việt Nam, người làm công tác xã hội được hiểu là đội ngũ thực hiện các hoạt động trợ giúp chuyên nghiệp, bao gồm hỗ trợ cá nhân và gia đình giải quyết khó khăn, kết nối họ với dịch vụ - nguồn lực cần thiết, đồng thời góp phần nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ và tham gia xây dựng, hoàn thiện chính sách an sinh xã hội (Bùi Thị Xuân Mai, 2014).

- Nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp:

Theo NASW (2023), nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp được xác định dựa trên trình độ đào tạo bài bản từ bậc cử nhân CTXH trở lên, trong đó một bộ phận đáng kể được trang bị chuyên môn về công tác xã hội lâm sàng. Đội ngũ này tham gia cung cấp dịch vụ trong nhiều bối cảnh nghề nghiệp khác nhau như trường học, bệnh viện, phòng khám tâm thần, trung tâm dịch vụ xã hội, cơ quan công, tổ chức tư nhân, doanh nghiệp, quân đội và các cơ sở giam giữ, nhằm hỗ trợ cá nhân và gia đình.

Ở cách tiếp cận khác, quan niệm của Hiệp hội Nhân viên Công tác xã hội Quốc tế và Hiệp hội các Trường Công tác xã hội Quốc tế nhấn mạnh rằng tính chuyên nghiệp của nhân viên CTXH gắn với năng lực, phẩm chất và sự tuân thủ chuẩn mực phát triển nghề nghiệp. Tại những quốc gia có nền CTXH mới hình thành, yêu cầu trình độ đối với nhân viên CTXH chuyên nghiệp thường ở mức thạc sĩ ngành CTXH hoặc lĩnh vực liên quan (IFSW & IASSW, 2012).

Tại Việt Nam, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội đã ban hành Thông tư 26/2022/TT-LĐTBXH, quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp và chế độ tiền lương đối với công tác xã hội viên và nhân viên CTXH, trong đó nêu rõ yêu cầu về trình độ đào tạo và năng lực nghề nghiệp của lực lượng này (Bộ LĐTBXH, 2022).

- *Nhân viên công tác xã hội bán chuyên nghiệp:*

Trong điều kiện số lượng chương trình đào tạo chính quy dành cho đội ngũ cung cấp dịch vụ xã hội còn hạn chế, đặc biệt ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, lực lượng nhân viên công tác xã hội bán chuyên nghiệp thường thiếu các kiến thức và kỹ năng nền tảng về công tác xã hội, tham vấn, tâm lý, sư phạm xã hội và thực hành nghề nghiệp (UNICEF, 2022). Một quan niệm tương đồng cho rằng khái niệm “bán chuyên nghiệp” dùng để chỉ những người chưa được đào tạo ở trình độ đại học trong lĩnh vực dịch vụ xã hội. Mặc dù không đứng bằng cấp, họ vẫn phối hợp làm việc với các chuyên gia và đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ những nhóm dễ bị tổn thương, góp phần cải thiện đời sống và phúc lợi của họ và gia đình. Lực lượng này làm việc dưới sự giám sát của các chuyên gia trong nhiều lĩnh vực khác nhau và có thể được đào tạo để tham gia quyết định liên quan đến dịch vụ và hỗ trợ (Liên minh Dịch vụ Xã hội Toàn cầu, 2017).

Trong nghiên cứu này, vì người thực hiện các hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện ở nhiều trình độ, tốt nghiệp ở nhiều ngành khác nhau, cấp độ chuyên nghiệp và bán chuyên nghiệp do đó, nghiên cứu đã sử dụng chung thuật ngữ là *Người làm CTXH* như một khái niệm bao quát:

Người làm CTXH bao gồm cả những người được đào tạo chuyên ngành CTXH và những nhân viên được đào tạo từ các lĩnh vực khác (y học, điều dưỡng, công nghệ thông tin, báo chí...) nhưng thuộc biên chế hoặc có hợp đồng lao động với bệnh viện đang trực tiếp thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội tại phòng/tổ CTXH trong bệnh viện.

2.1.1.3. Công tác xã hội trong bệnh viện

Trong bối cảnh quốc tế, theo định hướng của NASW, công tác xã hội trong lĩnh vực y tế có thể được hiểu là một lĩnh vực chuyên môn của công tác xã hội, tập

trung vào việc nâng cao và duy trì chức năng tâm lý - xã hội của cá nhân, gia đình và nhóm nhỏ trong bối cảnh điều trị y tế. Hoạt động này bao gồm đánh giá, chẩn đoán, tư vấn, trị liệu tâm lý, tham vấn, vận động và lượng giá, dựa trên cách tiếp cận cá nhân trong môi trường sống (person-in-environment). Mục tiêu cốt lõi là phòng ngừa và can thiệp các rối loạn tâm lý - xã hội, đồng thời góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe một cách toàn diện (R. A. Dorfman, 2013).

Theo Carrigan (1979), công tác xã hội trong bệnh viện có thể được hiểu là tập hợp các chức năng đa dạng, vừa trực tiếp (tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân), vừa gián tiếp (quản trị, phối hợp liên ngành), nhằm bảo đảm chăm sóc toàn diện và cải thiện sự gắn kết giữa bệnh nhân - gia đình - bệnh viện - cộng đồng. Cách tiếp cận này, tác giả nhấn mạnh rằng công tác xã hội trong môi trường y tế (medical social work) được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau, tùy vào cách nhìn của các chuyên gia y tế và chính sách quản lý.

Đến thập niên 2000, khái niệm CTXH bệnh viện bắt đầu mở rộng theo hướng lâm sàng - xã hội. Gehlert (2006) cho rằng CTXH Y tế là một hình thức đặc biệt của công tác xã hội cá nhân, tập trung vào mối liên hệ giữa bệnh lý và sự thích nghi xã hội kém. Theo quan điểm này, bệnh tật không chỉ gây tổn hại thể chất mà còn ảnh hưởng đến chức năng xã hội, sự hòa nhập, các mối quan hệ gia đình, thu nhập và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Người làm CTXH vì vậy đóng vai trò hỗ trợ phục hồi chức năng xã hội, tư vấn tâm lý, giúp người bệnh vượt qua khủng hoảng bệnh tật, đồng thời duy trì an toàn xã hội - nghề nghiệp - gia đình.

Từ năm 2010 trở lại đây, CTXH bệnh viện dần trở thành một bộ phận cấu thành trong mô hình chăm sóc y tế toàn diện. Zerden, Lombardi và Jones (2019) nhấn mạnh rằng nhân viên CTXH là thành viên thiết yếu của đội ngũ y tế đa ngành, đảm nhiệm đánh giá tâm lý - xã hội, can thiệp ngắn hạn, quản lý ca, điều phối kế hoạch ra viện, kết nối nguồn lực và hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Ở giai đoạn này, CTXH không còn đứng bên lề hoạt động điều trị mà tham gia trực tiếp vào quy trình chăm sóc, đóng góp vào kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Mannsaker và cộng sự (2023) mở rộng cách hiểu bằng việc xác định công tác xã hội trong bệnh viện như một dịch vụ chuyên môn giúp nâng cao nhận thức và khả năng tiếp cận thông tin y tế của phụ huynh, đặc biệt thông qua tư vấn, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ quản lý chăm sóc sau xuất viện; cách tiếp cận này nhấn mạnh khía cạnh “nâng cao năng lực sức khỏe” (health literacy) trong môi trường bệnh viện.

Ở Việt Nam, khái niệm này đã được thể chế hóa qua Thông tư 51/2024/TT-BYT, trong đó công tác xã hội tại cơ sở khám chữa bệnh bao gồm các nhóm dịch vụ như hỗ trợ khẩn cấp (tài chính, thực phẩm, tâm lý - xã hội), tư vấn và lập kế hoạch can thiệp, phục hồi, truyền thông - giáo dục sức khỏe, và vận động nguồn lực xã hội nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh và người nhà (Bộ Y Tế, 2024).

Trên bình diện học thuật trong nước, tác giả Phạm Tiến Nam định nghĩa công tác xã hội trong bệnh viện như một lĩnh vực chuyên biệt của nghề công tác xã hội, tập trung giải quyết khó khăn tâm lý - xã hội của người bệnh, người nhà và nhân viên y tế trong tiếp cận dịch vụ và nguồn lực, đồng thời khơi dậy và phát huy năng lực của các chủ thể trong quá trình điều trị, hướng tới sự hài lòng và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Cách tiếp cận này cho thấy công tác xã hội trong bệnh viện tại Việt Nam không chỉ mang tính trợ giúp mà còn nhấn mạnh chức năng trao quyền và phát triển năng lực (Phạm Tiến Nam, Lý Thu Hảo và cộng sự, 2019).

Qua hệ thống khái niệm, có thể nhận thấy sự phát triển của CTXH trong bệnh viện phản ánh ba xu hướng lớn:

- *Chuyên nghiệp hóa trong y tế*: chuyển từ mô hình thiện nguyện - hỗ trợ hành chính sang nghề đòi hỏi đào tạo chuyên sâu, chuẩn năng lực và giám sát lâm sàng.
- *Tích hợp y tế - xã hội*: nhân viên CTXH trở thành cầu nối giữa điều trị, tâm lý, gia đình và cộng đồng.
- *Ứng dụng bằng chứng khoa học*: mọi can thiệp hướng đến đo lường hiệu quả, nâng cao chất lượng chăm sóc, giảm bất bình đẳng sức khỏe và bảo vệ quyền người bệnh.

Như vậy, khái niệm CTXH bệnh viện ngày càng toàn diện và phức tạp hơn, bao trùm các khía cạnh tâm lý, xã hội, sức khỏe cộng đồng và hệ thống chính sách.

Sự phát triển của các định nghĩa cũng là căn cứ lý luận quan trọng để thiết kế mô hình dịch vụ CTXH bệnh viện phù hợp với bối cảnh Việt Nam, đặc biệt tại các tỉnh có nguồn lực hạn chế.

Trong khuôn khổ nghiên cứu này, công tác xã hội trong bệnh viện được hiểu là một hoạt động đa chiều, kết hợp hỗ trợ trực tiếp (cho người bệnh, gia đình) và hỗ trợ gián tiếp (cho hệ thống và đội ngũ y tế), nhằm đáp ứng nhu cầu tâm lý-xã hội, cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, và tăng cường sự hài lòng của các bên liên quan.

2.1.2. Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Trong lĩnh vực kinh tế, Philip Kotler (2010) cho rằng dịch vụ là một hoạt động hoặc lợi ích được cung ứng nhằm thỏa mãn nhu cầu của con người, mang tính phi vật chất và không gắn liền với quyền sở hữu. Ở góc độ ngôn ngữ học, Nguyễn Trọng Phương (2018) tiếp cận dịch vụ như một hình thức phục vụ trực tiếp, có tổ chức, nhằm đáp ứng những nhu cầu nhất định của cộng đồng và thường gắn với chi phí. Trần Hậu và Đoàn Minh Tuấn (2012) nhấn mạnh dịch vụ là dạng lao động xã hội tạo ra sản phẩm vô hình nhằm thỏa mãn các nhu cầu thiết yếu của đời sống và sản xuất. Mặc dù tiếp cận từ các góc độ khác nhau, các định nghĩa đều thống nhất ở bản chất: dịch vụ là hoạt động mang tính xã hội, hướng tới đáp ứng nhu cầu con người, có tính phi vật chất và được thực hiện thông qua sự tương tác giữa chủ thể cung ứng và đối tượng thụ hưởng.

Trên cơ sở đó, nhiều học giả trong nước đã làm rõ nội hàm của dịch vụ công tác xã hội (CTXH). Nguyễn Phương Anh (2023) cho rằng dịch vụ CTXH là hoạt động chuyên môn nhằm hỗ trợ cả về vật chất và tinh thần cho các nhóm yếu thế, đồng thời mở rộng tới những cá nhân gặp khó khăn tâm lý - xã hội hoặc cần trợ giúp pháp lý. Bùi Thị Xuân Mai (2014) tiếp cận dịch vụ CTXH như một loại hình dịch vụ xã hội đặc thù do nhân viên CTXH trực tiếp thực hiện và điều phối, nhấn mạnh vai trò liên kết giữa các lĩnh vực y tế, giáo dục và an sinh xã hội. Trong khi đó, Nguyễn Thị Thái Lan (2016) nhấn mạnh mục tiêu của dịch vụ CTXH là hỗ trợ cá nhân, gia đình và cộng đồng giải quyết vấn đề, cải thiện môi trường sống và nâng

cao chất lượng cuộc sống. Ở góc độ vĩ mô, Nguyễn Hải Hữu (2017) mở rộng khái niệm khi cho rằng dịch vụ CTXH không chỉ dừng lại ở hỗ trợ trực tiếp mà còn tác động đến môi trường xã hội thông qua chính sách, nguồn lực và hệ thống dịch vụ, qua đó góp phần thực hiện mục tiêu an sinh xã hội.

Về phương diện pháp lý, Nghị định 110/2017/NĐ-CP khẳng định công tác xã hội là một nghề nghiệp chuyên môn nhằm hỗ trợ cá nhân, gia đình và cộng đồng nâng cao năng lực giải quyết vấn đề, củng cố chức năng xã hội và thúc đẩy công bằng xã hội. Trong lĩnh vực y tế, công tác xã hội được xác định là bộ phận không tách rời của hệ thống chăm sóc sức khỏe, thực hiện các chức năng như tư vấn tâm lý - xã hội, hỗ trợ người bệnh tiếp cận dịch vụ, kết nối nguồn lực và góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

Từ các tiếp cận lý luận và quy định pháp lý nêu trên, trong khuôn khổ luận án, dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện được hiểu là một hoạt động chuyên môn đa chiều, bao gồm các can thiệp trực tiếp đối với người bệnh và gia đình (tư vấn, hỗ trợ tâm lý - xã hội, kết nối nguồn lực, lập kế hoạch xuất viện), đồng thời hỗ trợ gián tiếp cho hệ thống y tế và đội ngũ nhân viên y tế thông qua phối hợp liên ngành, giảm tải áp lực và nâng cao chất lượng chăm sóc. Mục tiêu của dịch vụ là đáp ứng toàn diện nhu cầu tâm lý - xã hội của người bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị và gia tăng mức độ hài lòng của các bên liên quan trong quá trình chăm sóc sức khỏe.

Mặc dù Thông tư 43/2015/TT-BYT quy định 7 nhóm nhiệm vụ của công tác xã hội trong bệnh viện, luận án không tiếp cận toàn bộ các nhiệm vụ này theo cách liệt kê hành chính, mà tái cấu trúc và quy chiếu thành ba nhóm dịch vụ cốt lõi, gồm:

- (i) Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn người bệnh và người nhà người bệnh;
- (ii) Dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe;
- (iii) Dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế.

Việc lựa chọn ba nhóm dịch vụ này xuất phát từ hai cơ sở khoa học chủ yếu. Thứ nhất, đây là các nhóm dịch vụ được triển khai phổ biến, ổn định và có khả năng quan sát - đo lường rõ ràng trong thực tiễn hoạt động của bệnh viện, đồng thời gắn trực tiếp với trải nghiệm của người bệnh và hoạt động chuyên môn thường xuyên

của nhân viên y tế. Thứ hai, các nhiệm vụ còn lại được quy định trong Thông tư 43 như đào tạo, nghiên cứu khoa học, vận động tài trợ...chủ yếu mang tính hỗ trợ hệ thống, không diễn ra đồng đều giữa các bệnh viện và khó lượng hóa bằng các công cụ khảo sát xã hội học.

Do đó, việc tập trung vào ba nhóm dịch vụ nêu trên không làm thu hẹp nội hàm của công tác xã hội trong bệnh viện, mà ngược lại, giúp làm rõ những nội dung cốt lõi có tác động trực tiếp đến chất lượng chăm sóc, hiệu quả điều trị và mức độ hài lòng của người bệnh. Cách tiếp cận này đồng thời bảo đảm tính khả thi, tính đo lường và giá trị thực tiễn của nghiên cứu, đồng thời phù hợp với định hướng phát triển công tác xã hội trong bệnh viện theo Thông tư 43/2015/TT-BYT và Thông tư 51/2024/TT-BYT.

2.2. Lý thuyết vận dụng

2.2.1. Lý thuyết hệ thống

Lý thuyết Hệ thống là một trong những nền tảng quan trọng của khoa học công tác xã hội hiện đại, cung cấp khung phân tích toàn diện giúp hiểu rõ mối quan hệ tương tác giữa cá nhân và môi trường. Nguồn gốc của lý thuyết này bắt đầu từ lĩnh vực sinh học do Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) đề xuất vào năm 1928. Ông cho rằng mọi thực thể sống đều tồn tại trong dạng một hệ thống mở, được cấu thành từ nhiều tiểu hệ thống và đồng thời cũng là một phần của hệ thống lớn hơn. Theo cách tiếp cận này, mỗi cá nhân không thể được tách rời khỏi bối cảnh xung quanh; con người là một bộ phận của xã hội, chịu tác động qua lại giữa các cấu phần của môi trường sinh học, tâm lý và xã hội.

Từ nền tảng đó, nhà tâm lý học phát triển Urie Bronfenbrenner (1917-2005) đã mở rộng và hình thành lý thuyết Hệ thống sinh thái, nhấn mạnh rằng sự phát triển của con người là kết quả của các mối tương tác đa tầng giữa cá nhân và những lớp môi trường xung quanh họ. Theo ông, môi trường sống của con người bao gồm nhiều tầng hệ thống lồng ghép: vi hệ (gia đình, bạn bè, đồng nghiệp), trung hệ (mối quan hệ giữa các nhóm nhỏ), ngoại hệ (chính sách, cơ quan, tổ chức), và vĩ hệ (văn

hóa, chuẩn mực xã hội). Mỗi tầng hệ này đều có những ảnh hưởng nhất định đến hành vi, sức khỏe và chất lượng cuộc sống của con người.

Trong công tác xã hội, lý thuyết hệ thống giúp người làm CTXH nhận diện rằng mọi vấn đề của thân chủ đều bắt nguồn từ sự tương tác giữa các yếu tố cá nhân và môi trường. Khi một tiểu hệ thống gặp trục trặc, toàn bộ hệ thống lớn hơn cũng sẽ bị ảnh hưởng. Việc phân tích vấn đề thân chủ vì thế cần được tiến hành trong mối quan hệ đa chiều giữa cá nhân - gia đình - cộng đồng - xã hội, thay vì chỉ tập trung vào những biểu hiện bên ngoài. Người làm CTXH sử dụng khung phân tích hệ thống để xác định điểm mạnh, điểm yếu, nguồn lực sẵn có và rào cản mà thân chủ đang đối diện, từ đó đề xuất các chiến lược can thiệp phù hợp, dựa trên sự phối hợp giữa các thành tố của hệ thống.

Theo các tác giả đại diện cho hướng tiếp cận này như Goldstein, Pincus và Minahan, các hệ thống xã hội mà người làm CTXH thường tương tác có thể phân thành ba nhóm chính: (1) hệ thống tự nhiên gồm gia đình, họ hàng, bạn bè, hàng xóm; (2) hệ thống chính thức gồm chính quyền, đoàn thể, tổ chức nghề nghiệp; và (3) hệ thống xã hội gồm các thiết chế lớn như bệnh viện, trường học, cơ sở tôn giáo, cơ quan chính sách. Mỗi loại hệ thống đều đóng vai trò nhất định trong việc hỗ trợ hoặc cản trở quá trình giải quyết vấn đề của thân chủ.

Từ góc nhìn này, các vấn đề xã hội nảy sinh không chỉ do hạn chế của cá nhân mà còn do sự gián đoạn hoặc thiếu liên kết giữa các hệ thống. Khi thân chủ không tiếp cận được với những nguồn lực xung quanh, hoặc mối quan hệ giữa các hệ thống mất cân bằng, vấn đề của họ sẽ trở nên trầm trọng hơn. Vì vậy, lý thuyết hệ thống cung cấp cho người làm CTXH một cách nhìn tổng thể, tích hợp và liên ngành, giúp họ xác định được mức độ tương tác, điểm gãy trong hệ thống và xây dựng kế hoạch can thiệp mang tính kết nối, phối hợp và bền vững.

Trong bối cảnh nghiên cứu dịch vụ công tác xã hội tại bệnh viện, lý thuyết hệ thống là nền tảng đặc biệt hữu ích để phân tích sự tương tác giữa các tác nhân trong môi trường y tế - bao gồm bệnh nhân, người nhà, nhân viên y tế, người làm CTXH, cộng đồng và các cơ quan chính sách. Bệnh viện là một hệ thống xã hội phức hợp,

trong đó mỗi thành phần (tiểu hệ thống) đều có chức năng riêng nhưng đồng thời phụ thuộc lẫn nhau. Nếu một mắt xích không vận hành hiệu quả - ví dụ như sự phối hợp giữa y bác sĩ và người làm CTXH chưa chặt chẽ, hay giữa bệnh viện và cộng đồng còn rời rạc - toàn bộ quá trình hỗ trợ người bệnh sẽ bị ảnh hưởng.

Ứng dụng lý thuyết Hệ thống giúp người làm CTXH trong bệnh viện Nghệ An có khả năng nhìn nhận toàn diện vấn đề của người bệnh và người nhà. Thay vì chỉ xem bệnh nhân như một cá nhân có khó khăn về sức khỏe, người làm CTXH xem họ là một thành phần trong mạng lưới các mối quan hệ xã hội, chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố: hoàn cảnh kinh tế, quan hệ gia đình, chính sách bảo hiểm, cộng đồng dân cư, tổ chức từ thiện, và cơ quan hành chính y tế. Nhờ vậy, hoạt động hỗ trợ không chỉ dừng lại ở việc “giúp đỡ người bệnh”, mà được mở rộng thành quá trình kết nối và kích hoạt các hệ thống nguồn lực xung quanh người bệnh.

Chẳng hạn, với một bệnh nhân nữ nghèo đơn thân đang nuôi con nhỏ, người làm CTXH không chỉ quan tâm đến tình trạng bệnh lý mà còn đánh giá các hệ thống liên quan:

- *Hệ thống cá nhân và gia đình*: ý chí chiến đấu với bệnh tật, tình cảm gắn bó với con cái, sự hỗ trợ tinh thần từ người thân;
- *Hệ thống chính thức*: chính sách hỗ trợ hộ nghèo, bảo hiểm y tế, quỹ khám chữa bệnh nhân đạo;
- *Hệ thống cộng đồng*: các hội phụ nữ, nhóm thiện nguyện, cơ sở tôn giáo, nhà hảo tâm tại địa phương.

Thông qua việc phân tích các mối liên hệ này, người làm CTXH có thể xác định nguyên nhân cốt lõi khiến người bệnh chần chừ không điều trị, đồng thời huy động và kết nối các nguồn lực thích hợp: tài chính, tư vấn, hỗ trợ tâm lý và khuyến khích xã hội. Khi các tiểu hệ thống cùng vận hành hài hòa, khả năng điều trị thành công và phục hồi của người bệnh sẽ cao hơn.

Tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện ở Nghệ An, việc vận dụng lý thuyết Hệ thống còn giúp đội ngũ người làm CTXH hiểu rõ mối quan hệ tương tác giữa các cấp quản lý và cung ứng dịch vụ y tế. Từ đó, họ có thể xác định điểm mạnh

- yếu trong mạng lưới hỗ trợ người bệnh, đề xuất cơ chế phối hợp hiệu quả giữa bệnh viện, chính quyền địa phương và các tổ chức xã hội. Lý thuyết này cũng định hướng cho người làm CTXH xây dựng kế hoạch can thiệp theo hướng liên kết các cấp hệ thống: từ gia đình (cấp vi mô) đến bệnh viện (trung mô), rồi đến cơ quan chính sách và cộng đồng (vĩ mô).

Như vậy, lý thuyết Hệ thống không chỉ giúp nhận diện vấn đề một cách toàn diện mà còn định hướng cách thức tổ chức dịch vụ CTXH trong bệnh viện một cách đồng bộ, đa chiều và bền vững (Nguyễn Thị Kim Hoa, Nguyễn Hồi Loan, 2014). Trong bối cảnh Nghệ An - nơi còn nhiều khó khăn về nguồn lực, nhận thức nghề và cơ chế phối hợp - việc vận dụng lý thuyết này cho phép người làm CTXH huy động tối đa các nguồn lực xã hội, tăng cường tính liên thông giữa các hệ thống y tế - chính sách - cộng đồng, qua đó góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc, điều trị và phục hồi toàn diện cho người bệnh.

Tóm lại, lý thuyết hệ thống và hệ thống sinh thái cung cấp nền tảng lý luận quan trọng cho công tác xã hội trong môi trường bệnh viện. Lý thuyết này giúp người làm CTXH nhìn nhận người bệnh không chỉ như một cá thể có nhu cầu y tế mà là một thực thể xã hội đang vận hành trong mạng lưới hệ thống phức hợp, nơi các yếu tố cá nhân, gia đình, tổ chức, cộng đồng và chính sách cùng tác động qua lại. Việc vận dụng lý thuyết này vào nghiên cứu và thực hành CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An góp phần củng cố tính chuyên nghiệp của nghề, đồng thời tạo cơ sở cho việc thiết kế mô hình dịch vụ CTXH hướng tới tính tích hợp, liên kết và nhân văn trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

2.2.2. Lý thuyết nhu cầu

Trong tiến trình tồn tại và phát triển, con người luôn chịu sự chi phối của các dạng nhu cầu khác nhau - từ những nhu cầu gắn liền với sự sống đến những nhu cầu mang tính tinh thần, xã hội và giá trị. Abraham Maslow (1908-1970), nhà tâm lý học nhân văn người Mỹ, là người đầu tiên hệ thống hóa các dạng nhu cầu ấy thành một mô hình thứ bậc, qua đó lý giải động lực hành vi của con người trong từng giai đoạn phát triển. Lý thuyết của ông - Tháp nhu cầu Maslow (Hierarchy of Needs) - đã trở

thành nền tảng tư tưởng kinh điển, được ứng dụng rộng rãi trong các lĩnh vực khoa học hành vi, giáo dục, quản trị, y tế và đặc biệt là công tác xã hội.

Theo Maslow, các nhu cầu của con người không xuất hiện đồng thời mà được sắp xếp theo mức độ ưu tiên. Khi một nhu cầu cơ bản được thỏa mãn, cá nhân sẽ hướng tới những nhu cầu ở cấp độ cao hơn. Ông phân chia hệ thống này thành năm tầng: nhu cầu sinh lý, nhu cầu an toàn, nhu cầu gắn kết xã hội, nhu cầu được tôn trọng và nhu cầu tự khẳng định bản thân. Ở giai đoạn sau, Maslow mở rộng học thuyết thành tám tầng, bổ sung thêm nhu cầu tri thức - nhận thức, nhu cầu thẩm mỹ và nhu cầu tâm linh - hướng đến giá trị đạo đức và niềm tin nhân văn. Sự phát triển của con người, theo đó, là quá trình tiến hóa liên tục trong việc đáp ứng và nâng cấp các nhu cầu này.

Trong nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại tỉnh Nghệ An, học thuyết của Maslow được sử dụng như một khung tham chiếu để xác định, phân tích và so sánh nhu cầu giữa các nhóm liên quan - bao gồm người bệnh, người chăm sóc và nhân viên y tế. Mục tiêu là làm rõ những nhu cầu nổi bật, mức độ được đáp ứng và vai trò của dịch vụ CTXH trong việc hỗ trợ các nhu cầu đó một cách kịp thời và phù hợp.

Đối với người bệnh và người nhà, nhu cầu thường được biểu hiện đa tầng: nhu cầu vật chất, nhu cầu an toàn sức khỏe, nhu cầu thông tin y khoa, cũng như nhu cầu được thấu hiểu và đồng cảm. Người bệnh nghèo quan tâm trước hết đến hỗ trợ tài chính và điều trị; người mắc bệnh hiểm nghèo thường mong muốn được chia sẻ, trấn an tinh thần; trong khi bệnh nhân mắc bệnh hiếm gặp lại ưu tiên thông tin, tư vấn và hướng dẫn điều trị. Do đó, người làm CTXH phải tiếp cận từng trường hợp theo hướng cá nhân hóa, nhận diện nhu cầu cốt lõi, xác định thứ tự ưu tiên, và cùng thân chủ xây dựng kế hoạch can thiệp nhằm khôi phục chức năng xã hội bị ảnh hưởng bởi bệnh tật.

Nhân viên y tế - nhóm thứ hai trong nghiên cứu - cũng có những nhu cầu đặc thù về tâm lý và xã hội. Là lực lượng trực tiếp tham gia vào quá trình điều trị, họ thường xuyên đối diện với căng thẳng nghề nghiệp, áp lực từ người bệnh và người nhà, thậm chí là cảm xúc tiêu cực do chứng kiến bệnh nhân tử vong. Do đó, họ cần

được chia sẻ, giải tỏa stress và tăng cường năng lực thích ứng. Trong nhiều trường hợp, nhân viên y tế còn đảm nhận những vai trò tương tự người làm CTXH như tư vấn, động viên, hướng dẫn hoặc tham vấn tâm lý cho bệnh nhân - điều này cho thấy sự giao thoa chức năng và tầm quan trọng của dịch vụ CTXH trong việc hỗ trợ nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe tinh thần cho chính họ.

Học thuyết của Maslow, trong bối cảnh bệnh viện, giúp người làm CTXH xây dựng chiến lược hỗ trợ dựa trên nguyên tắc “ưu tiên nhu cầu cơ bản trước - mở rộng dần đến nhu cầu phát triển”. Khi người bệnh chưa được đáp ứng nhu cầu sinh lý và an toàn, mọi can thiệp về tâm lý, xã hội hay hòa nhập cộng đồng đều khó đạt hiệu quả. Vì vậy, việc xác định đúng cấp độ nhu cầu không chỉ giúp sử dụng nguồn lực hợp lý mà còn nâng cao chất lượng trợ giúp.

Bên cạnh giá trị ứng dụng, thuyết nhu cầu còn mang ý nghĩa lý giải hành vi con người trong môi trường y tế. Khi nhu cầu bị kìm hãm hoặc không được thỏa mãn, cá nhân có thể phản ứng bằng những hành vi tiêu cực, thậm chí xung đột với nhân viên y tế hoặc từ chối hợp tác điều trị. Qua đó, người làm CTXH nhận thức rõ hơn vai trò trung gian của mình - không chỉ giúp thân chủ điều chỉnh cảm xúc và hành vi, mà còn góp phần xây dựng môi trường bệnh viện nhân văn, an toàn và tương tác tích cực giữa bệnh nhân, nhân viên y tế và hệ thống hỗ trợ xã hội.

2.2.3. Lý thuyết vai trò

Khái niệm “vai trò” được sử dụng phổ biến trong các ngành khoa học xã hội nhằm chỉ những hành vi, trách nhiệm và kỳ vọng xã hội gắn với một vị thế nhất định của con người. Theo *Từ điển Tiếng Việt*, “vai trò” được hiểu là “người giữ một chức vụ nào đó trong xã hội hoặc trong một vở kịch”. Còn theo *Từ điển Xã hội học Oxford (2012)*, “vai trò nhấn mạnh những kỳ vọng của xã hội gắn với các vị trí hay địa vị cụ thể, và phân tích sự vận hành của những kỳ vọng ấy trong mối quan hệ xã hội”. Nhà xã hội học Dahrendorf định nghĩa vai trò là “tập hợp những kỳ vọng trong xã hội gắn với hành vi của những người mang địa vị; mỗi vai trò là một tổ hợp hoặc nhóm các kỳ vọng hành vi được xã hội chấp nhận”.

Từ góc nhìn nhân học văn hóa, Ralph Linton (1893-1953) cho rằng “vai trò là những khuôn mẫu hành vi đã được quy định trước và áp đặt tương ứng với từng

vị thế cụ thể trong xã hội”. Theo ông, mỗi vị thế xã hội đều có vai trò và chức năng riêng, được xác lập bởi các chuẩn mực xã hội và có tính ổn định tương đối. Vì vậy, trong đời sống xã hội, con người thường đảm nhiệm đồng thời nhiều vai trò khác nhau và có thể gặp phải các tình huống như mâu thuẫn vai trò, mơ hồ vai trò hoặc căng thẳng vai trò. Khi những kỳ vọng xã hội đối với các vai trò này chồng chéo, xung đột hoặc vượt quá khả năng của cá nhân, người đó có thể rơi vào trạng thái căng thẳng, rối nhiễu và cần có sự hỗ trợ từ môi trường xã hội.

Theo *Giáo trình Công tác xã hội lý thuyết và thực hành*, vai trò được hiểu là “những khuôn mẫu ứng xử mà xã hội quy định cho mỗi vị thế con người trong hệ thống xã hội”. Mỗi cá nhân có thể đảm nhận nhiều vai trò trong các mối quan hệ khác nhau - như trong gia đình, tại nơi làm việc hay trong cộng đồng - và hành vi của họ thường được định hướng bởi các kỳ vọng xã hội tương ứng với từng vai trò đó. Từ các định nghĩa nêu trên, có thể khái quát rằng vai trò là tập hợp những đòi hỏi và kỳ vọng mà xã hội đặt ra đối với cá nhân khi họ đảm nhận một vị thế nhất định, đồng thời là cơ sở để điều chỉnh hành vi và trách nhiệm xã hội của họ.

Trong lĩnh vực công tác xã hội, khái niệm “vai trò” được phát triển và cụ thể hóa gắn liền với hoạt động nghề nghiệp của nhân viên CTXH. Theo Feyerico (1973), người làm CTXH có thể đảm nhiệm nhiều vai trò khác nhau tùy theo mục tiêu can thiệp và nhóm đối tượng, như: người vận động nguồn lực, người kết nối dịch vụ, người biện hộ, người giáo dục, người vận động xã hội, người tạo sự thay đổi, người tư vấn, người tham vấn, người quản lý hành chính hay người chăm sóc. Việc đảm nhiệm nhiều vai trò giúp người làm CTXH có khả năng tác động toàn diện đến thân chủ, gia đình và cộng đồng, góp phần giải quyết vấn đề ở cả cấp độ cá nhân và hệ thống.

“Vai trò” trong công tác xã hội không chỉ phản ánh nhiệm vụ chuyên môn mà còn là sự thể hiện năng lực tương tác và trách nhiệm xã hội của người làm nghề trong tiến trình trợ giúp thân chủ. Người làm CTXH thực hiện ba nhóm vai trò chủ yếu: (i) vai trò can thiệp trực tiếp nhằm giúp thân chủ nhận diện vấn đề và thúc đẩy thay đổi hành vi; (ii) vai trò kết nối - điều phối nhằm liên kết thân chủ với các nguồn lực, chính sách và dịch vụ sẵn có; và (iii) vai trò phát triển năng lực giúp thân

chủ tăng cường khả năng tự giúp, duy trì và ổn định sự thay đổi tích cực. Cách tiếp cận này xem người làm CTXH là “chất xúc tác xã hội”, điều hòa mối quan hệ giữa cá nhân và môi trường, qua đó thúc đẩy sự thích nghi xã hội bền vững (Nguyễn Thị Thái Lan, 2012).

Ở một góc nhìn khác, Bùi Thị Xuân Mai (2014) lý giải vai trò của người làm CTXH thông qua các chức năng nghề nghiệp cốt lõi gồm: phòng ngừa, can thiệp, phục hồi và phát triển. Theo đó, vai trò của người làm CTXH được biểu hiện xuyên suốt trong toàn bộ tiến trình trợ giúp - từ giai đoạn dự phòng, hỗ trợ trực tiếp đến khôi phục và phát triển năng lực của thân chủ. Cách tiếp cận này giúp xác định rõ người làm CTXH không chỉ là người giải quyết vấn đề tức thời mà còn là tác nhân xã hội đóng góp vào quá trình phòng ngừa và phát triển lâu dài.

Tổng hợp hai hướng tiếp cận trên cho thấy, lý thuyết vai trò trong công tác xã hội phản ánh mối quan hệ tương tác đa chiều giữa thân chủ, nhân viên và môi trường xã hội. Người làm CTXH vừa là người can thiệp trực tiếp, vừa là cầu nối xã hội, đồng thời là tác nhân phục hồi và phát triển năng lực con người. Như vậy, lý thuyết vai trò không chỉ giúp làm rõ bản chất nghề nghiệp của công tác xã hội mà còn cung cấp khung lý luận quan trọng cho việc phân tích hiệu quả hoạt động của các dịch vụ CTXH trong bối cảnh hiện nay.

Vận dụng lý thuyết vai trò vào đề tài “Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An”, nghiên cứu xem xét vai trò của người làm CTXH trong môi trường y tế như một hệ thống xã hội đặc thù - nơi các mối quan hệ giữa bệnh nhân, người nhà và nhân viên y tế luôn đan xen và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố tâm lý - xã hội. Trong môi trường đó, người làm CTXH đảm nhiệm đồng thời nhiều vai trò khác nhau nhằm hỗ trợ các nhóm đối tượng trong quá trình điều trị và phục hồi.

Thứ nhất, vai trò phòng ngừa thể hiện qua việc người làm CTXH chủ động phát hiện sớm các dấu hiệu khủng hoảng tâm lý, mâu thuẫn hoặc căng thẳng của bệnh nhân và người nhà, từ đó tiến hành tư vấn, hỗ trợ tâm lý để ổn định cảm xúc và giảm áp lực cho họ trong thời gian nằm viện.

Thứ hai, vai trò can thiệp - hỗ trợ thể hiện khi người làm CTXH phối hợp cùng đội ngũ y tế và các phòng ban chức năng để giúp bệnh nhân tiếp cận thông tin điều trị, thủ tục hành chính, nguồn viện trợ tài chính hoặc các dịch vụ xã hội phù hợp.

Thứ ba, vai trò phục hồi chức năng xã hội được thực hiện sau điều trị y khoa, khi người làm CTXH hỗ trợ bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng, củng cố quan hệ xã hội, cải thiện tinh thần và kỹ năng ứng phó (Trịnh Văn Tùng, 2012).

Thứ tư, vai trò phát triển - nâng cao năng lực hướng đến việc bồi dưỡng kỹ năng tự trợ giúp, nâng cao nhận thức cho bệnh nhân, người nhà và đội ngũ y tế, góp phần lan tỏa giá trị nhân văn trong chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Tại Nghệ An - địa phương có dân số đông, địa bàn rộng với nhiều vùng nông thôn và miền núi - việc thực hiện đầy đủ các vai trò trên có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Khi nguồn lực bệnh viện còn hạn chế và sự phối hợp liên ngành chưa đồng bộ, việc người làm CTXH thực hiện tốt các vai trò này sẽ giúp hệ thống y tế vận hành hiệu quả hơn, đồng thời nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Lý thuyết vai trò cũng giúp nhận diện những thách thức mà người làm CTXH trong bệnh viện đang đối diện, như sự mơ hồ trong phân định nhiệm vụ, xung đột giữa vai trò hành chính và vai trò chuyên môn, hay áp lực công việc dẫn đến căng thẳng nghề nghiệp.

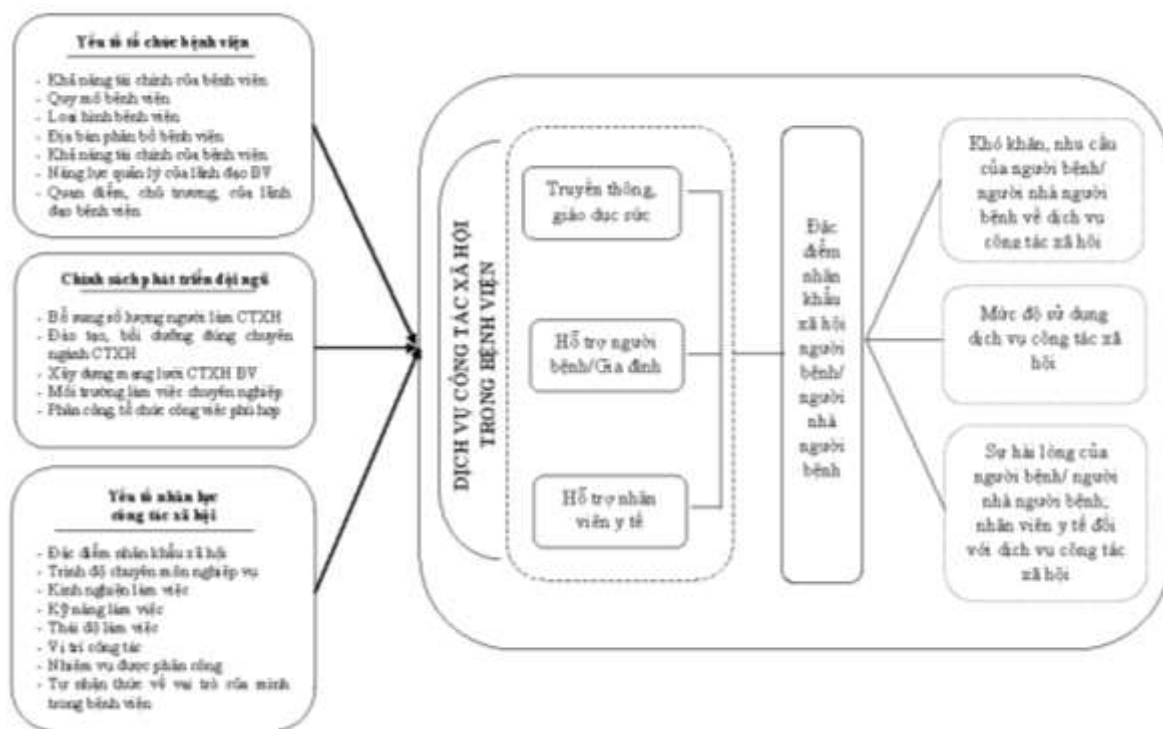
Như vậy, lý thuyết vai trò cung cấp nền tảng khoa học giúp phân tích sâu mối quan hệ giữa chức năng, nhiệm vụ và hành vi nghề nghiệp của người làm CTXH trong bệnh viện. Việc vận dụng lý thuyết này vào nghiên cứu không chỉ giúp luận án lý giải bản chất dịch vụ CTXH trong môi trường y tế mà còn góp phần đề xuất các giải pháp nhằm chuyên nghiệp hóa, chuẩn hóa và phát triển bền vững đội ngũ người làm CTXH tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.3. Khung phân tích

Trên cơ sở vận dụng có chọn lọc các lý thuyết nền tảng của công tác xã hội, bao gồm lý thuyết hệ thống sinh thái, lý thuyết vai trò và lý thuyết nhu cầu, luận án đã xây dựng khung phân tích phục vụ cho việc nghiên cứu và đánh giá thực trạng triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Theo đó, dịch vụ CTXH trong bệnh viện được nhìn nhận như một hệ thống tương tác nhiều cấp độ, trong đó các yếu tố cá nhân, tổ chức và môi trường xã hội có mối quan hệ tác động qua lại lẫn nhau, quyết định đến hiệu quả của quá trình cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng của người thụ hưởng.

Cơ sở thực tiễn để hình thành khung phân tích còn được rút ra từ bối cảnh hoạt động CTXH tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An - nơi mà mô hình tổ chức, nguồn lực nhân sự, nhận thức của các bên liên quan và nhu cầu của người

bệnh có nhiều đặc điểm khác biệt so với các địa phương khác. Vì vậy, việc thiết kế một khung phân tích phù hợp không chỉ giúp định hướng cho quá trình nghiên cứu thực trạng, mà còn tạo nền tảng cho việc đề xuất các giải pháp phát triển dịch vụ CTXH trong bệnh viện ở cấp tỉnh và cấp huyện.



Sơ đồ 2.1. Khung phân tích của nghiên cứu

2.4. Các phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu và đạo đức nghiên cứu

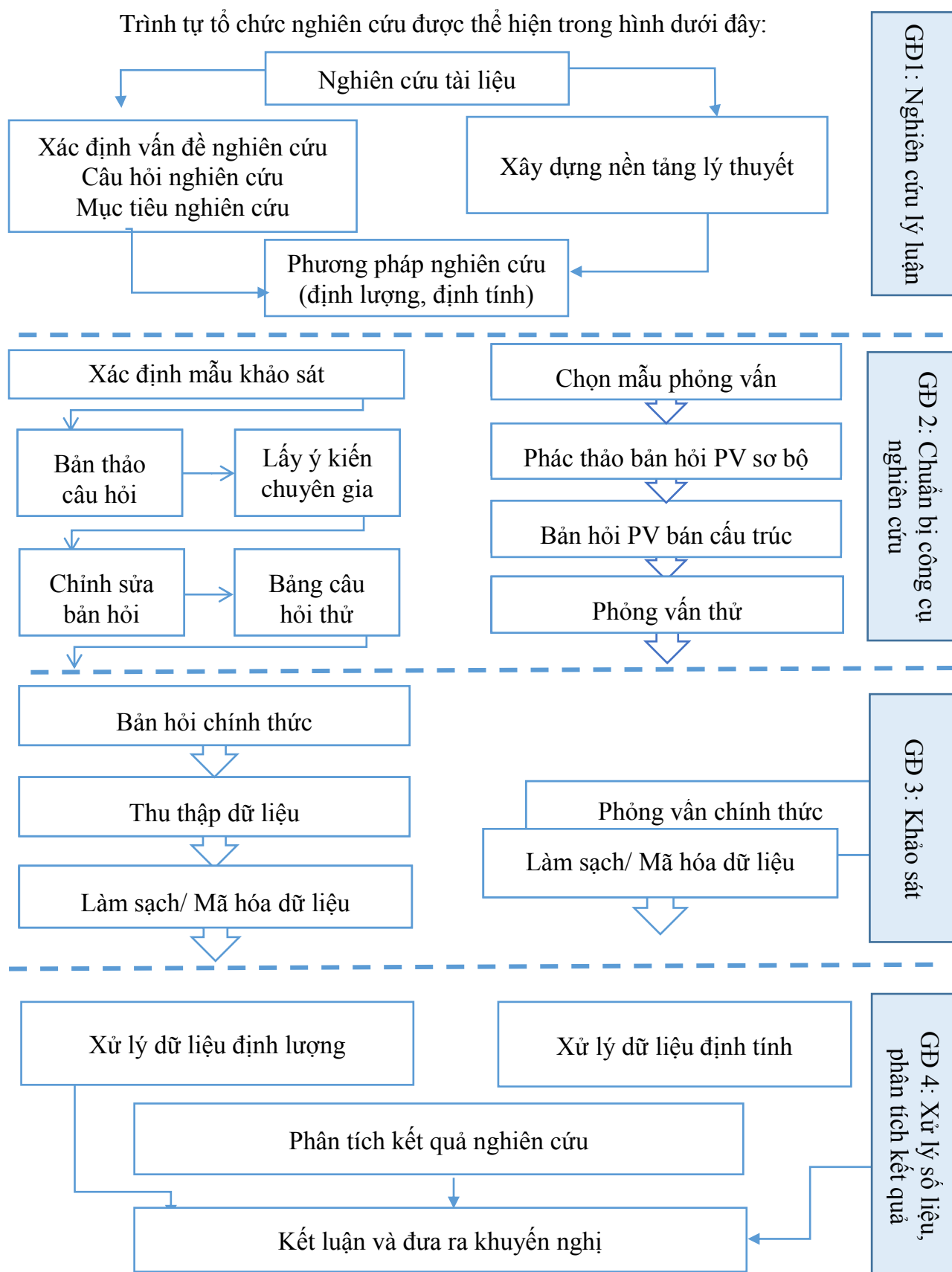
2.4.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Luận án “Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An” được triển khai theo thiết kế nghiên cứu hỗn hợp (mixed-methods), kết hợp định lượng và định tính. Cách tiếp cận này cho phép phân tích vừa có chiều rộng (thông qua dữ liệu khảo sát bảng hỏi), vừa có chiều sâu (thông qua phỏng vấn sâu, thảo luận chuyên gia), giúp làm sáng tỏ thực trạng, nguyên nhân và giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội (CTXH) trong các bệnh viện thuộc tỉnh Nghệ An..

Quá trình thực hiện nghiên cứu gồm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu lý luận
- Giai đoạn 2: Chuẩn bị công cụ nghiên cứu
- Giai đoạn 3: Điều tra thực tiễn
- Giai đoạn 4: Phân tích dữ liệu và giải thích kết quả

Trình tự tổ chức nghiên cứu được thể hiện trong hình dưới đây:



Sơ đồ 2.2. Quy trình tổ chức nghiên cứu

2.4.1.2. Đạo đức nghiên cứu

Trong quá trình triển khai luận án “*Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An*”, tác giả tuyệt đối tuân thủ các chuẩn mực đạo đức trong nghiên cứu khoa học, bảo đảm tính trung thực, khách quan và tôn trọng quyền lợi hợp pháp của mọi cá nhân tham gia.

Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện dựa trên nguyên tắc tự nguyện, đồng thuận và có hiểu biết đầy đủ của người tham gia. Trước khi tiến hành khảo sát hoặc phỏng vấn sâu, tác giả thông tin rõ ràng về mục tiêu, nội dung, thời lượng, cũng như quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia. Tất cả các nhóm đối tượng - bao gồm cán bộ lãnh đạo bệnh viện, người làm công tác xã hội, nhân viên y tế, người bệnh và người nhà người bệnh - đều có quyền từ chối hoặc dừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không chịu bất kỳ áp lực hay ảnh hưởng tiêu cực nào đến việc khám chữa bệnh hoặc công việc của họ.

Thứ hai, đề cương và toàn bộ bộ công cụ nghiên cứu (bảng hỏi, đề cương phỏng vấn) đã được giảng viên hướng dẫn nghiên cứu sinh thẩm định và phê duyệt trước khi triển khai. Việc thu thập dữ liệu được báo cáo và được chấp thuận bởi lãnh đạo bệnh viện, Phòng Khoa học - Chỉ đạo tuyến và Trưởng phòng Công tác xã hội tại các cơ sở y tế tham gia. Quy trình này bảo đảm hoạt động nghiên cứu được tiến hành hợp pháp, phù hợp quy định chuyên môn và không gây xáo trộn hoạt động khám chữa bệnh. Tác giả tuyệt đối không can thiệp vào các quy trình chuyên môn của bệnh viện và luôn tuân thủ nguyên tắc “không gây tổn hại” đối với người bệnh, nhân viên y tế và người cung cấp thông tin.

Thứ ba, để duy trì tính bảo mật và ẩn danh, tất cả phiếu khảo sát và bản ghi phỏng vấn đều không thu thập thông tin nhận dạng cá nhân. Dữ liệu được lưu trữ trong môi trường an toàn, chỉ phục vụ cho mục đích phân tích khoa học và không được chia sẻ ra bên ngoài nhóm nghiên cứu. Khi trích dẫn ý kiến trong luận án, danh tính người cung cấp thông tin được mã hóa (ví dụ: NB1, NNB2, NVYT3, NVCTXH4) nhằm bảo đảm quyền riêng tư tuyệt đối.

Cuối cùng, kết quả nghiên cứu của luận án được sử dụng hoàn toàn vì mục đích học thuật và phục vụ cho việc nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Tất cả phát hiện, số liệu và khuyến nghị trong nghiên cứu được khai thác nhằm đóng góp vào quá trình hoạch định chính sách, tổ chức thực hiện và phát triển bền vững hoạt động công tác xã hội trong lĩnh vực y tế địa phương, không phục vụ cho bất kỳ lợi ích cá nhân hay mục đích thương mại nào.

2.4.2. Phương pháp phân tích tài liệu

Trong quá trình triển khai nghiên cứu, tác giả sử dụng phương pháp phân tích tài liệu nhằm hình thành cơ sở lý luận và xây dựng nền tảng dữ liệu thứ cấp phục vụ cho đề tài. Nguồn tư liệu được khai thác bao gồm các công trình nghiên cứu, bài báo khoa học, đề tài trong và ngoài nước có nội dung liên quan trực tiếp đến lĩnh vực dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, cũng như các tài liệu nội bộ của Sở Y tế Nghệ An, 5 bệnh viện được lựa chọn làm địa bàn nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Tác giả sử dụng hai nhóm tư liệu chính:

(1) Nguồn tư liệu khoa học bao gồm các bài báo, báo cáo nghiên cứu, đề tài có liên quan đến chủ đề công tác xã hội trong bệnh viện được công bố ở Việt Nam và quốc tế;

(2) Nguồn tư liệu thực tiễn gồm báo cáo tổng kết, thống kê hoạt động CTXH do Sở Y tế Nghệ An và năm bệnh viện được chọn làm địa bàn nghiên cứu (Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh, Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương và Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An) cung cấp.

Các từ khóa được sử dụng trong luận án:

(1) Nhóm từ khóa về lĩnh vực công tác xã hội trong bệnh viện, bao gồm các cụm từ như “*hospital social work*”, “*medical social services*”, “*social work practice in healthcare*”, “*dịch vụ công tác xã hội y tế*”, “*bệnh viện*”. Nhóm này giúp xác định khung chuyên môn và bối cảnh đặc thù của lĩnh vực nghiên cứu.

(2) Nhóm từ khóa về tổ chức hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện, với các từ khóa như “*organization of hospital social work*”, “*service structure*”, “*hospital management*”, “*tổ chức hoạt động CTXH*”, “*mô hình tổ chức dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện*”. Nhóm này hướng tới việc tìm hiểu cơ chế vận hành và mô hình triển khai dịch vụ CTXH trong các cơ sở y tế.

(3) Nhóm từ khóa liên quan đến chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh, sử dụng các cụm từ như “*quality of social work services*”, “*patient satisfaction*”, “*service outcomes*”, “*đánh giá chất lượng dịch vụ*”, “*mức độ hài lòng của người bệnh*”. Nhóm này nhằm tiếp cận các nghiên cứu về kết quả, tác động và hiệu quả cung cấp dịch vụ CTXH.

(4) Nhóm từ khóa về vai trò, chức năng và năng lực của nhân viên công tác xã hội, với các từ khóa như “*social worker roles*”, “*competencies*”, “*skills*”, “*professional practice*”, “*nhân viên công tác xã hội bệnh viện*”. Nhóm này tập trung làm rõ năng lực nghề nghiệp và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả thực hành của đội ngũ nhân viên CTXH.

(5) Nhóm từ khóa về các yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội, bao gồm các từ khóa như “*social service management*”, “*service delivery model*”, “*healthcare social service policy*”, “*yếu tố tác động*”, “*phát triển dịch vụ công tác xã hội*”. Mục tiêu là tìm kiếm các bằng chứng khoa học và mô hình phát triển phù hợp cho việc hoàn thiện hệ thống CTXH trong bệnh viện.

Cách thức tiến hành

Quá trình thu thập và xử lý tài liệu được tiến hành thông qua ba kênh chủ yếu:

Thứ nhất, tìm kiếm trực tiếp tại các thư viện học thuật, như Thư viện Đại học Quốc gia Hà Nội, Thư viện Đại học Vinh, và Thư viện Trường Đại học Y tế Công cộng, Thư viện Quốc gia Việt Nam;

Thứ hai, tra cứu trực tuyến trên các nguồn học thuật và trang thông tin điện tử uy tín, bao gồm PubMed, Google Scholar, Cổng thông tin Chính phủ Việt Nam và một số tờ báo điện tử chính thống trong nước;

Thứ ba, thu thập tài liệu nội bộ do Sở Y tế Nghệ An và 5 bệnh viện nghiên cứu cung cấp, phục vụ cho việc phân tích thực trạng.

Sàng lọc, rà soát tài liệu theo các tiêu chí phù hợp với mục tiêu nghiên cứu

Sau khi xác định bộ từ khóa nghiên cứu, tác giả tiến hành rà soát và lựa chọn tài liệu dựa trên các tiêu chí đảm bảo tính khoa học, cập nhật và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Về thời gian công bố, các tài liệu được ưu tiên trong khoảng mười năm gần đây (2014 - 2025), tuy nhiên vẫn đưa vào các công trình kinh điển có giá trị nền tảng về lý thuyết và mô hình công tác xã hội để bảo đảm tính kế thừa học thuật.

Về ngôn ngữ, nguồn tài liệu bằng tiếng Anh và tiếng Việt được sử dụng song song. Tài liệu tiếng Anh giúp cập nhật các khung lý thuyết, phương pháp và kinh nghiệm quốc tế, trong khi nguồn tiếng Việt phản ánh đặc thù bối cảnh, chính sách và thực tiễn triển khai dịch vụ công tác xã hội trong hệ thống y tế Việt Nam.

Nhờ quy trình sàng lọc có hệ thống này, tập hợp tài liệu được sử dụng trong luận án vừa đảm bảo độ tin cậy học thuật, vừa phản ánh đầy đủ cả cơ sở lý thuyết và thực tiễn, tạo nền tảng khoa học vững chắc cho việc phân tích, đánh giá và đề xuất giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện.

2.4.3. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Để thu thập dữ liệu phục vụ cho phân tích định lượng, luận án tiến hành khảo sát bằng bảng hỏi đối với hai nhóm khách thể chính: đội ngũ người làm công tác xã hội tham gia cung cấp dịch vụ, cùng với người bệnh và người nhà người bệnh đang trực tiếp tiếp nhận dịch vụ tại các bệnh viện. Cách tiếp cận này giúp phản ánh toàn diện thực trạng triển khai và mức độ đáp ứng của dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An, đồng thời tạo nền tảng cho việc đối chiếu, phân tích và kiểm chứng kết quả giữa các nhóm tham gia nghiên cứu (dẫn theo (Hair và cộng sự, 2013)).

Nội dung khảo sát tập trung vào một số nhóm vấn đề chính, bao gồm: (1) nhận diện khó khăn, nhu cầu và mức độ tiếp cận dịch vụ CTXH của người bệnh và người nhà người bệnh; (2) đánh giá thực trạng triển khai ba nhóm dịch vụ nêu trên, thông

qua việc mô tả nội dung hoạt động, mức độ thực hiện, hiệu quả và mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng; (3) phân tích quan điểm của người làm CTXH về các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ CTXH, trong đó chú trọng đến yếu tố tổ chức - quản lý, chính sách phát triển đội ngũ và năng lực chuyên môn của người làm CTXH. Kết quả khảo sát là cơ sở quan trọng để đề xuất các định hướng và giải pháp phát triển dịch vụ CTXH phù hợp với đặc thù hệ thống bệnh viện của tỉnh Nghệ An, hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng phục vụ, hiệu quả hỗ trợ và sự hài lòng của người bệnh.

2.4.3.1. Khảo sát định lượng đối với người bệnh/người nhà người bệnh

a) Mục tiêu khảo sát

Khảo sát định lượng đối với người bệnh/người nhà người bệnh (NB/NNNB) được thực hiện nhằm thu thập dữ liệu thực chứng về mức độ tiếp cận, nhu cầu, khó khăn, sự hài lòng và đánh giá của người thụ hưởng đối với dịch vụ công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện. Kết quả khảo sát góp phần phản ánh toàn diện thực trạng triển khai ba nhóm dịch vụ CTXH chủ yếu, bao gồm: (1) Hỗ trợ - tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh; (2) Thông tin - truyền thông - giáo dục sức khỏe; (3) Hỗ trợ nhân viên y tế.

b) Đặc điểm mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tổng số mẫu khảo sát hợp lệ là 500 phiếu, được phân bổ đều cho 05 bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An: Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An, và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương.

Do số lượng người bệnh thay đổi theo từng thời điểm và không thể xác định được danh sách tổng thể một cách đầy đủ, luận án sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện (Convenience sampling) - một dạng lấy mẫu phi xác suất phổ biến trong các nghiên cứu y tế - xã hội tại môi trường bệnh viện.

Để giảm thiểu thiên lệch và tăng tính đại diện tương đối, luận án triển khai chọn mẫu thuận tiện có kiểm soát, trong đó áp dụng một số biện pháp kiểm soát nhằm bảo đảm tính đa dạng của mẫu, bao gồm: (i) phân bổ số lượng mẫu theo

tuyển bệnh viện (tỉnh - huyện); (ii) lựa chọn NB/NNNB thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau; (iii) tiến hành khảo sát vào nhiều thời điểm trong ngày để hạn chế hiện tượng lặp lại nhóm đối tượng; và (iv) bảo đảm tỷ lệ NB/NNNB phù hợp với cơ cấu thực tế của từng bệnh viện. Cách tiếp cận này phù hợp với mục tiêu mô tả thực trạng, đánh giá nhu cầu và mức độ hài lòng của NB/NNNB trong bối cảnh nghiên cứu tại các cơ sở y tế.

Tiêu chí lựa chọn mẫu:

- Đang sử dụng hoặc đã tiếp cận ít nhất một hình thức dịch vụ CTXH tại thời điểm khảo sát;

- Có đủ năng lực nhận thức và đồng thuận tham gia;
- Không thuộc nhóm bệnh nhân cấp cứu nặng hoặc mất khả năng giao tiếp.

c) Quy trình khảo sát

Quy trình khảo sát được triển khai qua sáu bước, đảm bảo tính khoa học, độ tin cậy và tuân thủ nguyên tắc đạo đức nghiên cứu:

Bước 1: Xây dựng bảng hỏi

Căn cứ khung lý thuyết và khung phân tích của luận án, tác giả thiết kế bảng hỏi định lượng gồm bốn phần:

- (1) Thông tin nhân khẩu học;
- (2) Khó khăn, nhu cầu hỗ trợ;
- (3) Nhận thức và trải nghiệm về dịch vụ CTXH;

- (4) Đánh giá mức độ thực hiện, hiệu quả và hài lòng đối với ba nhóm dịch vụ CTXH. Các câu hỏi được thiết kế theo thang đo Likert 5 mức độ (1 - Hoàn toàn không đồng ý / Không cần thiết → 5 - Hoàn toàn đồng ý / Rất cần thiết).

Bước 2: Điều tra thử

Mục tiêu của điều tra thử nhằm:

- Kiểm tra độ rõ ràng, tính phù hợp và mức độ hiểu của người trả lời;
- Đánh giá độ tin cậy nội tại của các thang đo (Cronbach's Alpha);
- Hoàn thiện nội dung, cách diễn đạt và thứ tự câu hỏi trong phiếu khảo sát trước khi triển khai diện rộng.

Bảng hỏi được khảo sát thử trên 20 NB/NNNB tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An để kiểm định độ rõ ràng, tính logic và độ tin cậy nội tại.

Kết quả thử nghiệm cho thấy hệ số Cronbach's Alpha đạt 0.82, chứng tỏ thang đo ổn định và có giá trị nội dung tốt.

Bước 3: Hiệu chỉnh bảng hỏi

Sau điều tra thử, tác giả tiến hành điều chỉnh cấu trúc câu hỏi, loại bỏ nội dung trùng lặp, bổ sung nhóm câu hỏi về nhu cầu hỗ trợ tinh thần và nhận thức về vai trò NVCTXH. Bảng hỏi được giảng viên hướng dẫn và chuyên gia CTXH góp ý, phê duyệt trước khi triển khai chính thức.

Bước 4: Điều tra thực địa

Khảo sát được thực hiện từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024, với sự phối hợp của Phòng CTXH và Phòng Khoa học - Chỉ đạo tuyến của các bệnh viện.

Điều tra viên (nghiên cứu sinh và người làm CTXH được tập huấn) phát phiếu trực tiếp cho NB/NNNB tại các khoa nội trú, tiếp đón, cấp cứu, phục hồi chức năng, sản... Người tham gia được giải thích rõ mục đích nghiên cứu, đảm bảo ẩn danh và tự nguyện. Mỗi phiếu mất khoảng 15-20 phút để hoàn thành.

Bước 5: Xử lý dữ liệu

Sau khi thu hồi, phiếu khảo sát được kiểm tra logic, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng SPSS 22.0. Các dữ liệu không hợp lệ bị loại bỏ trước khi tiến hành phân tích.

Bước 6: Phân tích dữ liệu

Dữ liệu được xử lý theo các bước:

- Kiểm định độ tin cậy thang đo bằng Cronbach's Alpha;
- Phân tích nhân tố khám phá (EFA) để xác định cấu trúc nhóm biến phản ánh dịch vụ hỗ trợ tư vấn người bệnh/người nhà; dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế; và dịch vụ thông tin - truyền thông - giáo dục sức khỏe
- Thống kê mô tả (Mean, SD, tần suất) mô tả: Mức độ khó khăn của NB/NNNB; nhu cầu hỗ trợ từ dịch vụ CTXH của NB/NNNB; mức độ hài lòng của NB/NNNB đối với các dịch vụ CTXH;

- Kiểm định tương quan Pearson (r , p) xác định mối quan hệ giữa mức độ khó khăn và nhu cầu hỗ trợ CTXH của NB/NNNB và mối quan hệ giữa hiệu quả thực hiện dịch vụ và mức độ hài lòng của NB/NNNB;

- Kiểm định sự khác biệt giữa các nhóm (t-test và Anova) nhằm đánh giá sự khác biệt trong mức độ khó khăn và nhu cầu hỗ trợ CTXH; sự khác biệt trong mức độ hài lòng theo các đặc điểm nhân khẩu - xã hội của NB/NNNB.

d) Thang đo khảo sát

Các biến quan sát trong bảng hỏi được thiết kế dựa trên khung lý thuyết về dịch vụ CTXH trong bệnh viện, bám sát Thông tư 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế về chức năng, nhiệm vụ và hình thức tổ chức CTXH, đồng thời tham khảo khung đo lường SERVQUAL để bổ sung góc nhìn về chất lượng dịch vụ và mức độ hài lòng của người thụ hưởng (Parasuraman Et Al, 1988).

Thang đo trong bảng hỏi gồm 03 nhóm nội dung chính, tương ứng với 03 nhóm dịch vụ CTXH trong bệnh viện:

1. *Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh*, gồm các biến quan sát về: đón tiếp, tư vấn quyền lợi, hỗ trợ khẩn cấp, hỗ trợ tài chính, kết nối dịch vụ và hỗ trợ xuất viện.

2. *Dịch vụ truyền thông và giáo dục sức khỏe*, gồm các biến quan sát về: cung cấp thông tin, phổ biến chính sách, truyền thông sức khỏe, quảng bá hình ảnh, hoạt động văn hóa - xã hội.

3. *Dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế*, gồm các biến về: hỗ trợ giao tiếp, cung cấp thông tin hai chiều.

Ngoài ra, bảng hỏi còn bao gồm các nhóm biến bổ trợ:

- *Đo lường khó khăn và nhu cầu của NB/NNNB* (mức độ thường xuyên - mức độ cần thiết);

- *Đo lường nhận thức và trải nghiệm dịch vụ CTXH* (đã nghe, đã gặp, đã nhận hỗ trợ, đối tượng hỗ trợ);

- *Đánh giá mức độ thực hiện và hài lòng* với từng nhóm dịch vụ CTXH. Tất cả các biến được đo bằng thang Likert 5 mức:

- Đối với khó khăn/tần suất: 1 - Không bao giờ → 5 - Rất thường xuyên;
- Đối với mức độ cần thiết/hài lòng: 1 - Hoàn toàn không cần thiết (hoặc Rất không hài lòng) → 5 - Rất cần thiết (hoặc Rất hài lòng).

Kết quả thử nghiệm công cụ trên 20 phiếu cho thấy hệ số Cronbach's Alpha đạt 0.82, khẳng định độ tin cậy và giá trị nội dung cao. Sau hiệu chỉnh, bộ thang đo chính thức được sử dụng trong khảo sát với 500 người bệnh và người nhà người bệnh tại 05 bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

e) Ý nghĩa và giá trị của khảo sát

Khảo sát NB/NNNB cung cấp nguồn dữ liệu thực chứng quan trọng, giúp đánh giá khách quan chất lượng và hiệu quả triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện, đồng thời xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng và nhu cầu hỗ trợ của người thụ hưởng.

Kết quả này là căn cứ khoa học để đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng và tính bền vững của hoạt động CTXH trong hệ thống bệnh viện tỉnh Nghệ An.

2.4.3.2. Khảo sát định lượng đối với người làm công tác xã hội

a) Mục tiêu khảo sát

Khảo sát định lượng đối với người làm CTXH được thực hiện nhằm thu thập thông tin về thực trạng tổ chức, triển khai và hiệu quả hoạt động CTXH trong bệnh viện, đồng thời tìm hiểu năng lực nghề nghiệp, khó khăn, nhu cầu và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ CTXH trong hệ thống bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Kết quả khảo sát nhóm này cung cấp bằng chứng quan trọng cho việc đánh giá tổng thể mức độ phát triển và chuyên nghiệp hóa hoạt động CTXH y tế, cũng như đề xuất các giải pháp phù hợp với bối cảnh địa phương.

b) Đặc điểm mẫu và phương pháp chọn mẫu

Đối với nhóm người làm công tác xã hội, luận án sử dụng phương pháp chọn mẫu có mục đích (chọn toàn bộ trong phạm vi khả thi). Xuất phát từ đặc thù số lượng người làm CTXH tại các bệnh viện của tỉnh Nghệ An còn tương đối ít và có thể xác định được danh sách đầy đủ, vì vậy, toàn bộ những người làm CTXH (bao

gồm biên chế và hợp đồng) đang làm việc tại các bệnh viện được lựa chọn khảo sát và có mặt trong thời gian thu thập số liệu đều được mời tham gia nghiên cứu.

Đây là một dạng chọn mẫu phi xác suất thường được khuyến nghị trong các nghiên cứu y tế - xã hội có quy mô nhóm nhỏ, nhằm tối đa hóa khả năng thu thập thông tin và phản ánh đầy đủ đặc điểm của người làm CTXH trong phạm vi khảo sát. Việc lựa chọn phương pháp này đặc biệt phù hợp với mục tiêu mô tả thực trạng triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện, đánh giá nhận thức nghề nghiệp và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của đội ngũ này.

Đối tượng khảo sát bao gồm toàn bộ người làm công tác xã hội tại 05 bệnh viện (03 bệnh viện tuyến tỉnh và 02 bệnh viện tuyến huyện) của tỉnh Nghệ An, với tổng số 105 người. Đây là những nhân viên đang trực tiếp thực hiện hoặc tham gia phối hợp cung cấp các dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Thực trạng tổ chức Phòng/Tổ CTXH tại Việt Nam cho thấy lực lượng này không chỉ bao gồm nhân sự được đào tạo chính quy ngành CTXH, mà còn có đội ngũ kiêm nhiệm đến từ nhiều lĩnh vực như điều dưỡng, hành chính, tâm lý học, truyền thông y tế. Do vậy, khách thể nghiên cứu được lựa chọn theo đúng bản chất mô hình nhân lực CTXH hiện hành, phản ánh chân thực sự đa dạng về chuyên môn và nhiệm vụ của lực lượng làm CTXH trong hệ thống bệnh viện công lập.

Bảng 2.1. Cơ cấu mẫu khảo sát người làm công tác xã hội theo cơ sở y tế

| Bệnh viện | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|--------------|--------------|
| Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An | 32 | 30.4 |
| Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An | 26 | 24.8 |
| Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh | 30 | 28.6 |
| Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An | 5 | 4.8 |
| Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương | 12 | 11.4 |
| Tổng cộng | 105 | 100.0 |

Tiêu chí chọn mẫu:

- Đang làm việc tại Phòng/Tổ CTXH hoặc đảm nhiệm vị trí CTXH trong BV;
- Có ít nhất 6 tháng kinh nghiệm công tác;

- Tham gia khảo sát trên cơ sở tự nguyện và được đảm bảo nguyên tắc ẩn danh.

c) Quy trình khảo sát:

Quá trình khảo sát người làm CTXH được triển khai theo 5 bước:

Bước 1. Xây dựng bảng hỏi, thang đo

Bảng hỏi dành cho người làm công tác xã được thiết kế nhằm thu thập thông tin về: (1) đặc điểm nhân khẩu - nghề nghiệp của đội ngũ người làm CTXH trong bệnh viện; (2) mức độ thực hiện, hiệu quả và vai trò nghề nghiệp trong các nhóm dịch vụ CTXH; (3) những khó khăn, nhu cầu hỗ trợ trong quá trình công tác; và (4) quan điểm về các yếu tố ảnh hưởng, giải pháp phát triển dịch vụ CTXH bệnh viện.

Công cụ được xây dựng dựa trên khung lý thuyết của luận án về dịch vụ CTXH trong bệnh viện, bám sát quy định tại Thông tư 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế và hướng dẫn nhiệm vụ CTXH theo mô hình ba nhóm dịch vụ: (1) nhóm hỗ trợ, tư vấn người bệnh và người nhà; (2) nhóm thông tin, truyền thông và giáo dục sức khỏe; (3) nhóm hỗ trợ nhân viên y tế.

Bảng 2.2. Cấu trúc bảng hỏi khảo sát người làm CTXH trong bệnh viện

| Phần | Nội dung chính | Số biến quan sát / câu hỏi | Thang đo sử dụng | Mục đích đo lường |
|---------|--|----------------------------|--|---|
| Phần I | Thông tin chung: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, chuyên ngành đào tạo, kinh nghiệm, vị trí công tác, tuyến bệnh viện | 10 biến | Câu hỏi danh mục (categorical) | Mô tả đặc điểm mẫu, phục vụ so sánh giữa các nhóm người làm CTXH |
| Phần II | Khó khăn và nhu cầu hỗ trợ trong quá trình công tác: áp lực, thiếu phối hợp, hạn chế kỹ năng, thiếu nguồn lực, nhu cầu đào tạo | 10 biến | Thang Likert 5 mức (1-5): 1 = Không bao giờ → 5 = Rất thường xuyên | Nhận diện các khó khăn chính và nhu cầu phát triển năng lực nghề nghiệp |

| Phần | Nội dung chính | Số biến quan sát / câu hỏi | Thang đo sử dụng | Mục đích đo lường |
|------------------|---|---|--|---|
| Phần III- A | Hình thức tổ chức và phân công thực hiện hoạt động CTXH | 14 biến | Câu hỏi nhiều lựa chọn (bác sĩ, điều dưỡng, người làm CTXH, không có người thực hiện) | Xác định vai trò và mức độ tham gia thực tế của người làm CTXH trong từng hoạt động |
| Phần III- B | Mức độ đồng ý về vai trò của người làm CTXH trong các hoạt động CTXH | 14 biến | Thang Likert 5 mức (1-5): Rất không đồng ý → Rất đồng ý | Đánh giá nhận thức nghề nghiệp và ranh giới vai trò người làm CTXH |
| Phần III- C | Mức độ hiệu quả của các hoạt động CTXH trong bệnh viện (đón tiếp, tư vấn, hỗ trợ khẩn cấp, truyền thông, giáo dục sức khỏe, hỗ trợ NVYT...) | 14 biến | Thang Likert 5 mức (1-5): Rất không hiệu quả → Rất hiệu quả | Đo lường hiệu quả cảm nhận của người làm CTXH về từng nhóm dịch vụ |
| Phần IV | Yếu tố ảnh hưởng và giải pháp phát triển dịch vụ CTXH: cơ chế chính sách, lãnh đạo, nguồn lực, năng lực cá nhân, định hướng chuyên nghiệp hóa | 18 biến | Thang Likert 5 mức (1-5): Rất không ảnh hưởng → Ảnh hưởng rất lớn | Phân tích các yếu tố tác động và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ |
| Tổng cộng | 4 phần - 45 câu hỏi - 90 biến quan sát | | | Phản ánh toàn diện đặc điểm, năng lực, hoạt động và định hướng phát triển của người làm CTXH trong hệ thống bệnh viện ở NA. |

Bước 2. Điều tra thử

Mục tiêu của điều tra thử nhằm:

- Kiểm tra độ rõ ràng, tính phù hợp và mức độ hiểu của người trả lời;
- Đánh giá độ tin cậy nội tại của các thang đo (Cronbach's Alpha);
- Hoàn thiện nội dung, cách diễn đạt và thứ tự câu hỏi trong phiếu khảo sát trước khi triển khai diện rộng.

Tiến hành khảo sát thử tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An với 10 người làm CTXH. Kết quả cho thấy bảng hỏi dễ hiểu, phù hợp bối cảnh, hệ số Cronbach's Alpha đạt 0.84, chứng minh độ tin cậy cao.

Bước 3: Hiệu chỉnh bảng hỏi

Bảng hỏi được thử nghiệm trên 10 người làm CTXH tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, kết quả cho thấy Cronbach's Alpha đạt 0.84, chứng tỏ công cụ có độ tin cậy và tính khái niệm tốt. Sau giai đoạn điều tra thử, nhóm nghiên cứu hiệu chỉnh ngôn từ, bổ sung hướng dẫn chi tiết và hoàn thiện cấu trúc, tạo thành phiên bản chính thức gồm 04 phần, 45 mục hỏi, tổng cộng 90 biến quan sát

Bước 4: Điều tra thực địa

Khảo sát chính thức được tiến hành tại 05 bệnh viện, phối hợp với Phòng CTXH và Phòng Khoa học - Chỉ đạo tuyển. Các phiếu được phát trực tiếp, thu hồi trong ngày. Thời gian trả lời trung bình 15-20 phút, đảm bảo nguyên tắc tự nguyện, ẩn danh, bảo mật thông tin.

Bước 5: Xử lý và phân tích dữ liệu:

Các phiếu hợp lệ được nhập liệu và phân tích bằng SPSS 22.0. Các kỹ thuật sử dụng gồm:

- Kiểm định độ tin cậy thang đo (Cronbach's Alpha \geq 0.8);
- Phân tích nhân tố khám phá (EFA);
- Thống kê mô tả (Mean, SD);
- Phân tích so sánh và kiểm định sự khác biệt (T-test, Anova) trong nhận thức/ đánh giá của người làm CTXH theo các đặc điểm nhân lực.

d) Ý nghĩa của khảo sát người làm CTXH

Khảo sát người làm CTXH là nguồn dữ liệu trọng tâm phản ánh bức tranh thực tiễn của dịch vụ CTXH trong bệnh viện, từ góc nhìn người thực hiện. Dữ liệu thu được giúp:

- Làm rõ mức độ triển khai, hiệu quả và vai trò của người làm CTXH;
- Đối chiếu với đánh giá của người bệnh/NNNB và nhân viên y tế để xác định khoảng cách kỳ vọng - thực tế;
- Cung cấp căn cứ khoa học cho việc đề xuất chính sách phát triển đội ngũ NVCTXH và hoàn thiện mô hình dịch vụ CTXH bệnh viện tại Nghệ An.

2.4.4. Phương pháp phỏng vấn sâu

Phương pháp phỏng vấn sâu được sử dụng nhằm khai thác những thông tin định tính có chiều sâu về thực trạng tổ chức, triển khai và hiệu quả của dịch vụ CTXH trong các bệnh viện trên địa bàn tỉnh NA. Các cuộc phỏng vấn được tiến hành trực tiếp với: lãnh đạo bệnh viện, nhân viên công tác xã hội, nhân viên y tế, người bệnh và người nhà người bệnh - những người có trải nghiệm, quan sát hoặc tham gia trực tiếp vào quá trình cung cấp và tiếp nhận dịch vụ CTXH.

Trong quá trình phỏng vấn, tác giả sử dụng các câu hỏi mở và bán cấu trúc, nhằm khuyến khích người tham gia chia sẻ chi tiết về thực trạng hoạt động CTXH trong bệnh viện, bao gồm: mức độ tham gia của người làm CTXH vào công tác hỗ trợ người bệnh; hiệu quả của các hoạt động truyền thông, tư vấn, hỗ trợ tâm lý - xã hội; và những rào cản, thuận lợi, yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ. Ngoài ra, các câu hỏi cũng được định hướng để khai thác nhận thức, kỳ vọng và đánh giá của các bên liên quan đối với vai trò của dịch vụ CTXH trong nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Mục tiêu của phỏng vấn sâu không chỉ nhằm bổ sung, kiểm chứng và lý giải các kết quả thu được từ khảo sát định lượng, mà còn giúp làm rõ các khía cạnh chưa thể hiện đầy đủ qua số liệu thống kê, qua đó phản ánh sinh động hơn bức tranh thực tiễn về hoạt động CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An - một tỉnh có đặc thù về quy mô dân số, nguồn lực y tế và điều kiện triển khai công tác xã hội khác biệt so với các địa phương khác.

Bảng 2.3. Cơ cấu Phỏng vấn sâu

| Bệnh viện | Số lượng người tham gia phỏng vấn | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Người bệnh | Người nhà NB | Nhân viên CTXH | Nhân viên y tế | Lãnh đạo bệnh viện |
| Sân nhi Nghệ An | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Ung bướu Nghệ An | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Đa khoa Thanh Chương | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Đa khoa Thành phố Vinh | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Tổng số | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 |

Tổng cộng có 45 người được phỏng vấn sâu tại 5 bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện tại Nghệ An, bao gồm: 10 người bệnh, 10 người nhà người bệnh, 10 nhân viên công tác xã hội, 10 nhân viên y tế và 5 lãnh đạo bệnh viện. Mỗi bệnh viện được lựa chọn tiến hành phỏng vấn với 9 người tham gia thuộc các nhóm đối tượng trên, nhằm phản ánh toàn diện thực tiễn triển khai dịch vụ công tác xã hội trong môi trường bệnh viện.

Xử lý dữ liệu định tính: Dữ liệu thu được từ các cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm, ghi chép và gỡ băng đầy đủ, sau đó được mã hóa và trích xuất theo nhóm chủ đề. Thông tin của người tham gia được ẩn danh hoàn toàn nhằm bảo đảm tính bảo mật và tuân thủ đạo đức nghiên cứu (S. S. Hf Hsieh, 2005). Việc phân tích dữ liệu định tính được thực hiện theo hướng quy nạp và đối chiếu với kết quả định lượng giúp bổ sung, lý giải và làm sâu sắc hơn những phát hiện về thực trạng và hiệu quả triển khai dịch vụ công tác xã hội trong các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.4.5. Phương pháp tham vấn ý kiến chuyên gia

Phương pháp trưng cầu ý kiến chuyên gia được triển khai nhằm bổ sung góc nhìn chuyên sâu và đảm bảo tính phù hợp thực tiễn của hệ thống công cụ nghiên cứu. Nhóm chuyên gia tham gia gồm năm người, bao gồm các nhà khoa học, giảng viên có kinh nghiệm trong lĩnh vực công tác xã hội, cùng với một số chuyên viên,

quản lý ở một số bệnh viện và Sở Y tế Nghệ An - những người am hiểu thực tiễn quản lý và vận hành dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện.

Quá trình tham vấn được tiến hành qua hai giai đoạn:

Ở giai đoạn thứ nhất, nhóm chuyên gia được mời góp ý về cấu trúc, nội dung và tính rõ ràng của bộ công cụ khảo sát, gồm bảng hỏi định lượng và khung phỏng vấn sâu. Các ý kiến tập trung vào việc điều chỉnh thuật ngữ, sắp xếp câu hỏi, cũng như xác định các biến cần đo lường để bảo đảm độ chính xác và tính bao quát.

Ở giai đoạn thứ hai, các chuyên gia được đề nghị thẩm định mức độ khả thi và tính phù hợp của nội dung nghiên cứu, cũng như gợi ý giải pháp hoàn thiện dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện phù hợp với điều kiện thực tế tại Nghệ An.

Những phản hồi của chuyên gia được tổng hợp, đối chiếu với kết quả nghiên cứu tài liệu và khảo sát thực tế. Trên cơ sở đó, tác giả tiến hành chỉnh sửa nhằm hoàn thiện các công cụ khảo sát và hoàn thiện các giải pháp đảm bảo tính khả thi và ứng dụng đối với thực tiễn quản lý và phát triển dịch vụ công tác xã hội trong các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.5. Đặc điểm địa bàn nghiên cứu, khách thể nghiên cứu

2.5.1. Địa bàn nghiên cứu

Tỉnh Nghệ An nằm ở trung tâm vùng Bắc Trung Bộ Việt Nam, có tọa độ địa lý từ 18°33' đến 19°25' vĩ Bắc và 103°52' đến 105°48' kinh Đông. Nghệ An có vị trí địa lý đặc biệt để trở thành trung tâm liên kết kinh tế - xã hội của khu vực Bắc Trung Bộ, đồng thời đóng vai trò cửa ngõ giao thương quốc tế quan trọng trên hành lang kinh tế Đông - Tây, nối liền Myanmar - Thái Lan - Lào - Việt Nam thông qua Quốc lộ 7 và Cảng Cửa Lò.

Theo Nghị quyết số 1678/NQ-UBTVQH15 ngày 16 tháng 6 năm 2025 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội về việc sắp xếp các đơn vị hành chính cấp xã của tỉnh Nghệ An, kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025, toàn tỉnh được tổ chức thành 130 đơn vị hành chính cấp xã, bao gồm 119 xã và 11 phường. Trong số đó, có 110 xã và 11 phường được hình thành sau quá trình sắp xếp, cùng 09 xã giữ nguyên hiện trạng gồm: Keng Đu, Mỹ Lý, Bắc Lý, Huồi Tụ, Mường Lống, Bình Chuân, Hữu Khuông,

Lượng Minh và Châu Bình. Việc điều chỉnh này nhằm tinh gọn bộ máy quản lý nhà nước, nâng cao hiệu quả điều hành, đồng thời phù hợp hơn với đặc điểm dân cư và sự phân hóa địa lý của tỉnh. Tính đến tháng 4 năm 2024, dân số Nghệ An đạt khoảng 3.470.988 người, với mật độ trung bình 211 người/km² (UBND Tỉnh Nghệ An, 2024). Dân cư phân bố không đồng đều: khu vực đồng bằng và ven biển có mật độ dân số cao, điều kiện hạ tầng thuận lợi; trong khi vùng trung du và miền núi, chiếm khoảng 83 % diện tích tự nhiên, lại có dân cư thưa thớt, giao thông khó khăn và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế - giáo dục còn hạn chế. Sự phân hóa này tạo nên bức tranh xã hội - y tế đa dạng, đồng thời đặt ra yêu cầu cần có giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trong hệ thống bệnh viện phù hợp với đặc thù từng vùng địa lý của tỉnh Nghệ An, nhằm bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ xã hội cho mọi nhóm dân cư.

Tại Nghệ An, hệ thống bệnh viện bao gồm: 2 bệnh viện tuyến cuối (chuyên khoa cao), 9 trung tâm đơn vị tuyến tỉnh, 13 bệnh viện tuyến tỉnh, và 7 bệnh viện đa khoa hạng 2. Tuyến huyện có 21 Trung tâm Y tế tuyến huyện (bao gồm 12 TTYT có chức năng khám chữa bệnh), trong khi tuyến cơ sở được bao phủ bởi 460 trạm y tế xã. Đáng chú ý, khu vực ngoài công lập có 13 bệnh viện ngoài công lập và 4 bệnh viện bộ ngành, cùng với các cơ sở y tế khác tham gia vào hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn tỉnh (Sở Y Tế Nghệ An, 2025). Quy mô mạng lưới này không chỉ phản ánh sự phát triển của ngành y tế địa phương mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai dịch vụ công tác xã hội ở nhiều cấp độ khác nhau. Đặc biệt, với đặc điểm là tỉnh có diện tích lớn thứ tư cả nước, dân số xếp thứ 10 trong tổng số 34 tỉnh, thành phố (Đại biểu Nhân dân Tỉnh Nghệ An, 2025); tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo cao, cùng khoảng cách địa lý xa xôi giữa các vùng, nhu cầu về dịch vụ hỗ trợ xã hội trong các cơ sở y tế trở nên đa dạng và phức tạp hơn so với nhiều địa phương khác.

Nghiên cứu được thực hiện tại 5 bệnh viện tại Nghệ An, trong đó có 3 bệnh viện tuyến tỉnh, 2 bệnh viện tuyến huyện, gồm các bệnh viện: 1/ Bệnh viện Sản nhi Nghệ An; 2/ bệnh viện Ung bướu Nghệ An; 3/ Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An; 4/ Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh; 5/Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương.

Trong năm bệnh viện thuộc mẫu nghiên cứu, cần lưu ý sự không trùng khớp giữa tuyến chuyên môn và địa bàn hành chính. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh, mặc dù nằm trên địa bàn trung tâm tỉnh - thành phố Vinh, nhưng về chuyên môn là bệnh viện tuyến huyện. Ngược lại, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An lại là bệnh viện tuyến tỉnh (hạng II, trực thuộc Sở Y tế), song đặt tại địa bàn huyện miền núi xa trung tâm. Sự khác biệt này tạo nên hai kiểu lợi thế và hạn chế khác nhau: bệnh viện tuyến huyện nhưng ở trung tâm được hưởng lợi từ mật độ dân cư cao, khả năng thu hút nguồn lực xã hội tốt; trong khi bệnh viện tuyến tỉnh nhưng ở xa trung tâm lại đối mặt với điều kiện địa lý khó khăn, hạn chế tiếp cận nguồn lực, dù yêu cầu nhiệm vụ chuyên môn cao hơn. Đây là yếu tố quan trọng lý giải sự phân hóa trong mô hình tổ chức và mức độ vận hành hoạt động CTXH giữa các đơn vị.

2.5.2. Khách thể nghiên cứu

Bảng 2.4. Đặc điểm nhân khẩu người bệnh/người nhà người bệnh

| Tiêu chí | Nhóm | N | % |
|---|-----------------------------------|-----|------|
| Cơ sở y tế ($\Sigma=500$) | Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam | 100 | 20.0 |
| | Bệnh viện Ung bướu Nghệ An | 100 | 20.0 |
| | Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh | 100 | 20.0 |
| | Bệnh viện Sản nhi Nghệ An | 100 | 20.0 |
| | Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương | 100 | 20.0 |
| Đối tượng phỏng vấn ($\Sigma=500$) | Người bệnh | 204 | 40.8 |
| | Người nhà người bệnh | 296 | 59.2 |
| Độ tuổi ($\Sigma=500$) | <25 | 34 | 6.8 |
| | 25-29 | 71 | 14.2 |
| | 30-34 | 60 | 12.0 |
| | 35-39 | 63 | 12.6 |
| | 40+ | 272 | 54.4 |
| Giới tính ($\Sigma=499$) | Nam | 187 | 37.5 |
| | Nữ | 309 | 61.9 |
| | Khác | 3 | 0.6 |
| Nghề nghiệp ($\Sigma=500$) | Không việc làm/thất nghiệp | 43 | 8.6 |
| | Nội trợ | 54 | 10.8 |
| | Lao động tự do/ làm thuê | 139 | 27.8 |

| Tiêu chí | Nhóm | N | % |
|---|-----------------------------|----------|----------|
| | Nông nghiệp | 91 | 18.2 |
| | Buôn bán nhỏ | 37 | 7.4 |
| | Kinh doanh | 25 | 5.0 |
| | Công chức, viên chức | 41 | 8.2 |
| | Dịch vụ | 5 | 1.0 |
| | Về hưu | 65 | 13.0 |
| Dân tộc ($\Sigma=500$) | Kinh | 384 | 76.8 |
| | Thái | 109 | 21.8 |
| | Thổ | 1 | 0.2 |
| | Chăm | 1 | 0.2 |
| | Khác | 5 | 1.0 |
| Khu vực cư trú ($\Sigma=500$) | Thành phố | 133 | 26.6 |
| | Nông thôn | 157 | 31.4 |
| | Miền núi | 210 | 42.0 |
| Tình trạng hôn nhân ($\Sigma=500$) | Chưa kết hôn | 54 | 10.8 |
| | Kết hôn | 412 | 82.4 |
| | Ly thân | 2 | 0.4 |
| | Ly hôn | 16 | 3.2 |
| | Góa | 16 | 3.2 |
| Trình độ học vấn cao nhất ($\Sigma=500$) | Chưa từng đi học | 12 | 2.4 |
| | Tiểu học (cấp 1) | 32 | 6.4 |
| | Trung học cơ sở (cấp 2) | 162 | 32.4 |
| | Trung học phổ thông (cấp 3) | 183 | 36.6 |
| | Cao đẳng/ đại học | 100 | 20.0 |
| | Trên đại học | 11 | 2.2 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

- Về đối tượng: Trong tổng số 500 người đã trả lời phỏng vấn có 204 người bệnh, chiếm 40,8% và 296 người nhà người bệnh (chiếm 59,2%). Tỷ lệ người nhà người bệnh cao hơn người bệnh bởi trong quá trình khảo sát, nhiều người bệnh trong danh sách loại trừ vì họ không đảm bảo sức khỏe để trả lời phỏng vấn.

- Về độ tuổi, phần đông người tham gia khảo sát là người cao tuổi, từ 50 tuổi trở lên, chiếm 33,4%, đây là độ tuổi có sự suy giảm thể chất trở nên rõ hơn, họ yếu sức hơn và gặp nhiều vấn đề về sức khỏe. Tiếp sau đó là các nhóm 25-29, 35-39 tuổi. Ngược lại với các nhóm trên, những người nằm trong độ tuổi dưới 25 chiếm tỷ lệ ít nhất, chỉ chiếm 6,8%, đây là giai đoạn có sức khỏe thể chất vượt trội hơn những giai đoạn sau.

- Về dân tộc, có 384 người là dân tộc kinh (chiếm 76,8%), các dân tộc còn lại 23,2%, trong đó dân tộc Thái có 109 người, chiếm 21,8%; dân tộc Thổ và Chăm chỉ có 2 người, chiếm 0,4% và dân tộc khác (Đan Lai, Khơ Me...) có 5 người, chiếm 1%. Khảo sát về đối tượng chính sách, có 255 người không thuộc diện chính sách nào chiếm 51%, còn 49% thuộc các diện chính sách như hộ nghèo, cận nghèo; gia đình thương binh liệt sỹ, người có công; gia đình quân nhân; gia đình khuyết tật; gia đình có người trên 80 tuổi; dân tộc thiểu số.

- Đáng chú ý, chỉ 1/3 người điều trị nội trú tại bệnh viện đến từ khu vực thành phố (26,6%) còn 2/3 người được khảo sát sinh sống tại các khu vực nông thôn (31,4%) và miền núi (42%), yếu tố này có thể làm họ gặp nhiều khó khăn hơn trong quá trình điều trị dài ngày tại các bệnh viện, đặc biệt khi địa bàn cư trú của họ xa với địa bàn nơi có bệnh viện.

+ *Đặc điểm bệnh lý và việc điều trị bệnh:*

Bảng 2.5. Một số đặc điểm bệnh lý và điều trị bệnh của người bệnh

| Thông tin về bệnh lý và quá trình điều trị | Chi tiết | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------------|-----------------|------------------|
| Bệnh hiện đang điều trị ($\Sigma=500$) | Mãn tính | 117 | 23.4 |
| | Cấp tính | 383 | 76.6 |
| Khoa bệnh hiện đang điều trị ($\Sigma=500$) | Khoa liên chuyên khoa | 22 | 4.4 |
| | Khoa nội | 61 | 12.2 |
| | Khoa hồi sức cấp cứu | 79 | 15.8 |
| | Khoa Y học cổ truyền | 51 | 10.2 |
| | Khoa Nhi | 23 | 4.6 |
| | Khoa Sản | 92 | 18.4 |
| | Khoa ngoại xương khớp | 73 | 14.6 |

| Thông tin về bệnh lý và quá trình điều trị | Chi tiết | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|--|-----------------|------------------|
| | Khoa chăm sóc giảm nhẹ | 45 | 9.0 |
| | Khoa hô hấp | 28 | 5.6 |
| | Khoa thần kinh | 26 | 5.2 |
| Đánh giá mức độ bệnh hiện tại ($\Sigma=500$) | Rất nặng | 9 | 1.8 |
| | Nặng | 213 | 42.6 |
| | Bình thường | 255 | 51.0 |
| | Nhẹ | 19 | 3.8 |
| | Không biết | 4 | 0.8 |
| Thời gian điều trị ở viện lâu nhất ($\Sigma=500$) | Dưới 1 tuần | 263 | 52.6 |
| | Từ 2-3 tuần | 184 | 36.8 |
| | Từ 3-4 tuần | 27 | 5.4 |
| | Trên 4 tuần | 26 | 5.2 |
| Số lần vào viện trong năm vừa qua ($\Sigma=500$) | Một lần | 315 | 63.0 |
| | Hai lần | 125 | 25.0 |
| | Ba lần trở lên | 60 | 12.0 |
| Bảo hiểm y tế ($\Sigma=500$) | Có | 490 | 98.0 |
| | Không | 10 | 2.0 |
| Khả năng chi trả viện phí ($\Sigma=500$) | Chi trả toàn bộ | 274 | 54.8 |
| | Chi trả 1 phần | 221 | 44.2 |
| | Không chi trả được | 5 | 1.0 |
| Gia đình thuộc diện chính sách nào ($\Sigma=500$) | Hộ nghèo, cận nghèo | 112 | 22.4 |
| | Gia đình thương binh, liệt sỹ, người có công | 20 | 4.0 |
| | Gia đình quân nhân | 9 | 1.8 |
| | Gia đình có người khuyết tật | 10 | 2.0 |
| | Gia đình có người trên 80 tuổi | 22 | 4.4 |
| | Dân tộc thiểu số | 72 | 14.4 |
| | Không thuộc diện chính sách nào | 255 | 51.0 |
| Số tiền chi trả cho đợt điều trị này ($\Sigma=500$) | 1-2 triệu đồng | 70 | 14.0 |
| | 3-4 triệu đồng | 145 | 29.0 |
| | 5-6 triệu đồng | 120 | 24.0 |

| Thông tin về bệnh lý và quá trình điều trị | Chi tiết | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|-----------------------|-----------------|------------------|
| | 7-8 triệu đồng | 74 | 14.8 |
| | 9-10 triệu đồng | 44 | 8.8 |
| | 11 triệu đồng trở lên | 47 | 9.4 |
| Tổng thu nhập hiện tại của gia đình ($\Sigma=500$) | Dưới 5 triệu VNĐ | 246 | 49.2 |
| | 5-10 triệu VNĐ | 180 | 36.0 |
| | 10-15 triệu VNĐ | 44 | 8.8 |
| | 15-20 triệu VNĐ | 17 | 3.4 |
| | Trên 20 triệu VNĐ | 13 | 2.6 |

(Nguồn: Kết quả khảo sát)

Để có được bức tranh chân thực và thu được thông tin đa dạng về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, người nghiên cứu đã tiến hành khảo sát đa dạng các người bệnh ở hầu hết các khoa trong bệnh viện. Trong 500 người khảo sát trả lời thì có 117 người mắc bệnh mạn tính chiếm 23,4%, và 383 người bệnh cấp tính chiếm 76,6%. Về mức độ bệnh hiện tại, có 255 người đánh giá là bình thường chiếm 51%, số người mắc bệnh nặng là 213 người, chiếm 42%; có 4 người không biết đánh giá mức độ bệnh hiện tại của mình như thế nào, chiếm 0,8%. Hầu hết những người bệnh đã trả lời khảo sát có bảo hiểm y tế 98% để chi trả viện phí, số người không có bảo hiểm y tế chỉ có 10 người, chiếm 2,0%.

Bảng 2.6. Đặc điểm nhân khẩu xã hội của người làm công tác xã hội

| Tiêu chí | Nhóm | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|----------------|
| Cơ sở y tế ($\Sigma=105$) | Bệnh viện Tây Nam | 5 | 4.8 |
| | Bệnh viện Ung Bướu | 26 | 24.8 |
| | Bệnh viện Thành Phố | 30 | 28.6 |
| | Bệnh viện Sản Nhi | 32 | 30.4 |
| | Bệnh viện Thanh Chương | 12 | 11.4 |
| Độ tuổi ($\Sigma=105$) | Dưới 25 tuổi | 7 | 6.7 |
| | 25-29 tuổi | 30 | 28.6 |
| | 30-34 tuổi | 46 | 43.8 |
| | 35-39 tuổi | 15 | 14.3 |

| Tiêu chí | Nhóm | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---|------------------------------------|----------|---------|
| | 40 tuổi trở lên | 7 | 6.7 |
| Giới tính ($\Sigma=105$) | Nam | 11 | 10.5 |
| | Nữ | 94 | 89.5 |
| Chuyên ngành đào tạo ($\Sigma=105$) | Công tác xã hội | 14 | 13.3 |
| | Luật | 5 | 4.8 |
| | Kinh tế | 20 | 19.0 |
| | Điều dưỡng | 27 | 25.7 |
| | Y/dược | 14 | 13.3 |
| | Báo chí, truyền thông | 8 | 7.6 |
| | Khác | 17 | 16.2 |
| Trình độ học vấn cao nhất ($\Sigma=105$) | Trung cấp/ Cao đẳng | 36 | 34.3 |
| | Đại học | 61 | 58.1 |
| | Sau đại học | 8 | 7.6 |
| Kinh nghiệm làm việc ($\Sigma=105$) | Dưới 1 năm | 10 | 9.5 |
| | 1- 3 năm | 18 | 17.1 |
| | 3-5 năm | 33 | 31.5 |
| | 5-7 năm | 24 | 22.9 |
| | Từ 7 năm trở lên | 20 | 19 |
| Đơn vị làm việc ($\Sigma=105$) | Khoa chuyên môn | 4 | 3.8 |
| | Phòng/ Tổ CTXH | 99 | 94.3 |
| | Phòng, ban liên quan | 2 | 1.9 |
| Phân tuyến bệnh viện đang làm việc ($\Sigma=105$) | Bệnh viện Đa khoa tuyến Quận/Huyện | 41 | 39.0 |
| | Bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh | 54 | 51.4 |
| | Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh | 10 | 9.5 |
| Địa bàn làm việc ($\Sigma=105$) | Thành thị | 88 | 83.8 |
| | Nông thôn | 17 | 16.2 |

(Nguồn: Khảo sát năm 2024)

Nghiên cứu khảo sát 105 người làm công tác xã hội đang làm việc tại 5 bệnh viện thuộc địa bàn khảo sát của luận án. Kết quả mô tả nhân khẩu học cho thấy một số đặc trưng cơ bản của mẫu nghiên cứu như sau:

Thứ nhất, về giới tính, lực lượng người làm CTXH trong bệnh viện có sự chênh lệch đáng kể, với 89,5% là nữ và 10,5% là nam. Đây là hiện tượng phổ biến trong nhiều môi trường cung cấp dịch vụ chăm sóc - hỗ trợ, nơi nữ giới chiếm ưu thế theo xu hướng nghề nghiệp chung.

Thứ hai, về độ tuổi, đội ngũ người làm CTXH có cơ cấu tương đối trẻ. Nhóm tuổi từ 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (72,4%), trong khi nhóm dưới 25 tuổi và từ 40 tuổi trở lên đều chiếm tỷ lệ thấp (6,7%). Nhóm 35-39 tuổi chiếm 14,3%, phản ánh sự kết hợp giữa lực lượng trẻ và nhóm có kinh nghiệm làm việc nhất định trong bệnh viện.

Thứ ba, về trình độ học vấn, 58,1% người làm CTXH có trình độ đại học, 34,3% có trình độ trung cấp hoặc cao đẳng, và 7,6% có trình độ sau đại học. Đây là mức học vấn tương đối cao so với mặt bằng chung các vị trí hỗ trợ trong bệnh viện.

Thứ tư, về chuyên ngành đào tạo, tỷ lệ người tốt nghiệp đúng chuyên ngành CTXH chiếm 13,3%. Số còn lại tốt nghiệp từ nhiều lĩnh vực khác nhau như điều dưỡng (25,7%), y - dược (13,3%), kinh tế (19%), báo chí - truyền thông (7,6%), luật (4,8%), và các ngành khác (16,2%). Điều này phản ánh sự đa dạng về chuyên ngành đầu vào của đội ngũ đang đảm nhiệm nhiệm vụ CTXH trong bệnh viện.

Thứ năm, về kinh nghiệm làm việc, nhóm có kinh nghiệm từ 1 đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%). Nhóm có kinh nghiệm từ 5 năm trở lên chiếm 41,9%, trong khi nhóm có kinh nghiệm dưới 1 năm chiếm 9,5%. Cơ cấu này cho thấy sự hiện diện song song của lực lượng mới và lực lượng có thâm niên trong các phòng/tổ CTXH.

Nhìn chung, các số liệu mô tả trên phản ánh đặc điểm cơ bản của mẫu khảo sát về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, chuyên ngành đào tạo và kinh nghiệm làm việc của đội ngũ người làm công tác xã hội tại 5 bệnh viện thuộc tỉnh Nghệ An. Đây là cơ sở quan trọng để thực hiện các phân tích chuyên sâu về mô hình tổ chức và chất lượng triển khai dịch vụ CTXH ở các chương tiếp theo.

Tiểu kết chương 2

Chương 2 đã tổng hợp và phân tích hệ thống các khái niệm cốt lõi liên quan đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, giúp xác định rõ nội hàm, phạm vi và đặc trưng của dịch vụ CTXH trong bối cảnh nghiên cứu. Đồng thời, chương trình bày khung lý thuyết nền tảng, các lý thuyết ứng dụng, tiếp cận phân tích, phương pháp nghiên cứu và đặc điểm địa bàn khảo sát, từ đó hình thành cơ sở lý luận và phương pháp học thuật đáng tin cậy cho toàn bộ luận án.

Những cơ sở này cho phép đề tài tiếp tục triển khai phân tích chuyên sâu ở các chương sau, cụ thể nhằm trả lời ba nhóm câu hỏi trọng tâm: (1) Người bệnh/người nhà người bệnh gặp những khó khăn và có nhu cầu hỗ trợ nào trong quá trình tiếp cận dịch vụ CTXH tại bệnh viện? (2) Các dịch vụ về hỗ trợ tư vấn cho người bệnh/người nhà người bệnh; hỗ trợ nhân viên y tế và truyền thông - giáo dục sức khỏe được triển khai như thế nào tại các bệnh viện ở Nghệ An? (3) Quan điểm của người làm công tác xã hội về những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả triển khai dịch vụ hỗ trợ tư vấn cho người bệnh/người nhà người bệnh; hỗ trợ nhân viên y tế và truyền thông - giáo dục sức khỏe tại bệnh viện ở Nghệ An như thế nào?

Ngoài ra, việc hệ thống hóa lý luận và thực tiễn trong chương 2 cũng tạo điều kiện để đối chiếu vị trí hiện tại của dịch vụ CTXH bệnh viện ở Nghệ An so với các tỉnh/thành khác trong cả nước và so với kinh nghiệm quốc tế. Đây là cơ sở quan trọng để luận án đề xuất các khuyến nghị và định hướng phù hợp, góp phần hoàn thiện hoạt động CTXH trong hệ thống y tế, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến cơ sở trên địa bàn tỉnh trong thời gian tới.

Chương 3. THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

3.1. Hoạt động tổ chức thực hiện các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An

3.1.1. Bối cảnh hệ thống y tế và khung chính sách liên quan đến triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

3.1.1.1. Bối cảnh hệ thống y tế

Tỉnh Nghệ An nằm ở trung tâm vùng Bắc Trung Bộ, có diện tích tự nhiên lớn thứ tư cả nước và dân số khoảng 3,47 triệu người (UBND tỉnh Nghệ An, 2024). Cấu trúc dân cư phân bố không đồng đều: khu vực đồng bằng và ven biển có mật độ dân số cao, trong khi khoảng 83% diện tích là trung du - miền núi với mật độ thấp, địa hình chia cắt, giao thông hạn chế và tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số cao. Giai đoạn 2025 trở đi, Nghệ An được tổ chức lại thành 130 đơn vị hành chính cấp xã theo Nghị quyết 1678/NQ-UBTVQH15, trong đó một số xã miền núi đặc biệt khó khăn (như Keng Đu, Huồi Tụ, Mường Lống...) được giữ nguyên do đặc thù dân cư và địa hình. Sự phân hóa vùng miền này là đặc điểm nổi bật trong cấu trúc dân cư của tỉnh.



Sơ đồ 3.1. Sơ đồ tổ chức hệ thống y tế tỉnh Nghệ An

Nguồn: Sở Y tế Nghệ An (Sở Y tế Nghệ An, 2025)

Hệ thống y tế tỉnh Nghệ An được tổ chức theo mô hình phân tầng gồm tuyến tỉnh, huyện và cơ sở. Tính đến năm 2024, toàn tỉnh có 13 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến tỉnh (04 bệnh viện hạng I; 08 hạng II; 01 hạng III); 07 bệnh viện đa khoa tuyến huyện; 21 trung tâm y tế huyện (12 trung tâm đa chức năng hạng III và 09 trung tâm hạng IV) và 460 trạm y tế xã/phường/thị trấn (dự kiến còn 130 trạm sau sắp xếp hành chính). Ngoài hệ thống công lập, y tế ngoài công lập phát triển với 19 bệnh viện tư nhân, 37 phòng khám đa khoa, 665 phòng khám chuyên khoa và hơn 3.000 cơ sở hành nghề được (Sở Y tế Nghệ An, 2024). Quy mô mạng lưới rộng, kết hợp giữa công lập và tư nhân, tạo nên hệ thống cung ứng dịch vụ y tế đa dạng nhưng có sự khác biệt rõ rệt theo vùng lãnh thổ.

Về nguồn nhân lực y tế, tính đến 31/3/2024, toàn tỉnh có 3.529 bác sĩ, 873 dược sĩ, 4.913 điều dưỡng, 928 hộ sinh và 621 kỹ thuật viên y (Sở Y tế Nghệ An, 2024). Chỉ số bác sĩ/10.000 dân tăng lên 12,6 vào năm 2023, cao hơn mức trung bình cả nước. Tuy nhiên, phân bố nhân lực giữa các tuyến và các vùng là không đồng đều: 56,1% bác sĩ làm việc tại bệnh viện tuyến tỉnh, 33,4% tại tuyến huyện và chỉ 10,5% tại trạm y tế xã. Thành phố Vinh đạt khoảng 60 bác sĩ/10.000 dân, trong khi nhiều huyện miền núi chỉ đạt 5-6 bác sĩ/10.000 dân. Tỷ lệ trạm y tế có bác sĩ đạt 93,3%, nhưng nhiều trạm phải dựa vào bác sĩ hợp đồng hoặc điều động luân phiên. So với định mức theo Thông tư 03/2023/TT-BYT, nhân lực y tế toàn tỉnh còn thiếu 1.288 biên chế, đặc biệt là tuyến cơ sở.

Về kinh tế - xã hội, Nghệ An thuộc nhóm tỉnh có số lượng hộ nghèo lớn trong khu vực Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung. Năm 2024, tỷ lệ hộ nghèo đạt 4,16% (36.703 hộ), cao hơn mức trung bình cả nước (1,93%) và trung bình khu vực (2,69%). Khoảng 29.000-30.000 hộ cận nghèo chiếm 2,4-2,5% tổng số hộ (Bộ LĐTBXH, 2025). Trên 90% hộ nghèo - cận nghèo tập trung tại khu vực nông thôn và vùng miền núi phía Tây. Bốn huyện miền núi cao (Kỳ Sơn, Quế Phong, Quỳnh Châu, Tương Dương) duy trì tỷ lệ nghèo đa chiều cao nhất tỉnh, dao động từ 44% đến gần 69%. Nghèo tại các địa bàn này không chỉ thể hiện ở thu nhập mà còn là thiếu hụt đa chiều: giáo dục, nhà ở, nước sạch, vệ sinh và tiếp cận thông tin.

Các yếu tố địa lý, kinh tế - xã hội và phân bổ nguồn lực này tạo nên sự khác biệt lớn trong điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế giữa các vùng. Khoảng cách xa trung tâm, chi phí đi lại cao, hạn chế về hạ tầng giao thông, sự thiếu hụt nhân lực y tế và chênh lệch về trình độ học vấn là những yếu tố đặc trưng định hình bức tranh tiếp cận y tế ở tỉnh Nghệ An. Đây là các đặc điểm khách quan của tỉnh, phản ánh bối cảnh rộng hơn của hệ thống y tế, cấu trúc dân cư và điều kiện kinh tế - xã hội địa phương.

3.1.1.2. Khung chính sách liên quan đến triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Hệ thống văn bản pháp quy tạo nền tảng cho sự ra đời và phát triển của nghề công tác xã hội trong lĩnh vực y tế tại Việt Nam đã hình thành trong hơn một thập kỷ qua, tạo dựng nền tảng pháp lý cho việc tổ chức và vận hành các hoạt động CTXH trong bệnh viện. Những văn bản này không chỉ xác lập vị trí của CTXH như một lĩnh vực chuyên môn trong hệ thống an sinh xã hội, mà còn định hướng cách thức triển khai nghề tại các cơ sở khám chữa bệnh. Từ các quyết định mang tính chiến lược cấp quốc gia đến các thông tư chuyên ngành của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ, khung chính sách đã từng bước hình thành theo hướng ngày càng đầy đủ và thống nhất, mở đường cho việc xây dựng bộ phận CTXH và chuẩn hóa đội ngũ nhân lực CTXH trong toàn ngành y tế.

Bảng 3.1. Hệ thống văn bản pháp lý về sự hình thành và phát triển dịch vụ công tác xã hội trong ngành Y tế Việt Nam

| Thời gian | Văn bản pháp lý | Nơi ban hành |
|------------------|--|--|
| 2010 | Quyết định 32/2010/QĐ-TTg phê duyệt <i>Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020</i> . | Thủ tướng Chính phủ |
| 2010 | Thông tư 08/2010/TT-BNV ban hành mã số, chức danh các ngạch viên chức CTXH. | Bộ Nội vụ |
| 2010 | Thông tư 34/2010/TT-BLĐTBXH quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức CTXH. | Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội |
| 2011 | Thông tư liên tịch 11/2011/TTLT-BTC-BLĐTBXH hướng dẫn quản lý và sử dụng kinh | Bộ Tài chính- Bộ Lao động - Thương binh và |

| Thời gian | Văn bản pháp lý | Nơi ban hành |
|------------------|---|---|
| | phí thực hiện Quyết định 32/2010/QĐ-TTg. | Xã hội |
| 2011 | Quyết định 2514/QĐ-BYT phê duyệt <i>Đề án phát triển nghề công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020</i> . | Bộ Y tế |
| 2014 | Thông tư liên tịch 09/2014/TTLT-BLĐTBXH-BNV quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp CTXH trong đơn vị sự nghiệp công lập. | Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp cùng Bộ Nội vụ |
| 2015 | Thông tư 30/2015/TTLT-BLĐTBXH-BNV ban hành mã số và tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức CTXH. | Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp cùng Bộ Nội vụ |
| 2015 | Thông tư 43/2015/TT-BYT quy định nhiệm vụ và hình thức tổ chức CTXH trong bệnh viện (07 nhóm nhiệm vụ). | Bộ Y tế |
| 2021 | Quyết định 112/QĐ-TTg ban hành <i>Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030</i> . | Thủ tướng Chính phủ |
| 2022 | Quyết định 712/QĐ-BYT ban hành <i>Tiêu chuẩn chuyên môn, nghiệp vụ</i> đối với viên chức CTXH trong cơ sở y tế. | Bộ Y tế |
| 2022 | Thông tư 26/2022/TT-BNV quy định định mức số lượng người làm việc (biên chế CTXH) trong đơn vị sự nghiệp công lập. | Bộ Nội vụ |
| 2023 | Thông tư 03/2023/TT-BNV hướng dẫn vị trí việc làm và định mức số lượng viên chức ngành y tế, bao gồm chức danh CTXH. | Bộ Nội vụ |
| 2024 | Thông tư 51/2024/TT-BYT (hiệu lực 01/3/2025) quy định <i>chuẩn hóa dịch vụ CTXH trong bệnh viện</i> : tham vấn lâm sàng, can thiệp khủng hoảng, hỗ trợ nhóm dễ tổn thương, hồ sơ CTXH lâm sàng. | Bộ Y tế |

Nguồn: Đặng Kim Khánh Ly (2021); tác giả luận án bổ sung và cập nhật

Mốc mở đầu quan trọng nhất là Quyết định 32/2010/QĐ-TTg, lần đầu tiên thừa nhận CTXH là một nghề trong hệ thống an sinh xã hội Việt Nam. Văn bản này xác lập tầm nhìn chiến lược “phát triển CTXH trở thành một nghề”, đồng thời đặt mục tiêu xây dựng đội ngũ nhân lực CTXH đủ về số lượng và đạt chuẩn về chất lượng, gắn với hệ thống cung cấp dịch vụ CTXH tại các cấp. Về mặt chính sách, Quyết định 32 tạo ra nền móng pháp lý quan trọng để các bộ ngành xây dựng hệ thống văn bản chỉ đạo tiếp theo, trong đó có lĩnh vực y tế.

Ngay sau đó, các văn bản như Thông tư 08/2010/TT-BNV, Thông tư 34/2010/TT-BLĐTBXH và Thông tư liên tịch 11/2011/BTC-BLĐTBXH tiếp tục cụ thể hóa nghề CTXH trên phương diện tiêu chuẩn ngạch, mã số chức danh và quản lý nguồn lực tài chính. Những quy định này mang tính “hạ tầng chính sách”, giúp xác lập cơ chế vận hành nghề CTXH trong bộ máy nhà nước.

Trong lĩnh vực y tế, cột mốc quyết định là Quyết định 2514/QĐ-BYT (2011) của Bộ Y tế, phê duyệt *Đề án phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020*. Đề án đưa ra năm mục tiêu quan trọng: nâng cao nhận thức của lãnh đạo ngành Y tế về vai trò CTXH; xây dựng mô hình thí điểm; hoàn thiện hành lang pháp lý; phát triển tài liệu đào tạo; và nâng cao năng lực đội ngũ nhân viên CTXH trong y tế. Quyết định 2514 không chỉ đánh dấu sự hình thành chính thức của CTXH y tế, mà còn đưa ra định hướng tổ chức CTXH tại bệnh viện từ tuyến trung ương đến địa phương, với mô hình Phòng/Tổ CTXH là hạt nhân thực thi.

Dấu mốc mang tính bước ngoặt trong thực thi chính sách là Thông tư 43/2015/TT-BYT - văn bản pháp lý đầu tiên quy định đầy đủ về *nhiệm vụ, hình thức tổ chức và cơ cấu bộ phận CTXH trong bệnh viện*. Thông tư xác định 07 nhóm nhiệm vụ CTXH, bao gồm: đón tiếp - hướng dẫn - cung cấp thông tin; hỗ trợ người bệnh hoàn cảnh khó khăn; tư vấn - tham vấn tâm lý; truyền thông - giáo dục sức khỏe; hỗ trợ nhân viên y tế; phát triển mạng lưới tình nguyện; vận động nguồn lực. Đồng thời, Thông tư đưa ra yêu cầu về mô hình tổ chức (Phòng hoặc Tổ CTXH) và mối quan hệ phối hợp với các khoa phòng. Đây là văn bản có ảnh hưởng rộng nhất, là căn cứ để hệ thống bệnh viện cả nước- trong đó có Nghệ An thành lập Phòng/Tổ CTXH. Tác động của Thông tư 43 thể hiện rõ qua số liệu nghiên cứu: theo Phạm Tiến Nam (2021), 95,6% bệnh viện khu vực miền Trung -Tây Nguyên, 96,1% bệnh

viện tuyến tỉnh và 100% bệnh viện tuyến Trung ương đã thành lập Phòng/Tổ CTXH sau khi Thông tư được ban hành.

Giai đoạn 2020-2025 đánh dấu sự chuyển dịch từ “hình thành” sang chuẩn hóa và chuyên nghiệp hóa. Nhiều văn bản được ban hành nhằm hoàn thiện cấu trúc nghề nghiệp CTXH trong y tế, tiêu biểu như Quyết định 712/QĐ-BYT (2022) về tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp CTXH y tế, Thông tư 26/2022/TT-BNV và Thông tư 03/2023/TT-BNV quy định định mức biên chế CTXH. Những văn bản này tạo ra khung nhân lực bắt buộc đối với bệnh viện, yêu cầu bố trí nhân viên CTXH đạt chuẩn về trình độ và kỹ năng.

Đặc biệt quan trọng là Thông tư 51/2024/TT-BYT, có hiệu lực từ 01/3/2025. Đây là văn bản nâng tầm CTXH trong bệnh viện lên mức dịch vụ chuyên môn, bổ sung các yêu cầu sâu về: tham vấn tâm lý lâm sàng, can thiệp khủng hoảng, quản lý ca, tư vấn nhóm để tổn thương, đánh giá chất lượng dịch vụ CTXH, chuẩn hóa hồ sơ quản lý. So với Thông tư 43, Thông tư 51 thể hiện rõ quan điểm: CTXH y tế không chỉ hỗ trợ hành chính mà phải đóng vai trò chuyên môn trong chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Trong hơn mười năm triển khai chính sách, khung pháp lý CTXH y tế tại Việt Nam đã phát triển theo hướng ngày càng đầy đủ và đồng bộ. Từ nền tảng của Quyết định 32 đến Đề án 2514 và đặc biệt Thông tư 43, hệ thống bệnh viện được trao hành lang pháp lý để hình thành bộ phận CTXH; trong khi giai đoạn 2022-2025 với các văn bản mới nhấn mạnh yêu cầu chuẩn hóa nhân lực và chuyên môn hóa các dịch vụ. Sự phát triển này phản ánh xu thế hội nhập quốc tế trong chăm sóc sức khỏe dựa trên mô hình chăm sóc toàn diện đồng thời đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng về hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người bệnh trong bối cảnh gia tăng bệnh mạn tính, bệnh hiểm nghèo, áp lực kinh tế - xã hội.

Việc triển khai dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An diễn ra trong bối cảnh có sự chỉ đạo rõ ràng từ Trung ương thông qua hệ thống văn bản pháp quy của Bộ Y tế. Quá trình này có thể chia thành hai giai đoạn phát triển chính sách rõ rệt: giai đoạn khởi động (2011-2020); và giai đoạn chuẩn hóa (2022 - nay) với loạt văn bản như Quyết định 712/2022/QĐ-BYT về tiêu chuẩn chuyên môn nghiệp vụ, các Thông tư 26/2022/TT-BNV và 03/2023/TT-BNV về biên chế, và đặc

biệt là Thông tư 51/2024/TT-BYT nâng cao chuẩn dịch vụ có hiệu lực từ tháng 3/2025. Sự phát triển theo từng giai đoạn này phản ánh quá trình hoàn thiện dần chính sách từ việc thừa nhận tầm quan trọng của công tác xã hội trong bệnh viện đến việc đặt ra những tiêu chuẩn nghiêm ngặt hơn về chất lượng dịch vụ.

Để cụ thể hóa các quy định của Bộ Y tế và phù hợp với đặc thù của từng đơn vị, 4 bệnh viện (BV Sản nhi, BV ĐK Thành phố Vinh, BV ĐK Thanh Chương, BV Ung bướu) đã chủ động ban hành các văn bản hướng dẫn và 2 bệnh viện (BV Sản nhi, BV Thành phố) có xây dựng quy trình riêng để triển khai các hoạt động công tác xã hội. Việc này thể hiện sự chủ động của các bệnh viện trong việc nội hóa và điều chỉnh các chính sách chung, tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nhiệm vụ CTXH một cách hiệu quả tại đơn vị mình. Tuy nhiên, các quy trình hiện có chủ yếu tập trung vào những hoạt động cơ bản như phê duyệt nội dung truyền thông trên mạng xã hội và tiếp nhận hỗ trợ bệnh nhân khó khăn, trong khi vẫn còn thiếu vắng những quy trình quan trọng cho các dịch vụ chuyên sâu. Đáng chú ý là các bệnh viện chưa có hướng dẫn can thiệp khủng hoảng, quy trình tham vấn tâm lý lâm sàng, hay hướng dẫn hỗ trợ chuyên biệt cho bệnh nhân tâm thần - những dịch vụ sẽ trở thành yêu cầu bắt buộc theo Thông tư 51/2024/TT-BYT.

3.1.2. Mô hình tổ chức và quy trình vận hành dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

3.1.2.1. Mô hình tổ chức dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Việc triển khai hoạt động công tác xã hội tại các bệnh viện trên địa bàn Nghệ An diễn ra trong bối cảnh hệ thống y tế cả nước thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT và hiện nay đang từng bước chuyển sang chuẩn năng lực theo Thông tư 51/2024/TT-BYT. Trên cơ sở tổng hợp và phân tích các nguồn dữ liệu thứ cấp, nghiên cứu đã xây dựng Bảng 3.2 nhằm khái quát quá trình hình thành và phát triển tổ chức công tác xã hội (CTXH) tại 05 bệnh viện thuộc địa bàn nghiên cứu tại Nghệ An.

Bảng 3.2. Quá trình phát triển tổ chức hoạt động công tác xã hội tại bệnh viện

| Bệnh viện | Năm triển khai | Mô hình ban đầu | Mô hình hiện tại | Các bộ phận của phòng/tổ |
|----------------------|----------------|--|------------------------------------|---|
| Ung bướu Nghệ An | 2018 | Phòng QLCL & CTXH | Phòng CTXH - Truyền thông | - Từ thiện hỗ trợ - Hotline - Chăm sóc KH |
| Sân Nhi Nghệ An | 2017 | Tổ CTXH thuộc phòng quản lý chất lượng | Phòng CTXH & chăm sóc khách hàng | - Hỗ trợ người bệnh - Truyền thông - Lễ tân - Vận động và tiếp nhận tài trợ - Chăm sóc KH |
| ĐKKV Tây Nam | 2021 | Tổ CTXH thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp | Phòng CTXH - Quản lý chất lượng | - Hỗ trợ người bệnh - Truyền thông - Hành chính tổng hợp - Vận động & tiếp nhận tài trợ - Chăm sóc KH |
| Đa khoa Thanh Chương | 2020 | Tổ CTXH thuộc phòng điều dưỡng | Phòng quản lý chất lượng - CTXH | - Không chia bộ phận |
| Đa khoa TP Vinh | 2016 | Tổ CTXH thuộc phòng điều dưỡng | Phòng CTXH | - Truyền thông - Chăm sóc KH - Phát triển dịch vụ - An sinh xã hội |

Nguồn: Tổng hợp từ dữ liệu thứ cấp

Dữ liệu từ Bảng 3.2 cho thấy một xu hướng chung: trong giai đoạn đầu, các bệnh viện chủ yếu tiếp cận CTXH theo hướng lồng ghép vào các phòng chức năng sẵn có như điều dưỡng, quản lý chất lượng hoặc kế hoạch tổng hợp. Cách tiếp cận này phản ánh một chiến lược thích ứng phổ biến trong bối cảnh CTXH còn là lĩnh vực tương đối mới, nguồn lực hạn chế và chưa được xác lập đầy đủ như một cấu phần chuyên môn độc lập trong bệnh viện. Tuy nhiên, quá trình phát triển sau đó đã tạo ra sự phân hóa rõ rệt giữa các cơ sở.

Năm bệnh viện được lựa chọn nghiên cứu cho thấy mô hình tổ chức dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An chịu ảnh hưởng rõ nét bởi sự giao thoa giữa tuyến chuyên môn và điều kiện địa bàn - hai yếu tố cấu trúc không phải lúc nào cũng đồng nhất trong thực tiễn tổ chức hệ thống y tế địa phương. Nhóm bệnh viện tuyến tỉnh gồm Bệnh viện Sân Nhi Nghệ An, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An và

Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Nam; trong đó, hai bệnh viện đầu đóng tại trung tâm thành phố Vinh, còn Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Nam hoạt động tại địa bàn huyện miền núi, xa trung tâm kinh tế - xã hội của tỉnh. Ngược lại, hai bệnh viện tuyến huyện là Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương cũng thể hiện sự khác biệt đáng kể về bối cảnh hoạt động, khi một đơn vị nằm ở đô thị trung tâm, trong khi đơn vị còn lại đặt tại huyện thuần nông. Sự không đồng nhất giữa tuyến kỹ thuật và địa bàn đã tạo ra các mô hình tổ chức và mức độ phát triển dịch vụ CTXH khác nhau, phản ánh một quy luật phân tầng mang tính hệ thống hơn là sự khác biệt ngẫu nhiên giữa các cơ sở.

Trong giai đoạn đầu triển khai, các bệnh viện đều thích ứng thận trọng trong bối cảnh chưa có nguồn lực đủ mạnh để xây dựng mô hình độc lập. Tuy nhiên, sự phân tầng bắt đầu xuất hiện khi một số đơn vị nhanh chóng mở rộng mô hình tổ chức. Các bệnh viện tuyến tỉnh đóng tại thành phố, đặc biệt là Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, đã phát triển thành phòng CTXH với các bộ phận chuyên biệt như truyền thông, chăm sóc khách hàng, vận động tài trợ và hỗ trợ người bệnh. Sự mở rộng này không chỉ là kết quả của quy mô người bệnh lớn và nhu cầu hỗ trợ phức tạp hơn, mà còn gắn với điều kiện nhân lực thuận lợi, khả năng huy động nguồn lực xã hội và môi trường đô thị có tính kết nối cao.

Một trường hợp đáng chú ý là Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh. Dù chỉ là bệnh viện tuyến huyện, đơn vị này đã tổ chức phòng CTXH độc lập và phát triển theo hướng khá chuyên nghiệp nhờ lợi thế địa bàn đô thị trung tâm - nơi có nhu cầu dịch vụ lớn, nguồn nhân lực dồi dào và sự hỗ trợ cộng đồng mạnh. Trong khi đó, Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Nam tuy là bệnh viện tuyến tỉnh nhưng hoạt động tại khu vực miền núi, chịu hạn chế kìm hãm về nhân lực, điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng huy động nguồn lực. Vì vậy, dù được xếp tuyến chuyên môn cao, mô hình CTXH của bệnh viện này vẫn mang tính lồng ghép, khó tách thành các tổ chuyên sâu và khó triển khai các yêu cầu mang tính lâm sàng theo định hướng mới của chính sách. Trường hợp Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương cũng cho thấy rõ điều này: nhân lực ít, CTXH gắn trong phòng quản lý chất lượng, hoạt động chủ yếu

ngiên về hỗ trợ hành chính - hướng dẫn, trong khi khả năng triển khai các dịch vụ chuyên sâu như quản lý ca, tư vấn tâm lý hay hỗ trợ pháp lý - xã hội còn hạn chế.

Nhìn tổng thể, sự đa dạng mô hình tổ chức CTXH giữa các bệnh viện không phải là biểu hiện của sự linh hoạt ngẫu nhiên, mà là hệ quả trực tiếp của sự phân tầng nguồn lực mang tính cấu trúc. Các bệnh viện tuyến tỉnh tại đô thị phát triển mô hình CTXH đa chức năng và có mức độ chuyên nghiệp hóa cao hơn; bệnh viện tuyến huyện tại đô thị vận hành khá mạnh nhờ lợi thế địa bàn; trong khi các bệnh viện ở khu vực khó khăn - dù là tuyến tỉnh hay tuyến huyện - vẫn đang trong quá trình hoàn thiện, với mô hình thiên về hỗ trợ hành chính và chưa thể tiếp cận đầy đủ các chức năng sâu rộng mà CTXH y tế hiện đại đặt ra.

Như vậy, có thể thấy một thực tế tương đối nhất quán: CTXH bệnh viện ở Nghệ An đã được hình thành ở tất cả các đơn vị khảo sát, nhưng mức độ phát triển và vận hành phản ánh rõ sự phân tầng tuyến - địa bàn. Đây là nền tảng quan trọng để lý giải sự khác biệt trong cơ chế triển khai dịch vụ CTXH giữa các bệnh viện.

3.1.2.2. Quy trình vận hành dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Nếu mô hình tổ chức phản ánh “khung cấu trúc” của dịch vụ CTXH, thì quy trình vận hành cho thấy cách thức dịch vụ này được triển khai trong thực tế. Các dữ liệu phỏng vấn sâu cho thấy quy trình triển khai dịch vụ CTXH trong các bệnh viện tại Nghệ An hiện chưa được chuẩn hóa theo một quy trình chuyên môn thống nhất. Phần lớn các hoạt động được thực hiện theo hướng xử lý các tình huống phát sinh trong quá trình khám chữa bệnh, thay vì vận hành theo một chu trình can thiệp khép kín gồm các bước: tiếp nhận - đánh giá - lập kế hoạch - can thiệp - theo dõi - lượng giá. Điều này phản ánh đặc điểm vận hành linh hoạt, thích ứng với nhu cầu thực tiễn, nhưng đồng thời cũng cho thấy mức độ chuẩn hóa trong cung cấp dịch vụ còn đang trong quá trình hoàn thiện.

Các bằng chứng định tính khẳng định mạnh mẽ cách thức triển khai này trong thực tiễn. Một người làm CTXH chia sẻ: “*Khi có người bệnh hoặc người nhà cần hỗ trợ thì mình tiếp cận trực tiếp, chứ chưa có quy trình cụ thể theo dõi từ đầu đến cuối*” (PVS, nữ, 25 tuổi, người làm CTXH). Một ý kiến khác cho biết: “*Nhiều*

trường hợp chúng tôi chỉ hỗ trợ ban đầu, ví dụ như hướng dẫn thủ tục hoặc kết nối hỗ trợ, còn việc lập kế hoạch hay theo dõi lâu dài thì hiện tại chưa làm thường xuyên” (PVS, nữ, 37 tuổi, người làm CTXH). Những dữ liệu này cho thấy các hoạt động CTXH hiện chủ yếu tập trung vào từng khâu cụ thể, phù hợp với nhu cầu trước mắt của người bệnh, trong khi các bước mang tính liên tục của chu trình can thiệp chưa được triển khai đồng bộ.

Ở góc độ tổ chức, một số lãnh đạo bệnh viện cũng nhìn nhận cơ chế vận hành hiện nay mang tính linh hoạt. Họ cho rằng *“Hoạt động CTXH chủ yếu gắn với quá trình khám chữa bệnh, khi có vấn đề phát sinh thì bộ phận CTXH phối hợp xử lý, còn quy trình đầy đủ thì đang từng bước hoàn thiện”* (PVS, nam, 48 tuổi, trưởng phòng CTXH). Một ý kiến khác cho rằng: *“Muốn làm theo quy trình đầy đủ thì cần có nhân lực và thời gian, trong khi hiện nay công việc phát sinh nhiều nên chúng tôi chủ yếu giải quyết theo từng tình huống cụ thể”* (PVS, nữ, 38 tuổi, trưởng phòng CTXH). Các dữ liệu này chỉ ra cách thức triển khai CTXH hiện nay mang tính thích ứng cao với nhu cầu thực tiễn, nhưng đồng thời cũng phản ánh việc các thành tố của quy trình chuyên môn chưa được vận hành một cách đồng bộ và liên tục.

Các cơ sở y tế như Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh và Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đã bước đầu tổ chức các hoạt động tập huấn, bồi dưỡng kỹ năng cho người làm CTXH, đặc biệt trong khâu tiếp đón và hỗ trợ ban đầu cho người bệnh. Các dữ liệu phỏng vấn sâu cũng ghi nhận sự thay đổi này. Một người làm CTXH cho biết: *“Phòng công tác xã hội của chúng tôi có tổ chức các buổi tập huấn về kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn người bệnh nên việc tiếp đón và hỗ trợ ban đầu hiện nay đã bài bản hơn trước”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Một lãnh đạo nhận định: *“Chúng tôi ưu tiên tập huấn các kỹ năng thiết thực, nhất là khâu tiếp đón và hỗ trợ người bệnh, để bảo đảm phục vụ tốt trong điều kiện hiện tại”* (PVS, nữ, 37 tuổi, trưởng phòng CTXH). Những bằng chứng này cho thấy bên cạnh cách thức triển khai linh hoạt, các bệnh viện cũng đang từng bước bổ sung các yếu tố chuyên môn thông qua hoạt động đào tạo và tập huấn, đặc biệt ở những khâu có tần suất thực hiện cao.

Đáng chú ý, các quy trình mang tính chất lâm sàng của công tác xã hội như tham vấn tâm lý, hỗ trợ khủng hoảng, quản lý ca và quản lý nhóm hiện chưa được thiết lập thành các quy trình chuyên môn cụ thể tại các bệnh viện ở Nghệ An. Các hoạt động này bước đầu đã được nhận diện trong thực tiễn, tuy nhiên chủ yếu được triển khai ở mức độ hỗ trợ đơn lẻ hoặc theo từng tình huống, chưa hình thành thành các quy trình can thiệp có tính hệ thống và liên tục.

Các dữ liệu phỏng vấn sâu góp phần lý giải rõ hơn thực trạng này. *“Những nội dung như tham vấn tâm lý hay theo dõi lâu dài người bệnh thì mình cũng có làm ở mức độ nhất định, nhưng chưa có quy trình cụ thể để thực hiện đồng bộ”* (PVS, nữ, 28 tuổi, người làm CTXH). Một ý kiến khác chia sẻ: *“Khi gặp trường hợp cần hỗ trợ tâm lý hoặc có vấn đề phức tạp thì chủ yếu mình trao đổi, hỗ trợ trong khả năng, chứ chưa xây dựng thành kế hoạch quản lý ca đầy đủ”* (PVS, nam, 32 tuổi, người làm CTXH). Ở góc độ quản lý, một lãnh đạo bệnh viện cho biết: *“Các hoạt động chuyên sâu như quản lý ca hay hỗ trợ khủng hoảng là cần thiết, nhưng để triển khai bài bản thì cần thêm hướng dẫn chuyên môn và nhân lực phù hợp”* (PVS, nam, 48 tuổi, trưởng phòng CTXH). Những dữ liệu này cho thấy việc chưa hình thành các quy trình lâm sàng không phải do thiếu nhận thức về vai trò của CTXH, mà chủ yếu liên quan đến điều kiện triển khai thực tế, bao gồm năng lực chuyên môn, nguồn nhân lực và mức độ sẵn sàng của hệ thống.

So sánh với chuẩn quốc tế cho thấy sự khác biệt đáng kể về mức độ chuẩn hóa và tích hợp chuyên môn. Trong các mô hình công tác xã hội y tế tại nhiều quốc gia, các hoạt động như tham vấn tâm lý, can thiệp khủng hoảng và quản lý ca được tổ chức thành các quy trình lâm sàng rõ ràng, với các bước đánh giá, lập kế hoạch, can thiệp và theo dõi được chuẩn hóa (Gehlert & Browne, 2019; Barker, 2014). Đặc biệt, mô hình quản lý ca được xem là một phương pháp cốt lõi, cho phép kết nối liên tục giữa các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội, bảo đảm tính liên ngành và tính liên tục trong chăm sóc người bệnh. Điều này hàm ý rằng dịch vụ CTXH tại Nghệ An cần từng bước chuyển từ mô hình hỗ trợ vận hành sang mô hình chuyên môn tích hợp, trong đó các quy trình can thiệp lâm sàng như tham vấn, quản lý ca và hỗ trợ khủng hoảng cần được xây dựng và chuẩn hóa phù hợp với điều kiện thực tiễn.

Bên cạnh quy trình chuyên môn, cơ chế phối hợp liên khoa và chuyển gửi người bệnh đến bộ phận CTXH hiện cũng chủ yếu được thực hiện theo hình thức không chính thức, dựa vào sự trao đổi trực tiếp giữa các cá nhân. Thực tế cho thấy tại nhiều bệnh viện, việc chia sẻ thông tin về các trường hợp cần hỗ trợ thường được thực hiện thông qua các nhóm liên lạc nội bộ như nhóm Zalo, trong đó các khoa lâm sàng chủ động thông báo cho nhân viên CTXH khi phát sinh nhu cầu hỗ trợ.

Các dữ liệu định tính cũng làm rõ cách thức vận hành này trong thực tiễn. Một người làm CTXH cho biết: *“Khi có trường hợp cần hỗ trợ thì các khoa thường nhắn trong nhóm chung hoặc gọi điện trực tiếp để phòng CTXH nắm thông tin và phối hợp”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Một ý kiến khác chia sẻ: *“Việc chuyển gửi chủ yếu dựa vào trao đổi giữa các cá nhân, chưa có biểu mẫu hay quy trình cụ thể, nhưng nhờ vậy cũng xử lý khá nhanh các trường hợp cần hỗ trợ ngay”* (PVS, nữ, 37 tuổi, người làm CTXH). Ở góc độ nhân viên y tế, một số bác sĩ, điều dưỡng cho biết việc phối hợp với CTXH được thực hiện linh hoạt theo tình huống: *“Khi thấy người bệnh có hoàn cảnh khó khăn hoặc cần hỗ trợ khẩn cấp thì khoa sẽ chủ động liên hệ với phòng CTXH, thường là qua điện thoại hoặc nhóm nội bộ”* (PVS, nam, 38 tuổi, điều dưỡng). Điều này cho thấy cơ chế phối hợp hiện nay được duy trì thông qua các kênh giao tiếp không chính thức nhưng có tính linh hoạt cao, phù hợp với nhịp độ hoạt động của bệnh viện.

Một số bệnh viện như Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh đã bước đầu triển khai hoạt động rà soát, tiếp cận người bệnh tại các khoa phòng theo định kỳ, góp phần nâng cao khả năng phát hiện sớm các trường hợp cần hỗ trợ. Một người làm CTXH chia sẻ: *“Hiện nay có kế hoạch xuống khoa theo lịch định kỳ để chủ động nắm bắt tình hình người bệnh, không chỉ chờ thông tin chuyển đến”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Ở góc độ quản lý, một lãnh đạo nhận định: *“Việc chủ động tiếp cận tại các khoa giúp CTXH phát hiện sớm hơn các trường hợp cần hỗ trợ và phối hợp tốt hơn với các bộ phận trong bệnh viện”* (PVS, nữ, 37 tuổi, trưởng phòng CTXH). Tuy nhiên, cách thức này chưa được triển khai đồng bộ tại tất cả các cơ sở, dẫn đến sự khác biệt trong khả năng tiếp cận dịch vụ giữa các bệnh viện.

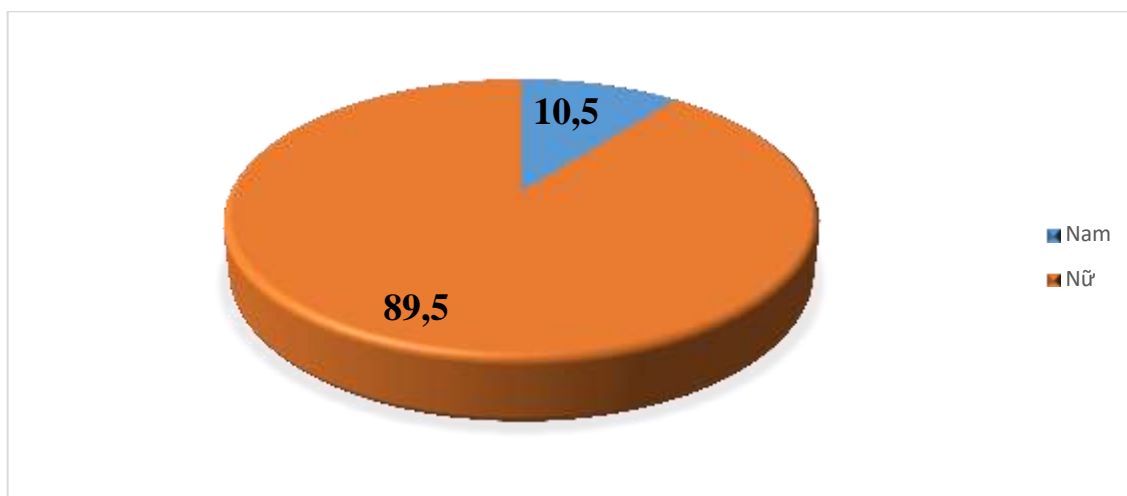
Trong bối cảnh đó, việc phát hiện và can thiệp đối với các nhu cầu tâm lý - xã hội của người bệnh phụ thuộc đáng kể vào mức độ chủ động của nhân viên y tế và nhân viên CTXH tại từng đơn vị. Đồng thời, tại các bệnh viện, bộ phận CTXH vẫn được tổ chức lồng ghép trong các phòng chức năng khác, điều này ảnh hưởng nhất định đến tính độc lập trong tổ chức hoạt động và phân bổ nguồn lực. Trong điều kiện đó, việc triển khai dịch vụ CTXH có xu hướng dựa nhiều vào kinh nghiệm thực tiễn và điều kiện cụ thể của từng cơ sở, hơn là dựa trên các quy trình chuẩn hóa mang tính hệ thống.

Đặt trong cách tiếp cận của lý thuyết hệ thống, những đặc điểm trên có thể được hiểu như biểu hiện của một hệ thống đang trong quá trình hoàn thiện mức độ tích hợp chức năng. Trong một hệ thống cung cấp dịch vụ hiệu quả, các cấu phần như tổ chức, nhân lực, quy trình và cơ chế phối hợp thường được liên kết thông qua các kênh thông tin và các quy trình chuẩn hóa, qua đó góp phần bảo đảm tính liên tục và đồng bộ của dịch vụ. Trong bối cảnh tại Nghệ An, các mối liên kết này bước đầu đã được hình thành nhưng chủ yếu vận hành thông qua các cơ chế linh hoạt, mang tính thích ứng với điều kiện thực tiễn của từng cơ sở. Điều này cho thấy CTXH trong bệnh viện hiện đang được tổ chức như một thành tố có liên kết với các bộ phận khác trong hệ thống, tuy nhiên mức độ tích hợp như một tiêu hệ thống chuyên môn độc lập vẫn đang từng bước được củng cố. Cách thức vận hành này phản ánh đặc trưng của giai đoạn chuyển tiếp, trong đó các yếu tố cấu trúc và cơ chế vận hành tiếp tục được hoàn thiện để đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của dịch vụ CTXH trong hệ thống y tế.

3.1.3. Nhân lực thực hiện dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

Nhân lực là yếu tố cốt lõi quyết định chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Mặc dù các bệnh viện tại Nghệ An đều đã thành lập phòng/tổ CTXH theo Thông tư 43/2015/TT-BYT, nhưng cấu trúc và năng lực của đội ngũ này vẫn phản ánh rõ một hệ thống đang trong giai đoạn hình thành, chưa chuẩn hóa nghề nghiệp và phát triển thiếu đồng đều giữa các tuyến. Dựa trên dữ liệu khảo sát 105 người làm CTXH tại 5 bệnh viện và các phỏng vấn sâu, luận án phân tích toàn diện năm phương diện then chốt: (1) cơ cấu nhân lực; (2) trình độ học vấn - chuyên môn

được đào tạo; (3) kinh nghiệm nghề nghiệp; (4) đào tạo - bồi dưỡng nghiệp vụ; (5) sự phân tầng nguồn lực theo tuyến kỹ thuật và địa bàn.



Biểu đồ 3.1. Giới tính của đội ngũ người làm công tác xã hội tại bệnh viện

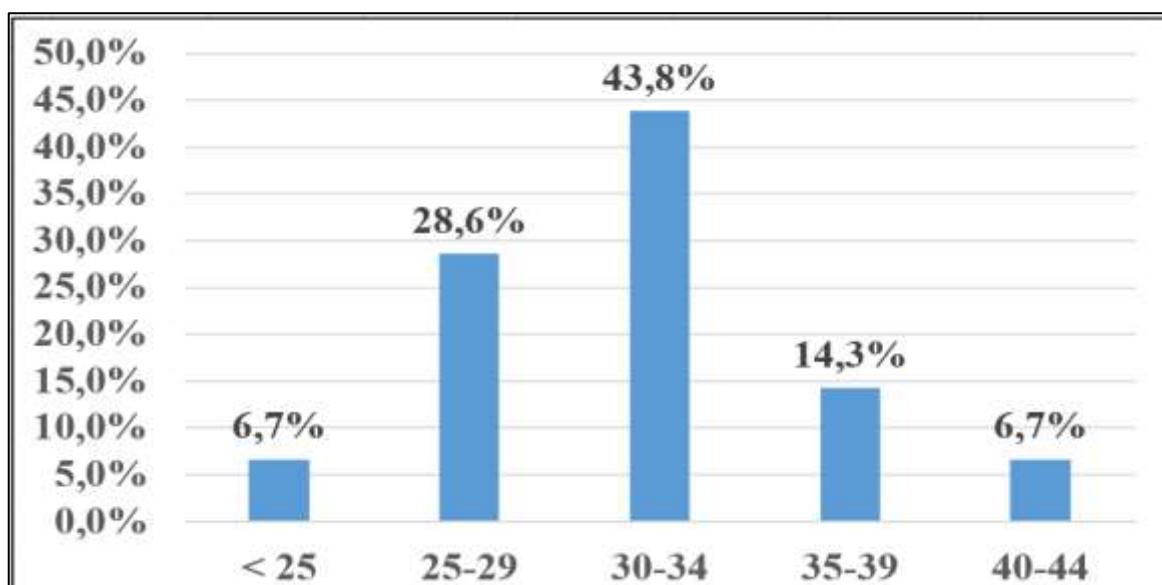
(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Về cơ cấu nhân lực, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng đội ngũ người làm CTXH ở Nghệ An mang đặc trưng “nữ hóa” rõ rệt. Gần 90% người làm CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An là nữ. Thực trạng này không đơn thuần là một dữ liệu thống kê mà phản ánh đặc thù nguồn nhân lực trong lĩnh vực chăm sóc - hỗ trợ xã hội. Một nguyên nhân quan trọng có thể giải thích là phần lớn nhân sự đảm nhiệm vị trí công tác xã hội xuất phát từ các ngành đào tạo như báo chí - truyền thông, kinh tế, luật, ngôn ngữ và công tác xã hội - những lĩnh vực mà nữ giới tham gia vượt trội. Hơn nữa, chuẩn mực văn hóa - xã hội về giới cũng định hình xu hướng nghề nghiệp khi phụ nữ thường được gán và được kỳ vọng sở hữu những phẩm chất như thấu cảm, dịu dàng, biết lắng nghe, kiên nhẫn và dễ đồng cảm với người yếu thế. Trong môi trường bệnh viện - nơi người bệnh và thân nhân thường ở trong trạng thái mệt mỏi, lo âu hoặc tổn thương tâm lý - những phẩm chất này trở thành “điểm cộng” tự nhiên giúp họ xây dựng niềm tin, sự kết nối và hiệu quả hỗ trợ (Schaub, 2022; Hicks, 2015).

Sự áp đảo của nữ giới trong đội ngũ người làm công tác xã hội cũng đặt ra một số vấn đề cần lưu ý. Nhiều nhiệm vụ quan trọng trong công tác xã hội tại bệnh viện như can thiệp xung đột gia đình, xử lý hành vi bạo lực, hỗ trợ bệnh nhân nam trong các vấn đề nhạy cảm hoặc làm việc với thanh - thiếu niên có hành vi lệch chuẩn đôi khi đòi hỏi sự hiện diện của nam giới để tăng mức độ chấp nhận và hiệu quả can thiệp. “Các chị CTXH nói chuyện nhẹ nhàng, bệnh nhân rất tin. Nhưng khi

có ca ầu đả, ca bạo lực thì cần người nam hỗ trợ mà gần như không có.” (PVS, nam, 32 tuổi, bác sỹ). Điều này cho thấy sự áp đảo của nữ giới vừa là lợi thế, vừa là hạn chế trong các tình huống can thiệp xã hội.

Các nghiên cứu cho thấy trong các nghề nữ giới chiếm ưu thế như công tác xã hội, nam giới trở thành nhóm thiểu số và thường thiếu hình mẫu nghề nghiệp, cũng như gặp rào cản do định kiến nghề nghiệp (Flood, 2014). Bên cạnh đó, khi một nghề bị mặc định là “nghề của phụ nữ”, giá trị chuyên môn và đãi ngộ của nghề có nguy cơ bị đánh giá thấp hơn, ảnh hưởng tới sức hút nghề đối với nam giới. Trong bối cảnh này, đa dạng giới trong đội ngũ công tác xã hội không chỉ là vấn đề công bằng mà còn là điều kiện nâng cao chất lượng dịch vụ: nam giới có thể bổ sung ưu thế thích hợp khi làm việc với nhóm nam hoặc tình huống nhạy cảm giới, đồng thời tăng tính hình mẫu và chuyên nghiệp của nghề. Nếu thiếu chính sách thu hút và đào tạo nhân lực nam, dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện có nguy cơ phát triển lệch hướng - thiên về chăm sóc cảm xúc mềm mại, thiếu năng lực can thiệp xã hội mạnh mẽ và kém đáp ứng nhu cầu toàn diện của người bệnh (Puzio, 2023).



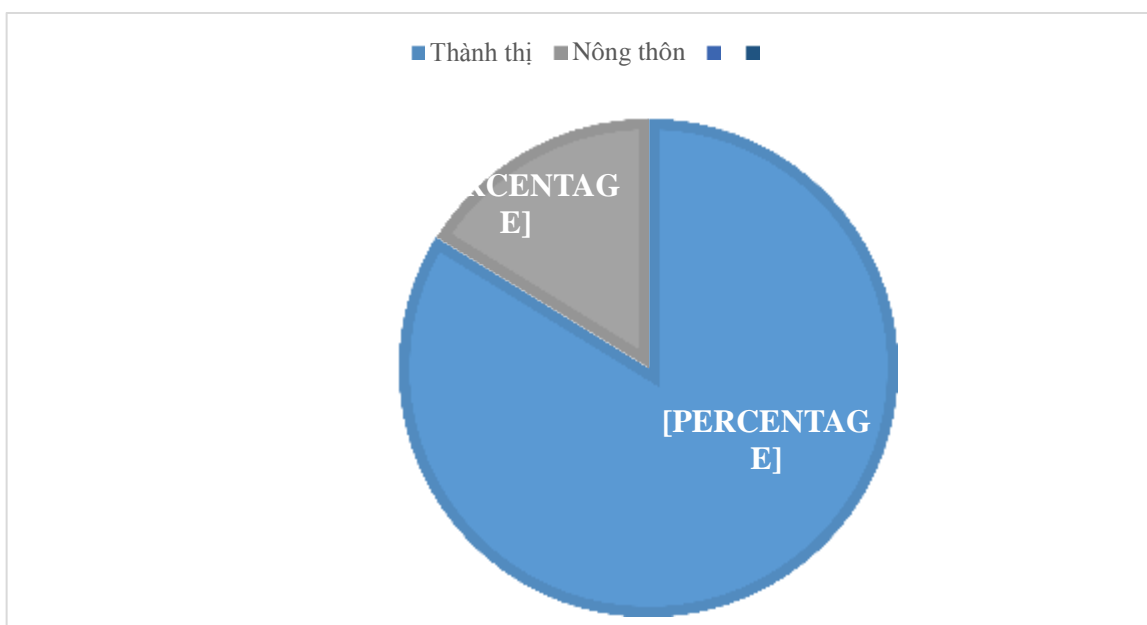
Biểu đồ 3.2. Tuổi của đội ngũ người làm công tác xã hội trong bệnh viện

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Song song với xu hướng nữ hóa, đội ngũ người làm CTXH ở Nghệ An cũng mang đặc trưng trẻ hóa, chủ yếu tập trung trong nhóm tuổi 25-34, với tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm 30 - 34 tuổi (43,8%) và 25 - 29 tuổi (28,6%). Đây là giai đoạn “sung sức” nhất của lực lượng lao động, với nền tảng học vấn tốt và khả năng thích ứng

cao với môi trường bệnh viện vốn đòi hỏi sự linh hoạt, chịu áp lực, và liên tục thay đổi quy trình - công nghệ.

Cơ cấu này đem lại lợi thế rõ rệt cho sự phát triển dịch vụ công tác xã hội. Đội ngũ trẻ này có ưu thế đặc biệt trong việc tiếp thu nhanh và ứng dụng các kỹ năng mới, nhất là các kỹ năng sử dụng công nghệ thông tin, quản lý hồ sơ, truyền thông - giáo dục sức khỏe, điều phối nguồn lực và kết nối dịch vụ trong bối cảnh ngành y tế đang chuyển đổi số sâu rộng. Bên cạnh đó, nhóm tuổi 30-39 (gần một nửa tổng số nhân lực) đang giữ vai trò “nòng cốt trung gian” - vừa có kinh nghiệm thực tiễn, vừa đủ năng động để tiếp tục học hỏi và thích ứng với các yêu cầu chuyên môn mới, tạo nên một tầng nhân sự có khả năng dẫn dắt và hỗ trợ đồng nghiệp trẻ hơn.

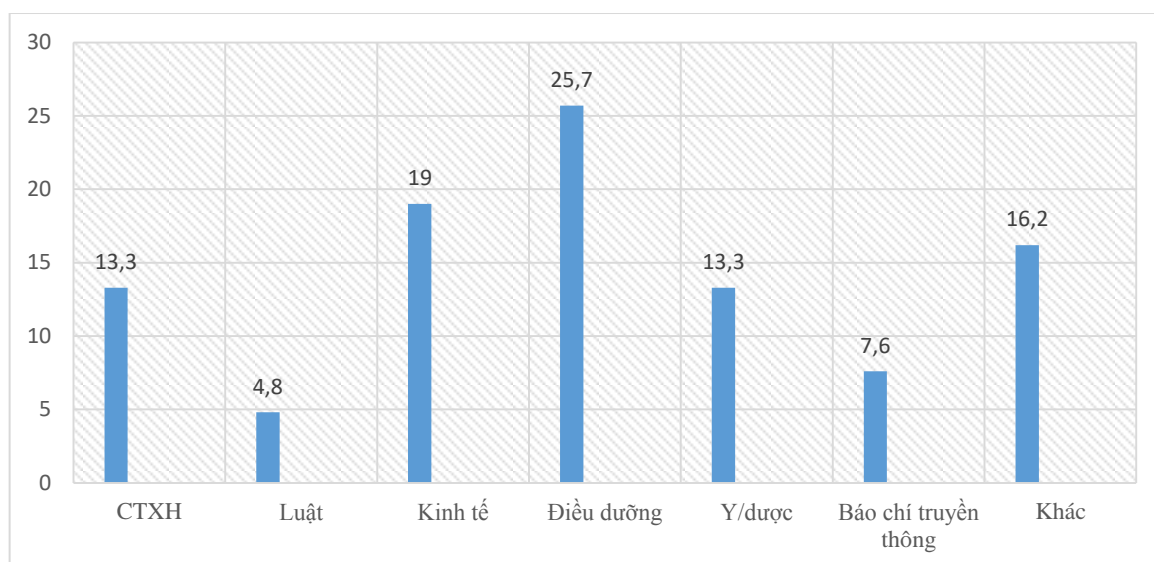


Biểu đồ 3.3. Địa bàn làm việc của đội ngũ nhân lực CTXH

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Về phân bố địa bàn, sự mất cân đối thể hiện rất rõ: 83,8% người làm CTXH làm việc tại ba bệnh viện đóng trên địa bàn thành phố Vinh (Sân Nhi, Ung Bướu, Đa khoa TP. Vinh), chỉ 16,2% làm việc tại các bệnh viện đặt ở khu vực nông thôn (ĐKKV Tây Nam và ĐK Thanh Chương). Điều này tạo ra nghịch lý: chính nơi có nhu cầu hỗ trợ xã hội cao nhất - vùng nghèo, miền núi, đồng bào dân tộc thiểu số, thiếu dịch vụ và có khoảng cách địa lý lớn - lại là nơi thiếu nhân lực CTXH nhất. “Chỉ có năm người làm CTXH cho cả bệnh viện, nhiều khi một ngày tiếp đón hàng trăm bệnh nhân, gần như chúng tôi không còn thời gian để làm thêm việc gì, và

cũng không thể bao quát và hỗ trợ được hết nhu cầu của người bệnh” (PVS, nữ, 38 tuổi, trưởng phòng CTXH). Như vậy, phân bố nhân lực CTXH tại Nghệ An không chỉ thể hiện sự chênh lệch nguồn lực, mà còn ảnh hưởng đến tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ CTXH của người bệnh.



Biểu đồ 3.4. Chuyên ngành đào tạo của người làm CTXH trong bệnh viện

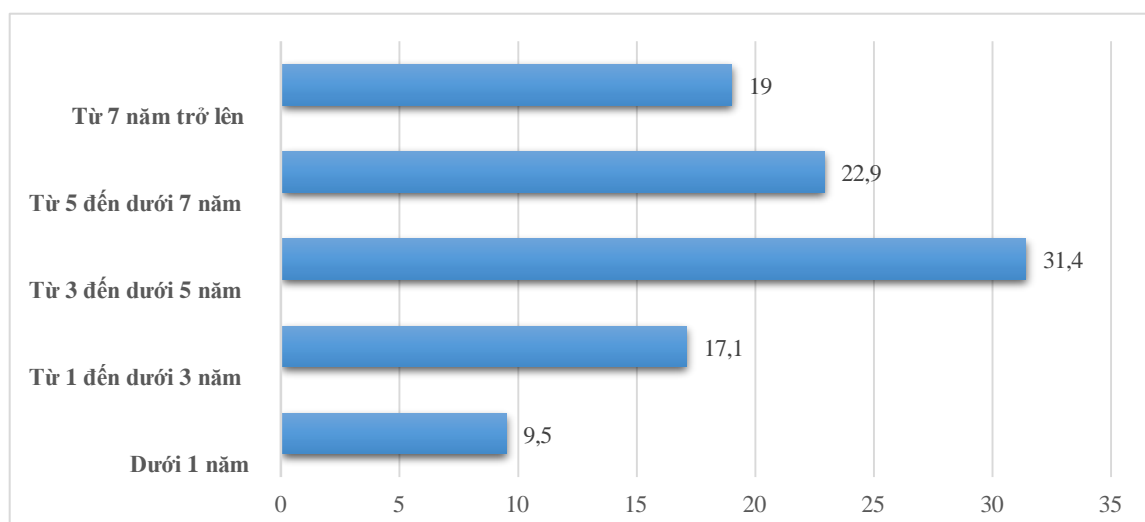
(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Dữ liệu khảo sát tại Nghệ An cho thấy tỷ lệ nhân viên CTXH được đào tạo đúng chuyên ngành chỉ đạt 13,3%, đồng nghĩa với 86,7% nhân lực không có nền tảng CTXH; không có trường hợp nào có bằng thạc sĩ CTXH hoặc đào tạo lâm sàng bài bản. Phần lớn nhân sự được điều chuyển từ điều dưỡng, y/dược, hành chính, kinh tế hoặc báo chí truyền thông sang kiêm nhiệm CTXH. Điều này tạo ra hạn chế đáng kể về năng lực thực hành các chức năng cốt lõi như đánh giá tâm lý - xã hội, tham vấn, quản lý ca hay can thiệp khủng hoảng. Hay nói cách khác, các nhiệm vụ CTXH mang tính tâm lý - xã hội (tư vấn, đánh giá nhu cầu, quản lý ca, hỗ trợ khủng hoảng...) bị “mờ nhạt”, trong khi các nhiệm vụ hành chính - chăm sóc khách hàng - hướng dẫn thông tin lại chiếm ưu thế.

Khi so sánh với yêu cầu chuẩn hóa nhân lực được quy định trong Thông tư 26/2021/TT-BLĐTĐ, Thông tư 43/2015/TT-BYT và Thông tư 51/2024/TT-BYT, có thể thấy một số điểm cần quan tâm. Các văn bản này yêu cầu người làm CTXH phải tốt nghiệp ngành CTXH hoặc ngành gần, có chứng chỉ nghiệp vụ và ưu tiên trình độ thạc sĩ cho các vị trí mang tính lâm sàng. Thực trạng nhân lực tại

Nghệ An vì vậy phản ánh một độ lệch mang tính cơ cấu giữa chuẩn năng lực theo chính sách và khả năng đáp ứng trên thực tế.

Tuy nhiên, tình trạng này không phải ngoại lệ riêng của Nghệ An, mà tương đồng với bức tranh chung của công tác xã hội ở nhiều tỉnh, thành khắp cả nước. Thực tế này cũng được nhận định trong các nghiên cứu gần đây rằng Việt Nam đang ở giai đoạn đầu của quá trình thể chế hóa nghề CTXH, nơi nhu cầu mở rộng dịch vụ phát triển nhanh hơn năng lực đào tạo và cung ứng nhân lực (Phạm Tiến Nam và cộng sự, 2025). Chính vì vậy, chất lượng nguồn nhân lực CTXH hiện nay cần được Sở Y tế Nghệ An và các bệnh viện trên địa bàn tỉnh xem như một điểm nghẽn cấu trúc, đòi hỏi ưu tiên chiến lược về đào tạo, chuẩn hóa và phát triển đội ngũ trong thời gian tới.



Biểu đồ 3.5. Kinh nghiệm làm việc của người làm công tác xã hội trong bệnh viện

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Số người làm CTXH có thâm niên từ 5 năm trở lên đạt 41,9%, thoát nhìn đường như là một lợi thế. Tuy nhiên, dữ liệu định tính cho thấy phần lớn số năm thâm niên này không phải là kinh nghiệm làm công tác xã hội, mà lại đến từ các vị trí trước đó như điều dưỡng, hành chính hoặc truyền thông. “Làm 7 năm nhưng là làm điều dưỡng hoặc hành chính. Chuyển sang CTXH mới hai năm thì không thể gọi là kinh nghiệm CTXH được.” (PVS, nam, 37 tuổi, trưởng phòng CTXH). Điều này tạo ra sự lệch pha giữa thâm niên và năng lực chuyên môn: những người có nhiều năm làm việc nhất lại thiếu nền tảng CTXH, trong khi nhóm được đào tạo đúng ngành (13,3%) lại mới vào nghề và chưa quen với môi trường bệnh viện.

“Kinh nghiệm” trong thực hành hiện nay chủ yếu dựa vào vốn cảm xúc, vốn xã hội và khả năng đọc tình huống - những yếu tố giúp người làm CTXH xử lý tốt các tương tác tại buổi bệnh, nhưng không thể thay thế năng lực lâm sàng cần thiết cho tư vấn, đánh giá tâm lý - xã hội, quản lý ca hoặc can thiệp khủng hoảng. *“Không phải cứ nói đúng quy trình là bệnh nhân và người nhà hài lòng đâu, có khi chỉ cần một câu hỏi đúng tâm lý là người nhà dễ chịu ngay. Các bạn có kinh nghiệm thì chỉ cần nhìn thái độ là biết phải nói gì. Người mới thì áp đúng quy định, nhưng thực ra đôi khi nói không đúng thời điểm hoặc thiếu sự tinh tế là phản tác dụng ngay”* (PVS, nữ, 36 tuổi, người làm CTXH). Vì thiếu nền tảng lý thuyết và giám sát nghề nghiệp, nên các can thiệp CTXH vẫn mang tính tự phát, phụ thuộc cá nhân và tiềm ẩn rủi ro trong các trường hợp nhạy cảm như sang chấn, rối loạn tâm thần hay bạo lực gia đình - phản ánh giới hạn của một hệ thống nhân lực đang vận hành dựa trên “tích lũy kinh nghiệm tại chỗ” hơn là đào tạo chuẩn hóa.

Tổng hợp các yếu tố trên cho thấy nhân lực CTXH tại các bệnh viện Nghệ An mang ba đặc trưng nổi bật. Thứ nhất, cơ cấu nhân lực trẻ, nữ hóa mạnh và phần lớn được tuyển từ các ngành ngoài CTXH, tạo ra sự lệch chuẩn chuyên môn. Thứ hai, kinh nghiệm của đội ngũ chủ yếu là kinh nghiệm làm việc trong bệnh viện chứ không phải kinh nghiệm CTXH lâm sàng, thiếu đào tạo chuyên môn sâu, dẫn đến sự bất cân xứng rõ rệt giữa chuẩn năng lực mà chính sách yêu cầu và năng lực thực thi trong thực tiễn. Thứ ba, nhân lực CTXH tập trung chủ yếu tại các bệnh viện đóng ở khu vực thành thị, trong khi các bệnh viện miền núi - nơi nhu cầu hỗ trợ xã hội cao hơn lại thiếu hụt đáng kể nguồn lực. Những đặc điểm này tạo thành bức tranh nền quan trọng, giúp lý giải mức độ đáp ứng và chất lượng vận hành của ba nhóm dịch vụ CTXH được phân tích ở các mục tiếp theo.

Tuy nhiên, Các đặc điểm nhân khẩu - nghề nghiệp của đội ngũ người làm CTXH không chỉ mang tính mô tả, mà có ảnh hưởng trực tiếp đến cấu trúc và chất lượng dịch vụ được triển khai. Cơ cấu nhân lực trẻ và nữ hóa tạo lợi thế rõ rệt trong các hoạt động giao tiếp, hỗ trợ ban đầu và chăm sóc người bệnh, góp phần nâng cao trải nghiệm dịch vụ; tuy nhiên, sự thiếu cân bằng giới có thể hạn chế hiệu quả trong các can thiệp xã hội phức tạp và tình huống nhạy cảm.

Đáng chú ý, tỷ lệ lớn nhân lực không được đào tạo chuyên ngành (86,7%) làm định hình rõ cấu trúc dịch vụ theo hướng thiên về hỗ trợ hành chính - hướng dẫn - chăm sóc khách hàng, trong khi các chức năng chuyên sâu như tham vấn,

quản lý ca và hỗ trợ khủng hoảng chưa được triển khai tương xứng. Bên cạnh đó, sự lệch pha giữa thâm niên công tác và kinh nghiệm CTXH chuyên ngành khiến các can thiệp chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân, thiếu nền tảng quy trình chuẩn, từ đó ảnh hưởng đến tính hệ thống và tính liên tục của dịch vụ.

Ngoài ra, sự phân bố nhân lực không đồng đều theo địa bàn làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ tại các khu vực khó khăn, đồng thời tạo ra sự chênh lệch trong phạm vi và chất lượng hỗ trợ giữa các nhóm người bệnh.

Như vậy, có thể thấy cấu trúc nhân lực hiện nay đang trực tiếp định hình cách thức vận hành dịch vụ CTXH trong bệnh viện, trong đó năng lực chuyên môn, kinh nghiệm nghề và phân bố nguồn lực là những yếu tố then chốt chi phối mức độ chuyên nghiệp và hiệu quả của dịch vụ. Điều này hàm ý rằng phát triển dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An cần được tiếp cận từ góc độ củng cố và tái cấu trúc nguồn nhân lực. Trọng tâm trước hết là tăng tỷ lệ nhân lực được đào tạo đúng chuyên ngành CTXH, đồng thời chuẩn hóa năng lực thông qua các chương trình đào tạo và bồi dưỡng theo hướng phát triển các kỹ năng chuyên sâu như tham vấn, quản lý ca và can thiệp khủng hoảng. Đồng thời, cần định hướng phân bổ nhân lực hợp lý theo địa bàn, ưu tiên tăng cường năng lực cho các bệnh viện ở khu vực khó khăn nhằm giảm chênh lệch trong tiếp cận dịch vụ. Đồng thời, việc xây dựng cơ chế sử dụng và phát triển nhân lực theo hướng cân bằng về giới và kinh nghiệm nghề cũng góp phần mở rộng phạm vi can thiệp và nâng cao hiệu quả triển khai dịch vụ CTXH trong bối cảnh bệnh viện.

3.1.4. Đặc điểm và xu hướng triển khai dịch vụ công tác xã hội bệnh viện

Hiện tại, các bệnh viện ở Nghệ An triển khai bốn hoạt động chính: (1) hỗ trợ trực tiếp cho người bệnh; (2) truyền thông và chăm sóc; (3) vận động nguồn lực và (4) phát triển dịch vụ.

Theo đánh giá tổng quan, các bệnh viện trên địa bàn Nghệ An đã cơ bản tuân thủ Thông tư 43/2015/TT-BYT khi thành lập bộ phận công tác xã hội và triển khai những hoạt động hỗ trợ thiết yếu cho người bệnh. Tuy nhiên, kể từ khi Thông tư 51/2024/TT-BYT (Bộ Y tế, 2024) chính thức có hiệu lực vào ngày 01 tháng 03 năm 2025, yêu cầu về chất lượng và phạm vi dịch vụ công tác xã hội đã được nâng lên. Thực tế cho thấy, dù nhiều tiêu chí cơ bản đã được đáp ứng, vẫn tồn tại những khoảng trống đáng chú ý đòi hỏi nỗ lực khắc phục trong thời gian tới.

Bảng 3.3. Thực trạng triển khai các hoạt động hỗ trợ, tư vấn giải quyết các vấn đề về công tác xã hội cho người bệnh/người nhà người bệnh

Đơn vị tính: Lượt người bệnh

| Nội dung (theo 7 nhiệm vụ của Thông tư 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế) | Bệnh viện | Từ khi thành lập đến 30/6/2024 |
|---|-------------------|---------------------------------------|
| a. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện | BV Sản nhi | 450.000 |
| | BV Ung bướu | 380.000 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 150.785 |
| | BVĐK Thành phố | 2.909.471 |
| | BVĐK Thanh Chương | 450.000 |
| b. Tổ chức thăm hỏi người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh, xác định mức độ và có phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội. | BV Sản nhi | 120.000 |
| | BV Ung bướu | 1.236.000 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 10 |
| | BVĐK Thành phố | 22.493 |
| | BVĐK Thanh Chương | 27 |
| c. Hỗ trợ khẩn cấp các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực gia đình, bạo lực giới, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh. | BV Sản nhi | 0 |
| | BV Ung bướu | 0 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 35 |
| | BVĐK Thanh Chương | 0 |
| c.1. Hỗ trợ về tâm lý, xã hội cho người bệnh | BV Sản nhi | 120 |
| | BV Ung bướu | 0 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 0 |
| | BVĐK Thanh Chương | 0 |
| c.2. Tư vấn về pháp lý cho người bệnh | BV Sản nhi | 50 |
| | BV Ung bướu | 0 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 0 |
| | BVĐK Thanh Chương | 0 |
| c.3. Hỗ trợ giám định pháp y, pháp y tâm thần | BV Sản nhi | 0 |
| | BV Ung bướu | 0 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 0 |
| | BVĐK Thanh Chương | 0 |
| d. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh trong khám bệnh, chữa bệnh | BV Sản nhi | 50.000 |
| | BV Ung bướu | 132.0000 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 1.205 |
| | BVĐK Thanh Chương | 1.800 |

| Nội dung (theo 7 nhiệm vụ của Thông tư 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế) | Bệnh viện | Từ khi thành lập đến 30/6/2024 |
|--|-------------------|---------------------------------------|
| e. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về các chương trình, chính sách xã hội về BHYT, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | BV Sản nhi | 120.000 |
| | BV Ung bướu | 460.000 |
| | BVĐKKV Tây Nam | 0 |
| | BVĐK Thành phố | 976 |
| | BVĐK Thanh Chương | 2.200 |
| f. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện | BV Sản nhi | Không có thông tin |
| | BV Ung bướu | Không có thông tin |
| | BVĐKKV Tây Nam | 81 |
| | BVĐK Thành phố | 500 |
| | BVĐK Thanh Chương | 13 |
| g. Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng (nếu có) | BV Sản nhi | Không có thông tin |
| | BV Ung bướu | Không có thông tin |
| | BVĐKKV Tây Nam | 10.585 |
| | BVĐK Thành phố | 0 |
| | BVĐK Thanh Chương | 0 |

Nguồn: Tổng hợp từ báo cáo kết quả thực hiện Thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện (Thu thập số liệu từ năm 2015 đến 30/06/2024)

Theo tổng hợp tài liệu thứ cấp từ báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT của các bệnh viện thuộc địa bàn khảo sát, có thể phác họa một bức tranh tương đối rõ nét về cách các cơ sở y tế hiện nay diễn giải, ưu tiên và hiện thực hóa các nhiệm vụ công tác xã hội trong thực tiễn. Nhìn theo “lát cắt bệnh viện”, bức tranh này cho thấy sự phân hóa rất mạnh giữa các cơ sở, đồng thời phản ánh một xu hướng chung: CTXH đang được triển khai thiên về các hoạt động hỗ trợ vận hành và hành chính, trong khi các chức năng can thiệp tâm lý - xã hội chuyên sâu theo đúng tinh thần chính sách còn khá mờ nhạt và thiếu tính hệ thống.

Trước hết, ở tất cả các bệnh viện, nhiệm vụ đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin và giới thiệu dịch vụ khám chữa bệnh là nội dung được báo cáo với số lượt áp đảo so với các nhiệm vụ còn lại. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh ghi nhận tới 2.909.471 lượt, cao vượt trội so với các cơ sở khác; Bệnh viện Sản Nhi và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương đều đạt khoảng 450.000 lượt, Bệnh viện Ung Bướu 380.000 lượt, và ngay cả Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam cũng đạt 150.785 lượt. Những con số này cho thấy CTXH hiện đang được nhận diện chủ yếu thông qua vai trò “cửa ngõ” của quy trình khám chữa bệnh, hỗ trợ người bệnh tiếp cận

thông tin và dịch vụ y tế ban đầu. Ở góc độ quản lý bệnh viện, đây là nhóm hoạt động dễ tổ chức, dễ ghi nhận và tạo hiệu quả tức thời về trật tự, hình ảnh và dòng chảy người bệnh. Tuy nhiên, chính việc nhiệm vụ này chiếm ưu thế tuyệt đối về mặt số lượng cũng cho thấy CTXH đang bị định vị hẹp trong vai trò hỗ trợ hành chính - thông tin, hơn là một nghề chuyên môn với chức năng can thiệp xã hội độc lập.

Ở nhóm nhiệm vụ thăm hỏi, nắm bắt hoàn cảnh và đánh giá nhu cầu tâm lý - xã hội của người bệnh, số liệu báo cáo cho thấy sự phân tầng rất rõ theo loại hình và tuyến bệnh viện. Bệnh viện Ung Bướu ghi nhận tới 1.236.000 lượt và Bệnh viện Sản Nhi 120.000 lượt, phản ánh đặc thù người bệnh điều trị dài ngày, bệnh nặng và gánh nặng tâm lý - xã hội lớn, buộc các bệnh viện này phải chú trọng hơn đến hoạt động hỗ trợ xã hội. Ngược lại, tại các bệnh viện tuyến huyện và khu vực, số liệu gần như không đáng kể, điển hình là Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam chỉ ghi nhận 10 lượt và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương 27 lượt, trong khi Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh cũng chỉ ở mức 22.493 lượt. Khoảng chênh lệch từ hàng trăm nghìn - hàng triệu xuống hàng chục lượt cho thấy tại nhiều cơ sở, việc thăm hỏi và đánh giá nhu cầu xã hội của người bệnh chưa được coi là một quy trình nghề nghiệp bắt buộc, mà vẫn mang tính tình huống, phụ thuộc mạnh vào nguồn lực và áp lực chuyên môn của từng bệnh viện.

Đáng chú ý nhất là nhóm nhiệm vụ hỗ trợ khẩn cấp cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn và thảm họa. Qua các báo cáo, có thể thấy nội dung này hầu như vắng bóng trong thực tiễn triển khai. Trong toàn bộ hệ thống khảo sát, chỉ duy nhất Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh ghi nhận 35 lượt hỗ trợ, trong khi tất cả các bệnh viện còn lại đều báo cáo 0 lượt. Khi phân tách chi tiết, bức tranh còn rõ nét hơn: hỗ trợ tâm lý - xã hội chỉ được ghi nhận tại Bệnh viện Sản Nhi với 120 lượt, tư vấn pháp lý cũng chỉ xuất hiện tại bệnh viện này với 50 lượt, và không có bất kỳ bệnh viện nào ghi nhận hoạt động hỗ trợ giám định pháp y, pháp y tâm thần. Những con số này cho thấy không chỉ là “ít ca”, mà còn phản ánh sự thiếu vắng cơ chế phát hiện, tiếp nhận và can thiệp khủng hoảng trong hệ thống CTXH bệnh viện. Đây chính là khoảng trống lớn giữa yêu cầu chính sách và năng lực thực thi trên thực tế.

Tương tự, các nhiệm vụ liên quan đến bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của người bệnh và tư vấn chính sách xã hội, bảo hiểm y tế cũng được triển khai không đồng đều. Ở nhiệm vụ tư vấn quyền lợi người bệnh, Bệnh viện Ung Bướu ghi nhận 132.000 lượt và Bệnh viện Sản Nhi 50.000 lượt, trong khi Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam 0 lượt, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh chỉ 1.205 lượt và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương 1.800 lượt. Với nhiệm vụ tư vấn chính sách xã hội và BHYT, sự chênh lệch tiếp tục lặp lại: Bệnh viện Ung Bướu 460.000 lượt, Bệnh viện Sản Nhi 120.000 lượt, nhưng các bệnh viện tuyến dưới chỉ ghi nhận từ 0 đến vài nghìn lượt. Điều này cho thấy hoạt động bảo vệ quyền lợi và tư vấn chính sách hiện vẫn mang tính “điểm sáng cục bộ”, phụ thuộc nhiều vào sự quan tâm và tổ chức của từng bệnh viện, thay vì được chuẩn hóa thành chức năng thường quy trong toàn hệ thống.

Cuối cùng, các nhiệm vụ gắn với chuyển tuyến, xuất viện và kết nối người bệnh với các nguồn hỗ trợ tại cộng đồng - vốn là trụ cột của tính liên tục trong CTXH y tế - lại xuất hiện rất mờ nhạt trong các báo cáo. Nhiều bệnh viện không có số liệu hoặc báo cáo “không có thông tin”; các bệnh viện có ghi nhận cũng chỉ ở mức rất thấp, như 81 lượt (Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam) hay 13 lượt (Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương) đối với tư vấn chuyển tuyến, trong khi hỗ trợ kết nối cộng đồng sau xuất viện chỉ nổi bật ở một cơ sở với 10.585 lượt và hoàn toàn vắng bóng ở các bệnh viện còn lại. Thực trạng này cho thấy CTXH trong bệnh viện hiện vẫn chủ yếu dừng lại trong phạm vi cơ sở y tế, chưa thực sự phát huy vai trò điều phối và liên kết hệ thống an sinh sau điều trị.

Tổng hợp các lát cắt trên cho thấy bức tranh CTXH bệnh viện tại Nghệ An hiện nay mang tính mất cân đối rõ rệt về chức năng: các nhiệm vụ dễ thực hiện, dễ lượng hóa và gắn với vận hành bệnh viện được triển khai rộng rãi và được báo cáo nổi bật, trong khi các nhiệm vụ phản ánh bản chất nghề CTXH - như đánh giá và can thiệp tâm lý - xã hội, hỗ trợ khẩn cấp, bảo vệ người bệnh và kết nối cộng đồng - lại triển khai hạn chế, rời rạc và thiếu tính hệ thống. Thực trạng đặt ra yêu cầu cấp thiết phải đánh giá mức độ tiếp cận và hiệu quả thực chất của các dịch vụ CTXH từ góc nhìn người bệnh và người nhà, thay vì chỉ dừng ở các báo cáo số lượng hoạt động theo yêu cầu hành chính của chính sách.

3.1.5. Mức độ thực hiện dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An

3.1.5.1. Mức độ thường xuyên nhận được hỗ trợ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh

Kết quả khảo sát cho thấy dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện được triển khai ở mức trung bình khá, trong đó nhóm dịch vụ hỗ trợ và tư vấn được thực hiện thường xuyên hơn so với nhóm truyền thông - giáo dục sức khỏe.

Bảng 3.4. Mức độ thường xuyên nhận được hỗ trợ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh

| Mức độ thường xuyên nhận được hỗ trợ | M | SD |
|--|------|------|
| Nhóm 1: Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn | 3.70 | 0.94 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | 4.11 | 0.86 |
| 2. Hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh | 4.02 | 0.97 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | 3.75 | 1.12 |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | 3.64 | 1.10 |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | 3.67 | 1.08 |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | 3.48 | 1.22 |
| 7. Giao tiếp, trao đổi thông tin khám chữa bệnh giữa người bệnh và nhân viên y tế | 3.29 | 1.17 |
| Nhóm 2: Dịch vụ truyền thông, giáo dục sức khỏe | 3.79 | 0.77 |
| 8. Truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | 3.29 | 1.25 |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | 3.09 | 1.25 |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | 3.17 | 1.38 |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 2.97 | 1.29 |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh | 3.49 | 1.28 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ thường xuyên nhận được hỗ trợ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh đạt mức trung bình khá, song có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm dịch vụ và giữa các nội dung hỗ trợ cụ thể.

Đối với **nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn (M = 3.70; SD = 0.94)**, phản ánh đây là nhóm dịch vụ được triển khai tương đối thường xuyên trong quá trình người bệnh và người nhà tiếp cận dịch vụ tại bệnh viện. Trong nhóm này, các hoạt động mang tính tiếp xúc trực tiếp và hỗ trợ thông tin ban đầu được ghi nhận với mức độ thường xuyên cao nhất, nổi bật là *đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin và giới thiệu dịch vụ khám chữa bệnh* (M = 4.11; SD = 0.86) và *hỏi thăm tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh* (M = 4.02; SD = 0.97). Các kết quả này tương đồng với phân tích định tính, khi nhiều người bệnh chia sẻ rằng việc được hướng dẫn cụ thể các thủ tục và được hỏi thăm ngay từ đầu giúp họ cảm thấy yên tâm, bớt bỡ ngỡ và giảm lo lắng trong quá trình nhập viện. Một người bệnh cho biết: *“Lúc mới vào viện, tôi không biết phải đăng ký, lấy số hay nộp giấy tờ ở đâu. Chị người làm công tác xã hội hướng dẫn rất tận tình, nên tôi thấy yên tâm hơn”* (PVS, nam, 37 tuổi, người bệnh). Một trường hợp khác chia sẻ: *“Có cô nhân viên hỏi thăm sức khỏe, xem gia đình có khó khăn gì không. Cảm giác được quan tâm cũng đỡ lo hơn khi nằm viện”* (PVS, nữ, 60 tuổi, người bệnh).

Những kết quả này cho thấy các hoạt động CTXH mang tính giao tiếp, kết nối và hỗ trợ tinh thần đang phát huy hiệu quả rõ rệt, đặc biệt tại những bệnh viện có bộ phận CTXH hoạt động chuyên trách, nơi dịch vụ được tích hợp trực tiếp vào quy trình tiếp đón và chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên, trong cùng nhóm dịch vụ này, các nội dung đòi hỏi nguồn lực vật chất và sự huy động xã hội lại có mức độ thường xuyên thấp hơn, điển hình là *hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh* (M = 3.48; SD = 1.22) và *giao tiếp, trao đổi thông tin giữa người bệnh và nhân viên y tế* (M = 3.29; SD = 1.17). Độ lệch chuẩn cao của các nội dung này phản ánh sự không đồng đều giữa các bệnh viện và giữa các trường hợp người bệnh, cho thấy khả năng triển khai phụ thuộc nhiều vào điều kiện cụ thể của từng cơ sở. Phỏng vấn định tính làm rõ cơ chế này, khi một nhân viên CTXH cho biết: *“Có những đợt vận động được nhiều thì hỗ trợ được nhiều, nhưng cũng có khi vài tháng không có mạnh thường quân, nên rất khó cho bệnh nhân nghèo”* (PVS, nữ, 37 tuổi, NVCTXH).

Điều này cho thấy hỗ trợ tài chính vẫn mang tính tình thế và cơ hội, chưa trở thành hoạt động thường quy và ổn định.

Đối với **nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe**, điểm trung bình chung đạt $M = 3.79$; $SD = 0.77$, song khi đi sâu vào từng nội dung cụ thể lại cho thấy mức độ thường xuyên nhìn chung thấp hơn và phân tán hơn so với nhóm hỗ trợ - tư vấn. Các nội dung cốt lõi như *truyền thông, giáo dục sức khỏe* ($M = 3.29$; $SD = 1.25$), *phổ biến chính sách, pháp luật liên quan đến khám chữa bệnh* ($M = 3.17$; $SD = 1.38$), *giới thiệu, quảng bá dịch vụ của bệnh viện* ($M = 3.09$; $SD = 1.25$) và đặc biệt là *tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý* ($M = 2.97$; $SD = 1.29$) đều có mức độ thường xuyên thấp. Thông tin định tính cho thấy các hoạt động này chủ yếu được triển khai lồng ghép, không theo quy trình chuẩn và phụ thuộc vào điều kiện nhân lực của từng khoa, từng thời điểm. Một nhân viên y tế chia sẻ: “*Khoa bận quá, nhiều chương trình truyền thông phải lồng ghép với sinh hoạt người bệnh, chứ khó làm riêng*” (PVS, nam, 29 tuổi, nhân viên y tế). Người bệnh cũng phản ánh tình trạng thiếu thông tin chủ động: “*Nhiều cái tôi không biết, không ai nói. Chỉ khi làm thủ tục mới biết quyền lợi bảo hiểm*” (PVS, nam, 37 tuổi, người bệnh).

Đáng chú ý, khi đối chiếu giữa những khó khăn mà người bệnh/người nhà người bệnh gặp phải và mức độ hỗ trợ thực tế họ nhận được, kết quả cho thấy một độ vênh rõ rệt. Các khó khăn được ghi nhận ở mức cao, đặc biệt là khó khăn tài chính, thiếu người chăm sóc và khó khăn tâm lý - xã hội khi đối mặt với bệnh tật, lại không tương ứng với các lĩnh vực được CTXH hỗ trợ thường xuyên nhất. Trong khi đó, các hoạt động như hướng dẫn thủ tục, cung cấp thông tin và kết nối với nhân viên y tế - những lĩnh vực người bệnh ít gặp khó khăn hơn - lại là các dịch vụ được triển khai nhiều nhất. Điều này cho thấy hỗ trợ CTXH hiện nay chưa mang tính hệ thống theo nhu cầu, mà phụ thuộc lớn vào khả năng tổ chức và nguồn lực sẵn có của từng bệnh viện.

Từ góc độ lý thuyết nhu cầu của Maslow, có thể thấy các nhu cầu về tài chính, chăm sóc và nâng đỡ tinh thần thuộc tầng nhu cầu sinh tồn và an toàn, đóng vai trò nền tảng giúp người bệnh ổn định tâm lý, duy trì niềm tin và hợp tác điều trị. Tuy nhiên, thực tế triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện lại tập trung nhiều hơn vào nhóm nhu cầu nhận thông tin và hiểu biết, vốn quan trọng nhưng không thể thay thế các nhu cầu nền tảng phía dưới. Khi các nhu cầu cơ bản chưa được đáp ứng

đầy đủ, người bệnh khó đạt được trạng thái yên tâm và chủ động trong quá trình khám chữa bệnh.

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An đang phát huy tốt vai trò hướng dẫn, cung cấp thông tin và hỗ trợ giao tiếp, nhưng chưa đáp ứng tương xứng các nhu cầu thiết yếu nhất của người bệnh, đặc biệt là hỗ trợ tài chính, chăm sóc và hỗ trợ tâm lý - xã hội. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc tái định hướng ưu tiên của dịch vụ CTXH, theo hướng (i) xây dựng cơ chế quỹ hỗ trợ người bệnh ổn định ở cấp tỉnh hoặc cấp bệnh viện nhằm giảm sự phụ thuộc vào các nguồn từ thiện ngắn hạn; (ii) phát triển dịch vụ tham vấn tâm lý và hỗ trợ xã hội như một chức năng bắt buộc, có nhân lực chuyên trách; và (iii) tăng cường cơ chế phối hợp liên ngành để hỗ trợ người bệnh thiếu người chăm sóc. Cách tiếp cận này phù hợp với mô hình hỗ trợ toàn diện dựa trên tháp nhu cầu Maslow, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, sự hài lòng của người bệnh và giảm chi phí xã hội trong dài hạn.

3.1.5.2. Mức độ thực hiện từ nhận định của người làm công tác xã hội

Từ kết quả phỏng vấn sâu với 5 lãnh đạo phòng CTXH, 10 người làm công tác xã hội cho thấy, từ góc nhìn của người làm công tác xã hội, mức độ thực hiện ba nhóm dịch vụ CTXH trong bệnh viện hiện nay có sự phân hóa rất rõ, phản ánh không chỉ khác biệt về tần suất triển khai mà còn khác biệt về mức độ chuyên môn hóa, tính ổn định và vị thế tổ chức của từng nhóm dịch vụ.

Trong **nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn**, hoạt động được người làm công tác xã hội đánh giá là ổn định và diễn ra thường xuyên nhất chính là tiếp đón, hướng dẫn và cung cấp thông tin ban đầu cho người bệnh. Hầu hết người làm CTXH đều xem đây là nhiệm vụ “mặc định”, được thực hiện hằng ngày và gần như trở thành thao tác quen thuộc nhờ có quy trình rõ ràng của bệnh viện. “*Các công việc như đón tiếp, hướng dẫn người bệnh tôi làm hằng ngày, đã thuộc từng bước. Bệnh viện có quy trình rõ ràng nên không gặp khó khăn gì*” (PVS, nữ, 26 tuổi, người làm công tác xã hội).

Thực tiễn triển khai cho thấy khâu tiếp đón chủ yếu được giao cho lực lượng nhân viên hợp đồng, thường trực tại sảnh - nơi có mật độ người bệnh cao và yêu cầu xử lý nhanh. Cách bố trí này giúp bệnh viện duy trì hoạt động liên tục, linh hoạt và giảm tải cho đội ngũ chính thức, song đồng thời cũng tạo ra giới hạn về chiều sâu

chuyên môn và tính nhất quán của dịch vụ. Do không thuộc biên chế lâu dài, nhiều nhân viên hợp đồng ít có cơ hội tiếp cận đào tạo, họp giao ban hay cập nhật quy định mới, khiến việc hỗ trợ chủ yếu dừng ở mức thông tin cơ bản và phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm cá nhân. *“Tôi không tham gia họp giao ban nên có những thay đổi trong thủ tục mà mình không nắm được. Khi bệnh nhân hỏi, phải chạy lên phòng để hỏi lại rất mất thời gian”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Các phản ánh khác cũng cho thấy áp lực công việc cao trong khi đào tạo ban đầu còn hạn chế, làm gia tăng nguy cơ chất lượng tiếp đón không đồng đều giữa các ca trực và giữa các bệnh viện. *“Tôi là nhân viên hợp đồng của phòng, chủ yếu đứng ở sảnh để hướng dẫn với chỉ đường... Nhiều câu hỏi ngoài quy trình mà mình không được đào tạo, phải tự tìm cách giải thích”* (PVS, nữ, 24 tuổi, người làm CTXH). *“Nhân lực có nhưng thay đổi khá nhanh... Người mới vào chưa quen quy trình, kỹ năng còn yếu nên đôi khi người bệnh phản ánh không hài lòng”* (PVS, nam, 45 tuổi, lãnh đạo phòng CTXH). Điều này cho thấy, dù dịch vụ hỗ trợ - tư vấn cơ bản được triển khai thường xuyên nhất, chất lượng thực hiện vẫn chịu ràng buộc mạnh bởi mô hình sử dụng nhân lực và mức độ đầu tư đào tạo, khiến dịch vụ dễ rơi vào trạng thái “chuẩn hóa về hình thức nhưng chưa bền vững về chất lượng”.

Ngược lại, các **dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu** như hỗ trợ tài chính, can thiệp khủng hoảng, hỗ trợ nạn nhân bạo hành hay kết nối nguồn lực bảo trợ xã hội được người làm CTXH nhìn nhận là khó triển khai và thiếu ổn định nhất. Những rào cản nổi bật bao gồm thiếu nguồn lực tài chính, quy trình phức tạp và cơ chế phối hợp liên ngành chưa thống nhất. Thực tiễn can thiệp trong nhiều trường hợp vẫn phụ thuộc vào quan hệ cá nhân và kinh nghiệm nghề hơn là quy trình chuẩn, như phản ánh của một lãnh đạo CTXH: *“Nhiều lúc phải dùng mối quan hệ cá nhân để hỗ trợ kịp thời”* (PVS, lãnh đạo phòng CTXH, nữ, 36 tuổi). Khoảng trống về đào tạo lâm sàng, giám sát chuyên môn và quỹ hỗ trợ khẩn cấp khiến các dịch vụ này khó đạt được tính thường quy, dù đây lại là những lĩnh vực người bệnh có nhu cầu cao nhất.

Đối với **nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe**, nghiên cứu định tính nhận định của người làm công tác xã hội cho thấy tất cả các bệnh viện đều triển khai theo quy định, nhưng chất lượng và mức độ thực hiện phụ thuộc mạnh vào mô hình tổ chức và đặc điểm nhân lực của Phòng/Tổ CTXH. Tại những bệnh viện có nhân sự được đào tạo bài bản về báo chí - truyền thông, hoạt động truyền thông

được thực hiện chủ động và chuyên nghiệp hơn. *“Phòng chúng tôi có người học báo chí nên viết tin, chỉnh sửa poster hay đưa thông tin lên fanpage được làm nhanh hơn, rõ ràng hơn”* (PVS, nữ, 27 tuổi, người làm CTXH). Ngược lại, tại các bệnh viện tuyến dưới, truyền thông sức khỏe chủ yếu mang tính hành chính, lồng ghép, dựa vào kinh nghiệm cá nhân. *“Tôi học công tác xã hội, chưa được đào tạo truyền thông y tế nên chủ yếu làm theo kinh nghiệm, và lãnh đạo yêu cầu chúng tôi làm gì thì chúng tôi làm cái đó thôi”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm). Các hoạt động văn hóa - văn nghệ - thể thao được nhìn nhận là mang tính phong trào, không định kỳ và phụ thuộc vào nguồn lực bên ngoài, thậm chí bị xem là không phù hợp với chức năng cốt lõi của CTXH. Điều này lý giải vì sao cả người làm CTXH và người bệnh đều không kỳ vọng cao vào nhóm hoạt động này.

Đối với **nhóm dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế**, người làm công tác xã hội thống nhất đánh giá đây là nhóm dịch vụ yếu nhất trong ba nhóm dịch vụ CTXH hiện nay. Mặc dù chức năng làm cầu nối giữa người bệnh và nhân viên y tế được xem là nhiệm vụ quan trọng của CTXH y tế, trên thực tế người làm CTXH cho rằng họ ít có cơ hội tham gia trực tiếp vào quá trình trao đổi thông tin y khoa. Một nhân viên chia sẻ: *“Việc hỗ trợ, cung cấp thông tin giữa bác sĩ và bệnh nhân đòi hỏi kỹ năng giao tiếp cao... chúng tôi khó giải thích cho người nhà hiểu một cách chính xác”* (PVS, nữ, 25 tuổi, người làm CTXH).

Các phỏng vấn sâu cho thấy hai rào cản chính là thiếu kiến thức y khoa chuyên sâu và chưa có cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng, khiến vai trò hỗ trợ giao tiếp của CTXH chủ yếu dừng ở mức truyền đạt lại thông tin. Ngay cả khi chủ động hỗ trợ, quyền can thiệp của CTXH vẫn rất hạn chế: *“Chúng tôi chỉ truyền đạt lại được những thông tin cơ bản, còn giải thích kỹ thì không dám vì sợ sai”* (PVS, nữ, 26 tuổi, người làm CTXH). Các bệnh viện ở Nghệ An chưa cho phép CTXH tham gia giao ban, hội chẩn hoặc tiếp cận hồ sơ bệnh án, dẫn đến việc vai trò cầu nối bị tách rời khỏi quá trình điều trị thực tế: *“Thông tin y khoa thay đổi từng ngày, nhưng chúng tôi không được dự giao ban hay tiếp cận hồ sơ”* (PVS, nữ, 27 tuổi). Thực tiễn này phản ánh một nghịch lý khi CTXH có tiềm năng giảm tải cho bác sĩ và hỗ trợ tâm lý người bệnh, nhưng chưa được thể chế hóa và tích hợp vào quy trình điều trị, làm hạn chế hiệu quả của dịch vụ và vai trò chuyên môn của CTXH trong bệnh viện.

3.2. Khó khăn, nhu cầu và mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà trong quá trình khám chữa bệnh

3.2.1. Khó khăn của người bệnh/người nhà trong quá trình khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát trên 500 người bệnh và người nhà người bệnh cho thấy quá trình khám, chữa bệnh tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An gắn liền với nhiều dạng khó khăn khác nhau. Điểm trung bình chung của thang đo khó khăn đạt $M = 2.55$; $SD = 0.92$, phản ánh mức độ khó khăn tổng thể ở ngưỡng trung bình. Tuy nhiên, xem xét chi tiết từng nội dung cho thấy các khó khăn không xuất hiện đơn lẻ mà có sự khác biệt rõ rệt về mức độ, đồng thời đan xen và tác động lẫn nhau trong suốt quá trình điều trị. Điều này cho thấy trải nghiệm bệnh viện của người bệnh và gia đình họ không chỉ chịu ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý, mà còn bị chi phối mạnh mẽ bởi các yếu tố kinh tế, gia đình, tâm lý và điều kiện môi trường xã hội.

Bảng 3.5. Khó khăn của người bệnh/người nhà người bệnh

| Khó khăn (N=500) | Phương án trả lời (%) | | | | | M | SD |
|---|-----------------------|------|------|------|------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1. Tài chính | 11.6 | 7.8 | 27.4 | 37.4 | 15.8 | 3.38 | 1.186 |
| 2. Thu xếp việc cơ quan | 48.8 | 9.4 | 19.2 | 17.4 | 5.2 | 2.21 | 1.343 |
| 3. Thu xếp việc gia đình | 27.7 | 10.0 | 29.6 | 24.6 | 8.2 | 2.76 | 1.313 |
| 4. Không có người chăm sóc | 34.2 | 14.8 | 26.0 | 17.6 | 7.4 | 2.49 | 1.317 |
| 5. Không biết nhiều về thủ tục hành chính (khám, nhập viện, chuyển viện, ra viện,...) | 29.2 | 14.2 | 34.6 | 17.8 | 4.2 | 2.54 | 1.201 |
| 6. Khó khăn về tâm lý, xã hội khi đối mặt với bệnh tật | 26.4 | 15.0 | 32.4 | 20.2 | 6.0 | 2.64 | 1.235 |
| 7. Khó khăn trong việc đi lại và sinh hoạt trong bệnh viện | 29.2 | 16.8 | 24.6 | 20.6 | 8.8 | 2.63 | 1.327 |
| 8. Khó khăn trong việc giao tiếp với nhân viên y tế | 34.0 | 21.0 | 23.0 | 15.8 | 6.2 | 2.39 | 1.269 |
| 9. Khó khăn trong sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh | 35.4 | 22.0 | 24.8 | 14.0 | 3.8 | 2.29 | 1.193 |
| 10. Khó khăn khác | 38.6 | 23.6 | 22.2 | 12.2 | 3.4 | 2.18 | 1.171 |
| Tổng điểm trung bình khó khăn chung | | | | | | 2.55 | 0.92 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu) Ghi chú: M: Điểm trung bình; SD: Độ lệch chuẩn. * Phương án trả lời: 1. Không bao giờ; 2. Hiếm khi; 3. thỉnh thoảng; 4. Thường xuyên; 5. Rất thường xuyên.

Những khó khăn mà người bệnh và người nhà người bệnh gặp phải trong quá trình điều trị, khó khăn về tài chính nổi lên như vấn đề nghiêm trọng nhất, với điểm trung bình cao nhất ($M = 3.38$; $SD = 1.19$). Kết quả này cho thấy gánh nặng kinh tế không chỉ phổ biến mà còn có tính chi phối mạnh mẽ, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiếp cận dịch vụ và duy trì điều trị của các hộ gia đình. Dữ liệu định tính từ phỏng vấn sâu cũng có rõ nét phát hiện này, khi nhiều người bệnh và người nhà đều nhấn mạnh tài chính là nỗi lo thường trực trong suốt quá trình khám chữa bệnh. Một người bệnh chia sẻ: *“Tôi lo lắng nhất là không biết mình còn phải chi trả bao nhiêu tiền nữa, vì tiền tiết kiệm đã hết, mà bệnh này chưa biết bao giờ mới khỏi”* (PVS, nam, 55 tuổi, người bệnh). Tương tự, một người nhà người bệnh cho biết: *“Mỗi lần vào viện là một lần lo, không biết lấy đâu ra tiền, phải vay mượn khắp nơi”* (PVS, nam, 46 tuổi, người nhà người bệnh). Những chia sẻ này cho thấy khó khăn tài chính không chỉ xuất hiện tại thời điểm nhập viện mà kéo dài xuyên suốt quá trình điều trị, tạo áp lực liên tục đối với cả người bệnh và gia đình.

Phân tích sâu hơn các cuộc phỏng vấn cho thấy gánh nặng tài chính không chỉ đến từ chi phí y tế trực tiếp như tiền khám và thuốc men, mà còn bao gồm các khoản chi gián tiếp phát sinh trong thời gian điều trị, đặc biệt là chi phí đi lại, ăn ở kéo dài và sự sụt giảm thu nhập do người nhà phải nghỉ việc để chăm sóc. Một người bệnh mắc bệnh mạn tính chia sẻ: *“Ngoài tiền thuốc, tiền khám, tôi còn phải tính tiền đi lại, ăn ở... mỗi lần vào viện là cả gia đình tôi phải chạy vay khắp nơi”* (PVS, nữ, 40 tuổi, người bệnh). Trong khi đó, người nhà của một bệnh nhân ung thư cho biết: *“Vợ tôi bị say xe nặng nên không thể đi xe buýt. Mỗi lần xuống Vinh điều trị, gia đình buộc phải đi taxi, tốn khoảng 2 triệu đồng. Phần lớn người bệnh ở đây đều từ các huyện xa như chúng tôi. Đường đi dài, vừa tốn thời gian vừa tốn kém. Không có nhiều tiền nên chúng tôi phải dựa vào các suất cơm, bát cháo từ thiện mới duy trì được trong thời gian điều trị”* (PVS, nam, 40 tuổi, người nhà người bệnh). Những trường hợp này phản ánh rõ đặc thù địa lý và điều kiện kinh tế của Nghệ An, nơi khoảng cách di chuyển và nguồn lực tài chính hạn chế khiến chi phí điều trị trở thành gánh nặng kéo dài.

Có thể thấy rằng, khó khăn tài chính không chỉ tác động đến cá nhân người bệnh mà còn làm suy giảm năng lực ứng phó của toàn bộ hộ gia đình, buộc các gia đình phải huy động tối đa nguồn lực sẵn có, thậm chí chấp nhận vay mượn hoặc phụ thuộc vào hỗ trợ từ bên ngoài. Phát hiện này phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế, trong đó chỉ ra rằng các khoản chi phí y tế phải tự chi trả (out-of-pocket - OOP) là nguyên nhân quan trọng dẫn đến khó khăn kinh tế nghiêm trọng, thậm chí là “thảm họa tài chính” đối với các hộ gia đình có người mắc bệnh nặng hoặc bệnh mạn tính (Ekwueme và cộng sự, 2019).

Bên cạnh khó khăn tài chính, người bệnh và người nhà người bệnh còn gặp phải khó khăn trong thu xếp công việc gia đình ($M = 2.76$; $SD = 1.31$). Một người bệnh chia sẻ rằng: *“Tôi lo nhất là không biết ai sẽ chăm sóc mình nếu con tôi ở nhà một hoặc bệnh, vì con cái chúng tôi đang phải tự ở nhà chăm sóc nhau để vợ tôi đi theo tôi điều trị bệnh”* (PVS, nam, 39 tuổi, người bệnh). Một người bệnh khác: *“Từ ngày tôi nhập viện, mọi việc ở nhà gần như đảo lộn. Con cái đi làm xa, chồng thì sức khỏe yếu, nhiều lúc tôi nằm ở đây mà cứ lo chuyện ở nhà không ai quán xuyến. Cứ điều trị thêm một ngày là thêm một ngày lo.”* (PVS, nữ, 56 tuổi, người bệnh). Hay chia sẻ *“Có khi chồng tôi phải chạy đi làm kiếm tiền, không thể ở đây suốt được. Tôi bệnh nhưng cũng thương người nhà, tiền bạc đã thiếu mà còn phải bỏ việc chăm tôi thì không biết xoay sở thế nào. Những lúc nằm một mình tôi rất sợ, không biết có chuyện gì ai giúp đây”* (PVS, nữ, 40 tuổi, người bệnh). Các phỏng vấn sâu cho thấy khó khăn trong thu xếp công việc gia đình không chỉ là vấn đề tổ chức sinh hoạt, mà phản ánh sự gián đoạn tạm thời các vai trò xã hội vốn có của người bệnh và các thành viên trong gia đình. Khi một người phải nhập viện, đặc biệt là điều trị dài ngày, các vai trò như lao động tạo thu nhập, chăm sóc con cái, quán xuyến gia đình buộc phải tái phân bổ trong điều kiện nguồn lực hạn chế, làm gia tăng áp lực cho cả người bệnh và người chăm sóc. Trong nhiều trường hợp, sự thiếu vắng một người trụ cột hoặc người đảm nhiệm vai trò chăm sóc chính khiến gia đình rơi vào trạng thái mất cân bằng, kéo theo cảm giác bất an và lo lắng kéo dài cho người bệnh trong suốt quá trình điều trị.

Song song với đó, khó khăn tâm lý - xã hội khi đối mặt với bệnh tật ($M = 2.64$; $SD = 1.24$) cho thấy người bệnh và người nhà phải chịu áp lực tinh thần đáng kể trước sự bất định của quá trình điều trị. Bên cạnh đó, nhiều người bệnh bộc lộ nỗi sợ trở thành gánh nặng cho gia đình, đặc biệt khi chứng kiến người thân phải nghỉ việc hoặc giảm thu nhập để chăm sóc mình, như một người bệnh chia sẻ:

“Nhìn chồng tôi phải bỏ việc ở nhà để chăm tôi, tôi thương lắm. Nhiều lúc chỉ mong nhanh khỏi để mọi người đỡ khổ, chứ nằm đây tôi thấy mình làm khổ cả nhà” (PVS, nữ, 48 tuổi, người bệnh). Những trải nghiệm này cho thấy cảm giác phụ thuộc và mặc cảm gánh nặng khiến người bệnh dễ rơi vào trạng thái bị động, lo âu và dễ tổn thương hơn về mặt tâm lý - xã hội trong suốt quá trình điều trị.

Khó khăn trong đi lại và sinh hoạt tại bệnh viện ($M = 2.63$; $SD = 1.33$) tiếp tục cho thấy môi trường điều trị đặt ra nhiều yêu cầu thích ứng về thể chất và sinh hoạt, đặc biệt đối với người bệnh đến từ các địa bàn xa trung tâm. Các khó khăn liên quan đến thủ tục hành chính, giao tiếp với nhân viên y tế và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, dù có điểm trung bình thấp hơn, vẫn thể hiện những rào cản mang tính hệ thống. Một người nhà cho biết: *“Mỗi lần đi với bệnh nhân, tôi thấy rối lắm, không biết phải làm cái gì trước, cái gì sau. Bác sỹ nói nhanh quá, nhiều khi tôi nghe không rõ, rồi cũng không hiểu hết”* (PVS, nam, 46 tuổi, người nhà người bệnh). Nhiều người bệnh chia sẻ rằng chỉ một lời hỏi han cũng giúp họ cảm thấy được quan tâm và bớt lo lắng: *Khi nằm viện ai cũng muốn được đội ngũ nhân viên y tế và nhân viên của bệnh viện quan tâm hỏi thăm về tình hình sức khỏe và hoàn cảnh gia đình. Chúng tôi điều trị lâu dài, nằm viện nhiều cũng rất mệt mỏi, rất muốn được các anh/chi quan tâm và lắng nghe chúng tôi. Nhiều khi không cần giúp đỡ gì lớn lao mà hỏi thăm chúng tôi hàng ngày là chúng tôi phấn khởi lắm rồi”* (PVS, nam, 50 tuổi, người bệnh). Một người bệnh khác cho biết: *“Tôi muốn được tư vấn rõ ràng về những quyền lợi mà tôi được hưởng theo bảo hiểm y tế, chứ chúng tôi vào viện không biết mình được hưởng gì và không được hưởng gì. Thấy bác sỹ nhiều việc, chúng tôi cũng không dám hỏi, sợ làm phiền họ”* (PVS, nữ, 60 tuổi, người bệnh). Ở phía người nhà, áp lực thủ tục và tài chính càng rõ rệt hơn: *“Tôi lo làm hồ sơ, đóng viện phí suốt cả ngày, đâu còn tâm trí nghĩ đến chuyện khác”* (PVS, nữ, 29 tuổi). Những rào cản này có thể không tạo áp lực tức thời như khó khăn tài chính, nhưng lại ảnh hưởng tích lũy, làm tăng cảm giác lúng túng, thiếu an tâm và giảm hiệu quả tiếp cận dịch vụ của người bệnh và gia đình.

Tổng hợp các kết quả định lượng và định tính cho thấy người bệnh và người nhà người bệnh tại Nghệ An đang phải đối mặt với một tập hợp khó khăn đa chiều, trong đó khó khăn tài chính giữ vai trò trung tâm và có mối liên hệ chặt chẽ với các khó khăn về gia đình, tâm lý và khả năng thích ứng với môi trường bệnh viện. Điều này khẳng định rằng quá trình khám chữa bệnh không chỉ là hoạt động điều trị y

khoa, mà còn là một hành trình xã hội phức hợp, đòi hỏi các hình thức hỗ trợ ngoài lâm sàng. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng các khó khăn này không chỉ phản ánh đặc điểm cá nhân của người bệnh và người nhà, mà còn có mối liên hệ trực tiếp với nhu cầu sử dụng và hiệu quả của các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Cụ thể, khó khăn tài chính với mức độ cao nhất ($M = 3,38$) cho thấy nhu cầu cấp thiết đối với các dịch vụ kết nối nguồn lực, hỗ trợ an sinh và tư vấn chính sách bảo hiểm y tế nhằm giảm gánh nặng chi phí điều trị. Các khó khăn liên quan đến thủ tục hành chính, giao tiếp với nhân viên y tế và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh phản ánh nhu cầu đối với các hoạt động hướng dẫn, cung cấp thông tin và hỗ trợ điều hướng hệ thống - những chức năng cơ bản của công tác xã hội trong bệnh viện.

Đồng thời, các khó khăn về tâm lý - xã hội khi đối mặt với bệnh tật ($M = 2,64$) cùng với áp lực trong việc thu xếp công việc gia đình ($M = 2,76$) cho thấy nhu cầu đối với các hoạt động tham vấn, hỗ trợ tinh thần và tăng cường năng lực thích ứng của người bệnh trong quá trình điều trị. Những chia sẻ từ phỏng vấn sâu như cảm giác lo lắng kéo dài, sợ trở thành gánh nặng cho gia đình hay bất an khi phải điều trị một mình cho thấy rõ nhu cầu được lắng nghe, hỗ trợ tâm lý và đồng hành của người bệnh trong môi trường bệnh viện. Bên cạnh đó, các khó khăn liên quan đến đi lại, sinh hoạt và thiếu người chăm sóc phản ánh vai trò của công tác xã hội trong việc kết nối các nguồn lực hỗ trợ từ cộng đồng, tổ chức các hình thức trợ giúp phù hợp nhằm giảm bớt gánh nặng cho người bệnh và gia đình.

Như vậy, các khó khăn mà người bệnh và người nhà gặp phải không tồn tại độc lập, mà cấu thành một hệ thống nhu cầu đa chiều, trong đó mỗi nhóm khó khăn tương ứng với một nhóm chức năng cụ thể của dịch vụ công tác xã hội. Từ góc độ này, có thể thấy hiệu quả của CTXH trong bệnh viện không chỉ phụ thuộc vào việc có cung cấp dịch vụ hay không, mà quan trọng hơn là mức độ phù hợp giữa cấu trúc dịch vụ và cấu trúc nhu cầu của người bệnh.

Trên cơ sở đó, kết quả nghiên cứu cũng gợi mở một vấn đề mang tính hệ thống: trong khi nhu cầu hỗ trợ của người bệnh và người nhà mang tính toàn diện và liên tục, thì khả năng cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện hiện nay vẫn có xu hướng tập trung vào một số chức năng nhất định, đặc biệt là các hoạt động hỗ trợ thông tin và vận hành. Điều này đặt ra yêu cầu cần tiếp tục hoàn thiện và mở rộng các dịch vụ CTXH theo hướng toàn diện hơn, nhằm bảo đảm sự tương thích giữa nhu cầu thực tiễn của người bệnh và năng lực đáp ứng của hệ thống.

Bảng 3.6. Sự khác biệt về mức độ khó khăn của người bệnh/người nhà người bệnh theo một số đặc điểm xã hội và điều kiện điều trị

| Tiêu chí | M | SD |
|--|----------------|-----------|
| <i>Đối tượng phỏng vấn</i> | | |
| Người bệnh | 2.46 | 0.92 |
| Người nhà người bệnh | 2.61 | 0.92 |
| t (Sig.) | -1.72 (0.08) | |
| <i>Dân tộc</i> | | |
| Kinh | 2.61 | 0.95 |
| Dân tộc thiểu số | 2.32 | 0.80 |
| t (Sig.) | 2.99 (0.00) * | |
| <i>Tình trạng hôn nhân</i> | | |
| Kết hôn | 2.51 | 0.87 |
| Chưa kết hôn | 2.56 | 1.11 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 2.95 | 1.12 |
| F (Sig.) | 3.50 (0.03) * | |
| <i>Mức độ bệnh</i> | | |
| Nặng, rất nặng | 2.81 | 0.85 |
| Bình thường, nhẹ | 2.34 | 0.94 |
| t (Sig.) | 5.84 (0.00) * | |
| <i>Tình trạng bảo hiểm y tế</i> | | |
| Có | 2.53 | 0.92 |
| Không | 3.17 | 0.61 |
| t (Sig.) | -2.13 (0.03) * | |
| <i>Thu nhập hiện tại của hộ gia đình</i> | | |
| Dưới 10 triệu đồng | 2.60 | 0.90 |
| Từ 10 triệu đồng trở lên | 2.21 | 0.98 |
| t (Sig.) | -3.38 (0.00) * | |
| <i>Phân tuyến bệnh viện</i> | | |
| Tuyến tỉnh | 2.44 | 0.88 |
| Tuyến huyện | 2.71 | 0.96 |
| t (Sig.) | -3.20 (0.00) * | |
| <i>Loại hình bệnh viện</i> | | |
| Chuyên khoa | 2.65 | 0.81 |
| Đa khoa | 2.48 | 0.99 |
| t (Sig.) | 2.18 (0.02) * | |

Ghi chú: *: $p < 0,05$; F trong kiểm định Anova, t trong kiểm định T-test.
(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

L luận án sử dụng kiểm định T-test và Anova để xác định sự khác biệt về mức độ khó khăn trong quá trình khám, chữa bệnh của người bệnh/người nhà người bệnh theo các đặc điểm xã hội và điều kiện điều trị, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kết quả kiểm định cho thấy không tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm người bệnh và nhóm người nhà người bệnh (Sig = 0.08). Điều này hàm ý rằng cảm nhận về các khó khăn trong quá trình khám và điều trị là tương đồng giữa hai nhóm. Người nhà - với vai trò hỗ trợ, chăm sóc và đồng hành cũng trải nghiệm các gánh nặng về tâm lý, thời gian, tài chính và thủ tục tương tự như người bệnh. Kết quả này cũng hàm ý rằng các khó khăn trong quá trình sử dụng dịch vụ y tế mang tính tác động kép, ảnh hưởng đồng thời lên cả người bệnh và người chăm sóc.

Ngược lại, kết quả kiểm định chỉ ra mức độ khó khăn của NB/NNNB có sự phân hóa rõ rệt theo một số yếu tố xã hội và điều kiện điều trị. Cụ thể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận theo dân tộc ($t = 2.99$; $p < 0.05$), tình trạng hôn nhân ($f = 3.50$; $p < 0.05$), mức độ bệnh ($t = 5.84$; $p < 0.05$), tình trạng bảo hiểm y tế ($t = -2.13$; $p < 0.05$), thu nhập hộ gia đình ($t = -3.38$; $p < 0.05$), phân tuyến bệnh viện ($t = -3.20$; $p < 0.05$) và loại hình bệnh viện ($t = -2.18$; $p < 0,05$). Trong số đó, mức độ bệnh, thu nhập hiện tại của gia đình và tuyến điều trị là những yếu tố tạo ra sự khác biệt rõ nét nhất. Người bệnh thuộc nhóm bệnh nặng và rất nặng; không có bảo hiểm y tế; thu nhập hộ gia đình thấp và điều trị tại bệnh viện tuyến huyện hoặc bệnh viện chuyên khoa gặp mức độ khó khăn cao hơn đáng kể.

Trái với giả định thường thấy, kết quả nghiên cứu tại Nghệ An lại chỉ ra rằng nhóm người Kinh cảm nhận mức độ khó khăn cao hơn nhóm dân tộc thiểu số ($M = 2,61$ so với $M = 2,32$). Sự khác biệt này không phản ánh việc người dân tộc thiểu số gặp ít khó khăn hơn, mà cho thấy sự khác nhau trong cách cảm nhận và đánh giá trải nghiệm điều trị, khi người Kinh có mức độ quen thuộc và kỳ vọng cao hơn đối

với quy trình và chất lượng dịch vụ y tế. Trong khi đó, người dân tộc thiểu số chủ yếu tập trung vào mục tiêu được điều trị và cảm nhận sự hỗ trợ trực tiếp từ nhân viên bệnh viện, qua đó làm giảm mức độ khó khăn được cảm nhận trong quá trình nằm viện. Kết quả nghiên cứu có thể được diễn giải từ góc độ bất bình đẳng trong năng lực cảm nhận và đánh giá trải nghiệm, khi bất bình đẳng không chỉ thể hiện ở khả năng tiếp cận dịch vụ mà còn ở khả năng diễn giải và đánh giá các trải nghiệm liên quan đến chăm sóc sức khỏe (Sen, 2002; Ruger, 2010). Theo cách tiếp cận này, các nhóm có mức độ quen thuộc và kỳ vọng cao hơn đối với hệ thống y tế có xu hướng nhạy cảm hơn với các bất cập trong quá trình điều trị, từ đó ghi nhận mức độ khó khăn cao hơn, ngay cả khi điều kiện khách quan không bất lợi hơn.

Các kết quả nghiên cứu cho thấy khó khăn trong quá trình điều trị của người bệnh và người nhà không chỉ là hệ quả của bệnh tật, mà là biểu hiện của những dễ bị tổn thương mang tính xã hội gắn với nguồn lực gia đình, khả năng bảo vệ tài chính và sự chênh lệch của hệ thống y tế. Chính từ những “điểm nghẽn” này, vai trò của công tác xã hội bệnh viện trở nên then chốt và không thể thay thế trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện.

3.2.2. Nhu cầu của người bệnh/người nhà người bệnh về dịch vụ công tác xã hội

Nhu cầu của người bệnh/ người nhà người bệnh đối với dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện phản ánh mức độ kỳ vọng, sự quan tâm cũng như những hỗ trợ mà họ mong muốn nhận được trong quá trình điều trị. Việc phân tích nhu cầu này giúp nhận diện khoảng trống giữa những gì hệ thống cung cấp và những gì đối tượng thụ hưởng thực sự cần, từ đó làm cơ sở định hướng cho việc hoàn thiện chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện.

**Bảng 3.7. Nhu cầu của người bệnh/người nhà người bệnh
về dịch vụ công tác xã hội**

| Nhu cầu của NB/NNNB về dịch vụ công tác xã hội | Phương án trả lời (%) | | | | | M | SD |
|--|-----------------------|------|------|------|------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| <i>Nhóm 1: Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn</i> | | | | | | 4.37 | 0.70 |
| 1. Được đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện | 0.6 | 0.6 | 12.4 | 31.2 | 55.2 | 4.40 | 0.77 |
| 2. Được hỏi thăm về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh của người bệnh | 0.2 | 0.2 | 10.4 | 29.2 | 60.0 | 4.49 | 0.70 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | 2.0 | 2.2 | 14.4 | 24.6 | 56.8 | 4.32 | 0.93 |
| 4. Được hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | 0.6 | 1.6 | 15.6 | 23.8 | 58.4 | 4.38 | 0.84 |
| 5. Được cung cấp thông tin, tư vấn, hỗ trợ thủ tục xuất viện | 0.2 | 1.0 | 15.0 | 25.8 | 57.8 | 4.40 | 0.79 |
| 6. Được hỗ trợ về kinh phí, vật chất trong quá trình điều trị | 0.8 | 3.0 | 11.0 | 25.2 | 60.0 | 4.41 | 0.85 |
| 7. Được trò chuyện, trao đổi thông tin về quá trình điều trị bệnh với nhân viên y tế | 0.0 | 5.4 | 17.6 | 24.6 | 52.4 | 4.24 | 0.92 |
| <i>Nhóm 2: Dịch vụ truyền thông, giáo dục</i> | | | | | | 3.94 | 0.86 |
| 8. Được truyền thông, giáo dục sức khỏe | 0.2 | 5.2 | 17.6 | 22.8 | 54.2 | 4.26 | 0.93 |
| 9. Được giới thiệu các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện | 0.2 | 6.0 | 22.2 | 23.0 | 48.6 | 4.14 | 0.97 |
| 10. Được phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh | 0.0 | 6.4 | 24.8 | 24.8 | 44.0 | 4.06 | 0.97 |
| 11. Được mời đóng góp cho quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 2.2 | 12.4 | 30.4 | 20.4 | 34.6 | 3.73 | 1.12 |
| 12. Được tham gia các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp trong quá trình điều trị ở bệnh viện | 4.4 | 15.6 | 32.2 | 19.4 | 28.4 | 3.52 | 1.18 |

*Ghi chú: M: Điểm trung bình; SD: Độ lệch chuẩn. * Phương án trả lời: 1. Hoàn toàn không cần thiết; 2. Không cần thiết; 3. Bình thường; 4. Khá cần thiết; 5. Rất cần thiết.*

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh và người nhà người bệnh có nhu cầu cao đối với các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, với điểm trung bình chung của toàn bộ nhóm dịch vụ đều ở mức cao. Trong đó, nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn được đánh giá có nhu cầu nổi trội nhất ($M = 4.37$; $SD = 0.70$), cao hơn so với nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục ($M = 3.94$; $SD = 0.86$). Điều này cho thấy, trong bối cảnh điều trị, người bệnh và gia đình ưu tiên mạnh mẽ các hỗ trợ trực tiếp, mang tính giải quyết vấn đề cụ thể và cấp thiết hơn so với các hoạt động truyền thông mang tính định hướng dài hạn.

Trong **nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn**, hầu hết các nội dung đều đạt điểm trung bình rất cao, dao động từ 4.24 đến 4.49, phản ánh sự đồng thuận rõ rệt của người bệnh/người nhà về tính cần thiết của các dịch vụ này. Nhu cầu cao nhất được ghi nhận ở nội dung được hỏi thăm về tình hình sức khỏe và hoàn cảnh của người bệnh ($M = 4.49$; $SD = 0.70$), cho thấy người bệnh không chỉ mong đợi điều trị y khoa, mà còn rất cần sự quan tâm, lắng nghe và thấu hiểu về mặt tâm lý - xã hội trong quá trình nằm viện. *Khi nằm viện ai cũng muốn được đội ngũ nhân viên y tế và nhân viên của bệnh viện quan tâm hỏi thăm về tình hình sức khỏe và hoàn cảnh gia đình. Chúng tôi điều trị lâu dài, nằm viện nhiều cũng rất mệt mỏi, rất muốn được các anh/chị quan tâm và lắng nghe chúng tôi. Nhiều khi không cần giúp đỡ gì lớn lao mà hỏi thăm chúng tôi hàng ngày là chúng tôi phấn khởi lắm rồi*” (PVS, nam, 50 tuổi, người bệnh). Một người bệnh khác cho biết: *“Tôi muốn được tư vấn rõ ràng về những quyền lợi mà tôi được hưởng theo bảo hiểm y tế, chứ chúng tôi vào viện không biết mình được hưởng gì và không được hưởng gì. Thấy bác sỹ nhiều việc, chúng tôi cũng không dám hỏi, sợ làm phiền họ*” (PVS, nữ, 60 tuổi, người bệnh). Bên cạnh đó, các nhu cầu liên quan đến hỗ trợ về kinh phí, vật chất ($M = 4.41$; $SD = 0.85$), đón tiếp, chỉ dẫn và cung cấp thông tin ban đầu ($M = 4.40$; $SD = 0.77$) và tư vấn về quyền lợi bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội ($M = 4.38$; $SD = 0.84$) cũng đạt mức rất cao, phản ánh rõ gánh nặng tài chính và sự lúng túng về thủ tục mà người bệnh và gia đình phải đối mặt trong thực tiễn điều trị.

Đáng chú ý, nhu cầu được hỗ trợ thủ tục xuất viện cũng đạt điểm trung bình cao ($M = 4.40$; $SD = 0.79$), cho thấy các khó khăn không chỉ tập trung ở giai đoạn nhập viện hay điều trị, mà còn kéo dài đến cả quá trình kết thúc điều trị và chuẩn bị trở về cộng đồng. Điều này hàm ý rằng người bệnh và gia đình cần sự hỗ trợ mang tính liên tục, xuyên suốt toàn bộ hành trình điều trị, thay vì chỉ ở một thời điểm đơn lẻ.

So với nhóm hỗ trợ - tư vấn, **nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục** tuy có mức nhu cầu thấp hơn nhưng vẫn nằm ở mức khá cao. Nhu cầu được truyền thông, giáo dục sức khỏe ($M = 4.26$; $SD = 0.93$), được giới thiệu các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện ($M = 4.14$; $SD = 0.97$) và được phổ biến chính sách, pháp luật liên quan đến khám chữa bệnh ($M = 4.06$; $SD = 0.97$) cho thấy người bệnh và gia đình vẫn đánh giá cao vai trò của thông tin và kiến thức trong việc nâng cao khả năng thích ứng và chủ động trong điều trị. Tuy nhiên, các nội dung mang tính tham gia và phản hồi như đóng góp ý kiến qua hòm thư góp ý ($M = 3.73$; $SD = 1.12$) hay tham gia hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục thể thao trong bệnh viện ($M = 3.52$; $SD = 1.18$) có mức nhu cầu thấp hơn và độ phân tán lớn hơn, phản ánh sự khác biệt về mức độ quan tâm và khả năng tham gia của người bệnh trong điều kiện sức khỏe và tâm lý còn hạn chế. Điều này có thể lý giải từ ưu tiên tâm lý của người bệnh trong giai đoạn điều trị nội trú - khi sức khỏe suy giảm, nỗi lo về tính mạng, chi phí điều trị và thời gian nằm viện lấn át nhu cầu giải trí. Chia sẻ trong phỏng vấn sâu minh họa rõ đặc điểm này: *“Lúc này tôi chỉ muốn nhanh khỏi bệnh về nhà thôi, làm sao còn tâm trạng tập thể dục hay xem ca nhạc gì”* (PVS, nam, 37 tuổi). Ở phía thân nhân, thời gian và tâm trí gần như dồn vào việc chăm sóc: *“Con tôi đang nằm viện... đâu có thời gian nghĩ đến chuyện khác. Những hoạt động đó có thể hay nhưng không phải lúc này”* (PVS, nữ, 29 tuổi).

Một yếu tố đáng chú ý khác là tâm lý ngại phản ánh, ngại góp ý - vốn là đặc trưng văn hóa ở nhiều bệnh viện Việt Nam. Nhiều người cho rằng góp ý không mang lại thay đổi, hoặc sợ “làm phiền nhân viên y tế”, dẫn đến xu hướng thụ động trong tham gia cải thiện chất lượng dịch vụ: *“Nói hoài làm gì cho mệt, họ có nghe đâu. Mình cứ im lặng cho lành”* (PVS, nữ, 36 tuổi); *“Sợ nói sai hay làm phiền ai đó. Thôi cứ để yên, miễn được chữa bệnh là được rồi”* (PVS, nam, 60 tuổi). Đây là khác biệt đáng chú ý so với các mô hình bệnh viện “lấy bệnh nhân làm trung tâm” ở nhiều quốc gia phát triển, nơi cơ chế phản hồi được thiết kế minh bạch, an toàn và có phản hồi ngược rõ ràng (Kuo và cộng sự, 2012; Beraldo và cộng sự, 2022).

Kết quả nghiên cứu tại Nghệ An cho thấy người bệnh/người nhà người bệnh có xu hướng ưu tiên mạnh các dịch vụ công tác xã hội mang tính hỗ trợ trực như hỗ trợ tài chính, cung cấp thông tin, hướng dẫn thủ tục, hỗ trợ tâm lý và kết nối nguồn lực, điều này hoàn toàn phù hợp với các bằng chứng thực nghiệm tại Việt Nam. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Liêm và Lưu Thị Thắm (2020) tại Bệnh viện Hữu

ngệ Việt Đức ghi nhận tỷ lệ rất cao người bệnh có nhu cầu được hướng dẫn thông tin (81,9%), hỗ trợ tâm lý (62,9%), và kết nối nguồn lực (55,5%). Sự tương đồng này cho thấy kết quả tại Nghệ An không phải là hiện tượng cá biệt mà phản ánh một mô hình nhu cầu mang tính hệ thống của người bệnh. Trong đó các nhu cầu mang tính “trước mắt” luôn được ưu tiên. Tuy nhiên, khi đối chiếu với một số nghiên cứu quốc tế có thể nhận thấy sự khác biệt về mức độ ưu tiên nhu cầu theo từng giai đoạn điều trị. Một số nghiên cứu về chăm sóc sau xuất viện và quản lý bệnh mạn tính cho thấy nhu cầu về giáo dục sức khỏe, tự chăm sóc và phòng ngừa biến chứng trở nên nổi bật hơn ở giai đoạn hậu điều trị (Gonçalves-Bradley và cộng sự, 2022). Trong khi đó, các nghiên cứu được tiến hành trong giai đoạn điều trị nội trú, như nghiên cứu này, lại cho thấy các nhu cầu mang tính cấp bách và trực tiếp chiếm ưu thế. Điều này cho thấy sự khác biệt giữa các nghiên cứu không phải là mâu thuẫn về bản chất mà phản ánh sự khác biệt về bối cảnh, thời điểm và trạng thái của người bệnh trong tiến trình điều trị.

Từ góc độ lý thuyết, kết quả nghiên cứu có thể được lý giải một cách thuyết phục dựa trên lý thuyết nhu cầu của Abraham Maslow. Khi con người rơi vào trạng thái bất ổn do bệnh tật, các nhu cầu cơ bản liên quan đến an toàn, ổn định và kiểm soát tình huống sẽ được ưu tiên trước các nhu cầu bậc cao hơn. Trong bối cảnh điều trị, người bệnh phải đối diện với nhiều áp lực đồng thời như nguy cơ sức khỏe, chi phí điều trị và sự thiếu chắc chắn về tiên lượng, do đó họ có xu hướng ưu tiên các dịch vụ giúp giải quyết ngay các khó khăn hiện tại. Ngược lại, các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe và tham gia cộng đồng, mặc dù có ý nghĩa quan trọng trong phòng ngừa và nâng cao sức khỏe lâu dài, nhưng thường mang tính dài hạn và gián tiếp. Theo cách tiếp cận lý thuyết, đây là các nhu cầu thuộc tầng cao hơn và chỉ trở thành ưu tiên khi các nhu cầu cơ bản đã được đáp ứng. Trong bối cảnh hệ thống y tế Nghệ An còn nhiều áp lực và nguồn lực của người bệnh còn hạn chế, việc các nhu cầu này được xếp ở vị trí thứ yếu là một phản ứng hợp lý về mặt hành vi.

Từ những phân tích trên có thể thấy, cấu trúc nhu cầu của người bệnh hiện nay không chỉ phản ánh đặc điểm tâm lý trong bối cảnh điều trị mà còn phản ánh mức độ phát triển của hệ thống dịch vụ công tác xã hội. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc tái cấu trúc và phát triển dịch vụ CTXH theo hướng vừa đáp ứng hiệu quả các nhu cầu trước mắt, vừa từng bước mở rộng các chức năng chuyên sâu và dự phòng.

Bảng 3.8. Sự khác biệt về nhu cầu dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/ người nhà người bệnh theo một số đặc điểm và điều kiện điều trị

| Tiêu chí | Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn | Dịch vụ truyền thông, giáo dục |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| | M (SD) | M (SD) |
| <i>Cơ sở y tế</i> | | |
| BV ĐKKV Tây Nam | 4.41 (0.66) | 3.91 (0.95) |
| BV Ung bướu Nghệ An | 4.55 (0.63) | 4.09 (0.78) |
| BV Đa khoa thành phố Vinh | 4.38 (0.62) | 4.10 (0.66) |
| BV Sản nhi Nghệ An | 4.14 (0.85) | 3.87 (1.05) |
| BV Đa khoa Thanh Chương | 4.37 (0.68) | 3.71 (0.74) |
| F (Sig.) | 4.47 (0.00)* | 3.64 (0.00)* |
| <i>Mức độ bệnh</i> | | |
| Nặng, rất nặng | 4.45 (0.67) | 3.89 (0.82) |
| Bình thường, nhẹ | 4.30 (0.72) | 3.97 (0.89) |
| t (Sig.) | 2.35 (0.01)* | -1.01 (0.31) |
| <i>Khả năng chi trả viện phí</i> | | |
| Chi trả toàn bộ | 4.37 (0.70) | 4.07 (0.83) |
| Không chi trả toàn bộ | 4.39 (0.70) | 3.79 (0.86) |
| t (Sig.) | -.343 (0.76) | 3.59 (0.00)* |
| <i>Trình độ học vấn</i> | | |
| Chưa từng đi học | 4.19 (0.88) | 3.85 (0.97) |
| Tiểu học (cấp 1) | 4.62 (0.45) | 4.07 (0.67) |
| Trung học cơ sở (cấp 2) | 4.54 (0.61) | 4.03 (0.82) |
| Trung học phổ thông (cấp 3) | 4.29 (0.73) | 3.81 (0.86) |
| Trung cấp/Cao đẳng/ đại học | 4.19 (0.75) | 4.01 (0.93) |
| Trên đại học | 4.28 (0.72) | 3.72 (0.89) |
| F (Sig.) | 4.87 (0.00)* | 1.61 (0.15) |
| <i>Phân tuyến bệnh viện</i> | | |
| Tuyến tỉnh | 4.45 (0.64) | 4.03 (0.81) |
| Tuyến huyện | 4.25 (0.78) | 3.79 (0.91) |
| t (Sig.) | 2.91 (0.00)* | 2.99 (0.00)* |

Ghi chú: *: $p < 0,05$; F trong kiểm định Anova, t trong kiểm định T-test.

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả kiểm định bằng *t-test* độc lập và phân tích phương sai một yếu tố (*Anova*) cho thấy, phần lớn các đặc điểm nhân khẩu-xã hội cơ bản như giới tính, nghề nghiệp, dân tộc, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, số lần nhập viện và thời gian điều trị không tạo ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nhu cầu dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh. Điều đó có nghĩa là, khi đã bước vào quá trình điều trị tại bệnh viện, nhu cầu đối với các dịch vụ công tác xã hội có xu hướng phổ biến và tương đối đồng đều giữa các nhóm đối tượng, không còn phụ thuộc nhiều vào các khác biệt nhân khẩu học thông thường. Thay vào đó, nhu cầu CTXH gắn với những vấn đề chung nảy sinh từ bối cảnh bệnh tật và quá trình điều trị, như nhu cầu được cung cấp thông tin, hỗ trợ tâm lý - xã hội và định hướng sử dụng dịch vụ. Nói cách khác, khi đối mặt với bệnh tật và môi trường bệnh viện, các nhu cầu hỗ trợ xã hội xuất hiện ở hầu hết người bệnh/người nhà, bất kể đặc điểm cá nhân hay hoàn cảnh xã hội ban đầu như thế nào. Phát hiện này khẳng định rằng công tác xã hội trong bệnh viện không phải là dịch vụ dành riêng cho một số nhóm đặc thù, mà là một cấu phần hỗ trợ thiết yếu đối với đa số người bệnh/người nhà trong quá trình khám, chữa bệnh.

Các kiểm định thống kê cho thấy mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh có sự khác biệt rõ rệt giữa các cơ sở y tế và giữa các tuyến bệnh viện, đồng thời sự khác biệt này thể hiện không đồng đều giữa hai nhóm dịch vụ. Cụ thể:

Đối với **dịch vụ hỗ trợ - tư vấn**, mức độ tiếp cận tại các bệnh viện đều ở mức cao, song vẫn có sự chênh lệch nhất định, với điểm trung bình dao động từ $M = 4.14$ đến $M = 4.55$. Trong đó, các bệnh viện như Ung bướu Nghệ An, Đa khoa khu vực Tây Nam Nghệ An và Đa khoa thành phố Vinh ghi nhận mức tiếp cận cao hơn, trong khi Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có mức thấp hơn tương đối.

Đối với **dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe**, sự phân hóa thể hiện rõ nét hơn, với mức tiếp cận thấp hơn và dao động trong khoảng $M = 3.71$ đến $M = 4.10$, đặc biệt thấp tại các bệnh viện tuyến huyện như Đa khoa Thanh Chương. Ở góc độ phân tuyến, người bệnh/người nhà điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh có mức tiếp cận cao hơn so với tuyến huyện ở cả hai nhóm dịch vụ, trong đó khoảng cách rõ hơn đối với dịch vụ truyền thông - giáo dục.

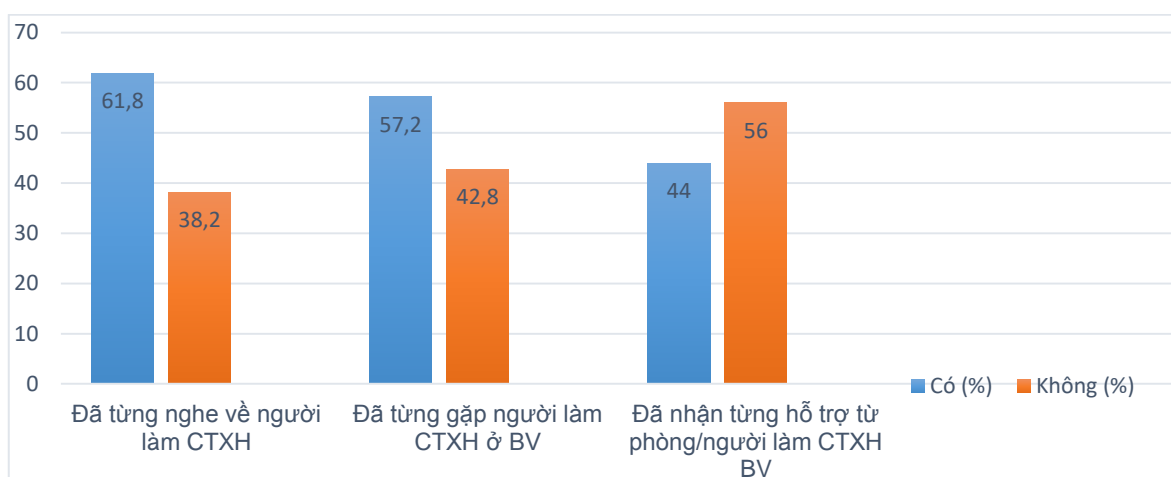
Những khác biệt này không thể lý giải đơn thuần bằng yếu tố cá nhân của người bệnh, mà chủ yếu được tạo ra bởi các điều kiện tổ chức và cách thức vận hành dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Trước hết, tại các bệnh viện có mức tiếp cận cao hơn, công tác xã hội thường được tổ chức theo hướng chuyên trách, có bộ phận hoặc nhân sự rõ ràng, được lồng ghép tương đối chặt chẽ vào quy trình tiếp đón, hỗ trợ và chăm sóc người bệnh. Điều này giúp người bệnh dễ dàng được nhận diện, giới thiệu và kết nối với dịch vụ CTXH ngay trong quá trình khám, chữa bệnh. Ngược lại, tại các bệnh viện có mức tiếp cận thấp hơn, đặc biệt là tuyến huyện, hoạt động CTXH thường mang tính kiêm nhiệm, phân tán, thiếu tính hệ thống, khiến dịch vụ khó tiếp cận và phụ thuộc nhiều vào sự chủ động của người bệnh/người nhà.

Bên cạnh đó, cơ chế ưu tiên và phân bổ nguồn lực trong bệnh viện cũng đóng vai trò quan trọng. Dịch vụ hỗ trợ - tư vấn, vốn gắn với việc giải quyết các vấn đề cấp thiết, cụ thể của người bệnh (thủ tục, hoàn cảnh khó khăn, hỗ trợ tâm lý tức thời), dễ được kích hoạt trong bối cảnh quá tải và áp lực điều trị. Trong khi đó, các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe, đòi hỏi thời gian, nhân lực và sự phối hợp liên ngành, thường không được ưu tiên đầy đủ, đặc biệt tại các bệnh viện có nguồn lực hạn chế. Cơ chế vận hành này khiến người bệnh ở một số cơ sở y tế, nhất là tuyến huyện, gặp nhiều rào cản hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ CTXH mang tính phòng ngừa và trao quyền.

Từ các kết quả trên có thể khái quát rằng, mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà người bệnh chịu sự chi phối mạnh mẽ của bối cảnh tổ chức bệnh viện và mô hình cung ứng dịch vụ, hơn là chỉ phụ thuộc vào nhu cầu hay đặc điểm cá nhân. Điều này mở ra hàm ý quan trọng cho việc hoàn thiện chính sách và thực hành CTXH trong bệnh viện, theo hướng chuẩn hóa tổ chức bộ phận công tác xã hội, tăng cường nhân lực chuyên trách và bảo đảm triển khai đồng đều các nhóm dịch vụ giữa các tuyến bệnh viện, nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và tính công bằng trong cung ứng dịch vụ CTXH cho người bệnh.

3.2.3. Mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh/người nhà

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người bệnh và người nhà người bệnh được phản ánh qua ba cấp độ: nhận biết, tiếp xúc và sử dụng dịch vụ thực tế.



Biểu đồ 3.6. Mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của NB/NNNB

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả nghiên cứu cho thấy 61,8% người bệnh/người nhà NB cho biết đã từng nghe về người làm công tác xã hội tại bệnh viện, 57,2% đã từng gặp người làm công tác xã hội trong quá trình khám, chữa bệnh, trong khi chỉ 44,0% đã từng nhận hỗ trợ từ phòng hoặc người làm công tác xã hội. Độ chênh lệch này cho thấy một khoảng cách rõ rệt giữa tiếp xúc với công tác xã hội và thụ hưởng dịch vụ công tác xã hội trên thực tế. Mức độ tiếp cận dịch vụ theo ba cấp độ (nhận biết - tiếp xúc - sử dụng) cho thấy một khoảng cách đáng kể giữa “sự hiện diện” và “hiệu lực thực tế” của dịch vụ CTXH, khi tỷ lệ sử dụng (44,0%) thấp hơn rõ rệt so với nhận biết (61,8%) và tiếp xúc (57,2%). Điều này phản ánh rằng dịch vụ CTXH hiện chủ yếu được kích hoạt theo nhu cầu phát sinh, chưa trở thành một cấu phần chăm sóc thường quy mà người bệnh chủ động tiếp cận. Đồng thời, sự chênh lệch giữa các nhóm dịch vụ - trong đó hỗ trợ tư vấn được tiếp cận cao hơn so với truyền thông - giáo dục sức khỏe - cho thấy cấu trúc cung dịch vụ đang thiên về giải quyết nhu cầu trước mắt hơn là phát triển năng lực phòng ngừa và tham gia của người bệnh.

Phân tích định tính làm rõ hơn các con đường tiếp cận dịch vụ công tác xã hội trong thực tế. Một số người cho biết họ nghe đến công tác xã hội từ chính những người bệnh cùng khoa: “Tôi nghe đến phòng công tác xã hội là do người bệnh nằm giường bên cạnh nói trước đó họ có được hỗ trợ một triệu đồng, họ nói rằng ai có hoàn cảnh khó khăn, gia đình ở xa đến điều trị thì lên phòng công tác xã hội đăng ký nhận com 0 đồng và làm thủ tục xin nhận hỗ trợ.” (PVS, nam, 60 tuổi, người nhà người bệnh). Hoặc chính bản thân họ tự thấy đội ngũ người làm CTXH đứng ở sảnh tiếp đón khi mới nhập viện. Bên cạnh đó, một số người bệnh cho rằng họ biết đến công tác xã hội thông qua các hình thức truyền thông nội viện, song thông tin tiếp nhận vẫn còn chung chung: “Tôi có thấy bảng thông báo về phòng công tác xã hội treo ở hành lang, nhưng cũng không rõ là phòng đó hỗ trợ những việc gì.” (PVS, nữ, 45 tuổi, người bệnh). Những câu trả lời này cho thấy việc “nghe đến” “gặp”

người làm công tác xã hội chủ yếu dừng ở mức nhận diện sự tồn tại của dịch vụ, chưa giúp người bệnh hình dung đầy đủ về chức năng, phạm vi và khả năng hỗ trợ của công tác xã hội trong bệnh viện.

Bảng 3.9. Mức độ tiếp cận của người bệnh/người nhà với các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

| Nội dung dịch vụ được tiếp cận | M | SD |
|--|-------------|-------------|
| <i>Nhóm 1. Dịch vụ hỗ trợ tư vấn</i> | 3.66 | 1.14 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | 4.28 | 0.78 |
| 2. Hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh | 3.82 | 1.19 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | 3.43 | 1.44 |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | 3.64 | 1.35 |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | 3.66 | 1.31 |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất trong quá trình điều trị | 3.43 | 1.44 |
| 7. Được hỗ trợ giao tiếp, trò chuyện, trao đổi thông tin về quá trình điều trị bệnh với nhân viên y tế | 3.41 | 1.35 |
| <i>Nhóm 2. Dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe</i> | 3.16 | 1.31 |
| 8. Thông tin truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | 3.33 | 1.44 |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | 3.09 | 1.46 |
| 10. Nghe phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh | 3.16 | 1.50 |
| 11. Được mời đóng góp cho quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 2.81 | 1.51 |
| 12. Tham gia các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | 3.43 | 1.41 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Trong số 44% người bệnh và người nhà người bệnh đã từng nhận hỗ trợ, kết quả cho thấy nhóm dịch vụ hỗ trợ tư vấn được người bệnh tiếp cận nhiều hơn rõ rệt so với nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe. Cụ thể, các hoạt động như đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin ban đầu ($M = 4.28$, $SD = 0.78$), hỏi thăm, nắm

bất tình hình và hoàn cảnh người bệnh ($M = 3.82$, $SD = 1.19$), cũng như tư vấn quyền lợi, chính sách xã hội, bảo hiểm y tế và hỗ trợ thủ tục xuất viện/chuyển tuyến ($M = 3.64 - 3.66$) là những nội dung được người bệnh tiếp cận thường xuyên nhất. Kết quả này phù hợp với dữ liệu phỏng vấn sâu, trong đó người bệnh và người nhà cho biết *“mấy người khó khăn đang điều trị ở bệnh viện đã từng nhận hỗ trợ chủ yếu là hướng dẫn thủ tục khám, chữa bệnh; giải thích thông tin liên quan đến quy trình điều trị và bảo hiểm y tế; hỗ trợ bữa cơm 0 đồng, cắt tóc miễn phí hoặc nhận tiền hỗ trợ từ các nguồn từ thiện”* (PVS, nữ, 45 tuổi, người bệnh). Việc chỉ chưa đến một nửa người bệnh/người nhà thực sự nhận hỗ trợ cho thấy dịch vụ công tác xã hội chưa được tích hợp như một dịch vụ mà mọi người bệnh đều có thể tiếp cận thường quy, mà chủ yếu được kích hoạt khi người bệnh gặp khó khăn rõ rệt (tài chính, thủ tục, hoàn cảnh đặc biệt), hoặc có sự giới thiệu/chỉ dẫn từ nhân viên y tế hay người bệnh khác.

Từ góc độ người bệnh, nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe được tiếp cận ở mức thấp hơn so với nhóm hỗ trợ tư vấn ($M = 3.16$; $SD = 1.31$) so với ($M = 3.66$; $SD = 1.14$). Đặc biệt, các hoạt động đòi hỏi sự tham gia chủ động và phản hồi của người bệnh có mức tiếp cận thấp nhất, như được mời đóng góp ý kiến, phản ánh quy tắc ứng xử của bệnh viện ($M = 2.81$; $SD = 1.51$). Phỏng vấn sâu cho thấy nhiều người bệnh không nhận diện rõ đây là các dịch vụ công tác xã hội, hoặc cho rằng những hoạt động này không gắn trực tiếp với nhu cầu điều trị trước mắt, như một người bệnh chia sẻ: *“Tôi chỉ tập trung chữa bệnh, mấy buổi phổ biến hay góp ý thì tôi cũng không để ý lắm”* (PVS, nam, 54 tuổi, người bệnh). Bên cạnh đó, các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe có tổ chức cũng chỉ đạt mức tiếp cận trung bình ($M = 3,33$; $SD = 1,44$), phản ánh việc người bệnh ít chủ động tham gia vào các nội dung mang tính phòng ngừa và nâng cao năng lực. Một người nhà người bệnh cho biết: *“Nếu không ai nói thì tôi cũng không biết có mấy buổi truyền thông sức khỏe, với lại mình đang lo cho người bệnh nên cũng không tham gia”* (PVS, nữ, 46 tuổi, người nhà người bệnh). Rõ ràng là khoảng cách giữa sự hiện diện của công tác xã hội trong bệnh viện và khả năng tiếp cận thực chất của người bệnh vẫn còn đáng kể, phản ánh những hạn chế mang tính hệ thống trong tổ chức và triển khai dịch vụ.

3.3. Đánh giá hiệu quả của dịch vụ công tác xã hội và mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng

3.3.1. Đánh giá hiệu quả dịch vụ công tác xã hội theo nhận định của người làm công tác xã hội

Kết quả khảo sát 105 người làm công tác xã hội cho thấy mức độ đánh giá hiệu quả chung của các dịch vụ CTXH trong bệnh viện rất cao, với điểm trung bình của toàn bộ các nhóm dịch vụ đều từ 4.02 trở lên (thang đo 5 điểm). Điều này phản ánh sự tự tin của đội ngũ NVCTXH về vai trò và đóng góp của họ, đặc biệt đối với các hoạt động hỗ trợ trực tiếp cho người bệnh/người nhà.

Bảng 3.10. Đánh giá của người làm công tác xã hội về mức độ hiệu quả hoạt động hỗ trợ người bệnh/người nhà người bệnh

| Mức độ hiệu quả từ nhận định của NV CTXH | N | M | SD |
|---|------------|-------------|-------------|
| <i>Nhóm 1. Dịch vụ hỗ trợ tư vấn</i> | 105 | 4.25 | 0.70 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | 105 | 4.50 | 0.65 |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin.. | 105 | 4.33 | 0.76 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành,... | 105 | 4.28 | 0.92 |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh,... | 105 | 4.25 | 0.89 |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh,... | 105 | 4.02 | 1.10 |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | 105 | 4.15 | 0.84 |
| <i>Nhóm 2. Dịch vụ truyền thông, giáo dục sức khỏe</i> | 105 | 4.25 | 0.68 |
| 7. Xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tổ chức thực hiện kế hoạch sau khi được phê duyệt | 105 | 4.23 | 0.78 |
| 8. Thực hiện công tác phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí | 105 | 4.16 | 1.03 |
| 9. Xây dựng nội dung để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh... | 105 | 4.23 | 0.78 |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh,... | 105 | 4.2 | 0.83 |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 105 | 4.3 | 0.67 |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | 105 | 4.44 | 0.74 |
| <i>Nhóm 3. Dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế</i> | 105 | 4.26 | 0.88 |
| 13. Động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi có vướng mắc với người bệnh trong quá trình điều trị | 105 | 4.26 | 0.93 |
| 14. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị | 105 | 4.28 | 0.96 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Ở nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn, điểm trung bình chung đạt $M = 4.25$, $SD = 0.70$, phản ánh sự tự tin của đội ngũ người làm CTXH về vai trò của mình trong quá trình tiếp nhận, đồng hành và hỗ trợ người bệnh. Trong đó, hoạt động được đánh giá hiệu quả nhất là đón tiếp, chỉ dẫn và cung cấp thông tin ngay từ ban đầu ($M = 4.50$, $SD = 0.65$). Phản ánh vai trò then chốt của công tác xã hội trong giai đoạn đầu của quá trình tiếp cận dịch vụ y tế. Đây cũng là dịch vụ mà người bệnh đánh giá cao ở phần khảo sát trước, cho thấy tính phù hợp giữa nỗ lực cung cấp dịch vụ và trải nghiệm thực tế của người bệnh.

Tuy nhiên, một khoảng cách đáng chú ý xuất hiện ở hoạt động hỗ trợ kinh phí, vật chất, khi người làm CTXH tự đánh giá mức độ hiệu quả khá cao ($M = 4.15$; $SD = 0.84$), trong khi người bệnh và người nhà lại chỉ đánh giá mức độ thụ hưởng ở mức trung bình ($M = 3.42$; $SD = 1.37$ và $M = 3.00$; $SD = 1.35$). Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ sự khác biệt trong tiêu chí đánh giá: người làm CTXH đánh giá dựa trên nỗ lực kết nối và huy động nguồn lực, còn người bệnh lại dựa trên kết quả thực nhận. Điều này gợi ý rằng các bệnh viện cần tăng cường minh bạch trong quy trình hỗ trợ, cũng như mở rộng mạng lưới đối tác tài trợ để đảm bảo sự công bằng trong tiếp cận nguồn lực xã hội.

Các hoạt động hỏi thăm, nắm bắt thông tin ($M = 4.33$, $SD = 0.76$), hỗ trợ khẩn cấp cho các trường hợp đặc biệt ($M = 4.28$, $SD = 0.92$) và tư vấn quyền lợi, nghĩa vụ của người bệnh ($M = 4.25$, $SD = 0.89$) cũng được đánh giá hiệu quả cao, cho thấy người làm CTXH tin rằng họ đã nỗ lực kết nối nguồn lực để hỗ trợ người bệnh, dù kết quả khảo sát người bệnh trước đó cho thấy mức độ thụ hưởng chưa đồng đều. Ở nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe, người làm CTXH cũng đánh giá mức độ hiệu quả ở mức rất cao ($M = 4.25$, $SD = 0.68$). Hoạt động được đánh giá nổi bật nhất trong nhóm là tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể thao dành cho người bệnh và nhân viên y tế ($M = 4.44$, $SD = 0.74$), cho thấy các chương trình mang tính phong trào và tinh thần thường được triển khai hiệu quả và dễ ghi nhận kết quả. Các nội dung quan trọng khác như xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe ($M = 4.23$, $SD = 0.78$), giới thiệu và quảng bá hình ảnh bệnh viện ($M = 4.23$, $SD = 0.78$), tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử ($M = 4.30$, $SD = 0.67$) đều đạt mức điểm cao, thể hiện vai trò tích cực của bộ phận CTXH trong cải

thiện môi trường bệnh viện và cung cấp thông tin cho người bệnh. Hoạt động phát ngôn, cung cấp thông tin cho báo chí có $M = 4.16$, $SD = 1.03$, với độ lệch chuẩn cao hơn các mục khác, cho thấy sự khác biệt giữa bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện trong việc phân công vai trò phát ngôn và truyền thông. Nhìn chung, kết quả cho thấy đội ngũ người làm CTXH tự đánh giá hiệu quả cao trong các hoạt động hỗ trợ người bệnh, đặc biệt ở các nhiệm vụ tiếp đón, tư vấn thủ tục và truyền thông bệnh viện. Tuy nhiên, một số chỉ số có độ lệch chuẩn lớn phản ánh mức độ triển khai không đồng đều giữa các cơ sở, cho thấy sự khác biệt về nguồn lực và cơ chế tổ chức dịch vụ CTXH tại từng bệnh viện. Điều này có thể lý giải từ một số nguyên nhân:

Thứ nhất, đánh giá của nhân viên thường xuất phát từ góc nhìn của người cung ứng dịch vụ, nhấn mạnh vào nỗ lực triển khai công việc hơn là mức độ thụ hưởng thực tế của người bệnh. Bên cạnh đó, người làm công tác xã hội thường tự đánh giá cao hiệu quả hoạt động hỗ trợ vì họ xem công việc của mình không chỉ là nhiệm vụ chuyên môn mà còn là sứ mệnh nhân văn. Họ coi mỗi hành động giúp đỡ - dù nhỏ - đều mang giá trị đạo đức và xã hội, thể hiện sự quan tâm, chia sẻ và công bằng với người bệnh. Do đó, “thành công” trong nhận thức của họ được đo bằng ý nghĩa và giá trị nội tại hơn là kết quả vật chất. Theo mô hình hài lòng nghề nghiệp của Locke (trích theo Peled, 2017), mức độ phù hợp giữa công việc và hệ giá trị cá nhân là yếu tố quyết định sự thỏa mãn nghề nghiệp. Khi người làm CTXH cảm thấy công việc cho phép họ thực hiện các giá trị cốt lõi như nhân ái và công bằng xã hội, họ có xu hướng hài lòng và đánh giá cao hiệu quả công việc của mình, ngay cả khi người bệnh hoặc gia đình chưa cảm nhận trọn vẹn điều đó. Một NVCTXH chia sẻ: “Ngày nào chúng tôi cũng tiếp nhận, hướng dẫn rất nhiều bệnh nhân, làm đúng quy trình và đầy đủ đầu việc, nên chúng tôi thấy công việc mang lại hiệu quả” (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Một nhân viên khác cũng cho rằng: “Có những lúc mình chỉ giúp họ liên hệ được một tổ chức từ thiện hoặc hướng dẫn thủ tục nhận hỗ trợ, nhưng nhìn thấy họ nhẹ nhõm hơn là mình cảm thấy vui rồi. Công việc của mình không phải lúc nào cũng thay đổi được hoàn cảnh, nhưng quan trọng là mình đã có mặt, đã làm đúng trách nhiệm.” (PVS, nam, 27 tuổi, người làm CTXH).

Thứ hai, nhiều hoạt động của CTXH có tính hình thức rõ ràng và dễ quan sát, đặc biệt là các chương trình văn nghệ, truyền thông sức khỏe, hay tổ chức sự kiện

cho người bệnh. Những hoạt động này tạo ra hiệu ứng truyền thông tốt và được bệnh viện ghi nhận rõ ràng, khiến nhân viên cảm thấy vai trò của mình được thể hiện. Như một cán bộ CTXH chia sẻ: *“Tổ chức chương trình văn nghệ hay phát quà thì ai cũng nhìn thấy kết quả, nên cảm giác hiệu quả hơn”* (PVS, nữ 30 tuổi, người làm CTXH).

Thứ ba, trong bối cảnh CTXH bệnh viện còn mới và nhân lực còn hạn chế, nhiều nhân viên có xu hướng tự đánh giá cao để khẳng định vai trò nghề nghiệp trong tổ chức. Một số trưởng phòng thẳng thắn thừa nhận rằng hệ thống đánh giá nội bộ còn thiên về số lượng đầu việc, hơn là chất lượng thụ hưởng. Một lãnh đạo phòng CTXH nêu rõ: *“KPI chủ yếu là số lượt hỗ trợ, số buổi truyền thông. Các phần việc như tham vấn tâm lý hay hỗ trợ tài chính thì khó lượng hóa, nên báo cáo thường không phản ánh hết hạn chế”* (PVS, nữ, 37 tuổi, Trưởng phòng CTXH).

Bên cạnh đó, người làm CTXH cũng đối diện với áp lực công việc lớn nhưng thiếu nhân lực, dẫn đến tâm lý *“làm hết khả năng nghĩa là hiệu quả”*. Như một cán bộ nói: *“Phòng chỉ có vài người mà bệnh nhân rất đông. Mình làm được đến đâu hay đến đó, nên nhìn từ phía mình thì cảm thấy hiệu quả rồi”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Một nhân viên khác thừa nhận rằng ngay cả khi biết người bệnh chưa được hỗ trợ đồng đều, họ vẫn đánh giá hiệu quả ở mức cao vì phạm vi hỗ trợ phụ thuộc vào nguồn lực: *“Có lúc bệnh nhân cần tiền mà quỹ cạn, chúng tôi phải đi xin từng khoản. Dù biết chưa trọn vẹn, nhưng với điều kiện hiện có, chúng tôi đã cố gắng hết sức”* (PVS, nam, 27 tuổi, người làm CTXH).

Những trích dẫn định tính trên cho thấy mức tự đánh giá cao của người làm CTXH phản ánh rõ lãng kính của người cung ứng dịch vụ - nhấn mạnh vào nỗ lực triển khai, khối lượng công việc và tính hữu hình của hoạt động, hơn là trải nghiệm thụ hưởng của người bệnh. Điều này góp phần giải thích vì sao có sự chênh lệch giữa tự đánh giá của nhân viên và đánh giá của người bệnh ở những dịch vụ cốt lõi như hỗ trợ tài chính, tham vấn tâm lý hay hỗ trợ xã hội. Khoảng cách này cho thấy hệ thống đánh giá hiệu quả hiện nay còn thiên về các hoạt động dễ đo lường, trong khi những nhu cầu nền tảng và khó lượng hóa hơn của người bệnh vẫn chưa được phản ánh đầy đủ trong báo cáo nội bộ.

Bảng 3.11 Sự khác biệt về hiệu quả dịch vụ công tác xã hội theo nhận định của người làm công tác xã hội phân theo cơ sở y tế và phân tuyến bệnh viện

| Tiêu chí | Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn | Dịch vụ truyền thông, giáo dục | Dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) |
| <i>Cơ sở y tế</i> | | | |
| BV ĐKKV Tây Nam | 4.80 (0.44) | 4.86 (0.29) | 4.90 (0.22) |
| BV Ung bướu Nghệ An | 4.58 (0.65) | 4.52 (0.66) | 4.75 (0.60) |
| BV Đa khoa thành phố Vinh | 3.93 (0.70) | 4.05 (0.60) | 4.03 (0.80) |
| BV Sản nhi Nghệ An | 4.60 (1.70) | 4.34 (0.63) | 4.35 (0.85) |
| BV Đa khoa Thanh Chương | 3.84 (0.66) | 3.69 (0.71) | 3.29 (0.94) |
| F (Sig.) | 2.61(039*) | 5.63 (0.00*) | 8.82 (0.00*) |
| <i>Phân tuyến bệnh viện</i> | | | |
| BV đa khoa tuyến Quận/Huyện | 3.98 (0.68) | 4.02 (0.64) | 3.90 (0.89) |
| BV chuyên khoa tuyến Tỉnh | 4.56 (1.37) | 4.38 (0.65) | 4.50 (0.78) |
| t (Sig.) | -2.48 (0.15)* | -2.74 (0.00)* | -3.44 (0.00)* |

*Ghi chú: *: $p < 0,05$; F trong kiểm định Anova, t trong kiểm định T-test.*

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả kiểm định cho thấy hiệu quả của cả ba nhóm dịch vụ công tác xã hội đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo cơ sở y tế, đồng thời nhất quán theo phân tuyến bệnh viện, phản ánh rõ vai trò của bối cảnh tổ chức trong việc hình thành và vận hành dịch vụ CTXH trong bệnh viện.

Đối với **dịch vụ hỗ trợ - tư vấn**, sự khác biệt theo cơ sở y tế đạt mức có ý nghĩa thống kê ($F = 2.61$; $p < 0.05$). Các bệnh viện như Bệnh viện ĐKKV Tây Nam ($M = 4.80$; $SD = 0.44$), Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An ($M = 4.60$; $SD = 1.70$) và Bệnh viện Ung bướu Nghệ An ($M = 4.58$; $SD = 0.65$) ghi nhận mức hiệu quả cao hơn so với Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh ($M = 3.93$; $SD = 0.70$) và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương ($M = 3.84$; $SD = 0.66$). Sự chênh lệch này cho thấy dù là nhóm dịch vụ cơ bản và dễ chuẩn hóa, hiệu quả hỗ trợ - tư vấn vẫn chịu ảnh hưởng đáng

kể từ nguồn lực, quy mô tiếp nhận người bệnh và mức độ đầu tư cho CTXH tại từng bệnh viện. Kết quả kiểm định theo phân tuyến cũng khẳng định xu hướng này khi bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh được đánh giá hiệu quả cao hơn bệnh viện đa khoa tuyến huyện ($M = 4.56$ so với 3.98 ; $t = -2.48$; $p < 0.05$).

Đối với **dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe**, mức độ khác biệt theo cơ sở y tế thể hiện rõ hơn ($F = 5.63$; $p < 0.001$). Bệnh viện ĐKKV Tây Nam đạt mức hiệu quả cao nhất ($M = 4.86$; $SD = 0.29$), tiếp đến là Bệnh viện Ung bướu Nghệ An ($M = 4.52$; $SD = 0.66$) và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An ($M = 4.34$; $SD = 0.63$), trong khi Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương có mức đánh giá thấp nhất ($M = 3.69$; $SD = 0.71$). Kết quả này cho thấy hiệu quả truyền thông - giáo dục sức khỏe phụ thuộc mạnh vào cấu trúc nhân lực và mức độ chuyên môn hóa, đặc biệt là sự hiện diện của bộ phận hoặc nhân sự chuyên trách về truyền thông trong phòng CTXH. Sự khác biệt theo phân tuyến bệnh viện ($t = -2.74$; $p < 0.01$) tiếp tục khẳng định rằng tại tuyến tỉnh, hoạt động TT-GDSK được tổ chức bài bản và có tính hệ thống hơn so với tuyến huyện, nơi các hoạt động này chủ yếu mang tính lồng ghép và hành chính.

Đáng chú ý nhất là **dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế**, nhóm dịch vụ có mức độ khác biệt mạnh nhất theo cả cơ sở y tế và phân tuyến bệnh viện ($F = 8.82$; $p < 0,001$; $t = -3.44$; $p < 0.001$). Các bệnh viện tuyến tỉnh ghi nhận mức hiệu quả rất cao, đặc biệt là Bệnh viện ĐKKV Tây Nam ($M = 4.90$; $SD = 0.22$) và Bệnh viện Ung bướu Nghệ An ($M = 4.75$; $SD = 0.60$), trong khi Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương có mức đánh giá thấp nhất ($M = 3.29$; $SD = 0.94$). Khoảng cách này cho thấy dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế là nhóm dịch vụ nhạy cảm nhất với bối cảnh tổ chức, bởi việc triển khai hiệu quả đòi hỏi CTXH phải được tích hợp vào quy trình điều trị, có quyền tiếp cận thông tin chuyên môn và có cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng. Khi những điều kiện này chưa được bảo đảm, đặc biệt ở tuyến huyện, người làm CTXH khó phát huy vai trò cầu nối và do đó đánh giá hiệu quả dịch vụ ở mức thấp hơn.

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy hiệu quả dịch vụ công tác xã hội không phân hóa đồng đều giữa các nhóm dịch vụ, mà gia tăng theo mức độ phức tạp và yêu cầu tích hợp hệ thống của từng nhóm. Trong khi dịch vụ hỗ trợ - tư vấn chịu ảnh hưởng chủ yếu từ quy mô và nguồn lực bệnh viện, thì dịch vụ truyền thông - giáo dục sức khỏe và đặc biệt là dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế phản ánh rõ hơn mức độ thể chế hóa và vị thế của công tác xã hội trong hệ thống chăm sóc y tế. Phát hiện này tiếp tục củng cố luận điểm trung tâm của luận án rằng hiệu quả dịch vụ CTXH trong bệnh viện là kết quả của bối cảnh tổ chức và cơ chế vận hành hệ thống.

3.3.2. Đánh giá mức độ hài lòng của đối tượng thụ hưởng đối với dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện

3.3.2.1. Sự hài lòng của người bệnh/người nhà đối với dịch vụ công tác xã hội

Trong bối cảnh hệ thống y tế ngày càng chú trọng đến hiệu quả hoạt động và chất lượng chăm sóc, việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh đã trở thành một yêu cầu trung tâm trong xây dựng và điều chỉnh chính sách tổ chức dịch vụ y tế. Các nghiên cứu cho thấy chất lượng dịch vụ không chỉ quyết định trải nghiệm của người bệnh, mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao hình ảnh, uy tín và năng lực cạnh tranh của các cơ sở y tế. Do đó, sự hài lòng của người bệnh được xem như một chỉ báo tổng hợp, phản ánh mức độ đáp ứng của dịch vụ đối với nhu cầu, kỳ vọng và trải nghiệm thực tế trong quá trình khám, chữa bệnh. Chỉ số này không chỉ gắn với kết quả lâm sàng và tính an toàn người bệnh, mà còn liên quan đến hiệu quả cung ứng dịch vụ, mức độ tuân thủ điều trị và định hướng phát triển chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Trên cơ sở đó, việc phân tích sự hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá chất lượng chăm sóc toàn diện và đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả dịch vụ trong bối cảnh thực tiễn hiện nay.

**Bảng 3.12. Mức độ hài lòng của người bệnh/gia đình người bệnh
với dịch vụ hỗ trợ tư vấn tại bệnh viện**

| Hiệu quả dịch vụ CTXH | M | SD |
|--|-------------|-------------|
| <i>Nhóm 1. Dịch vụ hỗ trợ tư vấn</i> | 4.10 | 0.72 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | 4.30 | 0.79 |
| 2. Hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh | 4.32 | 0.77 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | 4.13 | 0.87 |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | 3.99 | 0.85 |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | 3.98 | 0.84 |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | 3.92 | 0.88 |
| <i>Nhóm 2. Dịch vụ truyền thông giáo dục</i> | 3.78 | 0.76 |
| 7. Giao tiếp, trao đổi thông tin khám chữa bệnh giữa người bệnh và nhân viên y tế | 3.76 | 0.86 |
| 8. Truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | 3.82 | 0.87 |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | 3.70 | 0.87 |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | 3.88 | 0.92 |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 3.63 | 0.85 |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh | 3.95 | 0.91 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh đánh giá mức độ hài lòng cao đối với các dịch vụ công tác xã hội tại bệnh viện, trong đó **nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn** ($M = 4.10$; $SD = 0.72$). Điều này phản ánh sự ghi nhận rõ rệt của người bệnh đối với các hoạt động hỗ trợ trực tiếp trong quá trình khám, chữa bệnh, đặc biệt là những dịch vụ gắn với tiếp xúc ban đầu, cung cấp thông tin và sự quan tâm cá nhân.

Trong nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn, các nội dung được người bệnh đánh giá hài lòng cao nhất đều là những hoạt động mang tính tương tác trực tiếp và hỗ trợ tức thời. Cụ thể, hoạt động *hỏi thăm người bệnh để nắm bắt tình hình sức khỏe và hoàn cảnh khó khăn* đạt mức cao nhất ($M = 4.32$; $SD = 0.77$), tiếp đến là *đón tiếp, chỉ dẫn và cung cấp thông tin ngay từ ban đầu* ($M = 4.30$; $SD = 0.79$). Đây là những dịch vụ diễn ra sớm trong hành trình điều trị, giúp người bệnh giảm bớt lo lắng, cảm giác bối rối và tăng mức độ an tâm khi tiếp cận hệ thống bệnh viện.

Các nội dung mang tính hỗ trợ sâu hơn như *hỗ trợ khẩn cấp cho nạn nhân bạo hành, tai nạn, thảm họa* cũng được đánh giá ở mức hài lòng khá cao ($M = 4.13$; $SD = 0.87$), cho thấy người bệnh ghi nhận vai trò bảo vệ và đảm bảo an toàn của công tác xã hội trong các tình huống đặc biệt. Trong khi đó, các dịch vụ liên quan đến *tư vấn quyền lợi, chính sách bảo hiểm y tế* ($M = 3.99$; $SD = 0.85$), *hỗ trợ thủ tục xuất viện và kết nối dịch vụ cộng đồng* ($M = 3.98$; $SD = 0.84$) và *hỗ trợ kinh phí, vật chất* ($M = 3.92$; $SD = 0.88$) có mức hài lòng thấp hơn tương đối. Điều này phản ánh những giới hạn về nguồn lực tài chính, cơ chế hành chính và khả năng kết nối an sinh xã hội của bệnh viện, khiến các dịch vụ này khó được triển khai đồng đều và thường xuyên.

Đối với **nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục**, mức độ hài lòng chung của người bệnh thấp hơn so với nhóm hỗ trợ - tư vấn ($M = 3.78$; $SD = 0.76$). Trong nhóm này, các nội dung như *truyền thông, giáo dục sức khỏe* ($M = 3.82$; $SD = 0.87$) và *phổ biến chính sách, pháp luật liên quan đến khám chữa bệnh* ($M = 3.88$; $SD = 0.92$) được đánh giá tích cực hơn, cho thấy người bệnh có nhu cầu tiếp nhận thông tin y tế và chính sách khi thông tin đó gắn trực tiếp với quyền lợi và quá trình điều trị. Ngược lại, các nội dung như *giới thiệu, quảng bá hình ảnh và dịch vụ của bệnh viện* ($M = 3.70$; $SD = 0.87$) và *tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý* ($M = 3.63$; $SD = 0.85$) có mức hài lòng thấp hơn, phản ánh thực tế người bệnh ít quan

tâm hoặc ít cảm nhận giá trị trực tiếp từ các hoạt động này trong bối cảnh ưu tiên hàng đầu vẫn là điều trị bệnh.

Đáng chú ý, mặc dù một số dịch vụ mang tính chuyên sâu như hỗ trợ tài chính thường xuyên, kết nối nguồn lực cộng đồng hay truyền thông sức khỏe bài bản chưa được triển khai đầy đủ, người bệnh vẫn đánh giá mức hài lòng chung đối với dịch vụ công tác xã hội ở mức cao. Hiện tượng này không mâu thuẫn, mà phản ánh đặc trưng tâm lý của họ trong môi trường khám chữa bệnh công. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy phần lớn người bệnh không đặt kỳ vọng ban đầu cao đối với dịch vụ công tác xã hội, bởi trước đây họ gần như không biết hoặc không được tiếp cận với loại hình dịch vụ này. Một người bệnh chia sẻ: *“Trước giờ đi viện là tự làm hết, hỏi ai thì hỏi điều dưỡng hoặc người quen. Nay có người đứng ra hướng dẫn, hỏi han vậy là tôi thấy tốt lắm rồi, chứ cũng không nghĩ bệnh viện phải giúp thêm gì nhiều”* (PVS, nam, 52 tuổi, người bệnh). Một trường hợp khác cho biết: *“Có người hỏi thăm, chỉ đường, giải thích thủ tục là mình đỡ rối hẳn. Hồi trước không có ai làm mấy việc này đâu”* (PVS, nữ, 60 tuổi, người bệnh). Những chia sẻ này cho thấy người bệnh so sánh trải nghiệm hiện tại với trạng thái “không có hỗ trợ” trong quá khứ, thay vì so sánh với một mô hình chăm sóc toàn diện và chuyên nghiệp.

Từ góc độ lịch sử - chính sách, điều này hoàn toàn có cơ sở. Trước năm 2015, phần lớn bệnh viện công lập ở Việt Nam chưa có bộ phận công tác xã hội chuyên trách; người bệnh phải tự xoay xở với thủ tục hành chính, tìm kiếm thông tin và giao tiếp với nhân viên y tế. Chỉ sau khi Bộ Y tế ban hành Thông tư 43/2015/TT-BYT, dịch vụ công tác xã hội mới được triển khai chính thức trong các bệnh viện. Do đó, trong tâm thế của nhiều người bệnh, việc có nhân viên hướng dẫn thủ tục, cung cấp thông tin và hỏi thăm sức khỏe đã được cảm nhận như một cải thiện lớn, dù các dịch vụ chuyên sâu vẫn còn hạn chế.

Một số người bệnh thậm chí bày tỏ sự “biết ơn” đối với những hỗ trợ cơ bản, thay vì đòi hỏi các can thiệp chuyên môn sâu: *“Mình bệnh thì chỉ mong được chữa cho tốt, có người chỉ giúp làm giấy tờ, nói chuyện nhẹ nhàng là quý rồi”* (PVS, nam, 45 tuổi, người bệnh). Cách nhìn nhận này cho thấy chuẩn kỳ vọng của người bệnh vẫn ở mức thấp, gắn với vai trò truyền thống của bệnh viện công là nơi điều trị y khoa, chứ chưa coi công tác xã hội là một cấu phần tất yếu của chăm sóc toàn diện.

Hiện tượng hài lòng cao trong bối cảnh dịch vụ chưa phát triển đầy đủ này phù hợp với mô hình “kỳ vọng - thực tế” trong lý thuyết hài lòng dịch vụ. Theo Oliver (1980); Parasuraman và cộng sự (1988), khi kỳ vọng ban đầu thấp, bất kỳ sự cải thiện nào trong cung ứng dịch vụ cũng có thể tạo ra mức độ hài lòng cao. Trong trường hợp này, các dịch vụ công tác xã hội cơ bản như đón tiếp, chỉ dẫn, hỏi thăm sức khỏe đã tạo ra “xác nhận dương” (positive disconfirmation) so với kỳ vọng ban đầu của người bệnh, từ đó dẫn đến mức hài lòng chung cao.

Tuy nhiên, cách diễn giải này cũng đặt ra một vấn đề quan trọng trong đánh giá chất lượng dịch vụ: mức độ hài lòng cao không đồng nghĩa với việc dịch vụ đã đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tế của người bệnh. Các kết quả phân tích về khó khăn và nhu cầu cho thấy người bệnh vẫn gặp nhiều trở ngại về tài chính, tâm lý và hỗ trợ sau điều trị - những lĩnh vực mà dịch vụ công tác xã hội hiện nay mới chỉ can thiệp ở mức hạn chế. Do đó, mức độ hài lòng cao hiện tại phản ánh nhiều hơn hiệu ứng cải thiện ban đầu của dịch vụ, chứ chưa phải là chỉ báo đầy đủ cho hiệu quả chuyên môn và chiều sâu can thiệp của công tác xã hội trong bệnh viện.

Từ đây có thể thấy, trong giai đoạn phát triển tiếp theo, việc nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội không nên chỉ dựa vào chỉ số hài lòng, mà cần đồng thời nâng chuẩn kỳ vọng của người bệnh thông qua truyền thông, chuẩn hóa dịch vụ và mở rộng các can thiệp chuyên sâu. Khi kỳ vọng của người bệnh tăng lên, dịch vụ công tác xã hội sẽ phải chuyển từ “làm tốt những việc cơ bản” sang đáp ứng thực chất các nhu cầu nền tảng và phức tạp hơn, qua đó phản ánh đúng vai trò chuyên môn của công tác xã hội trong hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện đại.

Bảng 3.13. Sự khác biệt về mức độ hài lòng đối với dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện của người bệnh theo đặc điểm cá nhân và bối cảnh điều trị

| | Nhóm dịch vụ | | | |
|---------------------------|------------------------|------|--------------------------------|------|
| | Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn | | Dịch vụ truyền thông, giáo dục | |
| | M | SD | M | SD |
| <i>Cơ sở y tế</i> | | | | |
| BV ĐKKV Tây Nam | 4.34 | 0.64 | 3.93 | 0.82 |
| BV Ung bướu Nghệ An | 3.92 | 0.81 | 3.49 | 0.69 |
| BV Đa khoa thành phố Vinh | 4.30 | 0.68 | 4.01 | 0.80 |
| BV Sản nhi Nghệ An | 3.99 | 0.79 | 3.87 | 0.73 |
| BV Đa khoa Thanh | 3.97 | 0.58 | 3.62 | 0.65 |

| | | | | |
|--|---------------|------|---------------|------|
| Chương | | | | |
| F (Sig.) | 8.1 (0.00)* | | 8.77 (0.00)* | |
| <i>Khu vực cư trú</i> | | | | |
| Thành phố | 4.22 | 0.71 | 3.92 | 0.80 |
| Nông thôn | 3.99 | 0.79 | 3.73 | 0.76 |
| t (Sig.) | 2.56 (0.01)* | | 2.08 (0.03)* | |
| <i>Mức độ bệnh</i> | | | | |
| Nặng, rất nặng | 4.00 | 0.69 | 3.60 | 0.72 |
| Bình thường, nhẹ | 4.19 | 0.73 | 3.94 | 0.76 |
| t (Sig.) | -2.89 (0.00)* | | -5.09 (0.00)* | |
| <i>Số lần vào viện trong năm vừa qua</i> | | | | |
| Một lần | 4.20 | 0.67 | 3.88 | 0.74 |
| Hai lần | 3.97 | 0.71 | 3.70 | 0.72 |
| Ba lần trở lên | 3.90 | 0.92 | 3.46 | 0.88 |
| F (Sig.) | 7.33 (0.00)* | | 8.48 (0.00)* | |
| <i>Thời gian điều trị ở viện lâu nhất</i> | | | | |
| Dưới 1 tuần | 4.20 | 0.76 | 3.96 | 0.77 |
| Từ 1- dưới 3 tuần | 4.05 | 0.69 | 3.65 | 0.78 |
| Từ 3 tuần trở lên | 3.90 | 0.82 | 3.58 | 0.73 |
| F (Sig.) | 2.15 (0.11)* | | 4.51 (0.01)* | |
| <i>Trình độ học vấn</i> | | | | |
| Từ THPT trở xuống | 4.06 | 0.71 | 3.70 | 0.71 |
| Trung cấp/CD/ĐH | 4.20 | 0.77 | 4.07 | 0.85 |
| Trên ĐH | 4.57 | 0.65 | 4.25 | 0.91 |
| F (Sig.) | 3.83 (0.02)* | | 1.76 (0.00)* | |
| <i>Thu nhập hiện tại của hộ gia đình</i> | | | | |
| Dưới 10 triệu đồng | 4.09 | 0.72 | 3.74 | 0.75 |
| Từ 10 triệu đồng trở lên | 4.20 | 0.75 | 4.04 | 0.81 |
| t (Sig.) | -1.27 (0.20) | | -3.14 (0.00)* | |
| <i>Phân tuyến bệnh viện</i> | | | | |
| Tuyến tỉnh | 4.19 | 0.74 | 3.81 | 0.80 |
| Tuyến huyện | 3.98 | 0.69 | 3.74 | 0.70 |
| t (Sig.) | 3.19 (0.00)* | | 1.04 (0.29) | |
| <i>Loại hình bệnh viện</i> | | | | |
| Chuyên khoa | 3.95 | 0.80 | 3.68 | 0.74 |
| Đa khoa | 4.20 | 0.65 | 3.85 | 0.78 |
| t (Sig.) | -3.65 (0.00)* | | -2.51 (0.01)* | |

Ghi chú: *: $p < 0,05$; F trong kiểm định Anova, t trong kiểm định T-test.

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả kiểm định cho thấy mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ công tác xã hội có sự phân hóa rõ rệt theo cơ sở y tế, thể hiện nhất quán ở cả hai nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn và truyền thông - giáo dục. Nhóm bệnh viện ghi nhận mức hài lòng cao hơn gồm Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh và Bệnh viện ĐKKV Tây Nam, với điểm trung bình đều vượt ngưỡng 4.0 ở dịch vụ hỗ trợ - tư vấn (BV TP Vinh: $M = 4.30$; $SD = 0.68$; BV Tây Nam: $M = 4.34$; $SD = 0.64$) và đạt mức khá cao ở dịch vụ truyền thông - giáo dục (M dao động từ 3.90 đến 4.01). Điều này cho thấy tại các bệnh viện này, dịch vụ công tác xã hội được tổ chức tương đối ổn định, dễ tiếp cận và phát huy hiệu quả vai trò hỗ trợ thông tin, tư vấn và định hướng cho người bệnh trong quá trình khám, chữa bệnh.

Bệnh viện Sản nhi Nghệ An nằm ở nhóm trung gian, với mức độ hài lòng ở mức khá nhưng chưa nổi trội (hỗ trợ - tư vấn: $M = 3.99$; $SD = 0.79$; truyền thông - giáo dục: $M = 3.87$; $SD = 0.73$). Kết quả này phản ánh đặc thù của bệnh viện chuyên khoa, nơi đối tượng thụ hưởng dịch vụ chủ yếu là bệnh nhi và người nhà, hay sản phụ - nhóm có nhu cầu cao về hướng dẫn, giải thích và hỗ trợ tâm lý. Tuy nhiên, áp lực quá tải, yêu cầu chăm sóc chuyên biệt và tính nhạy cảm của bối cảnh điều trị khiến các hoạt động công tác xã hội khó được triển khai đồng đều và liên tục, từ đó làm mức độ hài lòng dừng lại ở trạng thái trung bình khá.

Ngược lại, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An và Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương ghi nhận mức độ hài lòng thấp hơn rõ rệt, đặc biệt ở nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục (Ung bướu: $M = 3.40$; $SD = 0.69$; Thanh Chương: $M = 3.62$; $SD = 0.65$), đồng thời mức hài lòng đối với dịch vụ hỗ trợ - tư vấn cũng thấp hơn so với nhóm bệnh viện tuyến trên. Tuy cùng nằm trong nhóm mức thấp, nhưng nguyên nhân của sự suy giảm mức độ hài lòng tại hai bệnh viện này lại khác nhau về bản chất. Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, người bệnh chủ yếu là các ca bệnh nặng, điều trị kéo dài, số lần nhập viện nhiều và nhu cầu thông tin, đồng hành rất cao, khiến khoảng cách giữa kỳ vọng của người bệnh và khả năng đáp ứng của các dịch vụ truyền thông - giáo dục trở nên rõ nét hơn. Trong khi đó, tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương, hạn chế về nguồn lực, nhân sự và năng lực tổ chức dịch vụ công tác

xã hội làm cho các hoạt động hỗ trợ và truyền thông chưa được triển khai đồng đều giữa các khoa, phòng, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến trải nghiệm và mức độ hài lòng của người bệnh.

Nhìn chung, sự khác biệt về mức độ hài lòng giữa các bệnh viện không phản ánh việc “làm tốt hay kém” của từng cơ sở, mà phản ánh khoảng cách giữa nhu cầu hỗ trợ ngày càng gia tăng của người bệnh và khả năng đáp ứng dịch vụ trong những bối cảnh tổ chức và bệnh tật khác nhau, qua đó nhấn mạnh tính bối cảnh và tính hệ thống của dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện.

Kết quả kiểm định cũng cho thấy mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ công tác xã hội có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo một số đặc điểm liên quan trực tiếp đến trải nghiệm điều trị, bao gồm mức độ bệnh, số lần vào viện, thời gian điều trị, trình độ học vấn và thu nhập hộ gia đình. Cụ thể, nhóm người bệnh có mức độ bệnh nặng hoặc rất nặng ghi nhận mức độ hài lòng thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhẹ hoặc bình thường, đặc biệt ở nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục ($M = 3.60$ so với $M = 3.94$; $p < 0,001$). Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận ở nhóm người bệnh có thời gian điều trị kéo dài và số lần nhập viện nhiều, với mức độ hài lòng giảm dần theo mức độ “tích lũy trải nghiệm” trong hệ thống bệnh viện. Nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân không chỉ phản ánh chất lượng lâm sàng mà chịu ảnh hưởng đa chiều từ các yếu tố nhân khẩu, kinh nghiệm điều trị và bối cảnh tổ chức dịch vụ (Batbaatar et al., 2017; Ferreira et al., 2023; Mularczyk-Tomczewska, 2025). Các nghiên cứu tổng quan cũng xác định rằng các yếu tố như trình độ học vấn, trạng thái sức khỏe tự nhận thức và sự giao tiếp giữa người bệnh và nhân viên y tế là những nhân tố quan trọng góp phần vào mức độ hài lòng tổng thể (Kalaja, 2023; Mularczyk-Tomczewska, 2025).

Từ góc độ cơ chế, người bệnh càng nặng, điều trị càng dài ngày hoặc tái nhập viện nhiều lần thì nhu cầu thông tin, giải thích, định hướng và đồng hành tâm lý - xã hội càng gia tăng. Trong khi đó, nếu năng lực tổ chức các dịch vụ truyền thông - giáo dục và hỗ trợ chuyên sâu của bệnh viện không theo kịp mức gia tăng nhu cầu này, khoảng cách giữa kỳ vọng và khả năng đáp ứng sẽ trở nên rõ nét hơn, từ đó làm suy

giảm mức độ hài lòng. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng tái nhập viện và thời gian điều trị kéo dài thường gắn với cảm nhận điều trị “chưa trọn vẹn”, gia tăng lo âu và bất định, đặc biệt khi người bệnh không nhận được thông tin đầy đủ hoặc nhất quán về kế hoạch chăm sóc và tiên lượng bệnh (Boudreau và cộng sự, 2022).

Bên cạnh các yếu tố lâm sàng, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mức độ hài lòng khác biệt theo trình độ học vấn và thu nhập hộ gia đình, đặc biệt ở nhóm dịch vụ truyền thông - giáo dục. Người bệnh có trình độ học vấn và thu nhập cao hơn có xu hướng đánh giá mức độ hài lòng thấp hơn nếu thông tin cung cấp không đầy đủ, thiếu chiều sâu hoặc không đáp ứng kỳ vọng của họ. Điều này phù hợp với các tổng quan hệ thống về sự hài lòng của người bệnh, trong đó nhấn mạnh rằng học vấn và điều kiện kinh tế - xã hội không chỉ ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin, mà còn định hình chuẩn kỳ vọng và cách diễn giải trải nghiệm chăm sóc y tế (Batbaatar et al., 2017)

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ công tác xã hội không phải là một phản ứng cảm xúc đơn lẻ, mà là kết quả của sự tương tác giữa tình trạng bệnh, cường độ và thời gian tiếp xúc với hệ thống y tế, cùng với nền tảng kinh tế - xã hội và kỳ vọng dịch vụ. Phát hiện này củng cố lập luận rằng mức độ hài lòng mang tính bối cảnh và hệ thống, đồng thời tạo tiền đề quan trọng để luận án tiếp tục bàn luận sâu hơn cơ chế “kỳ vọng thấp - hài lòng cao” trong bối cảnh các dịch vụ công tác xã hội tại bệnh viện công ở Việt Nam mới được hình thành và chuẩn hóa trong thời gian chưa dài, phù hợp với khung lý thuyết Expectation-Disconfirmation (Parasuraman và cộng sự, 1988).

3.2.2.1. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với dịch vụ công tác xã hội

Kết quả khảo sát định lượng cho thấy, người làm công tác xã hội đánh giá mức độ hiệu quả của các dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế ở mức cao ($M = 4.26$). Đồng thời, dữ liệu định tính cũng cho kết quả tương tự. Đa số nhân viên y tế khi được hỏi trực tiếp trong các cuộc phỏng vấn sâu cũng khẳng định rằng họ hài lòng với những hỗ trợ mà công tác xã hội mang lại. Phân tích dữ liệu định tính cho thấy khi được hỏi về những hoạt động hỗ trợ khiến họ cảm thấy hài lòng, phần lớn nhân viên y tế

thường nhắc đến hai nhóm hoạt động chính: một là các hình thức hỗ trợ ban đầu đối với người bệnh, chẳng hạn như đón tiếp, hướng dẫn thủ tục, cung cấp thông tin giúp giảm tải áp lực giao tiếp cho y bác sĩ; hai là những hoạt động mang tính phúc lợi, phong trào như thăm hỏi đồng nghiệp ốm đau, gây quỹ hỗ trợ nhân viên y tế bệnh hiểm nghèo, quyên góp khi có thiên tai, tổ chức sinh nhật, tặng hoa dịp sinh nhật... *“Mỗi khi có công tác xã hội xuống đón tiếp, giải thích cho người bệnh, chúng tôi thấy nhẹ hẳn vì bớt áp lực bị hỏi han quá nhiều.”* hay chia sẻ: *“Những lúc đồng nghiệp gặp khó khăn, được công đoàn và công tác xã hội cùng nhau thăm hỏi, hỗ trợ kinh phí chữa bệnh, chúng tôi cảm thấy rất ấm lòng.”* (PVS, nữ, 30 tuổi, nhân viên y tế).

Đa số nhân viên y tế đều khẳng định rằng họ hài lòng với sự hỗ trợ từ công tác xã hội, nhất là ở các khâu tiếp xúc trực tiếp với người bệnh như đón tiếp, hướng dẫn thủ tục, cung cấp thông tin ban đầu, hoặc trong các hoạt động mang tính phúc lợi - phong trào như thăm hỏi đồng nghiệp ốm đau, quyên góp hỗ trợ khi có thiên tai, tặng hoa sinh nhật, tổ chức các phong trào văn nghệ, thể thao, bữa cơm từ thiện...

“Tôi cảm thấy hài lòng vì có đội ngũ nhân viên hỗ trợ tiếp đón từ bên ngoài, họ hướng dẫn cho người bệnh, nên chúng tôi cũng đỡ vất vả hơn” (PVS, nam, 27 tuổi, nhân viên y tế).

“Ở bệnh viện chúng tôi thì phòng công tác xã hội họ có hỗ trợ các nhân viên khó khăn, kêu gọi công đoàn ủng hộ. Rồi họ tổ chức các buổi văn hóa, văn nghệ, các cuộc thi cắm hoa ngày 8/3 rồi các cuộc thi ngày 20/7, 20/10... cũng vui lắm” (PVS, nữ 42 tuổi, nhân viên y tế).

Những trải nghiệm gần gũi này tạo cho họ cảm giác được quan tâm, được sẻ chia, qua đó hình thành nên đánh giá tích cực về “hiệu quả” của công tác xã hội trong bệnh viện. Tuy nhiên, khi đối chiếu với nội dung được quy định trong Thông tư 43/2015/TT-BYT, có thể nhận thấy một độ lệch đáng kể trong cảm nhận và thực tế triển khai.

Nghiên cứu của (Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và cộng sự, 2018) cung cấp thêm bằng chứng để lý giải hiện tượng này. Kết quả khảo sát định lượng với gần

300 nhân viên y tế cho thấy có tới 79,9% nhân viên có kiến thức kém về công tác xã hội y tế, chỉ 0,2% đạt mức “tốt” và 19,5% ở mức trung bình. Đáng chú ý, phần lớn nhân viên y tế đã đồng nhất CTXH với hoạt động từ thiện hoặc chăm lo phúc lợi tập thể, thay vì nhận diện đúng vai trò chuyên môn của dịch vụ này trong hỗ trợ điều trị và chăm sóc toàn diện. Điều này hoàn toàn tương đồng với phát hiện từ dữ liệu định tính tại Nghệ An, khi nhân viên y tế cho rằng những hoạt động mang tính phong trào - như thăm hỏi, tặng quà, hỗ trợ đồng nghiệp khó khăn - chính là công tác xã hội: *“Công tác xã hội thì tôi thấy chủ yếu là thăm hỏi, tặng quà, động viên anh em khi ốm đau. Còn chuyện tham vấn hay hỗ trợ tâm lý thì gần như chưa thấy”* (PVS, nam, 30 tuổi, nhân viên y tế).

Theo hướng dẫn chính thức, công tác xã hội trong bệnh viện có hai nhiệm vụ trực tiếp hỗ trợ nhân viên y tế, đó là: (i) cung cấp thông tin xã hội của người bệnh nhằm phục vụ cho quá trình chẩn đoán, điều trị và ra quyết định lâm sàng; và (ii) động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi họ gặp khó khăn, vướng mắc trong quá trình tương tác nghề nghiệp với người bệnh (Bộ Y Tế, 2015). Đây là những nhiệm vụ mang tính chuyên môn, gắn trực tiếp với việc nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và giảm thiểu áp lực nghề nghiệp. Nhân viên y tế, mặc dù khẳng định họ hài lòng, song thực tế lại chưa đánh giá đúng trọng tâm của dịch vụ công tác xã hội, khi họ đồng nhất sự quan tâm tinh thần và phúc lợi tập thể với vai trò chuyên môn của công tác xã hội. Điều này lý giải tại sao mức độ hài lòng được ghi nhận cao trong khảo sát, nhưng lại chưa phản ánh đầy đủ chất lượng và mức độ chuyên nghiệp của dịch vụ CTXH theo chuẩn mực chính thức. Có thể lý giải sự chênh lệch này từ nhiều khía cạnh:

Thứ nhất, tình trạng khan hiếm nguồn lực hỗ trợ trong môi trường bệnh viện khiến nhân viên y tế thường đánh giá cao mọi hình thức quan tâm, dù chỉ là những hỗ trợ nhỏ về tinh thần. Trong bối cảnh thiếu các dịch vụ tham vấn tâm lý và hỗ trợ chuyên môn chính thức, những hành động giản đơn như thăm hỏi, chia sẻ, hay tổ chức văn nghệ, thể thao cũng được coi là có giá trị. *“Chỉ cần có ai hỏi han, động viên khi mình mệt mỏi là cũng thấy được quan tâm rồi. Ở viện nhiều khi làm việc căng thẳng, chỉ một lời chia sẻ cũng quý.”* (PVS, 38 tuổi, nữ nhân viên y tế). Như

vậy, sự hài lòng trong khảo sát phản ánh nhu cầu được quan tâm hơn là chất lượng chuyên môn của dịch vụ.

Thứ hai, tồn tại sự nhầm lẫn vai trò giữa công tác xã hội và công đoàn/hội đoàn thể. Do ranh giới chưa rõ ràng, nhiều nhân viên y tế đã đồng nhất các hoạt động tương trợ tập thể với công tác xã hội. *“Bên công tác xã hội, tôi thấy thỉnh thoảng có thăm hỏi đồng nghiệp bị bệnh hiểm nghèo, hay quyên góp cho gia đình khó khăn. Chúng tôi thấy đó cũng là công tác xã hội”* (PVS, nam, 29 tuổi, nhân viên y tế). Theo lý thuyết vai trò, đây là biểu hiện của tình trạng *mơ hồ vai trò* và *chồng lấn vai trò*, khi các kỳ vọng xã hội dành cho công đoàn được “áp” lên phòng công tác xã hội. Hệ quả là, nhân viên y tế đánh giá hiệu quả CTXH dựa trên trải nghiệm thực tế của các hoạt động công đoàn, thay vì những dịch vụ chuyên sâu vốn là chức năng đặc thù của CTXH.

Thứ ba là khoảng cách giữa chính sách và khả năng thể chế hóa tại bệnh viện là một trong những nguyên nhân cốt lõi. Thông tư 43 đã đưa ra khung nhiệm vụ rõ ràng, nhưng chưa đi kèm cơ chế ràng buộc về nhân sự, ngân sách và giám sát, khiến nhiều bệnh viện triển khai CTXH theo hướng hình thức, “có phòng cho đúng quy định” nhưng thiếu nhân lực được đào tạo bài bản.

Như vậy, kết quả khảo sát và phân tích định tính cho thấy, mặc dù nhân viên y tế đánh giá cao và bày tỏ sự hài lòng với những hỗ trợ mà công tác xã hội mang lại, nhưng sự hài lòng này phần lớn xuất phát từ các hoạt động mang tính phúc lợi, phong trào và sự quan tâm tinh thần, hơn là các dịch vụ hỗ trợ chuyên môn theo định hướng của Thông tư 43/2015/TT-BYT. Điều này phản ánh một khoảng cách đáng kể giữa cảm nhận chủ quan và thực tiễn triển khai, đồng thời cho thấy vai trò đặc thù của công tác xã hội trong bệnh viện vẫn chưa được nhận diện và phát huy một cách đầy đủ. Kết quả nghiên cứu khẳng định sự cần thiết phải chuyên nghiệp hóa và chuẩn hóa dịch vụ CTXH dành cho nhân viên y tế, qua đó nâng cao tính bền vững, hiệu quả và đúng định hướng chính sách. Đây cũng chính là cơ sở để Chương 4 tập trung đề xuất các giải pháp hoàn thiện tổ chức và hoạt động của dịch vụ CTXH trong bệnh viện theo hướng chuyên môn hóa và đáp ứng nhu cầu thực chất của đội ngũ y tế.

Tiểu kết chương 3

Chương 3 đã phác họa tương đối toàn diện bức tranh thực trạng dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An trong bối cảnh một hệ thống y tế có sự phân tầng rõ rệt về địa lý, kinh tế - xã hội và nguồn lực tổ chức. Kết quả nghiên cứu cho thấy dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An đã được hình thành trên nền tảng hành lang pháp lý tương đối đầy đủ, đặc biệt từ Thông tư 43/2015/TT-BYT và đang đứng trước yêu cầu chuẩn hóa, chuyên môn hóa cao hơn theo Thông tư 51/2024/TT-BYT. Tuy nhiên, quá trình hiện thực hóa chính sách trong thực tiễn phản ánh một trạng thái chuyển tiếp, trong đó cấu trúc tổ chức đã được thiết lập nhưng mức độ tích hợp chức năng và năng lực vận hành chuyên môn còn chưa đồng đều giữa các bệnh viện.

Thực trạng tổ chức và vận hành cho thấy mô hình CTXH tại Nghệ An chịu chi phối mạnh bởi sự giao thoa giữa tuyến chuyên môn và địa bàn hoạt động. Các bệnh viện ở đô thị có xu hướng phát triển bộ phận CTXH theo hướng rõ chức năng hơn, trong khi các bệnh viện ở khu vực khó khăn vẫn chủ yếu vận hành theo mô hình lồng ghép, với cơ chế phối hợp linh hoạt nhưng chưa chuẩn hóa. Vì vậy, CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An hiện phản ánh rõ đặc trưng của một hệ thống đang từng bước hoàn thiện mức độ tích hợp chức năng: đã có tổ chức, đã có hoạt động, nhưng chưa vận hành đồng đều như một tiểu hệ thống chuyên môn độc lập trong toàn bộ chuỗi chăm sóc.

Một phát hiện nổi bật của chương là cấu trúc nhân lực hiện nay đang trực tiếp định hình phạm vi và chất lượng dịch vụ CTXH. Đội ngũ CTXH mang đặc trưng trẻ hóa, nữ hóa, phân bố tập trung ở khu vực đô thị và đặc biệt có tỷ lệ lớn chưa được đào tạo đúng chuyên ngành. Những đặc điểm này tạo thuận lợi cho các hoạt động giao tiếp, hỗ trợ ban đầu và chăm sóc người bệnh, nhưng đồng thời cũng góp phần lý giải vì sao dịch vụ CTXH hiện thiên về hỗ trợ hành chính, hướng dẫn, chăm sóc khách hàng và vận động nguồn lực, trong khi các chức năng chuyên sâu như tham vấn tâm lý, quản lý ca, hỗ trợ khủng hoảng hay phối hợp liên ngành chưa được triển

khai tương xứng. Như vậy, chất lượng dịch vụ CTXH trong bệnh viện không thể tách rời cấu trúc và năng lực của nguồn nhân lực.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy dịch vụ CTXH tại Nghệ An đang được triển khai theo một mô thức mất cân đối về chức năng. Các hoạt động có tần suất cao nhất là những hoạt động gắn trực tiếp với vận hành bệnh viện như đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, hỗ trợ thủ tục và hỗ trợ vật chất ban đầu; trong khi các dịch vụ mang tính lâm sàng và liên tục như hỗ trợ tâm lý - xã hội, can thiệp khủng hoảng, hỗ trợ sau xuất viện và kết nối cộng đồng còn mờ nhạt. Điều này cho thấy CTXH trong bệnh viện hiện đang được hiện thực hóa nhiều hơn theo logic vận hành của hệ thống y tế, hơn là theo logic nghề nghiệp CTXH với đầy đủ các chức năng chuyên môn sâu. Đây là một phát hiện có ý nghĩa học thuật quan trọng, bởi nó chỉ ra khoảng cách giữa thiết kế chính sách và thực thi dịch vụ trong bối cảnh địa phương.

Từ góc nhìn người bệnh và người nhà người bệnh, chương này cũng cho thấy quá trình khám chữa bệnh tại Nghệ An gắn với một hệ thống khó khăn đa chiều, trong đó nổi bật là khó khăn tài chính, áp lực thu xếp gia đình, khó khăn tâm lý - xã hội, rào cản trong sử dụng dịch vụ y tế và thích ứng với môi trường bệnh viện. Các khó khăn này không chỉ là đặc điểm của cá nhân hoặc hộ gia đình, mà có mối liên hệ trực tiếp với nhu cầu sử dụng các dịch vụ CTXH như tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ an sinh, tham vấn tâm lý và kết nối nguồn lực. Tuy nhiên, mức độ tiếp cận dịch vụ còn cho thấy một khoảng cách đáng kể giữa nhận biết, tiếp xúc và sử dụng thực tế, phản ánh rằng CTXH trong bệnh viện chưa trở thành một cấu phần chăm sóc thường quy mà mọi người bệnh đều có thể tiếp cận bình đẳng.

Mặc dù vậy, kết quả đánh giá về mức độ thường xuyên nhận hỗ trợ và sự hài lòng của người bệnh/người nhà cho thấy dịch vụ CTXH đã tạo ra những giá trị hỗ trợ nhất định, đặc biệt ở các nội dung mang tính gần gũi, trực tiếp và dễ cảm nhận như đón tiếp, hướng dẫn, hỏi thăm, hỗ trợ thông tin và hỗ trợ ban đầu trong quá trình điều trị. Điều này cho thấy CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An đã bước đầu khẳng định được vai trò nhân văn và hỗ trợ xã hội trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, hiệu quả và sự hài lòng vẫn phân hóa theo nhóm dịch vụ, theo bối

cảnh tổ chức và theo mức độ tích hợp của CTXH vào hoạt động bệnh viện, cho thấy dư địa rất lớn cho việc nâng cao tính chuyên nghiệp, tính hệ thống và tính công bằng của dịch vụ trong giai đoạn tiếp theo.

Tóm lại, bức tranh thực trạng trong Chương 3 cho thấy dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An đã vượt qua giai đoạn hình thành ban đầu, nhưng vẫn đang trong quá trình chuyển dịch từ mô hình hỗ trợ vận hành sang mô hình dịch vụ chuyên môn tích hợp. Chính trạng thái chuyển tiếp này là chìa khóa để lý giải đồng thời cả những kết quả tích cực đã đạt được và những khoảng trống còn tồn tại. Đây cũng là cơ sở thực tiễn và học thuật quan trọng để Chương 4 tiếp tục phân tích các yếu tố ảnh hưởng và đề xuất các giải pháp hoàn thiện dịch vụ CTXH trong bệnh viện theo hướng chuẩn hóa, chuyên môn hóa và phù hợp hơn với bối cảnh tỉnh Nghệ An.

Chương 4. QUAN ĐIỂM CỦA NGƯỜI LÀM CÔNG TÁC XÃ HỘI VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

Trong chương này, nghiên cứu tập trung vào phân tích quan điểm của người làm công tác xã hội về một số yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện như: yếu tố tổ chức, chính sách phát triển nhân lực và các yếu tố thuộc về người làm công tác xã hội. Đồng thời, chương này cũng làm rõ mức độ nhận thức về vai trò và chức năng của công tác xã hội trong môi trường y tế. Trên cơ sở đó, đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện, phù hợp với yêu cầu đổi mới của hệ thống y tế trong giai đoạn hiện nay. Các khuyến nghị nhấn mạnh việc hoàn thiện cơ chế chính sách và khung pháp lý, tăng cường năng lực chuyên môn cho đội ngũ cán bộ công tác xã hội, nâng cao nhận thức của người bệnh, gia đình và cộng đồng về vai trò của công tác xã hội, đồng thời phát triển mô hình tổ chức dịch vụ theo hướng chuyên nghiệp, toàn diện và bền vững.

4.1. Các yếu tố thuộc về tổ chức và chính sách liên quan đến việc triển khai hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

4.1.1. Yếu tố thuộc về tổ chức

Theo quan điểm của người làm công tác xã hội, các yếu tố thuộc về tổ chức có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ triển khai hoạt động dịch vụ công tác xã hội trong các bệnh viện tại Nghệ An. Mặc dù đa số bệnh viện đã thành lập phòng hoặc tổ CTXH theo đúng quy định tại Thông tư 43/2015/TT-BYT, nhưng hiệu quả hoạt động còn phụ thuộc nhiều vào cơ cấu tổ chức, sự quan tâm của lãnh đạo, nguồn lực nhân sự và cơ chế phối hợp nội viện.

Bảng 4.1. Quan điểm của người làm công tác xã hội về yếu tố tổ chức ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

| Yếu tố tổ chức | N | M | SD |
|---|----------|----------|-----------|
| 1. Cơ chế, chính sách phát triển CTXH bệnh viện | 105 | 3.79 | 1.19 |
| 2. Loại hình bệnh viện | 105 | 3.67 | 1.23 |
| 3. Quy mô bệnh viện | 104 | 3.80 | 1.18 |
| 4. Địa bàn phân bố bệnh viện | 105 | 3.81 | 1.17 |
| 5. Khả năng tài chính của bệnh viện | 105 | 4.16 | 0.93 |
| 6. Năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện | 105 | 4.17 | 1.08 |
| 7. Quan điểm, chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH | 105 | 4.39 | 0.96 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Người làm CTXH cho rằng các yếu tố này không chỉ quyết định việc dịch vụ có được triển khai hay không, mà còn định hình cách thức dịch vụ được tổ chức, mức độ triển khai các nội dung công việc và khả năng duy trì hoạt động một cách ổn định trong thực tiễn bệnh viện.

Bảng 4.1 cho thấy người làm công tác xã hội đánh giá các yếu tố tổ chức đều có mức độ ảnh hưởng từ khá đến lớn đối với sự phát triển dịch vụ CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An, với điểm trung bình dao động từ 3.67 đến 4.39. Trong đó, **“Quan điểm, chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH”** ($M = 4.39$, $SD = 0.96$) và **“Năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện”** ($M = 4.17$, $SD = 1.08$) được đánh giá được cho là yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến việc triển khai dịch vụ CTXH.

Người làm CTXH nhận định rằng trong bối cảnh CTXH còn là lĩnh vực tương đối mới, khung pháp lý mới chỉ tạo nền tảng ban đầu, còn việc dịch vụ được triển khai ở mức độ nào phụ thuộc chủ yếu vào định hướng của Ban Giám đốc. Khi lãnh đạo nhìn nhận CTXH là một thành tố của chất lượng bệnh viện, bộ phận CTXH có điều kiện được tổ chức rõ ràng, được trao quyền và tham gia vào chuỗi chăm sóc người bệnh. Ngược lại, khi thiếu sự quan tâm hoặc định hướng phù hợp, các hoạt động CTXH dễ bị thu hẹp vào các nhiệm vụ mang tính hỗ trợ hành chính. *“Thực sự chủ trương và quan điểm của lãnh đạo hết sức quan trọng. Trước đây, cán bộ, nhân viên chúng tôi không ai muốn làm việc ở phòng Công tác xã hội, bởi vì ai không hoàn thành nhiệm vụ hoặc sinh con thứ ba, hay bị kỷ luật sẽ bị điều chuyển về đó. Vì thế, nói đến công tác xã hội là hình ảnh không tốt. Nhưng từ khi bác Giám đốc mới về, bác thay đổi hoàn toàn: bác rất ủng hộ hoạt động công tác xã hội, chính vì vậy bác đã tuyển dụng những người đúng chuyên môn, tạo điều kiện tối đa để hoạt động công tác xã hội phát triển. Hiện nay, chúng tôi đã được đứng ngang hàng với các phòng ban, và tập thể công tác xã hội thực sự là một đội hỗ trợ rất tốt cho hoạt động cung cấp dịch vụ chung của toàn bệnh viện.”*(PVS, nữ, 37 tuổi, người làm CTXH).

Người làm CTXH cho rằng lãnh đạo như yếu tố “kích hoạt hệ thống”, quyết định việc CTXH có được triển khai như một chức năng chuyên môn hay chỉ dừng lại ở các hoạt động hỗ trợ. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến phạm vi triển khai dịch vụ, từ các hoạt động cơ bản như hướng dẫn, tiếp đón đến khả năng mở rộng sang các nội dung chuyên sâu hơn. Trong trường hợp thiếu định hướng rõ ràng, người làm CTXH cho biết các hoạt động thường bị thu hẹp, mang tính tình huống và khó mở rộng. *“Công việc của chúng tôi là toàn bộ buổi sáng đứng tiếp đón ở sảnh khoa khám bệnh - hướng dẫn bệnh nhân đi đúng phòng khám, chỉ đường nhà vệ sinh, giải đáp thắc mắc về giờ làm việc của các khoa. Buổi chiều thì chúng tôi lên phòng để gọi điện thông báo lịch hẹn khám lại, trực đường dây nóng để tiếp nhận phản ánh, góp ý... Một số buổi trong tuần chúng tôi đi xuống các khoa để khảo sát sự hài lòng của người bệnh. Nói chung công việc của chúng tôi nhẹ nhàng, không phức tạp”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH).

Thực tiễn tại Bệnh viện Đa khoa TP Vinh, cho thấy định hướng, quan điểm quản lý của lãnh đạo là nhân tố quyết định để dịch vụ công tác xã hội phát triển và tích hợp vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện. Bệnh viện ĐKTP Vinh đã tiên phong triển khai mô hình “bệnh viện thông minh - chuyên nghiệp - hiện đại”, cùng việc số hóa quy trình khám chữa bệnh bằng thẻ thông minh giúp giảm thời gian chờ đợi từ 20 phút xuống còn 1 phút. Việc áp dụng CNTT vào tất cả các khâu khám chữa bệnh được xem là bước đột phá lớn trong cải cách thủ tục hành chính, tạo sự công bằng, minh bạch hóa thông tin và đặc biệt là nâng cao năng suất lao động của đội ngũ nhân viên y tế. Mô hình này còn cung cấp hệ thống báo cáo, thống kê, giám sát giúp lãnh đạo bệnh viện và cơ quan quản lý cấp trên nhanh chóng nắm bắt tình hình khám chữa bệnh; đồng thời hỗ trợ giám sát thu - chi, kiểm soát cấp phát thuốc, vật tư tiêu hao, góp phần hạn chế thất thoát và lãng phí trong hoạt động chuyên môn (Báo Nghệ An, 2018). Những đổi mới này không chỉ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh mà còn tạo môi trường thuận lợi để CTXH phát triển đúng chức năng, thay vì bị kéo vào các thủ tục hành chính kéo dài. Khi hệ thống CNTT giảm tải giấy tờ và chuẩn hóa thông tin, CTXH có điều kiện tập trung vào tư vấn - hỗ trợ người bệnh, điều phối liên

khoa, truyền thông - giáo dục sức khỏe, quản lý ca và chăm sóc nhóm dễ tổn thương. Đặc biệt, việc tích hợp thông tin người bệnh vào hồ sơ điện tử cho phép CTXH theo dõi quá trình can thiệp, lập kế hoạch hỗ trợ và phối hợp hiệu quả với bác sĩ, điều dưỡng và các khoa phòng liên quan. Với phương châm “coi người bệnh là những khách hàng đặc biệt” cho thấy khi lãnh đạo đặt trọng tâm vào quyền lợi và trải nghiệm người bệnh, CTXH được trao quyền “đúng việc”, được phân bổ nguồn lực và chính thức tham gia vào vận hành bệnh viện như một mắt xích của chất lượng dịch vụ chứ không còn là nhiệm vụ bổ trợ hành chính. Đây là minh chứng rõ ràng: khi lãnh đạo có năng lực quản trị tốt và quyết liệt trong đổi mới, toàn bộ hệ thống - bao gồm CTXH - được kéo lên cùng một mặt bằng chất lượng.

Hiện tượng này cũng tương đồng với nhận định của Ezell, David Patti (1997) và Yalli (2011), khi cho rằng CTXH trong bệnh viện rất dễ rơi vào tình trạng loãng vai trò (*role dilution*) nếu lãnh đạo không xác lập ranh giới chuyên môn rõ ràng và không giao nhiệm vụ theo chức năng nghề nghiệp. Nhiều nghiên cứu quốc tế cũng cảnh báo tình trạng chuyển giao nhiệm vụ sai hướng (*task shifting*,) khi những công việc xã hội - tâm lý được thay thế bằng nhiệm vụ hành chính hoặc thủ tục thông tin đơn giản, dẫn đến chất lượng dịch vụ suy giảm và khiến CTXH mất vị trí trong chuỗi chăm sóc người bệnh. Điều này cho thấy vấn đề ở Nghệ An không phải cá biệt, mà phù hợp với quy luật chung của các hệ thống y tế khi thiếu cơ chế lãnh đạo ủng hộ và cơ chế tổ chức rõ ràng cho CTXH.

Bên cạnh yếu tố lãnh đạo, **yếu tố tài chính** ($M = 4.16$, $SD = 0.93$) được người làm CTXH xem là điều kiện nền tảng đảm bảo việc triển khai dịch vụ. Theo họ, tài chính không chỉ bảo đảm duy trì nhân sự mà còn quyết định khả năng tổ chức các hoạt động thường xuyên và mở rộng nội dung dịch vụ. Khi thiếu tài chính, dịch vụ có xu hướng phân mảnh và mang tính sự vụ. “*Nếu không có kinh phí riêng, chúng tôi chỉ chạy theo thiện nguyện từng đợt khi có sự hỗ trợ của các mạnh thường quân thì làm phong trào được một hai lần rồi thôi. Không thành hệ thống được*” (PVS, nam, 25 tuổi, người làm CTXH). Theo người làm CTXH, khi có nguồn lực ổn định, các hoạt động có thể được triển khai theo kế hoạch và có định hướng rõ

ràng; ngược lại, khi thiếu nguồn lực, việc triển khai dịch vụ thường mang tính tình huống và khó mở rộng.

Trong bối cảnh các bệnh viện công lập đang từng bước chuyển sang cơ chế tự chủ, “khả năng tài chính của bệnh viện” trở thành một yếu tố có tác động trực tiếp đến sự phát triển bền vững của dịch vụ công tác xã hội. Khả năng tài chính ở đây không đơn thuần là nguồn thu tổng thể, mà bao gồm nhiều hạng mục chi liên quan đến vận hành CTXH: ngân sách thường xuyên để duy trì nhân lực hợp đồng; kinh phí đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực; kinh phí truyền thông - giáo dục sức khỏe; chi phí sản xuất tài liệu truyền thông, vận hành tổng đài chăm sóc khách hàng và duy trì các chương trình hỗ trợ nhóm yếu thế, cũng như kinh phí đầu tư cơ sở vật chất và hệ thống CNTT phục vụ tư vấn - chăm sóc khách hàng. Các bệnh viện có nguồn thu ổn định thường dễ dàng bố trí biên chế CTXH, tổ chức hoạt động tư vấn - quản lý ca theo quy trình, sản xuất tài liệu truyền thông, vận hành đường dây nóng và duy trì các chương trình hỗ trợ bệnh nhân nghèo. Cơ chế tự chủ tạo áp lực cạnh tranh, buộc nhiều bệnh viện đầu tư vào chất lượng phục vụ và sự hài lòng của người bệnh; chính vì vậy, CTXH được xem như “công cụ chiến lược” giúp bệnh viện cải thiện điểm chất lượng, nâng uy tín và thu hút người bệnh quay lại. Kết quả khảo sát ($M = 4.16$; $SD = 0.93$) cho thấy người làm CTXH nhận thức rất rõ vai trò của nguồn lực tài chính: tài chính đủ giúp CTXH được “đứng việc”, có kế hoạch năm, có tiêu chí đánh giá, có khả năng triển khai hoạt động chuyên sâu và duy trì tính bền vững. Nói cách khác, tài chính không chỉ là điều kiện hỗ trợ, mà là nền tảng để dịch vụ CTXH vận hành đúng bản chất nghề nghiệp trong mô hình bệnh viện tự chủ.

Nói cách khác, nguồn lực tài chính tạo điều kiện duy trì nhân sự và hoạt động thường xuyên, còn năng lực quản lý quyết định hiệu quả phối hợp và định hình chiến lược phát triển CTXH. Trong điều kiện ở Nghệ An - một tỉnh có mạng lưới bệnh viện phân bố không đồng đều giữa đô thị và miền núi, cùng mức độ tự chủ tài chính khác biệt giữa các đơn vị thì nguồn lực tài chính ổn định là điều kiện giữ chân nhân sự CTXH, duy trì các hoạt động thường quy (hướng dẫn, điều phối, kết nối nguồn lực) và thí điểm các can thiệp chuyên môn sâu (tham vấn, hỗ trợ ca khó, chuẩn bị xuất

viện). Song song, năng lực quản lý của ban lãnh đạo quyết định chất lượng điều phối liên khoa, mức độ ưu tiên CTXH trong kế hoạch năm, cũng như cách thức tích hợp CTXH vào quy trình lâm sàng, từ đó định hình chiến lược phát triển CTXH gắn với nhu cầu thật của người bệnh tại địa bàn tỉnh (Kotter, 1996).

Một yếu tố được người làm CTXH nhấn mạnh là **cơ chế vận hành nội viện**, đặc biệt là quy trình phối hợp giữa các khoa được người làm CTXH đánh giá là yếu tố then chốt. Theo họ, quy trình vận hành không chỉ là công cụ tổ chức công việc, mà là điều kiện đảm bảo khả năng tiếp cận kịp thời, tính liên tục và mức độ tích hợp của CTXH trong chuỗi chăm sóc. *“Có quy trình và chỉ tiêu thi đua thì các khoa tự động gọi CTXH”*. Ngược lại, những bệnh viện thiếu quy trình nội viện khiến CTXH phụ thuộc vào thái độ từng khoa và dễ bị thu hẹp thành nhiệm vụ hành chính. Một nhân viên chia sẻ: *“Có ca bạo lực gia đình mà mình không được báo, đến lúc biết thì bệnh nhân đã ra viện”* (PVS, nữ, 38 tuổi, người làm CTXH).

Theo quan điểm của người làm CTXH, sự khác biệt này cho thấy quy trình đóng vai trò như một cơ chế trung gian, quyết định việc CTXH có được “kích hoạt” trong hệ thống hay không. Khi có quy trình, dịch vụ được triển khai một cách chủ động, có phối hợp và có thể theo dõi; khi thiếu quy trình, CTXH dễ bị thu hẹp thành các hoạt động mang tính tình huống và thiếu tính hệ thống. Các dữ liệu phỏng vấn sâu ở chương 3 cũng đã chỉ ra bệnh viện tại Nghệ An hiện chủ yếu mới xây dựng được các quy trình mang tính hỗ trợ vận hành như tiếp đón và hướng dẫn người bệnh, trong khi các quy trình chuyên sâu như quản lý ca, tham vấn tâm lý, hỗ trợ khủng hoảng hoặc can thiệp sau xuất viện hầu như chưa được thiết lập đầy đủ. Theo quan điểm của người làm CTXH, sự thiếu vắng các quy trình chuyên sâu này dẫn đến việc triển khai dịch vụ CTXH bị giới hạn ở giai đoạn tiếp cận ban đầu, chưa có khả năng theo dõi, can thiệp liên tục và đánh giá kết quả. Điều này làm cho hoạt động CTXH mang tính rời rạc, thiếu tính hệ thống và khó tạo ra tác động lâu dài đối với người bệnh.

Dữ liệu định tính từ người làm CTXH khẳng định mạnh mẽ rằng bệnh viện có quy trình và phân quyền nhiệm vụ rõ ràng sẽ bảo đảm hoạt động được vận hành

đúng chuyên môn, người làm công tác xã hội có cơ sở pháp lý để tiếp cận người bệnh và có vị trí chuyên môn rõ ràng trong chuỗi chăm sóc, thay vì chỉ hỗ trợ các công việc bên ngoài các khoa lâm sàng. *“Khi bệnh viện ban hành các quy trình tiếp nhận ca, xử lý các tình huống khẩn cấp và phối hợp với các nhóm liên ngành thì chúng tôi sẽ có căn cứ, có quyền, và tự tin thực hiện nhiệm vụ, vai trò của mình”*(PVS, nam, 47 tuổi, trưởng phòng CTXH).

So sánh với các mô hình quốc tế cho thấy sự khác biệt rõ rệt. Trong các hệ thống phát triển, CTXH được triển khai theo chu trình can thiệp khép kín (đánh giá - lập kế hoạch - can thiệp - theo dõi - lượng giá), trong đó quản lý ca và điều phối dịch vụ là các chức năng cốt lõi. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng những mô hình có quy trình chuẩn hóa và giao thức rõ ràng thường đạt hiệu quả cao hơn trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ.

Dưới góc nhìn của người làm CTXH, công tác xã hội trong bệnh viện ở Nghệ An phản ánh một khoảng cách đáng kể giữa thiết kế chính sách và thực tiễn triển khai, trong đó các điều kiện để vận hành CTXH như một dịch vụ chuyên môn chưa được thiết lập đầy đủ.

Dưới góc nhìn lý thuyết vai trò, có thể thấy việc triển khai dịch vụ CTXH phụ thuộc vào mức độ rõ ràng và thống nhất của vai trò nghề nghiệp trong hệ thống. Khi thiếu các quy trình chuyên môn, vai trò của CTXH trở nên mơ hồ, dễ bị chồng lấn với các nhiệm vụ hành chính, dẫn đến việc triển khai dịch vụ thiếu định hướng và không ổn định. Ngược lại, khi vai trò được xác lập thông qua các quy định và cơ chế phối hợp rõ ràng, CTXH có thể được triển khai như một chức năng chuyên môn có hệ thống.

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, theo quan điểm của người làm CTXH, các yếu tố tổ chức ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ không tồn tại rời rạc, mà vận hành theo một cấu trúc thứ bậc rõ ràng: quan điểm và năng lực của lãnh đạo là yếu tố gốc định hình định hướng triển khai; tài chính và cơ chế vận hành nội viện là các điều kiện trung gian quyết định khả năng tổ chức và duy trì dịch vụ; trong khi

các yếu tố như địa bàn và quy mô bệnh viện đóng vai trò điều tiết phạm vi và mức độ triển khai.

Cơ chế tác động này diễn ra thông qua việc các yếu tố tổ chức định hình cách thức CTXH được trao quyền, được tổ chức và được thực hiện trong thực tiễn bệnh viện. Theo quan điểm của người làm CTXH, đây không chỉ là vấn đề thiếu quy trình cụ thể, mà phản ánh một khoảng trống mang tính cấu trúc của hệ thống, trong đó CTXH chưa được thiết kế và vận hành như một chức năng chuyên môn hoàn chỉnh, làm hạn chế khả năng triển khai các can thiệp liên tục và chuyên sâu trong bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu ở chương 3 cũng ghi nhận hiệu quả triển khai giữa các cơ sở y tế có sự khác biệt rõ rệt. Người làm CTXH cho rằng sự chênh lệch này không chỉ xuất phát từ cách thức tổ chức nội bộ, mà còn chịu tác động mạnh mẽ của **các yếu tố bối cảnh như vị trí địa lý, quy mô và loại hình bệnh viện** dù cùng thực hiện theo Thông tư 43/2015/TT-BYT.

Theo đó, các bệnh viện ở khu vực đô thị, có quy mô lớn và điều kiện xã hội hóa tốt như Bệnh viện Ung Bướu và Bệnh viện Sản Nhi thường có khả năng triển khai dịch vụ đa dạng, ổn định và có xu hướng mở rộng sang các hoạt động chuyên môn sâu hơn. Trong khi đó, tại các bệnh viện ở khu vực khó khăn, dịch vụ CTXH thường bị giới hạn ở một số hoạt động cơ bản và phụ thuộc nhiều vào điều kiện nguồn lực hiện có. Trong số các bệnh viện tuyến tỉnh tại Nghệ An, Bệnh viện Ung Bướu và Bệnh viện Sản Nhi là hai trường hợp nổi bật với mức độ triển khai CTXH hiệu quả và có chiều sâu hơn các cơ sở còn lại. Dữ liệu định tính cho thấy lợi thế này không chỉ đến từ “tuyên kỹ thuật”, mà chủ yếu được quyết định bởi địa bàn trung tâm, loại hình chuyên khoa đặc thù và khả năng huy động nguồn lực cộng đồng. Thứ nhất, việc đặt tại trung tâm TP. Vinh (cũ) giúp hai bệnh viện này tiếp cận tốt hơn với hạ tầng kỹ thuật, truyền thông và mạng lưới xã hội hóa. *“Ở đây hoạt động xã hội hóa rất thuận lợi. Bệnh viện chúng tôi nằm trong trung tâm thành phố nên doanh nghiệp, tổ chức từ thiện, các nhóm thiện nguyện đến thường xuyên, có cái gì cần hỗ trợ là kết nối được rất nhanh. Ví dụ bệnh nhi ung thư, chỉ cần đưa*

thông tin là nhà tài trợ họ đến trong ngày, có tháng phòng phát hơn 3.000 suất ăn miễn phí. Nhờ vậy CTXH rất thuận lợi chứ không phải đi xin từng chỗ. Chúng tôi còn nhận được sự hỗ trợ của các tập đoàn lớn như TH, VINGROUP...” (PVS, nữ, 38 tuổi, trưởng phòng CTXH). Điều này giúp CTXH không phải “đi xin nguồn lực từng nơi”, mà có đối tác đồng hành lâu dài, tạo tính bền vững trong hỗ trợ người bệnh. Thứ hai, các bệnh viện này phục vụ nhóm đối tượng đặc thù - trẻ em và bệnh nhân ung thư - vốn nhận được nhiều sự quan tâm của xã hội. Đây là nhóm dễ tổn thương, chi phí điều trị cao, dễ rơi vào khủng hoảng tâm lý - xã hội, nên CTXH có nhiều cơ hội can thiệp đúng chức năng: tư vấn, quản lý ca, hỗ trợ phúc lợi và kết nối nguồn lực. Một người làm CTXH tại Ung Bướu chia sẻ: “Bệnh nhân ung thư cần hỗ trợ tâm lý và kinh tế nhiều, mình kết nối mạnh thường quân hầu như tuần nào cũng có. Các hoạt động như cơm 0 đồng, cắt tóc miễn phí, tặng tóc giả...thường xuyên được thực hiện” (PVS, nữ, 30 tuổi, người làm CTXH). Thứ ba, nhờ lượng bệnh nhân lớn và dịch vụ chuyên khoa cao, bệnh viện có nguồn thu ổn định, tạo điều kiện bố trí nhân lực CTXH chuyên trách, tổ chức truyền thông-giáo dục sức khỏe định kỳ, vận hành khảo sát hài lòng và xây dựng mô hình chăm sóc khách hàng. Điều này lý giải vì sao hoạt động CTXH tại hai bệnh viện này không dừng ở “hướng dẫn-thủ tục”, mà các hoạt động công tác xã hội triển khai đa dạng hơn. “*Bệnh viện đông bệnh nhân, có nguồn xã hội hóa nên truyền thông tuần nào cũng làm, rồi có sân chơi cho trẻ, các hoạt động hỗ trợ bệnh nhân nghèo rất nhiều và rõ ràng*” (PVS, nam, 23 tuổi, người làm CTXH). Từ ghi nhận này có thể thấy địa bàn trung tâm mang lại ba lợi thế lớn: lượng bệnh nhân ổn định, hạ tầng tốt, và khả năng huy động nguồn lực xã hội hóa. Nhờ đó, CTXH tại các bệnh viện này không chỉ “đứng tên” mà còn gặp thuận lợi hơn trong việc triển khai các hoạt động.

Bệnh viện Đa khoa TP. Vinh là trường hợp đặc biệt: dù chỉ là tuyến huyện, hoạt động CTXH lại vượt trội so với nhiều bệnh viện tuyến tỉnh. Nhân viên tại đây cho biết: “*Bệnh viện chúng tôi có đông nhân lực, mỗi khoa đều có người phụ trách nên các hoạt động hay phản ánh đều xử lý kịp, không để bệnh nhân phải chờ*” (PVS, nữ, 37 tuổi, trưởng phòng CTXH). Lý do được chính nhân viên giải thích rất

rõ: bệnh viện nằm ở trung tâm đô thị, có nguồn thu lớn và được đầu tư mạnh về chuyển đổi số, từ đó hình thành mô hình chăm sóc khách hàng hiện đại với đội CTXH chuyên trách. *“Ở đây hoạt động xã hội hóa rất thuận lợi. Bệnh viện chúng tôi nằm trong trung tâm thành phố nên doanh nghiệp, tổ chức từ thiện, các nhóm thiện nguyện đến thường xuyên, có cái gì cần hỗ trợ là kết nối được rất nhanh. Ví dụ bệnh nhi ung thư, chỉ cần đưa thông tin là nhà tài trợ họ đến trong ngày, có tháng phòng phát hơn 3.000 suất ăn miễn phí. Nhờ vậy CTXH rất thuận lợi chứ không phải đi xin từng chỗ. Chúng tôi còn nhận được sự hỗ trợ của các tập đoàn lớn như TH, VINGROUP...”*.

Ngược lại, theo nhận định của người làm công tác xã hội, các bệnh viện đặt ở ngoài trung tâm phản ánh một bức tranh khác biệt rõ rệt. Tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Nam, dù thuộc tuyến tỉnh, hoạt động CTXH bị thu hẹp do hạn chế về tài chính và lượng bệnh nhân. *“Người bệnh tại bệnh viện chúng tôi không quá đông, kinh phí hạn hẹp nên lãnh đạo ưu tiên chuyên môn. Việc huy động nguồn lực từ cộng đồng có nhưng chắc chắn không bằng ở các bệnh viện ở thành phố đâu”*. Tình trạng này cũng xuất hiện ở Bệnh viện Đa khoa Thanh Chương - tuyến huyện miền núi: *“Các hoạt động có nhưng chưa nhiều. Và các chương trình chỉ làm được khi có đoàn từ thiện về”* (PVS, nữ, 25 tuổi, người làm CTXH). Hai trích dẫn này cho thấy địa bàn và quy mô không thuận lợi khiến CTXH thiếu nền tảng để thực hiện đúng chức năng nghề nghiệp, phải chuyển sang mô hình hành chính - sự vụ, phụ thuộc thiện nguyện tự phát, thiếu tính bền vững.

Như vậy, dữ liệu định tính phản ánh quan điểm của người làm CTXH cho thấy CTXH có xu hướng phát triển mạnh ở những bệnh viện có vị trí trung tâm, quy mô lớn, nguồn thu ổn định và điều kiện xã hội hóa thuận lợi, còn ở vùng xa - miền núi, CTXH có nguy cơ bị “loãng vai trò” và chỉ thực hiện công việc hỗ trợ hành chính. Điều này lý giải vì sao các biến “Quy mô bệnh viện” (M = 3.80) và “Địa bàn phân bố bệnh viện” (M = 3.81) chỉ đạt mức trung bình khá, phản ánh sự phân hóa điều kiện vận hành giữa các cơ sở. Kết quả này cũng chỉ ra rằng văn bản pháp lý không đủ để bảo đảm CTXH vận hành hiệu quả, mà cần đi kèm

nguồn lực, nhân lực, công nghệ thông tin và khả năng kết nối xã hội hóa phù hợp với từng địa bàn.

4.1.2. Yếu tố thuộc về chính sách phát triển đội ngũ

Kết quả khảo sát cho thấy, theo quan điểm của người làm công tác xã hội, các yếu tố thuộc về chính sách phát triển đội ngũ có ảnh hưởng đáng kể đến việc triển khai dịch vụ CTXH trong các bệnh viện tại Nghệ An. Trong nghiên cứu này, chính sách phát triển đội ngũ được hiểu theo nghĩa rộng, bao gồm các nội dung như tuyển dụng, đào tạo - bồi dưỡng, phân công công việc, xây dựng môi trường làm việc và thiết lập cơ chế phối hợp chuyên môn.

Bảng 4.2. Quan điểm của người làm công tác xã hội về yếu tố chính sách phát triển đội ngũ ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

| Yếu tố chính sách phát triển đội ngũ | N | M | SD |
|--|-----|------|------|
| 1. Bổ sung thêm số lượng người làm CTXH trong bệnh viện | 105 | 4.04 | 0.89 |
| 2. Tiến hành đào tạo, bồi dưỡng đúng chuyên môn ngành CTXH chuyên nghiệp cho đội ngũ nhân viên CTXH | 105 | 4.24 | 0.68 |
| 3. Xây dựng mạng lưới kết nối công việc chặt chẽ giữa người làm CTXH với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân và nhân viên y tế | 105 | 4.22 | 0.67 |
| 4. Cung cấp môi trường làm việc chuyên nghiệp cho đội ngũ người làm CTXH bệnh viện | 105 | 4.42 | 0.74 |
| 5. Phân công và tổ chức triển khai công việc phù hợp cho đội ngũ nhân viên CTXH | 105 | 4.37 | 0.71 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Bảng 4.2 cho thấy các yếu tố trong nhóm chính sách phát triển đội ngũ đều được người làm CTXH đánh giá ở mức ảnh hưởng cao ((M = 4.04 - 4.42). Trong đó, “Cung cấp môi trường làm việc chuyên nghiệp” được đánh giá cao nhất (M = 4.42, SD = 0.74), tiếp đến là “Phân công và tổ chức triển khai công việc phù hợp” (M = 4.37, SD = 0.71). Các nội dung “Đào tạo, bồi dưỡng đúng chuyên môn CTXH chuyên nghiệp” (M = 4.24, SD = 0.68) và “Xây dựng mạng lưới kết nối công việc” (M = 4.22, SD = 0.67) cũng đạt mức cao, trong khi “Bổ sung thêm số lượng nhân lực” tuy thấp hơn nhưng vẫn ở mức đáng kể (M = 4.04, SD = 0.89).

Các kết quả này cho thấy, theo quan điểm của người làm CTXH, việc triển khai dịch vụ không chỉ phụ thuộc vào số lượng nhân lực, mà phụ thuộc vào tổng thể các điều kiện bảo đảm năng lực hành nghề, trong đó môi trường làm việc, cơ chế phân công và năng lực chuyên môn đóng vai trò đặc biệt quan trọng.

Dữ liệu định tính cho thấy môi trường làm việc là điều kiện nền tảng để người làm CTXH thực hiện các chức năng chuyên môn. Các yếu tố như không gian tư vấn riêng, trang thiết bị, quyền được tiếp cận hồ sơ bệnh án và cơ chế phối hợp liên khoa được xem là những điều kiện cần thiết để triển khai các hoạt động như tham vấn, đánh giá nhu cầu và hỗ trợ ca khó. Tuy nhiên, thực tế tại nhiều bệnh viện cho thấy các điều kiện này còn hạn chế. *“Hiện tại các nhân viên chỉ có 1 phòng làm việc chung, 1 phòng của trưởng phòng. Chúng tôi không có phòng tư vấn cá nhân, tư vấn nhóm riêng nên khó làm việc với người bệnh. Nếu bệnh viện bố trí phòng tiếp nhận độc lập, chúng tôi mới làm được tư vấn, phỏng vấn, hỗ trợ ca khó một cách chuyên nghiệp”* (PVS, nữ, 28 tuổi, người làm CTXH). *“Trong những lần chúng tôi tham vấn những vấn đề riêng tư cho người bệnh, họ thường là nạn nhân bị buôn bán hoặc bị bạo hành, người dân tộc...chúng tôi thường phải tham vấn ngay tại giường bệnh hoặc ngoài hành lang, thiếu trang thiết bị cần thiết, điều này ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ và tính riêng tư của bệnh nhân”* (PVS, nữ, 37 cán bộ quản lý). Một nhân viên khác bổ sung: *“Không gian làm việc chưa riêng tư và đầy đủ khiến chúng tôi khó thể hiện được năng lực và tạo được niềm tin với bệnh nhân. Bệnh nhân thường không coi trọng dịch vụ CTXH vì họ thấy điều kiện làm việc của chúng tôi không khác gì một phòng ban hành chính thông thường”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm công tác xã hội). Điều này cho thấy môi trường làm việc không chỉ ảnh hưởng tới năng suất lao động mà còn quyết định năng lực can thiệp chuyên môn của CTXH.

Theo quan điểm của người làm CTXH, những hạn chế này không chỉ ảnh hưởng đến điều kiện làm việc, mà trực tiếp làm thu hẹp khả năng triển khai các dịch vụ chuyên môn như tham vấn, hỗ trợ tâm lý và làm việc với các trường hợp nhạy cảm. Điều này cho thấy môi trường làm việc chính là yếu tố trung gian quan trọng

quyết định việc CTXH có thể được triển khai như một hoạt động chuyên môn hay chỉ dừng lại ở mức hỗ trợ hành chính.

Bên cạnh đó, cơ chế phối hợp và quyền tiếp cận thông tin cũng được xem là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ. Người làm CTXH cho biết việc không được tiếp cận hồ sơ bệnh án và thiếu cơ chế phối hợp chính thức với các khoa lâm sàng khiến việc đánh giá và can thiệp gặp nhiều khó khăn. Một nhân viên chia sẻ: *“Muốn tư vấn cho bệnh nhân phải xin phép từng khoa, có khi đợi cả ngày mới tiếp cận được. Chúng tôi không tiếp cận hồ sơ thì đánh giá chỉ dựa vào lời kể, hiệu quả tư vấn không cao”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Theo người làm CTXH, điều này làm cho dịch vụ CTXH khó tham gia vào chuỗi chăm sóc liên tục, từ đó hạn chế khả năng triển khai các hoạt động mang tính hệ thống như quản lý ca hay điều phối dịch vụ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ezell & David Patti (1997) khi nhấn mạnh rằng việc thiếu cơ chế phối hợp và tiếp cận thông tin là “rào cản cấu trúc” khiến hoạt động CTXH khó phát huy hiệu quả và khó chứng minh giá trị của dịch vụ trong bệnh viện.

Một vấn đề nổi bật khác là **thiếu hụt nhân lực được đào tạo chuyên ngành CTXH**. Thực trạng khảo sát cho thấy chỉ có 14/105 (chiếm 13,3%) người làm CTXH có trình độ cử nhân CTXH và không có trường hợp nào tốt nghiệp thạc sĩ CTXH, trong khi 86,7% nhân sự hiện hành là cán bộ kiêm nhiệm từ ngành khác. Các kết quả định tính từ phỏng vấn sâu củng cố nhận định này: *“Phòng chỉ có 10 người, chỉ có 1 người là CTXH, còn lại đều kiêm nhiệm, nên những phần tư vấn tâm lý hay quản lý ca gần như không làm được. Hoạt động chủ yếu của chúng tôi hướng dẫn thủ tục và tổ chức từ thiện là chính”* (PVA, nữ, 25 tuổi, người làm CTXH). Theo quan điểm của người làm CTXH, sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn không chỉ là vấn đề số lượng, mà tạo ra khoảng trống mang tính cấu trúc về năng lực thực thi dịch vụ. Khi thiếu nền tảng chuyên môn, danh mục hoạt động CTXH bị thu hẹp, thiên về các công việc dễ triển khai như hướng dẫn thủ tục, truyền thông và tổ chức từ thiện, trong khi các chức năng cốt lõi như tham vấn, quản lý ca và hỗ trợ khủng hoảng không được thực hiện.

Thực tế này dẫn đến hệ quả là CTXH khó được tích hợp vào chuỗi chăm sóc người bệnh. Nhiều người làm CTXH cho biết họ ít có cơ hội tham gia vào các ca khó hoặc các quyết định lâm sàng. *“Phần lớn thời gian chúng tôi làm hướng dẫn thủ tục, tổ chức chương trình từ thiện, chứ chưa có điều kiện làm tư vấn tâm lý hay hỗ trợ sâu cho bệnh nhân. Nhiều người bệnh còn không biết phòng CTXH có những dịch vụ gì”* (PVS, nam, 25 tuổi, người làm CTXH). Một trường hợp khác cũng khẳng định: *“Gặp ca khủng hoảng mà gọi CTXH thì cũng khó giúp được, vì không có ai được đào tạo bài bản để tư vấn hay đánh giá tâm lý. Thành ra bác sĩ tự xử lý, CTXH ít khi được mời tham gia giao ban ca khó”* (PVS, nữ, 30 tuổi, người làm CTXH). Người làm CTXH cho rằng dịch vụ CTXH chưa được triển khai như một chức năng chuyên môn trong hệ thống, mà vẫn bị đứng ngoài chuỗi chăm sóc.

Đặc biệt, người làm CTXH nhấn mạnh nhu cầu bố trí nhân lực chuyên môn tại các khoa có nguy cơ cao như cấp cứu, hồi sức tích cực, ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ. Đây là những nơi thường xuyên phát sinh các tình huống khủng hoảng tâm lý và xung đột giữa người bệnh, gia đình và nhân viên y tế. *“Nhiều vụ xô xát trong phòng chờ bắt nguồn từ lo lắng và hiểu nhầm, chứ không hẳn do cố ý gây rối. Nếu có nhân viên CTXH ở đó để giải thích, trấn an, thì tình hình dịu đi rất nhanh”* (PVS, nữ, 38 tuổi, trưởng phòng CTXH). Những xung đột được ghi nhận trong bệnh viện thực chất xuất phát từ sự bất an của gia đình, đặc biệt trong các tình huống cấp cứu và chờ can thiệp y khoa. Khi người thân nhìn thấy bệnh nhân đau đớn hoặc nguy hiểm, nhưng không hiểu quy trình, không biết bác sĩ đang ở đâu, hoặc khi nào đến lượt, thì trạng thái mất kiểm soát cảm xúc rất dễ xảy ra. Vai trò của CTXH trong thời điểm này là “điểm đệm”, vừa giữ ổn định tâm lý gia đình, vừa hỗ trợ nhân viên y tế tránh áp lực không cần thiết. *“Có những gia đình quá tải cảm xúc khi chờ cấp cứu, chỉ cần một người ngồi lại, giải thích quy trình, cho họ biết thời gian dự kiến là họ bớt căng thẳng hẳn. Đây là phần việc của CTXH, bảo vệ hay điều dưỡng rất khó làm được”* (PVS, nữ, 30 tuổi, người làm CTXH). Theo người làm CTXH, sự thiếu vắng nhân lực chuyên môn tại các điểm nút này khiến dịch vụ CTXH không được kích hoạt đúng thời điểm, làm gia tăng căng thẳng, hiểu lầm, và xung đột trong bệnh viện.

4.2. Các yếu tố thuộc về nhân lực công tác xã hội

4.2.1. Yếu tố năng lực và điều kiện hành nghề của người làm công tác xã hội

Trong môi trường bệnh viện, hiệu quả của hoạt động công tác xã hội không chỉ phụ thuộc vào nhu cầu của người bệnh mà còn chịu tác động mạnh mẽ từ năng lực và điều kiện hành nghề của chính đội ngũ thực hiện. Người làm CTXH tham gia khảo sát đã cung cấp những đánh giá cụ thể về mức độ ảnh hưởng của các yếu tố này đến chất lượng dịch vụ.

Bảng 4.3. Quan điểm của người làm công tác xã hội về năng lực và điều kiện hành nghề ảnh hưởng đến hoạt động công tác xã hội

| Yếu tố năng lực và điều kiện hành nghề | N | M | SD |
|--|-----|------|------|
| 1. Trình độ chuyên môn nghiệp vụ | 105 | 3.69 | 1.07 |
| 2. Kinh nghiệm nghề nghiệp | 105 | 3.81 | 1.05 |
| 3. Thái độ làm việc | 105 | 4.39 | 0.91 |
| 4. Kỹ năng làm việc | 105 | 4.24 | 0.90 |
| 5. Vị trí công tác | 105 | 4.02 | 1.00 |
| 6. Nhiệm vụ được phân công đảm nhiệm | 105 | 4.07 | 1.04 |

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Năng lực nghề nghiệp của người làm công tác xã hội trong bệnh viện thường được cấu thành từ nhiều thành tố gắn với kiến thức, kỹ năng, thái độ và khả năng thực hành chuyên môn. Nghiên cứu của Ow, Goh & Chew (2021) tại Singapore đã xây dựng và kiểm nghiệm khung năng lực dành riêng cho người làm CTXH y tế trong mô hình chăm sóc hiện đại. Khung này gồm sáu nhóm năng lực cốt lõi, bao phủ cả năng lực chuyên môn (dịch vụ trực tiếp với người bệnh, quản lý ca, can thiệp tâm lý - xã hội), năng lực giao tiếp và điều phối thông tin, năng lực thích ứng trong môi trường bệnh viện, đạo đức nghề nghiệp, và năng lực hợp tác liên ngành. Việc thiết lập khung năng lực đã giúp các bệnh viện tiêu chuẩn hóa yêu cầu chuyên môn, định hình kỳ vọng nghề nghiệp và tạo cơ sở đánh giá chất lượng nhân sự. Nghiên cứu của Kangasniemi (2022) mô tả cấu trúc năng lực mà còn chứng minh tác động thực tế của năng lực người làm CTXH tới chất lượng dịch vụ sức khỏe - xã hội. Kết quả cho thấy khi người làm CTXH sở hữu năng lực chuyên môn tốt (đào tạo bài bản, kỹ năng hỗ trợ người bệnh, năng lực giải thích thông tin y tế - xã hội và điều

phối dịch vụ), người bệnh có xu hướng tuân thủ điều trị tốt hơn, hài lòng hơn và giảm nguy cơ xung đột tinh thần trong môi trường bệnh viện (Kangasniemi, 2022). Điều này khẳng định năng lực không chỉ mang tính lý thuyết, mà tác động trực tiếp đến kết quả người bệnh, hiệu quả vận hành bệnh viện và mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.

Khi đối chiếu với dữ liệu khảo sát tại Nghệ An, có thể thấy sự tương đồng đáng kể. Người làm CTXH được khảo sát đánh giá rất cao vai trò của trình độ chuyên môn ($M = 3.69$; $SD = 1.07$), kỹ năng làm việc ($M = 4.24$; $SD = 0.90$) và thái độ làm việc ($M = 4.39$; $SD = 0.91$). Điều này trùng khớp với các mô tả lý thuyết nêu trên: năng lực chuyên môn - thái độ - kỹ năng chính là những thành tố cấu thành hiệu quả thực hành CTXH.

Người làm công tác xã hội cho rằng kỹ năng giao tiếp và giải thích thông tin ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý và hành vi của người bệnh và gia đình trong bệnh viện. *“Giao tiếp là khâu quyết định. Người bệnh và người nhà đến bệnh viện thường rất lo lắng, họ không hiểu quy trình, không biết phải chờ gì. Nếu mình giải thích rõ ràng, chậm rãi thì họ bình tĩnh hẳn. Nhưng nếu không ai nói, họ tự suy diễn rồi sinh ra hoang mang, cáu gắt. Có những ca ở Cấp cứu, chỉ vì không ai giải thích tại sao phải ưu tiên ca nặng mà người nhà nghĩ bác sĩ bỏ mặc bệnh nhân”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Khi người làm CTXH giao tiếp rõ ràng, diễn giải quy trình bằng ngôn ngữ dễ hiểu, hoặc sử dụng tiếng địa phương, tiếng dân tộc, người bệnh bớt lo lắng, giảm hiểu nhầm và hợp tác hơn với chỉ định điều trị. Ngược lại, nếu thông tin không được truyền đạt đầy đủ, gia đình dễ rơi vào trạng thái hoang mang, căng thẳng, dẫn tới phàn nàn hoặc xung đột với nhân viên y tế - điều đã xảy ra tại một số khoa Cấp cứu và Sản Nhi ở Nghệ An, Ung bướu Nghệ An trong thời điểm quá tải.

Người làm CTXH nhấn mạnh rằng kỹ năng hỗ trợ tâm lý và xử lý xung đột có tác động quan trọng trong việc giảm các tình huống căng thẳng. *“Ở viện, hàng ngày chúng tôi phải tiếp xúc rất nhiều hoàn cảnh khác nhau, nhiều người khác nhau, có những người họ nóng tính, chưa giải quyết được cho con họ là họ làm âm lên, la hét, chửi bới”* (PVS, nữ, 22 tuổi, người làm CTXH). Những tình huống này, chỉ cần một người làm CTXH ngồi lại, trấn an, giải thích thời gian dự kiến hoặc lý

do ưu tiên ca nặng, không ít gia đình đã bình tĩnh trở lại thay vì lớn tiếng, phản ứng tiêu cực. Kỹ năng này không chỉ bảo vệ người bệnh và người nhà mà còn giúp nhân viên y tế giảm áp lực, tập trung chuyên môn thay vì phải đối mặt với mâu thuẫn trong phòng chờ.

Đối với những trường hợp nghèo, bệnh nặng, hoặc ở xa trung tâm, người làm CTXH cho rằng kỹ năng quản lý ca và kết nối nguồn lực quyết định khả năng duy trì điều trị. *“Chúng tôi gặp rất nhiều tình huống éo le, hoàn cảnh. Người bệnh nghèo hay ở xa thành phố thì rất dễ bỏ điều trị giữa chừng. Không phải họ không muốn chữa, mà họ hết tiền, không biết xin hỗ trợ ở đâu, hồ sơ thế nào. Thế nên chúng tôi phải vào cuộc, đánh giá hoàn cảnh, hướng dẫn làm thủ tục BHYT, gọi cho quỹ hỗ trợ hoặc các mạnh thường quân, họ có thêm cơ hội bám điều trị. Có những trường hợp người dân tộc thiểu số, họ vô cùng khó khăn, cần chuyển tuyến mà không có điều kiện để đi, chúng tôi ngay lập tức huy động mạnh thường quân quyên góp và hỗ trợ họ”* (PVS, nam, 29 tuổi, người làm CTXH). Khi người làm CTXH biết đánh giá hoàn cảnh, tư vấn chính sách BHYT - Bảo trợ xã hội, liên hệ quỹ hỗ trợ hoặc tổ chức từ thiện, người bệnh có cơ hội tiếp tục chữa trị, hạn chế tình trạng bỏ viện giữa chừng do kiệt quệ tài chính - thực tế khá phổ biến trong các bệnh viện tuyến tỉnh Nghệ An.

Ngoài kỹ năng, kiến thức chuyên môn về bệnh lý, quy trình bệnh viện, chính sách an sinh và thủ tục hành chính được xem là nền tảng hỗ trợ cho mọi hoạt động CTXH. *“Một quyết định tư vấn sai có thể khiến bệnh nhân thiệt cả chục triệu. Ví dụ hướng dẫn nhầm tuyến, nhầm giấy chuyển viện, hay không biết bệnh đó có được miễn giảm hay không. CTXH mà không chắc kiến thức thì hại bệnh nhân, chứ không giúp được”* (PVS, nam, 25 tuổi, người làm CTXH). Người làm CTXH cho rằng nếu không nắm chắc chính sách BHYT, quy định bảo trợ xã hội hay quy trình chuyên môn của từng khoa phòng, họ không thể tư vấn chính xác, càng không thể điều phối các bên liên quan. Việc thiếu kiến thức dẫn đến tư vấn sai, xử lý chậm hoặc hướng dẫn nhầm, gây thiệt thòi cho người bệnh và làm mất uy tín của bộ phận CTXH.

Người làm CTXH khẳng định thái độ nghề nghiệp là yếu tố “giữ nhịp” cho mọi hoạt động hỗ trợ. *“Thái độ quan trọng lắm. Có trường hợp ban đầu nói chuyện*

rất gắt, nhưng khi thấy mình lắng nghe và không phán xét, họ dịu lại và kể hết những khó khăn tài chính, tâm lý. Những thông tin đó giúp mình hiểu và tìm kiếm sự kết nối hỗ trợ đúng nhu cầu. Hay có những trường hợp phụ nữ bị bạo hành, hay những gia đình có con bị bệnh hiểm nghèo, họ dẫu không chia sẻ, nhưng khi chúng tôi thể hiện thái độ chia sẻ, họ dần dần đã mở lòng và tâm sự với chúng tôi” (PVS, nữ, 38 tuổi, trưởng phòng CTXH). Thái độ tôn trọng, kiên nhẫn, lắng nghe và không phán xét khiến người bệnh cởi mở, tin tưởng và sẵn sàng chia sẻ thông tin thật - điều kiện bắt buộc để đánh giá đúng nhu cầu và đưa ra giải pháp phù hợp. Trong môi trường áp lực cao như Nghệ An, nơi bệnh nhân nông thôn thường e dè, sợ sai, thì thái độ tích cực của nhân viên CTXH giúp xoá bỏ rào cản giữa bệnh viện và người bệnh, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc tổng thể.

Từ những phân tích trên, có thể thấy năng lực nghề nghiệp (kỹ năng - kiến thức - thái độ) không chỉ quyết định hiệu quả của từng ca can thiệp, mà còn hình thành hình ảnh chuyên nghiệp của dịch vụ CTXH trong bệnh viện, tạo nền tảng cho mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm tại Nghệ An.

Người làm CTXH khẳng định rằng điều kiện làm việc - bao gồm vị trí công tác ($M = 4.02$, $SD = 1.00$) và nhiệm vụ được phân công ($M = 4.07$, $SD = 1.04$) chính là yếu tố quyết định CTXH có vận hành như một dịch vụ chuyên nghiệp trong chuỗi chăm sóc, hay chỉ tồn tại dưới dạng hoạt động hành chính - phong trào không tạo ra giá trị thực tế cho người bệnh. Vị trí công tác quyết định quyền được tham gia vào chuỗi chăm sóc, thể hiện ở việc nhân viên CTXH có được mời hỗ trợ các ca khó, có tiếp cận bệnh nhân kịp thời, và có tiếng nói trong phối hợp liên khoa hay không. Trong khi đó, nhiệm vụ được phân công quyết định chất lượng thực hành chuyên môn: CTXH có thực hiện tham vấn, quản lý ca, kết nối nguồn lực và giải quyết khủng hoảng, hay chỉ dừng lại ở hướng dẫn, nhập liệu, tổ chức sự kiện và từ thiện. *“Có ngày tôi chỉ nhập liệu và tổng hợp báo cáo, không tiếp cận được bệnh nhân nào, mà như vậy thì không ai thấy được giá trị của CTXH”* (PVS, nữ, 23 tuổi, người làm CTXH). Khi vị trí mờ nhạt và nhiệm vụ không rõ ràng, CTXH bị hành chính hóa, đánh mất bản chất hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người bệnh.

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, theo quan điểm của người làm CTXH, chính sách phát triển đội ngũ ảnh hưởng đến việc triển khai dịch vụ thông qua một cơ chế rõ ràng: các chính sách về đào tạo, phân công, môi trường làm việc và cơ chế phối hợp định hình năng lực hành nghề của người làm CTXH; và chính năng lực này quyết định phạm vi cũng như mức độ triển khai dịch vụ trong thực tiễn.

Trong bối cảnh Nghệ An, sự thiếu hụt nhân lực được đào tạo bài bản, cùng với những hạn chế về môi trường làm việc và cơ chế phối hợp, đã tạo ra một khoảng trống mang tính cấu trúc trong năng lực triển khai dịch vụ CTXH. Theo quan điểm của người làm CTXH, khoảng trống này dẫn đến việc dịch vụ chủ yếu được triển khai ở mức cơ bản, chưa mở rộng sang các hoạt động chuyên môn sâu và chưa được tích hợp đầy đủ vào chuỗi chăm sóc người bệnh.

Dưới góc nhìn lý thuyết vai trò, có thể thấy khi các điều kiện để thực thi vai trò nghề nghiệp chưa được thiết lập đầy đủ, vai trò của CTXH trở nên mơ hồ và dễ bị chông lán với các nhiệm vụ hành chính, từ đó làm cho việc triển khai dịch vụ thiếu định hướng và không ổn định. Ngược lại, khi các chính sách phát triển đội ngũ được triển khai đồng bộ, vai trò CTXH có thể được xác lập rõ ràng, tạo điều kiện để dịch vụ được tổ chức và vận hành một cách hệ thống, phù hợp với chức năng chuyên môn.

Từ những phân tích trên có thể thấy, theo quan điểm của người làm CTXH, những hạn chế trong việc triển khai dịch vụ không xuất phát từ từng yếu tố riêng lẻ, mà phản ánh một khoảng trống mang tính hệ thống trong cách thức tổ chức và phát triển đội ngũ CTXH trong bệnh viện. Sự thiếu đồng bộ giữa đào tạo, bố trí nhân lực, điều kiện hành nghề và cơ chế phối hợp đã làm cho CTXH chưa được vận hành như một chức năng chuyên môn hoàn chỉnh, dẫn đến việc triển khai dịch vụ còn phân tán, thiếu chiều sâu và chưa gắn kết chặt chẽ với chuỗi chăm sóc người bệnh.

Trong bối cảnh đó, việc nâng cao hiệu quả triển khai dịch vụ CTXH không thể chỉ dừng ở việc bổ sung nhân lực hay mở rộng hoạt động, mà cần được tiếp cận theo hướng tái cấu trúc hệ thống, trong đó đồng thời thiết lập các điều kiện về chính sách, tổ chức và năng lực nghề nghiệp để CTXH có thể vận hành như một thành tố tích hợp trong hệ thống y tế.

Theo quan điểm của người làm CTXH, các giải pháp cần hướng tới việc làm rõ vai trò nghề nghiệp, chuẩn hóa quy trình chuyên môn, tăng cường năng lực đội ngũ và thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành, qua đó bảo đảm dịch vụ được triển khai một cách có hệ thống, liên tục và phù hợp với nhu cầu thực tiễn của người bệnh.

4.2.2. Nhận thức của đội ngũ người làm công tác xã hội về vai trò thực hiện nhiệm vụ của mình trong bệnh viện

Trong hệ thống y tế hiện đại, người làm công tác xã hội được coi là “cầu nối” giữa người bệnh, gia đình, nhân viên y tế và cộng đồng. Họ đảm nhận nhiều vai trò đa dạng, từ hỗ trợ tâm lý - xã hội, cung cấp thông tin, truyền thông, đến hỗ trợ nhân viên y tế trong quá trình điều trị. Nhận thức của người làm CTXH về chính vai trò của mình là một yếu tố quyết định đến chất lượng và hiệu quả triển khai dịch vụ.

Bảng 4.4. Mức độ nhận thức của người làm công tác xã hội về vai trò thực hiện nhiệm vụ của chính mình

| Đồng ý vai trò của người làm CTXH | N | M | SD |
|--|------------|-------------|-------------|
| <i>Dịch vụ hỗ trợ tư vấn</i> | 105 | 4.16 | 0.93 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin | 105 | 4.32 | 1.05 |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh... | 105 | 4.30 | 0.94 |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động CTXH cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành | 105 | 4.34 | 0.99 |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh | 105 | 4.14 | 1.13 |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh | 105 | 3.90 | 1.29 |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | 105 | 4.04 | 1.17 |
| <i>Dịch vụ truyền thông giáo dục</i> | 105 | 4.17 | 0.96 |
| 7. Xây dựng kế hoạch để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện... | 105 | 4.09 | 1.21 |
| 8. Thực hiện công tác phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí | 105 | 4.13 | 1.25 |
| 9. Xây dựng nội dung để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện... | 105 | 4.23 | 1.12 |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh... | 105 | 4.00 | 1.17 |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | 105 | 4.38 | 0.93 |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | 105 | 4.23 | 1.08 |
| <i>Dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế</i> | 105 | 4.14 | 1.02 |
| 13. Động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi có vướng mắc với người bệnh trong quá trình điều trị | 105 | 4.26 | 0.93 |
| 14. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị | 105 | 4.28 | 0.96 |

Nguồn: Kết quả nghiên cứu của đề tài

Người làm công tác xã hội tại các bệnh viện ở Nghệ An có mức độ đồng thuận cao về vai trò của mình, song cách đánh giá có sự khác biệt giữa các nhóm dịch vụ. Trong ba nhóm, dịch vụ truyền thông - giáo dục được nhân viên tự đánh giá cao nhất (Mean = 4.17), tiếp đến là dịch vụ hỗ trợ tư vấn (Mean = 4.16) và thấp nhất là dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế (Mean = 4.14).

Trong nhóm dịch vụ *hỗ trợ tư vấn*, người làm CTXH tự nhận thức rõ ràng vai trò của mình gắn với những nhiệm vụ gần gũi, trực tiếp với người bệnh. Họ đánh giá cao nhất các hoạt động như *hỗ trợ khẩn cấp cho nạn nhân bạo hành* (M = 4.34; SD = 0.998), *đón tiếp và chỉ dẫn* (M = 4.32; SD = 1.05), hay *tổ chức hỏi thăm bệnh nhân và gia đình* (M = 4.30; SD = 0.94). Đây chính là những công việc giúp họ cảm thấy đang thực sự đồng hành cùng người bệnh và gia đình trong lúc khó khăn nhất. Một nhân viên chia sẻ: “*Tôi vốn học điều dưỡng, sau đó chuyển sang công tác xã hội. Ban đầu còn nhiều bỡ ngỡ, nhưng khi được tiếp xúc trực tiếp và lắng nghe bệnh nhân, tôi càng thấy rõ trách nhiệm và cố gắng hết sức để đồng hành với họ.*” (PVS, nữ, 24 tuổi, nhân viên CTXH). Nhận thức này cho thấy, mặc dù thiếu nền tảng đào tạo chính quy, nhiều nhân viên vẫn coi việc lắng nghe, hướng dẫn và hỗ trợ khẩn cấp là “trách nhiệm cốt lõi” của nghề, qua đó khẳng định giá trị nhân văn tuyến đầu của CTXH trong bệnh viện.

Ngược lại, đối với các dịch vụ mang tính “*hệ thống*”, sự tự nhận thức về vai trò lại ít rõ ràng hơn. Các nhiệm vụ như *cung cấp thông tin khi chuyển tuyến* (Mean = 3.90; SD = 1.293), *phát ngôn báo chí* (M = 4.13; SD = 1.25) hay *phổ biến chính sách pháp luật* (M = 4.00; SD = 1.17) đều có điểm trung bình thấp hơn và độ phân tán lớn. Điều này cho thấy người làm CTXH không hoàn toàn xem đây là vai trò của mình, một phần vì trong thực tiễn, các nhiệm vụ này thường được giao cho phòng Hành chính hoặc Truyền thông. Một lãnh đạo bệnh viện thừa nhận: “*Người làm CTXH của chúng tôi rất nhiệt tình, nhưng về mặt truyền thông đối ngoại thì bệnh viện vẫn giao cho phòng Hành chính, bởi họ có chuyên môn phù hợp hơn. CTXH chủ yếu vẫn lo cho bệnh nhân và kết nối nguồn lực.*” (PVS, nam, lãnh đạo bệnh viện). Minh chứng này lý giải vì sao mức độ tự nhận thức ở nhóm dịch vụ hệ thống còn mơ hồ, dẫn đến điểm trung bình thấp và độ lệch chuẩn cao, phản ánh sự thiếu thống nhất trong cơ cấu tổ chức và kỳ vọng nghề nghiệp.

Đối với nhóm dịch vụ *truyền thông - giáo dục*, người làm CTXH tự nhận thức rõ vai trò của mình trong việc xây dựng văn hóa bệnh viện và duy trì môi trường thân thiện. Nhiệm vụ *tổ chức quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý* được họ đánh giá cao

nhất (Mean = 4.38; SD = 0.93), cho thấy đây là lĩnh vực mà người làm CTXH cảm thấy bản thân có thể phát huy hiệu quả và dễ dàng ghi nhận trong tổ chức. Sự tự tin này cũng được củng cố bởi phản hồi tích cực từ phía người bệnh và gia đình, khi một thân nhân chia sẻ: *“Tôi thấy có người làm CTXH đến hướng dẫn quy tắc ứng xử và hỏi thăm tình hình điều trị, nhờ vậy gia đình cảm thấy yên tâm và tin tưởng hơn.”* Như vậy, việc triển khai các hoạt động truyền thông - giáo dục không chỉ giúp NV CTXH khẳng định vị trí nghề nghiệp trong nội bộ bệnh viện, mà còn tạo được sự thừa nhận từ phía cộng đồng người bệnh. Tuy nhiên, một số nhiệm vụ khác trong nhóm này như *phổ biến chính sách pháp luật* hay *cung cấp thông tin cho báo chí* lại chưa được chú trọng, phản ánh sự phân hóa trong thực hành và cho thấy nhận thức vai trò của NV CTXH hiện vẫn thiên về những hoạt động nội bộ dễ triển khai, trong khi các chức năng mang tính hệ thống và pháp lý chưa thực sự được xem là trọng tâm.

Ở nhóm dịch vụ *hỗ trợ nhân viên y tế*, mặc dù có điểm trung bình thấp nhất nhưng vẫn đạt mức cao và ổn định, với *động viên, chia sẻ với nhân viên y tế* (Mean = 4.26; SD = 0.93) và *cung cấp thông tin về người bệnh khi cần thiết* (Mean = 4.28; SD = 0.96). Điều này cho thấy NV CTXH đã ý thức được vai trò “cầu nối nội bộ”, không chỉ đồng hành cùng người bệnh mà còn hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế trong quá trình điều trị. Một bác sĩ tại bệnh viện tuyến tỉnh nhận xét: *“Có những trường hợp bệnh nhân quá căng thẳng, nhờ người làm CTXH trò chuyện và khai thác thông tin, chúng tôi có thêm dữ liệu quan trọng để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp.”* Đây là minh chứng thuyết phục về đóng góp thực tiễn của NV CTXH đối với hiệu quả điều trị.

Các dữ liệu định tính cũng cho thấy người làm CTXH có xu hướng nhận thức rõ ràng hơn về vai trò của mình trong các hoạt động hỗ trợ trực tiếp, như tư vấn, hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh, trong khi nhận thức về các chức năng mang tính hệ thống như truyền thông, giáo dục sức khỏe hoặc điều phối liên ngành còn chưa thực sự đầy đủ. Như vậy, theo quan điểm của người làm CTXH, nhận thức về vai trò nghề nghiệp không chỉ phản ánh cách họ hiểu về vai trò của mình, mà trực tiếp chi phối việc lựa chọn, ưu tiên và tổ chức các hoạt động trong thực tiễn. Những nội dung được nhận thức là vai trò cốt lõi sẽ được triển khai thường xuyên và có xu hướng trở thành hoạt động chính, trong khi những nội dung có mức độ nhận thức thấp hoặc không rõ ràng thường ít được thực hiện, bị chuyển giao hoặc không được tổ chức thực hiện trong hệ thống.

Điều này dẫn đến một cơ chế quan trọng: nhận thức nghề nghiệp đóng vai trò như một “bộ lọc thực hành”, quyết định việc dịch vụ CTXH được triển khai theo hướng nào. Trong bối cảnh Nghệ An, khi người làm CTXH chủ yếu nhận thức rõ vai trò ở các hoạt động hỗ trợ trực tiếp, trong khi ít rõ ràng ở các chức năng hệ thống, thì cấu trúc dịch vụ thực tế cũng được triển khai theo đúng định hướng này.

Một điểm đáng chú ý là kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm nhân lực về nhận thức nghề nghiệp. Những người không được đào tạo chuyên ngành CTXH lại có xu hướng đánh giá vai trò CTXH ở mức cao hơn so với nhóm được đào tạo chính quy. Phát hiện này cho thấy một nghịch lý quan trọng trong phát triển CTXH bệnh viện: nhận thức nghề nghiệp không chỉ phụ thuộc vào đào tạo chuyên ngành, mà chịu ảnh hưởng mạnh bởi mức độ thích nghi với bối cảnh tổ chức. Trong khi nhân sự được đào tạo bài bản có xu hướng tiếp cận nghề theo chuẩn mực lý thuyết, thì nhân sự xuất thân từ lĩnh vực y tế lại hình thành nhận thức dựa trên trải nghiệm thực tiễn, từ đó dễ dàng định vị vai trò trong môi trường bệnh viện hơn.

Theo quan điểm của người làm CTXH, điều này dẫn đến sự “lệch pha” giữa chuẩn mực nghề nghiệp và thực hành, khi các nội dung được đào tạo bài bản chưa được triển khai đầy đủ, trong khi các hoạt động phù hợp với bối cảnh tổ chức lại được ưu tiên thực hiện.

Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu quốc tế. Tại các hệ thống y tế phát triển như Hoa Kỳ, Úc hay Hàn Quốc, nhận thức nghề nghiệp của nhân viên CTXH được định hình thông qua khung năng lực chuẩn hóa, trong đó các vai trò như quản lý ca, tham vấn, điều phối dịch vụ và can thiệp khủng hoảng được xác định rõ ràng. Sự khác biệt này cho thấy trong các hệ thống đã chuyên nghiệp hóa, nhận thức nghề nghiệp được định hình bởi cấu trúc tổ chức và khung năng lực chuẩn hóa; trong khi tại Nghệ An, nhận thức lại được hình thành chủ yếu từ trải nghiệm cá nhân trong bối cảnh thiếu chuẩn hóa, từ đó dẫn đến sự khác biệt trong cách thức triển khai dịch vụ.

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, theo quan điểm của người làm CTXH, nhận thức nghề nghiệp đóng vai trò như một cơ chế trung gian quan trọng trong việc triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Trong đó, các điều kiện tổ chức và chính sách có thể tạo ra khuôn khổ hoạt động, nhưng chính cách người làm CTXH hiểu và định vị vai trò của mình mới là yếu tố trực tiếp quyết định dịch vụ được triển khai theo hướng nào, ở mức độ nào và có được duy trì một cách ổn định hay

không. Đồng thời, phát hiện này cho thấy nhận thức nghề nghiệp không đơn thuần là kết quả của đào tạo chuyên môn, mà là sản phẩm của sự tương tác giữa đào tạo, trải nghiệm thực tiễn và bối cảnh tổ chức. Điều này góp phần lý giải vì sao trong bối cảnh CTXH bệnh viện chưa được chuẩn hóa, thực hành nghề nghiệp có thể phát triển theo hướng khác biệt so với chuẩn mực lý thuyết.

Bảng 4.5. Sự khác biệt trong nhận thức của đội ngũ công tác xã hội về vai trò thực hiện nhiệm vụ của mình trong bệnh viện

| Tiêu chí | Các nhóm nhân tố | | Tổng thể |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | <i>Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn</i> | <i>Dịch vụ truyền thông giáo dục</i> | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) |
| <i>Địa bàn làm việc</i> | | | |
| Thành thị | 3.84 (1.31) | 3.66 (1.33) | 3.78 (1.27) |
| Nông thôn | 4.23 (0.83) | 4.20 (1.01) | 4.22 (0.80) |
| t (Sig.) | -1.20 (0.24) | -1.89 (0.06) | -1.36 (0.18) |
| <i>Độ tuổi</i> | | | |
| Dưới 25 tuổi | 3.92 (0.52) | 4.14 (0.89) | 3.99 (0.59) |
| 25-29 tuổi | 4.07 (1.08) | 4.07 (1.12) | 4.07 (1.07) |
| 30-34 tuổi | 4.44 (0.63) | 4.49 (0.63) | 4.45 (0.62) |
| 35-39 tuổi | 3.64 (1.10) | 3.77 (1.09) | 3.68 (1.06) |
| 40-44 tuổi | 4.25 (1.32) | 2.54 (1.83) | 3.73 (1.11) |
| F (Sig.) | 2.538 (0.04)* | 6.737 (0.00)* | 3.004 (0.02)* |
| <i>Giới tính</i> | | | |
| Nam | 3.66 (1.08) | 3.86 (1.17) | 3.70 (1.11) |
| Nữ | 4.22 (0.90) | 4.14 (1.07) | 4.20 (0.87) |
| t (Sig.) | -1.86 (0.06) | -.80 (0.42) | -1.66 (0.09) |
| <i>Chuyên ngành đào tạo</i> | | | |
| CTXH | 3.58 (1.26) | 3.55 (1.34) | 3.57 (1.26) |
| Y dược | 4.29 (0.81) | 4.36 (0.81) | 4.31 (0.81) |
| Điều dưỡng | 4.08 (0.97) | 4.19 (0.88) | 4.11 (0.91) |
| Khác | 4.35 (0.77) | 4.16 (1.14) | 4.29 (0.76) |
| F (Sig.) | 2.80 (0.04)* | 1.58 (0.19) | 2.57 (0.05) |
| <i>Chuyên ngành đào tạo</i> | | | |
| CTXH | 3.58 (1.26) | 3.55 (1.34) | 3.57 (1.26) |

| Tiêu chí | Các nhóm nhân tố | | Tổng thể |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------|
| | <i>Dịch vụ hỗ trợ, tư vấn</i> | <i>Dịch vụ truyền thông giáo dục</i> | |
| | M (SD) | M (SD) | |
| Khác | 4.26 (0.84) | 4.20 (1.02) | 4.24 (0.81) |
| t (Sig.) | -2.62 (0.01)* | -2.11 (0.03)* | -2.64 (0.00)* |
| <i>Trình độ học vấn cao nhất</i> | | | |
| Trung cấp/Cao đẳng | 4.15 (0.88) | 4.19 (0.87) | 4.16 (0.87) |
| Đại học | 4.12 (0.98) | 4.00 (1.21) | 4.08 (0.95) |
| Sau đại học | 4.60 (0.62) | 4.66 (0.67) | 4.62 (0.63) |
| t (Sig.) | .93 (0.39) | 1.46 (0.23) | 1.25 (0.29) |
| <i>Kinh nghiệm làm việc</i> | | | |
| Dưới 1 năm | 4.19 (0.36) | 4.30 (0.70) | 4.21 (0.45) |
| Từ 1-dưới 3 năm | 3.38 (1.38) | 3.43 (1.41) | 3.39 (1.38) |
| Từ 3-dưới 5 năm | 4.56 (0.69) | 4.55 (0.73) | 4.55 (0.69) |
| Từ 6-8 năm | 4.07 (0.65) | 4.03 (0.73) | 4.06 (0.64) |
| Trên 8 năm | 4.35 (0.84) | 4.00 (1.43) | 4.24 (0.71) |
| F (Sig.) | 5.913 (0.00)* | 3.666 (0.00)* | 5.846 (0.00)* |
| <i>Tuyển đơn vị làm việc</i> | | | |
| Tuyển tỉnh | 4.30 (1.04) | 4.19 (1.24) | 4.27 (1.02) |
| Tuyển huyện | 3.96 (0.69) | 3.99 (0.76) | 3.97 (0.66) |
| t (Sig.) | 1.85 (0.06) | 0.98 (0.325) | 1.78 (0.07) |
| <i>Phân tuyến bệnh viện</i> | | | |
| Đa khoa | 3.96 (0.93) | 4.00 (0.99) | 3.97 (0.91) |
| Chuyên khoa | 4.37 (0.89) | 4.22 (1.16) | 4.32 (0.87) |
| F (Sig.) | -2.31 (0.02)* | -1.07 (0.28) | -2.02 (0.04)* |

Ghi chú: *: $p < 0,05$; F trong kiểm định Anova, t trong kiểm định T-Test.

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu)

Kết quả kiểm định Anova và T-test ở Bảng 4.5 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận thức vai trò nghề nghiệp của người làm CTXH phụ thuộc vào độ tuổi, chuyên ngành đào tạo, kinh nghiệm làm việc và phân tuyến bệnh viện. Điều này cho thấy nhận thức nghề nghiệp không mang tính đồng nhất mà chịu ảnh hưởng đa chiều từ yếu tố cá nhân, đào tạo và môi trường công tác. Cụ thể:

Thứ nhất, yếu tố độ tuổi. Nhóm nhân viên 30-34 tuổi đạt điểm trung bình cao nhất ($M = 4.45$), phản ánh giai đoạn “chín nghề” sớm khi đã tích lũy đủ trải nghiệm thực tiễn nhưng vẫn còn năng lượng, sự nhiệt huyết và khát vọng khẳng định bản thân. Ngược lại, nhóm 35-39 tuổi lại có điểm số thấp nhất ($M = 3.68$), có thể do đặc thù tâm lý trung niên, áp lực về gia đình, vị trí việc làm và sự bão hòa nghề nghiệp khiến mức độ tự tin và động lực giảm sút. Đặc biệt, nhóm 40 - 44 tuổi có sự phân hóa rõ: đánh giá cao ở dịch vụ hỗ trợ, tư vấn ($M = 4.25$) nhưng lại rất thấp ở truyền thông giáo dục ($M = 2.54$). Điều này phản ánh sự khác biệt thể hệ trong kỹ năng và thói quen nghề nghiệp: truyền thông - giáo dục trong bệnh viện hiện nay đòi hỏi sự linh hoạt, sáng tạo, ứng dụng công nghệ số, vốn gần gũi hơn với thế hệ trẻ. Nhận định này tương đồng với lý thuyết vòng đời nghề nghiệp (Super, 1990), cho rằng ở mỗi giai đoạn tuổi khác nhau, cá nhân có mức độ gắn kết và ưu tiên nghề nghiệp khác nhau.

Sự khác biệt trong độ tuổi cũng là đặc trưng tại các bệnh viện ở Nghệ An, nơi đội ngũ CTXH phần lớn mới được hình thành trong vòng 10 năm qua, nhiều nhân sự tuổi 30-34 vừa đủ thời gian gắn bó để tích lũy kinh nghiệm, đồng thời còn giữ được nhiệt huyết. Ngược lại, nhóm 35-39 tuổi thường phải gánh thêm trách nhiệm gia đình, trong khi cơ chế đãi ngộ cho nghề CTXH chưa rõ ràng, khiến động lực giảm sút. Đối với nhóm trên 40, hạn chế trong truyền thông còn đến từ việc ít được tập huấn về kỹ năng công nghệ, truyền thông số - trong khi đây lại là nhiệm vụ mà nhiều bệnh viện Nghệ An giao mặc định cho tổ CTXH do thiếu phòng truyền thông chuyên trách.

Thứ hai, yếu tố chuyên ngành đào tạo. Kết quả cho thấy một nghịch lý: nhân sự được đào tạo đúng ngành CTXH lại có điểm số thấp hơn ($M = 3.55-3.58$) so với nhân sự xuất thân từ các ngành gần y tế như Y dược hoặc Điều dưỡng ($M = 4.1-4.3$). Nguyên nhân có thể lý giải ở ba khía cạnh: (i) khoảng cách giữa đào tạo và thực hành. chương trình đào tạo CTXH ở Việt Nam còn thiếu tính lâm sàng, ít thực hành trong môi trường bệnh viện, dẫn đến khoảng cách giữa kiến thức và thực tiễn. Trong khi đó, Nghệ An là địa bàn y tế tuyến tỉnh với đặc thù bệnh viện lớn (Ung

bướu, Sản - Nhi, Hữu nghị đa khoa Nghệ An) đòi hỏi nhân sự có hiểu biết y tế, dễ khiến nhóm đào tạo CTXH “thuần túy” gặp bất lợi so với nhóm nhân sự trái ngành vốn quen môi trường bệnh viện; (ii) nhân sự trái ngành, đặc biệt từ lĩnh vực y tế, vốn đã quen thuộc với môi trường bệnh viện, dễ dàng định vị vai trò CTXH hơn; (iii) việc bố trí nhân sự hiện nay đôi khi mang tính hành chính, dẫn tới sự thiếu rõ ràng trong mô tả công việc, khiến người học đúng ngành cảm thấy vai trò của mình bị thu hẹp hoặc chưa được phát huy.

Khi đặt trong cùng bối cảnh, có thể thấy yếu tố độ tuổi và chuyên ngành đào tạo có sự tương tác chặt chẽ với nhau trong việc định hình nhận thức nghề nghiệp của người làm CTXH ở Nghệ An. Việc triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện ở địa phương chỉ mới bắt đầu từ sau Quyết định 2514/QĐ-BYT (2011) và Thông tư 43/2015/TT-BYT, nên đội ngũ hiện nay chủ yếu hình thành trong vòng một thập kỷ. Điều này lý giải vì sao nhóm tuổi 30-34 lại đạt nhận thức cao nhất: họ là thế hệ đầu tiên được tuyển dụng hoặc điều động sau khi tổ CTXH ra đời, có đủ 5-10 năm trải nghiệm thực tiễn để tích lũy kỹ năng, đồng thời vẫn giữ nhiệt huyết của tuổi trẻ. Ngược lại, nhóm 35-39 tuổi và 40-44 tuổi vốn đa phần xuất thân từ các ngành khác (Điều dưỡng, Hành chính, Y dược) và chỉ được điều chuyển kiêm nhiệm, nên vừa chịu sức ép gia đình, vừa chưa có nền tảng đào tạo chuyên sâu về CTXH, dẫn tới việc nhìn nhận vai trò nghề nghiệp thấp hơn, đặc biệt là hạn chế trong hoạt động truyền thông giáo dục - vốn đòi hỏi sự linh hoạt, kỹ năng công nghệ và cách tiếp cận mới mẻ.

Ở chiều ngược lại, chuyên ngành đào tạo cũng chịu tác động từ đặc điểm tuổi nghề. Những nhân sự trẻ hơn, đặc biệt trong nhóm 30-34 tuổi, nếu được đào tạo CTXH tại các cơ sở đào tạo chính quy, lại rơi vào tình trạng “thiếu hụt kiến thức y khoa” nên dù nhiệt huyết, họ vẫn khó tự tin khẳng định vai trò trong môi trường bệnh viện. Trong khi đó, các nhân sự trái ngành từ Y dược hay Điều dưỡng - phần lớn ở độ tuổi trên 35 - lại có ưu thế về vốn kiến thức y khoa và trải nghiệm bệnh viện, nên thường đánh giá vai trò CTXH cao hơn, dù không được đào tạo chính quy về CTXH. Chính sự giao thoa này tạo nên nghịch lý: nhóm trẻ, đúng ngành nhưng

thiếu nền y khoa; nhóm lớn tuổi, trái ngành nhưng quen thuộc với môi trường bệnh viện. Như vậy, mối quan hệ giữa độ tuổi và chuyên ngành đào tạo phản ánh đặc thù của Nghệ An: sự non trẻ của hệ thống CTXH bệnh viện khiến đội ngũ hình thành từ nhiều nguồn, trải qua quá trình “vừa làm vừa học”.

Thứ ba, yếu tố kinh nghiệm làm việc. Các nhóm có sự khác biệt rõ rệt: nhóm dưới 1 năm thường có sự hứng khởi ban đầu nên đánh giá cao vai trò ($M = 4.2$), nhưng nhóm 1-3 năm lại rơi vào mức thấp nhất ($M = 3.38-3.43$), phản ánh “khủng hoảng giai đoạn đầu” - hiện tượng phổ biến trong phát triển nghề khi kỳ vọng ban đầu không tương thích với thực tiễn phức tạp. Từ 3-5 năm, nhận thức tăng mạnh và đạt mức cao nhất ($M = 4.55 - 4.56$), cho thấy đây là “giai đoạn vàng” để người làm CTXH khẳng định giá trị, tích lũy kỹ năng và nâng cao sự tự tin nghề nghiệp. Trên 8 năm, điểm trung bình vẫn duy trì cao nhưng có sự phân tán lớn hơn (SD cao), gợi ý rằng trải nghiệm lâu dài khiến mỗi cá nhân hình thành nhận thức nghề nghiệp đa dạng: một số tiếp tục phát triển sâu, trong khi số khác có thể bị mài mòn động lực.

Thứ tư, yếu tố phân tuyến bệnh viện. Người làm CTXH tại các bệnh viện chuyên khoa ($M = 4.32$) có nhận thức về vai trò cao hơn so với bệnh viện đa khoa ($M = 3.97$). Điều này phù hợp với bối cảnh Nghệ An, nơi nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội tại các chuyên khoa đặc thù rất rõ rệt: bệnh nhân ung thư đối diện gánh nặng tinh thần, gia đình sản phụ và trẻ nhỏ cần tư vấn và kết nối nguồn lực. Trong khi đó, tại bệnh viện đa khoa, người làm CTXH thường bị “hòa loãng” vào các công việc hành chính như hướng dẫn thủ tục, phát số thứ tự, vận động tài trợ, khiến vai trò chuyên môn ít được phát huy.

Những kết quả trên phản ánh đặc thù quan trọng: dịch vụ CTXH trong bệnh viện ở Nghệ An vẫn đang ở giai đoạn định hình, vừa thiếu nhân lực chuyên ngành, vừa thiếu khung tổ chức chuyên biệt. Do đó, nhận thức nghề nghiệp của người làm CTXH còn phụ thuộc nhiều vào nền tảng đào tạo, trải nghiệm cá nhân và đặc thù đơn vị.

Khi tiến hành so sánh giữa nhận thức của người làm công tác xã hội theo các đặc điểm nhân khẩu bằng kiểm định Anova và T-test, kết quả *không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê* về địa bàn làm việc, giới tính, trình độ học vấn, hay

tuyển đơn vị ($p > 0,05$). Điều này phản ánh rằng tại Nghệ An, sự khác biệt cá nhân chưa đủ mạnh để tạo ra chênh lệch rõ rệt về nhận thức nghề nghiệp. Các phòng/tổ CTXH hiện nay chủ yếu hoạt động kiêm nhiệm, chưa có phân công chuyên sâu, nên dù nhân viên ở tuyến tỉnh hay huyện, nam hay nữ, có bằng đại học hay sau đại học, đều đảm nhận những nhiệm vụ tương đối giống nhau như hướng dẫn thủ tục, kết nối nguồn lực, truyền thông cơ bản và vận động hỗ trợ. Vì thế, khác biệt theo địa bàn, giới hay học vấn không bộc lộ thành khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả ở Nghệ An cũng như nhiều địa phương khác tại Việt Nam đang phản ánh một bức tranh trái ngược so với kinh nghiệm quốc tế. Trong khi ở Mỹ, Úc hay Hàn Quốc, các yếu tố nhân khẩu học như giới tính và trình độ học vấn thường gắn trực tiếp với sự phân tầng nghề nghiệp, cơ hội thăng tiến và mức độ tham gia chuyên môn, thì tại Việt Nam chúng lại chưa tạo ra sự khác biệt rõ ràng. Chẳng hạn, Nam, Kim và Lee (2019) chỉ ra rằng tại Hàn Quốc, vai trò của người làm CTXH bệnh viện thay đổi đáng kể theo nền tảng đào tạo và kinh nghiệm, với bằng cấp cao hơn cho phép đảm nhận những nhiệm vụ lâm sàng và quản lý ca phức tạp. Ở Úc, Osborne, Douglas và Reid (2018) chứng minh mô hình người làm CTXH chuyên trách, được đào tạo bài bản, giúp giảm số ngày nằm viện và nâng cao hiệu quả sử dụng giường bệnh - kết quả chỉ đạt được khi phân công công việc gắn liền với trình độ và năng lực. Bae và Lee (2023) cũng chỉ ra rằng trong bối cảnh Hàn Quốc, yếu tố giới tính có ảnh hưởng đến cách thức NVCTXH tương tác và can thiệp với bệnh nhân ung thư, qua đó cho thấy vai trò giới được định hình rõ trong môi trường đã chuyên nghiệp hóa. Trái lại, ở Nghệ An, do hệ thống CTXH bệnh viện còn non trẻ và chưa có sự chuyên môn hóa sâu, các yếu tố như giới tính hay trình độ học vấn chưa đủ sức để tạo thành chênh lệch đáng kể trong nhận thức và vai trò nghề nghiệp. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng phát triển dịch vụ, khiến nghề CTXH chưa khẳng định được giá trị đặc thù của mình trong hệ thống y tế, đặt ra yêu cầu cấp thiết phải chuẩn hóa khung năng lực, xây dựng lộ trình phân tầng vai trò và gắn đào tạo với thực hành lâm sàng, nhằm tiệm cận dần với chuẩn mực quốc tế trong phát triển đội ngũ CTXH y tế tại Việt Nam.

Từ những phân tích trên, có thể nhận định rằng, các yếu tố tổ chức, chính sách và nhân lực có mối quan hệ nhân quả chặt chẽ, cùng tác động đến chất lượng hoạt động công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện, cũng như kết quả chăm sóc y tế và sự hài lòng của người bệnh.

Trước hết, yếu tố tổ chức (bao gồm cam kết, quan điểm lãnh đạo, năng lực quản lý và nguồn lực tài chính) giữ vai trò khởi phát, định hình điều kiện để triển khai dịch vụ CTXH. Khi lãnh đạo quan tâm và coi CTXH là một chức năng cần thiết, nhân sự sẽ được bố trí chuyên trách, có sự đầu tư về cơ sở vật chất và kinh phí. Ngược lại, nếu lãnh đạo chưa coi trọng, CTXH dễ trở thành hoạt động kiêm nhiệm, thiếu ổn định và khó phát huy hiệu quả.

Tiếp đến, yếu tố chính sách (đào tạo, bồi dưỡng, môi trường làm việc và cơ chế phân công) tác động trực tiếp đến năng lực và nhận thức nghề nghiệp của nhân viên CTXH. Chính sách rõ ràng giúp nhân viên được đào tạo đúng ngành, có môi trường chuyên nghiệp và nhiệm vụ cụ thể, từ đó hình thành ý thức nghề nghiệp bền vững. Ngược lại, chính sách chưa đồng bộ sẽ làm trầm trọng tình trạng “lệch chuyên ngành”, thiếu chuẩn hóa khung năng lực và gây mơ hồ trong vai trò.

Nhân lực CTXH là mắt xích trung gian, phản ánh kết quả của tổ chức và chính sách. Thái độ tận tâm và kỹ năng thực hành tốt giúp người làm CTXH thực hiện hiệu quả các nhiệm vụ tuyến đầu, trực tiếp hỗ trợ người bệnh. Tuy nhiên, hạn chế về trình độ chuyên môn và kinh nghiệm nghề nghiệp lại là rào cản, khiến nhân lực chưa đủ khả năng đảm nhận những nhiệm vụ chuyên sâu hơn như quản lý ca, điều phối liên ngành hay tham gia hoạch định chính sách.

Từ đó, nhân lực CTXH tác động trực tiếp đến kết quả chăm sóc y tế và sự hài lòng của người bệnh. Khi được hỗ trợ đúng lúc, bệnh nhân và gia đình không chỉ cảm thấy an tâm, giảm căng thẳng mà còn phối hợp tích cực hơn với đội ngũ y tế, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm thời gian nằm viện và nguy cơ tái nhập viện. Ngược lại, khi nhân lực thiếu ổn định hoặc thiếu chuyên môn, người bệnh dễ gặp khó khăn trong quá trình điều trị, giảm sự hài lòng và niềm tin vào hệ thống y tế.

Tiểu kết chương 4

Chương 4 cho thấy, theo quan điểm của người làm công tác xã hội, việc triển khai dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An không phải là kết quả của các yếu tố riêng lẻ, mà là sản phẩm của một cấu trúc tác động mang tính hệ thống. Trong đó, các yếu tố tổ chức, đặc biệt là quan điểm và năng lực của lãnh đạo bệnh viện, được nhìn nhận như nền tảng định hướng, quyết định việc CTXH được triển khai như một chức năng chuyên môn hay chỉ dừng lại ở các hoạt động hỗ trợ vận hành. Các điều kiện như tài chính, cơ chế phối hợp và đặc điểm quy mô - địa bàn đóng vai trò điều tiết, ảnh hưởng trực tiếp đến phạm vi và mức độ triển khai dịch vụ.

Ở cấp độ chính sách phát triển đội ngũ, người làm CTXH cho rằng hiệu quả triển khai dịch vụ phụ thuộc vào tổng thể các điều kiện bảo đảm năng lực hành nghề, bao gồm đào tạo chuyên môn, môi trường làm việc và cơ chế phân công - phối hợp. Những hạn chế trong các điều kiện này tạo ra khoảng trống mang tính cấu trúc, làm thu hẹp khả năng triển khai các dịch vụ chuyên sâu và liên tục.

Đáng chú ý, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng nhận thức nghề nghiệp không chỉ phản ánh cách người làm CTXH hiểu về vai trò của mình, mà vận hành như một cơ chế trung gian trực tiếp định hình thực hành dịch vụ. Những nội dung được nhận thức là cốt lõi có xu hướng được ưu tiên triển khai, trong khi các chức năng hệ thống và chuyên sâu ít được thực hiện hơn.

Tổng hợp các kết quả cho thấy, việc triển khai dịch vụ CTXH được định hình bởi một chuỗi liên kết từ tổ chức, chính sách, năng lực đến nhận thức nghề nghiệp, trong đó nhận thức đóng vai trò “bộ lọc thực hành” chuyển hóa các điều kiện cấu trúc thành hoạt động cụ thể. Từ góc độ học thuật, phát hiện này góp phần làm rõ cơ chế vận hành của CTXH bệnh viện trong bối cảnh chuyển tiếp, khi dịch vụ có xu hướng phát triển theo logic của hệ thống y tế hơn là theo logic nghề nghiệp của công tác xã hội

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

Luận án “Dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An” đã thực hiện nghiên cứu một cách hệ thống và toàn diện từ cơ sở lý luận đến khảo sát thực tiễn, qua đó làm rõ bức tranh về tổ chức, vận hành và hiệu quả của dịch vụ CTXH tại các bệnh viện trong bối cảnh một địa phương có quy mô dân số lớn, địa bàn rộng, nhu cầu chăm sóc y tế cao nhưng nguồn lực còn hạn chế. Trên cơ sở kế thừa kinh nghiệm quốc tế, đối chiếu thực tiễn trong nước và triển khai điều tra với dữ liệu đa nguồn, luận án rút ra một số kết luận chính sau:

Kết quả nghiên cứu cho thấy các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An đã được triển khai theo ba nhóm quy định tại Thông tư 43/2015/TT-BYT, bao gồm hỗ trợ - tư vấn cho người bệnh và người nhà, hỗ trợ nhân viên y tế và truyền thông - giáo dục sức khỏe. Tuy nhiên, mức độ triển khai giữa các nhóm dịch vụ có sự khác biệt rõ rệt và tồn tại xu hướng lệch chuẩn về chức năng. Trong đó, nhóm dịch vụ hỗ trợ - tư vấn cho người bệnh và người nhà được triển khai phổ biến và hiệu quả nhất, đóng vai trò trực tiếp trong việc hỗ trợ thủ tục, cung cấp thông tin và ổn định tâm lý ban đầu. Ngược lại, các dịch vụ hỗ trợ nhân viên y tế và truyền thông - giáo dục sức khỏe còn hạn chế, thiếu tính hệ thống và chưa phát huy đầy đủ vai trò trong mô hình CTXH y tế hiện đại. Đặc biệt, các dịch vụ chuyên sâu như tham vấn tâm lý, quản lý ca, hỗ trợ khủng hoảng và điều phối liên ngành hầu như chưa được triển khai đầy đủ, cho thấy dịch vụ CTXH tại Nghệ An hiện vẫn vận hành chủ yếu theo logic hỗ trợ hoạt động của bệnh viện, hơn là theo logic nghề nghiệp của công tác xã hội lâm sàng.

Đối với người bệnh và người nhà người bệnh, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng họ phải đối mặt với hệ thống khó khăn đa chiều trong quá trình khám chữa bệnh, trong đó khó khăn tài chính là rào cản lớn nhất, tiếp đến là các vấn đề liên quan đến thủ tục hành chính, thiếu thông tin, áp lực tâm lý và gánh nặng chăm sóc. Nhu cầu đối với dịch vụ CTXH được ghi nhận ở mức cao, đặc biệt đối với các dịch vụ hỗ trợ thông tin, tư vấn và hỗ trợ tâm lý. Tuy nhiên, mức độ tiếp cận dịch vụ trên thực tế

chưa tương xứng với nhu cầu, nhất là đối với các dịch vụ chuyên sâu và các nhóm người bệnh dễ bị tổn thương như bệnh nặng, điều trị dài ngày hoặc có hoàn cảnh kinh tế khó khăn. Đồng thời, sự khác biệt về khó khăn, nhu cầu và khả năng tiếp cận giữa các nhóm đối tượng cho thấy tồn tại những bất bình đẳng đáng kể trong tiếp cận dịch vụ CTXH trong bối cảnh địa phương.

Từ góc nhìn của người làm CTXH, việc triển khai dịch vụ chịu sự chi phối của một hệ thống các yếu tố liên kết chặt chẽ, trong đó nổi bật là yếu tố tổ chức và quản trị bệnh viện, đặc biệt là quan điểm và định hướng của lãnh đạo; yếu tố chính sách phát triển đội ngũ, bao gồm đào tạo, phân công, môi trường làm việc và cơ chế phối hợp; yếu tố năng lực và điều kiện hành nghề; và yếu tố nhận thức nghề nghiệp. Đáng chú ý, nhận thức nghề nghiệp được xác định là cơ chế trung gian quan trọng, vận hành như một “bộ lọc thực hành”, trực tiếp định hình việc lựa chọn, ưu tiên và tổ chức các hoạt động CTXH trong thực tiễn. Tổng hợp các yếu tố này cho thấy việc triển khai dịch vụ CTXH không chỉ phụ thuộc vào nguồn lực, mà là kết quả của một chuỗi tác động từ tổ chức - chính sách - năng lực - nhận thức nghề nghiệp.

Từ các kết quả trên, luận án cho thấy bản chất của dịch vụ CTXH trong bệnh viện tại Nghệ An là một quá trình chuyển đổi chưa hoàn chỉnh, trong đó dịch vụ đang được triển khai chủ yếu theo logic vận hành của hệ thống y tế, trong khi các điều kiện để vận hành theo logic nghề nghiệp của công tác xã hội chưa được thiết lập đầy đủ. Điều này lý giải sự tồn tại đồng thời của mức độ hài lòng tương đối cao với hiệu quả thực tế còn hạn chế về chiều sâu chuyên môn, đồng thời đặt ra yêu cầu cần tái cấu trúc hệ thống theo hướng chuẩn hóa, chuyên nghiệp hóa và tăng cường tích hợp CTXH trong chuỗi chăm sóc người bệnh trong thời gian tới.

2. Các khuyến nghị nhằm nâng cao hiệu quả dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện tại Nghệ An

Trên cơ sở phân tích thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện tại Nghệ An, nghiên cứu nhận thấy hệ thống dịch vụ hiện đang tồn tại ba điểm nghẽn mang tính cấu trúc: sự lệch chuẩn chức năng khi các hoạt động thiên về hỗ trợ vận hành hơn là can thiệp chuyên sâu;

khoảng cách giữa nhu cầu thực tế của người bệnh và khả năng tiếp cận dịch vụ; và các khoảng trống về nhân lực, quy trình cũng như cơ chế phối hợp trong tổ chức thực hiện. Xuất phát từ đó, tác giả đề xuất các khuyến nghị theo bốn cấp độ tác động như sau.

2.1. Đối với cơ quan quản lý nhà nước

Mặc dù CTXH trong bệnh viện đã được pháp lý hóa thông qua các văn bản quy phạm pháp luật, song việc triển khai trên thực tế vẫn còn lệch chuẩn chức năng đáng kể. Các dịch vụ chuyên sâu như tham vấn tâm lý, quản lý ca, hỗ trợ khủng hoảng và hỗ trợ sau xuất viện hầu như chưa được hiện thực hóa tại phần lớn cơ sở khảo sát. Thực trạng này phản ánh khoảng cách rõ rệt giữa thiết kế chính sách và thực thi dịch vụ, cho thấy khung pháp lý hiện hành chưa đủ cụ thể để định hướng và dẫn dắt thực hành chuyên môn.

Để khắc phục tình trạng này, cơ quan quản lý nhà nước cần chuyển hướng từ cách tiếp cận "thiết lập bộ phận CTXH" sang chuẩn hóa hệ thống dịch vụ CTXH một cách toàn diện. Trước hết, cần cụ thể hóa danh mục dịch vụ CTXH theo hướng lâm sàng và liên tục, xác định rõ nội dung, chuẩn đầu ra và điều kiện triển khai của từng loại dịch vụ, làm căn cứ thống nhất cho các cơ sở y tế áp dụng. Tiếp theo, cần ban hành khung năng lực nghề nghiệp CTXH trong lĩnh vực y tế, bao gồm các tiêu chí cụ thể về kiến thức, kỹ năng và thái độ nghề nghiệp, gắn kết chặt chẽ với các khâu tuyển dụng, đào tạo và đánh giá nhân lực.

Bên cạnh đó, việc thiết lập cơ chế tài chính bền vững cho dịch vụ CTXH là yêu cầu cấp thiết, trong đó có thể nghiên cứu tích hợp chi phí CTXH vào cơ cấu giá dịch vụ khám chữa bệnh hoặc áp dụng cơ chế đặt hàng dịch vụ xã hội. Đồng thời, cần quy định rõ quyền và vai trò của nhân viên CTXH trong quy trình chăm sóc, bao gồm quyền tiếp cận thông tin người bệnh, tham gia hội chẩn liên ngành và phối hợp liên khoa, nhằm bảo đảm CTXH được vận hành như một chức năng chuyên môn thực sự trong hệ thống y tế, thay vì chỉ đóng vai trò hỗ trợ.

2.2. Đối với các bệnh viện

Hoạt động CTXH trong bệnh viện hiện chủ yếu mang tính phản ứng và xử lý tình huống đơn lẻ, thiếu quy trình chuyên môn khép kín và chưa được tích hợp một cách có hệ thống vào chuỗi chăm sóc người bệnh. Bên cạnh đó, tình trạng phân tầng rõ rệt về tuyến điều trị và địa bàn cũng tạo ra sự chênh lệch đáng kể trong khả năng tiếp cận dịch vụ CTXH giữa các nhóm người bệnh.

Để khắc phục những hạn chế này, các bệnh viện cần ưu tiên thực hiện một số giải pháp cụ thể. Về quy trình chuyên môn, cần thiết lập và chuẩn hóa chu trình dịch vụ CTXH theo các bước: tiếp nhận - đánh giá nhu cầu - lập kế hoạch can thiệp - triển khai can thiệp - theo dõi - lượng giá kết quả. Song song đó, cần xây dựng các quy trình chuyên sâu riêng biệt cho từng nhóm dịch vụ, bao gồm quản lý ca, tham vấn tâm lý, hỗ trợ khủng hoảng và hỗ trợ tái hòa nhập sau xuất viện.

Về cơ chế phối hợp, cần thiết lập quy trình chuyển gửi liên khoa bắt buộc, trong đó quy định rõ các tình huống cần kích hoạt sự tham gia của CTXH, đưa nhân viên CTXH vào vai trò sàng lọc và can thiệp sớm, tránh tình trạng CTXH chỉ được huy động khi sự việc đã trở nên phức tạp. Về tổ chức nhân lực, cần tái cấu trúc vị trí của CTXH theo hướng tích hợp vào các khoa lâm sàng, ưu tiên bố trí tại các khoa có nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội cao như ung bướu, hồi sức tích cực, cấp cứu, sản khoa và nhi khoa.

Ngoài ra, cần bảo đảm các điều kiện hành nghề tối thiểu, bao gồm phòng tham vấn riêng bảo đảm tính bảo mật, hệ thống quản lý thông tin người bệnh và các công cụ hỗ trợ quản lý ca chuyên nghiệp. Đặc biệt, đối với Nghệ An - địa bàn có sự phân hóa rõ rệt giữa khu vực thành thị, nông thôn và miền núi - các bệnh viện cần áp dụng mô hình linh hoạt, phù hợp với điều kiện nguồn lực thực tế của từng đơn vị và từng tuyến, thay vì áp dụng đồng nhất một mô hình cứng nhắc.

2.3. Đối với các cơ sở đào tạo Công tác xã hội

Để thu hẹp khoảng cách còn tồn tại giữa chương trình đào tạo và yêu cầu của thực hành nghề nghiệp trong môi trường y tế, các cơ sở đào tạo cần tái cấu trúc chương trình đào tạo CTXH theo hướng tăng cường đáng kể năng lực thực

hành lâm sàng. Cụ thể, cần đưa vào chương trình các học phần chuyên sâu về tham vấn tâm lý trong bệnh viện, quản lý ca, đánh giá tâm lý - xã hội, và can thiệp hỗ trợ khủng hoảng - những kỹ năng hiện đang thiếu hụt nghiêm trọng trong đội ngũ hành nghề. Đồng thời, cần phát triển mô hình đào tạo tích hợp giữa lý thuyết, thực hành và bồi dưỡng cụ thể của môi trường bệnh viện, trong đó tăng cường thời lượng thực tập tại cơ sở y tế và gắn nội dung học tập với các tình huống thực tiễn của người bệnh.

Bên cạnh chương trình đào tạo chính quy, các cơ sở đào tạo cũng cần đẩy mạnh đào tạo lại và bồi dưỡng ngắn hạn cho đội ngũ nhân viên đang làm việc kiêm nhiệm hoặc chưa có bằng chuyên ngành tại các bệnh viện, nhằm từng bước chuẩn hóa năng lực nghề nghiệp trong thực tiễn. Việc thiết lập cơ chế giám sát nghề nghiệp định kỳ và đánh giá năng lực sau đào tạo cũng là yếu tố không thể thiếu để bảo đảm chất lượng đầu ra thực sự đáp ứng yêu cầu của hệ thống y tế.

2.4. Đối với người làm công tác xã hội trong bệnh viện

Một trong những phát hiện có giá trị đóng góp lý luận của nghiên cứu này là vai trò của nhận thức nghề nghiệp như một "bộ lọc thực hành": chính cách người làm CTXH hiểu về chức năng và vị trí của mình trong hệ thống y tế sẽ quyết định dịch vụ nào được lựa chọn triển khai, hoạt động nào được ưu tiên và hoạt động nào bị bỏ qua trong thực tiễn công việc hàng ngày. Đây là yếu tố nội sinh nhưng có tác động trực tiếp đến cấu trúc và chất lượng dịch vụ.

Do đó, người làm CTXH trong bệnh viện cần chủ động trong việc định hình và chuẩn hóa nhận thức nghề nghiệp của bản thân. Trước hết, cần xác lập rõ định hướng vai trò: nhiệm vụ của nhân viên CTXH không chỉ dừng lại ở hỗ trợ hành chính hay làm cầu nối thông tin, mà là thực hiện một chức năng chuyên môn độc lập trong chăm sóc toàn diện người bệnh, bao gồm đánh giá tâm lý - xã hội, can thiệp hỗ trợ và theo dõi liên tục. Trên cơ sở nhận thức đó, người làm CTXH cần chủ động nâng cao năng lực thực hành thông qua tự học, tham gia các khóa bồi dưỡng chuyên môn, và xây dựng thói quen phản hồi nghề nghiệp thường xuyên.

Bên cạnh đó, việc tích cực tham gia vào các hoạt động liên ngành như hội chẩn, chăm sóc phối hợp và các mạng lưới chuyên môn CTXH sẽ giúp người làm CTXH không chỉ nâng cao năng lực mà còn từng bước khẳng định vị thế nghề nghiệp trong môi trường bệnh viện. Quá trình chuyển dịch từ thực hành mang tính thích ứng - "làm những gì có thể" - sang thực hành theo chuẩn mực nghề nghiệp - "thực hiện đúng vai trò" - chính là điều kiện then chốt để nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH từ bên trong.

3. Hạn chế của luận án và hướng nghiên cứu tiếp theo

3.1. Hạn chế của luận án

Thứ nhất, về phạm vi nghiên cứu: Luận án chỉ khảo sát tại một số bệnh viện trên địa bàn Nghệ An, chủ yếu là tuyến tỉnh và tuyến huyện, nên kết quả chưa phản ánh đầy đủ bức tranh tổng thể của hệ thống bệnh viện trên phạm vi cả nước. Đặc thù về điều kiện kinh tế - xã hội và tổ chức y tế ở Nghệ An có thể khác biệt so với các địa phương khác, làm giảm tính khái quát của kết quả nghiên cứu.

Thứ hai, về phương pháp nghiên cứu: Dữ liệu định lượng được thu thập qua bảng hỏi tự báo cáo, nên khó tránh khỏi ảnh hưởng của yếu tố chủ quan và thiên lệch xã hội trong trả lời của đối tượng khảo sát. Trong khi đó, dữ liệu định tính từ phỏng vấn sâu tuy góp phần bổ sung chiều sâu cho kết quả, nhưng số lượng còn hạn chế và chưa bao quát được đầy đủ các loại hình bệnh viện cũng như nhóm đối tượng liên quan.

Thứ ba, về nội dung phân tích: Luận án mới chỉ tập trung phân tích ba nhóm dịch vụ chính của công tác xã hội trong bệnh viện, gồm: hỗ trợ tiếp đón - tư vấn, truyền thông - giáo dục sức khỏe, và hỗ trợ nhân viên y tế. Trong khi đó, nhiều lĩnh vực quan trọng khác của dịch vụ CTXH như quản lý ca, tham vấn tâm lý chuyên sâu, hỗ trợ pháp lý, vận động chính sách hay kết nối nguồn lực cộng đồng chưa được đưa vào phân tích chi tiết. Điều này khiến phạm vi nội dung nghiên cứu còn giới hạn, chưa phản ánh đầy đủ sự đa dạng và phức tạp của hoạt động CTXH trong bối cảnh bệnh viện. Bên cạnh đó, việc phân tích mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan đến hiệu quả dịch vụ công tác xã hội và tác động cụ thể đến kết quả

chăm sóc y tế cũng như sự hài lòng của người bệnh mới chỉ dừng ở mức định hướng, chưa được kiểm chứng bằng mô hình phân tích thống kê chuyên sâu (như hồi quy đa biến). Điều này khiến mức độ khẳng định về cơ chế tác động qua lại giữa các yếu tố còn hạn chế. Đây là khoảng trống cần được tiếp tục bổ sung trong các nghiên cứu tiếp theo để hoàn thiện bức tranh toàn diện hơn về hoạt động CTXH trong bệnh viện.

Trong Chương 4, nghiên cứu tập trung phân tích chất lượng dịch vụ công tác xã hội chủ yếu từ góc nhìn của đội ngũ nhân viên CTXH. Việc tập trung vào nhóm nhân viên CTXH cũng đồng nghĩa với hạn chế trong phạm vi dữ liệu, khi các đánh giá từ các bên liên quan như lãnh đạo bệnh viện, bác sĩ, điều dưỡng, bệnh nhân và người nhà được phân tích gián tiếp thông qua kết quả khảo sát và dữ liệu định tính ở các phần khác, thay vì được trình bày song song trong Chương 4. Điều này có thể làm giảm tính đa chiều của kết quả phân tích trong riêng chương này.

3.2. Hướng nghiên cứu tiếp theo

Trong tương lai, các nghiên cứu cần mở rộng phạm vi khảo sát ra nhiều tỉnh, thành phố và loại hình bệnh viện khác nhau nhằm tăng tính khái quát và giá trị so sánh. Về phương pháp, kết hợp nhiều nguồn dữ liệu như các dữ liệu thứ cấp, quan sát thực địa, thảo luận nhóm, xin ý kiến chuyên gia để khắc phục hạn chế của bảng hỏi tự báo cáo và bổ sung chiều sâu cho phân tích. Nội dung nghiên cứu cũng cần được mở rộng sang các dịch vụ CTXH quan trọng khác như quản lý ca, tham vấn tâm lý chuyên sâu, hỗ trợ pháp lý, vận động chính sách và kết nối nguồn lực cộng đồng để phản ánh toàn diện hơn chức năng của CTXH y tế. Bên cạnh đó, việc tập trung phân tích mối quan hệ giữa yếu tố tổ chức, chính sách và nhân lực với hiệu quả dịch vụ, đồng thời đo lường tác động cụ thể của CTXH đến kết quả chăm sóc y tế và sự hài lòng của người bệnh, sẽ giúp cung cấp bằng chứng khoa học vững chắc hơn về vai trò không thể thiếu của công tác xã hội trong hệ thống y tế. Đồng thời, trong nghiên cứu tiếp theo, sẽ mở rộng đối tượng thu thập dữ liệu để bao gồm đầy đủ các bên liên quan có thể tăng cường tính đa chiều trong đánh giá và đối chiếu kết quả giữa nhóm cung cấp dịch vụ và nhóm thụ hưởng dịch vụ.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyen Thi Hoai An, Trinh Van Tung, Dang Kim Khanh Ly (2024), “Role of Social Workers in Australian hospitals and some recommendations for Vietnam”, *Second international conference on the issues of social sciences and humanities*, Vietnam national university press, Ha Noi, pp.96-104, ISBN 978- 604-43-1656-7.

2. Nguyễn Thị Hoài An, Đặng Kim Khánh Ly (2023), “Nhu cầu về dịch vụ công tác xã hội của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Nam Nghệ An”, *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội*, ISSN 2354-1172, 9(2b), tr.170-182. DOI: <http://doi.org/10.33100/tckhxhvnv9.2b.NguyenThiHoaiAn-DangKimKhanhLy>.

3. Nguyen Thi Hoai An, (2024) “Current State of Practitioners Delivering Social Work service in Provincial Hospitals in Viet Nam”, *International Journal of Religion*, ISSN 2633-3538 (online), 5(11), pp. 4677-4681, DOI:10.61707/tmrtxx24.

4. Nguyen Thi Hoai An (2024), “Hospital Social Work Development in Vietnam Today: Limitations and Several Solutions”, *Asean Social Work Journal (ASWJ)*, e-ISSN: 0128-1577, 9(3), pp. 1-13. DOI: <https://doi.org/10.47405/aswj.v9i3.296>

5. Nguyen Thi Hoai An (2021), “The Role of Social Works in Supporting the Vulnerable Groups Seeking Health Care Services during the Covid -19 Pandemic”, *The international conference proceedings: “The impact of disasters and pandemics on families, women and children: Interventions from psychology and social work*, Ho Chi Minh City Publishing House, pp.13-135, ISBN 978- 604-73-8684-0.

6. Pham Thi Kim Dung, Nguyen Thi Hoai An (2025), “Social Work Activities Supporting Patients at Hospitals in Nghe An, Viet Nam”, *Asean Social Work Journal*, pp.115-127, ISSN 2089-1075.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Phương Anh (2023), *Dịch vụ công tác xã hội dành cho gia đình và trẻ có rối loạn phổ tự kỷ*, Khoa Xã hội học, Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Báo Nghệ An (2018), *Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh: Thành công từ chủ trương đi tắt đón đầu*, truy cập ngày 1/8/2025 từ <https://baonghean.vn/benh-vien-da-khoa-thanh-pho-vinh-thanh-cong-tu-chu-truong-di-tat-don-dau-10181082.html>.
3. Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Tây Nam (2024), *Báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện* (Thu thập số liệu từ 2015 - 30/6/2024).
4. Bệnh viện Đa Khoa Thanh Chương (2024), *Báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện* (Thu thập số liệu từ 2015 - 30/6/2024).
5. Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Vinh (2024), *Báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện* (Thu thập số liệu từ 2015 - 30/6/2024).
6. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (2024), *Báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện* (Thu thập số liệu từ 2015 - 30/6/2024).
7. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An (2024), *Báo cáo kết quả thực hiện Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 của Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện* (Thu thập số liệu từ 2015 - 30/6/2024).
8. Bệnh viện Hùng Vương (2025), *Áp lực của nhân viên công tác xã hội bệnh viện: nguy cơ bị “làm xiếc” để trục lợi chính sách.*, truy cập ngày 3/7/2025 từ

<https://bvhungvuong.vn/gioi-thieu/ap-luc-cua-nhan-vien-cong-tac-xa-hoi-benh-vien-nguy-co-bi-lam-xiec-de-truc-loi-chinh-sach>.

9. Thái Bình (2023), *Bộ Y tế sẽ sửa đổi quy định gì để hoạt động công tác xã hội bệnh viện thực sự hiệu quả?*, truy cập ngày 7/7/2025 từ <https://bvquan5.medinet.gov.vn/chuyen-muc/bo-y-te-se-sua-doi-quy-dinh-gi-de-hoat-dong-cong-tac-xa-hoi-benh-vien-thuc-su-h-c14475-129331.aspx>
10. Bộ Lao động - Thương binh & Xã hội (2011), *Dự báo triển vọng phát triển nghề công tác xã hội tại Việt Nam đến năm 2020*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.molisa.gov.vn/baiviet/20899?tintucID=20899>.
11. Bộ Y Tế (2011), *Quyết định số 2514/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2011 về việc phê duyệt đề án “Phát triển nghề Công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020”*, Hà Nội.
12. Bộ Y Tế (2015), *Thông tư 43/2015/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2015 Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện*, Hà Nội.
13. Bộ Y Tế (2023), *Tài liệu hội thảo Thúc đẩy hành lang pháp lý, chuẩn năng lực và dịch vụ công tác xã hội và bảo vệ trẻ em tại cơ sở khám, chữa bệnh, chủ biên*.
14. Bộ Y Tế (2023), *Tiếp tục nâng cao hiệu quả hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện*, Bộ Y tế, Hà Nội, truy cập ngày 15/4/2025-12/7/2025 từ https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/tiep-tuc-nang-cao-hieu-qua-hoat-ong-cong-tac-xa-hoi-trong-benh-vien.
15. Bộ Y Tế (2024), *Thông tư Thông tư 51/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2024 quy định về thực hiện công tác xã hội trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành*, Bộ Y tế, Hà Nội.
16. Chính Phủ (2017), *Nghị định số 110/2017/NĐ-CP ngày 04/10/2017 của Chính phủ về tổ chức hoạt động của cơ sở trợ giúp xã hội*, Hà Nội.
17. Nguyễn Thị Thùy Dương, Lê Minh Hiền (2020), “Kết quả các hoạt động công tác xã hội tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học: Công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*.

18. Đại biểu Nhân dân Tỉnh Nghệ An (2025), *Nghe An không còn là tỉnh có diện tích lớn nhất sau khi cả nước sáp nhập tỉnh*, truy cập ngày 12/7/2025 từ <https://dbndnghean.vn/nghe-an-khong-con-la-tinh-co-dien-tich-lon-nhat-sau-khi-ca-nuoc-sap-nhap-tinh-16014.htm>.
19. Bùi Thị Mai Đông (2020), “Hoạt động công tác xã hội - Từ lý luận đến thực tiễn qua một vài nghiên cứu trên địa bàn thành phố Hà Nội”, *Tạp chí Khoa học Học viện Phụ nữ Việt Nam*, 12 (4), tr. 37-47.
20. Bùi Thị Mai Đông (2020), “Hoạt động công tác xã hội tại một số bệnh viện tuyến trung ương trên địa bàn thành phố Hà Nội”, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, 4 (1), tr. 48-61.
21. Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Trung Hải (2021), *Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện*, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội.
22. Nguyễn Trung Hải (2019), “Một số mô hình công tác xã hội trong bệnh viện trên thế giới và bài học kinh nghiệm cho Việt Nam”, *Tạp chí Khoa học Học viện Phụ nữ Việt Nam*, 5 (1), tr. 37-46.
23. Lý Thị Hảo, Phạm Tiến Nam, Bùi Thị Thu Hà (2019), *Tài liệu Công tác xã hội trong bệnh viện dành cho người làm công tác xã hội trong bệnh viện*, NXB Lao động Xã hội, Hà Nội.
24. Nguyễn Thị Kim Hoa, Nguyễn Thị Liên (2020), “Thực hiện quyền an sinh xã hội về khám chữa bệnh cho người dân thông qua hoạt động công tác xã hội ở Việt Nam hiện nay”, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, 4(01), tr. 109-117.
25. Nguyễn Thị Kim Hoa, Nguyễn Hồi Loan (2014), *Công tác xã hội đại cương*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
26. Nguyễn Thị Kim Hoa, Nguyễn Hồi Loan (2016), *Nhập môn Công tác xã hội*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
27. Nguyễn Thị Hồng, Huỳnh Văn Chấn (2016), “Nhu cầu của các bệnh viện tại tỉnh Bến Tre”, *Kỷ yếu Hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, tr. 95-104.

28. Nguyễn Ngọc Hường (2016), “Phát triển công tác xã hội y tế: Kinh nghiệm quốc tế và một vài quan sát tại Việt Nam”, *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn* 2(1), tr. 12-25.
29. Nguyễn Ngọc Hường (2020), “Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe trên thế giới và ứng dụng cho Việt Nam”, *Tạp chí Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, tr. 35-43.
30. Nguyễn Tuấn Hưng (2025), “Một số nội dung mới của Thông tư 51/2024/TT-BYT với Thông tư 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế về dịch vụ Công tác xã hội”, *Hội thảo Công tác xã hội trong bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh*, ngày 31 tháng 10 năm 2025.
31. Đặng Kim Khánh Ly (2021), “Khả năng đáp ứng của các dịch vụ công tác xã hội bệnh viện với nhu cầu của người bệnh tại bệnh viện tuyến trung ương và địa phương hiện nay”, *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn* 7(2b), tr. 238-255.
32. Nguyễn Thị Thái Lan (2012), *Giáo trình Công tác xã hội nhóm*, NXB Lao động Xã hội, Hà Nội.
33. Bùi Thị Xuân Mai (2014), *Giáo trình Nhập môn Công tác xã hội*, NXB Lao động - Xã hội.
34. Phạm Tiến Nam, Hoàng Long Quân, Đào Duy Khánh (2020), “Một số yếu tố ảnh hưởng đến các hoạt động công tác xã hội tại trung tâm y tế huyện Đăk Tô, tỉnh Kon Tum năm 2019”, *Tạp chí Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, 4 (1), tr. 62-69.
35. Phạm Tiến Nam và cộng sự (2020), “Công tác xã hội trong bệnh viện tại Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020: Thành tựu và thách thức”, *Tạp chí Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển* 4 (1), tr.13-16.
36. Phạm Tiến Nam (2021), “Đánh giá kết quả thành lập phòng/tổ công tác xã hội của một số bệnh viện tại Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020”, *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, HNUe Journal of Science*, 66 (1), tr.118-125, DOI: 10.18173/2354-1067.2021-0014.

37. Đỗ Hạnh Nga (2020), “Phát triển công tác xã hội trong bệnh viện những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành”, *Kỷ yếu Hội thảo khoa học: công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, tr.1-9, ISBN:978-604-73-4701-8.
38. Nguyễn Trọng Phương (2017), “Phát triển dịch vụ sáng tạo đáp ứng nhu cầu cộng đồng”, *Tạp chí Thông tin và Tư liệu*, tr. 23-30.
39. Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Huệ (2020), “Vai trò của nhân viên công tác xã hội tại bệnh viện Nhi Trung ương”, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển* 4 (1), tr. 15-25.
40. Sở Y Tế Nghệ An (2019), *Báo cáo kết quả thực hiện đề án phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế*.
41. Sở Y Tế Nghệ An (2021), *Báo cáo kết quả thực hiện hoạt động công tác xã hội năm 2021-2022*.
42. Sở Y Tế Nghệ An (2023), *Báo cáo kết quả thực hiện hoạt động công tác xã hội năm 2023-2024*.
43. Sở Y Tế Nghệ An (2025), *Sơ đồ tổ chức hệ thống Y tế tỉnh Nghệ An*, truy cập ngày, tại trang web <https://yteso.nghean.gov.vn/>.
44. Nguyễn Hồng Sơn, Phạm Tiến Nam, Hoàng Long Quân, Hoàng Văn Minh (2020), “Thực trạng dịch vụ công tác xã hội đối với người bệnh ung thư tại bệnh viện K năm 2017”, *Tạp chí Tâm lý học Việt Nam*, 5 (5), tr. 33-45.
45. Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Kim Ngọc (2020), “Dự án cuộc sống sau khi xuất viện một nghiên cứu về công tác xã hội trong bệnh viện”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học: Công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, tr. 38-43, ISBN: 978-604-73-4701-8.
46. Hoàng Bá Thịnh (2010), *Giáo trình Xã hội học Sức khỏe*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội; tái bản 2017.
47. Dương Thị Minh Thu (2020), “Kiến thức, thái độ, và hành vi của nhân viên y tế về nghề công tác xã hội tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, *Tạp chí Khoa học*

- Nghiên cứu sức khỏe và phát triển.* 4 (1), tr. 97-108, <https://doi.org/10.38148/JHDS.0101SKPT19-078>.
48. Phạm Thị Thu Trương. Nguyễn Xuân Quỳnh (2020), “Mô hình công tác xã hội tại Mỹ và hướng ứng dụng tại Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học: Công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*.
 49. Bùi Thị Thanh Tuyền (2020), “Lịch sử công tác xã hội trong bệnh viện trên thế giới”, *Kỷ yếu Hội thảo khoa học: Công tác xã hội trong bệnh viện - Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, tr. 24-37.
 50. Trần Đình Tuấn (2015), “Công tác xã hội trong bệnh viện”, *Hội thảo về công tác xã hội trong bệnh viện*, ngày 23/11/2015, Nha Trang, tr. 48-54.
 51. Trịnh Văn Tùng (chủ biên, 2012), *Sổ tay hướng dẫn thực hành công tác xã hội*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
 52. Nguyễn Thị Thanh Tùng (2020), “Thực trạng phát triển nghề công tác xã hội tại các bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Phát triển khoa học và công nghệ - Khoa học Xã hội và Nhân văn*, 4 (1), tr. 278-286, <https://doi.org/https://doi.org/10.32508/stdjssh.v4i1.540>.
 53. Trường Đại học Xây dựng Hà Nội (2025), *Những thay đổi phân cấp cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế*, truy cập ngày 10/7/2025 từ <https://yt.huce.edu.vn/nhung-thay-doi-phan-cap-co-so-kham-chua-benh-bao-hiem-y-te>.
 54. Ủy ban nhân dân Tỉnh Nghệ An (2024), *Giới thiệu tổng quan về tỉnh Nghệ An*, truy cập ngày, tại trang web <https://nghean.dcs.vn/vi-vn/tin/gioi-thieu-tong-quan-ve-tinh-nghe-an/72156-401418-830945>.
 55. Who (2024), *Bệnh viện tại Việt Nam*, truy cập ngày, <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/hospitals/hospitals>.

Tiếng Anh

56. A.J McCormick và R.A & Curtis Engelberg, J.R, (2007), “Social workers in palliative care: Assessing activities and barriers in the intensive care unit”,

- Journal of Palliative Medicine*, Vol 10 (4), pp.929-937, <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0235>.
57. AASW (2015), “Australian Social Work Education and Accreditation Standards”, *Royal Melbourne Hospital VIC*, pp. 1- 35.
 58. Abdulaziz (2015), “ Medical social workers' perceptions related to interprofessional teamwork at hospitals ”, *Journal of Social service research*, Vol 41 (5), pp. 722-731.
 59. Acker (1999), “The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout”, *Health & Social work*, Vol 24 (2), pp. 112-119.
 60. Auerbach, C., Mason, S. E., & Laporte, H. H. (2007), “Evidence that Supports the Value of Social Work in Hospitals”, *Social Work in Health Care*, Vol 44 (4), pp. 17- 32.
 61. Auslander (2001), “Social work in health care: What have we achieved?”, *Journal of Social Work*, Vol 1 (2), pp. 201-222.
 62. Berkman, B. et al (1998), “Standardized Screening of Elderly Patients’ Needs for Social Work Assessment in Primary Care: Use of the SF-36”, *Health Social Work*, Vol 24 (1), pp. 9-16.
 63. Black, D., Johnston, P., & Morrison, V (2021), “Measures evaluating patient satisfaction in integrated health care settings: A systematic review”, *Community Mental Health Journal* Vol 57 (8), 1464-1477, <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00760-y>, DOI: 10.1093/hsw/24.1.9.
 64. British Association of Social Workers (2018), Professional Capabilities Framework (PCF): Overview. BASW, <https://www.basw.co.uk>.
 65. Bronstein, L. R. et al (2015), “Impact of a Social Work Care Coordination Intervention on Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial”, *Social Work*, Vol 60 (3), pp. 57-65, DOI:10.1093/sw/swv016 .
 66. Bui Thanh Minh Dang Kim Khanh Ly (2024), “A qualitative study on the structure, functions and roles of social work in some public hospitals in Vietnam”, *Multidisciplinary Science Journal*, Vol 6 (12), pp. 2024252.

67. C Gregorian (2005), "A career in hospital social work: Do you have what it takes?", *Social Work in Health Care*, Vol 40 (3), pp. 1-14.
68. Canadian Association for Social Work Education (2020), Standards for Accreditation, <https://caswe-acfts.ca>.
69. Centers for Medicare & Medicaid Services (2025), "HCAHPS: Patients' perspectives of care survey", *U.S. Department of Health and Human Services*. <https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/hcahps>.
70. Charles Auerbach, Susan E Mason và Heidi Heft Laporte (2007), "Evidence that supports the value of social work in hospitals", *SocialWork Health Care*, Vol 44 (4), pp. 17-32.
71. Chris Lloyd, Robert King và Lesley Chenoweth (2002), "Social work, stress and burnout: A review", *Journal of Mental Health*, Vol 11 (3), pp. 255-265, 10.1080/09638230020023642.
72. Corney, R. H (1980), "Factors affecting the operation and success of social work attachment schemes to general practice", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, pp.78-95.
73. Davidson, K. W (1990), "Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain", *Health & Social Work*, Vol 15 (3), pp.228-234.
74. Davies & Martin Connolly (1995), "The Social Worker's role in the hospital: seen through the eyes of other healthcare professionals", *Health and Social Care in the Community*, Vol 3 (5), pp. 301-310.
75. Davis, C. et al. (N/A), "Defining the role of the hospital social worker in Australia", *International Social Work*, Vol 47 (3), pp. 346- 358.
76. Ekwueme et al (2019), "Annual out-of-pocket expenditures and financial hardship among cancer survivors aged 18-64 years-United States, 2011-2016", *CDC Stacks Public health Publications*, Vol 68 (22), pp. 494-499, <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6822a2>.

77. Elaine Michelle Albertson et al (2022), “Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high - utilizing patient populations”, *Population Health Management*, Vol 25 (1), pp. 73-85. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0057>.
78. Emergency Medicine Gordon (2001), “Cost-benefit analysis of social work services in the emergency department: a conceptual model”, *Academic Emergency Medicine*, Vol 8 (1), pp. 54-60.
79. Enola Procto (2017), “The pursuit of quality for social work practice: Three generations and counting”, *Encyclopedia of Social Work*, Vol 8 (3), pp. 335-353.
80. E. Gonçalves-Bradley (2022), “Discharge planning from hospital”, *Cochrane Database of Systematic Reviews 2022*, Issue 2. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.
81. Fraser Et Al (2018), “Integrated primary care and social work: A systematic review”, *Journal of the Society for Social Work and Research*, Vol 9 (2), pp. 175-215.
82. G. Steketee, Ross, A.M & Wachman, M, (2017), “Health outcomes and costs of social work services: a systematic review”, *American Journal of Public Health*, Vol 107 (S3), pp. S256-S266.
83. Gail Et Al Steketee (2017), “Health outcomes and costs of social work services: a systematic review”, *American Journal of Public Health Wachman*, Vol 107 (S3), pp. S256-S266.
84. Giordano, L. A., Elliott, M. N., Goldstein, E., Lehrman, W. G., & Spencer, P. A (2010), “Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey”, *Medical Care Research and Review*, Vol 67 (1), pp.27-37. <https://doi.org/10.1177/1077558709341065>.
85. Gordon, J. A (2001), “Cost-Benefit Analysis of Social Work Services in the Emergency Department: A Conceptual Model”, *Academic Emergency Medicine*, Vol 8 (1), pp. 84- 60.
86. Gregorian (2005), “A career in hospital social work: Do you have what it takes?”, *Social Work in Health Care*, Vol 40 (3), pp. 1-14.

87. Hair Joseph et al (2013), *Multivariate data analysis: Pearson new international edition PDF eBook*, Pearson Higher Ed.
88. Herbert, M., & Levin, R (1996), "The Advocacy Role in Hospital Social Work", *Social Work in Health Care*, Vol 22 (3), pp.71-83.
89. Ho, H. T., Jenkins, C., Nghiem, H. L. P., Hoang, M. V., & Santin, O (2021), "Understanding context: A qualitative analysis of the roles of family caregivers of people living with cancer in Vietnam and the implications for service development in low-income settings", *Psycho-oncology*, Vol 30 (10), pp. 1782-1788, <https://doi.org/10.1002/pon.5746>.
90. Ida Krag-Rønne Mannsåker et al (2023), "Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children", *European Journal of Social Work*, Vol 26 (1), pp. 121-133.
91. J. Globerman, J. M. Davies và S. Walsh (1996), "Social work in restructuring hospitals: meeting the challenge", *Health Social Work*, Vol 21 (3), pp. 178-88, [10.1093/hsw/21.3.178](https://doi.org/10.1093/hsw/21.3.178).
92. Jenkins Et Al (2021), "A qualitative study on the needs of cancer caregivers in Vietnam", *Global Health Action*, Vol 14 (1), pp. 1961403, [10.1080/16549716.2021.1961403](https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1961403).
93. Jordi Valls Llenas và Carmen Gomez Gijarro (2016), "Development of Processes and Procedures in a Hospital Social Work. Department and Evaluation of their Impact across the Healthcare Continuum", *International Journal of Integrated Care*, Vol 16 (6), p. A13, DOI:10.5334/ijic.2956.
94. Judd & Sheffield (2010), "Hospital social work: Contemporary roles and professional activities", *Social Work in Health Care*, Vol 49(9), pp. 856-871.
95. Khera et al (2018), "Association of out-of-pocket annual health expenditures with financial hardship in low-income adults with atherosclerotic cardiovascular disease in the United States", *Health Expenditures*, Vol 3 (8), pp. 729-738, <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.1813>.
96. Lloyd, C. et al (2002), Social work, stress and burnout: A review, *Journal of mental health*, Vol 11 (3), pp. 255-265.

97. M. D. Hossain (2017), "Improving Health Care Facilities through Identify Challenges of Medical Social Work in Hospital Settings: The Context of Hospital", *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, Vol 22 (5), pp. 9-13.
98. Manyisa, Z. M., & Van Aswegen, E. J. (2017), "Factors affecting working conditions in public hospitals: a literature review", *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol 6 (2017), pp. 28-38.
99. Mark Menefee Ezell, David Patti (1997), "Factors influencing priorities in hospital social work departments: A director's perspective", *Social Work in Health Care*, Vol 26 (1), pp. 25-40.
100. Mizrahi & Berger (2001), "Effect of a changing health care environment on social work leaders: obstacles and opportunities in hospital social work", *Soc Work*. Vol 46 (2), pp. 170-82, 10.1093/sw/46.2.170.
101. Moh Singapore (2015), *A Handbook Understanding the Roles and Competencies of Medical Social Workers*, pp.1-72.
102. Moh Singapore (2015), *Understanding the Roles and Competencies of Medical Social Workers*, pp.3-68.
103. Mosadeghrad, A. M (2014), "Factors influencing healthcare service quality", *International Journal of Health Policy Management*, Vol 3 (2), pp.77-89.
104. Nasw (2025), *Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*, access date 15/7/2025, <https://www.socialworkers.org/Practice/NASW-Practice-StandardsGuidelines/NASW-Standards-for-Clinical-Social-Work-in-Social-Work-Practice>.
105. Nasw Center for Workforce Studies & Social Work Practice (2011), *Social work in hospitals and Medical Centers: Occupational profile*, pp.1-10.
106. National Association of Social Workers (2008), National Association of Social Workers Code of Ethics, <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>
107. National Association of Social Workers (2023), *About Social workers*, access date 12/8/2025, web <https://www.socialworkers.org/News/Facts/Social-Workers>.

108. Nguyen Thi Thai Lan, Nguyen Phuong Anh, Nguyen Trung Hai (2022), “Current Situation of Staff Providing Social Work Services to Children with Autism Spectrum Disorder in Vietnam”, *Asian Social Work Journal*, Vol 7 (5), pp. 1-7, <https://doi.org/10.47405/aswj.v7i5.229>.
109. Parasuraman et al (1988), “SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”, *Journal of Retailing*, Vol 64 (1), pp. 12-40.
110. Paula Frieiro Padín et al (2021), “Burnout in Health Social Work: an international systematic review (2000-2020)”, *European Journal of Social Work*, Vol 24 (6), pp. 1051-1065, [10.1080/13691457.2020.1870215](https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1870215).
111. Petruzzi, L., Ewald, B., Covington, E., Rosenberg, W., Golden, R., & Jones, B (2022), “Exploring the Efficacy of Social Work Interventions in Hospital Settings: A Scoping Review”, *Social Work in Public Health*, Vol 38 (2), pp. 147-160.
112. Pham. H, Krakauer, E. L, & Harding, R (2021), ““I Wish I Could Die So I Would Not Be in Pain”: a qualitative study of palliative care needs among people with cancer or HIV/AIDS in Vietnam and their caregivers”, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 62 (2), pp. 364-372.
113. Philip Kotler (2010), “The prosumer movement: A new challenge for marketers”, *Prosumer Revisited: Zur Aktualität einer Debatte*, Springer, pp. 51-60.
114. Richard L. Oliver (1980), “A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions”, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, Vol 17 (4), pp. 460-469, <https://doi.org/10.1177/002224378001700405>.
115. Rachelle A Dorfman (2013), *Clinical social work: Definition, practice and vision*, Routledge, <https://doi.org/10.4324/9780203766002>.
116. Reese, D. J., & Raymer, M. (2004), “Relationships between Social Work Involvement and Hospice Outcomes: Results of the National Hospice Social Work Survey”, *Social Work*, Vol 49 (3), pp. 415- 422.

117. Reisch, M. (2012), "The challenges of health care reform for hospital social work in the United States", *Social Work in Health Care*, Vol 51(10), pp. 905-921, <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.721492>
118. Rizzo, V. M., & Rowe, J. M. (2016), "Cost-Effectiveness of Social Work Services in Aging: An Updated Systematic Review", *Research on Social Work Practice*, Vol 26 (6), pp.653-667.
119. Ruth Allen (2022), "The Professional Capabilities Framework (PCF) for Social Workers in England: Creating an Embedded Culture of Excellence, Ambition and Shared Values Across the Profession", *Social Work in the Frame of a Professional Competencies Approach*, Springer, pp. 181-201.
120. S. Gehlert, & Browne, T (2019), *Handbook of health social work (3rd ed.)*, John Wiley & Sons.
121. Saxe Zerden Et Al (2019), "Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course", *Social Work in Health Care*, Vol 58 (1), pp. 142-149.
122. Se Shannon Hf Hsieh (2005), "Three approaches to qualitative content analysis", *Qualitative health research*, Vol 15 (9), pp. 1277-1288.
123. Shier, G., Ginsburg, M., Howell, J., Volland, P., & Golden, R (2013), "Strong Social Support Services, Such As Transportation And Help For Caregivers, Can Lead To Lower Health Care Use And Costs", *Health Affairs*, Vol 32 (3), pp.544- 551.
124. Sm Bronwyn B Keefe (2009), "Integrating social workers into primary care: Physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges", Vol 48 (6), tr. 579-596, <https://doi.org/10.1080/00981380902765592>.
125. Soskolne, V., Auslander, G. K., & Ben-Shahar, I. (2010), "Clients' evaluation of discharge planning in an emergency department", *Qualitative Health Research*, Vol 20 (12), pp. 1754-1766, <https://doi.org/10.1177/1049732310377457>.
126. Steketee, G., Ross, A. M., & Wachman, M. K. (2017), "Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review", *American Journal of Public Health*, Vol 107 (S3), pp. S256- S266.

127. Terry Mizrahi và Candyce S. Berger (2001), “Effect of a Changing Health Care Environment on Social Work Leaders: Obstacles and Opportunities in Hospital Social Work”, *Social Work*. Vol 46 (2), pp. 170-182.
128. Truong, Q. X. N, Taneepanichskul, S, Nguyen, P. T, & Nguyen, D. T (2018), “What healthcare professionals know about medical social work - a quantitative study in Ho Chi Minh City, Oncology Hospital, Vietnam”, *Journal of Health Research*. Vol 32 (Suppl.2), pp. S202-S208.
129. V. O’carroll, Mcswiggan, L., & Campbell, M (2016), “Health and social care professionals’ attitudes to interprofessional working and interprofessional education: A literature review”, *Journal of Interprofessional Care*, Vol 30 (1), pp. 42-49, <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051614>.
130. Victoria M Rizzo & Rowe, J. M (2016), “Cost-effectiveness of social work services in aging: An updated systematic review”, *Research on Social Work Practice*, Vol 26 (6), pp. 653-667.
131. Vu T. T., Johnson, G., Fleary, S., Nguyen, V. T., & Ngo, V. K. (2025), “Examining the relations between psychosocial and caregiving factors with mental health among Vietnamese family caregivers of hospitalized lung cancer patients”, *Scientific Reports*, Vol 15 (1), pp. 14078, <https://doi.org/10.1038/s41598-025-96409-5>.
132. Whitaker, T., Weismiller, T., & Clark, E. (2006), *Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers*, National Association of Social Workers.
133. World Health Organization (1948), *Constitution of the World Health Organization*, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/121457/em_rc42_cwho_en.pdf.
134. World Bank (2021), *Vietnam’s rural populace enjoys better healthcare services*, access date 5/10/2024, https://www.worldbank.org/en/news/feature/2021/03/01/vietnams-rural-populace-enjoys-better-healthcare-services?utm_source=chatgpt.com.
135. Yalli N, & Albrithen, A (2011), “The perceptions of the personal and professional factors influencing social workers in Saudi hospitals: a qualitative

- analysis”, *Social work in health care*, Vol 50 (10), pp. 845-862, <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.595478>.
136. Yalli , A., & Yalli, N (2015), “Medical social workers' perceptions related to interprofessional teamwork at hospitals”, *Journal of Social Service Research*, Vol 41 (5), pp. 722-731, <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1068723>.
137. Yamane (1967), *Mathematical formulae for sample size determination*.
138. Zoe Henderson Carrigan (1979s), “Social workers in medical settings: Who defines us?”, *Social Work in Health Care*, Vol 4 (2), pp. 149-153.

PHỤ LỤC:

Phiếu 01 - Mã số phiếu:..... CB khảo sát: Ngày KS:.....

**PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN
DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN**
(Dành cho người bệnh/ Người nhà người bệnh)

Kính gửi Ông/bà,

Trân trọng cảm ơn quý Ông/bà đã tham gia trả lời phỏng vấn cho đề tài luận án nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện. Xin Ông/bà vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây. Thông tin Ông/bà cung cấp sẽ được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Rất cảm ơn sự hợp tác của Ông/bà.

I. THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH/NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

1. Ông/bà hiện nay là: 1. Người bệnh 2. Người nhà người bệnh

2. Tuổi:

3. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 3. Khác

4. Nghề nghiệp hiện nay của ông/bà:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Không việc làm/thất nghiệp | 6. Buôn bán nhỏ |
| 2. Nội trợ | 7. Kinh doanh |
| 3. Lao động tự do/ làm thuê | 8. Công chức, viên chức |
| 4. Nông nghiệp | 9. Dịch vụ |
| 5. Tiểu thủ công nghiệp | 10. Khác (ghi rõ)..... |

5. Dân tộc:

- | | | |
|---------|---------|-----------|
| 1. Kinh | 3. Thổ | 5. Khơ me |
| 2. Thái | 4. Chăm | 6. Khác |

6. Khu vực cư trú: 1. Thành thị 2. Nông thôn

7. Tình trạng hôn nhân:

- | | | | | |
|-----------------|------------|------------|-----------|--------|
| 1. Chưa kết hôn | 2. Kết hôn | 3. Ly thân | 4. Ly hôn | 5. Góa |
|-----------------|------------|------------|-----------|--------|

8. Tổng số người đang sống cùng ông/bà?..... người

9. Hiện tại, ông/bà hoặc người nhà ông/bà đang điều trị bệnh gì? ở khoa nào?

Bệnh đang điều trị: Khoa điều trị:.....

10. Ông/bà đánh giá mức độ bệnh hiện tại của mình hay người nhà của mình?

- | | | | | |
|-------------|---------|----------------|--------|---------------|
| 1. Rất nặng | 2. Nặng | 3. Bình thường | 4. Nhẹ | 5. Không biết |
|-------------|---------|----------------|--------|---------------|

11. Thời gian điều trị ở viện lâu nhất:

1. Dưới 1 tuần 2. Từ 2-3 tuần 3. Từ 3-4 tuần 4. Trên 4 tuần
12. Số lần vào viện trong năm vừa qua: 1. Một lần 2. Hai lần 3. Ba lần trở lên
13. **Bảo hiểm y tế:** 1. Có 2. Không
14. Khả năng chi trả tiền viện phí của ông/bà:
1. Chi trả toàn bộ 2. Chi trả được một phần 3. Không chi trả được
15. Gia đình ông/bà thuộc diện chính sách nào sau đây?
1. Hộ nghèo, cận nghèo 4. Gia đình có người khuyết tật
2. Gia đình thương binh, liệt sỹ, người có công 5. Gia đình có người trên 80 tuổi
3. Gia đình quân nhân 6. Dân tộc thiểu số
16. Trình độ học vấn cao nhất của ông/bà:
1. Chưa từng đi học 4. Trung học phổ thông (Cấp 3)
2. Tiểu học (cấp 1) 5. Cao đẳng/ đại học
3. Trung học cơ sở (cấp 2) 6. Trên đại học
17. Số tiền chi tiêu cho đợt điều trị này (Tất cả chi phí): **triệu đồng**

18. Tổng thu nhập hiện tại của gia đình:

1. Dưới 5 triệu VNĐ
2. 5-10 triệu VNĐ
3. 10-15 triệu VNĐ
4. 15-20 triệu VNĐ
5. Trên 20 triệu VNĐ

II. THÔNG TIN VỀ NHỮNG KHÓ KHĂN VÀ NHU CẦU CỦA NGƯỜI BỆNH/ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

1. Ông/bà gặp khó khăn như thế nào khi khám và chữa bệnh/ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện?

| Nội dung | Mức độ thường xuyên gặp khó khăn | | | | |
|---|----------------------------------|------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| | 1 Không bao giờ | 2 Hiếm khi | 3 Thỉnh thoảng | 4 Thường xuyên | 5 Rất thường xuyên |
| 1. Tài chính | | | | | |
| 2. Thu xếp công việc cơ quan | | | | | |
| 3. Thu xếp công việc gia đình | | | | | |
| 4. Không có người chăm sóc | | | | | |
| 5. Không biết nhiều về thủ tục hành chính | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| (Khám, nhập viện, chuyển viện, ra viện...) | | | | | |
| 6. Khó khăn về tâm lý, xã hội khi đối mặt với bệnh tật | | | | | |
| 7. Khó khăn trong việc đi lại và sinh hoạt trong bệnh viện | | | | | |
| 8. Khó khăn trong việc giao tiếp với nhân viên y tế | | | | | |
| 9. Khó khăn trong sử dụng dịch vụ khám và chữa bệnh | | | | | |
| 10. Khó khăn khác | | | | | |

2. Trong quá trình ông/bà hoặc người nhà ông/bà khám và chữa bệnh ở bệnh viện, ông/bà có nhu cầu nào dưới đây?

| Nội dung | 1 Hoàn toàn không cần thiết | 2 Không cần thiết | 3 Bình thường | 4 Khá cần thiết | 5 Rất cần thiết |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | | | | | |
| 2. Hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh của người bệnh | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | |
| 4. Được hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Được hỗ trợ về kinh phí, vật chất trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Được trò chuyện, trao đổi thông tin về quá trình điều trị bệnh với nhân viên y tế | | | | | |
| 8. Được truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 9. Được giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 10. Được phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh được mời đóng góp cho quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện; | | | | | |
| 11. Được tham gia các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp trong quá trình điều trị ở bệnh viện. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Được hỗ trợ giao tiếp, trò chuyện, trao đổi thông tin về quá trình điều trị bệnh với nhân viên y tế | | | | | |
| 8. Thông tin truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 10. Nghe phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 11. Được mời đóng góp cho quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | |
| 12. Tham gia các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | | | | | |

5. Nếu không phải là nhân viên công tác xã hội thì ai là người hỗ trợ ông/bà những hoạt động sau?

| Nội dung | 1 Bác sỹ | 2 Điều dưỡng | 3 Cán bộ hành chính | 4 Nhân viên khác | 5 Không rõ là ai |
|---|-------------|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | | | | | |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh, xác định mức độ và có phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội và tổ chức thực hiện | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị | | | | | |
| 8. Thông tin truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh và tổ chức thực hiện | | | | | |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | | | | | |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | | | | | |

IV. ĐÁNH GIÁ VỀ DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

1. Ông/bà đánh giá như thế nào về các hoạt động dưới đây:

| Nội dung | Mức độ thường xuyên | | | | | Mức độ hài lòng | | | | |
|---|---------------------|---------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | 1 Không bao giờ | 2 Hiếm khi | 3 Thỉnh thoảng | 4 Thường xuyên | 5 Rất thường xuyên | 1 Rất không hài lòng | 2 Không hài lòng | 3 Bình thường | 4 Khá hài lòng | 5 Rất hài lòng |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | | | | | | | | | | |
| 2. Hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh | | | | | | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | | | | | | |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | | | | | | |
| 7. Giao tiếp, trao đổi thông tin khám chữa bệnh giữa | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| người bệnh và nhân viên y tế | | | | | | | | | | |
| 8. Truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | | | | | | |
| 9. Giới thiệu, quảng bá hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và người nhà người bệnh | | | | | | | | | | |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | | | | | | | | | | |
| 11. Tổ chức | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| thực hiện quy tắc ứng xử, Hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | | | | | | |
| 12. Tổ chức các hoạt động Văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh | | | | | | | | | | |

2. Ông/bà có muốn chia sẻ thêm gì không?

.....
.....
.....

Trân trọng cảm ơn Ông/bà đã dành thời gian hoàn thành phiếu khảo sát này!

II. THÔNG TIN VỀ KHÓ KHĂN VÀ NHU CẦU CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ NV CTXH

1. Anh/chị thường gặp khó khăn như thế nào khi khám và chữa bệnh/ hỗ trợ cho người bệnh và người nhà bệnh nhân tại bệnh viện?

1 = Không bao giờ; 2 = Hiếm khi; 3 = thỉnh thoảng; 4 = Thường xuyên; 5 = Rất thường xuyên

| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Bệnh nhân đông quá tải | | | | | |
| 12. Công việc chồng chéo | | | | | |
| 13. Thiếu người phối hợp/hỗ trợ | | | | | |
| 14. Kết nối giữa các bên liên quan chưa hiệu quả | | | | | |
| 15. Thủ tục hành chính rườm rà | | | | | |
| 16. Nhiều thông tin quá tải | | | | | |
| 17. Bệnh nhân đa dạng đòi hỏi nhiều dịch vụ hỗ trợ khác nhau | | | | | |
| 18. Không có thời gian nghỉ ngơi | | | | | |
| 19. Thiếu dịch vụ hỗ trợ tâm lý đội ngũ CBYT, NVCTXH, lãnh đạo bệnh viện | | | | | |

III. THÔNG TIN VỀ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN

1. Hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội mà bệnh viện anh/chị đang áp dụng hiện nay là gì?

| Nội dung | Có | Không |
|--|----|-------|
| 1. Phòng CTXH trực thuộc bệnh viện | | |
| 2. Tổ Công tác xã hội thuộc Khoa khám bệnh hoặc Phòng điều dưỡng hoặc Phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện. | | |
| 3. Mỗi khoa/ phòng chuyên môn có một người làm CTXH trực thuộc | | |

2. Hiện nay, ở bệnh viện, ai đang chịu trách nhiệm triển khai các hoạt động dưới đây?

| Nội dung | 1 Bác sĩ | 2 Điều dưỡng | 3 Nhân viên CTXH | 4 Nhân viên khác | 5 Không có |
|---|-------------|-----------------|---------------------|---------------------|---------------|
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | | | | | |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh, xác định mức độ và có phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội và tổ chức thực hiện | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tổ chức thực hiện kế hoạch sau khi được phê | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| duyệt | | | | | |
| 8. Thực hiện công tác phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí | | | | | |
| 8. Xây dựng nội dung để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và cộng đồng thông qua tổ chức các hoạt động, chương trình, sự kiện, hội nghị, hội thảo | | | | | |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | | | | | |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | | | | | |
| 13. Động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi có vướng mắc với người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 14. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị; | | | | | |

3. Mức độ đồng ý của anh/chị rằng những vai trò dưới đây là của nhân viên công tác xã hội?

| <i>Mức độ đồng ý rằng những vai trò dưới đây là của người làm CTXH</i> | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1- Rất không đồng ý 5-Rất đồng ý | | | | | |
| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| ngay từ ban đầu | | | | | |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh, xác định mức độ và có phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội và tổ chức thực hiện | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tổ chức thực hiện kế hoạch sau khi được phê duyệt | | | | | |
| 8. Thực hiện công tác phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí | | | | | |
| 9. Xây dựng nội dung để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và cộng đồng thông qua tổ chức các hoạt động, chương trình, sự kiện, hội nghị, hội thảo | | | | | |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | | | | | |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | | | | | |
| 13. Động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi có vướng mắc với người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 14. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị; | | | | | |

4. Anh/ chị đánh giá mức độ hiệu quả của các hoạt động dưới đây như thế nào

| 1. Rất không hiệu quả 5-Rất hiệu quả | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho người bệnh ngay từ ban đầu | | | | | |
| 2. Tổ chức hỏi thăm người bệnh và người nhà người bệnh để nắm bắt thông tin về tình hình sức khỏe, hoàn cảnh khó khăn của người bệnh, xác định mức độ và có phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội và tổ chức thực hiện | | | | | |
| 3. Hỗ trợ khẩn cấp cho các hoạt động công tác xã hội cho người bệnh là nạn nhân của bạo hành, bạo lực, tai nạn, thảm họa nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh | | | | | |
| 4. Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh | | | | | |
| 5. Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh có chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xuất viện: Hỗ trợ thủ tục xuất viện và giới thiệu người bệnh đến các địa điểm hỗ trợ tại cộng đồng | | | | | |
| 6. Hỗ trợ về kinh phí, vật chất cho người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 7. Xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tổ chức thực hiện kế hoạch sau khi được phê duyệt | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 8. Thực hiện công tác phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí | | | | | |
| 9. Xây dựng nội dung để giới thiệu, quảng bá hình ảnh các dịch vụ và hoạt động của bệnh viện đến người bệnh và cộng đồng thông qua tổ chức các hoạt động, chương trình, sự kiện, hội nghị, hội thảo | | | | | |
| 10. Phổ biến các chính sách, pháp luật của Nhà nước có liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh, hoạt động của bệnh viện cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh | | | | | |
| 11. Tổ chức thực hiện quy tắc ứng xử, hòm thư góp ý của bệnh viện | | | | | |
| 12. Tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao phù hợp cho nhân viên y tế và người bệnh. | | | | | |
| 13. Động viên, chia sẻ với nhân viên y tế khi có vướng mắc với người bệnh trong quá trình điều trị | | | | | |
| 14. Cung cấp thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị; | | | | | |

IV. QUAN ĐIỂM VỀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VÀ GIẢI PHÁP PHÁT TRIỂN CTXH BỆNH VIỆN

1. Theo anh/chị, những yếu tố khách quan nào dưới đây ảnh hưởng đến việc phát triển dịch vụ công tác xã hội tại bệnh viện?

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>1 = Hoàn toàn không ảnh hưởng; 2 = Ảnh hưởng ít; 3 = Ảnh hưởng; 4 = Khá ảnh hưởng; 5 = Rất ảnh hưởng</i> | | | | | |
| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Cơ chế, chính sách phát triển CTXH bệnh viện | | | | | |
| 2. Loại hình bệnh viện | | | | | |
| 3. Quy mô bệnh viện | | | | | |
| 4. Địa bàn phân bố bệnh viện | | | | | |
| 5. Khả năng tài chính của bệnh viện | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 6. Năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện | | | | | |
| 7. Quan điểm, chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH | | | | | |

2. Theo anh/chị, những yếu tố nào dưới đây của nhân viên công tác xã hội ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ công tác xã hội tại bệnh viện?

1 = Hoàn toàn không ảnh hưởng; 2 = Ảnh hưởng ít; 3 = Ảnh hưởng; 4 = Khá ảnh hưởng; 5 = Rất ảnh hưởng

| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Trình độ chuyên môn nghiệp vụ | | | | | |
| 2. Kinh nghiệm nghề nghiệp | | | | | |
| 3. Thái độ làm việc | | | | | |
| 4. Kỹ năng làm việc | | | | | |
| 5. Vị trí công tác | | | | | |
| 6. Nhiệm vụ được phân công đảm nhiệm | | | | | |

3. Theo anh/chị, để dịch vụ công tác xã hội đạt hiệu quả cao trong hỗ trợ người bệnh/ người nhà người bệnh trong quá trình khám, chữa bệnh tại bệnh viện cần có sự đầu tư phát triển hơn nữa đội ngũ người làm CTXH trên phương diện nào?

1 = Hoàn toàn không quan trọng; 2 = Không quan trọng; 3 = Bình thường; 4 = Quan trọng; 5 = Rất quan trọng

| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Bổ sung thêm số lượng người làm CTXH trong bệnh viện | | | | | |
| 2. Tiến hành đào tạo, bồi dưỡng đúng chuyên môn ngành CTXH chuyên nghiệp cho đội ngũ nhân viên CTXH | | | | | |
| 3. Xây dựng mạng lưới kết nối công việc chặt chẽ giữa người làm CTXH với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân và nhân viên y tế. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Cung cấp môi trường làm việc chuyên nghiệp cho đội ngũ người làm CTXH bệnh viện | | | | | |
| 5. Phân công và tổ chức triển khai công việc phù hợp cho đội ngũ nhân viên CTXH | | | | | |

4. Anh/chị đánh giá như thế nào về mức độ phù hợp của các giải pháp dưới đây đối với việc nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH trong bệnh viện?

1 = Rất không phù hợp; 2 = Không phù hợp; 3 = Bình thường; 4 = Phù hợp; 5 = Rất phù hợp

| Nội dung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Hoàn thiện khung pháp lý, cơ chế chính sách phát triển CTXH trong bệnh viện | | | | | |
| 2. Phát triển nguồn nhân lực CTXH trong bệnh viện (tăng số lượng, đào tạo đúng chuyên môn, nghiệp vụ) | | | | | |
| 3. Xây dựng mô hình CTXH bệnh viện phù hợp | | | | | |
| 4. Tổ chức các hoạt động CTXH bệnh viện theo đúng chức năng nhiệm vụ | | | | | |
| 5. Đầu tư nguồn tài chính và cơ sở vật chất cho CTXH bệnh viện | | | | | |

Anh chị có muốn chia sẻ thêm gì không?

.....

Trân trọng cảm ơn anh/chị đã dành thời gian hoàn thành phiếu khảo sát này!

Phiếu 03

PHỎNG VẤN SÂU
DỊCH VỤ CTXH TRONG BỆNH VIỆN
(Dành cho nhân viên y tế)

Xin chào Anh/chị!

Xin trân trọng cảm ơn quý Anh/Chị đã tham gia trả lời phỏng vấn cho đề tài nghiên cứu về dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Chúng tôi mong muốn thực hiện phỏng vấn với Anh/Chị để có thông tin làm rõ thêm về thực trạng cung cấp các dịch vụ CTXH trong bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Xin Anh/Chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây. Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin Anh/ chị cung cấp sẽ được đảm bảo bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Rất cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị.

I. Thông tin chung về người được phỏng vấn

1. Họ và tên (*Không bắt buộc*):.....

Giới tính:Năm sinh:.....

II. Nội dung phỏng vấn sâu

Câu 1. Anh/chị thường gặp khó khăn như thế nào khi khám và chữa bệnh cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tại bệnh viện? Khó khăn nào ảnh hưởng nhiều nhất đến việc khám và chữa bệnh/hỗ trợ cho bệnh nhân tại bệnh viện của anh chị?

Câu 2. Ai là người thường xuyên giúp đỡ anh/chị khi gặp khó khăn trong quá trình khám và chữa bệnh/hỗ trợ bệnh nhân tại bệnh viện? Họ giúp đỡ anh/chị cụ thể những gì?

Câu 3. Đội ngũ người làm CTXH ở bệnh viện anh chị là những ai? Trình độ chuyên môn của họ? phân công vai trò, nhiệm vụ?

Câu 4. Họ thường đảm nhiệm những vai trò gì? Thực hiện cụ thể thế nào?
Hiệu quả?

Câu 5. Họ thường phối hợp làm việc với anh/chị như thế nào? Trong những công việc cụ thể gì? Hiệu quả ra sao? Sự hài lòng của anh/chị đối với sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH?

Câu 6. Theo anh/chị mô hình CTXH trong bệnh viện hiện nay có mức độ phù hợp như thế nào với thực tiễn quá trình hỗ trợ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân cũng như đội ngũ nhân viên y tế tại bệnh viện? Nếu được thay đổi mô hình CTXH trong bệnh viện, anh/chị mong muốn thay đổi như thế nào?

Câu 7. Anh/chị nghĩ gì về tầm quan trọng của việc người làm CTXH hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tại bệnh viện? Anh/chị nghĩ như thế nào về mức độ phù hợp của các hoạt động hỗ trợ của người làm CTXH đối với đội ngũ nhân viên y tế hiện nay? Điều gì khiến anh/chị nghĩ như vậy?

Câu 8. Theo anh/chị, yếu tố nào có ảnh hưởng nhiều nhất đến việc người bệnh và người nhà người bệnh tiếp cận dịch vụ CTXH trong bệnh viện (cơ chế, chính sách; loại hình bệnh viện, quy mô bệnh viện, địa bàn phân bố bệnh viện, khả năng tài chính của bệnh viện, năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện, quan điểm và chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH)? Lý do gì khiến anh/chị nghĩ đó là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất?

Câu 9. Theo anh/chị cần làm gì để nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH bệnh viện? Vì sao anh/chị nghĩ điều đó là cần thiết?

Xin cảm ơn quý Anh/Chị!

Phiếu 04

PHỎNG VẤN SÂU
DỊCH VỤ CTXH TRONG BỆNH VIỆN
(Dành cho lãnh đạo bệnh viện)

Xin chào Anh/chị!

Xin trân trọng cảm ơn quý Anh/Chị đã tham gia trả lời phỏng vấn cho đề tài nghiên cứu về dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Chúng tôi mong muốn thực hiện phỏng vấn với Anh/Chị để có thông tin làm rõ thêm về thực trạng cung cấp các dịch vụ CTXH trong bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Xin Anh/Chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây. Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin Anh/ chị cung cấp sẽ được đảm bảo bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Rất cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị.

I. Thông tin chung về người được phỏng vấn

1. Họ và tên (*Không bắt buộc*):.....

Giới tính:Năm sinh:.....

II. Nội dung phỏng vấn

Câu 1. Dịch vụ CTXH trong bệnh viện anh/chị được triển khai từ khi nào? Mô hình CTXH trong bệnh viện hiện đang thực hiện thuộc mô hình nào?

Câu 2. Anh/chị nghĩ thế nào về vai trò của người làm CTXH trong bệnh viện?

Việc cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện đóng góp như thế nào đối với mục tiêu hoạt động chung của bệnh viện?

Câu 3. Tại bệnh viện của anh/chị, vai trò, phân công nhiệm vụ của người làm CTXH là gì? Hiệu quả? Nó giúp ích thế nào với bệnh nhân, cán bộ y tế, và bệnh viện?

Câu 4. Theo anh/chị, người làm CTXH có thể làm gì để hỗ trợ lãnh đạo bệnh viện trong việc nâng cao chất lượng khám và chữa bệnh của bệnh nhân?

Câu 5. Theo anh/chị, những khó khăn đội ngũ người làm CTXH thường gặp khi thực hiện các hoạt động hỗ trợ dịch vụ CTXH trong bệnh viện là gì? Khó khăn nào lớn nhất?

Câu 6. Lãnh đạo bệnh viện có sự hỗ trợ như thế nào để đội ngũ người làm CTXH thực hiện tốt nhiệm vụ cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện hiện nay?

Câu 7. Theo Anh/chị có những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự phát triển của CTXH trong bệnh viện? Yếu tố nào có ảnh hưởng lớn nhất?

Câu 8. Theo anh/chị cần làm gì để nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH bệnh viện? Vì sao anh/chị nghĩ điều đó là cần thiết?

Xin cảm ơn quý Anh/Chị!

Phiếu 05

PHỎNG VẤN SÂU

DỊCH VỤ CTXH TRONG BỆNH VIỆN

(Dành cho người bệnh và người nhà người bệnh)

Xin chào Anh/chị!

Xin trân trọng cảm ơn quý Anh/Chị đã tham gia trả lời phỏng vấn cho đề tài nghiên cứu về dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Chúng tôi mong muốn thực hiện phỏng vấn với Anh/Chị để có thông tin làm rõ thêm về thực trạng cung cấp các dịch vụ CTXH trong bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Xin Anh/Chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây. Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin Anh/ chị cung cấp sẽ được đảm bảo bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Rất cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị.

I. Thông tin chung về người được phỏng vấn

1. Họ và tên (*Không bắt buộc*):.....

Giới tính:Năm sinh:.....

II. Nội dung phỏng vấn sâu

Câu 1. Xin anh/chị cho biết anh/chị thường gặp khó khăn như thế nào khi khám và chữa bệnh/chăm sóc người nhà tại bệnh viện? Khó khăn nào ảnh hưởng nhiều nhất đến việc khám và chữa bệnh/chăm sóc người nhà tại bệnh viện của anh chị?

Câu 2. Khi gặp khó khăn như vậy anh/chị thường có biểu hiện như thế nào?

Biểu hiện gì rõ rệt nhất?

Câu 3. Anh/chị thường xử lý như thế nào khi gặp khó khăn trong quá trình khám và chữa bệnh/chăm sóc người nhà tại bệnh viện? Các giải pháp mà anh/chị thực hiện để giải quyết khó khăn có hiệu quả như thế nào?

Câu 4. Ai là người thường xuyên giúp đỡ anh/chị khi gặp khó khăn trong quá trình khám và chữa bệnh/chăm sóc người nhà tại bệnh viện? Họ giúp đỡ anh/chị cụ thể những gì? Anh/chị có hài lòng với sự giúp đỡ đấy không?

Câu 5. Anh/chị đã nghe, gặp, nhận hỗ trợ của người làm CTXH chưa?

Câu 6. Anh chị đã từng được người làm CTXH *Hỗ trợ, tư vấn giải quyết các khó khăn gặp phải trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh* chưa? Cụ thể là gì? Nếu không phải người làm CTXH hỗ trợ anh chị những việc này thì là ai khác làm? Hiệu quả ra sao?

Câu 7. Anh chị đã từng được người làm CTXH *Thông tin, truyền thông và phổ biến, giáo dục pháp luật* chưa? Cụ thể là gì? Nếu không phải người làm CTXH hỗ trợ anh chị những việc này thì là ai khác làm? Hiệu quả ra sao?

Câu 8. Anh chị đã từng được người làm CTXH *Hỗ trợ giao tiếp với nhân viên y tế* chưa? Cụ thể là gì? Nếu không phải người làm CTXH hỗ trợ anh chị những việc này thì là ai khác làm? Hiệu quả ra sao?

Câu 9. Anh/chị cảm thấy yếu tố nào có ảnh hưởng nhiều nhất đến việc người bệnh và người nhà người bệnh tiếp cận dịch vụ CTXH trong bệnh viện (cơ chế, chính sách; loại hình bệnh viện; quy mô bệnh viện; địa bàn phân bố bệnh viện; khả năng tài chính của bệnh viện; năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện; quan điểm và chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH)? Lý do gì khiến anh chị nghĩ đó là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất?

Câu 10. Theo anh/chị cần làm gì để nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH bệnh viện? Vì sao anh/chị nghĩ điều đó là cần thiết?

Xin cảm ơn quý Anh/Chị!

Phiếu 06

PHỎNG VẤN SÂU
DỊCH VỤ CTXH TRONG BỆNH VIỆN
(Dành nhân viên CTXH)

Xin chào Anh/chị!

Xin trân trọng cảm ơn quý Anh/Chị đã tham gia trả lời phỏng vấn cho đề tài nghiên cứu về dịch vụ CTXH trong bệnh viện. Chúng tôi mong muốn thực hiện phỏng vấn với Anh/Chị để có thông tin làm rõ thêm về thực trạng cung cấp các dịch vụ CTXH trong bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Xin Anh/Chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây. Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin Anh/ chị cung cấp sẽ được đảm bảo bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Rất cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị.

I. Thông tin chung về người được phỏng vấn

1. Họ và tên (*Không bắt buộc*):.....

Giới tính:Năm sinh:.....

II. Nội dung phỏng vấn sâu

Câu 1. Chức năng, nhiệm vụ, phân công vai trò của anh/chị khi làm việc tại bệnh viện? Thông thường, một ngày làm việc của anh/chị thường có những hoạt động gì? Quy trình các công việc thường làm của anh/chị là như thế nào? Quy trình từ khi tiếp đón, tiếp nhận bệnh nhân cho đến khi hỗ trợ bệnh ra viện/chuyển viện là như thế nào? Vai trò của ac trong quy trình này là gì?

Câu 2. Anh chị đánh giá thế nào về hiệu quả những công việc của mình

Câu 3. Anh/chị thường gặp khó khăn như thế nào khi thực hiện vai trò, chức năng của mình tại bệnh viện? Khó khăn nào ảnh hưởng nhiều nhất đến công tại bệnh viện của anh chị?

Câu 4. Theo anh/chị mô hình CTXH trong bệnh viện hiện nay có mức độ phù hợp như thế nào với thực tiễn quá trình hỗ trợ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân cũng như đội ngũ nhân viên y tế tại bệnh viện? Nếu được thay đổi mô hình CTXH trong bệnh viện, anh/chị mong muốn thay đổi như thế nào?

Câu 5. Anh/chị nghĩ gì về tầm quan trọng của việc người làm CTXH hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tại bệnh viện? Anh/chị nghĩ như thế nào về mức độ phù hợp của các hoạt động hỗ trợ của người làm CTXH đối với đội ngũ nhân viên y tế hiện nay? Điều gì khiến anh/chị nghĩ như vậy?

Câu 6. Theo anh/chị, yếu tố nào có ảnh hưởng nhiều nhất đến việc người bệnh và người nhà người bệnh tiếp cận dịch vụ CTXH trong bệnh viện (cơ chế, chính sách; loại hình bệnh viện, quy mô bệnh viện, địa bàn phân bố bệnh viện, khả năng tài chính của bệnh viện, năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện, quan điểm và chủ trương của lãnh đạo bệnh viện trong phát triển dịch vụ CTXH)? Lý do gì khiến anh/chị nghĩ đó là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất?

Câu 7. Theo anh/chị cần làm gì để nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH bệnh viện? Vì sao anh/chị nghĩ điều đó là cần thiết?

Xin cảm ơn quý Anh/Chị!

T-Test

Notes

| | | |
|------------------------|---|---|
| Output Created | 05-DEC-2025 13:01:49 | |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 500 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing Cases Used | User defined missing values are treated as missing. Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis. |
| Syntax | T-TEST GROUPS=a5.Dantoc(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaull2 /CRITERIA=CI(.95). | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.01 |

Group Statistics

| | a5.Dân tộc | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--|------------|-----|--------|----------------|-----------------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Kinh | 384 | 2.6188 | .95262 | .04861 |
| | Thái | 109 | 2.3569 | .81756 | .07831 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Kinh | 383 | 4.3655 | .72646 | .03712 |
| | Thái | 109 | 4.4010 | .63694 | .06101 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Kinh | 384 | 3.9604 | .83431 | .04258 |
| | Thái | 109 | 3.8789 | .95917 | .09187 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Kinh | 383 | 4.1971 | .72190 | .03689 |
| | Thái | 109 | 4.1835 | .74127 | .07100 |

Independent Samples Test

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means |
|--|---|------------------------------|

| | F | Sig. | t | df | Sig. (2- tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|--|-------|------|-------|---------|------------------------|--------------------|--------------------------|--|--------|
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 2.310 | .129 | 2.610 | 491 | .009 | .26187 | .10035 | .06471 | .45903 |
| | | | 2.841 | 198.951 | .005 | .26187 | .09217 | .08011 | .44363 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 5.446 | .020 | -.462 | 490 | .644 | -.03551 | .07683 | -.18647 | .11544 |
| | | | -.497 | 195.205 | .620 | -.03551 | .07141 | -.17636 | .10533 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 5.511 | .019 | .870 | 491 | .385 | .08152 | .09370 | -.10258 | .26561 |
| | | | .805 | 157.324 | .422 | .08152 | .10126 | -.11848 | .28152 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II.1->12) | .541 | .462 | .173 | 490 | .863 | .01364 | .07884 | -.14126 | .16854 |
| | | | .170 | 170.655 | .865 | .01364 | .08001 | -.14430 | .17158 |

T-Test

Notes

| | | |
|------------------------|--------------------------------|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 13:02:22 | |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 500 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User defined missing values are treated as missing. |

| | | | |
|------------|----------------|--|-------------|
| Cases Used | | Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis. | |
| Syntax | | T-TEST GROUPS=a6.Khuvuc(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaull2 /CRITERIA=CI(.95). | |
| Resources | Processor Time | | 00:00:00.03 |
| | Elapsed Time | | 00:00:00.01 |

Group Statistics

| | | a6.Khu vực cư trú | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--|-----------|-------------------|-----|--------|----------------|-----------------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Thành phố | | 133 | 2.5699 | .97258 | .08433 |
| | Nông thôn | | 157 | 2.6287 | .85530 | .06826 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Thành phố | | 132 | 4.3745 | .67528 | .05878 |
| | Nông thôn | | 157 | 4.3439 | .79292 | .06328 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Thành phố | | 133 | 4.0451 | .76301 | .06616 |
| | Nông thôn | | 157 | 4.0357 | .91104 | .07271 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II. 1->12) | Thành phố | | 132 | 4.2386 | .66816 | .05816 |
| | Nông thôn | | 157 | 4.2155 | .81086 | .06471 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Equal variances assumed | 3.412 | .066 | .547 | 288 | .585 | -.05874 | .10735 | -.27003 | .15256 |
| | Equal variances not assumed | | | .541 | 265.274 | .589 | -.05874 | .10850 | -.27236 | .15489 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Equal variances assumed | 5.726 | .017 | .348 | 287 | .728 | .03051 | .08757 | -.14185 | .20287 |
| | Equal variances not assumed | | | .353 | 286.948 | .724 | .03051 | .08637 | -.13948 | .20050 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------|------|------|---------|------|--------|--------|---------|--------|
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Equal variances assumed | 7.210 | .008 | .095 | 288 | .925 | .00944 | .09975 | -.18689 | .20577 |
| | Equal variances not assumed | | | .096 | 287.966 | .924 | .00944 | .09831 | -.18404 | .20293 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Equal variances assumed | 12.767 | .000 | .262 | 287 | .794 | .02314 | .08846 | -.15098 | .19725 |
| | Equal variances not assumed | | | .266 | 286.892 | .790 | .02314 | .08701 | -.14811 | .19439 |

T-Test

Notes

| | | |
|------------------------|---|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 13:02:47 | |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 500 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis. |
| Syntax | T-TEST GROUPS=a7.Honnhan(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Khokhan DV.HTTPV DV.TTGD nhucaull2 /CRITERIA=CI(.95). | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.00 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.01 |

Group Statistics

| | a7.Tình trạng hôn nhân | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--|------------------------|-----|--------|----------------|-----------------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Chưa kết hôn | 54 | 2.5611 | 1.11532 | .15178 |
| | Kết hôn | 412 | 2.5165 | .87763 | .04324 |

| | | | | | |
|--|--------------|-----|--------|--------|--------|
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Chưa kết hôn | 53 | 4.2156 | .67393 | .09257 |
| | Kết hôn | 412 | 4.3977 | .70831 | .03490 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Chưa kết hôn | 54 | 3.9259 | .86639 | .11790 |
| | Kết hôn | 412 | 3.9354 | .85743 | .04224 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Chưa kết hôn | 53 | 4.0975 | .72809 | .10001 |
| | Kết hôn | 412 | 4.2051 | .72011 | .03548 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|------|-------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Equal variances assumed | 7.219 | .007 | .339 | 464 | .734 | .04461 | .13140 | -.21361 | .30282 |
| | Equal variances not assumed | | | .283 | 61.899 | .778 | .04461 | .15781 | -.27087 | .36008 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Equal variances assumed | .364 | .546 | 1.771 | 463 | .077 | -.18208 | .10281 | -.38411 | .01996 |
| | Equal variances not assumed | | | 1.840 | 67.656 | .070 | -.18208 | .09893 | -.37951 | .01535 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Equal variances assumed | .075 | .784 | -.077 | 464 | .939 | -.00951 | .12424 | -.25366 | .23464 |
| | Equal variances not assumed | | | -.076 | 67.338 | .940 | -.00951 | .12524 | -.25947 | .24045 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Equal variances assumed | .006 | .937 | 1.023 | 463 | .307 | -.10761 | .10522 | -.31437 | .09915 |
| | Equal variances not assumed | | | 1.014 | 65.779 | .314 | -.10761 | .10612 | -.31949 | .10427 |

Oneway

Notes

| | | | |
|------------------------|---|---|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 13:17:56 | | |
| Comments | | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9 HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav | |
| | Active Dataset | DataSet1 | |
| | Filter | <none> | |
| | Weight | <none> | |
| | Split File | <none> | |
| | N of Rows in Working Data File | 500 | |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. | |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis. | |
| Syntax | ONEWAY Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucau12 BY a7.Honnhan /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY /MISSING ANALYSIS /POSTHOC=TUKEY ALPHA(0.05). | | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 | |
| | Elapsed Time | 00:00:00.03 | |

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---|-----|--------|----------------|------------|--|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | | | |
| Chưa kết hôn | 54 | 2.5611 | 1.11532 | .15178 | 2.2567 | 2.8655 | 1.00 | 5.00 |
| Kết hôn | 412 | 2.5165 | .87763 | .04324 | 2.4315 | 2.6015 | 1.00 | 5.00 |
| Ly thân | 2 | 2.5000 | 1.13137 | .80000 | -7.6650 | 12.6650 | 1.70 | 3.30 |
| Ly hôn | 16 | 3.4750 | 1.25725 | .31431 | 2.8051 | 4.1449 | 1.20 | 5.00 |
| Góa | 16 | 2.4875 | .74822 | .18706 | 2.0888 | 2.8862 | 1.40 | 3.90 |
| Total | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II.2) | | | | | | | | |
| Chưa kết hôn | 53 | 4.2156 | .67393 | .09257 | 4.0299 | 4.4014 | 2.71 | 5.00 |
| Kết hôn | 412 | 4.3977 | .70831 | .03490 | 4.3291 | 4.4663 | 2.14 | 5.00 |
| Ly thân | 2 | 4.7857 | .10102 | .07143 | 3.8781 | 5.6933 | 4.71 | 4.86 |
| Ly hôn | 16 | 4.2054 | .71327 | .17832 | 3.8253 | 4.5854 | 3.14 | 5.00 |
| Góa | 16 | 4.4554 | .77761 | .19440 | 4.0410 | 4.8697 | 3.00 | 5.00 |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| | Total | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục hôn nhân (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Chưa kết hôn | 54 | 3.9259 | .86639 | .11790 | 3.6894 | 4.1624 | 2.00 | 5.00 |
| | Kết hôn | 412 | 3.9354 | .85743 | .04224 | 3.8524 | 4.0185 | 1.60 | 5.00 |
| | Ly thân | 2 | 4.4000 | .28284 | .20000 | 1.8588 | 6.9412 | 4.20 | 4.60 |
| | Ly hôn | 16 | 3.9250 | .98217 | .24554 | 3.4016 | 4.4484 | 2.40 | 5.00 |
| | Góa | 16 | 4.0875 | .97151 | .24288 | 3.5698 | 4.6052 | 2.00 | 5.00 |
| | Total | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| | Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Chưa kết hôn | 53 | 4.0975 | .72809 | .10001 | 3.8968 | 4.2982 | 2.42 |
| Kết hôn | | 412 | 4.2051 | .72011 | .03548 | 4.1354 | 4.2748 | 2.25 | 5.00 |
| Ly thân | | 2 | 4.6250 | .05893 | .04167 | 4.0956 | 5.1544 | 4.58 | 4.67 |
| Ly hôn | | 16 | 4.0885 | .79551 | .19888 | 3.6646 | 4.5124 | 3.08 | 5.00 |
| Góa | | 16 | 4.3021 | .82489 | .20622 | 3.8625 | 4.7416 | 2.67 | 5.00 |
| Total | | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--|------------------|-----|-----|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 3.157 | 4 | 495 | .014 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 1.148 | 4 | 494 | .333 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 1.136 | 4 | 495 | .339 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | 1.313 | 4 | 494 | .264 |

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Between Groups | 14.226 | 4 | 3.556 | 4.233 | .002 |
| | Within Groups | 415.884 | 495 | .840 | | |
| | Total | 430.110 | 499 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Between Groups | 2.460 | 4 | .615 | 1.232 | .296 |
| | Within Groups | 246.528 | 494 | .499 | | |
| | Total | 248.988 | 498 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Between Groups | .794 | 4 | .198 | .265 | .900 |
| | Within Groups | 370.654 | 495 | .749 | | |
| | Total | 371.448 | 499 | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Between Groups | 1.281 | 4 | .320 | .607 | .658 |
| | Within Groups | 260.396 | 494 | .527 | | |
| | Total | 261.677 | 498 | | | |

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

| Dependent Variable | (I) a7.Tình trạng hôn nhân | (J) a7.Tình trạng hôn nhân | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Chưa kết hôn | Kết hôn | .04461 | .13266 | .997 | -.3186 | .4078 |
| | | Ly thân | .06111 | .66003 | 1.000 | -1.7460 | 1.8682 |
| | | Ly hôn | -.91389 | .26090 | .005 | -1.6282 | -.1996 |
| | | Góa | .07361 | .26090 | .999 | -.6407 | .7879 |
| | Kết hôn | Chưa kết hôn | -.04461 | .13266 | .997 | -.4078 | .3186 |
| | | Ly thân | .01650 | .64971 | 1.000 | -1.7623 | 1.7953 |
| | | Ly hôn | -.95850 | .23356 | .000 | -1.5979 | -.3190 |
| | | Góa | .02900 | .23356 | 1.000 | -.6104 | .6685 |
| | Ly thân | Chưa kết hôn | -.06111 | .66003 | 1.000 | -1.8682 | 1.7460 |
| | | Kết hôn | -.01650 | .64971 | 1.000 | -1.7953 | 1.7623 |
| | | Ly hôn | -.97500 | .68746 | .616 | -2.8572 | .9072 |
| | | Góa | .01250 | .68746 | 1.000 | -1.8697 | 1.8947 |
| | Ly hôn | Chưa kết hôn | .91389 | .26090 | .005 | .1996 | 1.6282 |
| | | Kết hôn | .95850 | .23356 | .000 | .3190 | 1.5979 |
| | | Ly thân | .97500 | .68746 | .616 | -.9072 | 2.8572 |
| | | Góa | .98750 | .32407 | .020 | .1002 | 1.8748 |
| | Góa | Chưa kết hôn | -.07361 | .26090 | .999 | -.7879 | .6407 |
| | | Kết hôn | -.02900 | .23356 | 1.000 | -.6685 | .6104 |
| | | Ly thân | -.01250 | .68746 | 1.000 | -1.8947 | 1.8697 |
| | | Ly hôn | -.98750 | .32407 | .020 | -1.8748 | -.1002 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.18208 | .10309 | .395 | -.4643 | .1002 |
| | | Ly thân | -.57008 | .50886 | .796 | -1.9633 | .8231 |
| | | Ly hôn | .01028 | .20151 | 1.000 | -.5414 | .5620 |
| | | Góa | -.23972 | .20151 | .757 | -.7914 | .3120 |
| | Kết hôn | Chưa kết hôn | .18208 | .10309 | .395 | -.1002 | .4643 |
| | | Ly thân | -.38800 | .50073 | .938 | -1.7590 | .9829 |
| | | Ly hôn | .19235 | .18000 | .823 | -.3005 | .6852 |
| | | Góa | -.05765 | .18000 | .998 | -.5505 | .4352 |
| | Ly thân | Chưa kết hôn | .57008 | .50886 | .796 | -.8231 | 1.9633 |
| | | Kết hôn | .38800 | .50073 | .938 | -.9829 | 1.7590 |
| | | Ly hôn | .58036 | .52982 | .809 | -.8702 | 2.0310 |
| | | Góa | .33036 | .52982 | .971 | -1.1202 | 1.7810 |
| | Ly hôn | Chưa kết hôn | -.01028 | .20151 | 1.000 | -.5620 | .5414 |
| | | Kết hôn | -.19235 | .18000 | .823 | -.6852 | .3005 |
| | | Ly thân | -.58036 | .52982 | .809 | -2.0310 | .8702 |
| | | Góa | -.25000 | .24976 | .855 | -.9338 | .4338 |
| | Góa | Chưa kết hôn | .23972 | .20151 | .757 | -.3120 | .7914 |

| | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|---------|--------|-------|---------|--------|
| | | Kết hôn | .05765 | .18000 | .998 | -.4352 | .5505 |
| | | Ly thân | -.33036 | .52982 | .971 | -1.7810 | 1.1202 |
| | | Ly hôn | .25000 | .24976 | .855 | -.4338 | .9338 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.00951 | .12524 | 1.000 | -.3524 | .3334 |
| | | Ly thân | -.47407 | .62311 | .942 | -2.1801 | 1.2319 |
| | | Ly hôn | .00093 | .24631 | 1.000 | -.6734 | .6753 |
| | | Góa | -.16157 | .24631 | .965 | -.8359 | .5128 |
| | Kết hôn | Chưa kết hôn | .00951 | .12524 | 1.000 | -.3334 | .3524 |
| | | Ly thân | -.46456 | .61336 | .943 | -2.1439 | 1.2147 |
| | | Ly hôn | .01044 | .22049 | 1.000 | -.5932 | .6141 |
| | | Góa | -.15206 | .22049 | .959 | -.7557 | .4516 |
| | Ly thân | Chưa kết hôn | .47407 | .62311 | .942 | -1.2319 | 2.1801 |
| | | Kết hôn | .46456 | .61336 | .943 | -1.2147 | 2.1439 |
| | | Ly hôn | .47500 | .64900 | .949 | -1.3019 | 2.2519 |
| | | Góa | .31250 | .64900 | .989 | -1.4644 | 2.0894 |
| | Ly hôn | Chưa kết hôn | -.00093 | .24631 | 1.000 | -.6753 | .6734 |
| | | Kết hôn | -.01044 | .22049 | 1.000 | -.6141 | .5932 |
| | | Ly thân | -.47500 | .64900 | .949 | -2.2519 | 1.3019 |
| | | Góa | -.16250 | .30594 | .984 | -1.0001 | .6751 |
| | Góa | Chưa kết hôn | .16157 | .24631 | .965 | -.5128 | .8359 |
| | | Kết hôn | .15206 | .22049 | .959 | -.4516 | .7557 |
| | | Ly thân | -.31250 | .64900 | .989 | -2.0894 | 1.4644 |
| | | Ly hôn | .16250 | .30594 | .984 | -.6751 | 1.0001 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.10761 | .10595 | .848 | -.3977 | .1825 |
| | | Ly thân | -.52752 | .52298 | .851 | -1.9594 | .9043 |
| | | Ly hôn | .00894 | .20710 | 1.000 | -.5581 | .5760 |
| | | Góa | -.20460 | .20710 | .861 | -.7716 | .3624 |
| | Kết hôn | Chưa kết hôn | .10761 | .10595 | .848 | -.1825 | .3977 |
| | | Ly thân | -.41990 | .51462 | .926 | -1.8289 | .9891 |
| | | Ly hôn | .11656 | .18500 | .970 | -.3899 | .6231 |
| | | Góa | -.09699 | .18500 | .985 | -.6035 | .4095 |
| | Ly thân | Chưa kết hôn | .52752 | .52298 | .851 | -.9043 | 1.9594 |
| | | Kết hôn | .41990 | .51462 | .926 | -.9891 | 1.8289 |
| | | Ly hôn | .53646 | .54452 | .862 | -.9544 | 2.0273 |
| | | Góa | .32292 | .54452 | .976 | -1.1679 | 1.8138 |
| | Ly hôn | Chưa kết hôn | -.00894 | .20710 | 1.000 | -.5760 | .5581 |
| | | Kết hôn | -.11656 | .18500 | .970 | -.6231 | .3899 |
| | | Ly thân | -.53646 | .54452 | .862 | -2.0273 | .9544 |
| | | Góa | -.21354 | .25669 | .921 | -.9163 | .4892 |
| | Góa | Chưa kết hôn | .20460 | .20710 | .861 | -.3624 | .7716 |
| | | Kết hôn | .09699 | .18500 | .985 | -.4095 | .6035 |
| | | Ly thân | -.32292 | .54452 | .976 | -1.8138 | 1.1679 |
| | | Ly hôn | .21354 | .25669 | .921 | -.4892 | .9163 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1)

Tukey HSD^{a,b}

| a7.Tình trạng hôn nhân | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | |
| Góa | 16 | | 2.4875 |
| Ly thân | 2 | | 2.5000 |
| Kết hôn | 412 | | 2.5165 |
| Chưa kết hôn | 54 | | 2.5611 |
| Ly hôn | 16 | | 3.4750 |
| Sig. | | | .213 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7.741.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12)

Tukey HSD^{a,b}

| a7.Tình trạng hôn nhân | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | |
| Ly hôn | 16 | | 4.2054 |
| Chưa kết hôn | 53 | | 4.2156 |
| Kết hôn | 412 | | 4.3977 |
| Góa | 16 | | 4.4554 |
| Ly thân | 2 | | 4.7857 |
| Sig. | | | .488 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7.736.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11)

Tukey HSD^{a,b}

| a7.Tình trạng hôn nhân | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | |
| Ly hôn | 16 | | 3.9250 |
| Chưa kết hôn | 54 | | 3.9259 |
| Kết hôn | 412 | | 3.9354 |
| Góa | 16 | | 4.0875 |
| Ly thân | 2 | | 4.4000 |
| Sig. | | | .817 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7.741.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12)

Tukey HSD^{a,b}

| a7.Tình trạng hôn nhân | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | |
| Ly hôn | 16 | | 4.0885 |
| Chưa kết hôn | 53 | | 4.0975 |
| Kết hôn | 412 | | 4.2051 |
| Góa | 16 | | 4.3021 |
| Ly thân | 2 | | 4.6250 |
| Sig. | | | .593 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7.736.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Notes

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 13:24:25 | | |
| Comments | | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9 HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav | |
| | Active Dataset | DataSet1 | |
| | Filter | <none> | |
| | Weight | <none> | |
| | Split File | <none> | |
| | N of Rows in Working Data File | 500 | |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. | |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis. | |
| Syntax | ONEWAY Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaull2 BY a7mh.honnhan3 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY /MISSING ANALYSIS /POSTHOC=TUKEY ALPHA(0.05). | | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 | |
| | Elapsed Time | 00:00:00.03 | |

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--|-----|--------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 412 | 2.5165 | .87763 | .04324 | 2.4315 | 2.6015 | 1.00 | 5.00 |
| Kết hôn | 54 | 2.5611 | 1.11532 | .15178 | 2.2567 | 2.8655 | 1.00 | 5.00 |
| Chưa kết hôn | 34 | 2.9529 | 1.12310 | .19261 | 2.5611 | 3.3448 | 1.20 | 5.00 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Total | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 412 | 4.3977 | .70831 | .03490 | 4.3291 | 4.4663 | 2.14 | 5.00 |
| Kết hôn | 53 | 4.2156 | .67393 | .09257 | 4.0299 | 4.4014 | 2.71 | 5.00 |
| Chưa kết hôn | 34 | 4.3571 | .73034 | .12525 | 4.1023 | 4.6120 | 3.00 | 5.00 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Total | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 412 | 3.9354 | .85743 | .04224 | 3.8524 | 4.0185 | 1.60 | 5.00 |
| Kết hôn | 54 | 3.9259 | .86639 | .11790 | 3.6894 | 4.1624 | 2.00 | 5.00 |
| Chưa kết hôn | 34 | 4.0294 | .94083 | .16135 | 3.7011 | 4.3577 | 2.00 | 5.00 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| Total | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II.2. 1->12) | 412 | 4.2051 | .72011 | .03548 | 4.1354 | 4.2748 | 2.25 | 5.00 |
| Kết hôn | 53 | 4.0975 | .72809 | .10001 | 3.8968 | 4.2982 | 2.42 | 5.00 |
| Chưa kết hôn | 34 | 4.2206 | .78654 | .13489 | 3.9462 | 4.4950 | 2.67 | 5.00 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |
| Total | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--|------------------|-----|-----|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 5.127 | 2 | 497 | .006 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | .432 | 2 | 496 | .650 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | .943 | 2 | 497 | .390 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II.2. 1->12) | 1.062 | 2 | 496 | .347 |

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Between Groups | 5.989 | 2 | 2.994 | 3.509 | .031 |
| | Within Groups | 424.121 | 497 | .853 | | |
| | Total | 430.110 | 499 | | | |

| | | | | | | |
|--|----------------|---------|-----|------|-------|------|
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Between Groups | 1.569 | 2 | .785 | 1.573 | .208 |
| | Within Groups | 247.419 | 496 | .499 | | |
| | Total | 248.988 | 498 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Between Groups | .291 | 2 | .145 | .195 | .823 |
| | Within Groups | 371.157 | 497 | .747 | | |
| | Total | 371.448 | 499 | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Between Groups | .568 | 2 | .284 | .540 | .583 |
| | Within Groups | 261.108 | 496 | .526 | | |
| | Total | 261.677 | 498 | | | |

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

| Dependent Variable | (I) a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | (J) a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--|---|---|-----------------------|------------|------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Kết hôn | Chưa kết hôn | -.04461 | .13369 | .940 | -.3589 | .2697 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.43644* | .16483 | .023 | -.8239 | -.0490 |
| | Chưa kết hôn | Kết hôn | .04461 | .13369 | .940 | -.2697 | .3589 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.39183 | .20224 | .129 | -.8673 | .0836 |
| | Ly hôn, ly thân, góa | Kết hôn | .43644 | .16483 | .023 | .0490 | .8239 |
| | | Chưa kết hôn | .39183 | .20224 | .129 | -.0836 | .8673 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Kết hôn | Chưa kết hôn | .18208 | .10307 | .182 | -.0602 | .4244 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | .04057 | .12602 | .944 | -.2557 | .3368 |
| | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.18208 | .10307 | .182 | -.4244 | .0602 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.14151 | .15519 | .633 | -.5063 | .2233 |
| | Ly hôn, ly thân, góa | Kết hôn | -.04057 | .12602 | .944 | -.3368 | .2557 |
| | | Chưa kết hôn | .14151 | .15519 | .633 | -.2233 | .5063 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Kết hôn | Chưa kết hôn | .00951 | .12507 | .997 | -.2845 | .3035 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.09397 | .15420 | .815 | -.4565 | .2685 |
| | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.00951 | .12507 | .997 | -.3035 | .2845 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.10349 | .18919 | .848 | -.5482 | .3413 |
| | Ly hôn, ly thân, góa | Kết hôn | .09397 | .15420 | .815 | -.2685 | .4565 |
| | | Chưa kết hôn | .10349 | .18919 | .848 | -.3413 | .5482 |

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---------|--------|------|--------|-------|
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II.2. 1->12) | Kết hôn | Chưa kết hôn | .10761 | .10588 | .567 | -.1413 | .3565 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.01549 | .12946 | .992 | -.3198 | .2888 |
| | Chưa kết hôn | Kết hôn | -.10761 | .10588 | .567 | -.3565 | .1413 |
| | | Ly hôn, ly thân, góa | -.12310 | .15942 | .720 | -.4979 | .2517 |
| | Ly hôn, ly thân, góa | Kết hôn | .01549 | .12946 | .992 | -.2888 | .3198 |
| | | Chưa kết hôn | .12310 | .15942 | .720 | -.2517 | .4979 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1)

Tukey HSD^{a,b}

| a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|---|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| Kết hôn | 412 | 2.5165 | |
| Chưa kết hôn | 54 | 2.5611 | 2.5611 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 34 | | 2.9529 |
| Sig. | | .962 | .055 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 59.574.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12)

Tukey HSD^{a,b}

| a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|---|-----|-------------------------|------|
| | | 1 | |
| Chưa kết hôn | 53 | 4.2156 | |
| Ly hôn, ly thân, góa | 34 | 4.3571 | |
| Kết hôn | 412 | 4.3977 | |
| Sig. | | | .341 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 59.164.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11)

Tukey HSD^{a,b}

| a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|---|----|-------------------------|--|
| | | 1 | |
| Chưa kết hôn | 54 | 3.9259 | |

| | | |
|----------------------|-----|--------|
| Kết hôn | 412 | 3.9354 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 34 | 4.0294 |
| Sig. | | .790 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 59.574.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12)

Tukey HSD^{a,b}

| a7mh.Phân tổ lại tình trạng hôn nhân 3 nhóm | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|---|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | |
| Chưa kết hôn | 53 | | 4.0975 |
| Kết hôn | 412 | | 4.2051 |
| Ly hôn, ly thân, góa | 34 | | 4.2206 |
| Sig. | | | .626 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 59.164.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Notes

| | | |
|------------------------|---|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 17:22:32 | |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 500 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis. |
| Syntax | ONEWAY Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaull2 BY a8mh.Songcung /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY /MISSING ANALYSIS /POSTHOC=FUKEY ALPHA(0.05). | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.00 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.03 |

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--|-----|--------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 11 | 2.6091 | .97822 | .29494 | 1.9519 | 3.2663 | 1.00 | 4.00 |
| 1 | 56 | 3.1643 | .96322 | .12872 | 2.9063 | 3.4222 | 1.00 | 5.00 |
| 2 | 66 | 2.5864 | 1.06611 | .13123 | 2.3243 | 2.8484 | 1.00 | 4.70 |
| 3 | 144 | 2.3875 | .84901 | .07075 | 2.2476 | 2.5274 | 1.00 | 5.00 |
| 4 | 223 | 2.4892 | .86648 | .05802 | 2.3749 | 2.6036 | 1.00 | 5.00 |
| 5 trở lên | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Total | | | | | | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 11 | 4.0649 | .95054 | .28660 | 3.4264 | 4.7035 | 2.86 | 5.00 |
| 1 | 56 | 4.2398 | .74361 | .09937 | 4.0407 | 4.4389 | 2.71 | 5.00 |
| 2 | 65 | 4.3055 | .72443 | .08985 | 4.1260 | 4.4850 | 2.14 | 5.00 |
| 3 | 144 | 4.3800 | .68192 | .05683 | 4.2676 | 4.4923 | 2.43 | 5.00 |
| 4 | 223 | 4.4427 | .69112 | .04628 | 4.3515 | 4.5339 | 2.43 | 5.00 |
| 5 trở lên | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Total | | | | | | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 11 | 3.6182 | 1.25045 | .37703 | 2.7781 | 4.4582 | 2.00 | 5.00 |
| 1 | 56 | 3.9607 | .93530 | .12499 | 3.7102 | 4.2112 | 1.80 | 5.00 |
| 2 | 66 | 3.9485 | .89464 | .11012 | 3.7286 | 4.1684 | 2.00 | 5.00 |
| 3 | 144 | 3.9208 | .83965 | .06997 | 3.7825 | 4.0591 | 1.60 | 5.00 |
| 4 | 223 | 3.9623 | .83159 | .05569 | 3.8526 | 4.0721 | 1.80 | 5.00 |
| 5 trở lên | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| Total | | | | | | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II. 1->12) | 11 | 3.8788 | 1.04241 | .31430 | 3.1785 | 4.5791 | 2.67 | 5.00 |
| 1 | 56 | 4.1235 | .79820 | .10666 | 3.9098 | 4.3373 | 2.42 | 5.00 |
| 2 | 65 | 4.1590 | .74837 | .09282 | 3.9735 | 4.3444 | 2.25 | 5.00 |
| 3 | 144 | 4.1887 | .70152 | .05846 | 4.0731 | 4.3042 | 2.58 | 5.00 |
| 4 | 223 | 4.2425 | .69610 | .04661 | 4.1507 | 4.3344 | 2.50 | 5.00 |
| 5 trở lên | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |
| Total | | | | | | | | |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--|------------------|-----|-----|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 2.784 | 4 | 495 | .026 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 2.159 | 4 | 494 | .073 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 2.547 | 4 | 495 | .039 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II. 1->12) | 3.561 | 4 | 494 | .007 |

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Between Groups | 25.882 | 4 | 6.471 | 7.924 | .000 |
| | Within Groups | 404.227 | 495 | .817 | | |
| | Total | 430.110 | 499 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Between Groups | 3.420 | 4 | .855 | 1.720 | .144 |
| | Within Groups | 245.568 | 494 | .497 | | |
| | Total | 248.988 | 498 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Between Groups | 1.332 | 4 | .333 | .445 | .776 |
| | Within Groups | 370.116 | 495 | .748 | | |
| | Total | 371.448 | 499 | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Between Groups | 1.980 | 4 | .495 | .942 | .440 |
| | Within Groups | 259.697 | 494 | .526 | | |
| | Total | 261.677 | 498 | | | |

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

| Dependent Variable | (I) a8mh.Số người sống cùng phân tử | (J) a8mh.Số người sống cùng phân tử | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 1 | 2 | -.55519 | .29803 | .339 | -1.3712 | .2608 |
| | | 3 | .02273 | .29430 | 1.000 | -.7830 | .8285 |
| | | 4 | .22159 | .28268 | .935 | -.5524 | .9955 |
| | | 5 trở lên | .11985 | .27911 | .993 | -.6443 | .8840 |
| | 2 | 1 | .55519 | .29803 | .339 | -.2608 | 1.3712 |
| | | 3 | .57792 | .16418 | .004 | .1284 | 1.0274 |
| | | 4 | .77679 | .14231 | .000 | .3871 | 1.1664 |
| | | 5 trở lên | .67505 | .13507 | .000 | .3052 | 1.0449 |
| | 3 | 1 | -.02273 | .29430 | 1.000 | -.8285 | .7830 |
| | | 2 | -.57792 | .16418 | .004 | -1.0274 | -.1284 |
| | | 4 | .19886 | .13433 | .576 | -.1689 | .5666 |
| | | 5 trở lên | .09713 | .12663 | .940 | -.2496 | .4438 |
| | 4 | 1 | -.22159 | .28268 | .935 | -.9955 | .5524 |
| | | 2 | -.77679 | .14231 | .000 | -1.1664 | -.3871 |
| | | 3 | -.19886 | .13433 | .576 | -.5666 | .1689 |
| | | 5 trở lên | -.10174 | .09661 | .830 | -.3662 | .1628 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|---------|--------|--------|--------|--------|-------|
| NB/NNNB (Mean II.2. 1->12) | 3 | -.28019 | .23639 | .760 | -.9274 | .3670 | |
| | 4 | -.30987 | .22681 | .650 | -.9308 | .3111 | |
| | 5 trở lên | -.36374 | .22394 | .483 | -.9769 | .2494 | |
| | 2 | 1 | .24472 | .23912 | .845 | -.4100 | .8994 |
| | 3 | -.03546 | .13219 | .999 | -.3974 | .3265 | |
| | 4 | -.06515 | .11419 | .979 | -.3778 | .2475 | |
| | 5 trở lên | -.11901 | .10837 | .807 | -.4157 | .1777 | |
| 3 | 1 | .28019 | .23639 | .760 | -.3670 | .9274 | |
| | 2 | .03546 | .13219 | .999 | -.3265 | .3974 | |
| | 4 | -.02968 | .10834 | .999 | -.3263 | .2669 | |
| | 5 trở lên | -.08355 | .10220 | .925 | -.3634 | .1963 | |
| 4 | 1 | .30987 | .22681 | .650 | -.3111 | .9308 | |
| | 2 | .06515 | .11419 | .979 | -.2475 | .3778 | |
| | 3 | .02968 | .10834 | .999 | -.2669 | .3263 | |
| | 5 trở lên | -.05387 | .07751 | .958 | -.2661 | .1583 | |
| 5 trở lên | 1 | .36374 | .22394 | .483 | -.2494 | .9769 | |
| | 2 | .11901 | .10837 | .807 | -.1777 | .4157 | |
| | 3 | .08355 | .10220 | .925 | -.1963 | .3634 | |
| | 4 | .05387 | .07751 | .958 | -.1583 | .2661 | |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1)

Tukey HSD^{a,b}

| a8mh.Số người sống cùng phân tử | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|---------------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| 4 | 144 | 2.3875 | |
| 5 trở lên | 223 | 2.4892 | |
| 3 | 66 | 2.5864 | |
| 1 | 11 | 2.6091 | 2.6091 |
| 2 | 56 | | 3.1643 |
| Sig. | | .830 | .065 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36.942.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12)

Tukey HSD^{a,b}

| a8mh.Số người sống cùng phân tổ | N | Subset for alpha = 0.05 |
|---------------------------------|-----|-------------------------|
| | | 1 |
| 1 | 11 | 4.0649 |
| 2 | 56 | 4.2398 |
| 3 | 65 | 4.3055 |
| 4 | 144 | 4.3800 |
| 5 trở lên | 223 | 4.4427 |
| Sig. | | .146 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36.879.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11)

Tukey HSD^{a,b}

| a8mh.Số người sống cùng phân tổ | N | Subset for alpha = 0.05 |
|---------------------------------|-----|-------------------------|
| | | 1 |
| 1 | 11 | 3.6182 |
| 4 | 144 | 3.9208 |
| 3 | 66 | 3.9485 |
| 2 | 56 | 3.9607 |
| 5 trở lên | 223 | 3.9623 |
| Sig. | | .428 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36.942.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12)

Tukey HSD^{a,b}

| a8mh.Số người sống cùng phân tổ | N | Subset for alpha = 0.05 |
|---------------------------------|-----|-------------------------|
| | | 1 |
| 1 | 11 | 3.8788 |
| 2 | 56 | 4.1235 |
| 3 | 65 | 4.1590 |
| 4 | 144 | 4.1887 |
| 5 trở lên | 223 | 4.2425 |
| Sig. | | .199 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36.879.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Notes

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Output Created | 05-DEC-2025 17:30:52 | | |
| Comments | | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav | |
| | Active Dataset | DataSet1 | |
| | Filter | <none> | |
| | Weight | <none> | |
| | Split File | <none> | |
| | N of Rows in Working Data File | 500 | |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. | |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis. | |
| Syntax | ONEWAY Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaul2 BY a10.Mucdo /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY /MISSING ANALYSIS /POSTHOC=TUKEY ALPHA(0.05). | | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.00 | |
| | Elapsed Time | 00:00:00.02 | |

Descriptives

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--|-------------|-----|--------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Rất nặng | 9 | 2.5667 | .80467 | .26822 | 1.9481 | 3.1852 | 1.30 | 3.80 |
| | Nặng | 213 | 2.8235 | .85452 | .05855 | 2.7081 | 2.9389 | 1.00 | 5.00 |
| | Bình thường | 255 | 2.3745 | .95031 | .05951 | 2.2573 | 2.4917 | 1.00 | 5.00 |
| | Nhẹ | 19 | 1.9000 | .68961 | .15821 | 1.5676 | 2.2324 | 1.00 | 3.20 |
| | Không biết | 4 | 2.3500 | .26458 | .13229 | 1.9290 | 2.7710 | 2.00 | 2.60 |
| | Total | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II.2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Rất nặng | 9 | 4.8889 | .23450 | .07817 | 4.7086 | 5.0691 | 4.29 | 5.00 |
| | Nặng | 213 | 4.4400 | .68326 | .04682 | 4.3477 | 4.5323 | 2.43 | 5.00 |
| | Bình thường | 255 | 4.3003 | .72341 | .04530 | 4.2111 | 4.3895 | 2.14 | 5.00 |
| | Nhẹ | 19 | 4.4361 | .78170 | .17933 | 4.0593 | 4.8129 | 2.43 | 5.00 |

| | | | | | | | | | |
|--|-------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|------|------|
| | Không biết | 3 | 4.2857 | .65465 | .37796 | 2.6595 | 5.9120 | 3.71 | 5.00 |
| | Total | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Rất nặng | 9 | 4.4444 | .76012 | .25337 | 3.8602 | 5.0287 | 3.00 | 5.00 |
| | Nặng | 213 | 3.8732 | .82227 | .05634 | 3.7622 | 3.9843 | 1.60 | 5.00 |
| | Bình thường | 255 | 3.9584 | .89160 | .05583 | 3.8485 | 4.0684 | 1.80 | 5.00 |
| | Nhẹ | 19 | 4.2105 | .95795 | .21977 | 3.7488 | 4.6722 | 2.80 | 5.00 |
| | Không biết | 4 | 4.0000 | .32660 | .16330 | 3.4803 | 4.5197 | 3.60 | 4.40 |
| | Total | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II. 1->12) | Rất nặng | 9 | 4.7037 | .41690 | .13897 | 4.3832 | 5.0242 | 3.75 | 5.00 |
| | Nặng | 213 | 4.2038 | .68519 | .04695 | 4.1113 | 4.2964 | 2.50 | 5.00 |
| | Bình thường | 255 | 4.1578 | .75498 | .04728 | 4.0647 | 4.2510 | 2.25 | 5.00 |
| | Nhẹ | 19 | 4.3421 | .83050 | .19053 | 3.9418 | 4.7424 | 2.67 | 5.00 |
| | Không biết | 3 | 4.2222 | .47385 | .27358 | 3.0451 | 5.3993 | 3.83 | 4.75 |
| | Total | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--|------------------|-----|-----|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 2.912 | 4 | 495 | .021 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 4.267 | 4 | 494 | .002 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 1.955 | 4 | 495 | .100 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II. 1->12) | 2.719 | 4 | 494 | .029 |

ANOVA

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. | |
|---|----------------|---------|-------------|-------|-------|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Between Groups | 31.973 | 4 | 7.993 | 9.938 | .000 |
| | Within Groups | 398.137 | 495 | .804 | | |
| | Total | 430.110 | 499 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Between Groups | 4.794 | 4 | 1.199 | 2.425 | .047 |
| | Within Groups | 244.194 | 494 | .494 | | |
| | Total | 248.988 | 498 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền | Between Groups | 4.731 | 4 | 1.183 | 1.596 | .174 |

| | | | | | | |
|--|----------------|---------|-----|------|-------|------|
| thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Within Groups | 366.717 | 495 | .741 | | |
| | Total | 371.448 | 499 | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Between Groups | 3.111 | 4 | .778 | 1.486 | .205 |
| | Within Groups | 258.566 | 494 | .523 | | |
| | Total | 261.677 | 498 | | | |

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

| Dependent Variable | (I) a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | (J) a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------|---------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Rất nặng | Nặng | -.25681 | .30520 | .918 | -1.0924 | .5788 |
| | | Bình thường | .19216 | .30418 | .970 | -.6406 | 1.0249 |
| | | Nhẹ | .66667 | .36291 | .353 | -.3269 | 1.6603 |
| | | Không biết | .21667 | .53893 | .994 | -1.2589 | 1.6922 |
| | Nặng | Rất nặng | .25681 | .30520 | .918 | -.5788 | 1.0924 |
| | | Bình thường | .44896 | .08325 | .000 | .2210 | .6769 |
| | | Nhẹ | .92347 | .21473 | .000 | .3356 | 1.5114 |
| | | Không biết | .47347 | .45261 | .834 | -.7657 | 1.7127 |
| | Bình thường | Rất nặng | -.19216 | .30418 | .970 | -1.0249 | .6406 |
| | | Nặng | -.44896 | .08325 | .000 | -.6769 | -.2210 |
| | | Nhẹ | .47451 | .21328 | .172 | -.1094 | 1.0584 |
| | | Không biết | .02451 | .45192 | 1.000 | -1.2128 | 1.2618 |
| | Nhẹ | Rất nặng | -.66667 | .36291 | .353 | -1.6603 | .3269 |
| | | Nặng | -.92347 | .21473 | .000 | -1.5114 | -.3356 |
| | | Bình thường | -.47451 | .21328 | .172 | -1.0584 | .1094 |
| | | Không biết | -.45000 | .49337 | .892 | -1.8008 | .9008 |
| Không biết | Rất nặng | -.21667 | .53893 | .994 | -1.6922 | 1.2589 | |
| | Nặng | -.47347 | .45261 | .834 | -1.7127 | .7657 | |
| | Bình thường | -.02451 | .45192 | 1.000 | -1.2618 | 1.2128 | |
| | Nhẹ | .45000 | .49337 | .892 | -.9008 | 1.8008 | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Rất nặng | Nặng | .44892 | .23926 | .332 | -.2061 | 1.1040 |
| | | Bình thường | .58861 | .23846 | .100 | -.0643 | 1.2415 |
| | | Nhẹ | .45280 | .28450 | .504 | -.3261 | 1.2317 |
| | | Không biết | .60317 | .46872 | .699 | -.6801 | 1.8865 |
| | Nặng | Rất nặng | -.44892 | .23926 | .332 | -1.1040 | .2061 |
| | | Bình thường | .13969 | .06526 | .205 | -.0390 | .3184 |
| | | Nhẹ | .00388 | .16834 | 1.000 | -.4570 | .4648 |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|---------|--------|---------|---------|--------|
| | | Không biết | .15426 | .40877 | .996 | -.9649 | 1.2734 |
| Bình thường | | Rất nặng | -.58861 | .23846 | .100 | -1.2415 | .0643 |
| | | Nặng | -.13969 | .06526 | .205 | -.3184 | .0390 |
| | | Nhẹ | -.13581 | .16720 | .927 | -.5936 | .3220 |
| | | Không biết | .01457 | .40830 | 1.000 | -1.1033 | 1.1325 |
| Nhẹ | | Rất nặng | -.45280 | .28450 | .504 | -1.2317 | .3261 |
| | | Nặng | -.00388 | .16834 | 1.000 | -.4648 | .4570 |
| | | Bình thường | .13581 | .16720 | .927 | -.3220 | .5936 |
| | | Không biết | .15038 | .43680 | .997 | -1.0455 | 1.3463 |
| Không biết | | Rất nặng | -.60317 | .46872 | .699 | -1.8865 | .6801 |
| | | Nặng | -.15426 | .40877 | .996 | -1.2734 | .9649 |
| | | Bình thường | -.01457 | .40830 | 1.000 | -1.1325 | 1.1033 |
| | | Nhẹ | -.15038 | .43680 | .997 | -1.3463 | 1.0455 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Rất nặng | Nặng | .57121 | .29291 | .292 | -.2307 | 1.3731 |
| | | Bình thường | .48601 | .29193 | .457 | -.3132 | 1.2853 |
| | | Nhẹ | .23392 | .34829 | .962 | -.7197 | 1.1875 |
| | | Không biết | .44444 | .51723 | .912 | -.9717 | 1.8605 |
| | Nặng | Rất nặng | -.57121 | .29291 | .292 | -1.3731 | .2307 |
| | | Bình thường | -.08519 | .07990 | .824 | -.3039 | .1336 |
| | | Nhẹ | -.33729 | .20608 | .475 | -.9015 | .2269 |
| | | Không biết | -.12676 | .43438 | .998 | -1.3160 | 1.0625 |
| | Bình thường | Rất nặng | -.48601 | .29193 | .457 | -1.2853 | .3132 |
| | | Nặng | .08519 | .07990 | .824 | -.1336 | .3039 |
| | | Nhẹ | -.25209 | .20469 | .733 | -.8125 | .3083 |
| | | Không biết | -.04157 | .43372 | 1.000 | -1.2290 | 1.1459 |
| | Nhẹ | Rất nặng | -.23392 | .34829 | .962 | -1.1875 | .7197 |
| | | Nặng | .33729 | .20608 | .475 | -.2269 | .9015 |
| | | Bình thường | .25209 | .20469 | .733 | -.3083 | .8125 |
| | | Không biết | .21053 | .47350 | .992 | -1.0859 | 1.5069 |
| Không biết | Rất nặng | -.44444 | .51723 | .912 | -1.8605 | .9717 | |
| | Nặng | .12676 | .43438 | .998 | -1.0625 | 1.3160 | |
| | Bình thường | .04157 | .43372 | 1.000 | -1.1459 | 1.2290 | |
| | Nhẹ | -.21053 | .47350 | .992 | -1.5069 | 1.0859 | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Rất nặng | Nặng | .49987 | .24620 | .253 | -.1742 | 1.1739 |
| | | Bình thường | .54586 | .24538 | .172 | -.1260 | 1.2177 |
| | | Nhẹ | .36160 | .29275 | .731 | -.4399 | 1.1631 |
| | | Không biết | .48148 | .48231 | .856 | -.8390 | 1.8020 |
| | Nặng | Rất nặng | -.49987 | .24620 | .253 | -1.1739 | .1742 |
| | | Bình thường | .04599 | .06716 | .960 | -.1379 | .2299 |
| | | Nhẹ | -.13827 | .17322 | .931 | -.6125 | .3360 |
| | | Không biết | -.01839 | .42063 | 1.000 | -1.1700 | 1.1332 |
| | Bình thường | Rất nặng | -.54586 | .24538 | .172 | -1.2177 | .1260 |
| | | Nặng | -.04599 | .06716 | .960 | -.2299 | .1379 |
| | | Nhẹ | -.18426 | .17205 | .821 | -.6553 | .2868 |

| | | | | | | |
|------------|-------------|---------|--------|-------|---------|--------|
| | Không biết | -.06438 | .42015 | 1.000 | -1.2147 | 1.0859 |
| Nhẹ | Rất nặng | -.36160 | .29275 | .731 | -1.1631 | .4399 |
| | Nặng | .13827 | .17322 | .931 | -.3360 | .6125 |
| | Bình thường | .18426 | .17205 | .821 | -.2868 | .6553 |
| | Không biết | .11988 | .44946 | .999 | -1.1107 | 1.3505 |
| Không biết | Rất nặng | -.48148 | .48231 | .856 | -1.8020 | .8390 |
| | Nặng | .01839 | .42063 | 1.000 | -1.1332 | 1.1700 |
| | Bình thường | .06438 | .42015 | 1.000 | -1.0859 | 1.2147 |
| | Nhẹ | -.11988 | .44946 | .999 | -1.3505 | 1.1107 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1)

Tukey HSD^{a,b}

| a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|--|
| | | 1 | |
| Nhẹ | 19 | 1.9000 | |
| Không biết | 4 | 2.3500 | |
| Bình thường | 255 | 2.3745 | |
| Rất nặng | 9 | 2.5667 | |
| Nặng | 213 | 2.8235 | |
| Sig. | | .091 | |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11.838.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12)

Tukey HSD^{a,b}

| a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | N | Subset for alpha = 0.05 | |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|--|
| | | 1 | |
| Không biết | 3 | 4.2857 | |
| Bình thường | 255 | 4.3003 | |
| Nhẹ | 19 | 4.4361 | |
| Nặng | 213 | 4.4400 | |
| Rất nặng | 9 | 4.8889 | |
| Sig. | | .315 | |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.887.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11)

Tukey HSD^{a,b}

| a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | N | Subset for alpha = 0.05 |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|
| | | 1 |
| Nặng | 213 | 3.8732 |
| Bình thường | 255 | 3.9584 |
| Không biết | 4 | 4.0000 |
| Nhẹ | 19 | 4.2105 |
| Rất nặng | 9 | 4.4444 |
| Sig. | | .489 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11.838.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12)

Tukey HSD^{a,b}

| a10.Đánh giá mức độ bệnh hiện tại | N | Subset for alpha = 0.05 |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|
| | | 1 |
| Bình thường | 255 | 4.1578 |
| Nặng | 213 | 4.2038 |
| Không biết | 3 | 4.2222 |
| Nhẹ | 19 | 4.3421 |
| Rất nặng | 9 | 4.7037 |
| Sig. | | .449 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.887.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Notes

| | | |
|----------------|--------------------------------|---|
| Output Created | | 05-DEC-2025 17:47:34 |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\3. NCKH\Hoài An, bạn Phương Anh\26.11\1.CTTXHnguoibenh_nguoinha7.9 HQTQ16.7sua24.7sua26.11.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 500 |

| | | |
|------------------------|-----------------------|--|
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis. |
| Syntax | | ONEWAY Khokhan DV.HTTV DV.TTGD nhucaull2 BY a10mh.Murcdobenh /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY /MISSING ANALYSIS /POSTHOC=TUKEY ALPHA(0.05). |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.04 |

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--|-----|--------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 222 | 2.8131 | .85234 | .05721 | 2.7003 | 2.9258 | 1.00 | 5.00 |
| | 274 | 2.3416 | .94137 | .05687 | 2.2296 | 2.4536 | 1.00 | 5.00 |
| | 4 | 2.3500 | .26458 | .13229 | 1.9290 | 2.7710 | 2.00 | 2.60 |
| | 500 | 2.5510 | .92841 | .04152 | 2.4694 | 2.6326 | 1.00 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 222 | 4.4582 | .67654 | .04541 | 4.3687 | 4.5477 | 2.43 | 5.00 |
| | 274 | 4.3097 | .72690 | .04391 | 4.2232 | 4.3962 | 2.14 | 5.00 |
| | 3 | 4.2857 | .65465 | .37796 | 2.6595 | 5.9120 | 3.71 | 5.00 |
| | 499 | 4.3756 | .70709 | .03165 | 4.3134 | 4.4378 | 2.14 | 5.00 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 222 | 3.8964 | .82598 | .05544 | 3.7871 | 4.0056 | 1.60 | 5.00 |
| | 274 | 3.9759 | .89680 | .05418 | 3.8693 | 4.0826 | 1.80 | 5.00 |
| | 4 | 4.0000 | .32660 | .16330 | 3.4803 | 4.5197 | 3.60 | 4.40 |
| | 500 | 3.9408 | .86278 | .03858 | 3.8650 | 4.0166 | 1.60 | 5.00 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II.1->12) | 222 | 4.2241 | .68295 | .04584 | 4.1338 | 4.3144 | 2.50 | 5.00 |
| | 274 | 4.1706 | .76026 | .04593 | 4.0802 | 4.2610 | 2.25 | 5.00 |
| | 3 | 4.2222 | .47385 | .27358 | 3.0451 | 5.3993 | 3.83 | 4.75 |
| | 499 | 4.1947 | .72488 | .03245 | 4.1310 | 4.2585 | 2.25 | 5.00 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--|------------------|-----|-----|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | 4.501 | 2 | 497 | .012 |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | 2.499 | 2 | 496 | .083 |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | 2.707 | 2 | 497 | .068 |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | 3.047 | 2 | 496 | .048 |

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| Khó khăn khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh (Mean II.1) | Between Groups | 27.422 | 2 | 13.711 | 16.922 | .000 |
| | Within Groups | 402.688 | 497 | .810 | | |
| | Total | 430.110 | 499 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ hỗ trợ tư vấn (II2 Mean:1,2,3,4,5,10,12) | Between Groups | 2.728 | 2 | 1.364 | 2.747 | .065 |
| | Within Groups | 246.260 | 496 | .496 | | |
| | Total | 248.988 | 498 | | | |
| Có nhu cầu dịch vụ truyền thông giáo dục (II2 Mean:6,7,8,9,11) | Between Groups | .790 | 2 | .395 | .529 | .589 |
| | Within Groups | 370.658 | 497 | .746 | | |
| | Total | 371.448 | 499 | | | |
| Nhu cầu của NB/NNNB (Mean II2. 1->12) | Between Groups | .353 | 2 | .177 | .335 | .715 |
| | Within Groups | 261.324 | 496 | .527 | | |
| | Total | 261.677 | 498 | | | |