

MỐI QUAN HỆ GIỮA LÒNG TỰ TRẮC ẨN VÀ TỒN THƯƠNG ĐẠO ĐỨC Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI MỘT BỆNH VIỆN TUYẾN TỈNH TẠI VIỆT NAM

Đỗ Thị Bích Phượng, Đặng Thị Thanh Bình, Doãn Thị Hải Châu, Bùi Thùy Linh, Trần Văn Minh*

Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội

**Tác giả liên hệ: Minhtv502@gmail.com.*

Tóm tắt: Nghiên cứu cắt ngang này đánh giá mối quan hệ giữa lòng tự trắc ẩn và mức độ tổn thương đạo đức ở nhân viên y tế tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh ở miền Bắc Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng Thang đo Lòng tự trắc ẩn bản rút gọn (Self-Compassion Scale Short Form - SCS-SF) và Thang đo Triệu chứng Tổn thương đạo đức - dành cho nhân viên y tế (Moral Injury Symptom Scale - Healthcare Professionals, MISS-HP). Kết quả cho thấy điểm trung bình SCS - SF là 3,45 và tổng điểm MISS - HP* (chỉ bao gồm 2 tiểu thang gồm tội lỗi/hổ thẹn và sự lên án) là 16,31. Có thể thấy, mức độ lòng tự trắc ẩn của nhân viên y tế tham gia nghiên cứu hiện đang ở một mức nhất định trong ngưỡng trung bình và nhóm khách thể này có xu hướng tự báo cáo mức độ trải nghiệm các triệu chứng tổn thương đạo đức tương đối cao. Nghiên cứu ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tổn thương đạo đức giữa các nhóm theo thâm niên làm việc và mức độ tự trắc ẩn theo độ tuổi. Đồng thời, kết quả phân tích cho thấy mối tương quan ngược chiều giữa lòng tự trắc ẩn và khía cạnh sự lên án của tổn thương đạo đức.

Từ khóa: Lòng tự trắc ẩn; Tổn thương đạo đức; Nhân viên y tế.

Ngày nhận bài: 20/3/2026; Gửi phản biện: 24/03/2026; Ngày duyệt đăng bài: 11/05/2026.

1. Đặt vấn đề

Tổng nhân lực ngành y tế Việt Nam vào năm 2024 là 431.724 người, tương đương khoảng 14 bác sĩ trên 10.000 dân (Bộ Y tế, 2025), thấp hơn đáng kể so với mức trung bình 37 bác sĩ trên 10.000 dân của các quốc gia thuộc Tổ chức Hợp tác và Phát triển kinh tế (OECD, 2023). Các nghiên cứu trong nước trên nhóm nhân viên y tế cho thấy tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần (bao gồm kiệt sức nghề nghiệp, căng thẳng, lo âu và trầm cảm) dao động từ khoảng 5% đến hơn 40% tùy theo nhóm mẫu, bối cảnh bệnh viện và khu vực nghiên cứu (Nguyễn Vũ Quỳnh Hoa và Võ Thành Liêm, 2023; Phạm Thị Thu Hồng và cộng sự, 2023; Sinh và cộng sự, 2024). Những kết quả này phản ánh đặc thù của nghề y, vốn được xem là một trong những nghề nghiệp có áp lực tâm lý và đạo đức cao, khi nhân viên y tế phải đồng thời đáp ứng các yêu cầu chuyên môn, áp lực pháp lý và trách nhiệm đạo đức trong quá trình chăm sóc người bệnh (West và cộng sự, 2018).

Tổn thương đạo đức, ban đầu được nghiên cứu trong bối cảnh quân đội (Griffin và cộng sự, 2019). Bước ngoặt xảy ra khi đại dịch Covid-19 bùng phát, thúc đẩy sự quan tâm của giới học thuật đối với tổn thương đạo đức trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe - hiện tượng thường phát sinh từ sự mâu thuẫn giữa mong muốn cung cấp chăm sóc tối ưu cho bệnh nhân nhưng bị hạn chế từ hệ thống như áp lực phải ưu tiên lợi nhuận của tổ chức và chạy theo chỉ tiêu khi các cơ sở y tế ngày càng "doanh nghiệp hóa", gánh nặng hành chính và sự thiếu hỗ trợ từ tổ chức cũng như sự thiếu hụt nguồn lực (Mewborn và cộng sự, 2023).

Khái niệm tổn thương đạo đức trong lĩnh vực y tế là *hậu quả lâu dài về mặt tâm lý, hành vi và xã hội phát sinh từ việc tiếp xúc với các sự kiện có nguy cơ gây tổn thương đạo đức, trong đó những xung đột giữa giá trị đạo đức cá nhân và thực tế vận hành của hệ thống làm gia tăng khả năng phơi nhiễm với các sự kiện có nguy cơ gây tổn thương đạo đức ở nhân viên y tế* (Litz và cộng sự, 2009; Mewborn và cộng sự, 2023). Theo đó, các sự kiện có nguy cơ gây tổn thương đạo đức bao gồm việc thực hiện, không/không thể ngăn chặn, chứng kiến hoặc nhận biết những hành vi gây vi phạm sâu sắc các chuẩn mực đạo đức mà nhân viên y tế coi là cốt lõi trong quá trình điều trị, chăm sóc bệnh nhân (Litz và cộng sự, 2009).

Tổn thương đạo đức là một chủ đề nghiên cứu mới, và nó ngày càng được quan tâm trên thế giới, với nhiều công cụ đo lường được phát triển và mức độ tổn thương được ghi nhận khá cao và tương đối đồng đều ở nhiều quốc gia, cả trước và sau đại dịch Covid-19 (Mantri và cộng sự, 2021; Sharma và Cousins, 2023; Shao và cộng sự, 2025). Trong khi đó, số lượng các công trình nghiên cứu thực tiễn về vấn đề này trong cộng đồng bác sĩ, điều dưỡng Việt Nam còn rất hạn chế.

Theo Neff, lòng tự trắc ẩn gồm ba thành tố chính: sự nhân ái với bản thân, tính nhân loại chung và chánh niệm (Neff, 2022; Neff, 2003a). Lòng tự trắc ẩn đề cập đến cách cá nhân tự an ủi và hỗ trợ bản thân khi trải qua đau khổ, dù đó là do những sai lầm và thiếu sót cá nhân hay những thử thách bên ngoài cuộc sống gây ra (Neff, 2022). Theo Neff, lòng tự trắc ẩn bao gồm sáu yếu tố, chia thành ba cặp thành tố (Neff, 2003a; Neff, 2022). Thứ nhất, tự tử tế đối lập với tự phán xét, thể hiện việc cá nhân đối xử với bản thân bằng sự thấu hiểu và cảm thông thay vì sự khắt khe khi đối diện với khó khăn (Neff, 2003a). Thứ hai, tính nhân loại chung đối lập với cảm giác cô lập, phản ánh nhận thức rằng đau khổ là trải nghiệm phổ quát của con người, thay vì cho rằng đây là điều chỉ riêng mình phải chịu đựng (Neff, 2003a). Thứ ba, chánh niệm đối lập với sự đồng nhất hóa quá mức, là khả năng nhận biết và chấp nhận cảm xúc tiêu cực một cách cân bằng (Neff, 2003a).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy lòng tự trắc ẩn có mối liên hệ ngược chiều với tổn thương đạo đức ở nhân viên y tế, qua đó đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu các tác động tiêu cực của những tình huống mâu thuẫn về đạo đức trong thực hành lâm sàng (Dahmardeh, 2025; Gilbert-Ouimet và cộng sự, 2024). Những cá nhân có mức độ tự trắc ẩn cao thường ít gặp phải các biểu hiện của tổn thương đạo đức hơn so với những người có mức độ thấp (Kelley và cộng sự, 2019). Lòng tự trắc ẩn cao hơn có thể góp phần làm giảm ảnh hưởng của tổn thương đạo đức đối với đau khổ tâm lý (Manalo, 2019) và sự vô cảm về mặt đạo đức (Jang, 2025). Tại Việt Nam, dù các nghiên cứu trực tiếp về mối liên hệ này còn hạn chế, các bằng chứng gián tiếp đã cho thấy vai trò bảo vệ của lòng tự trắc ẩn đối với sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế qua việc giảm thiểu trầm cảm, lo âu, căng thẳng (Trần Thị Minh Đức và cộng sự, 2022) và kiệt sức nghề nghiệp (Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự, 2023).

Trong bối cảnh tổn thương đạo đức đang trở thành nguy cơ nghề nghiệp thời sự, việc nghiên cứu mối liên hệ giữa lòng tự trắc ẩn và tổn thương đạo đức là cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp các bằng chứng thực tiễn và luận giải ban đầu về mối liên hệ trên trong nhóm nhân viên y tế tại Việt Nam.

2. Mẫu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026 với 210 khách thể nhân viên y tế tại một bệnh viện tuyến tỉnh ở miền Bắc, với 49 nam và 161 nữ. Dữ liệu được thu thập bằng hai hình thức: khảo sát trực tiếp bằng bảng hỏi và khảo sát trực tuyến qua Google Form.

Trong số các khách thể có cung cấp thông tin về đặc điểm nghề nghiệp và thời gian công tác ($N = 209$), điều dưỡng chiếm tỷ lệ lớn hơn với 151 người (72,2%), còn nhóm bác sĩ có 58 người (27,8%). Đa số khách thể có thời gian làm việc tại bệnh viện trên 5 năm với 171 người (81,8%), trong khi nhóm có thời gian làm việc từ 5 năm trở xuống gồm 38 người (chiếm 18,2%).

2.2. Công cụ đo lường

a. Thang đo Triệu chứng tổn thương đạo đức - dành cho nhân viên y tế (Moral Injury Symptom Scale - Healthcare Professionals - MISS-HP)

Thang đo Triệu chứng Tổn thương đạo đức - dành cho nhân viên y tế (MISS-HP) do Mantri và cộng sự (2020) phát triển bằng cách điều chỉnh ngôn ngữ của phiên bản ngắn 10 mệnh đề của thang dành cho quân nhân (Koenig và cộng sự, 2018) để phù hợp với bối cảnh và trải nghiệm của nhân viên y tế.

Thang đo gồm 10 mệnh đề, đo lường 10 khía cạnh lý thuyết của tổn thương đạo đức và được chia thành ba nhân tố, bao gồm: (1) *Tội lỗi/hỗ thẹn (gồm 4 mệnh đề)*: phản ánh các cảm xúc tiêu cực như tội lỗi, hổ thẹn, cảm giác phản bội và các mối quan ngại về đạo đức (ví dụ: “Tôi cảm thấy xấu hổ về những việc mình đã làm hoặc chưa làm khi chăm sóc người bệnh”); (2) *Vấn đề tâm linh (gồm 4 mệnh đề)*: liên quan đến mất lòng tin, mất ý nghĩa trong công việc hoặc cuộc sống, khó tha thứ cho bản thân và mất niềm tin tôn giáo (ví dụ: “Khi trải qua các tình huống khó khăn trong công việc, đức tin tôn giáo/tâm linh bây giờ của tôi đã trở nên vững mạnh hơn so với thời điểm trước đây”); (3) *Sự lên án (gồm 2 mệnh đề)*: phản ánh xu hướng tự đánh giá tiêu cực về bản thân và cảm giác bị trừng phạt (ví dụ: “Nhìn chung, tôi có xu hướng cảm thấy mình là người thất bại trong công việc của một nhân viên y tế”). Kết quả phân tích thành phần chính (PCA) và phân tích nhân tố khẳng định (CFA) cho thấy ba nhân tố này giải thích 56,8% tổng phương sai (Mantri và cộng sự, 2020).

Trong nghiên cứu này, thang đo MISS-HP được sử dụng dựa trên phiên bản gốc nhưng có điều chỉnh định dạng phản hồi từ thang điểm 1-10 sang thang Likert 5 mức độ. Việc đó nhằm giảm gánh nặng nhận thức (sự mệt mỏi trí tuệ khi phải xử lý các thang đo quá chi tiết) và giúp đối tượng bác sĩ, điều dưỡng vốn có cường độ làm việc cao và bận rộn trả lời nhanh, dễ dàng hơn (Weijters và cộng sự, 2010).

Thang đo MISS-HP đã được kiểm chứng về giá trị và độ tin cậy trong nhiều nghiên cứu quốc tế trên các nhóm nhân viên y tế (Zhizhong và cộng sự, 2020; Malakoutikhah và cộng sự, 2022). Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích độ tin cậy cho thấy hai tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn và sự lên án đạt hệ số Cronbach's alpha ở mức tốt (trên 0,7 - theo tiêu chuẩn của Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc, 2005), cụ thể hệ số lần lượt là 0,8 và 0,76. Tuy nhiên, tiểu thang vấn đề tâm linh có độ tin cậy thấp (0,24), làm giảm độ tin cậy chung của toàn thang (0,43). Điều này có thể lý giải vì sự đặc thù khi sử dụng các

thang đo liên quan đến tâm linh từ phương Tây sang bối cảnh phương Đông, cũng như sự đặc thù trong đời sống tôn giáo và tâm linh của người Việt thường cần thời gian tiếp cận và tìm hiểu sâu. Vì vậy, nhóm nghiên cứu quyết định loại bỏ tiểu thang này và tính lại hệ số tin cậy cho phiên bản thang đo cải tiến MISS-HP* (không bao gồm tiểu thang Tâm linh).

Do thay đổi thang đo và loại bỏ tiểu thang vấn đề tâm linh để đảm bảo độ tin cậy nội tại, tổng điểm của thang đo trong nghiên cứu này dao động từ 6 đến 30 điểm. Theo nguyên tắc quy đổi tương đương từ ngưỡng cắt lâm sàng gốc (36/100 điểm, phản ánh 36% mức độ triệu chứng tối đa - dẫn theo Mantri và cộng sự, 2020), giá trị ngưỡng trong nghiên cứu này được xác định ở mức 10,8 điểm. Tuy nhiên, đây là chỉ số quy đổi lý thuyết mang tính khám phá, phục vụ mục đích nhận diện sơ bộ các trường hợp có triệu chứng tổn thương đạo đức gây suy giảm chức năng trong mẫu nghiên cứu.

b. Thang đo Lòng tự trắc ẩn - bản rút gọn (Self-Compassion Scale Short Form - SCS-SF)

Raes và cộng sự (2011) đã phát triển một phiên bản rút gọn bao gồm 12 trong số 26 mệnh đề của thang Lòng tự trắc ẩn gốc (Self Compassion Scale - SCS; Neff, 2003a). SCS-SF bao gồm 6 tiểu thang đo, mỗi tiểu thang gồm hai mệnh đề, chia thành ba cặp thành phần đối lập tương tác lẫn nhau được trình bày văn tắt dưới đây: (1) *Tự tử tế* đối lập với (2) *Tự phán xét*; (3) *Tính nhân loại chung* đối lập với (4) *Cảm nhận cô lập*; (5) *Chánh niệm* đối lập với (6) *Sự đồng nhất hóa quá mức*.

Độ nhất quán nội tại (CA) của thang đo SCS-SF nhìn chung ở mức tốt, dao động từ 0,84 đến 0,92 (Ivtzan và cộng sự, 2018; Kotera và cộng sự, 2019). Để tính điểm tổng về lòng tự trắc ẩn, trước tiên đảo ngược điểm số của các mệnh đề tiêu cực trong ba thang đo phụ - tự phán xét, cảm nhận cô lập và sự đồng nhất hóa quá mức. Sau đó, lấy trung bình cộng của mỗi tiểu thang và tính trung bình tổng thể (trung bình của sáu trung bình cộng tiểu thang). Nghiên cứu này sử dụng mức chia điểm của Neff khi coi điểm số từ 1,0 đến 2,49 là mức độ tự trắc ẩn thấp, từ 2,5 đến 3,5 là trung bình và từ 3,51 đến 5,0 là cao (Neff, 2021).

Bảng 1: Hệ số tin cậy của thang đo SCS-SF

Thang đo	Hệ số tin cậy CA
Tiểu thang tự tử tế với bản thân	0,35
Tiểu thang tự phán xét	0,65
Tiểu thang tính nhân loại chung	0,53
Tiểu thang cảm nhận cô lập	0,48
Tiểu thang chánh niệm	0,76
Tiểu thang sự đồng nhất hóa quá mức	0,52
Tổng thang đo (SCS-SF)	0,64

Trong nghiên cứu này, tổng thang đo SCS-SF cho thấy độ tin cậy ở mức chấp nhận được theo tiêu chí của Bagozzi và Yi (1998) khi hệ số CA 0,6 được coi là đủ và 0,7 là tốt.

Kết quả phân tích tương quan biến - tổng cho thấy một số mệnh đề có hệ số tương quan biến tổng thấp hơn 0,3, bao gồm mệnh đề 1, 2, 5, 10, 11, cho thấy mức độ đóng góp của các mục này vào cấu trúc chung của thang đo còn hạn chế. Như thế, độ tin cậy của thang tổng là chấp nhận được, còn độ tin cậy của một số tiểu thang đo trong SCS-SF còn chưa cao, có thể liên quan đến số item bị rút gọn trong phiên bản này, phù hợp với nhận định và khuyến cáo của tác giả khi khuyến khích sử dụng điểm số tổng thang để xử lý về tương quan và hồi quy (Neff, 2021).

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Độ tin cậy nội tại của các thang đo được đánh giá bằng hệ số CA. Thống kê mô tả được sử dụng để tính giá trị trung bình (M) và độ lệch chuẩn (SD) với hai biến số chính và tính tần số, phần trăm với các biến nhân khẩu. Phân tích tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính đơn biến được áp dụng nhằm kiểm tra mối liên hệ và khả năng dự báo của lòng tự trắc ẩn đối với mức độ tổn thương đạo đức của bác sỹ, điều dưỡng. Các kiểm định được thực hiện với mức ý nghĩa $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

3. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

3.1. Thực trạng tổn thương đạo đức ở nhân viên y tế

Bảng 2: Thực trạng tổn thương đạo đức (MISS-HP*)

Tổn thương đạo đức	M	SD
<i>Tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn</i>	3,15	0,93
<i>Tiểu thang sự lên án</i>	1,85	0,84
Thang đo MISS-HP*	16,31	4,33

Trung bình điểm tổng của thang đo tổn thương đạo đức đạt 16,31 (SD = 4,33), cao hơn so với điểm cắt (10,8/30), nó cho thấy các triệu chứng tổn thương đạo đức đang hiện diện ở mức đáng kể trong nhóm mẫu nghiên cứu.

Kết quả cho thấy tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn có điểm trung bình cao nhất, phù hợp với nhận định rằng tổn thương đạo đức thường gắn với cảm giác tội lỗi liên quan đến trách nhiệm chăm sóc người bệnh (Čartolovni và cộng sự, 2021). Điều này phản ánh đặc thù môi trường y tế nơi các quyết định nghề nghiệp gắn với trách nhiệm đạo đức cao (Grumbach và Willard-Grace, 2025). Trong khi đó, tiểu thang sự lên án có điểm thấp hơn. Kết quả này cho thấy mặc dù nhân viên y tế có thể trải nghiệm cảm xúc tội lỗi hoặc hổ thẹn nhưng họ không nhất thiết quy kết trải nghiệm tiêu cực thành sự thất bại toàn diện của bản thân.

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tổng mức độ tổn thương đạo đức theo thâm niên làm việc ($p = 0,005$), trong đó nhóm thâm niên trên 5 năm ($M = 16,69$; $SD = 4,18$) có mức tổn thương đạo đức cao hơn so với nhóm từ 5 năm trở xuống ($M = 14,53$; $SD = 4,60$). Ở các tiểu thang, sự khác biệt chỉ xuất hiện ở tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn, với nhóm thâm niên cao có điểm trung bình $M = 3,24$ ($SD = 0,91$), cao hơn nhóm thâm niên thấp ($M = 2,72$; $SD = 0,90$) ($p = 0,001$). Điều này có thể do việc tiếp xúc lặp lại với các tình huống đạo đức phức tạp trong quá trình hành nghề (Griffin và cộng sự, 2023; Nurse

và Baird, 2023). Ngoài ra, nhân viên có thâm niên thường giữ các vị trí quản lý hoặc chịu trách nhiệm chính trong các ca can thiệp khó. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của các biện pháp hỗ trợ tâm lý cho đội ngũ nhân viên theo thời gian làm việc. Ngược lại, tiểu thang sự lên án không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thâm niên ($p = 0,854$).

Bảng 3: So sánh mức độ tổn thương đạo đức giữa các nhóm thâm niên làm việc

Thang đo	Thâm niên làm việc	N	M	SD	p
Tổng thang MISS-HP*	≤ 5 năm	38	14,53	4,60	$p = 0,005$
	> 5 năm	171	16,69	4,18	
Tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn	≤ 5 năm	38	2,72	0,90	$p = 0,001$
	> 5 năm	171	3,24	0,91	
Tiểu thang sự lên án	≤ 5 năm	38	1,83	0,77	$p = 0,854$
	> 5 năm	171	1,86	0,85	

3.2. Thực trạng lòng tự trắc ẩn ở nhân viên y tế

Mức độ lòng tự trắc ẩn của nhóm nghiên cứu ở mức trung bình ($M = 3,45$; $SD = 0,44$) theo mức điểm của Neff (Neff, 2021). Tương đồng với kết quả này, nghiên cứu tại Lebanon trên nhóm khách thể bao gồm 93 bác sỹ nội trú, y tá và bác sỹ đã báo cáo mức độ tự trắc ẩn ở mức trung bình là 3,25 (Hashem và Zeinoun, 2020).

Kết quả chỉ ra rằng nhóm nhân viên y tế từ 36 tuổi trở lên có mức độ lòng tự trắc ẩn ($M = 3,57$; $SD = 0,44$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới 36 tuổi ($M = 3,39$; $SD = 0,43$) với $p = 0,004$. Điều này chỉ ra rằng tuổi tác có thể là một yếu tố ảnh hưởng tích cực đến năng lực thực hành lòng tự trắc ẩn tổng thể của nhân viên y tế. Kết quả cho thấy những cá nhân thuộc nhóm tuổi lớn hơn có xu hướng bao dung với bản thân hơn, phù hợp với lập luận của Neff rằng mức độ tự trắc ẩn có xu hướng tăng theo thời gian của cuộc đời, đặc biệt khi con người đạt đến giai đoạn Cái Tôi toàn vẹn - giai đoạn gắn với việc chấp nhận bản thân - trong mô hình phát triển của Erikson (Erikson, 1968; Neff, 2011).

3.3. Mối quan hệ giữa lòng tự trắc ẩn và mức độ tổn thương đạo đức của bác sỹ và điều dưỡng

3.3.1. Mối quan hệ giữa lòng tự trắc ẩn và các khía cạnh tổn thương đạo đức của bác sỹ, điều dưỡng

Kết quả phân tích cho thấy tương quan giữa lòng tự trắc ẩn (thang SCS-SF) và mức độ tổn thương đạo đức của MISS-HP* không có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, lòng tự trắc ẩn không có tương quan có ý nghĩa thống kê với khía cạnh tội lỗi/hỗ thẹn. Tuy nhiên, lòng tự trắc ẩn lại có tương quan nghịch chiều ($r = -0,36$) đối với tiểu thang sự lên án có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Độ mạnh của tương quan chỉ ra mối quan hệ trung bình ($|r|$ nằm giữa 0,30 và 0,49) theo Cohen (Cohen, 1988). Mối quan hệ nghịch chiều cho thấy lòng tự trắc ẩn càng cao, trải nghiệm lên án trong tổn thương đạo đức càng thấp và ngược lại.

Bảng 4: Kết quả tương quan giữa lòng tự trách ẩn với các khía cạnh của tổn thương đạo đức ($n = 210$)

Các biến	Lòng tự trách ẩn	
	Tương quan (r)	Mức ý nghĩa (p)
Tiểu thang tội lỗi/hỗ thẹn	0,12	$p = 0,082$
Tiểu thang sự lên án	-0,36	$p < 0,001$
Tổng thang MISS-HP*	-0,03	$p = 0,623$

Theo Manalo (2019), tổn thương đạo đức thường gắn với xu hướng quy kết sai lầm đạo đức vào những đặc điểm nội tại, ổn định và mang tính bản chất của cá nhân, từ đó dẫn đến tự trách cứ và tự lên án kéo dài. Trong khi đó, lòng tự trách ẩn giúp cá nhân nhìn nhận sai sót theo hướng cân bằng và ít tự phê phán hơn thông qua sự tự tử tế, chánh niệm và nhận thức về tính nhân loại chung (Neff, 2003b, 2023). Nhờ đó, cá nhân ít hình thành các đánh giá tiêu cực và khắt khe đối với bản thân, qua đó giảm trải nghiệm tự lên án trong tổn thương đạo đức (Forkus, 2018; Kelley và cộng sự, 2019). Ngược lại, khi mức độ tự lên án gia tăng, cá nhân dễ đồng nhất sai lầm với giá trị bản thân, từ đó gây cảm giác tội lỗi, làm suy giảm khả năng duy trì thái độ tự tử tế và chấp nhận bản thân (Leary và cộng sự, 2007; Hoffman và Nickerson, 2021). Các nghiên cứu thực nghiệm cũng cho thấy tổn thương đạo đức có liên hệ với xu hướng tự phán xét, cô lập và đồng nhất hóa quá mức, qua đó làm giảm mức độ lòng tự trách ẩn tổng thể (Jang, 2022; Jang, 2025).

3.3.2. Mức độ dự báo ảnh hưởng của lòng tự trách ẩn và các khía cạnh của tổn thương đạo đức

Kết quả hồi quy tuyến tính đơn biến cho thấy lòng tự trách ẩn là yếu tố dự báo nghịch chiều có ý nghĩa thống kê đối với khía cạnh sự lên án của tổn thương đạo đức. Cụ thể, khi lòng tự trách ẩn tăng một đơn vị thì mức độ sự lên án giảm trung bình 0,67 đơn vị ($B = -0,67$; $p < 0,001$). Mô hình cho thấy lòng tự trách ẩn giải thích 12,7% phương sai của khía cạnh sự lên án. Kiểm định tổng thể của mô hình cũng cho thấy ý nghĩa thống kê ($F = 30,34$; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy lòng tự trách ẩn có vai trò nhất định trong việc hạn chế xu hướng tự lên án ở nhân viên y tế khi đối diện với các trải nghiệm gây tổn thương đạo đức.

Xét về mặt cơ chế tâm lý, vai trò dự báo của lòng tự trách ẩn đối với xu hướng tự lên án có thể được lý giải thông qua mô hình lý thuyết của Neff (2003b), theo đó, lòng tự trách ẩn giúp cá nhân phát triển cách tiếp cận mang tính chấp nhận và không phán xét đối với bản thân, từ đó làm suy giảm các quá trình tự chỉ trích mang tính khái quát hóa tiêu cực. Đồng thời, dưới góc độ lý thuyết quy kết, khi đối diện với các sai sót nghề nghiệp hoặc tình huống đạo đức khó khăn, cá nhân thường có xu hướng thực hiện các quy kết nội tại, ổn định và mang tính khái quát đối với lỗi lầm của bản thân, từ đó hình thành cảm giác tội lỗi, xấu hổ và tự lên án kéo dài (Manalo, 2019). Tuy nhiên, thay vì quy kết bản thân là “thất bại” hoặc “có lỗi toàn diện”, những cá nhân có mức tự trách ẩn cao có xu hướng nhìn nhận trải nghiệm đó trong bối cảnh rộng hơn của tính nhân loại chung, đồng thời duy trì trạng thái chánh niệm để tránh bị cuốn vào các phản ứng cảm xúc cực đoan (Neff và Dahm, 2015). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Gilbert-Ouimet và cộng sự khi cho thấy lòng tự trách ẩn có tương quan nghịch với tổn thương đạo đức (Gilbert-Ouimet và cộng sự,

2024). Chính cơ chế này góp phần làm suy giảm mức độ tự lên án - thành phần mang tính nhận thức đánh giá tiêu cực trong cấu trúc tổn thương đạo đức. Nhờ đó, lòng tự trách ân có thể đóng vai trò như một yếu tố bảo vệ, giúp nhân viên y tế giảm xu hướng tự lên án và trừng phạt bản thân trước những áp lực nghề nghiệp.

4. Kết luận

Nghiên cứu đã cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn về lòng tự trách ân và tổn thương đạo đức ở nhân viên y tế tại một bệnh viện tuyến tỉnh tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng tổn thương đạo đức hiện diện ở mức đáng kể trong nhóm nhân viên y tế tham gia nghiên cứu, trong đó một số biểu hiện như cảm giác tội lỗi, hổ thẹn được ghi nhận nổi bật hơn. Đặc biệt, những nhân viên có thâm niên công tác trên 5 năm có mức độ tổn thương tích lũy cao hơn. Bên cạnh đó, lòng tự trách ân của nhân viên y tế cũng được ghi nhận ở mức trung bình, trong đó độ tuổi cao hơn được ghi nhận liên quan đến mức độ tự trách ân lớn hơn. Đồng thời, lòng tự trách ân được xác định có mối liên hệ nghịch chiều với khía cạnh sự lên án của tổn thương đạo đức, cho thấy đây có thể là một cơ chế bảo vệ nội tại tiềm năng đối với sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế trong quá trình thực hành nghề. Đặc biệt, quá trình nghiên cứu cho thấy cần thận trọng khi sử dụng các thang đo phương Tây như MISS-HP trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, thể hiện qua việc tiêu thang “vấn đề tâm linh” có độ tin cậy thấp, qua đó cho thấy sự khác biệt về nhận thức và niềm tin tôn giáo/tâm linh giữa các nền văn hóa.

Mặc dù đạt được những kết quả trên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế cần được lưu ý. Thứ nhất, nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên chỉ phản ánh mối liên hệ giữa các biến số tại một thời điểm nhất định, chưa cho phép xác định mối quan hệ nhân quả dài hạn giữa lòng tự trách ân và tổn thương đạo đức. Thứ hai, dữ liệu được thu thập dựa trên phương pháp tự báo cáo, do đó khó tránh khỏi sai lệch kỳ vọng xã hội hoặc nhận thức chủ quan của người tham gia nghiên cứu.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả đề xuất nhân viên y tế cần chủ động củng cố lòng tự trách ân như một biện pháp đề ứng phó với căng thẳng đạo đức trong môi trường nghề nghiệp. Bên cạnh đó, các nhà quản lý bệnh viện cần xây dựng môi trường làm việc bao dung và triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý chuyên biệt, đặc biệt cho nhóm nhân viên có thâm niên cao do nguy cơ tích lũy tổn thương đạo đức theo thời gian.

Tài liệu tham khảo

- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16, 74-94. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02723327>.
- Bộ Y tế (2025). *Báo cáo tóm tắt kết quả thực hiện nhiệm vụ năm 2024*. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế.
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590-602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dahmardeh, H. (2025). The Effect of Implementing Self-Compassion Program on Moral Injury of Nursing Students. *Archives of Anesthesiology and Critical Care (Winter 2025)*, 11(1), 70-76.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton.

- Forkus, S. (2018). Moral injury, self-compassion, and mental health. *Master's thesis*. University of Rhode Island. Open Access Master's Theses.
- Gilbert-Ouimet, M., Zahiriharsini, A., Lam, L. Y., & Truchon, M. (2024). Associations between self-compassion and moral injury among healthcare workers: A cross-sectional study. *Nursing Ethics*, 32(5), 1510-1527.
- Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350-362.
- Griffin, B. J., Weber, M. C., Hinkson, K. D., Jendro, A. M., Pyne, J. M., Smith, A. J., Usset, T., Cucciare, M. A., Norman, S. B., Khan, A., Purcell, N., & Maguen, S. (2023). Toward a dimensional contextual model of moral injury: a scoping review on healthcare workers. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(3), 199-216. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00296-4>.
- Grumbach, K., & Willard-Grace, R. (2025). Health worker burnout and moral injury: Drivers, effects, and remedies. *Annual Review of Public Health*, 46, 123-141.
- Hashem, Z., & Zeinoun, P. (2020). Self-Compassion explains less burnout among healthcare professionals. *Mindfulness*, 11(11), 2542-2551. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01469-5>.
- Hoàng Trọng, Chu Nguyễn Mộng Ngọc. (2005). *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*. Nxb Thống kê.
- Hoffman, J., & Nickerson, A. (2021). An Experimental Investigation of the Impact of Blame Appraisals and Moral Injury Beliefs on Psychological Outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 319-332.
- Ivtzan, I., Young, T., Lee, H.C., Lomas, T., Daukantaitė, D., & Kjell, ONE. (2018) Mindfulness based flourishing program: a cross-cultural study of Hong Kong Chinese and British participants. *Journal of Happiness Studies*, 19(8), 2205-2023. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9919-1>.
- Jang, E. (2022). Mediating role of self-compassion in the association between moral injury and depression among Korean youths. *Heliyon*, 8(5), e09429. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09429>.
- Jang, E. (2025). A longitudinal study of the mediating role of self-compassion in the relationship between morally injurious events and moral disengagement. *Heliyon*, 11, e44069. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e44069>.
- Kelley, M. L., Bravo, A. J., Davies, R. L., Hamrick, H. C., Vinci, C., & Redman, J. C. (2019). Moral injury and suicidality among combat-wounded veterans: The moderating effects of social connectedness and self-compassion. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(6), 621-629.
- Koenig, H. G., Ames, D., Youssef, N. A., Oliver, J. P., Volk, F., Teng, E. J., Haynes, K., Erickson, Z. D., Arnold, I., O'Garro, K., & Pearce, M. (2018). Screening for Moral Injury: The Moral Injury Symptom Scale - Military Version Short Form. *Military medicine*, 183(11-12), e659-e665.
- Kotera, Y., Conway, E., & Van Gordon, W. (2019). Mental health of UK university business students: Relationship with shame, motivation and self-compassion. *Journal of Education for Business*, 94(1), 11-20.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
- Malakoutikhah, A., Zakeri, M. A., Koenig, H.G., & Dehghan, M. (2022). The psychometric properties of the Persian version of the moral injury symptoms scale-health care professional version. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.978572>.
- Manalo, M. (2019). *The role of self-compassion in the relationship between moral injury and psychological distress among military veterans*. *Master's thesis*. California State University, San Bernardino.

- Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z., & Koenig, H. G. (2020). Identifying Moral Injury in Healthcare Professionals: The Moral Injury Symptom Scale-HP. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2323-2340.
- Mantri, S., Song, Y. K., Lawson, J. M., Berger, E. J., & Koenig, H. G. (2021). Moral injury and burnout in health care professionals during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(10), 720-726.
- Mewborn, E. K., Fingerhood, M. L., Johanson, L., & Hughes, V. (2023). Examining moral injury in clinical practice: A narrative literature review. *Nursing Ethics*, 30(7-8), 960-974.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>.
- Neff, K. D. (2021). *Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)*. Self-Compassion by Kristin Neff. Retrieved March 13, 2026, from <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-SF-information.pdf>.
- Neff, K. D. (2022). Self-Compassion: theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10.
- Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Thị Bé Kiều, Tô Thị Lan Anh, Dương Thị Thùy Trang, Nguyễn Việt Phương. (2023). Chất lượng cuộc sống nghề nghiệp và các yếu tố liên quan ở nhân lực y tế làm việc tại Bệnh viện dã chiến số 1 Cần Thơ năm 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 61, 266-272.
- Nguyễn Vũ Quỳnh Hoa, Võ Thành Liêm (2023). Tình trạng kiệt sức của bác sĩ tại bệnh viện tuyến cơ sở: Tỷ lệ và yếu tố liên quan. *Vietnam Journal of Community Medicine*, 64 (Special Issue 9), 237-244.
- Nurse, K., & Baird, H. (2023). Situations of moral injury and ambiguity will always go on in healthcare: It is how we deal with them that is important. *BMJ Leader*, 8(2), 99-101.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Phạm Thị Thu Hồng, Nguyễn Ngọc Lý, Nguyễn Thị Ngọc Lê, Nguyễn Minh Tấn, Nguyễn Minh Trí, Bùi Thị Tú Quyên (2023). Căng thẳng, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương năm 2023 và một số yếu tố ảnh hưởng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 528(1).
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Shao, R., Wang, Y., & Worthington, R. (2025). Understanding moral injury and its predictors among Chinese physicians. *BMC Health Services Research*, 25(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12628-6>.
- Sharma, M. E., & Cousins, R. (2023). Understanding moral injury in frontline health care professionals 2 years after the onset of COVID-19. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(12), 934-939.
- Sinh, N. P., Hoa, L. T. T., Duc, N. D., Hoa, T., & Dung, N. T. (2024). Prevalence of mental disorders among healthcare workers after the pandemic in Vietnam and associated factors: A cross-sectional study. *Acta Informatica Medica*, 32(3-4), 225-231. <https://doi.org/10.5455/aim.2024.32.225-231>.
- Trần Thị Minh Đức, Ngô Thị Thùy, Nguyễn Thành Đức, Lê Nguyệt Anh, Lê Thu Trang. (2022). Lòng tự trách ẫn của giáo viên và tác động của nó tới các biểu hiện trầm cảm, lo âu và căng thẳng. *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn*, 8(3), tr. 258-273.

- Weijters, B., Cabooter, E., & Schillewaert, N. (2010). The effect of rating scale format on response styles: The number of response categories and response category labels. *International Journal of Research in Marketing*, 27(3), 236-247. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2010.02.004>.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>.
- Zhizhong, W., Koenig, H.G., Yan, T., Jing, W., Mu, S., Hongyu, L. & Guangtian, L. (2020) Psychometric properties of the moral injury symptom scale among Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 20(1), 556. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02954-w>.