

ẢNH HƯỞNG CỦA CẢM NHẬN VỀ SỰ MẤT CÂN BẰNG GIỮA NỖ LỰC VÀ PHẦN THƯỞNG TRONG CÔNG VIỆC ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA BÁC SỸ

Bùi Thị Hồng Thái

Trần Thị Minh Đức

Lê Thị Minh Loan

Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn.

TÓM TẮT

Dựa vào lý thuyết về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc, nghiên cứu đã khảo sát 374 bác sĩ làm việc tại các bệnh viện qua phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Kết quả mô tả điểm số về nỗ lực và phần thưởng theo các đặc điểm nhân khẩu - xã hội của nhóm khách thể như giới tính, tuổi, thâm niên công tác, mức lương và trung bình số giờ làm việc trong ngày. Phát hiện chính cho thấy, những bác sĩ có cảm nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng mà họ nhận được trong công việc có nguy cơ gặp các rối loạn sức khỏe tâm thần phổ biến như trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn so với nhóm bác sĩ không bị mất cân bằng trong các mối quan hệ này.

Từ khóa: Y tế; Bác sĩ; Mất cân bằng; Nỗ lực; Phần thưởng; Sức khỏe tâm thần.

Ngày nhận bài: 31/7/2021; Ngày duyệt đăng bài: 25/8/2021.

1. Mở đầu

Sức khỏe tâm thần của người lao động là chủ đề ngày càng được các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực Tâm lý học quan tâm. Một số tiếp cận lý thuyết đã được đề xuất nhằm giải thích cho tình trạng sức khỏe tâm thần của người lao động, trong đó lý thuyết về sự mất cân bằng giữa những nỗ lực và phần thưởng trong công việc do Siegrist (1996) khởi xướng là một trong các lý thuyết thường được sử dụng. Tác giả cho rằng các lợi ích chính liên quan đến công việc phụ thuộc vào mối quan hệ tương hỗ giữa nỗ lực mà người lao động đầu tư cho công việc và phần thưởng mà họ nhận được. Nỗ lực thể hiện những yêu cầu trong công việc hoặc nghĩa vụ mà người lao động phải đáp ứng, trong khi phần thưởng được phân phối bởi người sử dụng lao động cho người lao

động. Lý thuyết này nhấn mạnh tới ba khía cạnh của phần thưởng là tài chính, sự thừa nhận giá trị và cơ hội nghề nghiệp/sự an toàn công việc.

Phần thưởng đề cập đến cách người lao động cảm nhận sự công bằng của các kết quả phân phối cho người lao động dựa theo những gì họ đóng góp (Colquitt, 2001). Đây có thể coi như khía cạnh tài chính của phần thưởng. Phần thưởng cũng thể hiện sự công nhận, động lực, giá trị và sự thừa nhận năng lực, đóng góp của một người trong công việc. Cùng với đó, thì phần thưởng còn bao gồm cả việc tạo cơ hội phát triển nghề nghiệp cũng như đảm bảo sự an toàn trong công việc cho người lao động. Người lao động được khen thưởng cho những nỗ lực trong công việc nhưng nếu triển vọng tăng trưởng tài chính ít ỏi, họ không được công nhận giá trị, không có cơ hội phát triển nghề nghiệp hoặc công việc thiếu an toàn thì vẫn có thể bị coi là bị đối xử không công bằng.

Gia thuyết chính của mô hình về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng cho rằng sự nỗ lực cao và phần thưởng thấp làm tăng nguy cơ căng thẳng hay các vấn đề sức khỏe tâm thần của người lao động (Van Vegchel và cộng sự, 2005; Siegrist, 2005). Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng có ảnh hưởng đến những vấn đề về sức khỏe thể chất và tâm thần (Joksimovic và cộng sự, 2002), tình trạng kiệt sức (Bakker và cộng sự, 2000), rối loạn trầm cảm và lo âu (Kikuchi và cộng sự, 2010; Tsutsumi và cộng sự, 2012) cũng như suy giảm cảm nhận hạnh phúc (De Jonge và cộng sự, 2000).

Ở Việt Nam, theo tìm hiểu của chúng tôi, các nghiên cứu về tác động của sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng đến sức khỏe tâm thần của người lao động dường như còn rất khiêm tốn, đặc biệt trong lĩnh vực Tâm lý học. Bài viết này nhằm chỉ ra thực trạng đánh giá về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc của bác sỹ, đồng thời phân tích tác động của sự mất cân bằng đó đến sức khỏe tâm thần của các khách thể. Sở dĩ nhóm bác sỹ được chọn làm khách thể của nghiên cứu này bởi vì các nghiên cứu trên thế giới cho thấy so với người lao động ở các ngành nghề khác, bác sỹ nói riêng và người lao động y tế nói chung dễ tổn thương với các vấn đề về sức khỏe tâm thần hơn (William, Michie và Pattani, 1998), tỷ lệ bác sỹ có các rối loạn sức khỏe tâm thần luôn cao hơn so với nhóm dân số nói chung (Beschner và cộng sự, 2020). Do đó, chúng tôi hy vọng rằng bài viết sẽ góp phần giải thích thêm cho tình trạng sức khỏe tâm thần của các bác sỹ.

Dựa vào lý thuyết về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng nêu trên, giả thuyết chính của nghiên cứu là: *Cảm nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc làm tăng nguy cơ với các rối loạn trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở bác sỹ.*

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 372 bác sỹ, trong đó có 60,2% nam giới và 39,8% nữ giới trong độ tuổi từ 25 đến 70 tuổi, tuổi trung bình là 33,18 tuổi (độ lệch chuẩn là 8,17). Về trình độ đào tạo, 39,2% khách thể có trình độ đại học, 55,5% có trình độ thạc sỹ và 5,3% có trình độ tiến sỹ. Thời điểm tiến hành nghiên cứu, có 10,8% bác sỹ làm việc tại bệnh viện tư, 27,6% bác sỹ làm việc tại bệnh viện công không tự chủ tài chính và 61,6% bác sỹ làm việc tại bệnh viện công tự chủ tài chính.

2.2. Công cụ nghiên cứu

Về đánh giá nỗ lực và phần thưởng trong công việc, nghiên cứu khảo sát khách thể thông qua hai thang đo do Siegrist và cộng sự (2004) xây dựng, với mỗi thang đo được thiết kế dạng Likert 5 bậc, đi từ 1- Hoàn toàn không đồng ý đến 5- Hoàn toàn đồng ý.

Thang đo *Nỗ lực trong công việc* được đánh giá qua 5 mệnh đề (item) thể hiện những yêu cầu của môi trường làm việc, như áp lực về thời gian, khối lượng công việc, tính trách nhiệm trong công việc (ví dụ: “Tôi luôn bị áp lực về thời gian do khối lượng công việc lớn”). Điểm số của thang đo dao động từ 5 đến 25 điểm. Điểm càng cao thể hiện đánh giá của nhân viên y tế về những nỗ lực trong công việc càng lớn và ngược lại.

Thang đo *Phần thưởng trong công việc* được đánh giá qua 11 mệnh đề thể hiện ba khía cạnh phần thưởng mà lý thuyết đề cập tới, gồm: phần thưởng về tài chính (ví dụ: “Thu nhập hiện tại phù hợp với nỗ lực và thành tích của tôi”), phần thưởng về sự thừa nhận (ví dụ: “Tôi nhận được sự tôn trọng xứng đáng từ cấp trên”) và phần thưởng liên quan đến sự an toàn trong công việc và triển vọng thăng tiến (ví dụ: “Cơ hội công việc phù hợp với những nỗ lực và thành tích của tôi”). Điểm số của thang đo dao động từ 11 đến 55 điểm. Điểm càng lớn thể hiện đánh giá chủ quan của khách thể về phần thưởng trong công việc càng lớn và ngược lại.

Về sức khỏe tâm thần, nghiên cứu sử dụng thang sàng lọc tình trạng trầm cảm, lo âu, căng thẳng, phiên bản rút gọn với 21 mệnh đề (Lovibond và Lovibond, 1995), được chia đều cho ba dạng rối loạn. Khách thể được yêu cầu đánh giá về tình trạng của bản thân trong một tuần qua theo các mức độ: 0- Không đúng với tôi chút nào cả, 1- Đúng với tôi phần nào hoặc thỉnh thoảng mới đúng, 2- Đúng với tôi phần nhiều hoặc phần lớn thời gian là đúng và 3- Hoàn toàn đúng với tôi hoặc hầu hết thời gian là đúng. Thang đo đã được thích ứng trên các khách thể Việt Nam và báo cáo độ tin cậy tốt (Tran, Tran và Fisher, 2013). Trong

nghiên cứu này, độ tin cậy của toàn thang đo là 0.950, tiêu thang căng thẳng là 0.866, tiêu thang rối loạn lo âu là 0.855, tiêu thang rối loạn trầm cảm là 0.899.

2.3. Phân tích dữ liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 23.0 với các phép toán thống kê mô tả (điểm trung bình (M), độ lệch chuẩn (SD), tỷ lệ %) và thống kê suy luận (so sánh giá trị trung bình, hồi quy logistic). Các phép toán cụ thể được sử dụng gồm:

- Phân tích nhân tố khẳng định CFA: được áp dụng cho thang Đánh giá về nỗ lực và phần thưởng trong công việc. Do thang đo đã được dịch sang các tiếng Đức, Pháp, Anh, Thụy Điển và đánh giá độ hiệu lực cấu trúc một nhân tố của từng thang đo trên các nhóm khách thể ở các nước tương ứng nên trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng mô hình cấu trúc một nhân tố cho từng thang đo và đánh giá sự phù hợp của mô hình với dữ liệu thu được trên khách thể nghiên cứu thông qua các chỉ số: Sai lệch tối thiểu trên mỗi bậc tự do - $Cmin/df < 5$ (Marsh và Hocevar, 1985); Xấp xỉ sai số bình phương trung bình gốc - điểm RMSEA từ 0.08 trở xuống (Brown và Cudeck, 1993); Chỉ số Tucker-Lewis - TLI và chỉ số phù hợp so sánh - CFI đạt giá trị từ 0.90 trở lên (Kline, 2004); Phần dư gốc trung bình phương chuẩn hóa - SRMR đạt giá trị từ 0.08 trở xuống (Bentler, 1995). Độ tin cậy của mỗi thang đo được đánh giá qua chỉ số Alpha của Cronbach với giá trị từ 0,7 trở lên được xem là phù hợp (De Vellis, 2007).

- Tỷ trọng giữa nỗ lực và phần thưởng: Dựa theo đề xuất của Siegrist và cộng sự (2004), tỷ lệ giữa nỗ lực và phần thưởng được tính cho mỗi khách thể theo công thức $e/(r \times c)$ trong đó "e" là tổng điểm của thang đo nỗ lực, "r" là tổng điểm của thang phần thưởng và "c" là tỷ lệ giữa số lượng các mệnh đề ở mẫu số và tử số. Với thang đo nỗ lực gồm 5 mệnh đề (mẫu số) và phần thưởng gồm 11 mệnh đề (tử số), hệ số hiệu chỉnh trong nghiên cứu này là $5/11 = 0.454545$. Công thức về tỷ trọng giữa nỗ lực và phần thưởng được áp dụng tính cho từng khách thể. Theo đó, nếu hệ số đạt giá trị lớn hơn 1, khách thể được xếp vào nhóm có cảm nhận mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng, nếu hệ số đạt giá trị từ 1 trở xuống thì khách thể được xếp vào nhóm không có cảm nhận về sự mất cân bằng này (Siegrist và cộng sự, 2004).

- Việc xác định khách thể có nguy cơ với rối loạn trầm cảm, lo âu, căng thẳng được tính theo hướng dẫn của Lovibond và Lovibond (1995). Nhằm phục vụ mục tiêu nghiên cứu, ở mỗi loại rối loạn, các khách thể được chia thành 2 nhóm "không có rối loạn" và "có nguy cơ rối loạn" theo phân bố điểm như sau:

Không có trầm cảm: 0 - 9 điểm

Có trầm cảm: 10 điểm trở lên

Không có lo âu: 0 - 7 điểm

Có lo âu: 8 điểm trở lên

Không có căng thẳng: 0 - 14 điểm

Có căng thẳng: 15 điểm trở lên

- Đề mô tả sự khác biệt về điểm số nỗ lực và phần thưởng trong công việc. một loạt các phép phân tích so sánh t-test và One-way Anova đã được thực hiện với các biến độc lập là các biến đặc điểm nhân khẩu như giới tính, tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác, tuổi đời, mức thu nhập và thời gian làm việc một ngày của các bác sỹ.

- Để xác định ảnh hưởng của sự mất cân bằng giữa nỗ lực và công việc tới sức khỏe tâm thần của các bác sỹ, hồi quy logistic được sử dụng với hệ số ảnh hưởng Odds (OR) và khoảng tin cậy (CI) 95% cho các bài toán được báo cáo. Đầu tiên, các phép hồi quy logistic đơn lẻ được thực hiện với biến độc lập là “cảm nhận về nỗ lực và phần thưởng” và biến phụ thuộc lần lượt là tình trạng trầm cảm, lo âu, căng thẳng. Tiếp đó, để điều chỉnh hiệp phương sai có thể có giữa các biến độc lập, một loạt các mô hình hồi quy logistic đa biến đã được xây dựng với sự tham gia của các biến về đặc điểm nhân khẩu như giới tính, tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác, thu nhập, số giờ làm việc trong ngày.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội (số 06/2020/CN-HĐĐĐ). Các khách thể tham gia vào nghiên cứu một cách tự nguyện và được bảo vệ danh tính cá nhân. Trước khi điền vào bảng hỏi, một thành viên của nhóm nghiên cứu đã giải thích với khách thể về mục đích, phương pháp, lợi ích và rủi ro khi tham gia vào nghiên cứu, nhấn mạnh đến quyền tự do quyết định của các khách thể và quyền rời bỏ nghiên cứu bất cứ lúc nào, cũng như cam kết về sự bảo mật thông tin cá nhân của khách thể. Khách thể đồng ý tham gia đã ký vào bản đồng thuận tham gia trước khi trả lời bảng hỏi. Mỗi bảng hỏi được gửi kèm 50.000 đồng là kinh phí hỗ trợ người tham gia do Quỹ Nafosted tài trợ.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1 giới thiệu kết quả về sự phù hợp của mô hình cấu trúc một nhân tố ở hai thang Đánh giá về nỗ lực và phần thưởng trong công việc của nhân viên y tế (do thang DASS-21 đã được thích ứng ở Việt Nam nên chúng tôi chấp nhận cấu trúc 3 khía cạnh trầm cảm, lo âu, căng thẳng như thang gốc và không báo cáo về kết quả phân tích nhân tố của thang này). Các kết quả cho thấy cả hai thang đo với cấu trúc một nhân tố là phù hợp để đánh giá về vấn đề liên quan trên các khách thể trong nghiên cứu. Nói cách khác, thang đo sử dụng trong nghiên cứu này là phù hợp để đo lường trên mẫu nghiên cứu.

Bảng 1: Các chỉ số mô hình cấu trúc một nhân tố của các thang đo trong nghiên cứu

Mô hình	χ^2	df	χ^2/df	p	CFI	TLI	RMSEA (95% CI)	SRMR
Nỗ lực ($\alpha = 0,809$)	19,935	4	4,984	< 0,001	0,992	0,980	0,059 [0,035-0,085]	0,019
Phản thưởng ($\alpha = 0,799$)	110,742	33	3,356	< 0,001	0,983	0,972	0,045 [0,036-0,054]	0,029

Trong tổng thể khách thể, các kết quả cho thấy điểm đánh giá nỗ lực đạt giá trị trung bình là 13,70 (độ lệch chuẩn là 4,50) và điểm đánh giá phản thưởng là 39,83 (độ lệch chuẩn là 6,72). Bảng 2 trình bày các kết quả cụ thể hơn về cảm nhận nỗ lực - phản thưởng xét theo đặc điểm cụ thể của nhóm khách thể.

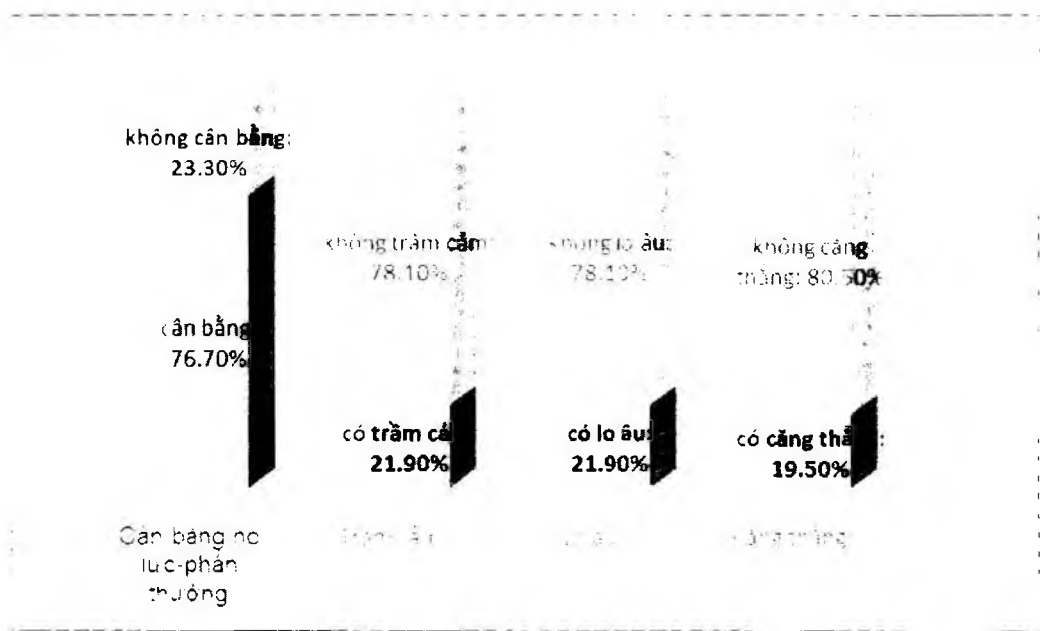
Bảng 2 chỉ ra rằng, không có khác biệt giữa các bác sỹ nam và bác sỹ nữ trong cảm nhận về nỗ lực cũng như phản thưởng trong công việc. Xét theo tình trạng hôn nhân, các bác sỹ độc thân cảm nhận về sự nỗ lực trong công việc cao hơn so với bác sỹ đã kết hôn. Ngược lại, các bác sỹ độc thân lại đánh giá phản thưởng họ nhận được trong công việc thấp hơn so với bác sỹ đã kết hôn. Nhìn nhận theo độ tuổi, nhóm khách thể từ 30 tuổi trở xuống và từ 31 đến 40 tuổi có điểm số nỗ lực trong công việc cao hơn so với nhóm khách thể trên 40 tuổi. Tuy nhiên, điểm số cảm nhận về phản thưởng trong công việc tăng dần theo nhóm tuổi của khách thể. Về thâm niên công tác, nhóm bác sỹ có thâm niên từ 5 năm trở xuống tự đánh giá điểm nỗ lực cao nhất, theo sau là nhóm làm việc từ 5 đến 10 năm và điểm nỗ lực thấp nhất ở nhóm trên 10 năm. Mặc dù vậy, điểm số cảm nhận về phản thưởng trong công việc tăng dần theo thâm niên làm việc của các khách thể. Về thu nhập, nhóm bác sỹ có thu nhập từ 5 triệu đồng (gọi tắt là triệu) trở xuống có điểm nỗ lực cao nhất, tiếp đó là nhóm có thu nhập trên 15 triệu, rồi đến nhóm có thu nhập từ 5 đến 10 triệu, điểm nỗ lực thấp nhất ở nhóm có thu nhập từ 10 đến 15 triệu. Tuy nhiên, điểm số ở cảm nhận về phản thưởng trong công việc tăng dần theo thu nhập của các khách thể. Về trung bình thời gian làm việc trong ngày, các bác sỹ làm việc theo chuẩn 8 tiếng/ngày có điểm số nỗ lực thấp nhất, tiếp đó là nhóm bác sỹ làm việc từ 8 đến 10 tiếng/ngày, điểm nỗ lực cao nhất ở nhóm làm việc trên 10 tiếng/ngày. Ngược lại, điểm số phản thưởng thấp nhất ở nhóm làm việc trên 10 tiếng/ngày, tiếp đó là nhóm làm việc 8 tiếng/ngày và cao nhất ở nhóm làm việc từ 8 đến 10 tiếng/ngày.

Bảng 2: So sánh giá trị trung bình nỗ lực và phần thưởng theo đặc điểm của khách thể

Đặc điểm nhân khẩu - xã hội	Nỗ lực	t/F	Phần thưởng	t/F
	M (SD)		M (SD)	
1. Giới tính				
Nam (N = 225)	13,93 (4,61)	$t_{(372)} = 1,283$ (ns)	39,55 (6,96)	$t_{(372)} = 0,972$ (ns)
Nữ (N = 149)	13,33 (4,31)		40,24 (6,35)	
2. Tình trạng hôn nhân				
Độc thân (N = 168)	14,43 (4,30)	$t_{(370)} = 2,884^{**}$	38,52 (6,51)	$t_{(370)} = 3,420^{**}$
Kết hôn (N = 204)	13,09 (4,60)		40,68 (6,74)	
3. Tuổi				
30 tuổi trở xuống (N = 207)	14,06 (4,59)	$F_{(2, 369)} = 7,194^{**}$	38,93 (6,61)	$F_{(2, 369)} = 6,823^{**}$
Từ 31 đến 40 tuổi (N = 101)	14,14 (4,27)		40,24 (6,41)	
Trên 40 tuổi (N = 64)	11,78 (4,15)		42,36 (6,85)	
4. Thâm niên công tác				
5 năm trở xuống (N = 220)	14,25 (4,49)	$F_{(2, 363)} = 4,465^*$	39,02 (6,61)	$F_{(2, 363)} = 5,429^{***}$
Từ trên 5 đến 10 năm (N = 58)	13,50 (4,62)		39,76 (6,35)	
Trên 10 năm (N = 88)	12,58 (4,35)		41,76 (6,69)	
5. Thu nhập				
5 triệu trở xuống (N = 99)	15,50 (4,56)	$F_{(3, 346)} = 11,416^{***}$	36,91 (5,96)	$F_{(3, 346)} = 14,046^{***}$
Từ trên 5 đến 10 triệu (N = 112)	12,88 (4,33)		39,25 (6,52)	
Từ trên 10 đến 15 triệu (N = 79)	12,15 (3,93)		42,15 (6,39)	
Trên 15 triệu (N = 60)	14,67 (4,41)		42,38 (6,52)	
6. Số giờ làm việc/ngày				
8 tiếng (N = 218)	12,66 (4,23)	$F_{(2, 367)} = 21,232^{***}$	40,48 (6,73)	$F_{(2, 367)} = 11,995^{***}$
Hơn 8 đến 10 tiếng (N = 83)	14,06 (4,48)		41,08 (6,38)	
Trên 10 tiếng (N = 69)	16,48 (4,20)		36,42 (6,07)	

Chú thích: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$; ns - không có ý nghĩa thống kê.

Dựa vào cách đánh giá ty trọng giữa nỗ lực và phần thưởng, cũng như điểm đánh giá nguy cơ đối với các rối loạn sức khỏe tâm thần đã được trình bày ở phần phân tích dữ liệu, biểu đồ 1 giới thiệu tỷ lệ khách thể được phân chia theo từng nhóm. Các số liệu trong biểu đồ 1 cho thấy, trên tổng khách thể nghiên cứu, có 23,3% bác sỹ báo cáo về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng (đây là nhóm có hệ số giữa nỗ lực và phần thưởng lớn hơn 1). Có nghĩa là họ cảm thấy những nỗ lực họ đầu tư vào công việc là nhiều hơn so với những gì họ nhận được. Bên cạnh đó, có 21,9% bác sỹ có nguy cơ với rối loạn trầm cảm, 21,9% bác sỹ có nguy cơ với rối loạn lo âu và 19,5% bác sỹ có nguy cơ với rối loạn căng thẳng.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ về cam nhận giữa nỗ lực/phần thưởng trong công việc và các rối loạn sức khỏe tâm thần ở bác sỹ

Nhằm đánh giá tác động của cam nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc với các nguy cơ rối loạn sức khỏe tâm thần ở bác sỹ, các phân tích hồi quy logistic đã được thực hiện với báo cáo về tỷ số Odds ratio, khoảng tin cậy 95% CI và kết quả cụ thể được trình bày ở bảng 3. Sau khi thực hiện hồi quy logistic đơn biến (biến độc lập là cam nhận về nỗ lực và phần thưởng trong công việc), chúng tôi đã xây dựng mô hình hồi quy logistic đa biến, với sự kết hợp giữa cam nhận về nỗ lực và phần thưởng trong công việc với các biến về đặc điểm nhân khẩu đã được đưa vào mô hình (giới tính, tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác, thu nhập, số giờ làm việc mỗi

ngày). Tuy nhiên, kết quả hồi quy không ghi nhận sự tác động có ý nghĩa của các biến đặc điểm nhân khẩu đối với tình trạng sức khỏe tâm thần của khách thể nghiên cứu. Do đó, trong bảng 3, chúng tôi chỉ trình bày kết quả hồi quy logistic đơn biến về cảm nhận giữa nỗ lực và phần thưởng với sức khỏe tâm thần.

Bảng 3: Hồi quy logistic về cảm nhận về nỗ lực - phần thưởng và nguy cơ với sức khỏe tâm thần ở bác sỹ

Biến độc lập	Trầm cảm OR [95% CI]	Lo âu OR [95% CI]	Căng thẳng OR [95% CI]
Nỗ lực - phần thưởng	5,35*** [3,13 - 9,13]	5,76*** [3,37 - 9,86]	6,55*** [3,76 - 11,42]
Hằng số (Constant)	0,17***	0,16***	0,13***
Nagelkerke R ²	0,15	0,16	0,18

Ghi chú: ***: $p < 0,001$; Nỗ lực - phần thưởng (nhóm quy chiếu: không có cảm nhận về sự mất cân bằng).

Một cách tổng quát nhất, bảng 3 chỉ ra rằng các bác sỹ khi có cảm nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc đều gia tăng nguy cơ đối với các rối loạn sức khỏe tâm thần so với những đồng nghiệp không có cảm nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng. Cụ thể là:

Đối với rối loạn trầm cảm, cảm nhận sự mất cân bằng giữa những gì mình cống hiến cho công việc và những gì được nhận làm tăng thêm 5,35 lần nguy cơ mắc trầm cảm (OR = 5,35; 95% CI [3,13 - 9,13]).

Đối với rối loạn lo âu, so với nhóm cảm nhận tương xứng về sự tương hỗ giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc, sự đánh giá mất cân bằng về những gì mình đóng góp và phần thưởng trong công việc làm tăng 5,76 lần nguy cơ có rối loạn lo âu ở bác sỹ (OR = 5,76; 95% CI [3,37 - 9,86]).

Đối với căng thẳng, việc cảm nhận sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng làm gia tăng 6,55 lần nguy cơ có căng thẳng ở bác sỹ (OR = 6,55; 95%CI [3,76 - 11,42]).

Tóm lại, các kết quả nêu trên khẳng định cho giả thuyết của nghiên cứu là đánh giá về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc làm gia tăng nguy cơ đối với các rối loạn sức khỏe tâm thần ở nhóm bác sỹ được nghiên cứu.

4. Bàn luận

Mục tiêu của bài viết là chỉ ra cảm nhận về sự cân bằng/mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc và tác động của nó đến sức khỏe

tâm thân của bác sỹ. Một số kết quả quan trọng đã được tìm thấy và được thảo luận dưới đây.

Về điểm số nỗ lực, trung bình điểm của toàn bộ khách thể trong nghiên cứu là 13,7. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới có sử dụng thang đo tương tự, có thể nhận thấy tự đánh giá của các bác sỹ trong nghiên cứu này về những nỗ lực dành cho công việc ít nhiều có sự chênh lệch. Ví dụ, nghiên cứu trên các bác sỹ Trung Quốc, các tác giả Li, Yang và Cho (2006) đã báo cáo điểm nỗ lực xoay quanh giá trị 13,05 - thấp hơn không đáng kể so với kết quả trong nghiên cứu này nhưng nghiên cứu của Loerbroks và cộng sự (2016) cũng trên nhóm bác sỹ báo cáo điểm nỗ lực là 17,90 - cao hơn khá nhiều so với nhận định của các bác sỹ Việt Nam. Bên cạnh đó, trên các khách thể ngoài lĩnh vực y tế, Siegrist và cộng sự (2004) ghi nhận mức điểm xoay quanh giá trị 11,5 ở nhóm người lao động tại Pháp, là 12,8 trên nhóm người lao động Anh, 12,2 trên nhóm khách thể Đức và nhỉnh hơn một chút ở các khách thể Bỉ với giá trị 14,3, nhưng điểm số này chỉ đạt trung bình 8,3 trên nhóm người lao động Thụy Điển. Điều này cho thấy, tính chất công việc khác nhau có thể dẫn đến cảm nhận về sự nỗ lực trong công việc là khác nhau. Đồng thời, sự khác biệt về mẫu nghiên cứu, về bối cảnh nghiên cứu cũng có thể dẫn đến sự đa dạng trong báo cáo của các khách thể về nỗ lực trong công việc, dù họ làm cùng lĩnh vực hay khác lĩnh vực nghề nghiệp.

Về điểm số phần thưởng, các bác sỹ trong nghiên cứu báo cáo mức trung bình là 39,83 - thấp hơn khá nhiều so với báo cáo của các bác sỹ Trung Quốc là 47,37 (Li và cộng sự, 2006) nhưng khá tương đồng với điểm số của các bác sỹ Đức với mức trung bình là 39,3 (Loerbroks và cộng sự, 2016). Ở nhóm ngoài lĩnh vực y tế, người lao động ở một số nước cũng có điểm phần thưởng cao hơn so với phát hiện trong nghiên cứu này: các khách thể Pháp báo cáo điểm phần thưởng là 46,68; của khách thể Anh là 45,8; khách thể Đức có điểm là 42,16; nhưng khách thể ở một số nước khác lại báo cáo điểm phần thưởng thấp hơn, ví dụ khách thể Thụy Điển có điểm số là 34,3 trong khi các khách thể Bỉ chỉ đạt điểm 29,02 (Siegrist và cộng sự, 2004). Như vậy, cảm nhận về phần thưởng trong công việc có thể phụ thuộc vào điều kiện kinh tế của từng quốc gia nhưng đồng thời cũng phụ thuộc vào tính chất công việc mà người lao động thực hiện.

Về sự khác biệt giữa điểm số nỗ lực và phần thưởng xét theo các đặc điểm của khách thể, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng:

Không có khác biệt về điểm số nỗ lực và phần thưởng giữa các bác sỹ nam và các bác sỹ nữ. Có lẽ với công việc yêu cầu cao như nghề bác sỹ thì dù là nam giới hay nữ giới, những nỗ lực trong công việc luôn đặt ra như nhau cho cả hai nhóm. Nghiên cứu của Li và cộng sự (2006) cũng không ghi nhận sự khác biệt về điểm nỗ lực giữa các bác sỹ nam và nữ nhưng sự chênh lệch về

điểm phần thưởng có ý nghĩa về mặt thống kê, điểm số cao hơn thuộc về nhóm bác sỹ nữ.

Các khách thể độc thân báo cáo điểm nỗ lực cao hơn nhưng điểm phần thưởng lại thấp hơn so với nhóm đã kết hôn. Khi phỏng vấn các bác sỹ, chúng tôi được biết rằng trong điều kiện bệnh viện tại Việt Nam, làm bác sỹ không đồng nghĩa với việc chỉ làm các công việc chuyên môn mà còn làm các công việc khác nữa, nhất là đối với bác sỹ độc thân, bởi họ thường được xem là có thời gian hơn, có điều kiện hơn so với các đồng nghiệp đã lập gia đình. Có lẽ điều này làm gia tăng cam nhận đầu tư cho công việc nhiều hơn và phần thưởng từ công việc thấp hơn ở nhóm độc thân so với nhóm đã kết hôn.

Theo nhóm tuổi, thâm niên công tác và mức lương, có sự giảm dần điểm số nỗ lực ở nhóm bác sỹ trên 40 tuổi nhưng điểm phần thưởng lại tăng dần theo sự gia tăng tuổi của bác sỹ; tương tự như vậy, có sự giảm dần điểm số nỗ lực nhưng lại có sự tăng dần về phần thưởng theo thâm niên công tác: nhóm có thu nhập thấp nhất báo cáo điểm nỗ lực cao nhất và điểm phần thưởng thấp nhất. Kết quả này, theo chúng tôi phân ánh rằng các bác sỹ trẻ, bác sỹ có thâm niên thấp thường gắn với kinh nghiệm làm việc còn hạn chế, khả năng sắp xếp công việc cũng như năng lực chuyên môn còn khiêm tốn. Trong khi đó, những công việc trí óc luôn đòi hỏi sự đầu tư của người lao động một cách liên tục nên bác sỹ trẻ có thể cảm thấy những nỗ lực dành cho công việc là lớn hơn. Ở một độ tuổi nhất định cũng như qua nhiều năm tháng làm việc, khi sự tích lũy về kiến thức chuyên môn, cách thức giải quyết công việc đã chín muồi, các bác sỹ có thể cảm thấy tự do hơn trong công việc của mình ngay cả khi khối lượng công việc của họ chưa hẳn đã giảm đi. Theo tuổi tác và thâm niên công tác, những phần thưởng của bác sỹ trong công việc cũng tăng dần lên từ cả khía cạnh tài chính lẫn sự ổn định trong công việc nên điểm số cao về phần thưởng ở nhóm bác sỹ tuổi cao và bác sỹ có nhiều năm làm việc là điều dễ hiểu.

Xét theo số giờ trung bình dành cho công việc trong một ngày, kết quả ghi nhận sự gia tăng về điểm số nỗ lực theo sự tăng lên về thời gian làm việc trong ngày của bác sỹ. Ngược lại, nhóm bác sỹ với trung bình số giờ làm việc cao nhất trong ngày có điểm đánh giá về phần thưởng trong công việc thấp nhất. Kết quả tương tự cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Tsutsumi và cộng sự (2012) trên nhóm người lao động với các ngành nghề hỗn hợp, trong đó có nhân viên y tế. Thời gian dành cho công việc nhiều hơn so với chuẩn chung về số giờ làm việc trong tuần có thể thể hiện sự gắn kết quá mức với công việc, không thể rời bỏ các trách nhiệm công việc của các bác sỹ (dù đó là họ tự nguyện hay do yêu cầu của công việc) nên họ cũng đồng thời trải nghiệm rằng những gì được nhận lại chưa thật xứng đáng với sự nỗ lực của họ.

Về tỷ lệ bác sỹ cảm nhận sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng. nghiên cứu này báo cáo rằng 23,3% bác sỹ cảm thấy những nỗ lực họ dành cho công việc không được bù đắp một cách tương xứng. Kết quả này có vẻ khiêm tốn so với phát hiện của Loerbroks và cộng sự (2016) trên các bác sỹ Đức với tỷ lệ 57%. Tuy nhiên, kết quả này không nên bị xem nhẹ bởi lẽ cứ khoảng 4 bác sỹ thì có một người báo cáo rằng những gì họ nhận được là chưa thỏa đáng với nỗ lực của họ cho công việc, bất luận ở khía cạnh là tài chính, sự thừa nhận giá trị hay cơ hội thăng tiến trong nghề nghiệp. Và đây chính là nhóm cần được quan tâm hỗ trợ để phòng ngừa các rủi ro về sức khỏe tâm thần trong công việc.

Về ảnh hưởng của sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng đến sức khỏe tâm thần của bác sỹ, các kết quả trong nghiên cứu này cũng nằm trong xu hướng phát hiện của các nghiên cứu trên thế giới mà chúng tôi đã tổng hợp ở phần đầu (Joksimovic và cộng sự, 2002; Kikuchi và cộng sự, 2010; Tsutsumi và cộng sự, 2012). Đó là, nguy cơ có các rối loạn sức khỏe tâm thần luôn được dự báo cao hơn ở những bác sỹ có cảm nhận về sự mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng. Kết quả này góp phần củng cố thêm cho nền tảng của lý thuyết mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng mà Siegrist đề cập tới. Đó là, cảm nhận về sự mất cân bằng, sự không thỏa đáng, thiếu hợp lý giữa nỗ lực và phần thưởng làm tăng cường trải nghiệm căng thẳng của người lao động. Thêm vào đó, cảm giác không được đánh giá đúng mức hoặc bị đối xử không công bằng, sự thất vọng do lợi ích nhận được không phù hợp với công sức bỏ ra gây nên sự căng thẳng kéo dài. Lý giải điều này, Siegrist (2001) cho rằng, cá nhân khi thường xuyên không nhận được phần thưởng sẽ cảm nhận sự không phù hợp về vai trò cốt lõi của người trưởng thành - vai trò người lao động. Hơn nữa, khi người lao động được khen thưởng ít hơn những nỗ lực của họ cũng được xem là chỉ báo về vị trí xã hội thấp và ít được người quản lý ủng hộ (Notelaers và cộng sự, 2019). Những trải nghiệm căng thẳng duy trì âm ỉ, kéo dài thì tác động của nó đến sức khỏe thể chất và tâm thần của họ là điều khó có thể tránh khỏi.

5. Kết luận

Trong rất nhiều mô hình lý thuyết lý giải cho vấn đề sức khỏe tâm thần của người lao động, bài viết này góp phần củng cố lý thuyết về sự mất cân bằng giữa nỗ lực đầu tư cho công việc và phần thưởng mà công việc mang lại cho người lao động. Kết quả khẳng định nguy cơ rối loạn sức khỏe tâm thần gia tăng ở nhóm bác sỹ đánh giá rằng họ đầu tư quá nhiều so với phần thưởng. Các nhà quản lý trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong các tổ chức lao động nói chung có thể xem xét kết quả này như một gợi ý rằng việc đáp ứng lại với nỗ lực của người lao động ở khía cạnh tài chính, sự thừa nhận công khai giá trị của người lao động, các cơ hội thăng tiến trong công việc và sự an toàn của công việc sẽ là một trong các yếu tố góp phần thúc đẩy sự cân bằng về sức

khỏe tâm thần của người lao động. Thông qua đó, các nhà quản lý có thể đưa ra các chính sách đãi ngộ phù hợp với người lao động không chỉ nhằm bảo vệ sức khỏe tâm thần của họ mà điều này cũng chính là bảo vệ sự bình ổn về hiệu suất của tổ chức.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu đó là chưa thực sự quan tâm tới tinh chất công việc của bác sỹ trong bối cảnh đại dịch Covid-19. Mặc dù nhóm khách thể không phải là các bác sỹ tuyến đầu chống dịch, nhưng những áp lực công việc hoặc nguy cơ lây nhiễm bệnh trong bối cảnh dịch bệnh có thể gia tăng và điều này cũng có thể góp phần nào đó ảnh hưởng đến cam nhận về sự (mất) cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng trong công việc. Các nghiên cứu sau có thể tập trung làm rõ hơn những ảnh hưởng của điều kiện môi trường làm việc (theo nghĩa môi trường lớn khi có sự tác động của dịch bệnh, thiên tai...) nhằm làm rõ hơn mối quan hệ giữa nỗ lực và phần thưởng ở các bác sỹ.

Chú thích:

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài: *Đánh giá hiệu quả mô hình trợ giúp tâm lý xã hội nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần trong lao động của nhân viên y tế Việt Nam*; Mã số: 501.02-2020.01; Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội chủ trì; PGS.TS. Bùi Thị Hồng Thái làm chủ nhiệm.

Tài liệu tham khảo

1. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J. and Schaufeli W.B. (2000). *Effort-reward imbalance and burnout among nurses*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 31 (4). P. 884 - 891.
2. Bentler P.M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino. CA: Multivariate Software.
3. Beschoner P., Von Wietersheim J., Jarczok M.N., Braun M., Schönfeldt-Lecuona C., Jerg-Bretzke L. and Steiner L. (2020). *Changes in working conditions and mental health among intensive care physicians across a decade*. Front. Psychiatry. Vol. 11 (145). DOI: 10.3389/fpsy.2020.00145.
4. Brown M.W. and Cudeck R. (1993). *Alternative ways of assessing model fit*. In K.A. Bollen and J.S. Long (eds.). Testing structural equation models. P. 136 - 162. Newbury Park. CA: Sage.
5. Colquitt J.A. (2001). *On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure*. J. Appl. Psychol. Vol. 86. P. 386 - 400. DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.386.

6. De Jonge J., Bosma H., Peter R. and Siegrist J. (2000). *Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study*. Social Science & Medicine. Vol. 50 (9). P. 1.317 - 1.327.
7. De Vellis R.F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. Los Angeles: SAGE.
8. De Witte H., Pienaar J. and De Cuyper N. (2016). *Review of 30 years of longitudinal studies on the association between job insecurity and health and well-being: Is there causal evidence?*. Australian Psychologist. Vol. 51 (1). P. 18 - 31.
9. Joksimovic L., Starke D., vd Knesebeck O. and Siegrist J. (2002). *Perceived work stress, overcommitment, and self-reported musculoskeletal pain: A cross-sectional investigation*. International Journal of Behavioral Medicine. Vol. 9 (2). P. 122 - 138.
10. Kikuchi Y., Nakaya M., Ikeda M., Narita K., Takeda M. and Nishi M. (2010). *Effort-reward imbalance and depressive state in nurses*. Occupational Medicine. Vol. 60 (3). P. 231 - 233.
11. Kline R.B. (2004). *Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioural research*. Washington: American Psychological Association.
12. Li J., Yang W. and Cho S.I. (2006). *Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians*. Social Science & Medicine. Vol. 62. P. 1.066 - 1.077.
13. Loerbroks A., Weigl M., Li J. and Angerer P. (2016). *Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: A cross-sectional study among physicians in Germany*. BMC Public Health. Vol. 16 (342). DOI: 10.1186/s12889-016-3016-y.
14. Lovibond S.H. and Lovibond P.F. (1995). *Manual for the depression anxiety and stress scales (2nd ed.)*. Sydney: Psychology Foundation.
15. Marsh H.W. and Hocevar D. (1985). *Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher order factor models and their invariance across groups*. Psychological Bulletin. Vol. 97 (3). P. 562 - 582. DOI: 10.1037/0033-2909.97.3.562.
16. Notelaers G., Törnroos M. and Salin D. (2019). *Effort-reward imbalance: A risk factor for exposure to workplace bullying*. Front. Psychol. Vol. 10 (386). P. 1 - 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00386.
17. Siegrist J. (1996). *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. J. Occup Health Psychol. Vol. 1 (1). P. 27 - 41. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27.
18. Siegrist J. (2001). *A theory of occupational stress*. In J. Dunham (ed). Stress in the workplace: Past, present and future. P. 52 - 66. London: Whurr Publishers. Ltd.
19. Siegrist J. (2005). *Social reciprocity and health: New scientific evidence and policy implications*. Psychoneuroendocrinology. Vol. 30. P. 1.033 - 1.038. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.017.

20. Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I. and Peter R. (2004). *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons*. *Social Science & Medicine*. Vol. 58. P. 1.483 - 1.499.
21. Tsutsumi A., Kawanami S. and Horie S. (2012). *Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians*. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. Vol. 85 (2). P. 153 - 161.
22. Tran T.D., Tran T. and Fisher J. (2013). *Validation of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women*. *BMC Psychiatry*. Vol. 13 (24). DOI: 10.1186/1471-244x-13-24.
23. Van Vegchel N., De Jonge J., Bosma H. and Schaufeli W. (2005). *Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies*. *Soc. Sci. Med.* Vol. 60. P. 1.117 - 1.131. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.06.043.
24. Williams S., Michie S. and Pattani S. (1998). *Improving the health of the NHS workforce: Report of the partnership on the health of the NHS workforce, 1998*. Nuffield Provincial Hospital Trust. London.