

bệnh ung thư có nguy cơ SDD phổ biến ở giai đoạn tiến triển, phù hợp với nghiên cứu của Torre (2015) [6].

- Vị trí khối u: Tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng (SGA C) cao nhất ở nhóm K đường tiêu hóa (58,2%), sau đó đến K phổi (51,8%) và thấp nhất là K vú (36,8%). Như vậy, tỷ lệ SDD ở nhóm ung thư phổi; ung thư đường tiêu hóa cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Datema (2011), theo đó tỷ lệ SDD ở nhóm người bệnh ung thư đầu, mặt, cổ cao hơn các nhóm còn lại [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng cho thấy tình trạng SDD trên người bệnh ung thư bằng các phương pháp khác nhau cho thấy SDD phổ biến ở người bị ung thư. Năng lượng khẩu phần ăn đạt nhu cầu khuyến nghị chiếm tỷ lệ thấp. Các đặc điểm thay đổi chế độ ăn thường gặp là: giảm khẩu phần ăn, chỉ ăn được thực phẩm lỏng hoặc ăn rất ít. Phân tích rút ra một số yếu tố liên quan đến giá trị khẩu phần ăn đạt nhu cầu khuyến nghị của người bệnh ung thư: giữa nhóm tuổi (< 60 tuổi; ≥ 60 tuổi) với năng lượng khẩu

phần ăn 24h (OR=2,06; $p < 0,05$), giữa giới tính (nam; nữ) với năng lượng khẩu phần ăn 24h (OR=2,03; $p < 0,05$) và lượng Protein khẩu phần ăn 24h (OR=2,14; $p < 0,05$), không có liên quan giữa giai đoạn ung thư với năng lượng khẩu phần ăn 24h (OR= 0,51; $p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreoli, A., De Lorenzo A, Cadeddu F et al, New trends in nutritional status assessment of cancer patients. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2011. 15(5): p. 469-480.
2. Aoyagi, T., Terracina K.P, Raza A et al, Cancer cachexia, mechanism and treatment. World journal of gastrointestinal oncology, 2015. 7(4): p. 17.
3. Bozzetti, F., Basics in clinical nutrition: nutritional support in cancer. the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 2010. 5(3): p. 148-152.
4. Datema, F.R., Ferrier M.B and Baatenburg de Jong R.J., Impact of severe malnutrition on short-term mortality and overall survival in head and neck cancer. Oral oncology, 2011. 47(9): p. 910-914.
5. Pressoir, M., Desné S, Berchery D et al, Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. British journal of cancer, 2010. 102(6): p. 966.
6. Torre, L.A., Bray F, Siegel R.L et al, Global cancer statistics, 2012. a cancer journal for clinicians, 2015. 65(2): p. 87-108.

HIỆU LỰC VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐO RỐI LOẠN CĂNG THẲNG SAU SANG CHẤN (PSS-SR) TRÊN SINH VIÊN NĂM CUỐI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI TRONG ĐẠI DỊCH COVID-19

Phạm Anh Tùng¹, Trần Thị Len², Bùi Thanh Thúy¹, Trần Thơ Nhị³, Nguyễn Minh Sang⁴, Trần Thị Thanh Hương^{3,5}, Đỗ Tuyết Mai⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này đã khảo sát khả năng sử dụng bộ câu hỏi đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn phiên bản tiếng Việt trên sinh viên năm cuối trường Đại học Y Hà Nội trong thời điểm đại dịch COVID-19 từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang sử dụng thang đo đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn phiên bản tự báo cáo (PSS-SR) trên 68 sinh viên

năm thứ 6 đang theo học tại trường Đại học Y Hà Nội năm 2020. Nhóm nghiên cứu sử dụng mô hình CFA và kiểm định độ tin cậy để đánh giá hiệu lực và độ tin cậy của bộ câu hỏi. **Kết quả:** Theo kết quả kiểm định độ tin cậy, các câu hỏi của thang đo PSS-SR đều có hệ số Cronbach Alpha chấp nhận được về mặt tin cậy (lớn hơn mức yêu cầu 0,6). Xét hệ số tương quan biến - tổng (hiệu chỉnh) của các biến quan sát đều đạt yêu cầu $> 0,30$. Kiểm định CFA cho thấy mô hình có 116 bậc tự do, giá trị kiểm định chi-square = 235,914 với $p < 0,005$ và các chỉ số chỉ ra mô hình phù hợp với dữ liệu (CFI = 0,808; RMSEA = 0,124; SRMR = 0,08). Cả 3 thành phần đều đạt được tính đơn hướng. **Kết luận:** Đề tài nghiên cứu đã kiểm định bản tiếng Việt của bộ câu hỏi đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn phiên bản tiếng Việt với 17 câu hỏi đánh giá 3 thành phần: (1) Nhớ lại, (2) Kích thích, (3) Lảng tránh.

Từ khóa: Rối loạn căng thẳng sau sang chấn, PSS-SR

SUMMARY VALIDITY AND RELIABILITY OF THE POST-

¹Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

³Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Vanderbilt

⁵Viện Ung thư Quốc gia. Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Anh Tùng

Email: patung.yhdp.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2021

Ngày duyệt bài: 17.5.2021

TRAUMATIC STRESS DISORDER SCALE (PSS-SR) ON FINAL YEAR STUDENTS OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Aim: This study investigated the possibility of using the Vietnamese version of the post-traumatic stress disorder assessment questionnaire on final-year students at Hanoi Medical University during the COVID-19 pandemic from March to May 2020.

Subjects and methods: Cross-sectional study used Post traumatic stress disorder Symptom Scale- Self Report (PSS-SR) on 68 final-year students which were studying at Hanoi Medical University in 2020. Using CFA model and reliability test to validate the validity and reliability of the questionnaire. **Results:** According to the results of the reliability test, the questions of the PSS-SR scale all have the Cronbach Alpha coefficient that is acceptable in terms of reliability (greater than the required level of 0.6). The correlation coefficient of variables - sum (adjusted) of the observed variables meet the requirements (above 0.30). The CFA test shows that the model has degree of freedom of 116, the chi-square test value = 235.914 with p-value < 0.005 and the indexes indicate that the model fits the data (CFI = 0.808; RMSEA = 0.124; SRMR= 0.08). All three components achieve unidirectionality. **Conclusion:** The research topic has tested the Vietnamese version of the Vietnamese version of the PSS-SR (Post-traumatic stress disorder Symptom Scale-Self Report) with 17 questions assessing 3 components: (1) Recall, (2) Arousal, (3) Avoidance.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, PSS-SR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ năm 1980, việc đánh giá tâm lý các nạn nhân sau sang chấn có thể được cải thiện rất nhiều thông qua việc sử dụng các công cụ và phương pháp chuẩn hóa như bảng câu hỏi [1]. Có một số bảng câu hỏi trong lĩnh vực này đã được phát triển và đánh giá tâm lý của người trải qua sang chấn tâm lý, chẳng hạn như thang đo tác động của sự kiện đến tâm lý (IES-R), thang đánh giá đa tính cách Minnesota (MMPI), MMPI-2 [1]. Các loại thước đo rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD- Post-traumatic stress disorder) này rất dễ sử dụng và rất hữu ích để đánh giá ban đầu các triệu chứng tâm lý của đối tượng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sẽ tập trung vào thang đo triệu chứng rối loạn căng thẳng sau sang chấn phiên bản tự báo cáo (PSS-SR – PTSD Symptom Scale-Self Report). Thang điểm PSS-SR gồm 17 câu hỏi chẩn đoán PTSD theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-III R (và DSM-IV-TR) [2]. Các mục này cũng đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của rối loạn căng thẳng sau sang chấn.

Thang PSS-SR bao gồm ba nhóm mục bao gồm: nhớ lại, lảng tránh và kích thích. Tổng mức

độ nghiêm trọng của PTSD cho mỗi nhóm triệu chứng được tính bằng cách tổng điểm các mục trong mỗi nhóm triệu chứng. Mức độ nghiêm trọng chung là tổng điểm của nhóm triệu chứng (phạm vi thang đánh giá từ 0 đến 51). Để sàng lọc PTSD, cần có 1 điểm trở lên cho một trong các câu hỏi trải nghiệm lại (câu hỏi 1-5), 3 câu hỏi tránh (6-12) và 2 câu hỏi kích thích (13-17) [3]. Để kiểm tra xem phiên bản tiếng Việt của PSS-SR có đánh giá được ba yếu tố của bộ câu hỏi gốc hay không, chúng tôi đã sử dụng phân tích yếu tố xác nhận (CFA) trên dữ liệu thu thập của 68 đối tượng đã hoàn thành PSS-SR. Trong quy trình kiểm định mô hình khẳng định, bất biến giai thừa đã được kiểm tra để xem liệu cấu trúc có bất biến trong các nhóm khác nhau hay không. Mô hình một nhân tố với tất cả các mục là chỉ số và mô hình ba nhân tố với các mục tương ứng với các yếu tố nhớ lại, kích thích, lảng tránh được đưa vào ma trận phương sai của các câu hỏi tương ứng.

Tất cả các phân tích CFA được thực hiện bằng STATA và phương pháp ước tính khả năng xảy ra tối đa. Việc đánh giá mô hình được thực hiện bằng cách sử dụng nhiều chỉ số phù hợp, bao gồm chỉ số phù hợp so sánh (CFI), phần dư bình phương trung bình căn chuẩn (SRMR), và sai số trung bình bình phương căn của xấp xỉ (RMSEA). Giá trị CFI $\geq 0,8$, và RMSEA $\leq 0,08$ là thông số đại diện cho một mô hình hoàn chỉnh [4]. Thống kê kiểm định khi bình phương của mô hình và các bậc tự do liên quan và giá trị p đã được báo cáo về tính đầy đủ, mặc dù chúng không được sử dụng trong đánh giá mô hình.

Để đo độ tin cậy, tính nhất quán của PSS-SR tiếng Việt, chúng tôi kiểm tra bằng cách tính toán hệ số tương quan Cronbach's alpha cho mỗi tỷ lệ con và cho toàn bộ thang đo. Cronbach's alpha đánh giá mức độ tương quan giữa các câu hỏi và giá trị lớn hơn 0,70 được coi là đạt yêu cầu [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 68 sinh viên năm thứ 6 trường đại học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng bao gồm: Sinh viên năm thứ 6 trực tiếp tham gia công tác phòng chống dịch Covid-19 bao gồm: Lấy máu, phỏng vấn đối tượng F1, người dân khu cách ly; đón tiếp, đo nhiệt độ tại cổng khu cách ly, sân bay; đồng ý tham gia nghiên cứu; tham gia đầy đủ 2 lần đánh giá trên bộ công cụ PSS-SR. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng bao gồm: Sinh viên Y6 không tham gia công tác chống dịch; không đồng ý tham gia

ngiên cứu; không hoàn thiện đầy đủ bộ câu hỏi PSS-SR.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Bộ câu hỏi được gửi trực tiếp online cho tất cả đối tượng nghiên cứu.

Thời gian thu thập số liệu từ 24/6/2020 đến 14/7/2020.

3. Quy trình và phương pháp nghiên cứu. Bộ câu hỏi chính thức gồm 17 câu đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn. PSS-SR đã được dịch sang tiếng Việt bởi một dịch giả. Bản dịch đã được một đồng nghiệp so sánh với bản gốc, và sau đó một bản dịch ngược lại sang tiếng Anh đã được thực hiện bởi một đồng nghiệp khác. Hai bản dịch đã được so sánh và làm hài lòng cả hai dịch giả.

Sau đó, chúng tôi thực hiện khảo sát trên tất cả 68 sinh viên năm cuối trường đại học Y Hà Nội. Số phiếu đưa vào xử lý là 136 phiếu, chia làm 2 bộ số liệu phân tích tương ứng với khoảng thời gian lần 1 và lần 2 sau đó 1 tuần để đối tượng nghiên cứu điền phiếu. Sau khi tổng kết phiếu trả lời của sinh viên Y6, số liệu sẽ được nhập bằng bộ nhập trực tuyến Kobotoolbox.

4. Quy trình xử lý số liệu. Cấu trúc bộ câu hỏi được kiểm chứng bằng phân tích nhân tố khẳng định và độ tin cậy. Trong nghiên cứu hiện tại, tất cả dữ liệu được nhập bằng bộ nhập trực tuyến Kobotoolbox. Sau đó, dữ liệu được chuyển sang phần mềm STATA 15.0 để phân tích nhân tố khẳng định (CFA) và ước tính độ tin cậy bên trong của thang đo được xác định bằng tham số Cronbach's Alpha.

Đánh giá mức độ phù hợp của mô hình được thực hiện bằng cách sử dụng các chỉ số phù hợp sau đây theo đề xuất của Brown và Schreiber với các giá trị giới hạn tương ứng của từng chỉ số. Các chỉ số bao gồm kiểm tra χ^2 ($p > 0,05$), chỉ số phù hợp so sánh (CFI), phần dư bình phương trung bình căn chuẩn (RMSEA), và một căn bậc hai được chuẩn hóa dư bình phương (SRMR $\leq 0,08$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Xây dựng bộ câu hỏi. Sau khi sử dụng các nguồn dữ liệu từ Google Scholar bằng các từ khóa "PSS-SR", "PSS-Self Report Version questionnaire", nhóm nghiên cứu đã tìm được bộ câu hỏi PSS-SR để đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn. Bộ câu hỏi đánh giá ba yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn là lãng tránh, kích thích và nhớ lại. Bộ câu hỏi gồm 17 câu hỏi được đánh giá bằng thang đo thứ tự: (0) Hoàn toàn không, (1) Một lần mỗi tuần/ một chút/ đôi khi, (2) 2 đến 4 lần mỗi tuần/ phần nào/ thường xuyên, (3) 5 lần trở lên mỗi tuần/ rất nhiều/ luôn luôn.

Sau đó, bộ câu hỏi được dịch từ tiếng anh sang tiếng Việt và được dịch lại bởi một người có chuyên ngành về tiếng Anh khác. Cả 2 bản dịch được so sánh và nhận được sự đồng thuận từ cả 2 bên.

2. Chuẩn hóa bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi bằng tiếng Việt được thực hiện khảo sát 2 lần trên 68 sinh viên năm thứ 6 của trường Đại học Y Hà Nội. Số phiếu đưa vào là 136 và đạt yêu cầu về cỡ mẫu nghiên cứu.

Bảng 1: Số liệu thống kê câu trả lời lần 1

Câu hỏi	Mean (SD)	n (%)			
		0	1	2	3
D1	0,54 (0,63)	14 (63,6)	6 (27,3)	2 (9,1)	-
D2	0,34 (0,68)	18 (81,8)	3 (13,6)	1 (4,5)	-
D3	0,24 (0,46)	19 (86,4)	3 (13,6)	-	-
D4	0,43 (0,74)	16 (72,7)	5 (22,7)	-	1 (4,5)
D5	0,31 (0,83)	20 (90,9)	1 (4,5)	-	1 (4,5)
D6	0,21 (0,47)	18 (81,8)	2 (9,1)	2 (9,1)	-
D7	0,28 (0,51)	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-
D8	0,34 (0,53)	14 (63,6)	8 (36,4)	-	-
D9	0,46 (0,56)	11 (55,0)	11 (50,0)	-	-
D10	0,51 (0,63)	12 (54,5)	8 (36,4)	1 (4,5)	1 (4,5)
D11	0,30 (0,52)	14 (63,6)	6 (27,3)	2 (9,1)	-
D12	0,52 (0,58)	11 (55,0)	10 (45,5)	1 (4,5)	-
D13	0,70 (0,86)	12 (54,5)	6 (27,3)	2 (9,1)	2 (9,1)
D14	0,51 (0,720)	12 (54,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	-
D15	0,46 (0,74)	13 (59,1)	8 (36,4)	1 (4,5)	-
D16	0,24 (0,49)	17 (77,3)	4 (18,2)	1 (4,5)	-
D17	0,22 (0,54)	18 (81,8)	3 (13,6)	1 (4,5)	-

Ở lần khảo sát đầu tiên, đa số đối tượng khảo sát chọn đáp án "0" ở các câu hỏi. Đáp án "2" ở các câu hỏi được các đối tượng lựa chọn ít (dưới 3 đối tượng) hoặc không được lựa chọn. Riêng đáp án "3" chỉ được các đối tượng chọn ở các câu 4, 5, 10 và 13.

Bảng 2: Số liệu thống kê câu trả lời lần 2

Câu hỏi	Mean (SD)	n (%)			
		0	1	2	3
D1	0,57 (0,70)	12 (54,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	-
D2	0,27 (0,64)	19 (86,4)	2 (9,1)	1 (4,5)	-
D3	0,30 (0,55)	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-
D4	0,43 (0,74)	14 (63,6)	7 (31,8)	-	1 (4,5)
D5	0,30 (0,81)	20 (90,9)	1 (4,5)	-	1 (4,5)
D6	0,21 (0,44)	18 (81,8)	3 (13,6)	1 (4,5)	-
D7	0,16 (0,41)	19 (86,4)	3 (13,6)	-	-
D8	0,33 (0,47)	14 (63,6)	8 (36,4)	-	-
D9	0,52 (0,61)	12 (54,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	-
D10	0,45 (0,58)	11 (50,0)	9 (40,9)	2 (9,1)	-
D11	0,33 (0,53)	13 (59,1)	8 (36,4)	1 (4,5)	-
D12	0,52 (0,56)	10 (45,5)	12 (54,5)	-	-
D13	0,76 (0,83)	11 (50,0)	8 (36,4)	2 (9,1)	1 (4,5)
D14	0,40 (0,71)	16 (72,7)	5 (22,7)	1 (4,5)	-
D15	0,45 (0,70)	14 (63,6)	7 (31,8)	1 (4,5)	-
D16	0,43 (0,72)	16 (72,7)	5 (22,7)	1 (4,5)	-
D17	0,24 (0,55)	18 (81,8)	3 (13,6)	1 (4,5)	-

Ở lần khảo sát thứ 2, đáp án "0" vẫn được đa số đối tượng lựa chọn. Tuy nhiên, đáp án "2" không được lựa chọn ở các câu 3, 4, 5, 7, 8, 12. Theo đó, đáp án "3" cũng chỉ được lựa chọn ở câu 4, 5, 13.

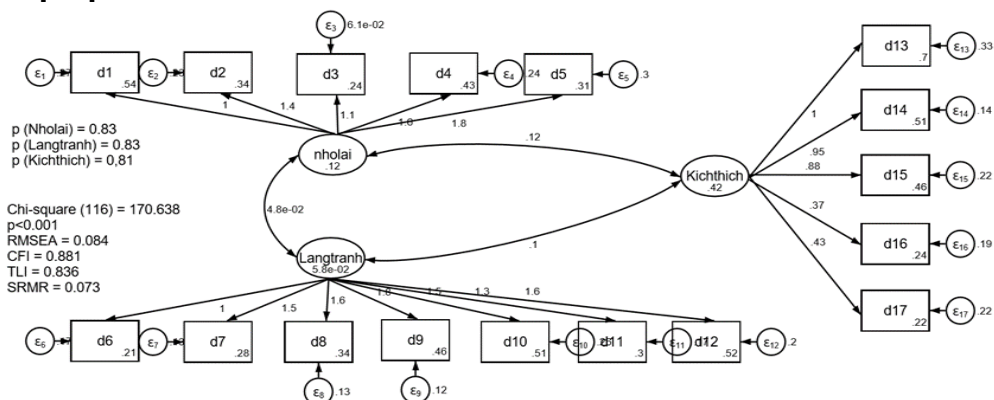
3. Kiểm định độ tin cậy

Bảng 3: Kết quả kiểm định độ tin cậy

Câu hỏi	Lần 1		Lần 2	
	Hệ số tương quan biến tổng	Hệ số Cronbach alpha	Hệ số tương quan biến tổng	Hệ số Cronbach alpha
D1	0,5400	0,8835	0,6388	0,8985
D2	0,4462	0,8872	0,5515	0,9013
D3	0,6162	0,8824	0,5426	0,9017
D4	0,6411	0,8795	0,7393	0,8948
D5	0,457	0,8885	0,5045	0,9042
D6	0,4513	0,8866	0,6217	0,9005
D7	0,6465	0,8808	0,7004	0,8993
D8	0,6113	0,8816	0,4432	0,9043
D9	0,6133	0,8814	0,6064	0,8997
D10	0,5112	0,8846	0,5270	0,902
D11	0,4721	0,8859	0,6889	0,8979
D12	0,5383	0,8837	0,5520	0,9014
D13	0,5367	0,8852	0,6126	0,9001
D14	0,6661	0,8785	0,5622	0,9012
D15	0,6303	0,88	0,7007	0,8963
D16	0,4087	0,8877	0,5329	0,9022
D17	0,4641	0,8861	0,378	0,906
Hệ số Cronbach's Alpha	0,8899		0,906	

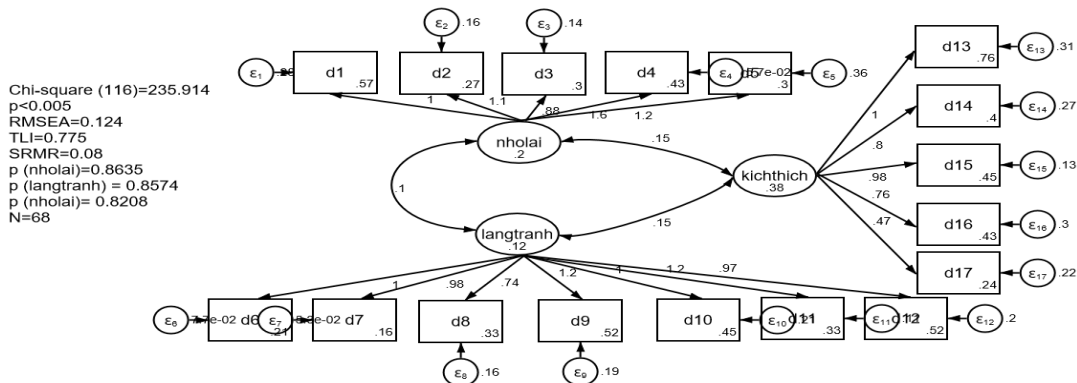
Kết quả kiểm định độ tin cậy thang đo với hệ số Cronbach Alpha sau 2 lần, các thành phần của thang đo PSS-SR đều có hệ số Cronbach Alpha chấp nhận được về độ tin cậy (lớn hơn mức yêu cầu 0,6). Xét hệ số tương quan biến - tổng (hiệu chỉnh) của các biến quan sát đều đạt yêu cầu (lớn hơn 0,30). Do đó, chúng tôi quyết định không có biến quan sát nào bị loại và thang đo phù hợp sử dụng cho phân tích CFA tiếp theo.

4. Kết quả phân tích CFA



Hình 1. Mô hình các nhân tố và hệ số hồi quy các biến trong phân tích CFA lần thứ nhất

Kết quả CFA của thang đo CFA lần 1 (hình 1) cho thấy, các biến đều có tính đơn hướng, trọng số ở các biến đều lớn hơn 0,3. Các biến đều có ý nghĩa thống kê khi p nhỏ hơn 0.001. Các chỉ số CFI, RMSEA, SRMR đều trong ngưỡng chấp nhận được lần lượt là 0,881; 0,084 và 0,073.



Hình 2. Mô hình các nhân tố và hệ số hồi quy các biến trong phân tích CFA lần thứ hai

Kết quả CFA lần 2 (hình 2) trọng số các biến quan sát đều đạt chuẩn cho phép ($\geq 0,3$). Các biến đều có ý nghĩa thống kê khi các giá trị p đều nhỏ hơn 0,005. Như vậy có thể kết luận các biến quan sát dùng để đo lường 3 thành phần của thang đo triệu chứng PTSD đều đạt được giá trị hội tụ. Kiểm định CFA lần 2 cho thấy mô hình có 116 bậc tự do, giá trị kiểm định chi-square = 235,914 với $p < 0,005$ và các chỉ số chỉ ra mô hình phù hợp với dữ liệu (CFI = 0,808; RMSEA = 0,124; SRMR= 0,08). Cả 3 thành phần đều đạt được tính đơn hướng.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi phân tích CFA thang đo PSS-SR bao gồm 3 thành phần (nhớ lại, kích thích, lang tránh) với 17 biến quan sát. Kết quả CFA cho thấy các thành phần của thang đo đều đạt được giá trị hội tụ, giá trị phân biệt và đạt yêu cầu về giá trị cũng như độ tin cậy.

Mục tiêu chính của nghiên cứu là dịch sang

tiếng Việt và xác nhận PSS-SR phù hợp với việc đánh giá rối loạn căng thẳng sau sang chấn. Nhìn chung, bảng câu hỏi cung cấp các kết quả hợp lệ và đáng tin cậy khi áp dụng cho sinh viên năm cuối của trường đại học Y Hà Nội tham gia chống dịch COVID-19. Độ tin cậy của bộ câu hỏi sau khi được dịch nằm trong mức chấp nhận được (lớn hơn 0.70). Các chỉ số phù hợp của mô hình CFA (hình 1 và hình 2) cho thấy rằng Mô hình 2 phù hợp hơn dựa trên chỉ số phù hợp xác nhận (CFI) và RMSEA ($p = 0,05$). Số lượng biến quan sát không đạt chuẩn ở mô hình 2 ít hơn ở mô hình 1.

Ngoài các đặc tính đo lường tâm lý, các phương pháp dịch thuật và quy trình thu thập số liệu nghiêm ngặt đã có tác động tích cực đến kết quả thu được từ bộ câu hỏi PSS-SR. Các quy trình này rất quan trọng trong việc đảm bảo sự tương đương về khái niệm và ngôn ngữ vẫn giữ được ý nghĩa câu hỏi ban đầu. Điều quan trọng là các khái niệm phải được hiểu rõ, phù hợp với

ngôn ngữ và đo lường những người trả lời dự định theo những cách tương tự. Các nghiên cứu viên và các bác sĩ đã xem xét bộ câu hỏi sau khi được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt và ngược lại. Quan trọng nhất là chúng tôi đã tiến hành phân tích CFA cho ra kết quả dữ liệu phù hợp với mô hình tốt với độ tin cậy tốt.

Cùng với những điểm mạnh, nghiên cứu này cũng có một số hạn chế và điểm yếu. Bộ câu hỏi dùng để sàng lọc các triệu chứng rối loạn căng thẳng sau sang chấn trong vòng 2 tuần gần nhất. Tuy nhiên, đối tượng sinh viên năm cuối thực hiện công việc hỗ trợ công tác chống dịch COVID-19 trước thời điểm thu thập số liệu là 2 tháng. Vì vậy, các trải nghiệm của sinh viên được đánh giá tại thời điểm đó có thể không còn chính xác như lúc đang tham gia chống dịch.

Bảng câu hỏi đã được dịch sang phiên bản tiếng Việt để sử dụng phù hợp với người Việt Nam. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn cần lưu ý và khắc phục những lỗi diễn đạt khi chuyển thể từ ngôn ngữ khác. Một câu hỏi bằng tiếng Anh sau khi được dịch thuật có thể mang một nghĩa không sát với câu hỏi nguyên bản. Ngoài ra, những người tham gia dịch thuật bộ câu hỏi chưa được đào tạo sâu về chuyên ngành ngôn ngữ.

Ngoài ra, cơ mẫu của nghiên cứu là một vấn đề đáng quan tâm. Cơ mẫu của nghiên cứu là 68

sinh viên, thấp hơn nhiều so với mức 250 được khuyến cáo. Việc sử dụng một cỡ mẫu nhỏ đã dẫn đến việc câu hỏi số 17 sau khi dịch thuật đã bị loại bỏ trong cả 2 mô hình CFA.

V. KẾT LUẬN

Đề tài nghiên cứu đã kiểm định bản tiếng Việt của bộ câu hỏi PSS-SR đánh giá các triệu chứng của rối loạn căng thẳng sau sang chấn bản tự đánh giá thông qua đánh giá trên 68 sinh viên năm cuối của trường đại học Y Hà Nội trong thời điểm đại dịch COVID-19. Qua phân tích dữ liệu, bộ câu hỏi PSS-SR bản tiếng Việt vẫn đánh giá được 3 thành phần: (1) nhớ lại, (2) Kích thích, (3) Tránh né với 17 yếu tố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **PTSD History and Overview** - PTSD: National Center for PTSD.
2. **Treatment (US) C for SA. [Table]**, PTSD Symptom Scale: Self-Report Version (MPSS-SR). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014
3. **Falsetti SA, Resnick HS, Resick PA, Kilpatrick DG.** The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther.* 1993;16:161-2.
4. **Hair J. Multivariate Data Analysis. Fac Publ [Internet].** 23 Tháng Hai 2009;
5. **Psychometric Theory**, 3rd Edition (McGraw-Hill Series in Psychology) by Jum C. Nunnally and Ira H. Bernstein

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG SAU ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ CẤP TẠI TIỀN GIANG

Nguyễn Văn Dũng*, Cao Phi Phong**

TÓM TẮT

Mở đầu: Đột quy là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Việc xác định tỷ suất tử vong và các yếu tố liên quan đến tử vong sau đột quy thiếu máu não cấp là quan trọng nhằm cải thiện việc điều trị cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ suất tử vong tích lũy tại thời điểm 1 năm và các yếu tố liên quan độc lập đến tử vong sau đột quy thiếu máu não cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ quan sát tiến, cứu. Sử dụng ước tính Kaplan-Meier và mô hình hồi quy Cox để xác định tỷ suất tử vong tích lũy và các yếu tố

liên quan độc lập đến tử vong sau đột quy thiếu máu não cấp. **Kết quả:** Trong 2 năm, chúng tôi thu thập được 520 bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp và theo dõi 1 năm. Tỷ suất tử vong tích lũy tại thời điểm 1 năm là 19,8%. Các yếu tố liên quan độc lập với tử vong bao gồm tuổi lớn, tình trạng hôn nhân, rung nhĩ, đường huyết lúc nhập viện, viêm phổi và lấp mạch từ tim. **Kết luận:** Tỷ suất tử vong tích lũy tại thời điểm 1 năm là 19,8%. Các yếu tố liên quan độc lập với tử vong là tuổi lớn, tình trạng hôn nhân, rung nhĩ, đường huyết lúc nhập viện, viêm phổi và lấp mạch từ tim.

Từ khóa: yếu tố, tử vong, liên quan đến, đột quy thiếu máu não cấp.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE IN TIEN GIANG

Background: Stroke is one of the leading causes of mortality worldwide. The determination of mortality rates and factors associated with to mortality after

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang,

**Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dungbvtg@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2021

Ngày duyệt bài: 14.5.2021