

CURRENT STATUS AND BARRIER-RELATED FACTORS ASSOCIATED WITH THE IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED PRACTICE AMONG PHYSICIANS AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT OF LE VAN THINH HOSPITAL

Tran Xuan An^{1,2}, Pham Gia The², Nguyen Trong Thu², Nguyen Thi Ngoc Trinh¹, Tran Duc Si^{1*}

¹Pham Ngoc Thach University of Medicine - 02 Duong Quang Trung Street, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Le Van Thinh Hospital - 130 Le Van Thinh, Binh Trung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 16/12/2025

Revised: 18/12/2025; Accepted: 23/02/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the frequency of evidence-based practice (EBP) utilization and identify factors associated with EBP application among physicians in the Outpatient Department of Le Van Thinh Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted among all physicians working in the department (N=160). Data were collected using a self-administered questionnaire with high internal consistency (Cronbach's alpha > 0.88). EBP utilization was measured based on the frequency of performing the five steps of the EBP process. Associated factors were examined using a multivariable logistic regression model with variable selection based on AIC.

Results: The proportion of physicians with high EBP utilization was 45.63%, while 54.38% demonstrated low utilization. The regression model identified two statistically significant predictors: part-time physicians were substantially less likely to practice EBP (OR = 0.12; p = 0.022), and higher personal barriers were inversely associated with EBP utilization (OR = 0.32; p = 0.024).

Conclusion: Although EBP has been integrated into clinical practice, its implementation remains inconsistent and not yet routine. EBP utilization is influenced more by personal barriers and organizational integration than by demographic characteristics. Interventions should simultaneously strengthen physicians' EBP competencies and enhance workplace support systems, with particular attention to part-time physicians.

Keywords: Evidence-based medicine, barriers, evidence-based practice.

*Corresponding author

Email: sitd@pnt.edu.vn Phone: (+84) 906609518 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4396

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ RÀO CẢN LIÊN QUAN ĐẾN ỨNG DỤNG Y HỌC CHỨNG CỨ CỦA BÁC SĨ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Trần Xuân An^{1,2}, Phạm Gia Thế², Nguyễn Trọng Thu², Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹, Trần Đức Sĩ^{1*}

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 02 Đường Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh - 130 Lê Văn Thịnh, P. Bình Trưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 16/12/2025

Ngày sửa: 18/12/2025; Ngày đăng: 23/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tần suất ứng dụng y học chứng cứ (YHCC) và xác định các yếu tố liên quan đến mức ứng dụng YHCC của bác sĩ tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát cắt ngang được thực hiện trên toàn bộ bác sĩ làm việc tại Khoa Khám bệnh (N=160). Dữ liệu thu thập bằng bảng câu hỏi tự trả lời đã được kiểm định độ tin cậy (Cronbach's alpha > 0,88). Mức ứng dụng YHCC được đánh giá dựa trên tần suất thực hiện 5 bước của quy trình YHCC. Các yếu tố liên quan được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến với lựa chọn biến theo AIC.

Kết quả: Tỷ lệ bác sĩ ứng dụng YHCC ở mức cao đạt 45,63% và mức thấp đạt 54,38%. Mô hình hồi quy xác định hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm bác sĩ làm việc bán thời gian có khả năng ứng dụng YHCC thấp hơn đáng kể (OR = 0,12; p = 0,022), và rào cản cá nhân có liên quan nghịch chiều với mức ứng dụng (OR = 0,32; p = 0,024).

Kết luận: YHCC đã được đưa vào thực hành nhưng mới dừng ở mức độ chưa thường quy. Thực hành YHCC chủ yếu chịu ảnh hưởng bởi rào cản cá nhân và mức độ hội nhập tổ chức hơn là các đặc điểm nhân khẩu học. Cần triển khai đồng thời các giải pháp nâng cao năng lực YHCC cho bác sĩ và cải thiện điều kiện hỗ trợ tại nơi làm việc, với trọng tâm vào nhóm bác sĩ làm việc bán thời gian.

Từ khóa: Y học chứng cứ, rào cản, thực hành dựa trên bằng chứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực hành dựa trên y học chứng cứ (YHCC) là một triết lý chuyên môn yêu cầu sự tích hợp tận tâm, rõ ràng và thận trọng giữa bằng chứng nghiên cứu tốt nhất hiện tại, kinh nghiệm chuyên môn, cùng với giá trị và nhu cầu của người bệnh, để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe tối ưu. YHCC đóng vai trò chiến lược trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ, tối ưu hóa việc sử dụng nguồn lực y tế, giảm thiểu sai sót y khoa và nâng cao sự hài lòng của người bệnh [1]. Trên phạm vi toàn cầu, YHCC là xu hướng tất yếu, được thể hiện qua mục tiêu của các tổ chức lớn như Viện Y học Hoa Kỳ nhằm đạt 90% quyết định lâm sàng dựa trên bằng chứng khoa học [2].

Tuy nhiên, việc triển khai YHCC gặp nhiều thách thức, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Các rào cản phổ biến bao gồm sự hạn chế về tiếp cận thông tin, thiếu hụt nguồn lực tài chính, cơ sở hạ tầng công nghệ yếu kém, thiếu các chương trình đào tạo chuyên sâu về YHCC và rào cản ngôn ngữ, văn hóa. Tại Việt Nam, các bằng chứng về thực trạng và rào cản ứng dụng YHCC đối với bác sĩ điều trị lâm sàng vẫn còn hạn chế.

Bệnh viện Lê Văn Thịnh, với tư cách là bệnh viện hạng I, tiếp nhận một khối lượng bệnh nhân ngoại trú lớn tại Khoa Khám bệnh. Môi trường lâm sàng này đòi hỏi các bác sĩ phải ra quyết định nhanh chóng, linh hoạt và chính

xác cao. Đây cũng là khoa tập trung nhiều nhất các bác sĩ bệnh viện. Vì YHCC là ưu tiên chiến lược của lãnh đạo nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, việc xác định các rào cản cụ thể đối với đội ngũ bác sĩ tại Khoa Khám bệnh là cần thiết.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát tần suất sử dụng YHCC và xác định mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân, điểm trung bình các yếu tố rào cản với mức ứng dụng YHCC của bác sĩ tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Kết quả sẽ cung cấp dữ liệu cơ sở quan trọng, giúp bệnh viện thiết lập các giải pháp can thiệp có mục tiêu, từ đó thúc đẩy việc thực hành dựa trên bằng chứng trong công tác khám chữa bệnh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 03/2025 đến 08/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: sitd@pnt.edu.vn Điện thoại: (+84) 906609518 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4396

Tiêu chuẩn chọn vào: Bác sĩ đang làm việc toàn thời gian hoặc bán thời gian tại Khoa Khám bệnh trong thời gian nghiên cứu; đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Bác sĩ chỉ làm công tác hành chính, không thực hiện khám chữa bệnh; bác sĩ làm công tác quản lý bao gồm Ban Giám đốc, Trưởng/Phó Khoa/Phòng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Vì nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu nên không tính cỡ mẫu. Toàn bộ 160 bác sĩ thỏa tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại đã được mời và đồng ý tham gia khảo sát.

2.5. Công cụ thu thập và biến số

Công cụ thu thập dữ liệu là bảng câu hỏi tự điền có cấu trúc, do nhóm nghiên cứu tự xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu và tham khảo các thang đo đã được công bố liên quan đến rào cản trong ứng dụng y học chứng cứ. Bộ câu hỏi được hiệu chỉnh nội dung và ngôn ngữ thông qua phỏng vấn 03 chuyên gia trong lĩnh vực y tế công cộng nhằm bảo đảm tính phù hợp về ngữ nghĩa và bối cảnh sử dụng. Tiếp đó, bộ câu hỏi được thử nghiệm thí điểm trên 30 bác sĩ thuộc các khoa khác, không tham gia khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh và không thuộc mẫu nghiên cứu chính thức, nhằm đánh giá tính rõ ràng, dễ hiểu và khả năng trả lời của các mục hỏi; dữ liệu thí điểm không được sử dụng cho phân tích chính thức. Độ tin cậy nội tại của các nhóm câu hỏi được đánh giá bằng hệ số Cronbach's alpha, với kết quả đều >0,88, cho thấy mức độ nhất quán nội tại tốt. Nghiên cứu này không thực hiện phân tích cấu trúc thang đo (EFA/CFA); do đó, kết quả Cronbach's alpha chỉ được sử dụng để đánh giá độ tin cậy nội tại, không hàm ý công cụ đã được chuẩn hóa đầy đủ. Trên cơ sở kết quả thí điểm và đánh giá độ tin cậy, bộ câu hỏi được chỉnh sửa và hoàn thiện để sử dụng trong nghiên cứu chính thức.

Biến số phụ thuộc: Mức độ chung ứng dụng YHCC, được tính bằng điểm trung bình của 5 bước ứng dụng YHCC (đặt câu hỏi, tìm kiếm, đánh giá, áp dụng, đánh giá kết quả) trên thang điểm Likert-5 gồm (1) Không bao giờ; (2) Hiếm khi; (3) Thỉnh thoảng; (4) Thường xuyên; và (5) Luôn luôn. Mức ứng dụng cao được xác định khi điểm trung bình ≥ 4 , tương đương với trung bình ứng dụng ở mức thường xuyên trở lên.

Biến số độc lập: Các đặc điểm cá nhân gồm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thâm niên, chế độ làm việc, trình độ đọc hiểu tiếng Anh; và điểm trung bình các rào cản, các thành tố trong mỗi rào cản sẽ được người tham gia tự đánh giá theo thang đo Likert-5, bao gồm:

- Rào cản cá nhân: hiểu biết về nghiên cứu khoa học; khả năng phân tích tài liệu tiếng nước ngoài; kỹ năng tìm kiếm tài liệu; cập nhật hướng dẫn lâm sàng; khả năng áp dụng kết quả nghiên cứu; thay đổi để thử nghiệm cái mới; giá trị của nghiên cứu khoa học với thực hành; lợi ích của YHCC cho bản thân; tự tin thảo luận về bằng chứng khoa học với đồng nghiệp; dành thời gian để nâng cao kiến thức kỹ năng YHCC.

- Rào cản bối cảnh: tài nguyên nơi làm việc; sự hỗ trợ của đồng nghiệp; sự ủng hộ của lãnh đạo; thời gian của bản thân; sự sẵn có của toàn văn miễn phí; sự tổng hợp của các nghiên cứu; sự dễ dàng của việc thay đổi quy trình thực hành.

- Rào cản vấn đề lâm sàng: sự đầy đủ của nghiên cứu; sự phù hợp với đối tượng bệnh; sự phù hợp với vấn đề lâm

sàng; sự khả thi của cơ sở vật chất với hướng dẫn theo YHCC; sự thống nhất trong kết quả nghiên cứu với cùng vấn đề lâm sàng.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Nhóm ba cộng tác viên được tập huấn để thu thập dữ liệu thống nhất theo đề cương. Bác sĩ tự điền phiếu khảo sát trong môi trường riêng tư, bỏ vào thùng kín và dữ liệu được mã hóa ID nhằm bảo mật. Sau khi sàng lọc đối tượng đủ điều kiện và lấy đồng thuận, nghiên cứu viên bố trí thời gian khảo sát, hỗ trợ giải đáp khi cần và kiểm tra sơ bộ phiếu đã hoàn thành trước khi thu lại. Dữ liệu sau đó được nhập và kiểm tra chéo bởi hai nghiên cứu viên và được lưu trữ bằng Excel 365.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm R 4.3.3. Phân tích mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm và trung vị hoặc trung bình. Mối liên quan giữa các yếu tố rào cản và mức ứng dụng YHCC (biến nhị giá: cao/thấp) được đánh giá bằng mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình hồi quy logistic đa biến ban đầu bao gồm các biến: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thâm niên công tác, chế độ làm việc, khả năng đọc hiểu tiếng Anh và điểm trung bình các nhóm rào cản (cá nhân, bối cảnh, vấn đề lâm sàng). Trước khi xây dựng mô hình, hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra thông qua hệ số phóng đại phương sai (VIF), với tất cả các VIF < 5, cho thấy không có đa cộng tuyến nghiêm trọng. Mô hình tối ưu được lựa chọn bằng phương pháp loại biến lùi (backward elimination) dựa trên tiêu chí thông tin Akaike (AIC). Độ phù hợp của mô hình cuối được đánh giá bằng kiểm định Hosmer-Lemeshow ($p > 0,05$), cho thấy mô hình phù hợp với dữ liệu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua, số 1319/TĐHYKPNT-HĐĐĐ, ngày 07 tháng 03 năm 2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

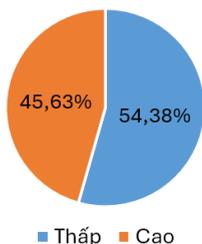
Mẫu nghiên cứu (N=160) có độ tuổi trung vị là 31 (IQR: 30-35), với nam giới chiếm đa số (62,50%). Độ ngũ này có trình độ chuyên môn cao, với 51,88% bác sĩ có trình độ sau đại học. Về chế độ làm việc, 91,25% làm việc toàn thời gian, với thâm niên công tác trung vị là 6 năm (IQR: 5-9) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=160)

Đặc điểm		Giá trị (N=160)
Giới tính, n (%)	Nữ	60 (37,50%)
	Nam	100 (62,50%)
Tuổi, trung vị (IQR)		31 (30; 35)
Trình độ chuyên môn, n (%)	Đại học	77 (48,13%)
	Sau đại học	83 (51,88%)
Thâm niên, trung vị (IQR)		6 (5; 9)
Chế độ làm việc, n (%)	Bán thời gian	14 (8,75%)
	Toàn thời gian	146 (91,25%)

3.2. Tần suất ứng dụng y học chứng cứ

Tần suất chung ứng dụng 5 bước YHCC của các bác sĩ đa phần ở mức thấp (54,38%) (Biểu đồ 1). Tần suất thực hành YHCC giữa các bước nhìn chung khá cao nhưng không đồng đều. Khoảng một nửa bác sĩ thường xuyên đặt câu hỏi (50%) và tìm kiếm nghiên cứu (52,5%), trong khi tỷ lệ “luôn luôn” ở hai bước này còn hạn chế (20% và 14,38%). Đánh giá nghiên cứu có mức thực hiện tương tự, với 51,25% thường xuyên và 14,38% luôn luôn. Áp dụng kết quả nghiên cứu là bước yếu nhất, chỉ 48,75% thường xuyên và 6,88% luôn luôn thực hiện. Ngược lại, đánh giá kết quả thực hiện có tỷ lệ cao nhất, với 59,38% thường xuyên và 11,88% luôn luôn (Bảng 2).



Biểu đồ 1. Mức độ ứng dụng YHCC (N=160)

Bảng 2. Tần suất thực hiện các bước trong quy trình ứng dụng YHCC (N=160)

Hoạt động trong YHCC	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Đặt câu hỏi lâm sàng	-	-	30,00%	50,00%	20,00%
2. Tìm kiếm nghiên cứu	1,25%	-	31,88%	52,50%	14,38%
3. Đánh giá nghiên cứu	1,88%	2,50%	30,00%	51,25%	14,38%
4. Áp dụng kết quả nghiên cứu	-	3,75%	40,63%	48,75%	6,88%
5. Đánh giá kết quả thực hiện	0,63%	2,50%	25,63%	59,38%	11,88%

3.3. Các yếu tố liên quan đến mức ứng dụng y học chứng cứ

Bảng 3 trình bày kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến đầy đủ với các yếu tố được xem xét liên quan đến mức ứng dụng YHCC cao. Bảng 4 thể hiện mô hình tối ưu, trong đó chế độ làm việc và điểm rào cản cá nhân là hai yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với mức ứng dụng YHCC cao. Cụ thể, bác sĩ làm việc bán thời gian có khả năng đạt mức ứng dụng YHCC cao thấp hơn đáng kể so với bác sĩ làm việc toàn thời gian (OR = 0,12; 95% CI: 0,01-0,61; p = 0,022). Đồng thời, điểm rào cản cá nhân tăng có liên quan nghịch với mức ứng dụng YHCC cao (OR = 0,32; 95% CI: 0,12-0,84; p = 0,024).

Mặc dù khả năng đọc hiểu tiếng Anh và rào cản bối cảnh được giữ lại trong mô hình tối ưu nhằm cải thiện độ phù hợp theo tiêu chí lựa chọn mô hình, hai yếu tố này không đạt ý nghĩa thống kê; trong đó rào cản bối cảnh có p tiệm cận ngưỡng (p = 0,055).

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic đa biến đầy đủ (N=160)

Yếu tố liên quan	Mức ứng dụng YHCC cao		p
	OR	95% CI	
Tuổi (mỗi năm)	0,95	0,84; 1,07	0,363
Giới tính			
Nam	Tham chiếu		
Nữ	1,32	0,62; 2,83	0,473
Trình độ học vấn			
Đại học	Tham chiếu		
Sau đại học	1,59	0,71; 3,58	0,259
Thâm niên (mỗi năm)	1,054	0,92; 1,22	0,453
Chế độ làm việc			
Toàn thời gian	Tham chiếu		
Bán thời gian	0,14	0,02; 0,69	0,029
Khả năng đọc hiểu tiếng Anh			
Rất kém	Tham chiếu		
Kém	11,88	0,16; 1463,72	0,262
Trung bình	0,88	0,03; 23,56	0,927
Khá	0,72	0,03; 19,77	0,822
Tốt	6,31	0,17; 252,63	0,277
Điểm trung bình rào cản			
Cá nhân	0,30	0,09; 0,92	0,039
Bối cảnh	0,49	0,21; 1,11	0,092
Vấn đề lâm sàng	1,04	0,44; 2,47	0,933

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến tối ưu (N=160)

Yếu tố liên quan	Mức ứng dụng YHCC cao		p
	OR	95% CI	
Chế độ làm việc			
Toàn thời gian	Tham chiếu		
Bán thời gian	0,12	0,01; 0,61	0,022
Khả năng đọc hiểu tiếng Anh			
Rất kém	Tham chiếu		
Kém	10,89	0,16; 1174,85	0,271
Trung bình	0,87	0,03; 23,02	0,921
Khá	0,73	0,03; 19,88	0,833
Tốt	6,80	0,19; 262,52	0,252
Điểm trung bình rào cản			
Cá nhân	0,32	0,12; 0,84	0,024
Bối cảnh	0,49	0,23; 1,00	0,055

4. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất ứng dụng y học chứng cứ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định mức ứng dụng YHCC cao dựa trên ngưỡng điểm trung bình ≥ 4 . Đây là tiêu chuẩn khá nghiêm ngặt. Chúng tôi lựa chọn ngưỡng này bởi quan điểm rằng YHCC cần phải là một hoạt động thường quy thay vì ngẫu nhiên để thực sự tác động đến kết quả điều trị. Kết quả 45,63% bác sĩ đạt mức này cho thấy dù nhận thức về YHCC đã phổ biến, nhưng việc chuyển hóa nó thành thói quen lâm sàng hàng ngày vẫn là thách thức lớn. Kết quả này đặc biệt đáng lưu ý trong bối cảnh mẫu nghiên cứu còn khá trẻ và hơn một nửa có trình độ sau đại học – nhóm vốn thường được báo cáo là có thái độ tích cực với YHCC.

So với một số nghiên cứu quốc tế, mức tự báo cáo áp dụng YHCC tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh thực tế không thấp. Khảo sát đa quốc gia của Weng và cộng sự cho thấy chỉ 41,9% chuyên gia y tế cho biết đã triển khai YHCC trong năm qua và tỷ lệ thực hành hàng ngày rất hạn chế [3]. Tại Tây Ban Nha, chỉ 36% bác sĩ sử dụng YHCC trong thực hành thường quy [4]. Một số nghiên cứu tại các nước đang phát triển cũng ghi nhận tỷ lệ ứng dụng còn khiêm tốn, gắn với thiếu thói quen đặt câu hỏi và hạn chế nguồn lực [5]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu gợi ý khả năng tồn tại thiên lệch tự báo cáo và cho thấy việc phân tích chi tiết theo từng bước quy trình YHCC quan trọng hơn là chỉ nhìn vào con số tổng hợp.

Ở bước 1 (Ask), khoảng 70% bác sĩ cho biết thường xuyên hoặc luôn luôn đặt câu hỏi lâm sàng. Điều này cho thấy nền tảng tư duy phản biện và động lực học tập suốt đời đã hình thành tương đối tốt. Tuy vậy, tỷ lệ “luôn luôn” chỉ 20% cần được hiểu trong bối cảnh khối lượng bệnh nhân lớn, khó có thể chuyển hoá mọi ca bệnh thành câu hỏi PICO đầy đủ. Đồng thời, tần suất cao không đồng nghĩa với chất lượng câu hỏi; nhiều khả năng phần lớn vẫn là các câu hỏi nền, tra cứu nhanh, hơn là câu hỏi tiền cảnh đòi hỏi thiết kế chiến lược tìm kiếm và tổng quan hệ thống. Khi kỹ năng cấu trúc câu hỏi còn hạn chế, bác sĩ dễ nản ở các bước tiếp theo của quy trình YHCC.

Bước 2 (Acquire) cho thấy 66,88% bác sĩ thường xuyên hoặc luôn luôn tìm kiếm bằng chứng. Tỷ lệ này phù hợp với bối cảnh hiện nay khi internet và thiết bị di động giúp việc tra cứu thuận tiện hơn. Tuy nhiên, việc giảm từ 20% “luôn luôn đặt câu hỏi” xuống 14,38% “luôn luôn tìm kiếm” cho thấy đã có một phần thách thức không được chuyển thành hành động tìm kiếm. Một phần nguyên nhân có thể là thiếu thời gian, thiếu truy cập nguồn tin cậy hoặc chưa thành thạo kỹ năng tìm kiếm. Các nghiên cứu tại những nước có nguồn lực hạn chế cũng cho thấy bác sĩ thường ưu tiên nguồn dễ tiếp cận (Google, sách giáo khoa) hơn là các cơ sở dữ liệu chuyên sâu, một phần do rào cản ngôn ngữ và chi phí [5].

Ở bước 3 (Appraise), khoảng hai phần ba bác sĩ tự báo cáo rằng thường xuyên hoặc luôn luôn đánh giá bằng chứng. Con số này cần được diễn giải thận trọng, vì nhiều tổng quan hệ thống chỉ ra rằng đánh giá phê bình là mất xích yếu nhất của bác sĩ lâm sàng [6]. Khả năng cao khái niệm “đánh giá” trong nhận thức của bác sĩ chủ yếu là đọc tóm tắt và kết luận hơn là phân tích sâu thiết kế nghiên cứu, nguy cơ sai lệch và độ chính xác ước lượng. Khoảng cách giữa năng lực tự đánh giá và năng lực được đo lường khách quan đã được ghi nhận ở nhiều nhóm đối tượng khác nhau, từ sinh viên y đến bác sĩ nội trú [7, 8]. Điều

này gợi ý nhu cầu cấp thiết về các chương trình đào tạo bài bản kỹ năng thẩm định.

Bước 4 (Apply) là nơi khoảng cách giữa hiểu biết và hành động thể hiện rõ nhất. Tỷ lệ bác sĩ “luôn luôn” áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực hành chỉ 6,88%, thấp nhất trong toàn bộ quy trình. Điều này phù hợp với y văn cho rằng ngay cả khi bác sĩ có kiến thức và kỹ năng, quá trình chuyển hoá chứng cứ vào quyết định lâm sàng vẫn bị cản trở bởi các yếu tố hệ thống như thời gian khám hạn chế, danh mục thuốc, trang thiết bị, khả năng chi trả và mong đợi của người bệnh [6]. Đặc biệt, bệnh nhân thực tế thường phức tạp hơn nhiều so với quần thể trong thử nghiệm, khiến bác sĩ buộc phải điều chỉnh hoặc chấp nhận những giải pháp “thực tế chấp nhận được” hơn là “tối ưu theo chứng cứ”.

Bước 5 (Audit) ghi nhận tỷ lệ bác sĩ báo cáo thường xuyên hoặc luôn luôn đánh giá lại kết quả điều trị khá cao, vượt cả tỷ lệ áp dụng chứng cứ. Nhiều khả năng phần lớn đang hiểu “đánh giá lại” theo nghĩa suy ngẫm cá nhân, chứ chưa phải quy trình kiểm toán lâm sàng chính thức với tiêu chí và số liệu định lượng. Dù vậy, đây vẫn là một nền tảng thuận lợi để xây dựng các chương trình kiểm toán và phản hồi chính thức, qua đó biến thói quen suy ngẫm cá nhân thành công cụ cải tiến chất lượng ở cấp độ hệ thống [6].

4.2. Các yếu tố liên quan đến mức ứng dụng y học chứng cứ

Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy các biến nhân khẩu học kinh điển như tuổi, giới, trình độ học vấn hay thâm niên công tác không liên quan có ý nghĩa thống kê với mức ứng dụng YHCC. Điều này bác bỏ giả định đơn giản rằng bác sĩ trẻ hoặc có bằng cấp cao đương nhiên thực hành YHCC tốt hơn và nhấn mạnh rằng YHCC là hành vi chủ động, phụ thuộc vào năng lực thực tế và bối cảnh làm việc hơn là đặc điểm nền tảng.

Trong số các biến dự báo, rào cản cá nhân nổi bật với tác động tiêu cực mạnh mẽ nhất. Biến này bao gồm hiểu biết về nghiên cứu, kỹ năng tìm kiếm, khả năng đọc hiểu tài liệu nước ngoài và sự tự tin khi thảo luận YHCC. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước cho thấy điều dưỡng và cán bộ y tế tuy có thái độ tích cực nhưng tự đánh giá kỹ năng YHCC ở mức thấp, đặc biệt ở phần thẩm định phương pháp luận và tìm kiếm chứng cứ tin cậy [9]. Trên bình diện quốc tế, nhiều nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức và kỹ năng tốt là yếu tố dự báo quan trọng cho thực hành YHCC tích cực ở bác sĩ nội trú, bác sĩ đa khoa và sinh viên y [7, 8].

Kết quả ghi nhận xu hướng tác động nghịch chiều của rào cản bối cảnh ($OR=0,49$), tuy nhiên mối liên quan này chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi ($p=0,055$). Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện sự khác biệt. Một tổng quan hệ thống đã chỉ ra rằng thiếu thời gian, thiếu nguồn lực và hạn chế tiếp cận là những rào cản phổ biến nhất đối với YHCC trên toàn cầu [6]. Các nghiên cứu ở nhiều bối cảnh khác nhau cũng khẳng định yếu tố tổ chức và môi trường làm việc có ảnh hưởng không kém gì kiến thức và kỹ năng cá nhân [10]. Kết quả này cho thấy mọi chiến lược can thiệp nếu chỉ tập trung vào đào tạo kỹ năng hoặc chỉ cải thiện tài nguyên đều khó đạt hiệu quả bền vững.

Một phát hiện quan trọng khác là chế độ làm việc: bác sĩ bán thời gian có tần suất ứng dụng YHCC thấp hơn rõ rệt so với bác sĩ cơ hữu, ngay cả khi đã kiểm soát rào cản cá

nhân. Điều này gợi ý rằng chế độ làm việc có thể là biến đại diện cho mức độ hội nhập tổ chức – mức độ tham gia đào tạo liên tục, tiếp cận tài nguyên nội viện, cập nhật quy trình mới và tương tác với lãnh đạo. Các nghiên cứu về triển khai mô hình chăm sóc mạn tính cho thấy khi thiếu sự hỗ trợ và cam kết của lãnh đạo, đặc biệt với các nhóm làm việc không toàn thời gian hoặc luân phiên, việc triển khai đổi mới rất dễ thất bại [11]. Trong bối cảnh này, nhóm bác sĩ cộng tác có thể là vùng rủi ro cần được ưu tiên trong các chương trình thúc đẩy YHCC.

Ý nghĩa của các biến không đạt mức thống kê cũng đáng chú ý. Rào cản về “vấn đề lâm sàng” không liên quan đến tần suất ứng dụng YHCC cho thấy khó khăn chính không nằm ở bản thân bằng chứng hay tính phù hợp của nghiên cứu, mà ở khả năng tiếp cận và thẩm định bằng chứng vốn đã tồn tại. Tương tự, trình độ học vấn và khả năng tiếng Anh chung không phải là yếu tố dự báo, gợi ý rằng vấn đề nằm ở năng lực học thuật cụ thể (đọc hiểu, phân tích nghiên cứu) hơn là bằng cấp hay tự đánh giá về ngoại ngữ – những yếu tố đã được hấp thu vào biến rào cản cá nhân.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, khảo sát chỉ tiến hành tại Khoa Khám bệnh, đây là nơi có áp lực công việc rất cao, nên các rào cản ghi nhận được có thể phản ánh đặc thù của khoa hơn là toàn bệnh viện, hạn chế khả năng khái quát hoá. Thứ hai, thiết kế cắt ngang chỉ cho thấy mối liên quan chứ không xác định được quan hệ nhân quả; rào cản cá nhân có thể vừa ảnh hưởng, vừa là hệ quả của việc ít thực hành YHCC. Thứ ba, dữ liệu tự báo cáo dễ chịu tác động của thiên vị mong muốn xã hội và hồi tưởng, trong khi các thang đo Likert mang tính chủ quan, khiến mức độ kỹ năng hay tần suất thực hành có thể không phản ánh chính xác hành vi thực tế. Dù vậy, các hạn chế này là phổ biến trong nghiên cứu khảo sát và không làm giảm giá trị các phát hiện; thay vào đó, chúng nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu dọc hoặc quan sát thực hành để đánh giá khách quan hơn mức độ ứng dụng YHCC.

5. KẾT LUẬN

YHCC đã được đưa vào thực hành nhưng mới dừng ở mức độ chưa thường quy. Mô hình hồi quy cho thấy mức ứng dụng YHCC không phụ thuộc vào yếu tố nhân khẩu học mà chịu tác động mạnh từ rào cản cá nhân và mức độ hội nhập tổ chức; đặc biệt, bác sĩ bán thời gian có khả năng ứng dụng thấp hơn rõ rệt. Những phát hiện này nhấn mạnh nhu cầu triển khai đồng thời các giải pháp nâng cao năng lực cá nhân và củng cố hỗ trợ hệ thống, nhằm giúp YHCC trở thành thực hành thường quy và bền vững trong chăm sóc lâm sàng.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin cảm ơn đến tập thể nhân viên y tế tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh đã tạo mọi điều kiện để thực hiện nghiên cứu này. Xin cảm ơn tất cả các đồng nghiệp đã đồng ý tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*. Jan 13 1996;312(7023):71-

2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- [2] Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based M. Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Finding Common Ground: Workshop Summary. National Academies Press (US). Copyright © 2009, National Academy of Sciences.; 2009.
- [3] Weng YH, Kuo KN, Yang CY, Lo HL, Chen C, Chiu YW. Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implement Sci*. Sep 24 2013;8:112. doi: 10.1186/1748-5908-8-112
- [4] Lafuente-Lafuente C, Leitao C, Kilani I, Kacher Z, Engels C, Canouï-Poitrine F, Belmin J. Knowledge and use of evidence-based medicine in daily practice by health professionals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. Mar 30 2019;9(3):e025224. doi:10.1136/bmjopen-2018-025224
- [5] Mozafarpour S, Sadeghizadeh A, Kabiri P, Taheri H, Attaei M, Khalighinezhad N. Evidence-based medical practice in developing countries: the case study of Iran. *J Eval Clin Pract*. Aug 2011;17(4):651-6. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01642.x
- [6] Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. Dec 2014;20(6):793-802. doi:10.1111/jep.12222
- [7] Yehualashet DE, Yilma TM, Jemere AT, Gedlu NM. Factors Associated with Practicing Evidence-Based Medicine Among Medical Interns in Amhara Regional State Teaching Hospitals, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Adv Med Educ Pract*. 2021;12:843-852. doi:10.2147/AMEP.S320425
- [8] Paulsen J, Al Achkar M. Factors associated with practicing evidence-based medicine: a study of family medicine residents. *Adv Med Educ Pract*. 2018;9:287-293. doi:10.2147/AMEP.S157792
- [9] Chu Thị Nguyệt, Nguyễn Thị Bích Nguyệt. Kiến thức về thực hành dựa vào bằng chứng của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/18 2023;530:294-7. doi: 10.51298/vmj.v530i1.6626
- [10] Zwolsman SE, van Dijk N, Te Pas E, Wieringa-de Waard M. Barriers to the use of evidence-based medicine: knowledge and skills, attitude, and external factors. *Perspect Med Educ*. Feb 2013;2(1):4-13. doi:10.1007/s40037-013-0039-2
- [11] Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract*. Aug 19 2015;16:102. doi:10.1186/s12875-015-0319-5