

Kiểm định giá trị cấu trúc và khả năng phân biệt của thang đo VQ11 đối với chất lượng cuộc sống người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Validation of the structural validity and discriminative ability of the VQ11 questionnaire for assessing quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Chu Thị Quý^{1,2*}, Đỗ Minh Sinh¹,
Nguyễn Thị Hoa Huyền³,
Lương Nguyên Giáp⁴,
Nguyễn Thị Kim Thu⁵

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định,

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội,

³Viện Khoa học Sức khỏe, trường Đại học VinUni,

⁴Bệnh viện Thanh Nhàn,

⁵Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Kiểm định giá trị cấu trúc và khả năng phân biệt của thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt trong đo lường chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 168 người bệnh COPD tại Phòng khám Hô hấp, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4 đến tháng 5 năm 2025. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi VQ11 phiên bản tiếng Việt thông qua phỏng vấn trực tiếp. Phân tích nhân tố khám phá Exploratory Factor Analysis (EFA) được sử dụng để đánh giá cấu trúc tiềm ẩn của thang đo. Độ tin cậy nội tại được xác định bằng hệ số Cronbach's alpha. Giá trị phân biệt được kiểm định bằng cách so sánh điểm VQ11 giữa các nhóm người bệnh theo mức độ khó thở (mMRC) và mức độ triệu chứng (CAT). **Kết quả:** Chỉ số KMO đạt 0,935 và kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cho thấy dữ liệu phù hợp để thực hiện EFA. Kết quả phân tích rút được hai nhân tố chính với tổng phương sai trích đạt 74,3%, các mục hỏi được phân nhóm rõ ràng thành hai cấu phần. Hệ số Cronbach's alpha toàn thang đo đạt 0,942; tất cả các mục đều có tương quan với tổng thang đo $> 0,3$. Trung vị điểm VQ11 ở nhóm có mức độ khó thở mMRC ≥ 2 là 28,5 (IQR: 11), cao hơn so với nhóm mMRC < 2 là 21,0 (IQR: 4); $p < 0,001$. Mức độ triệu chứng của bệnh, nhóm có CAT ≥ 10 có điểm VQ11 cao hơn nhóm CAT < 10 (23,0 so với 20,0; $p < 0,001$). **Kết luận:** Thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt cho thấy cấu trúc hai nhân tố rõ ràng trong quần thể người bệnh COPD được khảo sát, với độ tin cậy cao và khả năng phân biệt tốt giữa các nhóm bệnh nhân theo đặc điểm lâm sàng. Công cụ này phù hợp để sử dụng trong đo lường chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD tại Việt Nam.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng cuộc sống, thang đo VQ11, phân tích nhân tố khám phá.

Ngày nhận bài: 11/6/2025, ngày chấp nhận đăng: 26/8/2025

* Người liên hệ: quychuthi@gmail.com - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Summary

Objective: This study aimed to assess the construct validity and discriminative ability of the Vietnamese version of the VQ11 questionnaire in measuring quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Subject and method:** A cross-sectional study was conducted on 168 COPD patients at the respiratory outpatient clinic of Thanh Nhan Hospital from April to May 2025. Data were collected using the Vietnamese version of the VQ11 questionnaire through face-to-face interviews. Exploratory Factor Analysis (EFA) was performed to examine the underlying factor structure. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha. Discriminative validity was evaluated by comparing VQ11 scores between clinical subgroups based on the degree of dyspnea (mMRC) and symptom severity (CAT score). **Result:** The KMO index was 0.935, and Bartlett's test was statistically significant ($p < 0.001$), indicating that the data were suitable for EFA. Two main factors were extracted, explaining 74.3% of the total variance. The items clearly clustered into two distinct components. The overall Cronbach's alpha was 0.942, and all items had item-total correlations above 0.3. The median VQ11 score was higher in patients with $mMRC \geq 2$ (28.5; IQR: 11) than in those with $mMRC < 2$ (21.0; IQR: 4); $p < 0.001$. Similarly, patients with $CAT \geq 10$ had higher VQ11 scores than those with $CAT < 10$ (23.0 vs. 20.0; $p < 0.001$). **Conclusion:** The Vietnamese version of the VQ11 demonstrates a clear two-factor structure, high internal consistency, and good discriminative validity among COPD patients. It is a suitable tool for assessing quality of life in COPD populations in Vietnam.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, VQ11 questionnaire, exploratory factor analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là một bệnh hô hấp rất phổ biến và hầu như có thể phòng ngừa được, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và luồng khí phổi bị hạn chế¹. COPD có thể làm suy giảm dần chức năng phổi và dẫn đến nhiều triệu chứng hô hấp khác nhau như ho, khạc đờm, khó thở và làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD là sự đánh giá chủ quan của người bệnh về mức độ hài lòng với cuộc sống trong bối cảnh các yếu tố thể chất, tâm lý, xã hội^{2,3}. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe được coi là một trong những chỉ số quan trọng nhất phản ánh hiệu quả điều trị ở bệnh nhân COPD⁴.

Một trong các công cụ đo lường chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD là thang đo Ventres Questionnaire 11 (VQ11), do Ninot và cộng sự phát triển tại Pháp. Thang đo này bao gồm ba lĩnh vực chính: chức năng, tâm lý và mối quan hệ xã hội, giúp đánh giá toàn diện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD. VQ11 có ưu điểm là tính ngắn gọn, dễ sử dụng và phù hợp với thực tế lâm sàng, giúp nhà nghiên cứu thu thập thông tin hiệu quả về tình trạng bệnh nhân⁵.

Tại Việt Nam, phiên bản tiếng Việt của thang đo VQ11 đã được Phan Thị Diễm Ca và cộng sự kiểm định sơ bộ năm 2023 với giá trị nội dung cao (CVI = 95,7%), độ tin cậy nội tại tốt (Cronbach's alpha = 0,916) và độ ổn định test-retest đạt yêu cầu (ICC = 0,78) trên nhóm 60 bệnh nhân⁶. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa tìm thấy nghiên cứu nào được công bố về cấu trúc nhân tố tiềm ẩn của công cụ này. Phân tích nhân tố khám phá (EFA) là một phương pháp quan trọng giúp xác định số lượng và bản chất các nhân tố thực tế trong công cụ đo lường, từ đó giúp đánh giá độ phù hợp với đặc điểm văn hóa và ngôn ngữ của Việt Nam. Đồng thời, việc kiểm tra khả năng phân biệt giữa các nhóm bệnh nhân COPD theo đặc điểm lâm sàng sẽ giúp đánh giá tính khả thi và độ chính xác của công cụ khi ứng dụng trong thực tế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích nhân tố khám phá thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt, đồng thời đánh giá khả năng phân biệt của công cụ giữa các nhóm bệnh nhân COPD theo các đặc điểm lâm sàng, nhằm nâng cao tính chính xác và ứng dụng của công cụ trong việc đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Người bệnh được chẩn đoán mắc COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2024

Tiêu chuẩn lựa chọn: Độ tuổi từ 40 trở lên, có khả năng hiểu và trả lời bằng hỏi bằng tiếng Việt, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có đợt cấp hoặc bệnh lý tâm thần ảnh hưởng đến khả năng hợp tác trả lời, không hoàn thành toàn bộ bảng hỏi VQ11.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 04 đến tháng 05 năm 2025 tại phòng khám hô hấp, Bệnh viện Thanh Nhàn.

Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản. Cỡ mẫu được xác định dựa trên yêu cầu của các phương pháp phân tích thống kê nhân tố khám phá (EFA) theo hướng dẫn của Pett và cộng sự khuyến nghị rằng tỷ lệ số mục và số trường hợp phải lớn hơn (1:10)⁷. Với bộ câu hỏi gồm 11 mục, (15:1) chúng tôi dự kiến thu thập tối thiểu dữ liệu 165 người bệnh COPD.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang có phân tích, nhằm đánh giá tính giá trị cấu trúc và độ tin cậy của bộ công cụ VQ11 thông qua phân tích nhân tố khám phá (EFA). Phương pháp được thực hiện qua các bước như sau:

Khảo sát thử nghiệm bộ công cụ: Nghiên cứu định lượng trên nhóm người bệnh COPD bằng cách phát vấn trực tiếp sử dụng bộ câu hỏi VQ11 tiếng Việt đã được chuyển ngữ và chuẩn hóa sơ bộ trong nghiên cứu trước đó của Phan Thị Diễm Ca và cộng sự⁶.

Phân tích nhân tố khám phá (EFA) kiểm định Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) và kiểm định hình cầu của Bartlett được tiến hành nhằm khám phá cấu trúc nhân tố tiềm ẩn và đánh giá mức độ phù hợp giữa các mục hỏi với mô hình ban đầu, EFA được thực hiện bằng cách sử dụng phương pháp trích xuất thành phần chính với phép quay varimax, các yếu tố được kiểm tra bằng cách sử dụng Eigenvalue ≥ 1 , kết

quả đạt yêu cầu khi ít nhất 50–60% phương sai được giải thích bởi các yếu tố⁸.

Kiểm định độ tin cậy của thang đo: Độ nhất quán nội tại: Được xác định qua hệ số Cronbach's alpha. Thang đo được coi là có độ tin cậy nội tại tốt nếu giá trị Cronbach's alpha từ 0,8 trở lên. Một giá trị từ 0,7 đến 0,8 được xem là chấp nhận được⁹;

Phân tích sự khác biệt điểm số theo nhóm lâm sàng: So sánh điểm VQ11 các đặc điểm lâm sàng của người bệnh như mức độ khó thở (mMRC), điểm CAT để đánh giá khả năng phân biệt của bộ công cụ.

Bộ công cụ sử dụng

Bộ câu hỏi VQ11 phiên bản tiếng Việt: VQ11 được Ninot và cộng sự phát triển tại Pháp nhằm đo lường chất lượng cuộc sống (CLCS) ở bệnh nhân COPD, bao gồm ba lĩnh vực: chức năng, tâm lý và mối quan hệ xã hội. Đây là công cụ ngắn gọn, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng, gồm 11 câu hỏi. Mỗi câu được đánh giá theo thang Likert 5 mức, từ 1 ("không bao giờ") đến 5 ("luôn luôn"), với tổng điểm dao động từ 11 đến 55. Điểm càng cao cho thấy CLCS càng kém⁵.

Bài kiểm tra đánh giá COPD (CAT - COPD Assessment Test): Gồm 8 câu hỏi do người bệnh tự đánh giá, phản ánh mức độ ảnh hưởng của bệnh từ nhẹ đến nặng. Mỗi câu hỏi có 6 mức điểm (0 - 5), tổng điểm dao động từ 0 đến 40. Kết quả được phân loại như sau: CAT ≥ 10 biểu hiện tình trạng sức khỏe kém; CAT < 10 biểu hiện tình trạng sức khỏe tốt.

Thang điểm khó thở mMRC (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale): Sử dụng để định lượng mức độ khó thở ở người bệnh COPD trong sinh hoạt hằng ngày, từ 0 đến 4, phản ánh sự gia tăng dần của triệu chứng khó thở.

Thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn bởi nhóm nghiên cứu gồm 4 điều dưỡng được tập huấn chuyên môn về phương pháp nghiên cứu và giao tiếp với người bệnh. Phiếu khảo sát được kiểm tra độ đầy đủ ngay sau khi hoàn tất. Tổng số 168 phiếu hợp lệ được đưa vào phân tích.

Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập liệu bằng Epidata, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Với cỡ mẫu là

168 quan sát, theo tác giả Hays và cộng sự¹⁰ trong nghiên cứu này chúng tôi lấy các danh mục có giá trị tương quan > 0,45 và có 2 danh mục trở lên trong 1 thành tố.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được ủy ban đánh giá đạo đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định phê duyệt theo Quyết định số 582/GCN-HĐĐD ngày 05/03/2025.

III. KẾT QUẢ

3.1. Điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 168)

Biến số	Trung bình (SD) hoặc số lượng (%)
Tuổi	70,7 (8,3)
Giới tính	
Nam	132 (78,6)
Nữ	36 (21,4)
Hút thuốc lá	
Hút thuốc quá khứ	113 (67,3)
Hút thuốc hiện tại	29 (17,3)
Sống cùng người thân hút thuốc	38 (22,6)
Mức độ khó thở (mMRC)	
mMRC < 2	124 (73,8)
mMRC ≥ 2	44 (26,2)
Mức độ triệu chứng của bệnh (CAT)	
CAT < 10	72 (42,9)
CAT ≥ 10	96 (57,1)

Ghi chú: SD: Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Bảng 1 mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo các yếu tố. Tuổi trung bình của người bệnh là 70,7 ± 8,3 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm 78,6%. Phần lớn bệnh nhân từng hút thuốc (67,3%). Có 26,2% bệnh nhân có mức độ khó thở mMRC ≥ 2 và 57,1% có điểm CAT ≥ 10.

3.2. Kiểm định giá trị cấu trúc bộ công cụ

Bảng 2. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) và Kiểm định Bartlett

Kiểm định	Giá trị
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,935
Bartlett's test	p < 0,001

Nhận xét: Bảng 2 trình bày kết quả kiểm định KMO và Bartlett. Hệ số KMO đạt (0,935 > 0,5) cho thấy mức độ tương quan giữa các biến là rất tốt, kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) và phù hợp để tiến hành phân tích nhân tố khám phá (EFA).

Bảng 3. Ma trận nhân tố sau xoay varimax

Biến quan sát	Nhân tố 1	Nhân tố 2
VQ7. Tôi nhanh bị mệt khi thực hiện các hoạt động hàng ngày	0,910	
VQ4. Tình trạng hô hấp của tôi ngăn cản tôi đi lại theo ý tôi muốn	0,895	
VQ11. Tình trạng hô hấp của tôi làm hạn chế cuộc sống năng động của tôi	0,882	
VQ6. Tôi cảm thấy không có khả năng thực hiện các dự định hay kế hoạch của mình	0,881	
VQ1. Tôi khổ sở vì khó thở	0,841	
VQ8. Về mặt thể lực, tôi không hài lòng về những gì tôi có thể thực hiện	0,837	
VQ9. Căn bệnh hô hấp của tôi làm ảnh hưởng tới cuộc sống xã hội của tôi	0,781	
VQ2. Tôi lo lắng về tình trạng hô hấp của mình	0,742	
VQ3. Tôi cảm thấy mọi người xung quanh không hiểu được tôi		0,811
VQ5. Tôi buồn ngủ vào ban ngày		0,653
VQ10. Tôi cảm thấy buồn		0,612
% phương sai trích tích lũy	74,3	

Ghi chú: Phép xoay hội tụ sau 3 vòng lặp
Nhận xét: Bảng 3 thể hiện ma trận nhân tố. Phân tích nhân tố khám phá rút được 2 nhân tố chính với tổng phương sai trích tích lũy đạt 74,3%, vượt ngưỡng khuyến nghị $\geq 50\%$. Kết quả cho thấy các mục hỏi hội tụ thành hai nhóm nhân tố rõ ràng.

Bảng 4. Độ tin cậy nội tại (Cronbach's alpha) của mục hỏi

Mục	Tương quan với tổng thang đo	Cronbach's Alpha nếu loại mục
1. Tôi bị khó thở	0,751	0,936
2. Tôi lo lắng về tình trạng hô hấp của mình	0,777	0,935
3. Tôi cảm thấy mọi người xung quanh không hiểu được tôi	0,405	0,948
4. Tình trạng hô hấp của tôi ngăn cản tôi đi lại theo ý muốn	0,892	0,930
5. Tôi buồn ngủ vào ban ngày	0,324	0,950
6. Tôi cảm thấy không có khả năng thực hiện các dự định hay kế hoạch của mình	0,828	0,933
7. Tôi nhanh bị mệt khi thực hiện các hoạt động hằng ngày	0,853	0,932
8. Về mặt thể lực, tôi không hài lòng về những gì tôi có thể thực hiện	0,848	0,932
9. Căn bệnh hô hấp của tôi làm ảnh hưởng tới cuộc sống xã hội của tôi	0,848	0,933
10. Tôi cảm thấy buồn	0,751	0,937
11. Tình trạng hô hấp của tôi làm hạn chế cuộc sống năng động của tôi	0,883	0,931
Cronbach's Alpha	0,942	

Nhận xét: Bảng 4 trình bày độ tin cậy nội tại của bộ công cụ VQ11. Cronbach's Alpha toàn thang đo là 0,942 đạt mức rất tốt. Các mục hỏi đều có tương quan với tổng thang đo $> 0,3$.

3.4. Đánh giá khả năng phân biệt

Bảng 5. Giá trị VQ11 của đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm lâm sàng

Biến số	VQ11 Trung vị (IQR)	Giá trị p
Mức độ khó thở (mMRC)		< 0,001
mMRC < 2	21,0 (4)	
mMRC ≥ 2	28,5 (11)	
Mức độ triệu chứng của bệnh		< 0,001
CAT < 10	20,0 (6)	
CAT ≥ 10	23,0 (10)	

Ghi chú: IQR: Khoảng tứ phân vị, p: kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Bảng 5 trình bày sự khác biệt điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) theo đặc điểm lâm sàng. Trung vị điểm VQ11 ở người bệnh khó thở ít mMRC < 2 là (21,0) thấp so với nhóm khó thở nhiều mMRC ≥ 2 (28,5), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Trung vị CLCS ở nhóm ít triệu chứng CAT < 10 (20,0) thấp hơn so với nhóm có nhiều triệu chứng CAT ≥ 10 (23,0), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Quá trình dịch thuật và điều chỉnh thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt trong nghiên cứu này được thực hiện dựa trên bản gốc chuẩn quốc tế, đã được kiểm định sơ bộ tại Việt Nam bởi Phan Thị Diễm Ca và cộng sự⁶. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt có giá trị cấu trúc và khả năng phân biệt tốt, phản ánh tính phù hợp của công cụ khi được ứng dụng trong bối cảnh văn hóa, ngôn ngữ tại Việt Nam.

Về cấu trúc, chỉ số KMO = 0,935 và kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$) cho thấy dữ liệu thu thập có mức độ tương quan tốt và đủ điều kiện để tiến hành phân tích nhân tố khám phá (EFA). phân tích nhân tố khám phá (EFA) trong nghiên cứu này cho thấy thang đo VQ11 tiếng Việt gồm hai nhân tố chính với tổng phương sai trích đạt 74,3%, vượt ngưỡng chấp nhận là 50%. Hai nhân tố được trích xuất gồm: (1) Giới hạn chức năng và ảnh hưởng xã hội và (2) Khó khăn cảm xúc. Cấu trúc này có sự điều chỉnh so với mô hình gốc ba thành phần (chức năng, tâm lý, xã hội) của Ninot và cộng sự⁵. Trong mô hình gốc, các yếu tố được tách biệt theo khía cạnh chuyên biệt của chất lượng cuộc sống, tuy nhiên trong nghiên cứu hiện tại, các mục liên quan đến chức năng thể chất và tác động xã hội lại hội tụ vào cùng một nhân tố. Điều này có thể phản ánh sự lồng ghép giữa chức năng và vai trò xã hội trong trải nghiệm bệnh tật của người Việt như khó thở hoặc mệt mỏi thể chất thường kéo theo sự hạn chế trong giao tiếp, sinh hoạt và cảm nhận về vai trò xã hội. Nhân tố thứ hai gồm các mục liên quan đến cảm xúc cá nhân (buồn, lo lắng, buồn ngủ ban ngày), phản ánh thành phần tâm lý - cảm xúc. Việc các yếu tố “xã

hội” và “tâm lý” trong nghiên cứu gốc không tách biệt hoàn toàn ở người bệnh COPD Việt Nam có thể được lý giải bởi đặc điểm văn hóa Á Đông, người bệnh có xu hướng thể hiện cảm xúc thông qua hành vi xã hội hơn là phân biệt rõ ràng giữa hai khía cạnh như trong văn hóa phương Tây. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Tunisia của Knaz và cộng sự (2020), khi kiểm định phiên bản tiếng Ả Rập của VQ11 cũng ghi nhận sự hội tụ giữa các yếu tố chức năng và xã hội vào một nhân tố, thay vì ba thành phần tách biệt như mô hình gốc. Điều này cho thấy cấu trúc nhân tố của VQ11 có thể chịu ảnh hưởng đáng kể bởi yếu tố văn hóa và ngữ cảnh sử dụng¹¹.

Về độ tin cậy, hệ số Cronbach's alpha toàn thang đạt 0,942, cho thấy độ nhất quán nội tại rất cao. Tất cả các mục hỏi đều có tương quan với tổng thang đo trên 0,3. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu ban đầu của Ninot⁵ (Cronbach's alpha = 0,91) và kết quả bước đầu tại Việt Nam do Phan Thị Diễm Ca và cộng sự thực hiện (Cronbach's alpha = 0,916)⁶. Mặc dù một số mục như VQ5 (0,324) và VQ3 (0,405) có tương quan thấp hơn so với các mục còn lại, việc loại bỏ các mục này không làm cải thiện đáng kể hệ số Cronbach's alpha, do đó vẫn được giữ lại để đảm bảo tính toàn diện của nội dung.

Về khả năng phân biệt, thang đo VQ11 phân biệt tốt giữa các nhóm bệnh nhân có mức độ khó thở khác nhau (mMRC) và mức độ triệu chứng (CAT). Cụ thể, điểm số VQ11 trung vị ở nhóm mMRC ≥ 2 cao hơn rõ rệt so với nhóm mMRC < 2 ; tương tự, nhóm có CAT ≥ 10 cũng có điểm VQ11 cao hơn nhóm CAT < 10 , với các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này khẳng định giá trị phân biệt của thang đo trong thực hành lâm sàng, tương tự như kết luận từ nghiên cứu của Knaz và cộng sự tại Tunisia, khi nhóm bệnh nhân phân loại GOLD C, D có điểm VQ11 cao hơn rõ rệt so với nhóm A, B¹¹.

Nghiên cứu cũng có một số hạn chế, bao gồm: (1) Chưa thực hiện phân tích nhân tố khẳng định (CFA) để xác nhận lại mô hình hai nhân tố được đề xuất, và (2) Đối tượng nghiên cứu chủ yếu đến từ một bệnh viện chưa phản ánh đầy đủ sự đa dạng của người bệnh COPD trên toàn quốc. Do đó, cần có

thêm các nghiên cứu đa trung tâm và phân tích CFA trong tương lai để khẳng định tính ổn định của cấu trúc thang đo này.

V. KẾT LUẬN

Thang đo VQ11 phiên bản tiếng Việt cho thấy cấu trúc hai nhân tố rõ ràng, độ tin cậy nội tại cao và khả năng phân biệt tốt giữa các nhóm người bệnh COPD theo đặc điểm lâm sàng. Công cụ này phù hợp để sử dụng trong đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh COPD tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ritchie AI, Wedzicha JA (2020) *Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations*. Clinics in chest medicine 41(3): 421-438. doi:10.1016/j.ccm.2020.06.007.
- Aqtam I, Ayed A, Zaben K (2023) *Quality of Life: Concept Analysis*. Saudi J Nurs Health Care.
- Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L (2015) *Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis*. Nursing forum 50(3): 201-13. doi:10.1111/nuf.12110.
- Moradkhani B, Mollazadeh S, Niloofar P, Bashiri A, Oghazian MB (2021) *Association between medication adherence and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. J Pharm Health Care Sci 7(1): 40. doi:10.1186/s40780-021-00222-x.
- Ninot G, Soye F, Préfaut C (2013) *A short questionnaire for the assessment of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychometric properties of VQ11*. Health quality of life outcomes 11: 1-10.
- Phan Thị Diễm Ca, Reycher G, Nguyễn Như Vinh (2023) *Tính giá trị và độ tin cậy của phiên bản Tiếng Việt bộ câu hỏi ngắn VQ11 ở người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại thành phố Hồ Chí Minh*. Tạp chí Y học Việt Nam 526(1A).
- Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ (2003) *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412984898>.
- Shrestha N (2021) *Factor Analysis as a Tool for Survey Analysis*. American Journal of Applied Mathematics and Statistics 9(1): 4-11. doi:10.12691/ajams-9-1-2.
- Yurdugül H (2008) *Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: A Monte-Carlo study*. Hacettepe Üniversitesi eğitim fakültesi dergisi. 35(35):1-9.
- Hays DG, Wood C (2017) *Stepping outside the normed sample: Implications for validity*. Measurement Evaluation in Counseling Development 50(4): 282-288.
- Knaz H, Anane I, Guezguez F, Préfaut C, Ben Saad H (2020) *Applicability of the Arabic version of the French quality of life' (QOL) questionnaire (VQ11) in Tunisian patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Revue des maladies respiratoires 37(9): 699-709. doi:10.1016/j.rmr.2020.07.005.