COMMUNICATION SKILLS FOR MANAGING ANGRY PATIENTS IN NURSING PRACTICE: AN EVIDENCE-INFORMED METHODOLOGICAL NARRATIVE REVIEW

Vu Hong Van[1], Pham Thi Thu Phuong[1], Nguyen Thi Thu Thuy[1], Le Hung Truong[1], Nguyen Ngoc Quyen[1]

[1]Department of General Outpatient Examination – 108 Military Central Hospital - No. 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 20/04/2026
Reviced: 19/07/2026; Accepted: 20/08/2026

ABSTRACT

Background: Angry/agitated patients are common in clinical practice and may lead to conflict and workplace violence.

Objectives: To synthesize evidence on patient anger, communication strategies, and de-escalation training in nursing.

Methods: An evidence-informed methodological narrative review was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, and CINAHL for studies published from January 2010 to 1 March 2026.

Results: De-escalation includes active listening, empathy, voice control, non-verbal communication, emotional self-regulation, and problem-solving. Training may improve short-term knowledge, attitudes, and confidence, whereas evidence for reducing actual violence remains inconsistent.

Conclusions: Communication skills are essential but must be combined with simulation, feedback, and organizational support.

Keywords: Communication; Nurse-Patient Relations; Aggression; Workplace Violence; Professional Competence.

*Corresponding author
Email: bsquyenptcs108@gmail.com **Phone**: (+84) 989052288 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6322

KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI NGƯỜI BỆNH ĐANG TỨC GIẬN TRONG THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG: TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Vũ Hồng Vân[1], Phạm Thị Thu Phượng[1], Nguyễn Thị Thu Thủy[1], Lê Hùng Trường[1], Nguyễn Ngọc Quyền[1]

[1]Khoa Khám bệnh đa khoa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - Số 1 Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/04/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/08/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người bệnh tức giận/kích động là tình huống thường gặp, có nguy cơ gây xung đột và bạo lực. Điều dưỡng tiếp xúc trực tiếp nên kỹ năng giao tiếp giữ vai trò quan trọng trong giảm leo thang.

Mục tiêu: Tổng hợp bằng chứng về cơ chế tức giận, kỹ năng giao tiếp và hiệu quả đào tạo giảm leo thang trong thực hành điều dưỡng.

Đối tượng và phương pháp: Tổng quan tường thuật có phương pháp, định hướng bằng chứng, tìm kiếm trên PubMed, Scopus, Web of Science và CINAHL các nghiên cứu từ 01/2010 đến 01/03/2026 về người bệnh tức giận/kích động, giảm leo thang và đào tạo giao tiếp.

Kết quả: Giảm leo thang là quá trình đa thành phần gồm lắng nghe chủ động, đồng cảm, kiểm soát giọng nói, giao tiếp không lời, tự điều chỉnh cảm xúc và giải quyết vấn đề. Đào tạo có thể cải thiện kiến thức, thái độ và sự tự tin ngắn hạn; bằng chứng về giảm bạo lực thực tế chưa nhất quán. Một nghiên cứu cụm ngẫu nhiên trong khoa tâm thần cấp tính ghi nhận giảm gây hấn và giảm biện pháp cưỡng chế sau đào tạo.

Kết luận: Giao tiếp là yếu tố then chốt nhưng không phải giải pháp duy nhất. Cần đào tạo có cấu trúc, mô phỏng, phản hồi và hỗ trợ tổ chức để nâng cao an toàn chăm sóc.

Từ khóa: Giao tiếp; Quan hệ điều dưỡng - người bệnh; Hành vi kích động; Bạo lực nơi làm việc; Năng lực chuyên môn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh tức giận, kích động hoặc đối đầu với nhân viên y tế là vấn đề ảnh hưởng chất lượng chăm sóc và an toàn nghề nghiệp. WHO ước tính khoảng 8% đến 38% nhân viên y tế từng đối mặt với bạo lực thể chất trong quá trình hành nghề [1].

Nguyên nhân thường gặp gồm đau, lo lắng, thiếu thông tin, chờ đợi kéo dài hoặc cảm giác không được tôn trọng. Những yếu tố này có thể gây tăng giọng, đối đầu hoặc đe dọa nếu không được kiểm soát [2]. Trong bài báo này, "người bệnh đang tức giận" gồm cả người nhà có cảm xúc căng thẳng, lời nói/hành vi đối đầu, có nguy cơ leo thang nhưng chưa nhất thiết có bạo lực thể chất.

Điều dưỡng tiếp xúc trực tiếp với người bệnh nên phản ứng ban đầu có thể làm dịu hoặc làm nặng tình huống. Nhiều điều dưỡng chưa được đào tạo bài bản về giao tiếp trong tình huống căng thẳng [3]. Giảm leo thang xung đột là tiếp cận tuyến đầu, gồm giao tiếp lời/không lời, kiểm soát cảm xúc và thiết lập quan hệ [2][4][5]. Trí tuệ cảm xúc cũng liên quan đến hiệu quả giao tiếp [6].

Bài báo tổng hợp bốn nhóm nội dung: cơ chế tức giận/kích động; cấu phần giảm leo thang; kỹ năng giao tiếp cốt lõi; hiệu quả, giới hạn và điều kiện triển khai đào tạo.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Bài báo là tổng quan tường thuật có phương pháp, định hướng bằng chứng [7]. Do không phải tổng quan hệ thống/phân tích gộp, PRISMA chỉ được tham khảo để mô tả minh bạch quy trình tìm kiếm và lựa chọn tài liệu [8].

2.2. Chiến lược tìm kiếm tài liệu

Tài liệu được tìm trên PubMed, Scopus, Web of Science và CINAHL, giai đoạn 01/2010-01/03/2026, với các từ khóa về người bệnh tức giận/kích động, bạo lực nơi làm việc, giảm leo thang, giao tiếp, điều dưỡng và nhân viên y tế. Tài liệu tham khảo của các bài quan trọng và hướng dẫn liên quan được rà soát bổ sung [9].

Bảng 1. Câu lệnh tìm kiếm tài liệu theo từng cơ sở dữ liệu

Cơ sở dữ liệu	Câu lệnh tìm kiếm
PubMed	("angry patient" OR "patient aggression" OR agitation OR "workplace violence") AND ("de-escalation" OR "communication skills") AND (nursing OR nurses); 01/2010-01/03/2026
Scopus	TITLE-ABS-KEY((angry/agitated patient OR workplace violence) AND (de-escalation OR communication skills) AND nursing) AND PUBYEAR > 2009
Web of Science	TS=((angry/agitated patient OR workplace violence) AND (de-escalation OR communication skills) AND nursing) AND PY=(2010-2026)
CINAHL	(angry patient OR aggression OR workplace violence) AND (de-escalation OR communication skills) AND nursing; tiếng Anh/Việt; toàn văn khi có thể.

*Tác giả liên hệ
Email: bsquyenptcs108@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 989052288 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6322

2.3. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn: nghiên cứu liên quan giao tiếp với người bệnh tức giận/kích động hoặc đối đầu; đối tượng là điều dưỡng/nhân viên y tế; đánh giá chiến lược giao tiếp, đặc biệt giảm leo thang; gồm can thiệp, thử nghiệm, quan sát, phân tích khái niệm, hướng dẫn hoặc tổng quan; bài tiếng Anh/Việt. Loại trừ tài liệu không liên quan thực hành điều dưỡng, chỉ bàn bạo lực thể chất mà không đề cập giao tiếp/giảm leo thang, thiếu ứng dụng lâm sàng hoặc không có toàn văn.

2.4. Quy trình sàng lọc và lựa chọn tài liệu

Tài liệu được sàng lọc qua tiêu đề/tóm tắt, đọc toàn văn và chọn theo mức phù hợp. Nhóm tác giả thảo luận khi có khác biệt. Do không phải tổng quan hệ thống đầy đủ, bài báo không dùng sơ bản ghi qua từng bước như tiêu chí suy luận định lượng.

2.5. Trích xuất và phân tích dữ liệu

Thông tin trích xuất gồm tác giả, năm, bối cảnh, thiết kế, đối tượng, chiến lược/can thiệp, kết quả, hạn chế và khả năng ứng dụng. Dữ liệu được tổng hợp định tính theo kỹ năng, hiệu quả đào tạo, bối cảnh lâm sàng và điều kiện tổ chức.

2.6. Đánh giá chất lượng nghiên cứu và phân loại mức độ bằng chứng

Chất lượng nghiên cứu được xem xét theo thiết kế, độ trực tiếp và tính nhất quán. Bằng chứng cao hơn gồm tổng quan hệ thống, Cochrane và thử nghiệm/cụm ngẫu nhiên; trung bình gồm nghiên cứu can thiệp/quan sát có so sánh; hỗ trợ gồm phân tích khái niệm, tổng quan tường thuật, hướng dẫn hoặc đồng thuận [9].

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tổng quan không sử dụng dữ liệu cá nhân, không can thiệp trên đối tượng nghiên cứu và chỉ tổng hợp tài liệu đã công bố, do đó không yêu cầu phê duyệt của hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tổng hợp các tài liệu cốt lõi về giảm leo thang xung đột và đào tạo giao tiếp

Các tài liệu cốt lõi gồm tổng quan hệ thống, tổng quan chủ đề, phân tích khái niệm, cụm ngẫu nhiên và hướng dẫn/đồng thuận, được nhóm theo cấu phần giảm leo thang, hiệu quả đào tạo và điều kiện triển khai (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm các tài liệu cốt lõi được đưa vào tổng quan

Tác giả (năm)	Quốc gia/thiết kế	Đối tượng/bối cảnh	Can thiệp/chiến lược	Kết quả chính	Hạn chế
Price & Baker (2012) [2]	Quốc tế; tổng hợp chủ đề	Sức khỏe tâm thần	Thành phần giảm leo thang	Nêu kỹ năng cốt lõi	Dị biệt bối cảnh
Price et al. (2015) [4]	Quốc tế; tổng quan hệ thống	Nhân viên sức khỏe tâm thần	Đào tạo giảm leo thang	Cải thiện ngắn hạn	Bằng chứng hạn chế
Hallett & Dickens (2017) [5]	Quốc tế; phân tích khái niệm	Cơ sở y tế	Làm rõ khái niệm	Can thiệp đa thành phần	Không lượng hóa
Baby et al. (2018) [3]	Quốc tế; tổng quan	Đào tạo giao tiếp	Xử trí gây hấn	Tăng tự tin/năng lực	Thang đo khác nhau
Geoffrion et al. (2020) [10]	Quốc tế; Cochrane	9 nghiên cứu; 1688 NVYT	Giáo dục/đào tạo	Cải thiện kiến thức/ thái độ ngắn hạn	Bằng chứng thấp/ rất thấp
Somani et al. (2021) [11]	Quốc tế; tổng quan hệ thống	Điều dưỡng	Giảm bạo lực nơi làm việc	Kết quả chưa nhất quán	Dị biệt can thiệp
Čelofiga et al. (2022) [12]	Slovenia; cụm ngẫu nhiên	Khoa tâm thần cấp tính	Đào tạo 16 giờ	Giảm gây hấn và cưỡng chế	Khó khái quát
Richmond et al. (2012) [16]	Hoa Kỳ; đồng thuận	Cấp cứu/tâm thần	Project BETA	Khung giao tiếp an toàn	Không phải thử nghiệm
NICE NG10 (2015/2024) [17]	Anh; hướng dẫn	Tâm thần, y tế, cộng đồng	Quản lý bạo lực/gây hấn	Nhấn mạnh quy trình và môi trường	Cần nội địa hóa

3.2. Cơ chế và biểu hiện của hành vi tức giận

Hành vi kích động thường bắt nguồn từ lo lắng, sợ hãi, đau, cảm giác bị đe dọa hoặc yếu tố hệ thống như chờ lâu, thiếu thông tin, môi trường đông, chi phí và khác biệt kỳ vọng [13]. Một số hành vi kích động có xu hướng lặp lại, làm tăng nguy cơ bạo lực nếu không can thiệp sớm [14].

3.3. Vai trò và cấu phần của chiến lược giảm leo thang xung đột

Giảm leo thang là quá trình dùng giao tiếp lời/không lời để giảm hoặc kiểm soát kích động [15], gồm giao tiếp, tự điều chỉnh cảm xúc, đánh giá tình huống và an toàn [5]. Cần can thiệp sớm, tôn trọng, ít cưỡng chế, đồng thời duy trì khoảng cách, lối thoát, hỗ trợ đồng nghiệp và quy trình báo động khi cần [16][17].

3.4. Các kỹ năng giao tiếp cốt lõi

Các kỹ năng cốt lõi gồm lắng nghe (Bảng 3) chủ động, đồng cảm, giọng nói bình tĩnh, giao tiếp không lời an toàn, tránh đối đầu và định hướng giải quyết vấn đề [2].

Bảng 3. Các kỹ thuật giao tiếp trong giảm leo thang xung đột

Kỹ năng	Cơ chế tác động	Ý nghĩa thực hành
Lắng nghe chủ động	Tăng cảm nhận được tôn trọng	Hạ căng thẳng ban đầu
Đồng cảm	Xác nhận cảm xúc	Tạo niềm tin
Giọng nói bình tĩnh	Giảm kích thích cảm xúc	Kiểm soát nhịp tình huống
Giao tiếp không lời an toàn	Giữ khoảng cách, tư thế mở	Tăng an toàn

Kỹ năng	Cơ chế tác động	Ý nghĩa thực hành
Tránh đối đầu	Không tranh thắng-thua	Ngăn leo thang
Giải quyết vấn đề	Chuyển sang nhu cầu cụ thể	Thống nhất bước tiếp theo

3.5. Hiệu quả của các chương trình đào tạo

Hiệu quả của các chương trình đào tạo được tổng hợp ở Bảng 4. Đào tạo chủ yếu cải thiện kiến thức, thái độ, kỹ năng giao tiếp và sự tự tin. Tổng quan Cochrane của Geoffrion và cộng sự [10] gồm 9 nghiên cứu/1688 nhân viên y tế, ghi nhận cải thiện kiến thức ngắn hạn (SMD 0,86; 95%CI 0,34-1,38) và thái độ ngắn hạn (SMD 0,59; 95%CI 0,24-0,94), nhưng chưa chắc chắn về giảm báo cáo gây hấn hoặc cải thiện kỹ năng xử trí. Nghiên cứu cụm ngẫu nhiên của Čelofiga và cộng sự [12] tại khoa tâm thần cấp tính ghi nhận biến cố gây hấn thấp hơn 73% (IRR = 0,268; 95%CI 0,221-0,342), biến cố nặng thấp hơn 86% (IRR = 0,142; 95%CI 0,107-0,189) và cố định thể chất giảm còn khoảng 30% so với nhóm chứng (IRR = 0,304; 95%CI 0,238-0,386).

Bảng 4. Hiệu quả của các chương trình đào tạo giảm leo thang xung đột

Tác giả (năm)	Kết cục	Nội dung đào tạo	Kết quả
Price et al. (2015) [4]	Kỹ năng	Giảm leo thang; lời/ không lời	Cải thiện ngắn hạn; hạn chế
Baby et al. (2018) [3]	Tự tin	Giao tiếp xử trí gây hấn	Tăng tự tin; đo lường khác nhau
Geoffrion et al. (2020) [10]	Kiến thức, thái độ	Giáo dục/ đào tạo	Kiến thức SMD 0,86; thái độ SMD 0,59; chưa chắc chắn giảm bạo lực
Čelofiga et al. (2022) [12]	Gây hấn, cưỡng chế	Đào tạo 16 giờ; video, đóng vai	Gây hấn giảm 73%; nặng giảm 86%; cố định thể chất còn 30%

4. BÀN LUẬN

Kết quả tổng quan cho thấy giao tiếp với người bệnh đang tức giận không chỉ là kỹ năng ứng xử mềm, mà là một năng lực lâm sàng có cấu trúc trong thực hành điều dưỡng. Điều dưỡng thường là người đầu tiên tiếp nhận sự bức xúc của người bệnh hoặc người nhà; vì vậy phản ứng ban đầu có thể quyết định tình huống được làm dịu hay tiếp tục leo thang. Giảm leo thang cần được hiểu là quá trình tương tác trực tiếp, kết hợp giao tiếp bằng lời, giao tiếp không lời, tự kiểm soát cảm xúc, đánh giá nguy cơ và bảo đảm an toàn [5]. Do đó, điều dưỡng giữ vai trò tuyến đầu, nhưng không có nghĩa phải tự giải quyết mọi tình huống. Cần biết khi nào phải dừng trao đổi, giữ khoảng cách an toàn và kích hoạt hỗ trợ.

Bằng chứng hiện có ủng hộ vai trò của đào tạo, nhưng cần diễn giải thận trọng. Các chương trình đào tạo thường cải thiện rõ hơn các kết cục gần như kiến thức, thái độ, sự tự tin hoặc năng lực tự báo cáo; trong khi bằng chứng về giảm số vụ gây hấn hoặc bạo lực thực tế còn chưa nhất quán [10]. Điều này phản ánh khoảng cách giữa "biết cách xử lý" và "làm giảm được xung đột trong đời thực". Nếu người bệnh phải chờ lâu, thiếu thông tin, khu vực tiếp đón quá tải, biển chỉ dẫn không rõ và nhân viên thiếu hỗ trợ khi bị đe dọa thì kỹ năng cá nhân khó phát huy tối đa. Vì vậy, đào tạo là điều kiện cần, nhưng không phải điều kiện đủ.

Nghiên cứu cụm ngẫu nhiên của Čelofiga và cộng sự cung cấp bằng chứng can thiệp đáng chú ý khi chương trình đào tạo 16 giờ, kết hợp lý thuyết, video, đóng vai và sổ tay hướng dẫn, giúp giảm biến cố gây hấn và sử dụng biện pháp cưỡng chế trong khoa tâm thần cấp tính [12]. Giá trị thực hành của mô hình này là người học không chỉ nghe giảng, mà được quan sát tình huống, thực hành phản ứng, nhận phản hồi và có tài liệu chuẩn hóa. Tuy nhiên, bối cảnh tâm thần cấp tính khác với khoa khám bệnh, cấp cứu hoặc hồi sức tích cực. Vì vậy, không nên áp dụng máy móc kết quả này, mà nên chuyển hóa thành nguyên tắc: đào tạo phải dựa trên tình huống thật của từng đơn vị, có thực hành lặp lại và đánh giá sau đào tạo.

Về nội dung kỹ thuật, lắng nghe chủ động, đồng cảm, giọng nói bình tĩnh, tư thế không đe dọa, tránh tranh cãi đúng sai và chuyển trọng tâm sang giải quyết vấn đề là các thành phần cốt lõi được mô tả nhất quán [2]. Đào tạo có cấu trúc có thể cải thiện việc sử dụng các kỹ năng này, nhất là khi có thực hành thay vì chỉ nghe giảng [4]. Bằng chứng can thiệp gần đây tiếp tục ủng hộ giá trị của mô phỏng và đóng vai trong chuyển kiến thức thành hành vi thực hành [12]. Tuy nhiên, tổng quan của Somani và cộng sự cho thấy hiệu quả giảm bạo lực thực tế chưa ổn định [11]. Vì vậy, đánh giá đào tạo nên theo dõi thêm phản ánh của người bệnh, số lần gọi hỗ trợ, số sự cố và cảm nhận an toàn của nhân viên.

Một khía cạnh quan trọng là thái độ và trí tuệ cảm xúc. Khi người bệnh tức giận, phản xạ thường gặp của nhân viên là giải thích nhanh, phản bác hoặc yêu cầu người bệnh bình tĩnh ngay. Cách này có thể đúng về lý, nhưng sai về thời điểm, vì người bệnh đang ở trạng thái cảm xúc cao thường chưa sẵn sàng tiếp nhận lập luận chuyên môn. Giảm leo thang hiệu quả đòi hỏi điều dưỡng trước hết kiểm soát được chính mình: không cao giọng, không nhìn chằm chằm, không dồn ép và không biến cuộc trao đổi thành thắng-thua [5]. Trí tuệ cảm xúc giúp điều dưỡng nhận biết cảm xúc bản thân, đọc tín hiệu của người bệnh và chọn cách đáp ứng phù hợp hơn, từ đó bảo vệ quan hệ điều dưỡng-người bệnh và giảm nguy cơ xung đột tiếp diễn [6].

Việc áp dụng kỹ năng giao tiếp cần phân biệt rõ bối cảnh lâm sàng. Ở khoa khám bệnh, nguyên nhân bức xúc thường là chờ đợi, quy trình nhiều bước, thiếu thông tin, chi phí hoặc kỳ vọng chưa được đáp ứng; trọng tâm là giải thích ngắn, cập nhật tiến trình, xin lỗi đúng mực khi có chậm trễ và đưa ra bước tiếp theo cụ thể. Ở cấp cứu, hồi sức tích cực hoặc nội trú nặng, tức giận có thể liên quan đau cấp, mê sảng, thiếu oxy, tác dụng thuốc hoặc lo lắng của người nhà; khi đó giao tiếp phải đi kèm đánh giá nguy cơ lâm sàng, kiểm soát môi trường và phân công một người nói chính. Trong tâm thần, giảm leo thang gắn chặt với đánh giá nguy cơ gây hấn, theo dõi hành vi lặp lại và giảm cưỡng chế. Vì vậy, cùng một nguyên tắc giao tiếp nhưng kịch bản đào tạo và tiêu chí đánh giá cần được thiết kế riêng cho từng đơn vị.

Trong bối cảnh bệnh viện Việt Nam, chương trình đào tạo nên ngắn gọn, định kỳ và sát tình huống thật: người bệnh chờ lâu tại phòng khám, người nhà bức xúc ở cấp cứu, bệnh nhân đau nhiều sau thủ thuật hoặc yêu cầu vượt quá khả năng chuyên môn. Nội dung tối thiểu gồm nhận diện dấu hiệu leo thang, nguyên tắc an toàn cá

nhân, lắng nghe và xác nhận cảm xúc, giải thích khi phải chờ, xin lỗi đúng mực, kết thúc cuộc trao đổi và ngưỡng gọi hỗ trợ. Sau mô phỏng cần có phản hồi cấu trúc. Cuối cùng, giao tiếp phải nằm trong hệ thống an toàn rộng hơn gồm quy trình báo động, hỗ trợ an ninh, cơ chế gọi đồng nghiệp, bố trí khu chờ, thông tin thời gian chờ, phân luồng hợp lý, kênh tiếp nhận phản ánh và chính sách không khoan nhượng với bạo lực đối với nhân viên y tế [10][17].

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là tổng quan tường thuật dựa trên bằng chứng chứ không phải tổng quan hệ thống đầy đủ, do đó không nhằm mục tiêu bao phủ toàn bộ tài liệu hiện có. Thứ hai, nghiên cứu không thực hiện đánh giá chất lượng bằng công cụ chuẩn hóa cho từng bài báo, nên mức độ mạnh yếu của bằng chứng chủ yếu dựa trên loại hình nghiên cứu và tính phù hợp nội dung. Thứ ba, bài báo chỉ lựa chọn các tài liệu bằng tiếng Anh và tiếng Việt, đồng thời yêu cầu truy cập được toàn văn, nên có thể bỏ sót một số nghiên cứu liên quan. Cuối cùng, sự khác biệt về bối cảnh nghiên cứu, chương trình can thiệp và kết cục đánh giá giữa các tài liệu khiến việc so sánh trực tiếp và khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Nhật ký truy vấn gốc và số lượng bản ghi qua từng vòng không còn đầy đủ; do đó không thể xây dựng lưu đồ sàng lọc có số liệu được kiểm chứng. Nghiên cứu không sử dụng JBI, CASP hoặc MMAT để chấm nguy cơ sai lệch riêng cho từng nghiên cứu..

5. KẾT LUẬN

Bằng chứng hiện có ủng hộ vai trò của đào tạo giảm leo thang trong cải thiện giao tiếp, kiến thức, thái độ và sự tự tin của điều dưỡng khi xử lý người bệnh tức giận/kích động. Tuy nhiên, bằng chứng về giảm bạo lực thực tế còn chưa nhất quán, phụ thuộc bối cảnh, thiết kế, kết cục và hỗ trợ tổ chức.

Đào tạo có cấu trúc, mô phỏng, đóng vai, phản hồi và đánh giá định kỳ là cần thiết. Giao tiếp phải nằm trong hệ thống an toàn rộng hơn, gồm báo động, an ninh, phân luồng, thiết kế môi trường và chính sách bảo vệ nhân viên y tế.

Tại Việt Nam, cần triển khai chương trình phù hợp cho từng khu vực như khám bệnh, cấp cứu, hồi sức tích cực, nội trú và tâm thần; đồng thời cần nghiên cứu can thiệp chất lượng cao để xác định hiệu quả thực tế và tính bền vững.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization (WHO). Preventing Violence Against Health Workers. Published 2022. https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers

[2] Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. Int J Ment Health Nurs. 2012;21(4):310-319. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x

[3] Baby M, Gale C, Swain N. Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. Aggress Violent Behav. 2018;39:67-82. doi:10.1016/j.avb.2018.02.004

[4] Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. Br J Psychiatry. 2015;206(6):447-455. doi:10.1192/bjp.bp.114.144576

[5] Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. Int J Nurs Stud. 2017;75:10-20. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003

[6] Codier E, Codier DD. Could Emotional Intelligence Make Patients Safer? Am J Nurs. 2017;117(7):58-62. doi:10.1097/01.NAJ.0000520946.39224.db

[7] Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. J Chiropr Med. 2006;5(3):101-117. doi:10.1016/S0899-3467(07)60142-6

[8] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

[9] Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2019. doi:10.1002/9781119536604

[10] Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, Martínez-Jarreta B, Guay S. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(9):CD011860. doi:10.1002/14651858.CD011860.pub2

[11] Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. Saf Health Work. 2021;12(3):289-295. doi:10.1016/j.shaw.2021.04.004

[12] Čelofiga A, Kores Plesnicar B, Koprivsek J, Moskon M, Benkovic D, Gregoric Kumperscak H. Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. Front Psychiatry. 2022;13:856153. doi:10.3389/fpsyt.2022.856153

[13] Caruso R, Antenora F, Riba M, Belvederi Murri M, Biancosino B, Zerbinati L, et al. Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(5):29. doi:10.1007/s11920-021-01233-z

[14] Renwick L, Stewart D, Richardson M, Lavelle M, Hardy C, James K, et al. Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences. Int J Ment Health Nurs. 2016;25. doi:10.1111/inm.12191

[15] Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. J Clin Nurs. 2016;25(15-16):2180-2188. doi:10.1111/jocn.13239

[16] Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25. doi:10.5811/westjem.2011.9.6864

[17] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline NG10. Published 28 May 2015; last reviewed 11 July 2024. https://www.nice.org.uk/guidance/ng10