TỰ ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC VIÊN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC NGUYỄN TẤT THÀNH

Tô Thị Liên[1]
Trần Hiếu[2]
Trần Thị Quyền Nương[3]
Trần Thị Sao Mai[4]

[1] *Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Tp. HCM*
[2] *Bệnh viện Quốc tế City, Tp. HCM*
[3] *Bệnh viện Hùng Vương, Tp. HCM*
[4] *Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Tp. HCM*

Tác giả chịu trách nhiệm
Tô Thị Liên
Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Tp. HCM
Email: ttlien@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/08/2026
Ngày phản biện: 27/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 17/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0117

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả điểm tự đánh giá thực hành dựa trên bằng chứng (EBP), các rào cản và một số yếu tố liên quan ở học viên thạc sĩ điều dưỡng tại Trường Đại học Nguyễn Tất Thành.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 07 đến tháng 08 năm 2026, trên toàn bộ 252 học viên thạc sĩ điều dưỡng của ba lớp đang theo học; học viên tự đánh giá bằng bộ câu hỏi EBPQ 24 mục.

Kết quả: Điểm EBPQ chung (trung bình 24 mục) là 3,36 ± 0,71 trên thang 1–7; điểm miền thực hành 3,06 ± 0,94, thái độ 4,60 ± 0,86 và kiến thức/kỹ năng 3,13 ± 0,90. Ba rào cản thường gặp nhất là thiếu kỹ năng tìm kiếm – đánh giá bằng chứng (79,4%), thiếu thời gian cập nhật bằng chứng (67,9%) và thiếu tài liệu, nguồn dữ liệu hỗ trợ (65,9%). Trong mô hình đa biến (R^2 hiệu chỉnh = 0,16), điểm EBPQ chung cao hơn ở nhóm đã từng tham gia nghiên cứu khoa học (B = 0,28; KTC 95%: 0,10 đến 0,45), nhóm sử dụng 2–3 nguồn (B = 0,33; KTC 95%: 0,14 đến 0,51) hoặc 4–5 nguồn tài nguyên học thuật (B = 0,56; KTC 95%: 0,23 đến 0,88), và thấp hơn ở nhóm không hiểu rõ khái niệm EBP (B = –0,26; KTC 95%: –0,45 đến –0,07).

Kết luận: Học viên tự đánh giá thực hành EBP dưới điểm giữa thang đo; điểm miền thái độ cao hơn miền thực hành và kiến thức/kỹ năng, nhưng miền thái độ có độ tin cậy nội tại thấp (Cronbach's alpha = 0,36) nên chỉ được diễn giải ở mức mô tả. Kinh nghiệm nghiên cứu khoa học, mức độ sử dụng tài nguyên học thuật và hiểu biết về khái niệm EBP có liên quan độc lập với điểm EBPQ chung. Chương trình thạc sĩ điều dưỡng cần tăng cường rèn luyện có hướng dẫn các kỹ năng đặt câu hỏi, tìm kiếm và thẩm định bằng chứng.

Từ khóa: *thực hành dựa trên bằng chứng; học viên thạc sĩ điều dưỡng; EBPQ; tự đánh giá; rào cản; yếu tố liên quan*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh, hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc là những chuẩn đích cốt lõi của thực hành chuyên môn. Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh rằng nhiều sự cố bất lợi trong chăm sóc sức khỏe có thể phòng ngừa nếu quyết định lâm sàng được chuẩn hóa, cập nhật và dựa trên bằng chứng tốt nhất hiện có [1]. Đối với điều dưỡng, thực hành dựa trên bằng chứng (evidence-based practice - EBP) là năng lực cốt lõi vì gắn trực tiếp với chất lượng chăm sóc, kết cục người bệnh và hiệu quả sử dụng nguồn lực [2]. Tại Việt Nam, chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân điều dưỡng cũng nhấn mạnh nghiên cứu khoa học, thực hành dựa trên bằng chứng và cải tiến chất lượng là các thành tố quan trọng trong đào tạo và hành nghề [3].

EBP được hiểu là quá trình tích hợp bằng chứng nghiên cứu tốt nhất, chuyên môn lâm sàng, bối cảnh tổ chức và giá trị của người bệnh để đưa ra quyết định chăm sóc phù hợp [2]. Trong nghiên cứu điều dưỡng, bộ câu hỏi EBPQ 24 mục của Upton và Upton là công cụ tự báo cáo được sử dụng rộng rãi, lượng giá đồng thời ba miền thực hành, thái độ và kiến thức/kỹ năng [4]. Một nghiên cứu kiểm định gần đây trên nhân viên y tế tại 18 quốc gia thuộc khu vực Đông Địa Trung Hải cho thấy công cụ này có độ tin cậy nội tại và giá trị cấu trúc phù hợp [5].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu hiện có chủ yếu tập trung ở điều dưỡng lâm sàng hoặc sinh viên đại học. Điều dưỡng nhìn nhận EBP là cần thiết nhưng còn hạn chế về kỹ năng và điều kiện triển khai [6,7]; ở sinh viên điều dưỡng, thái độ thường thuận lợi hơn kiến thức và kỹ năng [8-10]. Dữ liệu về học viên thạc sĩ điều dưỡng vẫn còn hạn chế, trong khi đây là nhóm có khả năng lan tỏa EBP vào thực hành, quản lý và giảng dạy. Học viên thạc sĩ thường đã có nhiều năm hành nghề và đang được đào tạo chính thức về nghiên cứu, nên việc xác định những kỹ năng EBP mà nhóm này tự đánh giá còn yếu và các yếu tố đi kèm có thể giúp xác định nội dung cần ưu tiên trong chương trình sau đại học. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả điểm tự đánh giá thực hành EBP, các rào cản và một số yếu tố liên quan ở học viên thạc sĩ điều dưỡng tại Trường Đại học Nguyễn Tất Thành.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, địa điểm, thời gian và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 07 đến tháng 08 năm 2026. Đối tượng nghiên cứu là học viên thạc sĩ điều dưỡng đang theo học tại trường. Mẫu phân tích hợp lệ gồm 252 học viên. Tiêu chuẩn chọn vào gồm đang theo học chương trình thạc sĩ điều dưỡng và đồng ý tham gia. Tiêu chuẩn loại trừ là rút lui khỏi nghiên cứu.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ: tất cả học viên của ba lớp thạc sĩ điều dưỡng đang theo học tại thời điểm khảo sát được mời tham gia. Tổng số 252 học viên đủ điều kiện đều được mời, đồng ý tham gia và hoàn thành bảng hỏi; không có học viên từ chối, vắng mặt hoặc rút lui (tỷ lệ phản hồi 100%), không có phiếu bị loại và dữ liệu của cả 252 học viên được đưa vào phân tích. Cỡ mẫu tối thiểu cho phân tích hồi quy được kiểm tra theo khuyến nghị của Green với công thức $N \geq 50 + 8m$, trong đó m là số biến độc lập [11]. Với 12 nhóm biến độc lập dự kiến, cỡ mẫu tối thiểu là 146; số học viên thực tế đáp ứng yêu cầu này.

2.3. Công cụ nghiên cứu và biến số

Bộ công cụ gồm ba phần. Phần thứ nhất là bảng hỏi thông tin chung, gồm các đặc điểm

cá nhân, học thuật và nghề nghiệp như tuổi, giới, văn bằng cao nhất, tình trạng hôn nhân, số năm công tác, nơi làm việc, khoa/phòng, chức vụ, kinh nghiệm nghiên cứu khoa học, việc đọc hoặc đăng ký tạp chí chuyên ngành, nguồn dữ liệu tại nơi làm việc, nguồn tài nguyên học thuật thường sử dụng, trình độ tiếng Anh, ngôn ngữ khác và mức độ hiểu khái niệm EBP.

Phần thứ hai là EBPQ 24 mục của Upton và Upton [4], gồm 6 mục thực hành, 4 mục thái độ và 14 mục kiến thức/kỹ năng. Đây là công cụ tự báo cáo: điểm phản ánh nhận định của người tham gia về tần suất thực hiện các bước EBP, quan điểm về EBP và mức độ thành thạo của bản thân, không phải đánh giá trực tiếp năng lực thực hành. Các mục được chấm theo thang Likert 1–7 điểm. Trong phiên bản sử dụng, các mục thái độ được trình bày dưới dạng nhận định với thang đồng ý 1–7; cả 4 mục đều mang nghĩa phủ định nên được đảo chiều (1↔7, 2↔6, 3↔5; 4 giữ nguyên) trước khi tính điểm. Điểm mỗi miền là trung bình các mục của miền đó. Điểm EBPQ chung là trung bình của 24 mục (tương đương tổng điểm 24 mục chia cho 24), phù hợp với cách tính điểm tổng từ toàn bộ 24 mục trong các nghiên cứu trước [5]; khoảng điểm của mọi chỉ số là 1–7. Vì miền kiến thức/kỹ năng chiếm 14/24 mục, điểm trung bình của ba miền (mỗi miền có trọng số như nhau) được dùng trong phân tích độ nhạy. Điểm cao hơn phản ánh mức tự đánh giá thuận lợi hơn. Do công cụ gốc không đề xuất ngưỡng phân loại, nghiên cứu không phân loại mức độ; điểm 4 (điểm giữa thang) chỉ được dùng làm mốc mô tả. Bộ câu hỏi được sử dụng dưới dạng tiếng Việt sau khi rà soát cấu trúc gốc, hiệu chỉnh diễn đạt, tham vấn chuyên môn và khảo sát thử trước triển khai chính thức. Cấu trúc ba miền được đánh giá bằng phân tích nhân tố khẳng định. Hệ số Cronbach's alpha của miền thực hành là 0,87, miền thái độ là 0,36, miền kiến thức/kỹ năng là 0,93 và toàn thang 24 mục là 0,90.

Phần thứ ba là câu hỏi nhiều lựa chọn về rào cản đối với áp dụng EBP, gồm: thiếu thời gian, thiếu tài liệu và nguồn dữ liệu hỗ trợ, thiếu kỹ năng tìm kiếm – đánh giá bằng chứng, thiếu hỗ trợ từ đồng nghiệp hoặc quản lý, thiếu nguồn lực tài chính/trang thiết bị và ý kiến khác, kèm hai câu hỏi mở về rào cản và cảm nhận khi áp dụng bằng chứng. Các lựa chọn được nhóm nghiên cứu xây dựng từ các nhóm rào cản cá nhân và tổ chức thường được báo cáo trong các tổng quan về EBP ở điều dưỡng [12,13]. Đây không phải thang đo chuẩn hóa nên chỉ được phân tích theo tần suất ghi nhận từng rào cản và tổng số rào cản. Biến phụ thuộc là điểm EBPQ chung và điểm từng miền; biến độc lập gồm các đặc điểm cá nhân, học thuật - nghề nghiệp, số nguồn tài nguyên học thuật đã sử dụng (đếm số lựa chọn ở câu hỏi về tài nguyên; lựa chọn để trống được tính là không chọn), trình độ tiếng Anh, mức độ hiểu EBP và số lượng rào cản.

2.4. Thu thập và phân tích số liệu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Nguyễn Tất Thành chấp thuận theo Giấy chứng nhận số 96/GCN-NTT, ngày chấp thuận 22/6/2026. Nhóm nghiên cứu cung cấp thông tin nghiên cứu; người tham gia ký phiếu đồng ý và có thể rút lui bất kỳ lúc nào. Bảng hỏi được phát dưới hình thức tự điền, thời gian hoàn thành khoảng 10–15 phút. Dữ liệu được kiểm tra tính đầy đủ, mã hóa và nhập bằng SPSS. Trong quá trình làm sạch dữ liệu, hai giá trị nằm ngoài khoảng 1–7 ở một mục kiến thức/kỹ năng, một giá trị không hợp lệ ở câu hỏi rào cản và một giá trị tuổi không hợp lý (18 tuổi với 25 năm công tác) được xử lý là dữ liệu thiếu. Điểm miền và điểm chung được

tính trên các mục có trả lời; tỷ lệ thiếu dữ liệu của mỗi mục không vượt quá 0,8%. Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS 26; phân tích nhân tố khẳng định và khám phá được thực hiện bằng R (gói lavaan và psych).

Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh điểm EBPQ chung giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định t độc lập hoặc ANOVA một yếu tố, kèm so sánh từng cặp bằng kiểm định Tukey HSD khi ANOVA có ý nghĩa; tính đồng nhất phương sai được kiểm tra bằng kiểm định Levene. Hệ số tương quan Pearson được sử dụng để đánh giá tương quan giữa ba miền. Các biến có $p < 0,05$ ở phân tích đơn biến được đưa đồng thời (phương pháp Enter) vào mô hình hồi quy tuyến tính đa biến với biến phụ thuộc là điểm EBPQ chung. Biến phân loại được mã hóa thành biến giả, nhóm tham chiếu là: chưa từng tham gia nghiên cứu khoa học; không đọc/đăng ký tạp chí chuyên ngành; tiếng Anh không biết/cơ bản; hoàn toàn hiểu/hiểu một phần khái niệm EBP (biến giả mã hóa 1 cho nhóm không hiểu rõ/hoàn toàn không hiểu); và sử dụng 0–1 nguồn tài nguyên học thuật. Kết quả được trình bày bằng hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa (B) kèm khoảng tin cậy 95% (KTC 95%), hệ số chuẩn hóa (β), R^2 và R^2 hiệu chỉnh. Đa cộng tuyến được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF); phân phối phần dư bằng kiểm định Shapiro–Wilk; phương sai phần dư bằng kiểm định Breusch–Pagan; quan sát bất thường và quan sát có ảnh hưởng bằng phần dư chuẩn hóa và khoảng cách Cook. Phân tích độ nhạy lặp lại các bước trên với điểm trung bình của ba miền làm biến phụ thuộc. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 252 học viên thạc sĩ điều dưỡng. Tuổi trung bình là 37,53 ± 7,48 năm; nữ chiếm 78,6%. Số năm công tác trung bình là 14,88 ± 7,88 năm và 94,0% học viên đang công tác tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế. Có 38,5% học viên đã từng tham gia nghiên cứu khoa học, 33,7% có đọc hoặc đăng ký tạp chí chuyên ngành điều dưỡng và 67,1% cho biết nơi làm việc có sẵn nguồn dữ liệu hỗ trợ. Về trình độ tiếng Anh, 87,7% thuộc nhóm không biết/cơ bản và 12,3% ở mức trung cấp/nâng cao. Chỉ 9,5% học viên cho biết hoàn toàn hiểu khái niệm thực hành dựa trên bằng chứng, trong khi 65,1% hiểu một phần.

Bảng 1. Đặc điểm chính của mẫu nghiên cứu (n = 252)

Đặc điểm		N / Trung bình	% / Độ lệch chuẩn
Lớp	24MDD1A+B	96	38,1
	25MDDD1A+B	125	49,6
	25MDD1C	31	12,3
Tuổi (năm)[a]		37,53	7,48
Giới	Nam	54	21,4
	Nữ	198	78,6

Văn bằng cao nhất	Đại học	251	99,6
	Thạc sĩ (ngành khác)	1	0,4
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	70	27,8
	Kết hôn	174	69,0
	Ly dị/Góa bụa	8	3,2
Số năm công tác		14,88	7,88
Đang công tác tại bệnh viện/cơ sở y tế	Có	237	94,0
	Không	15	6,0
Phân loại bệnh viện[b]	Công lập-Chuyên khoa	115	45,6
	Công lập-Đa khoa	76	30,2
	Tư nhân-Đa khoa	38	15,1
	Tư nhân-Chuyên khoa	8	3,2
	Khác (ngoài bệnh viện)	14	5,6
	Không ghi nhận	1	0,4
Phân loại khoa phòng[c]	HSCC – Cấp cứu – GMHS	41	16,3
	Ngoại khoa – Phẫu thuật	50	19,8
	Nội khoa	47	18,7
	Sản – Nhi	17	6,7
	Ung bướu – Xạ trị – Y học hạt nhân	10	4,0
	Cận lâm sàng – Chẩn đoán hình ảnh – Kiểm soát nhiễm khuẩn – Dinh dưỡng	23	9,1
	Khám bệnh – Liên chuyên khoa – Dự phòng	32	12,7
	Chức năng – Hành chính – Điều dưỡng	31	12,3
	Không ghi nhận	1	0,4
Chức vụ hiện tại	Điều dưỡng lâm sàng	103	40,9
	Điều dưỡng hành chính	41	16,3
	Điều dưỡng quản lý	85	33,7
	Khác	23	9,1

Từng tham gia nghiên cứu khoa học	Đã từng	97	38,5
	Chưa bao giờ	155	61,5
Đọc/đăng ký tạp chí chuyên ngành điều dưỡng	Có	85	33,7
	Không	167	66,3
Nguồn dữ liệu sẵn có tại nơi làm việc	Có	169	67,1
	Không	83	32,9
Tài nguyên đã sử dụng để cập nhật kiến thức (nhiều lựa chọn)	Tạp chí/Bài báo khoa học	125	49,6
	Sách hướng dẫn và khuyến nghị của Bộ Y tế	166	65,9
	Sách học thuật	34	13,5
	Tham gia hội nghị/ seminar/hội thảo	196	77,8
	Tổng quan hệ thống	22	8,7
	Khác	6	2,4
Trình độ tiếng Anh	Không biết	12	4,8
	Cơ bản	209	82,9
	Trung cấp	27	10,7
	Nâng cao	4	1,6
Trình độ ngôn ngữ khác	Tiếng Đức	1	0,4
	Tiếng Hàn cơ bản	1	0,4
	Tiếng Hoa – Cơ bản	2	0,8
	Tiếng Nhật – Cơ bản	1	0,4
	Tiếng Pháp – Cơ bản	4	1,6
Hiểu khái niệm EBP	Hoàn toàn hiểu	24	9,5
	Hiểu một phần	164	65,1
	Không hiểu rõ	54	21,4
	Hoàn toàn không hiểu	10	4,0

Ghi chú: [a] n = 251; một giá trị tuổi không hợp lý (18 tuổi với 25 năm công tác) được xử lý là dữ liệu thiếu. [b],[c] Nhóm nghiên cứu phân loại từ tên đơn vị và khoa/phòng do học viên ghi (câu hỏi 7 và 8); một học viên không ghi thông tin này. Tỷ lệ phần trăm tính trên 252 học viên. Nhóm "Khác (ngoài bệnh viện)" gồm trường đào tạo, trung tâm y tế, phòng khám và cơ sở tiêm chủng; nhóm này được phân loại theo tên đơn vị nên không trùng với 15 học viên trả lời "Không" ở câu hỏi đang công tác tại bệnh viện/cơ sở y tế (câu hỏi 6). HSCC: hồi sức cấp cứu; GMHS: gây mê hồi sức.

3.2. Các rào cản đối với việc áp dụng thực hành dựa trên bằng chứng

Rào cản được ghi nhận nhiều nhất là thiếu kỹ năng tìm kiếm và đánh giá bằng chứng, chiếm 79,4%. Hai rào cản tiếp theo là thiếu thời gian để cập nhật bằng chứng mới với 67,9% và thiếu tài liệu, nguồn dữ liệu hỗ trợ với 65,9%. Ngoài ra, 44,4% học viên cho biết không đủ nguồn lực tài chính hoặc trang thiết bị, trong khi 26,6% không nhận được sự hỗ trợ từ đồng nghiệp hoặc quản lý. Các bình luận mở cho thấy rào cản còn liên quan đến quá tải thời gian, hạn chế kỹ năng học thuật nền tảng, khó khăn trong thay đổi thói quen thực hành, hạn chế ngoại ngữ và khó tiếp cận nguồn dữ liệu tin cậy.

Bảng 2. Các rào cản chính đối với việc áp dụng thực hành dựa trên bằng chứng (n = 252; mỗi học viên có thể chọn nhiều rào cản)

Rào cản	Có, n (%)
Thiếu kỹ năng tìm kiếm và đánh giá bằng chứng	200 (79,4)
Thiếu thời gian để cập nhật bằng chứng mới	171 (67,9)
Thiếu tài liệu và nguồn dữ liệu hỗ trợ	166 (65,9)
Không đủ nguồn lực tài chính hoặc trang thiết bị	112 (44,4)
Không nhận được sự hỗ trợ từ đồng nghiệp hoặc quản lý	67 (26,6)

3.3. Điểm tự đánh giá thực hành dựa trên bằng chứng theo EBPQ

Điểm EBPQ chung là 3,36 ± 0,71 trên thang 1–7, thấp hơn điểm giữa thang (4 điểm); điểm trung bình của ba miền là 3,60 ± 0,63. Trong ba miền, thái độ có điểm trung bình cao nhất với 4,60 ± 0,86; tiếp theo là kiến thức/kỹ năng với 3,13 ± 0,90; thấp nhất là thực hành với 3,06 ± 0,94. Ở miền thực hành, các mục có điểm thấp nhất là thẩm định nghiêm ngặt tài liệu (2,52 ± 1,23), đặt câu hỏi rõ ràng để lấp khoảng trống kiến thức (2,89 ± 1,16) và tìm kiếm bằng chứng liên quan (3,02 ± 1,25). Ở miền kiến thức/kỹ năng, các điểm thấp tập trung ở kỹ năng nghiên cứu (2,37 ± 0,93), phân tích bằng chứng nghiêm ngặt dựa trên tiêu chuẩn đặt ra (2,53 ± 1,28), kiến thức về cách truy xuất bằng chứng (2,58 ± 1,20), kỹ năng công nghệ thông tin/cơ sở dữ liệu nghiên cứu (2,69 ± 1,02) và xác định mức độ đánh giá tính hợp lệ của tài liệu (2,80 ± 1,29).

Bảng 3. Điểm EBPQ chung và điểm theo từng miền (n = 252; thang 1–7)

Chỉ số	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Điểm EBPQ chung (trung bình 24 mục)	3,36 ± 0,71
Miền thực hành	3,06 ± 0,94
Miền thái độ	4,60 ± 0,86
Miền kiến thức/kỹ năng	3,13 ± 0,90

Ghi chú: EBPQ: Evidence-Based Practice Questionnaire (bộ câu hỏi thực hành dựa trên bằng chứng). Cronbach's alpha: miền thực hành 0,87; miền thái độ 0,36; miền kiến thức/kỹ năng 0,93; toàn thang 0,90. Điểm trung bình của ba miền (trọng số bằng nhau): 3,60 ± 0,63.

Dữ liệu phù hợp cho phân tích nhân tố (KMO = 0,88; kiểm định Bartlett $p < 0,001$). Mô hình ba miền gốc chưa phù hợp với dữ liệu (CFI = 0,76; TLI = 0,74; RMSEA = 0,115, KTC 90%: 0,107–0,123; SRMR = 0,074). Miền thực hành (hệ số tải 0,65–0,80; CR = 0,87; AVE = 0,53) và miền kiến thức/kỹ năng (hệ số tải 0,49–0,84; CR = 0,93; AVE = 0,50) đạt yêu cầu về giá trị hội tụ và độ tin cậy, trong khi bốn mục thái độ có hệ số tải thấp và không

đồng đều (0,03–0,68; CR = 0,41; AVE = 0,19). Phân tích nhân tố khám phá cho thấy ba mục chia sẻ ý tưởng, truyền đạt ý tưởng mới và xem xét lại thực hành (mục 22–24) tạo một nhân tố riêng (CR = 0,90), tương tự kết quả của Youssef và cộng sự [5]; mô hình bốn nhân tố tách nhóm mục này cải thiện mức phù hợp (CFI = 0,85; RMSEA = 0,092) nhưng vẫn chưa đạt đầy đủ các ngưỡng.

3.4. Tương quan giữa các miền của thực hành dựa trên bằng chứng

Kết quả tương quan Pearson cho thấy miền thực hành có tương quan mức vừa với miền kiến thức/kỹ năng (r = 0,57; p < 0,001). Miền thái độ không tương quan có ý nghĩa thống kê với miền kiến thức/kỹ năng (r = 0,03; p = 0,68) và miền thực hành (r = 0,05; p = 0,46). Tương quan giữa điểm EBPQ chung với từng miền không được trình bày vì điểm chung được tính từ chính các mục của các miền này (tương quan bộ phận – tổng thể).

Bảng 4. Mối tương quan giữa các miền của thực hành dựa trên bằng chứng (n = 252)

Tương quan	r	p
Thực hành – Thái độ	0,05	0,46
Thực hành – Kiến thức/kỹ năng	0,57	<0,001
Thái độ – Kiến thức/kỹ năng	0,03	0,68

Ghi chú: r: hệ số tương quan Pearson.

3.5. Các yếu tố liên quan với điểm EBPQ chung

Ở phân tích đơn biến, điểm EBPQ chung khác biệt có ý nghĩa thống kê theo một số đặc điểm học thuật của học viên. Nhóm đã từng tham gia nghiên cứu khoa học có điểm cao hơn nhóm chưa từng tham gia (3,56 ± 0,72 so với 3,23 ± 0,68; p < 0,001). Nhóm có đọc hoặc đăng ký tạp chí chuyên ngành điều dưỡng có điểm cao hơn nhóm không đọc/đăng ký (3,50 ± 0,64 so với 3,28 ± 0,73; p = 0,017). Điểm EBPQ chung tăng theo số nguồn tài nguyên học thuật được sử dụng, từ 3,03 ± 0,67 ở nhóm sử dụng 0–1 nguồn (n = 71) lên 3,44 ± 0,69 ở nhóm sử dụng 2–3 nguồn (n = 158) và 3,79 ± 0,59 ở nhóm sử dụng 4–5 nguồn (n = 23) (p < 0,001). Nhóm có trình độ tiếng Anh trung cấp/nâng cao có điểm cao hơn nhóm không biết/cơ bản (3,70 ± 0,65 so với 3,31 ± 0,71; p = 0,004), và nhóm hoàn toàn hiểu/hiểu một phần khái niệm EBP có điểm cao hơn nhóm không hiểu rõ/hoàn toàn không hiểu (3,45 ± 0,71 so với 3,09 ± 0,65; p < 0,001). Chênh lệch theo nguồn dữ liệu sẵn có tại nơi làm việc không có ý nghĩa thống kê (3,41 ± 0,72 so với 3,24 ± 0,68; p = 0,069). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm EBPQ chung theo tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, số năm công tác, phân loại bệnh viện, chức vụ hiện tại và số lượng rào cản.

Bảng 5. Điểm EBPQ chung theo một số đặc điểm học thuật ở phân tích đơn biến (n = 252; thang điểm 1–7)

Yếu tố	Nhóm so sánh	Điểm EBPQ chung, TB ± ĐLC	p
Từng tham gia nghiên cứu khoa học	Đã từng	3,56 ± 0,72	<0,001
	Chưa bao giờ	3,23 ± 0,68	
Đọc/đăng ký tạp chí chuyên ngành điều dưỡng	Có	3,50 ± 0,64	0,017
	Không	3,28 ± 0,73	
Nguồn dữ liệu sẵn có tại nơi làm việc	Có	3,41 ± 0,72	0,069
	Không	3,24 ± 0,68	
Số nguồn tài nguyên học thuật đã sử dụng	0–1 nguồn	3,03 ± 0,67	<0,001
	2–3 nguồn	3,44 ± 0,69	
	4–5 nguồn	3,79 ± 0,59	
Trình độ tiếng Anh	Không biết/cơ bản	3,31 ± 0,71	0,004
	Trung cấp/nâng cao	3,70 ± 0,65	
Hiểu khái niệm EBP	Hoàn toàn hiểu/hiểu một phần	3,45 ± 0,71	<0,001
	Không hiểu rõ/hoàn toàn không hiểu	3,09 ± 0,65	

Ghi chú: kiểm định t độc lập cho biến hai nhóm; ANOVA một yếu tố cho số nguồn tài nguyên học thuật (0–1 nguồn: n = 71; 2–3 nguồn: n = 158; 4–5 nguồn: n = 23); kiểm định Levene không cho thấy phương sai khác biệt ở các so sánh (p > 0,05). So sánh từng cặp (Tukey HSD): 0–1 so với 2–3 nguồn p < 0,001; 0–1 so với 4–5 nguồn p < 0,001; 2–3 so với 4–5 nguồn p = 0,059. Giá trị p của biến hai nhóm là của kiểm định t độc lập giữa hai nhóm. TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn.

3.6. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến đối với điểm EBPQ chung

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến (n = 252) giải thích 17,9% biến thiên của điểm EBPQ chung (R^2 = 0,179; R^2 hiệu chỉnh = 0,159; F(6; 245) = 8,92; p < 0,001). Sau khi hiệu chỉnh cho các biến trong mô hình, điểm EBPQ chung cao hơn ở học viên đã từng tham gia nghiên cứu khoa học (B = 0,28; KTC 95%: 0,10 đến 0,45; p = 0,002) và ở nhóm sử dụng 2–3 nguồn (B = 0,33; KTC 95%: 0,14 đến 0,51; p < 0,001) hoặc 4–5 nguồn tài nguyên học thuật (B = 0,56; KTC 95%: 0,23 đến 0,88; p < 0,001) so với nhóm sử dụng 0–1 nguồn. Biến giả về hiểu khái niệm EBP được mã hóa 1 cho nhóm không hiểu rõ/hoàn toàn không hiểu và 0 cho nhóm hoàn toàn hiểu/hiểu một phần; hệ số âm (B = –0,26; KTC 95%: –0,45 đến –0,07; p = 0,007) cho thấy nhóm không hiểu rõ khái niệm EBP có điểm thấp hơn khoảng 0,26 điểm, cùng chiều với kết quả phân tích đơn biến. Trình độ tiếng Anh trung cấp/nâng cao (p = 0,109) và đọc/đăng ký tạp chí chuyên ngành (p

= 0,572) không còn liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Hệ số VIF từ 1,06 đến 1,35; phần dư có phân phối gần chuẩn (Shapiro–Wilk p = 0,31), không có bằng chứng phương sai thay đổi (Breusch–Pagan p = 0,81); một quan sát có phần dư chuẩn hóa lớn hơn 3 (3,82) nhưng khoảng cách Cook lớn nhất chỉ là 0,05. Trong phân tích độ nhạy với điểm trung bình của ba miền (R^2 hiệu chỉnh = 0,18), kinh nghiệm nghiên cứu khoa học, hiểu khái niệm EBP và số nguồn tài nguyên học thuật vẫn liên quan có ý nghĩa thống kê theo cùng chiều; tiếng Anh (p = 0,077), đọc/đăng ký tạp chí và nguồn dữ liệu tại nơi làm việc không có ý nghĩa.

Bảng 6. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến đối với điểm EBPQ chung (n = 252; biến phụ thuộc: điểm EBPQ chung, thang 1–7)

Biến số (nhóm tham chiếu)	B	KTC 95%	β	p
Đã từng tham gia nghiên cứu khoa học (chưa từng)	0,28	0,10 đến 0,45	0,19	0,002
Đọc/đăng ký tạp chí chuyên ngành điều dưỡng (không)	0,05	–0,13 đến 0,23	0,03	0,572
Tiếng Anh trung cấp/nâng cao (không biết/cơ bản)	0,21	–0,05 đến 0,46	0,10	0,109
Không hiểu rõ/hoàn toàn không hiểu khái niệm EBP (hoàn toàn hiểu/hiểu một phần)	–0,26	–0,45 đến –0,07	–0,16	0,007
Sử dụng 2–3 nguồn tài nguyên học thuật (0–1 nguồn)	0,33	0,14 đến 0,51	0,22	<0,001
Sử dụng 4–5 nguồn tài nguyên học thuật (0–1 nguồn)	0,56	0,23 đến 0,88	0,23	<0,001

Ghi chú: B: hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa; β: hệ số hồi quy chuẩn hóa; KTC 95%: khoảng tin cậy 95% của B. Hằng số = 3,02 (KTC 95%: 2,84 đến 3,19). R^2 = 0,179; R^2 hiệu chỉnh = 0,159; F(6; 245) = 8,92; p < 0,001. VIF (hệ số phóng đại phương sai): 1,06–1,35.

4. BÀN LUẬN

Học viên thạc sĩ điều dưỡng trong nghiên cứu tự đánh giá thực hành EBP dưới điểm giữa thang đo, với điểm EBPQ chung 3,36 trên thang 1–7. Miền thái độ đạt điểm cao nhất, trong khi miền thực hành và kiến thức/kỹ năng thấp hơn rõ rệt. Vì EBPQ là công cụ tự báo cáo, các điểm này phản ánh nhận định của học viên về tần suất thực hành và mức độ thành thạo của bản thân, không phải năng lực được đo lường trực tiếp. Mô hình thái độ cao hơn thực hành và kiến thức/kỹ năng tương đồng với các nghiên cứu trên điều dưỡng và sinh viên điều dưỡng tại Việt Nam [6,8-10] và với tổng quan về mức độ sẵn sàng EBP của điều dưỡng, trong đó điều dưỡng có thái độ tích cực nhưng tự nhận kiến thức, kỹ năng chưa đủ và ít sử dụng bằng chứng trong thực hành [14].

Khoảng cách giữa thái độ và thực hành cần được diễn giải thận trọng. Miền thái độ hầu như không tương quan với miền thực hành và miền kiến thức/kỹ năng, trong khi hai miền sau tương quan mức vừa với nhau (r = 0,57). Có ít nhất ba cách giải thích. Thứ nhất, thái độ thuận lợi là điều kiện cần nhưng chưa đủ: để thực hành EBP, người học cần kỹ năng đặt câu hỏi, tìm kiếm và thẩm định bằng chứng, và đây cũng là nhóm mục có điểm thấp nhất trong nghiên cứu này. Thứ hai, các

rào cản từ môi trường làm việc như thiếu thời gian và thiếu nguồn dữ liệu có thể khiến thái độ tích cực không chuyển thành hành vi; tổng quan tại các nước thu nhập thấp và trung bình ghi nhận rào cản về tổ chức, nguồn lực và tiếp cận thông tin lặp lại ở nhiều nghiên cứu [13]. Thứ ba, sai số đo lường của miền thái độ có thể làm giảm hệ số tương quan quan sát được. Miền này chỉ có 4 mục, có độ tin cậy nội tại thấp trên mẫu hiện tại (Cronbach's alpha = 0,36), không hình thành một nhân tố trong phân tích nhân tố khẳng định, và cũng là miền có độ tin cậy thấp nhất trong các nghiên cứu kiểm định EBPQ [5]. Ngoài ra, hai mục "khối lượng công việc quá nhiều để cập nhật bằng chứng" và "gắn bó với phương pháp đã quen thuộc" có thể phản ánh điều kiện làm việc nhiều hơn là quan điểm về giá trị của EBP. Vì vậy, kết quả về thái độ chỉ nên được diễn giải ở mức mô tả và không đủ để kết luận về mối liên quan giữa thái độ và thực hành.

Ba rào cản nổi bật nhất là thiếu kỹ năng tìm kiếm – đánh giá bằng chứng, thiếu thời gian và thiếu tài liệu, nguồn dữ liệu hỗ trợ. Mô hình này phù hợp với các nghiên cứu tại Việt Nam, trong đó điều dưỡng nhận thức được sự cần thiết của EBP nhưng còn hạn chế về kỹ năng, nguồn lực thông tin và điều kiện triển khai [6,7], và với các tổng quan về rào cản EBP ở điều dưỡng [12,13]. Ở học viên cao học điều dưỡng, thiếu thời gian và thiếu nguồn thư viện cũng là những rào cản thường được báo cáo [15]. Rào cản thường gặp nhất trong nghiên cứu này là thiếu kỹ năng, phù hợp với điểm thấp ở các mục tìm kiếm và thẩm định bằng chứng; đây là các rào cản mà chương trình đào tạo có thể tác động trực tiếp.

Trong mô hình đa biến, kinh nghiệm nghiên cứu khoa học và việc sử dụng nhiều nguồn tài nguyên học thuật liên quan với điểm EBPQ chung cao hơn, còn việc không hiểu rõ khái niệm EBP liên quan với điểm thấp hơn; các liên quan này ổn định khi thay đổi cách tính điểm chung. Hệ số âm của biến hiểu EBP không mâu thuẫn với kết quả đơn biến: biến giả được mã hóa 1 cho nhóm không hiểu rõ, nên hệ số âm biểu thị điểm thấp hơn ở nhóm này, cùng chiều với chênh lệch đơn biến (3,09 so với 3,45). Chênh lệch sau hiệu chỉnh (B = –0,26) gần với chênh lệch thô (khoảng –0,36), cho thấy liên quan này chỉ được giải thích một phần nhỏ bởi các biến học thuật khác trong mô hình. Ngược lại, trình độ tiếng Anh và đọc/đăng ký tạp chí liên quan có ý nghĩa ở phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa trong mô hình đa biến. Một phần có thể do các biến này đi cùng với kinh nghiệm nghiên cứu (r = 0,28 giữa đọc/đăng ký tạp chí và từng tham gia nghiên cứu khoa học) và với mức độ sử dụng tài nguyên học thuật; ngoài ra, chỉ 31 học viên có tiếng Anh trung cấp/nâng cao nên ước lượng cho nhóm này kém chính xác (KTC 95% của B từ –0,05 đến 0,46). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước ở sinh viên điều dưỡng, cho thấy tiếng Anh, tần suất tiếp cận tài liệu, tập huấn hoặc tham gia nghiên cứu có liên quan đến kiến thức, thái độ hoặc kỹ năng EBP [8-10]. Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định chiều của mối liên quan: kinh nghiệm nghiên cứu có thể giúp nâng cao kỹ năng EBP, nhưng học viên có kỹ năng tốt hơn cũng có thể dễ tham gia nghiên cứu hơn. Mô hình chỉ giải thích khoảng 16% biến thiên của điểm EBPQ chung, nên còn nhiều yếu tố chưa được đo lường.

Từ các phát hiện trên, chương trình thạc sĩ điều dưỡng có thể ưu tiên những kỹ năng có điểm thấp nhất: chuyển vấn đề lâm sàng thành câu hỏi có cấu trúc (như PICO), xây dựng chiến lược tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu khoa học, thẩm định nghiêm ngặt bằng các bảng kiểm thẩm định, và đánh giá tính hợp lệ, khả năng áp dụng của bằng chứng. Các nội dung này nên được tổ chức dưới dạng bài tập có sản phẩm, ví dụ mỗi học viên xây dựng một câu hỏi lâm sàng từ nơi làm việc, một chiến lược tìm kiếm và một bản thẩm định bài báo, thay vì chỉ giảng dạy lý thuyết. Câu lạc bộ đọc bài báo và dự án EBP nhỏ

gắn với nơi làm việc, có giảng viên hướng dẫn, có thể giúp chuyển thái độ tích cực thành hành vi thực hành. Vì 87,7% học viên tự đánh giá tiếng Anh ở mức không biết/cơ bản, chương trình cần kết hợp hỗ trợ đọc tài liệu chuyên ngành bằng tiếng Anh với hướng dẫn sử dụng các nguồn bằng chứng tổng hợp bằng tiếng Việt. Ở cấp tổ chức, cần tăng quyền truy cập cơ sở dữ liệu và dành thời gian cho hoạt động học thuật. Tổng quan hệ thống cho thấy can thiệp giáo dục EBP cải thiện kiến thức, kỹ năng, thái độ và hành vi EBP của điều dưỡng lâm sàng [16]; hiệu quả của các đề xuất trên ở học viên thạc sĩ cần được đánh giá trong các nghiên cứu can thiệp.

Điểm mạnh của nghiên cứu là khảo sát toàn bộ học viên của ba lớp thạc sĩ điều dưỡng và sử dụng EBPQ, một công cụ ngắn gọn, được sử dụng rộng rãi [4,5]. Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, EBPQ là công cụ tự báo cáo nên có thể chịu sai lệch do mong muốn xã hội và xu hướng tự đánh giá cao; nghiên cứu trên sinh viên ngành sức khỏe cho thấy kiến thức EBP tự báo cáo cao hơn kiến thức được đánh giá khách quan [17]. Vì vậy, điểm EBPQ không đồng nhất với năng lực thực hành EBP thực tế. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở đào tạo; dù khảo sát toàn bộ học viên, kết quả chỉ phản ánh học viên của trường tại thời điểm khảo sát và cần thận trọng khi khái quát cho học viên thạc sĩ điều dưỡng ở cơ sở khác. Thứ ba, thiết kế cắt ngang không cho phép suy luận quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và điểm EBPQ. Thứ tư, cấu trúc ba miền của phiên bản tiếng Việt chưa đạt mức phù hợp trong phân tích nhân tố khẳng định và miền thái độ có độ tin cậy thấp, nên phiên bản này cần được kiểm định thêm trước khi sử dụng rộng rãi. Cuối cùng, câu hỏi về rào cản do nhóm nghiên cứu xây dựng, chưa được chuẩn hóa và chỉ cho biết tần suất ghi nhận, không cho biết mức độ ảnh hưởng của từng rào cản.

5. KẾT LUẬN

Học viên thạc sĩ điều dưỡng Trường Đại học Nguyễn Tất Thành tự đánh giá thực hành EBP dưới điểm giữa thang đo; điểm miền thái độ cao hơn miền thực hành và kiến thức/kỹ năng. Rào cản thường gặp nhất là thiếu kỹ năng tìm kiếm – đánh giá bằng chứng, thiếu thời gian và thiếu nguồn dữ liệu hỗ trợ. Kinh nghiệm nghiên cứu khoa học, mức độ sử dụng nguồn tài nguyên học thuật và hiểu biết về khái niệm EBP có liên quan độc lập với điểm EBPQ chung. Chương trình thạc sĩ điều dưỡng nên ưu tiên rèn luyện có hướng dẫn các kỹ năng đặt câu hỏi, tìm kiếm và thẩm định bằng chứng, đồng thời mở rộng hỗ trợ học thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Patient safety. Published September 11, 2023. Accessed June 24, 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
2. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014;11(1):5-15. doi:10.1111/wvn.12021
3. Bộ Y tế. Quyết định số 3474/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2022 về việc phê duyệt tài liệu Chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân điều dưỡng Việt Nam. Bộ Y tế; 2022.
4. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*. 2006;53(4):454-458. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x

5. Youssef N, Saleeb M, Gebreal A, Ghazy RM. The internal reliability and construct validity of the Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ): evidence from healthcare professionals in the Eastern Mediterranean Region. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(15):2168. doi:10.3390/healthcare11152168

6. Nguyen TNM, Wilson A. Knowledge, skills, and attitudes to implementing best practice in hospitals in Central Vietnam. *Int J Evid Based Healthc*. 2016;14(4):142-149. doi:10.1097/XEB.0000000000000081

7. Nguyen TNM, Wilson A. Hospital readiness for undertaking evidence-based practice: a survey. *Nurs Health Sci*. 2016;18(4):465-472. doi:10.1111/nhs.12293

8. Dương Thị Ngọc Bích, Nguyễn Thị Thanh Hương, Dương Thủy Tiên, Nguyễn Lê Nhật Mai. Đánh giá năng lực thực hành dựa vào bằng chứng (EBP) của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Duy Tân. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2022;5(4):60-69. doi:10.54436/jns.2022.04.499

9. Mai NTT, Ngo TD, Nguyen HT, Pham LA. Evidence-based practice: attitudes and knowledge among undergraduate nursing and midwifery students at Can Tho University of Medicine and Pharmacy in 2023 and related factors. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;(7):123-127. doi:10.58490/ctump.2024i7.2968

10. Lê Thị Mỹ Việt, Kiều Thị Phương Thảo. Khảo sát kiến thức, thái độ và kỹ năng về thực hành dựa vào bằng chứng của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Nguyễn Tất Thành. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Trường Đại học Nguyễn Tất Thành*. 2025;8(2):114-121. doi:10.55401/bete4992

11. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behav Res*. 1991;26(3):499-510. doi:10.1207/s15327906mbr2603_7

12. Pitsillidou M, Roupa Z, Farmakas A, Noula M. Barriers to the adoption of evidence-based practice among nurses. *Kontakt*. 2020;22(2):85-91. doi:10.32725/kont.2020.017

13. Shayan SJ, Kiwanuka F, Nakaye Z. Barriers associated with evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2019;16(1):12-20. doi:10.1111/wvn.12337

14. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:128-140. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018

15. Rojjanasrirat W, Rice J. Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2017;53:48-53. doi:10.1016/j.nedt.2017.04.005

16. Sapri ND, Ng YT, Wu VX, Klainin-Yobas P. Effectiveness of educational interventions on evidence-based practice for nurses in clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2022;111:105295. doi:10.1016/j.nedt.2022.105295

17. Snibsøer AK, Ciliska D, Yost J, et al. Self-reported and objectively assessed knowledge of evidence-based practice terminology among healthcare students: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0200313. doi:10.1371/journal.pone.0200313

ABSTRACT

SELF-ASSESSED EVIDENCE-BASED PRACTICE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG MASTER OF NURSING STUDENTS AT NGUYEN TAT THANH UNIVERSITY

Objective: To describe self-assessed evidence-based practice (EBP), perceived barriers and associated factors among Master of Nursing students at Nguyen Tat Thanh University.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at Nguyen Tat Thanh University, Ho Chi Minh City, from July to August 2026, among all 252 Master of Nursing students enrolled in three cohorts, who completed the 24-item Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ).

Results: The overall EBPQ score (mean of 24 items) was 3.36 ± 0.71 on a 1–7 scale. The mean scores for the practice, attitude, and knowledge/skills domains were 3.06 ± 0.94, 4.60 ± 0.86, and 3.13 ± 0.90, respectively. The three most frequently reported barriers were lack of skills in searching for and appraising evidence (79.4%), lack of time to update evidence (67.9%), and lack of supporting literature and data sources (65.9%). In the multivariable model (adjusted R^2 = 0.16), higher overall EBPQ scores were associated with previous research experience (B = 0.28; 95% CI: 0.10–0.45) and use of 2–3 (B = 0.33; 95% CI: 0.14–0.51) or 4–5 academic resources (B = 0.56; 95% CI: 0.23–0.88), whereas limited understanding of the EBP concept was associated with lower scores (B = –0.26; 95% CI: –0.45 to –0.07).

Conclusion: Students rated their EBP below the scale midpoint, with attitudes scoring higher than practice and knowledge/skills; however, the attitude domain had low internal consistency (Cronbach's alpha = 0.36) and was interpreted descriptively only. Research experience, use of academic resources and understanding of the EBP concept were independently associated with overall EBPQ scores. Master of Nursing programmes should strengthen supervised training in formulating clinical questions and in searching for and appraising evidence.

Keywords: *evidence-based practice; Master of Nursing students; EBPQ; self-assessment; barriers; associated factors*