

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH**

-----***-----

ĐỖ MẠNH HÙNG

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NHẬN THỨC,
THỰC HÀNH Y ĐỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN
TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
VÀ KẾT QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Thái Bình - 2014

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH**

-----***-----

ĐỖ MẠNH HÙNG

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NHẬN THỨC,
THỰC HÀNH Y ĐỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN
TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
VÀ KẾT QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62. 72. 03. 01

Hướng dẫn khoa học:

Người hướng dẫn thứ nhất: PGS.TS LÊ THANH HẢI

Người hướng dẫn thứ hai: GS.TS LƯƠNG XUÂN HIỂN

Thái Bình - 2014

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và hoàn thành luận án, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình của các thầy cô giáo, đồng nghiệp, gia đình và bè bạn.

Tôi xin chân thành cảm ơn: Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau Đại học, Khoa Y tế Công cộng trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các thầy cô giáo đã nhiệt tình giảng dạy, hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới PGS.TS Lê Thanh Hải và NGND.GS.TS Lương Xuân Hiến - những người thầy đã giành nhiều tâm huyết, trách nhiệm của mình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để tôi hoàn thành luận án một cách tốt nhất.

Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn tới Ban Giám đốc, 214 Điều dưỡng viên, 368 khách hàng (Cha/mẹ/người chăm sóc bệnh nhi) tại bệnh viện Nhi Trung ương đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian thu thập số liệu và hoàn thành luận án.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình và bạn bè của tôi – những người đã luôn động viên, khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin gửi lời chào trân trọng!

Thái Bình, ngày tháng năm 2014

NGHIÊN CỨU SINH

Đỗ Mạnh Hùng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các kết quả trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Thái Bình, ngày tháng năm 2014

NCS.Đỗ Mạnh Hùng

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
CI (Confidence Intervals)	Khoảng tin cậy
CSNB	Chăm sóc người bệnh
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSTD	Chăm sóc toàn diện
ĐDV	Điều dưỡng viên
ĐTNT	Điều trị nội trú
MĐTĐ	Mức độ thay đổi
NXB KHXH	Nhà xuất bản khoa học xã hội
NVYT	Nhân viên y tế
OR (Odds Ratio)	Tỷ suất chênh
ICN	Tổ chức điều dưỡng quốc tế
KCB	Khám chữa bệnh
KKB	Khoa Khám bệnh
KHCS	Kế hoạch chăm sóc
KTV/NHS	Kỹ thuật viên/Nữ hộ sinh
QĐ-BYT	Quyết định Bộ Y tế
SL/TL %	Số lượng/Tỷ lệ %
TTLT BHYT-BNV	Thông tư liên tịch Bộ Y tế - Bộ Nội vụ
WHO	Tổ chức y tế thế giới
(World Health Organization)	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1.TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1.Vị trí, chức năng, vai trò của điều dưỡng	3
1.1.1.Khái niệm về điều dưỡng.....	3
1.1.2.Các học thuyết về điều dưỡng	3
1.1.3.Vị trí của điều dưỡng viên	5
1.1.4.Chức năng của điều dưỡng viên	6
1.1.5.Vai trò của điều dưỡng viên.....	6
1.2. Khái niệm y đức và chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp của ĐDV.....	7
1.2.1.Khái niệm y đức, một số đặc điểm của y đức.....	7
1.2.2.Các chuẩn mực đạo đức ngành điều dưỡng trên thế giới	12
1.2.3.Chuẩn mực đạo đức ngành điều dưỡng tại Việt Nam	16
1.3.Một số nghiên cứu về đạo đức nghề nghiệp điều dưỡng viên.....	24
1.3.1.Trên thế giới.....	24
1.3.2.Nghiên cứu đạo đức điều dưỡng viên tại Việt Nam.....	26
1.3.3.Một số thông tin về bệnh viện Nhi Trung ương.....	34
Chương 2.ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	37
2.1.Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu	37
2.1.1.Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	37
2.1.2.Đối tượng nghiên cứu	38
2.2.Phương pháp nghiên cứu	39
2.2.1.Thiết kế nghiên cứu	39
2.2.2.Cỡ mẫu.....	40
2.2.3.Phương pháp chọn mẫu	42
2.3.Nội dung biến số, phương pháp và công cụ thu thập	44
2.4.Kỹ thuật thu thập số liệu	51

2.4.1.Nghiên cứu định lượng	51
2.4.2.Nghiên cứu định tính	51
2.4.3.Quy trình, kỹ thuật và công cụ can thiệp	51
2.4.4.Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu	52
2.5.Tiêu chuẩn đánh giá	53
2.6.Xử lý số liệu	54
2.7.Kiểm soát và xử lý sai số	54
2.8.Đạo đức trong nghiên cứu.....	55
2.9.Hạn chế của nghiên cứu.....	55
Chương 3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	58
3.1.Thực trạng nhận thức, thực hành y đức ĐDV và một số yếu tố liên quan. 58	
3.1.1.Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	58
3.1.2.Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên	60
3.1.3.Một số yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành y đức của ĐDV....	81
3.2.Đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp	83
3.2.1.Cơ sở đề xuất biện pháp can thiệp	83
3.2.2.Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp	91
Chương 4.BÀN LUẬN	94
4.1.Thực trạng nhận thức, thực hành y đức ĐDV và một số yếu tố liên quan. 94	
4.1.1.Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	94
4.1.2.Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên	98
4.1.3.Một số yếu tố liên quan đến y đức điều dưỡng viên.....	114
4.2.Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức ĐDV	117
4.2.1.Cơ sở lựa chọn biện pháp can thiệp.....	117
4.2.2.Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp	122
KẾT LUẬN	124
KHUYẾN NGHỊ.....	126

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Một số đặc điểm khách hàng	58
Bảng 3.2. Đặc điểm điều dưỡng viên tại bệnh viện	59
Bảng 3.3. Sự phản ánh của khách hàng về sự kỳ thị, phân biệt đối xử	61
Bảng 3.4. Khách hàng phản ánh sự vi phạm quy tắc đạo đức của ĐDV	62
Bảng 3.5. Khách hàng phản ánh ĐDV quát tháo	63
Bảng 3.6. Hành vi đưa tiền/phong bì qua sự phản ánh của gia đình người bệnh	65
Bảng 3.7. Đánh giá thái độ tiếp đón bệnh nhi của ĐDV	65
Bảng 3.8. Đánh giá thái độ phục vụ khách hàng của ĐDV	66
Bảng 3.9. Một số hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp được phản ánh	68
Bảng 3.10. Mối quan hệ đồng nghiệp của điều dưỡng viên	69
Bảng 3.11. Hải lòng với mối quan hệ đồng nghiệp của ĐDV	75
Bảng 3.12. Nhận thức, thực hành về đạo đức nghề nghiệp của ĐDV	76
Bảng 3.13. Thực hiện sự phân công về chuyên môn của ĐDV	78
Bảng 3.14. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thái độ phục vụ, vi phạm y đức ...	81
Bảng 3.15. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự vi phạm đạo đức	82
Bảng 3.16. Một số yếu tố ảnh hưởng đạo đức trong quan hệ đồng nghiệp	82
Bảng 3.17. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành chuyên môn của ĐDV ..	83
Bảng 3.18. Điều dưỡng viên đề xuất biện pháp tăng cường lòng yêu nghề	87
Bảng 3.19. Nhu cầu đào tạo lại về y đức	89
Bảng 3.20. Nội dung đề xuất đào tạo lại về y đức	89
Bảng 3.21. Cải thiện thái độ phục vụ khách hàng của điều dưỡng viên	91
Bảng 3.22. Cải thiện sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của ĐDV tại khoa khám bệnh	92
Bảng 3.23. Cải thiện sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của ĐDV tại khu vực điều trị nội trú	93
Bảng 3.24. Sự cải thiện một số hành vi vi phạm đạo đức	93

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.Sự hài lòng của khách hàng về thực hành y đức của ĐDV	60
Biểu đồ 3.2.Hài lòng của khách hàng về thực hành y đức của ĐDV	60
Biểu đồ 3.3.Ý kiến của khách hàng về các hành vi tiêu cực của ĐDV	70
Biểu đồ 3.4.Phản ứng của khách hàng khi bị ĐDV quát tháo/gợi ý phong bì.....	70
Biểu đồ 3.5.Lý do khách hàng muốn đưa tiền/phong bì cho ĐDV	71
Biểu đồ 3.6.Ý kiến của ĐDV về quyền lợi khách hàng.....	72
Biểu đồ 3.7.Ý kiến về việc nhận phong bì/tiền bồi dưỡng của ĐDV	72
Biểu đồ 3.8.Nhận thức trong mối quan hệ đồng nghiệp	74
Biểu đồ 3.9.Lý do ĐDV không hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp.....	75
Biểu đồ 3.10.Lý do hài lòng nghề nghiệp của ĐDV.....	76
Biểu đồ 3.11.Mức độ cảm thấy phù hợp với nghề nghiệp của ĐDV.....	79
Biểu đồ 3.12.Nguyên nhân ĐDV cảm thấy không thích hợp với nghề nghiệp ...	79
Biểu đồ 3.13.Lý do ĐDV cảm thấy hài lòng nghề nghiệp.....	80

DANH MỤC CÁC HỘP

Hộp 3.1. Khách hàng phản ánh thái độ phục vụ của ĐDV	61
Hộp 3.2. Một số khách hàng phản ánh có sự phân biệt đối xử của ĐDV.....	62
Hộp 3.3. Sự phản ánh của khách hàng về hành vi đạo đức của ĐDV	63
Hộp 3.4. Nguyên nhân và hoàn cảnh ĐDV quát tháo người bệnh	64
Hộp 3.5. Giải thích việc thiếu sót trong tiếp đón bệnh nhi của ĐDV	66
Hộp 3.6. Giải thích việc thiếu sót trong thái độ phục vụ của ĐDV	67
Hộp 3.7. Trường hợp ĐDV gợi ý đưa tiền, phong bì	71
Hộp 3.8. ĐDV giải thích việc nhận tiền/phong bì của khách hàng	73
Hộp 3.9. Nhận thức, quan điểm của ĐDV về đạo đức nghề nghiệp.....	77
Hộp 3.10. Đề xuất việc tăng cường hiểu biết cho khách hàng	84
Hộp 3.11. Khách hàng đề xuất tăng cường y đức cho ĐDV	84
Hộp 3.12. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác giám sát bằng camera	85
Hộp 3.13. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác quản lý	85
Hộp 3.14. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác phản hồi với bệnh viện	86
Hộp 3.15. Khách hàng đề xuất giảm khối lượng công việc.....	86
Hộp 3.16. Ý kiến khách hàng về tăng cường công tác thi đua, khen thưởng	87
Hộp 3.17. ĐDV đề xuất giảm tải công việc	88

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới năm 2006, tại các nước công nghiệp phát triển số lượng điều dưỡng viên trên một vạn dân rất cao, chẳng hạn như Hà Lan (137,3), Anh (122), Nhật (77,9), Singapore (42,4)... Trong khi ở Việt Nam chỉ có trung bình 6,7 điều dưỡng viên trên một vạn dân. Tổng số cả nước có 75.891 điều dưỡng viên, chiếm 45% nhân lực chuyên môn của ngành y tế [81]. Hiện tại, tỷ lệ điều dưỡng viên/bác sỹ trong các cơ sở khám chữa bệnh cũng rất thấp là 3,5; trái ngược với xu thế là nhu cầu chăm sóc điều dưỡng hiện nay ngày càng tăng. Năm 2020, nhu cầu điều dưỡng viên tại khu vực công lập dự kiến 20 người/1 vạn dân; số lượng điều dưỡng viên cần thiết dự kiến 198.400 [4].

Trong quá trình chăm sóc, điều dưỡng viên thường xuyên phải tiếp xúc trực tiếp với người bệnh. Mối quan hệ giữa điều dưỡng viên và người bệnh không chỉ đơn thuần thông qua các hoạt động chuyên môn, mà còn đòi hỏi những chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp. Hiện nay, bộ quy tắc đạo đức của điều dưỡng viên được xây dựng khá đầy đủ ở các hiệp hội điều dưỡng như: Tổ chức điều dưỡng thế giới; Tổ chức điều dưỡng ở mỗi quốc gia. Tại Việt Nam, Hội điều dưỡng Việt Nam cũng đã xây dựng bộ chuẩn mực đạo đức cho điều dưỡng viên [32],[106],[123].

Dẫu đã có các quy chuẩn đạo đức nhưng tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu chỉ ra rằng có sự tồn tại các hiện tượng điều dưỡng viên vi phạm đạo đức đặc biệt là các hiện tượng quát tháo, gây phiền hà cho người bệnh; hiện tượng nhận tiền/phong bì của người nhà bệnh nhân;...

Kết quả nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ cho thấy 12,5% nhân viên y tế gây phiền hà đối với người bệnh [69]. Tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận tỷ lệ nhân viên y tế nói xăng, lạnh lùng, nạt nộ, cáu gắt chiếm 13,6% [43]. Tại bệnh viện Việt Đức năm 2009, tỷ lệ nhân viên y tế cáu gắt với người bệnh/người chăm sóc là 13,9%, trong số đó điều dưỡng viên chiếm tỷ lệ cao

nhất với 59,5% [46]. Do vậy, thực trạng y đức của điều dưỡng viên hiện đang là vấn đề rất cần được quan tâm [41].

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến Trung ương trực thuộc Bộ Y tế, là trung tâm điều trị chuyên sâu cho bệnh nhân trẻ em. Cũng giống như một số bệnh viện tuyến Trung ương khác, tình trạng quá tải tại bệnh viện luôn ở mức cao, chẳng hạn như năm 2011 là 119,87% [3]. Sự quá tải của bệnh viện; thái độ giao tiếp, ứng xử của điều dưỡng viên... khiến một số khách hàng không hài lòng. Kết quả nghiên cứu năm 2009 tại bệnh viện cho thấy mức độ không hài lòng là 18,32% [23].

Tuy nhiên, các nghiên cứu nói trên đều khảo sát chung về y đức của nhân viên y tế mà điều dưỡng viên chỉ là một thành tố; trong khi thực trạng tại bệnh viện Nhi Trung ương và nhiều bệnh viện khác cho thấy điều dưỡng viên là người thường xuyên phải tiếp xúc với người bệnh và gia đình. Nhận thức, thực hành y đức của họ sẽ có tác động đầu tiên và xuyên suốt đối với sự hài lòng của khách hàng cũng như thể hiện chất lượng dịch vụ của bệnh viện.

Để có những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm tăng cường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện nói chung và nâng cao nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên nói riêng thì việc tiến hành khảo sát thực trạng là điều cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: *“Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp”*, với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2012 và xác định một số yếu tố liên quan

2. Đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên từ năm 2012 đến 2013

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Vị trí, chức năng, vai trò của điều dưỡng

1.1.1. Khái niệm về điều dưỡng

Điều dưỡng là một môn nghệ thuật và khoa học nghiên cứu cách chăm sóc bản thân khi cần thiết, chăm sóc người khác khi họ không thể tự chăm sóc. Tuy nhiên tùy theo từng giai đoạn lịch sử mà định nghĩa về điều dưỡng được đưa ra khác nhau [4],[81].

Tại Việt Nam điều dưỡng viên (ĐDV) từng được gọi là y tá. Hiện nay, theo cách dịch mới và thống nhất chuẩn quốc tế, các bệnh viện đã thống nhất dùng thuật ngữ điều dưỡng viên. Theo từ điển tiếng Việt, NXB KHXH: *“Y tá là người có trình độ trung cấp trở xuống và chăm sóc người bệnh theo y lệnh bác sỹ”*;

Theo Nightingale 1860: *“Điều dưỡng là một nghệ thuật sử dụng môi trường của người bệnh để hỗ trợ sự phục hồi của họ”*;

Theo Virginia Handerson 1960: *“Chức năng duy nhất của người điều dưỡng là hỗ trợ các hoạt động nâng cao hoặc phục hồi sức khỏe của người bệnh hoặc người khỏe, hoặc cho cái chết được thanh thản mà mỗi cá thể có thể tự thực hiện nếu họ có sức khỏe, ý chí và kiến thức. Giúp đỡ các cá thể sao cho họ đạt được sự độc lập càng sớm càng tốt”*;

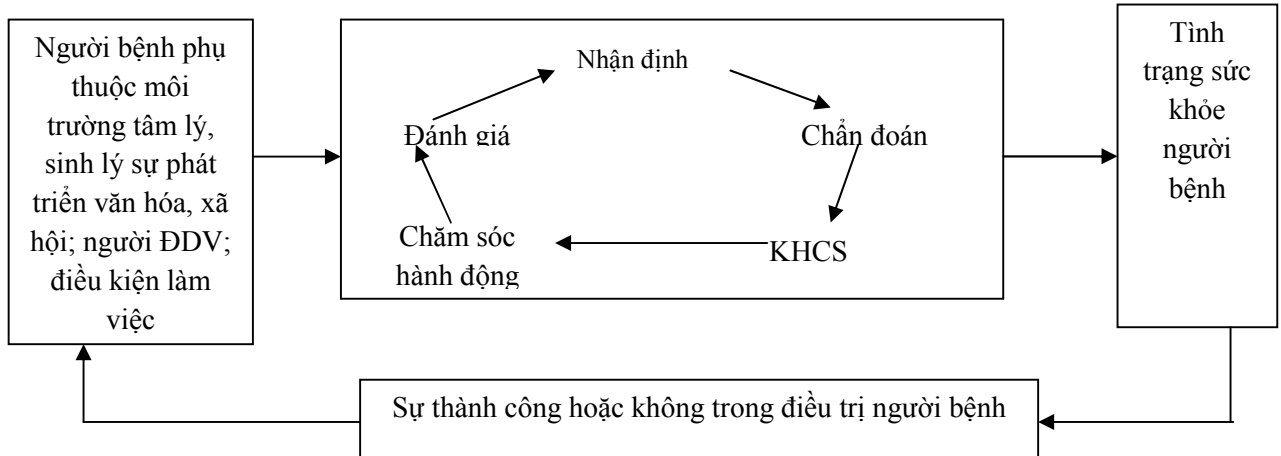
Theo Hội điều dưỡng Mỹ năm 1980: *“Điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị những phản ứng của con người đối diện với bệnh hiện tại hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra”* [4],[81].

1.1.2. Các học thuyết về điều dưỡng

1.1.2.1. Các học thuyết về hệ thống điều dưỡng

Điều dưỡng được hiểu là kết quả của sự chăm sóc người bệnh (CSNB) thành công (khôi bệnh), hoặc không thành công (tử vong), hoặc chưa phục

hồi sức khỏe hoàn toàn; người bệnh tiếp tục tăng cường sức khỏe về thể chất, tâm thần để sớm trở về môi trường sống và làm việc của họ [4],[81].



Sơ đồ 1.1 Học thuyết hệ thống điều dưỡng [4],[81].

1.1.2.2. Học thuyết liên quan nhu cầu cơ bản con người

Học thuyết Maslow (bao gồm 5 mức độ) đề cập đến nhu cầu cơ bản con người. Học thuyết này cũng là kim chỉ nam hữu ích để ĐDV xác định nhu cầu của cá nhân và lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh [4],[81].

1.1.2.3. Học thuyết về sức khỏe và sự khỏe mạnh

Học thuyết này hỗ trợ cho điều dưỡng viên có kiến thức để ứng dụng vào hướng dẫn cho người bệnh và giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình, cộng đồng tham gia vào các yêu cầu chăm sóc và điều trị [4],[81].

1.1.2.4. Học thuyết tâm lý xã hội

Ứng dụng học thuyết này để ĐDV thực hiện chăm sóc theo dõi người bệnh (đáp ứng nhu cầu tâm sinh lý, thể chất, xã hội, văn hóa, tinh thần) tại các chuyên khoa: Ngoại, Sản, Nhi và các chuyên khoa khác. Điều này đặc biệt phù hợp với giai đoạn hiện nay khi xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu chăm sóc người bệnh (CSNB) đòi hỏi ngày càng cao và tổng hợp [4],[81].

1.1.2.5. Học thuyết Nightingale

Dùng môi trường như một phương tiện chăm sóc người bệnh, ĐDV cần biết rằng môi trường có ảnh hưởng đến bệnh tật và ứng dụng trong công tác chăm sóc tại các cơ sở y tế. Bệnh viện phải xanh, sạch, đẹp; phải được kiểm soát nhiễm khuẩn; phải hạn chế các nguy cơ dẫn đến nhiễm trùng khi thực hành kỹ thuật [4],[81].

1.1.2.6. Học thuyết Henderson

Học thuyết này giúp cho ĐDV ứng dụng trong CSNB để đáp ứng 14 nhu cầu cơ bản cho người bệnh khi bị ốm đau [4],[81].

1.1.2.7. Học thuyết Orem

Học thuyết này nhấn mạnh nhu cầu của mỗi cá nhân về tự chăm sóc. Học thuyết xác định 3 hệ thống của hoạt động điều dưỡng, đó là: Hệ thống đền bù toàn bộ; Hệ thống đền bù một phần; Hệ thống hỗ trợ - giáo dục. Trong hệ thống chăm sóc, đặc biệt là giai đoạn hiện nay, người điều dưỡng cần hiểu biết về kiến thức khoa học cơ bản, kiến thức điều dưỡng cơ bản, kiến thức về khoa học hành vi... Các kiến thức này rất cần để lý giải các vấn đề đã nghiên cứu và để ứng dụng các kết quả sau nghiên cứu [4],[81].

1.1.3. Vị trí của điều dưỡng viên [4].

Trong các cơ sở y tế, người bệnh là đối tượng phục vụ của ĐDV. Do vậy ĐDV cần phải hiểu mỗi cá thể ở một phương diện nào đó giống tất cả mọi người, ở một phương diện khác chỉ giống một số người, có những phương diện không giống ai. Con người cũng có cá tính riêng biệt, có thể thay đổi khi bị tác động bởi các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, tinh thần trong môi trường sống, làm việc và tùy thuộc vào khả năng đáp ứng của mỗi con người đó.

Phân loại của Maslow: rất hữu ích để làm nền tảng cho ĐDV thực hiện công việc nhận định tình trạng về bệnh tật của người bệnh, về những giới hạn và nhu cầu đòi hỏi sự can thiệp chăm sóc. Những nhu cầu này bao gồm: nhu cầu về thể chất và sinh lý; nhu cầu về an toàn và an ninh; nhu cầu về tình cảm và mối quan hệ; nhu cầu được tôn trọng; nhu cầu tự hoàn thiện.

Theo Virginia Henderson thì thành phần của chăm sóc cơ bản bao gồm 14 yếu tố. ĐDV cần nhận biết nhu cầu người bệnh để có kế hoạch đáp ứng trong quá trình thực hiện CSNB, bao gồm đáp ứng nhu cầu về: hô hấp, ăn uống, giúp đỡ người bệnh về sự bài tiết, tư thế, vận động; ...[4],[81].

1.1.4. Chức năng của điều dưỡng viên

Người điều dưỡng viên có trình độ đại học phải là người thực hiện được các chức năng [4]:

- Chức năng phụ thuộc: là thực hiện có hiệu quả các y lệnh của bác sỹ.
- Chức năng phối hợp: là phối hợp với bác sỹ trong việc CSNB; phối hợp thực hiện các thủ thuật, thực hiện theo dõi và CSNB để cùng bác sỹ hoàn thành nhiệm vụ chữa bệnh để người bệnh sớm được ra viện.
- Chức năng chủ động: bản thân người điều dưỡng chủ động CSNB; thực hiện “Quy trình điều dưỡng” để chăm sóc toàn diện người bệnh nhằm đáp ứng nhu cầu mà bệnh nhân và gia đình họ mong muốn [81].

1.1.5. Vai trò của điều dưỡng viên

Vai trò thực hành đạt được thông qua đánh giá việc áp dụng quy trình điều dưỡng như: Nhận định bệnh nhân; chẩn đoán điều dưỡng; lập kế hoạch chăm sóc; thực hiện chăm sóc theo kế hoạch và đánh giá người bệnh sau khi thực hiện chăm sóc [4],[81].

Vai trò lãnh đạo: ĐDV sử dụng kỹ năng lãnh đạo trong nhiều hoàn cảnh khi thực hiện nhiệm vụ.

Tại bệnh viện, ĐDV chủ động giúp đỡ người bệnh để đáp ứng các nhu cầu cơ bản khi họ yêu cầu hoặc thực hiện các công việc chăm sóc điều trị cùng bác sỹ cho người bệnh. Nhiều khi người bệnh cản trở việc thực hiện, ĐDV cần phát huy vai trò lãnh đạo bằng cách thuyết phục, giải thích để họ cộng tác trong quá trình điều trị bệnh để mau chóng khỏi bệnh.

Tại cộng đồng, ĐDV giúp đỡ người bệnh cô đơn, một gia đình, hoặc cụm dân cư để thay đổi các hành vi liên quan đến sức khỏe. Người điều dưỡng cần sử dụng các văn bản dưới luật, các chiến dịch, các công trình dịch vụ công cộng hướng về sức khỏe, các dự án hỗ trợ,... để làm tốt vai trò lãnh đạo của mình [4],[81].

Vai trò nghiên cứu: nghiên cứu điều dưỡng là góp phần tạo cơ sở khoa học cho hành nghề điều dưỡng. Thông qua các công trình nghiên cứu để xác định các kết quả của chăm sóc điều dưỡng và mang lại các bằng chứng khoa học thực tiễn từ đó rút kinh nghiệm và cải thiện chất lượng chăm sóc.

1.2. Khái niệm y đức và chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp của ĐDV

1.2.1. Khái niệm y đức, một số đặc điểm của y đức

1.2.1.1. Khái niệm y đức [15],[16]

Khái niệm đạo đức: theo Từ điển tiếng Việt (NXB KHXH): “*Đạo đức là những phép tắc căn cứ vào chế độ kinh tế và chế độ chính trị mà đặt ra để quy định quan hệ giữa người và người, giữa cá nhân và xã hội, cốt để bảo vệ chế độ kinh tế, chế độ chính trị*”. Theo Từ điển bách khoa Việt Nam: “*Đạo đức là một trong những hình thái sớm nhất của ý thức xã hội, bao gồm những chuẩn mực xã hội điều chỉnh hành vi con người trong quan hệ với toàn xã hội*. Theo Hội Y học thế giới thì: “*Đạo đức là một phạm trù đề cập*

đến giáo lý – sự phản ánh một cách thận trọng, hệ thống và sự phân tích các quyết định của lương tâm và hành vi trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai” [19]. Yếu tố chi phối đạo đức: chế độ chính trị, luật pháp; phong tục tập quán, dân tộc; tôn giáo; tuổi; giới; nghề nghiệp; học vấn;...

Đạo đức y học: là một khái niệm nằm trong phạm trù đạo đức. Đạo đức y học là một nhánh của đạo đức đề cập đến vấn đề đạo đức trong thực hành y học. Đạo đức y học là những quy tắc hay chuẩn mực mà những người hành nghề y dược phải tuân thủ trong thực hành nghề nghiệp.

Đạo đức y học bao gồm những quy tắc có tính đặc thù nghề nghiệp và bao gồm những quy định về luật pháp trong thực hành nghề nghiệp. Do vậy phạm trù đạo đức y học vừa mang những thuộc tính chung cho tất cả những người hành nghề y trên thế giới, vừa có những quy định riêng phụ thuộc luật pháp của từng quốc gia.

Mục 7-Phần III của Quy chế quản lý bệnh viện có nêu rõ: *”Y đức là phẩm chất cao đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết lòng thương yêu chăm sóc người bệnh, coi đau đớn của họ như mình đau đớn, như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: “Lương y phải như từ mẫu”, phải thật thà đoàn kết, khắc phục khó khăn, học tập vươn lên để hoàn thành nhiệm vụ, toàn tâm toàn ý xây dựng nền y học Việt Nam. Y đức phải thể hiện qua những tiêu chuẩn, nguyên tắc đạo đức xã hội thừa nhận”* [15],[16].

1.2.1.2. Nguyên lý của đạo đức y học

Nguyên lý của y đức bao gồm tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh, có tình thương, không làm điều tổn hại và đối xử công bằng với người bệnh/gia đình người bệnh [15].

Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh là tôn trọng nhân phẩm, giữ gìn bí mật của người bệnh và tôn trọng quyền lựa chọn các biện pháp chăm sóc của người bệnh/gia đình người bệnh sau khi người bệnh đã được cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến bệnh tật của họ [15].

Tình thương được định nghĩa như sự hiểu biết và quan tâm tới nỗi đau của một người, nó cần thiết cho thực hành y học. Tình thương là luôn làm điều tốt cho người bệnh. Người bệnh đáp ứng tốt hơn với điều trị nếu họ nhận được cảm thông với sự quan tâm và đối xử hợp lý hơn là chỉ quan tâm đến tình trạng ốm đau của họ [15].

Không làm điều tổn hại: Trong nghề y, hầu như việc áp dụng bất cứ một biện pháp chăm sóc nào cũng có thể xuất hiện nguy cơ gây hại cho người bệnh. Do vậy, trách nhiệm của ĐDV là phải cân nhắc để đảm bảo ít gây tổn hại nhất cho người bệnh [15].

Công bằng là không phân biệt đẳng cấp, tôn giáo, dân tộc, ... khi chăm sóc người bệnh [15].

1.2.1.3. Một số văn bản quy định về đạo đức trong y tế của thế giới

Trải qua nhiều giai đoạn phát triển của lịch sử y học, những khái niệm và quy định về đạo đức y học được điều chỉnh và dần được hoàn thiện. Các tổ chức y tế của quốc tế và mỗi quốc gia lần lượt phê chuẩn và công bố các quy định về đạo đức trong thực hành y học và CSSK cộng đồng [15],[16].

Văn kiện quốc tế đầu tiên quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học là điều lệ Nuremberg. Điều lệ này được ban hành năm 1947, sau vụ xét xử các bác sỹ Đức quốc xã. Điều lệ này đưa ra 10 nguyên tắc cho các nghiên cứu được tiến hành thử nghiệm trên con người.

Từ điều lệ này đến tuyên ngôn Helsinki 1964, rồi đến các hướng dẫn của WHO năm 1982, năm 2002..., các quy định và hướng dẫn thực hiện đạo đức trong nghiên cứu được điều chỉnh và hoàn thiện dần. Những văn bản này

nêu rõ các nguyên tắc cụ thể khi tiến hành một nghiên cứu thử nghiệm trên con người, những việc cần làm trước, trong và sau các thử nghiệm nhằm đảm bảo lợi ích cho các đối tượng nghiên cứu [15],[16].

Các văn bản quy định về đạo đức trong thực hành lâm sàng

Văn kiện đầu tiên công bố các quy định cho người hành nghề y là tuyên ngôn Geneva được ban hành tại cuộc họp thứ hai của Hội Y học thế giới tại Thụy Sĩ năm 1948, được bổ sung lần cuối tại cuộc họp hội đồng của Hội Y học thế giới ở Thụy Điển năm 2005 và công bố năm 2006 [15],[16],[87].

Quyền con người đã được Đại hội đồng Liên hợp quốc chấp nhận và tuyên bố vào tháng 10/1948 đề cập đến: *“Mọi người đều có quyền có cuộc sống phù hợp với sức khỏe, hạnh phúc của bản thân, gia đình; bao gồm: ăn, mặc, nhà ở và các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội và có quyền được bảo vệ trong trường hợp thất nghiệp, ốm đau, tàn tật, tuổi già...”* [148].

Năm 1998, Hội đồng y đa khoa đưa ra các hướng dẫn về tìm kiếm sự đồng ý của bệnh nhân. Sự đồng ý của bệnh nhân giúp việc điều trị có hiệu quả hơn vì có sự hợp tác tích cực của bệnh nhân. Bản hướng dẫn cũng nêu rõ những trường hợp nào cần tìm kiếm sự đồng ý của người bảo trợ cũng như có một số trường hợp đặc biệt thì không cần có sự đồng ý của bệnh nhân [15],[16],[87].

Năm 2000, Hội đồng y đa khoa đưa ra các hướng dẫn về bảo mật và cung cấp thông tin: *“Bệnh nhân có quyền được biết thông tin về các dịch vụ chăm sóc y tế dành cho họ; có quyền được biết thông tin về tình trạng bệnh tật đang làm họ đau đớn”* [15],[16],[87].

Năm 2005, Hội Y học thế giới công bố quyền của bệnh nhân: *“Bệnh nhân có quyền tự quyết định, tự đưa ra quyết định của bản thân, được nhận thông tin về bản thân họ và được thông tin về sức khỏe của họ, bao gồm cả những thông tin y học chính xác về tình trạng bệnh”* [157].

1.2.1.4. Sự hình thành và phát triển chuẩn mực đạo đức ngành điều dưỡng

Khi ngành điều dưỡng chưa chính thức được công nhận là một lĩnh vực trong CSSK người dân thì các tiêu chuẩn về đạo đức của điều dưỡng viên được áp dụng như với tiêu chuẩn đạo đức của thầy thuốc nói chung. Điều dưỡng chuyên nghiệp được bắt đầu hình thành vào thế kỷ 19 tại Anh thành một trường phái bởi Florence Nightingale (12/5/1820-13/8/1910).

Những kết quả nghiên cứu của Nightingale là dấu mốc đầu tiên trong lĩnh vực điều dưỡng mặc dù trường phái của Nightingale được hình thành từ rất lâu. Khoảng 30-40 năm đầu ở trường phái Nightingale, các ĐDV tương lai được đào tạo bởi các nhân viên y tế (NVYT) vì không có đủ sự chuyên nghiệp để giảng dạy ĐDV. Do ảnh hưởng lớn của đặc điểm y tế thời bấy giờ, những người đào tạo điều dưỡng ban đầu tập trung vào dạy kỹ thuật hơn là dạy nghệ thuật và khoa học điều dưỡng giống như Nightingale [101].

Tổ chức Điều dưỡng Quốc tế (ICN), tổ chức tiên phong trong việc phát triển quy tắc ứng xử cho điều dưỡng được sáng lập năm 1899. Đến 1990, lần đầu cuốn sách đạo đức điều dưỡng cho bệnh viện và cho người sử dụng (Nursing Ethics: For Hospital and Private Use) được xuất bản. Cuốn sách được viết bởi người lãnh đạo điều dưỡng Mỹ là Isabel Hampton Robb [101].

Về mặt lịch sử, những nguyên tắc chính trong đạo đức điều dưỡng đã được xác định dựa trên thực tế công việc của các ĐDV. Cuốn sách của Isabel Hampton Robb xuất bản năm 1990 về công việc điều dưỡng đã mô tả khá chính xác và lý thú công việc của ĐDV qua tên các chương sách, như Chương 4: The Probationer (Người thử thách); Chương 7: Uniform (Trang phục); Chương 8: Night Duty (Nhiệm vụ ban đêm) và Chương 12: The Care of the Patient (Chăm sóc bệnh nhân) (Các mối quan hệ Điều dưỡng viên – Bác sỹ, ĐDV – ĐDV, ĐDV với cộng đồng) [101].

Đến những năm 1960, quy tắc về điều dưỡng có nhiều điểm lạ khi tập trung vào các điều chỉnh mang tính chất phục tùng bởi hầu hết ĐDV là phụ nữ và hầu hết bác sỹ là nam giới. Quy định về sự phục tùng của điều dưỡng viên đối với y lệnh và chỉ đạo của các bác sỹ/thầy thuốc được giữ nguyên cho đến những năm 1960 và điều này được phản ánh qua quy tắc đạo đức cho ĐDV của ICN 1965.

Đến năm 1973, quy tắc của ICN tập trung phản ánh việc đáp ứng của điều dưỡng về việc thay ca và sự phối hợp từ cán bộ y tế tới bệnh nhân... Quy tắc này được duy trì đến ngày nay [101].

Vệc xây dựng và ban hành các quy tắc chuyên môn với mục đích là cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp. Có một điều mà các ĐDV phải nhớ rằng: đạo đức ngành y sẽ khó thể hiện, thậm chí vô ích nếu thiếu đi những quy tắc chuyên môn cần thiết. Vì thế, bản thân mỗi ĐDV cũng như các nhà quản lý và hoạch định chính sách phải có các hoạt động nâng cao y đức và các quy tắc điều dưỡng. Benner nhấn mạnh khi nói đến vai trò của điều dưỡng viên trong công việc: *“Mỗi chúng ta và mỗi tổ chức điều dưỡng phải mang hơi thở vào quy tắc bằng hành động của mỗi cá nhân và của tập thể”* (Rowler & Benner, 2001, p.437) [101].

1.2.2. Các chuẩn mực đạo đức ngành điều dưỡng trên thế giới

1.2.2.1. Chuẩn mực đạo đức của Hội điều dưỡng thế giới (ICN) [123]

ICN là hiệp hội gồm 130 thành viên là các Hội điều dưỡng của các quốc gia, với hơn 13 triệu ĐDV. Được thành lập năm 1899, ICN là tổ chức quốc tế đầu tiên và rộng lớn nhất về nghiệp vụ chăm sóc sức khỏe. Bản quy tắc quốc tế về đạo đức cho ĐDV lần đầu được thông qua bởi ICN vào năm 1953. Bộ quy tắc này đã được chỉnh sửa và cập nhật lại qua một số lần. Bản mới nhất được chỉnh sửa và hoàn thiện năm 2012 [123].

Bộ quy tắc mới nhất xác nhận chăm sóc điều dưỡng là được tôn trọng và không phân biệt tuổi tác, màu da, tín ngưỡng, văn hóa, khuyết tật hay tình trạng bệnh, giới tính, quốc tịch, chính trị, sắc tộc hoặc tình trạng xã hội.

1) Điều dưỡng và người dân

- Chức năng chuyên nghiệp chính của ĐDV là chăm sóc điều dưỡng theo yêu cầu.
- Trong cung cấp dịch vụ CSNB, ĐDV được phát triển trong môi trường mà quyền con người, giá trị khách hàng và niềm tin tâm linh của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng được tôn trọng.
- ĐDV đảm bảo rằng mỗi cá nhân người bệnh nhận được sự cung cấp đầy đủ các thông tin một cách kịp thời về biện pháp chăm sóc, điều trị phù hợp với phong tục, tập quán và văn hóa riêng trong đó có dựa trên sự hài lòng của người bệnh/gia đình người bệnh.
- ĐDV bảo mật thông tin cá nhân của người bệnh và chỉ chia sẻ thông tin với đồng nghiệp khi thật cần thiết.
- ĐDV chia sẻ với cộng đồng các đề xuất; hỗ trợ và hợp tác với cộng đồng trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng đặc biệt với nhóm dân số dễ bị tổn thương.
- ĐDV đảm bảo sự công bằng trong việc phân bổ các nguồn lực, tiếp cận dịch vụ y tế, và các dịch vụ về xã hội, kinh tế khác.
- ĐDV ủng hộ các giá trị như: được tôn trọng, sự thông cảm, tình thương, sự tin cậy và sự chính trực.

2) Điều dưỡng và thực hành

- ĐDV có trách nhiệm cá nhân trong thực hành điều dưỡng và duy trì năng lực bằng việc liên tục học hỏi.
- ĐDV duy trì tiêu chuẩn sức khỏe cá nhân để đảm bảo khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc.

- ĐDV nhận biết được năng lực và hạn chế của cá nhân, chấp nhận sự hỗ trợ và giao phó trách nhiệm khi cần.
- ĐDV phải duy trì tiêu chuẩn về tư cách cá nhân trong mọi lúc thông qua sự thể hiện tốt về chuyên môn nhằm góp phần tăng niềm tin của cộng đồng.
- ĐDV cần đảm bảo sử dụng các kỹ thuật và tiến bộ khoa học phù hợp, sự an toàn, tôn trọng giá trị con người khi cung cấp dịch vụ.
- ĐDV đấu tranh cổ vũ và duy trì văn hóa thực hành, thúc đẩy hành vi có đạo đức và đối thoại mở.

3) *Điều dưỡng và nghiệp vụ*

- ĐDV có vai trò chính trong xác định, triển khai các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành chăm sóc lâm sàng, quản lý, nghiên cứu và đào tạo.
- ĐDV được chủ động trong phát triển kiến thức nghiệp vụ dựa trên những nghiên cứu nền tảng nhằm hỗ trợ các thực hành dựa trên bằng chứng.
- ĐDV chủ động trong phát triển, duy trì nền tảng về giá trị chuyên môn nghiệp vụ.
- Hoạt động điều dưỡng: thông qua các tổ chức chuyên môn, tham gia vào quá trình tạo môi trường thực hành tích cực và duy trì sự an toàn về y tế cho xã hội cũng như đạt hiệu quả kinh tế trong chăm sóc.
- Điều dưỡng thực hành nhằm duy trì và bảo vệ môi trường thiên nhiên và sự hiểu biết về tác động của thiên nhiên đối với sức khỏe.
- ĐDV đóng góp các ý kiến về chuyên môn, đạo đức, các thách thức trong thực hành nghiệp vụ và giám sát vi phạm đạo đức.

4) *Điều dưỡng và đồng nghiệp*

- ĐDV duy trì sự cộng tác và tôn trọng mối quan hệ với đồng nghiệp trong lĩnh vực chăm sóc và các lĩnh vực khác

- ĐDV dùng những hành động thích hợp để bảo vệ những cá nhân, những gia đình và cộng đồng khi sức khỏe họ có nguy cơ bị đe dọa bởi đồng nghiệp hay bất cứ người nào khác.
- ĐDV dùng những hành động thích đáng để hỗ trợ và hướng dẫn đồng nghiệp cải thiện về tư cách đạo đức.

1.2.2.2. Chuẩn mực đạo đức điều dưỡng ở một số nước phát triển

**** Chuẩn mực đạo đức điều dưỡng của Châu Âu [106]***

Chuẩn mực đạo đức điều dưỡng của Châu Âu do Hội đồng điều chỉnh hoạt động điều dưỡng Châu Âu (European Council of Nursing Regulator) ban hành. Tổ chức này được sáng lập năm 2004.

**** Chuẩn mực đạo đức ĐDV của Úc [96]***

Chuẩn mực đạo đức ĐDV của Úc được quy định cho nghiệp vụ điều dưỡng viên ở Úc. Bộ nguyên tắc này bao quát đến tất cả các mức độ CSNB và lĩnh vực thực hành bao gồm: lâm sàng, quản lý, giáo dục và nghiên cứu.

Bản quy tắc đạo đức điều dưỡng viên tại Úc gồm các quy tắc chính sau: *ĐDV coi trọng chăm sóc điều dưỡng công bằng cho tất cả mọi người; tôn trọng tính đa dạng của con người; tiếp cận công bằng trong chăm sóc sức khỏe và chăm sóc điều dưỡng cho tất cả mọi người;*

**** Chuẩn đạo đức điều dưỡng của Nhật Bản (JNA) [124]***

Quan điểm của Nhật Bản là nền y tế chuyên nghiệp đòi hỏi phải có bộ quy tắc nhằm rèn luyện cả đạo đức và thực hành của điều dưỡng. Vì thế, JNA thông qua “Quy tắc đạo đức cho điều dưỡng” vào năm 1988. Tuy nhiên, từ năm đó, hoạt động điều dưỡng đã có những thay đổi lớn và điều dưỡng thường xuyên phải đương đầu với những phức tạp, khó khăn, thách thức về đạo đức khi các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe bệnh nhân tiến bộ hơn và con người có mối quan tâm lớn về quyền lợi. Do vậy, JNA chỉnh sửa và bổ sung “**Quy tắc đạo đức cho điều dưỡng**” năm 2003 với 15 quy tắc đạo đức.

** Chuẩn mực đạo đức ĐDV của Canada [103]*

Bộ Quy tắc đạo đức bao gồm các chuẩn đạo đức ĐDV của Hội Điều dưỡng Canada (CNA) được chỉnh sửa bởi Trường Cao đẳng điều dưỡng và Hiệp hội đăng ký điều dưỡng của Alberta (Association of Registered Nurses of Alberta – CARNA). Trước đó, bộ quy tắc đạo đức này được soạn thảo lần đầu tiên và thông qua năm 1954, sau này nó tiếp tục được chỉnh sửa vào các năm 1980, 1997 và 2002; lần chỉnh sửa gần đây nhất là năm 2008.

Bộ quy tắc đạo đức của ĐDV Canada có tên: “Sự đáp ứng các giá trị và đạo đức điều dưỡng” mô tả sự đáp ứng cơ bản trong thực hành đạo đức điều dưỡng. Đạo đức ĐDV gồm 7 giá trị chính và các đáp ứng đồng hành trong đó nền tảng là mối quan hệ chuyên nghiệp của điều dưỡng với mỗi cá nhân, gia đình, dân số, cộng đồng (như các sinh viên, hiệp hội) và chuyên môn khác về chăm sóc sức khỏe.

1.2.3. Chuẩn mực đạo đức ngành điều dưỡng tại Việt Nam

1.2.3.1. Quy định về pháp luật đối với chuẩn mực đạo đức cho điều dưỡng

Quy tắc đạo đức nghề nghiệp nói chung đã được quy định tại Luật Phòng chống tham nhũng [66], điều 42, như sau: “*Quy tắc đạo đức nghề nghiệp là chuẩn mực xử sự phù hợp với đặc thù của từng nghề bảo đảm sự liêm chính, trung thực và trách nhiệm trong việc hành nghề*”; “*Tổ chức xã hội - nghề nghiệp phối hợp với cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành quy tắc đạo đức nghề nghiệp đối với hội viên của mình theo quy định của pháp luật*”.

Nguyên tắc trong hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được quy định tại Điều 3, Luật Khám, chữa bệnh [67] như sau: “*Bình đẳng, công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người bệnh*”; “*Ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng, người từ đủ 80 tuổi trở lên, người có công với cách mạng, phụ nữ có thai*”; “*Bảo đảm đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề*”; ...

Quyền và nghĩa vụ của người bệnh được quy định rõ trong Điều 7; Điều 10; Điều 11; Điều 12 tại chương II, Luật Khám chữa bệnh [67].

1.2.3.2. Quy định về chuẩn đạo đức điều dưỡng của Bộ Y tế [7]

Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam đã được Bộ Y tế ban hành tại quyết định số: 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 trong đó Bộ chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam được cấu trúc theo khuôn mẫu chung của điều dưỡng khu vực Châu Á Thái Bình Dương và ASEAN để đáp ứng yêu cầu của khu vực, để dễ so sánh và hòa nhập với chuẩn năng lực điều dưỡng các nước.

Bộ chuẩn năng lực cơ bản điều dưỡng Việt Nam được cấu trúc thành 3 lĩnh vực, 25 tiêu chuẩn và 110 tiêu chí. Mỗi lĩnh vực thể hiện một chức năng cơ bản của người điều dưỡng viên. Bộ chuẩn năng lực này được chia thành 3 lĩnh vực là: Năng lực thực hành; Quản lý chăm sóc và phát triển nghề; Luật pháp và đạo đức điều dưỡng viên. Mỗi tiêu chuẩn thể hiện một phần của lĩnh vực và bao hàm một nhiệm vụ của ĐDV. Mỗi tiêu chí là một thành phần của tiêu chuẩn. Một tiêu chí có thể áp dụng chung cho các tiêu chuẩn và các lĩnh vực.

1.2.3.3. Quy tắc đạo đức điều dưỡng của Hội điều dưỡng Việt Nam [32]

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV Việt Nam được xây dựng trên các cơ sở: (1) Pháp lý: dựa vào Điều 42, Luật Phòng chống tham nhũng; (2) Nghĩa vụ nghề nghiệp của ĐDV được quy định bởi: các mối quan hệ với người bệnh, đồng nghiệp và xã hội; (3) Những thách thức của y đức trong cơ chế thị trường nảy sinh những mâu thuẫn trong việc thực thi nghĩa vụ nghề nghiệp của ĐDV; (4) Trên cơ sở hội nhập quốc tế: tham khảo chuẩn đạo đức nghề nghiệp ĐDV của ICN 2000 và quy tắc đạo đức y học của Hiệp hội Y học thế giới (Medical Ethics Manual of the World Medical Association; 2005).

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV là những quy tắc, những giá trị nghề nghiệp, những khuôn mẫu để hướng dẫn ĐDV đưa ra các quyết định có đạo đức trong quá trình hành nghề. Chuẩn đạo đức nghề nghiệp cũng là cơ sở để người bệnh, người dân và người quản lý giám sát, đánh giá việc thực hiện của Hội viên là ĐDV trên phạm vi cả nước. Mọi ĐDV cần cam kết áp dụng mọi lúc, mọi nơi hành nghề và tại mọi cơ sở y tế.

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV được áp dụng cho ĐDV Việt Nam, các giáo viên hướng dẫn điều dưỡng viên và điều dưỡng trưởng các cấp. Chuẩn này được xây dựng với các mục đích: *Giáo dục điều dưỡng tự rèn luyện theo các chuẩn mực đạo đức phù hợp với nghề điều dưỡng được xã hội thừa nhận; Giúp ĐDV đưa ra các quyết định trong các tình huống hành nghề phù hợp với chuẩn đạo đức nghề nghiệp; Công khai chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV; Là cơ sở để người dân, người bệnh và nhà quản lý y tế giám sát, đánh giá việc thực hiện của ĐDV; Công bố chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV Việt Nam với các nước ASEAN và các nước khác.*

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của ĐDV, gồm các tiêu chuẩn:

** Bảo đảm an toàn cho người bệnh*

- Duy trì chuẩn mực thực hành tốt nhất có thể ở nơi làm việc.
- Chịu trách nhiệm cá nhân về mọi quyết định và hành vi chuyên môn trong chăm sóc người bệnh.
- Can thiệp kịp thời và báo cáo cho người phụ trách khi phát hiện các hành vi thực hành của nhân viên y tế mà không bảo đảm an toàn cho người bệnh.

** Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh*

- Tôn trọng tuổi, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng của người bệnh.
- Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh trong khi thực hành chăm sóc.
- Tôn trọng danh dự, nhân phẩm và bảo đảm kín đáo tốt nhất có thể cho người bệnh khi chăm sóc và làm thủ thuật.

- Cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc cho người bệnh/gia đình người bệnh.
- Giữ gìn những bí mật liên quan đến bệnh tật, cuộc sống riêng tư của người bệnh/gia đình người bệnh.
- Đối xử công bằng với người bệnh/gia đình người bệnh.
 - * *Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh*
- Giới thiệu tên, chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện.
- Lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh, đáp lại bằng câu nói ân cần và cử chỉ lịch sự.
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện.
- Giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.
 - * *Trung thực trong khi hành nghề*
- Trung thực trong quản lý, sử dụng thuốc, vật tư tiêu hao cho người bệnh.
- Trung thực trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn chăm sóc người bệnh và thực hiện các chỉ định điều trị.
- Trung thực trong việc ghi các thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh.
 - * *Duy trì và nâng cao năng lực hành nghề*
- Thực hiện đầy đủ chức năng nghề nghiệp của ĐDV.
- Học tập liên tục để cập nhật kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp
- Tham gia nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng
 - * *Tự tôn nghề nghiệp*
- Giữ gìn và bảo vệ uy tín nghề nghiệp khi người khác làm tổn hại đến các giá trị và danh dự của nghề.
- Tận tụy CSNB, tự giác chấp hành các quy định ở nơi làm việc.
- Từ chối nhận tiền hoặc lợi ích khác của người bệnh, người nhà người bệnh vì mục đích được ưu tiên trong khám, chữa bệnh.
- Tôn trọng điều lệ và tự nguyện tham gia hoạt động của Hội điều dưỡng.

** Thật thà, đoàn kết với đồng nghiệp*

- Hợp tác và giúp đỡ đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ.
- Tôn trọng và bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp.
- Truyền thụ và chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp với đồng nghiệp.

** Cam kết với cộng đồng và xã hội*

- Nói và làm theo các quy định của pháp luật
- Gương mẫu tại cộng đồng và nơi sinh sống.

1.2.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành đạo đức của điều dưỡng viên

1.2.4.1. Nhận thức về thực hành đạo đức của điều dưỡng viên

* Hội điều dưỡng Canada đưa ra các tiêu chuẩn thực hành đạo đức điều dưỡng với những yêu cầu mà ĐDV cần có [103]:

- + *Quan niệm và nhận thức mục tiêu điều dưỡng một cách rõ ràng.*
- + *Quan niệm và nhận thức về người bệnh một cách rõ ràng.*
- + *Quan niệm rõ ràng hoặc ý thức về vai trò của họ trong việc đáp ứng các nhu cầu y tế của xã hội.*
- + *Quan niệm rõ ràng và ý thức đến những nỗi khó khăn của người bệnh.*
- + *Nhận thức về tầm quan trọng và phương thức can thiệp điều dưỡng.*
- + *Ý thức được các hậu quả của hoạt động điều dưỡng.*
- * *Thực hành điều dưỡng đòi hỏi phải ứng dụng quy trình điều dưỡng:*
 - + *Thu thập dữ kiện phù hợp với nhận thức của người bệnh.*
 - + *Phân tích các dữ kiện thu thập được theo mục tiêu chăm sóc và những khó khăn của người bệnh.*
 - + *Lập kế hoạch chăm sóc và đưa ra những hành động điều dưỡng dựa vào những vấn đề hiện tại và tiềm ẩn của người bệnh và đưa ra những can thiệp điều dưỡng kịp thời.*
 - + *Can thiệp điều dưỡng phải phù hợp với kế hoạch chăm sóc.*
 - + *Phải lượng giá được các bước của quy trình điều dưỡng.*

* Thực hành điều dưỡng đòi hỏi mối quan hệ trợ giúp, đó chính là bản chất và mối quan hệ giữa ĐDV đối với người bệnh/gia đình người bệnh:

- + ĐDV bắt đầu mối quan hệ bằng cách làm tăng suy nghĩ đúng đắn mà người bệnh sẽ nhận thức về các dịch vụ y tế như: sự hiểu biết, dễ dàng tiếp cận các dịch vụ y tế.
- + ĐDV phải nhất trí với nhau và làm cho bệnh nhân hiểu biết đúng, đúng đắn hơn về các dịch vụ y tế.
- + ĐDV phải đảm bảo sao cho mối quan hệ trợ giúp giữa người điều dưỡng và bệnh nhân được thành công trọn vẹn.

* Thực hành điều dưỡng đòi hỏi người điều dưỡng phải thực hiện đầy đủ trách nhiệm nghề nghiệp:

- + ĐDV phải tôn trọng các quy định liên quan tới nghề nghiệp và tại các cơ sở thực hành.
- + ĐDV phải tuân thủ các quy định về y đức trong nghề nghiệp của họ.
- + ĐDV phải làm việc cùng với các thành viên trong nhóm CSSK.

1.2.4.2. Trình độ chuyên môn của điều dưỡng viên

Shimaoka Nobuki từng có nghiên cứu về nhận thức và sự mong đợi có các chuyên gia điều dưỡng. Kết quả cho thấy, từ 67,2% đến 70,25% người được hỏi mong có được chuyên gia điều dưỡng tham gia và đóng một vai trò tích cực trong khoa phòng [trích theo 4].

Kết quả nghiên cứu của Saravolats và cộng sự tại Detroit Michigan cho thấy ĐDV được tập huấn để có nhận thức đúng về sự cần thiết phải đặt thông tiểu dẫn lưu nước tiểu. Sau tập huấn cho thấy giảm rõ rệt tỷ lệ số ngày người bệnh cần thiết phải đặt thông tiểu so với trước tập huấn (tỷ lệ 203 ngày/100 ngày bệnh nhân nằm điều trị giảm xuống còn 162 ngày/100 ngày bệnh nhân nằm điều trị với $p < 0,05$).

Kiến thức về bệnh học rất cần thiết để ĐDV thực hiện chăm sóc toàn diện (CSTD) và tư vấn về bệnh tật cho người bệnh có hiệu quả. Kết quả nghiên cứu của Schmidt và cộng sự cho thấy khi đánh giá kiến thức của ĐDV thực hiện CSBN bị u hắc tố da, ĐDV nên có đủ kiến thức hiểu biết về bệnh này. Kết quả cho thấy khả năng tư vấn cho bệnh nhân rất hạn chế, nhất là khả năng nhận biết các tổn thương về u hắc tố da của các ĐDV cần phải được cải thiện [trích theo 4].

Môi trường thực hành tại bệnh viện của các ĐDV rất quan trọng, nó có thể ảnh hưởng nhiều đến hiệu quả CSBN. Theo nghiên cứu của Silber tại Viện ung thư Dana Faber Boston cho thấy, ĐDV nếu được đào tạo tốt, được trang bị tốt về kiến thức thì có thể có tiên lượng gần cũng như xa tốt hơn đối với người bệnh ung thư nằm tại bệnh viện phẫu thuật [trích theo 4].

Theo nghiên cứu của Donna Munroe và cộng sự tại Mỹ về kiến thức, kỹ năng và thái độ của ĐDV, điều dưỡng trưởng có ảnh hưởng đến thực hành dựa trên bằng chứng tại các khoa lâm sàng của bệnh viện tuyến tỉnh. Kết quả cho thấy: về kiến thức, có sự khác biệt về nhận thức thực hành dựa trên bằng chứng giữa trước và sau khi tập huấn (3% và 28%). Về kỹ năng: trước tập huấn tỷ lệ ĐDV có độ tự tin liên quan đến thực hành lâm sàng là 46%, sau tập huấn tăng lên 60% ($p = 0,018$) [133].

Thái độ làm việc của điều dưỡng trưởng cũng cao hơn khi so sánh với ĐDV đặc biệt có sự khác nhau giữa trước tập huấn và sau tập huấn đối với cả ĐDV và điều dưỡng trưởng với $p=0,046$ [trích theo 4],[133].

1.2.4.3. Điều kiện và môi trường làm việc của điều dưỡng viên

Nghiên cứu dựa vào bằng chứng tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện là rất cần thiết đối với ĐDV khi làm công tác CSNB để tìm ra những vấn đề còn tồn tại cần thiết phải bổ sung, sửa đổi để giúp nâng cao chất lượng CSNB. Theo Tran và cộng sự tại trường đại học Greenwich của London cho thấy, các

ĐDV lâm sàng thiếu thời gian, khả năng và động lực để tiến hành nghiên cứu. Thiếu người đứng đầu để thúc đẩy cũng như chỉ dẫn việc nghiên cứu, đây cũng là một trong những lý do làm cho ĐDV lâm sàng không có hoặc giảm năng lực nghiên cứu [trích theo 4].

Nghiên cứu cũng chỉ ra được tỷ lệ phân công công việc cho ĐDV, mặc dù phân công công việc hợp lý ở các trình độ nhưng vẫn có nhiều yếu tố (tai biến, tỷ lệ tử vong,..) liên quan rõ rệt. ĐDV trình độ chuyên môn thấp xảy ra tai biến và thất bại khi cấp cứu người bệnh chiếm tỷ lệ nhiều hơn ĐDV trình độ chuyên môn cao. Nếu phân công công việc cho các ĐDV hợp lý tỷ lệ giảm từ 3-12% các tai biến đối với người bệnh (tùy từng loại tai biến: nhiễm khuẩn tiết niệu do đặt thông, do viêm phổi,...). Càng bố trí công việc hợp lý ở các trình độ chuyên môn của người điều dưỡng sẽ giảm từ 2 đến 25% các tai biến với người bệnh (tùy từng loại tai biến) [trích theo 4].

Kết quả nghiên cứu của Masahiro Shimzutani Tokyo Nhật Bản cho thấy, có sự liên quan của ĐDV với các trường hợp kiệt sức do công việc bị tình trạng rối loạn thần kinh, stress và sẽ có hành vi thái độ không tốt đối với người bệnh khi thực hiện chăm sóc. Lời khuyên cáo đối với các ĐDV là khi làm việc quá tải cần phải điều chỉnh tốt về mặt tâm lý để khi đối mặt sẽ giảm các rối loạn thần kinh, giảm tỷ lệ thái độ “Cần cải thiện” khi CSNB [145].

1.2.4.4. Quan niệm của xã hội về nghề nghiệp và chính sách đãi ngộ cho điều dưỡng viên

Cùng với chính sách mở cửa và hội nhập quốc tế, nhiều quan niệm trong ngành y tế cũng dần thay đổi. Trước đây không chỉ người dân mà cả một số lãnh đạo bệnh viện, bác sỹ thường cho rằng ĐDV trong bệnh viện thường là những người trợ giúp cho bác sỹ do vậy ĐDV thường làm việc một cách bị động và đôi khi vai trò của họ bị lu mờ, ảnh hưởng không nhỏ đến

hiệu quả, năng suất lao động và sự hăng say công tác của các đối tượng này [22],[53],[60].

Ngày nay, với quan niệm mới ĐDV có những chức năng nhiệm vụ độc lập, chủ động hơn, do vậy trong hệ thống đào tạo, họ có thể được học đại học, thạc sỹ, ... và thực tế đã chứng minh rằng chất lượng chăm sóc người bệnh, thương hiệu của một bệnh viện phụ thuộc rất nhiều vào đội ngũ ĐDV [83].

Một câu hỏi được đặt ra là nhận thức, yêu cầu và đòi hỏi của đội ngũ ĐDV thay đổi như thế nào khi tư duy và quan niệm của xã hội và của chính các cán bộ trong ngành y tế đã thay đổi? [92].

Từ trước đến nay cũng đã có một số điều tra, nghiên cứu về lực lượng lao động này, nhưng phần lớn vẫn tập trung vào mục đích nâng cao chất lượng phục vụ chuyên môn hoặc đánh giá về công việc của ĐDV thông qua ý kiến chủ quan của người bệnh,... [76],[83].

Điều này dễ dẫn đến việc nhìn nhận vấn đề thiếu khách quan, không toàn diện và chúng ta thường không thực sự hiểu rõ vấn đề mà ĐDV gặp phải trong công việc, không hiểu rõ ĐDV đã hoặc chưa hài lòng về vấn đề gì, yếu tố nào giúp họ gắn bó với bệnh viện, yếu tố nào giúp họ hăng say làm việc hết mình cho bệnh viện? Chính sách đãi ngộ cho ĐDV đã thực sự thỏa đáng chưa? ... Đây thực sự là những vấn đề rất cần có những nghiên cứu đánh giá cụ thể [70],[86].

1.3. Một số nghiên cứu về đạo đức nghề nghiệp điều dưỡng viên

1.3.1. Trên thế giới

Người khởi đầu nghiên cứu về điều dưỡng là tác giả Nightingale, năm 1910. Trên cơ sở phân tích các yếu tố tác động đến tỷ lệ tử vong của những người lính trong chiến tranh Crime, bà đã thành công trong việc tác động vào các yếu tố môi trường, chăm sóc y tế để làm giảm tỷ lệ tử vong của thương binh từ 42% xuống còn 2% [trích theo 4].

Từ đó tới nay, ngành điều dưỡng không ngừng phát triển nhưng cũng có những yếu tố cản trở khiến ngành này khó phát triển mạnh, chẳng hạn như thiếu các chuyên gia giỏi và nghiên cứu chuyên sâu. Ngành điều dưỡng cũng như các ngành nghề khác, đều rất cần các chuyên gia điều dưỡng có trình độ cao, kiến thức chuyên ngành sâu để làm việc tại các lĩnh vực đặc biệt (quản lý, giảng viên, nghiên cứu hoặc ở các chuyên khoa sâu...) và đảm nhận các vai trò quan trọng để phát triển cho ngành [126],[143].

Cho tới nay đã có nhiều công trình của các tác giả trên thế giới nghiên cứu về lĩnh vực điều dưỡng. Những công trình này tập trung nghiên cứu về mối liên quan giữa chất lượng chăm sóc người bệnh với một số yếu tố: nhận thức của ĐDV về nghề nghiệp, kiến thức và trình độ chuyên môn, vai trò của điều dưỡng trưởng, sự phân công công việc, điều kiện làm việc, ... [trích theo 4],[102],[143].

Tuy nhiên, ngành điều dưỡng đã và đang phát triển bởi xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu CSSK của người dân đòi hỏi càng cao và như vậy vai trò của ĐDV ngày càng quan trọng. Càng về sau này càng có nhiều nghiên cứu chuyên sâu về vai trò của ĐDV. Tại Canada, nghiên cứu của McAiney và cộng sự cho thấy, cần phải có một thiết kế riêng cho các ĐDV chăm sóc người bệnh tại nhà trong một thời gian dài nếu ĐDV được trang bị tốt về kiến thức. Nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ phải vào viện nếu được ĐDV chăm sóc tốt tại nhà giảm đi 39-43% [trích theo 4].

Sự hài lòng của bệnh nhân về công tác chăm sóc của ĐDV cũng là kết quả CSBN của người điều dưỡng. Theo nghiên cứu của Roderick và cộng sự tại Hoa Kỳ về nâng cao chất lượng trong CSBN cho thấy, tỷ lệ hài lòng của người bệnh về bác sỹ cao hơn ĐDV tại các khoa lâm sàng chuyên khoa sâu, nhưng có tỷ lệ ngược lại với chuyên khoa sản (sự hài lòng về ĐDV là 73%, về bác sỹ là 71%) [143].

1.3.2. Nghiên cứu đạo đức điều dưỡng viên tại Việt Nam

1.3.2.1. Nghiên cứu sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ người bệnh của điều dưỡng viên

Có thể nói nghiên cứu về sự hài lòng của bệnh nhân đối với thái độ phục vụ của điều dưỡng viên là một khía cạnh được nhiều tác giả đề cập đến nhất trong các nghiên cứu về ngành Điều dưỡng viên (chủ yếu là những thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và một số nghiên cứu so sánh trước sau tập huấn) [33],[37],[50].

Kết quả nghiên cứu của các tác giả tại nhiều bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến trung ương đều cho thấy mặc dù có sự dao động về số liệu giữa các bệnh viện nhưng nhìn chung trên 80% bệnh nhân được hỏi ý kiến đều trả lời “hài lòng” với thái độ tiếp đón, hướng dẫn và chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên [20],[63],[77].

Những kết quả nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng vẫn còn một tỷ lệ nhất định bệnh nhân chưa hài lòng với thái độ của điều dưỡng viên như không chào hỏi lịch sự; nói trống không; không tự giới thiệu về bản thân; chưa giải thích thỏa đáng hoặc không giải thích cho bệnh nhân. Tỷ lệ này rải từ 11,7 đến 22,58% [41],[43],[63]. Tuy nhiên sau tập huấn cho ĐDV, tỷ lệ hài lòng của người bệnh/gia đình người bệnh tăng lên rõ rệt [18].

Ở các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện: Nghiên cứu của Hà Thị Soạn [69] năm 2007 tại Phú Thọ cho thấy điều làm người bệnh hài lòng là tinh thần thái độ phục vụ của các nhân viên y tế trong bệnh viện chiếm tỷ lệ trên 90%.

Theo tác giả Nguyễn Thị Hạ và cộng sự tại Bắc Giang [20] ở lần đánh giá đầu cho thấy thái độ tiếp đón của ĐDV đối với người bệnh khi được hỏi có 79,03% là tận tình chu đáo.

Nghiên cứu của Hà Kim Phượng tại Nam Định [63] trong lần khảo sát 1 cho thấy kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân: 5% ĐDV không giải thích khi làm các thủ tục hành chính;

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận năm 2006 [43]: có tới 74% ĐDV chủ động chào hỏi, tiếp đón vui vẻ niềm nở; 64,65% ĐDV sử dụng một trong những cụm từ “xin mời, làm ơn, xin lỗi, cảm ơn”; Chỉ có 13,66% ĐDV nói trống (nói trống không) khi giao tiếp.

Nghiên cứu của Trần Thị Kim Liên và cộng sự tại bệnh viện Tim Hà Nội (2010) cho thấy việc hướng dẫn thủ tục của nhân viên đón tiếp tại Khoa Khám bệnh như sau: Tốt 55%; Khá 31,4%; Trung bình 12,7%; Lời nói thiếu lịch sự, hoặc thể hiện sự gọi ý tiền quà biếu tại khoa khám bệnh chiếm 5,5% [41].

Kết quả nghiên cứu của Hoàng Tiến Thắng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây cho thấy: 93,7% người bệnh phản ánh là đón tiếp niềm nở đối với bệnh nhân; ĐDV hướng dẫn quyền và nghĩa vụ của người bệnh khi nằm viện chiếm 93%; thời gian của người bệnh để khám và điều trị quá lâu chiếm 4% [77].

Nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà cho kết quả mức độ hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử của ĐDV tăng từ 77,8%- 93,1%; số ĐDV có kỹ năng giao tiếp tốt tăng từ 38,1%- 47,3% sau đào tạo [18].

Đối với các bệnh viện tuyến trung ương, tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân cũng tương tự so với các kết quả nghiên cứu ở các bệnh viện tuyến tỉnh.

Nghiên cứu Phạm Thị Loan và cộng sự tại bệnh viện C Thái Nguyên năm 2006 [45] nghiên cứu giao tiếp của điều dưỡng – nữ hộ sinh cho thấy: trả lời câu hỏi của người bệnh mức không thỏa đáng chiếm 4,69% [45].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Điều cho thấy: có 4,1% ĐDV không thực hiện tiếp đón, hướng dẫn nội quy và xếp giường; thời gian đo mạch, huyết áp trên 30 phút là 13,3%. Khi người bệnh không đi lại được để

làm các xét nghiệm, điện tim, chụp XQ thì không được ĐDV giải thích và đưa đi là 12,5% [13].

Nghiên cứu tại bệnh viện E năm 2012 [19] cho thấy: tỷ lệ đón tiếp không niềm nở của nhân viên y tế là 2%; niềm nở 97%; giải thích đầy đủ bệnh và phương pháp điều trị là 96%; hướng dẫn sử dụng thuốc là 98,3% và không hướng dẫn là 1,4%; thời gian chờ đợi quá lâu chiếm tỷ lệ 10,6%.

Có nhiều nguyên nhân dẫn tới sự không hài lòng của bệnh nhân, theo nghiên cứu của Chu Văn Long và cộng sự lý do không hài lòng là: 19,2% phải chờ đợi quá lâu; 6,2% cán bộ phục vụ người bệnh không lịch sự, thân thiện. Sự chưa hài lòng tại bệnh viện đạt 12%. Lý do chưa hài lòng cao nhất: thái độ phục vụ nhân viên y tế với 55,2%; tiếp đến là bệnh nhân quá tải 53,7%; thủ tục hành chính là 37,3%. Đối tượng kém hài lòng chiếm tỷ lệ cao nhất: hộ lý 50%; điều dưỡng 43,5%; bác sỹ 15,2% [46].

Theo Hà Thị Soạn năm 2007 tại Phú Thọ, lý do không hài lòng là thủ tục nhập viện lâu và không được hướng dẫn thủ tục nhập viện (10,4%); làm xét nghiệm không được giải thích, phải tự đi lấy kết quả 16% [69].

Theo Nguyễn Thị Ly và cộng sự tại Sở y tế Hải Dương năm 2007 cho thấy sự phản ánh của bệnh nhân tại phòng khám tỷ lệ chờ khám bệnh 15-30 phút chiếm 30,2%; chờ 30-60 phút chiếm 5,3% [48]

Bên cạnh đó, có hiện tượng thờ ơ lạnh lùng của ĐDV. Theo nghiên cứu của Hà Kim Phượng [63] tỷ lệ thờ ơ lạnh nhạt 1,7%. Theo tác giả Nguyễn Thị Hạ [20] có 3,33% người được hỏi phản ánh thái độ thờ ơ lạnh lùng.

1.3.2.2. Nghiên cứu đạo đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng

Hiện tượng gây phiền hà, sách nhiễu, cẩu gắt cho người bệnh là hiện tượng mặc dù chiếm tỷ lệ nhỏ nhưng lại là hiện tượng thường gặp trong các nghiên cứu về y đức.

Theo Hà Thị Soạn tại Phú Thọ có 12,55% nhân viên y tế gây phiền hà đối với người bệnh, trong đó ĐDV chiếm tỷ lệ 1,86%, thấp hơn bác sỹ 4,26% [69].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận cho thấy việc nói xăng, lạnh lùng, nạt nộ, cáu gắt của NVYT là 13,66% [43].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Tâm tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ người bệnh phản ánh NVYT có thái độ cáu gắt là 3,7% ở các bệnh viện Hà Nội cũ và 7,7% ở các bệnh viện Hà Nội mới [74].

Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức năm 2009 trên đối tượng là người bệnh cho thấy tỷ lệ NVYT cáu gắt với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân là 13,9%; trong số đó, ĐDV chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,5% [46].

Nghiên cứu tại bệnh viện E cho thấy, tỷ lệ ĐDV gây phiền hà sách nhiễu chiếm 9,1% số phản ánh. Nhân viên có cử chỉ, lời nói biểu hiện sự gọi ý tiền, quà biếu chiếm 6,5% [19].

Hiện tượng đưa tiền, phong bì và sự gọi ý đưa tiền, phong bì, thu lợi bất chính trong CSBN là hiện tượng đã được dư luận quan tâm, các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đó là các hiện tượng phổ biến.

Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức năm 2009 trên đối tượng là người bệnh [46] cho thấy việc không có sự công khai, hướng dẫn sử dụng thuốc là 3,9%; Hiện tượng giới thiệu mua thuốc ngoài nhà thuốc bệnh viện là 1,2%; Hiện tượng chi phí thêm tiền cho NVYT ngoài viện phí do tự nguyện là 73,3%, do NVYT gọi ý là 26,7%. Việc đưa tiền trước phục vụ người bệnh chiếm 66,7%; sau khi phục vụ người bệnh là 33,3%. Tỷ lệ người đưa tiền cho NVYT cho biết: bác sỹ chiếm tỷ lệ 56,3%; ĐDV là 50%; hộ lý 18,8%.

Theo Trần Thị Kim Liên và cộng sự tại bệnh viện Tim Hà Nội (2010), tại Khoa Khám bệnh [41] ĐDV có lời nói thiếu lịch sự, hoặc thể hiện sự gọi ý tiền quà biếu chiếm 5,5%. Tại Khoa điều trị nội trú (ĐTNT) ĐDV có lời nói thiếu lịch sự, hoặc thể hiện sự gọi ý tiền quà biếu chiếm 2,2%;

Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức năm 2010 [17] trên 353 trường hợp là người bệnh cho thấy tình trạng đưa tiền bồi dưỡng NVYT chiếm 24%, trong đó: Tự nguyện bồi dưỡng cho NVYT chiếm 94%; Được tư vấn chiếm 5%; Nhân viên gợi ý đưa tiền chiếm 1%. Thời điểm đưa tiền: tại phòng khám là 27,4%; Khi mới vào khoa điều trị 28,3%; Khi làm xét nghiệm 2%; Khi làm thủ thuật 13,3%; Trước khi phẫu thuật 4%; Khi ra viện 25%. Đối tượng nhận tiền: bác sỹ chiếm 22%; điều dưỡng 16%; hộ lý 9%; bảo vệ 4%; khoa, phòng 9%. Thái độ NVYT sau khi đưa tiền: Vui vẻ, hợp tác hơn 21%; Từ chối không nhận 55%.

1.3.2.3. Nghiên cứu về đạo đức của ĐDV trong việc thực hiện các quy trình chuyên môn

Việc thực hiện đầy đủ các quy trình chuyên môn và hoàn thành tốt các nhiệm vụ là điều cần thiết trong quá trình chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng viên.

Việc ghi chép các phiếu CSBN là điều cần thiết, giúp cho công tác chăm sóc và quản lý bệnh nhân đạt hiệu quả.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thanh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2007 [80] chất lượng ghi chép phiếu chăm sóc của ĐDV không có ở mức kém, tập trung ở mức trung bình khá và tốt.

Tuy nhiên, phần đánh giá về ghi diễn biến bệnh nhân trong thời gian điều trị và ghi xử trí, chăm sóc theo thứ tự ưu tiên đạt tỉ lệ ở mức tốt chưa cao do ĐDV còn hạn chế về kiến thức chăm sóc và theo dõi các vấn đề liên quan đến bệnh.

Vai trò thực hiện đầy đủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng là rất quan trọng trong quá trình CSBN.

Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng của tác giả Phạm Thị Liễu cùng cộng sự năm 2006 [42] cho thấy sự cần thiết chuẩn bị tâm lý người

bệnh trong gây tê vùng để phẫu thuật tại bệnh viện, trong đó việc ca mổ có chuẩn bị tâm lý tốt hơn so với mổ cấp cứu ($p < 0,01$). ĐDV có vai trò quan trọng trong việc chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân khi mổ. Kết quả: tỷ lệ yên tâm ở nhóm I (nhóm ĐDV thực hiện chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân theo quy trình) là 78,36% cao hơn nhóm II (không được chuẩn bị tâm lý) là 42,65% ($p < 0,05$). Kết quả quy trình chuẩn bị tâm lý người bệnh của ĐDV khoa gây mê hồi sức trước phẫu thuật, số người bệnh yên tâm ở nhóm I (84,33%) nhiều hơn nhóm II (41,19%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Linh tại bệnh viện đa khoa huyện Cai Lậy năm 2006 [44] cho thấy ĐDV thực hiện kỹ thuật đạt 75,7%; chuẩn bị dụng cụ đạt 83,7%; nguyên tắc vô trùng trong thủ thuật xâm lấn đạt 74,6%.

Theo Trần Thị Thảo, Trần Quang Huy và cộng sự tại bệnh viện Việt Nam Thụy Điển, Ưông Bí, Quảng Ninh [82]: can thiệp, cải thiện các quy trình kỹ thuật và năng lực thực hành cho thấy sự quan trọng việc thay đổi nhận thức của ĐDV và nhân viên trong khoa. Các ý kiến của nhân viên cho rằng cần duy trì hoạt động quản lý chất lượng thủ thuật, tiếp tục mở rộng quản lý chất lượng các dịch vụ chăm sóc trong toàn bệnh viện. Sự chuyển biến về nhận thức này là yếu tố quyết định để duy trì và nâng cao chất lượng chăm sóc.

Nghiên cứu của Trần Thị Châu [9] tại bệnh viện Việt Đức cho thấy cần thiết tăng cường công tác nhiễm khuẩn tại cơ sở như tuân thủ các quy định vệ sinh vô trùng. Tại bệnh viện Việt Đức có 80% đánh giá việc cung cấp thông tin về tình trạng bệnh và sự giáo dục sức khỏe của ĐDV là đạt [1]

Sự hiểu biết rõ về nhiệm vụ là điều cần thiết, tuy nhiên không phải tất cả các ĐDV đều hiểu rõ các nhiệm vụ của mình. Theo nghiên cứu của Mai Thị Thủy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2005 [85] 8% ĐDV chưa hiểu hết nhiệm vụ của điều dưỡng thường trực; 10% ĐDV chưa hiểu đầy đủ về nhiệm vụ của điều dưỡng cấp cứu; 10% ĐDV không hiểu được đủ quy định chống nhiễm

lẫn, thuốc trong quy chế công tác CSTĐ; 5% ĐĐV dán hồ sơ bệnh án không đúng thứ tự quy định; 10% ĐĐV chưa hiểu hết được trách nhiệm khi tiếp nhận người bệnh và khoa; 12% ĐĐV chưa giải thích cho người bệnh.

Các sai sót trong quá trình thực hiện các kỹ thuật vẫn còn phổ biến. Theo phòng điều dưỡng bệnh viện Nhi Trung ương [58], các sai sót thường gặp là không rửa tay trước khi tiêm 4,7%; không sát khuẩn đầu, nắp ống thuốc 28%; dùng 2 tay đẩy lại nắp kim 14%. Việc thực hiện sai các kỹ thuật có thể gây nguy hiểm cho người bệnh, bản thân các ĐĐV và cho cộng đồng.

Theo nghiên cứu của Hà Thị Kim Phượng [64] tại bệnh viện Nhi Trung ương và bệnh viện huyện Kim Sơn, Ninh Bình cho thấy: 53,7% số mũi tiêm tại Kim Sơn chưa có hộp đựng vật sắc nhọn chuẩn; tỷ lệ không sát khuẩn trước khi tiêm 34,3%; cao nhất tại các trạm y tế (94,4%); còn 12,1% mũi tiêm được quan sát ĐĐV dùng tay đẩy nắp kim tiêm. Tỷ lệ không sát khuẩn tay của ĐĐV sau khi tiêm còn rất cao ở tuyến xã (89,9%).

1.3.2.4. Nghiên cứu can thiệp cải thiện giao tiếp và nâng cao y đức của ĐĐV

Thái độ phục vụ đạt có thể được tăng lên và giảm các hiện tượng vi phạm y đức ở ĐĐV rõ rệt nhờ vào các biện pháp: đào tạo, tập huấn, truyền thông nâng cao y đức, nâng cao hiểu biết về pháp luật.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạ [20], khi tiến hành can thiệp bằng việc mở lớp đào tạo tại sở y tế cho các ĐĐV tại bệnh viện thì đạt hiệu quả cao trong việc nâng cao y đức cho ĐĐV. Yêu cầu ĐĐV ký cam kết thực hiện 10 tiêu chuẩn văn hóa giao tiếp kết hợp việc học tập thông qua băng hình; xây dựng những tiểu phẩm về giao tiếp sát với công việc hàng ngày, qua đó bình luận, nhận xét rút ra bài học cho mỗi người.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐĐV có thái độ đón tiếp tận tình, chu đáo tăng từ 50,27% lên 51,22%; ĐĐV giải thích về các thủ tục hành chính, nội quy tăng từ 89,21% lên 96,74%; ĐĐV giải thích cho người bệnh

biết về tình hình bệnh tật và hướng điều trị tăng từ 75,5% lên 92,77%; Việc ĐDV gây phiền hà giảm từ 1,86% xuống còn 0%.

Theo nghiên cứu của Hà Kim Phượng tại Nam Định [63] có sự cải thiện đáng kể về thái độ phục vụ người bệnh khi các ĐDV được học tập các văn bản do bộ y tế ban hành; Tập huấn các nội dung về điều dưỡng viên do Sở y tế hướng dẫn; Thi giao lưu giữa các khoa trong bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy: ĐDV đón tiếp niềm nở tại khoa điều trị tăng từ 90% lên 98,3%; ĐDV giải thích khi làm thủ thuật tăng từ 83,4% lên 98,3%; Sự thông cảm của ĐDV với bệnh nhân tăng từ 83,4% lên 95%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Linh tại bệnh viện đa khoa Cai Lậy năm 2006 [44] cũng cho thấy có sự cải thiện đáng nhờ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng khi thực hiện công tác chấn chỉnh, nhắc nhở, trong đó: ĐDV thực hiện kỹ thuật đạt tăng từ 59,4% lên 92%; ĐDV chuẩn bị dụng cụ đạt tăng từ 73,2% lên 94%; ĐDV giao tiếp trước khi thực hiện đạt tăng từ 29% lên 47,1%; ĐDV giao tiếp sau khi thực hiện tăng từ 29% lên 47,1%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Cảnh Phú [60], tỷ lệ người bệnh hài lòng với sự chăm sóc của ĐDV và học sinh, sinh viên tăng lên rõ rệt sau can thiệp bằng tập huấn với mức tăng từ 25% lên 62%.

Một số nghiên cứu y đức của ĐDV đã được tiến hành ở một số bệnh viện trung ương và địa phương. Tuy nhiên các nghiên cứu hầu hết chỉ tập trung vào kỹ năng giao tiếp, sự hài lòng của gia đình người bệnh mà chưa có nghiên cứu đầy đủ về y đức của ĐDV. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trên chưa bao quát và có cái nhìn đầy đủ từ góc độ cả khách hàng/bệnh nhân, ĐDV và công tác quản lý. Đây là vấn đề nhạy cảm, do vậy cách tiếp cận các nghiên cứu hiện nay thường chỉ dừng ở các hoạt động tập huấn, mà chưa có những can thiệp tổng thể dựa trên các bằng chứng nghiên cứu và kiến nghị của khách hàng/bệnh nhân; bản thân mỗi ĐDV và đối tượng là cán bộ quản lý. Do

vậy, những nghiên cứu về y đức của ĐĐV chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế cải thiện chất lượng công tác điều dưỡng hiện nay.

Nghiên cứu này của chúng tôi đặt mục tiêu bổ sung những thiếu hụt trong các nghiên cứu nói trên. Địa điểm tiến hành nghiên cứu là bệnh viện Nhi Trung ương.

Với nghiên cứu này, lần đầu tiên việc phân tích các vấn đề liên quan tới y đức được nhìn nhận, đánh giá từ 2 chiều: từ cả phía điều dưỡng viên và khách hàng (cha/mẹ/người chăm sóc bệnh nhi) với bảng hỏi khách quan, phỏng vấn độc lập. Một số nguyên nhân dẫn tới vi phạm y đức được phân tích kỹ, kể cả những nguyên nhân nhạy cảm. Nhờ đó, nhóm nghiên cứu đã có được những số liệu rất chi tiết, đánh giá được một cách toàn diện các giải pháp nâng cao y đức đang áp dụng để đưa ra những khuyến nghị có giá trị thực tiễn, có thể áp dụng và nhân rộng được ở nhiều bệnh viện trong hệ thống y tế.

1.3.3. Một số thông tin về bệnh viện Nhi Trung ương

1.3.3.1. Giới thiệu về bệnh viện Nhi Trung ương:

Bệnh viện Nhi Trung ương được thành lập từ năm 1969 với tên gọi là Viện Bảo vệ Sức khỏe Trẻ em. Năm 1997 được đổi tên là Viện Nhi. Tên gọi hiện nay có quyết định chính thức vào tháng 06 năm 2003. Bệnh viện có 07 chức năng chính bao gồm: điều trị, nghiên cứu khoa học, đào tạo, hợp tác quốc tế, ... Hiện tại bệnh viện có 28 khoa lâm sàng với 950 giường bệnh; 11 khoa cận lâm sàng; 11 phòng ban chức năng và Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em với hơn 1.700 cán bộ, viên chức. Số lượng bệnh nhân đến khám dao động từ 1.200 đến 2.500 bệnh nhân/ngày. Bệnh viện đã và đang triển khai nhiều kỹ thuật cao ứng dụng trong nhi khoa: ghép thận trẻ em; ghép gan; ghép tủy xương; phẫu thuật nội soi; ...[3]

1.3.3.2. Thực trạng công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện

Tình trạng quá tải tập trung ở các bệnh viện tuyến trung ương trong mấy năm gần đây đang xu hướng gia tăng, công suất sử dụng giường bệnh chung của các bệnh viện trung ương năm 2009 là 116% tăng lên 120% năm 2010 và 118% năm 2011. Bệnh viện Nhi Trung ương là một trong những bệnh viện xảy ra tình trạng quá tải mức độ cao, năm 2011 là 119,87% [6].

Số khám bệnh năm 2012 tại bệnh viện là 672.000 lượt bệnh nhân, tăng 8,96%. Xu hướng khám bệnh ngoại trú tăng 34,43% so năm 2011 [6]. Ngày điều trị trung bình là 7,62 ngày, công suất sử dụng giường bệnh 113,45%, có giảm hơn so năm 2011. Các khoa có ngày điều trị trung bình trên 10 ngày là: phục hồi chức năng, sơ sinh, gan mật, ung bướu; Từ 7 đến 10 ngày là: tim mạch, huyết học, hồi sức cấp cứu, thận lọc máu, nội tiết. Trong năm 2012, tổng số điều trị ngoại khoa tăng 7,79% so năm 2011 [3].

Điều trị tự nguyện đem lại hiệu quả giảm tải cho khu vực điều trị nội trú và hiệu quả kinh tế cho bệnh viện. Người bệnh đã thực sự được hưởng lợi từ các dịch vụ này, đảm bảo chất lượng chuyên môn và dịch vụ khác. Khoa điều trị tự nguyện A có số khám bệnh là 53.703 lượt; nội trú 5.176 bệnh nhân, công suất sử dụng giường bệnh đạt 95%. Các đơn vị tự nguyện luôn lấy tiêu chí chất lượng phục vụ, lấy người bệnh là trung tâm đảm bảo sự hài lòng người bệnh [3].

1.3.3.3. Thực trạng công tác điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Trung ương

Thực trạng nhân lực ĐDV bệnh viện [3]

Tổng số ĐDV/KTV trong toàn bệnh viện là 749 người, trong đó: thạc sỹ: 0,9%, đại học: 15,5%, cao đẳng: 7,3%, trung cấp: 75,7%, sơ cấp: 0,6%. Có 10 cử nhân điều dưỡng đại học đang theo học chuyên khoa I điều dưỡng tại Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em. Tổng số điều dưỡng trưởng khoa là 46 người. Trong đó trình độ thạc sỹ: 8,7%, đại học: 47,8%, cao đẳng: 4,4%, trung cấp: 39,1%, có

chúng chỉ quản lý điều dưỡng: 25. Tỷ lệ ĐDV-KTV/1.000 Bệnh nhân/ngày vào khoảng 0,74; Tỷ lệ ĐDV/Bác sỹ dao động xấp xỉ ở tỷ lệ 2,19.

Thực trạng công tác điều dưỡng [3]

Thực tế điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy thực trạng làm việc của ĐDV còn một số vấn đề nổi cộm, cụ thể như sau:

- Số lượng bệnh nhân thường xuyên đông và nhiều bệnh nhân nặng tại một số khoa trọng điểm do vậy cường độ làm việc của ĐDV rất căng thẳng.
- Thủ tục hành chính nhiều, vì vậy ĐDV không có nhiều thời gian thực hiện đầy đủ nhiệm vụ về công tác chăm sóc bệnh nhi.
- Nhân lực điều dưỡng còn thiếu, đặc biệt ở các khoa trọng điểm như Sơ sinh, khối Hồi sức và Cấp cứu.
- Tính chủ động của ĐDV chưa thực sự phát huy, các quy trình kỹ thuật thực hiện còn bị cắt xén.
- Trình độ ngoại ngữ của ĐDV còn hạn chế.
- Tinh thần thái độ, tâm lý tiếp xúc của một số ĐDV trong giao tiếp với người chưa thực sự làm cho bệnh nhi và người nhà hài lòng.
- Sự phối hợp giữa ĐDV và bác sỹ chưa thực sự hiệu quả trong điều trị, chăm sóc người bệnh.
- Tỷ lệ ĐDV nữ trẻ cao, công việc vất vả nên tâm lý làm việc chưa ổn định ảnh hưởng đến công tác hàng ngày.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Bệnh viện Nhi Trung ương được thành lập từ năm 1969 với tên gọi là Viện Bảo vệ Sức khỏe Trẻ em, năm 2003 được đổi tên là Bệnh viện Nhi Trung ương với 07 chức năng chính bao gồm: điều trị, nghiên cứu khoa học, đào tạo, hợp tác quốc tế, ... Hiện tại bệnh viện có 28 khoa lâm sàng với 950 giường bệnh. Bệnh viện có 07 chức năng chính bao gồm: điều trị, nghiên cứu khoa học, đào tạo, hợp tác quốc tế, ... Hiện tại bệnh viện có 28 khoa lâm sàng với 950 giường bệnh; 11 khoa cận lâm sàng; 11 phòng ban chức năng và Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em với hơn 1.700 cán bộ, viên chức. Số lượng bệnh nhân đến khám dao động từ 1.200 đến 2.500 bệnh nhân/ngày. Bệnh viện đã và đang triển khai nhiều kỹ thuật cao ứng dụng trong nhi khoa: ghép thận trẻ em; ghép gan; ghép tủy; phẫu thuật nội soi; ...[3]

Là bệnh viện có lực lượng nhân lực y tế lớn (đặc biệt là điều dưỡng viên), điều trị và nghiên cứu chuyên sâu, lãnh đạo bệnh viện xác định cung cấp môi trường, điều kiện làm việc tốt nhất cho cán bộ viên chức của bệnh viện. Đồng thời, lợi ích của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân luôn là ưu tiên hàng đầu.

- Thời gian nghiên cứu:

+ Tháng 6/2012: mô tả thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương và xác định một số yếu tố liên quan.

+ Từ tháng 7/2012 đến tháng 5/2013: tiến hành một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên.

+ Tháng 6/2013: đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

** Đối tượng nghiên cứu*

- ĐDDV: những người được học chuyên môn về điều dưỡng ở tất cả các trình độ sơ cấp, trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học hiện đang làm công tác điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Trung ương.

- Khách hàng: người sử dụng các dịch vụ KCB tại bệnh viện Nhi Trung ương. Khách hàng tại bệnh viện Nhi Trung ương được hiểu bao gồm bệnh nhi, cha, mẹ, người đại diện hợp pháp của bệnh nhi tại bệnh viện. Đây là những người chăm sóc bệnh nhi vừa khám xong hoặc vừa ra viện.

** Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu*

- *Điều dưỡng viên làm việc tại bệnh viện:*

+ Các ĐDDV đang trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc, tiếp đón bệnh nhân tại bệnh viện trong khoảng thời gian nghiên cứu và có thời gian thực hiện công tác điều dưỡng tại bệnh viện tối thiểu là 6 tháng.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện sau khi đã được nhóm nghiên cứu thông báo cụ thể mục đích và nội dung nghiên cứu.

- *Khách hàng:*

+ Cha, mẹ và người chăm sóc cho bệnh nhi vừa được khám xong hoặc làm xong thủ tục ra viện.

+ Có đủ khả năng nghe, nói, biết chữ và không bị hoặc nghi ngờ mắc các triệu chứng về bệnh tâm thần.

+ Là người tự nguyện tham gia nghiên cứu trên cơ sở được giải thích rõ ràng các thông tin, quyền lợi và nghĩa vụ người tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu*

- *Điều dưỡng viên làm việc tại bệnh viện:*

+ ĐDDV không trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc, hướng dẫn, tiếp đón bệnh nhân trong khoảng thời gian nghiên cứu.

+ ĐDV được cử đi học tập, công tác tại các bệnh viện tuyến dưới theo đề án 1816 hay cử đi làm các công tác khác, không có mặt tại bệnh viện.

+ ĐDV có bằng cấp về điều dưỡng nhưng làm việc tại khu vực labo hoặc các phòng ban chức năng có nhiệm vụ quản lý.

- *Khách hàng:*

+ Không phải là người trực tiếp đưa bệnh nhi đi KCB tại bệnh viện, không là người đại diện hợp pháp của trẻ khi thực hiện quá trình KCB tại bệnh viện.

+ Không đủ khả năng nghe, nói, biết chữ hoặc bị hoặc nghi ngờ mắc các triệu chứng về bệnh tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

- Sử dụng thiết kế can thiệp, so sánh kết quả trước sau để đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp nâng cao nhận thức, thực hành y đức của ĐDV.

- Nghiên cứu được chia làm 03 giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: hoàn thành mục tiêu 1 với việc mô tả nhận thức, thực hành y đức tại bệnh viện Nhi Trung ương và một số yếu tố liên quan (tại thời điểm tháng 6/2012).

+ Giai đoạn 2: tiến hành một số biện can thiệp nhằm nâng cao y đức cho ĐDV, thực hiện trong 11 tháng (từ tháng 6-2012 đến tháng 5/2013).

+ Giai đoạn 3: đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp (tại thời điểm tháng 6/2013).

2.2.2. Cỡ mẫu

2.2.2.1 Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang nhận thức, thực hành y đức

* Đối tượng nghiên cứu là ĐDV

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo phần mềm tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế thế giới (Simple size) theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)} \quad [\text{Công thức (I)}]$$

Hiện bệnh viện có 749 ĐDV. Tuy nhiên có 268 đối tượng không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu do: không trực tiếp tham gia công tác chăm sóc bệnh nhi tại bệnh viện, là kỹ thuật viên, do đi học, từ chối tham gia phỏng vấn... Do vậy, quần thể nghiên cứu $N = 481$ ĐDV.

$p = 0,50$ là tỷ lệ giả định ĐDV có đạo đức nghề nghiệp đạt

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,05$ là sai số tuyệt đối

Thay các giá trị trên vào công thức (I) ta được $n = 214$ ĐDV.

* Cỡ mẫu cho đối tượng là khách hàng bệnh viện

Cỡ mẫu cho đối tượng là khách hàng bệnh viện cũng được tính theo công thức tính cỡ mẫu (I). Trong đó:

$N = 8.210$ kích thước quần thể cần nghiên cứu (Population size), ở đây vì thời gian thu thập số liệu là 1 tuần, căn cứ số lượng bệnh nhi ra viện trong tháng 4 và 5/2012. Trung bình mỗi tuần bệnh viện có 8.210 bệnh nhân ra viện (bao gồm cả dịch vụ khám bệnh và điều trị nội trú).

$p = 0,50$ là tỷ lệ giả định người nhà bệnh nhân có phản ánh tình có hành vi tiêu cực đạo đức nghề nghiệp của ĐDV tại bệnh viện

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,05$, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,05

Thay các giá trị trên vào công thức (I) ta có $n = 368$ khách hàng.

2.2.2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp

* Cỡ mẫu cho đối tượng là ĐDV

Cỡ mẫu can thiệp được tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ (trước và sau) theo phần mềm tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế thế giới (Simple Size), như sau:

$$n = \frac{\left\{ Z_{(1-\alpha/2)} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad [\text{Công thức (II)}].$$

Trong đó:

P_1 : là tỷ lệ ĐDV có thái độ phục vụ đạt ở lần đánh giá đầu (tháng 6/2012); giá định tỷ lệ này là 50%, tức $P_1 = 0,5$

P_2 : là tỷ lệ ĐDV có thái độ phục vụ đạt ở lần đánh giá sau (tháng 6/2013); giá định tỷ lệ này là đạt trên 64% (tăng khoảng 14-15% trở lên). Hay $P_2 = 0.64$

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là giá trị tra bảng với mức tin cậy $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%

$Z_{(1-\beta/2)}$ là lực của kiểm định, lấy mức $\beta = 80\%$, mức thường được sử dụng để giả định trong các nghiên cứu

\bar{P} : là giá trị ước lượng tỷ lệ được tính theo P_1, P_2

Thay các tham số vào công thức ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là $n = 196$ ĐDV. Trên thực tế thu thập số liệu được 214 ĐDV, tức là bằng với số ĐDV của lần đánh giá trước can thiệp

* Cỡ mẫu cho đối tượng là khách hàng

Cỡ mẫu can thiệp được tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ (trước và sau) theo Công thức (II). Trong đó:

P_1 : là tỷ lệ người nhà bệnh nhân có phản ánh tình có hành vi tiêu cực đạo đức nghề nghiệp của ĐDV tại bệnh viện, đánh giá tại thời điểm ban đầu (tháng 6/2012), tại thời điểm thiết kế nghiên cứu, giả định tỷ lệ này là $P_1 = 0,5$

P_2 : là tỷ lệ người nhà bệnh nhân có phản ánh tình có hành vi tiêu cực đạo đức nghề nghiệp của ĐDV tại bệnh viện, đánh giá tại thời điểm sau can thiệp (tháng 6/2013); giả định sau can thiệp; giả sử sau can thiệp, tỷ lệ khách hàng có phản ánh giảm trên 10%, tức là $P_2 = 39\%$

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là giá trị tra bảng với mức tin cậy $\alpha = 0,05$; độ tin cậy 95%

$Z_{(1-\beta/2)}$, là lực của kiểm định, lấy mức $\beta = 80\%$, mức thường được sử dụng để giả định trong các nghiên cứu

\bar{P} : là giá trị ước lượng tỷ lệ được tính theo P_1, P_2

Thay các tham số vào công thức ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là $n = 320$ khách hàng. Trên thực tế thu thập số liệu được 364 khách hàng.

*** Số lượng thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đã thực hiện:**

Có 17 nhóm thảo luận sâu (12 nhóm trong nghiên cứu mô tả; 5 nhóm trong nghiên cứu can thiệp). Đã có 168 điều dưỡng viên và khách hàng tham gia thảo luận nhóm trong nghiên cứu mô tả. Trong nghiên cứu can thiệp đã có 48 điều dưỡng viên và 61 khách hàng tham gia thảo luận nhóm.

Có 18 cuộc phỏng vấn sâu đã được thực hiện. Trong đó, có 12 cuộc trong nghiên cứu mô tả; 06 cuộc trong nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau. Đối tượng phỏng vấn sâu bao gồm 42 điều dưỡng viên và 59 khách hàng.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

2.2.3.1. Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

*** Phương pháp chọn mẫu đối tượng là điều dưỡng viên**

- Lập danh sách ngẫu nhiên 481 ĐDV có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu đánh số thứ tự từ 1 đến 481.

- Nhận thấy tỷ lệ 481:214 tương đương với tỷ lệ 7:3, do vậy chọn ngẫu nhiên một ĐDV với số thứ tự bất kỳ. Trong 7 ĐDV chọn 3 ĐDV liên tiếp và loại bỏ 4 ĐDV kế tiếp, cứ như vậy đối với quần thể 481 ĐDV chúng tôi lựa

chọn được 214 ĐDV. Trong trường hợp một số ĐDV từ chối tham gia nghiên cứu, để bổ sung đủ số lượng ĐDV, lại tiếp tục lập danh sách số ĐDV còn lại và chọn ngẫu nhiên cho đủ 214 ĐDV.

*** Đối tượng nghiên cứu là khách hàng bệnh viện**

Do đặc điểm của 2 dịch vụ khám bệnh tại phòng khám và điều trị bệnh nội trú khác nhau, nên để đảm bảo tính đại diện của quần thể, chúng tôi tiến hành chọn mẫu theo cụm gồm cụm khám bệnh và cụm điều trị nội trú. Dựa vào tỷ lệ trung bình số xuất viện tại 2 khu vực khám bệnh và điều trị nội trú trong khoảng thời gian từ tháng 4-5/2012, (khu vực khám bệnh là 42,4%; khu vực điều trị nội trú là 57,6%); ta tính được cỡ mẫu cụm khu vực khám bệnh là $42,4\% \times 368 = 156$; cỡ mẫu cụm khu vực nội trú là $57,6\% \times 368 = 212$.

Thời gian thu thập số liệu là 1 tuần tính cả ngày thứ 7 và chủ nhật. Nhằm đảm bảo tính ngẫu nhiên theo thời gian, việc chọn khách hàng phỏng vấn tại khu vực khám bệnh là ngẫu nhiên theo tần suất số ca trong một ngày (sáng, chiều). Việc lựa chọn khách hàng phỏng vấn tại khu vực điều trị nội trú căn cứ vào số ca chuẩn bị xuất viện, lập danh sách xác định sự lựa chọn ngẫu nhiên trước khi phỏng vấn.

2.2.3.2. Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp

Việc chọn mẫu cũng được tiến hành như lần chọn mẫu cho việc đánh giá ban đầu, thông qua việc lập danh sách và chọn mẫu ngẫu nhiên đối với các đối tượng là ĐDV và khách hàng.

2.3. Nội dung biến số, phương pháp và công cụ thu thập

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
I.	ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU				
1. Khách hàng					
1.1	Quê quán	Quê quán của bệnh nhi	Phân loại	Phỏng vấn	Phiếu
1.2	Tuổi	Năm thời điểm nghiên cứu trừ đi năm sinh	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
1.3	Quan hệ với bệnh nhi	Là người có quan hệ gia đình với bệnh nhi: cha, mẹ, ...	Phân loại	Phỏng vấn	Phiếu
1.4	Hình thức khám	Bảo hiểm y tế hoặc tự nguyện	Nhị phân	Phỏng vấn	Phiếu
1.5	Số lần khám, chữa bệnh	Là số lần bệnh nhi được đưa đến để khám,...	Rời rạc	Phỏng vấn	Phiếu
2. Điều dưỡng viên					
2.1	Tuổi	Năm thời điểm nghiên cứu trừ đi năm sinh	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.2	Giới tính	Giới tính nam hoặc nữ	Nhị phân	Quan sát	Phiếu
2.3	Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn, đang có vợ/chồng, ly dị.	Phân loại	Phỏng vấn	Phiếu
2.4	Trình độ	Học vấn cao nhất của ĐDV	Phân loại	Phỏng vấn	Phiếu
2.5	Thời gian công tác	Thời gian thực hiện công tác điều dưỡng	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.6	Thu nhập	Số tiền lương, thưởng tại bệnh viện và làm thêm giờ	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.7	Làm thêm giờ	Có hay không thời gian ĐDV làm ngoài giờ	Nhị phân	Phỏng vấn	Phiếu
2.8	Thời gian làm thêm giờ	Số giờ mà ĐDV làm thêm giờ	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.9	Số giờ trung bình ĐDV làm thủ thuật	Số thời gian ĐDV thực hiện công tác thủ thuật/	Liên tục	Phỏng vấn	Phiếu
2.10	Số bệnh nhân chăm sóc	Số bệnh nhân trung bình một ngày ĐDV chăm sóc,	Rời rạc	Phỏng vấn	Phiếu
2.11	Công việc khác ngoài chăm sóc	Là công việc phân công cho ĐDV thực hiện bên cạnh công tác điều dưỡng	Rời rạc	Phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
II	THỰC TRẠNG NHẬN THỨC, THỰC HÀNH Y ĐỨC CỦA ĐDV				
1	Thái độ phục vụ khách hàng				
1.1	Kỹ năng đón tiếp	Tần suất đón tiếp niềm nở, sẵn sàng giúp đỡ khách hàng	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.2	Trả lời câu hỏi của khách hàng	Tần suất trả lời câu hỏi khách hàng	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.3	Cung cấp các thông tin đầy đủ	Tần suất thực hiện việc cung cấp đầy đủ thông tin	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.4	Lắng nghe, giải thích	Tần suất lắng nghe lời kể, câu hỏi của khách hàng và trả lời	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.5	Hướng dẫn các thủ tục nhập viện, xét nghiệm	Tần suất điều dưỡng hướng dẫn các thủ tục nhập viện, chiếu, chụp làm xét nghiệm	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.6	Tuân thủ quy chế chuyên môn	Là việc điều dưỡng đã từng có hay không việc không tuân thủ quy chế chuyên môn	Nhị phân	Qua đồng nghiệp	Phiếu
1.7	Nắm bắt diễn biến tâm lý khách hàng	Được phản ánh có hay không việc tìm hiểu diễn biến tâm lý khách hàng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.8	Lịch sự, hòa nhã, động viên	Mức độ phản ánh ĐDV lịch sự với khách hàng	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.	Đạo đức của điều dưỡng trong quan hệ khách hàng				
2.1	Lạm dụng nghề nghiệp để thu lợi	Có/không phản ánh lạm dụng nghề nghiệp để thu lợi	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.2	Cửa quyền, trì hoãn, thờ ơ	Có hay không cửa quyền, gây khó khăn đối với khách hàng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.3	Phân biệt giới tính, giàu nghèo	Có hay không hành vi phân biệt giới tính, giàu nghèo	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
2.4	Tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng	Có hay không việc tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng lựa chọn, sử dụng dịch vụ	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.5	Tôn trọng danh dự, nhân phẩm khách hàng	Có hay không điều dưỡng có hành vi không tôn trọng danh dự, của khách hàng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.6	Tiết lộ hoặc không đảm bảo thông tin	Có hay không hành vi tiết lộ hoặc không đảm bảo thông tin cho người bệnh	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.7	Đối xử công bằng với người bệnh	Có hay không hành vi đối xử không công bằng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.8	Án cần giúp đỡ người bệnh	Có hay không cử chỉ giúp đỡ người bệnh	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.	Đạo đức trong trong nhiệm vụ được phân công				
3.1	Thực hiện tốt tiêu chuẩn đạo đức ĐDV	Phản ánh việc thực hiện tốt hay không tiêu chuẩn đạo đức của ĐDV	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.2	Chịu trách nhiệm chuyên môn CSNB	Có hay không việc chịu trách nhiệm với chuyên môn trong CSNB	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.3	Can thiệp kịp thời, báo cáo	Có hay không can thiệp kịp thời, báo cáo quản lý	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.4	Trung thực quản lý, sử dụng thuốc	Có hay không việc điều dưỡng không trung thực quản lý, sử dụng thuốc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.5	Thực hiện ca trực	Có hay không thực hiện đầy đủ ca trực theo sự phân công	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.6	Trung thực chuyên môn	Có hay không việc trung thực báo cáo chuyên môn	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.7	Báo cáo công tác thường xuyên	Có hay không báo cáo công tác thường xuyên với khoa	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công cụ
3.8	Học tập chuyên môn	Tham gia tập huấn, hội thảo, đào tạo kỹ năng về chăm sóc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4	Ứng xử với đồng nghiệp				
4.1	Trung thực, đoàn kết với đồng nghiệp	Mức độ sự phản ánh của đồng nghiệp	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4.2	Tôn trọng và bảo vệ danh dự đồng nghiệp,	Mức độ sự phản ánh về việc điều dưỡng tôn trọng và bảo vệ danh dự	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4.3	Sẵn sàng giúp đỡ, chia sẻ chuyên môn	Mức độ phản ánh về việc điều dưỡng sẵn sàng giúp đỡ, chia sẻ chuyên môn	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4.4	Trốn tránh, đùn đẩy trách nhiệm, khuyết điểm	Có hay không sự phản ánh của đồng nghiệp việc điều dưỡng trốn tránh, đùn đẩy trách nhiệm,	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4.5	Gây mất đoàn kết	Có/không phản ánh việc gây bè phái, mất đoàn kết	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
4.6	Phản ánh sai sự thật	Có sự phản ánh hay không việc sai sự thật	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
III	NHẬN THỨC Y ĐỨC CỦA ĐDV				
1	Hiểu đúng về y đức	Khái niệm, mối quan hệ điều dưỡng người bệnh, quyền lợi khách hàng và nghĩa vụ.	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2	Sự cần thiết về y đức	Mức độ cần thiết về y đức đối với điều dưỡng viên tại bệnh viện	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3	Yêu nghề	Là mức độ gắn bó với nghề nghiệp trên phương diện tình cảm, các giá trị nhân văn	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
4	Hài lòng nghề nghiệp	Là mức độ hài lòng với nghề điều dưỡng: thu nhập, môi trường làm việc, sự thăng tiến,..	Thứ bậc	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
IV	MÔ TẢ VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP NHẪM NÂNG CAO NHẬN THỨC, THỰC HÀNH Y ĐỨC CỦA ĐDV THÔNG QUA Ý KIẾN KHÁCH HÀNG				
1	Sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của ĐDV tại khoa khám bệnh				
1.1	Chào, mời ngồi	Có hay không điều dưỡng chào, mời khách hàng ngồi	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.2	Giới thiệu tên, nêu lý do	Có hay không giới thiệu tên, nêu lý do tiếp xúc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.3	Hỏi lý do đưa trẻ đến khám	Có hay không hỏi lý do đưa trẻ đến khám	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.4	Chú ý tâm trạng khách hàng	Có hay không việc thông cảm với khách hàng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.5	Hỏi các biểu hiện liên quan	Có hay không việc điều dưỡng có hỏi các biểu hiện liên quan	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.6	Giải thích	Có hay không việc điều dưỡng giải thích cho gia đình	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.7	Hướng dẫn làm xét nghiệm	Có hay không việc làm xét nghiệm cho khách hàng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.8	Đi cùng khách hàng làm xét nghiệm	Có hay không đi cùng khách hàng để thực hiện làm xét nghiệm hay không	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.9	Giải thích phương pháp chăm sóc	Có hay không việc hướng dẫn, giải thích phương pháp chăm sóc cho phụ huynh	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
1.10	Hướng dẫn chăm sóc theo chỉ định	Có hay không việc hướng dẫn gia đình chăm sóc theo chỉ định điều trị của bác sỹ	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.11	Hướng dẫn sử dụng thuốc	Có hay không việc hướng dẫn sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sỹ	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.12	Hướng dẫn cách phòng bệnh	Có hay không việc hướng dẫn các phòng bệnh	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
1.13	Hướng dẫn đến các phòng khám tiếp theo	Có hay không việc hướng dẫn phụ huynh đưa con/em mình đến các phòng khám tiếp theo	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2	Sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của ĐDV tại khu ĐTNT				
2.1	Chào hỏi	Có hay không việc chào hỏi bệnh nhi	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.2	Mời bệnh nhi theo tư thế thuận tiện	Có hay không cử chỉ mời bệnh nhi nằm, ngồi theo tư thế thuận tiện để chăm sóc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.3	Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ	Có hay không việc thực hiện các thao tác	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.4	Hỏi các biểu hiện liên quan	Có hay không hỏi các biểu hiện liên quan	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.5	Giải thích việc chăm sóc	Có hay không giải thích việc chăm sóc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
2.6	Giải thích thủ thuật cần làm	Có hay không giải thích thủ thuật cần làm	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3	Khách hàng phản ánh ý đức của điều dưỡng viên				
3.1	Điều dưỡng phân biệt, đối xử	Tình trạng có hay không phân biệt đối xử	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập	Công Cụ
3.2	Đổi xử công bằng	Tình trạng có hay không đổi xử công bằng với bệnh nhi	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.3	Quyền lựa chọn dịch vụ	Có hay không ép lựa chọn dịch vụ	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.4	Sự ân cần động viên	Có hay không cử chỉ ân cần, động viên	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.5	Giữ bí mật	Điều dưỡng có giữ bí mật cho bệnh nhi hay không	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.6	Tôn trọng danh dự, nhân phẩm	Có hay không việc tôn trọng danh dự, nhân phẩm	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.7	Gian dối của điều dưỡng	Nghi ngờ hoặc tố cáo tình trạng gian dối sử dụng thuốc	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.8	Quát tháo	Có hay không sự quát tháo của điều dưỡng	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu
3.9	Nhận tiền/ phong bì	Có hay không tình trạng nhận tiền/phong bì của ĐDV	Nhị phân	Quan sát & phỏng vấn	Phiếu

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

2.4.1. Nghiên cứu định lượng

- Phỏng vấn ĐDV và khách hàng dựa vào bộ câu hỏi (Phụ lục 1, 2, 3, 4).
- Quan sát các hành vi của ĐDV: sử dụng camera lắp đặt tại khoa Khám bệnh; quầy làm thủ tục nhập viện và ra viện.
- Vóit từng khu vực/khoa theo dõi liên tục trong 01 ngày.

2.4.2. Nghiên cứu định tính

- Thảo luận nhóm ĐDV và khách hàng dựa vào bảng câu hỏi hướng dẫn (Phục lục 6).
- Phỏng vấn sâu dựa vào bộ câu hỏi (Phụ lục 7).

2.4.3. Quy trình, kỹ thuật và công cụ can thiệp nhằm nâng cao nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên

*** Quy trình can thiệp**

- Bước 1. Nghiên cứu mô tả, và tìm ra mối liên quan. Kết quả phần này là cơ sở để xác định các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao y đức cho ĐDV.
- Bước 2. Xin ý kiến, đề xuất một số biện pháp can thiệp
 - + Các biện pháp can thiệp được liệt kê và loại bỏ những biện pháp không thể thực hiện được hoặc khó có thể thực hiện được tại bệnh viện (dựa trên khả năng kinh phí, sự phù hợp, các nguyên tắc đạo đức).
 - + Trình giám đốc phê duyệt các biện pháp nâng cao y đức của đề tài.
- Bước 3. Thực hiện can thiệp đối với điều dưỡng viên

Nội dung, hình thức can thiệp nhằm nâng cao y đức của ĐDV tại bệnh viện được tiến hành tổ chức can thiệp trên cơ sở các nội dung can thiệp đã được lãnh đạo bệnh viện phê duyệt và thông qua.

*** Công cụ và kỹ thuật can thiệp:**

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã sử dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức cho ĐDV, cụ thể như sau:

- Tài liệu tập huấn, thảo luận nhóm về y đức cho ĐDV: y đức của ĐDV; tính chuyên nghiệp của ĐDV; chuẩn đạo đức của ĐDV; kỹ năng giao tiếp với khách hàng bệnh viện.

- Lịch phân công hợp lý cho ĐDV: sự phân công công việc có sự tham gia và thống nhất giữa ĐDV và cán bộ quản lý. Đảm bảo bố trí thời gian hợp lý hơn.

- Biểu mẫu: “Mẫu phiếu điều trị và theo dõi chăm sóc” của bệnh nhân tại các khoa nhằm giảm tải ghi chép của ĐD để tăng cường thời gian trong công tác chăm sóc người bệnh.

- Camera:

- + Vị trí: đặt tại 25 phòng khám, 14 phòng bệnh

- + Mục đích: giám sát kỹ năng giao tiếp; thủ tục nhập viện – ra viện; quy trình và cách thức tiếp đón, chăm sóc người bệnh;...

- Biển báo, hướng dẫn:

- + Vị trí: nơi dễ quan sát, cửa ra vào

- + Mục đích: cho bệnh nhi, người nhà bệnh nhi hiểu rõ quy trình khám chữa bệnh; hiểu rõ nội quy bệnh viện.

- Hòm thư góp ý:

- + Vị trí: đặt tại các khu vực khám bệnh; các khoa điều trị nội trú; tại cửa ra vào nơi người nhà bệnh nhi dễ dàng tiếp cận.

- + Mục đích: góp ý dịch vụ khám bệnh tại bệnh viện.

- Công tác quản lý: đề xuất lãnh đạo bệnh viện phân công cụ thể trách nhiệm giao ban, giám sát và giải quyết phản hồi.

2.4.4. Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Việc xây dựng các nội dung và công cụ nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn chúng tôi tham khảo các văn bản quy phạm pháp luật và các chuẩn đạo đức nghề nghiệp của hội điều dưỡng [5],[7],[32].

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

2.5.1. Các mức độ đánh giá

- Dựa vào bảng kiểm quan sát (Phụ lục 5).
- Tính trên tổng số 10 khách hàng:
 - + Không có: không xuất hiện cử chỉ/hành vi khi tiếp xúc với 10 khách hàng.
 - + Hiếm khi: xuất hiện cử chỉ/hành vi dưới 20%.
 - + thỉnh thoảng: xuất hiện cử chỉ/hành vi 20 – 50%.
 - + Thường xuyên: xuất hiện cử chỉ/hành vi từ 50% đến trên 80%.

2.5.2. Các mức độ đánh giá dựa vào phiếu kín nhận xét từ đồng nghiệp

- + Mức độ rất kém: có trên 5 đồng nghiệp phản ánh là “Kém”
- + Mức độ kém: từ 1-4 số đồng nghiệp phản ánh là “Kém”
- + Mức độ bình thường: không có đồng nghiệp nào phản ánh là “Kém”
- + Mức phản ánh tốt: có 1-4 số đồng nghiệp phản ánh “Tốt” và không có đồng nghiệp nào phản ánh “Kém”.
- + Mức phản ánh rất tốt: có từ 5 đồng nghiệp trở lên phản ánh “Tốt” và không có đồng nghiệp nào phản ánh “Kém”
- + Hành vi “Có” nếu bất cứ một đồng nghiệp nào khẳng định là “Có”, hành vi không nếu không có đồng nghiệp nào khẳng định là “Có”.

* Phân tích định tính

Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm và “gỡ băng” ghi âm để nhập và phân tích bằng phần mềm N-Vivo trên cơ sở xây dựng tree nodes. Các bản gỡ băng có tên văn bản (file) riêng (được mã hoá hệ thống theo qui định về nhóm đối tượng phỏng vấn, địa chỉ) và được nhập vào phần mềm Nvivo 7 làm nguồn phân tích. Khung chủ đề gồm các chủ đề lớn (theme) và chủ đề nhánh (sub-theme) được định dạng heading từ văn bản word để mã hoá tự động bởi chức năng của phần mềm Nvivo 7.

2.6. Xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu trước khi nhập số liệu.
- Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 17.0 và EPI Info 7.0
- Các số liệu được tính ra trị số trung bình hay tỷ lệ %.
- So sánh các trị số trung bình bằng thuật toán T-student.
- So sánh 2 hay nhiều tỷ lệ % bằng thuật toán khi bình phương (χ^2), kiểm định tỷ lệ (prtest).
- Dùng OR, 95%CI để xác định mối liên quan giữa y đức của ĐDV với một số yếu tố.
- Xác định mức độ thay đổi (MĐTĐ) sau khi áp dụng một số biện pháp can thiệp theo công thức:

$$\text{MĐTĐ (\%)} = \frac{|P2 - P1|}{P1} \times 100$$

Trong đó: P1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước khi áp dụng biện pháp can thiệp (TCT) tháng 6/2012; P2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau khi áp dụng biện pháp can thiệp (SCT) tháng 6/2013.

- Đối với các nghiên cứu định tính được phân loại, phân nhóm các vấn đề mà ĐDV, khách hàng đưa ra.

2.7. Kiểm soát và xử lý sai số

Để hạn chế tối đa các sai số, chúng tôi xử lý như sau:

- Xác định biến số nghiên cứu và các định nghĩa biến, phương pháp đo lường biến số, cách thức thu thập.
- Thử nghiệm bộ công cụ xác định những biến chưa rõ ràng, những biến khó thu thập, dễ bị nhầm lẫn, dễ bị sai số đề ra giải pháp khắc phục.
- Tập huấn kỹ năng phỏng vấn, quan sát, thu thập thông tin cho nhóm nghiên cứu do chuyên gia y tế công cộng hướng dẫn.

- Giám sát quá trình thu thập số liệu, phỏng vấn lại và kiểm tra mức độ chính xác của điều tra viên (*Phỏng vấn; Quan sát; Camera; Phiếu kín; ...*)

- Mỗi một đối tượng nghiên cứu được xác định bằng những mã riêng để dễ quản lý và dễ dàng thu thập lại số liệu.

- Xây dựng bộ công cụ nhập liệu Epiinfo 7.0 với các thao tác loại trừ các biến nằm ngoài khoảng cho phép.

- Kiểm tra, xác định các biến bất thường, tính hợp lệ, tính logic của bộ số liệu. Khi phát hiện sai số, nhóm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn lại theo mã mà chỉ có người làm phỏng vấn và người nghiên cứu được biết.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi hội đồng xét duyệt đề cương do trường Đại học Y Dược Thái Bình thành lập phê duyệt và được sự đồng ý tham gia của bệnh viện Nhi Trung ương cũng như sự tự nguyện tham gia của đối tượng nghiên cứu.

Quá trình thu thập số liệu, quá trình công bố kết quả nghiên cứu sẽ giữ kín bí mật đối với người tham gia nghiên cứu, đảm bảo an toàn và đảm bảo tính tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Người tham gia nghiên cứu được giải thích, cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu. Khi có sự tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu thì mới tiến hành phỏng vấn theo quy định.

2.9. Hạn chế của nghiên cứu

- Để đảm bảo tính khách quan trong thu thập số liệu, các phiếu phỏng vấn và bảng kiểm quan sát thực hành chuyên môn đều không ghi tên đối tượng nghiên cứu. Biện pháp khống chế sai số này dẫn tới việc không thể liên hệ được giữa các thông tin thu thập được về nhận thức và một số đặc điểm khác của đối tượng khi phỏng vấn với kết quả thực hành của đối tượng nghiên cứu.

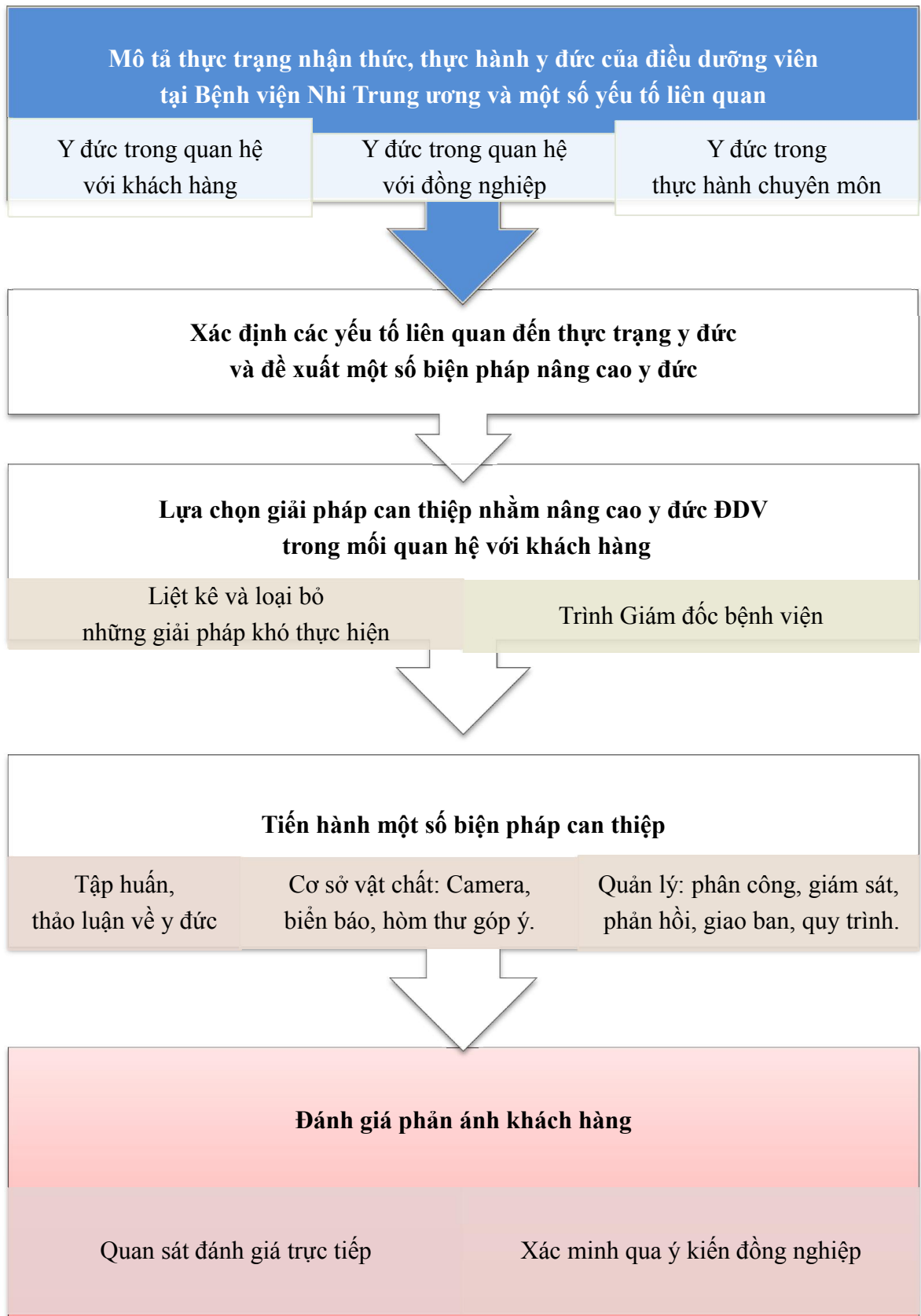
- Thông tin phản hồi về y đức là một phạm trù rất nhạy cảm. Nội dung của thông tin phản hồi về y đức bao gồm cả 3 lĩnh vực nhận thức, thái độ và hành vi. Để thu được các thông tin mang tính khách quan và chính xác, với mỗi địa điểm nghiên cứu cần có nhiều cách tiếp cận khác nhau và cần theo dõi trong một thời gian. Tuy nhiên để thực hiện được điều này thì không dễ với giới hạn về kinh phí và thời gian của một đề tài tiến sĩ.

- Đối tượng điều tra đánh giá trước và sau khi tiến hành các giải pháp can thiệp là nhóm khách hàng khác nhau vào hai thời điểm khác nhau nên kết quả có thể bị sai chệch do đối tượng không đồng nhất.

- Trên thực tế, một số kỹ thuật sử dụng để thu thập thông tin như “quan sát”; “camera”; “phiếu kín” có thể gây ra nhiều sai số.

- Do nghiên cứu được tiến hành trong phạm vi một bệnh viện thường xuyên có nhiều hoạt động chung, nếu thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh đối chứng thì dễ có hiệu ứng chéo. Vì lý do này nên chúng tôi thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau. Với cách thiết kế này thì không thể tính được chỉ số hiệu quả. Do vậy trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ tính được mức độ thay đổi (MĐTĐ) giữa trước và sau khi áp dụng một số biện pháp can thiệp.

- Để khắc phục những nhược điểm này nhằm làm tăng tính khách quan và độ chính xác của các thông tin thu thập được, luận án kết hợp đa dạng các kỹ thuật thu thập thông tin như: Kết hợp giữa nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính để tìm hiểu sâu thêm về quan niệm và những yếu tố chi phối; kết hợp giữa thu thập thông tin từ ý kiến chủ quan của đối tượng nghiên cứu với thông tin khách quan lấy từ cha, mẹ và người chăm sóc trẻ; kết hợp giữa phỏng vấn, thảo luận nhóm với quan sát trực tiếp; kết hợp giữa phương pháp khảo sát thực địa với phương pháp chuyên gia.



Sơ đồ quy trình nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhận thức và thực hành y đức của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan

3.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1.1. Thông tin về đối tượng khách hàng tại bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu được tiến hành trên 368 đối tượng, trong đó có 156 đối tượng là khách hàng dịch vụ khám bệnh tại khoa khám bệnh, 212 đối tượng khách hàng sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm khách hàng

Đặc điểm \ Khách hàng		Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Thường trú	Hà Nội	73	46,8	77	36,3	150	40,8
	Tỉnh khác	83	53,2	135	63,7	218	59,2
Tuổi	Dưới 20	1	0,6	3	1,4	4	1,1
	21-35	108	69,2	138	65,1	246	66,8
	36-49	26	16,7	56	26,4	82	22,3
	>49	3	1,9	5	2,4	8	2,2
Quan hệ với bệnh nhi	Bố mẹ đẻ	139	89,1	192	90,6	331	89,9
	Ông bà	6	3,9	4	1,9	10	2,7
	Cô, dì, chú, bác	8	5,1	16	7,5	24	6,5
	Khác	3	1,9	0	0,0	3	0,8
BHYT	Không	126	80,8	57	26,9	183	49,7
	Có	30	19,2	155	73,1	185	50,3
Số lần KCB	1 lần	47	30,1	39	18,4	86	23,4
	2 lần	31	19,9	17	8,0	48	13,0
	3 lần	25	16,0	12	5,7	37	10,1
	Từ 4 lần trở lên	53	34,0	144	67,9	197	53,5
TỔNG		156	100	212	100	368	100

3.1.1.2. Thông tin chung về điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu tại bệnh viện

Nghiên cứu được tiến hành trên 214 điều dưỡng: tại khoa khám bệnh có 22 điều dưỡng; khu điều trị nội trú có 192 điều dưỡng.

Bảng 3.2. Đặc điểm điều dưỡng viên tại bệnh viện

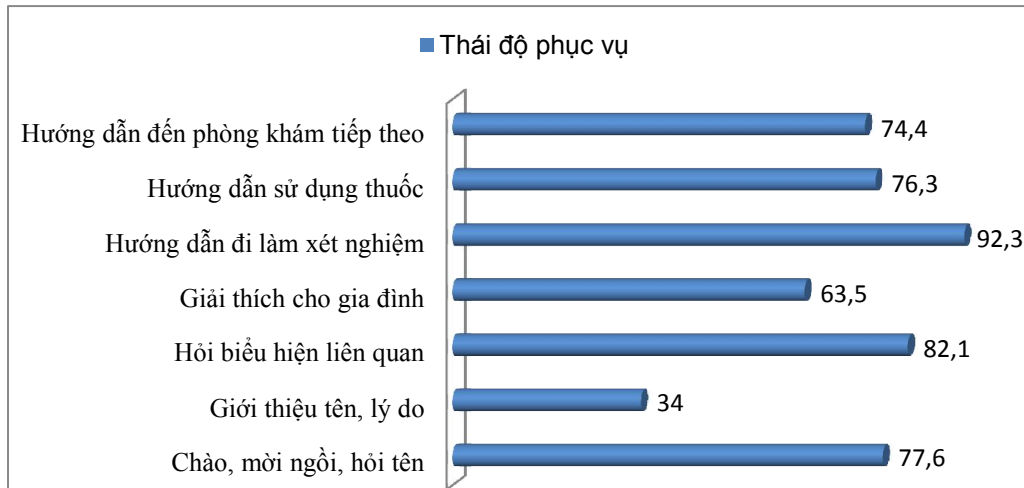
Khách hàng Đặc điểm		Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi	<25 tuổi	5	22,7	70	36,5	75	35,0
	25-35 tuổi	15	68,2	102	53,1	117	54,7
	35-45 tuổi	1	4,5	15	7,8	16	7,5
	45-59 tuổi	1	4,5	5	2,6	6	2,8
Giới	Nam	3	13,6	27	14,1	30	14,0
	Nữ	19	86,4	165	85,9	184	86,0
Hôn nhân	Chưa kết hôn	4	18,2	79	41,1	83	38,8
	Đang có vợ, chồng	18	81,8	111	57,8	129	60,3
	Ly dị	0	0,0	2	1,0	2	0,9
Có nhà	Có	11	50,0	53	27,6	64	29,9
	Không	11	50,0	139	72,4	150	70,1
Trình độ	Trung cấp	14	63,6	122	63,5	136	63,5
	Cao đẳng	4	18,2	27	14,1	31	14,5
	Đại học	4	18,2	37	19,3	41	19,2
	Thạc sỹ	0	0	6	3,1	6	2,8
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	7	31,8	107	55,7	114	53,3
	5-10 năm	14	63,6	64	33,3	78	36,5
	10-20 năm	0	0	15	7,8	15	7,0
	>20 năm	1	4,6	6	3,1	7	3,3
Thu nhập	Dưới 4 triệu	4	18,2	48	25,0	52	24,3
	Trên 4 triệu	18	81,8	114	75,0	162	75,7
TỔNG		22	100	192	100	214	100

3.1.2. Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên

3.1.2.1. Thực trạng y đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng

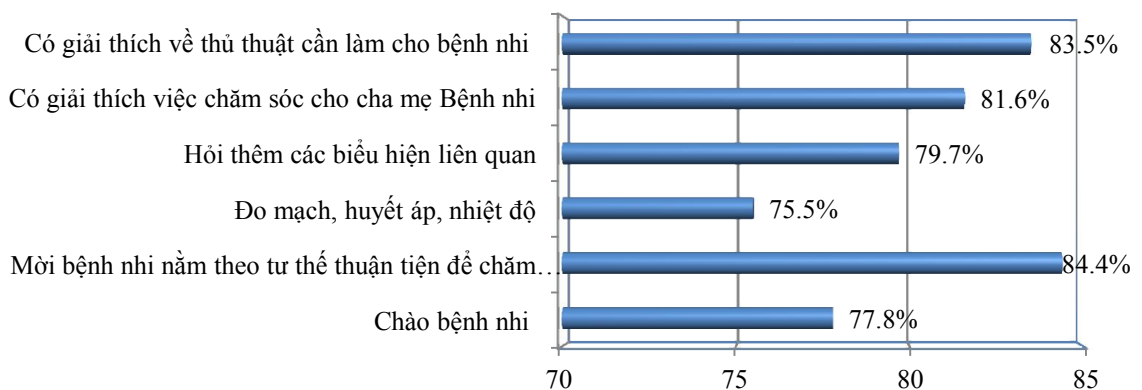
** Sự phản ánh của khách hàng về thực hành chăm sóc của ĐDV*

- Thực hành y đức trong việc phục vụ khách hàng của ĐDV



Biểu đồ 3.1. Sự hài lòng của khách hàng về thực hành y đức của ĐDV

Đa số khách hàng hài lòng thái độ phục vụ tại khoa khám bệnh, tuy nhiên vẫn có một số trường hợp không hài lòng, đặc biệt là việc giải thích cho gia đình (chỉ đạt 63,5%) và giới thiệu tên, nêu lý do tiếp xúc (đạt 34%) chiếm tỷ lệ thấp.



Biểu đồ 3.2. Hài lòng của khách hàng về thực hành y đức của ĐDV ĐTNT

Đa phần khách hàng phản ánh thái độ phục vụ khách hàng của ĐDV tại khu vực nội trú là tương đối đầy đủ, các tỷ lệ này chiếm trên $\frac{3}{4}$ số khách hàng được hỏi.

Hộp 3.1. Khách hàng phản ánh thái độ phục vụ của ĐDV

Một khách hàng khu vực nội trú phản ánh: "*Hơn các bệnh viện khác vì nhân viên không cầu gắt nhiều*"; 35/50 khách hàng có cùng phản ánh: "*Đón tiếp tốt, y tá và bác sĩ có thái độ tốt, chỉ dẫn nhiệt tình, khám cho trẻ em nhỏ nhẹ, chỉ dẫn phụ huynh chu đáo*".

Ý kiến một khách hàng khoa khám bệnh: "*Thái độ của nhân viên đón tiếp rất lạnh nhạt, nói, trả lời người nhà cứ như là quát nạt người khác, không niềm nở...*"; do lượng bệnh nhân quá tải, khách đã tự vào các phòng, mà không hỏi được các ĐDV: "*Tôi tự tìm số phòng để vào khám, không có ai hướng dẫn*".

Kết quả nghiên cứu định tính trên các bậc phụ huynh: đa phần cảm thấy hài lòng về thái độ tiếp đón, phục vụ: 28/50 đối tượng; hướng dẫn chu đáo, tận tình: 35/50; tiếp đón nhẹ nhàng nhiệt tình, dễ hiểu: 19/50; chu đáo: 35/50; Một số khách hàng phản ánh chất lượng là tốt hơn các bệnh viện khác. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy có còn có các trường hợp bệnh nhân cảm thấy việc tiếp đón không được tốt; 24 trường hợp phản ánh "không hài lòng với thái độ đón tiếp, cầu gắt"; 6 trường hợp phản ánh thái độ phục vụ kém.

* Sự phản ánh của khách hàng về thái độ tiếp xúc của ĐDV

Bảng 3.3. Sự phản ánh của khách hàng về sự kỳ thị, phân biệt đối xử

Khách hàng		Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Kỳ thị, phân biệt tình trạng bệnh	Có	3	1,9	14	6,6	17	4,6
	Không	153	98,1	198	93,4	351	95,4
Đối xử công bằng với người bệnh	Không	19	12,2	59	27,8	78	21,2
	Có	137	87,8	153	72,2	290	78,8
Tôn trọng danh dự	Không	2	1,3	17	8,0	19	5,2
	Có	154	98,7	195	92,0	349	94,8
TỔNG		156	100	212	100	368	100

Vẫn có một tỷ lệ khá cao ĐDV đối xử không công bằng với bệnh nhi (21,2%). Trong đó, tỷ lệ này ở khu vực nội trú cao hơn hẳn khu vực khám bệnh.

Hộp 3.2. Một số khách hàng phản ánh có sự phân biệt đối xử của ĐDV

Một khách hàng có con điều trị nội trú: “*Có sự phân biệt giàu nghèo, chúng tôi phản ứng lại thái độ của điều dưỡng thì bị trả thù ở trong khoa*”.

Một khách hàng khoa khám bệnh cho rằng con mình không được đối xử công bằng: “*Quát mắng những BN không phải là người nhà của ĐDV hoặc bác sỹ, thường xuyên có người quen bác sỹ chen ngang, nếu có người quen làm việc trong bệnh viện thì sẽ được lấy kết quả nhanh và hướng dẫn tận tình*”

Bảng 3.4. Khách hàng phản ánh sự vi phạm quy tắc đạo đức của ĐDV

Phản ánh	Đối tượng	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Được cung cấp đầy đủ thông tin, giải thích	Không	21	13,5	37	17,5	58	15,8
	Có	135	86,5	175	82,5	310	84,2
Được quyền lựa chọn dịch vụ	Không	24	15,4	46	21,7	70	19,0
	Có	132	84,6	166	78,3	298	81,0
Khi đau đớn được ĐDV an ủi	Không	13	8,3	21	9,9	34	9,2
	Có	143	91,7	191	90,1	334	90,8
Giữ bí mật cho người bệnh	Không	3	1,9	8	3,8	11	3,0
	Có	153	98,1	204	96,2	357	97,0
Nghỉ ngơi ĐDV gian dối trong điều trị, sử dụng thuốc	Có	4	2,6	15	7,1	19	5,2
	Không	152	97,4	197	92,9	349	94,8
TỔNG		156	100	212	100	368	100

Có hiện tượng vi phạm các nguyên tắc đạo đức trong KCB tại bệnh viện. Trong đó các hiện tượng có trong đó các hiện tượng vi phạm đạo đức khách hàng phản ánh chiếm tỷ lệ cao: không được quyền lựa chọn dịch vụ chiếm 19%; không được quyền được cung cấp thông tin 15,8%; khi đau đớn bệnh nhân không được an ủi 9,2%; nghỉ ngơi có sự gian dối của ĐDV 5,2%. Việc phản ánh giữ bí mật cho người bệnh chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3%.

Hộp 3.3.Sự phản ánh của khách hàng về hành vi đạo đức của ĐDV

Phản ánh của một phụ huynh bệnh nhi tại khoa khám bệnh ấn tượng với hành vi đạo đức của người ĐDV: “*Thái độ của nhân viên đón tiếp và nhân viên lấy máu rất tốt, nhiệt tình, chỉ dẫn nhẹ nhàng, khi lấy máu mà con tôi khóc thì cô điều dưỡng nhẹ nhàng, dỗ dành cháu, không quát tháo*”.

Về hiện tượng thái độ ban ơn của ĐDV: “*ĐDV còn có thái độ ban ơn, không niềm nở với bệnh nhân ở phòng xét nghiệm*”; Phản ánh của một khách hàng có con điều trị nội trú về sự phục vụ bệnh nhi của ĐDV: “*Khi cô thực tập tiêm thuốc cho cháu, hỏi cô tiêm thuốc gì thì họ không nói*”

Bảng 3.5.Khách hàng phản ánh ĐDV quát tháo

Thông tin \ Khu vực		Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Đã từng bị ĐDV quát tháo	Có	9	5,8	74	34,9	83	22,6
	Không	147	94,2	138	65,1	285	77,4
Đã từng trông thấy ĐDV quát tháo khách hàng	Có	10	6,4	81	38,2	91	24,7
	Không	146	93,6	131	61,8	277	75,3
TỔNG		156	100	212	100	368	100

Theo nhận xét của khách hàng thì có tới gần ¼ số ĐDV còn quát tháo với người nhà bệnh nhi, trong đó: 22,6% đã từng bị quát tháo và 24,7% đã từng chứng kiến ĐDV quát tháo bệnh nhi khác. Tỷ lệ này ở khu vực nội trú cao hơn hẳn so với khu vực khám bệnh ($p < 0,01$).

Hộp 3.4. Nguyên nhân và hoàn cảnh ĐDV quát tháo bệnh nhi

Một phụ huynh có con điều trị nội trú bức xúc khi bị quát tháo: *“Cáu kỉnh, hỏi thì gắt gỏng, nói trống không, hỏi lại là: hỏi gì mà hỏi lảm thế, muốn biết thì hỏi bác sĩ”*. Lý do một phụ huynh có con điều trị nội trú cho biết mình bị quát tháo: *“Vì chúng tôi vào thăm bệnh quá giờ một tí, cho nên các cô có nói hơi quá”*; nguyên nhân ĐDV quát tháo khách hàng tại khu nội trú: *“Khi tiêm ĐDV lấy ven mãi không được người nhà xót cho trẻ nên nói ĐDV và ĐDV đã quát tháo lại người nhà”*; *“Không thực hiện nội quy thì rõ ràng họ quát là đúng”*; Ý kiến một khách hàng có con điều trị nội trú: *“Chưa chấp hành đúng nội quy, lúng túng khi lấy thuốc hướng dẫn dùng thuốc”*. Lý do ĐDV quát tháo theo một khách hàng tại khu vực khám bệnh: *“Lỗi do người nhà tự xông vào phòng”*; *“Vì tôi không biết cách làm thủ tục bảo hiểm y tế”*; Ý kiến trái chiều của một khách hàng khoa khám bệnh: *“Thỉnh thoảng [tôi] thấy [ĐDV] có nói to không hẳn là quát”*; Một khách hàng khoa khám bệnh khác cho biết: *“[ĐDV] không quát tháo nhưng có lúc nói rất to”*; *“[TÔI CẢM THẤY] bức xúc vì hành vi quát mắng của ĐDV”*.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy việc quát tháo người nhà bệnh nhi đa phần là do người nhà bệnh nhi không thực hiện đúng các nội quy KCB (không đúng trình tự, không thực hiện các yêu cầu thực hiện nội quy phòng bệnh, không giữ trật tự,...). Bên cạnh đó áp lực tâm lý cộng với sự thiếu nhẫn nại của một số ĐDV. Có rất nhiều khách hàng cho rằng bị quát tháo là chuyện bình thường nếu như vi phạm quy chế bệnh viện. Dưới một góc nhìn khác, khách hàng cho rằng đó không phải là quát tháo của ĐDV mà là đôi khi ĐDV nói to. Nhiều khách hàng rất bức xúc khi bị quát tháo, coi đó là việc làm không thể chấp nhận được.

Người nhà bệnh nhi cũng cho biết họ rất mong là lãnh đạo bệnh viện cần có các biện pháp để ngăn chặn hành vi quát tháo bệnh nhân của ĐDV.

Bảng 3.6. Hành vi đưa tiền/phong bì qua sự phản ánh của gia đình người bệnh

Thông tin		Khu vực	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Đã từng đưa tiền cho ĐDV	Nhiều lần		12	7,7	56	26,4	68	18,5
	Lần đầu tiên		11	7,1	10	4,7	21	5,7
	Chưa bao giờ		125	80,1	140	66	265	72,0
	Không trả lời		8	5,1	6	2,8	14	3,8
Đã từng thấy người nhà đưa tiền cho ĐDV	Nhiều lần		13	8,3	66	31,1	79	21,5
	Lần đầu tiên		9	5,8	9	4,2	18	4,9
	Chưa bao giờ		121	77,6	129	60,8	250	67,9
	Không trả lời		13	8,3	8	3,8	21	5,7
TỔNG			156	100	212	100	368	100

Có hiện tượng khách hàng đưa tiền/phong bì và nhận tiền/phong bì giữa khách hàng với ĐDV, trong đó số khách hàng đã từng đưa tiền cho ĐDV chiếm 24,2%. Có 26,4% đã từng thấy hiện tượng đưa tiền/phong bì và nhận tiền/phong bì giữa người nhà bệnh nhi và ĐDV.

*** Thực hành y đức của ĐDV với khách hàng qua quan sát**

Nghiên cứu trên 214 ĐDV, thông qua việc quan sát của người nghiên cứu đối với các điều dưỡng viên, kết hợp việc thu thập số liệu thông qua sự phản ánh của các đồng nghiệp, chúng tôi tiến hành việc thực hiện y đức của ĐDV tham gia nghiên cứu, kết quả như sau:

Bảng 3.7.Đánh giá thái độ tiếp đón bệnh nhi của ĐDV

Thông tin		Khu vực	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Đón tiếp với thái độ niềm nở	Thỉnh thoảng		0	0	15	7,8	15	7,0
	Thường xuyên		22	100	177	92,2	199	93,0
Trả lời câu hỏi thái độ ân cần,	Thỉnh thoảng		0	0	12	6,3	12	5,6
	Thường xuyên		12	54,5	180	93,8	202	94,4
Cung cấp thông tin đầy đủ	Thỉnh thoảng		0	0	29	15,1	29	13,6
	Thường xuyên		22	100	163	84,9	185	86,4
Mời khách ngồi chờ	Thỉnh thoảng		0	0	25	13,0	25	11,7
	Thường xuyên		22	100	167	87,0	189	88,3
TỔNG			22	100	192	100	368	100

Hầu hết các ĐDV đều có các hành vi tiếp đón người bệnh theo quy định, tuy nhiên mức độ khác nhau ở mỗi ĐDV. Mức độ thường xuyên đối với việc chủ động đón tiếp với thái độ niềm nở là 93%; trả lời câu hỏi của khách hàng thái độ ân cần, quan tâm, lịch sự là 94,4%; cung cấp thông tin đầy đủ về các dịch vụ điều trị tại bệnh viện là 86,4%; mời khách ngồi chờ đúng quy định là 88,3%.

Hộp 3.5. Giải thích việc thiếu sót trong tiếp đón bệnh nhi của ĐDV

Ý kiến của một ĐDV khoa khám bệnh: “*Từ sớm đến giờ phải phải tiếp đón gần 600 BN rồi, số lượng bệnh nhân thì đông mà điều dưỡng thì ít, đôi khi mệt mỏi, áp lực nên việc tiếp đón với thái độ niềm nở không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được*”.

Nghiên cứu định tính cho thấy, tất cả các ĐDV khi phỏng vấn đều cho rằng việc chủ động đón tiếp với thái độ niềm nở không phải lúc nào họ cũng thực hiện, đôi khi do tình trạng quá tải, hoặc cũng có khi do mệt mỏi, căng thẳng do công việc, họ không thể đón tiếp bệnh nhi với thái độ niềm nở được.

Bảng 3.8. Đánh giá thái độ phục vụ khách hàng của ĐDV

Thông tin		Khu vực	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Lắng nghe lời kể của cha mẹ	Thỉnh thoảng	0	0,0	25	13,0	25	11,7	
	Thường xuyên	22	100	167	87,0	189	88,3	
Hướng dẫn các thủ tục nhập viện	Thỉnh thoảng	0	0,0	25	13,0	25	11,7	
	Thường xuyên	22	100	167	87,0	189	88,3	
Tuân thủ chặt chẽ quy chế chuyên môn	Không	0	0	1	0,5	1	0,5	
	Có	22	100	191	99,5	213	99,5	
Thông cảm người bệnh và gia đình	Thỉnh thoảng	3	13,6	32	16,7	35	16,4	
	Thường xuyên	19	86,4	160	83,3	179	83,6	
Động viên, an ủi, tôn trọng	Không	2	9,1	26	13,5	28	13,1	
	Có	20	90,9	166	86,5	186	86,9	
TỔNG			22	100	192	100	214	100

Có 88,3% ĐDV thường xuyên hướng dẫn thủ tục nhập viện cho bệnh nhi và gia đình; 13,1% không động viên, an ủi khách hàng.

Hộp 3.6. Giải thích việc thiếu sót trong thái độ phục vụ của ĐDV

Ý kiến của một ĐDV khoa Khám bệnh: *“Có nhiều phụ huynh bệnh nhân hỏi mình, mình cũng chỉ dẫn tận tình, nhưng cứ hướng dẫn một đằng họ lại làm một nẻo, có phụ huynh thì cũng chẳng hỏi gì họ làm sai mới đến hỏi mình, đôi khi cũng bực bội khó chịu”.*

Ý kiến một ĐDV khu vực nội trú: *“Nói họ [phụ huynh bệnh nhân] mãi, họ chẳng nghe, đến lúc mình đang bận việc thì họ lại cứ gọi để hỏi, nên cũng khó chịu”;*
“Không phải lúc nào cũng giải thích, khi nào người nhà bệnh nhân hỏi thì lúc đó các điều dưỡng mới cần giải thích, vì công việc cũng nhiều, giải thích sợ hết ngày không làm được các nhiệm vụ khác”.

Kết quả nghiên cứu định tính, các ĐDV cho biết việc trả lời các câu hỏi của các phụ huynh bệnh nhi thì ai cũng có, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có thể trả lời được, vì đôi khi ĐDV bận việc khác, đôi khi cũng là mệt mỏi, hoặc có những lý do thuộc về bệnh nhi, làm cho ĐDV cảm giác khó chịu.

Kết quả cũng cho thấy các ĐDV đều hiểu sự cần thiết cung cấp thông tin cho phụ huynh bệnh nhi. Tuy nhiên các ĐDV cũng cho biết, đôi khi việc cung cấp thông tin đầy đủ là khó khăn vì số lượng bệnh nhi quá đông. Nhiều khi cung cấp đầy đủ thông tin, nhưng người nhà không chú ý, hoặc khó giải thích được do người nhà bệnh nhi không hiểu biết một số dịch vụ y tế.

Tuy nhiên có những trường hợp điều đó là không cần thiết và ĐDV sợ không có thời gian để tiếp các bệnh nhi và gia đình bệnh nhi khác. Vì vậy, không phải lúc nào họ cũng có thể lắng nghe lời kể của cha mẹ được.

Việc đưa các bệnh nhi nặng thường do các bà mẹ tự đưa con mình qua các phòng tiến hành các xét nghiệm cùng sự trợ giúp của ĐDV sẽ giúp trẻ đỡ sợ hơn và các bà mẹ cũng có tâm lý an tâm về con mình hơn.

Hầu hết các ĐDV cho rằng việc nắm bắt diễn biến tâm lý của bệnh nhi và gia đình bệnh nhi là cần thiết. Tuy nhiên cũng giống như các hoạt động

khác, tùy thuộc và mức độ bệnh và sự căng thẳng trong công việc mà việc tìm hiểu diễn biến tâm lý khách hàng có được thực hiện tốt hay không.

Ở một số trường hợp, ĐDV vẫn còn những tình trạng thờ ơ các bệnh nhi như phản ánh của một số người nhà. Một số vẫn còn các tình trạng quát tháo như phản ánh của gia đình bệnh nhi. Một số trường hợp người ĐDV giải thích do công việc căng thẳng. Một số khác cho biết người nhà bệnh nhi vi phạm các quy chế của bệnh viện.

Bảng 3.9. Một số hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp được phản ánh

Thông tin	Khu vực	Khám bệnh (n=22)		Nội trú (n=192)		Tổng (n=214)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Có hành vi lạm dụng, thu lợi		0	0	7	3,6	7	3,3
Cửa quyền, hách dịch,		0	0	6	3,1	6	2,8
Phân biệt giàu nghèo		0	0	5	2,6	5	2,3
Không tôn trọng khách hàng		3	13,6	7	3,6	10	4,7
Không tôn trọng danh dự		1	4,5	11	5,7	12	5,6
Tiết lộ thông tin người bệnh		1	4,5	3	1,6	4	1,9
Không đối xử công bằng		0	0	6	3,1	6	2,8
Không có thái độ ân cần giúp đỡ		0	0	1	0,5	1	0,5

Có một số hiện tượng vi phạm đạo đức tại bệnh viện, tỷ lệ cao nhất là việc không tôn trọng, danh dự, nhân phẩm bệnh nhân với 5,6% số ĐDV; tiếp đó là không tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng 4,7%. Các chỉ tiêu khác chiếm trên dưới 3%.

3.1.2.2. Thực trạng y đức của ĐDV trong mối quan hệ đồng nghiệp

Bảng 3.10. Mối quan hệ đồng nghiệp của điều dưỡng viên

Phản ánh của đồng nghiệp		Khu vực	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Trung thực, chân thành	Bình thường	3	13,6	30	15,6	33	15,4	
	Tốt	14	63,6	139	72,4	153	71,5	
	Rất tốt	5	22,7	23	12	28	13,1	
Tôn trọng, bảo vệ danh dự đồng nghiệp	Bình thường	0	0	20	10,4	20	9,3	
	Tốt	19	86,4	139	72,4	158	73,8	
	Rất tốt	3	13,6	33	17,2	36	16,8	
Sẵn sàng giúp đỡ, chia sẻ kinh nghiệm với đồng nghiệp	Bình thường	0	0	20	10,4	20	9,3	
	Tốt	20	90,9	126	65,6	146	68,2	
	Rất tốt	2	9,1	46	24	48	22,4	
Không trốn tránh, đùn đẩy trách nhiệm	Rất kém	0	0	1	0,5	1	0,5	
	Kém	0	0	1	0,5	1	0,5	
	Bình thường	2	9,1	25	13	27	12,6	
	Tốt	17	77,3	130	67,7	147	68,7	
	Rất tốt	3	13,6	35	18,2	38	17,8	
Gây bè phái, mất đoàn kết nội bộ	Có	1	4,5	12	6,3	13	6,1	
	Không	21	95,5	180	93,7	201	93,7	
Phản ánh sai sự thật, làm giảm uy tín	Có	1	4,5	5	2,6	6	2,8	
	Không	21	95,5	187	97,4	208	97,2	
TỔNG		22	100	192	100	214	100	

Có một số hiện tượng vi phạm đạo đức đối với đồng nghiệp đặc biệt các hiện tượng gây mất đoàn kết, chi rẽ nội bộ, cục bộ chiếm 6,1%; phản ánh sai sự thật làm giảm uy tín đồng nghiệp 2,8% và có hiện tượng đùn đẩy trách nhiệm, khuyết điểm cho đồng nghiệp.

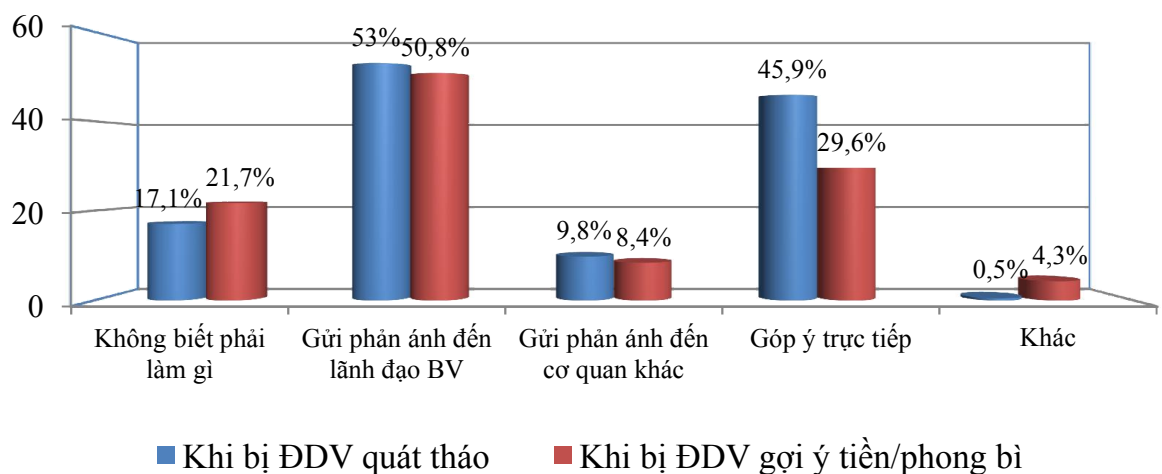
3.1.2.3. Nhận thức về y đức trong mối quan hệ điều dưỡng viên - khách hàng

** Nhận thức của khách hàng về y đức của điều dưỡng viên*

Biểu 3.3. Nhận thức của khách hàng về hành vi tiêu cực của ĐDV

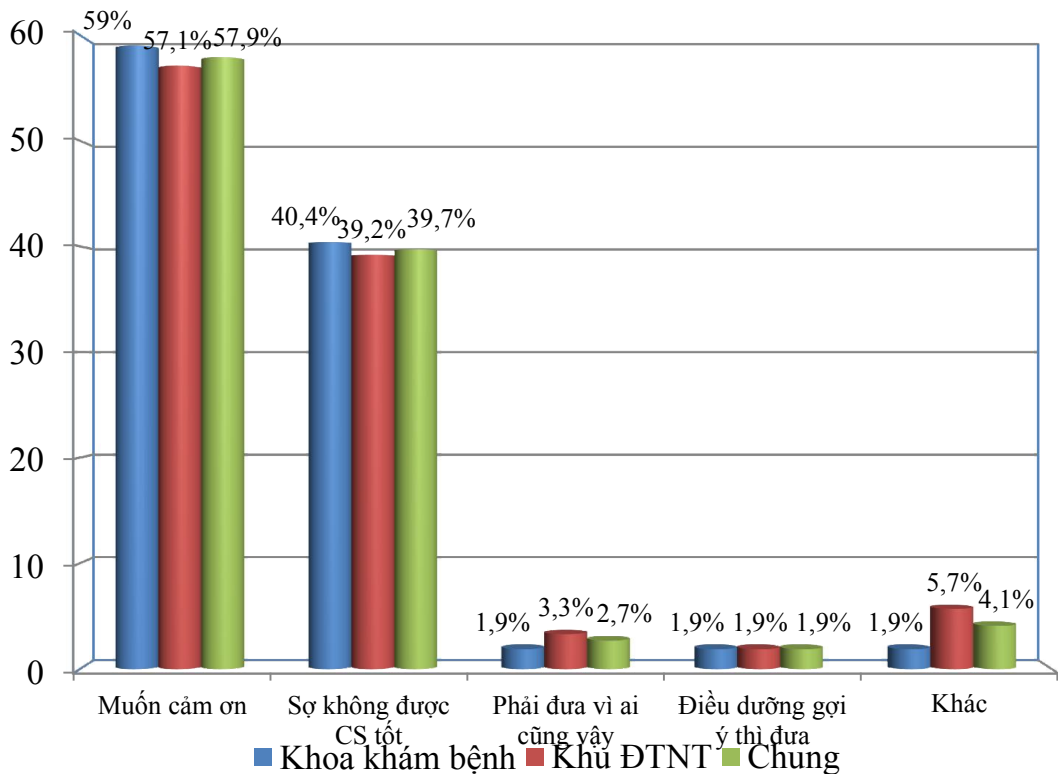
Thông tin	Khu vực	Khám bệnh (n = 156)		Nội trú (n = 212)		Tổng (n = 368)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Có quyền quát tháo khách hàng	Có	6	3,8	27	12,7	33	9,0
	Không	150	96,2	185	87,3	335	91,0
Nhận thức việc đưa phong bì/tiền cho ĐDV	Đúng	6	3,8	7	3,3	13	3,5
	Sai	150	96,2	205	96,7	355	96,5

Tỷ lệ khách hàng cho rằng ĐDV có quyền quát tháo bệnh nhi là 9%; nhận thức đúng về việc đưa phong bì cho ĐDV là 3,5%.



Biểu đồ 3.4. Phản ứng của khách hàng khi bị ĐDV quát tháo/gợi ý phong bì

Nghiên cứu cho thấy phản ứng của khách hàng khi bị ĐDV quát tháo hay gợi ý tiền/phong bì: hơn 50% cho rằng gửi phản ánh đến lãnh đạo bệnh viện; góp ý trực tiếp với việc quát tháo 45,9%; với việc gợi ý phong bì/tiền là gần 30%; không biết phải làm gì với việc bị quát tháo hơn 17%; việc gợi ý phong bì/tiền chiếm hơn 20%.



Biểu đồ 3.5. Lý do khách hàng muốn đưa tiền/phong bì cho ĐDV

Đa phần khách hàng cho rằng việc họ đưa tiền, phong bì cho ĐDV với mục đích cảm ơn với gần 60%; 40% cho rằng họ sợ không được nhận các dịch vụ chăm sóc tốt; 2,7% đưa vì thấy người khác đưa; tỷ lệ nhỏ với 1,9% có sự gợi ý của ĐDV.

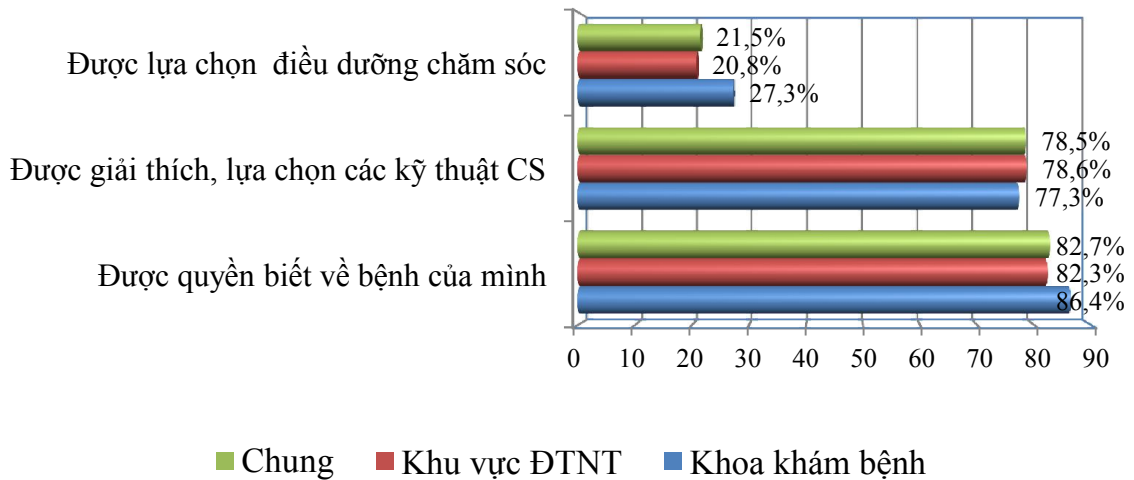
Hộp 3.7. Trường hợp ĐDV gợi ý đưa tiền, phong bì

Một khách hàng khu vực điều trị nội trú có ý kiến phản ánh như sau:

“Ở bệnh viện vẫn còn tình trạng phục vụ bệnh nhân theo tiền, có tiền thì niềm nở còn nếu không thì cáu gắt”.

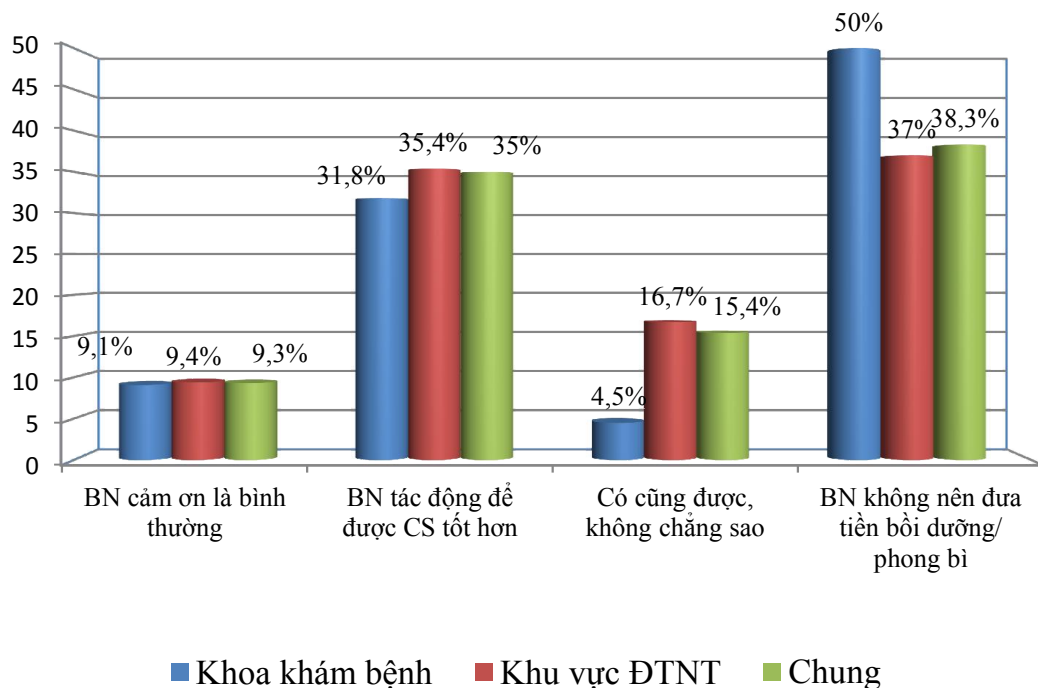
Nghiên cứu định tính cũng đưa ra kết quả tương tự như định lượng, đa phần muốn đưa tiền/phong bì để cảm ơn bác sỹ và ĐDV đã tận tình chăm sóc con họ. Tuy nhiên, tình trạng tiêu cực của ĐDV với thái độ không tốt nhằm gợi ý cho khách hàng đưa tiền/phong bì vẫn tồn tại.

*** Ý kiến của điều dưỡng viên trong quan hệ với khách hàng**



Biểu đồ 3.6. Ý kiến của điều dưỡng viên về quyền lợi khách hàng

Đa phần các ĐDV đều nhận thức được mối quan hệ giữa ĐDV và khách hàng. Trong đó bệnh nhi được giải thích, lựa chọn các kỹ thuật chăm sóc và được quyền biết về bệnh của mình với các tỷ lệ từ trên 70% đến trên 80%.



Biểu đồ 3.7. Ý kiến về việc nhận phong bì/ tiền bồi dưỡng của ĐDV

Khoảng 40% số ĐDV cho rằng không nên đưa phong bì/ bồi dưỡng. Tuy vậy 35% cho rằng người nhà bệnh nhi đưa để tác động được chăm sóc tốt hơn. Khoảng gần 10% cho rằng việc đưa phong bì/tiền là chuyện bình thường; trong khi đó hơn 15% cho rằng có cũng được không cũng chẳng sao.

Hộp 3.8.Điều dưỡng viên giải thích việc nhận tiền/phong bì của khách hàng

Theo ý kiến của một ĐDV khu vực nội trú: *“Các ĐDV công việc vất vả, đối với bệnh nhân thì nhiệt tình chăm sóc chu đáo, không quản đêm hôm, sau khi ra viện, một số người nhà muốn cảm ơn ĐDV, chúng tôi không nhận, nhưng họ nói là họ chỉ muốn cảm ơn vì sự tận tình của ĐDV”*.

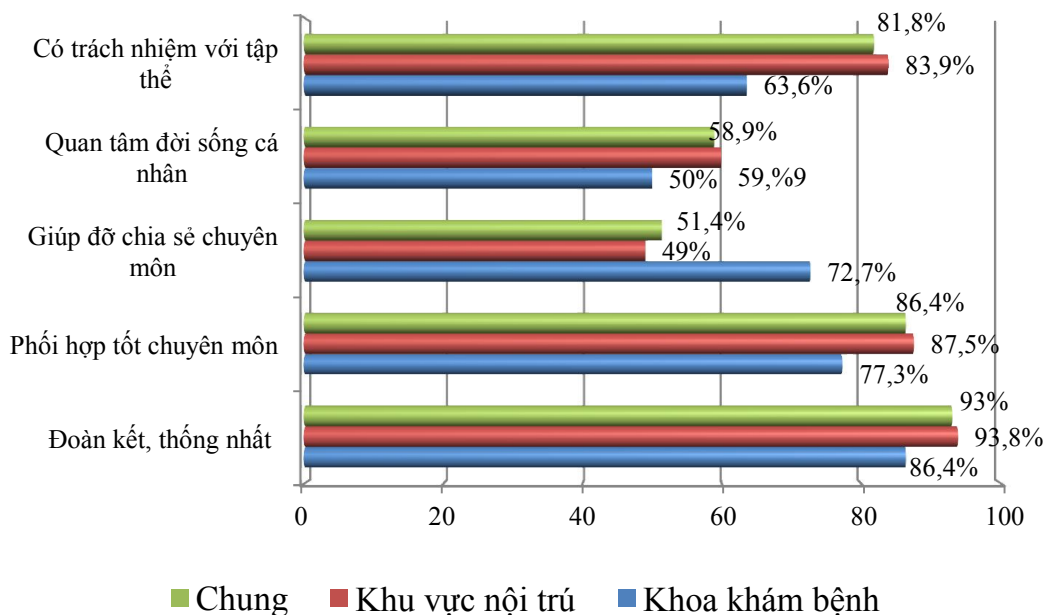
Một ĐDV khu vực nội trú giải thích: *“Có những việc điều dưỡng làm đủ trách nhiệm trong công việc của mình thì không cần tiền, nhưng có nhiều việc các ĐDV làm với sự nhờ vả của các phụ huynh, có phụ huynh nhờ ĐDV thường xuyên chăm sóc con họ với tần suất cao hơn, đôi khi cả là sự nhờ vả gọi giúp họ các dịch vụ như ăn uống, tắm giặt. Họ đưa tiền hỗ trợ cho ĐDV thì tôi nghĩ là có thể chấp nhận được”*.

Ý kiến của một ĐDV khu vực ĐTNT: *“Một số ĐDV họ có nhận tiền của phụ huynh vì một lý do nào đó, mình nghĩ họ không sai, nhưng mà với mình thì mình không muốn lấy tiền của phụ huynh, không phải không cần tiền. Ở đây nhiều cháu có hoàn cảnh khó khăn, chữa bệnh cho con mình ai chẳng mất tiền, mất của. Giúp được người bệnh và gia đình cái gì thì mình giúp thôi”*.

Ý kiến của một ĐDV khu vực khám bệnh: *“[ĐD] lấy tiền người nhà của bệnh nhân theo mình cũng chẳng phải sai, nhưng mình thì không thích mang tiếng vì mấy đồng bạc mà có người ý kiến thế này, người ý kiến thế khác. Nhà nước cần có hỗ trợ về lương cho ĐDV, mặc dù công việc người điều dưỡng vất vả, mà lương lại thấp, chịu nhiều yếu tố độc hại”*.

Nghiên cứu định tính trên đối tượng ĐDV cho thấy quan niệm việc không rõ ràng về mục đích nhận phong bì đôi khi làm người khác hiểu lầm. Một số cho rằng ĐDV tận tình chăm sóc bệnh nhi cả ngày lẫn đêm thì việc người nhà tự nguyện đưa phong bì bồi dưỡng thêm cho họ là bình thường. Một số ĐDV cảm thấy việc nhận phong bì/ tiền bồi dưỡng của người nhà bệnh nhi là không thể chấp nhận được với mọi hình thức. Bên cạnh đó phải có những quy định về hành vi nào được phép, hành vi nào không được phép.

*** Nhận thức của điều dưỡng viên về mối quan hệ đồng nghiệp**

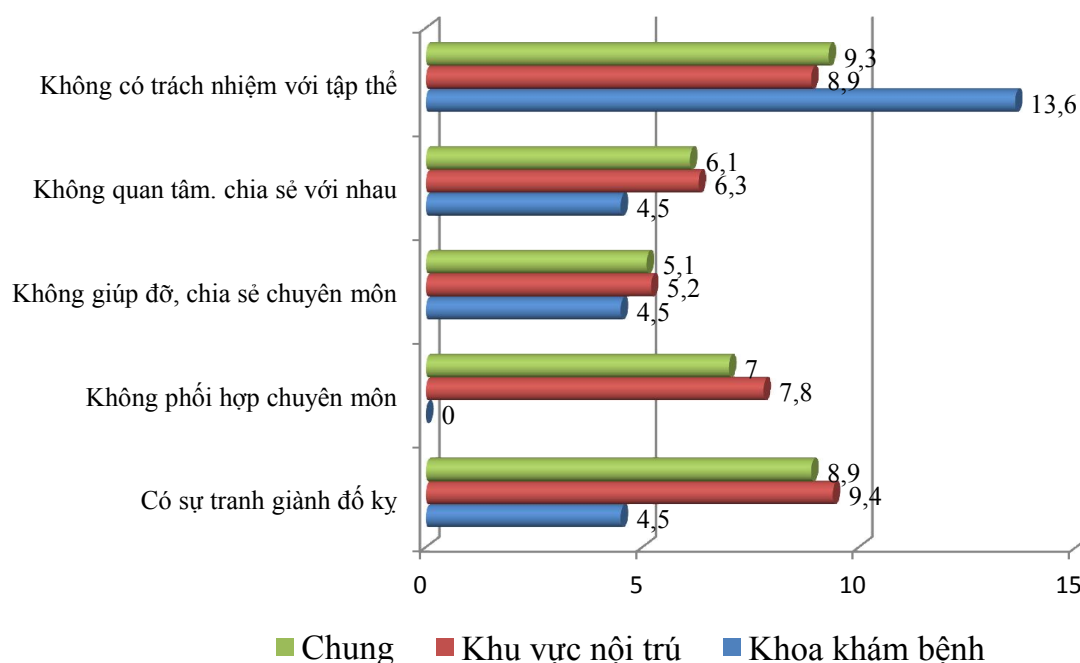


Biểu đồ 3.8. Nhận thức trong mối quan hệ đồng nghiệp

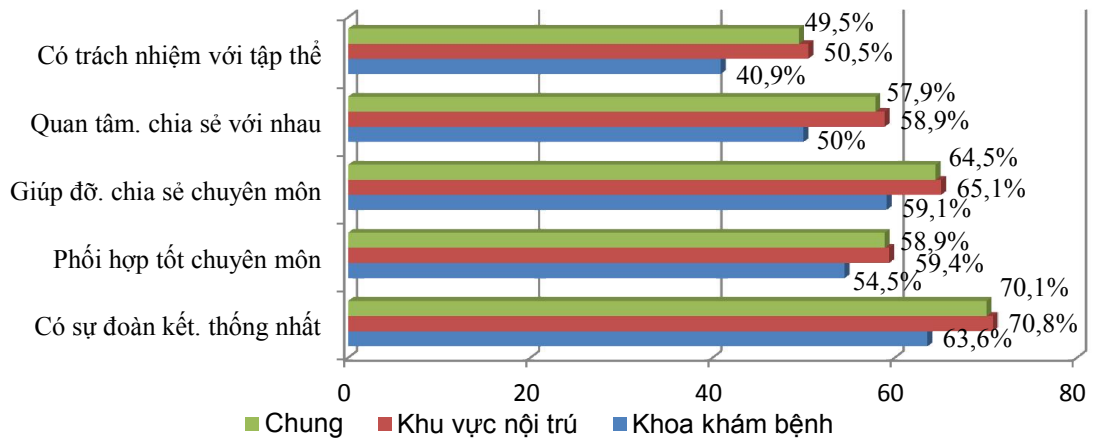
Đa số các ĐDV cho rằng mối quan hệ đồng nghiệp cần phải đoàn kết thống nhất với 93%; hơn 86% cho rằng phải biết phối hợp với chuyên môn; gần 82% cho rằng phải có trách nhiệm với tập thể; 60% cho rằng phải biết quan tâm đến đời sống cá nhân và hơn 50% cho rằng phải giúp đỡ chuyên môn.

Bảng 3.11. Hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp của ĐDV

Hài lòng \ Khu vực	Khám bệnh		Nội trú		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có	20	90,9	174	90,6	194	90,7
Không	2	9,1	18	9,4	20	9,3
TỔNG	22	100	192	100	214	100

**Biểu đồ 3.9. Lý do ĐDV không hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp**

Lý do không hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là không có trách nhiệm với tập thể (9,3%); tiếp đến là sự tranh giành đồ ký (8,9%); không quan tâm chia sẻ với nhau (6,1%); các lý do khác chiếm tỷ lệ từ dưới 5% đến trên 5%.



Biểu đồ 3.10. Lý do hài lòng nghề nghiệp của ĐDV

Đa số các ĐDV hài lòng vì có sự đoàn kết nội bộ với hơn 70%; lý do giúp đỡ chia sẻ chuyên môn với gần 65%; tiếp đó là sự quan tâm lẫn nhau gần 58%; trách nhiệm với tập thể gần 50%.

** Nhận thức về sự cần thiết và thực hành y đức của ĐDV*

Bảng 3.12. Nhận thức, thực hành về đạo đức nghề nghiệp của ĐDV

Nhận thức		Khu vực		Nội trú		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Hiểu đạo đức nghề nghiệp	Không đạt	4	18,2	49	25,5	53	24,8
	Đạt	18	81,8	143	74,5	161	75,2
	Nghe nói, chưa học	1	4,5	19	9,9	20	9,3
	Có, lòng ghep	19	86,4	140	72,9	159	74,3
	Học môn riêng	2	9,1	33	17,2	35	16,4
Sự cần thiết về y đức ĐDV	Rất cần thiết	9	40,9	66	34,4	75	35,0
	Cần thiết	10	45,5	110	57,3	120	56,1
	Không quan tâm	3	13,6	12	6,3	15	7,0
	Không cần	0	0	4	2,1	4	1,9
Thiếu sót 12 điều y đức	Gặp rất nhiều	1	4,5	19	9,9	20	9,3
	Thỉnh thoảng	14	63,6	139	72,4	153	71,5
	Không có	6	27,3	13	6,8	19	8,9
	Không để ý	1	4,5	21	10,9	22	10,3
TỔNG		22	100	192	100	214	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy cho hơn 3/4 ĐDV có hiểu biết đầy đủ về đạo đức nghề nghiệp; 74,3% ĐDV cho biết việc khi còn đi học đã từng được học y đức trong trường lồng ghép các môn khác gồm: tâm lý y, môn quản lý; 16,4% cho biết được học thành môn riêng. Thái độ đạo đức nghề nghiệp của ĐDV: có 91,1% cho rằng cần thiết và rất cần thiết. Biểu hiện thiếu sót 12 điều y đức trong khoa phòng có 80,8% cho rằng có sự thiếu sót.

Hộp 3.9. Nhận thức của điều dưỡng viên về đạo đức nghề nghiệp

Nhận xét đạo đức trong mối quan hệ với đồng nghiệp của một ĐDV khu vực nội trú:
“[ĐDV có] thái độ chưa tốt thiếu tinh thần trách nhiệm thiếu tôn trọng người bệnh”.

Quan điểm một ĐDV khu vực nội trú: *“[Sự thiếu sót y đức của ĐDV là] thái độ giao tiếp thô lỗ coi thường gia đình BN tỏ thái độ ban ơn”*

Ý kiến một ĐDV khu vực nội trú: *“[Sự thiếu sót y đức của ĐDV là một số tỏ ra] thái độ ban ơn vội vã tiền của người bệnh; thờ ơ với nỗi đau của người bệnh”*

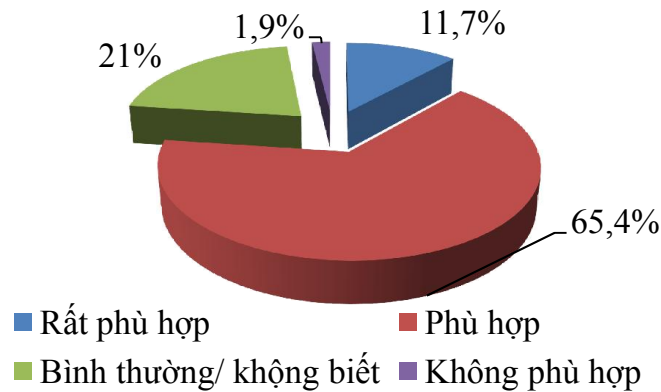
Nghiên cứu định tính cho thấy, các hành vi thiếu sót trong 12 điều y đức được các ĐDV cho biết gồm các hành vi thực hành không đạt, các hành vi ứng xử với bệnh nhi và người nhà. Có sự thừa nhận các hành vi quát tháo bệnh nhi; hành vi lấy tiền của người nhà bệnh nhi mà các đồng nghiệp đã phản ánh. Bên cạnh những cá nhân vi phạm những điều y đức thì vẫn còn những người luôn đấu tranh nhằm chống lại những hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên.

Bảng 3.13. Thực hiện sự phân công về chuyên môn của ĐDV

Các tiêu chuẩn	Khu vực	Khám bệnh (n=22)		Nội trú (n=192)		Tổng (n=214)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Thực hiện tốt tiêu chuẩn thực hành		22	100	191	99,5	213	99,5
Chịu trách nhiệm hành vi chuyên môn		22	100	185	96,4	207	96,7
Can thiệp kịp thời, báo cho người phụ trách khi phát hiện đồng nghiệp làm sai		22	100	179	93,2	201	93,9
Trung thực trong việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao		22	100	189	98,4	211	98,6
Thực hiện đầy đủ ca trực		22	100	191	99,5	213	99,5
Trung thực báo cáo chuyên môn		22	100	190	99,0	212	99,1
Trung thực trong việc ghi chép		21	95,5	189	98,4	210	98,1
Có báo cáo công tác thường xuyên với lãnh đạo		20	90,9	178	92,7	198	92,5
Có lối sống lành mạnh		21	95,5	186	96,9	207	96,7
Thường xuyên học tập, rèn luyện, kỹ năng giao tiếp với khách hàng		22	100	191	99,5	213	99,5

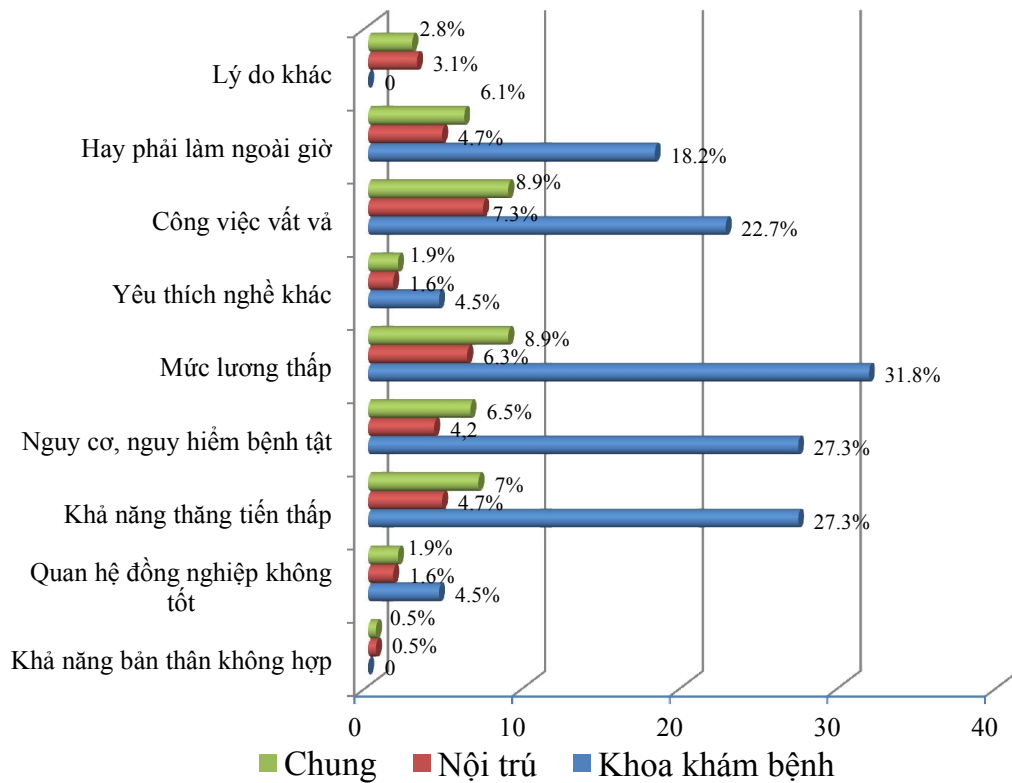
Thông qua việc lấy phiếu kín, thông qua nhận xét của đa số các ĐDV là đạt. Các tỷ lệ đạt đều chiếm trên 95%.

*** Sự hài lòng với nghề nghiệp của điều dưỡng viên**



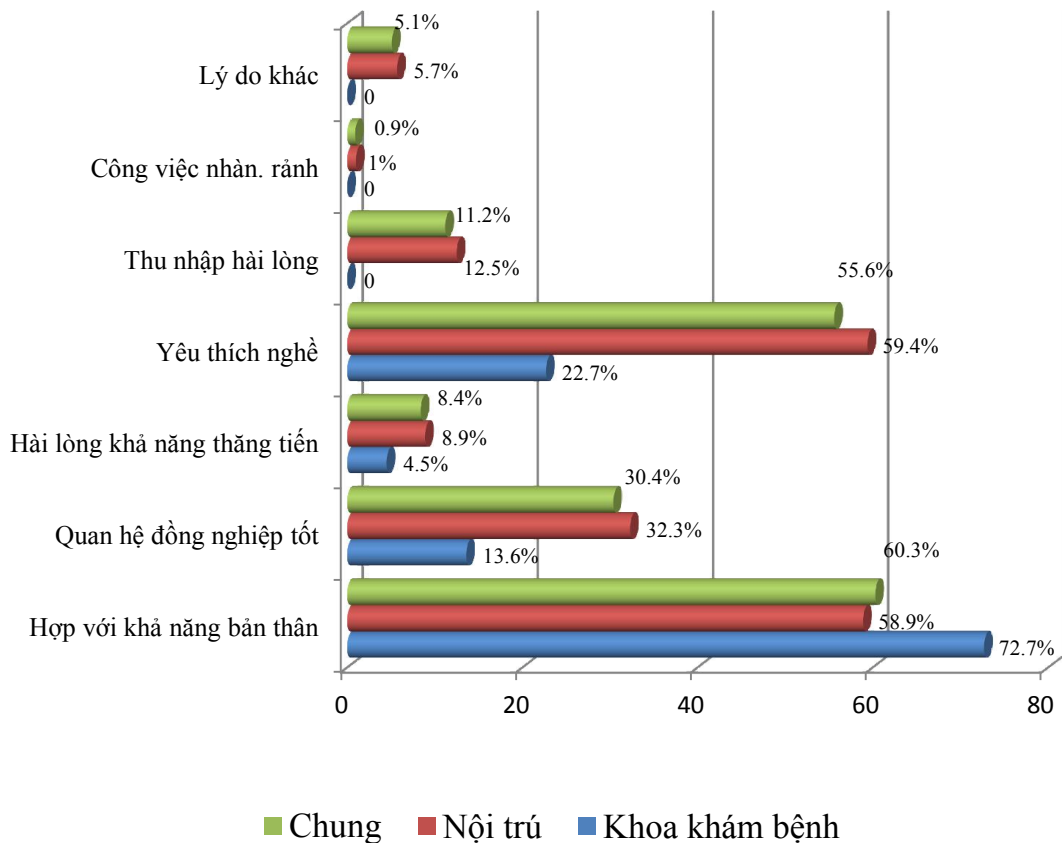
Biểu đồ 3.11. Mức độ cảm thấy phù hợp với nghề nghiệp của ĐDV

Hơn 65% số ĐDV cảm thấy phù hợp nghề nghiệp, trong đó: 21% cảm thấy bình thường; 11,7% cảm thấy rất phù hợp. Tuy vậy có khoảng 1,9% cảm thấy không phù hợp.



Biểu đồ 3.12. Nguyên nhân ĐDV cảm thấy không thích hợp với nghề nghiệp

Nguyên nhân ĐDV cảm thấy không phù hợp/không thích với nghề nghiệp: gần 9% cho rằng mức lương thấp; 9% cho rằng công việc vất vả; 7% khả năng thăng tiến thấp; hơn 6% cho rằng hay phải làm ngoài giờ; lý do khác chiếm tỷ lệ thấp dưới 3%.



Biểu đồ 3.13. Lý do ĐDV cảm thấy hài lòng nghề nghiệp

Lý do bản thân yêu thích của nghề điều dưỡng, đa số cho rằng hợp với khả năng bản thân (60,3%); yêu thích nghề (55,6%); quan hệ đồng nghiệp tốt (30,4%); các lý do khác chiếm trên dưới 10%.

3.1.3. Một số yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành y đức của ĐDV

3.1.3.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành y đức của ĐDV

Bảng 3.14. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thái độ phục vụ và vi phạm y đức của ĐDV

Yếu tố		Thái độ		Không đạt		Đạt		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%	SL	%		
Kinh nghiệm	Dưới 5 năm	24	70,6	90	50,0	<0,05	2,4 (1,09;5,31)		
	Trên 5 năm	10	29,4	90	50,0				
Yêu nghề	Không	21	61,8	74	41,1	<0,05	2,31 (1,09;4,91)		
	Có	13	39,2	106	58,9				
Hiểu đúng về y đức	Hiểu không đủ	15	44,1	38	21,1	<0,05	1,95 (1,37;6,34)		
	Hiểu đủ	19	55,9	142	78,9				
Làm thêm giờ	Có	8	23,5	18	10,0	<0,05	2,77 (1,09;7,02)		
	Không	26	76,5	162	90,0				
Số BN chăm sóc	≥ 20 BN	12	35,3	32	17,8	<0,05	2,52 (1,13;5,62)		
	<20 BN	22	64,7	148	82,2				

Kinh nghiệm, lòng yêu nghề, nhận thức y đức, phải làm thêm giờ và số lượng bệnh nhân phải chăm sóc có ảnh hưởng đến thái độ phục vụ khách hàng ($p < 0,05$ với OR từ 1,95 – 2,77).

Bảng 3.15. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự vi phạm đạo đức

Yếu tố \ Vi phạm đạo đức		Có		Không		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Yêu nghề	Không,	20	62,5	75	41,2	<0,05	2,38 (1,1;5,16)
	Có	12	37,5	107	58,8		
Hiểu đúng về y đức	Không	13	40,6	40	22,0	<0,05	2,43 (1,11;5,34)
	Có	19	59,4	142	78,0		
Làm thêm giờ	Có	9	26,5	17	9,4	<0,05	3,45 (1,39;8,58)
	Không	25	73,5	163	90,6		
Số BN chăm sóc	≥20 BN	11	34,4	33	18,1	<0,05	2,37 (1,04;5,38)
	<20 BN	21	65,6	149	81,9		

ĐDV có lòng yêu nghề, hiểu biết đúng về đạo đức nghề nghiệp, không làm thêm giờ, số bệnh nhân phải chăm sóc dưới 20 có tỷ lệ vi phạm y đức thấp hơn so với nhóm ngược lại ($p < 0,05$ với OR từ 2,37 – 3,45).

3.1.3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành đạo đức trong quan hệ với đồng nghiệp

Bảng 3.16. Một số yếu tố ảnh hưởng đến đạo đức của ĐDV trong quan hệ đồng nghiệp

Yếu tố \ Với đồng nghiệp		Không đạt		Đạt		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Nghề phù hợp	Không	13	61,9	72	37,3	<0,05	2,73 (1,08;6,91)
	Phù hợp	8	38,1	121	62,7		
Hài lòng	Không	5	23,8	15	7,7	<0,05	3,71 (1,19;11,53)
	Có	16	76,2	178	92,2		
Yêu nghề	Không	14	66,7	81	42	<0,05	2,77 (1,07;7,16)
	Có	7	33,3	112	58		
Hiểu đúng về y đức	Không đủ	9	42,9	44	22,8	<0,05	2,54 (1,01;6,42)
	Hiểu đủ	12	57,1	149	77,2		

Các ĐDV yêu nghề, hài lòng với nghề, hiểu biết đúng về y đức có mối quan hệ tốt hơn với đồng nghiệp so với nhóm ngược lại ($p < 0,05$, với OR từ 2,54 – 3,71).

3.1.3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành chuyên môn

Bảng 3.17. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành chuyên môn của ĐDV

Yếu tố		Kết quả		Đạt		p	OR (95%CI)
		Không đạt	Đạt	SL	%		
Trình độ	Cao đẳng, TC	35	92,1	132	75,0	<0,05	3,89 (1,14;13,27)
	Đại học, thạc sỹ	3	7,9	44	25,0		
Kinh nghiệm	Dưới 5 năm	26	68,4	88	50,0	<0,05	2,17 (1,03;4,56)
	Trên 5 năm	12	31,6	88	50,0		
Hài lòng đồng nghiệp	Không	8	21,1	12	6,8	<0,05	3,64 (1,37;9,67)
	Có	30	78,9	164	93,2		
Yêu nghề	Không	23	60,5	72	40,9	<0,05	2,22 (1,08;4,53)
	Có	15	39,5	104	59,1		
Hiểu đầy đủ về y đức	Hiểu không đủ	15	39,5	38	21,6	<0,05	2,37 (1,13;4,98)
	Hiểu đủ	23	60,5	138	78,4		

Trình độ học vấn, kinh nghiệm, cảm nhận về sự phù hợp nghề nghiệp với kỹ năng bản thân, lòng yêu nghề, hiểu về y đức có ảnh hưởng đến việc thực hành chuyên môn của ĐDV ($p < 0,05$).

3.2. Đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp

3.2.1. Cơ sở đề xuất biện pháp can thiệp

* Ý kiến của khách hàng

Mối quan tâm của khách hàng (bệnh nhi và gia đình bệnh nhi) chủ yếu là mối quan hệ trực tiếp giữa ĐDV và chính khách hàng. Mối quan tâm này được phản ánh qua những hành vi của ĐDV đối với họ, thông thường những mong muốn của người nhà là sự cải thiện những hành vi mà họ cảm thấy bức xúc như hàng vi quát tháo bệnh nhi; những hành vi lấy tiền của người nhà bệnh nhi. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy các giải pháp khách hàng đưa ra như sau:

Hộp 3.10. Đề xuất việc tăng cường hiểu biết cho khách hàng

Ý kiến của khách hàng nội trú: *“Bệnh viện phải giao cho điều dưỡng viên có trách nhiệm hướng dẫn, giải thích tận tình cho bệnh nhân và gia đình”*

Một ý kiến khác: *“Lắng nghe lời chỉ dẫn của bác sỹ và điều dưỡng viên”*

Ý kiến của một khách hàng khu nội trú cho rằng: *“Chấp hành quy định của bệnh viện, tôn trọng cán bộ, nhân viên y tế”*; Giải pháp khách hàng khu nội trú: *“Bệnh viện tuyên truyền người nhà bệnh nhân hiểu”*

Nhiều ý kiến khác cũng cho thấy cần thiết giải thích rõ cho khách hàng về các nội quy, quy định tại bệnh viện; tăng cường sự hiểu biết của khách hàng về quyền lợi và nghĩa vụ khi sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện.

Hộp 3.11. Khách hàng đề xuất tăng cường ý đức cho điều dưỡng viên

Ý kiến của khách hàng khu nội trú: *“[ĐDDV cần] nâng cao đạo đức nghề nghiệp cảm thông và chia sẻ đối với người bệnh và gia đình người bệnh”*; *“[Cần thiết] mở lớp tập huấn về ứng xử với người bệnh của ĐDDV, quán triệt từ phía lãnh đạo bệnh viện”*

Ý kiến của một khách hàng khoa khám bệnh: *“Bệnh viện cần tuyển nhân viên vừa có tài, vừa có đức và có tâm với người bệnh”*; *“Giáo dục tư tưởng và nhân cách cho điều dưỡng viên”*

*** Một số biện pháp khác:**

- Tập huấn đào tạo, nâng cao trình độ cán bộ: giải pháp này được tại KKB có 123 khách hàng nêu ý kiến; tại khu ĐTNT có 140 khách hàng nêu ra.
- Nên mở lớp học giáo dục đạo đức nghề nghiệp
- Xử lý nghiêm những ĐDDV bị phát giác để làm gương.

Hộp 3.12. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác giám sát bằng camera

Ý kiến một khách hàng khu vực nội trú: *“Bệnh viện nên có những quy định quy chế xử lý đối với vấn đề này. Trang bị các thiết bị như camera để quan sát thêm”*. Ý kiến lắp camera của khách hàng KKB: *“Lắp đặt các thiết bị thu thanh và ghi hình”*; *“Cần có biện pháp như ra lệnh biên bản, thực thi hoặc lắp đặt máy quay giám sát”*; Ý kiến một khách hàng khu ĐTN: *“Cần có những biện pháp như ra lệnh biên bản thực thi hoặc lắp đặt máy quay giám sát điều dưỡng viên”*.

Đa số các ý kiến của khách hàng đều cho rằng sự cần thiết công tác giám sát kiểm tra và lắp đặt camera là biện pháp tốt.

Hộp 3.13. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác quản lý

Một khách hàng cho ý kiến việc tăng cường công tác giao ban: *“Thường xuyên có giao ban và góp ý với tập thể điều dưỡng viên”*; về tư tưởng đạo đức: *“Vào mỗi ngày đầu tuần quán triệt về thái độ ứng xử của điều dưỡng viên và nhấn mạnh kỹ hơn”*; *“Họp kiểm điểm nếu có sai phạm, giảm trừ lương, thưởng. Nên có camera theo dõi để đánh giá kịp thời người điều dưỡng viên”*; *“Bệnh viện hàng tháng họp, kiểm điểm, nhận xét, đánh giá kết quả thành tích hạn chế của bác sỹ, ĐDV từ đó có khen thưởng, phê bình”*. Ý kiến sửa chữa khuyết điểm, phê bình: *“Mở cuộc họp chung cho tất cả nhân viên bệnh viện và phản ánh lại các tình trạng quát tháo bệnh của từng ĐDV trước toàn thể mọi người để giúp cho điều dưỡng viên qua đó có thể sửa chữa khuyết điểm của mình”*

Các khách hàng đa số đều cho rằng nên tăng cường các cuộc họp, giao ban, kiểm điểm phê bình công tác y đức của điều dưỡng viên.

Hộp 3.14. Khách hàng đề xuất tăng cường công tác phản hồi với bệnh viện

Ý kiến đặt hòm thư góp ý của khách hàng khu nội trú: “*Bệnh viện nên làm cho mỗi khoa một hòm thư góp ý để bệnh nhân góp ý, tốt thì phát huy, xấu thì kiểm điểm*”. Một khách hàng Khoa Khám bệnh cho rằng: “*Bệnh viện cần ghi địa chỉ email, số điện thoại góp ý vào những nơi người nhà bệnh nhân dễ thấy để góp ý*”; “*Phải có người thường xuyên trực và giải quyết đường dây nóng*”.

Nhiều khách hàng khác cũng cho rằng việc đặt tăng cường công tác phản hồi giữa khách hàng và bệnh viện là điều cần thiết.

Hộp 3.15. Khách hàng đề xuất giảm khối lượng công việc, tăng lương thưởng cho điều dưỡng viên

Ý kiến của một khách hàng khu khám bệnh: “*[Cần] giảm căng thẳng cho điều dưỡng viên*”. “*Bệnh viện cũng cần lắng nghe những thắc mắc của các điều dưỡng viên về những thiếu thốn để phục vụ đúng chuyên môn cần*”; “*Bệnh viện cần quan tâm đến đời sống của điều dưỡng viên hơn*”

Khách hàng khu nội trú có ý kiến: “*Cần thêm phòng điều trị để giảm tải, thêm điều dưỡng viên*”; “*Cần thêm phòng giường bệnh, thêm điều dưỡng, để giảm áp lực cho điều dưỡng*”; “*Người nhà bệnh nhi cần nâng cao ý thức trong bệnh viện, giảm tải áp lực việc làm cho các điều dưỡng viên*”; “*Trả lương thích đáng cho từng trình độ điều dưỡng viên, có các hình thức xử lý những hình thức sai trái của điều dưỡng viên*”; “*Tăng lương cho nhân viên, có môi trường học hỏi, nâng cao nhận thức chuyên môn*”.

Nhiều ý kiến khác cũng cho rằng cần giảm thời gian công việc, giảm khối lượng công việc, giảm căng thẳng, tăng lương, thưởng cho các ĐDV là điều cần thiết nhằm tạo tâm lý thoải mái và tăng yêu nghề cho ĐDV.

Hộp 3.16. Ý kiến khách hàng về tăng cường công tác thi đua, khen thưởng

Một khách hàng khu nội trú: “Theo tôi bệnh viên nên thăng tay đối với những điều dưỡng viên có hành vi lấy tiền của bệnh nhân (trừ việc tự nguyện cảm ơn). Vì hầu hết các cháu đến đây đều bệnh nặng, thời gian điều trị lâu, tốn kém”; “Tăng lương thưởng nếu ĐDV làm tốt, khen ngợi, biểu dương. Tại các khoa bỏ phiếu tín nhiệm ĐDV”; “Nhắc nhở điều dưỡng viên, nếu mức độ quan trọng cần kỷ luật”; “Họp kiểm điểm nếu có sai phạm phải giảm lương, thưởng”; “Đề nghị bệnh viện cảnh cáo điều dưỡng viên nếu vi phạm nhiều lần thì bệnh viện cần đình chỉ công việc chuyển sang công việc khác”; “Xử phạt hành chính, nhắc nhở lần đầu, sa thải nếu gặp nhiều lần”; “Bệnh viện cần phải họp và góp ý triệt để mọi hành vi xấu những trường hợp đã vi phạm”

Theo ý kiến của các khách hàng thì tăng cường việc khen thưởng các cá nhân thực hiện tốt công tác y đức là cần thiết. Bên cạnh đó cần có các biện pháp xử lý các điều dưỡng vi phạm y đức.

* Ý kiến đề xuất của bản thân điều dưỡng viên

Cải thiện lòng yêu nghề cho điều dưỡng viên:

Bảng 3.18. Điều dưỡng viên đề xuất biện pháp tăng cường lòng yêu nghề

Biện pháp nâng cao lòng yêu nghề được đề xuất	Khu vực		Nội trú		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tăng lương, thưởng cho cán bộ	21	95,5	175	91,1	196	91,6
Tạo điều kiện cho cán bộ học tập	16	72,7	161	83,9	177	82,7
Cơ hội thăng tiến nghề nghiệp	13	59,1	146	76,0	159	74,3
Tạo môi quan hệ đồng nghiệp tốt	11	50,0	140	72,9	151	70,6
Khác	6	27,3	21	10,9	27	12,6

Nghiên cứu định tính cũng cho thấy, các điều dưỡng viên cho rằng cần đảm bảo các điều kiện về nghề nghiệp, lương bổng và các cơ hội học tập tốt, cũng như tạo ra môi trường làm việc đoàn kết sẽ tăng hiệu quả công việc, giảm được các hoạt động tiêu cực trong chăm sóc bệnh nhi.

*** Giảm tải công việc cho điều dưỡng viên:**

Hộp 3.17. Điều dưỡng viên đề xuất giảm tải công việc

Một điều dưỡng viên khoa khám bệnh: “*Có ít bệnh nhân thì còn dễ dàng tiếp đón cởi mở được, chứ mỗi buổi sáng có hàng nghìn bệnh nhân khám, mà nhân lực lại ít, thì việc tiếp đón và chăm sóc sẽ không được tốt*”.

Một ĐDV khu điều trị nội trú: “*Trung bình mỗi người phải chăm sóc hàng chục bệnh nhân một ngày, nhiều khi quanh chẳng kịp thì việc chăm sóc bệnh nhân không được tốt lắm, gia đình phàn nàn là chuyện bình thường*”

Đại đa số các ĐDV cho rằng các hành vi tiêu cực như quát tháo bệnh nhi/gia đình bệnh nhi là những hành vi họ phải làm việc trong điều kiện làm việc căng thẳng do lượng bệnh nhân đông. ĐDV cho rằng đây là nguyên nhân khiến họ tiếp đón và chăm sóc bệnh nhi không được tốt.

*** Tăng cường nhận thức hiểu biết của người dân về nội quy bệnh viện**

Kết quả nghiên cứu định tính qua phỏng vấn và thảo luận nhóm các ĐDV cho thấy, các hành vi đạo đức mà một số khách hàng phản ánh (như quát tháo, hoặc nói to,..) Một phần là do sự vi phạm nội quy của người nhà: không xếp hàng để khám bệnh, hay vào thăm bệnh nhi quá giờ quy định; các hoạt động vứt rác bừa bãi mất vệ sinh của người nhà, hay không hiểu các thủ tục thanh toán, các thủ tục nhập, xuất viện,... Nhằm giải quyết vấn đề này, bệnh viện cần có các bảng, biển chỉ dẫn, biển nội quy treo những nơi dễ đọc nhằm giúp người nhà tuân thủ các nội quy của bệnh viện.

*** Đào tạo lại về y đức**

Bảng 3.19. Nhu cầu đào tạo lại về y đức

Khu vực Nhu cầu	Khám bệnh (n = 22)		Nội trú (n = 192)		Tổng (n = 214)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất cần thiết	9	40,9	66	34,4	75	35,0
Cần thiết	10	45,5	110	57,3	120	56,1
Bình thường	3	13,6	12	6,3	15	7,0
Không cần	0	0,0	4	2,1	4	1,9
Tổng	22	100	192	100	214	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 56,1% cho rằng cần thiết đào tạo lại y đức; 35% cho rằng việc đào tạo là rất cần thiết; 7% cho rằng có cũng được, không cũng chẳng sao; 1,9% cho rằng không cần. Như vậy với hơn 90% cho rằng việc đào tạo lại y đức là cần thiết đối với ĐDV.

Bảng 3.20. Nội dung đề xuất đào tạo lại về y đức

Khu vực Nhu cầu	Khám bệnh (n = 22)		Nội trú (n = 192)		Tổng (n = 214)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Trong chăm sóc	19	86,4	139	72,4	158	73,8
Trong NCKH	6	27,3	111	57,8	117	54,7
Trong giao tiếp	16	72,7	150	78,1	166	77,6
Với đồng nghiệp	11	50,0	135	70,3	146	68,2
Khác	0	0,0	4	2,1	4	1,9

Có 77,6% cho rằng cần được đào tạo lại về đạo đức trong giao tiếp với bệnh nhi và người nhà; 73,8% cho rằng cần đào tạo lại đạo đức trong chăm sóc bệnh nhi; 68,2% cho rằng cần đào tạo về đạo đức trong giao tiếp với đồng nghiệp; 54,7% cho rằng cần đào tạo lại đạo đức trong nghiên cứu khoa học.

***Đề xuất biện pháp của nhà quản lý:** Các giải pháp này được đề xuất thông qua các cuộc họp và ý kiến của lãnh đạo bệnh viện qua các mục tiêu phát triển mạng lưới điều dưỡng bệnh viện, các giải pháp bao gồm:

- Nâng cao năng lực quản lý, năng lực chuyên môn của hệ thống điều dưỡng trưởng, đào tạo cho ĐDT về quản lý điều dưỡng.

- Nâng cao nhận thức, kỹ năng và thực hành chuyên môn, kỹ năng giao tiếp và đạo đức của điều dưỡng viên.

- Cung cấp đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện, nhân lực phục vụ chăm sóc bệnh nhi.

- Nâng cao năng lực nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực điều dưỡng và trình độ tiếng Anh của ĐDV.

*** Các biện pháp được lựa chọn dựa trên cơ sở xác định mối tương quan của các yếu tố**

Tăng cường thái độ phục vụ khách hàng: Từ mối liên quan thái độ phục vụ khách hàng và một số yếu tố, cho thấy sự cần thiết tăng thái độ và chất lượng phục vụ khách thì cần thiết tăng cường kinh nghiệm, lòng yêu nghề, nhận thức về đạo đức nghề nghiệp, giảm giờ làm cho điều dưỡng viên.

Nâng cao y đức cho điều dưỡng viên trong mối quan hệ với khách hàng: Từ mối liên quan y đức và một số yếu tố, để nâng cao y đức cho điều dưỡng cần nâng cao lòng yêu nghề, hiểu đúng y đức, giảm tải công việc bằng sự phân công hợp lý cho điều dưỡng viên.

Tăng cường mối quan hệ đồng nghiệp: Từ mối liên quan đạo đức với đồng nghiệp của điều dưỡng viên, cho thấy sự cần thiết tạo điều kiện để các điều dưỡng viên phát huy khả năng nghề nghiệp với những kỹ năng của bản thân, tạo mối quan hệ tốt với đồng nghiệp, nâng cao lòng sự yêu nghề, hiểu biết về y đức.

Đạo đức trong thực hành chuyên môn: Từ mối liên quan giữa đạo đức điều dưỡng trong thực hành chuyên môn, cần thiết việc đào tạo cho cán bộ, tăng cường nhận thức, kinh nghiệm, phát huy năng khả năng cá nhân trong công việc, phát huy lòng yêu nghề, tăng cường hiểu về y đức của ĐDV.

3.2.2. Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức cho điều dưỡng

Bảng 3.21. Cải thiện thái độ phục vụ khách hàng của điều dưỡng viên

Thông tin	Tỷ lệ	Tỷ lệ (%) trước (n=214)	Tỷ lệ (%) Sau (n=214)	p	MĐTD (%)
Chủ động đón tiếp với thái độ niềm nở		93,0	99,1	<0,05	6,56
Thường xuyên trả lời khách hàng		94,4	98,6	<0,05	4,45
Thường xuyên cung cấp thông tin đầy đủ về các dịch vụ điều trị tại BV		86,4	97,7	<0,01	13,08
Thường xuyên mời người khách hàng ngồi chờ đúng quy định		88,4	99,1	<0,01	12,10
Thường xuyên lắng nghe lời kể của cha mẹ bệnh nhi và ân cần giải thích		88,3	96,3	<0,05	9,06
Thường xuyên hướng dẫn thủ tục, đưa người bệnh đến nơi xét nghiệm		88,3	97,2	<0,01	10,08
Tuân thủ quy chế chuyên môn		99,5	100,0	>0,05	0,50
Thường xuyên tìm hiểu nắm bắt diễn biến tâm lý người bệnh và gia đình		83,6	95,7	<0,01	14,47
Lịch sự, hòa nhã, động viên, an ủi, tôn trọng khách hàng		86,9	98,6	<0,01	13,46

Hầu hết các chỉ số nghiên cứu đều được cải thiện sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.22. Cải thiện sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của điều dưỡng viên tại khoa khám bệnh

Chỉ tiêu	Tỷ lệ %trước (n=156)	Tỷ lệ % sau (n=153)	p	MĐTĐ (%)
Chào, mời ngồi, hỏi tên bệnh nhân	77,6	94,8	<0,01	22,16
Giới thiệu tên mình, nêu lý do tiếp xúc	34,0	81,7	<0,01	140,29
Hỏi lý do đưa trẻ đến khám	96,2	98,7	>0,05	2,60
Chú ý đến tâm trạng của người nhà	67,3	85,0	<0,01	26,30
Hỏi thêm các biểu hiện liên quan	82,1	95,4	<0,01	16,20
Giải thích về bệnh của bệnh nhi	75,0	90,2	<0,01	20,27
Hướng dẫn gia đình đi làm xét nghiệm	92,3	97,4	<0,05	5,53
Đi cùng bệnh nhi làm xét nghiệm	17,3	64,7	<0,01	273,99
Giải thích phương pháp chăm sóc	63,5	86,9	<0,01	36,85
Giải thích cách chăm sóc bệnh nhi	74,4	88,9	<0,01	19,49
Hướng dẫn cách sử dụng thuốc	76,3	96,7	<0,01	26,74
Giải thích cách phòng bệnh	71,8	94,1	<0,01	31,06
Hướng dẫn đến phòng khám tiếp theo	74,4	96,1	<0,01	29,17

Tại khu vực khoa khám bệnh, có sự cải thiện đáng kể việc khách hàng hài lòng về thái độ phục vụ khách hàng của điều dưỡng viên có ý nghĩa thống kê với kiểm định tỷ lệ ($p < 0,01$). MĐTĐ tăng đến 273,9% ở chỉ tiêu đi cùng phụ huynh bệnh nhi để làm xét nghiệm cho bệnh nhi; MĐTĐ tăng thấp nhất ở chỉ tiêu hỏi lý do đưa trẻ đến khám với việc tăng là 2,6%.

Bảng 3.23. Cải thiện sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của điều dưỡng viên tại khu vực điều trị nội trú

Chỉ tiêu	Tỷ lệ	Trước (n=212)	Sau (n=211)	P	MĐTD (%)
Chào bệnh nhi và người nhà		77,8	91,0	<0,01	16,97
Mời bệnh nhi nằm tư thế thuận tiện		84,4	96,2	<0,01	13,98
Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ		75,5	89,1	<0,01	18,01
Hỏi thêm các biểu hiện liên quan		79,7	92,9	<0,01	16,56
Giải thích việc chăm sóc		81,6	97,2	<0,01	19,12
Giải thích về thủ thuật cần làm		83,5	94,8	<0,01	13,53

Tại khu vực nội trú tất cả các chỉ tiêu về sự hài lòng khách hàng về thái độ phục vụ của điều dưỡng viên đều có sự cải thiện, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê kiểm định so sánh tỷ lệ ($p < 0,01$). Trong đó, MĐTD thấp nhất là ở chỉ tiêu giải thích về thủ thuật cần làm cho bệnh nhi (tăng 13,53%); cao nhất là chỉ tiêu đo mạch, huyết áp, nhiệt độ cho bệnh nhi với (tăng 18,01%).

Bảng 3.24. Sự cải thiện một số hành vi vi phạm đạo đức

Hành vi	Tỷ lệ	Tỷ lệ % (n=368)	Tỷ lệ % (n=364)	P	MĐTD (%)
Bị quát tháo		22,6	5,8	<0,01	-74,34
Đưa tiền cho ĐDV		5,7	1,1	<0,01	-80,70
Kỳ thị, phân biệt tình trạng bệnh		4,6	0,5	<0,01	-89,13
Đổi xử không công bằng		21,2	2,2	<0,01	-89,62
Không được lựa chọn dịch vụ		19,0	4,4	<0,01	-76,84
Đau đớn không được an ủi		9,2	2,2	<0,01	-76,09
Không được giữ bí mật		3,0	0,8	<0,05	-73,33
Không được tôn trọng		5,2	1,6	<0,01	-69,23
Nghi ngờ trong sử dụng thuốc		5,2	2,2	<0,05	-57,69

Sau can thiệp khách hàng phản ánh các hành vi vi phạm đạo đức của điều dưỡng viên có sự giảm đáng kể, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh kiểm định tỷ lệ ($p < 0,05$). Chỉ tiêu có MĐTD giảm nhiều nhất là hiện tượng đối xử công bằng với bệnh nhi (giảm 89,13%); chỉ tiêu nghi ngờ ĐDV có sự gian dối trong điều trị, sử dụng thuốc giảm thấp nhất (giảm 57,69%).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan

4.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1.1. Đặc điểm khách hàng trong nghiên cứu

Do đặc thù chung bệnh nhân đến bệnh viện là tỷ lệ các em nhỏ dưới 6 tuổi ở mức 80%, cần có người lớn đưa đi, cần sự quan tâm, chăm sóc của các bậc phụ huynh. Do vậy, khách hàng của bệnh viện bao gồm các bệnh nhi và các bậc phụ huynh, người chăm sóc [3].

Bên cạnh đó, bệnh viện cũng là trung tâm đầu ngành về Nhi khoa, do vậy, một lượng không nhỏ các bệnh nhi đến KCB tại bệnh viện là do sự chuyển tuyến từ bệnh viện Nhi các tỉnh; bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện (60%), chỉ có 40% bệnh nhi sống tại Hà Nội. Những bệnh nhân nội trú được chuyển viện từ các bệnh viện tuyến dưới có nhiều trẻ trong tình trạng nặng, nguy kịch, do vậy công tác điều dưỡng tại bệnh viện đòi hỏi sự tỉ mỉ, chu đáo và tận tình [3],[24],[25].

Nghiên cứu này có sự tham gia của 368 khách hàng, trong đó có 156 khách hàng đưa con đi khám tại Khoa Khám bệnh; 212 khách hàng sử dụng dịch vụ tại khu điều trị nội trú.

Nghiên cứu cũng cho thấy có gần $\frac{3}{4}$ (72,2%) số phụ huynh của bệnh nhi là nữ giới, nam giới chỉ chiếm hơn $\frac{1}{4}$. Thực tế thì người phụ nữ đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc con cái, đặc biệt là những lúc con họ bị ốm. Điều đó giải thích sự khác biệt về tỷ lệ giới tính ở đối tượng nghiên cứu.

Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu khoảng 25-35 tuổi, đây là độ tuổi các bà mẹ có con nhỏ, điều này phản ánh đúng thực trạng khách hàng tại bệnh viện.

Nghiên cứu cho thấy hầu hết khách hàng là các ông bố/bà mẹ của bệnh nhi với tỷ lệ gần 90% (còn lại là ông bà, người nhà, người giám hộ). Việc bố mẹ tham gia trả lời các mẫu hỏi của nghiên cứu sẽ cho biết cái nhìn về y đức của ĐDV một cách xác thực hơn, vì họ là những người dễ có những tác động trước sự đau đớn của chính con mình [22],[23].

Mặc dù hiện nay quy định KCB miễn phí đối với trẻ dưới 6 tuổi, tuy nhiên có đến gần 50% bệnh nhi KCB không có thẻ BHYT. Trẻ không có BHYT tập trung ở khu vực khám bệnh với 80,8%. Trong khi đó ở khu vực nội trú là 26,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Theo kết quả nghiên cứu định tính, mặc dù KCB theo dịch vụ tự nguyện là đắt hơn KCB theo thẻ BHYT nhưng không phải đợi lâu, các thủ tục không phức tạp. Điều này cho thấy, dịch vụ BHYT hiện có những bất cập nhất định trong việc đảm bảo việc cung cấp KCB mang tính toàn dân đúng nghĩa [24],[25].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hơn một nửa bệnh nhi đến KCB tại bệnh viện trên 4 lần, có hơn $\frac{3}{4}$ lượng bệnh nhi đã KCB bệnh viện trên 2 lần. Như vậy, đa phần các phụ huynh của bệnh nhân đều đã tiếp xúc với các cán bộ y tế từ trước đó, điều đó có nghĩa sẽ có sự phản ánh đạo đức của ĐDV xác thực hơn.

Đa phần các bậc phụ huynh đưa con đi khám là tự đến chiếm hơn 50%, chỉ 35,6% là chuyển viện từ bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh. Gần 8% là đến khám theo hẹn. Tuy nhiên có sự khác biệt giữa KCB nội trú và tại khoa khám bệnh. Đa phần tại khoa khám bệnh là tự đến (83,3%). Trong khi đó, tại ĐTNT tỷ lệ chuyển viện là 53,3%. Điều này phù hợp với thực tế KCB tại bệnh viện vì các bệnh nặng chuyển viện nằm ở các khoa nội trú, còn dịch vụ khoa khám bệnh tự nguyện là các dịch vụ mà bản thân các bậc phụ huynh cảm thấy sự cần thiết [25],[59].

4.1.1.2. Đặc điểm điều dưỡng viên trong nghiên cứu

Tại bệnh viện có nhiều khoa/phòng, trong đó có 2 khu vực là khám bệnh và ĐTNT. Hai khu vực này có những điểm khác biệt trong việc cung cấp dịch vụ y tế, do vậy nhóm nghiên cứu đề xuất chia làm 2 nhóm: tại Khoa Khám bệnh và khu ĐTNT.

Trong nghiên cứu có 214 ĐDV tham gia, trong đó ở Khoa Khám bệnh có 22 ĐDV (Khoa này có 22 ĐDV, như vậy là toàn bộ số ĐDV thực tế tại Khoa Khám bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu), chiếm tỷ lệ 10,3% tổng số ĐDV tham gia. Khu nội trú có 192 ĐDV tham gia, là một phần số ĐDV tại bệnh viện ở các khoa ĐTNT, chiếm tỷ lệ 89,7%. 214 ĐDV nói trên là những người tự nguyện tham gia nghiên cứu, có đầy đủ các tiêu chuẩn trong lựa chọn nghiên cứu.

Về giới tính, nữ chiếm tỷ lệ 86%, nam chiếm 14%, tỷ lệ này phù hợp với thực tế ngành điều dưỡng hiện nay. Tỷ lệ của nghiên cứu cũng phù hợp với khảo sát nguồn nhân lực điều dưỡng của Bùi Văn Thắng năm 2010 tại bệnh viện Bạch Mai [76] và khảo sát sự hài lòng của ĐDV về nghề nghiệp của Phí Thị Nguyệt Thanh [81]. So sánh thì tỷ lệ này cũng tương đương với tỷ lệ nữ ĐDV tại Pháp là 87%. Đây cũng là những đặc trưng của nghề điều dưỡng là nghề đòi hỏi phải có tính chịu khó, kiên nhẫn, những kỹ năng nhẹ nhàng, nhanh nhẹn trong công việc [4],[76],[147].

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng giả định những ảnh hưởng của hạnh phúc gia đình đến thái độ và đạo đức nghề nghiệp. Vì thế, nghiên cứu này cũng khảo sát tình trạng hôn nhân của ĐDV: Có hơn 60% ĐDV có vợ/chồng, gần 39% là chưa lập gia đình.

Về chỗ ở, nhiều ĐDV tại bệnh viện đến từ các tỉnh thành khác Hà Nội làm việc, không có nhà tại Hà Nội và phải đi thuê nhà, điều đó ảnh hưởng đến cuộc sống của ĐDV và sự yên tâm trong công việc. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có hơn 70%

ĐDV không có nhà và phải đi thuê nhà hoặc đi ở nhờ. Tại Khoa Khám bệnh tỷ lệ ĐDV có nhà tại Hà Nội là 50%, trong khi các khoa nội trú là 27,6%.

Trình độ cũng phản ánh một phần các kiến thức, kỹ thuật của ĐDV. Trong nghiên cứu, đa phần ĐDV là điều dưỡng trung cấp với tỷ lệ gần 60%; Đại học chiếm gần 20%; Cao đẳng: 14,5%; trình độ thạc sỹ chỉ có 2,8%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bình năm 2008 [4], trình độ đại học, cao đẳng của ĐDV là 8,7%. Điều này phản ánh rõ thực tế là từ năm 1995 chúng ta mới bắt đầu đào tạo điều dưỡng trình độ đại học chính quy [20],[81].

Về độ tuổi, đa phần các ĐDV ở độ tuổi còn trẻ, dưới 35 tuổi chiếm gần 90%, trong đó độ tuổi dưới 25 tuổi chiếm 35%. Độ tuổi ĐDV giữa 2 khu vực khám bệnh và điều trị nội trú là tương đương nhau. Tỷ lệ nhóm tuổi này là tương đương với nhóm tuổi trong nghiên cứu. Theo tác giả Lê Thị Bình năm 2008, nhóm tuổi dưới 25 là 16,7%, 25-30 tuổi 31,4%, 35-40 là 7,6%, 40-45 là 27,4% [4]. Điều này là sự hợp lý do ngành điều dưỡng là ngành mới [20],[142],[150].

Thâm niên công tác của ĐDV còn ngắn với hơn 50% ĐDV có thâm niên công tác dưới 5 năm. Nếu tính thâm niên công tác dưới 10 năm thì tỷ lệ này là hơn 82%. Điều này phù hợp với độ tuổi của ĐDV tại bệnh viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị Kim Oanh tại bệnh viện E năm 2012 [56] và kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thủy năm 2009 [83]. Nhóm tuổi nghề trẻ có khả năng nắm bắt nhanh nhẹn các kỹ thuật mới, có sức khỏe tuy nhiên cũng có những hạn chế do thiếu kinh nghiệm. Đây là nguồn nhân lực có khả năng đóng góp cho sự phát triển của bệnh viện [3].

4.1.2. Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên

4.1.2.1. Thực trạng thực hành y đức của điều dưỡng viên

** Phản ánh của khách hàng về thái độ phục vụ của điều dưỡng viên*

Thực tế việc chào hỏi khách hàng tại Khoa Khám bệnh là sự cần thiết, tạo sự tin tưởng, thoải mái cho người nhà bệnh nhi và bệnh nhi [23],[25]. Từ đó mang lại kết quả cao trong KCB. Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động này được thực hiện khá tốt: khoảng 75% người nhà bệnh nhân phản ánh về ĐDV có các hành vi, cử chỉ: chào, mời ngồi, hỏi tên; chú ý đến tâm trạng của người nhà bệnh nhân hơn 67%; hỏi tên và các biểu hiện liên quan đến bệnh hơn 82%. Tại các khoa nội trú, tỷ lệ ĐDV chào bệnh nhi là gần 78%

Với những bệnh nhi chuyển tuyến, đa phần cha mẹ bệnh nhi không biết nội quy, quy trình, thủ tục KCB. Do vậy việc hướng dẫn khách hàng trong khám bệnh là điều cần thiết [18],[22]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, việc giải thích về bệnh nhi chiếm 75%; hướng dẫn gia đình đi làm xét nghiệm hơn 92%; giải thích các phương pháp chăm sóc bệnh nhi hơn 63%; giải thích cách phòng bệnh 72%; hướng dẫn đến các phòng khám tiếp theo trong bệnh viện hơn 74%. Tuy nhiên, tỷ lệ ĐDV đi cùng phụ huynh bệnh nhân để làm xét nghiệm còn thấp với 17%;

ĐDV trong quá trình chăm sóc tại phòng điều trị nội trú cần đảm bảo sự ân cần, tỉ mỉ [34],[97]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ ĐDV mời bệnh nhi nằm theo tư thế thuận tiện để chăm sóc chiếm 84%; tỷ lệ ĐDV thực hiện việc đo mạch, huyết áp, nhiệt độ hàng ngày đạt 75%.

Ngoài ra, tỷ lệ ĐDV hỏi thêm các biểu hiện liên quan cũng đạt gần 80%; giải thích việc chăm sóc cho cha mẹ bệnh nhân đạt 82%; giải thích về thủ thuật cần làm cho bệnh nhi đạt 84%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, các cử chỉ thân thiện với bệnh nhân không phải lúc nào cũng được thực hiện [35],[39],[45].

Trong nghiên cứu định tính, đa phần các bậc phụ huynh cảm thấy hài lòng về thái độ tiếp đón, phục vụ (28/50); hướng dẫn chu đáo tận tình (35/50); tiếp đón nhẹ nhàng, giải thích dễ hiểu (19/50). Nhiều khách hàng phản ánh chất lượng dịch vụ của bệnh viện Nhi Trung ương là tốt hơn các bệnh viện khác.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy khách hàng cảm thấy việc tiếp đón không được tốt; 24 trường hợp phản ánh “Không hài lòng với thái độ đón tiếp, câu gắt”; 6 trường hợp phản ánh thái độ phục vụ kém, có 1 trường hợp phản ánh: "Thái độ của nhân viên đón tiếp rất lạnh nhạt, nói, trả lời người nhà cứ như là quát nạt người khác, không niềm nở”.

** Nghiên cứu thái độ phục vụ người bệnh của điều dưỡng viên*

Nghiên cứu trên đối tượng người nhà bệnh nhi có sự phù hợp với các kết quả mà nhóm nghiên cứu quan sát các hành vi của mỗi ĐDV tại bệnh viện.

Chủ động đón tiếp, thể hiện tính chuyên nghiệp của ĐDV trong công việc [48],[50],[53]. Tất cả các ĐDV đều có hành động như chủ động đón tiếp với thái độ niềm nở. Tuy nhiên, tỷ lệ hành động rất thường xuyên chỉ chiếm hơn 20% tổng số ĐDV; các hành động thường xuyên chiếm 71,5%; số ĐDV thi thoảng mới có hành động này chiếm 7%.

Việc ĐDV mời khách hàng ngồi chờ đúng quy định sẽ đảm bảo được sự trật tự trong quá trình KCB [90]. Kết quả nghiên cứu có 59,8% ĐDV thực hiện ở mức rất thường xuyên; 28,5% thường xuyên; 10,7% thỉnh thoảng.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ ĐDV biết lắng nghe và phản hồi khách hàng đạt gần 73% ở mức độ thường xuyên; tỷ lệ ĐDV hướng dẫn các thủ tục nhập viện, đưa người bệnh nặng đến nơi làm xét nghiệm, chụp, chiếu X-Quang đạt gần 90% ở mức độ thường xuyên; tỷ lệ ĐDV tìm hiểu nắm bắt diễn biến tâm lý bệnh nhi đạt 71,5% ở mức thường xuyên.

Đặc biệt với các việc làm mang tính nhân văn cao cả như động viên, an ủi, tôn trọng người bệnh và gia đình người bệnh thì tỷ lệ ĐDV đạt thái độ tốt và rất tốt ở mức 86,9%

Áp lực công việc thường dẫn tới biểu hiện của thái độ phục vụ kém và cách thức phục vụ không tốt. Điều này dễ hiểu khi mà lượng bệnh nhi tại bệnh viện thường là rất đông, nhân lực không đủ để có thể tiếp đón và chăm sóc bệnh nhi một cách chu đáo. Bệnh viện thường xuyên trong tình trạng quá tải. Số bệnh nhi khám bệnh năm 2012 là 672.060 ca, tăng 64,65% so với năm 2007 nhưng số nhân viên chỉ tăng 26% [3]. Các khoa ngày điều trị trung bình trên 10 ngày là: phục hồi chức năng, sơ sinh, gan mật, ung bướu; từ 7 đến 10 ngày là tim mạch, huyết học, hồi sức cấp cứu, thận lọc máu, nội tiết. Cần có các biện pháp giảm ngày điều trị trung bình tại các đơn vị này để giảm tải.

Nhóm nghiên cứu cũng cho rằng, từ thực tế này, nên chuyển khám điều trị trong ngày cho một số khoa. Tăng cường điều trị ngoại trú, điều trị trong ngày, giảm chờ xét nghiệm đặc biệt cho các khoa có bệnh mạn tính: ung bướu, huyết học lâm sàng, thận lọc máu, nội tiết, gan mật. Tăng cường nhân lực, trang thiết bị, mô hình hoạt động nhóm cho các đơn vị sơ sinh, hồi sức cấp cứu, tim mạch.

So với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu ở các bệnh viện cùng là tuyến trung ương, có sự tương đương về tỷ lệ hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ của ĐDV.

So sánh tỷ lệ này với các bệnh viện ở tuyến tỉnh, tuyến huyện, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Hà Thị Soạn [69] tại Phú Thọ, thái độ phục vụ của các nhân viên y tế trong bệnh viện chiếm tỷ lệ trên 90%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự Nguyễn Thị Hạ tại Bắc Giang [20] với 79,03% ĐDV tận tình chu đáo. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Hà Kim Phượng tại bệnh viện tâm thần tỉnh Nam Định [63]: ĐDV chu đáo niềm nở tại

phòng khám 93,3; Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn của Hoàng Tiến Thăng tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây Năm 2010 [77]: 93,7% người bệnh phản ánh ĐDV đón tiếp niềm nở đối với bệnh nhân.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ hài lòng thấp hơn hoặc tương tự các kết quả nghiên cứu của đồng nghiệp. Điều đó có thể do việc điều tra độc lập, khách quan hơn. Tuy nhiên, kết quả này cho thấy việc cần thiết phải nâng cao thái độ giao tiếp, phục vụ người bệnh, đảm bảo cho bệnh nhi và gia đình có cảm giác thân thiện và an tâm trong điều trị. Điều này có vai trò quan trọng trong việc tuân thủ các phác đồ điều trị và đạt hiệu quả điều trị.

Giao tiếp, ứng xử cũng là bộ mặt của bệnh viện, qua đó phản ánh được phương châm phục vụ khách hàng, thực hiện lời Bác Hồ dạy “Lương y như từ mẫu”; “Đến đón tiếp niềm nở, ở chăm sóc tận tình, về dặn dò chu đáo”.

4.1.2.2. Sự vi phạm các quy tắc đạo đức của ĐDV trong quan hệ với khách hàng.

** Các hành vi theo các chuẩn đạo đức của ĐDV trong giao tiếp với khách hàng*

Trong nghiên cứu, kết quả đánh giá các hành vi vi phạm đạo đức của ĐDV cho thấy: không có trường hợp nào phản ánh ĐDV kỳ thị vì các lý do tôn giáo, tín ngưỡng và giới tính của trẻ. Điều này phù hợp với thực tế của xã hội, khi mà nước ta không có nhiều những xung đột, hay mâu thuẫn về tôn giáo, tín ngưỡng. Quy tắc điều dưỡng của ICN [122],[123] cũng khẳng định “*Trong cung cấp dịch vụ chăm sóc, ĐDV được phát triển trong môi trường mà quyền con người, giá trị, khác hàng và niềm tin tâm linh của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng được tôn trọng*”.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người nhà bệnh nhi cảm thấy bị kỳ thị, phân biệt tình trạng bệnh, khuyết tật chiếm 4,6%. Trong đó tỷ lệ kỳ thị ở bệnh nhi điều trị nội trú cao hơn ở bệnh nhi khám bệnh. Kết quả nghiên cứu định

tính khi phỏng vấn các ĐDV cho thấy, hiện tượng phân biệt tình trạng bệnh là do các điều dưỡng phân loại bệnh nhân, giúp chăm sóc tốt hơn. Đó không phải là sự kỳ thị mà do người nhà bệnh nhi không hiểu rõ. Tuy nhiên, cũng có trường hợp được giải thích do nghi ngờ bệnh truyền nhiễm, điều dưỡng viên có các biện pháp bảo hộ [94],[95].

Đây là tình huống khó khăn trong việc phân biệt thế nào là vi phạm đạo đức. Một mặt các ĐDV cần có sự an toàn lao động theo Điều 5 Luật lao động về quyền và nghĩa vụ người lao động. Do vậy, ĐDV có quyền được phòng tránh nguy cơ bệnh tật truyền nhiễm từ bệnh nhân mà pháp luật bảo hộ. Mặt khác trách nhiệm ĐDV là phải có sự chăm sóc tận tình với người bệnh. Trong những trường hợp như vậy, cần có các quy định rõ ràng hơn trong kỹ thuật thực hiện CSBN. Bên cạnh đó cũng cần có sự giải thích rõ ràng hơn của ĐDV đối với khách hàng để tránh tình trạng đối xử không công bằng hoặc hiểu lầm là đối xử không công bằng [1],[93].

Trong nghiên cứu, vẫn còn hơn 20% số khách hàng cảm thấy họ không được đối xử công bằng. Trong đó các bệnh nhân nội trú cảm giác đối xử không công bằng cao hơn 2 lần so với Khoa Khám bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu định tính, một phụ huynh cho rằng con mình không được đối xử công bằng cho biết họ bị đối xử phân biệt giàu nghèo; phụ huynh khác thì cho biết ĐDV quát mắng những bệnh nhi không phải là người nhà của ĐDV hoặc bác sỹ.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các ĐDV không có sự đối xử công bằng với tất cả người bệnh chiếm tỷ lệ 2,8%; ĐDV phân biệt giới tính, tầng lớp giàu nghèo, dân tộc chiếm tỷ lệ 2,3% số ĐDV. ĐDV đối xử không công bằng với người bệnh, dù với bất kỳ lý do nào thì cũng là những hành vi vi phạm y đức [7],[13],[101].

Về cung cấp đầy đủ thông tin và giải thích cho khách hàng thì có tới 16% ĐDV không thực hiện. Trong đó có sự tương đương tỷ lệ giữa khu vực khám bệnh và nội trú.

Nghiên cứu định tính cho thấy việc cung cấp đầy đủ thông tin cho tất cả người nhà bệnh nhi là rất khó thực hiện vì lượng bệnh nhi tại bệnh viện luôn quá tải. Mặc dù việc không giải thích đầy đủ các thông tin cho khách hàng là vi phạm y đức nhưng việc không hoàn thành trách nhiệm được giao (tiếp đón, chăm sóc, thực hiện thủ thuật cho tất cả bệnh nhi) cũng là vi phạm vào quy chế công tác chuyên môn. Đó là mâu thuẫn mà người ĐDV phải đối mặt, giữa các cách lựa chọn thì việc hoàn thành chuyên môn mà bỏ qua việc giải thích đầy đủ cho khách hàng là điều dễ hiểu cho các ĐDV [75],[77],[157]. Giải pháp giải quyết không có cách nào khác là giảm tải hoặc tăng nhân lực. Và đó là giải pháp lâu dài.

Một đặc điểm quan trọng của đạo đức của người thầy thuốc là tình thương, được định nghĩa như sự hiểu biết và quan tâm cho nỗi đau của một người, nó cần thiết cho thực hành y học [156]. Người bệnh đáp ứng tốt hơn với điều trị nếu họ nhận được cảm thông. Kết quả nghiên cứu: hơn 90% khách hàng cho biết khi con họ bị đau đớn do tiêm, phẫu thuật,... đều được các ĐDV quan tâm, động viên, an ủi nhằm giúp trẻ cảm thấy bớt đau. Kết quả nghiên cứu trên đối tượng là ĐDV cũng cho thấy có 99,5% số ĐDV có thái độ ân, cần giúp đỡ bệnh nhi khi đau đớn.

Những hình ảnh đẹp của người ĐDV trong mắt bệnh nhân và người nhà thể hiện đạo đức nghề nghiệp, như nhận định của một khách hàng: “Thái độ của nhân viên đón tiếp và nhân viên lấy máu rất tốt, nhiệt tình, chỉ dẫn cho bệnh nhân nhẹ nhàng, khi lấy máu mà con tôi khóc thì bác sĩ nhẹ nhàng, dỗ dành cháu, không quát tháo”, cần được trân trọng, khích lệ để phát huy.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 97% khách hàng tin tưởng ĐDV giữ bí mật trong điều trị. Nghiên cứu trên ĐDV cho thấy hành vi tiết lộ thông tin người bệnh khi chưa được phép chiếm tỷ lệ 1,9%. Đây là các hành vi như tiết lộ thông tin cho người quen với bệnh nhân nhưng không phải là người có đại diện hợp pháp cho bệnh nhân. Tuy nhiên, qua nghiên cứu cũng cho thấy chưa có sự phản ánh về sự vi phạm từ người nhà bệnh nhân. Vì vậy, đánh giá vấn đề đạo đức ở hành vi này chưa thực sự rõ nét

Kết quả nghiên cứu cho thấy hơn 5% khách hàng cho rằng bản thân mình và con họ không được tôn trọng danh dự, nhân phẩm. Kết quả này tương đương với kết quả khi đánh giá ĐDV: hiện tượng không tôn trọng, danh dự, nhân phẩm của bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,6%. Các hành vi không tôn trọng nhân phẩm như là quát tháo người nhà bệnh nhi, không lễ phép với người nhiều tuổi hơn,... [10],[25].

Mặc dù vậy, sự phản ánh này mang tính chất cảm tính và chưa có những bằng chứng cụ thể hay sự so sánh những chuẩn mực cụ thể. Do vậy, đây là hành vi khó đo lường. Tuy nhiên, ĐDV cũng cần lắng nghe để cải thiện hình ảnh vì sự thân thiện với khách hàng là điều cần thiết trong việc CSBN.

** Hành vi gây bức xúc đối với khách hàng của ĐDV*

Những hành vi gây ra sự bức xúc người bệnh mà các phương tiện truyền thông hiện nay đang phản ánh, tạo ra sự quan tâm của dư luận đó là các hành vi quát tháo bệnh nhi và các hành vi lấy tiền/phong bì của người nhà bệnh nhi của cán bộ ngành y tế nói chung và ĐDV nói riêng [16],[19].

Quy tắc đạo đức của Hội điều dưỡng Việt Nam [32] quy định việc ĐDV phải “*Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh*”. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ khách hàng nói rằng đã bị quát chiếm tới gần 23%. Số đã từng trông thấy ĐDV quát tháo bệnh nhi, người nhà bệnh nhi khác chiếm gần 20% tổng số khách hàng. Tỷ lệ bệnh nhân và người nhà

bị quá tháo ở ĐTNT cao hơn so với khám bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu trên đối tượng ĐDV, các hành vi cửa quyền, hách dịch, sách nhiễu, trì hoãn, thờ ơ chiếm tỷ lệ 2,8%

Hành vi lấy tiền bồi dưỡng/phong bì người nhà bệnh nhi của ĐDV, tùy từng hoàn cảnh mà có thể vi phạm đạo đức nghề và cao hơn là vi phạm pháp luật [29],[32]. Tuy nhiên, với hành vi nhận tiền người nhà bệnh nhân trong mục đích cung cấp thêm các dịch vụ khác ngoài giờ, hay các hành vi nhận tiền/ phong bì trong trường hợp người nhà bệnh nhi cảm ơn sau khi ra viện/sau khi khỏi bệnh thì không có một quy định nào nghiêm cấm hành vi nhận tiền/phong bì trong trường hợp này. Có sự khác biệt về tỷ lệ đưa tiền giữa 2 dịch vụ KCB tại Khoa Khám bệnh và ĐTNT.

Việc người nhà nhận tiền, phong bì trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn quả nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức năm 2010 [17], tình trạng đưa tiền bồi dưỡng nhân viên y tế chiếm 24% (trong đó đưa cho bác sỹ 22%; điều dưỡng 16%; hộ lý 9%; bảo vệ 4%); thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức năm 2009 [46], hiện tượng chi phí thêm tiền cho NVYT ngoài viện phí chiếm tỷ lệ 1,2% (trong đó: do tự nguyện 73,3%; do NVYT gợi ý 26,7%).

Do đặc điểm nghề thầy thuốc không chỉ là chuyên môn nghề nghiệp, không chỉ là sự làm tròn trách nhiệm, mà nó còn có tình thương, sự tận tụy vì lương tâm mà giá trị đồng tiền không thể đo được, nên việc nhận tiền mà người nhà bệnh nhi bồi dưỡng cần được phân biệt rõ. Bệnh viện cần nhận diện những hành vi vi phạm cũng như tổ chức quản lý hiệu quả nhằm đảm bảo không xảy ra tiêu cực, đảm bảo người nhà bệnh nhân yên tâm KCB cho trẻ tại bệnh viện [50],[85],[86].

Gian dối trong điều trị, sử dụng thuốc là hành vi vi phạm pháp luật, vi phạm quy chế bệnh viện [87]. Kết quả nghiên cứu người nhà bệnh nhân cho thấy hơn 5% cho rằng ĐDV gian dối trong điều trị, sử dụng thuốc. Mặc dù chỉ

là những nghi ngờ, mang tính cảm tính và chưa có sự việc cụ thể nào được phát hiện, song việc nghi ngờ sẽ làm mất niềm tin ở khách hàng với ĐDV.

Nghiên cứu cho thấy ĐDV có hành vi tiêu cực, lạm dụng nghề nghiệp thu lợi trong CSBN vẫn còn tồn tại với tỷ lệ là 3,3% số ĐDV. Đây là một vấn nạn trong ngành y tế cần được giải quyết một cách triệt để, nhằm bảo vệ đạo đức, uy tín của người thầy thuốc trong việc CSSK cho người dân. Nhận thức được điều này, bệnh viện là đơn vị thực hiện cần đẩy mạnh việc quán triệt những gian dối trong hành nghề. Cần có những biện pháp quản lý chặt hơn nữa trong các quy trình chăm sóc và điều trị người bệnh [84],[95],[116].

4.1.2.3. Nhận thức y đức và lòng yêu nghề của điều dưỡng viên

**Nhận thức về y đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng*

Sự nhận thức rõ các quyền lợi của khách hàng, nghĩa vụ trong việc chăm sóc bệnh nhân sẽ giúp ĐDV hiểu được những hành vi không được phép và trách nhiệm trong công việc của mình đối với công tác CSBN.

Người điều dưỡng phải có chức năng, nhiệm vụ của mình trong CSNB hàng ngày. Nhưng trong công việc cần kết hợp thêm sự sáng tạo của ĐDV sẽ giúp nâng cao chất lượng trong chăm sóc người bệnh như: kiến thức, sự nhạy bén, sự thích nghi, sự kiên nhẫn và kinh nghiệm [7],[8]. Nhận thức được vai trò, nhiệm vụ của mình trong việc CSBN có ý nghĩa lớn đảm bảo việc thực hiện đạo đức nghề nghiệp của ĐDV được tốt nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy về nhận thức mối quan hệ với khách hàng của ĐDV: 54,2% cho rằng ĐDV là người có trách nhiệm CSBN; 31,8% cho rằng điều dưỡng là người cung cấp dịch vụ. Ở mỗi sự nhận thức có những chuẩn mực nhất định trong việc CSBN theo các cách khác nhau. Ở quan điểm người cung cấp dịch vụ thì đối tượng người bệnh và gia đình người bệnh có thể được hiểu là khách hàng, ở những quan điểm ĐDV là người CSBN thì

người bệnh và gia đình người bệnh thường được hiểu đúng với nghĩa bệnh nhân và người thầy thuốc [53],[126].

Tuy có những quan điểm khác nhau, song tất cả các quy tắc đạo đức từ luật pháp đến các quy tắc của các hội điều dưỡng đều có sự trân trọng các giá trị con người, giá trị cao đẹp của người thầy thuốc [32],[123].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy ĐDV nhận thức khá tốt về quyền lợi của khách hàng với tỷ lệ 82,7% ĐDV cho rằng khách hàng được quyền biết về bệnh của mình; 78,5% cho rằng khách hàng có quyền được giải thích, lựa chọn, các kỹ thuật chăm sóc. Tuy nhiên, còn có tới 4,2% số ĐDV không rõ/không biết về quyền lợi của khách hàng. Chính sự hiểu biết không đầy đủ về quyền lợi của khách hàng, điều đó khiến ĐDV vi phạm các quyền lợi của khách hàng trong khi họ nghĩ là không vi phạm [50].

Sự nhận thức không đầy đủ như vậy đã giải thích được thực trạng đạo đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng mà chúng tôi đã trình bày ở phần trên. Điều đó cho thấy các văn bản pháp luật như: Luật Phòng chống tham nhũng; Luật Khám chữa bệnh; các quy tắc ứng xử của hội điều dưỡng Việt Nam; các quy tắc điều dưỡng cần được cụ thể hóa trong việc tuyên truyền phổ biến cho các ĐDV. Điều đó hy vọng sẽ làm giảm được các hành vi vi phạm đạo đức của ĐDV [31],[86].

Các hành vi quát tháo là những hành vi mà nhận thức của ĐDV và người bệnh còn có những ý kiến trái chiều. Có những ý kiến cho rằng ĐDV không được quát tháo, nhưng cũng có ý kiến cho rằng việc đó là chuyện bình thường. Ở ĐDV thì được hiểu là đó là khi họ thấy bệnh nhân và người nhà vi phạm các nội quy trong KCB, hoặc giải thích rằng đó là khi căng thẳng, họ bị stress. Cũng có trường hợp thì được giải thích đơn giản là nói to vì số lượng bệnh nhân quá đông, rất ồn, không nói to thì người khác không nghe được.

Ở đây cần rõ ràng hơn trong sự nhận thức của ĐDV cũng như người nhà trong việc quát tháo và bị quát tháo. Tăng cường hiểu biết người dân, nâng cao nhận thức ĐDV, phân công công việc hợp lý cho ĐDV hy vọng sẽ làm giảm được vấn đề ĐDV quát tháo bệnh nhân [18],[40],[83].

Đưa tiền/phong bì là một hiện tượng ở một góc nhìn xã hội thì đa phần cho rằng đó là hành vi vi phạm đạo đức, tuy nhiên ở một góc độ khác khi mà sự nhận thức của ĐDV và người nhà cho rằng đó là chuyện bình thường nếu như người nhà muốn cảm ơn mang, một sắc thái một văn hóa truyền thống từ xưa đến nay của con người [23],[94], nhất là khi mạng sống được cứu sống hay tình trạng sức khỏe được phục hồi. Nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh rõ được điều đó.

Thực tế, thái độ của ĐDV với việc khách hàng đưa tiền bồi dưỡng, phong bì cũng được phản ánh khá chính xác trong nghiên cứu: 38,3% cho rằng bệnh nhân và người nhà không nên đưa phong bì; 35% cho rằng họ muốn tác động để được chăm sóc tốt hơn; 15,4% cho rằng có tiền bồi dưỡng/phong bì cũng được, không có cũng chẳng sao; 9,3% cho rằng việc nhận phong bì là biểu hiện sự cảm ơn của bệnh nhân là chuyện bình thường. Nghiên cứu cho thấy đến hơn 60% số ĐDV đồng ý hoặc đồng tình với việc khách hàng đưa phong bì.

Theo nhận thức của khách hàng về hành vi đưa tiền/phong bì cho ĐDV cũng không hoàn toàn tiêu cực khi có tới 58% cho rằng họ muốn cảm ơn các ĐDV đã chăm sóc con cháu họ nhiệt tình, chu đáo; 40% cho rằng việc đưa tiền vì họ sợ con họ sẽ không được các ĐDV chăm sóc tốt; 2,7% cho rằng việc đưa phong bì vì thấy người khác cũng làm như vậy nên họ đưa. Chỉ một tỷ lệ nhỏ với 1,9% cho biết là có sự gợi ý của ĐDV.

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu định tính mà chúng tôi thu được qua phỏng vấn một số đối tượng khi cho rằng việc họ đưa tiền là muốn cảm ơn bác sỹ, ĐDV đã tận tình chăm sóc con họ. Tuy vậy, nhìn từ khía cạnh nhận thức việc đưa

tiền cho ĐDV là đúng hay sai thì có 96,5% nhận thức là sai và 3,5% nhận thức là đúng. Phải chăng, vì những nhận thức như vậy giữa ĐDV và người nhà bệnh nhi mà tình trạng người nhà đưa tiền cho ĐDV còn tồn tại, không chỉ với bệnh viện Nhi Trung ương mà còn ở nhiều bệnh viện khác [23],[48],[90].

Như vậy, riêng về vấn đề tiền bồi dưỡng/phong bì phải có những quy định về hành vi nào được phép, hành vi nào không được phép, cần sự rõ ràng trong chuẩn mực đạo đức [22].

Hơn nữa, trong khi ngành y tế luôn đấu tranh chống lại các hiện tượng tiêu cực của một bộ phận nhỏ ĐDV, thì bản thân người nhà bệnh nhân lại không có nhiều những phản ứng, những đấu tranh cho chính quyền lợi của mình. Về thái độ, phản ứng nếu bị quất tháo của khách hàng khi bị ĐDV, thái độ khách hàng sẽ gửi phản ánh đến lãnh đạo bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 53%; tiếp đến là góp ý trực tiếp với gần 46%; gửi phản ánh đến cơ quan khác chiếm 9,8%; không biết phải làm gì chiếm 17,1%. Tỷ lệ này cũng gần tương ứng khi được hỏi về thái độ, phản ứng của người nhà khi bị ĐDV gợi ý đưa tiền bồi dưỡng/phong bì [10],[23].

Tuy nhiên, khi hỏi định tính các đối tượng thì thực tế người nhà BN chưa bao giờ gửi phản ánh của họ đến lãnh đạo bệnh viện, hay cơ quan nào, thậm chí góp ý trực tiếp cho ĐDV cũng không có. Chính thái độ thờ ơ, thiếu sự đấu tranh của khách hàng là mảnh đất dung túng những hành vi mà một số ĐDV biểu hiện (như quất tháo bệnh nhân hay gợi ý đưa tiền/phong bì). Sự hiểu biết, cùng với chuẩn mực xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành mối quan hệ đạo đức giữa ĐDV và khách hàng [111],[146].

Từ các nghiên cứu định tính, chúng tôi cho rằng, mặc dù những hành vi đạo đức của ĐDV được điều chỉnh bởi các quy định của pháp luật và nội quy, quy chế của bệnh viện nhưng đồng thời nó cũng được điều chỉnh bởi chính những hiểu biết, thái độ của khách hàng. Khách hàng đóng vai trò qua trọng

trong việc hình thành những hành vi vi phạm đạo đức của ĐDV. Khách hàng có kiến thức hiểu biết, có sự đấu tranh với các hành vi vi phạm thì đạo đức của ĐDV sẽ được cải thiện và từng bước nâng cao chất lượng CSBN. Khách hàng là đối tượng chính trong việc hình thành các nguyên tắc cung cấp dịch vụ y tế của bệnh viện nói chung và của ĐDV nói riêng [127],[133].

Tuy nhiên, khi đưa ra nhận định này, chúng tôi cũng khá cân nhắc bởi bản thân khách hàng cũng khó khăn khi nhận biết được các hành vi sai phạm, nhất là những lĩnh vực mang tính chuyên môn, đặc thù như công tác chăm sóc người bệnh. Hơn nữa, việc cung cấp dịch vụ trong y tế khác với các ngành khác. Nếu như các ngành nghề khác “khách hàng là thượng đế” thì trong ngành y tế rất khó có thể thực hiện được điều đó khi khách hàng là người cần có sự can thiệp của cán bộ y tế trong những tình trạng mong mỏi đợi chờ và lo âu với bệnh tật người nhà họ đang mắc phải. Chính sự lo lắng đến sức khỏe của bệnh nhân, mà người nhà có những hành vi vi phạm quy chế bệnh viện, sẵn sàng bỏ tiền để bồi dưỡng cho cán bộ y tế [16],[46].

Các nghiên cứu trước đây thường đánh giá vào mức độ hài lòng hoặc có hay không những tình trạng tiêu cực ở người ĐDV, trong khi đó không đề cập đến cái nhìn từ chính bản thân khách hàng. Khách hàng có thể là động lực hoặc là nguyên nhân của các hành vi tiêu cực ở người ĐDV. Dưới cái góc nhìn như vậy, mà nhóm nghiên cứu chúng tôi đã đi sâu phân tích để có được sự nhìn nhận toàn diện hơn trong vấn đề tiêu cực của ĐDV. Qua đó, tìm ra những giải pháp hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao y đức của ĐDV đảm bảo được chất lượng CSBN một cách tốt nhất.

** Nhận thức của điều dưỡng viên trong mối quan hệ đồng nghiệp*

Thực tế, không một văn bản nào quy định một cách cụ thể các hành vi vi phạm pháp luật trong đạo đức quan hệ với đồng nghiệp của ĐDV. Bệnh viện cũng

cần làm tốt công tác tổ chức cán bộ, biểu dương, khuyến khích những việc làm nâng cao giá trị đạo đức trong quan hệ với đồng nghiệp của ĐDV [34],[36].

Kết quả nghiên cứu: có gần 70% cho rằng mối quan hệ đồng nghiệp là làm việc theo nhóm, thường xuyên chia sẻ kinh nghiệm; 28% cho rằng mối quan hệ đồng nghiệp là hỗ trợ nhau khi cần thiết. Kết quả này phản ánh đúng thực trạng mối quan hệ trong đồng nghiệp của ĐDV mà chúng tôi đã nêu ở phần trên. Qua đó cho thấy sự quan trọng trong việc nhìn nhận mối quan hệ đồng nghiệp của người ĐDV [60],[105].

Theo các ĐDV, sự hài lòng trong quan hệ đồng nghiệp là yếu tố quan trọng, thúc đẩy cho mối quan hệ của ĐDV với đồng nghiệp được tốt hơn. Bên cạnh đó còn là yếu tố đảm bảo sự gắn kết của ĐDV với công việc. Từ đó có sự phân công hợp lý, giúp nhau trong việc, tạo ra sức mạnh tổng hợp trong tập thể [52],[54]. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự hài lòng của ĐDV trong mối quan hệ đồng nghiệp có 90,7% là hài lòng; 9,3% là không hài lòng.

Nhìn từ con số không hài lòng thì các nguyên nhân: 8,9% là do có sự tranh giành đồ kỹ; 9,3% là do không có trách nhiệm với tập thể; 7% do không có sự phối hợp trong chuyên môn; 6,1% do không có sự quan tâm, chia sẻ, 5,1% do không giúp đỡ chuyên môn.

Như vậy, bệnh viện cần làm tốt hơn nữa trong việc giảm sự đồ kỹ trong công việc, tăng cường trách nhiệm tập thể, phối hợp tốt chuyên môn, quan tâm chia sẻ, giúp đỡ chuyên môn. Để làm được việc đó, bệnh viện cần có sự tăng cường học tập, hiểu biết lẫn nhau, cần có các buổi sinh hoạt tập thể, các buổi phát biểu ý kiến đóng góp từ chính bản thân mỗi ĐDV. Qua đó sẽ gắn chặt sự đoàn kết, sự chia sẻ, hiểu biết trong mối quan hệ giữa ĐDV với đồng nghiệp [32],[33].

** Nhận thức đạo đức của điều dưỡng viên trong công tác chuyên môn*

Nhận thức đạo đức của ĐDV là yếu tố quan trọng, quyết định đến sự hình thành các hành vi đạo đức của người ĐDV [69],[71],[74]. Nghiên cứu

cho thấy vẫn còn có tới $\frac{1}{4}$ số ĐDV không đạt về sự hiểu biết về đạo đức nghề nghiệp, như vậy kiến thức về đạo đức nghề nghiệp của ĐDV còn thấp. Việc đào tạo nhằm nâng cao kiến thức hiểu biết đạo đức nghề nghiệp là điều cần thiết [16],[83],[86].

Chuẩn mực đạo đức phải được hình thành ngay từ khung chương trình đào tạo [90],[91],[92]. Kết quả nghiên cứu cho thấy các ĐDV khi còn đi học đã từng được học đạo đức nghề nghiệp trong trường học. Trong đó: học lồng ghép các môn học khác là 74,3%. Các môn học mà theo ĐDV đã từng học là môn: tâm lý, môn quản lý. Trong khi đó có 16,4% cho biết đã từng học thành môn riêng; 9,3% ĐDV nghe nói đến. Qua nghiên cứu cho thấy, các chương trình đào tạo về điều dưỡng thiếu sự thống nhất một chuẩn mực trong đào tạo.

Do đặc điểm ĐDV là một nghề mà ở đó không chỉ thực hiện các thao tác kỹ thuật, mà ở đó còn cả tình thương đối với người bệnh, đó là cả giá trị nghề nghiệp cao cả. Kết quả nghiên cứu đại đa số ĐDV cho rằng đạo đức nghề nghiệp là cần thiết và rất cần thiết (91%). Tuy nhiên có đến 7% cho rằng có cũng được và không có cũng được; 1,9% cho rằng không cần thiết.

Sự thiếu sót 12 điều y đức, có nghĩa là sự thực hiện không đầy đủ, hoặc vi phạm các quy tắc y đức theo quy tắc đạo đức ngành y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy các ĐDV, biểu hiện thiếu sót 12 điều y đức khoảng hơn 80%. Trong đó: thỉnh thoảng gặp 71,5%; gặp rất nhiều có 9,3%. Việc thiếu sót 12 điều y đức cũng là sự vi phạm các quy tắc đạo đức mà phần đánh giá thực trạng y đức của ĐDV mà chúng tôi đã đề cập. Điều này phù hợp và logic với những phản ánh của khách hàng và của đồng nghiệp ĐDV cũng như những gì những người nghiên cứu quan sát được.

Thực hành chuyên môn có vai trò quan trọng, quyết định đến chất lượng CSNB của ĐDV. Công việc hàng ngày của ĐDV chủ yếu là thực hành,

nhieu kết quả nghiên cứu đã cho thấy ĐDV thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật vẫn chưa đủ các bước theo quy trình [38],[58],[64].

Các tiêu chuẩn thực hành mà nghiên cứu của chúng tôi tiến hành, dựa trên các tiêu chuẩn đạo đức của hội điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số ĐDV thực hiện tốt tiêu chuẩn thực hành: Có 96,7% ĐDV đạt tiêu chí chịu trách nhiệm với những hành vi chuyên môn trong CSBN; Có 93,9% ĐDV đạt tiêu chí can thiệp kịp thời và báo cáo cho người phụ trách khi phát hiện đồng nghiệp làm sai; Có 98,6% ĐDV đạt tiêu chí trung thực trong việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao cho bệnh nhân; Có 98,1% đạt tiêu chí ghi phiếu theo dõi, chăm sóc...

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, mặc dù các quy trình kỹ thuật điều dưỡng hầu hết tuân thủ các giá trị đạo đức. Tuy nhiên, các thao tác thực hành như quy trình thực hiện công tác quản lý... là những tiêu chuẩn ít được học trong các trường điều dưỡng. Do vậy, mặc dù có sự phân công, các ĐDV có chuyên môn vẫn sai các quy trình thực hành. Như vậy, thực hành đào tạo lại cho cán bộ là điều cần thiết nhằm đảm bảo các kỹ năng của các ĐDV được học trong trường có thể thực hiện tốt nhiệm vụ được giao tại bệnh viện [43],[73],[93].

** Sự hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng viên*

Đối với bất cứ một đơn vị/cơ quan/doanh nghiệp cung cấp dịch vụ thì luôn có hai đối tượng khách hàng, đó là khách hàng bên trong và bên ngoài. Ở đây, cần hiểu đối tượng dịch vụ điều dưỡng CSBN tại bệnh viện thì khách hàng bên ngoài là các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, trong khi đó khách hàng bên trong chính là bản thân mỗi ĐDV. ĐDV là một nhân tố quan trọng trong việc xác định chất lượng dịch vụ CSBN. Đánh giá sự hài lòng của ĐDV không kém phần quan trọng so với sự hài lòng của người bệnh và gia đình người bệnh.

Sự hài lòng ở ĐDV với nghề nghiệp bao gồm sự hài lòng về ước muốn nghề nghiệp; về mức độ phù hợp nghề nghiệp với khả năng/kỹ năng của bản

thân; về mức thu nhập, sự hài lòng khả năng thăng tiến; về mức độ lao động (sự vất vả) và thời gian làm ngoài giờ. Đó là những tiêu chí mà chúng tôi đánh giá [85],[88],[132].

Nghiên cứu cho thấy, khoảng 77% ĐDV cảm nhận mức độ phù hợp và rất phù hợp với nghề điều dưỡng, trong khi đó 21% ĐDV không biết có hợp hay không hoặc cảm thấy bình thường và có 1,9% ĐDV cảm thấy nghề điều dưỡng không phù hợp với bản thân họ. Như vậy, đa số người ĐDV cảm thấy hợp với ngành ĐD. Tuy nhiên, tỷ lệ cảm thấy không phù hợp vẫn còn khá cao.

Có rất nhiều nguyên nhân để họ cảm nhận như vậy. Nguyên nhân mà họ chỉ ra chủ yếu là những mặt hạn chế của nghề điều dưỡng: có 8,9% cho rằng nghề điều dưỡng công việc vất vả hơn nghề khác vì phải chăm sóc nhiều bệnh nhân; 8,9 % cho rằng nghề điều dưỡng mức lương thấp; 7% cho rằng nghề có khả năng thăng tiến thấp; 6,5% cho rằng nghề có nguy cơ, nguy hiểm do phải tiếp xúc với người bệnh; 6,1% không muốn nghề điều dưỡng vì hay phải làm ngoài giờ, trực đêm;....

Thực tế, ĐDV đến với nghề phần lớn cũng hiểu và chấp nhận điều đó. Bởi vậy, để mỗi ĐDV yên tâm gắn bó với nghề nghiệp, phát huy được những kỹ năng chuyên môn nghiệp vụ, thực hiện tốt công tác CSNB thì cũng cần có những hỗ trợ, những chính sách về đời sống, môi trường làm việc, lương bổng... để đảm bảo cho người ĐDV thêm yêu nghề hơn [79],[80],[81].

4.1.3. Một số yếu tố liên quan đến ý đức của điều dưỡng viên

Nghiên cứu xác định các yếu tố ảnh hưởng đến ý đức của ĐDV, qua đó có thể tác động can thiệp nhằm nâng cao đạo đức cho người ĐDV. Vì thế, nhóm nghiên cứu đã xây dựng khung lý thuyết mô tả ảnh hưởng các yếu tố đến đạo đức của người ĐDV [138],[156],[158].

** Ảnh hưởng một số yếu tố đến y đức trong quan hệ ĐDV với khách hàng*

Mối quan hệ giữa ĐDV và bệnh nhân là mối quan hệ cốt lõi trong các dịch vụ điều dưỡng. Xác định yếu tố ảnh hưởng đến thực hành đạo đức trong quan hệ ĐDV với người bệnh nghĩa là xác định được những giải pháp can thiệp nâng cao y đức trong mối quan hệ ĐDV với người bệnh và gia đình người bệnh [89],[127],[143].

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến thái độ phục vụ bệnh nhi của ĐDV, bao gồm: kinh nghiệm, lòng yêu nghề, kiến thức y đức, phải làm thêm giờ và lượng bệnh nhân phải chăm sóc ($p < 0,05$). Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tiêu cực của ĐDV, bao gồm: lòng yêu nghề; hiểu biết đúng về y đức; làm thêm giờ; số bệnh nhân chăm sóc/ngày của ĐDV, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó ĐDV không có lòng yêu nghề thì mức độ có hành vi tiêu cực cao gấp 2,38 lần các ĐDV có lòng yêu nghề.

Đặc biệt, ĐDV phải làm thêm giờ có hành vi tiêu cực cao gấp 3,45 lần mức ĐDV không làm thêm giờ, số bệnh nhân phải chăm sóc trên 20 bệnh nhân/ngày có mức hành vi tiêu cực cao gấp 2,37 lần các ĐDV chăm sóc lượng bệnh nhân ít hơn 20 bệnh nhân/ngày.

Nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của việc quá tải, lượng bệnh nhân đến việc tiếp cận, phục vụ của ĐDV. Bố trí công việc hợp lý và các điều kiện lao động phù hợp là yếu tố đảm bảo duy trì y đức tốt trong mối quan hệ ĐDV với khách hàng [119],[122],[129].

** Mối liên quan một số yếu tố tới y đức trong quan hệ với đồng nghiệp*

Mối quan hệ đồng nghiệp giúp các đồng nghiệp có thể chia sẻ kinh nghiệm, kiến thức, kỹ năng công tác và phát huy các giá trị đạo đức nghề nghiệp, từ đó hình thành văn hóa tổ chức đặc thù của ĐDV [57],[82],[133]. Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê

($p < 0,05$) tới đạo đức trong quan hệ đồng nghiệp, bao gồm: cảm nhận về sự phù hợp nghề nghiệp với những kỹ năng của bản thân; hài lòng mối quan hệ đồng nghiệp; sự yêu nghề; hiểu đúng về y đức.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, về đạo đức- những người không đạt quan hệ tốt với đồng nghiệp, không cảm nhận phù hợp với công việc thì tỷ lệ không đạt cao gấp 2,73 lần những người cảm nhận phù hợp giữa nghề nghiệp với khả năng bản thân. Những người không hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp có mức độ không đạt cao gấp 3,71 lần những người hài lòng. Những người không yêu nghề có mức độ không đạt cao gấp 2,77 lần những người yêu nghề. Những người hiểu không đủ về y đức có mức độ không đạt cao 2,54 lần những người hiểu đầy đủ về y đức.

Như vậy, bệnh viện cần đảm bảo cho bản thân mỗi ĐDV phát huy được hết kỹ năng chuyên môn của mình. Cần có các buổi ngoại khóa, các buổi sinh hoạt nhằm tăng cường sự hiểu biết, đoàn kết giữa các ĐDV. Bệnh viện cũng cần nâng cao các giá trị nghề nghiệp, tạo điều kiện cho sự phát triển nghề nghiệp của ĐDV từ đó ĐDV cảm nhận sự yêu nghề hơn. Việc hiểu biết về y đức giúp ĐDV điều chỉnh các hành vi của mình từ đó nâng cao được y đức của ĐDV trong quan hệ với đồng nghiệp [58],[59],[110].

** Một số yếu tố ảnh hưởng đến y đức trong thực hành chuyên môn*

Đạo đức trong thực hành chuyên môn đóng vai trò quan trọng, nó quyết định đến các quy trình CSBN được đảm bảo, hơn nữa nó đảm bảo cho chất lượng CSBN của điều dưỡng viên. Kết quả nghiên cứu khi so sánh mối liên quan giữa việc thực hành chuyên môn với một số yếu tố cho thấy: trình độ học vấn; kinh nghiệm; cảm nhận về sự phù hợp nghề nghiệp với kỹ năng bản thân; lòng yêu nghề; hiểu về y đức có ảnh hưởng đến việc thực hành chuyên môn của ĐDV ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy ĐDV có trình độ cao đẳng, trung cấp có điểm thực hành chuyên môn không đạt cao gấp 3,8 lần những cán bộ có trình độ đại học và sau đại học. ĐDV có kinh nghiệm công tác dưới 5 năm, có điểm thực hành chuyên môn không đạt cao gấp 2,1 lần những người có kinh nghiệm trên 5 năm. Những ĐDV cảm nhận không phù hợp thì điểm thực hành không đạt cao gấp 2,1 lần những người cảm nhận phù hợp. Những ĐDV không yêu nghề có điểm thực hành không đạt cao gấp 2,2 lần những người yêu nghề. Những ĐDV không hiểu đầy đủ về y đức có tỷ lệ thực hành không đạt cao gấp 2,37 lần những người hiểu đầy đủ về y đức.

Từ kết quả này cho thấy sự cần thiết của việc nâng cao trình độ học vấn, nâng cao kinh nghiệm, tạo điều kiện cho mỗi ĐDV phát huy được chuyên môn nghiệp vụ, môi trường làm việc được đảm bảo, bệnh viện cũng cần có các hoạt động nâng cao lòng yêu nghề bằng việc biểu dương, phát huy các giá trị nghề nghiệp của ĐDV, bên cạnh đó cũng cần thiết có các lớp tập huấn, đào tạo nâng cao y đức cho ĐDV tại bệnh viện [51],[55],[56].

4.2. Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức của ĐDV

4.2.1. Cơ sở lựa chọn biện pháp can thiệp

Trên cơ sở các ý kiến đề xuất của người nhà bệnh nhi, của bản thân ĐDV, của giám đốc bệnh viện, nhóm nghiên cứu đã tập hợp được một số biện pháp nhằm nâng cao y đức cho đội ngũ ĐDV. Các nhóm biện pháp này xuất phát từ nhu cầu thực tế chứ không chỉ do các nhà quản lý nghĩ ra và áp đặt một chiều. Tuy nhiên, không phải biện pháp nào cũng có thể thực hiện được ngay và có thể mang lại hiệu quả cao [52],[53],[126].

** Tăng cường hiểu biết cho người nhà bệnh nhi về nội quy bệnh viện và mối quan hệ giữa ĐDV với bệnh nhi và gia đình bệnh nhi*

Một điều thú vị khi thực hiện nghiên cứu nhìn vấn đề y đức từ 2 góc độ ĐDV và khách hàng, chúng tôi nhận thấy có nhiều điểm được coi là “không

hiểu nhau”: khách hàng không hiểu ý, không nghe rõ hướng dẫn của ĐDV; ngược lại ĐDV nhiều khi hiểu sai các yêu cầu phục vụ hoặc mệt mỏi vì phải phục vụ quá nhiều. Việc tìm một tiếng nói chung giữa ĐDV và khách hàng cũng là cách thức hiệu quả để giảm áp lực cho ĐDV, tăng cường sự hợp tác của khách hàng.

Như vậy, giải pháp cần thiết ở đây là tăng cường hiểu biết cho khách hàng về công việc của ĐDV. Giải pháp này thực sự cần thiết, vì chính sự thiếu hiểu biết của khách hàng cũng góp phần trong việc hình thành các hành vi tiêu cực của ĐDV. Khách hàng cần hiểu những quyền lợi và nghĩa vụ của mình khi đưa con mình đi KCB bệnh viện.

Việc tăng cường hiểu biết có thể thực hiện bằng nhiều cách, tuy nhiên khách hàng là những đối tượng không cố định, hàng ngày bệnh viện tiếp nhận hàng nghìn bệnh nhi khác nhau, nên việc nâng cao hiểu biết cho từng khách hàng là tốn kém. Vì vậy, giải pháp hiệu quả và tiết kiệm kinh phí nhất là việc tăng cường các bảng hiệu hướng dẫn cho bệnh nhi và người nhà [39],[49],[50]. Những giải pháp khác cần nghiên cứu thêm bởi việc nâng cao kiến thức hiểu biết của người nhà bệnh nhi khó có thể thực hiện đồng bộ, hiệu quả thấp, chi phí cao [42],[45],[47].

** Tập huấn đào tạo lại, nâng cao trình độ đạo đức, chia sẻ kinh nghiệm*

Đây là giải pháp tốt, đảm bảo sự kiến thức, trình độ y đức của cán bộ ĐDV, có tính khả thi cao, dễ dàng thực hiện tại bệnh viện. Bên cạnh đó, tập huấn, nâng cao trình độ y đức cho cán bộ là giải pháp mang tính bền vững. Các nội dung đào tạo ưu tiên theo thứ tự là: đạo đức trong chăm sóc và điều trị người bệnh; đạo đức trong nghiên cứu khoa học; đạo đức trong giao tiếp với đồng nghiệp, với bệnh nhân [12],[35],[115].

Khi ĐDV có trình độ y đức, họ sẽ dễ dàng nhận biết những hành vi sai trái, những hành vi vi phạm đạo đức, nhận thức được hậu quả đối với nghề

nghiệp của chính họ, hậu quả đối với uy tín nghề nghiệp, uy tín của bệnh viện. Do vậy, tiến hành đào tạo tập huấn là giải pháp trước mắt và cũng là lâu dài khi thực hiện can thiệp [28],[30],[32].

Bên cạnh đó, việc học tập, trao đổi kinh nghiệm trình độ, kỹ năng là biện pháp đơn giản, dễ thực hiện và mang lại hiệu quả. Tăng cường các buổi sinh hoạt, khuyến khích mỗi thành viên có sự học tập trao đổi lẫn nhau là điều cần thiết [34],[36],[109].

** Khuyến khích và giải quyết tốt sự phản hồi của khách hàng thông qua hòm thư góp ý, đường dây nóng*

Thực tế bệnh viện luôn phân công cán bộ trực đường dây nóng, có hòm thư góp ý từ trước tới nay. Giải pháp này mang tính khả thi cao, dễ thực hiện, giải pháp đảm bảo sự phản hồi thông tin nhiều chiều qua đó giúp Ban Giám đốc nhìn nhận rõ hơn những mặt mạnh, mặt yếu trong công tác quản lý bệnh viện [33],[38],[40].

** Giảm thời gian làm việc, giảm khối lượng công việc, giảm căng thẳng cho các ĐDV*

Thực tế nhu cầu CSNB ngày càng tăng. Tuy nhiên sự đầu tư cho ngành y tế nói chung, cho bệnh viện nói riêng là rất hạn chế. Cơ sở vật chất không đáp ứng kịp, nhân lực không đủ về số lượng và chất lượng là những nguyên nhân của tình trạng quá tải trong bệnh viện [1],[6],[8]. Đối với ĐDV cũng vậy, họ chịu nhiều áp lực công việc với số lượng bệnh nhân lớn. Bên cạnh đó các điều kiện làm việc không thoải mái (ồn ào, tiếp xúc yếu tố nguy cơ cao, thời gian làm việc lâu, căng thẳng),... làm cho việc thực hiện y đức tại bệnh viện không được tốt như những phản ánh từ phía khách hàng [11],[15],[31].

Giảm thời gian làm việc, giảm khối lượng công việc đồng nghĩa với việc tăng nguồn nhân lực ĐDV. Thực tế lãnh đạo bệnh viện luôn quan tâm, chỉ đạo và đồng ý với đề xuất đổi mới cơ chế, tăng nguồn cán bộ có chất

lượng. Tuy nhiên, giải pháp này không thể thực hiện một sớm một chiều được, vì nâng cao số lượng, chất lượng cán bộ đòi hỏi phải có thời gian. Việc thiếu cán bộ là vấn đề chung của toàn ngành y tế không chỉ đối với bệnh viện. Đây là giải pháp lâu dài [9],[10],[76].

** Tăng cường công tác quản lý, giám sát điều dưỡng*

Giải pháp này được khách hàng, lãnh đạo bệnh viện và cả ĐDV đưa ra, trong đó thường xuyên có các cuộc họp, giao ban kiểm điểm các hành vi vi phạm y đức. Lãnh đạo bệnh viện cũng thường xuyên kiểm tra, giám sát thực hiện công việc tại các khoa/phòng [2],[4],[114].

Giám sát dựa trên các camera quan sát được đề xuất bởi khách hàng và lãnh đạo bệnh viện [13],[16],[131]. Giải pháp này có ưu điểm là giám sát được việc thực hiện y đức cũng như quan sát được bệnh nhân tại các khoa/phòng. Bên cạnh giám sát y đức, giải pháp này cũng tăng hiệu quả trong quản lý và an ninh. Giải pháp này mang tính hiệu quả cao, giảm chi phí nhân lực cho đội ngũ giám sát. Ngoài ra, giải pháp này còn đảm bảo an ninh trong một số trường hợp những kẻ xấu móc túi, cướp giật,... tại khu vực khám chữa bệnh cũng như quan sát và bảo vệ cơ sở vật chất tại bệnh viện.

Bên cạnh đó, việc giám sát lẫn nhau, đấu tranh lẫn nhau giữa các ĐDV là vấn đề cũng cần được quan tâm [86],[87],[100]. Qua các sự việc của một số bệnh viện đã được phản ánh, cho thấy sự đấu tranh giữa các đồng nghiệp có vai trò quan trọng trong việc loại trừ các hành vi vi phạm đạo đức, nâng cao chất lượng dịch vụ. Bệnh viện cần khuyến khích việc đấu tranh những sai phạm của đồng nghiệp, đồng thời có các chính sách bảo vệ người đứng ra tố giác [76],[78],[128].

**Thực hiện tốt công tác thi đua, khen thưởng và kỷ luật đối với ĐDV*

Công tác thi đua, khen thưởng và kỷ luật đối với ĐDV vẫn đang được thực hiện tại bệnh viện nói riêng cũng như ngành y tế nói chung từ trước tới

nay. Thi đua, khen thưởng đã góp phần trong việc hưởng ứng, khích lệ những hành vi đạo đức tốt, đồng thời lên án, loại trừ những hành vi vi phạm đạo đức người ĐDV [21],[26],[27].

Tuy nhiên, việc khen thưởng và kỷ luật thường phải theo các chế tài, những quy định của nhà nước. Mức khen thưởng các cá nhân làm tốt nhiệm vụ thường thấp, và đôi khi chỉ mang tính hình thức nên không khuyến khích, trong khi kỷ luật cũng thường lỏng lẻo hoặc nể nang nhau. Vì thế, để duy trì và nâng cao được y đức tại bệnh viện thì kỷ luật nghiêm khắc là điều cần thiết [107],[108],[112].

Khen thưởng, kỷ luật là giải pháp mang tính lâu dài và thường xuyên mà bệnh viện thực hiện, là một phần trong công tác quản lý bệnh viện [101],[111],[113].

** Các điều dưỡng viên đề xuất các giải pháp tăng cường lòng yêu nghề*

Các giải pháp tăng cường lòng yêu nghề được ĐDV đề xuất, trong đó các giải pháp nhằm đảm bảo sự yên tâm trong công tác và gắn bó với nghề nghiệp, điều đó có vai trò quan trọng trong việc tu dưỡng đạo đức. Các giải pháp bao gồm việc tăng lương, thưởng cho cán bộ, tạo điều kiện cho cán bộ học tập, chính sách và cơ hội thăng tiến trong nghề nghiệp và tạo mối quan hệ đồng nghiệp tốt. [141],[142],[155].

Những giải pháp này luôn là sự quan tâm không chỉ bản thân người ĐDV, mà đó còn là mối quan tâm của ngành y tế. Mỗi kế hoạch, chiến lược đều có các đề xuất trong việc cải thiện chất lượng đời sống cho cán bộ, tuy nhiên, đây là giải pháp mang tính lâu dài và cần có sự quan tâm đồng thuận của các cấp, các ngành, không chỉ ngành y tế mà của toàn xã hội [146],[149],[154].

Tăng lòng yêu nghề không chỉ là tăng lương, thưởng hay các chính sách ưu đãi, mà bên cạnh đó, việc nâng cao các giá trị nghề nghiệp cũng đóng

vai trò quan trọng. Muốn vậy phải đẩy mạnh biểu dương những giá trị đạo đức, những tấm gương tiêu biểu tận tâm với nghề nghiệp, khích lệ, động viên mỗi cá nhân ĐDV trong công việc [134],[136],[137]. Công việc này đòi hỏi có sự tham gia thường xuyên và đóng vai trò quan trọng của lãnh đạo bệnh viện, công đoàn, đoàn thanh niên cũng như các khoa/phòng tại bệnh viện.

4.2.2. Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức cho điều dưỡng viên

Trên cơ sở các giải pháp được đưa ra chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp, với định hướng là: *“Nâng cao y đức của ĐDV trong mối quan hệ ĐDV với khách hàng tại bệnh viện Nhi Trung ương thông qua một số giải pháp tăng cường kiến thức y đức, thái độ và thực hành y đức của ĐDV; tăng cường sự hiểu biết của khách hàng; tăng cường công tác quản lý, thực hiện giám sát thường xuyên và nâng cao công tác phản hồi các vấn đề y đức của khách hàng nhằm đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện đạt chất lượng”*. Chúng tôi đã xây dựng các chỉ tiêu trong việc tăng cường thái độ phục vụ và giảm các hành vi tiêu cực tại bệnh viện. Quá trình can thiệp chúng tôi tiến hành các nội dung: tập huấn, xây dựng công cụ giám sát,... [7],[139],[151].

Can thiệp trên đối tượng là ĐDV, sau đó chúng tôi tiến hành đánh giá và nhận thấy: cử chỉ chủ động đón tiếp với thái độ niềm nở ở mức độ rất thường xuyên tăng 41,1%; trả lời khách hàng với thái độ ân cần, quan tâm và lịch sự mức độ rất thường xuyên tăng 30,8%; mời người khách hàng ngồi chờ đúng quy định mức độ rất thường xuyên tăng 61,2%; tìm hiểu nắm bắt diễn biến tâm lý người bệnh và gia đình người bệnh trong quá trình KCB mức độ rất thường xuyên tăng 48,6%; lịch sự, tôn trọng khách hàng tăng 41,3%.

Nghiên cứu đạo đức ĐDV qua phản ánh của khách hàng cho thấy: ĐDV ở khoa khám bệnh, các chỉ tiêu chào, mời ngồi, hỏi tên bệnh nhi tăng

17,2%; chú ý đến tâm trạng của người nhà bệnh nhân tăng 17,7%;... Sự khác biệt các chỉ số trước và sau đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đánh giá ĐDV nội trú cho thấy các hành động của ĐDV như chào bệnh nhi và người nhà tăng 13,2%; các hành động mời bệnh nhi nằm theo tư thế thuận tiện để chăm sóc tăng 7,8%;... Sự khác biệt các chỉ số trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê (mức $p < 0,01$). Các phản ánh bị quát tháo giảm 16,8%; đưa tiền cho ĐDV giảm 4,6%; đối xử không công bằng với bệnh nhân giảm 19%;... Sự khác biệt của chỉ số trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các chỉ tiêu do nhóm nghiên cứu đặt ra đều đạt và vượt. Như vậy, thực trạng đạo đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng hoàn toàn có thể cải thiện được thông qua việc tăng cường kiến thức thông qua tập huấn trực tiếp các ĐDV. Thực hiện tốt công tác giám sát và giao ban, các ý kiến phản hồi giữa các ĐDV, giữa khách hàng với ĐDV, với lãnh đạo bệnh viện [18],[54],[152].

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả của việc can thiệp nâng cao ý thức cho điều dưỡng viên. Chúng tôi đặc biệt ấn tượng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Linh và cộng sự tại bệnh viện đa khoa Cai Lậy năm 2006 [44] có sự cải thiện đáng kể các quy trình kỹ thuật điều dưỡng khi thực hiện công tác chấn chỉnh, nhắc nhở. Trong đó: thực hiện kỹ thuật đạt tăng từ 59,4% lên 92%; chuẩn bị dụng cụ đạt tăng từ 73,2% lên 94%; giao tiếp sau khi thực hiện tăng từ 29% lên 47,1%; kỹ thuật vô trùng tăng từ 67,6% lên 81,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ cải thiện cũng đạt ở mức đáng ngạc nhiên.

Như vậy, kết quả can thiệp cho thấy thái độ phục vụ, các hành vi tiêu cực về đạo đức của ĐDV trong mối quan hệ với khách hàng hoàn toàn có thể cải thiện thông qua việc tăng cường công tác quản lý, giám sát và tập huấn, đào tạo nâng cao kiến thức của người ĐDV [20],[22],[29]

KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên (ĐDV) và một số yếu tố liên quan

1.1. Thực trạng nhận thức & thực hành y đức của điều dưỡng viên

- Đa phần khách hàng hài lòng với tác phong phục vụ của ĐDV tại bệnh viện. Tuy nhiên, còn một số tồn tại việc vi phạm y đức của ĐDV: phản ánh của khách hàng về ĐDV có hành vi quát tháo bệnh nhi chiếm 22,6%; hành vi đưa tiền cho ĐDV 18,5%. Nghiên cứu quan sát trên các ĐDV và đánh giá sự phản ánh của đồng nghiệp tỷ lệ vi phạm các hành vi đạo đức chiếm dưới 6%.

- Trong mối quan hệ với đồng nghiệp: đa số các ĐDV được phản ánh tốt, tuy nhiên vẫn có sự phản ánh gây bè phái, mất đoàn kết, chia rẽ nội bộ, cục bộ 6,1%. Có sự phản ánh sai sự thật, làm giảm uy tín đồng nghiệp 2,8%.

- Vẫn còn tỷ lệ nhất định các ĐDV không hiểu biết về mối quan hệ giữa ĐDV với khách hàng, cũng như quyền lợi của khách hàng.

- Việc nhận tiền/phong bì của khách hàng vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau giữa các ĐDV. Biểu hiện thiếu sót 12 điều y đức trong khoa phòng chiếm 71,5%.

- Đạo đức trong thực hành chuyên môn: không báo cáo thường xuyên với lãnh đạo 7,5%; bao che/không báo cáo đồng nghiệp sai 6,1%.

- Trong số 8 chỉ tiêu đưa ra đánh giá, tỷ lệ cao nhất là tình trạng không tôn trọng, danh dự, nhân phẩm bệnh nhi với 5,6% số ĐDV; tiếp đó là không tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng 4,7%. Một số chỉ tiêu khác chiếm trên dưới 3%.

- Tỷ lệ khách hàng cho rằng ĐDV có quyền quát tháo (nói to) với bệnh nhi là 9%; nhận thức đúng về việc đưa phong bì cho ĐDV là 3,5%.

1.2. Một số yếu tố liên quan

- Yếu tố ảnh hưởng đến thái độ phục vụ bệnh nhi của ĐDV: kinh nghiệm, lòng yêu nghề, kiến thức y đức, phải làm thêm giờ và số lượng bệnh nhi phải chăm sóc.

- Ảnh hưởng đến hành vi tiêu cực của ĐDV bao gồm: lòng yêu nghề, hiểu biết đúng về y đức, làm thêm giờ, số bệnh nhi chăm sóc/ngày của ĐDV. Cải thiện được các yếu tố này cũng góp phần nâng cao chất lượng CSBN.

2. Kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao y đức

Nhóm nghiên cứu đã triển khai đánh giá so sánh trước - sau khi triển khai một số biện pháp can thiệp và nhận thấy có sự cải thiện đáng kể thái độ phục vụ người bệnh, giảm thiểu một số hành vi tiêu cực tại bệnh viện.

2.1. Kết quả về sự cải thiện mối quan hệ giữa ĐDV và khách hàng

- Chỉ số thái độ phục vụ người bệnh của ĐDV có sự cải thiện đáng kể, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức độ thay đổi (MĐTĐ) cao nhất ở chỉ tiêu thường xuyên tìm hiểu nắm bắt diễn biến tâm lý người bệnh/gia đình (tăng 14,4%) và thấp nhất là việc tuân thủ chặt chẽ quy chế chuyên môn (tăng 0,5%).

- Tại khu vực khoa Khám bệnh, có sự cải thiện đáng kể việc khách hàng hài lòng về thái độ phục vụ của ĐDV. MĐTĐ tăng đến 273,9% ở chỉ tiêu đi cùng phụ huynh bệnh nhi để làm xét nghiệm cho bệnh nhi. MĐTĐ tăng thấp nhất ở chỉ tiêu hỏi lý do đưa trẻ đến khám với việc tăng là 2,6%.

2.2. Kết quả về nâng cao y đức

Sau can thiệp, khách hàng phản ánh các hành vi vi phạm đạo đức của ĐDV giảm đáng kể. Chỉ tiêu có MĐTĐ giảm nhiều nhất là hiện tượng đối xử không công bằng với bệnh nhân (giảm 89,1%). Chỉ tiêu nghi ngờ ĐDV có sự gian dối trong điều trị, sử dụng thuốc giảm thấp nhất (giảm 57,6%).

KHUYẾN NGHỊ

1. Đào tạo và tập huấn cho ĐDV, trong đó nhấn mạnh nội dung về giao tiếp và tâm lý bệnh nhi, tâm lý khách hàng; thực hành kỹ năng, nâng cao kiến thức, hiểu biết về pháp luật về các chuẩn mực đạo đức của ĐDV. Thông qua đào tạo, thảo luận và tập huấn, giúp ĐDV chủ động tìm ra những khó khăn, vướng mắc trong việc thực hiện y đức.
2. Tăng cường hiểu biết, thông tin hai chiều giữa ĐDV và khách hàng để giảm thiểu những bức xúc không đáng có. Sử dụng loa phát thanh, các biển báo, biển hiệu đặt tại các nơi ra vào dễ nhìn; giúp khách hàng hiểu rõ về nội quy, quy định của bệnh viện và quyền lợi trong việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ y tế tại bệnh viện.
3. Cải tiến quy trình khám chữa bệnh, giảm thời gian chờ đợi, giảm tải giấy tờ cho ĐDV và khách hàng. Song song với đó là đánh giá khối lượng công việc đi kèm bố trí nhân lực hợp lý để giảm căng thẳng, mệt mỏi do quá tải cho ĐDV trong công việc, tránh các hành vi thiếu kiểm soát bản thân, thiếu sót trong việc chăm sóc người bệnh của mỗi ĐDV.
4. Ứng dụng công nghệ thông tin trong: tiếp đón; cải tiến thủ tục hành chính (đặc biệt ở khoa Khám bệnh); giám sát các hành vi nhạy cảm; tăng cường hình thức phản hồi hai chiều giữa khách hàng và bệnh viện.

**DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Lương Xuân Hiến (2013)**, Thực trạng và lý giải việc khách hàng đưa tiền/phong bì cho điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí YHTH – BHYT ISSN 1859 – 1663 Số 887+888/2013; trang 9-13.*
2. **Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Lương Xuân Hiến (2013)**, Sự hài lòng của khách hàng về thái độ phục vụ bệnh nhân của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí YHTH – BHYT ISSN 1859 – 1663 Số 11 (893)/2013; trang 139-143.*
3. **Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2013)**, Y đức của điều dưỡng viên trong mối quan hệ với khách hàng tại bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2012. *Tạp chí YHTH – BHYT ISSN 1859 – 1663 Số 12 (895)/2013; trang 65-68*
4. **Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2013)**, Đạo đức của điều dưỡng viên trong việc thực hiện công tác chuyên môn, nghiệp vụ tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí YHTH – BHYT ISSN 1859 – 1663 Số 12 (899)/2013; trang 106-108*
5. **Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2013)**, Sự phản ánh của khách hàng về đạo đức điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2012. *Tạp chí YHTH – BHYT ISSN 1859 – 1663 Số 12 (899)/2013; trang 140-144*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương và Bùi Kim Nhung** (2012), *Thực trạng chất lượng chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh ra viện tại một số khoa lâm sàng bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2012*, Tạp chí y học thực hành, Bộ y tế, ISSN 1859–1663, số 845, tr.31–36.
2. **Nguyễn Bá Anh, Bùi Thị Kim Nhung, Phan Thị Dung và cộng sự** (2010), *Đánh giá sự tuân thủ quy trình rửa tay ngoại khoa của cán bộ y tế tại bệnh viện Việt Đức*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.127–135.
3. **Bệnh viện Nhi Trung ương** (2012), *Báo cáo hoạt động bệnh viện 2012 và kế hoạch hoạt động năm 2013*, tr.1-24
4. **Lê Thị Bình** (2008), *Đánh giá thực trạng năng lực chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng viên và đề xuất giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, tr.3-37
5. **Bộ Y tế** (2008), *Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế*, Ban hành kèm theo quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18/8/2008 của Bộ trưởng Bộ y tế, tr.1-3
6. **Bộ Y tế** (2011), *Đề án giảm tải bệnh viện giai đoạn 2012-2020*, tr.2-35
7. **Bộ Y tế** (2012), *Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam*, Ban hành kèm theo quyết định số: 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012, tr.1-14
8. **Bộ Y tế và Bộ Nội vụ** (2008), *Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước*, Ban hành kèm theo thông tư số 08/2008/TTLT- BYT- BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ, tr.1-8

9. **Trần Thị Châu** (2007), *Dịch tễ học nhiễm khuẩn bệnh viện tại 23 bệnh viện TP.Hồ Chí Minh*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ III, tr.78–84.
10. **Nguyễn Khánh Chi, Đoàn Công Khanh và Bùi Văn Dũng** (2012), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, bệnh viện đa khoa Đông Anh, thành phố Hà Nội, năm 2011*, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học–cao đẳng y dược Việt Nam, chuyên ngành điều dưỡng, tr.8-16.
11. **Phan Cảnh Chương, Đặng Duy Quang, Lê Thị Hằng và cộng sự** (2010), *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại bệnh viện trung ương Huế*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.92–101.
12. **Đinh Ngọc Đệ** (2009), *Câu hỏi tự lượng giá điều dưỡng nhi khoa*, Giáo trình đào tạo cao đẳng điều dưỡng, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, tr.9-35
13. **Nguyễn Thị Thanh Điều, Đỗ Thị Thủy, Nguyễn Việt Liên và cộng sự** (2007), *Thực trạng và một số giải pháp về tăng cường công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh toàn diện tại Viện chấn thương-chỉnh hình quân đội, bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ 4/2006 đến 6/2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.259–269.
14. **Võ Thị Dinh và cộng sự** (2007), *Đánh giá thực trạng ghi hồ sơ bệnh án của điều dưỡng tại bệnh viện hữu nghị Việt Nam-Cu Ba, Đông Hới, Quảng Bình*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ III, tr.150–155.
15. **Phạm Thị Minh Đức** (2012), *Tâm lý và Đạo đức y học*, Giáo trình đào tạo cử nhân điều dưỡng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr.9-121
16. **Phạm Thị Minh Đức** (2009), *Nghiên cứu thực trạng nhận thức và thực hành y đức của bác sỹ ở ba tuyến bệnh viện: Huyện, Tỉnh, Trung ương*, Đề tài cấp bộ đã được nghiệm thu, Đại học y Hà Nội, tr.3-61.

17. **Phan Thị Dung, Trần Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Thị Thiện và cộng sự** (2010), *Thực trạng kỹ năng giao tiếp với người bệnh của đội ngũ nhân viên y tế tại bệnh viện Việt Đức*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.148–156.
18. **Bùi Thị Thu Hà và cộng sự** (2010), *Đánh giá hiệu quả đào tạo về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng, hộ sinh với người bệnh tại các bệnh viện trong ngành y tế Ninh Bình năm 2008-2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.164-171.
19. **Đinh Thị Thanh Hà, Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự** (2012), *Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú năm 2012*, Tạp chí y học thực hành, Bộ y tế, ISSN 1859–1663, số 845, tr.28–31.
20. **Nguyễn Thị Hạ và cộng sự** (2007), *Tăng cường biện pháp nâng cao kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng tại các bệnh viện ngành y tế Bắc Giang*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.31–39.
21. **Lê Thanh Hải, Trần Minh Điền** (2012), *Bài giảng chuyên khoa định hướng nhi*, Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Nhà xuất bản y học, tr.9–12.
22. **Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng** (2010), *Xây dựng công cụ giám sát, ghi nhận ý kiến của cha, mẹ và người chăm sóc trẻ tại khoa khám bệnh, bệnh viện nhi trung ương*, Báo cáo cuối kỳ dự án ngày sáng tạo Việt Nam 2009, Ngân hàng thế giới tại Việt Nam, tr.9-11.
23. **Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng** (2010), *Phân tích kết quả 409 phiếu khảo sát thuộc dự án: “Xây dựng công cụ giám sát và ghi nhận ý kiến của cha, mẹ và người chăm sóc trẻ tại khoa khám bệnh, bệnh viện nhi trung ương”*, Tạp chí y học thực hành (724) - Số 6, tr.61-64.

24. **Trịnh Ngọc Hải** (2012), *Xây dựng chiến lược khám chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2013-2020*, Luận văn tốt nghiệp cao cấp lý luận chính trị, Học viện chính trị quốc gia Hồ Chí Minh, tr.33-63.
25. **Nguyễn Thị Hạnh** (2010), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng và khoa khám bệnh-bệnh viện Nhi Trung ương năm 2010*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.57-70.
26. **Đoàn Văn Hiền và Phạm Minh Khuê** (2012), *Hiệu quả can thiệp vệ sinh bàn tay thường quy của nhân viên y tế giữa nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2010*, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học–cao đẳng y dược Việt Nam, Chuyên ngành điều dưỡng, tr.54-62.
27. **Phạm Thị Hiền và cộng sự** (2006), *Đánh giá thực trạng kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng viên bệnh viện K*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ II, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.22–27.
28. **Cao Thị Hoa và nhóm giảng viên APLS** (2012), *Đánh giá kiến thức, kỹ năng kỹ thuật bóp bóng qua mask của điều dưỡng trước và sau khóa đào tạo cấp cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011*, Hội nghị khoa học điều dưỡng Nhi khoa lần thứ VIII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.94–97.
29. **Lê Thu Hòa** (2013), *Nghiên cứu thực trạng dạy - học môn đạo đức y học trong đào tạo bác sỹ tại các trường đại học y và đánh giá kết quả can thiệp thử nghiệm*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, tr.3-39.
30. **Lê Thu Hòa, Phạm Thị Minh Đức, Lê Thị Tài và cộng sự** (2009), *Nhận xét của sinh viên ở một số trường đại học y về thực trạng dạy/học và các biểu hiện vi phạm y đức*, Tạp chí y học Việt Nam, tháng 6–số 1, tr.6-12

31. **Lê Thu Hòa và Đặng Văn Dương** (2012), *Hướng dẫn chương trình an toàn cho bệnh nhân*, Tài liệu đa chuyên khoa, Đại học y Hà Nội, tr.1-18.
32. **Hội Điều dưỡng Việt Nam** (2012), *Quyết định số 20/QĐ-HDD ngày 10/9/2012 về chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên*, Hội nghị phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng Việt Nam, tr.42-49.
33. **Hội Điều dưỡng Việt Nam** (2006), *Phiếu điều tra sự hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ II, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.11-12.
34. **Phan Quốc Hội, Nguyễn Thị Xuân và cộng sự** (2010), *Nghiên cứu năng lực thực hành của sinh viên tốt nghiệp làm việc tại các cơ sở y tế và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo tại trường cao đẳng y tế Nghệ An*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr. 56–64.
35. **Đặng Thị Thu Hương** (2010), *Đánh giá hiệu quả tư vấn và hướng dẫn của điều dưỡng với bà mẹ có con sử dụng kim loan tĩnh mạch*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa VI, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.25-34.
36. **Trần Quang Huy và Nguyễn Thị Thúy** (2010), *Hiểu biết nghề nghiệp và lòng yêu nghề của sinh viên điều dưỡng*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.37–46.
37. **Trần Quang Huy, Phạm Đức Mục, Nguyễn Bích Lưu** (2010), *Đánh giá các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng thực hiện tại Việt Nam, giai đoạn 2004 - 2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng IV, tr.15–28.
38. **Hoàng Trung Kiên, Nguyễn Thu Hương** (2010), *Ảnh hưởng của sai sót trong lấy mẫu bệnh phẩm đến kết quả của một số xét nghiệm ở bệnh viện Nhi Trung ương*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.84-89.

39. **Nguyễn Thị Kim Lan, Phan Ngọc Xuân và Nguyễn Thị Thu Thủy** (2008), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang từ tháng 8/2005 - 8/2006*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần IV, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.173-179.
40. **Chữ Thị Lê, Đặng Thị Huệ và nhóm tham vấn** (2006), *Kết quả bước đầu về hoạt động tham vấn tại bệnh viện Nhi Trung ương của điều dưỡng viên*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần II, tr.18–21.
41. **Trần Thị Kim Liên và cộng sự** (2010), *Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2007 - 2010*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần thứ VII, tr.71-83.
42. **Phạm Thị Liễu, Cao Thị Bích Hạnh** (2007), *Đánh giá hiệu quả quy trình chuẩn bị tâm lý người bệnh trong gây tê vùng để phẫu thuật tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng*, Hội nghị khoa học điều dưỡng III, tr.55-61.
43. **Nguyễn Thị Linh** (2007), *Đánh giá kỹ năng giao tiếp trong điều trị, chăm sóc, phục vụ người bệnh tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận năm 2006*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.176–180.
44. **Nguyễn Thị Mỹ Linh và cộng sự** (2007), *Thực trạng quy trình kỹ thuật điều dưỡng tại các khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa Cai Lậy năm 2006*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.62–67.
45. **Phạm Thị Loan và cộng sự** (2007), *Khảo sát thực trạng giao tiếp của điều dưỡng - nữ hộ sinh và kỹ thuật viên tại bệnh viện C Thái Nguyên năm 2006*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.169–175.
46. **Chu Văn Long** (2010), *Thực trạng giao tiếp ứng xử của cán bộ y tế đối với người bệnh và gia đình người bệnh tại bệnh viện Việt Đức*, Hội nghị khoa học điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần VI, tr.134-144.

47. **Nguyễn Thị Ly** (2010), *Khảo sát nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà của nhân dân trên địa bàn thành phố Hải Dương năm 2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr. 78 – 84.
48. **Nguyễn Thị Ly và cộng sự** (2007), *Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương năm 2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.163–168.
49. **Dương Thị Bình Minh** (2009), *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị năm 2008*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ V, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.34-41.
50. **Phạm Đức Mục và cộng sự** (2006), *Bước đầu khảo sát những lo lắng và mong đợi của người bệnh khi nằm điều trị tại một số bệnh viện*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần II, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.28
51. **Bành Thị Quỳnh Nga** (2010), *Đánh giá kỹ năng và thực hành của điều dưỡng bệnh viện nhi Nghệ An*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.21-25.
52. **Nguyễn Việt Nga** (2006), *Đánh giá thực trạng năng lực quản lý - điều hành của điều dưỡng trưởng khoa tại bệnh viện Xanh Pôn*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần II, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.13–17.
53. **Nguyễn Huỳnh Ngọc** (2011), *Tâm lý học Y học - Y đức*, Giáo trình đào tạo cao đẳng y học, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr.11-108.
54. **Bùi Thị Kim Nhung, Nguyễn Xuân Vinh, Phan Thị Dung và cộng sự** (2010), *Đánh giá mô hình đào tạo liên tục tại chỗ lớp quản lý điều dưỡng kết hợp giữa viện và trường tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, tr.252-258.
55. **Nguyễn Thị Tuyết Nhung, Trần Thị Tùng Anh** (2007), *Khảo sát sự hiểu biết của người bệnh và thân nhân người bệnh về tình trạng bệnh tật*

- khi vào điều trị tại khoa nội tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.226–232.*
56. **Trịnh Thị Kim Oanh, Nguyễn Thị Ngọc Minh và Trần Thị Phương Mỹ** (2012), *Nhận xét trình độ của viên chức và công tác đào tạo tại bệnh viện E trong 5 năm, 2007-2011*, Tạp chí y học thực hành, Bộ y tế, ISSN 1859 - 1663, số 845, tr.37-41.
 57. **Phòng Điều dưỡng - Tiết chế và Cục Quản lý Khám chữa bệnh** (2010), *Thực trạng nhân lực điều dưỡng trưởng toàn quốc năm 2010*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.5–14.
 58. **Phòng Điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương** (2009), *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần thứ V, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.1-10.
 59. **Phòng Điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương** (2010), *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại bệnh viện nhi trung ương năm 2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa lần thứ VI, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.1-7.
 60. **Nguyễn Cảnh Phú, Nguyễn Thị Xuân, Trần Thị Tuấn và cộng sự** (2007), *Nghiên cứu giải pháp kết hợp giữa trường cao đẳng y tế với các bệnh viện để nâng cao chất lượng dạy/học lâm sàng và chăm sóc người bệnh tại Nghệ An*, Hội nghị khoa học điều dưỡng III, tr.187–192.
 61. **Đỗ Nguyên Phương** (1999), *Học tập tấm gương của bác sỹ Phạm Ngọc Thạch hướng về cơ sở, nâng cao y đức và trình độ chuyên môn để làm tròn nhiệm vụ chăm sóc và BVSK nhân dân*, Tạp chí y học thực hành, Bộ y tế, số 5/365, tr.2-6.
 62. **Đỗ Nguyên Phương** (2000), *Hướng về cơ sở, nâng cao y đức và trình độ chuyên môn để làm tròn nhiệm vụ chăm sóc và BVSK nhân dân*, Tạp chí y học thực hành, Bộ y tế, số 3/377, tr.3-6.

63. **Hà Thị Kim Phụng** (2007), *Đánh giá hiệu quả của chương trình nâng cao kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng - kỹ thuật viên bệnh viện tâm thần tỉnh Nam Định*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần III, tr.40–47.
64. **Hà Thị Kim Phụng** (2010), *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn sau triển khai chương trình thí điểm tiêm an toàn tại bệnh viện Nhi Trung ương và huyện Kim Sơn - Ninh Bình*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.8-16.
65. **Trịnh Xuân Quang, Huỳnh Thị Tuyết Mai** (2008), *Đánh giá nhận thức, thái độ và thực hành rửa tay của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang năm 2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ IV, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.180-187.
66. **Quốc Hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2005), *Luật phòng chống tham nhũng*, tr.3-28.
67. **Quốc Hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2009), *Luật khám, chữa bệnh*, tr.2-32.
68. **Trần Quy, Vi Nguyệt Hồ, Phạm Đức Mục và cộng sự** (2006), *Sự hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng bệnh viện và các yếu tố liên quan*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ II, tr.2-10.
69. **Hà Thị Soạn** (2007), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần III, tr.17–23.
70. **Lê Thị Hồng Sơn** (2010), *Điều tra thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng trong bệnh viện công lập ngành y tế Nghệ An năm 2009*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.29–36.

71. **Nguyễn Trường Sơn** (2010), *Tìm hiểu cảm xúc và nhu cầu chăm sóc về mặt tinh thần của người bệnh ở bệnh viện trường đại học y dược Huế*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.208-216.
72. **Nguyễn Trường Sơn, Lê Thanh Tùng, Nguyễn Kim Hà và cộng sự** (2012), *Đánh giá kỹ năng thực hành nghề của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy được đào tạo tại trường đại học điều dưỡng Nam Định*, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học–cao đẳng y dược Việt Nam, tr.4–10
73. **Lê Thị Tài, Phạm Thị Minh Đức, Trần Thị Thanh Hương và cộng sự** (2009), *Y đức thể hiện qua thực hành khám chữa bệnh của bác sỹ*, Tạp chí y học Việt Nam, tháng 9-số 1, tr. 1-7
74. **Nguyễn Thị Minh Tâm** (2010), *Kết quả điều tra sự hài lòng của người bệnh tại cơ sở y tế Hà Nội*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.120-133.
75. **Cao Thị Thắm, Nguyễn Văn Tâm và cộng sự** (2007), *Đánh giá thực trạng điều dưỡng và bệnh nhân tại bệnh viện trung ương Huế*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.181–186.
76. **Bùi Văn Thắng** (2010), *Phân tích tác động của việc thực hiện nghị định 43/2006/NĐ-CP đến nguồn nhân lực điều dưỡng tại 7 khoa lâm sàng của bệnh viện Bạch Mai*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần IV, tr.65–77.
77. **Hoàng Tiến Thắng** (2010), *Đánh giá sự hài lòng người bệnh nội trú thông qua kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng bệnh viện đa khoa Sơn Tây*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VII, tr.142– 47.
78. **Đào Thành và nhóm Dự án VNA-PI** (2010), *Báo cáo kết quả thực hiện dự án tiêm an toàn tại 13 bệnh viện lựa chọn dự án hợp tác giữa Hội điều dưỡng Việt Nam & PI*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ IV, tr.85–91.

79. **Đào Thành và Văn phòng Trung ương Hội Điều dưỡng Việt Nam** (2007), *Đánh giá hiện trạng hệ thống và năng lực nguồn nhân lực điều dưỡng trưởng trong các cơ sở y tế Việt Nam năm 2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.24–30.
80. **Nguyễn Thị Mai Thanh** (2007), *Đánh giá chất lượng ghi chép phiếu chăm sóc của điều dưỡng – nữ hộ sinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2007*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ III, tr.48-54.
81. **Phí Thị Nguyệt Thanh** (2009), *Nghiên cứu về thái độ đối với nghề nghiệp của học sinh, sinh viên điều dưỡng, đề xuất các giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, tr.4-22.
82. **Trần Thị Thảo, Trần Quang Huy và cộng sự** (2007), *Hoạt động quản lý chất lượng thủ thuật hút thông đường hô hấp dưới tại khoa hồi sức bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ưông Bí, Quảng Ninh*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr.68–77.
83. **Bùi Thị Thủy** (2009), *Can thiệp nâng cao chất lượng điều dưỡng thông qua chương trình đào tạo điều dưỡng chuyên ngành nhi dựa vào năng lực tại bệnh viện Nhi Trung ương*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ V, bệnh viện Nhi Trung ương, tr.180-186.
84. **Đinh Thị Diễm Thúy** (2009), *Kiến thức, thái độ và hành vi về bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi khoa nhiễm bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2008*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc V, tr.11-19.
85. **Mai Thị Thanh Thủy** (2007), *Một số nhận xét qua bài thi tìm hiểu quy chế bệnh viện tại 17 khoa lâm sàng của bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2005*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ III, tr.156–162.
86. **Tổng hội Y học Việt Nam** (2012), *Tăng cường tính chuyên nghiệp trong thực hành nghề y*, Tài liệu hội thảo khoa học, đại học y Thái Bình, tr.1-20.

87. **Nguyễn Quốc Triệu, Nguyễn Đức Hình** (2011), *Đạo đức y học*, Giáo trình giảng dạy sinh viên y khoa, Nhà xuất bản y học, tr.9-71.
88. **Nguyễn Thị Tuyết Trinh** (2010), *Khảo sát những lợi ích và trở ngại khi điều dưỡng trung cấp học nâng cao trình độ lên cử nhân*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, tr.47–55.
89. **Lê Ngọc Trọng** (1999), *Quy định về y đức và tiêu chuẩn phân đấu*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.15-43.
90. **Lê Anh Tuấn, Trần Ngọc Tú, Nguyễn Thị Minh Tâm và cộng sự** (2009), *Kết quả điều tra sự hài lòng của người bệnh tại cơ sở y tế Hà Nội*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ V, tr.21-33.
91. **Nguyễn Văn Tường và Nguyễn Trần Hiền** (2006), *Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học*, Giáo trình giảng dạy, Nhà xuất bản y học, tr.1–16.
92. **Lê Anh Văn và Nguyễn Thị Anh Phương** (2008), *Điều dưỡng nhi khoa*, Sách đào tạo điều dưỡng, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.7-11.
93. **Vụ Điều trị** (2006), *Hội nghị tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2005 và kế hoạch năm 2006*, Tài liệu hội nghị, Bộ y tế, tr.124–130.
94. **Phạm Tuấn Vũ, Đinh Ngọc Thành** (2012), *Mối liên quan giữa giao tiếp của điều dưỡng và sự hài lòng người bệnh ở các người bệnh nội trú tại bệnh viện A Thái Nguyên*, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học–cao đẳng y dược Việt Nam, tr.38-43.
95. **Hồ Thị Yên, Vương Thị Kim Dung và Lê Kiều Trinh** (2010), *Khảo sát sự lo lắng của thân nhân người bệnh đến phẫu thuật tại bệnh viện nhi Đồng Nai*, Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, tr.247-251

TIẾNG ANH

96. **Australian College of Nursing** (2008), Code of Ethics for Nurses in Australia, *Nursing and Midwifery Board of Australia*, The Australian College of Nursing and The Australia Nursing Federation, ISBN: 978-0-9775108-7-0.
97. **Lesley Baillie** (2007), A case study of patient dignity in an acute hospital setting, *A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of London South Bank University for the degree of Doctor of Philosophy*, pp. 2-7.
98. **Lesley Baillie** (2009), Patient dignity in an acute hospital setting: A case study, *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 23-37.
99. **Boston College** (1994), Ethics Tool Database, *William F. Connell School of Nursing*, pp. 1-10.
100. **A Jelmer Brüggemann, Barbro Wijma, Katarina Swahnberg** (2012), Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions, *Nursing Ethics* 19(6) 750–763.
101. **Janie B. Butts** (2012), Ethics in Professional Nursing Practise, *Jones and Bartlett Publishers*, pp. 81–82.
102. **Harry Chummun, Denise Tiran** (2008), Increasing research evidence in practice: a possible role for the consultant nurse, *Journal of Nursing Management*, 16, 327-333.
103. **College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)** (2005), Nursing Practice Standard, *Edmonton, AB T5M 4A6*, pp. 1–32.
104. **College of Registered Nurses of British Columbia** (2006), Nurse-Client Relationships, *CRNBC Practice Support*, pp. 4-10.

105. **Leyla Dinc, Chris Gastmans** (2013), Trust in nurse-patient relationships: A literature review, *Nursing Ethics* 20(5) 501–516.
106. **European Nursing Community** (2008), Code of Ethics and Conduct for European Nursing, *Protecting the Public and Ensuring patient safety*, p.1-9.
107. **Carol Ewashen, Gloria McInnis-Perry, Norma Murphy** (2013), Interprofessional collaboration-in-practice: The contested place of ethics, *Nursing Ethics* 20(3) 325–335.
108. **Georgia Fouka, Marianna Mantzorou** (2011), What are the Major Ethical Issues in Conducting Research? Is there a Conflict between the Research Ethics and the Nature of nursing?, *Health Science Journal*, Volum 5, Issue 1, pp. 3-14.
109. **Christopher R. Friese, Eileen T. Lake, Linda H. Aiken** (2008), Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients, *Health Research and Educational Trust*, Research Artical, DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x.
110. **Terri Furfaro, Laura Bernaix, Cynthia Schmidt** (2008), Nurse practitioners' knowledge and practice regarding malignant melanoma assessment and counseling, *Journal of the American Academy of Nurse Practioners*, pp. 367–375.
111. **Ann Gallagher** (2013), Values for contemporary nursing practice: Waving or drowning?, *Nursing Ethics* 20(6) 615–616.
112. **Ann Gallagher** (2012), Slow ethics for nursing practice, *Nursing Ethics* 19(6) 711–713
113. **Alice Gaudine, Marianne Lamb, Sandra M LeFort** (2011), Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees, *Nursing Ethics* 18(6) 767–780.

114. **Alice Gaudine, Sandra M LeFort, Marianne Lamb** (2011), Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians, *Nursing Ethics*, 18(6) 756–766.
115. **Alice Gaudine, Linda Thorne** (2012), Nurses' ethical conflict with hospitals: A longitudinal study of outcomes, *Nursing Ethics* 19(6) 727–737.
116. **General Medical Council** (2001), *Good Medical Practice*, 178 Great Portland Street London W1W 5JE, www.gmc-uk.org.
117. **Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Hem, Reidun Førde** (2013), How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study, *Nursing Ethics* 20(6) 632–644.
118. **Jill Golde** (2012), The Nurse Patient Relationship Is Central to Patient Satisfaction, *Leebove Golde Group*, 602-615.
119. **Alexandra Harris, Linda McGillis Halll** (2012), Evidence to Inform Staff Mix Decision-Making: A Focused Literature Review, *Canadian Nurses Association*, ISBN 978-1-55119-377-9, pp. 1-43.
120. **Kim Holland** (2013), Professional Boundaries in Nursing, <http://www.nursetogether.com/professional-boundaries-in-nursing>, Accessed on Tue, Jul 02, 2013 10:07 AM.
121. **Trisha A Iacobucci, Barbara J Daly, Debbie Lindell** (2012), Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students, *Nursing Ethics* 20(4) 479–490.
122. **International Centre of Nursing Ethics (ICNE) News** (2013), News and ethics resources, *Nursing Ethics* 20(4) 493–494.
123. **International Council of Nurses** (2012), *The ICN code of ethics for nurses*, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland, ISBN: 978-92-95094-95-6.

124. **Japanese Nursing Association (JNA)** (2003), The code of ethics for nurses, *Full text PDF document*, pp. 1–7.
125. **Bonnie M. Jennings** (2005), Care Models, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Chapter 19, p.1–4.
126. **Wielenga JM, Smit BJ, Unk KA** (2008), A survey on job satisfaction among nursing staff before and after introduction of the NIDCAP model of care in a level III NICU in the Netherlands, *Adv Neonatal Care*, 8(4):237-45.
127. **Mari Kangasniemi, Alessandro Stievano và Anna-Maija Pietila** (2013), Nurses' perceptions of their professional rights, *Nursing Ethics* 20(4) 459–469.
128. **Scott Lamont, Yun-Hee Jeon, Mary Chiarella** (2013), Health-care professionals' knowledge, attitudes and behaviours relating to patient capacity to consent to treatment: An integrative review, *Nursing Ethics* 20(6) 684–707.
129. **Barnes M., Verena Tschudin** (2012), Book review: Care in everyday life. An ethic of care in practice, *Nursing Ethics* 19(6) 853.
130. **Matiti M. et al** (2007), Promoting patient dignity in healthcare settings, *Nursing Standard*, 21, 45, 46-52, July 18, vol 21, No 45, Date of acceptance: June 15 2007.
131. **Janet Mattsson, Maria Forsner, Maaret Castre'n** (2013), Caring for children in pediatric intensive care units: An observation study focusing on nurses' concerns, *Nursing Ethics* 20(5) 528–538.
132. **Carrie A. McAiney, Dilys Haughton, Jane Jennings** (2008), A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care home, *Journal complication*, Blackwell Publishing Ltd, pp. 562-571.
133. **Donna Munroe, Pamela Duffy, Cheryl Fisher** (2008), Nurse Knowledge, Skills, and Attitudes Related to Evidence-Based Practice: Before and After Organizational Supports, *MEDSURG Nursing-February-Vol.17/No.1*.

134. **Dilek Özden, S. Serife Karagozoglu và Gu'lay Yıldırım** (2013), Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions, *Nursing Ethics* 20(4) 436-447.
135. **Hippocratic Oath** (2005), *Weill Cornell Medical College*, New York, NY.
136. **Deborah L Olmstead, Shannon D Scott, Wendy J Austin** (2010), Unresolved pain in children: A relational ethics perspective, *Nursing Ethics* 17(6) 695–704.
137. **Francine Mancuso Parker** (2007), Ethics: The Power of One, *Online Journal of Issue in Nursing*, Vol. 13, No. 1.
138. **Nola Pender, Carolyn Murdaugh, Mary Ann Parsons** (1994), Student Learning, *Indian J Pediatr* 61: 121-125.
139. **Peninsula Medical School** (2013), The GP patient survey, *Peninsula Medical School and the National Primary Care Research and Development Centre at the University of Manchester*, pp. 1-8.
140. **Ali Ravari, Shahrzad Bazargan-Hejazi, Charles R Drew** (2012), Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses, *Nursing Ethics* 20(4) 448–458.
141. **Royal College of Nursing** (2008), Defending Dignity - Challenges and opportunities for nursing, *Publication Code* 003 257.
142. **Royal College of Nursing** (2009), Research Ethics, *RCN guidance for nurse*, Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN.
143. **Royal College of Nursing** (2009), Small changes make a big difference: how you can influence to deliver dignified care, *Published by the Royal College of Nursing*, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN, pp. 1-56.

144. **Berta M Schrems** (2013), Mind the gaps in ethical regulations of nursing research, *Nursing Ethics* 20(3) 336–347.
145. **Masahiro SHIMIZUTANI, Yuko ODAGIRI, Yumiko OHYA** (2008), Relationship of Nurse Bournout with Personality Characteristics and Coping Behaviors, *Original Article*, *Industrial Health* 46, 326-335.
146. **Ingrid Snellman, Kersti M Gedda** (2012), The value ground of nursing, *Nursing Ethics* 19(6) 714–726.
147. **Mark W. Stanton** (2004), Hospital Nurse Staffing and Quality of Care, Agency for Healthcare Research and Quality, www.ahrq.gov, *AHQR Pub. No. 04-0029*, Issue #14, pp. 1–11.
148. **United Nations (UN)** (2010), United Nations Universal Declaration of Human Rights 1948, *SiSU Metadata, document information, Ruby version: ruby 1.8.7 (2010-08-16 patchlevel 302) [i486-linux]*.
149. **Viroj Wiwanitkit** (2011), Ethical concerns of reviewers: More issues, *Nursing Ethics* 18(6) 862.
150. **Martin Woods** (2010), Cultural safety and the socioethical nurse, *Nursing Ethics* 17(6) 715–725.
151. **World Heath Organization** (2005), Psychosocial Issues and Ethics in Medical Education, *Report of the Asia-Pacific Meeting Bangkok, Thailand, 6-8 June 2005*, pp. 9-30.
152. **World Heath Organization** (2009), Global standards for the initial education of professional nurses and midwives, *Nursing & Midwifery Human Resources for Health* (WHO/HRH/HPN/08.6), pp. 1-36.
153. **World Heath Organization** (2010), A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery, *Nursing & Midwifery Human Resources for Health* (WHO/HRH/HPN/10.4), pp. 1-23.

154. **World Health Organization** (2012), Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases, *WHO Document Production Services*, Geneva, Switzerland/November 2012, ISBN 978 92 4 1504 15 7, pp.1-33.
155. **World Health Organization** (2013), Strengthening the role of nursing and midwifery in addressing noncommunicable diseases, *WHO Document Production Services*, Geneva, Switzerland, ISBN 978 92 4 1504 15 7, pp.1-44.
156. **World Medical Association** (2009), Medical Ethics Manual, *The World Medical Association*, B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex France, ISBN: 92-990028-1-9.
157. **World Medical Association (WMA)** (2005), Declaration on the Rights of the Patient, *Editorially revised at the 171st Council Session*, Santiago, Chile, October 2005.
158. **Jane M Young, Seham Girgis, Tracey A Bruce** (2008), Acceptability and effectiveness of opportunistic referral of smokers to telephone cessation advice from a nurse: a randomised trial in Australian general practice, *BMC Family Practice*, 9:16 doi:10.1186/1471-2296-9-16.
159. **Blanch I. Zimmerman** (2007), Comparing Functional and Team Nursing Models of Care Delivery on Patient Outcomes, *A thesis submitted to the faculty of Mountain State University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science in Nursing*, UMI Number: 1444218, pp.1-31.