

Thách thức trong điều trị lọc máu chu kỳ: Nghiên cứu định tính từ góc nhìn người bệnh và nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lai

Dương Hải Yến¹, Lê Minh Thi^{2*}, Hoàng Lan Vân³

¹Bệnh viện Đa khoa Gia Lai, 132 Tôn Thất Tùng, phường Pleiku, tỉnh Gia Lai, Việt Nam

²Trường Đại học Y tế Công cộng, 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Phenikaa, đường Nguyễn Trác, phường Dương Nội, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 29/10/2025; ngày chuyển phản biện 30/10/2025; ngày nhận phản biện 12/11/2025; ngày chấp nhận đăng 25/11/2025

Tóm tắt:

Lọc máu chu kỳ (maintenance hemodialysis) là phương pháp điều trị thay thế thận được thực hiện đều đặn 2-3 buổi mỗi tuần nhằm duy trì cân bằng nội môi và sự sống cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối [1]. Bài báo mô tả khó khăn và thách thức trong điều trị lọc máu chu kỳ từ góc nhìn người bệnh và nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lai từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2025. Nghiên cứu định tính theo hiện tượng học. Phỏng vấn sâu bán cấu trúc với 10 người bệnh và 6 NVYT. Các cuộc phỏng vấn được ghi âm và gỡ băng; dữ liệu mã hóa độc lập bởi hai nghiên cứu viên và phân tích theo Braun & Clarke. Bảo hòa thông tin được xem là đạt khi không phát sinh mã mới trong hai đến ba cuộc phỏng vấn liên tiếp. Xác định năm chủ đề: (1) gánh nặng kinh tế và cảm giác là gánh nặng cho gia đình; (2) gia đình là nguồn hỗ trợ vật chất và tinh thần chính; (3) hỗ trợ cộng đồng còn rời rạc; (4) ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần; (5) hạn chế hệ thống và nỗ lực NVYT. Bối cảnh địa phương (địa hình miền núi, trình độ học vấn còn thấp) làm tăng rào cản đi lại để tiếp cận dịch vụ, ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị. Lọc máu chu kỳ tại Gia Lai là thách thức đa chiều. Cần các can thiệp tích hợp: tăng năng lực hệ thống, mở rộng hỗ trợ tâm lý và cơ chế hỗ trợ tài chính nhằm cải thiện tuân thủ và chất lượng cuộc sống (QoL).

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, định tính, Gia Lai, lọc máu chu kỳ, suy thận mạn.

Chỉ số phân loại: 3.2, 3.3, 3.5

Challenges in maintenance haemodialysis care: A qualitative study from the perspectives of patients and healthcare providers at Gia Lai General Hospital

Hai Yen Duong¹, Minh Thi Le^{2*}, Lan Van Hoang³

¹Gia Lai General Hospital, 132 Ton That Tung Street, Pleiku Ward, Gia Lai Province, Vietnam

²Hanoi University of Public Health, 1A Duc Thang Street, Dong Ngac Ward, Hanoi, Vietnam

³Phenikaa University, Nguyen Trac Street, Duong Noi Ward, Hanoi, Vietnam

Received 29 October 2025; revised 12 November 2025; accepted 25 November 2025

Abstract:

Maintenance haemodialysis is a renal replacement therapy performed regularly two to three times per week to maintain homeostasis and sustain life in patients with end-stage chronic kidney disease [1]. This study describes the difficulties and challenges of maintenance haemodialysis from the perspectives of patients and healthcare providers at Gia Lai General Hospital between January and August 2025. A qualitative phenomenological approach was employed. Semi-structured in-depth interviews were conducted with 10 patients receiving maintenance haemodialysis and 6 healthcare providers. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim; the data were independently coded by two researchers and analysed using Braun and Clarke's thematic analysis. Data saturation was considered achieved when no new codes emerged across two to three consecutive interviews. Five themes were identified: (1) economic burden and the perception of being a burden on the family; (2) family as the primary source of material and emotional support; (3) limited and fragmented community support; (4) impacts on mental health; and (5) systemic constraints and healthcare staff efforts. Local contextual factors, including mountainous terrain and low educational levels, transport-related barriers to accessing services, negatively affecting treatment adherence. Maintenance haemodialysis in Gia Lai presents multidimensional challenges. Integrated interventions are needed, including strengthening system capacity, expanding psychological support, and enhancing financial assistance mechanisms to improve treatment adherence and patients' quality of life.

Keywords: chronic kidney disease, Gia Lai, maintenance haemodialysis, qualitative study, quality of life.

Classification numbers: 3.2, 3.3, 3.5

*Tác giả liên hệ: Email: lmt@huph.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) là một gánh nặng sức khỏe cộng đồng ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Ước tính hàng triệu người cần điều trị thay thế chức năng thận, trong đó, lọc máu chu kỳ là hình thức phổ biến nhất và tiêu tốn nhiều nguồn lực y tế [2]. Tình trạng này kéo theo chi phí điều trị lớn, nhu cầu nhân lực và thiết bị chuyên dụng, cũng như tỷ lệ nhập viện và tử vong cao nếu không được quản lý tốt [3].

Tại Việt Nam, số người mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối và nhu cầu lọc máu chu kỳ tăng đều qua các năm, đặt áp lực lớn lên hệ thống y tế tuyến tỉnh và hộ gia đình do chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp [3, 4]. Nghiên cứu định lượng trong nước cho thấy QoL của người lọc máu chu kỳ thường ở mức trung bình - thấp, đặc biệt điểm thể chất và tinh thần thấp hơn các lĩnh vực khác, phản ánh cả gánh nặng thể chất lẫn tâm lý - xã hội. Ngoài ra, việc tiếp cận dịch vụ, chi phí vật tư tiêu hao và cơ chế hỗ trợ tài chính chưa đầy đủ làm tăng nguy cơ bỏ buổi, giảm liều lọc và xấu đi kết quả lâm sàng [5, 6].

Mặc dù có nhiều nghiên cứu định lượng mô tả mức độ QoL và các yếu tố liên quan, các bằng chứng định tính về trải nghiệm sống, những cảm nhận, chiến lược đối phó của người bệnh và góc nhìn thực hành của NVYT - đặc biệt ở những khu vực miền núi, dân tộc thiểu số đông - vẫn còn hạn chế. Tiếp cận hiện tượng học cho phép khám phá sâu sắc bản chất trải nghiệm của người bệnh, từ đó giải thích được "vì sao" các chỉ số định lượng như điểm QoL lại ở mức thấp và làm rõ các rào cản văn hóa, giao tiếp và tổ chức dịch vụ mà các khảo sát định lượng khó bộc lộ. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lai - một bệnh viện tuyến tỉnh ở khu vực Tây Nguyên, nơi địa hình miền núi trải dài, nhiều xã cách xa trung tâm 30-140 km, giao thông khó khăn, và tỷ lệ người dân tộc thiểu số (Jrai, Bana) chiếm tỷ lệ lớn. Các yếu tố này tạo ra rào cản về di chuyển, ngôn ngữ và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế - những đặc điểm ảnh hưởng trực tiếp đến việc tuân thủ điều trị lọc máu chu kỳ. Trên cơ sở đó, nghiên cứu hướng tới: (1) mô tả các khó khăn và thách thức trong quá trình điều trị lọc máu chu kỳ theo kinh nghiệm của người bệnh; (2) nắm bắt góc nhìn và nỗ lực của NVYT trong việc hỗ trợ người bệnh; (3) đề xuất các hướng can thiệp khả thi phù hợp bối cảnh địa phương để cải thiện tuân thủ điều trị và

QoL. Kết quả nghiên cứu hướng tới cung cấp bằng chứng thực tiễn cho hoạch định chính sách và cải thiện chăm sóc tại tuyến tỉnh.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu định tính với tiếp cận hiện tượng học được sử dụng nhằm khám phá trải nghiệm những khó khăn và thách thức mà người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối gặp phải trong quá trình điều trị lọc máu chu kỳ.

2.2. Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa Gia Lai. Dữ liệu được thu thập từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh (NB): Người bệnh ≥ 18 tuổi, chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối, đang điều trị lọc máu chu kỳ ≥ 3 tháng tại khoa; có khả năng hiểu và trả lời phỏng vấn; đồng ý tham gia bằng văn bản. Loại trừ: người bệnh trong tình trạng cấp cứu, mất năng lực nhận thức, hoặc từ chối tham gia.

Nhân viên y tế: Cán bộ tham gia trực tiếp chăm sóc người bệnh lọc máu chu kỳ, gồm bác sỹ điều trị, điều dưỡng trực/điều dưỡng trưởng; cán bộ làm công tác quản lý bao gồm: lãnh đạo khoa, điều dưỡng trưởng khoa và nhân viên công tác xã hội.

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích nhằm đảm bảo đa dạng về tuổi, giới, dân tộc và hoàn cảnh kinh tế. Thực tế, nghiên cứu đã thực hiện tổng cộng 16 cuộc phỏng vấn (10 NB và 6 NVYT), quá trình thu thập tiếp tục đến khi đạt bão hòa thông tin - được định nghĩa là khi hai đến ba cuộc phỏng vấn liên tiếp không bổ sung chủ đề mới.

2.5. Thu thập dữ liệu

Dữ liệu thu thập bằng phỏng vấn sâu bán cấu trúc theo hướng dẫn phỏng vấn soạn sẵn, bao gồm các chủ đề: chi phí và gánh nặng kinh tế, hỗ trợ gia đình - xã hội, tác động tinh thần, trải nghiệm dịch vụ y tế và đề xuất cải thiện. Mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài khoảng 30-45 phút, được thực hiện bằng tiếng Việt và tiếng địa phương; đối

với người tham gia là đồng bào dân tộc thiểu số, có hỗ trợ phiên dịch là NVYT. Toàn bộ cuộc phỏng vấn được ghi âm và nghiên cứu viên ghi chú hiện trường. Bản ghi âm được gõ bằng nguyên văn ngay sau phỏng vấn.

2.6. Phân tích dữ liệu

Bản ghi được mã hóa bằng phương pháp thematic analysis theo sáu bước của Braun & Clarke: (1) làm quen với dữ liệu; (2) tạo mã sơ bộ; (3) tìm kiếm chủ đề; (4) rà soát chủ đề; (5) đặt tên và định nghĩa chủ đề; (6) viết báo cáo. Hai nghiên cứu viên độc lập tiến hành mã hóa, mọi khác biệt được thảo luận cho tới khi đạt đồng thuận. Dữ liệu được nhập quản lý bằng file Word.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng (Quyết định số 96/2025/YTCC-HĐ3, ngày 8/4/2025) và được Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Gia Lai chấp thuận. Tất cả người tham gia đã cung cấp sự đồng ý bằng văn bản trước khi tham gia.

3. Kết quả

Phân tích theo phương pháp chủ đề đã xác định được năm nhóm khó khăn và thách thức chính trong quá trình điều trị, bao gồm:

3.1. Gánh nặng kinh tế và cảm giác trở thành gánh nặng cho gia đình

Gánh nặng tài chính là trở ngại nổi bật mà người bệnh phải đối mặt trong suốt quá trình điều trị. Chi phí đi lại, dây lọc máu, thuốc và sinh hoạt hằng ngày khiến nhiều gia đình rơi vào tình trạng rất khó khăn. Không ít người bệnh phải vay mượn từ người thân, bạn bè hoặc hàng xóm, thậm chí bán tài sản như nương rẫy để tiếp tục điều trị. Một số trường hợp khi không thu xếp được tài chính, người bệnh buộc phải dừng các buổi lọc máu, điều này có thể đe dọa trực tiếp đến tình trạng sức khỏe. Nhiều người bệnh cũng chia sẻ những cảm xúc và tâm trạng luôn thấy day dứt, cho rằng bản thân trở thành gánh nặng cho gia đình khi vừa không tạo ra thu nhập, vừa tiêu tốn nhiều tiền bạc. Cảm giác phụ thuộc và mặc cảm này xuất hiện lặp đi lặp lại, nhất là ở người bệnh còn trẻ, đang nuôi con nhỏ hoặc trong gia đình chỉ có một nguồn thu. *“Gia đình lo tất cả về kinh tế, có đi vay mượn ở ngoài để chữa bệnh... Vừa chữa bệnh, hai con nhỏ còn đi học và chăm sóc ông nội hơn 90 tuổi nên rất ảnh hưởng đến kinh tế” (NB-N01, nữ).*

“Trừ bảo hiểm y tế ra mỗi tháng mình phải đóng 700 nghìn để mua dây, khi không có thì đi mượn anh em, có tuần không có tiền mình không đi chạy nữa” (NB-N03, nữ). “Một mình chồng làm hết mọi việc, nuôi con đi học, nuôi vợ bệnh... nhiều lúc nghĩ mình mà sống thì chồng con càng khổ” (NB-N04, nữ).

Kết quả cho thấy, gánh nặng kinh tế không chỉ là vấn đề tài chính thuần túy, mà còn kéo theo áp lực tâm lý lớn, làm người bệnh cảm thấy mặc cảm, bất lực và gia tăng lo âu về tương lai của gia đình.

3.2. Gia đình và sự đồng hành trong quá trình điều trị

Hầu hết người bệnh đều khẳng định rằng, gia đình chính là chỗ dựa vững chắc nhất giúp họ duy trì việc điều trị bệnh. Vai trò của gia đình thể hiện trên nhiều phương diện khác nhau bao gồm: hỗ trợ kinh tế, chăm sóc trực tiếp, và động viên tinh thần. Người thân không chỉ gánh vác chi phí đi lại, ăn ở, chi phí y tế mà còn dành thời gian đưa đón người bệnh trong những lần đến bệnh viện để lọc máu, giúp họ an tâm hơn khi điều trị. Cảm giác được quan tâm, che chở từ người thân giúp người bệnh có thêm động lực vượt qua những đau đớn thể chất và lo âu tinh thần. Đối với những người bệnh còn trẻ, chưa lập gia đình riêng, cha mẹ thường là chỗ dựa toàn diện về cả chi phí và quá trình chăm sóc. Một người bệnh nam cho biết: *“Ba mẹ là người lo tất cả về chi phí đi lại, tiền ăn, tiền xe mỗi tuần. Em chưa có vợ nên mọi thứ đều nói với ba mẹ nhiều nhất” (NB-N02, nam).* Ở nhóm nữ giới, đặc biệt khi ở xa bệnh viện, vai trò người mẹ/người chị trong việc đưa đón được nhấn mạnh: *“Mẹ và gia đình hỗ trợ em rất nhiều... mỗi lần đi chạy thận mẹ đều đưa em đi” (NB-N05, nữ).* Sự nâng đỡ này giúp người bệnh giảm lo âu, duy trì lịch lọc máu đều đặn và gắn bó điều trị tốt hơn; đồng thời, sự phụ thuộc kéo dài làm phát sinh gánh nặng chăm sóc và căng thẳng kinh tế - tâm lý cho người thân, nhất là khi gia đình có một nguồn thu duy nhất hoặc phải chăm thêm người cao tuổi. Điều này cho thấy gia đình vừa là điều kiện quyết định để duy trì điều trị, vừa là nhóm cần được hỗ trợ (tư vấn ngắn cho người chăm sóc, hướng dẫn theo dõi tại nhà, kết nối nguồn trợ giúp xã hội) để hạn chế kiệt sức và bảo toàn tính bền vững của chăm sóc.

3.3. Hạn chế trong hỗ trợ xã hội và cộng đồng

Ngoài gia đình, đa số người bệnh ít nhận được hỗ trợ chính thức từ địa phương/đoàn thể. Trợ giúp chủ yếu là từ thiện, ngắn hạn và không ổn định: *“Ở buôn thì ai cũng nghèo nên không ai cho mình gì cả, ở xã cũng thế, mình làm đơn xin tiền hộ nghèo nhưng bao nhiêu năm nay rồi vẫn không được”* (BN-N05, nữ). Một số ít người bệnh có nhắc đến sự giúp đỡ từ các đoàn từ thiện, nhưng nguồn hỗ trợ này mang tính ngắn hạn, không ổn định và không đủ để giảm bớt gánh nặng lâu dài. Sự hạn chế về nguồn lực của cộng đồng, đặc biệt tại vùng miền núi còn nhiều khó khăn, càng làm cho người bệnh cảm thấy đơn độc trong hành trình điều trị. *“Có đoàn từ thiện hay cho những người có hoàn cảnh khó khăn như mình 1 tháng 1 triệu đồng để đóng tiền dây, còn tết thì cho gạo và bánh”* (NB-N01, nữ). Những chia sẻ này cho thấy mặc dù cộng đồng địa phương có sự hiện diện nhất định của hoạt động từ thiện, nhưng đó chỉ là nguồn lực ngắn hạn, chưa thể thay thế cho các chính sách hỗ trợ bền vững. Việc thiếu một hệ thống hỗ trợ xã hội chính thức khiến gánh nặng bệnh tật và kinh tế vẫn dồn chủ yếu lên vai gia đình người bệnh.

3.4. Ảnh hưởng tâm lý và sức khỏe tinh thần

Các vấn đề tâm lý nổi lên như một thách thức quan trọng đối với người bệnh suy thận mạn đang điều trị lọc máu chu kỳ. Nhiều người bệnh thể hiện cảm giác lo âu, chán nản kéo dài, thậm chí xuất hiện suy nghĩ bi quan về tương lai và sự sống của bản thân. Bên cạnh đó, một số người bệnh sau thời gian điều trị đã dần thích nghi, tìm cách duy trì thái độ lạc quan để giảm bớt căng thẳng. *“Đêm nằm nghĩ mà thấy buồn chán lắm, mình là gánh nặng cho chồng, con và cả gia đình nhưng chả biết làm sao cả, nhiều lúc nghĩ đại muốn chết đi cho xong”* (NB-N01, nữ). *“Mấy năm đầu tôi suy sụp lắm nhưng bây giờ cũng thành quen, có lo lắng cũng không giải quyết được gì nên tôi luôn lạc quan mỗi ngày”* (NB-N06, nữ).

Những chia sẻ của người bệnh cho thấy tình trạng bệnh kéo dài cùng gánh nặng kinh tế không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn làm suy giảm đáng kể sức khỏe tinh thần. Đồng thời phản ánh sự đa dạng trong chiến lược ứng phó - từ bi quan đến thích nghi tích cực.

3.5. Khó khăn hệ thống và nỗ lực của nhân viên y tế

Nhân viên y tế cho biết vai trò công việc của họ vượt xa ngoài những thao tác kỹ thuật lọc máu, bao gồm cả tư vấn - nâng đỡ tinh thần và giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Tuy nhiên, nhiều rào cản hệ thống khiến nỗ lực này chưa đạt như kỳ vọng. Trước hết, những khó khăn như thiếu thiết bị sẽ làm gia tăng nguy cơ “giảm tần suất lọc” và thu hẹp “thời gian chất lượng” hỗ trợ tâm lý và giáo dục sức khỏe cho người bệnh: *“Bệnh viện hiện đang lọc máu cho gần 200 bệnh nhân nhưng chỉ có 19 máy... nhiều bệnh nhân đứng ra phải chạy 3 lần/tuần nhưng vì thiếu máy mà chỉ chạy được 2 lần/tuần”* (NVYT-03-II). Tình trạng quá tải tái diễn khi *“Số lượng bệnh nhân đông, máy thì thiếu... những lúc máy hư thì bệnh nhân sẽ bị dồn lại, dẫn đến nhiều ngày sẽ bị quá tải”* (NVYT-01-I). Cùng với đó, việc thiếu nhân lực điều dưỡng chuyên khoa dẫn tới tăng ca liên tục và giảm khả năng theo sát người bệnh: *“Điều dưỡng phải tăng ca nên không thể tư vấn kỹ càng và sâu sát bệnh nhân được”* (NVYT-03-II). Ở phương diện người bệnh, bác sỹ ghi nhận gánh nặng tâm lý (hoang mang, bi quan) ảnh hưởng trực tiếp đến tuân thủ điều trị: *“Có nhiều người bắt đầu hoang mang, tỏ ra rất lo lắng khi vừa nghe đến bệnh suy thận là nghĩ chỉ có một con đường là chết thôi”* (NVYT-03-II). Bối cảnh địa phương còn làm nổi bật rào cản ngôn ngữ - văn hóa với nhóm bệnh nhân dân tộc thiểu số, những khuyến cáo về dinh dưỡng và dùng thuốc rất khó để người bệnh có thể hiểu, ghi nhớ và thực hành tại nhà. *“Bệnh nhân người đồng bào là chủ yếu, trong quá trình lọc máu bác sỹ dặn đừng uống nước nhiều, nhưng họ không nghe vẫn cứ uống rất nhiều”* (NVYT-01).

Sự kết hợp từ các yếu tố trên cho thấy nỗ lực của đội ngũ nhân viên trực tiếp điều trị, chăm sóc đang bị giới hạn bởi những khó khăn có thể gây trở ngại giao tiếp. Những phân tích này cho thấy, dù phải làm việc trong điều kiện nguồn lực còn hạn chế, NVYT vẫn luôn phải nỗ lực cân bằng giữa nhiệm vụ chuyên môn và nhu cầu hỗ trợ tinh thần, nhưng hiệu quả chưa thể đáp ứng đầy đủ kỳ vọng của cả người bệnh lẫn bản thân họ.

4. Bàn luận

Nghiên cứu này vẽ nên bức tranh đa tầng của điều trị lọc máu chu kỳ tại Gia Lai: trọng tâm là gánh nặng kinh tế và hệ quả tâm lý của người bệnh, khoảng trống trong hỗ trợ xã hội, nút thắt hệ thống (thiếu máy, thiếu nhân lực,

rào cản ngôn ngữ - văn hóa) kèm theo nỗ lực lớn nhưng có giới hạn của NVYT, trong khi gia đình vẫn là nguồn giúp đỡ chính. Trước hết, khó khăn nổi bật đó chính là chi phí đi lại, chi phí vật tư và sinh hoạt hàng ngày, không chỉ khiến người bệnh vay mượn hoặc tạm dừng điều trị mà còn sinh ra mặc cảm “là gánh nặng” làm giảm động lực tuân thủ [7, 8].

Về mặt tâm lý, dao động giữa bi quan và thích nghi cho thấy cần can thiệp tâm lý liên tục chứ không phải chỉ hỗ trợ lẻ tẻ [9]. N.T.T. Mai và cs (2021) [10] cũng ghi nhận miền tinh thần của QoL đạt điểm thấp nhất [9, 10]. Những phát hiện này khẳng định rằng chăm sóc tâm lý cần được tích hợp như một phần không thể thiếu trong quản lý bệnh thận mạn. Một điểm nổi bật khác từ dữ liệu định tính là sự hỗ trợ từ cộng đồng mang tính tự phát, ngắn hạn nên không thể bù đắp cho thiếu hụt chính sách an sinh, dẫn đến phụ thuộc quá mức vào gia đình và nguy cơ kiệt sức cho người chăm sóc. Tại Việt Nam, nghiên cứu của N.V. Thong (2024) [11] cũng chỉ ra rằng, vai trò cộng đồng trong chăm sóc bệnh nhân thận mạn giai đoạn cuối còn rất mờ nhạt. Và vấn đề quan trọng về sự an toàn, nút thắt thiết bị - nhân lực (máy lọc hạn chế, phải xếp ca đêm hoặc giảm buổi lọc máu) trực tiếp làm tăng nguy cơ thiếu liều lọc và các biến cố lâm sàng, đồng thời thu hẹp “thời gian chất lượng” để tư vấn tâm lý và giáo dục sức khỏe. Đây không phải hiện tượng cá biệt, mà phản ánh thực trạng chung ở nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, khi nhu cầu tăng nhanh nhưng đầu tư cơ sở vật chất chưa tương xứng theo Bộ Y tế (2023) [2]. Kết quả này cộng hưởng với nhận định của T. Liyanage và cs (2015) [8] cho thấy thiếu máy chạy thận vẫn là vấn đề toàn cầu, đặc biệt ở các nước thu nhập thấp. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc đầu tư mở rộng hạ tầng và đào tạo nhân lực chuyên ngành thận - tiết niệu, một thực trạng đã được cảnh báo trong tổng quan quốc tế về tiếp cận điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối của T. Liyanage và cs (2015) [8]. Quan điểm của bác sỹ và điều dưỡng cho thấy công tác chăm sóc người bệnh thận mạn giai đoạn cuối không chỉ giới hạn ở kỹ thuật mà còn bao gồm hỗ trợ tinh thần và giáo dục sức khỏe. Tuy nhiên, họ gặp nhiều trở ngại như áp lực công việc, thiếu nhân lực, khác biệt ngôn ngữ và văn hóa với bệnh nhân dân tộc thiểu số. R.K. Hall và cs (2020) [12] cũng nhấn mạnh

tình trạng tương tự khi NVYT tại Mỹ phải cân bằng giữa nhiệm vụ kỹ thuật và nhu cầu hỗ trợ tâm lý.

Mặt khác, điểm mạnh của bối cảnh là sự đồng hành tích cực của gia đình và tinh thần trách nhiệm của NVYT tại bệnh viện; hai nguồn lực này tạo nền tảng để triển khai những can thiệp thực tiễn. Từ những phân tích trên, hàm ý thực tế rõ ràng: tại tuyến tỉnh cần ưu tiên tăng năng lực hệ thống như cung cấp thêm máy lọc máu, gia tăng điều dưỡng chuyên khoa; thiết kế các biện pháp giảm bỏ tần suất lọc máu có thể thực hiện ngay như hỗ trợ chi phí di chuyển, nhắc lịch chủ động; chuẩn hoá các bảng kiểm để tư vấn ngắn sau lọc máu về tâm lý (sàng lọc lo âu/trầm cảm), và phát triển truyền thông sức khỏe thích ứng văn hoá (tài liệu song ngữ, hỗ trợ viên bản địa) - những can thiệp này vừa nhắm vào “điểm nghẽn” hệ thống vừa hỗ trợ gia đình, từ đó có khả năng cải thiện tuân thủ điều trị và QoL cho người bệnh.

Nghiên cứu còn một số hạn chế: Cỡ mẫu định tính tuy đạt bão hòa nhưng vẫn nhỏ và được chọn có chủ đích, nên không nhằm đại diện cho toàn bộ người bệnh lọc máu. Dữ liệu phỏng vấn có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch hồi tưởng và mức độ cởi mở của người tham gia; với nhóm dân tộc thiểu số, rào cản ngôn ngữ có thể làm giảm sắc thái diễn đạt khi phiên dịch. Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện tuyến tỉnh nên chưa phản ánh đầy đủ sự khác biệt giữa các cơ sở lọc máu khác. Tuy vậy, bối cảnh miền núi với đặc thù văn hóa đa dạng lại giúp làm rõ những rào cản mà các nghiên cứu ở đô thị khó ghi nhận, và việc mã hóa độc lập bởi hai nghiên cứu viên cùng đạt bão hòa thông tin góp phần tăng độ tin cậy cho kết quả.

5. Kết luận và khuyến nghị

Nghiên cứu định tính này cho thấy điều trị lọc máu chu kỳ tại Gia Lai là một thách thức đa chiều, chịu ảnh hưởng bởi gánh nặng kinh tế, hạn chế hỗ trợ xã hội và điểm nghẽn hệ thống. Cần các can thiệp tích hợp ở mức hệ thống và cộng đồng - bao gồm tăng năng lực dịch vụ, mở rộng hỗ trợ tâm lý và cơ chế hỗ trợ tài chính/vận chuyển - để cải thiện tuân thủ điều trị và QoL bệnh nhân. Việc cải thiện các khía cạnh này sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và cuộc sống cho bệnh nhân suy thận mạn, đặc biệt tại những khu vực miền núi còn nhiều khó khăn như Gia Lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kidney Disease Improving Global (2024), *Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*, Kidney International Supplements (Elsevier), 198pp.
- [2] Ministry of Health (2023), *Decision No. 4397/QĐ-BYT on Promulgating Safety and Technical Performance Criteria for Hemodialysis Machines* (in Vietnamese).
- [3] P.V. Hien, N.H.T. Truc, N.M.T. Tuan (2022), "Evaluation of the effectiveness of hemodialysis by the Kt/V index among patients undergoing hemodialysis at the Hemodialysis Department of Cho Ray Hospital", *Vietnam Medical Journal*, **519(2)**, DOI: 10.51298/vmj.v519i2.3679 (in Vietnamese).
- [4] V.D. Thuan, L.T.H. Hiep, T.T.H. Thanh (2025), "Current status of patients treating chronic kidney disease and some related factors at Vung Tau Hospital in 2024", *Vietnam Medical Journal*, **546(2)**, pp.296-301, DOI: 10.51298/vmj.v546i2.12655 (in Vietnamese).
- [5] International Society of Nephrology (2023), *ISN-Global Kidney Health Atlas*, https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital.pdf, accessed 10 March 2025.
- [6] World Health Organization (2025), "Chronic kidney disease (CKD)", <https://www.who.int/health-topics/kidney-disease>, accessed 10 March 2025.
- [7] N.T. Ngoc, N.T.N. Phuong, T.T.X. Giao (2018), "Quality of life among patients receiving maintenance hemodialysis", *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*, **22(5)**, pp.125-131 (in Vietnamese).
- [8] T. Liyanage, T. Ninomiya, V. Jha, et al. (2015), "Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review", *Lancet*, **385(9981)**, pp.1975-1982, DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61601-9.
- [9] C. Chiaranai (2018), "The lived experience of patients receiving hemodialysis in Thailand: A phenomenological study", *Journal of Nursing Science*, **26(5)**, pp.325-332.
- [10] N.T.T. Mai, N.T.T. Nha, N.T. Cong, et al. (2021), "Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis in Hanoi", *Journal of Human Resources for Social Sciences*, **7**, pp.87-97 (in Vietnamese).
- [11] N.V. Thong (2024), "Quality of life of patients receiving maintenance hemodialysis for end-stage renal disease in Vinh city, Nghe An province", *Thai Binh Journal of Medicine and Pharmacy*, pp.44-48, DOI: 10.62685/tbjmp.2024.3.08 (in Vietnamese).
- [12] R.K. Hall, M.P. Cary, T.R. Washington, et al. (2020), "Quality of life in older adults receiving hemodialysis: A qualitative study", *Qual. Life Res.*, **29(3)**, pp.655-663, DOI: 10.1007/s11136-019-02349-9.