BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH
DỰ ÁN TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC TRONG KHÁM CHỮA BỆNH

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO

TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

HÀ NỘI, THÁNG 9 NĂM 2012

BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO
TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

HÀ NỘI, THÁNG 9 NĂM 2012

CHỦ BIÊN

PGS.TS Lương Ngọc Khuê

ThS. Phạm Đức Mục

THAM GIA BIÊN SOẠN

ThS. Phạm Đức Mục

TS. Trần Quang Huy

TS. Phí Nguyệt Thanh

ThS. Phạm Thu Hà

ThS. Đào Thành

ThS. Thái Thị Kim Nga

ĐDCKI. Phan Cảnh Chương

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

ThS. Bùi Quốc Vương

BỘ Y TẾ	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 6620 /BYT- K2ĐT	*Hà nội, ngày 27 tháng 9 năm 2012*
V/v Ban hành Chương trình và Tài liệu đào tạo về tăng cường năng lực Quản lý điều dưỡng.	

Kính gửi:

- Các Trường Đại học Y và Đại học kỹ thuật Y tế
- Các Trường Cao đẳng Y tế
- Các Sở Y tế và Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế

Nhằm nâng cao năng lực chuyên môn cho các cán bộ làm công tác quản lý trong lĩnh vực điều dưỡng và triển khai thông tư số 07/2008/TT-BYT ngày 28/5/2008; Căn cứ vào kết luận của Hội đồng chuyên môn thẩm định chương trình và tài liệu đào tạo được thành lập theo Quyết định số 1643/QĐ-BYT ngày 16/5/2012. Bộ Y tế ban hành ***Chương trình và Tài liệu đào tạo Tăng cường năng lực Quản lý điều dưỡng*** – thời gian 07 ngày (56 tiết học) cho đối tượng là điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên trưởng làm việc trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Chương trình và Tài liệu đào tạo Tăng cường năng lực Quản lý điều dưỡng cung cấp những kiến thức cho điều dưỡng trưởng có năng lực tham gia xây dựng chính sách, điều hành chăm sóc người bệnh, tham gia nghiên cứu và giảng dạy điều dưỡng có chất lượng.

Các cơ sở đào tạo khi có nhu cầu về đào tạo liên tục cho cán bộ làm công quản lý điều dưỡng trong các cơ sở khám chữa bệnh cần dựa vào nội dung của chương trình và tài liệu đào tạo trên để tổ chức các khoá đào tạo cho phù hợp, đảm bảo chất lượng và hiệu quả. Trong quá trình sử dụng, đề nghị các cơ sở đào tạo đóng góp ý kiến để tài liệu được hoàn thiện hơn.

TL. BỘ TRƯỞNG
VỤ TRƯỞNG VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

Nguyễn Công Khẩn

Nơi nhận:
- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- TT Nguyễn Viết Tiến (để b/c);
- TT Nguyễn Thị Xuyên (để b/c);
- Cục Quản lý Khám chữa bệnh;
- Lưu: VT, K2ĐT.

LỜI NÓI ĐẦU

Điều dưỡng trưởng (ĐDT) trong hệ thống khám chữa bệnh bao gồm: ĐDT Sở Y tế, ĐDT bệnh viện, ĐDT khối và các ĐDT khoa. Hiện nay cả nước ước tính có 15000 ĐDT. Điều tra của Cục Quản lý khám chữa bệnh và Hội Điều dưỡng Việt Nam cho thấy có tới gần 40% các ĐDT đương nhiệm được lựa chọn từ các điều dưỡng viên giỏi về chuyên môn nhưng chưa được đào tạo về quản lý điều dưỡng. Một số trưởng phòng Điều dưỡng và ĐDT khoa đã được học các lớp quản lý điều dưỡng trước đây nhưng nay cơ chế quản lý bệnh viện và các quy định trong Quy chế bệnh viện đã có nhiều thay đổi nên đa số điều dưỡng trưởng chưa cập nhật kiến thức và kỹ năng.

Để triển khai thực hiện Thông tư số 07/2011/TT-BYT về công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh có hiệu quả, đáp ứng yêu cầu đổi mới và hội nhập trong lĩnh vực điều dưỡng hiện nay, một trong những giải pháp thiết yếu là chuẩn hoá trình độ ĐDT bệnh viện và Điều dưỡng trưởng khoa. Vì vậy, BYT đã ban hành Chương trình và Tài liệu tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng, tại văn bản số 6520/BYT-K2ĐT ngày 27 tháng 9 năm 2012, đây là Tài liệu đào tạo cơ bản cho tất cả các ĐDT khoa và Điều dưỡng trưởng bệnh viện.

Trên cơ sở Tài liệu quản lý điều dưỡng cơ bản do Bộ Y tế ban hành, học tập kinh nghiệm đào tạo điều dưỡng trưởng của các nước và để cập nhật các kiến thức và các kỹ năng cho điều dưỡng trưởng, trong khuôn khổ Dự án hợp tác giữa Bộ Y tế (Cục Quản lý khám, chữa bệnh) và JICA về phát triển nguồn nhân lực khám chữa bệnh, Bộ Y tế ban hành ***Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng.*** Tài liệu có sự tham gia biên soạn của Hội Điều dưỡng Việt Nam.

Mục tiêu khóa học nhằm chuẩn bị cho người ĐDT có năng lực tham gia xây dựng chính sách, điều hành chăm sóc người bệnh, tham gia nghiên cứu và giảng dạy cho điều dưỡng có hiệu quả. Học viên sau khi hoàn thành khoá học này có thể trở thành giảng viên dạy học môn quản lý điều dưỡng.

Ban biên soạn

ThS. Phạm Đức Mục

MỤC LỤC

Bài 1: Phong cách lãnh đạo và quản lý của Điều dưỡng trưởng	8
Bài 2: Những phẩm chất lãnh đạo và quản lý hiệu quả	22
Bài 3: Quản lý dựa vào kết quả	32
Bài 4: Kỹ năng giải quyết vấn đề	56
Bài 5: Lập kế hoạch công tác điều dưỡng bệnh viện	65
Bài 6: Đánh giá công tác điều dưỡng bệnh viện	75
Bài 7: Quản lý nhân lực	89
Bài 8: Quản lý thiết bị - y dụng cụ - vật tư y tế tiêu hao	99
Bài 9: Chương trình hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng, hộ sinh từ nay đến năm 2020	106
Bài 10: Hướng dẫn công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện	119
Bài 11: Chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện và phương pháp đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh	126
Bài 12: An toàn người bệnh: hiện trạng và giải pháp	142
Bài 13: Quản lý đào tạo liên tục	157
Bài 14: Đặc điểm học tập của người lớn	165
Bài 15: Các kỹ thuật dạy – học tích cực	169
Bài 16: Lượng giá – đánh giá học tập	179
Bài 17: Đại cương về giao tiếp	191
Bài 18: Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều dưỡng viên Việt Nam	205
Bài 19: Vai trò nghiên cứu điều dưỡng và thực hành dựa vào bằng chứng	214
Bài 20: Xây dựng đề cương và báo cáo nghiên cứu khoa học	224
Đáp án	238

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BYT	Bộ Y tế
BV	Bệnh viện
BN	Bệnh nhân
BVSK	Bảo vệ sức khỏe
CBYT	Cán bộ y tế
CSNB	Chăm sóc người bệnh
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSYT	Cơ sở y tế
ĐDV	Điều dưỡng viên
ĐDT	Điều dưỡng trưởng
HSV	Hộ sinh viên
KCB	Khám bệnh chữa bệnh
NCĐD	Nghiên cứu điều dưỡng
NLYT	Nhân lực y tế
NVYT	Nhân viên y tế
NXB	Nhà xuất bản
TTB	Trang thiết bị
VTYT	Vật tư y tế

BÀI 1
CÁC PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Phân biệt được sự giống nhau và khác nhau giữa quản lý và lãnh đạo

2. Phân tích được các phong cách quản lý và lãnh đạo hiệu quả

3. Liên hệ phong cách quản lý và lãnh đạo của bản thân hiện nay và nhận ra những vấn đề hạn chế cần đổi mới.

4. Trình bày được vai trò của Điều dưỡng trưởng trong bối cảnh đổi mới.

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO

1.1. Các khái niệm về quản lý

Quản lý là gì? câu hỏi mà bất cứ người học quản lý nào cũng muốn lý giải. Khái niệm quản lý có tính đa nghĩa, có sự khác biệt giữa nghĩa rộng và nghĩa hẹp và có sự nhận thức khác nhau theo thời đại, xã hội, nghề nghiệp nên cho đến nay vẫn chưa có một định nghĩa thống nhất về quản lý. Các trường phái quản lý học đã đưa ra những định nghĩa về quản lý như sau:

Henri Fayol (1841-1925): Quản lý là dự báo, lập kế hoạch, tổ chức, chỉ đạo, điều phối và kiểm soát " To manage is to forcast and to plan, to organize, to command, to co-ordinate and to control".

Mary Parker Follet (1868-1933): Quản lý là nghệ thuật làm cho các công việc được thực hiện bởi mọi người "Management is getting things done through people."

Harold Koontz (1909-1984): Quản lý là một nghệ thuật làm cho mọi công việc được thực hiện thông qua các nhóm người trong một tổ chức chính thức "Management is the art of getting things done through and with people in formally organized groups".

Quản lý là sự tác động của đối tượng quản lý lên khách thể quản lý nhằm đạt được mục tiêu đặt ra trong điều kiện biến động của môi trường.

Quy trình quản lý bao gồm: (1) Lập kế hoạch quyết định những gì cần phải làm ngày hôm nay, tuần tới, tháng tới, năm tới, năm năm năm tiếp theo; việc xác

định đúng các mục tiêu của tổ chức có vai trò đặc biệt quan trọng, nó định hướng và chi phối hoạt động của toàn bộ hệ thống; nếu mục tiêu đúng sẽ tạo động lực phát triển, ngược lại mục tiêu sai sẽ dẫn đến thất bại; (2) Tổ chức thực hiện xác định mô hình tổ chức, mô tả công việc, phân công công việc thích hợp, đào tạo nhân lực; xác định các hoạt động, tiến độ công việc và điều chỉnh nguồn lực để đạt được mục tiêu đề ra; (3) Kiểm tra, giám sát tiến độ so với kế hoạch và đánh giá kết quả thực hiện.

Trong giai đoạn hiện nay, chúng ta cần có nhận thức mới hơn về người quản lý thông thường và người quản lý hiệu quả. Từ thực tiễn, có thể đưa ra các tiêu chí đánh giá một người quản lý hiệu quả như sau:

a) Đổi mới và cải tiến liên tục: làm cho đơn vị trở thành tổ chức đứng đầu trong lĩnh vực hoạt động, luôn lấy khách hàng làm trung tâm và luôn tìm cách để thỏa mãn các nhu cầu ngày càng tăng của khách hàng.

b) Xây dựng được một tổ chức hoạt động hiệu quả: Trách nhiệm của người quản lý là làm cho cả hệ thống tổ chức hoạt động hiệu quả chứ không phải chỉ có bản thân nhà quản lý làm việc hiệu quả, từ đó sẽ đề cao trách nhiệm xây dựng hệ thống và tránh quan niệm tuyệt đối hóa vai trò cá nhân trong tổ chức.

c) Hài hòa lợi ích của bản thân với lợi ích của tổ chức và lợi ích của nhân viên: Việc sắp xếp thứ tự ưu tiên của các lợi ích trên của các nhà quản lý tạo nên sự khác biệt giữa các nhà quản lý khi phải đương đầu giải quyết các công việc có liên quan đến lợi ích.

d) Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực: Nhà quản lý phải biết đào tạo và sử dụng con người để tạo ra giá trị sức lao động ngày càng cao, tạo môi trường để mỗi nhân viên đều có cơ hội phát triển. Để sử dụng nhân viên hiệu quả, người quản lý cần nhận dạng được các giai đoạn phát triển của mỗi nhân viên trong tổ chức của mình và tác động thích hợp vào mỗi giai đoạn phát triển của mỗi nhân viên.

1.2 Khái niệm về lãnh đạo

Theo Warren Bannis, tác giả cuốn sách nổi tiếng Những người lãnh đạo "The Leaders" có tới hơn 850 định nghĩa khác nhau về lãnh đạo và đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá về lãnh đạo nhưng vẫn chưa đi tới một sự thống nhất lãnh đạo là gì.

"*Lãnh đạo là quá trình tạo ảnh hưởng tới những người khác để họ tin, đi theo và làm theo cách thức mà người lãnh đạo đề ra".*

Theo Ken Blanchard, chìa khóa để lãnh đạo thành công ngày nay là ảnh hưởng của người lãnh đạo tới những người khác, chứ không phải quyền lực từ

cái ghế. Nếu bạn muốn lãnh đạo người khác, bạn không thể chỉ sử dụng quyền lực từ cái ghế của mình.

Trong một xã hội văn minh, càng ngày quyền lực do chức vụ, địa vị đem lại càng giảm. Xã hội càng phát triển ở bậc càng cao, quyền lực đơn thuần do chức vụ đem lại càng ít đi và lãnh đạo càng phải chú ý đến quần chúng mà mình muốn tập hợp hoặc dưới mình hơn.

Người lãnh đạo phải đưa ra mục tiêu, tầm nhìn và là người đề ra đường lối cho tổ chức của mình, chấp nhận những thách thức và nhìn nhận những con đường người khác né tránh là một cơ hội cho một lợi thế cạnh tranh và sẵn sàng phá vỡ những rào cản, những nguyên tắc cố hữu để đạt đến thành công.

Người lãnh đạo tập trung vào con người, tạo dựng lòng trung thành của nhân viên, động viên, tạo cảm hứng cho người khác, chấp hành là việc làm tự nguyện và người lãnh đạo không thể chỉ giao việc mà không truyền cảm hứng cho người thừa hành. Ngoài ra, một khác biệt quan trọng giữa lãnh đạo và quản lý là ở chỗ trong khi người quản lý làm việc theo đúng cách mà pháp luật quy định thì người lãnh đạo làm đúng việc và xác định cách làm đúng, đường lối đúng.

Người lãnh đạo hiệu quả là người xác định được các trọng tâm hoạt động và tập trung vào 7 nhiệm vụ dưới đây:

- Thiết lập tầm nhìn cho tổ chức
- Tập hợp và động viên toàn bộ nhân viên
- Xây dựng chiến lược phát triển cho tổ chức
- Ra quyết định đúng lúc
- Lãnh đạo thực hiện những sự đổi mới trong tổ chức
- Tạo dựng môi trường làm việc lành mạnh

Thế kỷ 21 là thế kỷ của toàn cầu hóa, hội nhập kinh tế quốc tế**,** nhiều biến động toàn cầu, sự cạnh tranh gay gắt, sự tiến bộ nhanh chóng của khoa học kỹ thuật, sự đa dạng, liên kết chặt chẽ và đa văn hoá.

Ngành y tế và bệnh viện không ngoại lệ trong xu hướng chung của thời đại, vì vậy, Điều dưỡng trưởng là những người quản lý hoạt động chăm sóc người bệnh cũng bị tác động của những thay đổi cả bên ngoài ngành y tế và bên trong ngành y tế. Do đó Điều dưỡng trưởng phải chuẩn bị cho mình hành trang để đón nhận những thay đổi và làm chủ được sự thay đổi.

II. PHÂN LOẠI CÁC MÔ HÌNH QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO

Vào những năm 1940, các nhà nghiên cứu Đại học Ohio của Mỹ đã tiến hành một loạt các cuộc điều tra trong các tổ chức. Mục đích của các cuộc điều tra này nhằm phân loại các hành vi của các nhà quản lý và lãnh đạo theo mức độ quan tâm đến công việc và quan tâm đến con người.

2.1 Mô hình lấy con người là trung tâm

Mô hình quản lý và lãnh đạo chú trọng tới con người có đặc trưng nổi bật là đối xử dựa trên sự tôn trọng laaxnh nhau, giảm đến mức tối thiểu việc sử dụng quyền lực để ép buộc nhân viên dưới quyền. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy con người làm trung tâm là:

- Tạo môi trường làm việc thân thiện.
- Thúc đẩy động cơ làm việc.
- Thúc đẩy ý thức làm việc theo nhóm.
- Quan tâm đến lợi ích của mọi nhân viên.
- Giúp đỡ nhân viên giải quyết những vấn đề riêng tư của họ.
- Đối xử với nhân viên một cách thân thiện và gần gũi.
- Khen thưởng kịp thời những nhân viên hoàn thành tốt công việc.

Phong cách lãnh đạo này đem lại sự hài lòng cao cho nhân viên, tạo sự hợp tác và làm tăng động lực thúc đẩy nhân viên và làm giảm tỉ lệ phàn nàn, bỏ việc.

2.2 Mô hình lấy sản phẩm làm trung tâm

Phong cách lãnh đạo này dựa trên cơ sở những giả thuyết X. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy sản phẩm/công việc làm trung tâm, bao gồm:

- Thiết lập các tiêu chuẩn công việc.
- Phân công nhân viên đảm nhiệm từng công việc cụ thể.
- Cung cấp phương tiện theo yêu cầu của công việc.
- Đưa ra quy trình công việc.
- Kiểm tra, giám sát kết quả thực hiện.

III. PHÂN LOẠI PHONG CÁCH QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO

3.1. Phong cách quản lý và lãnh đạo độc đoán

a) Đặc điểm phong cách lãnh đạo độc đoán

Đặc điểm của người lãnh đạo độc đoán là tập trung quyền lực vào một người trong việc thiết lập mục tiêu, ra quyết định dựa trên định hướng cá nhân, thông tin một chiều, giám sát chặt chẽ và khen thưởng, kỷ luật nghiêm minh. Phong cách quản lý độc đoán được biểu hiện cụ thể như sau:

- *Thiết lập mục tiêu:* Nhà quản lý thường thiết lập các mục tiêu ngắn hạn với nhân viên, chẳng hạn "Mục tiêu của anh trong tháng này là hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án". Khi mục tiêu đã được xác định rõ ràng và thời gian cũng được ấn định, thì người nhân viên biết rõ nhà quản lý mong chờ ở anh ta điều gì. Các mục tiêu và thời hạn thường là động lực thúc đẩy nhân viên.

- *Cách thức ra quyết định:* Người lãnh đạo có phong cách độc đoán thường nói với nhân viên dưới quyền "Bây giờ tôi muốn anh dừng ngay những việc đang làm và giúp chuẩn bị một phòng họp để chiều nay tiếp khách". Khi nảy sinh vấn đề cần giải quyết, nhà lãnh đạo tự mình đưa ra quyết định và hướng dẫn cụ thể về cách làm thế nào để cải tiến công việc tốt hơn.

- *Cách thức chỉ đạo:* Điều hành nhân viên phải làm những gì người lãnh đạo muốn và hoàn thành công việc theo định hướng được người lãnh đạo đã đưa ra. Người quản lý đưa ra chỉ thị, biện pháp quyết đoán và chỉ đạo nghiêm ngặt đối với cấp dưới. Phong cách quản lý này cho phép nhân viên biết những gì họ cần phải làm, họ sẽ làm như thế nào và lúc nào các nhiệm vụ phải hoàn thành.

- *Thông tin quản lý:* Thông tin một chiều từ trên xuống và giới hạn ở việc ra quyết định ở cấp cao nhất, không cho phép nhân viên trực tiếp tham gia vào quá trình ra quyết định. Thông thường, người lãnh đạo nói và nhân viên lắng nghe. Cách giao tiếp của nhà quản lý ngắn gọn, nhân viên biết chính xác họ phải làm gì. Khi muốn nhận thông tin phản hồi từ nhân viên, họ thường chỉ đặt một câu hỏi "Anh đã hiểu cần phải làm gì chưa?".

- *Kiểm soát thực hiện và cung cấp thông tin phản hồi:* Thiết lập các khâu kiểm soát nhất định để điều khiển quá trình thực hiện công việc. Cách đưa mệnh lệnh của họ thường là: "Hãy quay trở lại gặp tôi vào lúc 11 giờ trưa và báo cáo tóm tắt những công việc mà anh đã làm xong".

- *Khen thưởng và ghi nhận công việc:* Người lãnh đạo cảm thấy hài lòng khi nhân viên dưới quyền làm đúng theo sự hướng dẫn của mình. Họ thường nói "Công việc rất tuyệt vời, anh đã làm chính xác những gì mà tôi đã nói với anh", đó là câu nói thể hiện thái độ hài lòng của người quản lý đối với nhân viên.

b) Ưu điểm của phong cách lãnh đạo độc đoán

- Phát huy tính hiệu lực của nhà quản lý.

- Hiệu suất công việc cao khi có mặt người quản lý.

- Tạo nề nếp kỷ luật cao trong tổ chức khi có mặt người quản lý.

c) Nhược điểm

- Không khí làm việc luôn căng thẳng và lo sợ ảnh hưởng đến kết quả công việc.

- Hiệu quả làm việc không cao do nhân viên không cảm phục người lãnh đạo dẫn đến làm việc không hết tâm.

- Các quyết định quản lý mang tính chủ quan duy ý chí nên tính khả thi công việc không cao.

- Tính năng động, sáng tạo của cấp dưới bị kìm hãm.

- Người lãnh đạo dễ nảy sinh tâm lý chuyên quyền, hách dịch, ảnh hưởng không tốt đến tổ chức.

- Nhân viên là đối tượng phụ thuộc

d) Khi nào cần áp dụng phong cách lãnh đạo-quản lý độc đoán

Phong cách này chỉ nên giới hạn và áp dụng trong những điều kiện và hoàn cảnh thích hợp như: tổ chức mới hình thành, chưa đi vào ổn định nề nếp hoạt động. Một tổ chức đang trong tình trạng trì trệ, thiếu kỷ luật, tính tự giác của nhân viên. Công việc cần giải quyết mang tính cấp bách. Trình độ nhân viên thấp, chưa có kinh nghiệm, cấp trên chưa tin tưởng cấp dưới.

3.2. Phong cách quản lý và lãnh đạo dân chủ

a) Đặc điểm của phong cách lãnh đạo dân chủ

- *Cách thức giao tiếp:* Giao tiếp hai chiều là quy tắc của các nhà lãnh đạo dân chủ. "Họ đi xung quanh bàn và tạo cho mọi người có cơ hội trao đổi ý kiến của mình". Nhà quản lý sẽ dành rất nhiều thời gian để đặt câu hỏi và lắng nghe. Họ cùng hội thoại với nhân viên và chia sẻ các ý kiến của mình trong quá trình thảo luận. Những nhà lãnh đạo theo phong cách dân chủ thường tận dụng thời gian để thảo luận các vấn đề quan trọng của tổ chức đối với nhân viên. Người lãnh đạo đóng vai trò như là một nhân tố đảm bảo cho các cuộc thảo luận đi đúng hướng và tất cả mọi nhân viên đều có cơ hội góp ý kiến.

- *Thiết lập mục tiêu:* Người quản lý thường nói: "Hoa, bạn nghĩ mục tiêu chuyên môn của chúng ta nên thiết lập cho quý tới là gì?". Nhà lãnh đạo biết kết hợp những kiến thức, ý tưởng của từng nhân viên để đưa ra mục tiêu cho tổ chức.

- *Ra quyết định:* Người lãnh đạo thường đưa ra đầu bài: "Chúng ta đang gặp vấn đề khó khăn về việc thực hiện tiêm an toàn, bạn nghĩ chúng ta nên làm như

thế nào?". Quyết định chỉ được đưa ra sau khi có sự cộng tác và phối hợp của nhân viên. Cả người lãnh đạo và nhân viên đều đóng vai trò chủ động, tích cực trong việc xác định vấn đề, đánh giá sự lựa chọn và ra quyết định.

- *Kiểm soát việc thực hiện và cung cấp thông tin:* Người lãnh đạo và nhân viên cùng kiểm soát quá trình thực hiện và thảo luận xem cần phải tiến hành những hành động nào khác. Công việc sẽ đạt được kết quả tốt nhất khi cả hai bên cùng cởi mở và có những điều chỉnh khi thấy cần thiết.

- *Khen thưởng và ghi nhận công lao:* Người lãnh đạo thường nói: "Hoa, chị đã có một giải pháp rất tốt cho công việc". Người lãnh đạo ghi nhận những thành quả đóng góp của các nhân viên trong cuộc thảo luận, xây dựng ý tưởng cùng với người khác và gợi mở ra những ý tưởng mới.

b) Ưu điểm của phong cách lãnh đạo dân chủ

Ưu điểm của phong cách dân chủ là nó cho phép khai thác những sáng kiến, kinh nghiệm của những người dưới quyền, của tập thể. Từ đó, nó tạo ra một sự thoả mãn lớn cho người dưới quyền vì tạo ra được cảm giác về được chấp nhận và được tham gia. Người lao động cảm thấy thỏa mãn vì họ được thực hiện những công việc do chính họ đề ra, thậm chí được tham gia đánh giá kết quả công việc.

c) Nhược điểm

Nhược điểm của phong cách dân chủ là quá trình tốn kém thời gian. Trong rất nhiều trường hợp, việc bàn bạc kéo dài mà không đi tới được quyết định trong khi thời gian giải quyết nhiệm vụ không cho phép kéo dài.

Có thể nói, phong cách lãnh đạo dân chủ không có nhược điểm lớn mà mà là thách thức đối với người quản lý và lãnh đạo, đòi hỏi họ phải dành thời gian để thông tin, để trao đổi, để lắng nghe ý kiến đề xuất từ cấp dưới và từ quần chúng nhân dân.

Nhưng điều khác biệt quan trọng giữalãnh đạo dân chủ và mị dân là ở chỗ người lãnh đạo dân chủ vừa phải biết lắng nghe, lại vừa phải quyết đoán để không đánh mất thời cơ. Thực tế chứng minh rằng có nhiều cách để người quản lý và lãnh đạo thành công nhưng mị dân hoặc cố gắng làm hài lòng mọi người là con đường đi đến thất bại. Vì vậy, người lãnh đạo cần gắn lý luận với thực tiễn, không quan liêu, độc đoán, nhưng cũng không theo đuôi quần chúng và phải là người dám chịu trách nhiệm cả với cấp trên, cấp dưới và người dân về hiệu quả công việc, sẵn sàng thực hiện phê bình và tự phê bình.

d) Áp dụng phong cách lãnh đạo dân chủ

Phong cách lãnh đạo dân chủ đặc biệt thích hợp khi cần câu trả lời cho các vấn đề như: "Mục tiêu của chúng ta là gì?"; "Tiêu chuẩn chất lượng chúng ta cần là gì?"; "Tiến trình thực hiện công việc nên tiến hành như thế nào?"; "Ai nên làm công việc này", v.v... Phong cách lãnh đạo dân chủ có hiệu quả vì nó khuyến khích mỗi nhân viên bộc lộ chính kiến riêng và tự tin nói ra quan điểm riêng của mình.

Phong cách lãnh đạo dân chủ áp dụng tốt nhất ở những nơi quy mô tổ chức có tính chuyên môn hóa cao, ổn định hoạt động. Nhân viên làm việc theo nề nếp, có tính kỷ luật cao. Nhà lãnh đạo có khả năng điều hành và kiểm soát tốt.

3.3. Phong cách quản lý và lãnh đạo ủy quyền

Ủy quyền là việc làm cần thiết và là một trong những tiêu chuẩn quan trọng của người lãnh đạo thành công. Ủy quyền không phải là giao việc mà mình không thích làm cho người khác.

a) Đặc điểm

Những nhà lãnh đạo sử dụng phong cách này thường giải thích hoặc đưa ra những yêu cầu công việc cần được thực hiện và khi nào phải hoàn thành công việc đó. Còn cách thức làm thì giao quyền do người nhân viên quyết định.

- *Cách thức giao tiếp:* Đối với những công việc cần thực hiện, các giao tiếp có thể chỉ là một chiều. Ví dụ: "Thanh, anh hãy thảo luận với các thành viên trong nhóm để xây dựng kế hoạch hoạt động của nhóm và báo cáo cho tôi biết vào đầu tuần sau." Trong trường hợp khác lại là hai chiều: "Thanh, tôi muốn trao đổi với anh về một số trọng tâm công tác của đơn vị và anh giúp tôi xây dựng kế hoạch hoạt động quý hai của cơ quan, đồng thời báo cáo cho tôi vào cuối tuần sau".

- *Thiết lập mục tiêu:* Mục tiêu có thể được người lãnh đạo thiết lập ngay hoặc có thể ủy quyền cho cộng sự đề xuất. Thất bại trong sự giao phó công việc có thể do nhân viên không hiểu ý kiến của người lãnh đạo hoặc không tự tin vào chính sự giao phó đó.

- *Ra quyết định:* Quyết định thực hiện nhiệm vụ được ủy quyền cho cấp dưới và cấp dưới có quyền chọn lựa những phương cách thích hợp để đạt được kết quả mong đợi. Người lãnh đạo phải tiếp tục duy trì sự ủy quyền khi nhân viên không muốn tự mình nhận lấy trách nhiệm ra quyết định và tìm cách "trả lại" quyền ra quyết định cho người lãnh đạo.

- *Kiểm soát quá trình thực hiện và cung cấp thông tin*: Người lãnh đạo ủy quyền thường nói: "Tôi muốn trong vòng một tuần, anh phải hoàn thành đề cương của đề án cải tiến mô hình chăm sóc người bệnh và báo cáo kết quả cho tôi biết". Người lãnh đạo ủy quyền thường quyết định cách thức kiểm soát công việc, số lần kiểm soát phụ thuộc vào tính chất ưu tiên của nhiệm vụ và người thực hiện. Cung cấp thông tin phản hồi là trách nhiệm của nhân viên.

- *Khen thưởng và ghi nhận kết quả:* Người lãnh đạo khen thưởng và ghi nhận những ai chứng minh được khả năng làm việc một cách độc lập. Người lãnh đạo theo phong cách này thường nói: "Hương, bạn đã vượt qua rất nhiều khó khăn để hoàn thành công việc, bạn đã tìm ra được cách giải quyết công việc rất tốt. Thật tuyệt vời!".

b) Lợi ích của ủy quyền

- Công việc hiệu quả và hiệu suất cao
- Mọi nhân viên đều có cơ hội phát triển năng lực
- Người quản lý có thời gian để tư duy việc lớn
- Ủy quyền giúp gia tăng chất lượng các quyết định.

c) Yếu tố cản trở người quản lý ủy quyền

- Người quản lý sợ ảnh hưởng tới lợi ích cá nhâ.
- Người quản lý cho rằng tự làm sẽ nhanh hơn, tốt hơn.
- Người quản lý phải gánh trách nhiệm nếu nhân viên làm sai.
- Nhân viên thiếu kinh nghiệm.
- Nhân viên thiếu trung thành.

d) Áp dụng

Phong cách lãnh đạo ủy quyền thích hợp nhất khi nhân viên là người hiểu biết, có kỹ năng và động lực để hoàn thành công việc. Những nhân viên có kinh nghiệm sẽ không cần người lãnh đạo chỉ dẫn họ phải làm như thế nào, họ tự lựa chọn cách thức thực hiện công việc.

4. CÁC TRÁCH NHIỆM CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG

Hệ thống điều dưỡng trưởng của ngành y tế Việt Nam được chia thành 4 cấp như sau: Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng bệnh viện (trưởng phòng), Điều dưỡng trưởng sở y tế (phó phòng nghiệp vụ y) và Điều dưỡng trưởng Bộ Y tế (Phòng Điều dưỡng - Tiết chế, Cục Quản lý khám chữa bệnh). Ở một số bệnh viện lớn còn có chức vụ phó phòng điều dưỡng và điều dưỡng trưởng khối. Tài liệu này tập trung vào vai trò điều dưỡng trưởng khoa. Điều dưỡng trưởng khoa có ba trách nhiệm chính là quản lý chăm sóc người bệnh, quản lý nhân viên và quản lý khoa phòng.

4.1. Trách nhiệm đối với người bệnh

Điều dưỡng trưởng khoa là người chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện công tác chăm sóc, phục vụ người bệnh ở từng khoa. Để quản lý chăm sóc người bệnh hiệu quả, hoạt động của người điều dưỡng trưởng cần tập trung vào chỉ đạo và quản lý công tác quản lý chăm sóc người bệnh bao gồm:

- Nắm được tình trạng bệnh và tâm lý của từng người bệnh trong khoa.
- Tổ chức công tác chăm sóc đáp ứng các nhu cầu của người bệnh.
- Tổ chức thực hiện có hiệu quả các chỉ định điều trị của thầy thuốc.
- Bảo đảm các kỹ thuật điều dưỡng được tuân thủ bởi mọi nhân viên.
- Bảo đảm các quy chế, quy định chuyên môn được tuân thủ nghiêm túc.

Công tác chỉ đạo chăm sóc người bệnh của điều dưỡng trưởng phải dựa trên nguyên lấy người bệnh làm trung tâm, các hoạt động của điều dưỡng hàng ngày phải hướng vào việc đáp ứng nhu cầu của người bệnh và bảo đảm cho người bệnh được chăm sóc an toàn, chất lượng, hiệu quả và hài lòng.

4.2. Trách nhiệm đối với nhân viên

- Giáo dục và xây dựng môi trường làm việc có đạo đức và ứng xử chuyên nghiệp cho mỗi nhân viên dưới quyền.

- Phân công công việc phù hợp với khả năng của từng cá nhân: Một công việc quá dễ sẽ dẫn đến cảm giác nhàm chán và thái độ xem nhẹ công việc. Trái lại, một công việc quá khó vượt khả năng lại làm cho nhân viên mất tự tin và không vui với công việc. Một công việc lý tưởng sẽ thử thách cá nhân và mang lại cho cá nhân cảm giác hưng phấn khi đạt được thành công trong công việc.

- Đào tạo và tạo điều kiện cho mỗi nhân viên được học tập nâng cao trình độ chuyên môn và kỹ năng tay nghề thành thạo.

- Đánh giá việc hoàn thành nhiệm vụ và cách thực hiện công việc của từng cá nhân. Đây là một trong những nhiệm vụ quan trọng của điều dưỡng trưởng.

- Bảo vệ mỗi cá nhân trong tổ chức trước người khác, thậm trí trước chính bản thân họ. Hạn chế các lời nói làm tổn thương đến danh dự của nhân viên, bảo vệ các cá nhân trong nhóm trước những chỉ trích từ bên ngoài.

4.3. Trách nhiệm đối với khoa-bệnh viện

Điều dưỡng trưởng là người quản lý khoa, phòng cần phải thực hiện tốt các trách nhiệm sau đây:

- Quản lý chuyên môn: Bảo đảm cho các quy chế, các chính sách, các quy trình chuyên môn được mọi người tuân thủ. Giảm tối thiểu các khác biệt trong việc thực hiện các quy trình kỹ thuật chuyên môn.

- Quản lý nhân lực: Bảo đảm cho các nguồn lực của khoa, phòng được sử dụng hiệu quả, đúng mục đích.

- Quản lý cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, vật tư tiêu hao: Bảo đảm các nguồn lực được sử dụng đúng mục đích và hiệu quả.

- Quản lý môi trường làm việc: Bảo đảm cho khoa, phòng luôn sạch đẹp, gọn gàng; bảo đảm an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.

- Quản lý y đức và văn hóa phục vụ: Tạo dựng môi trường chăm sóc phục vụ người bệnh có văn hóa và có y đức, các cán bộ y tế lấy người bệnh làm trung tâm và hợp tác giúp đỡ lẫn nhau để bảo đảm phục vụ người bệnh tốt nhất.

Để hoàn thành nhiệm vụ nặng nề và luôn có áp lực đổi mới đòi hỏi điều dưỡng trưởng phải có kỹ năng giải quyết tốt những mâu thuẫn luôn diễn ra hàng ngày ở nơi làm việc, đó là:

Mâu thuẫn về vai trò: Khi những gì mà nhân viên mong đợi bạn ở vai trò này lại đối lập với những gì mà người khác mong đợi bạn ở vai trò khác. Điều này thường mang đến sự khó xử cho bạn vì rất khó dung hòa, nhất là khi chúng lại xung đột với nhau.

Mâu thuẫn về sự không tương thích trong vai trò: Khi những nhân viên có những mong đợi khác nhau ở bạn thì xuất hiện sự không tương thích trong vai trò. Ví dụ: Các thành viên trong nhóm mong muốn bạn là người cấp trên dễ tính, trong khi cấp trên của bạn thì lại muốn bạn cứng rắn và không khoan nhượng với cấp dưới. Bạn khó có thể thỏa mãn hết tất cả những ý muốn khác nhau, nhất là khi chúng khác biệt quá nhiều. Sự không tương thích trong vai trò cũng có thể xảy ra khi những tiêu chuẩn và mục đích của riêng bạn không thống nhất với những tiêu chuẩn và mục đích của tổ chức; hoặc hình ảnh mà bạn hình dung về bản thân không trùng hợp với hình ảnh mà người khác nghĩ về bạn. Để giảm căng thẳng do sự xung đột hay sự không tương thích trong vai trò, bạn cần tuân theo những quy tắc bạn đặt ra và đừng cho phép mình rơi vào tình trạng thỏa hiệp. Luôn là chính mình, những người khác dần sẽ hiểu bạn qua chính cách thể hiện của bạn.

Mâu thuẫn về tình trạng "quá tải": Phải đảm trách quá nhiều vai trò có thể dẫn đến tình trạng quá tải, đây là một dạng của sự xung đột trong vai trò. Bạn có thể quyết định mức độ ưu tiên, bằng cách đánh giá tầm quan trọng của mỗi công việc, ủy thác một số công việc cho người khác hoặc trao đổi với cấp trên giảm bớt một số nhiệm vụ của bạn.

Mâu thuẫn về tình trạng "thiếu tải": Điều này xảy ra khi một cá nhân cảm thấy họ có thể đảm nhận nhiều vai trò hơn hoặc một vài vai trò lớn hơn. Việc

"thiếu tải" cũng sẽ gây ra tình trạng căng thẳng bởi vì nó sẽ ảnh hưởng đến hình ảnh cá nhân. Một người sẽ cảm thấy không được tin cậy, không được tôn trọng và không được đánh giá đúng mức khi phải làm những việc mà họ cảm thấy quá thấp so với năng lực của mình.

5. KẾT LUẬN

Quản lý và Lãnh đạo đang diễn ra một quá trình đổi mới nhanh chóng, đòi hỏi người quản lý và lãnh đạo nói chung, điều dưỡng trưởng nói riêng phải dự báo được những thay đổi đang diễn ra và nắm bắt được những cơ hội để làm chủ việc thay đổi.

Bệnh viện là một xã hội thu nhỏ, nhiều giám đốc, trưởng phó các khoa phòng và điều dưỡng trưởng phải vừa là người lãnh đạo giỏi và người quản lý giỏi. Là điều dưỡng trưởng bạn cần xác định rõ vị trí quan trọng của mình trong việc đổi mới phương thức và nâng cao chất lượng chăm sóc, phải kiên trì và quyết tâm đổi mới làm thay đổi chất lượng chăm sóc người bệnh và khẳng định vị thế của chuyên ngành điều dưỡng trong xã hội.

Điều dưỡng trưởng phải thực hiện có hiệu quả ba nghĩa vụ đối với người bệnh, đối với tổ chức và đối với nhân viên điều dưỡng, hộ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quản lý điều dưỡng - Tài liệu huấn luyện điều dưỡng trưởng khoa. Nhà xuất bản Y học, 2004.
2. Dee Ann Gilies. Nursing Management - A system Approach, 2nd edition.W.B. Saunders.
3. Department of Health Philippines. Hospital Nurrsing service administration Manual
4. Eleanor J., Sullivan and Philip J. Decker. Effective Leadership and Management in Nursing, 4th edition. Addison Wesley.
5. Nguyễn Hải Sản. Quản trị học - NXB Thống kê.
6. Michael E. Gerber. Emyth để trở thành người quản lý hiệu quả. Nhà xuất bản Lao động - xã hội.
7. Mariene Caroelli. Các kỹ năng lãnh đạo dành cho nhà quản trị. Nhà xuất bản Thống kê, 2004.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy xác định câu đúng và câu sai dưới đây:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
Câu 1	Người lãnh đạo thường nói đến từ **"**quản lý" nhiều nhất.		
Câu 2	Người lãnh đạo sợ nhất là thiếu "cấp trên" ủng hộ mình.		
Câu 3	Người lãnh đạo là những người có năng khiếu bẩm sinh, chứ không phải do rèn luyện.		
Câu 4	Nhà lãnh đạo giỏi không đưa ra quyết định dựa theo cảm tính mà dựa trên lý trí?		
Câu 5	Nhà quản lý và nhà lãnh đạo làm các việc giống nhau.		
Câu 6	Đặc điểm của những lãnh đạo giỏi là giống nhau, bất kể quy mô tổ chức lớn hay nhỏ.		
Câu 7	Điều hành công việc ở cơ quan không giống với điều hành một gia đình.		
Câu 8	Người lãnh đạo hiệu quả là người có khả năng thiết lập tầm nhìn cho sự phát triển của tổ chức.		

Câu 9. Quản lý và lãnh đạo:

A. Giống nhau vì đều tác động vào con người

B. Khác nhau ở cách thực tác tác động vào con người

C. Giống nhau vì đều tác động vào con người nhưng khác nhau ở cách thức tác động

D. Tất cả đều sai

Câu 10. Người lãnh đạo hiệu quả là người

A. Ủy quyền công việc

B. Quản lý có hiệu quả các nguồn lực

C. Sử dụng con người có hiệu quả

D. Liên tục đổi mới, làm cho cả hệ thống hoạt động hiệu quả và biết hài hòa lợi ích cá nhân, tổ chức và lợi ích của nhân viên

Câu 11. Các trách nhiệm của người Điều dưỡng trưởng bao gồm

A. Với người bệnh và tổ chức

B. Với người bệnh và nhân viên

C. Vơi tổ chức và nhân viên

D. Với người bệnh, với tổ chức và với nhân viên

Câu 12. Phân loại các phong cách lãnh đạo dựa vào các đặc điểm:

A. Cách thiết lập mục tiêu

B. Cách thức ra quyết định

C. Cách giám sát

D. Cả A, B và C

Câu 13. Người lãnh đạo lấy con người làm trung tâm thường là người lãnh đạo theo phong cách dân chủ

A. Đúng

B. Sai

Câu 14. Người lãnh đạo lấy sản phẩm làm trung tâm thường là người lãnh đạo có thiên hướng theo phong cách độc đoán

A. Đúng

B. Sai

Câu 15. Phong cách lãnh đạo độc đoán sẽ tạo được môi trường làm việc đoàn kết và mang lại hiệu quả công việc cao

A. Đúng B. Sai

Câu 16. Điều dưỡng trưởng cần thực thi phong cách lãnh đạo độc đoán để duy trì các quy chế chuyên môn ở nơi làm việc

A. Đúng B. Sai

Câu 17. Câu nói sau đây " Chúng ta đang gặp nhiều khó khăn về việc thực hiện tiêm an toàn, bạn nghĩ chúng ta nên làm như thế nào ? " là câu nói hay gặp ở người có phong cách lãnh đạo:

A. Độc đoán, lấy sản phẩm làm trung tâm

B. Ủy quyền

C. Dân chủ, lấy con người làm trung tâm

D. Tất cả đều đúng

BÀI 2
PHẨM CHẤT THIẾT YẾU CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG

MỤC TIÊU

1. Phân tích được 10 phẩm chất thiết yếu của người Ddiefu dưỡng trưởng.

2. Trình bày được những phẩm chất không phù hợp với người lãnh đạo, quản lý.

3. Liên hệ thực tế những phẩm chất thiết yếu của người điều dưỡng trưởng hiện nay.

NỘI DUNG

1. MỞ ĐẦU

Trong xã hội và cũng như trong hoạt động của các tổ chức luôn đề cao những người có khả năng quản lý và lãnh đạo, ai cũng đều mơ ước có một người lãnh đạo với đầy đủ những phẩm chất thiết yếu mà họ mong đợi.

Những phẩm chất thiết yếu của người quản lý và lãnh đạo của người Điều dưỡng trưởng có cùng phẩm chất tương tự như những người lãnh đạo của các lĩnh vực khác, song có mang những đặc thù nghề nghiệp của điều dưỡng, đó là một nghề vừa mang tính khoa học, tính chuyên nghiệp và tính chất của một ngành dịch vụ công cộng lĩnh vực chăm sóc sức khỏe luôn phải thách thức với những mong đợi ngày càng cao của nhân dân.

Những phẩm chất thiết yếu của người lãnh đạo nói chung, người điều dưỡng trưởng nói riêng bao gồm các nội dung dưới đây:

2. NHỮNG PHẨM CHẤT DẪN ĐẾN THÀNH CÔNG

2.1. Có tầm nhìn

Tầm nhìn là sự tuyên bố về hướng phát triển trong tương lai của một tổ chức. Tầm nhìn giúp người lãnh đạo và các thành viên trong tổ chức đưa ra lộ trình phát triển của tổ chức trong tương lai, đưa ra mục tiêu chung cho các thành viên trong tổ chức phấn đấu và định hướng cho việc đưa ra các quyết định ưu tiên đầu tư về nguồn lực. Người ta cho rằng "tầm nhìn tỷ lệ thuận với tài sản của một người". Người quản lý và lãnh đạo phải có tư duy dài hạn để xây dựng cho tổ chức của mình một tầm nhìn hướng vào tương lai. Quá trình xây dựng tầm nhìn trải qua ba bước cơ bản:

- Phân tích môi trường: điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức.
- Phát triển tầm nhìn: Hướng phát triển để đưa ra tầm nhìn chiến lược mang tính bao quát, dám thực hiện những đổi mới.
- Truyền đạt tầm nhìn: Làm cho mọi nhân viên hiểu về tầm nhìn của tổ chức, tạo cho nhân viên niềm tin và và cam kết phấn đấu đạt được tầm nhìn của tổ chức.

Người quản lý và lãnh đạo một tổ chức phải là người xác định tầm nhìn, bảo vệ tầm nhìn, truyền đạt chiến lược phát triển ở các cấp độ của tổ chức, coi khó khăn là cơ hội, khuyến khích ý tưởng sáng tạo và truyền nhiệt huyết cho nhân viên để tạo năng lượng cho sự đổi mới và biến điều trở ngại thách thức thành cơ hội.

Căn cứ vào phân tích những điểm mạnh, điểm yếu, những cơ hội và thách thức Hội Điều dưỡng Việt Nam trong Kế hoạch chiến lược phát triển Hội đã đưa ra tầm nhìn như sau "***Đến năm 2015 Hội Điều dưỡng Việt Nam trở thành tổ chức chuyên nghiệp trong vận động chính sách, đào tạo nâng cao năng lực hội viên và phát triển các chuẩn thực hành nghề Điều dưỡng tại Việt Nam".*** Những thành tựu đạt được trong những năm qua khẳng định Hội Điều dưỡng Việt Nam đã xác định tầm nhìn đúng đắn và tầm nhìn này đã đóng góp quan trọng vào việc xác định hướng đi với những ưu tiên mà Hội Điều dưỡng Việt Nam đang nỗ lực thực hiện.

2.2 Đổi mới

Người Điều dưỡng trưởng hiệu quả phải là người đổi mới (Innovator): người có tư tưởng đổi mới là người có sự hiểu biết về hiện trạng, người có tầm nhìn, có khả năng đưa ra những ý tưởng sáng tạo và quan trọng hơn hết là người có thể khích lệ những người xung quanh thực hiện những cải cách để biến ý tưởng thành hiện thực. Người Điều dưỡng trưởng hiệu quả phải là người có khát vọng đổi mới, tạo dựng được môi trường văn hóa đổi mới thúc đẩy mọi nhân viên mạnh dạn đưa ra các ý tưởng sáng tạo và ý chí quyết tâm biến ý tưởng thành các đề án đổi mới.

Trong bối cảnh chung của Ngành điều dưỡng hiện nay, có hàng loạt các vấn đề đặt ra đang chờ đợi ý chí quyết tâm của người điều dưỡng trưởng như: đổi mới tư duy về vai trò của người điều dưỡng, đổi mới phương thức đào tạo điều dưỡng, phương thức phân công chăm sóc người bệnh, phương thức thực thi chức năng chủ động của người điều dưỡng, đổi mới cách thức giao tiếp ứng xử với người bệnh v,v.. Đây là những vấn đề hết sức cơ bản để

tăng cường chất lượng chăm sóc người bệnh và tăng cường hình ảnh của người điều dưỡng Việt Nam.

2.3. Tự tin

Tự tin là một trong những phẩm chất dẫn đến thành công. Một người lãnh đạo muốn thành công thì phải tin tưởng vào những gì mình làm, phải tin tưởng vào những gì mình kêu gọi người khác làm và phải có lập trường vững vàng trong các quyết định của mình.

Tự tin hình thành từ sự từng trải, qua thời gian dài rèn luyện những kỹ năng trong công việc, tích lũy vốn kiến thức rộng cùng với sự thông minh sẵn có. Những phẩm chất thiếu tự tin, bi quan, thất vọng, không làm chủ được bản thân… không phù hợp với người Người Điều dưỡng trưởng. Trong giai đoạn hiện nay, người điều dưỡng trưởng tự tin là người có các đặc tính sau đây:

- Về tâm lý nghề nghiệp: Khắc phục tâm lý tự ti nghề nghiệp và vượt lên trên các định kiến lạc hậu.

- Về học tập: Có ý chí học tập vươn lên, có chí tiến thủ trong nghề nghiệp.

- Về công việc: Năng động, dám nghĩ, dám làm, dám chịu trách nhiệm và khi đã nhận thì cố gắng hoàn thành tốt.

- Trong giao tiếp: Bình tĩnh, chủ động, mạnh dạn bày tỏ quan điểm, chính kiến, dũng cảm bảo vệ lẽ phải.

2.4. Quyết đoán

Người lãnh đạo phải luôn ý thức về sứ mệnh chỉ huy của mình, sứ mệnh đại diện cho tổ chức và phải làm cho những người dưới quyền tôn trọng và chấp nhận quyền của mình. Đôi khi, người lãnh đạo cũng cần "nhẫn tâm" một chút trong việc sa thải, kỷ luật nhân viên nếu như hành động của anh ta gây tổn hại lớn đến lợi ích của tổ chức. Là người Điều dưỡng trưởng mọi nhân viên luôn trông chờ người lãnh đạo đưa ra những quyết định kịp thời. Sự cả nể, nhân nhượng trong cách đưa ra quyết định có thể dẫn bạn đến những sai lầm khi tạo tiền lệ xấu dẫn đến việc làm mất đi cái "uy" trong vị thế là người lãnh đạo.

Người điều dưỡng trưởng quyết đoán là người đưa ra các quyết định quản lý của riêng mình nhưng biết tôn trọng ý kiến của tập thể. Muốn vậy, người điều dưỡng trưởng phải biết cách xác định vấn đề, phân tích các giải pháp, cân nhắc các yếu tố về lợi ích, chi phí và các yếu tố tác động khác trước khi đưa ra các quyết định giải quyết các vấn đề. Điều dưỡng trưởng phải tích lũy kiến thức

trong môi trường tổ chức, rút kinh nghiệm từ những sai lầm và liên tục học tập cập nhật kiến thức và kỹ năng giải quyết vấn đề trong thực tiễn.

2.5. Giỏi chuyên môn

Là người điều dưỡng trưởng, bạn luôn có hai vai trò rất quan trọng bạn cần phải thực thi hàng ngày, đó là vai trò của một người quản lý và vai trò chuyên môn. Hai vai trò này có quan hệ mật thiết với nhau, bổ sung cho nhau. Khi bạn là người quản lý các thành viên trong nhóm cần bạn định hướng và dẫn dắt; họ cần có niềm tin là bạn có khả năng định hướng chính xác, chỉ đạo hợp lý và điều phối hiệu quả các hoạt động để mang lại kết quả tốt nhất. Nếu bạn vừa là người quản lý và vừa là một chuyên gia đích thực các thành viên trong nhóm sẽ ngưỡng mộ năng lực chuyên môn của bạn, họ sẽ đặt niềm tin vào khả năng chỉ đạo, điều hành của bạn.

Để có năng lực chuyên môn giỏi, Điều dưỡng trưởng cần cập nhật thông tin mới nhất, thông tin tổng quát về ngành nghề của mình cũng như thông tin liên quan đến những công việc cụ thể mình đang làm. Nên khéo léo "giới thiệu" với cấp dưới, đồng nghiệp và cấp trên về kinh nghiệm làm việc liên quan đến công việc của mình khi giao tiếp với đồng nghiệp. Nên chú ý bảo vệ hình ảnh của mình, nếu được yêu cầu hợp tác trong những việc có khả năng thành công thấp, bạn nên phân tích và đưa ra ý kiến tại sao không nên thực hiện, thay vì tham gia một cách vô điều kiện để hình ảnh và danh tiếng của bạn bị ảnh hưởng.

2.6. Sử dụng nhân lực hiệu quả

Sử dụng nhân viên hiệu quả là quá trình thực hiện các hoạt động tiếp nhận, đào tạo, sử dụng và phát triển nguồn nhân lực nhằm thực hiện có hiệu quả mục tiêu của tổ chức, đồng thời đáp ứng các mục tiêu mong đợi của cá nhân người lao động trong tổ chức.

Thu hút người có khả năng: Thực tế, trong giai đoạn hiện nay tri thức quan trọng hơn tiền và công nghệ, người có tài, có năng lực quan trọng hơn ngân sách hay công nghệ. Vì vậy, người giỏi, có năng lực có nhiều lựa chọn việc làm và tìm đến những tổ chức có uy tín và có mức thu nhập cao.

Quy tụ nhân viên: Mọi tổ chức, muốn thành công phải quy tụ mọi nhân viên, phải tạo nên sức mạnh của sự đoàn kết, đó là một nguyên lý kinh điển. Người quản lý và lãnh đạo quy tụ nhân viên bằng cách tìm họ, khám phá họ, tiếp đón họ, chọn họ, huấn luyện họ, sử dụng họ, mến yêu họ và tôn vinh họ.

Phát hiện và bồi dưỡng người có năng lực: Sẵn sàng bố trí, giao nhiệm vụ và tạo điều kiện cho nhân viên đặc biệt là người có năng lực được thường xuyên học tập, nghiên cứu, tham gia hội thảo khoa học để phát triển.

Phân công nhiệm vụ cho nhân viên phù hợp: Đặt ra những yêu cầu và giao nhiệm vụ mang tính thách thức cho nhân viên, tạo cảm giác họ là người quan trọng, không bao giờ được phép tạo ra không khí nhàn rỗi trong tổ chức vì điều này sẽ làm mất ý chí làm việc của nhân viên. Nếu người quản lý và lãnh đạo không biết bố trí nhân viên và tổ chức công việc phù hợp sẽ phá vỡ trình độ văn minh của quản lý lao động và văn hoá tổ chức.

Chọn người cộng tác dám nói sự thật: Người quản lý và lãnh đạo thành công phải là người biết lắng nghe và chấp nhận những quan điểm khác mình để có thêm các thông tin trong quá trình đưa ra các quyết định quản lý.

Đánh giá cao nhân viên: Một khi nhân viên được đánh giá đúng, họ sẽ sẵn sàng đóng góp công sức vào mục tiêu chung của tổ chức và có thể tạo ra sản phẩm chất lượng cao hơn, mang lại những giá trị thặng dư, mang lại uy tín và thương hiệu cho tổ chức.

2.7. Hài hòa lợi ích

Chấp nhận thiệt thòi là một yêu cầu cao và là một yêu cầu thiết yếu đối với người lãnh đạo. Điều dưỡng trưởng (head nurse) cũng đồng thời là người chị đứng đầu trong đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh (sister) và là người quản gia (matron) phải thực sự là tấm gương tốt về đạo đức nghề nghiệp, về tinh thần tập thể, không lợi dụng người bệnh, không thu vén cá nhân thì mới trở thành người điều dưỡng trưởng thực sự hiệu quả và có sức ảnh hưởng tới các nhân viên khác.

2.8. Giao tiếp hiệu quả

Kỹ năng nói: Nói ngắn gọn, khúc triết, chính xác, có khả năng trình bày quan điểm và truyền đạt thông tin một cách rõ ràng, hiệu quả. Điều dưỡng trưởng phải biết trình bày một cách lưu loát, nhạy cảm với những quan tâm của người khác và biết đưa thông tin làm giải tỏa căng thẳng về tinh thần của người bệnh, gia đình người bệnh và đồng nghiệp.

Kỹ năng nghe: Biết lắng nghe là điều không dễ đối với nhà quản lý nói chung và điều dưỡng trưởng nói riêng. Lắng nghe ý kiến tán thành thì dễ, việc lắng nghe ý kiến trái ngược khó hơn, thậm chí có người vừa nghe một ý kiến trái ngược đã cảm thấy khó chịu, nhưng trong không ít trường hợp, ý kiến trái ngược, ý kiến thuộc về thiểu số lại là ý kiến đúng. Vì vậy, điều dưỡng trưởng

phải khắc phục yếu tố tâm lý, gạt bỏ "cái tôi", bình tâm lắng nghe ý kiến trái ngược, càng không được phân biệt đối xử với người đưa ra ý kiến trái ngược. Điều dưỡng trưởng cần phải có đức tính kiên nhẫn và không vội vàng bộc lộ bản thân, nhiều khi im lặng cũng là một phẩm chất lớn.

Kỹ năng viết: Là điều dưỡng trưởng, bạn cần có kỹ năng văn bản như cách viết một công văn giao dịch, cách viết một báo cáo, cách viết một biên bản cuộc họp vừa đúng thể thức quy định vừa có nội dung phù hợp và cách trình bày sáng sủa, thuyết phục.

2.9. Công bằng

Điều dưỡng trưởng là người phân công công việc, người nhận xét đánh giá nhân viên, người thường đưa ra các đề xuất về các cơ hội học tập và thăng tiến của mỗi nhân viên. Vì vậy, điều dưỡng trưởng luôn luôn trong tầm quan sát của mọi nhân viên về sự công bằng. Sự công bằng của người điều dưỡng trưởng sẽ tạo ra sự đoàn kết nội bộ và sẽ tạo ra động cơ phấn đấu cho mọi nhân viên trong tổ chức. Sự công bằng của điều dưỡng trưởng được thể hiện nhiều nhất qua các hoạt động sau đây:

- *Phân công công việc một cách công bằng:* Việc phân công công việc của điều dưỡng trưởng phải bảo đảm hai nguyên tắc cơ bản: một là phù hợp với năng lực chuyên môn của mỗi cá nhân trong từng thời kỳ và hai là luân phiên, luân chuyển nhân viên giữa các công việc. Việc thực hiện hai nguyên tắc này vừa bảo đảm an toàn cho người bệnh và vừa tạo cho nhân viên có các cơ hội như nhau trong việc thực thi công việc.

- *Nhìn nhận nỗ lực của mọi nhân viên một cách công bằng:* Điều dưỡng trưởng không nên để tình cảm riêng tư xen kẽ vào công việc, dẫn đến dễ dàng với một số người và khắt khe với một số người khác. Để trở thành người quản lý công bằng, điều dưỡng trưởng cần có tấm lòng độ lượng, không định kiến và giúp nhân viên có cơ hội khắc phục thiếu sót. Nếu ai đó có nỗ lực trong công việc, trong học tập thì bạn hãy khen ngợi họ, đừng duy trì những định kiến cá nhân.

- *Khen và chê một cách công bằng:* Nghiêm túc và đòi hỏi cao ở nhân viên không đồng nghĩa với bắt bẻ hay hạch sách nhân viên. Hãy khen thưởng nhân viên khi họ xứng đáng được khen. Ngược lại, khi phạt cũng phải mang tính xây dựng, không nên mắng mỏ. Cảnh cáo nên bắt đầu từ khen ngợi, sau đó chỉ cho nhân viên biết khuyết điểm của họ. Nếu khen thưởng và kỷ luật thiếu công bằng, chưa xác đáng thì sẽ gây ra sự phản cảm của nhân viên. Phê bình nhân

viên công khai trước tập thể chỉ áp dụng trong những trường hợp khi các biện pháp khác không mang lại hiệu quả.

- *Tạo cho nhân viên các cơ hội học tập, thăng tiến công bằng:* Bất cứ nhân viên nào trong tổ chức cũng mong muốn được học tập nâng cao trình độ, mong muốn được tăng lương và mong muốn được đề bạt vào các vị trí công việc quản lý và lãnh đạo trong khoa và chính mong muốn đó tạo nên động cơ phấn đấu để tiến bộ. Vì vậy, điều dưỡng trưởng cần quan tâm đến các nguyện vọng của các cá nhân và bố trí công việc hợp lý để vừa duy trì được công việc chăm sóc người bệnh, vừa phát triển được năng lực nhân viên và vừa tạo động cơ phấn đấu cho mọi nhân viên trong khoa và trong bệnh viện.

2.10. Lịch sự

Lịch sự là sự tôn trọng bản thân và tôn trọng người khác, là đặc điểm của một người có giáo dục. Lịch sự được thể hiện ra bên ngoài là những hình thức lễ phép do con người trong xã hội thiết lập và công nhận, nhằm đối xử với nhau một cách tôn trọng và làm cho cuộc sống cộng đồng thêm thân thiện. Chân thành là cái ở bên trong con người. Lịch sự phải gắn với chân thành, nếu lịch sự mà thiếu chân thành thì đó chỉ là cái vỏ. Đối với người điều dưỡng trưởng, lịch sự được thể hiện ở các khía cạnh dưới đây:

Mệnh lệnh điều hành lịch sự: Những mệnh lệnh được đưa ra trong tổ chức có tính lịch sự thường mang lại hiệu quả cao hơn là mệnh lệnh thiếu sự tôn trọng người khác. Con người, bao giờ cũng có xu hướng chống lại sự thô bạo - một tính chất trái ngược với lịch thiệp và tế nhị. Nếu người lãnh đạo không cảm hóa được nhân viên bằng sự lịch thiệp, tế nhị thì sẽ phải sử dụng hạ sách "vũ lực". Một nhà quản lý tốt phải là người luôn có thái độ đúng mực và biết cách động viên cấp dưới bằng những lời khen ngợi trung thực và lịch sự, chứ không chỉ trích hay phàn nàn. Một nhà quản lý tốt luôn thể hiện mối quan tâm thực sự đến người khác bằng việc tạo cho nhân viên cảm giác chính họ mới là người quan trọng.

Câu nói lịch sự: Câu chào hỏi luôn thường trực trên miệng khi gặp gỡ, tiếp xúc với người bệnh, người nhà người bệnh, kèm theo cúi đầu và nụ cười thân thiện. Lời "cảm ơn" để bày tỏ lòng biết ơn người đã giúp mình và lời đáp lại khi nhận lời cảm ơn. Xin lỗi khi làm phiền, va chạm với người khác; nhờ lời xin lỗi, ta sẽ hóa giải tính nóng nảy, sự tức giận của người khác và đáp lại lời xin lỗi "Không sao đâu", chứ đừng cự nự, cằn nhằn. Luôn luôn dùng câu nói "làm ơn, xin phép, xin vui lòng" để mở đầu cho một yêu cầu, một lời đề nghị giúp đỡ. Nhờ câu nói này, người khác sẽ vui lòng và sẵn sàng dành thời gian,

tạm dừng công việc để giúp đỡ. Ngoài ra, khi nhận và gọi điện thoại cần chào hỏi lễ phép, nói rõ ràng, ngắn gọn, nhấc và đặt máy nhẹ nhàng, không nói quá to, không nói trống không.

Phong cách lịch sự: Phong cách lịch sự được thể hiện qua cách nhìn, cách đi, cách đứng, cách ngồi, gương mặt, ánh mắt… mà người lãnh đạo thể hiện thông qua các hoạt động hàng ngày.

Trang phục lịch sự và phù hợp: Trang phục phản ánh nhân cách, chức vị, nghề nghiệp của một người. Điều dưỡng trưởng là người điều dưỡng chuyên nghiệp cần nêu tấm gương về sử dụng đồng phục chuyên môn trong y tế. Nguyên tắc căn bản khi sử dụng đồng phục là sự sạch sẽ, gọn gàng, phù hợp chức vụ, hợp thời, hợp cảnh, hợp vóc dáng màu da. Giày, dép, guốc, đồ trang sức, trang điểm phù hợp với công việc chăm sóc người bệnh.

3. NHỮNG PHẨM CHẤT KHÔNG PHÙ HỢP

1. Kiêu căng, độc đoán, bảo thủ.
2. Bi quan, phiền toái.
3. Không biết dùng người, không khoan dung, sống cách biệt.
4. Đa nghi, thay đổi ý kiến như chong chóng.
5. Ôm đồm, lạc lõng trong những chuyện vụn vặt.
6. Nói một đằng làm một nẻo.
7. Dấn thân nửa vời "xông pha giúp người thắng trận".
8. Làm việc tùy tiện, theo cảm hứng, không có kế hoạch.
9. Ích kỷ, lo danh lợi bản thân, sợ người khác hơn mình.
10. Trông cậy vào quyền thế.

4. KẾT LUẬN

Mười phẩm chất lãnh đạo hiệu quả đã được trình bày ở trên là những phẩm chất thiết yếu để người lãnh đạo thành công. Để có được những phẩm chất thiết yếu nói trên, mỗi chúng ta phải lấy đó làm chuẩn mực để phấn đấu, rèn luyện và tu dưỡng trong suốt quá trình học tập và làm việc.

Người điều dưỡng trưởng là người chị, người đứng đầu của điều dưỡng viên và là người quản lý cần nêu tấm gương về các phẩm chất lãnh đạo hiệu quả. Khắc phục những hạn chế của bản thân và phải biết loại trừ những phẩm chất lãnh đạo, quản lý không phù hợp để xứng đáng với vai trò là người điều dưỡng đứng đầu và là người lãnh đạo hệ thống điều dưỡng của đơn vị./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Tự đánh giá về phẩm chất lãnh đạo của bản thân

Bạn hãy đánh dấu (x) vào một cột tương ứng để tự đánh giá phẩm chất lãnh đạo của bản thân trước khi tham dự khóa học về NÂNG CAO NĂNG LỰC QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG. Mỗi phẩm chất được đánh giá bằng thang điểm chia thành 5 mức độ: 1 = rất yếu; 2 = yếu; 3 = trung bình; 4 = tốt; 5 = rất tốt.

Các phẩm chất	**Phân loại**				
	1	2	3	4	5
1. Tầm nhìn					
2. Đổi mới					
3. Tự tin					
4. Quyết đoán					
5. Chuyên môn giỏi					
6. Sử dụng nhân lực hiệu quả					
7. Hài hòa lợi ích					
8. Giao tiếp hiệu quả					
9. Công bằng					
10. Lịch thiệp					

Câu 2. Chọn câu trả lời đúng nhất

A. Ba bước cơ bản của quá trình xây dựng tầm nhìn là: Phân tích môi trường, xây dựng tầm nhìn, tổ chức thực hiện tầm nhìn

B. Xây dựng tầm nhìn, phổ biến tầm nhìn, thực hiện tầm nhìn

C. Phân tích môi trường, xây dựng tầm nhìn và truyền đạt tầm nhìn.

Câu 3. Người lãnh đạo làm việc càng ngày càng có nhiều áp lực và càng có nhiều công việc phải giải quyết là dấu hiệu tốt

A. Đúng

B. Sai

Câu 4. Năng lực chuyên môn là yếu tố quan trọng nhất quyết định sự thành công của người lãnh đạo.

A. Đúng

B. Sai

Câu 5. Lãnh đạo không nên sử dụng những nhân viên hay đưa ra các ý kiến khác với quan điểm riêng của mình.

A. Đúng

B. Sai

Câu 6. Kiểm tra chặt chẽ là biện pháp quan trọng nhất để thúc đẩy nhân viên làm việc tốt

A. Đúng

B. Sai

Câu 7. Người lãnh đạo luôn luôn phải nói, phải giải thích để định hướng nhân viên nhiều hơn nghe.

A. Đúng

B. Sai

Câu 8. Những mệnh lệnh có tính lịch thiệp có hiệu quả cao hơn những mệnh lệnh có tính thô bạo coi thường cấp dưới.

A. Đúng

B. Sai

BÀI 3
QUẢN LÝ DỰA VÀO KẾT QUẢ
(Results Based Management-RBM)

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chủ đề này, học viên có khả năng:

1. Nêu được khái niệm quản lý dựa vào kết quả.

2. Phân biệt được một số thuật ngữ quan trọng liên quan đến phương pháp quản lý dựa vào kết quả.

3. Phân tích được sơ đồ chuỗi kết quả.

4. Xây dựng được các tiêu chí để đo lường kết quả đạt được.

5. Áp dụng được phương pháp quản lý dựa vào kết quả để lập kế hoạch công tác tại đơn vị.

NỘI DUNG

Mở đầu

Quản lý là một quá trình từ lúc lập kế hoạch, đến khi triển khai kế hoạch và cuối cùng là đánh giá kết quả đạt được. Tài liệu này không viết về quản lý nói chung cũng như quản lý là gì hay các phương pháp quản lý. Chúng tôi tập trung nói kỹ về một phương pháp tiếp cận quản lý mới mà gần đây đã và đang được nhiều tổ chức quốc tế như CIDA, UNDP, UNICEF,… áp dụng hiệu quả trong việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những kết quả đạt được. Việc áp dụng cách tiếp cận tiên tiến này cũng đã được Ủy ban Nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện thí điểm tại một số tổ chức chính quyền của Thành phố như Sở Tài chính, Sở Y tế,…Thật đáng mừng là Hội Điều dưỡng Việt Nam với sự giúp đỡ của các chuyên gia Canada đã tiếp cận và áp dụng có hiệu quả phương pháp quản lý tiên tiến này - đó là phương pháp quản lý dựa vào kết quả. Trong những năm gần đây, Hội Điều dưỡng đã tổ chức được một số khóa tập huấn cho Điều dưỡng trưởng các Sở Y tế, các bệnh viện tiếp cận với phương pháp quản lý mới này và đã nhận được nhiều phản hồi tích cực về tính tiện ích, khoa học và hết sức logic trong lập kế hoạch, tổ chức triển khai thực hiện và đánh giá kết quả cuối cùng đạt được. Nhiều bệnh viện đã áp dụng một phần hoặc toàn bộ phương pháp này trong công tác quản lý đặc biệt là trong lập kế hoạch và đánh giá quá trình thực hiện đã đem lại hiệu quả bất ngờ. Điểm mấu chốt của phương pháp này là thay vì chúng ta quan tâm đến những hoạt động đã được triển khai, nguồn lực,… bằng việc quan tâm đến Kết quả và những tác

động do việc thực hiện các hoạt động đó đem lại. Như chúng ta đã biết không phải chúng ta cứ thực hiện một số việc nào đó, thậm chí đầu tư một nguồn lực rất tốn kém nào đó là sau đó chúng ta sẽ đạt được kết quả mà chúng ta kỳ vọng. Đôi khi chúng ta cũng không dám chắc chắn rằng liệu đó đã phải là kết quả chúng ta mong đợi hay chưa? Và chúng ta có cần đầu tư thêm hay rút bớt nguồn lực để thực hiện các công việc đó hay không?... Bên cạnh đó trong thời đại ngày nay, chúng ta luôn bận rộn với nhiều việc thì để chuẩn bị viết các báo cáo công việc quá dài dòng cũng tiêu tốn nhiều thời gian của chúng ta. Vậy nên làm thế nào để có được một kế hoạch đầy đủ, chi tiết và đặc biệt là một báo cáo công việc của quý, của năm thậm chí là 5 năm mà chúng ta chỉ cần dùng vài trang giấy. Tất cả những vấn đề vừa nêu lần lượt sẽ được trả lời trong nội dung chủ đề này.

Quản lý dựa vào kết quả là gì?

Quản lý dựa vào kết quả là một cách tiếp cận *tham gia* và *linh hoạt* để quản lý dự án hoặc kế hoạch công tác của một bộ phận, một đơn vị, nó nhấn mạnh vào các ***kết quả*** đạt được. Tính *tham gia* của phương pháp này thể hiện ở chỗ yêu cầu người thực hiện kế hoạch cũng cần tham gia trong suốt quá trình bản kế hoạch được dự thảo, xây dựng và hoàn chỉnh. Điều này sẽ giúp cho người thực hiện nắm vững và hiểu rõ ý định của bản kế hoạch để thực hiện một cách hiệu quả nhất. Một lời khuyên được đưa ra ở đây là tất cả các thành viên thực hiện kế hoạch sau này ít nhất cũng được tham gia vào một phần hoặc toàn bộ bản kế hoạch của bộ phận, đơn vị. Sự *linh hoạt* của bản kế hoạch này được thể hiện ở chỗ là trong quá trình thực hiện cả bộ phận, đơn vị cố gắng triển khai các hoạt động sao cho đạt được kết quả mong đợi mà không bị cứng nhắc vì các hoạt động hay nói cách khác là các hoạt động trong bản kế hoạch có thể thay đổi nhằm hướng tới kết quả mong đợi một cách nhanh nhất và thực tế nhất với hoàn cảnh thực hiện bản kế hoạch của bộ phận hay đơn vị mình. Thay vì quan tâm đến đầu vào và các hoạt động của dự án hay bản kế hoạch *(Những gì bạn sẽ làm)*, RBM đòi hỏi bạn tập trung vào các thành viên của bộ phận, đơn vị hay các đối tác cùng làm việc và cuối cùng là những thay đổi thực sự (kết quả) mà dự án hay bản kế hoạch sẽ tạo ra.

Tại sao áp dụng mô hình quản lý dựa vào kết quả?

- *Tính chính xác và logic cao:* Vì kết quả chỉ thực sự đạt được từ mối quan hệ nhân - quả. Tức là chỉ những hoạt động gì chúng ta tổ chức thực hiện phù hợp thì sẽ đem lại kết quả nhất định nào đó. Chúng ta cần khẳng định rằng không có một sự thần kỳ là kết quả tự đến. Tuy nhiên việc đánh giá các mức độ kết quả đạt được là hết sức quan trọng trong từng giai đoạn của bản kế hoạch,

nó thể hiện sự logic của bản kế hoạch và sẽ được trình bày ở phần sau của tài liệu này.

- *Thuận lợi trong việc xác định kết quả thực sự đạt được ở từng thời kỳ:* Trong quá trình thực hiện bản kế hoạch, việc chúng ta phân chia ra các giai đoạn để thực hiện các hoạt động hay nói cách khác là sự ưu tiên cho một số hoạt động ở giai đoạn nhất định nào đó là hết sức quan trọng. Trên cơ sở đó, chúng ta sẽ xem xét, đánh giá xem kết quả đã đạt được ở mức độ nào để định hướng cho kết quả trung hạn hay tác động lâu dài của việc thực hiện hoàn chỉnh bản kế hoạch.

- *Dễ rà soát kế hoạch để điều chỉnh (nếu cần):* Bản kế hoạch được xây dựng theo phương pháp này hết sức ngắn gọn nhưng lại rất chi tiết chỉ ra những việc cần làm để nhằm đạt được kết quả mong đợi. Các hoạt động nhằm hướng tới kết quả cũng như các tiêu chí để đo lường kết quả đạt được ở các mức độ khác nhau cũng hết sức cụ thể. Do đó trong quá trình thực hiện kế hoạch, chúng ta hoàn toàn có thể kiểm soát, so sánh, đối chiếu những gì đã được thực hiện, những gì cần tiếp tục thúc đẩy triển khai và thậm chí cả những hoạt động nào là không cần thiết trong bối cảnh thực tế của bộ phận, đơn vị.

- *Rút ngắn thời gian làm báo cáo kết quả:* Việc phải đọc các báo cáo quá dài dòng nhưng thông tin lại không cô đọng trong thực tế đã gây ra không ít những phiền toái, chán nản thậm chí là còn cảm thấy khó chịu. Nhưng thật may mắn là phương pháp này có thể giúp người viết báo cáo cô đọng, tập trung vào những gì thực sự chúng ta đã thực hiện và thực hiện phải hướng đến kết quả mong đợi ban đầu đã đặt ra một cách thực sự. Bên cạnh đó việc thiết kế mẫu báo cáo và lập kế hoạch có nhiều điểm tương đồng và đôi khi song song nên người viết, người đọc rất thuận tiện trong việc so sánh, đối chiếu cũng như suy ngẫm về mức độ đạt được của bản kế hoạch hay nói cách khác là kết quả thực sự đã đạt được là gì.

Một số thuật ngữ trong bài:

1. Đầu vào (Inputs).
2. Kết quả ngắn hạn - Đầu ra (Outputs).
3. Kết quả trung hạn (Outcomes).
4. Hoạt động (Activities).
5. Kết quả nói chung (Results).
6. Tiêu chí (Indicators): *định lượng (quantitative) & định tính (qualitative).*
7. Tác động (Impacts).

1. Đầu vào (Inputs)

Đầu vào là nguồn lực của tổ chức hay cá nhân đóng góp trực tiếp vào thực hiện kế hoạch/dự án. Đầu vào bao gồm Nhân lực, Vật lực, Tài lực và Thời gian chuẩn bị và thực hiện để đi đến hoàn thành kế hoạch đề ra.

1.1. Nhân lực (Manpower): Nhân lực bao gồm toàn bộ các cá nhân, cán bộ kỹ thuật, chuyên gia,… tham gia đóng góp vào việc triển khai kế hoạch. Các cá nhân này có thể đóng góp trực tiếp hoặc gián tiếp vào việc triển khai kế hoạch. Những người đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch là những người được giao nhiệm vụ thực hiện kế hoạch như cán bộ chương trình, cán bộ kỹ thuật,… Những người tham gia gián tiếp vào thực hiện kế hoạch như các nhà quản lý, xây dựng chính sách,… Đối tượng này có tác động vào sự thành công của việc triển khai kế hoạch thông qua việc chỉ đạo, quản lý và điều hành nhóm/cá nhân triển khai kế hoạch. Tuy nhiên trong quá trình triển khai kế hoạch, người được giao nhiệm vụ trực tiếp thực hiện các hoạt động của kế hoạch nên xác định rõ mức độ tham gia và đóng góp của từng cá nhân hay chuyên gia để thuận tiện trong việc thực hiện kế hoạch mà không quá mất nhiều thời gian. Việc xây dựng kế hoạch cho một chương trình hay một dự án nên được xác định ngay từ ban đầu, tuy nhiên nếu chúng ta sử dụng phương pháp quản lý dựa vào kết quả thì việc điều chỉnh kế hoạch về nhân lực để giúp cho triển khai công việc hiệu quả hơn cũng là việc làm được khuyến khích. Chúng ta cần căn cứ vào điều kiện thực tế tại bộ phận, đơn vị vào thời điểm thực hiện kế hoạch để có quyết định phù hợp, miễn sao việc điều chỉnh này không xa rời kết quả mong đợi ban đầu. Có thể nói sự linh hoạt của phương pháp này đã được thể hiện ngay từ những bước đầu tiên trong việc xây dựng kế hoạch.

1.2. Vật lực (Material): Là toàn bộ những phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho việc triển khai kế hoạch được thành công. Vật lực có thể được chia thành 3 nhóm: nhóm thứ nhất liên quan đến phương tiện trang thiết bị văn phòng như máy vi tính, máy chiếu projector, máy in,… phục vụ một phần hoặc toàn bộ việc triển khai kế hoạch; nhóm thứ hai bao gồm các phương tiện phục vụ trực tiếp cho việc thực hiện kế hoạch như xe tiêm, phương tiện chăm sóc, tài liệu đào tạo,… và nhóm thứ ba là các loại phương tiện khác có thể gọi là văn phòng phẩm như giấy photocopy, bút viết, băng dính, kéo, ghim giấy,… Tuy nhiên, trong mỗi kế hoạch lại có những phương tiện đặc thù riêng cần cho việc triển khai kế hoạch này nhưng lại không cần thiết phải có khi chúng ta thực hiện một kế hoạch khác. Do vậy, người lập kế hoạch cần xác định ưu tiên và những loại vật lực nào thực sự cần cho việc thực hiện kế hoạch để đảm bảo vẫn

đạt được kết quả mong đợi mà không quá tốn kém. Việc xác định các vật lực nêu trên cũng cần được thực hiện ngay từ những bước đầu tiên của quá trình lập kế hoạch và sau đó cũng sẽ được điều chỉnh nếu cần. Vật lực có thể được bộ phận, đơn vị cung cấp những cũng có thể đến từ sự tài trợ, hỗ trợ của các cá nhân, tổ chức. Người chịu trách nhiệm thực hiện kế hoạch cũng cần lưu ý đến một số phương tiện được hỗ trợ từ các cá nhân, tổ chức là để phục vụ cho mục đích quảng cáo, quảng bá sản phẩm của họ mà chưa chắc đã có tác dụng gì cho việc góp phần thành công của các hoạt động mình đang triển khai. Do vậy, chúng ta cũng cần cân nhắc cẩn thận về vấn đề này, đôi khi nó còn đem lại những phiền toái. Ví dụ, những năm 1990, nhiều hãng sản xuất thuốc lá đã rất hào hứng tài trợ cho các hoạt động, sự kiện thể thao hay hội trại của các trường trung học cơ sở. Thông qua các sự kiện đó họ đã quảng bá cho sản phẩm của công ty hết sức thành công, mặc dù không thấy một bao thuốc lá nào được bán hoặc được biếu tặng tại trường học. Nhưng tất cả những chiếc ô cỡ lớn, bàn ghế, phông bạt,… được in hình những bao thuốc lá và logo của công ty trông rất bắt mắt. Không nói thì chúng ta cũng biết là hậu quả không lường cho các em học sinh trong những năm sau này.

1.3. Tài lực/Tài chính (Money): Tài chính là một trong những yếu tố then chốt góp phần vào sự thành công hay thất bại của việc lập kế hoạch và thực hiện một kế hoạch nào đó. Nguồn tài chính ở đây được hiểu là toàn bộ những đóng góp trực tiếp hay gián tiếp cho việc triển khai kế hoạch. Nguồn tài chính trực tiếp là tiền mặt hoặc séc được đưa vào để thực hiện kế hoạch với tính thanh khoản cao. Bên cạnh đó, nguồn tài chính gián tiếp đôi khi cũng rất quan trọng cho sự thành công của việc triển khai một kế hoạch nào đó. Ví dụ, Trung ương Hội mời đại biểu các Tỉnh/Hội tham dự một khóa tập huấn nào đó, nhưng vì Trung ương Hội không thể lo chi phí đi lại cho đại biểu mà chỉ lo được giảng viên, tài liệu, chỗ ở thôi, thì lúc đó nguồn kinh phí gián tiếp có thể được hiểu là nguồn kinh phí mà đại biểu tự bỏ ra để lo việc đi lại hoặc đại biểu đó xin được kinh phí đi lại từ cơ quan chủ quản (Bệnh viện, Sở Y tế, Trường,…) để tham dự lớp tập huấn đó. Chúng ta sẽ thấy được tầm quan trọng của việc dự đoán nguồn kinh phí gián tiếp đóng góp vào thực hiện kế hoạch quan trọng như thế nào khi chúng ta mời 50 đại biểu tham dự khóa tập huấn nào đó, nhưng chỉ vì Ban tổ chức/hay kinh phí trực tiếp của Dự án/Chương trình đó không lo được chi phí đi lại cho đại biểu, do đó chỉ có ½ số đại biểu đến dự. Chính vì vậy, người lập kế hoạch cần dự đoán trước về nguồn kinh phí gián tiếp mà các cá nhân/tổ chức có thể đóng góp vào việc thực hiện kế hoạch. Tuy nhiên, cũng cần nhấn mạnh rằng chúng ta không nên dựa quá nhiều vào nguồn kinh phí gián tiếp đó, mà người lập kế hoạch có thể

dự đoán trước một/một số nguồn kinh phí có thể huy động được cho việc thực hiện dự án. Trên thực tế có nhiều chương trình/dự án khi lập kế hoạch có ít kinh phí, nhưng trong quá trình triển khai lại huy động được sự tham gia của nhiều tổ chức/cá nhân và nguồn kinh phí này được hiểu là nguồn kinh phí tiềm năng đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch.

1.4. Thời gian (Time): Với bất cứ kế hoạch nào thì yếu tố thời gian cũng luôn được xem xét. Thời gian được tính từ lúc chúng ta chuẩn bị kế hoạch cho đến thực hiện xong kế hoạch và đạt được kết quả mong đợi. Thường thì với những kết quả mong đợi nhỏ thì sẽ có thời gian ngắn hạn và ngược lại với những kết quả mong đợi lớn hơn thì thời gian chuẩn bị và thực hiện cũng dài hơn. Tuy nhiên cũng có những ngoại lệ khi có những yếu tố bất ngờ tác động vào quá trình thực hiện kế hoạch. Ví dụ, chúng ta đặt ra kết quả mong đợi là sau 6 tháng toàn bộ Điều dưỡng trưởng của Bệnh viện có thể sử dụng thành thạo tin học văn phòng thì có thể rất khả thi. Nhưng nếu cũng với vấn đề trên nhưng chúng ta mở rộng phạm vi tác động ra toàn Tỉnh thì không dễ dàng gì cho việc thực hiện kế hoạch này mà có thể phải kéo dài thời gian lên 1 hay 2 năm, thậm chí là 3-5 năm. Tuy nhiên cũng có yếu tố ngoại lai tích cực tác động vào quá trình triển khai kế hoạch này, ví dụ như có một sự trùng lặp ngẫu nhiên là Sở Y tế cũng có kế hoạch triển khai Dự án đào tạo nâng cao trình độ tin học cho cán bộ y tế của toàn Tỉnh với nguồn lực rất dồi dào thì chúng ta có thể nhân cơ hội này để lồng ghép kế hoạch của chúng ta vào, và có thể chỉ trong một thời gian ngắn kế hoạch đã được thực hiện thành công với kết quả mong đợi đạt được thật tuyệt vời.

Tóm lại: Trong quá trình lập một kế hoạch nào đó, chúng ta cần xem xét kỹ lưỡng nguồn lực chúng ta sẵn có, nguồn lực tiềm năng đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch và cũng đừng quên những nguồn lực gián tiếp như đã phân tích ở trên. Vì chỉ khi có sự cân nhắc và xem xét kỹ lưỡng đến đầu vào thì chúng ta mới có thể có được một kế hoạch khả thi, tức là không quá hoài bão hay quá nhỏ bé khi phải sử dụng quá nhiều đầu vào. Chúng ta có thể ghi nhớ khi chúng ta chuẩn bị đầu vào cho một bản kế hoạch hoặc một dự án bằng công thức dưới đây:

3M + 1T

2. Hoạt động (Activities)

Hoạt động là tất cả những gì liên quan đến sự điều phối, tổ chức thực hiện kế hoạch đã đề ra nhằm hướng tới kết quả mong đợi. Chúng ta thường quan

tâm đến những hoạt động gì đã được thực hiện và đôi khi nhầm lẫn rằng khi thực hiện xong hoạt động đó coi như là đã triển khai xong công việc, mặc dù rất có thể vẫn chưa đạt được kết quả mong đợi. Việc tổ chức được mấy khóa tập huấn, mấy hội thảo, hội nghị,… chỉ là các hoạt động đã được hoàn thành, còn kết quả đã đạt được hay chưa thì thực chất ở đây là chưa xác định chính xác được. Lưu ý rằng chúng ta rất có thể nhầm lẫn giữa hoạt động đã hoàn thành và kết quả. Ví dụ, Tỉnh Hội A muốn tạo năng lực nghiên cứu Điều dưỡng cho đội ngũ Điều dưỡng trưởng của Tỉnh do vậy Tỉnh Hội đã tổ chức 02 khóa tập huấn nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng cần thiết để làm nghiên cứu cho đội ngũ Điều dưỡng trưởng này. Về mặt lý thuyết thì sau 02 khóa tập huấn này năng lực về nghiên cứu Điều dưỡng của đội ngũ Điều dưỡng trưởng có thể sẽ được cải thiện rõ rệt nếu các khóa tập huấn này đảm bảo được chất lượng. Tuy nhiên, cũng có thể sau 02 khóa tập huấn này mà không tạo được năng lực cần thiết cho đội ngũ Điều dưỡng trưởng là vì nội dung tập huấn chưa phù hợp, giảng viên chưa tốt, bố trí chương trình và phân bổ thời gian trong chương trình lý thuyết và làm việc nhóm chưa phù hợp,… Vậy nên rất có thể sau khi đã hoàn thành 02 khóa tập huấn nghĩa là hoạt động đã được hoàn thành nhưng chưa có được kết quả gì hoặc mức độ kết quả đạt được không tương xứng với sự đầu tư của bệnh viện gây lãng phí nguồn lực.

Để đạt được kết quả thì chúng ta dùng các hoạt động để biến mong muốn của chúng ta thành hiện thực. Có thể để có được một kết quả nào đó, chúng ta phải sử dụng nhiều hoạt động. Ví dụ như để xây dựng được Kế hoạch hoạt động của Tỉnh Hội cho năm tiếp theo, chúng ta cần tổ chức họp Ban chấp hành để xin ý kiến, tổ chức xây dựng kế hoạch, gửi đi xin ý kiến của Ban chấp hành/Ban thường vụ Tỉnh Hội, họp thống nhất kế hoạch và cuối cùng là phê duyệt và thông qua kế hoạch. Tất cả các việc nêu trên chỉ nhằm có được bản kế hoạch hoạt động năm của Tỉnh Hội. Có thể khẳng định rằng nếu cuối cùng mà bản kế hoạch năm không được phê duyệt để cho Tỉnh Hội hoạt động thì coi như chưa có kết quả gì, mặc dù trước đó chúng ta đã mất khá nhiều công sức thậm chí cả chi phí để xây dựng kế hoạch đó.

Việc xây dựng các hoạt động cần căn cứ vào kết quả mong đợi chúng ta đặt ra. Do vậy cần cân nhắc xem xây dựng bao nhiêu hoạt động thì đủ để sau khi chúng ta thực hiện tốt các hoạt động đó thì sẽ đạt được kết quả mong đợi. Nếu chúng ta xây dựng quá nhiều hoạt động không cần thiết thì vừa tốn kém mà lại chưa chắc đã hiệu quả, ngược lại nếu chúng ta xây dựng ít hoạt động thì chưa chắc sau khi thực hiện xong các hoạt động đó đã đạt được kết quả mong đợi. Rất khó có thể nói bao nhiêu hoạt động thì đủ cho mỗi kết quả mong đợi. Chúng ta cần căn cứ vào thực tiễn công việc và quy trình giải quyết công việc

đó theo quy định, tuy nhiên đó chỉ là các hoạt động, chúng ta sẽ nói tới kết quả mong đợi ở phần tiếp theo.

3. Kết quả (Results)

Quản lý dựa vào kết quả bắt đầu từ giai đoạn lập kế hoạch và diễn ra liên tục suốt dự án. Ở giai đoạn lập kế hoạch, bạn cần xác định rõ mục đích của dự án và các kết quả mong đợi của dự án. Định nghĩa và đo lường các tiêu chí thực hiện là một phần quan trọng của mô hình Quản lý dựa vào kết quả. Dữ liệu tiêu chí thực hiện cơ bản được thu thập trước khi dự án bắt đầu, do đó bạn có thể có các ý tưởng về thực trạng vấn đề/tổ chức trước khi dự án bắt đầu. Sau đó các tiêu chí thực hiện này được đo lường nhiều lần trong suốt dự án để đảm bảo dự án hướng tới các kết quả mong đợi. Nếu dự án không theo đúng quy trình đã được đặt ra thì bạn nên điều chỉnh quá trình thực hiện. Các báo cáo nên có sự so sánh các kết quả thực tế với kế hoạch và có phân tích các yếu tố giúp dự án thành công hoặc khó khăn trong quá trình thực hiện dự án/kế hoạch.

Kết quả được định nghĩa: *Kết quả là những thay đổi có thể mô tả được hoặc đo lường được từ mối quan hệ nhân - quả (Theo Cơ quan phát triển quốc tế Canada - CIDA)1*

Những thông tin cơ bản về Kết quả

Ở một mức độ nào đó, Quản lý dựa vào kết quả là quá trình tự giải thích một cách phù hợp những việc chúng ta đã thực hiện cũng như những kết quả thực sự đạt được. RBM yêu cầu chúng ta thiết kế và kiểm tra các dự án, tập trung vào những thay đổi có thể đạt được trong suốt thời gian dự án và đó chính là Kết quả đạt được.

Thời gian để đạt được Kết quả có thể là ngắn hạn, trung hạn hoặc dài hạn, cụ thể được mô tả trong bảng dưới đây:

Kết quả	**Thời gian đạt được**
Ngắn hạn (đầu ra)	1 năm
Trung hạn	2 - 4 năm
Dài hạn (tác động)	5 năm trở lên

Trong một số trường hợp, mặc dù thời gian thực hiện ngắn nhưng kết quả đã cho những tác động xã hội rộng lớn. Ví dụ khi có sự cam kết của hệ thống chính trị và các nhà lãnh đạo cấp cao. Tuy nhiên, thông thường thì để đạt được một kết quả nào đó, chúng ta cần có thời gian và những nỗ lực nhất định của cá

nhân, tổ chức thông qua việc triển khai công việc, hỗ trợ và nỗ lực từ nội tại tổ chức cũng như sự hỗ trợ từ bên ngoài.

Kết quả ngắn hạn là kết quả ban đầu có được sau một hoặc một số hoạt động được thực hiện hiệu quả. Kết quả ngắn hạn (outputs) là kết quả chúng ta mong muốn đạt được (ví dụ: tăng cường năng lực nghiên cứu cho hội viên), nó không phải là những hoạt động đã được hoàn thành (ví dụ 10 lớp tập huấn về nghiên cứu điều dưỡng đã được tổ chức). Việc tổ chức 10 lớp tập huấn nhằm mục tiêu đạt đến kết quả tăng cường năng lực nghiên cứu cho các điều dưỡng viên hội viên của bệnh viện bạn.

Kết quả trung hạn là giai đoạn trung gian của chuỗi kết quả, là sự tích lũy các kết quả ngắn hạn và tác động đến kết quả dài hạn của bản kế hoạch. Kết quả ngắn hạn được tích luỹ để hình thành nên kết quả trung hạn (outcomes). Kết quả trung hạn (outcomes) có phạm vi rộng nhằm vào các lĩnh vực chính của tổ chức, trong khi đó kết quả ngắn hạn (outputs) giải quyết các vấn đề cụ thể hơn.

Kết quả dài hạn hay nói cách khác chính là tác động cuối cùng của bản kế hoạch/dự án sẽ được lũy tích trên cơ sở các kết quả ngắn hạn và trung hạn đã đạt được ở giai đoạn trước đó.

Cách tiếp cận phương pháp Quản lý dựa vào kết quả mang tính logic và lũy tích. Đó là, các kết quả ngắn hạn (outputs) sẽ dẫn tới các kết quả trung hạn (outcomes) một cách logic thông qua việc thực hiện một số hoạt động phù hợp và hiệu quả. Sau cùng là lũy tích thành những thay đổi dài hạn dẫn đến những tác động ở các mức độ khác nhau (impacts). Tác động ở đây có thể là tác động của cả một bản kế hoạch/dự án tổng thể, cũng có thể chỉ là tác động thành phần theo lĩnh vực sau khi thực hiện bản kế hoạch. Do vậy, để đánh giá kết quả đạt được chúng ta cần phân định rất rõ mức độ đạt được của từng loại kết quả cũng như phạm vi tác động của nó.

Chúng ta nên nhớ rằng Kết quả có thể:

- Xuất hiện trong một thời gian ngắn hoặc mất một thời gian dài (vài năm) để nhận ra một cách thực thụ;
- Được đưa ra trong khi xây dựng kế hoạch hoặc có thể chúng ta không biết trước;
- Âm tính hoặc dương tính (Chúng ta mong muốn kết quả dương tính!);
- Phạm vi tác động ở mức độ cá nhân, nhóm, cơ quan/tổ chức hoặc rộng lớn hơn là cả xã hội.

Kết quả không phải là những hoạt động đã hoàn thành. Các hoạt động là

khối lượng công việc cần thực hiện và nếu thực hiện một cách hiệu quả nó sẽ dẫn đến các mức độ kết quả ngắn hạn (output), rồi dần dần tích lũy thành kết quả trung hạn (outcome) và kết quả trung hạn này lại tích lũy một cách logic để tạo ra những tác động (impact) nhất định nào đó đến cá nhân, tổ chức hay một cộng đồng rộng lớn. Sự lũy tích để tạo thành kết quả ở các mức độ khác nhau là hết sức logic hay nói cách khác mang tính chất nhân - quả. Tức là chỉ những hoạt động chúng ta can thiệp, thúc đẩy thì mới có thể hình thành kết quả, chứ kết quả không tự nhiên đến. Các hoạt động của dự án nên được xác định dựa vào những kết quả mà bạn mong muốn đạt được khi xây dựng kế hoạch. Các hoạt động có thể điều chỉnh một cách linh hoạt nếu thực sự cần thiết để đảm bảo cho dự án đạt được các kết quả đề ra trong bản kế hoạch.

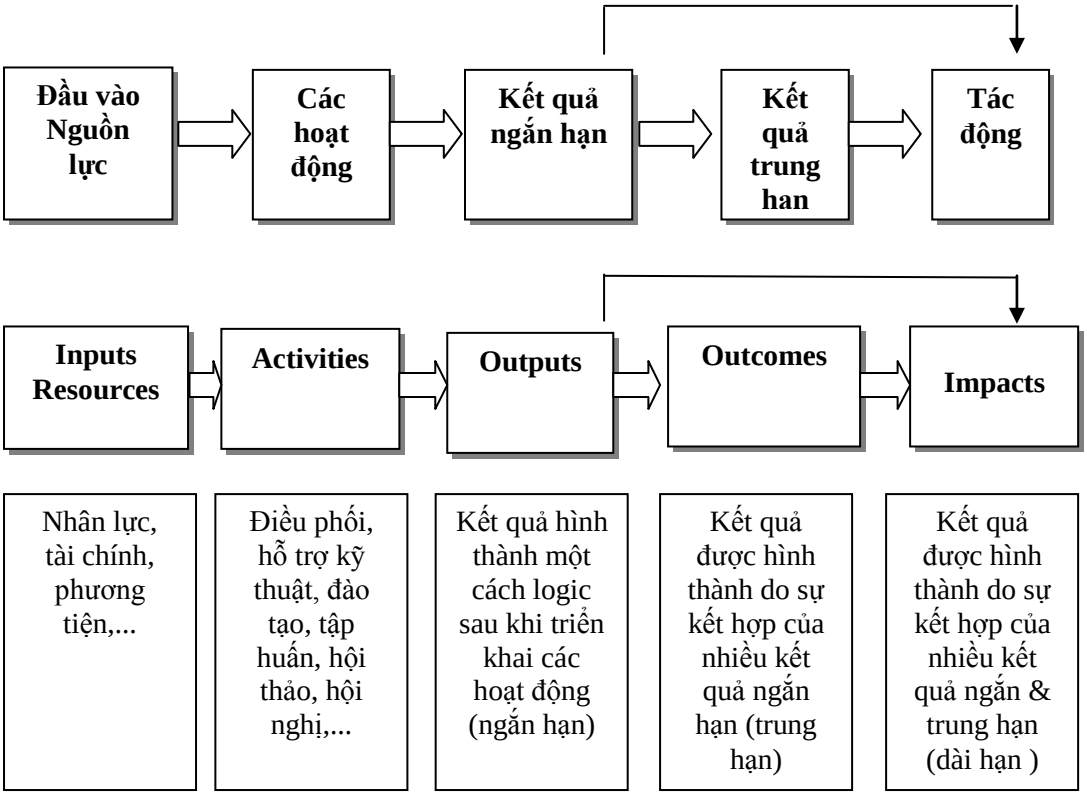
Bạn nên nhớ rằng tuyên ngôn về Kết quả phải chỉ ra được những thay đổi về hành vi hoặc thực trạng. Ví dụ:

Hoạt động	Kết quả
Các hội thảo về nhận thức cho thanh niên tránh phơi nhiễm với căn bệnh thế kỷ HIV/AIDS.	Sử dụng bao cao su tăng. Giảm số ca mắc mới HIV/AIDS.
Cài đặt một phần mềm mới và tập huấn cho nhân viên về quản lý cơ sở dữ liệu	Tăng cường sự sẵn có của các dữ liệu thống kê chính xác. Cải thiện khả năng phân tích dữ liệu và viết báo cáo.

Chuỗi kết quả là gì?

Chuỗi kết quả thường dùng để chỉ sự liên kết logic giữa kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và kết quả dài hạn. Các kết quả ở mỗi mức độ thường đi cùng nhau, dẫn đến các kết quả ở mức độ tiếp sau đó (thường đạt được ở mức độ mong đợi cao hơn). Các kết quả này là những mong đợi chúng ta mong muốn đạt được khi bắt đầu xây dựng kế hoạch.

Các chuyên gia khuyên rằng, người lập kế hoạch cần hình dung ngay về sơ đồ chuỗi kết quả ngay từ khi tiến hành lập kế hoạch để có một cái nhìn tổng quát và dài hạn về những gì sẽ xảy ra trong tương lai. Sơ đồ dưới đây chỉ ra sự liên kết giữa đầu vào (inputs), hoạt động (activities) và chuỗi các kết quả ở mỗi mức độ.



Sơ đồ 1: Chuỗi Kết quả

Như vậy, sau khi chúng ta đã triển khai một hoặc một số hoạt động có hiệu quả thì sau đó chúng ta sẽ bắt đầu đạt được kết quả ở mức độ đầu tiên, đó là kết quả ngắn hạn; tập hợp nhiều kết quả ngắn hạn sẽ lũy tích thành kết quả trung hạn và cuối cùng là tạo ra tác động nào đó. Đây sẽ là mong đợi cuối cùng của bản kế hoạch chúng ta xây dựng.

Một số lỗi hay gặp khi sử dụng RBM

- Nhầm lẫn giữa hoạt động đã hoàn thành và kết quả
- Liên kết mơ hồ về các mức độ khác nhau của kết quả
- Đề ra kết quả quá kỳ vọng so với thực tế
- Các tiêu chí định lượng quá nhiều so với tiêu chí định tính
- Báo cáo dựa vào hoạt động hơn là vào kết quả

4. Phân biệt chuỗi kết quả

Khi xây dựng kế hoạch, đôi khi chúng ta thường khó khăn trong việc xác định các kết quả đạt được là kết quả ngắn hạn, trung hạn hay tác động. Sơ đồ dưới đây chỉ ra các yếu tố giúp chúng ta cân nhắc trong việc xác định kết quả đã đạt được ở mức độ nào.

Phân biệt các kết quả			
Xem xét:	Kết quả ngắn hạn (OUTPUT)	Kết quả trung hạn (OUTCOME)	Tác động (IMPACT)
Thời gian để đạt Kết quả	Ngắn hạn	Trung hạn/ Kết thúc dự án (5 năm)	Dài hạn
Loại Kết quả	Thay đổi cá nhân	Thay đổi tổ chức	Thay đổi xã hội rộng lớn
Ai bị tác động	Cụ thể, thường nhóm nhỏ/tổ chức đối tác	Các tổ chức đối tác, các nhóm và tổ chức khác trong cộng đồng	Xã hội/khu vực hoặc quốc gia
Mức độ nỗ lực	Thường nỗ lực ít	Nỗ lực nhiều hơn hoặc nỗ lực trong một thời gian dài hơn	Nhiều nỗ lực
Chi phí	Thường chi phí nhỏ	Chi phí lớn hơn	Chi phí lớn nhất

5. Phân biệt hoạt động và kết quả ngắn hạn

Chúng ta cần lưu ý rằng Hoạt động đã hoàn thành không có nghĩa là chúng ta đã có được Đầu ra (Output) hay đạt được Kết quả ngắn hạn. Bảng dưới đây mô tả rõ hơn sự khác nhau giữa Hoạt động đã hoàn thành và Kết quả.

Hoạt động	**Câu hỏi về Kết quả**	**Kết quả**
- Tổ chức 2 khóa tập huấn về nghiên cứu Điều dưỡng cho ĐDV của Bệnh viện	Hoạt động này nhằm đạt Kết quả gì?	- 40% ĐDV của Bệnh viện thực hiện được các nghiên cứu khoa học cơ bản.

- Tổ chức 02 hội thảo chuyên đề về chăm sóc toàn diện	Sau khi tổ chức 02 hội thảo chuyên đề này thì Kết quả đạt được là gì?	- 100% các khoa điểm của BV thực hiện đúng những quy định về chăm sóc toàn diện. - Tỷ lệ % người bệnh tại các khoa điểm hài lòng với dịch vụ chăm sóc tăng từ 70% lên 85%.
- Tổ chức được 01 Hội nghị NCĐD cấp Bệnh viện	Kết quả sau hoạt động này là gì?	- Vai trò của người ĐD trong lĩnh vực NC của BV được tăng lên rõ rệt (khảo sát) - Có 05 khuyến cáo từ các đề tài NC của ĐD được áp dụng trong thực hành.

Như vậy, nếu theo cách báo cáo công việc trước đây, chúng ta thường báo cáo các hoạt động gì đã được hoàn thành trong quý, năm. Tuy nhiên với cách tiếp cận theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả thì chúng ta cần quan tâm nhiều hơn đến vấn đề phía sau các hoạt động đã được thực hiện - nghĩa là sau khi các hoạt động đó được triển khai đúng kế hoạch rồi, thì nó đem lại hiệu quả hay kết quả gì. Chúng ta cần trả lời câu hỏi Ai bị tác động? Số lượng/Tỷ lệ % đối tượng được hưởng lợi? Sản phẩm của hoạt động đó là gì?... Nếu chúng ta chỉ dừng ở việc báo cáo rằng có bao nhiêu hoạt động đã được hoàn thành thì chưa thể nói là đã có kết quả hay chưa. Cũng cần nói thêm rằng, việc xác định kết quả ở đây cần căn cứ vào những cơ sở vững chắc, tin cậy. Ví dụ để biết được có bao nhiêu ĐDT có khả năng thực hiện được các đề tài nghiên cứu khoa học, chúng ta có nhiều cách để thu thập thông tin, chẳng hạn như chúng ta yêu cầu mỗi ĐDT chọn một vấn đề nghiên cứu và tiến hành nghiên cứu từ đầu năm, đến giữa hoặc cuối năm chúng ta đánh giá kết quả. Một ví dụ khác về sự hài lòng của người bệnh - trong trường hợp này nhất thiết chúng ta phải có điều tra.

6. Phân biệt Tiêu chí và Kết quả

Nói về thứ tự, thì chúng ta đưa ra mong muốn về kết quả mong đợi trước, sau đó chúng ta mới tiến hành xây dựng các chỉ tiêu để đo lường mức độ đạt được kết quả đến đâu. Như vậy chỉ tiêu là công cụ để đo lường kết quả, nghĩa là chỉ tiêu khác với kết quả. Kết quả biểu thị sự thay đổi so với trạng thái ban đầu. Trong khi đó chỉ tiêu luôn là một hằng số hoặc một phạm trù có thể đo lường được hay đánh giá, nhận biết được. Để đo lường được một kết quả,

chúng ta thường xây dựng 1-3 chỉ tiêu, cũng có khi nhiều hơn nếu thực sự cần thiết. Trong một số trường hợp cá biệt thì chỉ tiêu trùng với kết quả (thường là kết quả ngắn hạn) lúc đó chỉ cần 1 chỉ tiêu có thể đã đo lường được 1 kết quả đạt được ở mức độ nào đó. Ví dụ, chúng ta xây dựng chỉ tiêu 90% nhân viên văn phòng sử dụng thành thạo các phần mềm tin học văn phòng trước năm 2010. Kết quả ngắn hạn đạt được trong trường hợp này là 90% nhân viên văn phòng sử dụng thành thạo tin học văn phòng. Tuy nhiên mục tiêu của người quản lý không chỉ dừng lại ở việc các nhân viên văn phòng sử dụng thành thạo tin học văn phòng mà họ mong đợi cao hơn, tức là vấn đề giải quyết công việc liên quan đến tin học văn phòng sẽ nhanh và hiệu quả hơn, qua đó ít nhiều tác động đến hiệu quả làm việc của đơn vị - và đó sẽ là kết quả trung hoặc dài hạn. Để đo lường được kết quả trung hoặc dài hạn này, chúng ta chắc chắn phải có một vài tiêu chí để đo lường. Một lần nữa cần nhắc lại rằng *Tiêu chí khác với Kết quả*.

7. Tiêu chí (Indicators)

Tiêu chí là mức độ mong muốn cần đạt được của một công việc nào đó. Chỉ tiêu dùng để đo lường xem chúng ta đã được kết quả hay chưa, hay mức độ đạt kết quả của chúng ta đến đâu. Trong đa số các trường hợp, chỉ tiêu cần được xây dựng rất cụ thể để có thể dễ dàng đo lường được xem chúng ta đã đạt được chỉ tiêu đề ra hay chưa. Chỉ tiêu được phân ra 2 loại Chỉ tiêu Định lượng & Chỉ tiêu Định tính.

7.1. Phân loại tiêu chí

Tiêu chí định lượng: Tiêu chí định lượng được thể hiện bằng những con số cụ thể, tỷ lệ phần trăm, tần số, tỷ suất. Nó có thể cân đong đo đếm được. Ví dụ:

+ 85% ĐDT của Bệnh viện được học về Quản lý Điều dưỡng
+ 50% Đ DV có trình độ cao đẳng và đại học
+ Tỷ lệ NKBV <2%

Cần lưu ý rằng tùy theo mức độ chúng ta cần đạt được kết quả đến đâu mà chúng ta xây dựng chỉ tiêu đo lường đến đó, không nhất thiết phải xây dựng chỉ tiêu tuyệt đối (100%). Trong ví dụ trên, chúng ta có thể xây dựng cho 850% ĐDT được học về Quản lý ĐD trong 3 năm đầu và 20% còn lại sẽ được học trong 2 năm tiếp theo vì điều kiện thực tế chỉ có thể làm được như vậy.

Một khi chúng ta đã xây dựng được những chỉ tiêu cụ thể như trên chúng ta dễ dàng đánh giá xem công việc đã được triển khai đến đâu, và mức độ

đạt được kết quả đến đâu căn cứ vào chỉ tiêu mà chúng ta đã đưa ra.

Tiêu chí định tính: Không thể hiện bằng một đại lượng hay con số mà thay vào đó là những thay đổi của quá trình mà chúng ta có thể nhìn thấy được hoặc nhận biết được sự thay đổi đó. Sự thay đổi này có thể là về nhận thức, phạm vi, phẩm chất,... của sự việc, hiện tượng nào đó. Ví dụ sự hài lòng của người bệnh về các dịch vụ y tế là một chỉ tiêu định tính. Chúng ta không dễ dàng gì có thể cân đong đo đếm được sự hài lòng của người bệnh, tuy nhiên để đánh giá được mức độ hài lòng của họ ra sao thì chúng ta có thể sử dụng các chỉ tiêu định tính để đo lường bằng cách phân ra các mức độ hài lòng từ thấp đến cao, hay từ mức 1 đến mức 5 tùy chúng ta định nghĩa về mức độ.

Chúng ta cũng có thể dùng các "Tiêu chí quá trình" để thể hiện quá trình thực hiện diễn ra như thế nào nếu không thể đo lường cụ thể được kết quả thực tế. Hãy đảm bảo rằng bạn không đưa ra các chỉ tiêu mà bạn không thể đo lường được hoặc bạn sẽ phải tốn nhiều thời gian, chi phí và công sức để thu thập dữ liệu. Nghĩa là bạn nên xây dựng các chỉ tiêu khả thi.

7.2. Một số đặc tính cơ bản của tiêu chí

(1) Tính giá trị: Tiêu chí đó có để đo lường quá trình chúng ta đạt đến kết quả mong đợi hay không. Khi mà chỉ tiêu đưa ra không thể đo lường được liệu chúng ta đã đạt được kết quả ở một mức độ nào đó thì chỉ tiêu đó có thể được coi là không có giá trị và cần được xem xét để sửa đổi nhằm tăng tính giá trị của chỉ tiêu.

(2) Tính tin cậy: Tiêu chí mà khi chúng ta thu thập số liệu đúng như chỉ tiêu đề ra thì đảm bảo được độ tin cậy của nguồn số liệu cung cấp. Nếu đạt được điều này nghĩa là chỉ tiêu này đảm bảo độ tin cậy để đo lường kết quả mong đợi.

(3) Tính linh hoạt: Khi kết quả thay đổi thì tiêu chí cũng dễ dàng được điều chỉnh theo. Vì trong quá trình triển khai kế hoạch theo phương pháp RBM rất có thể kết quả mong đợi cũng sẽ được điều chỉnh cho phù hợp với tình hình thực tế của tổ chức, đơn vị.

(4) Tính đơn giản: Tiêu chí có thể dễ dàng được đo lường thông qua các nguồn dữ liệu không quá khó khăn để thu thập, xử lý.

(5) Tiện ích: Những thông tin cung cấp cho tiêu chí thuận tiện cho việc ra một quyết định nào đó. Bên cạnh đó để có được những thông tin cho chỉ tiêu đó phải đảm bảo thuận tiện cho những người tham gia thu nhận thông tin hay số liệu cho chỉ tiêu đó.

(6) Tính khả thi: Chúng ta không nên xây dựng những tiêu chí quá hoài

bão, nghĩa là cần xây dựng những tiêu chí mà tổ chức, đơn vị của mình dễ dàng và thuận tiện trong việc thu thập thông tin cho tiêu chí. Đảm bảo rằng việc thu thập và xử lý thông tin cho tiêu chí không quá tốn kém, khó khăn, hay mất nhiều thời gian.

7.3. Một số lưu ý khi xây dựng tiêu chí:

* Không sử dụng các từ như "Tăng", "Cải thiện", "Nâng cao",... vì những từ này dùng để xây dựng Kết quả mong đợi.

* Xây dựng tiêu chí sao cho phải thể hiện được sự tiến bộ dần dần, chỉ ra quá trình liên tục để đạt được Kết quả.

* Tiêu chí "Có", "Không" cũng được chấp nhận để chỉ ra sự hoàn thành một công việc nào đó.

* Trong một số Kết quả mong đợi đề ra, chúng ta cũng có thể sử dụng số cán bộ được đào tạo sau một khóa tập huấn nào đó, nhưng cần đảm bảo rằng sự thay đổi trong kiến thức, kỹ năng,... của họ là có thể đo lường hay đánh giá được một cách chắc chắn.

8. Ưu điểm của phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả

• *RBM linh hoạt.* Bạn có thể điều chỉnh các hoạt động để đạt được kết quả mong đợi và nâng cao chất lượng của kết quả. Hoặc nếu bạn thấy kết quả ngắn hạn nào đó không thực sự phản ánh những gì đạt được, bạn có thể sửa tuyên bố về kết quả để thực sự thể hiện những gì đã đạt được. Tuy nhiên khi chuẩn bị các báo cáo giữa kỳ (nửa năm) hoặc báo cáo hàng năm, bạn nên giải thích và phân tích những kết quả đã đạt được. Nghĩa là khi áp dụng phương pháp quản lý này, chúng ta không nhất thiết phải có suy nghĩ cứng nhắc về kết quả mong đợi cũng như các hoạt động mà chúng ta đã xây dựng. Khi mà hoàn cảnh thực sự thay đổi, không thuận lợi hoặc thậm chí cản trở quá trình thực hiện để đạt được kết quả mong đợi thì chúng ta có thể điều chỉnh tuyên ngôn về kết quả và có những bằng chứng cũng như sự giải thích thấu đáo về việc thay đổi đó.

• *RBM giảm báo cáo dài dòng*. Báo cáo mô tả thực hiện kế hoạch khi áp dụng theo phương pháp quản lý này, chúng ta chủ yếu tập trung vào kết quả gì đã đạt được và đạt được ở mức độ nào. Thay vì đưa ra chi tiết bạn tổ chức 10 hội thảo trong một năm, báo cáo của bạn nên tập trung vào những hành động/việc làm được thực hiện như là kết quả sau các hội thảo này. RBM cũng đưa ra những phân tích các yếu tố thành công và khó khăn ảnh hưởng tới việc thực hiện. Tất nhiên là việc thực hiện các hoạt động cũng quan trọng, nhưng không cần thiết liệt kê quá chi tiết các hoạt động đã thực hiện, thực hiện ở đâu, bao nhiêu người tham dự, chi phí hết bao nhiêu,… mà quan trọng hơn là sau

những sự kiện đó thì chúng ta đã và sẽ đạt được kết quả gì?

• *Khung RBM đưa ra sự hiểu biết và thống nhất chung của các đối tác.* Khi bạn đã chấp thuận sử dụng khung RBM, tức là bạn đã có một cái nhìn tổng thể về dự án. Bạn sẽ so sánh với kế hoạch bạn đã vạch ra khi bạn làm báo cáo, so sánh kết quả thực tế đạt được với những kế hoạch đã được vạch ra. Khung RBM cũng cho phép bạn có những ghi chú ở phần cuối khi có sự thay đổi cán bộ dự án hoặc đối tác.

9. Các bước áp dụng Quản lý dựa vào Kết quả (RBM)

Khi áp dụng lần đầu phương pháp Quản lý dựa vào kết quả bạn cần đọc kỹ tài liệu để hiểu rõ các thuật ngữ liên quan đến Quản lý dựa trên Kết quả và chú ý phần Chuỗi kết quả và kết quả trung hạn, kết quả ngắn hạn. Để lập kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào kết quả cần tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: Phác thảo khung lập kế hoạch

Khung quản lý dựa vào kết quả (xem Phụ lục 1 trang 50) bao gồm các nội dung sau:

- Xác định các lĩnh vực hoạt động: Ví dụ các lĩnh vực của công tác điều dưỡng bệnh viện có thể gồm các lĩnh vực chính như sau:

+ *Lĩnh vực 1: Các hướng dẫn, quy dịnh được hoàn thiện và cập nhật*

+ *Lĩnh vực 2: Người bệnh được chăm sóc an toàn và hiệu quả*

+ *Lĩnh vực 3: Hệ thống điều dưỡng trưởng được củng cố và hoạt động hiệu quả.*

+ *Lĩnh vực 4: Tăng cường năng lực nhân viên*

- Xác định các kết quả trung hạn và các chỉ số

- Xác định các kết quả ngắn hạn cho từng kết quả trung hạn và chỉ số

- Xác định các hoạt động cho từng kết quả ngắn hạn.

Bước 2: Kết quả trung hạn (Outcomes) và kết quả ngắn hạn (Outputs)

- Bạn hãy bắt đầu với kết quả trung hạn. Ví dụ trong lĩnh vực 1 "người bệnh được chăm sóc an toàn và hiệu quả" bạn có thể đưa ra một số kết quả trung hạn, một trong các kết quả trung hạn có thể đặt ra là: *Giảm nhiễm khuẩn bệnh viện từ 5% người bệnh nhập viện (2012) xuống <2% vào năm 2015.* Số lượng kết quả trung hạn tùy thuộc vào mục tiêu hoạt động của đơn vị và vào dự

án. Ghi các kết quả trung hạn bạn mong muốn đạt được vào ô thích hợp vào khung lập kế hoạch tại Phụ lục 1.

- Sau đó bạn hãy xác định các kết quả ngắn hạn cần có để đạt được từng kết quả trung hạn. Ví dụ để đạt được kết quả trung hạn giảm tỷ lệ NKBV xuống <2% vào năm 2015 bạn có thể đặt ra một số kết quả ngắn hạn như sau:

  + Giảm nhiễm khuẩn trên người bệnh có phẫu thuật xuống dưới 2% vào cuối năm 2013
  + Giảm viêm phổi trên các bệnh nhân có can thiệp thông khí hỗ trợ xuống <15% vào cuối năm 2014.

Bước 3: Xác định các hoạt động và các tiêu chí

Để có được hai kết quả ngắn hạn đã nêu trên cần có các hoạt động sau:

+ Hoạt động 1: Xây dựng và ban hành "hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện
+ Hoạt động 2: Phổ biến thực hiện các hướng dẫn đã ban hành
+ Hoạt động 3: Cung cấp các phương tiện vệ sinh tay có chứa cồn tại các buồng bệnh
+ Hoạt động 4: Phát động chiến dịch vệ sinh bàn tay
+ Hoạt động 5: Điều tra tỷ lệ NKBV hàng năm

Căn cứ vào các hoạt động đã được xác định để đưa ra các tiêu chí thực hiện cho từng hoạt động. Các tiêu chí có thể gồm:

+ Tiêu chí cấu trúc
+ Tiêu chí quá trình
+ Tiêu chí đầu ra

Bước 4: Rà soát và hoàn thiện bản dự thảo kế hoạch

Rà soát lại các kết quả trung hạn và ngắn hạn. Xem xét thời gian thực hiện sao cho phù hợp (ngắn hạn, trung hạn). Hãy đảm bảo đó là những kết quả cần đạt được, chứ không phải là những hoạt động đã hoàn thành.

Các hoạt động là những công việc bạn sẽ triển khai để nhằm đạt được các kết quả ngắn hạn. Không nên đặt ra quá nhiều các kết quả ngắn hạn cho từng kết quả trung hạn. Tốt nhất là 2-3 kết quả ngắn hạn cho mỗi kết quả trung hạn trong mỗi bản kế hoạch.

Khi bạn đã đưa đầy đủ các nội dung vào các ô của khung xây dựng Kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào kết quả (Phụ lục 1 trang 52). Bạn đã có được bản kế hoạch hoàn chỉnh./.

PHỤ LỤC 1

MẪU LẬP KẾ HOẠCH CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN

(Theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả)

Lĩnh vực 1: Các chính sách, hướng dẫn, quy dịnh về công tác điều dưỡng trong CSNB được hoàn thiện và cập nhật

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí đo lường Kết quả trung hạn
1)		.....
2)		.....
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí đo lường	Hoạt động
1)	1.1 1.2	- -
2)	2.1 2.2	- -

Lĩnh vực 2: Người bệnh được cung cấp dịch vụ chăm sóc an toàn, hiệu quả trong môi trường có y đức nghề nghiệp

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí đo lường Kết quả trung hạn
1)		....
2)		....
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí đo lường	Hoạt động
1)	1.1 1.2	- -

Lĩnh vực 3: Hệ thống Điều dưỡng trưởng được củng cố và hoạt động hiệu quả.

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí đo lường Kết quả trung hạn
1)		....
2)		....
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí đo lường	Hoạt động
1)	1.1 1.2	- -

Lĩnh vực 4: Phát triển năng lực nhân viên

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí đo lường Kết quả trung hạn
1)		....
2)		....
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí đo lường	Hoạt động
1)	1.1 1.2	- -

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CIDA. Results-based Management, January 1999.

2. UNDP. Results Based Management - Concepts and Methodology;

3. UNDP. Bratislava Regional Center, Patrick Grémillet, Management Practice; 2011.

4. WTO. Results Based Management Checklist - A practical guide and diagnostic tool for Results-Based Management, 2004.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Quản lý dựa vào Kết quả là cách tiếp cận.....để quản lý một kế hoạch hoặc dự án

A. Chủ động.

B. Bị động.

C. Tham gia và linh hoạt.

D. Cả A, B và C

Câu 2. Tính "tham gia" của lập kế hoạch được thể hiện bằng việc

A. Người thực hiện kế hoạch dễ dàng điều chỉnh kế hoạch.

B. Người thực hiện kế hoạch được tham gia trực tiếp trong suốt quá trình lập kế hoạch.

C. Người thực hiện kế hoạch đồng thời cũng là người có quyền điều chỉnh kế hoạch.

D. Người thực hiện kế hoạch chỉ được phân công thực hiện sau khi bản kế hoạch. đã được hoàn thiện.

Câu 3. Tính "linh hoạt" của bản kế hoạch được lập theo phương pháp quản lý dựa vào kết quả ở chỗ

A. Có thể điều chỉnh tác động.

B. Có thể điều chỉnh kết quả.

C. Có thể điều chỉnh tiêu chí.

D. Có thể điều chỉnh hoạt động.

Câu 4. Đầu vào để lập kế hoạch bao gồm

A. Nhân lực và vật lực.

B. Nhân lực, vật lực và tài lực.

C. Nhân lực, vật lực, tài lực và thời gian.

D. Nhân lực, vật lực, tài lực, thời gian và phương tiện.

Câu 5. Kết quả được định nghĩa là những ..... có thể mô tả được hoặc đo lường được hình thành từ mối quan hệ nhân - quả

A. Thay đổi

B. Phát minh

C. Thành tựu

D. Sáng kiến

Câu 6. Kết quả trung hạn có thể đạt được trong thời gian:

A. 1 - 2 năm

B. 2 - 4 năm

C. > 5 năm

D. Tất cả đề đúng

Câu 7. Ý nào dưới đây khẳng định một kết quả tốt

A. Tập huấn 2 khóa về kỹ năng giao tiếp, ứng xử.

B. Một chuyến tham quan nước ngoài được tổ chức.

C. Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ngược dòng từ 30% xuống 25%.

D. Sử dụng hết kinh phí được giao.

Câu 8. Để khẳng định xem có đạt được kết quả hay không người ta sử dụng

A. Tiêu chí để đánh giá.

B. Sự hoàn thành hoạt động để đánh giá.

C. Khả năng giải ngân để đánh giá.

D. Thời gian hoàn thành để đánh giá.

Câu 9. Chuỗi kết quả gồm.

A. Kết quả ngắn hạn và các hoạt động

B. Kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và tác động

C. Đầu vào, hoạt động và kết quả ngắn hạn

D. B và C.

Câu 10. Phương pháp Quản lý dựa vào kết quả quan tâm nhiều đến

A. Kết quả thực sự đạt được.

B. Số lượng các hoạt động đã được thực hiện.

C. Thời gian thực hiện kế hoạch.

D. Độ dài của các báo cáo.

Câu 11. Nếu tiêu chí đánh giá cho biết chúng ta chưa đạt được kết quả mong đợi thì chúng ta cần

A. Điều chỉnh tiêu chí.

B. Điều chỉnh kết quả.

C. Điều chỉnh hoạt động.

D. A và B.

Câu 12.: Ý nào dưới đây giúp chúng ta liên tưởng tới một tiêu chí định lượng

A. Sự chấp nhận phương pháp điều trị của người bệnh.

B. Tỷ lệ người bệnh hài lòng với thái độ ứng xử của CBYT.

C. Sự hài lòng của người bệnh với chất lượng dịch vụ của BV.

D. Tất cả các ý trên.

Câu 13. Chuỗi kết quả bao gồm:

A. Đầu vào và hoạt động.

B. Kết quả và tác động.

C. A và B.

D. C và kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và tác động.

Câu 14. Sự liên kết được thể hiện rõ nhất trong chuỗi kết quả là liên kết của

A. Đầu vào và hoạt động.

B. Kết quả và tác động.

C. Kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và tác động.

D. Đầu vào, hoạt động và tác động.

Câu 15. Ý nào dưới đây giúp chúng ta không liên tưởng đến hoạt động

A. Sự hỗ trợ kỹ thuật.

B. Các khóa tập huấn.

C. Các hội thảo, hội nghị.

D. Thời gian để triển khai một hoạt động nào đó.

Câu 16. Một số nhầm lẫn hay gặp khi lập và thực hiện kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả bao gồm

A. Hoạt động đã hoàn thành và kết quả ngắn hạn.

B. Sự liên kết không rõ ràng giữa các mức độ khác nhau của kết quả đạt được.

C. Tiêu chí và kết quả.

D. Tất cả các ý trên.

Câu 17. Đặc tính nào dưới đây thể hiện tính giá trị của một tiêu chí

A. Dễ thay đổi.

B. Dễ thu thập.

C. Có khả năng đo lường kết quả.

D. Thông tin được thu thập từ nguồn tin cậy.

Câu 18. Những từ hay cụm từ nào dưới đây không nên sử dụng khi xây dựng tiêu chí

A. Tăng, cải thiện, nâng cao.

B. Số lượng, tỷ lệ.

C. Sự chấp nhận, sự hài lòng.

D. Tất cả các ý trên.

Câu 19. Khi lập kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả việc cần định nghĩa/xác định cho rõ là

A. Hoạt động và tác động.

B. Kết quả và tiêu chí.

C. Hoạt động và kết quả.

D. Hoạt động và tiêu chí.

Câu 20. Giai đoạn cuối cùng của bản kế hoạch được lập theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả là hướng tới

A. Đưa ra các hoạt động để đạt được kết quả mong đợi.

B. Đưa ra các chỉ số oạt động

C. Điều phối kinh phí hoạt động

D. Tạo ra sự thay đổi nhất định nào đó.

BÀI 4

KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày định nghĩa vấn đề là gì?

2. Nhận dạng các vấn đề trong công tác điều dưỡng, chăm sóc người bệnh.

3. Mô tả quy trình giải quyết vấn đề.

4. Ứng dụng quy trình để giải quyết các vấn đề ưu tiên trong công tác điều hành chăm sóc người bệnh.

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM

Kỹ năng giải quyết vấn đề (Problem solving skills) là một trong những kỹ năng thiết yếu của nhười quản lý bởi vì công việc ở cơ quan và cuộc sống là một chuỗi những vấn đề cần phải giải quyết. Trong thực tế vấn đề rất đa dạng, không có vấn đề nào giống vấn đề nào và cũng không có một công thức chung nào để giải quyết mọi vấn đề.

Điều dưỡng trưởng là người phải đương đầu giải quyết nhiều vấn đề trong công tác tổ chức chăm sóc người bệnh hàng ngày như: điều dưỡng viên làm chưa đúng chức năng nghề nghiệp, người bệnh phàn nàn về thái độ phục vụ, sai sót chuyên môn, thiếu phương tiện, nội bộ mất đoàn kết, v.v... Đa phần chúng ta giải quyết vấn đề theo thói quen, theo kinh nghiệm, thiếu phân tích kỹ lưỡng nên nhiều trường hợp sau khi giải quyết vấn đề thì vấn đề đó vẫn chưa được giải quyết.

Cứ có vấn đề là có cách cách giải quyết. Việc xác định vấn đề giống như xác định hướng đi, xác định vấn đề sai dẫn đến đưa ra các quyết định sai. Điều dưỡng trưởng phải trang bị cho mình kỹ năng nhận dạng, phân tích vấn đề, tìm giải pháp thích hợp để giải quyết, tổ chức thực hiện và đánh giá kết quả can thiệp.

Vấn đề là gì? Có nhiều cách diễn giải và định nghĩa khác nhau, một cách hiểu đơn giản nhất *" vấn đề là sự khác biệt giữa mong muốn và hiện tại"* hoặc có tài liệu đưa ra định nghĩa *" vấn đề là sự khác biệt giữa tình trạng hiện tại và tình trạng mong muốn hay sự khác biệt so với tiêu chuẩn, chuẩn mực đề ra"*.

III. QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Quy trình giải quyết vấn đề bao gồm 5 bước: Nhận biết vấn đề và xác định

vấn đề ưu tiên, phân tích nguyên nhân, đề ra các giải pháp phù hợp, thực hiện các giải pháp và đánh giá kết quả can thiệp.

1. Nhận biết vấn đề

Để giải quyết vấn đề thì điều trước tiên chúng ta phải nhận biết được vấn đề và mô tả vấn đề một cách ngắn gọn, chính xác. Vấn đề cần được diễn tả càng cụ thể càng tốt. Ví dụ nếu nói " đa số bệnh nhân cấp một chưa được điều dưỡng viên tư vấn, giáo dục sức khỏe" thì không cụ thể bằng nói "có 70% người bệnh chưa được tư vấn giáo dục sức khỏe". Vấn đề càng được diễn tả cụ thể thì việc phân tích nguyên nhân và hậu quả của vấn đề càng dễ và càng chính xác.

Vấn đề được nhận diện thông qua việc quan sát, giám sát, phân tích số liệu, thảo luận với nhân viên hoặc thông qua các kênh truyền thông. Theo các nhà phân tích, mọi vấn đề đều có chủ nhân, hay nói một cách khác mọi vấn đề đều liên quan tới một hoặc một số người nào đó. Vấn đề của người này chưa hẳn là vấn đề của người khác và trong nhiều trường hợp vấn đề của người này lại là cơ hội của người khác.

Chúng ta hãy xem xét một trường hợp phức tạp trong thực tế: Hiện nay, tình trạng quá tải bệnh viện tuyến trên, người bệnh phải nằm ghép, phải chờ đợi lâu mới được khám, điều trị và phục vụ. Do mất cân bằng về quy luật cung cầu dẫn đến một số người bệnh chủ động đưa phong bì cho thầy thuốc, sử dụng môi giới "Cò bệnh viện" hoặc nhờ cậy người thân quen để được ưu tiên trong khám bệnh và điều trị. Người dân, báo chí và dư luận bức xúc về những hành vi kém đạo đức của một số cán bộ y tế... Theo bạn, vấn đề ở đây là gì?

Việc xác định các vấn đề phụ thuộc vào quan điểm và lợi ích của các đối tượng và các bên liên quan, vì thế vấn đề được nhìn nhận không đồng nhất giữa các nhóm lợi ích và các tổ chức đại diện cho các nhóm người khá cnhau trong xã hội như Bộ Y tế, bệnh viện, bác sĩ, điều dưỡng, người bệnh, cơ quan báo chí, v.v...Tình trạng quá tải bệnh viện tuyến trên do nhiều vấn đề và nhiều nguyên nhân hợp thành như:

- Mất cân đối về cung và cầu trong khám chữa bệnh
- Người bệnh chưa tin tưởng vào năng lực y tế tuyến dưới.
- Tỷ lệ giường bệnh/vạn dân thấp.
- Thiếu phương tiện chẩn đoán.
- Thiếu chính sách thu hút bác sĩ giỏi ở tuyến dưới
- Các chính sách về viện phí, bảo hiểm y tế chưa khuyến khích người bệnh điều trị ở tuyến dưới.

Khác biệt về nhìn nhận và đánh giá vấn đề có thể do khác biệt lợi ích, do

định kiến dẫn đến phân tích và xác định vấn đề sai. Ví dụ, những người không bao giờ sử dụng son phấn có thể khó thông cảm với những người ưa trang điểm. Trong lĩnh vực y tế khẳng định vai trò quan trọng của điều dưỡng viên đóng góp vào việc tăng cường chất lượng và sự an toàn của dịch vụ y tế cũng là một vấn đề cần sớm được giải quyết.

Không phải tất cả các vấn đề có liên quan đến bạn đều phải do chính bạn giải quyết. Nếu vấn đề không thuộc phạm vi của bạn hay không có nguồn lực cần thiết để giải quyết thì cách tốt nhất là chuyển vấn đề đó cho người có trách nhiệm giải quyết. Để xác định vấn đề ưu tiên cần giải quyết, chúng ta có thể dựa vào các tiêu chí dưới đây:

- Cụ thể
- Bức xúc
- Phạm vi ảnh hưởng
- Khả thi.

Bạn có thể sử dụng thang điểm để lựa chọn vấn đề ưu tiên khi bạn có quá nhiều vấn đề cần giải quyết. Ứng với mỗi tiêu chí cho điểm từ 0 - 2 điểm, theo mức độ từ thấp đến mức cao. Ví dụ: từ mức "không cụ thể, cụ thể và rất cụ thể; ít bức xúc, bức xúc và rất bức xúc; phạm vi hẹp, phạm vi rộng và phạm vi rất rộng; không khả thi, khả thi và rất khả thi). Sau khi cho điểm từng tiêu chí, bạn sẽ cộng dồn xem vấn đề nào có tổng số điểm cao nhất thì vấn đề đó là vấn đề ưu tiên của bạn.

Sai lầm trong xác định vấn đề

- Xác định vấn đề không lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm. Sai lầm thường gặp đối với các điều dưỡng trưởng là ít quan tâm đến các vấn đề của người bệnh mà hay quan tâm đến vấn đề của điều dưỡng viên. Do đó, chưa chuyển hóa được vấn đề điều dưỡng trưởng quan tâm thành vấn đề quan tâm của lãnh đạo bệnh viện.

- Xác định vấn đề quá mơ hồ hay quá rộng. Ví dụ, Người bệnh chưa được chăm sóc toàn diện hay đạo đức nghề nghiệp xuống cấp, kỹ năng giao tiếp kém

- Xác định vấn đề quá hẹp dẫn đến lạc hướng. Ví dụ: Điểm học tập của con mình không bằng điểm của con người bạn. Có thể điểm thấp không phải là do con mình thiếu nỗ lực trong học tập mà còn do nhiều nguyên do khác, vì vậy, ép con học có thể làm vấn đề trầm trọng hơn.

- Xác định vấn đề dựa trên giải pháp cho vấn đề. Ví dụ: Người bệnh phải nằm ghép vì thiếu bệnh viện. Giải pháp được đề xuất ở đây là xây thêm bệnh viện, nhưng có thể xây thêm bệnh viện không phải là giải pháp cơ bản vì việc

xác định vấn đề và giải pháp đề ra đã định hướng sai cho việc giải quyết vấn đề.

2. Phân tích nguyên nhân

Chưa hiểu rõ nguồn gốc của vấn đề sẽ dẫn đến cách giải quyết sai lệch hay nói cách khác là "chẩn đoán không đúng bệnh thì chỉ định điều trị sẽ sai" và đôi khi "tiền mất, tật mang".

2.1 Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật "5 Why"

5 why là một kỹ thuật đơn giản, dễ nhớ và rất hiệu quả trong quy trình giải quyết vấn đề, giúp nhanh chóng tìm ra nguyên nhân gốc. 5WHY được phổ đưa ra vào những năm 1970 bởi hệ thống sản xuất Toyota. Chiến lược 5WHY được sử dụng để phân tích tìm nguyên nhân của vấn đề bằng cách đặt câu hỏi "Tại sao xảy ra vấn đề đó?". Thông thường, câu trả lời cho câu hỏi "tại sao" đầu tiên sẽ gợi cho câu hỏi "tại sao" thứ hai, rồi thứ ba, thứ tư và thứ năm.

Ví dụ: Hiện nay, một số bệnh viện Khoa Dược tổ chức chia thuốc cho từng người bệnh và đưa thuốc tới tận khoa lâm sàng để cùng điều dưỡng viên phát thuốc cho từng người bệnh. Việc đổi mới này được đánh giá rất cao vì sử dụng thời gian của nhân viên có hiệu quả rõ rệt và điều dưỡng viên có thêm thời gian để chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên, dây truyền cải tiến này cũng có những khoảng trống nên đã để xảy ra sự cố là điều dưỡng viên đã đưa đúng túi thuốc của Khoa Dược cấp để đưa cho người bệnh nhưng nội dung thuốc trong túi lại không khớp với bệnh án của bác sĩ. Từ tình huống trên có thể sử dụng kỹ thuật 5WHY để tìm nguyên nhân như sau:

a. Vì sao người bệnh dùng nhầm thuốc? Vì Điều dưỡng viên phụ trách đưa nhầm thuốc.

b. Vì sao Điều dưỡng phụ trách đưa nhầm thuốc? Vì khoa Dược chia thuốc cho người bệnh bệnh không đúng.

c. Vì sao khoa Dược đưa thuốc không đúng? Vì Điều dưỡng hành chính sao chép nhầm thuốc.

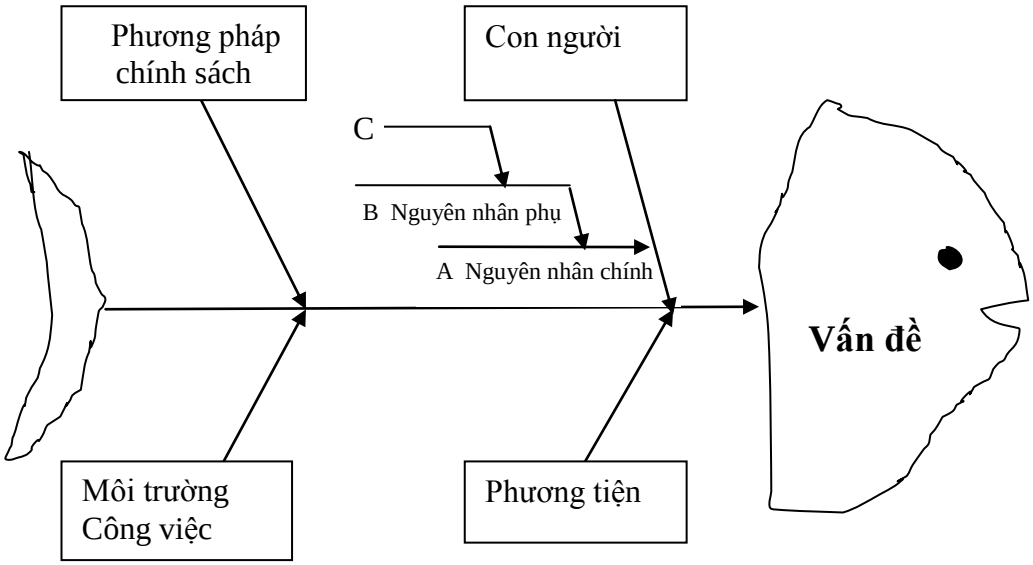
d. Vì sao Điều dưỡng hành chính sao chép nhầm thuốc? Vì bác sĩ viết tên thuốc không rõ nên điều dưỡng hành chính suy luận nhầm tên thuốc.

e. Vì sao bác sĩ viết xấu? Vì bác sĩ không có đủ thời gian để ghi chỉ định rõ ràng và đầy đủ. Như vậy, nguyên nhân chính ở đây lại là sự quá tải công việc của bác sĩ và giải pháp can thiệp là cần có sự bố trí công việc hợp lý hơn của nhà quản lý.

5 WHY là một kỹ thuật đơn giản có thể giúp bạn nhanh chóng tìm ra nguyên nhân của một vấn đề nhưng đối với những vấn đề phức tạp thì "5

WHY" có thể không giúp bạn giải quyết được nguyên nhân gốc và đôi khi sẽ đưa bạn đi sai đường, nếu bạn nhận thấy nó không nhanh chóng đưa ra câu trả lời đúng đắn và rõ ràng thì bạn cần đến những kỹ thuật tinh vi hơn.

2.2 Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật "Xương cá - Fishbone"



Sơ đồ xương cá

Các bước phân tích theo sơ đồ xương cá "FISHBONE CHART"

- ***Bước 1:*** Vẽ sơ đồ xương cá

- ***Bước 2:*** Viết vấn đề ở "đầu cá"

- ***Bước 3***: Đặt tên cho mỗi khúc xương cá các yếu tố như con người, phương pháp/chính sách, Phương tiện/vật liệu; môi trường/công việc

- ***Bước 4:*** Sử dụng kỹ thuật "động não" để xác định các nguyên nhân chính và nguyên nhân phụ ở từng khúc xương bằng cách đặt các câu hỏi "Tại sao điều đó xảy ra". Các câu hỏi có tính logic như: A xảy ra là do B, B xảy ra là do C và C xảy ra là do D.

- ***Bước 5:*** Khi xác định được nguyên nhân cốt lõi cần đánh số thứ tự ưu tiên để dễ nhận biết các nguyên nhân liên quan đến vấn đề.

3. Chọn giải pháp và hoạt động ưu tiên

Sau khi đã tìm hiểu được nguyên nhân gốc của vấn đề và kết quả mong đợi, nhà quản lý sẽ đưa ra những giải pháp và hoạt động theo từng giải pháp. Sau đó, cân nhắc lựa chọn những giải pháp tối ưu và phù hợp nhất để giải quyết vấn đề. Sự động não và sáng tạo sẽ giúp nhà quản lý tìm được giải pháp đôi khi hơn cả mong đợi. Cần lưu ý là một giải pháp tối ưu phải đáp ứng được ba yếu tố: giải

quyết vấn đề dài lâu, có tính khả thi, và có tính hiệu quả.

Sau khi đã đề ra được các giải pháp tối ưu, ứng với mỗi giải pháp bạn cần đưa ra các hoạt động tương ứng bằng cách đặt ra các câu hỏi như sau:

- Các giải pháp sẽ được thực hiện như thế nào và hoạt động nào là tốt nhất?

- Chúng sẽ đáp ứng được mục tiêu và kết quả mong đợi đến mức độ nào?

- Phí tổn (về tài chính, thời gian, công sức…) cho việc áp dụng mỗi giải pháp là bao nhiêu?

- Giải pháp nào tốt hơn, giải pháp nào tốt nhất?

4. Thực thi giải pháp/hoạt động lựa chọn

Khi bạn tin rằng mình đã hiểu được vấn đề và biết cách giải quyết nó, bạn có thể bắt tay vào thực hiện các hoạt động để tạo nên sự thay đổi theo chiều hướng tích cực. Để đảm bảo các giải pháp được thực thi hiệu quả, bạn cần phải xây dựng thành kế hoạch triển khai, xác định ai là người có liên quan, ai là người chịu trách nhiệm chính trong việc thực thi giải pháp và các hoạt động, thời gian để thực hiện là bao lâu, những nguồn lực cần có để thực hiện là gì?

Trong quá trình triển khai thực hiện, bạn cần phải dành thời gian để điều phối các nguồn lực, hỗ trợ giải quyết các vấn đề phát sinh, đồng thời kiểm tra bảo đảm các hoạt động được thực hiện đúng tiến độ và các nguồn lực được sử dụng hiệu quả.

5. Đánh giá kết quả

Sau khi kế hoạch giải quyết vấn đề đã được triển khai thực hiện, bạn cần đánh giá xem cách giải quyết đó có tốt không, có đạt được mục tiêu đề ra không và việc giải quyết vấn đề đó có phát sinh những hệ lụy cần tiếp tục giải quyết không.

Để đánh giá kết quả giải quyết vấn đề bạn cần sử dụng các phương pháp như: phỏng vấn những người có liên quan, quan sát tại chỗ, thực hiện các đo lường, thu thập và phân tích số liệu.

Trên cơ sở kết quả đánh giá bạn xác định xem vấn đề đã được giải quyết chưa và có cần tiếp tục cải tiến để giải quyết triệt để hơn không hay bạn đã hài lòng với các kết quả đạt được.

Trên thực tế, không phải lúc nào vấn đề cũng được giải quyết sau khi thực hiện. Nếu kết quả thực hiện không được như mong muốn, có thể phải xem lại từ đầu từ bước xác định nguyên nhân, đến việc đưa ra mục tiêu và các giải pháp cũng như quá trình thực hiện các giải pháp. Những bài học rút ra từ những thất bại sẽ giúp bạn tránh được những sai sót ở những vấn đề khác lần sau.

IV. KẾT LUẬN

Thực thi vai trò quản lý và lãnh đạo là một quá trình liên tục nhận ra và giải quyết vấn đề. Trong việc chỉ đạo và điều hành chăm sóc của điều dưỡng trưởng, việc tồn tại những vấn đề như thiếu nhân lực, thiếu phương tiện, những sai sót chuyên môn, những vi phạm đạo đức nghề nghiệp, mối quan hệ của các nhân viên... có thể tạo ra những vấn đề, sự cố là chuyện hết sức bình thường và đương đầu giải quyết các vấn đề là một phần tất yếu trong vai trò quản lý và lãnh đạo của người điều dưỡng trưởng.

Tuy nhiên, trong việc thực thi vai trò quản lý và lãnh đạo người điều dưỡng trưởng không phải chỉ biết đương đầu giải quyết vấn đề mà còn phải có kỹ năng tiên lượng và phòng ngừa để vấn đề và các sự cố không xảy ra. Và khi đối mặt với sự cố thì phải có kỹ năng giải quyết sao cho hiệu quả nhất và bền vững nhất.

Giải quyết vấn đề (Problem solving) là một kỹ năng rất cần thiết đối với người điều dưỡng trưởng. Quy trình giải quyết vấn đề sẽ phần nào giúp bạn trang bị thêm kiến thức và kỹ năng trong công việc. Lần đầu tiên áp dụng một kỹ năng mới bao giờ cũng đòi hỏi sự kiên nhẫn và quyết tâm của bạn. Nếu bạn thường xuyên rèn luyện, thì dần dần kỹ năng giải quyết vấn đề sẽ trở thành phản xạ và là một công cụ giúp bạn thành công trong vai trò là điều dưỡng trưởng./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Điền các cụm từ thích hợp để hoàn thiện định nghĩa vấn đề đề là gì dưới đây:

Vấn đề là sự khác biệt giữa ……(a)……... và ……(b)……..

2. Vấn đề được nhận diện thông qua:

A. Việc quan sát

B. Số liệu kiểm tra giám sát

C. Thảo luận với các nhân viên.

D. Tất cả đều đúng.

3. Hãy xếp thứ tự mô tả 5 bước của quy trình giải quyết vấn đề dưới đây:

Sắp xếp thứ tự từ 1 đến 5	Các bước
	Phân tích xác định nguyên nhân
	Nhận biết vấn đề
	Thực hiện các giải pháp lựa chọn
	Đưa ra các giải pháp và lựa chọn giải pháp phù hợp
	Đánh giá kết quả và tiếp tục cải tiến

4. Các sai lầm thường gặp trong việc xác định vấn đề là:

A. Không lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm

B. Xác định vấn đề quá rộng hoặc quá hẹp

C. Đưa sẵn giải pháp cho vấn đề

D. A, B, C và D

5. Hãy điền cho đủ 4 tiêu chí để xác định vấn đề ưu tiên

A. Cụ thể

B. Bức xúc

C. Phạm vi ảnh hưởng rộng

D. .....

6. Hãy điền cho đủ 5 bước áp dụng biểu đồ xương cá để xác định nguyên

nhân gốc

A. Bước 1: .....

B. Bước 2: Viết vấn đề ở "đầu cá"

C. Bước 3: Đặt tên cho mỗi khúc xương cá các nguyên nhân có thể như con người; phương tiện, thiết bị; môi trường, công việc; chính sách và quản lý

D. Bước 4: Sử dụng kỹ thuật "động não" để xác định các nguyên nhân phụ ở từng khúc xương bằng cách đặt câu hỏi : "Tại sao cái đó xảy ra?"

E. Bước 5: Xác định các yếu tố nguyên nhân gốc và viết lại theo thứ tự ưu tiên.

BÀI 5
LẬP KẾ HOẠCH CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong phần này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các khái niệm và vai trò lập kế hoạch
2. Mô tả được các bước lập kế hoạch
3. Áp dụng được kỹ thuật phân tích SWOT
4. Xây dựng được kế hoạch công tác điều dưỡng của đơn vị

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM

1.1 Lập kế hoạch là gì?

Kế hoạch là một tập hợp những hoạt động được sắp xếp theo lịch trình, có thời hạn bắt đầu và kết thúc, có ấn định nguồn lực để thực hiện nhằm đạt được mục tiêu và kết quả đã đề ra.

Lập kế hoạch là quá trình đưa ra những dự định sẽ thực hiện nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra.

Lập kế hoạch là một trong các chức năng cơ bản của người quản lý để biến những điều mong muốn thành hiện thực.

Mục đích của việc xây dựng kế hoạch là để triển khai các kế hoạch của cấp trên và thực hiện các hoạt động thực tiễn của đơn vị nhằm sử dụng nguồn lực hiện có một cách hiệu quả nhất.

Lập kế hoạch là quá trình bao gồm việc xác định các kết quả mong đợi, các hoạt động và nguồn lực cần thiết để trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

Kế hoạch được viết dưới hình thức văn bản quy phạm pháp luật, hoặc văn bản hành chính.

1.2. Tầm quan trọng của lập kế hoạch

- Để tập trung nguồn lực vào vấn đề ưu tiên
- Để chia sẻ với toàn bộ các thành viên trong tổ chức
- Để đánh giá kết quả thực hiện

2. PHÂN LOẠI KẾ HOẠCH

2.1. Theo thời gian

- Kế hoạch dài hạn (5 - 10 năm)

- Kế hoạch trung hạn (2-4 năm)

- Kế hoạch năm

- Kế hoạch tháng

- Kế hoạch tuần

2.2. Theo cấp độ

- Kế hoạch vĩ mô là kế hoạch định cho thời kỳ dài, mang tính chiến lược cao. Ví dụ để thực hiện Kế hoạch quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng hộ sinh, giai đoạn 2002-2010.

- Kế hoạch vi mô là kế hoạch mang tính chiến thuật, dùng để triển khai kế hoạch vĩ mô do các nhà quản lý của các đơn vị xây dựng. Ví dụ: Kế hoạch của Hội Điều dưỡng Việt Nam về Tăng cường năng lực quản lý-lãnh đạo của điều dưỡng là kế hoạch vi mô.

2.3. Theo cách tiếp cận xây dựng kế hoạch

- Xây dựng kế hoạch từ trên xuống. Đây là quá trình chuyển các kế hoạch vĩ mô thành kế hoạch hoạt động của cơ sở, hiện thực hóa các chủ trương, chính sách, kế hoạch hành động vĩ mô của Nhà nước trong lĩnh vực y tế thông qua các hoạt động cụ thể tại cơ sở. Hoặc căn cứ vào kế hoạch chung của bệnh viện 6 tháng và hàng năm để xây dựng kế hoạch cụ thể cho công tác chăm sóc người bệnh. Dựa trên các chỉ tiêu được phân bổ, các đơn vị sẽ xây dựng kế hoạch hoạt động của mình nhằm đạt được các chỉ tiêu đó. Phương pháp này không dựa trên nhu cầu thực tế của địa phương nên tính hiệu quả thường không cao. Đặc biệt đối với công tác điều dưỡng thường bị bỏ qua hay đề cập rất sơ sài trong kế hoạch của cấp trên.

- Xây dựng kế hoạch từ dưới lên. Đây là quá trình xây dựng kế hoạch dựa trên nhu cầu thực tế tại cơ sở, được xây dựng không chỉ những nhà lãnh đạo mà còn có sự tham gia của các thành viên trong tổ chức. Phương pháp này có ưu điểm là xác định được các vấn đề một cách cụ thể, thiết thực, ngoài ra còn trao trách nhiệm và quyền chủ động giải quyết cho cấp dưới, huy động được nguồn lực và sáng kiến của cán bộ viên chức.

- Phòng Điều dưỡng bệnh viện cần xây dựng kế hoạch công tác điều dưỡng

của bệnh viện từ việc tổng hợp kế hoạch công tác điều dưỡng của các khoa và thảo luận với các điều dưỡng trưởng khoa trước khi trình giám đốc bệnh viện phê duyệt.

3. CÁC NGUYÊN TẮC LẬP KẾ HOẠCH

Tính mục tiêu: Tính mục tiêu trong lập kế hoạch phải lấy người bệnh, đối tượng phục vụ làm trung tâm là cơ sở cho việc triển khai các hoạt động, theo dõi, giám sát và đánh giá.

Tính khoa học: Mọi sản phẩm của quá trình lập kế hoạch chỉ có hiệu quả nếu có căn cứ khoa học. Tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của các kế hoạch được thảo ra.

Tính thực tế: Kế hoạch phải căn cứ vào phân tích hiện trạng và căn cứ vào thực tế của mỗi đơn vị.

Tính cân đối: Cân đối giữa nhu cầu, giữa các yếu tố, các bộ phận, các lĩnh vực và quá trình trong hệ thống tổ chức để đảm bảo thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn.

Tính chấp nhận: Kế hoạch được lập ra phải được sự chấp nhận của các cấp lãnh đạo và sự đồng tình của những người trực tiếp thực hiện.

4. CÁC NỘI DUNG CHÍNH CỦA BẢN KẾ HOẠCH

Áp dụng công thức 5W2H1C5M

- Xác định mục tiêu, kết quả cần đạt được 1W (Cần đạt được kết quả gì?)
- Xác định hoạt động/công việc cần làm 1W (Cần phải làm gì và chỉ ra các bước để thực hiện công việc đó.)
- Xác định cách thức thực hiện 2H (Làm việc đó như thế nào và bao nhiêu?)
- Xác định 3W (Làm việc đó ở đâu, khi nào và ai làm?)
- Xác định 1C (hoạt động nào cần kiểm tra, kiểm tra ở đâu, khi nào và kiểm tra như thế nào).
- Xác định nguồn lực thực hiện 5M (nhân lực, kinh phí, vật tư, thiết bị và phương pháp).

5. CÁC BƯỚC LẬP KẾ HOẠCH

5.1. Đánh giá hiện trạng

Để đánh giá hiện trạng làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch chúng ta có thể áp dụng kỹ thuật phân tích SWOT. Phân tích SWOT (SWOT Analysis) là một kỹ thuật phân tích rất mạnh trong việc xác định Điểm mạnh và Điểm yếu, để từ đó tìm ra được Cơ hội và Thách thức. Hơn thế nữa, bằng cách sử dụng phương pháp phân tích SWOT chúng ta có thể phác thảo một chiến lược hiệu quả trên thị trường. Khi nhìn vào Điểm mạnh thì hãy liên tưởng đến đối tác cạnh tranh của bạn. Ví dụ, nếu tất cả đối tác của bạn đều cung cấp dịch vụ có chất lượng cao, thì quá trình sản xuất chất lượng cao không phải là điểm mạnh nó chỉ là điều kiện cần. Để tiến hành phân tích SWOT hãy trả lời các câu hỏi sau:

Điểm mạnh:

- Tổ chức của bạn có lợi thế gì?
- Bạn có thể làm gì tốt hơn những người khác?
- Người ta thấy bạn có điểm mạnh gì?

Điểm yếu:

- Bên trong: bạn nhận thức được những vấn đề gì cần cải tiến?
- Bên ngoài: mọi người đánh giá những yếu kém của tổ chức của bạn là gì?

Cần xem xét ở cả hai phương diện bên trong và bên ngoài: Có thể người ngoài tổ chức nhận thấy điểm yếu mà bạn không thấy hoặc những vấn đề mà tổ chức của bạn không nổi trội so với các đối tác khác.

Cơ hội:

- Cơ hội mang đến do xu thế hội nhập trong nước và quốc tế
- Cơ hội mang đến do sự thay đổi về chính sách và cơ chế hoạt động
- Cơ hội mang đến do sự thay đổi về công nghệ
- Cơ hội mang đến do sự kiện sẽ diễn ra tại địa phương

Thách thức đe dọa:

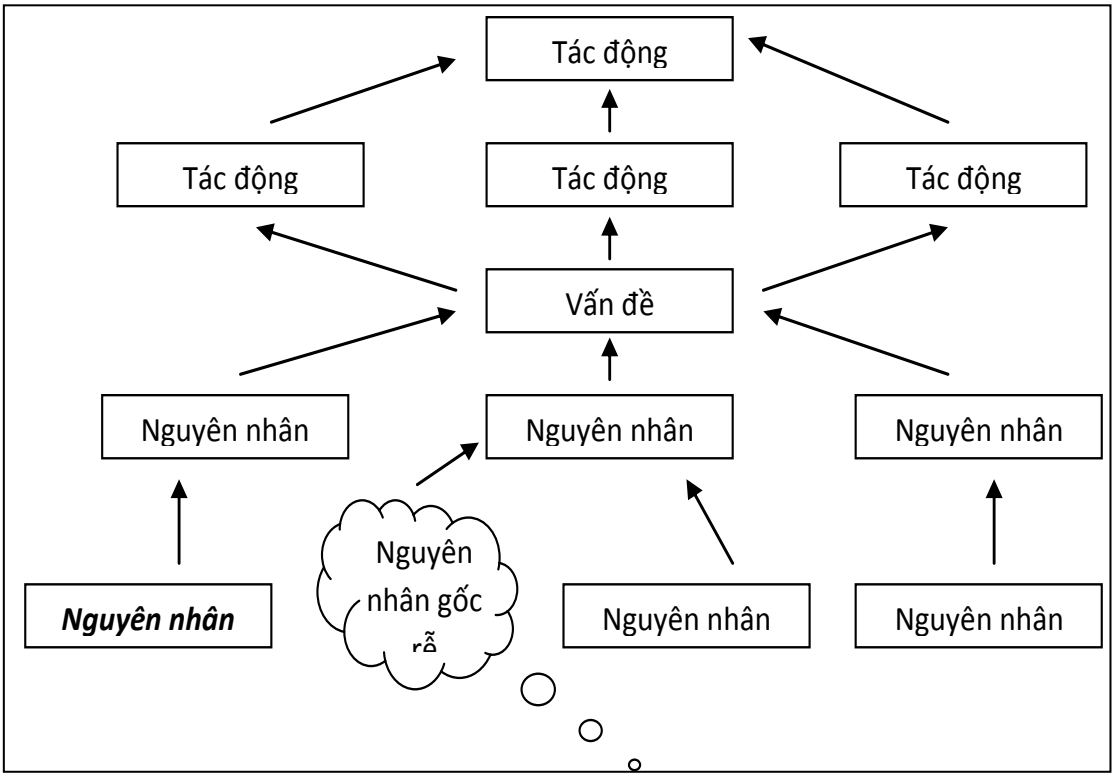
- Những thay đổi có tác động bất lợi đến tổ chức của bạn hay không ?
- Liệu có điểm yếu nào của bạn đe dọa công việc của bạn không?

Điểm mạnh và điểm yếu thường là xuất phát từ nội tại trong tổ chức của bạn. Cơ hội và thách thức thường liên quan tới những nhân tố từ bên ngoài.

6.2. Xác định vấn đề và nguyên nhân

Để xác định được vấn đề ưu tiên cần đưa vào kế hoạch chúng ta cần xác định các nguyên nhân của vấn đề và xác định tác động ảnh hưởng của vấn đề đối với tổ chức và đối tượng phục vụ nếu vấn đề khong được giải quyết hiệu

quả. Dưới đây minh họa sơ đồ phân tích nguyên nhân:



Sơ đồ "cây vấn đề - problem tree"

6.3. Xác định mục tiêu (kết quả mong đợi) và các chỉ số đánh giá

6.3.1 Mục tiêu

Mục tiêu là kết quả mong đợi cần đạt được. Căn cứ vào thời gian người ta chia kết quả thành các mức độ sau:

- Kết quả đầu ra: có ngay sau khi hoàn thành hoạt động.

- Kết quả ngắn hạn được xác định < 2 năm.

- Kết quả trung hạn được xác định từ 3-4 năm.

- Kết quả dài hạn được xác định từ 5 năm trở lên. Kết quả dài hạn là tác động cuối cùng được lũy tích từ các kết quả ngắn hạn và trung hạn đã đạt được ở giai đoạn trước đó.

6.3.2 Chỉ số đánh giá

Các chỉ số đánh giá bao gồm các chỉ số định lượng và chỉ số định tính như: tỷ lệ ĐDV trình độ cao đẳng và đại học; tỷ lệ NKBV; tỷ lệ sai sót do dùng thuốc; tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay; tỷ lệ người bệnh được cung cấp chế độ ăn bệnh lý; tỷ lệ người bệnh hài lòng, v,v. Phòng Điều dưỡng bệnh viện cần xây dựng các danh mục chỉ số để theo dõi đánh giá sự thay đổi và kết quả thực hiện theo thời gian của bệnh viện.

6.4. Xác định các hoạt động can thiệp

Hoạt động can thiệp được xác định dựa theo nguyên nhân. Mỗi nguyên nhân có thể có phải có một hoặc nhiều hoạt động để giải quyết. Ví dụ:

Vấn đề	Nguyên nhân gốc	Hoạt động
Người bệnh chưa được hướng dẫn, giáo dục sức khỏe (GDSK).	- Bệnh viện chưa có quy định và hướng dẫn cụ thể - Bệnh viện chưa có tài liệu GDSK - ĐDV thiếu kiến thức và kỹ năng - ĐDV làm chưa làm đúng chức năng vì bị giao nhiều công việc hành chính phi điều dưỡng.	- Xây dựng Quy định và hướng dẫn GDSK - Xây dựng Tài liệu GDSK - Tập huấn về tư vấn, GDSK - Bố trí công việc hợp lý để ĐDV trực tiếp CSNB. - Tăng cường công tác giám sát người bệnh vào viện, ra viện

6.5 Viết kế hoạch và trình phê duyệt

6.5.1 Khung bản kế hoạch

- Liệt kê các hoạt động sẽ phải tiến hành theo trật tự hợp lý.
- Dự kiến thời gian bắt đầu và thời gian kết thúc cho từng hoạt động.
- Xác định rõ địa điểm tiến hành.
- Phân công trách nhiệm thực hiện rõ ràng
- Dự trù tài chính, trang thiết bị, cơ sở vật chất.
- Dự kiến kết quả đầu ra cho từng hoạt động.

Ví dụ 1: Mẫu tóm tắt kế hoạch hoạt động tổng thể

TT	Tên hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Người thực hiện	Người phối hợp	Kinh phí	Dự kiến kết quả
1							
2							
3							

Ví dụ 2: Mẫu kế hoạch theo chuyên đề

Tên kế hoạch: .....

Mục tiêu:.....

Giải pháp 1:

TT	Tên hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Người thực hiện	Người phối hợp	Kinh phí	Dự kiến kết quả
1							
2							

Ví dụ 3: Mẫu kế hoạch theo thời gian

	Quý I			Quý II			Quý III			Quý IV			Ghi chú
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Mục tiêu 1	x			x			x			x			
Hoạt động 1	———			———			———						
Hoạt động 1				.....			.....			.....			
Mục tiêu 2	x			x									
Hoạt động 1				———			———			———			
Hoạt động 2	.....			.....			.....						

7. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN KẾ HOẠCH

- Xây dựng các quy định cụ thể
- Phân bổ các nguồn lực phù hợp
- Thiết lập hệ thống báo cáo.
- Mô tả công việc và phân công cho từng cá nhân, đơn vị cụ thể.
- Điều phối: phối hợp các hoạt động giữa các cá nhân, bộ phận liên quan
- Kiểm tra, giám sát việc thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt.

7. CÁC PHƯƠNG THỨC ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN KẾ HOẠCH

- Đánh giá ban đầu
- Đánh giá tiến độ thực hiện
- Đánh giá kết thúc
- Đánh giá tác động

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quản lý điều dưỡng – Tài liệu huấn luyện điều dưỡng trưởng khoa. Nhà xuất bản Y học; 2004.

2. Bộ Y tế. Quy chế bệnh viện. Nhà xuất bản Y học; 1997.

3. Nguyễn Hải Sản. Quản trị học – NXB Thống kê.

4. H. Koontz và các tác giả: Những vấn đề cốt yếu của quản lý. Nhà xuất bản KHKT, Hà Nội, 1994.

5. James H và các tác giả: Quản trị học căn bản. Nhà xuất bản Thống Kê, Hà Nội, 2004.

6. Dee Ann Gilies. Nursing Management - A system Approach, 2nd edition..W.B. Saunders 2008.

7. Department of Health Philippines. Hospital Nurrsing service administration Manual; 2007.

8. Eleanor J., Sullivan and Philip J. Decker. Effective Leadership and Management in Nursing, 4th edition. Addison Wesley; 2001.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy điền từ và cụm từ vào chỗ trống để hoàn thiện định nghĩa về lập kế hoạch:

”Lập kế hoạch là quá trình đưa ra.....(1).....sẽ thực hiện nhằm đạt được....(2).....đã đề ra”

Câu 2. Hãy điền cho đủ bốn thành phần của phân tích SWOT

A. …….

B. Điểm yếu

C. ……

D. Thách thức

Câu 3. Năm nguyên tắc của lập kế hoạch gồm

A. Tính mục tiêu và tính khoa học.

B. Tính cân đối, tính thực tế và tính chấp nhận.

C. Tính mục tiêu và tính cân đối.

D. A và B

Câu 4. Hãy viết cho đủ các bước lập kế hoạch

A. …….

B. Xác định vấn đề và phân tích nguyên nhân

C. Xác định mục tiêu và các chỉ số đánh giá

D. Xác định các hoạt động can thiệp

E. Viết và trình phê duyệt

Câu 5: Điền cho đủ các thành phần chính của bản kế hoạch

A. Liệt kê các hoạt động sẽ phải tiến hành theo trật tự hợp lý.

B. Dự kiến thời gian, địa điểm và phân công người thực hiện

C. Dự trù tài chính, trang thiết bị, cơ sở vật chất.

D. Tất cả A, B và C

Câu 6: Điền cho đủ các công việc trong bước triển khai thực hiện kế hoạch:

A. Xây dựng các quy định

B. Phân bổ các nguồn lực phù hợp để thực hiện kế hoạch đề, thiết lập hệ

thống báo cáo.

C. …….

D. Phối hợp các hoạt động giữa các cá nhân, bộ phận liên quan

E. Kiểm tra, giám sát việc thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt.

Xác định các câu đúng sai từ câu 7 đến 10.

	Đúng	***Sai***
Câu 7: Đánh giá tiến độ là thu thập các số liệu để xây dựng mục tiêu của kế hoạch/dự án.		
Câu 8: Đánh giá ban đầu là đánh giá quá trình thực hiện kế hoạch theo chu kỳ có thể là một quý, 6 tháng, 9 tháng		
Câu 9: Đánh giá kết thúc là đánh giá kết quả cuối cùng của kế hoạch/chương trình/dự án so với mục tiêu đề ra.		
Câu 10: Đánh giá tác động là đánh giá về tính duy trì và các tác động lâu dài của kế hoạch/ Dự án		

Câu 11. Xây dựng kế hoạch thực hiện Điều 4 Thông tư 07/2011/TT-BYT về công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.

Câu 12. Xây dựng kế hoạch thực hiện Điều 5 Thông tư 07/2011/TT-BYT về công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.

BÀI 6
ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG TRONG CÁC BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này học viên có khả năng:

1. Phân biệt được các khái niệm về kiểm tra, giám sát, theo dõi, đánh giá.

2. Xây dựng được công cụ đánh giá công tác điều dưỡng, hộ sinh.

3. Mô tả được các bước đánh giá công tác CSNB

4. Trình bày được khung báo cáo đánh giá hoạt động công tác điều dưỡng trong bệnh viện.

NỘI DUNG

I. MỞ ĐẦU

Tất cả các nhà quản lý đều phải thực hiện có hiệu quả các chức năng cơ bản của quản lý là lập kế hoạch, tổ chức thực hiện và đánh giá. Điều dưỡng trưởng là cấp quản lý đầu tiên (first line manager), cũng giống như mọi nhà quản lý khác Điều dưỡng trưởng phải thực hiện tốt các chức năng lập kế hoạch, tổ chức thực hiện đánh giá các hoạt động trong lĩnh vực phụ trách.

Bài này tập trung vào trao đổi các khái niệm về kiểm tra, theo dõi, đánh giá; các bước tiến hành đánh giá và phát triển các công cụ đánh giá để giúp Điều dưỡng trưởng có kiến thức và kỹ năng thực hiện tốt chức năng đánh giá các hoạt động và các chương trình dự án về CSNB được thực hiện trong các bệnh viện.

II. CÁC THUẬT NGỮ

Kiểm tra (control) nhằm: Xác định tiến độ công việc, phát hiện sai sót để chấn chỉnh, bảo đảm nguồn lực được sử dụng hiệu quả. Kiểm tra là sợi chỉ xuyên suốt cả quá trình quản lý.

Theo dõi (monitoring) là quá trình lượng giá liên tục để điều chỉnh tiến độ và mục tiêu hoạt động. Theo dõi bao gồm việc thu thập và phân tích thường xuyên các thông tin về hoạt động của chương trình dự án thông qua hệ thống báo cáo định kì hoặc quan sát tại chỗ.

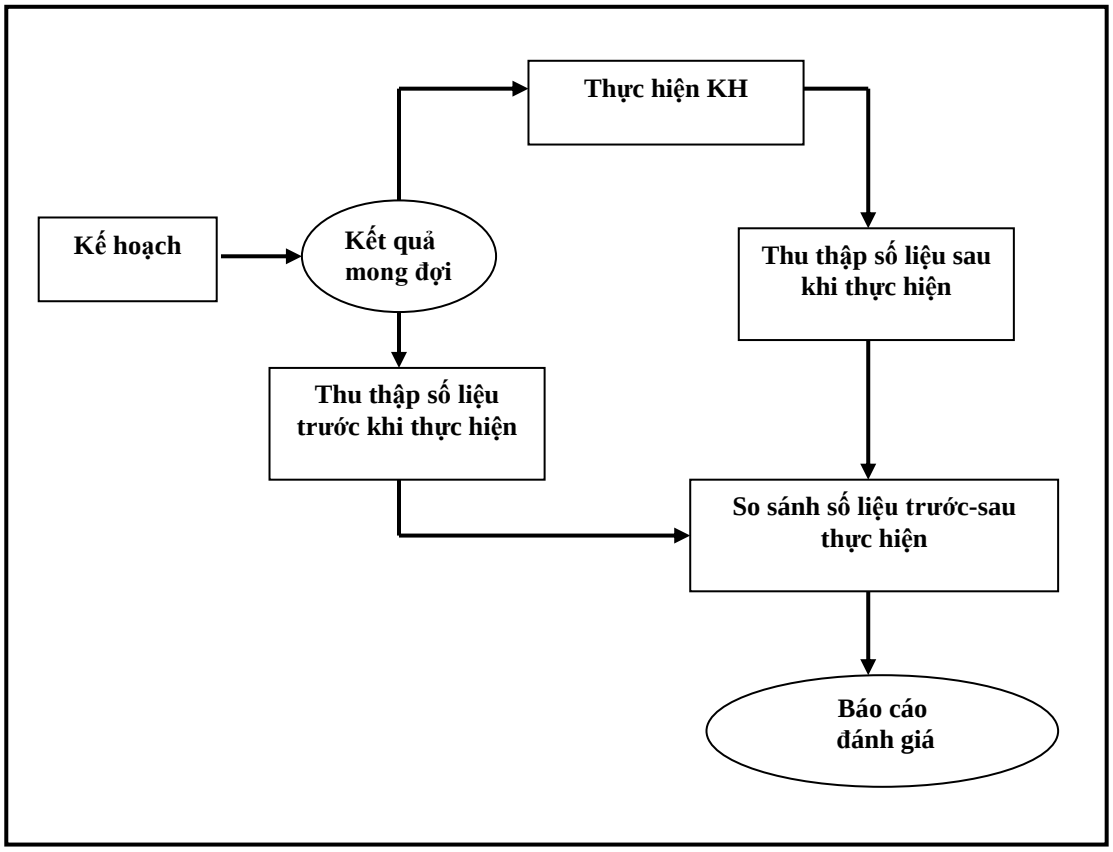
Thanh tra (inspection) là hoạt động kiểm tra việc thực thi các yêu cầu của pháp luật và quy định của nhà nước về một hoạt động nào đó. Kết quả thanh tra là kết luận về việc có vi phạm hay không và đề xuất hình thức xử lý.

Giám sát (supervison) là hoạt động có tính hỗ trợ và cộng tác cùng đối tượng được giám sát để xác định ra các vấn đề tồn tại, khó khăn và phân tích các nguyên nhân của nó, cùng tìm cách giải quyết vấn đề đó nhằm đạt được mục tiêu của kế hoạch đề ra.

Đánh giá (evaluation) là việc thu thập và phân tích các thông tin bằng nhiều phương pháp để xác định tính phù hợp, tiến trình, hiệu suất, hiệu quả, tác động và tính duy trì của các hoạt động của chương trình (Veney và Kaluzny, 1999).

III. QUY TRÌNH VÀ CÁC HÌNH THỨC ĐÁNH GIÁ

3.1 Sơ đồ đánh giá



Sơ đồ đánh giá kết quả triển khai thực hiện kế hoạch

3.2 Các hình thức đánh giá

Đánh giá ban đầu: là việc thu thập các số liệu cần thiết để xây dựng mục tiêu của kế hoạch/chương trình/dự án. Những thông tin ban đầu đó là cơ sở cho tổ chức triển khai kế hoạch và sẽ được sử dụng trong đánh giá để so sánh, đối chiếu với kết quả đạt được cuối chu kỳ hoạt động hoặc khi kết thúc chương trình kế hoạch, dự án.

Đánh giá tiến độ thực hiện: là đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện kế hoạch theo chu kỳ có thể là một quý, 6 tháng, 9 tháng … nhằm xem xét việc triển khai kế hoạch có đúng mục tiêu không, giúp cho quá trình điều hành kế hoạch đúng tiến độ và đảm bảo chất lượng các hoạt động.

Đánh giá kết thúc: là đánh giá kết quả cuối cùng của kế hoạch/chương trình/dự án so với mục tiêu đề ra.

Đánh giá tác động: là đánh giá về tính duy trì của chương trình dự án và các tác động lâu dài của kế hoạch/chương trình/dự án đối với sức khoẻ của cộng đồng, kinh tế - xã hội, hoặc tác động của nó đối với việc hoạch định chính sách, chiến lược phát triển của ngành… Loại đánh giá này thường được tiến hành sau khi kế hoạch/chương trình/dự án kết thúc nhiều năm.

Sự khác nhau giữa đánh giá thực hiện và đánh giá tác động của kế hoạch hoạt động hay dự án được mô tả ở bảng 1:

Bảng 1. So sánh đánh giá quá trình thực hiện và đánh giá tác động

	Đánh giá quá trình	Đánh giá tác động
Mục đích	- Tăng cường tổ chức thực hiện - Điều chỉnh kế hoạch	- Rút ra bài học kinh nghiệm
Nội dung	- Tiến độ có đúng kế hoạch không? - Hoạt động triển khai có đúng các quy định không? - Các nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?	- Mục tiêu chung có đạt không? - Các kết quả đầu ra đạt được bao nhiêu - Nguyên nhân và bài học
Trọng tâm đánh giá	- Kết quả ngắn hạn	- Kết quả dài hạn
Thời gian	- Trong quá trình thực hiện kế hoạch	- Sau khi kết thúc việc thực hiện 1-2 năm

IV. XÂY DỰNG CÔNG CỤ VÀ CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ

1. Xây dựng công cụ đánh giá

Công cụ đánh giá bao hàm các câu hỏi thu thập số liệu, các câu hỏi đánh

giá được xây dựng nhằm thu thập số liệu có ý nghĩa về kết quả các hoạt động. Dưới đây là những tiêu chí cơ bản cho một câu hỏi đánh giá tốt:

- Câu hỏi tập trung vào nội dung chính của chương trình hoạt động và các vấn đề mà các bên liên quan quan tâm. Người đánh giá cần phải hiểu biết rõ về các hoạt động của chương trình để đưa ra những câu hỏi thực tế và phù hợp. Câu hỏi có khả năng tìm được những thông tin, bằng chứng có thể đo lường được. Dưới đây gợi ý một số nội dung đánh giá chính và câu hỏi:

Đánh giá nhu cầu dịch vụ:

- Phạm vi chương trình là gì?
- Đặc điểm và nhu cầu của đối tượng đích là gì?
- Loại hình dịch vụ cần thiết là gì ?
- Cần đổi mới gì trong việc cung cấp dịch vụ?

Đánh giá triển khai chương trình, kế hoạch:

- Chương trình nhằm vào đối tượng nào?
- Dịch vụ được cung cấp như thế nào?
- Chương trình được tổ chức như thế nào?
- Những nguồn lực cần thiết để triển khai chương trình là gì?

Đánh giá kết quả thực hiện:

- Mục tiêu có đạt được không?
- Những hoạt động có được thực hiện theo kế hoạch không?
- Dịch vụ có mang lại lợi ích cho người hưởng lợi/khách hàng không?
- Dịch vụ có những tác động không mong muốn tới khách hàng không?
- Đối tượng khách hàng/người bệnh nào chưa tiếp cận được dịch vụ?
- Người bệnh/ khách hàng có hài lòng với dịch vụ không?

Câu hỏi về chi phí và hiệu quả của chương trình:

- Các nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?
- Chi phí có tương ứng với lợi ích thu được của chương trình không?
- Có cách nào khác mà vẫn thu được hiệu quả như vậy với chi phí thấp hơn không?

2. Xây dựng các chỉ số đánh giá

- Chỉ số là mốc đánh dấu bước tiến triển và giúp đo lường sự thay đổi. Nó

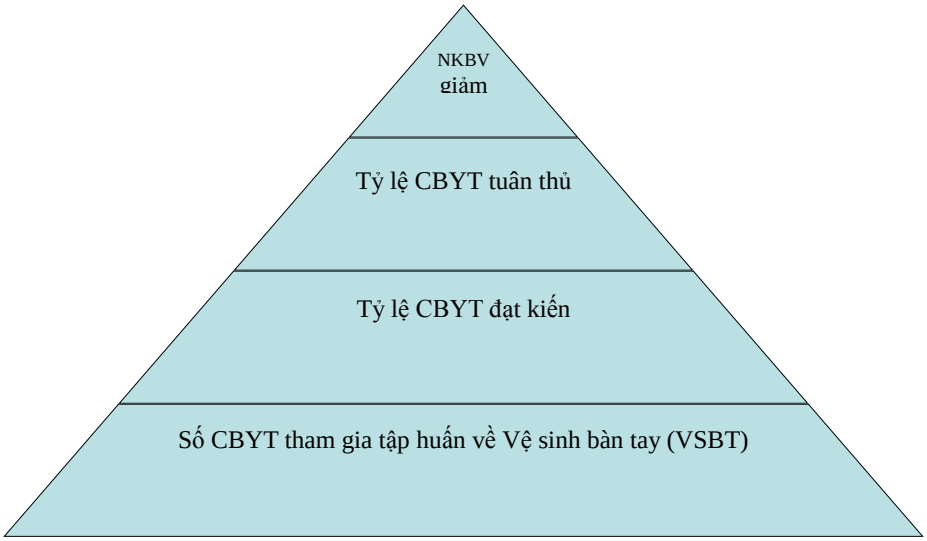
chỉ ra chiều hướng thay đổi của sự vật hiện tượng. Ví dụ: Tỷ lệ bác sĩ so với điều dưỡng, tỷ lệ người bệnh nằm ghép, ngày điều trị trung bình, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ người bệnh gặp sự cố y khoa không mong muốn, tỷ số điều dưỡng, hộ sinh so với bác sĩ v,v…

- Việc định nghĩa các chỉ số là cần thiết để bảo đảm cho mọi người hiểu chính xác cái gì sẽ được đo lường và sự đo lường nhất quán. Ví dụ, định nghĩa "thời gian chờ đợi của người bệnh" tính từ khi người bệnh bước vào tới khoa khám bệnh tới khi người bệnh được điều dưỡng ghi sổ khám bệnh hay tới khi được bác sĩ khám bệnh.

- Thông thường, người ta hay quan tâm đến 2 tính chất của một chỉ số: Độ nhạy các thay đổi về chỉ số phải phản ánh các thay đổi về hiện tượng, có thể chỉ ra các thay đổi mà người đánh giá muốn đo lường; và độ đặc hiệu cho vấn đề cần đánh giá.

- Các chỉ số dạng số: tỷ lệ người bệnh bị nhiễm khuẩn vết mổ so với tổng số người bệnh có phẫu thuật, tỷ số điều dưỡng, hộ sinh so với giường bệnh thực kê v,v..

- Các kết quả đầu ra: Các mức đầu ra là một chuỗi liên kết trong đó mỗi đầu ra phụ thuộc vào những gì đầu ra trước đạt được. Người đánh giá có thể tìm bằng chứng ở các cấp đầu ra khác nhau. Đầu ra của một chương trình có nhiều mức độ khác nhau. Đầu ra ở mức này có thể là đầu vào cho mức tiếp theo như mô tả dưới đây:



Mô tả các mức đầu ra của chương trình vệ sinh tay trong y tế

V. KỸ THUẬT THU THẬP THÔNG TIN

5.1. Quan sát

Quan sát là sự thu thập số liệu bằng 5 giác quan. Mặc dù người quan sát chủ yếu sử dụng mắt nhưng trong hầu hết các quan sát đều có sự tham gia của các giác quan khác. Quan sát có hai mặt: nhìn và làm sáng tỏ thông tin. Ví dụ: người điều dưỡng nhìn thấy người bệnh mặt đỏ ửng: có thể là dấu hiệu của sốt và để có thể khẳng định là sốt thì phải thì phải dùng nhiệt kế để đo thân nhiệt.

Quan sát trực tiếp: áp dụng khi quan sát tiến trình công việc, thủ thuật, thu thập thông tin về cơ sở hạ tầng, phương tiện dụng cụ. ***Yêu cầu đối với người quan sát p***hải có kiến thức về vấn đề quan sát, phải nhớ được nội dung quan sát, hạn chế được sự đối phó của người được quan sát.

Quan sát tham gia: áp dụng khi thu thập thông tin cần sự chia sẻ kinh nghiệm, phù hợp cho việc thu thập thông tin lập kế hoạch dự án hoặc đánh giá hiệu quả dự án, công việc. ***Yêu cầu đối với người quan sát tham gia cần phải h***iểu biết và có kinh nghiệm về lĩnh vực quan sát, hiểu biết về điều kiện thực hiện công việc và có khả năng giao tiếp với đồng nghiệp.

5.2. Phỏng vấn

Các hình thức phỏng vấn: gồm phỏng vấn trực tiếp và phỏng vấn gián tiếp (qua điện thoại). .

Kỹ thuật phỏng vấn: phỏng vấn là sự giao tiếp có chủ định. Cuộc phỏng vấn thông thường có ba giai đoạn: mở đầu, nội dung và kết thúc. Các yếu tố ảnh hưởng tới cuộc phỏng vấn là: thời gian, địa điểm, chỗ ngồi, cách thức giao tiếp, sự tin tưởng, khoảng cách ngồi.

Mở đầu cuộc phỏng vấn: là bước rất quan trọng vì những câu nói và việc làm trong giai đoạn này quyết định chất lượng cuộc phỏng vấn. Người phỏng vấn cần chủ động chào hỏi, nêu mục đích cuộc phỏng vấn, thời gian phỏng vấn. Người được phỏng vấn dần dần bày tỏ điều họ biết, họ cảm thấy, điều họ đang nghĩ và nhận thức của họ về các vấn đề mà người phỏng vấn hỏi.

Nội dung cuộc phỏng vấn: người phỏng vấn cần bắt đầu bằng một câu hỏi dễ trả lời hoặc không gây tâm lý cho người được phỏng vấn. Người phỏng vấn cần có kỹ năng giao tiếp để đảm bảo hai bên đều cảm thấy thoải mái trong việc đặt câu hỏi và trả lời. Người phỏng vấn nêu câu hỏi cần ngắn gọn, hỏi từng câu hỏi một, các câu hỏi theo thứ tự logic, chú ý lắng nghe câu trả lời, tránh áp đặt kinh nghiệm cá nhân như "nếu tôi là anh/chị thì…", sử dụng ngôn ngữ không lời biểu lộ sự tôn trọng, dùng ánh mắt để thể hiện sự thông cảm, chấp nhận giây phút im lặng để người được phỏng vấn sắp xếp ý tưởng trả lời.

Kết thúc cuộc phỏng vấn: khi có được các thông tin cần thiết, người phỏng vấn chủ động kết thúc cuộc phỏng vấn. Đôi khi người được phỏng vấn chủ động kết thúc trước. Dưới đây là một số kỹ thuật để kết thúc cuộc phỏng vấn: (1) Hãy đưa ra ám hiệu là cuộc phỏng vấn đó xong bằng cách hỏi "liệu chị

có điều gì muốn nói nữa không? Tôi rất vui lòng được trả lời câu hỏi của anh/chị? (2) Để chấm dứt cuộc phỏng vấn có thể nói: "Vâng, đó là tất cả những thông tin chúng tôi muốn biết"; (3) Thể hiện sự hài lòng và đánh giá cao cuộc phỏng vấn "tôi rất vui được nói chuyện với anh chị", "xin cảm ơn sự giúp đỡ của anh chị" hoặc "thông tin anh chị cung cấp sẽ rất hữu ích cho bệnh viện cải tiến công tác phục vụ"; (4) Ám hiệu đã hết giờ "thời gian hôm nay trôi nhanh quá", "xin cảm ơn anh chị", "chúc anh chị may mắn"…

5.3. Thiết kế bộ câu hỏi thu thập số liệu

C***âu hỏi đóng:*** dễ trả lời, dễ mã hóa và nhập số liệu, phân tích nhanh chóng. Tuy nhiên lượng thông tin thu được tương đối hạn chế. Câu hỏi đóng là loại câu hỏi người trả lời chỉ cần đánh dấu "có" hoặc "không" hoặc chỉ được chọn một hay nhiều nội dung trả lời đó có sẵn, không được chọn những gì không có trong nội dung trả lời.

Ví dụ 1. Ông bà có ngủ được không?: 1. có 2.không

Ví dụ 2. Trình độ chuyên môn của ông /bà hiện nay (chọn một câu trả lời thích hợp nhất).

1. Sơ cấp
2. Trung cấp
3. Cao đẳng
4. Đại học
5. Trên đại học

Câu hỏi mở: là câu hỏi không có câu trả lời sẵn, đòi hỏi đối tượng phải sử dụng kiến thức, hiểu biết của bản thân để trả lời theo ngôn ngữ riêng của mình. Loại câu hỏi mở thích hợp với các đánh giá về tâm lý, thái độ, kiến thức hoặc tìm hiểu sâu một vấn đề chưa biết. Nhược điểm của sử dụng câu hỏi mở là khó phân tích và tổng hợp kết quả.

Ví dụ: Tiêm không an toàn có thể lây truyền các bệnh gì qua đường máu?

Câu hỏi nửa đóng, nửa mở: là loại câu mà phần đầu là một câu hỏi đóng với những nội dung trả lời có sẵn hoặc là "có" hoặc "không", đồng thời có thêm một câu hỏi mở ở cuối câu trả lời.

Ví dụ: Anh chị có hài lòng với công việc đang làm không?

Có: ☐

Không: ☐

Nếu không vì sao? ……..……..

Câu hỏi cấu trúc theo thang điểm nhiều bậc: thang điểm có hai cực, từ kém nhất đến tốt nhất, thông thường có 4 - 5 bậc. Người trả lời phải chọn một mức điểm được ghi trên thang điểm. Ví dụ: Ông/bà cho biết chất lượng dịch vụ chăm sóc trong của điều dưỡng trong bệnh viện.

Rất kém 1 2 3 4 5 Rất tốt.

Câu trả lời bằng số: đối với loại câu hỏi này, chỉ áp dụng khi người hỏi phải biết chắc là đối tượng nghiên cứu đó có trải qua vấn đề mà mình muốn nghiên cứu. Ví dụ: Lương và các khoản thu nhập bình quân của ông/bà hàng tháng là ..... đồng.

Câu hỏi đúng sai: dùng để đánh giá kiến thức, kỹ năng và thái độ của người được phỏng vấn. Dưới đây là các ví dụ về kỹ thuật đặt câu hỏi đúng sai?

Câu khẳng định	Đúng	Sai
- Thời gian đo nhiệt độ ở nách là 5 phút - Phân tích số liệu phải dựa vào mục tiêu nghiên cứu - Nghiên cứu mô tả nhằm kiểm tra giả thuyết		

Câu hỏi nhiều lựa chọn: cấu trúc gồm 2 phần, phần thân câu và phần lựa chọn. Phần thân câu kết hợp với một lựa chọn sẽ tạo thành một câu văn hoàn chỉnh. Ví dụ: Trong viêm phổi, nên bồi phụ nước và điện giải bằng đường:

A. Uống
B. Nhỏ giọt dạ dày
C. Truyền tĩnh mạch
D. Uống kết hợp với truyền tĩnh mạch

5.4 Thảo luận nhóm

Là một kỹ thuật thu thập thông tin định tính thông qua một nhóm đại diện về chủ đề nhất định. Câu hỏi thảo luận là các câu hỏi mở như: tại sao? như thế nào?. Các bước thảo luận nhóm:

–Chuẩn bị nội dung: chủ đề thảo luận và mục tiêu cần đạt được, dự kiến các câu hỏi cần thảo luận (câu hỏi dẫn gợi ý), số lượng tốt nhất 5 - 7 người. Chuẩn bị địa điểm thuận lợi, đủ chỗ ngồi, hướng dẫn viên dễ quan sát, và giảm tối đa các yếu tố ảnh hưởng xung quanh.

–Tiến hành thảo luận nhóm: giới thiệu làm quen, nêu quy tắc làm việc, nội dung thảo luận nên đi dần từ tổng quát sang chi tiết cụ thể. Hướng dẫn viên cần có kỹ năng điều hành, bám sát mục tiêu, mềm dẻo, điều hoà mâu thuẫn giữa các đối tượng tham gia, ghi chép tóm tắt. Thời gian thảo luận không quá 120 phút.

–Tóm tắt kết luận: người điều hành cần tóm tắt nội dung thảo luận kể cả những ý kiến chưa thống nhất, có thể cần làm sáng tỏ thêm vấn đề cần thiết chưa đạt mục tiêu khi thảo luận.

5. 5 Sử dụng thông tin có sẵn

Sử dụng các thông tin hiện có sẽ làm giảm bớt công sức và chi phí cho việc thu thập số liệu và nhiều thông tin sẵn có rất hữu ích cho việc lập kế hoạch hoặc đánh giá hiện trạng của cách chương trình dự án và hoạt động của tổ chức. Ví dụ: Thu thập các thông tin về số lượng người bệnh đến khám, điều trị nội trú, tỷ lệ người bệnh tử vong v.v... Chúng ta có thể thu thập thông qua báo cáo

kiểm tra bệnh viện hàng năm. Ưu điểm của việc sử dụng số liệu sẵn có là ít tốn kém. Tuy nhiên, các thông tin này không phải lúc nào cũng đầy đủ và đáng tin cậy.

VI. CÁC BƯỚC ĐÁNH GIÁ

1. Lập kế hoạch đánh giá

Người đánh giá cần xây dựng kế hoạch đánh giá gồm các nội dung sau đây:

- Xác định mục tiêu đánh giá: Mục tiêu đánh giá cần được xác định rõ cho mỗi cuộc đánh giá. Mục tiêu đánh giá là cơ sở để xác định nội dung đánh giá, các chỉ số đánh giá và phương pháp đánh giá.

- Xác định phạm vi và nội dung đánh giá: Các chương trình dự án khi thực hiện đều đưa ra các mục tiêu, phạm vi hoạt động. Khi tiến hành đánh giá cần căn cứ vào mục tiêu và phạm vi của từng chương trình dự án.

- Xác định các chỉ số đo lường: Mỗi chỉ số cần đáp ứng được các tiêu chí như có giá trị đo lường được những gì cần đo, tin cậy đo lường với sai số thấp nhất, khách quan ít bị sai lệch do con người, nhạy phản ánh được thay đổi của hiện tượng và đặc hiệu với những hoàn cảnh và điều kiện cụ thể.

- Lựa chọn phương pháp thu thập thông tin phù hợp: Trong bước này, chúng ta cần phải xác định phương pháp thu thập thông tin qua các kênh khác nhau cho phù hợp với từng chương trình dự án và nguồn lực sẵn có để đánh giá. Các phương pháp thu thập thông tin bao gồm: quan sát, phỏng vấn, bộ câu hỏi, đánh giá báo cáo và thông tin có sẵn, v.v...

- Kế hoạch triển khai thu thập số liệu. Cần xác định rõ ai sẽ làm gì, thu thập số liệu ở đâu, khi nào thì làm và làm như thế nào. Các nguồn lực cần cho đánh giá cần phải xác định rõ ràng và phải xây dựng thành một kế hoạch triển khai đánh giá cụ thể và được cấp có thẩm quyền phê duyệt và các đối tác liên quan thống nhất phối hợp.

2. Thực hiện đánh giá

- Phân công các đánh giá viên thành các nhóm để tiến hành đánh giá theo kế hoạch đã được thống nhất.

- Phối hợp với các bên liên quan trong quá trình thu thập các số liệu cần thiết cho việc đánh giá.

Thu thập các thông tin: sử dụng công cụ đánh giá để thu thập thông tin về chương trình có được thực hiện theo đúng kế hoạch không, các can thiệp có đủ

mạnh để tạo ra sự khác biệt không, chương trình có được thực hiện theo những quy định không, tổ chức thực hiện chương trình có gặp phải vấn đề gì không và nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?

3. Phân tích, trình bày số liệu

3.1 Phân tích số liệu:

Đối với phân tích định lượng thì phải có đủ số liệu theo cỡ mẫu mới tiến hành phân tích nhưng đối với phân tích định tính không cần đợi tất cả số liệu được thu thập xong mà sau từng cuộc phỏng vấn có thể bắt đầu phân tích số liệu ngay trong giai đoạn thu thập.

3.2. Trình bày số liệu

Người phân tích trình bày số liệu cần phải biết cách sử dụng các bảng, các biểu đồ, đồ thị để trình bày số liệu.

Bảng 1 chiều (phân bố tần số). Bảng này chỉ trình bày số liệu của một biến với tổng của cột, không có tổng dòng (xem bảng dưới đây).

Bảng số 1.Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện phân loại theo cơ quan

Vị trí nhiễm khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ
Vết mổ	72	17,6%
Hô hấp	171	41,8%
Tiêu hoá	23	5,6%
Đường tiết niệu	68	16,4%
Da và mô mềm	50	12,2%
Nhiễm khuẩn huyết	16	3,9%
Viêm màng não	5	1,2%
Sản khoa	5	1,2%
Cộng	410	100

Nguồn: Phạm Đức Mục. Điều tra NKBV 2005

Bảng 2 chiều: Khi có hai hoặc trên hai biến số được trình bày trong một bảng. Ta có thể biểu thị tổng của các số liệu theo biến ở cả cột và dòng. Bảng hai chiều giúp so sánh sự khác nhau giữa các nhóm đối tượng. Ví dụ, so sánh tần suất rủi ro do vật sắc nhọn đối với nhóm bác sĩ và nhóm điều dưỡng trong

thời gian một năm được minh hoạ trong bảng kết hợp dưới đây (Bảng 2).

Bảng 2: Tỷ lệ rủi ro do vật sắc nhọn theo vị trí và theo nghề

Nghề / Vị trí tổn thương	Bác sĩ		Điều dưỡng		Chung	
	Số lần	%	Số lần	%	Số lần	%
Ngón tay	67	95.7	173	94.5	240	94.9
Bàn tay	03	4.3	08	4.4	11	4.3
Khác	00	0.0	02	1.1	02	0.8
Tổng số	70	100,0	183	100,0	253	100,0

Trình bày biểu đồ và đồ thị: phải bảo đảm nguyên tắc trình bày biểu đồ và đồ thị là:đơn giản, đầy đủ và tự giải thích. Các loại biểu đồ và chức năng được trình bày cụ thể ở Bảng 3 dưới đây:

Bảng 3: Các loại biểu đồ và chức năng

Loại biểu đồ	Chức năng
Biểu đồ cột hay biểu đồ thanh (bar chart)	- Dùng để so sánh tần số, tỷ lệ - Có thể kết hợp 2 - 3 biến trên một biểu đồ cột. - Giữa các nhóm cột luôn có một khoảng cách.
Biểu đồ hình tròn (pie chart)	- Dùng để so sánh các tỷ lệ - Tổng các tỷ lệ của từng phần phải bằng 100%.
Biểu đồ cột chồng	- Dùng để so sánh biến số giữa 2 hoặc 3 quần thể khác nhau.
Biểu đồ cột liên tục (histogram)	- Dùng để biểu thị các nhóm trong một biến liên tục. - Khi một biến liên tục được phân ra các nhóm nó trở thành một biến định tính gồm nhiều nhóm kế tiếp nhau.
Đường thẳng (line)	- Dùng để biểu thị sự biến thiên của một hiện tượng theo thời gian.
Biểu đồ chấm (scatter)	- Dùng để biểu thị sự tương quan giữa hai biến liên tục. - Biểu đồ chấm cho ta biết được hướng và mức độ tương quan giữa hai biến liên tục.

4. Viết báo cáo đánh giá

Nội dung một báo cáo đánh giá

Phần 1: Tóm tắt kết quả đánh giá

1. Nêu vấn đề đánh giá.
2. Các kết quả chính thu được
3. Các khuyến nghị.

Phần 2: Mô tả các hoạt động can thiệp

1. Mô tả vấn đề (phạm vi, mức độ nghiêm trọng, xu hướng…).
2. Mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể.
3. Các hoạt động chính.

Phần 3: Phương pháp đánh giá và kết quả

1. Thiết kế đánh giá

- Phương pháp và đối tượng đánh giá.
- Thời gian đánh giá.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu.
- Phương pháp phân tích số liệu.

2. Kết quả đánh giá

- Các kết quả thu được.
- Các hạn chế của kết quả.

Phần 4: Kết luận và khuyến nghị

- Các kết luận (căn cứ theo mục tiêu).
- Khuyến nghị (căn cứ vào kết quả đánh giá)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhà xuất bản Y học. Quản lý chăm sóc, 2004.
2. On being in charge, A guide for middle level management in PHC, WHO.
4. Management and Professional development for Nurses. Lippincott Nursing series.
5. Quản lý điều dưỡng, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học 2004.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Hãy điền các cụm từ thích hợp vào các chỗ trống để hoàn thiện các câu từ 1-5 dưới đây:

Câu 1: Kiểm tra là phát hiện ……A…….để chấn chỉnh, bảo đảm các quy định và nguồn lực được sử dụng hiệu quả

Câu 2: Theo dõi (monitoring) là quá trình…….A……..để điều chỉnh tiến độ và mục tiêu hoạt động.

Câu 3: Thanh tra (inspection) là hoạt động kiểm tra việc thực thi các yêu cầu của ……..A……và quy định của nhà nước về một hoạt động nào đó. Kết quả thanh tra là kết luận về việc ……B……và đề xuất hình thức xử lý.

Câu 4: Đánh giá (evaluation) là quá trình xem xét ……A……, hiệu quả chi phí và tác động của chương trình theo mục tiêu đã đề ra.

Câu 5: Điền cho đủ ba nội dung cơ bản của đánh giá

A= Kết quả đầu ra

B= Hiệu quả chi phí

C=……..

Câu 6. Điền cho đủ các yêu cầu đối với người đánh giá

A. Nghiêm túc nhưng không căng thẳng.

B. Phê phán xây dựng chứ không bới móc chê bai.

C. Dân chủ trao đổi để rút ra bài học kinh nghiệm và những phương án phù hợp nhằm giải quyết các vấn đề tồn tại.

D. …….

Câu 7. Các phương thức đánh giá bao gồm:

A. Đánh giá ban đầu, đánh giá quá trình

B. ……
……

C. Đánh giá quá trình và đánh gía kết thúc

D. A và B

Câu 8. Hãy liệt kê cho đủ các kỹ thuật thu thập thông tin

A. Thu thập thông tin sẵn có.

B. …….

C. Phỏng vấn.

D. ……..

E. Thảo luận nhóm.

Câu 9. Số liệu đánh giá thường được trình bày bằng

A. Bảng.

B. Biểu đồ.

C. A và B

D. Không trình bày bảng hay biểu đồ.

Câu 10. Hãy lựa chọn Đúng/Sai của một số kỹ thuật thu thập số liệu dưới đây:

Nội dung	Đúng	Sai
A. Kỹ thuật thu thập thông tin có sẵn thường tốn kém		
B. Thông tin có sẵn là các thông tin có thể thiếu chính xác hoặc không đầy đủ		
C. Quan sát thường khó thu thập được các thông tin chi tiết và bối cảnh liên quan đến các thông tin đó		
D. Nhược điểm của kỹ thuật quan sát là đòi hỏi đào tạo cẩn thận người giám sát		
E. Thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi tự điền thường có tỷ lệ trả lời cao hơn các phương pháp khác		

BÀI 7
QUẢN LÝ NHÂN LỰC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của quản lý nhân lực.
2. Trình bày được cơ sở để xây dựng kế hoạch nhân lực.
3. Trình bày nguyên tắc phân công công việc
4. Trình bày các biện pháp khuyến khích người lao động.
5. Trình bày được các quy định về khen thưởng, kỷ luật.

NỘI DUNG

I. Tầm quan trọng của công tác quản lý nhân lực:

Quản lý nhân lực tốt sẽ:

- Thúc đẩy động cơ làm việc của nhân viên
- Nâng cao hiệu quả công việc
- Các công việc được hoàn thành
- Tiết kiệm được kinh phí.
- Bảo đảm các quy định được tuân thủ
- Nâng cao đạo đức nghề nghiệp

Nội dung QLNL đối với Điều dưỡng trưởng bao gồm:

- Tham gia tuyển dụng nhân lực
- Mô tả công việc cho từng vị trí công việc
- Đào tạo cập nhật kiến thức, kỹ năng cho nhân viên
- Sắp xếp, giao nhiệm vụ phù hợp với từng cá nhân.
- Phân công công việc hàng ngày
- Theo dõi ngày công
- Kiểm tra , đánh giá công việc của họ.
- Đề xuất khen thưởng, kỷ luật
- Thực hiện tốt những yêu cầu của người lao động đúng chế độ, chính sách của Nhà nước.

II. Quy định về nhân lực

1. Căn cứ xác định biên chế nhân lực cho các cơ sở khám chữa bệnh

Theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05-6-2007 Bộ Nội Vụ-Bộ Y Tế hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước căn cứ vào:

- Hạng bệnh viện
- Phương thức phân công lao động (làm hành chính hay làm ca)
- Công suất sử dụng giường bệnh
- Chỉ tiêu nhân lực do bệnh viện đề nghị và cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2. Định mức biên chế tuyến 3

Các cơ sở KCB hạng I (Đơn vị tính: người/giường bệnh)

STT	Đơn vị	Làm giờ h/ chánh	Làm viêc theo ca
1	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa Nhi hạng đặc biệt	1,55- 1,70	2,00 –2,20
2	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa Nhi hạng I	1,45- 1,55	1,80 –2,00
3	Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa hạng I	1,35- 1,40	1,60 –1,80

3. Định mức biên chế tuyến 2

Các cơ sở KCB đa khoa hạng II trở lên, cơ sở KCB chuyên khoa hạng II và III

STT	Đơn vị	Làm giờ hành chánh	Làm viêc theo ca
1	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa Nhi hạng I	1,40- 1,45	1,60 –1,80
2	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa Nhi hạng II	1,25- 1,40	1,50- 1,60
3	Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa hạng I	1,20- 1,40	1,45 – 1,50
4	Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa hạng II	1,10- 1,15	1,40- 1,45
5	Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa hạng III	0,90- 1,00	1,30– 1,40

4. **Định mức biên chế tuyến 1:**

Các cơ sở KCB đa khoa đạt tiêu chuẩn hạng III, IV

STT	Đơn vị	Làm giờ hành chính	Làm viêc theo ca
1	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa hạng III	1,10- 1,20	1,40- 1,50
2	Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa hạng IV	1,00- 1,10	1,30- 1,40

5. Tỷ lệ cơ cấu bộ phận, chuyên môn

STT	Cơ cấu	Tỷ lệ
A. Cơ cấu bộ phận		
1	Lâm sàng	60 - 65%
2	Cận lâm sàng và Dược	22 – 15%
3	Quản lý, hành chính	18 – 20%
B. Cơ cấu chuyên môn		
1	Bác sĩ/chức danh chuyên môn y tế khác (ĐD,KTV, Hộ sinh)	1/3 – 1/3,5
2	Dược sĩ đại học / Bác sĩ	1/8 – 1/1,5
3	Dược sĩ đại học/Dược sĩ trung học	1/2- 1/2,5

6. Nhân lực theo quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT

Theo Điều 17 Thông tư 07/2011/TT-BYT quy định về nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên như sau:

- Bệnh viện phải bảo đảm đủ nhân lực điều dưỡng viên (ĐDV), hộ sinh viên (HSV) theo quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để bảo đảm chăm sóc người bệnh liên tục.
- Bệnh viện xây dựng cơ cấu trình độ của điều dưỡng viên, hộ sinh viên phù hợp với tính chất chuyên môn và phân hạng bệnh viện. Bảo đảm tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh viên có trình độ cao đẳng và đại học đáp ứng yêu cầu Thỏa thuận công nhận dịch vụ chăm sóc đã được Chính phủ ký kết với các nước ASEAN ngày 8/12/2006.
- Bệnh viện bố trí nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên hằng ngày hợp lý tại các khoa và trong mỗi ca làm việc.
- Phòng Điều dưỡng phối hợp với phòng Tổ chức cán bộ đề xuất Giám đốc bệnh viện điều động bổ sung điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công kịp thời cho khoa khi có yêu cầu để bảo đảm chất lượng chăm sóc và phục vụ người bệnh.

III. Nhân lực ĐDV và HSV theo khuyến cáo của các nước

1. Xác định biên chế dựa vào giờ CSNB

- *Công thức tính nhân lực:*

$$M = \frac{A \times B \times 365 \text{ ngày}}{(365 - D) \times 8 \text{ giờ}} = \frac{C}{E}$$

M: Số nhân lực cần có
A: Số giờ chăm sóc (CS) trung bình / NB / ngày
B: Số NB điều trị nội trú trung bình / ngày
C: Tổng số giờ CS NB / năm
D: Số ngày nghỉ trung bình của một nhân viên/ năm
E: Tổng số giờ làm việc của một nhân viên/ năm

2. Số giờ chăm sóc trung bình / người bệnh / 24 giờ

Chuyên khoa	**Thụy Điển (giờ)**	**Philippine (giờ)**
Nội khoa	5,2	3,4
Ngoại khoa	5,5	3,4
Sản khoa	4,0	3,0
Nhi khoa	4,2	4,6

3. Tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng-hộ sinh các nước

Tên nước	**Số BS**	**Số ĐD**	**Tỷ lệ**
Thái Lan	12.713	153.296	1/12
Thụy Điển	21.700	228.800	1/10,5
Canada	52.863	333.675	1/6,3
Malaysia	7.012	32.889	1/4,7
Hồng Kông	6.544	29.062	1/4,4
Nhật	203.797	745.291	1/3,7
Indonesia	33.522	115.428	1/3,5

Nguồn Nursing in the World – Third edition, WHO

4. Các hoạt động chăm sóc trực tiếp

- Giao tiếp, tư vấn, giáo dục sức khỏe
- Chăm sóc thể chất
- Chăm sóc dinh dưỡng
- Chăm sóc dung thuốc cho người bệnh
- Thực hiện các kỹ thuật chăm sóc,
- Chăm sóc phục hồi
- Xét nghiệm
- Trợ giúp BS làm thủ thuật
- Theo dõi người bệnh

5. Các hoạt động chăm sóc gián tiếp

- Ghi phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc
- Viết báo cáo giao ban
- Thông tin báo cáo BS bằng lời
- Lĩnh thuốc, dụng cụ
- Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ
- Họp
- Các công việc hành chính phi điều dưỡng (thanh toán viện phí, lập bảng tiêu hao vật tư cho người bệnh, thủ tục thanh toán bảo hiểm…)

6. Phân bố lao động theo ca và theo người bệnh:

- *Phân bố theo ca: Các nước bố trí nhân lực làm 3 ca theo tỷ lệ sau:*
  + Ca sáng: 45% + Ca chiều: 37% + Ca đêm: 18%
- *Phân bố theo người bệnh:*

Khoa phòng	***Tỷ lệ ĐD/ NB***
Khoa Khám Bệnh	2,5 - 3 ĐD / 100 NB
Khoa Cấp Cứu	4 ĐD/10 NB
Khoa Nội – Ngoại	2,5 - 3 ĐD / 24 NB
Khoa HSCC	1 ĐD / 1 NB
Khoa Sản	3 ĐD / 4 NB
Khoa Phẫu Thuật	4 ĐD / 2 NB

Theo tiêu chuẩn của Thái Lan cho BV hạng 1 và hạng 2

IV. Các mô hình phân công chăm sóc

1. Nguyên tắc phân công chăm sóc

Căn cứ Thông tư số 07/2011/TT-BYT về hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh. Điều Dưỡng trưởng bệnh viện và Điều dưỡng trưởng khoa dựa vào đặc điểm, tình hình bệnh tật của từng khoa để xác định mô hình chăm sóc thích hợp cho từng khoa phòng đảm bảo nguyên tắc:

- Người bệnh là trung tâm của công tác chăm sóc nên phải được chăm sóc toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng và an toàn.
- Chăm sóc, theo dõi người bệnh là nhiệm vụ của bệnh viện, các hoạt động chăm sóc điều dưỡng, theo dõi do điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện và chịu trách nhiệm.
- Can thiệp điều dưỡng phải dựa trên cơ sở các yêu cầu chuyên môn và sự đánh giá nhu cầu của mỗi người bệnh để chăm sóc phục vụ.

2. Các mô hình phân công chăm sóc

Điều 18 Thông tư số 07/2011/TT-BYT về hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh quy định:

1. Bệnh viện căn cứ vào đặc điểm chuyên môn của từng khoa để áp dụng một trong các mô hình phân công chăm sóc sau đây:

a) Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính: Một điều dưỡng viên hoặc một hộ sinh viên chịu trách nhiệm chính trong việc nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, tổ chức thực hiện có sự trợ giúp của các điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên khác và theo dõi đánh giá cho một số người bệnh trong quá trình nằm viện.

b) Mô hình chăm sóc theo nhóm: Nhóm có từ 2-3 điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

c) Mô hình chăm sóc theo đội: Đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

d) Mô hình phân chăm sóc theo công việc: Mô hình này được áp dụng trong các trường hợp cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu đòi hỏi điều dưỡng chuyên khoa thực hiện kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

2. Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt là ở các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật, khoa Sản và khoa Sơ sinh. Mỗi ca làm việc áp dụng mô hình phân công chăm sóc phù hợp với đặc điểm chuyên môn của từng khoa.

3. Xây dựng lịch trực

Nguyên tắc chung

- Công khai và công bằng những quy định về điều chỉnh lịch làm việc khi cần thiết.
- Thông báo trước lịch công tác, lịch làm việc, hạn chế yêu cầu xin nghỉ đột xuất, trừ trường hợp đặc biệt (ốm, tai nạn… của bản thân, hoặc vợ chồng, con cái, tứ thân phụ mẫu), phân bổ kế hoạch nghỉ phép cho nhân viên để đảm bảo ổn định nhân lực và nhân viên chủ động sắp xếp công việc gia đình.
- Bố trí nhân lực cân đối với khối lượng công tác.
- Phân bố đồng đều tổng số giờ làm việc giữa các nhân viên.
- Phân bố đồng đều "ngày tốt" "ngày xấu" giữa các nhân viên.
- Phân công mọi nhân viên theo mô hình chăm sóc đã chọn.
- Sơ kết, tổng kết những thuận lợi, khó khăn, thảo luận công khai, biện pháp giải quyết.

Những điểm cần lưu ý

- Phân tích số liệu người bệnh, xác định khối lượng công việc ở các giai đoạn cao điểm và các giai đoạn xuống thấp.
- Căn cứ vào số lượng và trình độ nhân viên để xác định mô hình chăm sóc theo nhu cầu chăm sóc người bênh.
- Xác định chu kỳ và thời gian phân công hoặc luân chuyển thích hợp để đảm bảo tính chăm sóc liên tục.

- Khi số lượng người bênh quá tải, nhiều người bênh nặng mà nhân lực thiếu do đột xuất (nhiều nhân viên cùng nghỉ một thời điểm), ĐDT bệnh viện cần 1 trong những phương án sau:

+ Điều chỉnh nhân lực giữa các khoa để đảm bảo chăm sóc người bệnh.

+ Tổ chức một nhóm nhân viên lưu động thuộc Phòng Điều Dưỡng quản lý để hỗ trợ.

+ Nhân viên biên chế đăng ký làm ngoài giờ, khi cần thì điều động đột xuất.

V. Một số quy định của Luật Lao động

Luật số 35/2002/QH10 ngày 02 tháng 04 năm 2002 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật lao động quy định:

1. Làm thêm giờ

Điều 61 Người lao động làm thêm giờ được trả lương theo đơn giá tiền lương hoặc tiền lương của công việc đang làm như sau:

- Vào ngày thường, ít nhất bằng 150%;
- Vào ngày nghỉ hàng tuần, ít nhất bằng 200%;
- Vào ngày lễ, ngày nghỉ có hưởng lưởng, ít nhất bằng 300%. Nếu người lao động được nghỉ bù những giờ làm thêm, thì người sử dụng lao động chỉ phải trả phần tiền chênh lệch so với tiền lương tính theo đơn giá tiền lương hoặc tiền lương của công việc đang làm của ngày làm việc bình thường.
- Người lao động làm việc vào ban đêm quy định tại Điều 70 của Bộ luật này thì được trả thêm ít nhất bằng 30% tiền lương tính theo đơn giá tiền lương hoặc tiền lương của công việc đang làm vào ban ngày.
- Điều 69 Người sử dụng lao động và người lao động có thể thỏa thuận làm thêm giờ, nhưng không quá bốn giờ trong một ngày, 200 giờ trong một năm, trừ một số trường hợp đặc biệt được làm thêm không quá 300 giờ trong một năm do Chính phủ quy định.

2. Thưởng cho người lao động:

Điều 64 Căn cứ vào kết quả sản xuất, kinh doanh hằng năm của doanh nghiệp và mức độ hoàn thành công việc của người lao động, người sử dụng lao động thưởng cho người lao động làm việc tại doanh nghiệp. Quy chế thưởng do người sử dụng lao động quyết định sau khi tham khảo ý kiến Ban chấp hành công đoàn cơ sở.

3. Các hình thức kỷ luật:

Điều 84 Người vi phạm kỷ luật lao động, tùy theo mức độ phạm lỗi, bị xử lý theo một trong những hnhf thức sau đây:

- Khiển trách;
- Kéo dài thời hạn nâng lương không quá sáu tháng hoặc chuyển làm công việc khác có mức lương thấp hơn thời hạn tối đa là sáu tháng hoặc cách chức;
- Sa thải”

Điều 85 Hình thức xử lý kỷ luật sa thải chỉ được áp dụng trong những trường hợp sau đây:

- Người lao động có hành vi trộm cắp, tham ô, tiết lộ bí mật công nghệ, kinh doanh hoặc có hành vi khác gây thiệt hại nghiêm trọng về tài sản, lợi ích của doanh nghiệp;
- Người lao động bị xử lý kỷ luật kéo dài thời hạn nâng lương, chuyển làm công việc khác mà tái phạm trong thời gian chưa xóa kỷ luật hoặc bị xử lý kỷ luật cách chức mà tái phạm;
- Người lao động tự ý bỏ việc năm ngày cộng dồn trong một tháng hoặc 20 ngày cộng dồn trong một năm mà không có lý do chính đáng.

Sau khi sa thải người lao động, người sử dụng lao động phải báo cho cơ quan quản lý nhà nước về lao động tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương biết."

Điều 88 Người bị khiển trách sau ba tháng và người bị xử lý kỷ luật kéo dài thời hạn nâng lương hoặc chuyển làm công việc khác sau sáu tháng, kể từ ngày bị xử lý, nếu không tái phạm thì đương nhiên được xóa kỷ luật. Người bị xử lý kỷ luật kéo dài thời hạn nâng lương hoặc chuyển làm công việc khác sau khi chấp hành được một nửa thời hạn, nếu sửa chữa tiến bộ, thì được người sử dụng lao động xét giảm thời hạn."

VI. Kết luận

Quản lý nhân lực chính là thực hiện các khâu:

- Tuyển chọn nhân viên.
- Mô tả công việc
- Phân công hợp lý.
- Đào tạo
- Kiểm tra, đánh giá hiệu qủa công việc.
- Động viên, thưởng phạt đúng, kịp thời.
- Thực hiện tốt quyền lợi của người lao động.

Người quản lý phải thực sự hiểu biết về công việc của nhân viên, quan tâm thực sự đến tâm tư tình cảm của họ để động viên, khuyến khích đúng lúc sẽ làm tăng hiệu quả lao động./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quản lý bệnh viện – Bộ Y Tế – trang 191 - 206
2. LuËt sè 35/2002/QH10 ngµy 02 th¸ng 4 n¨m 2002 vÒ söa ®æi, bæ sung mét sè ®iÒu cña Bé luËt lao ®éng quy®Þnh
3. Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để bảo đảm chăm sóc người bệnh liên tục.
4. Nghị định số 115/2003/NĐ-CP về chế độ công chức dự bị
5. Nghị định số 116/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý cán bộ công chức trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước
6. Nghị định số 117/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng cán bộ công chức, viên chức.

7. TT 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011: Hướng dẫn công tác Điều Dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Chọn trả lời đúng nhất và khoanh tròn đầu câu trong các câu hỏi sau:

1. QL nhân lực chính là thực hiện các khâu:
   A. Mô tả công việc các vị trí, tuyển chọn nhân viên và phân công hợp lý.
   B. Đào tạo, kiểm tra, đánh giá hiệu qủa công việc.
   C. Khen thưởng, kỷ luật và thực hiện tốt quyền lợi của người lao động.
   D. A, B và C
2. Các yếu tố ảnh hưởng đền khối lượng công việc:
   A. Số lượng người bệnh và tình trạng phụ thuộc của người bệnh.
   B. Trình độ của nhân viên.
   C. Tiêu chuẩn công viêc
   D. A, B và C
3. Chăm sóc cấp 1 áp dụng cho những người bệnh:
   A. Người bệnh nặng, nguy kịch, có nhu cầu theo dõi chăm sóc liên tục, phụ thuộc hoàn toàn vào Điều Dưỡng (ĐD).
   B. Người bệnh có nhu cầu CS ở mức trung bình, cần sự hỗ trợ của ĐD trong việc đáp ứng nhu cầu CS cơ bản, NB có chỉ định thuốc tiêm, thuốc truyền, NB chuẩn bị mổ…
   C. Người bệnh nhẹ, có nhu cầu chăm sóc ở mức tối thiểu, tự chăm sóc và phục vụ.
   D. A+ B và C
4. Theo Bộ Luật Lao Động, ngày làm việc của một cán bộ viên chức trong năm:
   A. Làm việc không quá 8 giờ/ngày và 40 giờ/tuần
   B. Làm việc 8 giờ liên tục được nghỉ ít nhất 0,5 giờ, tính vào giờ làm việc
   C. Người lao động được hưởng nguyên lương những ngày nghỉ lễ, tết
   D. A+ B và C

II. Điền vào chỗ trống cho các câu hỏi sau:

5. Theo Bộ Luật Lao Động, không phân công phụ nữ có thai làm thêm giờ, làm việc ban đêm và đi công tác xa từ tháng:
   A. Từ tháng thứ 6
   B. …….
   C. Từ tháng thứ 9
6. Thẩm quyền ra quyết định Hội đồng thi tuyển cho bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh sẽ do:
   A. Bộ Y Tế ra quyết định.
   B. ……..
   C. Chủ tịch Ủy ban Nhân Dân tỉnh ra quyết định
   D. Giám đốc bệnh viện ra quyết định
7. Theo Điều 32 Luật Lao Động, tiền lương của người lao động trong thời gian thử việc bằng:

A. 50% mức lương cấp bậc của công việc đó
B. 60% mức lương cấp bậc của công việc đó

C. ……mức lương cấp bậc của công việc đó

III. Trả lời "Đúng" hoặc "Sai" bằng cách đánh dấu (x) vào ô tương ứng cho các câu hỏi sau:

Câu	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai
8	Theo Điều 32 Luật Lao Động, thời gian thử việc là không qúa 60 ngày đối với lao động không thuộc chuyên môn kỹ thuật cao		
9	Nguyên tắc chung xây dựng lịch làm việc cho nhân viên là phân bố đồng đều tổng số giờ làm việc giữa các nhân viên.		

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Là người quản lý nhân lực, anh/chị có biện pháp nào để quản lý ngày công người lao động tốt nhất ?
2. Là người quản lý nhân lực, anh/chị có biện pháp và kỹ năng nào để người lao động đạt năng suất lao độg cao ?
3. Là người quản lý nhân lực, anh/chị có những khó khăn và thuận lợi gì trong quản lý nhân lực ? Biện pháp giải quyết ?

BÀI 8
QUẢN LÝ THIẾT BỊ, Y DỤNG CỤ, VẬT TƯ Y TẾ TIÊU HAO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của công tác quản lý trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao.
2. Thực hiện được các quy trình quản lý trang thiết bi, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao.
3. Quản lý và sử dụng có hiệu quả.

NỘI DUNG

I. SỰ CẦN THIẾT

- Quản lý trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao (QLTTB-YDC-VTYTTH) là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người Điều Dưỡng trưởng khoa, Hộ sinh trưởng khoa và Kỹ thuật viên trưởng khoa, có tầm quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến công tác quản lý và chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
- Quản lý trang thiết bị (máy thở, máy hút, máy đo điện tim, máy bơm tiêm tự động…), y dụng cụ cố định (kềm, kéo, máy đo huyết áp…)
- QL hàng vật tư y tế tiêu hao (sử dụng một lần): Bơm kim tiêm, găng tay, dây truyền dịch, ống thông tiểu, ống thở ô-xy…
- Nếu Quản lý không có khoa học, không chủ động sẽ dẫn đến tình trạng thừa hoặc thiếu, lạm dụng gây lãng phí, hiệu quả thấp, ảnh hưởng dến chất lượng chăm sóc.

II. Quy trình quản lý trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao (QLTTB-YDC-VTYTTH)

Để sử dụng hiệu quả TTB-YDC-VTYTTH tiêu hao cần:

- Phải tuân theo đúng quy trình vệ sinh, khử trùng, tiệt trùng, bảo dưỡng dụng cụ để tránh hư hỏng.
- Máy móc, thiết bị y khoa phải được vệ sinh hàng ngày hoặc ngay sau khi sử dụng, có chế độ bảo dưỡng theo đúng hướng dẫn của lý lịch máy.
- Máy móc, dụng cụ sau khi sử dụng xong phải để đúng nơi quy định hoặc trả lại trung tâm quản lý bảo dưỡng.
- Tài sản máy móc, YDC phải được bàn giao cẩn thận giữa các ca, kíp bằng sổ sách, có ký nhận bàn giao, phân công người chịu trách nhiệm.

Điều Dưỡng trưởng khoa, Kỹ thuật viên trưởng khoa (ĐDTK-KTVTK) phải hiểu và biết được quy trình QLTTB- YDC – VTYTTH:

- Làm kế hoạch dự trù;
- Lĩnh;

- Bảo quản;
- Cấp phát;
- Giám sát việc sử dụng;
- Kiểm tra, đánh giá.

1. Lập kế hoạch dự trù

1.1. Liệt kê danh mục những mặt hàng cần dùng

Căn cứ vào các mặt hàng đang có hoặc sẽ có nhu cầu cần sử dụng trong khoa để lập kế hoạch dự trù. Bảng danh mục cần được liệt kê theo nhóm hàng để dễ nhớ và không bỏ sót.

1.2. Lựa chọn những chủng loại thích hợp

- Các chủng loại đã và đang được sử dụng.
- Đối tượng, mục đích sử dụng.
- Yêu cầu kỹ thuật chuyên môn.

Tránh dự trù những dụng cụ không có nhu cầu sử dụng hoặc sử dụng không thích hợp. Thời điểm làm dự trù.

- Dựa vào số lượng vật tư trong kho còn lại và những thay đổi kế hoạch hoạt động chuyên môn để ấn định thời gian làm dự trù cho phù hợp.
- Cần lưu ý trong kho luôn có số lượng hàng để đáp ứng cấp cứu.
- Dựa trên thống kê số liệu về yêu cầu thực tế đã được sử dụng trước đây.
- Thông thường dự trù cho 1 tuần, ½ tháng…tùy theo nhu cầu sử dụng và điều kiện chứa hàng của khoa, nên tránh kho tại khoa, tồn hàng quá nhiều và quá 1âu ở khoa.
- Thực tế ở một số cơ sở y tế cũng đã lãnh theo nhu càu sủ dung hàng ngày.

1.3. Cân đối giữa nhu cầu và kinh phí hiện có

- Khi lập dự trù, ĐDTK-KTVTK cần phải biết giá trị của từng mặt hàng để tính toán phí tổn và cân đối với nguồn vốn hiện có.
- Thông thường phải ưu tiên kinh phí cho một số mặt hàng không thể thiếu được, những nhu cầu phù hợp với kinh phí và ở trong phạm vi chấp nhận được.

1.4. Lập bảng dự trù

Bản dự trù cần ghi rõ những thông tin sau:

- Khoa, phòng dự trù;
- Tên (mã số) các mặt hàng, yêu cầu tiêu chuẩn, kỹ thuật;
- Đơn vị;
- Số lượng;
- Đơn giá – thành tiền (do tài vụ kho ghi);
- Số khoản dự trù;
- Ngày, tháng, năm dự trù;
- Số thứ tự.
- Viết theo thứ tự ưu tiên từ trên xuống dưới.

Mỗi phiếu dự trù trước khi gửi đến Phòng Cung ứng vật tư đều phải có đầy đủ chữ ký của BS chủ nhiệm khoa, Điều Dưỡng trưởng khoa, Hộ sinh trưởng khoa hoặc Kỹ thuật viên trưởng khoa. Trong một số trường hợp ngoại lệ cần phải có ý kiến của Phòng Điều Dưỡng hoặc của Lãnh đạo bệnh viện. Ví dụ về một phiếu dự trù

Bệnh viện..... PHIẾU DỰ TRÙ VTYTTH
Khoa……

STT	Tên vật tư hoặc mã số	Đơn vị	SL yêu cầu	SL thực phát	Đơn giá	Thành tiền
1 2 3	Bơm tiêm thủy tinh 5ml Bơm tiêm thủy tinh 10ml Kim tiêm số 21	Cái Cái Hôp/100 cây	500 100 10	500 100 10		

Ngày…….tháng……năm…….

Chủ nhiệm khoa Điều Dưỡng trưởng khoa

2. Lĩnh hàng

- Người lãnh hàng không nhất thiết ĐDT-KTVT mà có thể ủy quyền cho người khác và chịu trách nhiệm.
- Lãnh hàng đầy đủ theo phiếu dự trù, theo thời gian đã được quy định.
- Khi lãnh hàng, cần kiểm tra nguồn gốc, số lượng, chất lượng, hạn sử dụng, chủng loại hàng xem có phù hợp với mục đích sử dụng không, có ký giao nhận đầy đủ.

3. Cất giữ, bảo quản tài sản y dụng cụ trong kho

3.1. Nguyên tắc chung

Đối với ĐDT:

- Là người chịu trách nhiệm trước ban lãnh đạo khoa về việc quản lý trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao.
- Chịu trách nhiệm dự trù, lãnh, bảo quản, cấp phát đầy đủ cho người sử dụng
- Nắm vững số lượng trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao có trong kho, khoa theo sổ sách hoặc thẻ kho.
- Thường xuyên, định kỳ hoặc đột xuất báo cáo với BS trưởng khoa hiệu quả trong việc sử dụng, kế hoạch sửa chữa – bảo dưỡng những máy móc thiết bị trong khoa.

Đối với Điều Dưỡng hành chánh:

- Trực tiếp giữ kho khi được phân công.
- Nhập, xuất hàng theo yêu cầu cần sử dụng và phải có ý kiến của ĐDT, đối với tài sản đắt tiền phải có ý kiến của BS trưởng khoa.
- Thường xuyên báo cáo tình trạng trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao có trong kho đến ĐDT.

3.2. Làm thẻ kho cho từng loại trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao

Khi nhập hàng, xuất hàng, ĐDT phải có trách nhiệm ghi vào thẻ kho theo đúng các cột, mục của thẻ kho, bàn giao cho ĐD hành chính cất giữ vào kho hoặc bàn giao cho người sử dụng, cần xác định rõ chất lượng và số lượng của từng mặt hàng và yêu cầu ký nhận.

Sau mỗi lần xuất, nhập, hàng ngày ĐDT phải cộng hoặc trừ đuổi số lượng trong thẻ kho để biết được số lượng hiện có giúp cho việc lập kế hoạch dự trù.

Khoa:…….
Ngày……tháng…..năm…
Tên vật dụng y tế tiêu hao:……. Mã số……
Đơn vị:…….

Ngày, tháng	Số chứng từ		Diễn giải	Số lượng			Ghi chú
	Nhập	Xuất		Nhập	Xuất	Còn	

Mỗi mặt hàng ghi trên 1 phiếu. Hàng hỏng, vỡ sau khi thanh lý sẽ ghi vào cột xuất.

3.3. Kho hoặc nơi cất giữ tài sản

Đảm bảo các điều kiện sau:

- Thuận tiện cho việc cấp phát, cao ráo, đủ diện tích, có hệ thống ánh sáng và thông gió tốt.
- Trong kho phải có giá và các dụng cụ để chứa đựng hàng, ghi tên dụng cụ/vật dụng để dễ quản lý và sử dụng.
- Cửa kho phải bảo đảm chắc chắn, kín, có khoá an toàn, sau ngày làm việc được khoá và dán niêm phong.
- Có bảng cấm lửa và phương tiện chữa cháy.
- Có nội quy nhập, bảo quản, phát hàng và nội quy ra vào kho.

3.4. Cách xếp đặt hàng trong kho

- Tất cả hàng hóa phải để trên gía hoặc kê cao.
- Mỗi mặt hàng phải được xếp vào ô riêng, *hàng nhập trước xếp phía ngoài để cấp trước, hàng nhập sau xếp phía trong để cấp sau,* tránh tình trạng hết hạn sử dụng gây thiệt hại kinh tế cho bệnh viện.
- Các hóa chất, dung dịch dễ bị hỏng do bốc hơi hoặc ánh sáng cần phải để trong các dụng cụ chuyên dùng như: bình, lọ tối màu, có nắp đậy thủy tinh.
- Khi xếp đặt hàng vào kho phải đảm bảo chất lượng của hàng.

4. Cấp phát

Dựa vào các nguyên tắc sau:

- Cấp phát hàng khi có yêu cầu của ĐDT- KTVT hoặc BS trưởng khoa.
- Hàng nhập trước phải được cấp trước.
- Cấp phát hợp lý dựa vào nhu cầu sử dụng.
- Cấp phát phù hợp với mục đích sử dụng.
- Không cấp các mặt hàng kém phẩm chất và sai quy cách.

5. Sử dụng

- Sử dụng đúng quy cách và mục đích của từng loại y dụng cụ, vật tư → phát huy hết hiệu quả và tránh lãng phí.

- ĐDT-KTVT khoa phải là người thông thạo cách sử dụng các loại TTB – YDC - VTYTTH trong khoa, đặc biệt là những loại mới để hướng dẫn khi cần thiết , thông báo cho các cán bộ y tế khác được biết khi sử dụng.

6. Kiểm tra đánh giá:

Kiểm tra là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người ĐDTK, KTVTK với mục đích là:

- Đáp ứng đủ, kịp thời TTB – YDC - VTYTTH cho công tác chăm sóc, điều trị và phục vụ người bệnh.
- Tránh lãng phí vật tư.
- Phát hiện những dụng cụ hỏng để sửa chữa, thay thế kịp thời.
- Phát hiện những tồn tại trong công tác quản lý, những sai lệch về số lượng, chất lượng, mẫu mã, mất cân đối giữa dự trù và sử dụng để kịp thời điều chỉnh.
- Phát hiện những nhược điểm trong việc sử dụng, vận hành các trang thiết bị → hướng dẫn và huấn luyện kịp thời.
- Kiểm kê, báo cáo định kỳ theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Trường Cán bộ Quản lý Y tế - Quản lý bệnh viện. NXB Y học Hà Nội; 2001.
2. Bộ Y tế. Quản lý điều dưỡng – Tài liệu huấn luyện điều dưỡng trưởng khoa. Nhà xuất bản Y học; 2004.
3. Bộ Y tế. Qui chế bệnh viện. Nhà xuất bản Y học; 1997.
4. THÔNG TƯ 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011: Hướng dẫn công tác Điều Dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
- Điều 10 - Chương II: Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh
- Điều 12 - Chương II: Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng
- Điều 19 - Chương III: Trang thiết bị phục vụ chăm sóc người bệnh
- Điều 24 - Chương IV: Trách nhiệm của các Trưởng phòng chức năng
5. Sách " Tài liệu quản lý điều dưỡng– Bộ Y Tế từ trang 211 – 215
6. Tài liệu quản lý TTB- YDC-VTYTTH của bệnh viện Chợ Rẫy.
7. Dee Ann Gilies. Nursing Management - A system Approach, 2nd edition..W.B. Saunders; 1996.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

I. Chọn trả lời đúng nhất và khoanh tròn đầu câu trong các câu hỏi sau:

1. Trách nhiệm của Điều Dưỡng trưởng khoa trong quản lý TTB – YDC - VTYTTH là:

A. Đáp ứng đủ, kịp thời TTB – YDC - VTYTTH cho công tác chăm sóc, điều trị và phục vụ người bệnh

B. Phát hiện những dụng cụ hỏng để sửa chữa, thay thế kịp thời

C. Phát hiện những nhược điểm trong việc sử dụng, vận hành các trang thiết bị của lực lượng chăm sóc → có kế hoạch huấn luyện kịp thời

D. Tất cả A + B và C

2. Máy móc, trang thiết bị y khoa sau khi sử dụng xong, cần phải:

A. Làm sạch, vệ sinh máy

B. Đặt vào đúng nơi quy định (trả lại vị trí quy định) hoặc trả lại trung tâm quản lý, bảo dưỡng

C. A và B

D. Không có câu nào đúng

3. Khi làm kế hoạch dự trù lãnh vật tư y tế tiêu hao, ĐDT-KTVT khoa cần lưu ý:

A. Mặt hàng cần dùng

B. Chủng loại thích hợp

C. Số lượng

D. Tất cả A + B và C

4. Đề sử dụng hiệu quả, tránh lãng phí TTB – YDC – VTYTTH, trách nhiệm của Điều Dưỡng trưởng khoa – Kỹ thuật viên trưởng khoa là:

A. Hướng dẫn, huấn luyện cho lực lượng chăm sóc cách sử dụng

B. Kiểm tra việc sử dụng

C. Đánh giá việc sử dụng

D. Tất cả A + B và C

II. Điền vào chỗ trống cho các câu hỏi sau:

5. Khi lãnh hàng (YDC – VTYTTH), người lãnh hàng cần kiểm tra:

A. Chất lượng hàng (bao bì, tình trạng nguyên vẹn…)

B. ……..

C. Chủng loại

6. Khi xếp đặt hàng vật tư, y tế tiêu hao trong kho, cần phải:

A. …….

B. Dễ tìm khi cần lấy

C. Mỗi mặt hàng phải được xếp vào ô riêng, hàng nhập trước xếp phía ngoài để cấp trước, hàng nhập sau xếp phía trong để cấp sau

7. Điều Dưỡng trưởng khoa – Kỹ thuật viên trưởng khoa phải là người thông thạo cách sử dụng các loại TTB – YDC - VTYTTH trong khoa, đặc biệt là những loại mới để:

A. ……

B. Hỗ trợ nhân viên khi cần thiết

C. Đánh giá việc sử dụng

III. Trả lời "Đúng" hoặc "Sai" bằng cách đánh dấu (x) vào ô tương ứng cho các câu hỏi sau:

Câu	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai
8	Quy trinh quản lý trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao gồm 6 bước		
9	Trách nhiệm chính trong việc quản lý TTB – YDC - VTYTTH là của Điều Dưỡng phụ trách được giao quyền		
10	Để tránh thất thoát YDC – VTYTTH, trách nhiệm của ĐDTK, KTVTK là phải huấn luyện cho nhân viên biết cách sử dụng và sử dụng đúng YDC – VTYTTH, tránh lãng phí		

BÀI 9

CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ TĂNG CƯỜNG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH GIAI ĐOẠN TỪ NAY ĐẾN NĂM 2020

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1 Phân tích được 6 thành tựu và 5 khó khăn, thách thức của chuyên ngành điều dưỡng-hộ sinh.

2. Trình bày được 5 mục tiêu về công tác điều dưỡng - hộ sinh.

3. Nêu được các giải pháp tăng cường công tác điều dưỡng - hộ sinh từ nay đến năm 2020.

NỘI DUNG

I. MỞ ĐẦU

Bộ Y tế đã ban hành Chương trình hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng-hộ sinh, từ nay đến năm 2020 theo Quyết định số 1215/QĐ-BYT ngày 12 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Đây là một trong những văn bản rất quan trọng định hướng cho ngành điều dưỡng-hộ sinh tiếp tục phát triển trong thập niên thứ II của Thế kỷ XXI.

Việc nghiên cứu và học tập Chương trình hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng-hộ sinh, từ nay đến năm 2020 là rất cần thiết và hữu ích cho tất cả những người làm công tác quản lý điều dưỡng để góp phần đưa chuyên ngành điều dưỡng-hộ sinh phát triển đúng hướng.

2. SỰ CẦN THIẾT

2.1 Vai trò của điều dưỡng, hộ sinh

Trong chiến lược phát triển công tác điều dưỡng (ĐD), hộ sinh (HS) 2002-2008[1,] Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) đã khẳng định: dịch vụ ĐD, HS là một trong những trụ cột của hệ thống chăm sóc y tế. Nghị quyết chăm sóc sức khỏe ban đầu của TCYTTG (WHA62.12)[2] khẳng định điều dưỡng viên (ĐDV), hộ sinh viên (HSV) có mặt ở mọi tuyến của hệ thống y tế và có vai trò quan trọng trong việc thực hiện các mục tiêu của hệ thống y tế như tăng cường sự tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản, bảo đảm tính phổ cập, công bằng, hiệu quả trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe[3.]

[1] Nursing Midwifery services-Strategic Directions 2002-2008.
[2] WHO Resolution on WHA62.12 "Primary Health Care, Including Health Systems Strengthening"

[3] Nursing Midwifery services-Strategic Directions 2011-2015

Điều dưỡng viên, hộ sinh viên là lực lượng trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người dân ở cộng đồng và trong các cơ sở y tế với chi phí hợp lý và hiệu quả; đóng góp tích cực vào việc phòng và kiểm soát bệnh tật thông qua truyền thông, giáo dục nâng cao sức khỏe, khuyến khích lối sống lành mạnh cho người dân trong cộng đồng; duy trì và tăng cường sức khỏe, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi, đồng thời đóng góp vai trò to lớn làm giảm tử vong sơ sinh, tử vong trẻ dưới một tuổi, tử vong mẹ trong vai trò của người đỡ đẻ có kỹ năng và người cung cấp các dịch vụ an toàn cho bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Điều dưỡng viên, hộ sinh viên cung cấp các dịch vụ chăm sóc trong các bệnh viện (BV), các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, xử trí từ các cấp cứu, tai nạn cho đến các chăm sóc giảm nhẹ lúc cuối đời. ĐDV, HSV tham gia trực tiếp cung cấp dịch vụ chủ yếu trong và sau thảm họa và tham gia liên ngành trong chuẩn bị ứng phó với thảm họa, dịch bệnh.

2.2 Yêu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc

Quy mô dân số của Việt Nam gia tăng hằng năm, cơ cấu dân số biến động mạnh, chỉ số già hóa dân số (số người >60 tuổi/số người dưới 15 tuổi) tăng từ 24,5% năm 1999 lên 35,9% năm 2009). Sự gia tăng dân số và già hóa dân số làm tăng nhanh nhu cầu chăm sóc nhất là chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi trong thời gian tới. Đồng thời, nhóm phụ nữ bước vào tuổi sinh đẻ cũng rất lớn, sẽ ảnh hưởng nhiều tới nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và nhi khoa. Vì vậy, dịch vụ CSĐD trở nên thiết yếu với mọi người, mọi gia đình.

Hệ thống KCB càng ngày càng áp dụng mới các kỹ thuật hiện đại trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh. Các chuyên khoa theo hệ nội, ngoại, sản, nhi, truyền nhiễm nay đã có sự phân hóa thành các lĩnh vực chuyên môn sâu. Sự phát triển đó đòi hỏi ngành ĐD, HS cũng cần có sự phát triển tương xứng với sự phát triển của y học và bảo đảm cho các kíp chuyên môn đa thành phần hoạt động nhịp nhàng và hiệu quả.

Kinh tế ngày càng phát triển, nhận thức và thái độ về sức khỏe của người dân thay đổi, đồng thời đòi hỏi chuẩn mực chăm sóc sức khỏe cao hơn cả về số lượng, chất lượng, thời gian, không gian, địa điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc ĐD, HS nói riêng. Điều này, đòi hỏi phải tăng cường chuẩn mực chăm sóc ĐD và HS.

Trong tương lai gần nhu cầu chăm sóc y tế sẽ cân bằng hơn giữa khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) và chăm sóc. Dịch vụ chăm sóc ĐD, HS được dự đoán sẽ tăng lên nhiều lần vào cuối thập niên thứ hai của thế kỷ XXI.

2.3 Yêu cầu hội nhập khu vực và quốc tế

a) Tổ chức Y tế thế giới, Hội đồng ĐD thế giới, Liên đoàn HS thế giới đã đưa ra chuẩn cho ĐD, HS tối thiểu là cao đẳng với thời gian đào tạo 3 năm trở lên. Khuyến cáo này đã được Chính phủ của nhiều quốc gia thừa nhận trong đó có các nước ASEAN. Mười quốc gia ở khu vực Đông Nam Á đã ký các thỏa

thuận khung về công nhận dịch vụ Y, ĐD và Nha khoa, theo đó thừa nhận và cho phép công dân của các nước thành viên có chứng chỉ hành nghề hợp pháp được hành nghề ở các nước thành viên.

b) Năm 2009, TCYTTG đưa ra Chuẩn toàn cầu giáo dục ĐD và HS với yêu cầu cụ thể về xây dựng chương trình dựa trên năng lực, đào tạo tiếp cận đa ngành, quy trình xây dựng và thẩm định chương trình, cũng như các chuẩn đầu vào, đầu ra. Đây là những hướng dẫn có giá trị để hỗ trợ cho việc nâng cao chất lượng đào tạo ĐD, HS.

c) Tình trạng khủng hoảng nhân lực ĐD, HS đang diễn ra trên quy mô toàn cầu, đặc biệt ở các nước phát triển. Đây vừa là cơ hội để đào tạo ĐD, HS theo các chuẩn quốc tế để chuẩn bị nguồn nhân lực ĐD, HS có tay nghề đi xuất khẩu nhưng cũng là dự báo về nguy cơ thiếu ĐD và HS trong tương lai.

Vì vậy hội nhập khu vực và quốc tế là cơ hội nhưng cần có định hướng cụ thể để duy trì và phát triển nguồn nhân lực ĐD và HS.

3.0 THỰC TRẠNG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH

3.1 Những thành tựu đã đạt được

(1) Hoàn thiện chính sách cho công tác điều dưỡng, hộ sinh:

Trong giai đoạn 2002-2010, nhiều chính sách cho ĐD, HS được xây dựng, bổ sung và sửa đổi góp phần làm tăng vị thế của ĐDV, HSV trong ngành y tế, đồng thời tạo cơ sở pháp lý cho hai ngành ĐD và HS phát triển độc lập như: tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế ĐD, HS; các chế độ lương phụ cấp trách nhiệm cho điều dưỡng trưởng (ĐDT), hộ sinh trưởng (HST), xét tặng các danh hiệu cao quý Thầy thuốc ưu tú, Thầy thuốc nhân dân cho ĐDV, HSV.

(2) Phát triển hệ thống Quản lý điều dưỡng, hộ sinh

Hệ thống quản lý ĐD, HS từ Bộ Y tế đến các Sở Y tế (SYT) và các bệnh viện (BV) đã được hình thành và hoạt động tương đối hiệu quả. Tại Cục Quản lý khám, chữa bệnh, BYT đã thành lập Phòng Điều dưỡng - Tiết chế với vai trò tham mưu quản lý nhà nước về hoạt động của ĐD. T

Đã có 48 SYT bổ nhiệm ĐD trưởng SYT (76,2%), trong đó 34 ĐD trưởng SYT là Phó phòng Nghiệp vụ Y.

Tại các BV trực thuộc BYT và các BV tỉnh đã thành lập Phòng ĐD; phần lớn các BV tuyến huyện đã có Phòng ĐD, số còn lại thành lập Tổ ĐD. Một số BV đã bổ nhiệm ĐDV, HSV là Phó Giám đốc BV Phụ trách công tác ĐD.

(3) Phát triển hệ thống đào tạo điều dưỡng hộ sinh

- Từ năm 1946 bắt đầu đào tạo y tá cứu thương và nữ hộ sinh thôn bản.
- Đến năm 1969 bắt đầu đào tạo y tá trung cấp (nay gọi chung là điều dưỡng).
- Năm 1985 thí điểm đại học điều dưỡng tại chức
- Năm 1995 đào tạo cử nhân điều dưỡng

- Năm 1998 đào tạo cao đẳng điều dưỡng, cao đẳng hộ sinh chính quy.
- Năm 2007 bắt đầu đào tạo thạc sĩ điều dưỡng và đào tạo chuyên khoa I điều dưỡng và hộ sinh.

Đến nay, đã có nhiều cơ sở đào tạo điều dưỡng-hộ sinh được nâng cấp từ trung cấp lên cao đẳng, đại học và sau đại học. Cả nước có 39 cơ sở đào tạo cao đẳng, 20 cơ sở đào tạo ĐD trình độ đại học và cớ 5 cơ sở đào tạo ngoài công lập. Trường đại học Y, Dược thành phố Hồ Chí Minh đã đào tạo thạc sĩ ĐD; đại học Y Hà Nội hợp tác với đại học Gothenberg Thụy Điển đào tạo 01 khóa thạc sĩ ĐD nhi khoa; Trường Đại học Y, Dược Huế và Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đào tạo chuyên khoa I ĐD và từ năm 2012, Bệnh viện Nhi Trung ương bắt đầu đào tạo ĐD chuyên khoa I Nhi.

Trên cơ sở đề nghị của Hội Điều dưỡng Việt Nam, Bộ Y tế ban hành Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (2012), một số trường đang đổi mới nội dung, chương trình đào tạo dựa trên năng lực để từng bước hội nhập với các nước trong khu vực.

(4) Phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng-hộ sinh

Nguồn nhân lực điều dưỡng – hộ sinh đã được tăng cường 3 cấp trình độ là cao đẳng, đại học và sau đại học mà trước đó chỉ có trình độ trung học. Về trình độ điều dưỡng-hộ sinh trưởng theo Điều tra của Phòng Điều dưỡng tiết chế Cục Quản lý khám chữa bệnh (2010): 0,2% trình độ sau đại học, 20,7% đại học và 68,5% trình độ trung học.

Nguồn nhân lực điều dưỡng, hộ sinh chuyên khoa còn nhiều hạn chế và chưa tổ chức đào tạo các chuyên khoa chuyên sâu về điều dưỡng.

(5) Chuẩn hóa các quy trình kỹ thuật điều dưỡng

Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn quốc gia để áp dụng toàn quốc, bao gồm:

Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn (2004)

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh tập 1 (2004)

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh tập 1 (2005)

Hướng dẫn Phòng ngừa chuẩn (2010)

Hội Điều dưỡng Việt Nam xuất bản Tạp chí điều dưỡng (2012).

(6) Hội nghề nghiệp phát triển và hoạt động hiệu quả

Trong quá trình xây dựng chính sách cho ĐD, HS, Hội ĐD Việt Nam đã có nhiều công sức đóng góp và phối hợp chặt chẽ với BYT và các Bộ ngành liên quan thúc đẩy quá trình vận động và xây dựng chính sách cho ĐD và HS.

Các Hội đồng Chương trình quốc gia do BYT, Bộ Giáo dục và Đào tạo thành lập đã có sự tham gia và phản biện của Hội ĐD Việt Nam.

Các Hội ĐDVN và Hội HSVN đã tích cực tham gia vào trong quá trình xây dựng các chính sách có liên quan đến ĐD và HS.

Hội ĐD Việt Nam đã được BYT công nhận là đơn vị có đủ điều kiện đào tạo liên tục về lĩnh vực điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn.

3.2 Những tồn tại và thách thức

(1) Nhận thức về vai trò điều dưỡng-hộ sinh đã có tiến bộ nhưng cần tiếp tục cải thiện.

Các cử nhân điều dưỡng chưa được xác định rõ phạm vi thực hành lâm sàng nên thực hành chưa khác với điều dưỡng viên trung cấp.

Điều dưỡng chưa có nhiều cơ hội được cơ cấu vào các chức danh quản lý chính thức của ngành y tế ở các cấp.

Nhận thức chung về vai trò và vị thế của người và của ngành điều dưỡng-hộ sinh đã có tiến bộ nhưng vẫn chưa ngàng tầm với sự phát triển của chuyên ngành điều dưỡng-hộ sinh. Người điều dưỡng-hộ sinh chưa được khẳng định về giá trị và chưa có định hình vững chắc về vị thế và giá trị đích thực của họ trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

(2) Chất lượng chăm sóc điều dưỡng, hộ sinh chưa đáp ứng tốt các nhu cầu chăm sóc có chất lượng của người bệnh và cộng đồng

Do thiếu nhân lực ĐDV, HSV nên đa số các khoa lâm sàng áp dụng chế độ thường trực 24 giờ/ngày, mới chỉ tổ chức làm ca ở một số khoa trọng điểm. Nhiều BV trong ca trực đêm chỉ có một ĐDV hoặc một HSV phải theo dõi, chăm sóc cho 30-50 NB, dẫn đến NB khi vào viện phải đưa theo người nhà để chăm sóc.

Người bệnh chủ yếu phải tự nuôi ăn, đồ vải và trang thiết bị tối thiểu phục vụ việc sinh hoạt, nghỉ ngơi của NB khi nằm viện còn rất thiếu.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho CSNB còn nhiều hạn chế, thiếu các trang bị, phương tiện phục vụ người bệnh.

Tuy nhiên, hệ thống chăm sóc sức khỏe tại nhà hiện nay chưa phát triển kịp với nhu cầu xã hội.

Tình trạng quá tải NB và quá tải công việc làm cho ĐDV, HSV không có nhiều thời gian giao tiếp với NB. NB phải chờ đợi lâu mới được chăm sóc, phục vụ dẫn đến người bệnh kém hài lòng.

(3) Hệ thống chính sách về điều dưỡng, hộ sinh còn thiếu và chưa đáp ứng với yêu cầu hội nhập quốc tế

Chưa có phân cấp cụ thể phạm vi hành nghề của ĐDV, HSV theo trình độ đào tạo dẫn đến ĐDV, HSV dù có trình độ đào tạo khác nhau nhưng thực hành không khác nhau và thiếu sự phân định rõ ràng giữa vai trò của ĐDV, HSV và của bác sĩ trong chuỗi chăm sóc y tế liên tục cho NB.

Vai trò của các Hội nghề nghiệp trong việc quản lý hành nghề chưa được xác định rõ. Việc chưa áp dụng mô hình Hội đồng ĐD và hộ sinh đã làm hạn

chế sự tham gia của ĐD và HS trong quá trình xây dựng và thực hiện các chính sách, thẩm định chương trình đào tạo liên quan, tham gia giám sát thực hành ĐD, HS và cấp chứng chỉ hành nghề cho ĐDV, HSV.

(4) Nhân lực thiếu về số lượng, yếu về chất lượng (80% chưa đáp ứng chuẩn đào tạo theo khuyến cáo của TCYTTG) và cơ cấu chưa phù hợp

Ngành điều dưỡng-hộ sinh thiếu nghiêm trọng đội ngũ cán bộ quản lý, cán bộ giảng dạy và chuyên gia lâm sàng.Cả nước mới có 2 tiến sĩ điều dưỡng, có 226 thạc sĩ nhưng chỉ có 60 là thạc sĩ điều dưỡng.

Việt Nam được xếp vào nhóm những nước có tỷ lệ cán bộ y tế/10.000 dân cao (35 người/vạn dân, 2009), nhưng tỷ lệ ĐDV, HSV/10.000 dân lại xếp vào các nhóm nước có tỷ lệ thấp. Theo thống kê năm 2008 của TCYTTG, tỷ lệ ĐDV,HSV/bác sỹ ở Philippine là 1/5,1; ở Indonesia là 1/8,0; Thái Lan là 1/7,0 và Việt Nam là 1/1,6 xếp ở hàng thấp nhất trong khu vực Đông Nam Á.

Tỷ lệ ĐDS, HSV/bác sỹ ở các cơ sở KCB còn rất thấp, ảnh hưởng trực tiếp đến công tác CSNB và chất lượng dịch vụ KBCB. Theo Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 của Thủ tướng Chính phủ quy định 1 bác sĩ có 3,5 ĐDV, HSV, như vậy ước tính cả nước còn thiếu khoảng 100.000 ĐDV, HSV làm việc tại các cơ sở y tế.

Theo kết quả kiểm tra BV 2010 của Cục QLKCB: 80% lực lượng ĐD, HS còn ở trình độ trung cấp. Như vậy, hiện nay Việt Nam mới chỉ có 20% ĐDV, HSV có trình độ cao đẳng, đại học tương đương với chuẩn đào tạo mà chính phủ các nước ASEAN đã ký kết trong Thỏa thuận công nhận lẫn nhau về dịch vụ ĐD và theo khuyến cáo của TCYTTG.

(5) Chất lượng đào tạo chưa đáp ứng được các chuẩn năng lực nghề nghiệp đặc biệt là năng lực thực hành, kỹ năng giao tiếp với người bệnh, người nhà người bệnh

Thiếu nghiêm trọng đội ngũ giảng viên là ĐDV, HSV có trình độ và kỹ năng thực hành lâm sàng, tình trạng bác sĩ dạy điều dưỡng còn phổ biến trong các trường cao đẳng và đại học điều dưỡng.

Tài liệu đào tạo đại học và cao đẳng chưa phân biệt rõ ràng. Đối với chương trình trung cấp trước đây thời gian đào tạo là 3 năm, hiện nay theo Luật Giáo dục, chương trình này chỉ có 2 năm, thời gian đào tạo như vậy là quá ngắn, không tương đương với chuẩn của khu vực ASEAN, chưa đạt chuẩn theo khuyến cáo của TCYTTG, của Hội đồng ĐD và của Liên đoàn HS quốc tế.

Các trường thiếu kinh phí thường xuyên để nâng cấp các phòng thực hành các môn y học cơ sở, thực hành ĐD tiền lâm sàng, trong khi đó các môn này là xương sống của một chương trình đào tạo ĐD, HS. Tình trạng này thực sự ảnh hưởng đến chất lượng đào tạo, nhất là năng lực thực hành của ĐDV, HSV.

Cơ sở thực hành lâm sàng chưa đáp ứng nhu cầu thực tập của học sinh, sinh viên. Nhiều trường chưa có cơ sở thực hành lâm sàng mẫu, thiếu đội ngũ giảng viên hướng dẫn thực hành lâm sàng. Các điều kiện thực hành tại BV còn

rất nhiều khó khăn làm ảnh hưởng đến năng lực thực hành của ĐDV, HSV sau khi ra trường do trong quá trình học không được thực hành nhiều như trước đây.

Việc đào tạo hệ trung cấp và cao đẳng, đại học ĐD mang tính tự phát, thiếu quy hoạch. Các trường tự xác định quy mô đào tạo và áp dụng quy chế xét tuyển nên nhiều trường nhất là trường trung cấp ngoài công lập tuy mới thành lập nhưng đã tuyển sinh hết công suất, trong khi đang thiếu đội ngũ giảng viên cơ hữu, thiếu cơ sở vật chất, trang thiết bị và cơ sở thực hành.

4.0 MỤC TIÊU VÀ CÁC CHỈ TIÊU PHẤN ĐẤU

4.1 Mục tiêu chung

Đến năm 2020, dịch vụ chăm sóc sức khỏe do ĐDV, HSV cung cấp bảo đảm an toàn, chất lượng và sự hài lòng của người bệnh tại các cơ sở KBCB; ngành ĐD và HS phát triển đạt chuẩn nghề nghiệp khu vực và quốc tế.

4.2 Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu cụ thể 1: Tăng cường chất lượng dịch vụ ĐD, HS nhằm bảo đảm an toàn, hiệu quả và sự hài lòng của NB, người nhà NB và cộng đồng.

Mục tiêu cụ thể 2: Hoàn thiện hệ thống pháp luật bảo đảm tính tự chủ, độc lập và vị thế của nghề ĐD và HS trong CSSK nhân dân.

Mục tiêu cụ thể 3. Tăng cường nguồn nhân lực ĐD, HS, cả về số lượng, chất lượng, cơ cấu trình độ phù hợp, bảo đảm cân đối giữa đào tạo và sử dụng.

Mục tiêu cụ thể 4: Củng cố hệ thống quản lý ĐD, HS và tăng cường năng lực quản lý và điều hành của ĐDT các cấp.

Mục tiêu cụ thể 5: Tăng cường vai trò của Hội Điều dưỡng Việt Nam và Hội Hộ sinh Việt Nam trong tư vấn, thẩm định, xây dựng và giám sát thực hiện các chính sách, nghiên cứu khoa học, hợp tác quốc tế trong lĩnh vực ĐD, HS và trong tuyên truyền vận động nâng cao vị thế, vai trò của ĐD, HS.

5. CÁC GIẢI PHÁP

5.1. Giải pháp về chính sách, quản lý và tổ chức

Thành lập Hội đồng tư vấn về công tác ĐD, HS để tham mưu cho các cấp của ngành y tế về chính sách liên quan tới ĐD, HS.

Hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý ĐD và HS trong Cục Quản lý khám, chữa bệnh (QLKCB), Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em (SKBMTE) và hệ thống ĐDT Sở Y tế, tối thiểu có 1 ĐDT hoặc HST tại SYT. Có phòng ĐD, HS tại một số SYT tỉnh, thành phố lớn.

Thành lập và tăng cường chất lượng hoạt động của Hội đồng ĐDBV. Tiếp tục củng cố về tổ chức và năng lực quản lý của Phòng ĐDBV.

Tăng cường giám sát để các BV, các cơ sở y tế bảo đảm môi trường làm việc phù hợp cho ĐDV và HSV. Đưa điều kiện làm việc của nhân viên vào trong tiêu chí đánh giá chất lượng, xếp hạng BV.

5.2 Giải pháp phát triển nguồn nhân lực ĐD-HS

5.2.1 Đào tạo chính quy

Tiếp tục nâng cấp các trường trung cấp y tế lên cao đẳng. Tăng cường đào tạo ĐD, HS có trình độ cao đẳng, đại học và các mã ngành đào tạo ĐD chuyên khoa.

Tiếp tục xây dựng các chương trình đào tạo theo hướng hội nhập khu vực và quốc tế. Phát triển các chương trình đào tạo HS đại học và sau đại học (chương trình đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ). Phát triển các chương trình đào tạo ĐD chuyên khoa (Nhi, Hồi sức, Ngoại, Tâm thần, Lão khoa, Phòng mổ, TMH, Mắt, QLĐD…). Áp dụng chuẩn năng lực ĐD, HS do BYT ban hành trong xây dựng chương trình, giáo trình và đánh giá đào tạo ĐD, HS.

Bảo đảm số lượng của đội ngũ giảng viên ĐD và HS thông qua ưu tiên tuyển dụng, thu hút ĐDV, HSV có đủ trình độ và thâm niên lâm sàng ít nhất 3 năm về các cơ sở đào tạo.Tăng cường năng lực giáo viên ĐD, HS, bao gồm cả các giáo viên lâm sàng tại các BV/cơ sở giảng dạy thực hành ĐD, HS. Tăng cường thành phần ĐDV, HSV vào các Hội đồng xây dựng chương trình đào tạo ĐD, HS.

Tăng cường cơ sở vật chất cho các trường đào tạo ĐD, HS theo hướng chuẩn hóa, hiện đại hóa đặc biệt là trang thiết bị dạy học, phòng thực hành tiền lâm sàng và thúc đẩy phối kết hợp giữa nhà trường với các cơ sở thực hành để sinh viên ĐD, HS có cơ hội thực hành bảo đảm năng lực đầu ra của sinh viên.

Bảo đảm chất lượng đào tạo ĐD, HS thông qua áp dụng nghiêm túc quy trình quản lý chất lượng, thẩm định đào tạo và áp dụng đào tạo theo hướng hình thành năng lực dựa trên bằng chứng. Áp dụng chuẩn năng lực do BYT ban hành trong thực hiện đào tạo và đánh giá đầu ra của ĐD, HS.

Phối hợp với các cơ sở đào tạo uy tín quốc tế để đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ ĐD, HS nhằm tăng thêm cơ sở đào tạo thạc sĩ ĐD, HS trong nước. Xây dựng đề án đào tạo đội ngũ chuyên gia ĐD, HS ở nước ngoài. Duy trì, mở rộng các cơ sở đào tạo quản lý về ĐD, HS.

5.2.2 Đào tạo liên tục

Tăng cường phối kết hợp với các chương trình mục tiêu quốc gia, các dự án tài trợ để đào tạo cập nhật kiến thức y khoa liên tục cho ĐD và HS theo quy định của pháp luật về KBCB nhằm đạt được năng lực ĐD và HS, đặc biệt năng lực của người đỡ đẻ có kỹ năng, làm việc trong lĩnh vực y tế công và tư nhân.

Tăng cường đào tạo tại chỗ, theo phương pháp cầm tay chỉ việc hoặc qua các hình thức phù hợp tại các cơ sở lâm sàng. Áp dụng phương án đưa ĐD và HS làm việc ở tuyến xã lên làm việc quay vòng ở BV huyện hoặc tỉnh nhằm duy trì và tăng cường năng lực.

Cập nhật và chuẩn hóa các quy trình kỹ thuật, các chương trình đào tạo liên tục về an toàn NB, kiểm soát nhiễm khuẩn, thái độ hành vi, giao tiếp với NB và người nhà NB để áp dụng trong toàn quốc.

5. 3. Giải pháp về chuyên môn kỹ thuật

Bảo đảm phân bố số lượng nhân lực ĐD, HS theo tỷ số phù hợp trên giường bệnh và trên số bác sĩ. Áp dụng mô hình phân công làm việc theo ca, đặc biệt những nơi có nhiều NB nặng, NB cần theo dõi sát. Bảo đảm ĐDV và HSV được cập nhật kiến thức y khoa liên tục, thường xuyên để duy trì năng lực.

Tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện, dụng cụ phục vụ chăm sóc NB, cải thiện môi trường làm việc cho ĐDV, HSV. Bên cạnh các tiêu chuẩn chuyên môn kỹ thuật, hành vi thái độ đối với NB cần đưa vào làm một trong các tiêu chí đánh giá.

Cải thiện các điều kiện phục vụ trực tiếp cho NB gồm ăn, mặc, vệ sinh, chăm sóc, nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và từng bước áp dụng mô hình chăm sóc NB toàn diện không cần người nhà chăm sóc.

Áp dụng các mô hình làm việc trong đó ĐDV và HSV làm chủ để bảo đảm NB nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, phù hợp với tình trạng của họ và không tốn kém, tránh sự can thiệp không cần thiết của bác sĩ. Áp dụng mô hình các cuộc đẻ thường, không biến chứng sẽ do HS thực hiện để tránh các cuộc mổ đẻ không cần thiết.

Áp dụng các mô hình ĐD và HS dựa trên cộng đồng gắn liền với chăm sóc sức khỏe ban đầu, bảo đảm chuỗi chăm sóc liên tục để NB và cộng đồng nhận được dịch vụ y tế tốt nhất, thuận tiện, phù hợp với văn hoá, tập quán và chi phí thấp.

Thực hiện đầy đủ, nghiêm túc các văn bản quy định pháp luật về tăng cường công tác ĐD, HS, các quy định, hướng dẫn chuyên môn khác, tổ chức làm việc và trách nhiệm cá nhân trong dịch vụ ĐD, HS, tăng cường công tác giám sát, hỗ trợ để bảo đảm chất lượng các dịch vụ này trong CSNB. Áp dụng các tiêu chuẩn, quy chuẩn, quy trình kỹ thuật bao gồm cả các chuẩn về thái độ và hành vi trong lĩnh vực ĐD, HS.

5.4 Giải pháp về tài chính

Bố trí nguồn ngân sách riêng cho công tác ĐD và HS trong ngân sách sự nghiệp ngành y tế các cấp và ở các cơ sở y tế để bảo đảm đào tạo liên tục, các hoạt động có liên quan đến ĐD và HS khác.

Tăng cường phối kết hợp với các chương trình, dự án có can thiệp liên quan đến ĐD và HS để thực hiện các mục tiêu có liên quan của Chương trình hành động. Kinh phí thực hiện Chương trình được huy động từ các nguồn vốn: ngân sách trung ương, ngân sách địa phương, vốn viện trợ quốc tế, vốn huy động cộng đồng và các nguồn vốn hợp pháp khác.

Ưu tiên nguồn tài chính trong nước và quốc tế để triển khai các Chương trình sau: Chương trình cấp Bộ về nâng cao chất lượng chăm sóc ĐD, HS; Chương trình nâng cao năng lực lãnh đạo và quản lý cho ĐDT và HST; Chương trình đào tạo giảng viên trình độ cao ngành ĐD và HS; Đề án đào tạo

ĐD, HS ngang chuẩn khu vực và quốc tế; Đề án truyền thông để nâng cao sự hiểu biết của người dân về vai trò của ĐD, HS.

5.5 Giải pháp truyền thông, giáo dục

a) Tăng cường nhận thức của người dân, cộng đồng về vai trò của Điều dưỡng, hộ sinh: Các cơ quan truyền thông các cấp của ngành y tế thực hiện chương trình tuyên truyền, quảng bá nâng cao nhận thức về ngành ĐD, HS trong chăm sóc sức khỏe NB và cộng đồng. Bộ Y tế phối hợp với các cơ quan thông tin đại chúng tuyên truyền, quảng bá nâng cao nhận thức của người dân về vai trò quan trọng của ngành ĐD trong chăm sóc sức khỏe NB và cộng đồng trong tổng thể chuỗi chăm sóc y tế liên tục.

b) Tăng cường nhận thức về vai trò của chăm sóc điều dưỡng, hộ sinh trong hệ thống y tế: Thực hiện công tác truyền thông, vận động về vai trò của chăm sóc ĐD và HS trong hệ thống y tế nhằm nâng cao vị thế của ĐDV, HSV trong chăm sóc sức khỏe nhân dân và mối quan hệ tương tác giữa ĐDV, HSV với bác sĩ và nhân viên y tế khác.

5.6 Giải pháp về hợp tác quốc tế

Mở rộng quan hệ hợp tác quốc tế với các tổ chức quốc tế như TCYTTG, Quỹ dân số Liên hợp quốc (UNFPA), Hội đồng ĐD quốc tế (ICN) và Liên đoàn HS quốc tế (ICM); tiếp tục mở rộng quan hệ hợp tác với các tổ chức quốc tế khác, các Tổ chức phi chính phủ (NGO), Hội nghề nghiệp của các nước để có thêm nguồn lực và các hỗ trợ kỹ thuật cho công tác ĐD, HS.

Thực hiện Cam kết thừa nhận lẫn nhau về dịch vụ ĐD, HS giữa các nước ASEAN, tham dự hội nghị, hội thảo, tập huấn, đào tạo trong nước và nước ngoài có sự tham gia của các nước thành viên.

Tăng cường hợp tác giữa Hội ĐDVN và Hội HSVN trong các lĩnh vực xây dựng chính sách và hợp tác với các tổ chức nghề nghiệp ĐD, HS khu vực ASEAN và thế giới.

Mở rộng hợp tác quốc tế với các nước tiếp nhận ĐDV, HSV Việt Nam đến làm việc để đào tạo bổ sung cho các ứng viên ĐD, HS theo các yêu cầu đã được ký kết giữa hai nước nhằm tạo điều kiện cho các ứng viên làm quen với môi trường làm việc mới.

5.7 Tăng cường vai trò của Hội Điều dưỡng và Hội Hộ sinh Việt Nam

Tăng cường vai trò của Hội ĐD Việt Nam và Hội HS Việt Nam trong việc tham gia xây dựng, giám sát thực hiện chính sách về ĐD HS; thẩm định chương trình và tài liệu đào tạo ĐD, HS; thẩm định, công nhận chất lượng của các cơ sở đào tạo ĐD, HS; cấp chứng chỉ hành nghề cho ĐDV và HSV; xây dựng và giám sát các chương trình đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa liên tục để nâng cao năng
lực cho ĐDV và HSV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân ngày 23/2/2005.

2. Luật 40/2009/QH 12 ngày 23/11/2009 về Khám bệnh, chữa bệnh

3. Bộ Y tế (2011). Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011- 2020

4. Bộ Y tế (2011). Thông tư 07/TT- BYT ngày 26 tháng 1 năm 2011 Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh.

5. Thủ tướng chính phủ (2008). Quyết định số 30/2008/QĐ- TTg ngày 22/2/2008 phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020

6. BYT (2012). Tiêu chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam

7. Bộ Y tế (2008). Thông tư 08/2008/TT- BYT về việc Hướng dẫn việc kết hợp giữa các cơ sở đào tạo cán bộ y tế với các bệnh viện thực hành trong công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

8. Bộ Y tế (2009). Quyết định số 1926/QĐ- BYT ngày 02/6/2009 về việc ban hành quy định tiêu chuẩn cơ sở đào tạo cử nhân điều dưỡng

9. Bộ Y tế (2008). Thông tư 07/2008/TT- BYT về Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế

10. Bộ Y tế (2011).Thông tư 07/2011/TT- BYT ngày 26/1/2011 về Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện

11 Bộ Y tế (1999). QĐ 1936/1999/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ của ĐDT thuộc Sở Y tế các tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương

12. Bộ Y tế (2002).Kế hoạch hành động quốc gia tăng cường công tác điều dưỡng, hộ sinh giai đoạn 2002-2010 theo Quyết định số 1613/2002/QĐ-BYT ngày 3 tháng 5 năm 2002

13. Chính phủ (2006). Thỏa thuận khung thừa nhận lẫn nhau về dịch vụ Điều dưỡng giữa các nước ASEAN

17. Bộ Nội vụ-Bộ Y tế. Thông tư số 08/2007/TTLB-BYT-BNV hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước của liên Bộ, ngày 5 tháng 6 năm 2007

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy điền cho đủ 3 lý do Ban hành Chương trình hành động Chương trình hành động quốc gia về công tác ĐD-HS đến năm 2020.

A. Vai trò của dịch vụ CSSK do ĐDV- HSV cung cấp

B. Gia tăng nhu cầu Nhu cầu CSĐD

C. ……

Câu 2. Điền cho đủ 6 thành tựu cơ bản của chuyên ngành điều dưỡng, hộ sinh

A. Hoàn thiện hệ thống chính sách

B. Phát triển hệ thống quản lý điều dưỡng

C. Phát triển hệ thống đào tạo điều dưỡng, hộ sinh.

D. Phát triển nguồn nhân lực

E. Chuẩn hóa các quy trình kỹ thuật

F. .....

Câu 3. Một trong những tồn tại của công tác điều dưỡng hộ sinh là người bệnh chưa được chăm đáp ứng yêu cầu cơ bản khi nằm viện

A. Đúng B. Sai

Câu 4. Thiếu nghiêm trọng đội ngũ cán bộ đầu đàn về quản lý và lãnh đạo là nguyên nhân chính dẫn đến sử dụng bác sĩ đào tạo điều dưỡng, hộ sinh

A. Đúng B. Sai

Câu 5. Nhận thức về vai trò và vị thế nghề nghiệp của điều dưỡng-hộ sinh đã có nhiều tiến bộ nhưng cần tiếp tục cải thiện.

A. Đúng B. Sai

Câu 6: ĐDV-HSV chưa khẳng định được rõ vai trò chủ động nghề nghiệp trong CSNB

A. Đúng B. Sai

Câu 7: Thiếu nghiêm trọng đội ngũ cán bộ đầu đàn về quản lý và lãnh đạo là nguyên nhân chính dẫn đến sử dụng bác sĩ đào tạo điều dưỡng, hộ sinh

Câu 8. Điền các cụm từ thích hợp để hoàn thiện mục tiêu tổng quát của Chương trình hành động quốc gia tăng cường công tác điều dưỡng-hộ sinh đến năm 2020

Đến năm 2020, dịch vụ chăm sóc sức khỏe do ĐDV, HSV cung cấp bảo đảm ……..A……, ……..B……, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân dân và ……C……của người bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh; ngành Điều dưỡng và hộ sinh phát triển đạt chuẩn khu vực và quốc tế.

Câu 9. Chương trình Kế hoạch quốc gia tăng cường công tác điều dưỡng hộ sinh từ nay đến năm 2020 gồm:

A. 4 Mục tiêu cụ thể

B. 5 Mục tiêu cụ thể

C. 6 Mục tiêu cụ thể

D. Tất cả đều sai

Câu 10. Điền cho đủ 7 nhóm giải pháp thực hiện kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng, hộ sinh

A. Giải pháp về chính sách, quản lý và tổ chức

B. Giải pháp phát triển nguồn nhân lực ĐD-HS

C. Giải pháp về chuyên môn kỹ thuật

D. Giải pháp về tài chính

E. …….

F. Giải pháp về hợp tác quốc tế

G. …….

BÀI 10

HƯỚNG DẪN CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Kể được 12 nhiệm vụ chuyên môn CSNB

2. Nêu được các biện pháp thực hiện từng nhiệm vụ chuyên môn CSNB

NỘI DUNG

1. SỰ CẦN THIẾT

- Theo quy định tại nghị định 24/2009/NĐ-CP của Thủ tướng chính phủ về hướng dẫn chi tiết thực hiện luật ban hành các văn bản quy phạm pháp luật văn bản pháp luật do Bộ trưởng ban hành là các Thông tư.

- Thông tư 07/2011/TT-BYT thay thế cho các Quy chế bệnh viện liên quan tới công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh ban hành năm 1997, trong đó có một số quy chế như: Quy chế chăm sóc toàn diện; Chức năng nhiệm vụ phòng Điều dưỡng; Chức trách Trưởng phòng Điều dưỡng; Điều dưỡng trưởng khoa, nữ hộ sinh trưởng khoa; điều dưỡng; hộ sinh. Các văn bản này có sự chồng chéo và một số nội dung không còn phù hợp cần có sự điều chỉnh.

2. NỘI DUNG CHÍNH CỦA THÔNG TƯ

2.1. Nguyên tắc chăm sóc người bệnh trong bệnh viện

Thông tư xác định các nguyên tắc chăm sóc người bệnh trong bệnh viện gồm:

a. Người bệnh là trung tâm của công tác chăm sóc nên phải được chăm sóc toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng và an toàn.

b. Chăm sóc, theo dõi người bệnh là nhiệm vụ của bệnh viện, các hoạt động chăm sóc điều dưỡng, theo dõi do điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện và chịu trách nhiệm.

c. Can thiệp điều dưỡng phải dựa trên cơ sở các yêu cầu chuyên môn và sự đánh giá nhu cầu của mỗi người bệnh để chăm sóc phục vụ.

2.2. Nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh

12 nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh được quy định cụ thể tại Chương II của Thông tư bao gồm:

1) Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe

2) Chăm sóc về tinh thần

3) Chăm sóc vệ sinh cá nhân

4) Chăm sóc dinh dưỡng

5) Chăm sóc phục hồi chức năng

6) Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật

7) Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh

8) Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong

9) Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng

10) Theo dõi, đánh giá người bệnh

11) Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh

12) Ghi chép hồ sơ bệnh án

3. ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Các điều kiện cần thiết để thực hiện các công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện được quy định tại Chương III của Thông tư bao gồm:

3.1. Củng cố hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh

- Hội đồng điều dưỡng phải được thành lập ở mọi bệnh viện

- Các bệnh viện từ hạng III trở lên thành lập phòng Điều dưỡng. Các bệnh viện khác thành lập phòng Điều dưỡng hay tổ Điều dưỡng tùy theo điều kiện của từng bệnh viện.

- Phạm vi thực hành của Điều dưỡng viên theo Tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng tại Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ngày 22/4/2005 của Bộ trưởng Bộ Nội vụ và các quy định có liên quan của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3.2. Nhân lực chăm sóc người bệnh

- Về nhân lực chăm sóc người bệnh Thông tư quy định các bệnh viện:

+ bảo đảm đủ nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên theo quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để bảo đảm chăm sóc người bệnh liên tục.

+ xây dựng cơ cấu trình độ của điều dưỡng viên, hộ sinh viên phù hợp với tính chất chuyên môn và phân hạng bệnh viện. Bảo đảm tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh viên có trình độ cao đẳng và đại học đáp ứng yêu cầu Thỏa thuận công nhận dịch vụ chăm sóc đã được Chính phủ ký kết với các nước ASEAN ngày 8/12/2006.

+ bố trí nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên hằng ngày hợp lý tại các khoa và trong mỗi ca làm việc.

- Thông tư cũng quy định phòng Điều dưỡng phối hợp với phòng Tổ chức cán bộ đề xuất Giám đốc bệnh viện điều động bổ sung điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công kịp thời cho khoa khi có yêu cầu để bảo đảm chất lượng chăm sóc và phục vụ người bệnh.

3.3. Tổ chức làm việc

- Trên nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm, Thông tư quy định bệnh viện căn cứ vào đặc điểm chuyên môn của từng khoa để áp dụng một trong các mô hình phân công chăm sóc: (i) phân công điều dưỡng chăm sóc chính; (ii) chăm sóc theo nhóm; (iii) chăm sóc theo đội; và (iv) phân chăm sóc theo công việc trong các trường hợp cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu cần sự chăm sóc đặc biệt.

- Thông tư cũng quy định các bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt là ở các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật, khoa Sản và khoa Sơ sinh.

3.4. Trang thiết bị phục vụ chăm sóc người bệnh

- Thông tư quy định bệnh viện trang bị đủ các thiết bị và phương tiện bao gồm:

+ Thiết bị, phương tiện, dụng cụ chuyên dụng, vật tư tiêu hao y tế và phương tiện bảo hộ phục vụ công tác chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

+ Phương tiện phục vụ sinh hoạt của người bệnh.

+ Phòng bệnh và phương tiện bảo đảm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Thông tư cũng quy định các bệnh viện bố trí sắp xếp phòng nhân viên, phòng trực, phòng vệ sinh và các điều kiện làm việc, phục vụ sinh hoạt khác cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

3.5. Nguồn tài chính cho công tác chăm sóc

Điều 20 của Thông tư quy định hằng năm bệnh viện phân bổ kinh phí thường xuyên cho các hoạt động sau: (i) mua sắm thiết bị, dụng cụ cho công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh; (ii) thực hiện, duy trì và cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh; (iii) đào tạo liên tục; và (iv) khen thưởng các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác chăm sóc người bệnh.

3.6. Đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa liên tục

- Thông tin quy định:

+ Bệnh viện xây dựng chương trình đào tạo và tổ chức đào tạo định hướng cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên mới được tuyển dụng.

+ Điều dưỡng viên, hộ sinh viên được đào tạo cập nhật kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ liên tục theo quy định tại Thông tư 07/2008/TT-BYT ngày 28/05/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế.

+ Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên tham gia nghiên cứu khoa học và áp dụng các kết quả nghiên cứu, sáng kiến cải tiến kỹ thuật trong chăm sóc.

+ Bệnh viện tổ chức kiểm tra đánh giá kiến thức và tay nghề của điều dưỡng viên, hộ sinh viên ít nhất 2 năm một lần.

3.7. Công tác hộ lý trợ giúp chăm sóc

Thông tư quy định căn cứ tình hình thực tế bệnh viện bố trí hộ lý trợ giúp chăm sóc để thực hiện các chăm sóc thông thường cho người bệnh. Hộ lý trợ giúp chăm sóc phải: (i) có chứng chỉ đào tạo theo Chương trình đào tạo hộ lý được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành; (ii) Tuyệt đối không được làm các thủ thuật chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

4. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN

Thông tư quy định rõ trách nhiệm thực hiện của các đối tượng có liên quan cụ thể là:

4.1. Trách nhiệm của Giám đốc bệnh viện

- Phổ biến Thông tư, ban hành các quy định cụ thể, tổ chức thực hiện đầy đủ các quy định tại Thông tư;

- Bảo đảm kinh phí, cơ sở vật chất, nhân lực, phương tiện, thiết bị và vật tư cho chăm sóc người bệnh;

- Chỉ đạo tổ chức huấn luyện, đào tạo, nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác chăm sóc người bệnh; và (iv) phát động phong trào thi đua và thực hiện khen thưởng, kỷ luật về công tác chăm sóc người bệnh.

4.2. Trách nhiệm của các Trưởng phòng chức năng

Thông tư quy định trách nhiệm của Trưởng phòng Tổ chức cán bộ, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Trưởng phòng Vật tư - Thiết bị y tế và Hành chính - Quản trị và các phòng chức năng có liên quan phối hợp với Phòng Điều dưỡng trong các lĩnh vực liên quan để bảo đảm chăm sóc người bệnh toàn diện.

4.3. Trách nhiệm của các Trưởng khoa

- Trưởng khoa chịu trách nhiệm trước Giám đốc bệnh viện về việc tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư.

- Trưởng khoa phối hợp với phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ trong bố trí nhân lực, tổ chức mô hình chăm sóc phù hợp và thường xuyên kiểm tra, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh.

- Trưởng khoa Dược, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bảo đảm cung cấp thuốc, giao và nhận vật tư tiêu hao y tế, đồ vải dùng cho người bệnh tại khoa điều trị.

4.4. Trách nhiệm của bác sĩ điều trị

- Thông tư quy định bác sĩ có trách nhiệm phối hợp chặt chẽ với điều dưỡng viên, hộ sinh viên của khoa trong việc đánh giá, phân cấp chăm sóc

người bệnh và phối hợp trong việc thực hiện kế hoạch chăm sóc cho từng người bệnh, thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và kiểm tra việc thực hiện các chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và kỹ thuật viên.

4.5 Trách nhiệm của điều dưỡng viên, hộ sinh viên

- Thực hiện nghiêm túc các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư này.
- Phối hợp chặt chẽ với bác sĩ điều trị, điều dưỡng viên, hộ sinh viên và kỹ thuật viên trong công tác chăm sóc người bệnh.
- Tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng, các quy định của Bộ Y tế và của bệnh viện.
- Thực hiện quy tắc ứng xử và thực hành giao tiếp với đồng nghiệp, người bệnh và người nhà người bệnh.

4.6 Trách nhiệm của giáo viên, học sinh, sinh viên thực tập

- Thực hiện nghiêm túc các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư này và các nội quy, quy định của bệnh viện, của khoa nơi đến thực tập.
- Học sinh, sinh viên điều dưỡng, hộ sinh chỉ được thực hiện các thủ thuật, kỹ thuật điều dưỡng trên người bệnh khi được sự cho phép và dưới sự giám sát của giáo viên hoặc điều dưỡng viên, hộ sinh viên được giao trách nhiệm phụ trách.

4.7 Trách nhiệm của người bệnh và người nhà người bệnh.

- Thực hiện đúng nghĩa vụ của người bệnh theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
- Thực hiện nghiêm túc các nội quy, quy định của bệnh viện, của khoa điều trị và làm theo hướng dẫn của nhân viên y tế./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính Phủ (2007). Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.

2. Chính Phủ (2009). Nghị định 24/2009/NĐ-CP của Thủ tướng chính phủ về hướng dẫn chi tiết thực hiện ban hành các văm bản Quy phạm pháp luật.

3. Bộ Y tế (1997). Quy chế Bệnh viện

4. Bộ Nội vụ (2005). Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV về tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng.

5. Bộ Y tế (2003). Chỉ thị số 05/2003/CT-BYT về Tăng cường công tác chăm sóc người bệnh toàn diện trong các bệnh viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Chương II Thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện quy định nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh gồm:

A. 10 nhiệm vụ

B. 12 nhiệm vụ

C. 13 nhiệm vụ

D. 14 nhiệm vụ

Câu 6: Hoàn thiện các quy định về điều kiện thực hiện Thông tư 07/2011/TT-BYT của Bộ Y tế:

A. Hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh;

B. ……

C. Tổ chức làm việc;

D …….;

E. Nguồn tài chính cho công tác chăm sóc;

F. Đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa liên tục

G. Công tác hộ lý trợ giúp chăm sóc

Câu 3: Hoàn thiện các biện pháp triển khai thực hiện nhiệm vụ tư vấn và giáo dục sức khoẻ cho NB theo quy định tại điều 4 Thông tư 07/2011/TT-BYT:

A. …….

B. Xây dựng và phê duyệt tài liệu tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp với đối tượng tại các khoa trong bệnh viện và tại địa phương.

C. Tập huấn nâng cao nhận thức, kiến thức và kỹ năng cho mọi ĐDV/HSV về tư vấn, giáo dục sức khỏe.

D. Đầu tư nguồn lực thích đáng để tăng cường phương tiện hỗ trợ tư vấn, giáo dục sức khỏe: tờ rơi, cuốn sách nhỏ, loa đài, TV, băng hình…

E. Mở rộng các hình thức tư vấn, giáo dục sức khỏe: tư vấn cá nhân, nhóm, câu lạc bộ.

F. Tăng cường kiểm tra giám sát.

Câu 4: Điền cho đủ các biện pháp để tăng cường thực hiện nhiệm vụ chăm sóc thể chất cho người bệnh theo quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT:

A. Giám đốc bệnh viện ban hành quy định cụ thể về chăm sóc thể chất cho người bệnh theo phân cấp chăm sóc;

B. Xây dựng và phê duyệt các nội dung, chỉ số cụ thể về chăm sóc thể chất cho người bệnh theo bệnh và phân cấp chăm sóc;

C. Tăng cường phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng viên/hộ sinh viên trong đánh giá, phân cấp chăm sóc người bệnh;

D. ……

E. Đánh giá và bổ sung nhân lực điều dưỡng, hộ lý hợp lý đáp ứng yêu cầu chăm sóc thể chất cho người bệnh;

F. ……;

G. Tăng cường kiểm tra giám sát.

Câu 5: Để tăng cường hoạt động hiệu quả của Hội đồng Điều dưỡng theo quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT: Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện cần bảo đảm:

A. ……;

B. Hội đồng Điều dưỡng cần chia thành các tiểu ban phụ trách các lĩnh vực cụ thể;

C. Xây dựng quy chế hoạt động của Hội đồng, trong đó có phân công nhiệm vụ, mô tả công việc cụ thể của từng thành viên;

D. …….;

E. Sơ kết tổng kết hoạt động của Hội đồng theo định kỳ và kế hoạch hoạt động của cơ quan.

Câu 6: Điền cho đủ các biện pháp thực hiện nhiệm vụ theo dõi và ghi hồ sơ chăm sóc quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT:

A. Giám đốc bệnh viện ban hành quy định cụ thể về theo dõi người bệnh phù hợp theo tính chất chuyên khoa và mức độ bệnh.

B. ……

C. Xây dựng các biểu mẫu cải tiến ghi chép theo dõi, chăm sóc điều dưỡng và thực hiện theo quy trình để áp dụng trong bệnh viện.

D. Tập huấn nâng cao nhận thức, kiến thức và kỹ năng về theo dõi, ghi chép hồ sơ điều dưỡng phù hợp theo tích chất chuyên khoa.

E. ……

F. Tăng cường kiểm tra giám sát.

BÀI 11

CÁC TIÊU CHUẨN VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Trình bày được các đặc điểm về chất lượng CSNB

2. Mô tả được các tiêu chuẩn chất lượng CSNB

3. Trình bày được phương pháp đánh giá chất lượng CSNB khách quan và khoa học

NỘI DUNG

1.0 KHÁI NIỆM

Chất lượng là tiêu chí hàng đầu của mọi hệ thống sản xuất và dịch vụ. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, bảo đảm an toàn và chất lượng là điều kiện sống còn cho sự phát triển của mọi cơ sở khám chữa bệnh. Chúng ta ai cũng mong đợi và kỳ vọng về chất lượng trong các lĩnh vực của cuộc sống, ai cũng nói về chất lượng nhưng lại rất khác nhau khi định nghĩa về chất lượng.

Chất lượng chăm sóc được nhận thức khác nhau bởi các nhóm người khác nhau. Cán bộ y tế đặt trọng tâm chất lượng vào hoạt động tăng cường năng lực chuyên môn kỹ thuật và ít chú trọng đến tiện ích của dịch vụ. Người bệnh không chỉ quan tâm đến năng lực kỹ thuật mà còn quan tâm nhiều đến tính tiện ích của dịch vụ và mong muốn thiết lập mối quan hệ với cán bộ y tế.

Tổ chức Join Commission International viết tắt là JCI đã phát triển chương trình an toàn và chất lượng chăm sóc y tế thiết yếu "the International Esentials Of Health Care Quality and Safety" bao gồm 5 lĩnh vực được cho là liên quan trực tiếp tới chất lượng chăm sóc và an toàn y tế y tế, đó là:

- Lãnh đạo và quản lý
- Năng lực nhân viên
- Môi trường chăm sóc an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế
- Thực hành lâm sàng
- Cải tiến chất lượng liên tục.

2.0 CÁC ĐẶC ĐIỂM CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Khi xây dựng các chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện, một câu hỏi thiết yếu được đặt ra đối với các tác giả là chất lượng chăm

sóc điều dưỡng là gì và các yếu tố nào tạo nên chất lượng chăm sóc điều dưỡng trong các bệnh viện.

Dựa trên nguyên tắc chất lượng lấy người bệnh làm trung tâm, lấy sự hài lòng của người bệnh làm tiêu chí để xác định và đánh giá chất lượng CSNB, sau khi tập hợp các bằng chứng nghiên cứu của các nước và đối chiếu với thực tiễn Việt Nam các đặc tính chất lượng chăm sóc người bệnh được trình trong tài liệu này bao gồm các thành phần dưới đây:

- Người bệnh được trao quyền, được hỗ trợ và biện hộ: Một trong những đặc tính quan trọng của chất lượng là người bệnh được trao quyền để lựa chọn các dịch vụ CSSK có chất lượng. Việc trao quyền cho người bệnh sẽ tạo điều kiện cho họ tiếp cận với các dịch vụ y tế một cách dễ dàng hơn và phù hợp với các điều kiện riêng của chính mỗi người bệnh.

- Người bệnh được đáp ứng các nhu cầu thể chất, tinh thần và tình cảm: một cơ sở y tế ngoài việc tập trung vào dịch vụ y tế còn tập trung vào đáp ứng các nhu cầu người bệnh như sự tiếp đón, sự sạch sẽ, sự yên tĩnh, sự thoải mái chắc chắn là một cơ sở khám chữa bệnh có chất lượng.

- Người bệnh được điều trị, chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả, liên tục và kịp thời. Không một ai chấp nhận chăm sóc y tế trong một môi trường không an toàn và kém hiệu quả. An toàn là chỉ số thiết yếu trong y tế và là nền tảng của chất lượng. Chăm sóc y tế không bảo đảm an toàn có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe, tính mạng của người bệnh và gây tổn hại đến danh tiếng của cơ sở y tế trong cộng đồng. Mặt khác chăm sóc y tế phải được cung cấp liên tục và kịp thời mới có hiệu quả, nói một cách khác chăm sóc là quá trình có sự bắt đầu, sự thực hiện, sự đánh giá và liên tục theo dõi kể cả khi bệnh nhân đã được điều trị khỏi bệnh. Sự chăm sóc ngắt quãng và một hệ thống chuyển tuyến thiếu sự gắn kết không phải là hệ thống chất lượng, chất lượng khám chữa bệnh sẽ không bao giờ có thể có được trong một hệ thống như vậy.

- Người bệnh được chăm sóc bởi những điều dưỡng, hộ sinh có năng lực chuyên môn, kiến thức cập nhật và thực hành dựa vào bằng chứng khoa học. Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc đòi hỏi kỹ năng chuyên môn cao của người hành nghề biết áp dụng nguyên tắc "làm đúng ngay từ lần đầu và làm tốt hơn trong những lần tiếp theo. Trong chất lượng y tế, cơ sở y tế và người hành nghề cần phải được đào tạo và tập huấn tốt để có năng lực đáp ứng đòi hỏi và kỳ vọng của người bệnh và khách hàng. Y tế là một lĩnh vực chuyên môn phức tạp và nếu không có nền tảng kỹ thuật tốt sẽ tác động tới sự sống còn của người bệnh. Vì vậy, chất lượng CSNB gắn liền với trình độ và năng lực kỹ thuật của người hành nghề.

- Người bệnh được chăm sóc, điều trị trong sự hợp tác của nhóm chăm sóc: việc chăm sóc, điều trị cho người bệnh do các cá nhân có năng lực thực hiện, tuy nhiên những cá nhân này không thể đem đến cho bệnh nhân một sự chăm sóc tổng thể nếu họ không hợp tác theo nhóm. Quan hệ giữa các thành viên trong nhóm chăm sóc vì thế đóng một vai trò rất lớn trong việc hình thành các qui trình chăm sóc và đảm bảo chất lượng cho người bệnh.

- Người bệnh được người chăm sóc trong môi trường thân thiện và có y đức: người bệnh sẽ luôn luôn hài lòng hơn nếu dịch vụ chăm sóc được cung ứng trong một môi trường chấp nhận được về đạo đức.

3.0 CĂN CỨ XÂY DỰNG CHUẨN CHẤT LƯỢNG CSNB

3.1. Cơ sở Pháp lý

- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 quy định các quyền của người bệnh, các quy định về điều kiện cấp giấy phép hoạt động cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cấp chứng chỉ hành nghề, quản lí chất lượng, đánh giá chất lượng và các quy định về sai sót chuyên môn kỹ thuật.

- Thông tư số 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh, ngày 26 tháng 11 năm 2011;

- Thống tư số 08/2011/TT-BYT về công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện, ngày 26 tháng 11 năm 2011

- Thông tư số 18/2009/TT-BYT về hướng dẫn công tác kiểm soát nhiêm khuẩn trong các cơ sở y tế.

- Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18 tháng 8 năm 2008 về quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế.

- Thông tư số 08 /2007/TTLT-BYT-BNV liên bộ Y tế và Bộ Nội vụ về biên chế trong các đơn vị sự nghiệp;

- Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh.

- Thông tư số 12/2011/TT-BYT ngày 15 tháng 3 năm 2011 quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức hộ sinh.

- Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ngày 22 tháng 4 năm 2005 ban hành tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng.

- Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2012 về Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam.

- Quyết định số 20/2012/QĐ-HĐ DVN ngày 11 tháng 9 năm 2012 về Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều dưỡng viên.

- Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng trong các bệnh viện.

3.2. Cơ sở thực tiễn

Việc xây dựng Tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện là đòi hỏi khách quan, các bệnh viện cần có Bộ tiêu chuẩn chất lượng CSNB để áp dụng và căn cứ vào đó để tự đánh giá mức độ thực hiện. Mặt khác, Bộ tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện sẽ đưa ra một khung hướng dẫn căn cứ vào đó các tổ chức đánh giá có thể sử dụng như

một công cụ để thẩm định và công nhận chất lượng dịch vụ y tế của các bệnh viện.

Kinh nghiệm của các nước đã triển khai Chương trình thẩm định chất lượng bệnh viện đã được đánh giá là giải pháp quan trọng góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Một số bệnh viện tư nhân của Việt Nam cũng đã áp dụng các Bộ tiêu chuẩn chất lượng của một số nước vào việc nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện. Trong khi chờ đợi Bộ tiêu chuẩn chất lượng chung của bệnh viện, lĩnh vực điều dưỡng có thể khởi xướng xây dựng và triển khai trước.

3.3. Cơ sở khoa học

Hiện nay, trên thế giới có nhiều hệ thống đánh giá chất lượng bệnh viện nói chung và chất lượng chăm sóc người bệnh nói riêng như: Tổ chức tiêu chuẩn quốc tế - ISO, Quản lý Chất lượng Toàn diện-TQM, Bảo đảm chất lượng - QA, Cải tiến chất lượng liên tục-CQI, Thẩm định chất lượng bệnh viện - HA v,v.. Tuy nhiên, chương trình đánh giá thẩm định chất lượng được các tác giả công bố là biện pháp hiệu quả trong việc bảo đảm và cải tiến chất lượng dịch vụ chăm sóc người bệnh.

Các tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh được xây dựng trên cơ sở sử dụng các tiêu chuẩn, quy chuẩn, các quy chế và quy định hiện hành của Việt Nam, kết hợp với việc tham khảo các tài liệu nguồn của Tổ chức y tế Thế giới, New Zealand, Australia, Pháp, Thái Lan, Malaysia để điều chỉnh cho phù hợp với thực tiễn Việt Nam và tiếp cận với các chuẩn của bệnh viện khu vực.

Các tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện đưa ra những chuẩn chất lượng để các bệnh viện nghiên cứu áp dụng tự nguyện và dự kiến sẽ trở thành một bộ phận lồng ghép trong Bộ Tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện Việt Nam sau này.

4.0. KHUNG CÁC TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC

4.1 Các lĩnh vực chất lượng chăm sóc người bệnh

Bộ Tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong tài liệu này được thiết kế thành 5 lĩnh vực chất lượng thiết yếu, bao gồm:

- Quyền của người bệnh
- Chăm sóc điều dưỡng
- Hồ sơ điều dưỡng
- Cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh
- Tổ chức điều hành chăm sóc

4.2 Các tiêu chuẩn

Khái niệm về tiêu chuẩn: là đặc tính kỹ thuật và yêu cầu quản lý dùng làm chuẩn để phân loại, đánh giá sản phẩm, hàng hoá, dịch vụ, quá trình, môi

trường và các đối tượng khác trong hoạt động kinh tế - xã hội nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả của các đối tượng này (Nguồn: Luật Tiêu chuẩn, quy chuẩn).

Tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh là sự cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng thân thiện, kịp thời, phù hợp với bệnh tật, nhu cầu của người bệnh, bảo đảm an toàn không gây hại cho người bệnh.

Mỗi tiêu chuẩn chăm sóc người bệnh là một lời tuyên bố về mục đích, kết quả mong đợi ở mức có thể đạt, vì vậy, tiêu chuẩn mang tính khái quát và mang tính ổn định trong một giai đoạn nhất định. Ví dụ: Người bệnh được thực hiện đầy đủ các quyền theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh.

4.3 Tiêu chí

Tiêu chí là sự tuyên bố về một kết quả đầu ra ngắn hạn hoặc yêu cầu về cấu trúc, phương pháp hay quy trình để thỏa mãn tiêu chuẩn đã đề ra. Tiêu chí có các đặc điểm sau:

- Tiêu chí phải đo lường được và có thể đạt được.
- Tiêu chí là một trong các cấu phần của tiêu chuẩn.
- Tiêu chí có thể thay đổi theo thời gian và sự tiến bộ của tổ chức

Ví dụ: kế hoạch chăm sóc người bệnh có sự tham gia của người bệnh và người nhà là một tiêu chí.

4.4 Nội dung thực hiện của từng tiêu chí

Để giúp cho việc đánh giá kết quả thực hiện của từng tiêu chí, trong tài liệu này, các tác giả phác thảo các nội dung cụ thể cần đánh giá mang tính gợi ý. Căn cứ vào gợi ý này, người đánh giá có thể bổ sung và điều chỉnh cho phù hợp với thực tế của đơn vị.

Ví dụ một tiêu chí về quyền người bệnh được trình bày như sau "Người hành nghề tôn trọng danh dự và nhân phẩm của người bệnh". Khi đánh giá tiêu chí này, người đánh giá cần dựa vào các nội dung sau:

- Người bệnh có được bảo đảm kín đáo khi nhân viên y tế chăm sóc hay làm thủ thuật không?
- Người bệnh có được sắp xếp buồng bệnh theo giới không?.
- Người bệnh có được tôn trọng không? Các nhân viên y tế xưng hô với người bệnh và các hành vi ứng xử với người bệnh có thân thiện và phù hợp?

Trong khuôn khổ tài liệu này chỉ nêu các chuẩn chất lượng cơ bản về chất lượng chăm sóc người bệnh.

5. NỘI DUNG CÁC CHUẨN CHẤT LƯỢNG CSNB

5.1 Lĩnh vực quyền của người bệnh

Tiêu chuẩn 1: Người bệnh được thực hiện đầy đủ theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác của pháp luật.

Tiêu chuẩn 2: Người bệnh được bệnh viện tiếp nhận và giải quyết kịp thời các kiến nghị, các khiếu nại và tổ chức đánh giá sự hài lòng của người bệnh để đáp ứng nhu cầu của người bệnh và người nhà người bệnh.

5.2 Chăm sóc điều dưỡng lâm sàng

Tiêu chuẩn 1. Người bệnh đến khám được đón tiếp ngay và giải quyết các thủ tục hành chính chuyên môn thuận tiện

Tiêu chuẩn 2. Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe và động viên trong quá trình nằm viện

Tiêu chuẩn 3. Người bệnh được hỗ trợ chăm sóc vệ sinh cá nhân phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc.

Tiêu chuẩn 4. Người bệnh được cung cấp một môi trường sạch, yên tĩnh và có đủ tiện nghi phục vụ nhu cầu sinh hoạt hàng ngày.

Tiêu chuẩn 5. Người bệnh được bảo đảm chế độ dinh dưỡng tiết chế phù hợp với tình trạng bệnh.

Tiêu chuẩn 6. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật được người hành nghề hỗ trợ chuẩn bị trước mổ và được hộ tống đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật.

Tiêu chuẩn 7. Người bệnh được chăm sóc có sự phối hợp chặt chẽ giữa những người hành nghề và các đơn vị liên quan

Tiêu chuẩn 8. Người bệnh được chăm sóc về tư thế, hướng dẫn vận động, phục hồi chức năng và phòng ngừa biến chứng.

Tiêu chuẩn 9. Người bệnh nội trú được theo dõi và đánh giá thường xuyên diễn biến bệnh và phát hiện, xử trí kịp thời các biểu hiện bất thường.

Tiêu chuẩn 10. Người bệnh được sử dụng thuốc bảo đảm an toàn và hiệu quả

Tiêu chuẩn 11. Người bệnh được người hành nghề tuân thủ theo các quy trình kỹ thuật chuyên môn theo quy định.

Tiêu chuẩn 12. Các xét nghiệm được lấy mẫu đúng kỹ thuật và thực hiện các biện pháp chống sai sót nhầm lẫn trong xét nghiệm

5.3 Lĩnh vực bệnh án điều dưỡng

Tiêu chuẩn 1. Bệnh án thể hiện sự phối hợp chặt chẽ giữa điều dưỡng với điều dưỡng và giữa điều dưỡng với những người hành nghề tham gia điều trị và chăm sóc người bệnh

Tiêu chuẩn 2. Nhận định về nhu cầu chăm sóc và các can thiệp chăm sóc điều dưỡng được thể hiện đầy đủ trong bệnh án điều dưỡng

Tiêu chuẩn 3. Bệnh án điều dưỡng được bảo quản và sử dụng đúng quy định

5.4 Lĩnh vực an toàn người bệnh và cải tiến chất lượng liên tục

Tiêu chuẩn 1. Quản lý chất lượng và an toàn người bệnh là lĩnh vực ưu tiên được thể hiện trong chính sách và hoạt động bệnh viện

Tiêu chuẩn 2.Thiết lập và duy trì hệ thống thu thập, phân tích, báo cáo và phản hồi sự cố y khoa toàn bệnh viện

Tiêu chuẩn 3. Thực hiên các biện pháp bảo đảm an toàn và liên tục cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh

Tiêu chuẩn 4. Thực hiên các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh, khách đến thăm và nhân viên y tế có hiệu quả

5.5 Lĩnh vực quản lý và điều hành chăm sóc

Tiêu chuẩn 1. Công tác chăm sóc người bệnh được xác định là một trong những trọng tâm được đưa vào chính sách và kế hoạch hoạt động hàng năm của bệnh viện

Tiêu chuẩn 2. Hệ thống Điều dưỡng trưởng chứng tỏ được năng lực quản lý và điều hành công tác chăm sóc người bệnh

Tiêu chuẩn 3. Nhân lực Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên đủ về số lượng, phù hợp về cơ cấu trình độ và sử dụng hiệu quả bảo đảm chăm sóc phục vụ người bệnh liên tục 24 giờ/ngày

Tiêu chuẩn 4. Hệ thống điều dưỡng trưởng tổ chức và điều hành công tác CSNB toàn diện có hiệu quả

Tiêu chuẩn 5. Bảo đảm trang thiết bị, phương tiện cho công tác chăm sóc, phục vụ người bệnh

Tiêu chuẩn 6. Đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng cho Điều dưỡng

Tiêu chuẩn 7. Đánh giá kết quả công tác chăm sóc, sự hài lòng của người bệnh và ĐDV

6.0 ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CSNB

6.1 Nguyên tắc đánh giá

a) Lấy người bệnh làm trung tâm

Trong tài liệu này, các tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá được xây dựng dựa trên nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm và dựa vào kết quả đầu ra. Sự an toàn của người bệnh là thành phần thiết yếu nhất của chất lượng, vì vậy, các chỉ số chuyên môn như tỷ lệ NKBV, tỷ lệ sai sót và sự cố y khoa, tỷ lệ hài lòng của người bệnh và gia đình người bệnh v,v... Không ai chấp nhận dịch vụ y tế được cung cấp trong môi trường y tế không an toàn và nhiều rủi ro. Vì vậy, tậptrung đánh giá người bệnh được thụ hưởng những lợi ích gì trong công tác chăm sóc điều dưỡng là một trong những nguyên tắc quan trọng của quá trình đánh giá. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá cũng đặt ra yêu cầu về các cấu trúc và việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật đối với cá nhân, bộ phận và toàn bệnh viện trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng nhằm bảo đảm an toàn và phòng tránh các nguy cơ rủi ro cho người bệnh trong quá trình nằm viện.

b) Tập trung vào vai trò lãnh đạo và quản lý

Vai trò của người lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các khoa, các phòng là chìa khóa và là thành phần thiết yếu của sự thành công, là cơ sở để thúc đẩy các cá nhân, bộ phận trong bệnh viện thực hiện các chính sách chất lượng của bệnh viện.

Chất lượng chăm sóc người bệnh chỉ có được khi những người lãnh đạo bệnh viện và các khoa phòng đưa thành một trong những mục tiêu ưu tiên và từ đó đầu tư nguồn lực cũng như cam kết lãnh đạo tổ chức nâng cao chất lượng chăm sóc.

Người lãnh đạo là người thiết lập văn hóa chất lượng và văn hóa bệnh viện. Vì vậy, nhiều tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá đều bắt đầu bằng việc tìm hiểu xem lãnh đạo bệnh viện có sự quan tâm đầy đủ, có ban hành các quy định cụ và có thiết lập các cấu trúc cần thiết để các cá nhân và các đơn vị thực hiện hay không.

c) Tập trung vào tính hệ thống và tính liên tục

Hoạt động bệnh viện là một dây truyền liên hoàn, từ khoa khám bệnh tới các khoa điều trị, xét nghiệm và đơn vị hậu cần… Vì vậy, phải bảo đảm rằng toàn bộ hệ thống hoạt động có hiệu quả, không có các lỗ hổng trong toàn bộ hệ thống. Mặt khác, việc chăm sóc người bệnh luôn diễn ra sự luân chuyển giữa các ca kíp, giữa các nhóm ban đêm và ban ngày, do đó các cán bộ y tế phải bảo đảm rằng người bệnh được bàn giao và theo dõi chăm sóc liên tục.

d) Tập trung vào sự phối hợp của mọi NVYT

Điều trị thành công cho một người bệnh trong bệnh viện là sản phẩm của một dây chuyền, một hệ thống gồm nhiều bộ phận, bộ phận nào cũng quan trọng. Có thể nói không thể có một sự chăm sóc có chất lượng và toàn diện nếu không có sự hợp tác và làm việc theo nhóm. Sự hợp tác giữa bác sĩ, điều dưỡng

viên, các cán bộ y tế là một thành phần không thể thiếu để bảo đảm cho người bệnh được chăm sóc có chất lượng.

e) Tập trung vào văn hóa chất lượng

Quá trình đánh giá chất lượng CSNB trong các bệnh viện do Hội ĐDVN phối hợp với các bệnh viện thực hiện là quá trình học tập - không phải quá trình thanh tra. Đây là một vấn đề đòi hỏi thời gian để đạt được nhận thức về văn hóa chất lượng đối với tất cả các cá nhân và toàn bộ hệ thống. Những vấn đề văn hóa chất lượng dưới đây cần được khuyến khích:

- Mong muốn nâng cao chất lượng thực sự. Bệnh viện tự nguyện phấn đấu theo một Bộ tiêu chuẩn chất lượng từ đó chủ động áp dụng, tự nội kiểm để hoàn thiện, khi nào thấy bệnh viện đã đáp ứng được các tiêu chuẩn thì chủ động mời cơ quan đánh giá độc lập giúp đánh giá công nhận để đảm bảo tính khách quan.

- Không chạy theo thành tích nhất thời. Khắc phục những suy nghĩ dấu diếm khuyết điểm và từ đó dẫn đến hành vi đối phó với các Đoàn đánh giá ở tất cả các cấp độ nội kiểm và ngoại kiểm.

f) Dựa vào bằng chứng thực hiện

Việc đánh giá và phân loại thành tích thực hiện của bệnh viện đối với từng tiêu chuẩn, tiêu chí trong Bộ tiêu chuẩn này được căn cứ vào các bằng chứng thực hiện do bệnh viện cung cấp và các đánh giá viên thu thập được trong quá trình đánh giá tại chỗ. Bệnh viện cần thiết lập các hệ thống thu thập, phân tích và lưu trữ dữ liệu liên quan đến việc theo dõi và đánh giá chất lượng. Nếu không có các dữ liệu, các bằng chứng thì khó có thể đánh giá kết quả thực hiện. Các bằng chứng bao gồm các lĩnh vực về: chính sách, nguồn lực, các hệ thống được thiết lập, các kết quả đầu ra, sự hài lòng của người bệnh, sự hài lòng của điều dưỡng, hộ sinh và hệ thống báo cáo tài liệu liên quan tới công tác quản lý, giám sát và đánh giá của các khoa và toàn bệnh viện.

6.2 Các phương pháp thu thập thông tin

Người đánh giá có thể áp dụng một hoặc phối hợp các phương pháp thu thập thông tin khác nhau để đánh giá đối với từng tiêu chí. Một phương pháp thu thập thông tin đánh giá có thể hiệu quả ở bệnh viện này nhưng có thể không hiệu quả đối với bệnh viện khác.

Tuy nhiên, để có sự thống nhất giữa các bệnh viện tham gia đánh giá thì người đánh giá cần áp dụng các phương pháp cơ bản giống nhau để có thể so sánh kết quả trên cùng một phương pháp đánh giá.

Dưới đây là Bảng tóm tắt các phương pháp thu thập thông tin và quy ước mã hóa các phương pháp thu thập thông tin đánh giá chất lượng CSNB.

Phương pháp	Mã hóa
Phỏng vấn (I) a. Phỏng vấn người quản lý b. Phỏng vấn nhân viên c. Phỏng vấn người bệnh	 MI = Manager Interview SI = Staff Interview PI = Patient Interview
Bộ câu hỏi (Q) d. Hỏi người quản lý e. Hỏi nhân viên f. Hỏi người bệnh, người nhà	 MQ = Manager Questionnaire SQ = Staff Questionnaire PQ = Patient Questionnaire
Quan sát tại chỗ (O)	FO = Field Observation
Nghiên cứu tài liệu (S)	DS = Desk Study

6.3 Cách đánh giá từng tiêu chí

Nội dung đánh giá của từng tiêu chí bao gồm:

- Đánh giá về trách nhiệm của người quản lý lãnh đạo trong việc ban hành các quy định, quy trình chuyên môn và theo dõi, kiểm tra, đánh giá kết quả thực hiện.

- Đánh giá nguồn lực, các hệ thống hiện có để đáp ứng yêu cầu của tiêu chí

- Đánh giá sự tuân thủ của người hành nghề

- Đánh giá các chỉ số thực hiện và các kết quả đầu ra từ phương diện người bệnh và từ người hành nghề.

6.4 Phân loại kết quả thực hiện từng tiêu chí

Sau khi đánh giá, đánh giá viên cần phân loại kết quả hay thành tích đạt được đối với từng tiêu chí, trong tài liệu hướng dẫn này, thành tích đạt được đối với từng tiêu chí được phân loại thành 4 mức độ cụ thể như trình bày ở bảng dưới đây:

Ký hiệu	Xếp loại kết quả	Diễn giải
M4	Mức hoàn thiện và tiếp tục nâng cao (Improvement level)	- Đạt được đầy đủ các nội dung và các chỉ số. Người bệnh được bảo đảm an toàn và hài lòng - BV tiến hành đánh giá những tiến bộ thường kỳ để cải tiến liên tục.

M3	Mức đạt đầy đủ (Fully attained level)	- BV có các quy định - Có triển khai thực hiện các quá trình, các hệ thống, các cấu trúc - Có bằng chứng đầy đủ về kết quả thực hiện, hồ sơ báo cáo, kết hợp quan sát tại chỗ của người đánh giá.
M2	Mức đạt một phần (Partially attained)	- Có bằng chứng về chính sách, quy định, hướng dẫn - Có triển khai thực hiện - Không có các tài liệu, báo cáo kết quả thực hiện
M1	Mức không đạt (chưa thực hiện hoặc thực hiện không đáng kể - unattained)	- Bệnh viện chưa tổ chức thực hiện - Hoặc có tổ chức thực hiện một phần nhưng không đưa ra được các bằng chứng thuyết phục.

6.5 Cách đánh giá nguy cơ của các tiêu chí thực hiện không đầy đủ.

Việc xác định nguy cơ đối với người bệnh chỉ áp dụng đối với các tiêu chí không đạt đầy đủ. Nguy cơ được ước tính thông qua việc xem xét mối quan hệ giữa sự ***tính nguy hại*** và ***khả năng xảy ra***đối với người bệnh nếu một tiêu chí không được thực hiện đầy đủ.

NGUY CƠ		**KHẢ NĂNG XẢY RA**			
		Thường xuyên	*Thỉnh thoảng*	*Rất ít gặp*	*Không*
NGUY HẠI	*Rất nguy hại*	rất cao	cao	trung bình	thấp
	Nguy hại	rất cao	cao	trung bình	thấp
	Ít nguy hại	trung bình	thấp	thấp	bỏ qua
	Không nguy hại đáng kể	thấp	bỏ qua	bỏ qua	bỏ qua

Chú ý: Chỉ sử dụng sơ đồ ma trận để đánh giá mức độ nguy cơ đối với các tiêu chí chỉ đạt một phần hoặc hoàn toàn không đạt. Khi sử dụng sơ đồ ma trận cần lưu ý các nội dung sau đây:

- Xem xét mức độ nguy hại đối với người bệnh do tiêu chí không đạt hoặc đạt một phần. Mức độ nguy hại được phân loại thành các mức độ từ rất nguy hại (extremely harm), nguy hại (harm), ít nguy hại (no significant harm) và không có nguy hại đáng kể (no harm).

- Xem xét khả năng xảy ra sự cố không mong muốn do tiêu chí chỉ được thực hiện một phần hoặc không được thực hiện. Khả năng xảy ra sự cố được phân loại theo các mức độ: thường xuyên (certain), thingr thoảng xảy ra, hiếm khi xảy ra và không xảy ra.

- Biểu diễn trên sơ đồ ma trận để đánh giá nguy cơ đối với người bệnh. Nguy cơ đối với người bệnh được phân loại thành các mức độ: rất cao, cao, trung bình, thấp và không có nguy cơ (có thể bỏ qua).

6.6 Cách ghi Phiếu đánh giá từng tiêu chí

Phiếu đánh giá từng tiêu chí

<table>
<tr><td colspan="2">(1)</td><td colspan="4">Phân loại mức độ an toàn người bệnh
(2)</td><td>Kết quả đánh giá
(3)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(1a)
(1b)</td><td>Nguy cơ cao
☐</td><td>Nguy cơ
☐</td><td>Nguy cơ TB
☐</td><td>Nguy cơ thấp
☐</td><td>1.1.1</td></tr>
<tr><td>M4</td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td>M3</td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td>M2</td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td>M1</td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
</table>

Cách ghi:

Cột (1) ghi kết quả thực hiện của mỗi tiêu chí, gồm 4 mức độ từ M1-M4. Dùng dấu (✓) để đánh vào cột 1b xác định kết quả thực hiện mỗi tiêu chí ngay sau khi đánh giá;

Cột (2) ghi xác định mức độ nguy cơ đối với người bệnh nếu tiêu chí không được thực hiện hoặc chỉ được thực hiện một phần và đưa ra các khuyến nghị về các hành động cần khắc phục để nâng cao kết quả thực hiện đối với từng tiêu chí hoặc để loại bỏ nguy cơ đối với người bệnh;

Cột (3) ghi kết quả đánh giá.

Ví dụ: Lĩnh vực 1, tiêu chuẩn 1 và tiêu chí 1 được mã số là (1.1.1). Nội dung tiêu chí "Các quyền của người bệnh được thông tin, phổ biến cho người bệnh, người nhà và người hành nghề biết". Kết quả đánh giá:

- BV có công khai các quyền của người bệnh (website, tờ rơi, khoa bệnh...); 3/5 người hành nghề biết các quyền cơ bản của người bệnh và 4/5 người bệnh biết quyền của NB do được thông tin từ báo chí và truyền hình.

Kết quả được ghi vào phiếu đánh giá như sau:

<table>
<tr><td colspan="2">(1)</td><td colspan="4">Phân loại mức độ an toàn người bệnh
(2)</td><td>Kết quả đánh giá
(3)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(1a) (1b)</td><td>Nguy cơ cao
☐</td><td>Nguy cơ
☐</td><td>Nguy cơ TB
☐</td><td>Nguy cơ thấp
☐</td><td>1.1.1</td></tr>
<tr><td>M4</td><td></td><td colspan="4" rowspan="4">Khuyến nghị hành động khắc phục:

Đổi mới hình thức công khai quyền NB cho NB và người hành nghề.</td><td rowspan="4">Nội dung đánh giá:
- BV công khai quyền của NB
- 3/5 người hành nghề biết các quyền cơ bản của người bệnh.
- 3/5 người bệnh biết quyền của NB. Trong đó 2/5 người biết quyền do được thông tin từ báo chí và truyền hình.
Phương pháp đánh giá: FO, SI, PI</td></tr>
<tr><td>M3</td><td>✓</td></tr>
<tr><td>M2</td><td></td></tr>
<tr><td>M1</td><td></td></tr>
</table>

6.7 Cách ghi phiếu đánh giá từng lĩnh vực

Sau khi hoàn thành đánh giá từng tiêu chí của từng tiêu chuẩn và từng lĩnh vực, các đánh giá viên cần ghi nhận xét tóm tắt gồm các nội dung dưới đây:

- Tổng kết mức độ đạt được chung của các tiêu chí thuộc lĩnh vực.

- Trả lời câu hỏi: kết quả mong đợi chung của lĩnh vực có đạt được không?

- Những ưu điểm nổi bật

- Khuyến cáo hành động khắc phục chung cho lĩnh vực

- Khuyến cáo hành động khắc phục liên quan an toàn người bệnh.

- Những nội dung trên được ghi tóm tắt trong mẫu Phiếu số 2 dưới đây:

LĨNH VỰC 2: CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG	
1. Các kết quả mong muốn tổng quát của lĩnh vực có đạt được không?	
2. Những ưu điểm nổi bật là gì?	
3. Những khuyến cáo chung cho lĩnh vực đánh giá	Thời gian thực hiện và hoàn chỉnh:
4. Khuyến cáo về an toàn người bệnh đối với lĩnh vực này.	Thời gian thực hiện và hoàn chỉnh:

KẾT LUẬN

Hội Điều dưỡng Việt Nam xây dựng ***Bộ Chuẩn cơ bản về chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện*** **và** ***Tài liệu hướng dẫn đánh giá*** nhằm khuyến khích các bệnh viện áp dụng tự nguyện. Đây là một bộ công cụ quản lý chất lượng chăm sóc người bệnh lần đầu tiên được xây dựng tại Việt Nam. Bộ công cụ đã được xây dựng công phu và có giá trị về mặt chuyên môn, giá trị khoa học và phù hợp với điều kiện Việt Nam.

Việc xây dựng Chuẩn cơ bản về chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện và Hướng dẫn đánh giá là một sáng kiến chất lượng, là một mốc quan trọng trong những nỗ lực nhằm tăng cường chất lượng chăm sóc người bệnh của các bệnh viện công lập và tư nhân của Hội ĐDVN và của Bộ Y tế.

Việc áp dụng Bộ Chuẩn cơ bản về chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện chắc chắn sẽ mang lại sự thay đổi về chất lượng không chỉ đối với công tác chăm sóc điều dưỡng mà còn sự thay đổi chung của chất lượng bệnh viện. Hội Điều dưỡng Việt Nam chân thành cảm ơn Tổ chức PATHFINDER INTERNATIONAL, Tổ chức Y tế Thế giới đã hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình triển khai Đề án và rất mong sau quá trình thí điểm, Bộ Chuẩn cơ bản về chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện sẽ được áp dụng rộng rãi trong các bệnh viện./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền cụm từ thích hợp vào chỗ trống để hoàn thiện định nghĩa chất lượng chăm sóc:

“ Tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh là sự cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng …….(a), kịp thời, phù hợp với bệnh tật, nhu cầu của người bệnh, bảo đảm ……(b)…… không gây hại cho người bệnh.

Câu 2. Các lĩnh vực thiết yếu liên quan đến chất lượng chăm sóc và an toàn y tế theo JCI là:

A. Lãnh đạo và quản lý, cải tiến chất lượng, thực hành chăm sóc

B. Năng lực nhân viên y tế

C. Môi trường chăm sóc an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế

D. Cả A, B và C

Câu 3. Các đặc điểm cơ bản của cơ sở khám chữa bệnh chăm sóc người bệnh có chất lượng

A. Người bệnh được trao quyền và được đáp ứng các nhu cầu thể chất, tinh thần và tình cảm

B. Người bệnh được điều trị, chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả, liên tục và kịp thời

C. Người bệnh được chăm sóc bởi các nhân viên có năng lực và hợp tác tốt

D. Cả A, B và C

Câu 4. Điền cho đủ năm lĩnh vực của Bộ chuẩn chăm sóc người bệnh do Hội Điều dưỡng Việt Nam ban hành

A. Quyền người bệnh

B. .....

C. Hồ sơ điều dưỡng

D. An toàn người bệnh và cải tiến liên tục

E. .....

Câu 5. Điền cho đủ 6 nguyên tắc đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh

A. .....

B. Tập trung vào vai trò lãnh đạo và quản lý

C. Tập trung vào tính hệ thống và tính liên tục

D. ……..

E. Tập trung vào văn hóa chất lượng

F. Dựa vào bằng chứng thực hiện

Câu 6. Người bệnh được trao quyền là một trong những yếu tố thiết yếu để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh

A. Đúng B. Sai

Câu 7. Quyền của người bệnh được quy định tại Luật khám bệnh, chữa bệnh

A. Đúng B. Sai

Câu 8. Chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh phân loại mức độ thực hiện của từng tiêu chí thành 4 mức

A. Đúng B. Sai

Câu 9. Đánh giá nguy cơ được xem xét khi một tiêu chí không được thực hiện đầy đủ

A. Đúng B. Sai

BÀI 12
AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Trình bày được các cơ sở pháp lý về sai sót chuyên môn và sự cố y khoa
2. Trình bày được các kiểu sự cố y khoa không mong muốn
3. Trình bày được 6 giải pháp kỹ thuật toàn cầu về an toàn người bệnh
4. Nêu được 4 giải pháp quản lý bảo đảm an toàn trong bệnh viện

NỘI DUNG

1.0 SỰ CẦN THIẾT

Bệnh viện là nơi tập trung người bệnh để điều trị, nơi các thầy thuốc đưa ra các chẩn đoán (cho phép sai số), các quyết định phương pháp điều trị; nơi diễn ra các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn; nơi người bệnh sử dụng các dược chất, hóa chất, vác xin để điều trị; nơi có nhiều trẻ được sinh ra và cũng là nơi chứng kiến nhiều người bệnh qua đời. Hơn thế nữa, bệnh viện là nơi các thầy thuốc thường xuyên bị áp lực công việc do tình trạng quá tải và áp lực về tâm lí, vì vậy, sự cố y khoa không mong muốn là điều khó tránh và trong nhiều trường hợp ngoài tầm kiểm soát. Có thể khẳng định rằng ở bất cứ công đoạn nào của mọi quy trình khám bệnh, chữa bệnh đều chứa đựng các nguy cơ tiềm tàng cho người bệnh. Khi sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, cả người bệnh và thầy thuốc đều là nạn nhân, đặc biệt đối với người bệnh phải gánh chịu thêm hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm ảnh hưởng tới sức khỏe hoặc bị khuyết tật tạm thời hay vĩnh viễn, thậm chí chết người, chẳng khác gì tai nạn chồng lên tai nạn.

Mặc dù, người bệnh rất khó chấp nhận những sai sót và sự cố y khoa, song bác sĩ cũng là con người và có thể phạm sai sót. Bệnh do thầy thuốc gây nên "Iatrogenesis" là vấn đề đã được đề cập từ rất lâu trong Y văn Thế giới, cũng như trong Từ điển Y học của Việt Nam. Hiện nay có nhiều thuật ngữ được các nhà nghiên cứu y học sử dụng để mô tả vấn đề nói trên một cách bản chất hơn như: "nhầm lẫn y khoa – medical mistakes", sai sót y khoa "medical error" hay "sự cố y khoa không mong muốn "medical adverse events" v,v.. Cho dù khác nhau về thuật ngữ nhưng đều hướng tới việc mô tả các sự cố y khoa không mong muốn và các sai sót chuyên môn có thể xảy ra trong quá trình điều trị và chăm sóc cho người bệnh. Theo các nhà nghiên cứu y học, lĩnh vực y khoa là lĩnh vực có nhiều rủi ro nhất đối với khách hàng. Khi vào một cơ sở y tế để khám chữa bệnh, cái vốn quý giá nhất của người bệnh là sức khỏe được ủy thác cho các thầy thuốc, đổi lại người bệnh luôn mong đợi và kỳ vọng

được chăm sóc và điều trị một cách an toàn, và có chất lượng. Vì vậy, bảo đảm an toàn cho người bệnh là trách nhiệm của mọi cơ sở y tế, mọi người lãnh đạo bệnh viện và cũng là sứ mệnh của mọi thầy thuốc, mọi nhân viên y tế.

An toàn người bệnh là một chương trình có sự khởi đầu nhưng không có điểm kết thúc, bởi vì nguy cơ của các sự cố y khoa luôn thường trực và có thể xảy ra bất cứ khi nào. Các bệnh viện cần thiết phải triển khai chương trình quản lý an toàn người bệnh để thực hiện nguyên tắc hàng đầu trong thực hành y khoa là *" trước tiên không gây nguy hại cho người bệnh - first do no harm for patient".*

2.0 CƠ SỞ PHÁP LÝ VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

2.1 Thành lập Hội đồng giải quyết sai sót chuyên môn

- Theo Điều 74. Luật Khám bệnh, chữa bệnh: Khi xảy ra tai biến đối với người bệnh và có tranh chấp thì phải thành lập hội đồng chuyên môn của bệnh viện để xác định. Trường hợp các bên tranh chấp không nhất trí với kết luận của hội đồng chuyên môn thì có quyền đề nghị Bộ Y tế thành lập hội đồng chuyên môn[1].

- Thành phần của hội đồng chuyên môn theo Điều 75 gồm: Các chuyên gia thuộc lĩnh vực chuyên môn phù hợp, Luật gia hoặc luật sư. Hội đồng chuyên môn hoạt động theo nguyên tắc thảo luận tập thể, quyết định theo đa số và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết luận của mình.

- Nhiệm vụ của Hội đồng: căn cứ vào các quy định tại Điều 73 của Luật này có trách nhiệm xác định có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật.

- Kết luận của hội đồng chuyên môn là cơ sở để giải quyết tranh chấp hoặc để cơ quan tiến hành tố tụng xem xét, quyết định giải quyết vụ việc; là căn cứ để cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền về y tế, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định áp dụng các biện pháp xử lý theo thẩm quyền đối với người hành nghề. Kết luận của hội đồng chuyên môn do Bộ Y tế thành lập là kết luận cuối cùng về việc có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật.

2.2 Xác định sai sót chuyên môn

Xác định có sai sót chuyên môn:

Khoản 1 Điều 73 Luật Khám bệnh chữa bệnh quy định người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định đã có một trong các hành vi sau đây:

- Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;

- Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật và đạo đức nghề nghiệp;

- Xâm phạm quyền của người bệnh.

Xác định không có sai sót chuyên môn

Người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến

- Trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn; các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh.

2.3 Trách nhiệm bồi thường khi có sai sót chuyên môn

Điều 76 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định như sau:

- Doanh nghiệp bảo hiểm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã mua bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo hợp đồng bảo hiểm đã ký với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa mua bảo hiểm theo quy định tại khoản 1 Điều 78 của Luật này thì phải tự bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo quy định của pháp luật.

- Ngoài việc bồi thường theo quy định tại khoản 1 Điều này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh phải chịu các trách nhiệm pháp lý khác theo quy định của pháp luật.

- Trường hợp xảy ra tai biến trong khám bệnh Hội đồng chuyên môn xác định người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề không phải bồi thường thiệt hại.

2.4 Tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh

Theo điều 80 Luật Khám bệnh, chữa bệnh thì việc tranh chấp liên quan tới các đối tượng sau:

- Người bệnh, người đại diện của người bệnh;

- Người hành nghề;

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc giải quyết các tranh chấp được giải quyết như sau:

- Tự hòa giải

- Khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

3.0 HIỆN TRẠNG VỀ SỰ CỐ Y KHOA

Phạm vi và tác động của các sự cố y khoa không mong muốn chưa được nghiên cứu và thống kê đầy đủ. Các nhà quản lý, các nhà lâm sàng còn e ngại trong việc nghiên cứu và chia sẻ thông tin về các sự cố y khoa. Vì vậy, bức tranh về các sự cố y khoa không mong muốn trong các cơ sở y tế của Việt Nam chưa đầy đủ do chưa có các quy định và hướng dẫn cụ thể về thống kê và báo cáo sự cố, sai sót chuyên môn tại các cơ sở y tế. Trong tài liệu này, tác giả sử dụng các thông tin từ các nghiên cứu và báo cáo quốc gia của một số nước để mô tả tình hình chung về sự cố y khoa không mong muốn.

3.1 Tần suất xảy ra sự cố y khoa

Theo kết quả nghiên cứu về tỷ lệ các sự cố y khoa không mong muốn của Harvard Medical Practice, Brennan TA và cộng sự đã hồi cứu ngẫu nhiên 30121 bệnh án thuộc 51 bệnh viện tại Bang New York đã báo cáo 3,7% người bệnh nhập viện gặp phải sự cố y khoa; 27,6% các sự cố y khoa do nhân viên y tế tắc trách, 13,6% sự cố dẫn đến tử vong, 2,6% sự cố y khoa dẫn đến tàn tật vĩnh viễn[2]. Cũng theo ước tính của Đại học Harvard, hàng năm ở Mỹ có tới 98000 người tử vong liên quan tới sự cố Y khoa không mong muốn.

Trong báo cáo nghiên cứu về chất lượng chăm sóc y tế của Úc, Wilson RM và cộng sự đã hồi cứu 14179 bệnh án tại Bang New South Wales và South Australia vào năm 1992 ở 28 bệnh viện đã báo cáo có 16,6% người bệnh gặp các sự cố y khoa không mong muốn, trong đó 13,7% sự cố dẫn đến người bệnh tàn tật vĩnh viễn và 4,9% dẫn đến người bệnh tử vong; Các nhà nghiên cứu cho rằng 51% các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa. Ngược lại, những sự cố không thể phòng ngừa gợi ý các biến chứng đó đã được dự đoán trước về khả năng xảy ra[3].

Donchin et al đã sử dụng một người quan sát tại giường đối với các cán bộ lâm sàng tại khoa hồi sức tích cực tổng hợp của một bệnh viện đại học tại Israel đã phát hiện 554 sai sót trong thời gian 4 tháng, bình quân 1,7 sai sót/người bệnh/ngày[4].

Cũng theo nghiên cứu của Harvard và của Úc có 8-9% sự cố y khoa không mong muốn đã xảy ra tại các phòng khám của các bác sĩ, 2-3% tại nhà và 1-2% tại các nhà điều dưỡng. Nghiên cứu tại Úc cho thấy khoảng ¼ các sự cố y khoa không mong muốn làm cho người bệnh bị tàn tật vĩnh viễn hoặc tử vong và các nhà nghiên cứu dự đoán khoảng 2/3 các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa.

3.2 Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn

Ở Mỹ, những sự cố y khoa không mong muốn làm cho hơn 44000 nghìn người chết, thậm chí có thể lên tới 98000 người chết và 1 triệu người bị thương tổn[2]. Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm cho người bệnh phải nằm viện kéo dài và tăng phí tổn điều trị. Tại bệnh viện ở Utah các sự cố y khoa không mong muốn đã để lại hậu quả cho 2,4% người bệnh nhập viện, tăng chi phí 2262 US$/người bệnh, và tăng thêm 1,9 ngày điều trị so với số liệu của nhóm chứng. Trong nghiên cứu của Harvard về sự cố không mong muốn do dùng thuốc, chi phí tăng $2595 /người bệnh và thời gian nằm viện kéo dài hơn 2,2 ngày/bệnh nhân. Ước tính chi phí cho các sự cố không mong muốn do dùng thuốc của một bệnh viện thực hành có qui mô 700 giường bệnh lên tới 5,6 triệu US$ hàng năm.

Ở Australia hàng năm: 470 000 NB nhập viện gặp sự cố y khoa, tăng 8% ngày điều trị (thêm 3.3 triệu ngày điều trị) do sự cố y khoa, 18000 tử vong, 17000 tàn tật vĩnh viễn và 280000 người bệnh mất khả năng tạm thời[3].

3.3 Các kiểu sự cố y khoa

- Nhiễm khuẩn bệnh viện
- Nhầm thuốc

- Tác dụng không mong muốn của thuốc

- Nhầm phẫu thuật (người bệnh,vị trí, phương pháp, sót dụng cụ trong vị trí phẫu thuật)

- Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (sai, chậm)

- Phương tiện dụng cụ không phù hợp, không đủ

- Sao chép sai y lệnh, chữ viết xấu

- Thủ tục hành chính rườm rà dẫn đến khám chữa bệnh không kịp thời.

- Nhân viên y tế mới, tắc trách

- Khác: ngã, bỏng, điện giật...

Trong nghiên cứu của Harvard và của Úc[2,3]: gần 50% các sự cố y khoa không mong muốn liên quan đến người bệnh có phẫu thuật. Đối với các bệnh nhân không có phẫu thuật, các sự cố y khoa hay gặp nhất là chẩn đoán sai, chỉ định thuốc không đúng. Không có chuyên khoa nào có thể tránh khỏi được sự cố, sai sót y khoa. Sự cố xảy ra nhiều hơn ở những người làm lâm sàng thiếu kinh nghiệm và nơi triển khai các kỹ thuật mới. Những sai sót trong quá trình đọc kết quả X quang, kết quả cơ thể bệnh, kết quả xét nghiệm và sai sót trong xạ trị là những sự cố, sai sót có thể đe dọa và ảnh hưởng tới tính mạng người bệnh. Lỗi do người đi học cũng khá phổ biến. Wuetal đã tiến hành một nghiên cứu về những sự cố y khoa nghiêm trọng nhất đối với các bác sĩ nội khoa tại ba khóa đào tạo, 45% người được hỏi tự khai báo đã để xảy ra ít nhất một sự cố, 31% dẫn đến người bệnh tử vong. Nghiên cứu của Lesar et al đã phát hiện sai sót do chỉ định thuốc xảy ra nhiều hơn ở các bác sĩ mới ra trường năm thứ nhất.

3.4 Các yếu tố nguy cơ

- Người bệnh >65 tuổi nguy cơ cao hơn và ảnh hưởng nghiêm trọng hơn khi sự cố y khoa xảy ra so với những người bệnh trẻ tuổi.

- Các phẫu thuật phức tạp, phẫu thuật mới triển khai lần đầu (các can thiệp tim mạch, mạch máu, phẫu thuật thần kinh...).

- Những người bệnh nặng, người bệnh có kèm theo bệnh nền có các can thiệp xâm lấn có nguy cơ cao xảy ra sự cố y khoa.

- Các bác sĩ làm kiêm nhiệm, không có đủ thời gian để nghiên cứu đưa ra quyết định về chẩn đoán

- Thời gian nằm viện tỷ lệ thuận với các sự cố y khoa. Nghiên cứu của Andrews et al đã báo cáo sự cố y khoa do nằm viện tăng 6% đối với mỗi ngày nằm viện.

- Khoa hồi sức cấp cứu cũng là nơi nguy cơ người bệnh gặp sự cố cao. Theo báo cáo nghiên cứu các bệnh nhi được điều trị tại bệnh viện đại học British thì nguy cơ sai sót do thuốc tại khoa Hồi sức cấp cứu gấp 7 lần so với các khoa khác.

3.5 Một số sự cố y khoa trong các cơ sở y tế của Việt Nam

Sự cố y khoa không mong muốn và sai sót chuyên môn kỹ thuật trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam chưa được nghiên cứu hệ thống, chưa có các số liệu để có một bức tranh đầy đủ về sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. Tuy nhiên, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đã phải đương đầu với các sự cố ở các mức độ và ảnh hưởng khác nhau, ảnh hưởng tới tính mạng và sức khỏe của người bệnh. Số trường hợp nêu trên báo chí là phần nổi của tảng băng chìm không rõ độ lớn và kích thước. Các sự cố y khoa không mong muốn được biết đến qua khiếu kiện của người bệnh hay gặp như: nhầm người bệnh trong phẫu thuật, nhầm vị trí phẫu thuật, nhầm thuốc, nhầm trẻ sơ sinh, đặc biệt nhiễm trùng hàng loạt sau phẫu thuật cũng đã từng xảy ra.

Sự cố y khoa và sai sót chuyên môn kỹ thuật đang là vấn đề mọi người hành nghề, mọi cơ sở y tế quan tâm. Một số đã phải bồi thường tài chính cho người bệnh và một số trường hợp đã đưa ra tòa để giải quyết.

3.6 Nguyên nhân thất bại

a). Yếu tố con:

- Năng lực chuyên môn
- Mệt mỏi, căng thẳng..
- Nhận thức về tần suất và nguy cơ của sự cố y khoa chưa đầy đủ.

b). Đặc điểm chuyên môn

- Y học là khoa học về chẩn đoán và bất định
- Nhiều can thiệp thủ thuật, phẫu thuật xâm lấn
- Đưa thuốc, hóa chất có nồng độ cao vào cơ thể dễ gây phản ứng

c).Dây truyền KCB phức tạp

- Nhiều đầu mối
- Thiếu phối hợp nhịp nhàng
- Hệ thống ca kíp ngắt quãng
- Thiếu thông tin giữa các cán bộ y tế
- Thiếu nhân lực (Điều dưỡng/người bệnh thấp)
- Môi trường bệnh viện đông đúc,
- Áp lực tự chủ, giảm chi phí

4.0 CÁC GIẢI PHÁP KỸ THUẬT

4.1. Xác định chính xác tên người bệnh

Nguyên tắc

Sử dụng ít nhất hai công cụ để nhận dạng bệnh nhân, nhưng cả hai đều không phải là số phòng và số giường của bệnh nhân.

Biện pháp

- Dùng băng đeo trên cổ tay để nhận dạng người bệnh. Thông tin trên băng gồm: họ tên, địa chỉ, ngày sinh, cùng với số mã vạch.

- Khi dán nhãn lên tuýp bệnh phẩm cần có sự hiện diện của bệnh nhân. Tên và thông tin về người bệnh trên các nhãn bệnh phẩm phải bảo đảm dán chặt lên lọ hoặc ống đựng bệnh phẩm trước, trong và sau khi làm xét nghiệm.

- Khi chăm sóc bệnh nhân rối loạn hành vi: lúc đầu có thể đính kèm ảnh bệnh nhân trong bệnh án để nhân viên y tế nhận diện. Khi đã quen mặt người bệnh, có thể chấp nhận việc nhìn mặt để nhận dạng.

- Xác nhận người bệnh hôn mê: Nếu một người bệnh hôn mê được đưa đến bệnh viện bởi Công an hoặc đơn vị cấp cứu và không có một chứng cứ nào về tên, tuổi để nhận diện phải đặt cho người bệnh một tên tạm thời và đánh số hồ sơ. Những công cụ này sau đó có thể dùng để xác định bệnh nhân và để chắp nối với các công việc khác như dán nhãn xét nghiệm, y lệnh, v.v…Tiếp nhận một bệnh nhân hôn mê khó xác định nhân thân không phải là việc hiếm gặp, cần đưa vấn đề này vào quy định và buộc mọi người phải tuân thủ quy định một cách nhất quán.

4.2. Cải thiện thông tin và bàn giao ca kíp đầy đủ

Nguyên tắc 1: Làm rõ y lệnh miệng hoặc thông báo kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu người nhận "đọc lại" đầy đủ y lệnh hoặc kêt quả xét nghiệm.

Biện pháp

- Không khuyến khích y lệnh miệng. Tuy nhiên, ở hầu hết cơ sở y tế, xóa bỏ y lệnh miệng là điều không thể.

- Người nhận y lệnh miệng phải viết và đọc lại đúng nguyên văn cho bác sĩ đã ra y lệnh nghe. Bác sĩ xác nhận bằng miệng lệnh đó là chính xác. Người nhận y lệnh miệng về thuốc phải đọc lại tên thuốc và liều lượng cho người ra y lệnh. Khi đọc đánh vần như sau "B trong quả bóng", " P trong phở ". Đánh vần từng con số, ví dụ: " 0,2g" phải được đọc là " không - phẩy - hai - gam" để tránh nhầm lẫn. Thận trong với các loại thuốc đọc nghe giống nhau.

Nguyên tắc 2: Chuẩn hóa danh mục các từ rút gọn, từ viết tắt

Biện pháp

- Danh mục từ rút gọn hoặc viết tắt cần có sự tham gia xây dựng và thống nhất của các bác sĩ và điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

- In danh mục từ viết tắt trên giấy bìa cứng màu sáng và treo ở nơi thuận tiện để nhắc nhở mọi người hoặc in danh mục từ viết tắt ngay ở góc dưới các tờ điều trị hoặc phiếu theo dõi.

- Các Dược sĩ nhà thuốc không chấp nhận bất cứ một từ viết tắt nào không có trong danh mục từ viết tắt.

- Tiến hành một cuộc khảo sát thử để kiểm tra kiến thức nhân viên về danh mục từ viết tắt.

- Xúc tiến chính sách " không dùng từ viết tắt của tháng ".

- Theo dõi sự tuân thủ của nhân viên với danh mục từ viết tắt.

Nguyên tắc 3: Khoa xét nghiệm phải trả kết quả xét nghiệm theo giờ quy định đối với từng loại xét nghiệm và nhân viên tiếp nhận kết quả xét nghiệm phải báo cáo kịp thời cho người có trách nhiệm.

Biện pháp

- Cơ sở y tế cần quy định cụ thể thời gian trả các kết quả xét nghiệm. Quy định người tiếp nhận, cách quản lí và báo cáo kết quả xét nghiệm

- Tổ chức đánh giá việc bảo đảm đúng thời gian trong việc trả và báo cáo kết quả các xét nghiệm quan trọng.

4.3. Bảo đảm an toàn trong dùng thuốc

Nguyên tắc 1

Soát xét danh mục các loại thuốc " trông giống nhau" hoặc " nghe giống nhau " và có các động biện pháp ngăn ngừa sai sót dùng nhầm thuốc.

3.1. Biện pháp

- Nhân viên của cơ sở y tế phải được thông tin đầy đủ về danh mục các tên thuốc khi đọc nghe - giống nhau và trông - giống nhau

- Khi trao đổi thông tin về các thuốc nói trên yêu cầu phải viết và đọc lại tên thuốc.

- Ghi các lời nhắc nhở vào máy vi tính hoặc trên lọ thuốc để cảnh giác nhân viên y tế về khả năng nhầm lẫn tiềm ẩn.

- Kiểm tra nhãn thuốc theo chỉ định trước khi đưa thuốc cho người bệnh.

3.2. Nguyên tắc 2

Kiểm soát các thuốc dạng dung dịch có nồng độ đậm đặc tại các khoa, đặc biệt ở những nơi có người bệnh rối loạn hành vi hoặc trẻ nhỏ.

Biện pháp

- Tất cả các dung dịch có nồng độ đậm đặc (ví dụ: Kali clorua 5%) chỉ cung cấp với số lượng hạn chế ở các khoa và chịu sự kiểm tra giám sát của khoa Dược. Bệnh viện phải xây dựng một hạn mức cho phép về số lượng các thuốc trên tại khoa.

- Phải kiểm soát việc sử dụng các dung dịch này và phải có biện pháp phòng ngừa thích hợp để tránh việc các dung dịch đậm đặc bị dùng nhầm với những loại thuốc có bao bì giống với bao bì của dung dịch (ví dụ: ống nước cất và dung dịch KCL 5%).

- Phải có nhãn cảnh báo dễ nhìn, dễ thấy ở nơi để thuốc.

4.4. Xóa bỏ nhầm lẫn trong phẫu thuật

Nguyên tắc 1: Cơ sở y tế phải xây dựng các quy định nhằm loại bỏ việc phẫu thuật sai vị trí, sai phương pháp, sai bệnh nhân.

Biện pháp

- Các quy định về cách xác định người bệnh trước khi gây mê, trước khi phẫu thuật, trước khi khâu vết mổ…

- Các nhân viên y tế được thông tin về các quy định của cơ sở y tế và nghiêm túc thực hiện.

Nguyên tắc 2: Thực hiện quy trình xác định chính xác người bệnh trước phẫu thuật

Biện pháp

- Bảo đảm bệnh án và tài liệu liên quan phải sẵn sàng trước khi bắt đầu phẫu thuật và nhân viên kíp mổ đọc và xác định lại vị trí, phương pháp phẫu thuật và tên người bệnh.

- Thực hiện việc giao - nhận người bệnh trước mổ.

Nguyên tắc 3: Đánh dấu vị trí phẫu thuật để xác định vị trí cần rạch da và cấy ghép

Biện pháp

- Đánh dấu vị trí phẫu thuật phải làm rõ việc phân biệt bên phải / bên trái, các cấu trúc giải phẫu nhiều thành phần (ngón tay, ngón chân, đốt xương sống..). Nhầm lẫn thường xảy ra đối với các phẫu thuật viên và người bệnh có các phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

- Quy định đánh dấu phải nhất quán trong mỗi cơ sở y tế. Việc sử dụng dấu "X" hiện nay ít áp dụng vì ý nghĩa mập mờ, "X' có thể hiểu là phẫu thuật ở đây hay không phẫu thuật ở đây. Một vạch chỉ vị trí phẫu thuật hoặc chữ 'YES" là những cách được chấp nhận để đánh dấu vị trí phẫu thuật.

- Nếu vị trí phẫu thuật liên quan đến X quang, kiểm tra xem phim có trong phòng mổ hay chưa. Kiểm tra xem tên của bệnh nhân có giống với tên trên phim không và có giống với tên trên bìa kẹp hồ sơ không.

- Nếu có một vết thương ở vị trí phẫu thuật, không cần phải đánh dấu. Tuy nhiên, nếu có nhiều vết thương hoặc vết xước và chỉ có vài vị trí sẽ được phẫu thuật, cần đánh dấu các vị trí này.

4.5. Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

Nguyên tắc 1: Tuân thủ các hướng dẫn về vệ sinh tay của Bộ Y tế

Biện pháp

- Mọi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp đủ các phương tiện cần thiết để bảo đảm vệ sinh tay và có sẵn các lọ đựng dung dịch chứa cồn trên các bàn khám bệnh, các xe tiêm, xe làm thủ thuật, lối ra vào khoa

- Khuyến khích bệnh nhân, gia đình họ yêu cầu nhân viên y tế vệ sinh tay trước khi chăm sóc, làm thủ thuật cho người bệnh

- Dán các tờ rơi cạnh bồn rửa tay và và trong phòng tắm để nhắc nhở nhân viên vệ sinh tay.

- Giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế và phản hồi với người phụ trách về việc thực hiện của nhân viên hoặc theo dõi số lượng cồn sát khuẩn tay dùng cho mỗi 1000 ngày điều trị.

- Thực hiện một chương trình về vệ sinh tay và làm cho các hoạt động vệ sinh tay trở thành một ưu tiên của cơ sở y tế

Nguyên tắc 2: Tuân thủ các phòng ngừa cách ly trong các cơ sở y tế để đảm bảo an toàn cho cả người bệnh và nhân viên y tế.

Biện pháp

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa chuẩn

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường tiếp xúc

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường giọt bắn

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường không khí

Nguyên tắc 3: Tuân thủ các quy định về vô khuẩn khi làm thủ thuật xâm lấn

Biện pháp

- Dụng cụ y tế đảm bảo vô khuẩn cho tới khi sử dụng cho người bệnh

- Tuân thủ các kỹ thuật vô khuẩn trong khi tiến hành các các thủ thuật xâm lấn.

- Thực hiện đúng quy trình khử nhiễm, làm sạch, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.

Nguyên tắc 4: Thực hiện các giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

Biện pháp

- Giám sát người bệnh nhiễm khuẩn

- Giám sát vi khuẩn kháng thuốc

- Giám sát sử dụng kháng sinh hợp lý

4.6. Giảm nguy cơ người bệnh bị ngã

Nguyên tắc: Đánh giá nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến ngã liên quan đến bệnh, thuốc và phương pháp điều trị và có các hành động can thiệp hiệu quả khi nguy cơ được nhận diện.

Áp dụng:

- Lắp đặt chuông báo động tại giường, trong các nhà vệ sinh, lối ra vào

- Hạn chế việc mở cửa sổ

- Huấn luyện bệnh nhân và gia đình về phòng ngừa ngã khi vào viện

- Sử dụng “giường thấp” và có thành cho người bệnh có nguy cơ ngã.

5.0 CÁC GIẢI PHÁP VỀ TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ

5.1. Quan tâm khắc phục lỗi hệ thống

Theo các nhà nghiên cứu y khoa, 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc sai sót từ hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề. Bệnh viện cần quan tâm tới việc xác định nguyên nhân gốc để vừa quan tâm khắc phục lỗi do cá nhân và các lỗi do hệ thống. Thông thường khi có một sự cố xảy ra có 3-4 lỗi hệ thống liên quan tới sự cố đó.

- Văn hóa an toàn cần bắt đầu từ cấp lãnh đạo và sự tham gia của mọi cán bộ y tế. Những hành vi dưới đây cần được khuyến khích:

+ Trao đổi một cách cởi mở về các sai sót, sự cố y khoa
+ Hỗ trợ tinh thần cho những cán bộ y tế có liên quan tới sự cố
+ Minh bạch hóa thông tin với người bệnh về các sai sót và sự cố
+ Người bệnh trở thành một thành viên tích cực trong nhóm chăm sóc

Những phương pháp nhằm vào việc quy chụp trách nhiệm cho cá nhân liên quan đến sự cố sẽ dẫn đến văn hóa dấu diếm sự thật và đã được chứng minh ít hiệu quả trong việc mang lại những kết quả dài hạn. Bằng chứng là hầu hết các Sổ sai sót của các khoa hiện nay hầu như việc ghi theo dõi các sự cố mang tính hình thức và ít hiệu quả.

5.2 Khuyến khích báo cáo sai sót, sự cố y khoa

- Phân loại sự cố và sai sót y khoa theo Bảng dưới đây:

Mức độ	Loại sự cố	Ví dụ
1	Sai sót đã xảy ra nhưng chưa thực hiện trên NB	Pha nhầm thuốc nhưng phát hiện trước khi tiêm
2	Sai sót xảy ra đối với NB nhưng hậu quả ít	Lấy nhầm bệnh phẩm của NB và được phát hiện trước khi gửi đi XN
3	Sai sót xảy ra trên NB gây hậu quả mức trung bình.	Gây mê nhầm người bệnh được phát hiện trước khi mổ.
4	Sai sót gây hậu quả nghiêm trọng	Phẫu thuật nhầm NB hoặc phẫu thuật nhầm vị trí
5	Sai sót/sự cố dẫn đến NB tử vong	Truyền nhầm nhóm máu

- Cơ sở y tế cần có hướng dẫn cách thức báo cáo những sự cố y khoa và sai sót chuyên môn. Các hướng dẫn có thể bao gồm việc xác định các sự cố nào cần báo cáo, nên báo cáo với ai, báo cáo gửi cho ai và lưu ở đâu.

- Có nhiều cách khác nhau để nhận thông tin về các sai sót, sự cố y khoa như: báo cáo qua Email, qua đường dây nóng, qua người phụ trách bộ phận quản lí chất lượng hoặc một cán bộ lâm sàng được tin tưởng. Các quy định báo cáo mang tính hành chính cứng nhắc sẽ không có kết quả.

- Hàng năm cần có báo cáo phân tích tổng hợp về sự cố đã xảy ra và những hoạt động nhằm cải tiến an toàn cho người bệnh.

5.3 Chủ động đánh giá rủi ro

- Một cách chủ động làm giảm sai sót, sự cố là thành lập Ban an toàn người bệnh. Ban này có thể gồm các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, bộ phận quản lý rủi ro và bộ phận cải tiến nghiệp vụ chuyên môn. Nhóm này nên gặp nhau thường xuyên để rà soát lại các thông tin từ các báo cáo chính thức cũng như không chính thức, qua đó sẽ chủ động can thiệp.

- Các cơ sở y tế cần theo các bước sau đây khi thực hiện phương pháp chủ động đánh giá rủi ro:

Bước 1: Chọn một qui trình có rủi ro cao để phân tích
Bước 2: Vẽ sơ đồ qui trình các bước tiến hành
Bước 3: Động não về các kiểu sự cố tiềm ẩn
Bước 4: Xác định nguyên nhân gây ra các sự cố
Bước 5: Thiết kế lại qui trình chuyên môn
Bước 6: Phân tích và kiểm tra qui trình mới
Bước 7: Thực hiện quy trình mới
Bước 8: Theo dõi đánh giá kết quả.

5.4 Khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi đối với nhân viên y tế

- Người bệnh mạnh dạn hỏi người hành nghề về việc chẩn đoán, các xét nghiệm và kế hoạch điều trị.

- Hỏi điều dưỡng viên, hộ sinh viên về những thuốc đưa cho người bệnh uống và tác dụng của thuốc

- Hỏi về khả năng sự cố y khoa không mong muốn khi chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật

VI. KẾT LUẬN

- An toàn người bệnh là vấn đề phổ biến (chiếm 3,7%-17% người bệnh nhập viện). Hậu quả nặng nề về sức khỏe, tính mạng, tài chính đối với người bệnh và suy giảm uy tín của bệnh viện. Các sự cố chủ yếu liên quan tới lỗi hệ

thống hơn là lỗi cá nhân (70/30). Có thể dự phòng làm giảm nhẹ tần suất và hậu quả của các sự cố.

- Bệnh viện cần triển khai các giải pháp bảo đảm an toàn cho người bệnh bao gồm các nội dung chính sau đây:

1. Thành lập Ban an toàn người bệnh

2. Đào tạo cho nhân viên y tế nhận thức và thực hiện các hoạt động an toàn người bệnh

3. Nghiên cứu về an toàn người bệnh, chia sẻ các bài học từ việc phân tích nguyên nhân gốc với lãnh đạo cũng như các nhân viên khác. Nghiên cứu và học hỏi từ những sai sót và phải coi đó là cơ hội để rút kinh nghiệm.

4. Thiết lập hệ thống báo cáo sự cố và sai sót y khoa. Phát triển hệ thống thu thập thông tin về sự cố y khoa và trao đổi những sai sót.

5. Xây dựng và thực hiện các giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh

6. Giáo dục nhân viên y tế văn hoá an toàn và biết cách thể hiện văn hoá này.

7. Khuyến khích bệnh nhân và gia đình họ tham gia vào tiến trình chăm sóc điều trị.

8. Chia sẻ thông tin về sự an toàn người bệnh tại các hội nghị và qua các buổi trao đổi không chính thức

Bảo đảm an toàn cho người bệnh chính là bảo đảm an toàn cho nhân viên y tế và không nên chỉ là lỗ lực nhất thời mà bảo đảm an toàn cho người bệnh cần được duy trì lâu dài./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Khám bệnh, chữa bệnh (số 40/2009/QH12, ban hành ngày 23 tháng 11 năm 2009).

2. Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng trong các bệnh viện.

3. The Quality in Australian Health Care Study. Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd, Bernadette T Harrison, Liza Newby and John D Hamilton

4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991; 324: 370-376[Abstract].

5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-471[Medline].

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Xác định đúng sai trong các câu từ 1-7 dưới đây

	Đúng	Sai
Câu 1. Khi xảy ra tai biến, trường hợp người bệnh không nhất trí với kết luận của Hội đồng chuyên môn cấp bệnh viện thì có quyền đề nghị BYT thành lập Hội đồng chuyên môn.		
Câu 2. Thành phần hội đồng chuyên môn gồm các chuyên gia trong lĩnh vực chuyên môn phù hợp.		
Câu 3. Hội đồng chuyên môn quyết định theo đa số và chịu trách nhiệm trước phgáp luật về kết luận của mình		
Câu 4. Người hành nghề được xác định không có sai sót khi đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật nhưng vẫn xảy ra tai biến		
Câu 5. Trường hợp xảy ra tai biến xác định người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở KCB và người hành nghề vẫn phải bồi thường thiệt hại.		
Câu 6. Việc giải quyết các tranh chấp được giải quyết bằng tự hòa giải hoặc khởi kiện tại Tòa án		
Câu 7. Trên 50% các sai sót, sự cố y khoa có thể phòng ngừa		

Câu 8. Kể cho đủ 3 hành vi xác định người hành nghề có sai sót

A Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;

B Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật và đạo đức nghề nghiệp;

C .....

Câu 9. Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh việc tranh chấp liên quan tới các đối tượng (Chọn câu trả lời đúng nhất) :

A. Người bệnh,

B. Người đại diện của người bệnh;

C. A và B;

D. C và Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Câu 10. Điền cho đủ các loại sai sót, sự cố y khoa

A. Nhiễm khuẩn bệnh viện

B. .....

C. Tác dụng không mong muốn của thuốc

D. Nhầm phẫu thuật (người bệnh,vị trí, phương pháp, sót dụng cụ trong vị trí phẫu thuật)

E. Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (sai, chậm)

F. Phương tiện dụng cụ không phù hợp, không đủ

G. Sao chép sai y lệnh, chữ viết xấu

H. .....

I. Nhân viên y tế mới, tắc trách

K. Khác: ngã, bỏng, điện giật...

Câu 11. Về phương diện kỹ thuật Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo:

A. 4 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

B. 5 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

C. 6 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

D. 7 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

BÀI 13
QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được vai trò của Điều dưỡng trưởng trong đào tạo liên tục

2. Trình bày được các quy định về thực hành sau tốt nghiệp và đào tạo liên tục

3. Mô tả được các thành phần chính của chương trình đào tạo liên tục

4. Trình bày được các quy định về xây dựng và thẩm định chương trình tài liệu đào tạo liên tục

NỘI DUNG

I. MỞ ĐẦU

Một trong những nhiệm vụ quan trọng của người Điều dưỡng trưởng là đào tạo, hướng dẫn lâm sàng cho nhân viên, học sinh, sinh viên. Một Điều dưỡng trưởng có kiến thức cập nhật và có năng lực giảng dạy luôn được nhân viên tin tưởng và đánh giá cao, vì thế công việc điều hành của Điều dưỡng trưởng trở nên thuận lợi và hiệu quả.

Theo các quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và theo Thông tư số 07/2008/TT-BYT về hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế thì vấn đề đào tạo liên tục đã trở thành quy định bắt buộc đối với cán bộ y tế để được cấp chứng chỉ hành nghề và duy trì giá trị pháp lý của chứng chỉ hành nghề.

Điều dưỡng trưởng phải cập nhật các quy định về đào tạo liên tục của Bộ Y tế, có năng lực xây dựng chương trình, tổ chức đào tạo, đánh giá đào tạo và sử dụng các kỹ thuật giảng dạy lâm sàng hiệu quả.

II. CƠ SỞ PHÁP LÝ VỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

1. Khái niệm về đào tạo liên tục

Đào tạo liên tục là các khoá đào tạo ngắn hạn bao gồm đào tạo bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và những khoá đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia.

2. Về cấp và thu hồi Chứng chỉ hành nghề

Điều 18 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định các điều kiện để cấp Chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam bao gồm:

- Văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam;

- Có văn bản xác nhận quá trình thực hành, trừ trường hợp là lương y, người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.

- Có giấy chứng nhận đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

- Không thuộc trường hợp đang trong thời gian bị cấm hành nghề, cấm làm công việc liên quan đến chuyên môn y, dược theo bản án, quyết định của Tòa án; đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự; đang trong thời gian chấp hành bản án hình sự, quyết định hình sự của tòa án hoặc quyết định áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh; đang trong thời gian bị kỷ luật từ hình thức cảnh cáo trở lên có liên quan đến chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh; mất hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự.

Điều 24 Luật Khám bệnh, chữa bệnh về xác nhận quá trình thực hành sau tốt nghiệp quy định người có văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam, trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể như sau:

- 18 tháng thực hành tại bệnh viện, việc nghiên cứu có giường bệnh (sau đây gọi chung là bệnh viện) đối với bác sỹ ;

- 12 tháng thực hành tại bệnh viện đối với y sỹ;

- 09 tháng thực hành tại bệnh viện có khoa phụ sản hoặc tại nhà hộ sinh đối với hộ sinh viên.

- 09 tháng thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với điều dưỡng viên, kỹ thuật viên.

Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xác nhận bằng văn bản về quá trình thực hành cho người đã thực hành tại cơ sở của mình, bao gồm nội dung về thời gian, năng lực chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp. Điều dưỡng trưởng có trách nhiệm giúp cho lãnh đạo bệnh viện trong việc hướng dẫn thực hành cho điều dưỡng và hộ sinh viên, đồng thời giúp lãnh đạo bệnh viện quản lý thực hành lâm sàng của các đối tượng liên quan.

Điều 29 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định một trong các điều kiện người hành nghề bị thu hồi Chứng chỉ hành nghề là người hành nghề không hành nghề trong thời hạn 02 năm liên tục.

3. Về thời gian đào tạo liên tục của cán bộ y tế

Thông tư 07/2008/TT-BYT về hướng dẫn đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế quy định như sau:

a) Tất cả cán bộ y tế đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Thời gian được đào tạo mỗi năm tối thiểu là 24 giờ thực học. Trong 5 năm mỗi cán bộ y tế phải tham gia học tập và tích luỹ đủ thời gian đào tạo liên tục ít nhất là 120 giờ thuộc lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ đang hành nghề. Thủ trưởng đơn vị y tế có trách nhiệm xem xét cho phép tiếp

tục công việc thuộc lĩnh vực chuyên môn với những người không tích luỹ đủ thời gian học trong 5 năm công tác.

b) Những cán bộ đang hướng dẫn nghiên cứu sinh, thạc sĩ; những người tham dự các lớp đào tạo, tập huấn chuyên môn, nghiệp vụ ở nước ngoài có chứng chỉ; người tham gia hội thảo, hội nghị quốc tế, quốc gia có trình bày báo cáo của mình; người có đăng bài báo ở tạp chí chuyên ngành thì được Thủ trưởng đơn vị xem xét và quy đổi vào thời gian học tập liên tục.

c) Những người tham dự các khoá đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức nhà nước theo quy định của Bộ Nội vụ hoặc tham dự các khoá đào tạo chuyên môn nghiệp vụ do các Bộ, ngành khác tổ chức mà được cấp giấy chứng nhận thì được tính vào thời gian học tập liên tục.

d) Mọi cá nhân đang làm việc trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam đều có nghĩa vụ tham gia học tập theo quy định của Thông tư này.

III. CHƯƠNG TRÌNH, TÀI LIỆU DẠY HỌC

Bộ Y tế thống nhất quản lý về chương trình và tài liệu dạy- học liên tục về chuyên môn, nghiệp vụ được sử dụng trong các cơ sở đào tạo ngành y tế. Chương trình và tài liệu dạy-học được biên soạn bao gồm các nội dung sau:

1. Chương trình đào tạo

Căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ và nhu cầu về đào tạo liên tục cán bộ y tế mà các cơ sở đào tạo xây dựng chương trình đào tạo liên tục. Chương trình đào tạo có các nội dung:

a) Tên của khoá học.

b) Mục tiêu khoá học.

c) Thời gian, đối tượng đào tạo.

d) Yêu cầu cần đạt được sau khoá học về kiến thức, kỹ năng, thái độ.

đ) Yêu cầu đầu vào của học viên.

e) Chương trình chi tiết được cụ thể đến tên bài và số tiết học.

g) Tiêu chuẩn giảng viên và phương pháp dạy học.

h) Yêu cầu về trang thiết bị, tài liệu học tập cho khoá học.

i) Đánh giá và cấp Giấy chứng nhận.

Bộ Y tế khuyến khích những khoá đào tạo sau đại học có thời gian từ 3 tháng tập trung trở lên thiết kế chương trình hướng liên thông với chương trình chính quy theo số tín chỉ của một chương trình sau đại học như: chuyên khoa định hướng, chuyên khoa 1, chuyên khoa 2 để người học có thể tích lũy số tín chỉ và được xét miễn giảm khi tham gia học lấy bằng sau đại học ngành y tế.

2. Tài liệu dạy -học

a) Căn cứ vào chương trình đào tạo liên tục đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, các cơ sở đào tạo xây dựng tài liệu dạy-học cho phù hợp. Tài liệu dạy-học

được cấu trúc theo chương, bài. Trong mỗi bài có mục tiêu, nội dung và lượng giá. Phần nội dung, lượng giá cần phù hợp với mục tiêu của bài giảng.

b) Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo biên soạn tài liệu cho giảng viên kèm theo tài liệu dạy-học để thuận lợi cho việc tổ chức các khoá đào tạo.

c) Chương trình và tài liệu dạy - học có thể biên soạn và ban hành riêng biệt hoặc gộp chung nhưng phải thể hiện rõ phần chương trình và phần tài liệu dạy-học.

3. Thẩm định và phê duyệt chương trình và tài liệu dạy-học

a) Bộ Y tế phê duyệt chương trình, tài liệu dạy-học cho các cơ sở đào tạo tuyến trung ương và các khoá đào tạo nhân lực y tế áp dụng cho hai tỉnh/thành phố trở lên, các khoá đào tạo của các dự án y tế trung ương, trên cơ sở đề nghị của các Hội đồng thẩm định chuyên môn của Bộ Y tế. Thành viên của Hội đồng thẩm định do Vụ Khoa học và Đào tạo đề xuất, trình Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định. Thời gian hoàn thành công việc thẩm định là 2 tháng.

b) Bộ Y tế uỷ quyền cho các Sở Y tế phê duyệt chương trình và tài liệu day-học cho các cơ sở đào tạo liên tục trong phạm vi thuộc Sở Y tế quản lý trên cơ sở đề nghị của Hội đồng thẩm định chương trình và tài liệu dạy-học chuyên môn do Sở Y tế thành lập. Hiệu trưởng trường Cao đẳng và Trung cấp của tỉnh là Chủ tịch hoặc Phó chủ tịch Hội đồng thẩm định chuyên môn của Sở Y tế. Thời gian hoàn thành việc thẩm định là 1 tháng.

c) Bộ Y tế uỷ quyền cho các Viện nghiên cứu, các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp y dược thẩm định và phê duyệt các chương trình và tài liệu đào tạo liên tục tương quan với các mã ngành nghề của chương trình đào tạo chính quy mà viện/trường đang thực hiện, trên cơ sở thẩm định của Hội đồng khoa học hoặc Hội đồng chương trình của viện/trường.

d) Các cơ sở đào tạo có trách nhiệm xây dựng chương trình, tài liệu dạy học và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt trước khi tổ chức khoá đào tạo.

đ) Bộ Y tế sẽ phân cấp việc thẩm định và phê duyệt chương trình đào tạo liên tục cho các cơ sở đào tạo liên tục khác khi có đủ điều kiện.

IV. QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

1. Cơ sở đào tạo liên tục

a) Các cơ sở đào tạo Sau đại học, Đại học, Cao đẳng, Trung cấp và Dạy nghề đã được phép đào tạo chính quy thì được phép tổ chức các khoá đào tạo liên tục theo mã ngành đào tạo tương ứng, theo chương trình và tài liệu đã được thẩm định.

b) Các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến trình Bộ Y tế chương trình, tài liệu đào tạo và danh sách giảng viên để được chính thức giao nhiệm vụ đào tạo liên tục của ngành.

c) Các cơ sở y tế khác khi tham gia đào tạo liên tục để cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục theo quy định tại Thông tư này cần được thẩm định về:

cơ sở vật chất, chương trình, tài liệu và đội ngũ giảng viên theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

2. Triển khai đào tạo

a) Các cơ sở đào tạo liên tục trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, Ngành khác đăng ký và báo cáo triển khai kế hoạch đào tạo hàng năm với Bộ Y tế, các cơ sở y tế địa phương đăng ký và báo cáo kế hoạch đào tạo với Sở Y tế để tổng hợp và nhận phôi giấy chứng nhận đào tạo liên tục.

b) Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo ứng dụng công nghệ thông tin và truyền thông trong việc tổ chức đào tạo liên tục.

3. Kinh phí cho đào tạo liên tục thông qua các nguồn sau đây

a) Kinh phí đóng góp của người tham gia khoá đào tạo để nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của bản thân theo quy định của Nhà nước.

b) Kinh phí đào tạo liên tục được kết cấu từ ngân sách nhà nước trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở đào tạo do cơ quan có thẩm quyền phân bổ.

c) Các cơ sở y tế có trách nhiệm bố trí kinh phí để đào tạo cán bộ của đơn vị từ kinh phí chi thường xuyên với tỷ lệ hợp lý, phù hợp với kế hoạch đào tạo liên tục.

d) Kinh phí có từ nguồn thu hợp pháp khác.

4. Phân cấp quản lý đào tạo

a) Bộ Y tế: Quản lý chương trình, tài liệu dạy - học của những khoá học ở tuyến trung ương và những khoá học liên quan đến nhiều cơ sở y tế (từ 2 tỉnh/thành phố trở lên); những khoá học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, lần đầu tiên được đưa vào áp dụng tại Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến đã được Bộ Y tế uỷ quyền chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực,

b) Các Sở Y tế: Chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục trong địa phương mình và tổ chức các khoá đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý của Sở.

c) Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp, Dạy nghề y tế thuộc tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với Sở Y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức và triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.

d) Các cơ sở đào tạo liên tục phải đáp ứng các điều kiện đảm bảo chất lượng đào tạo (đội ngũ giảng viên, cơ sở vật chất, chương trình, học liệu,...) và chịu trách nhiệm quản lý, báo cáo định kỳ về cơ quan quản lý cấp trên.

đ) Bộ Y tế và các Sở Y tế tiến hành kiểm tra, giám sát thường xuyên định kỳ hoặc đột xuất việc tổ chức đào tạo liên tục của các cơ sở đào tạo để đảm bảo chất lượng.

5. Giấy chứng nhận đào tạo liên tục

a) Chứng nhận đào tạo liên tục về chuyên môn cho cán bộ y tế được cấp theo mẫu của Bộ Y tế, trong đó có ghi các nội dung cụ thể của khoá học kèm

theo số giờ học. Chứng nhận đào tạo liên tục có giá trị tích luỹ trong 5 năm và được quản lý tương tự như quy định quản lý văn bằng hệ chính quy.

b) Các cơ sở có đủ điều kiện và được giao nhiệm vụ đào tạo liên tục có trách nhiệm cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho những người đã học tập và đạt yêu cầu của khoá học. Chỉ những khoá đào tạo có thời gian từ 15 giờ thực học trở lên theo chương trình và tài liệu đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt mới được cấp giấy chứng nhận.

c) Quản lý giấy chứng nhận đào tạo liên tục: Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo) quản lý việc cấp mã số giấy chứng nhận đào tạo liên tục trong toàn quốc; trực tiếp quản lý việc cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho các cơ sở trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, Ngành khác. Các Sở Y tế được giao quyền in giấy chứng nhận đào tạo liên tục theo mẫu của Bộ Y tế để cấp cho các cơ sở đào tạo liên tục ở địa phương; các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp y tế thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giúp Sở Y tế quản lý việc cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục tại địa phương. Bộ Y tế sẽ giao quyền in giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho các cơ sở khác khi đủ điều kiện./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donaldson L, Scannell E. Human Resource Development. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.
2. Bộ Y tế (2001). Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế. Dự án WHO/HRH/001, NXB Y học
3. Bộ Y tế (2009). Phương pháp sư phạm cơ bản. Tài liệu đào tạo giảng viên các cơ sở đào tạo liên tục về sức khỏe sinh sản
4. Phạm Thị Minh Đức (1998). Dạy học tích cực trong đào tạo y học. NXB Y học

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điều kiện để đăng ký cấp chứng chỉ hành nghề

A. Có văn bằng chuyên môn phù hợp

B. Có giấy chứng nhận đủ sức khỏe

C. Có xác nhận quá trình thực hành

D. Cả A, B, C đều đúng

Câu 2. Luật khám bệnh chữa bệnh quy định thời gian thực hành đối với điều dưỡng để được cấp giấy chứng nhận thực hành là:

A. 18 tháng

B. 12 tháng

C. 9 tháng

D. Tất cả đều sai

Câu 3. Luật khám bệnh chữa bệnh quy định nơi thực hành đối với điều dưỡng để được cấp giấy chứng nhận thực hành là:

A. Bệnh viện huyện trở lên

B. Bệnh viện và viện nghiên cứu có giường bệnh

C. Các cơ sở khám chữa bệnh

D. Tất cả đều đúng

Câu 4. Sắp xếp hợp lý thứ tự các phần chính của một chương trình đào tạo liên tục theo quy định của Bộ Y tế tại Thông tư số 07/2008/TT-BYT

Thứ tự	**Nội dung chính của chương trình**
	- Yêu cầu về trang thiết bị, tài liệu học tập cho khoá học.
	- Đánh giá và cấp Giấy chứng nhận.
	- Thời gian
	- Yêu cầu cần đạt được sau khoá học về kiến thức
	- Chương trình chi tiết được cụ thể đến tên bài và số tiết học.
	- Tiêu chuẩn giảng viên và phương pháp dạy học.
	- Tên của khoá học.
	- Mục tiêu khoá học.
	- Yêu cầu đầu vào của học viên.

Câu 5. Thông tư 07/2008/TT-BYT về hướng dẫn đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế quy định thời gian được đào tạo mỗi năm tối thiểu là:

A. 24 giờ thực học

B. 48 giờ

C. 100 giờ

D. 120 giờ

Câu 6. Các chương trình và tài liệu đào tạo liên tục liên tỉnh do Bộ Y tế phê duyệt

A. Đúng B. Sai

Câu 7. Các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và các bệnh viện đa khoa tỉnh thành phố đương nhiên được công nhận là các đơn vị có đủ điều kiện đào tạo liên tục

A. Đúng B. Sai

Câu 8. Các cơ sở khám chữa bệnh muốn được công nhận là đơn vị đủ điều kiện đào tạo liên tục phải có văn bản báo cáo BYT về chương trình, tài liệu và đội ngũ giảng viên để được công nhận

A. Đúng B. Sai

Câu 9. Các tổ chức xã hội nghề nghiệp Trung ương được tổ chức đào tạo liên tục nếu được Bộ Y tế thẩm định chương trình, tài liệu, giảng viên và cho phép.

A. Đúng B. Sai

Câu 10. Các SYT có thể thành lập Hội đồng chuyên môn phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo liên tục trong phạm vi từng tỉnh

A. Đúng B. Sai

Câu 11. Kinh phí cho đào tạo liên tục từ các nguồn sau

A. Kinh phí đóng góp của người tham gia khoá đào tạo để nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của bản thân theo quy định của Nhà nước.

B. Kinh phí đào tạo liên tục được kết cấu từ ngân sách nhà nước trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở đào tạo do cơ quan có thẩm quyền phân bổ.

C. Kinh phí để đào tạo cán bộ của đơn vị từ kinh phí chi thường xuyên

D. Tất cả đều đúng

Câu 12. Những khoá đào tạo có thời gian từ 15 giờ thực học trở lên theo chương trình và tài liệu đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt mới được cấp giấy chứng nhận.

A. Đúng B. Sai

BÀI 14
ĐẶC ĐIỂM HỌC TẬP CỦA NGƯỜI LỚN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được 5 đặc điểm học tập của người lớn
2. Trình bày được 3 nguyên tắc học tập của người lớn
3. Trao đổi được các kinh nghiệm dạy học người lớn
4. Áp dụng được lý thuyết học tập của người lớn vào việc dạy - học

NỘI DUNG

I. MỞ ĐẦU

Trước khi Tiến sĩ M. Knowles đưa ra học thuyết về cách học của người lớn, hầu hết các nhà giáo dục đều cho rằng người lớn học không khác gì trẻ em, vai trò của giáo viên là dạy, vai trò của học viên là học. Giáo viên là người phải chịu toàn bộ trách nhiệm về quá trình dạy và học. Người giáo viên quyết định tất cả mọi vấn đề liên quan đến việc cần phải học cái gì. Còn học như thế nào thì đơn thuần chỉ dựa vào kiến thức và kỹ năng của giáo viên.

Thuật ngữ "pedagogy" được sử dụng để mô tả khoa học và nghệ thuật dạy trẻ em có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp, trong đó "ped" có nghĩa là trẻ em và "agogy" có nghĩa là dẫn dắt. Thuật ngữ Dạy học người lớn do một nhà giáo dục nổi tiếng là Tiến sĩ M. Knowles đưa ra và cho rằng trẻ em và người lớn học tập theo những cách khác nhau. Ông đã đưa ra những đặc trưng về đặc điểm học tập của người lớn và được thừa nhận rộng rãi bởi các nhà giáo dục khắp thế giới.

Người lớn đã tích lũy được nhứng kinh nghiệm thực tế, khi đi học họ có rất nhiều điều phân tâm như công việc của cơ quan, của gia đình, của bản thân. Giảng viên cần chọn lựa những phương pháp dạy học phù hợp để học viên học có hiệu quả.

Khi dạy học cho người lớn cần tìm hiểu rõ về học viên để điều chỉnh phương pháp và nội dung dạy học cho phù hợp nhằm đảm bảo học viên có đủ năng lực chuyên môn và thái độ đúng đắn đối với công việc.

P*hương châm dạy học cho người lớn là giảng viên không làm những gì mà học viên có thể làm được việc dạy học có hiệu quả nhất là* lấy học viên làm trung tâm.

II. ĐẶC ĐIỂM HỌC TẬP CỦA NGƯỜI LỚN

1. Học viên hiểu được nhu cầu học tập của cá nhân

- Giảng viên cần lượng giá học viên trước khoá học để xác định được mục tiêu, nội dung học tập phù hợp với nhu cầu của học viên.

- Giảng viên cần bắt đầu việc đào tạo bằng cách thảo luận với học viên về các mong đợi của họ đối với khóa học.

2. Học viên tự định hướng được việc học tập của cá nhân

- Giảng viên cần làm rõ ý nghĩa thực tiễn của chủ đề học để học viên nhận thức được sự cần thiết và nhiệt tình tham gia học tập.

- Giảng viên cần giúp học viên người lớn đưa ra mục tiêu và lập kế hoạch các hoạt động học tập cho phù hợp với nhu cầu của học viên.

3. Học viên có kinh nghiệm nghề nghiệp và kinh nghiệm sống

- Giảng viên cần đưa các kinh nghiệm của học viên vào lớp học

- Giảng viên cần liên kết các hoạt động học tập mới với kinh nghiệm sẵn có của học viên.

- Giảng viên cần tôn trọng và đánh giá đúng mức các kinh nghiệm của học viên.

4. Học viên không thích việc học mang tính áp đặt

- Giảng viên cần khuyến khích để học viên tham gia vào việc tổ chức lớp, bố trí phòng học và các hoạt động chung của lớp.

- Giảng viên cần yêu cầu các học viên tự xây dựng các nội quy học tập để tự giác thực hiện

- Giảng viên cần sử dụng các phương pháp dạy học chủ động như: động não, giải quyết tình huống, đóng vai, làm việc nhóm v,v. giúp cho học viên cảm thấy họ đang giải quyết các vấn đề thực tiến đặt ra và vì vậy việc học tập sẽ hiệu quả hơn.

5. Học viên có động cơ học tập rõ ràng

- Động cơ bên trong là sự mong muốn học tập kiến thức, kỹ năng mới để làm tốt hơn công việc cần giải quyết hàng ngày.

- Động cơ bên ngoài là để đạt chuẩn các yêu cầu về vị trí công việc, hoặc để được tăng lương, đề bạt theo yêu cầu của tổ chức.

- Giảng viên cần giúp học viên cân bằng các động cơ học tập và phải đạt được các yêu cầu của khóa học.

III. NGUYÊN TẮC HỌC TẬP CỦA NGƯỜI LỚN

1. Sự tham gia tích cực của học viên

Người lớn học khác với trẻ con; các phương pháp như thuyết trình, học thuộc lòng ít có hiệu quả đối với người lớn. Vì vậy, giúp người lớn hiểu sẽ tốt hơn học thuộc lòng và tạo nhiều cơ hội để người lớn tham gia vào quá trình học tập thì sẽ nhớ lâu hơn. Giảng viên cần sử dụng các phương tiện nghe nhìn để thu hút sự tập trung học tập của học viên người lớn.

2. Tạo môi trường hỗ trợ cho việc dạy - học

Môi trường thuận lợi cho việc học tập bao gồm: các mối quan hệ giữa giảng viên và học viên, giữa học viên với nhau và cách bố trí lớp học. Giữa giảng viên và học viên cần có sự bình đẳng tin tưởng, tôn trọng lẫn nhau. Giữa các học viên cần thường xuyên có sự trao đổi, hợp tác và có sự thống nhất về các hoạt động học tập cũng như các hoạt động ngoại khóa. Học viên có xu hướng phản ứng tiêu cực với môi trường học tập giống như môi trường học tập của trẻ nhỏ. Môi trường thân thiện này sẽ đem lại hiệu quả học tập cao hơn là sử dụng các biện pháp hành chính như phê phán, kỷ luật. Để đảm bảo lớp học diễn ra hiệu quả và nghiêm túc, cần tổ chức cho học viên tự xây dựng nội quy học tập ngay đầu khoá học và đưa ra các quy tắc để mỗi học viên thực hiện một cách tự nguyện.

3. Sử dụng hiệu quả kinh nghiệm của học viên

Giảng viên phải có khả năng đưa kinh nghiệm của học viên vào lớp học, đánh giá đúng giá trị các kinh nghiệm sẵn có của học viên sẽ làm cho học viên cảm thấy được tôn trọng và có niềm tin khi học các kiến thức-thái độ-kỹ năng mới. Giảng viên cần giúp họ liên kết được những kiến thức từ lớp học với những kinh nghiệm thực tế công việc của họ.

IV. KẾT LUẬN

Trong những năm gần đây, các nhà giáo dục và đào tạo đã phát triển những phương pháp mới để hỗ trợ học tập nói chung và dạy học người lớn nói riêng. Từ những phương pháp dạy học truyền thống như thuyết trình là chủ yếu đến nay đã có thêm các phương pháp mới như thảo luận nhóm, đóng vai, giải quyết tình huống, các trò chơi v.v., và các phương tiện hỗ trợ nghe nhìn phục vụ dạy học.

Không có phương pháp dạy học hoàn hảo nhất, mỗi phương pháp đều có giá trị riêng và ứng dụng riêng. Giảng viên trong lớp học người lớn cần hiểu được những đặc điểm học tập của học viên người lớn, cần áp dụng ba nguyên tắc dạy học người lớn và chú ý tới các yếu tố thức đẩy việc học tập của người lớn trong quá trình tổ chức các lớp học của người lớn./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donaldson L, Scannell E. Human Resource Development. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.

2. Bộ Y tế (2001). Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế. Dự án WHO/HRH/001, NXB Y học

3. Bộ Y tế (2009). Phương pháp sư phạm cơ bản. Tài liệu đào tạo giảng viên các cơ sở đào tạo liên tục về sức khỏe sinh sản

4. Phạm Thị Minh Đức (1998). Dạy học tích cực trong đào tạo y học. NXB Y học

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Điền cho đủ 5 đặc điểm học tập của người lớn

A. .....

B. Học viên định hướng được việc học tập của cá nhân

C. Học viên có những kinh nghiệm nghề nghiệp và kinh nghiệm sống

D. Học viên không thích việc học mang tính áp đặt

E. .....

Câu 2: Điền cho đủ 3 nguyên tắc học tập của người lớn

A. Sự tham gia tích cực của học viên

B. .....

C. Sử dụng hiệu quả kinh nghiệm của học viên

Câu 3: Dạy học tích cực là

A. Dạy - học theo mục tiêu và có sự tham gia của học viên

B. Có phản hồi thường xuyên và lượng giá dựa vào mục tiêu

C. Dạy học theo mục tiêu và lượng giá dựa vào mục tiêu

D. A và B

Câu 4: Trong lớp học của người lớn mọi học viên đều có thể là "thầy và là trò"

A. Đúng

B. Sai

Câu 5: Trong lớp học của người lớn im lặng là dấu hiệu chắc chắn học viên đang chú ý lắng nghe giảng viên

A. Đúng

B. Sai

Câu 6: Thay đổi chỉ diễn ra khi học viên có động cơ học tập

A. Đúng

B. Sai

Câu 7: Học hiểu thì nhớ lâu hơn học thuộc lòng

A. Đúng

B. Sai

BÀI 15
CÁC KỸ THUẬT DẠY - HỌC TÍCH CỰC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Giải thích sơ đồ quá trình dạy-học
2. Mô tả được các mức độ học tập về kiến thức, kỹ năng và thái độ
3. Lựa chọn và áp dụng phương pháp dạy- học phù hợp.

NỘI DUNG

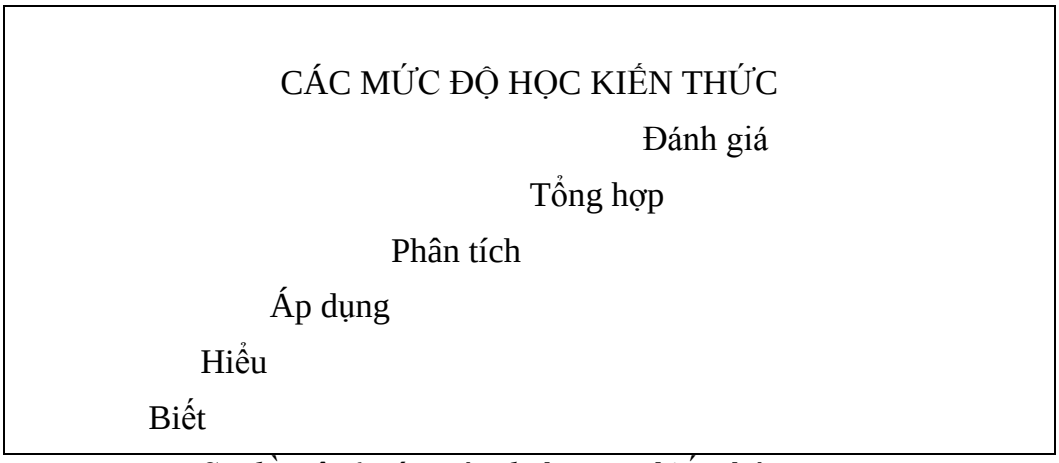
I. CÁC LĨNH VỰC HỌC TẬP

1. Lĩnh vực kiến thức

Dạy kiến thức như thế nào?

- Chỉ dạy những gì học viên cần
- Bắt đầu bằng kinh nghiệm của bản thân học viên
- Sử dụng tất cả các nguồn hỗ trợ có thể
- Hoạt động học tập có sự tham gia của học viên
- Sử dụng các giáo cụ trực quan và tài liệu phát tay
- Nhắc lại và tóm tắt thường xuyên
- Lượng giá xem học viên học tập như thế nào?
- Cho các bài tập đòi hỏi vận dụng kiến thức vào giải quyết vấn đề.

Các mức độ học tập kiến thức



Sơ đồ mô tả các mức độ học tập kiến thức

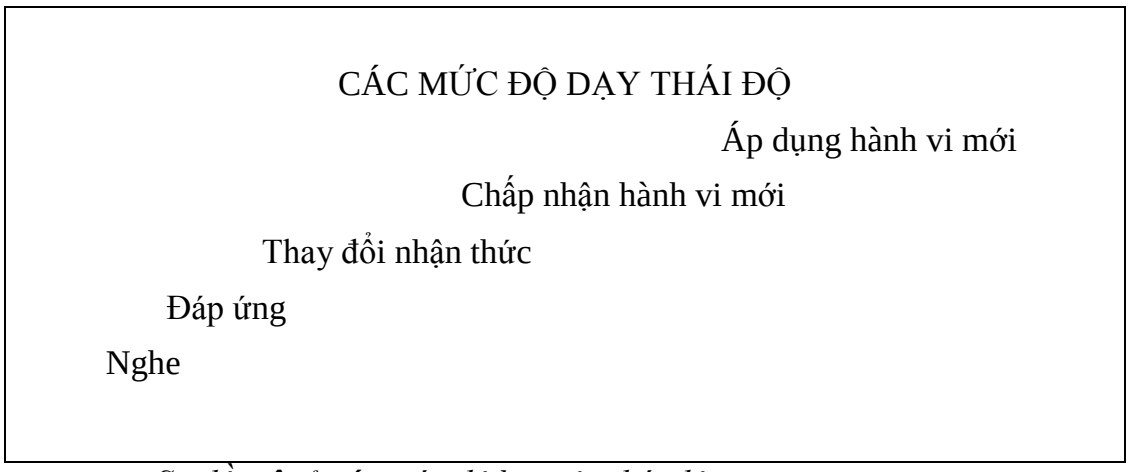
2. Lĩnh vực thái độ

Thái độ được biểu hiện qua tình cảm, cảm xúc, niềm tin. Nó ảnh hưởng Nhà trường, gia đình, xã hội, đồng nghiệp, diễn ra một cách từ từ và đây là lĩnh vực khó giảng dạy, khó đo lường. Các lĩnh vực học tập về thái độ diễn ra theo các mức độ như: thay đổi nhận thức, chấp nhận sự thay đổi.

Dạy thái độ như thế nào?

- Kể chuyện về thái độ
- Thảo luận về thái độ
- Cung cấp thông tin
- Nêu gương tốt
- Đóng vai
- Đọc các bài báo

Các mức độ dạy thái độ



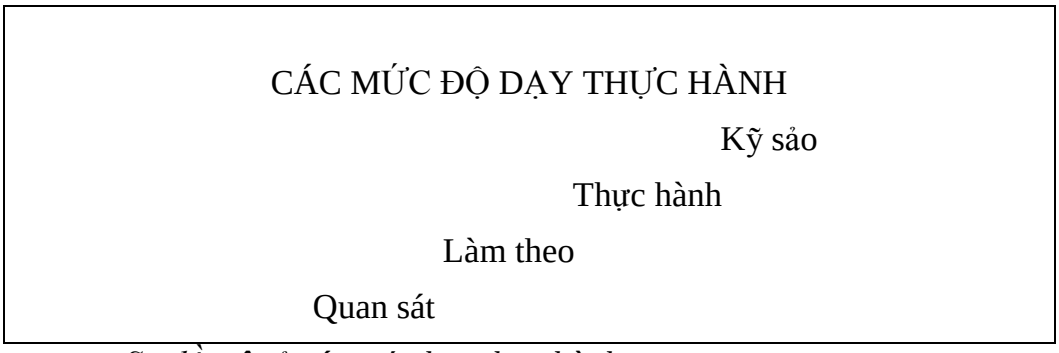
Sơ đồ mô tả các mức độ học tập thái độ

3. Lĩnh vực thực hành

Dạy kỹ năng như thế nào?

- Mô tả kỹ năng
- Thao diễn kỹ năng mẫu
- Thực hành kỹ năng: trong điều kiện thật hoặc giả định như thật
- Lượng giá kỹ năng: nhận xét đã làm tốt đến mức nào, và làm thế nào sẽ tốt hơn.

Các mức độ dạy thực hành



Sơ đồ mô tả các mức học thực hành

II. MỘT SỐ KỸ THUẬT DẠY HỌC TÍCH CỰC

2.1. Khởi động

Mục đích

- Tạo không khí thân thiện
- Giảm sự thờ ơ, phân tán

Áp dụng

- Bắt đầu lớp học

Tiến hành

- Lựa chọn các hoạt động khởi động thích hợp
- Giải thích cho học viên hiểu cần làm những gì
- Tiến hành hoạt động theo hướng dẫn
- Tóm tắt mục đích và ý nghĩa của hoạt động.

2.2. Động não

Mục đích

- Kích thích ý tưởng sáng tạo
- Đưa ra phương án cho vấn đề

Áp dụng

- Khi cần ý tưởng mới và sáng tạo
- Khi có thể phân công các nhóm học viên 5-10 người

Tiến hành

- Bố trí học viên ngồi vòng tròn
- Giáo viên đưa ra vấn đề có tính kích thích sự động não.

- Mỗi học viên nhanh chóng đưa ra ý tưởng có sẵn trong đầu

- Các học viên thống nhất chọn giải pháp / ý tưởng hay nhất

- Đại diện nhóm báo cáo, nhóm viên bổ sung (nếu cần)

- Giảng viên phản hồi về các ý tưởng, giải pháp học viên đưa ra.

- Thời gian " động não" không nên kéo dài quá 30 phút.

2.3. Thuyết trình

Mục đích

- Cung cấp thông tin, khi kết hợp với minh họa hoặc phương tiện nghe, nhìn sẽ tăng hiệu quả nhiều lần.

- Không hiệu quả trong dạy học thực hành.

Áp dụng

- Giảng lý thuyết (các nguyên tắc, khái niệm, quy trình, tóm tắt bài học, phổ biến chủ trương chính sách...)

- Lớp đông người

Tiến trình

- Mở đầu: thu hút người nghe, không nên bát đầu bằng slide.

- Nội dung: Trình bày theo mục tiêu

- Kết luận: tóm tắt nội dung chính, gợi ý phát triển trong tương lai.

10 điều cần - khi thuyết trình:

1. Cần hiểu đối tượng: khán giả là cơ sở để chuẩn bị bài thuyết trình.

2. Cần chuẩn bị giảng chu đáo: chuẩn bị kỹ bài thuyết trình là một nguyên tắc của người giảng viên, cho dù thuyết trình trước nhóm nhỏ hay số đông thì công tác chuẩn bị cũng cần quan trọng như nhau. Chuẩn bị kỹ nội dung thuyết trình cái gì và thuyết trình như thế nào.

3. Cần kiểm tra địa điểm, phương tiện, đến sớm: sự hiểu biết của bạn về không gian nơi thuyết trình, phương tiện hỗ trợ là rất cần thiết để bạn chuẩn bị trước cho cá nhân. Cần lựa chọn cỗ đứng sao cho quan sát được tất cả các khu vực của lớp học. Đến sớm sẽ giúp bạn chuẩn bị trước bài trình bầy và có thời gian quan sát những thành phần tham gia buổi học.

4. Cần trình bày ngắn gọn xúc tích: thường học viên ít phàn nàn người nói ngắn mà hay chê người nói dài.

5. Cần biết trình bầy và sử dụng các hình chiếu bằng power-point: các hình chiếu phải bảo đảm đơn giản, chỉ viết từ khóa, mỗi hình chiếu không nên viết quá 8 dòng và mỗi dòng không quá 8, nền hình chiếu trắng thì chữ mầu tối và ngược lại nền mầu tối thì chữ mầu sáng. Về sử dụng các hình chiếu người trình bày phải hiểu và không đọc tất cả các chữ trên hình chiếu.

7. Cần sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu, khúc triết

8. Cần tạo không khí thoải mái cho buổi học

9. Cần mang trang phục chỉnh tề: trang phục xộc xệch làm học viên he liên tưởng người diễn thuyết có thể cẩu thả trong công việc.

10. Cần có giọng nói và tốc độ phù hợp: nói sao cho nghe rõ ở hàng nghế cuối và tốc độ như phát thanh viên khoảng 120-130 từ/phút. Khi diễn thuyết về chuyên môn có thể phải chậm hơn.

8 điều không nên - khi thuyết trình

1. Không nên quay lưng lại với khán giả.

2. Không nên ngoáy bút laser

3. Không nên đứng một chỗ, tuy nhiên cũng không nên đi lại nhiều quá, giữ một khoảng cách vừa phải với người nghe.

4. Không nên bỏ tay vào túi

5. Không nên nhìn ra ngoài, nhìn xuống mà nhìn bao quát chung cả lớp học/hội trường.

6. Không nên "ru ngủ" học viên: thay đổi âm lượng, giọng nói có điểm nhấn.

7. Không nên đặt câu hỏi phức tạp: Diễn đạt câu hỏi cần rõ ràng, dễ hiểu, tập trung vào một vấn đề, nên đặt những câu hỏi kích thích sự động. *Nên tránh:*

- Đặt câu hỏi quá dài có nhiều vấn đề cùng một lúc

- Đặt những câu hỏi quá khó mà số đông học viên không trả lời được

- Đặt những câu hỏi quá dễ mà không cần phải suy nghĩ

- Đặt câu hỏi bẫy

8. Không nên nhìn chằm chằm vào một người đang chú ý lắng nghe.

2.4. Thảo luận nhóm

Mục đích

- Chia sẻ kiến thức, quan điểm

- Tìm kiếm sự đồng thuận

Áp dụng

- Đưa ra cách thức giải quyết, đánh giá một vấn đề

- Rèn luyện kỹ năng làm việc theo nhóm

Các bước thực hiện

Giảng viên

- Lập danh sách các nhóm

- Giao chủ đề cho nhóm thảo luận

- Đưa ra yêu cầu làm việc nhóm

- Bố trí vị trí ngồi của các thành viên thích hợp

- Theo dõi và giúp các nhóm thảo luận

- Các nhóm trình bày kết quả thảo luận nhóm

- Kết thúc phần trình bày của nhóm hoặc các nhóm giáo viên hướng dẫn học viên bổ sung ý kiến và tóm tắt lại kết quả thảo luận.

Nhóm trưởng

- Nêu vấn đề thảo luận học viên tham gia

- Đảm bảo các ý kiến được tôn trọng, không tranh cãi, phê phán

- Tóm tắt ý kiến của nhóm

Thư ký

- Thư ký ghi ý kiến kết luận chung của nhóm và các ý kiến khác biệt người tham gia.

2.5. Đóng vai

Mục đích

- Làm cho vấn đề học tập ấn tượng và sống động,

- Thu hút sự tham gia tích cực của học viên

Áp dụng

- Dạy - Học thái độ hướng tới thay đổi hành vi

- Dạy - học kỹ năng giao tiếp trong công việc

- Dạy học cách xử lý tình huống

- Liên hệ vai diễn với thực tế

Các bước thực hiện

- Giáo viên: chọn tình huống giả định sát với thực tế, phân vai và hướng dẫn học viên đóng vai

- Học viên được phân vai: chuẩn bị nội dung, phương tiện địa điểm thích hợp và thể hiện vai diễn

- Cho tiến hành đóng vai. Thời gian khoảng 5-10 phút

- Các học viên khác: tập trung quan sát, lắng nghe các vai diễn thể hiện

- Giáo viên hỏi các vai diễn về cảm tưởng của họ khi nhập vai.

- Các học viên nhận xét từng vai diễn và liên hệ với thực tế, rút ra bài học.

2.6. Bài tập giải quyết tình huống

Mục đích:

- Áp dụng kiến thức đã học để giải quyết huống cụ thể trong thực tế.

- Học kỹ năng ra quyết định

Áp dụng

- Dạy học kỹ năng tư duy, kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng ra quyết định

- Phát triển cách tiếp cận giải quyết vấn đề có hệ thống

Tiến hành

Bài tập tình huống: Cấu trúc gồm 2 phần

- *Phần tình huống:* Là một câu chuyện lấy từ thực tế hoặc do giảng viên viết ra nhưng giống thực tế. Câu chuyện này có các nhân vật, có các sự kiện diễn ra theo trình tự thời gian. Trong câu chuyện này có các vấn đề cần giải quyết.

- *Phần bài tập:* Gồm những câu hỏi đóng hoặc mở để yêu cầu học viên giải quyết. Tuy nhiên bài tập tình huống dùng để dạy thì nên dùng các câu hỏi mở để tạo cơ hội cho học viên thảo luận, áp dụng các kiến thức đã học để giải quyết các vấn đề

Giảng viên:

- Chia nhóm thảo luận

- Đưa ra một tình huống thực cần giải quyết: Bài *tập tình huống cần phải: g*iống thực tế, các dữ kiện, thông tin rõ ràng, đủ để học viên giải quyết phần bài tập. Tình huống không quá phức tạp nhưng phải có vấn đề để tạo ra sự tranh luận. Phần bài tập gồm các câu hỏi rõ ràng và kích thích sự động não của học viên

- Giải thích mục đích và nhiệm vụ học viên cần làm.

Nhóm

- Thảo luận theo từng câu hỏi, phân tích tình huống dưới nhiều góc độ

- Đưa ra các quyết định, các giải pháp thích hợp cho từng câu hỏi

- Thư ký viết đầy đủ ý kiến thảo luận

- Trình bày phương án giải quyết của từng nhóm

Giảng viên:

- Tóm tắt thảo luận từng câu hỏi và phản hồi của nhóm.

2.7. Đọc tài liệu

Mục đích

- Tăng cường tính chủ động học tập của HV

- Cung cấp thêm thông tin và kiến thức cho HV

Áp dụng

- Đọc tài liệu liên quan đến nội dung bài học

- Kết hợp với các phương pháp khác

Tiến hành

- Giáo viên giới thiệu tài liệu cần đọc: có thể đọc trước, trong, sau khi học

- Giáo viên đưa ra các yêu cầu để hướng trọng tâm cho HV khi đọc

- Học viên học phản hồi bằng miệng hoặc bài viết

- Giáo viên nhận xét và phản hồi

2.8. Trình diễn làm mẫu và thực hành lại

Mục đích

- Minh họa tiến trình thực hiện một công việc hay một kỹ thuật.

Áp dụng

- Dạy học kỹ năng thực hành

Tiến hành

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ

- Giảng viên giới thiệu tổng quát về kỹ thuật, những bước khó hoặc dễ sai sót

- Giảng viên vừa làm vừa nói từng bước theo thứ tự ghi trong bảng kiểm

- Giảng viên làm lại lần thứ hai theo tuần tự từng bước nhưng với tốc độ nhanh hơn

- Học viên khác nêu tên từng bước và một học viên làm theo (giáo viên có thể chỉ định học viên thực hiện một vài bước mà GV cho là khó, không nhất thiết phải thực hiện tất cả các bước của kỹ thuật)

- Thực hành có hướng dẫn: giáo viên chia học viên thành từng cặp (1 học viên làm, 1 học viên quan sát-cho phản hồi và đổi ngược lại). Giảng viên đi vòng các nhóm quan sát

- Giảng viên tổng kết./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Để dạy kiến thức phải dạy như thế nào

A. Chỉ dạy những gì học viên cần

B. .....

C. Sử dụng tất cả các nguồn hỗ trợ có thể

D. .....

E. Sử dụng các giáo cụ trực quan và tài liệu phát tay

F. Nhắc lại và tóm tắt thường xuyên

G. Lượng giá xem học viên học tập như thế nào?

H. Cho các bài tập đòi hỏi vận dụng kiến thức vào giải quyết vấn đề.

Câu 2. Các phướng pháp dạy thái độ thường được áp dụng gồm:

A. .....

B. Thảo luận về thái độ

C. Cung cấp thông tin

D. Nêu gương tốt

E.....

F. Đọc các bài báo

Câu 3. Các phương pháp dạy thực hành gồm:

A. Mô tả kỹ năng

B.....

C. .....

D. Lượng giá kỹ năng: nhận xét đã làm tốt đến mức nào, và làm thế nào sẽ tốt hơn.

Câu 4. Mô hình dạy học gồm:

A. Mô hình "phụ thuộc"

B. Mô hình "phối hợp"

C. Mô hình "độc lập"

D. Cả a, b và c

Câu 5. Mô hình dạy học truyền thống là mô hình lấy học viên là trung tâm

A. Đúng

B. Sai

Câu 6. Mô hình dạy học tích cực lấy học viên làm trung tâm là mô hình phối hợp

A. Đúng

B. Sai

Câu 7. Động não là phương pháp được áp dụng khi cần phát triển ý tưởng

A. Đúng

B. Sai

Câu 8: Khi áp dụng phương pháp Động não, thời gian " động não" không nên kéo dài quá 30 phút.

A. Đúng

B. Sai

Câu 9: Có bao nhiêu điều nên áp dụng khi thuyết trình

A. 8 điều

B. 9 điều

C. 10 điều

D. 11 điều

Câu 10: Có bao nhiêu điều cần tránh khi thuyết trình

A. 7 điều

B. 8 điều

C. 9 điều

D. 10 điều

BÀI 16

LƯỢNG GIÁ - ĐÁNH GIÁ HỌC TẬP

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm lượng giá, đánh giá

2. Trình bày được mục đích, yêu cầu của lượng giá, đánh giá.

3. Phân tích được các phương pháp lượng giá, đánh giá.

4. Viết được câu hỏi lượng giá chính xác.

NỘI DUNG

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

1. Giải thích từ ngữ

- Lượng giá là đo lường thành tích học tập của học viên theo các mức độ học tập về ba lĩnh vực: kiến thức, kỹ năng và thái độ.

- Đánh giá là lượng giá kèm theo quyết định xử lý (đỗ, trượt, xếp loại, chứng nhận…).

- Lượng giá khách quan hơn (phụ thuộc vào công cụ lượng giá) còn đánh giá thì cũng có thể khách quan nhưng thường phụ thuộc nhiều vào chủ quan, vào các qui định (chế độ ưu tiên…).

- Đánh giá trong quá trình học tập, bao gồm: kiểm tra thường xuyên, kiểm tra định kỳ và kiểm tra kết thúc học phần/môn học.

- Đánh giá chứng nhận là đánh giá sau quá trình đào tạo nhằm chứng nhận việc hoàn thành khoá học (đánh giá cuối khoá).

1.2. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Tính tin cậy (Reliability): kết quả đánh giá là thống nhất, nghĩa là bài thi đưa cho nhiều người chấm đều cho kết quả giống nhau.

- Tính giá trị (Validity): Nội dung, phương pháp, hình thức, công cụ đánh giá phải phù hợp với mục tiêu.

- Tính phân biệt: là đề thi phải phân loại được học viên

- Tính công bằng: là nội dung và điều kiện thi như nhau

- Tính tiện lợi: việc tổ chức đánh giá không cầu kỳ, không tốn kém.

- Tính pháp lý: việc đánh giá phải được lưu giữ để làm căn cứ pháp lý

II. ĐÁNH GIÁ QUÁ TRÌNH KHÓA HỌC

1. Mục đích

- Thông báo cho học viên về kết quả học tập và sự tiến bộ của họ (cung cấp phản hồi). Qua đó động viên họ học tập và biết cách để khắc phục nhược điểm. Việc này phải làm thường xuyên, ngay trong quá trình học tập để sớm có thông tin phản hồi. Nếu phản hồi quá ít, quá muộn sẽ dẫn đến kết quả học tập thấp.

- Cải tiến việc dạy và học: thông qua các phản hồi từ học viên, cả giảng viên và học viên đều có thể rút ra bài học kinh nghiệm, đề ra các biện pháp để nâng cao chất lượng Dạy cũng như Học. Phản hồi chính là nhiên liệu cho động cơ học tập và cũng là yếu tố định hướng cho việc tự học. Phản hồi phải đủ, phải thường xuyên và nên có kết quả ngay để điều chỉnh kịp thời.

- Cấp chứng chỉ, chứng nhận: công nhận sự hoàn thành khoá học của học viên. bảo đảm những học viên có đủ năng lực và phẩm chất để hành nghề.

2. Thời điểm đánh giá

- Trước khi học (đánh giá dự báo): nhằm đánh giá nhu cầu học tập, để đáp ứng đúng về nội dung, phương pháp…cho đối tượng. Có thể tiến hành điều tra đầy đủ hoặc làm tiền trắc nghiệm (pretest) ngay trước các buổi học. Việc này thường được tiến hành ở các lớp đào tạo lại.

- Trong khi học (đánh giá quá trình học): nhằm phát hiện các phản hồi tức thời cho học viên và giáo viên để điều chỉnh kịp thời cho việc Dạy và Học.

- Ngay sau khi học (đánh giá tổng kết): nhằm xử lí hoặc chứng nhận việc học và mức độ đạt được của học viên. Thời điểm này các phản hồi thường được thu nhận đầy đủ nhưng tác dụng điều chỉnh ít hơn. Đối với việc Dạy thì có tác dụng điều chỉnh cho những khoá đào tạo sau.

- Áp dụng nơi làm việc: gồm đánh giá sự thực hiện ngay sau khi về nơi làm việc và đánh giá tác động của học tập sau 2-3 năm.

3. Yêu cầu đánh giá

- Nội dung đánh giá phải căn cứ vào mục tiêu học tập

- Phương pháp, hình thức, công cụ đánh giá phải phù hợp: không lẫn lộn cách đánh giá kiến thức với đánh giá thực hành.

- Đánh giá phải bao trùm nội dung học tập, thông thường người ta qui định số lượng câu hỏi theo số tiết hoặc đơn vị học trình của từng bài học hoặc môn học.

- Độ khó phải phù hợp. Nếu đề thi quá khó hoặc quá dễ thì tính giá trị đều giảm. Nhiều nước tiên tiến yêu cầu tính chỉ số khó của các câu hỏi thi cho nhóm thí sinh chuẩn, sau đó xây dựng đề thi theo cấu trúc 1/3 khó; 1/3 trung bình và 1/3 dễ, sau đó sẽ quyết định mức chấp nhận được cho đề thi.

4. Các hình thức lượng giá, đánh giá

- Lượng giá, đánh giá liên tục: Thường được sử dụng trong quá trình giảng dạy, việc này liên quan đến việc đưa thông tin phản hồi cho học viên về quá trình học tập của họ. Thông qua hình thức này giảng viên có thể điều chỉnh được chương trình giảng dạy cho phù hợp vơi nhu cầu của học viên. Các kĩ

thuật sử dụng có thể là quan sát, hỏi, thu thập số liệu của học viên, phần trình bày của học viên hoặc TEST trắc nghiệm.

- Lượng giá, đánh giá cuối kì: Đây là hình thức đánh giá vào cuối kì học. Hình thức này dựa vào mục tiêu học tập ban đầu đề ra, hình thức này đánh giá việc học của học viên và việc giảng dạy của giáo viên như thế nào. Các kĩ thuật có thể là TEST trắc nghiệm, học viên trình bày, thuyết trình, làm các thủ thuật, bài tập…

- Học viên tự lượng giá: Hình thức này có tác dụng động viên tinh thần học tập làm chủ và tính sáng tạo của học viên, giúp họ nhận thấy điểm mạnh yếu của mình, giúp họ ý thức tốt về việc thực hiện tốt hơn việc học tập của họ.

5. Lựa chọn các phương pháp đánh giá

Bảng 1. So sánh các lĩnh vực đánh giá và phương pháp đánh giá

LĨNH VỰC	**PHƯƠNG PHÁP**
Kiến thức	▪ Bài viết ngắn: Test ▪ Bài viết dài: tiểu luận, luận văn ▪ Vấn đáp ▪ Tự lượng giá/đánh giá
Thái độ	▪ Quan sát ▪ Phỏng vấn
Kỹ năng	▪ Quan sát: thực hành ▪ Tự đánh giá

Giáo viên căn cứ vào mục tiêu học tập để xác định các mức độ đánh giá cho phù hợp với mục tiêu học tập và phù hợp với nhiệm vụ nghề nghiệp của đối tượng. Theo Bảng minh hoạ dưới đây:

Bảng 2. So sánh mục tiêu học tập và mức độ đánh giá

Lĩnh vực	**Mục tiêu học tập**	**Mức độ đánh giá**
Kiến thức, nhận thức	▪ Hiểu/thông suốt ▪ Áp dụng ▪ Phân tích ▪ Tổng hợp ▪ Đánh giá	▪ Nhớ lại: kể, nêu, viết, giải thích.. ▪ Diễn giải: Giải thích, trình bày, nêu ý nghĩa... ▪ Giải quyết vấn đề về lý

		thuyết: Phân tích, tổng hợp, so sánh, đề xuất
Thái độ, tình cảm	▪ Cảm nhận ▪ Đáp lại ▪ Nội tâm hoá	▪ Thông cảm, đồng cảm, nói được cảm nghĩ của người khác ▪ Giải thích, động viên ▪ Nhiệt tình giúp đỡ, hỗ trợ tận tình...
Thực hành, kỹ năng	▪ Phản xạ ▪ Nền tảng ▪ Cảm thụ ▪ Sức khoẻ ▪ Lành nghề ▪ Phi ngôn ngữ	▪ Bắt chước: làm, thực hiện, tiến hành một công việc ▪ Làm chủ: làm vững vàng, chắc chắn, tự chủ, an toàn một công việc ▪ Thành thạo: làm thuần thục, khéo léo một công việc

III. CÔNG CỤ LƯỢNG GIÁ, ĐÁNH GIÁ

1. Bảng tóm tắt các công cụ

LĨNH VỰC	CÔNG CỤ
Kiến thức	- Test: + Câu hỏi lựa chọn 1 trong 4 hoặc 5 ý (MCQ) + Câu trả lời đúng/sai (T/F) + Câu hỏi để trả lời ngắn + Đối chiếu, ghép cặp + Bài tập nghiên cứu trường hợp (case study) + Bài viết ngắn cải tiến (MEQ) + Bài viết dài tự do: Essay, tiểu luận
Thực hành	- *Bảng kiểm (Checklist)* - Thang điểm (Rating scale)
Thái độ	- Quan sát - Tình huống cụ thể - Phỏng vấn

2. Câu nhiều lựa chọn (MCQ)

Là loại câu hỏi tốt nhất để đánh giá học viên. Khi thiết kế phải lưu ý các điểm sau:

- Cấu trúc chặt chẽ

- Chỉ nên sử dụng 4 đến 5 lựa chọn

- Chỉ có một câu trả lời đúng cho các lựa chọn

Cấu trúc: mỗi câu hỏi bao gồm 2 phần, phần thân câu và phần lựa chọn. Phần thân câu kết hợp với một lựa chọn sẽ tạo thành một câu văn hoàn chỉnh. Ví dụ: Trong viêm phổi, nên bồi phụ nước và điện giải bằng đường:

A. Uống

B. Nhỏ giọt dạ dày

C. Truyền tĩnh mạch

D. Uống kết hợp với truyền tĩnh mạch

Cách cho điểm: cho điểm khi thí sinh trả lời đúng so với đáp án, không cho điểm khi thí sinh không trả lời hoặc chọn trả lời sai. Lưu ý: các lựa chọn trong câu hỏi phải na ná (tương đối) giống nhau, trong đó chỉ có 1 lựa chọn là đầy đủ nhất, đúng nhất hay tốt nhất.

3. Câu trả lời đúng/sai:

Dạng câu hỏi này kích thích sự dò đoán của học viên nên phải thận trọng khi sử dụng. Trong số các câu hỏi khách quan thì câu hỏi lựa chọn đúng hoặc sai là một loại hình tốt. Khi viết câu hỏi loại này cần lưu ý:

- Phải chú ý câu trả lời là các sự kiện không phải là một ý kiến.

- Câu hỏi về nguyên nhân và kết quả thì chú ý chỉ có một nguyên nhân hoặc một kết quả rõ ràng.

- Tránh dùng những thành ngữ phủ định

- Các câu trả lời đúng và sai số lượng tương đương nhau.

Cấu trúc câu hỏi đúng-sai có 2 dạng: Mỗi câu hỏi là một câu văn trọn vẹn, ví dụ: Renin sẽ được tế bào tổ chức cận cầu thận tăng bài tiết khi lưu lượng máu đến cầu thận tăng hoặc khi lượng nước tiểu qua ống lượn xa nhiều (Đ - S). Và mỗi nội dung gồm một số câu hỏi, trong đó có nội dung đúng, có nội dung sai. Ví dụ: Các yếu tố nguy cơ dễ gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ em là:

1. Trẻ đẻ non có cân nặng dưới 2500g	Đ	S
2. Trẻ suy dinh dưỡng	Đ	S
3. Trẻ có cơ địa dị ứng	Đ	S
4. Thời tiết lạnh	Đ	S

Cách cho điểm trong mỗi câu: Cho điểm nếu thí sinh trả lời đúng với nội dung của câu hỏi. Không cho điểm nếu thí sinh không làm câu này (không trả lời). Trừ điểm nếu thí sinh trả lời sai với nội dung. Lưu ý: Nếu tổng điểm của tất cả các câu hỏi thuộc loại đúng sai trong một đề thi là điểm âm thì phải qui về 0 điểm cho loại câu hỏi này. Nghĩa là không lấy điểm âm của loại câu hỏi này trừ vào điểm của các loại câu hỏi khác.

4. Câu ghép cặp

Học viên phải chọn ghép các câu ở cột bên Phải và Trái thành một cặp phù hợp. Khi thiết kế câu hỏi này phải chú ý:

- Đưa ra các chỉ dẫn rõ ràng là phải ghép cặp như thế nào.

- Các vấn đề chọn để ghép phải tương đối giống nhau

- Số lượng ghép cặp hạn chế 4-6 câu

- Cấu trúc câu hỏi gồm:

- Phần I: là phần chọn trả trả lời được viết sau các ký tự A; B; C; D hoặc nhiều hơn (buộc phải nhiều lựa chọn hơn phần hỏi ≥1).

- Phần II: là phần hỏi được viết sau các số thứ tự 1; 2; 3 hoặc nhiều hơn.

Ví dụ: Kích thước vòng đầu của trẻ em theo các lứa tuổi:

I. Kích thước vòng đầu:		II. Lứa tuổi:
.... A. 34 cm		1. Trẻ sơ sinh
.... B. 40 cm		2. Trẻ 1 tuổi
.... C. 46 cm		3. Trẻ 2 tuổi
.... D. 48 cm		

Cách cho điểm: cho điểm cho câu trả lời đúng, trả lời sai không cho điểm.

5. Bài tập tình huống

Cấu trúc: Bài tập tình huống gồm 2 phần:

- Phần tình huống là một đoạn văn mô tả một trường hợp người bệnh có thật trên thực tế hoặc quay một đoạn phim (videoclip) hoặc một hình chụp hay phối hợp các dạng trên.

- Phần câu hỏi: Yêu cầu thí sinh trả lời vào vấn đề gì? câu hỏi đưa ra có thể là câu hỏi mở hoặc câu hỏi có nhiều lựa chọn.

Ví dụ: Ở khoa bạn có hai người bệnh đều tên là Nguyễn Văn Hùng, cùng ở chung một phòng bệnh và hai người bệnh đều dược bác sĩ chỉ định tiêm kháng sinh nhưng hai loại thuốc khác nhau. Khi đang tiêm kháng sinh cho một người bệnh mới được ½ khối lượng thuốc cần tiêm, bất chợt bạn nghi ngờ dùng nhầm thuốc tiêm giữa hai người bệnh đều có tên là Hùng.

- Bạn quyết định như thế nào?

- Bạn ứng xử như thế nào trước khi rút bơm tiêm mà trong bơm tiêm vẫn còn thuốc?

- Bạn sẽ giải thích với người bệnh thế nào ngay sau khi rút bơm tiêm?

- Sau khi kiểm tra lại thuốc, bạn xác định mình đã tiêm nhầm thuốc kháng sinh giữa hai người bệnh đều có tên là Hùng.

- Bạn có nghĩ là sẽ thông tin cho người bệnh biết sự thật?

- Bạn sẽ làm gì đối với bệnh nhân?

- Bạn có nghĩ là sẽ báo cáo tình tiết sự việc với bác sĩ điều trị và điều dưỡng trưởng khoa?

6. Điền vào chỗ trống những ý còn thiếu:

Các câu hỏi loại này thường dùng để đánh giá kiến thức về các sự kiện và dễ thiết kế. Tuy nhiên loại câu hỏi này rất khó đánh giá được kiến thức ở mức độ nhận thức. Có thể khó tính điểm nếu trong câu hỏi yêu cầu điền từ 2 ý thiếu trở lên. Khi thiết kế cần lưu ý một số điểm sau:

- Liệt kê đầy đủ các nội dung cho loại câu hỏi này

- Bảo đảm mỗi nội dung điền vào chỗ trống chỉ có một cách trả lời đúng.

- Hạn chế số lượng các câu để trống (tốt nhất là điền một nội dung)

Ví dụ: Điền cho đủ hai tiêu chí thiết yếu của một cuộc lượng giá tốt là:

a. Tính tin cậy

b. .....

7. Điền cụm từ vào chỗ trống.

Dạng câu hỏi này dùng để đánh giá kiến thức, hạn chế sự đoán mò của học viên. Câu hỏi có thể là một định nghĩa, một sơ đồ, một hình vẽ, trong đó người ra câu hỏi chủ động bỏ đi từ 1 đến 3 cụm từ mấu chốt tạo nên 1 đến 3 chỗ trống để học viên điền những cụm từ (từ/cụm từ đã bị bỏ đi) vào.

Ví dụ: Câu 1: Còi xương là một bệnh…(A)…, xảy ra trên một cơ thể mà hệ xương còn đang ở trong giai đoạn…(B)…, liên quan đến rối loạn chuyển hoá Calci – Phospho do…(D)…

8. Bảng kiểm hai bậc

- Đánh giá qui trình thực hành kiểu có/không (2 bậc). Cách này dễ thống nhất, khách quan và có thể đánh giá cụ thể từng bước. Nhưng có nhược điểm như khó quy đổi thành điểm và khó đánh giá mức độ thành thạo.

- Cách đánh giá không cộng các kết quả "có" hoặc "không" để có được một tổng số. Nếu học viên làm được mọi thao tác (đánh giá là "có") hoặc chỉ có các thiếu sót không quan trọng (được qui định và thống nhất đối với những giám khảo) thì được kết luận là đạt. Nếu học viên phạm nhiều sai sót "không" hoặc có một sai sót nhưng không chấp nhận được (được qui định và thống nhất đối với những giám khảo) thì được kết luận là không đạt. Như vậy cách đánh giá qua bảng kiểm thể hiện tính "tổng thể" để kết luận.

9. Bảng kiểm nhiều bậc

- Bảng kiểm gồm qui trình thực hành và thang điểm có nhiều bậc. Thang điểm có ưu điểm dùng để đánh giá cho điểm thực hành. Tuy nhiên nhược điểm của nó là khó thống nhất đặc biệt khi dùng thang điểm quá 3 bậc. Vì căn cứ vào tổng số điểm nên có thể học viên làm hỏng một thao tác quan trọng mà vẫn được công nhận là đạt.

- Có thể cho điểm theo nhiều cách: thang điểm hẹp cố định (2-1-0). Có thể qui định điểm tối đa cho từng thao tác, thao tác quan trọng thì có hệ số cao. Cách làm thông thường là dùng thang điểm hẹp 3 bậc và qui định hệ số cho các thao tác.

- Không cần quan tâm đến tổng số điểm theo thang điểm 10 mà có thể qui phần trăm để phiên sang điểm 10

- Nếu thang điểm rộng trên 3 bậc hoặc có cho điểm âm thì cần phải tập huấn cẩn thận hoặc qui định rõ về cách cho điểm.

10. Cách tính điểm toàn bài:

- Cộng điểm của các loại câu hỏi thành điểm toàn bài

- Qui điểm toàn bài về thang điểm 10. Cụ thể mức qui đổi như sau:

Mức % đạt so với điểm tối đa	Qui về điểm theo thang điểm 10
0 - 14	1
15 - 29	2
30 - 44	3
45 - 59	4
60 - 66	5
67 - 73	6
74 - 80	7
81 - 87	8
88 - 94	9
95 - 100	10

IV. ĐÁNH GIÁ KHÓA HỌC

1. Mục đích:

- Thu nhận phản hồi của học viên về kết quả lớp học

- Nhằm để cải tiến, thúc đẩy chương trình đào tạo, thông qua việc xác định những điểm yếu, điểm mạnh, phân tích hiệu quả khoá học, xác định nguồn lực cần hỗ trợ… để đưa ra được những đề xuất cải tiến thích hợp

2. Nội dung đánh giá

- Về nội dung học tập: các chủ đề, tài liệu học tập, sự cân đối giữa lí thuyết và thực hành, hoạt động ngoại khoá, phương tiện nghe nhìn.

- Giảng viên: nội dung trình bày, phương pháp trình bày

- Công tác tổ chức và hậu cần: thông tin, địa điểm, hội trường, nơi ở, phương tiện đi lại

3. Học viên đánh giá khoá học:

- Nội dung phản hồi về mục tiêu khoá học, nội dung khoá học, phương pháp giảng dạy, kiến thức, kĩ năng giảng viên, phương tiện hỗ trợ, quá trình kiểm tra, đánh giá, các gợi ý cho việc cải tiến.

- Phương pháp, nhưng thường dùng là phiếu câu hỏi và đánh giá theo tình huống.

- Chúng ta cần chú ý là không nên đánh giá quá cao ý kiến học viên vào cuối khoá học, cũng như coi đó là chuẩn mực duy nhất của một khoá học, vì vào thời điểm cuối khoá học viên có tâm trạng hài lòng với kết quả của mình, không muốn tham gia thảo luận về chất lượng của khoá học. Hơn nữa họ cũng thường có tâm lí ngại góp ý giảng viên. Tuy nhiên nếu học viên có những ý kiến đóng góp thì chúng ta cũng nên coi đó là điều hết sức quan trọng.

Một số ví dụ về đánh giá của học viên về khóa học:

Ví dụ 1: Bạn hãy đánh giá mức độ cảm nhận của mình đối với các nội dung dưới đây (1. Chưa đạt; 2 Trung bình; 3 tốt; 4 Rất tốt).

1) Nhận xét chung:	1	2	3	4
2) Nội dung:	1	2	3	4
3) Phương pháp:	1	2	3	4
4) Phương tiện:	1	2	3	4
5) Tài liệu tham khảo:	1	2	3	4

Ví dụ 2: Bạn muốn thăm dò ý kiến học viên để cải tiến nội dung đào tạo và công tác tổ chức bạn có thể sử dụng một số dạng câu hỏi gợi ý dưới đây:

- Theo bạn, chủ đề nào cần được biên soạn lại cho tốt hơn .....

…….

…….

- Theo bạn phần nào cần được đề cập, phân tích sâu hơn ….....

…….

…….

- Theo bạn cần cải tiến khoá học ở điểm nào…..

- Bạn có những đề xuất nào để cải tiến, nâng cao chất lượng khoá học

Ví dụ 3: Bạn muốn lấy ý kiến đánh giá sâu của học viên về từng chủ đề/bài học trong khoá đào tạo bạn có thể sử dụng gợi ý trong bảng dưới đây (1. Rất tốt; 2. Tốt; 3. Trung bình; 4. chưa đạt). Cần giải thích rõ trước khi phát phiếu thăm dò cho học viên.

Chủ đề	Nội dung	Cách trình bày dễ hiểu	Khả năng ứng dụng	ý nghĩa thực tiễn
Chủ đề	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Chủ đề	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4

V. KẾT LUẬN

- Lượng giá, đánh giá là một phần quan trọng của quá trình dạy-học.

- Lượng giá và đánh giá cần dựa vào mục tiêu học tập

- Lượng giá phải bảo đảm tính giá trị, tính tin cậy, tính công bằng, tính pháp lý và tính tiện lợi.

- Lượng giá bao hàm quá trình hai chiều: người học đánh giá giảng viên, ban tổ chức và giáo viên đánh giá học viên.

- Giáo viên cần nghiên cứu và làm chủ các phương pháp lượng giá, đánh giá

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donaldson L, Scannell E. Human Resource Development. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.

2. Bộ Y tế (2001). Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế. Dự án WHO/HRH/001, NXB Y học

3. Bộ Y tế (2009). Phương pháp sư phạm cơ bản. Tài liệu đào tạo giảng viên các cơ sở đào tạo liên tục về sức khỏe sinh sản

4. Phạm Thị Minh Đức (1998). Dạy học tích cực trong đào tạo y học. NXB Y học

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền cụm từ vào chỗ trống: Lượng giá học tập là .....(a) ..... thành tích học tập của học viên theo các .....(b) ..... học tập về ba lĩnh vực: kiến thức, kỹ năng và thái độ.

Câu 2. Điền cụm từ vào chỗ trống: Đánh giá là.....(a)..... kèm theo .....(b)..... xử lý (đỗ, trượt, xếp loại, chứng nhận…).

Câu 3. Các tiêu chuẩn để đánh giá gồm:

A.....;

B. Tính giá trị (Validity);

C.....;

D. Tính công bằng;

E. Tính tiện lợi;

F. Tính pháp lý.

Câu 4. Các thời điểm đánh giá gồm:

A.....;

B. Trong khi học (đánh giá quá trình học);

C. Ngay sau khi học (đánh giá tổng kết);

D.....

Câu 5. Các yêu cầu đánh giá gồm:

A. Nội dung đánh giá phải căn cứ vào mục tiêu học tập;

B.....;

C. Độ khó phải phù hợp;

D.....

Câu 6. Các hình thức lượng giá/đánh giá gồm:

A. Lượng giá, đánh giá liên tục;

B. Lượng giá, đánh giá cuối kì;

C. Học viên tự lượng giá.

D. Cả a, b và c

Câu 7. Để đánh giá kiến thức cần áp dụng các phương pháp sau:

A. Bài viết/thi viết ngắn hoặc dài (tiểu luận, luận văn);

B. Vấn đáp

C. Tự lượng giá/đánh giá

D. Cả a, b và c.

Câu 8. Quan sát là phương pháp được áp dụng để đánh giá kiến thức

A. Đúng

B. Sai

Câu 9. Phỏng vấn được áp dụng để đánh giá kiến thức và thái độ

A. Đúng

B. Sai

Câu 10. Trong câu hỏi lựa chọn có thể có hơn một câu trả lời đúng

A. Đúng

B. Sai

Câu 11. Khi thiết kế bộ câu hỏi đúng sai, các câu trả lời đúng phải nhiều hơn số câu trả lời và sai

A. Đúng

B. Sai.

Câu 12. Khi thiết kế câu trả lời ghép cặp, các vấn đề chọn để ghép phải tương đối giống nhau

A. Đúng

B. Sai

BÀI 17
ĐẠI CƯƠNG VỀ GIAO TIẾP

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm về giao tiếp

2. Trình bày được vai trò của giao tiếp

3. Phân tích được các hình thức giao tiếp

4. Phân tích được nội dung cụ thể về về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4031 /2001/ QĐ-BYT, ngày 27 tháng 9 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế

NỘI DUNG

1. Khái niệm về giao tiếp :

Người Việt nam vốn có truyền thống văn hoá giao tiếp, một nếp sống, một cách suy nghĩ, cách tiếp cận rất độc đáo. Những nét đặc trưng đó khái quát lại gọi là nghệ thuật ứng xử Việt Nam. Phát huy văn hoá giao tiếp Việt Nam trong công tác chăm sóc sức khỏe có lẽ hơn bao giờ hết là một việc rất đáng được mọi người quan tâm. Một trong các ví dụ về ý nghĩa, vai trò của giao tiếp đã được ông cha ta đúc kết bằng câu nói: "Lời nói không mất tiền mua, Lựa lời mà nói cho vừa lòng nhau"

Trong cuộc sống, trong lao động, học tập, công tác con người không thể không giao tiếp với các cá nhân khác. Giao tiếp là nhu cầu của con người trong đời sống hàng ngày.

- Giao tiếp là yếu tố thiết yếu để thiết lập mọi quan hệ giữa người với người. Nhờ giao tiếp con người sẽ tự hiểu mình được nhiều hơn, đồng thời cũng qua giao tiếp hiểu được tâm tư, tình cảm, ý nghĩ, nhu cầu của người khác.

- Đối với cán bộ y tế, giao tiếp tốt làm cho người bệnh tin tưởng, họ phó thác tính mạng của mình cho người thầy thuốc. Vì vậy, giao tiếp tốt sẽ đạt được niềm tin của người bệnh, làm tăng uy tín của người thầy thuốc. Người bệnh được tiếp xúc với một thầy thuốc vui vẻ, nhiệt tình giải thích cặn kẽ, hướng dẫn chi tiết… họ sẽ yên tâm và tin tưởng điều trị, bệnh chóng khỏi và như vậy uy tín của người thầy thuốc được nâng cao.

2. Hiện trạng giao tiếp và giải pháp tăng cường

2.1. Hiện trạng: giao tiếp và ứng xử của nhân viên y tế có chiều hướng bị tác động bởi cơ chế thị trường. Người bệnh đưa trước phong bì, đôi khi đưa trực tiếp bằng tiền mặt cho NVYT để được sự chăm sóc cẩn thận và chu đáo hơn là cảm ơn. Việc điều trị thành công cho người bệnh là kết quả của một

công trình tập thể, nhưng người bệnh thường chỉ biết có bác sĩ điều trị vô tình làm cho NVYT khác có tâm lý khó chịu, sinh ra không hài lòng, có người không khống chế được dẫn đến "giận cá chém thớt".

- Cách giao tiếp của NVYT chậm đổi mới, Người bệnh phàn nàn, số bức xúc về thái độ và phong cách phục vụ của bộ phận NVYT

- 5 nỗi khổ của người bệnh: Bị coi là là đối tượng được ban ơn, bị đối sử kém lịch sự, chờ đợi lâu, bị chuyển lòng vòng, nằm ghép, nhiều thủ tục phiền hà

2.2. Giải pháp tăng cường:

Muốn cải thiện giao tiếp ứng xử liên quan tới phương diện này, cần có các biện pháp thúc đẩy công bằng, tổ chức thu phí tập trung về một mối và giáo dục tinh thần tập thể trong cán bộ của khoa.

Trong giao tiếp của NVYT hiện nay cần khuyến khích cách nói sao cho đạt được sự tin cậy của người bệnh, lời nói kèm theo cảm xúc, sự quan tâm và lời nói đi đôi với việc làm. Những cách giao tiếp bằng lời không thích hợp cần nên tránh là: nói hống hách, nói trống không, nói gay gắt, nói độc, nói gở, nói ngang, nói tục...Nhiều người cho rằng giao tiếp của NVYT đang là một vấn đề xã hội. Nếu nhìn nhận một cách thẳng thắn, giao tiếp của NVYT còn thiếu vắng lời giới thiệu, lời chào hỏi, thiếu lời động viên, đôi khi lạnh lùng, vô cảm. Ở các xã hội phương Tây người ta cho rằng người bệnh là khách hàng (client) nên giao tiếp ứng xử trong y tế thể hiện rất rõ phong cách giao tiếp lịch sự như các tổ chức du lịch và khách sạn. Lời chào, câu nói cảm ơn luôn thường trực ở miệng của mọi nhân viên. Tuy nhiên, văn hoá giao tiếp không chỉ bị tác động bởi yếu tố thị trường mà còn bị ảnh hưởng các yếu tố khác như tập quán văn hoá, thói quen, môi trường giao tiếp.

Trong mọi xã hội, lời nói là phương tiện phổ thông nhất để mỗi cá nhân thực hiện giao tiếp và biểu lộ tình cảm. Đối với người Việt lời nói được chú ý đặc biệt, bởi lẽ " lời nói chẳng mất tiền mua" nhưng lại có tác động rất to lớn " sẩy chân sẩy tay thì có người đỡ, nhưng sẩy mồm sẩy miệng thì chẳng ai đỡ cho". Người ta có thể bị "shock" hoặc bị tai bay vạ gió vì câu nói của người khác. Nói thế nào cho phải, cho vừa lòng, nói để được việc, nói để giải toả tâm lý cho người khác... là cả một nghệ thuật mà mọi người phải học cách nói suốt đời. Người Việt rất nhạy cảm, dị ứng với những người lạm dụng lời nói như "mồm miệng đỡ chân tay", "nói vuốt đuôi" "nịnh bợ", để được thăng quan tiến chức.

Trong giao tiếp bằng lời: người Việt đặc biệt chú ý tới lời chào hỏi bởi vì "lời chào cao hơn mâm cỗ". Người Việt nam có lẽ ai cũng biết câu thành ngữ "đánh nhau chia gạo" để đạt được sự công bằng nhưng sau đó lại "mời nhau ăn cơm" để tỏ sự hiếu khách. Lời chào bao giờ cũng kèm theo những nguyên tắc xưng hô tuy không ghi lại thành văn bản nhưng đã thành qui ước xã hội. Xưng hô trong gia đình dựa vào thứ bậc, trong xã hội dựa vào tuổi tác, trong cơ quan dựa vào vị trí, quan hệ đồng nghiệp...

Giao tiếp ứng xử văn hoá trong các cơ sở khám chữa bệnh đòi hỏi tất cả mọi người tham gia giao tiếp có thái độ lịch thiệp và tôn trọng lẫn nhau. Vì thế cũng cần đặt ra những yêu cầu về giao tiếp và ứng xử văn hoá của người bệnh và gia đình người bệnh đối với nhân viên y tế và trong nhiều trường hợp biết kiềm chế là một trong những hành vi giao tiếp cần được khuyến khích và cần thiết đối với mọi nhân viên y tế.

Trong công việc hàng ngày, mỗi chúng ta thường chuyển đi các thông tin giao tiếp vô tình mà không hay biết. Ví dụ, một tiếng cười vô tình phá lên trong khi khoa có người bệnh hấp hối hoặc tử vong sẽ chuyển đi thông tin mình là người vô cảm với đồng loại. Phải khoá lại đường truyền bị tắc của một người bệnh trong khi đang phải chăm sóc cho một người bệnh khác dễ bị người bệnh hiểu nhầm là mình thiếu trách nhiệm. Trong các tình huống cấp cứu sự bình tĩnh quá mức hay vội vàng quá mức của nhân viên y tế đều gây tâm lý lo lắng cho người bệnh và gia đình họ. Không có mặt ngay khi người bệnh gọi sẽ làm cho người bệnh hiểu là mình thiếu trách nhiệm và không quan tâm đến họ. Sự chậm trễ khi đi tiêm, thay băng hoặc hoãn làm thủ thuật vì các lý do thiếu dụng cụ, mất điện... dễ làm cho người bệnh hiểu nhầm là mình đang gợi ý để được bồi dưỡng rồi mới làm. Mũi tiêm vô tình gây đau hoặc chảy máu nơi tiêm vì lượng thuốc quá nhiều, vì thuốc có dầu hoặc vì kim cùn có thể làm cho người bệnh hiểu nhầm là không có bồi dưỡng nên bị "tiêm đau"v.v..; Người điều dưỡng nhiều khi rơi vào tình huống phải làm hai ba nhiệm vụ cùng một lúc; ví dụ, đang tiêm truyền cho một người bệnh thì có một người bệnh khác gọi vì bị tắc truyền và nếu phải làm vội vàng để nhanh chóng giải quyết yêu cầu của người bệnh khác dễ bị hiểu nhầm là mình cẩu thả v.v.. Chìa khoá để làm giảm đi những thắc mắc, hiểu nhầm không đáng có nơi người bệnh là giải thích rõ lý do cho người bệnh và luôn cảnh giác với những thông tin giao tiếp vô tình mà mình có thể chuyển tới người bệnh mà không hay biết.

Vì vậy, kỹ năng giao tiếp là yếu tố rất cơ bản để chăm sóc và điều trị thành công cho một người bệnh. Giao tiếp là nghệ thuật, khó đặt ra khuôn mẫu và vì thế đòi hỏi tính thích ứng và sáng tạo tuỳ thuộc vào môi trường, hoàn cảnh và đối tượng giao tiếp. Giao tiếp và kỹ năng ứng xử không phải là điều bất biến và có thể cải thiện thông qua tự rèn luyện của mỗi cá nhân và sự giáo dục của tập thể.

Giao tiếp là một khái niệm vô cùng phức tạp với nhiều ý nghĩa khác nhau. Đó là một hình thức truyền tải thông tin bằng ngôn ngữ hoặc phi ngôn ngữ. Đó cũng là một hình thức trao đổi những tâm tư và thái độ của con người. Đó là mối quan hệ giữa người với người và cũng là một nghệ thuật sử dụng lời nói để diễn đạt ý tưởng.

Người am hiểu giá trị thực sự của giao tiếp phải biết được nói cái gì và nói như thế nào cho hiệu quả.

3. Giao tiếp là gì ?

Quá trình trao đổi thông tin, niềm tin và cảm xúc giữa Người với Người - Sự chuyển giao thông tin và sự hiểu biết - Suy nghĩ của người này được chuyển đến người khác và hiểu rõ - Hành vi và thái độ được tiếp nhận bởi

người khác (Trích cẩm nang những kỹ năng thực hành xã hội cần thiết cho Sinh viên**)**

4. Vai trò của giao tiếp trong các cơ sở y tế:

- Để chẩn đoán bệnh

- Để điều trị và chăm sóc: Tiến hành thủ thuật, chuyển viện, cho người bệnh ra viện…

- Để tìm hiểu hoàn cảnh, đặc điểm nhân cách người bệnh

- Để phát hiện những nhu cầu của người bệnh. Qua giao tiếp người điều dưỡng có thể nhận ra nhu cầu về tâm lý, về thể chất, về giáo dục sức khoẻ, phòng và chữa bệnh...

- Làm tăng hiệu lực điều trị: qua giao tiếp người thầy thuốc, điều dưỡng viên có thể nâng đỡ, bồi dưỡng, giáo dục nhân cách của người bệnh

- Để thiết lập mối quan hệ tốt giữa người điêu dưỡng với người bệnh. Làm giảm những thắc mắc khiếu kiện không cần thiết.

- Làm tăng hình ảnh, uy tín của mỗi cán bộ y tế, của bệnh viện và cả ngành y tế.

5. Các hình thức giao tiếp

5.1. Giao tiếp bằng lời

Trong mọi xã hội, lời nói là phương tiện phổ thông nhất để mỗi cá nhân thực hiện giao tiếp và biểu lộ tình cảm. Đối với người Việt lời nói được chú ý đặc biệt, bởi lẽ " lời nói chẳng mất tiền mua" nhưng lại có tác động rất to lớn "sẩy chân sẩy tay thì có người đỡ, nhưng sẩy mồm sẩy miệng thì chẳng ai đỡ cho". Người ta có thể bị "shock" hoặc bị tai bay vạ gió vì câu nói của người khác. Nói thế nào cho phải, cho vừa lòng, nói để được việc, nói để giải toả tâm lý cho người khác... là cả một nghệ thuật mà mọi người phải học cách nói suốt đời. Người Việt rất nhạy cảm, dị ứng với những người lạm dùng lời nói như "mồm miệng đỡ chân tay", nịnh bợ "nói vuốt đuôi" để được thăng quan tiến chức.

Trong giao tiếp bằng lời: người Việt đặc biệt chú ý tới lời chào hỏi bởi vì " lời chào cao hơn mâm cỗ". Người Việt Nam có lẽ ai cũng biết câu thành ngữ " đánh nhau chia gạo" để đạt được sự công bằng nhưng sau đó lại " mời nhau ăn cơm" để tỏ sự hiếu khách. Lời chào bao giờ cũng kèm theo những nguyên tắc xưng hô tuy không ghi lại thành văn bản nhưng đã thành qui ước xã hội. Xưng hô trong gia đình dựa vào thứ bậc, trong xã hội dựa vào tuổi tác, trong cơ quan dựa vào vị trí, quan hệ đồng nghiệp...

5.2. Ngôn ngữ nói và yếu tố ảnh hưởng

Đặc điểm cá nhân của đối tượng giao tiếp: tuổi, giới tính, trình độ văn hoá, giáo dục nghề nghiệp…

- Kỹ năng của người nói:

+ Âm điệu :

+ Sử dụng từ ngữ :

+ Tốc độ nói :

+ Khoảng cách giữa người nói và người nghe :

- Kỹ năng của người nghe: Khả năng nghe là một khả năng quan trọng trong công tác thông tin truyền đạt. Bằng cách lắng nghe một cách tích cực ta sẽ thành đạt trong giao tiếp. Nó càng có ý nghĩa lớn trong công tác điều trị, chăm sóc người bệnh và cả trong quản lý. Lắng nghe tốt giúp ta thu được nhiều thông tin, từ đó giúp con người xử lý thông tin, giải mã chính xác. Muốn tạo được thói quen lắng nghe tốt, chúng ta cần làm những việc sau đây:

+ Tránh ngắt lời người khác khi họ đang nói hoặc dừng lại để suy nghĩ.

+ Không nên nói "chen ngang, nói leo"

+ Nét mặt vui, tập trung

+ Gật đầu

+ Các câu trả lời ngắn ("vâng", "đồng ý", "nhất trí", "đúng"...)

+ Nhìn hướng về người đang nói

+ Không nói chuyện riêng

+ Không làm việc khác khi đang nghe.

- Sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu: không nên dùng từ một cách cầu kỳ, quá hoa mỹ. Nên dùng từ phổ thông, dễ hiểu, tránh dùng thuật ngữ chuyên môn đối với người bệnh và người nhà người bệnh.

- Câu văn nói ngắn gọn, mạch lạc. Tính trong sáng của ngôn ngữ: đầy đủ cấu trúc ngữ pháp, rõ ràng mạch lạc.

5.3. Giao tiếp không lời:

Nội dung giao tiếp không lời bao gồm:

- Điệu bộ: Điệu bộ có thể diễn đạt sự tức giận, lo lắng, vui sướng.....

- Cử chỉ: Cử chỉ có thể diễn đạt cảm xúc buồn, mệt mỏi, thích thú.

- Nét mặt: Nét mặt có thể biểu hiện sự yêu thương, căm ghét ngạc nhiên, vui buồn.

- Sự vận động của cơ thể: có thể là "ngôn ngữ" nói lên sự cảm thông.

- Ánh mắt: có thể là tín hiệu của yêu thương, buồn rầu, lo lắng, sợ hãi..

- Nụ cười: Người Trung quốc có câu "Không biết cười thì đừng mở tiệm". Đó là nguyên tắc trong kinh doanh và đối với các nghề phục vụ cũng áp dụng nguyên tắc tương tự.

- Trang phục: Trong y tế, nước nào cũng đặt ra những qui định chung về y phục. Đặc biệt đối với Điều dưỡng viên, nước nào cũng qui định phải mặc đồng phục. Hình thức và mầu sắc của y phục cũng có những qui định riêng cho

từng đối tượng, từng khoa. Y phục qui định hành vi của người đang mặc nó. Ví dụ, người mặc y phục khoa phẫu thuật chỉ được sử dụng trong phòng mổ. Người điều dưỡng trong y phục gọn gàng, sạch sẽ, không nhăn nhúm, không tỏa ra mùi khó chịu sẽ làm tăng thêm niềm tin nơi người bệnh và được đánh giá cao hơn trong mắt của đồng nghiệp.

6. Kỹ năng giao tiếp gây thiện cảm.

6.1 Tầm quan trọng

Làm thế nào để tạo được thiện cảm trong các mối quan hệ xã hội đó là một trong những kỹ năng cần có trong giao tiếp của tất cả mọi người, để đạt được thành công trong kỹ nag gây thiện cảm trong giao tiếp là cả một quá trình rèn luyện thường xuyên và lâu dài, có được sự yêu mến và sự thiện cảm khi có mối quan hệ xã hội, bản thân mỗi người sẽ thành công trong công việc dễ dàng và cuộc sống sẽ có nhiều niềm vui, hạnh phúc. Biết cách tạo được sự yêu mến, thiện cảm bằng sự nỗ lực của bản thân thì niềm vui, hạnh phúc ấy sẽ nhân lên gấp bội phần.

Thiện cảm là tình cảm tốt đẹp và yêu thích đối với bất cứ ai. Trong mối quan hệ xã hội mọi người luôn mong muốn được người khác mang lại cho mình một tình cảm tốt đẹp. Thiện cảm trong giao tiếp là sự yêu thích ban đầu về mặt cảm xúc đối với đối tượng giao tiếp và mối quan hệ sẽ được phát triển dài lâu, hiệu quả.

Trong môi trường bệnh viện, với phương châm "Thầy thuốc như mẹ hiền" thì kỹ năng gây thiện cảm của nhân viên y tế tốt sẽ giúp bệnh nhân cảm thấy an lòng, người thân cũng thấy yên tâm. Đặc biệt hơn đó là liều thuốc ban đầu vô cùng giá trị.

Nhân viên y tế tạo thiện cảm khi người bệnh đến bệnh viện khám và chữa bệnh là vấn đề rất quan trọng, người bệnh sẽ cảm nhận được môi trường thân thiện, tin tưởng vào nhân viên y tế, người bệnh sẵn sàng chia sẻ những lo lắng về bệnh tật, về những đau đớn và cũng dễ dàng bộc lộ những suy nghĩ tình cảm, hoàn cảnh gia đình của mình liên quan đến bệnh tật và những suy nghĩ riêng tư của bản thân để chia sẻ với nhân viên y tế, nhân viên y tế cũng dễ dàng nắm bắt được tư tưởng của người bệnh, hiểu người bệnh, từ đó Nhân viên y tế sẽ gần gũi với người bệnh động viên, an ủi người bệnh để họ có thể tin tưởng và phối hợp chặt chẽ, hiệu quả trong công tác chăm sóc và điều trị.

Tạo thiện cảm tốt không chỉ thể hiện bằng cử chỉ, câu nói mà còn thể hiện bằng hình thức, phong cách của mỗi cá nhân khi tiếp xúc, mỗi cử chỉ thể hiện của nhân viên y tế với người bệnh có thể nói lên tình cảm và sự quan tâm chăm sóc của nhân viên y tế, ví dụ như tại phòng khám khi nhân viên đón tiếp thấy người bệnh rất bỡ ngỡ đến phòng khám bệnh viện, chưa biết đi đâu để thực hiện thủ tục để vào khám, nhân viên y tế tại phòng khám nhanh nhẹn đón tiếp và giúp cho người bệnh hoàn thiện thủ tục hành chính, hướng dẫn và giải thích cho người bệnh trước khi được vào khám bệnh, từ những hàng động đó nhân viên y tế đã gây được thiện cảm với người bệnh, hoặc khi người bệnh tiếp xúc với nhân viên y tế những câu nói " Chào Anh/Chị, Bác…" "Anh/Chi,

Bác..cần gì Tôi/ Em/ Cháu giúp…" sẽ giảm được những lo lắng cho người bệnh khi đến bệnh viện, thái độ ân cần của nhân viên y tế đã chia sẻ được một phần nỗi đau do bệnh mà người bệnh đang phải chịu đựng, lo lắng.

Vì vậy tạo được thiện cảm với người bệnh là một trong những kỹ năng rất cần thiết trong môi trường bệnh viện cũng như trong việc thiết lập các mối quan hệ trong xã hội.

6.2 Mục tiêu tạo thiện cảm trong giao tiếp

- Tạo mối quan hệ và cảm xúc trong giao tiếp xã hội
- Tạo môi trường thân thiện giữa NVYT với người bệnh và người nhà người bệnh
- Giúp người bệnh tin tưởng vào công tác điều trị và chăm sóc
- Tạo uy tín cho NVYT và cho bệnh viện

6.3 Lợi ích tạo thiện cảm trong giao tiếp

- Tạo cảm xúc tốt đối với bệnh nhân, thân nhân, đồng nghiệp : Khi tạo được thiện cảm trong giao tiếp, cảm xúc và ấn tượng của mỗi cá nhân sẽ rất tốt đẹp, từ đó sẽ gây dược mối quan hệ trong xã hội và tạo được niềm tin cho nhau, Trong các cơ sở y tế, Nhân viên y tế tạo được những ấn tượng tốt đẹp, thiện cảm với bệnh nhân sẽ tạo được uy tín cho cơ sở y tế.

- Giúp bệnh nhân nâng cao tính hợp tác và tinh thần lạc quan : Khi bệnh nhân tin tưởng vào nhân viên y tế, bệnh nhân sẽ hợp tác với nhân viên y tế và họ quên những nỗi đau, lo lắng bệnh tật, lạc quan yêu đời hơn và tin vào hiệu quả của quá trình điều trị và chăm sóc,

- Nâng cao nhu cầu chăm sóc, điều trị của người dân
- Xây dựng hình ảnh đẹp của NVYT góp phần tôn vinh y đức

6.4 Các yếu tố gây thiện cảm trong giao tiếp

Về ngoại hình

+ Trang phục: là một trong những yếu tố tác động đến cảm giác đầu tiên khi tiếp xúc nhất là trong các mối quan hệ và gặp gỡ trong xã hội, trang phục phải phù hợp với đối tượng và phù hợp với từng lứa tuổi của người sử dụng cũng như hoàn cảnh của từng trường hợp tiếp xúc cụ thể, trong bệnh viện đối người cán bộ y tế mang một bộ trang phục qui định trong y tế sạch sẽ, phẳng phiu sẽ tạo cho người bệnh có thiện cảm và tin tưởng khi tiếp xúc.

+ Trang sức, trang điểm: là những yếu tố làm đẹp cho con người và nếu là phụ nữ sẽ tạo nên duyên dáng hơn khi tiếp xúc, nhưng vấn đề trang điểm, trang sức phải phù hợp với đối tượng giao tiếp, phù hợp với hoàn cảnh giao tiếp và vị trí làm việc khi thực hiện giao tiếp nhất là trong bệnh viện, khi tiếp xúc với những người bệnh vấn đề trang điểm, trang sức không nên sử dụng quá lòe loẹt, cầu kỳ sẽ rất phản cảm, và sẽ gây cảm giác xa cách với bệnh nhân, dễ bị bệnh nhân hiểu nhầm. Khi thực hiện chăm sóc người bệnh và thực hiện

chuyên môn không cán bộ y tế không nên mang các trang sức rườm rà dễ gây tổn thương, nhiễm khuẩn cho bệnh nhân và cho chính bản thân người cán bộ y tế.

Về ngôn ngữ

Trong các cuộc tiếp xúc ngôn ngữ thể hiện những suy nghĩ và cách ứng xử giữa con người**.** Ngôn ngữ sử dụng rõ ràng, biểu cảm êm ái, được sử dụng các ngôn từ văn minh, lịch sự. Trong bệnh viện, khi cán bộ y tế tiếp xúc với người bệnh, phải sử dụng ngôn ngữ đơn giản phù hợp với từng đối tượng người bệnh, phù hợp với từng lứa tuổi, vùng miền và văn hóa của người bệnh, không sử dụng ngôn ngữ chuyên môn để giải thích cho người bệnh, thái độ thể hiện khi tiếp xúc với người bệnh phải thể hiện sự thông cảm, chia sẻ và lịch sự, với những bệnh hiểm nghèo phải dùng lời lẽ tế nhị khéo léo để giải thích giúp cho người bệnh, người nhà người bệnh giảm đau đớn về tinh thần

Ảnh hưởng của giọng nói đến hiệu quả giao tiếp

Giọng nói hiệu quả, chính xác góp phần tạo ra sự tự tin khi giao tiếp với mọi người xung quanh. Góp phần thể hiện tính chính xác và tính đúng đắn của lời nói. Thể hiện tính thẩm mỹ, cái đẹp của lời nói. Giọng nói còn góp phần gây thiện cảm, gây ấn tượng và tạo ra xúc cảm tích cực. Giọng nói tăng tính hấp dẫn và thuyết phục của lời nói và nội dung muốn nói.

Đối với công tác chăm sóc bệnh nhân và tiếp xúc với những người thân của bệnh nhân thì việc sử dụng giọng nói hiệu quả được xem là liều thuốc để trấn an người bệnh và những người thân của họ, giọng nói cũng góp phần quan trọng và được xem như một liệu pháp tâm lý làm cho những người tiếp xúc cảm thấy tin tưởng và được động viên rất nhiều.

Giọng nói ngọt ngào, ấm áp sẽ làm cho người bệnh và những thân nhân sẽ an tâm và gửi trao niềm tin vào công việc khám chữa bệnh từ đó những mẫu thuẫn không đáng có sẽ được lược bớt. Giọng nói thiếu tính thuyết phục sẽ làm cho quan hệ giao tiếp giữa người thân và ê kíp điều trị sẽ dễ căng thẳng và mâu thuẫn.

Giọng nói không rõ ràng, thông điệp giao tiếp thiếu chính xác sẽ làm hiểu lầm dễ dàng nảy sinh sự khó chịu - sự căng thẳng không đáng có lại xuất hiện. Giọng nói của mỗi cá nhân sẽ thể hiện tính văn hoá của chính mình cũng như văn hoá chung của bệnh viện.

- Khi thể hiện giọng nói phải chú ý đến hơi thở và sự phát âm. Cần có một hơi thở tốt và khả năng phát âm rõ ràng, gọn gẽ. Cách xưng hô sao cho hợp lý trong bệnh viện đối với Nhân viên y tế có thể sử dụng như chúng tôi, bác sĩ điều trị… với Người bệnh có thể gọi là Ông, Bà, anh, chị, cô, chú, em, cháu…Với Thân nhân của bệnh nhân có thể sử dụng như với bệnh nhân: các anh chị (quý anh chị), thân nhân của bệnh nhân…Luôn thể hiện sự tôn trọng và sự trân trọng (xin mời, kính mời…)

- Sử dụng giọng khi nói với những bệnh nhân hoặc thân nhân của bệnh nhân vừa phải, không quá nhanh, không quá chậm. Giọng nói âm lượng không quá to hoặc quá nhỏ và nhẹ nhàng, biết tạo ra sự thân thiện thông qua giọng nói.

Giao tiếp bằng mắt

Đôi mắt được ví là cửa sổ của tâm hồn, là yếu tố bộc lộ rõ nhất cảm xúc của con người. Trong khi giao tiếp, có thể hiểu được cảm xúc người khác thông qua ánh mắt từ đó có cách ứng xử phù hợp.

Ánh mắt hỗ trợ ngôn ngữ khi nói **á**nh mắt đi kèm theo lời nói sẽ làm cho lời nói truyền cảm hơn, tự tin hơn, thuyết phục hơn.

Ánh mắt cũng thay thế lời nói **c**ó những điều kiện, hoàn cảnh người ta không cần nói nhưng vẫn có thể làm cho người ta hiểu được điều mình muốn nói thông qua ánh mắt.

Khi sử dụng ánh mắt: Phải thể hiện đúng ánh mắt mình muốn chuyển tải điều cần nói, đồng thời không nên sử dụng ánh mắt khó chịu, soi mói, chằm chằm…nhất là khi cán bộ y tế khi tiếp xúc với người bệnh dễ gây cho người lo sợ không dám bộc lộ những suy nghĩ và những vấn đề của gia đình, bản thân người bệnh và các yếu tố liên quan đến nguyên nhân hoặc tình trạng bệnh, người bệnh sẽ tự ti và không thể hiện sự phối hợp với nhân viên y tế, vì vậy nhân viên y tế khi tiếp xúc với người bệnh cần phải thể hiện ánh mắt cảm thông, chia sẻ với người bệnh.

Phong cách khi giao tiếp

Phong cách khi giao tiếp thể hiện thông qua cử chỉ (điệu bộ, cúi chào, bắt tay…), thái độ (thân thiện hoà nhã, chân thành…) khi tiếp xúc sẽ tạo cho các mối quan hệ thân thiện và hiệu quả, phong cách thể hiện trình độ văn hóa của mỗi người, những người có phong cách lịch lãm sẽ tạo được sự tôn trọng của mọi người khi tiếp xúc, trong bệnh viện thể hiện là những người có phong cách lịch sự sẽ gây được ấn tượng tốt đẹp với người người bệnh

6.5 Cách tạo thiện cảm khi giao tiếp

+ Chuẩn bị trước khi giao tiếp: Ngoại hình: duyên dáng, lịch sự. Ngôn ngữ: phù hợp với nội dung giao tiếp. Phong cách: tự tin, chững chạc. Nội dung giao tiếp chuẩn bị đầy đủ, chu đáo.

+ Thể hiện trong khi giao tiếp: Nếu mới tiếp xúc lần đầu cần quan sát để xác định và chọn cách phù hợp xưng hô phù hợp. Khéo léo giới thiệu tên, công việc của bản thân. Tỏ rõ niềm vui khi được gặp gỡ họ, tạo cảm giác thân thiện và dấu ấn khi tiếp xúc lần đầu,

+ **Nếu đã tiếp xúc nhiều lần:** Xác định môi trường giao tiếp: không gian, thời gian, không khí, tâm lý…Chú ý thuộc được tên, tuổi, chức vụ, nghề nghiệp. Nhớ được sở thích, hoài bão họ đang mong muốn thực hiện và đạt được.

+ Trong lúc trò chuyện trao đổi: Lắng nghe**,** khiêm tốn học hỏi. Gợi ý, khuyến khích để đối tượng nói về họ, hướng họ tới mục tiêu của mình cần đạt

được (những điều mà họ thích). Khen tặng chính xác. Thể hiện sự thông minh, dí dỏm phù hợp với tình huống. Luôn cảm ơn, xin lỗi đúng lúc

+ Khi giải quyết các tình huống phát sinh (nếu có): Dịu dàng, ôn tồn, ngay cả khi không vừa ý để người mắc lỗi nhận ra những vấn đề cần khắc phục, tránh mạt sát và thể hiện thái độ trịnh thượng sẽ gây e ngại và gây cảm giác khó chịu cho người khác. Góp ý chân thành, nhẹ nhàng khi thấy những vấn đề chưa được thực hiện tốt, hoặc chưa hiệu quả. Tìm hiểu rõ nguyên nhân, từ đó đưa ra những giải quyết hợp tình, hợp lí và có tính thuyết phục,

5. Kết luận

Gây thiện cảm trong giao tiếp là một kỹ năng rất cần thiết để tác động và duy trì các mối quan hệ hàng ngày nhất là trong môi trường bệnh viện, muốn thực hiện được tốt mỗi nhân viên y tế phải nhận thức được :

- Làm việc vì mục tiêu chung của bệnh viện

- Luôn Ý thức bệnh viện là ngôi nhà thứ hai của mỗi thành viên

- Ứng xử với đồng nghiệp phải hết lòng, chân thành, dám chịu trách nhiệm trong mọi công việc được giao khi thực hiện.

- Đối với cấp dưới: nên thân tình, cởi mở, độ lượng và chân thành vì sự phát triển chung của bệnh viện

- Đối với cấp trên: cần trân trọng và kính mến

- Bản thân: Không ngừng nâng cao kiến thức nghề nghiệp, phát huy năng lực và tham gia tích cực các hoạt động của bệnh viện. Học tập và rèn luyện phong cách văn minh, lịch sự. Có tâm lý vững vàng trong nhiệm vụ được giao. Thường xuyên rèn luyện nhân cách và hoàn thành nhiệm vụ.

Xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu giao tiếp càng cao. Để thành công cần phải biết đến nghệ thuật tạo thiện cảm trong giao tiếp. Để đạt được điều này, ngoài việc chú ý rèn luyện thường xuyên và lâu dài còn cần phải được đào tạo một cách hệ thống để có được sự tự tin và lịch lãm trong giao tiếp.

Sự chân thành, khiêm tốn, hoà nhã của nhân viên y tế luôn tạo được những thiện cảm, ấn tượng đẹp trong gặp gỡ, giao tiếp với người xung quanh.

Vì vậy: "Tạo được thiện cảm đã khó, giữ được tình cảm lâu bền lại là điều khó hơn"

Tóm lại

Kỹ năng giao tiếp là yếu tố rất cơ bản để chăm sóc và điều trị thành công cho một người bệnh. Giao tiếp là nghệ thuật, khó đặt ra khuôn mẫu và vì thế đòi hỏi tính thích ứng và sáng tạo tuỳ thuộc vào môi trường, hoàn cảnh và đối tượng giao tiếp. Giao tiếp và kỹ năng ứng xử không phải là điều bất biến và có thể cải thiện thông qua tự rèn luyện của mỗi cá nhân và sự giáo dục của tập thể.

Hiện nay, cách thức giao tiếp và ứng xử của NVYT đang là một trong những vấn đề gây ra nhiều trách cứ và phàn nàn từ phía xã hội và người bệnh. Vì vậy, cải thiện kỹ năng giao tiếp ứng xử để đạt được niềm tin tưởng của người bệnh là một công việc quan trọng và hơn bao giờ hết cần được sự quan tâm của mỗi cá nhân và mỗi cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT về quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế.

2. Tài liệu về giao tiếp, Trung tâm truyền thông tư vấn và đào tạo ý tưởng Việt

3. Tâm lí học ứng xử, Lê Thị Bừng, Nxb. Giáo dục 2000

4. Nghệ thuật giao tiếp, Dale Cusnegie, Nxb. Thanh niên 2001

5. Nghệ thuật giao tiếp và thương lượng trong quản trị và kinh doanh, Thái Trí Dũng, Nxb.Thống kê 1997

6. Nghệ thuật giao tiếp hàng ngày, SabinenDenuel, Nxb.Tp Hồ Chí MInh, 1998

7. Tâm lí học xã hội với quản lí, Vũ Dũng, Nxb. Chính trị quốc gia, 1995

8. Hiểu nhau qua ánh mắt cử chỉ- Ngôn ngữ cơ thể, Alan Pease, Nxb.Tp Hồ Chí Minh, 2002

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn một câu đúng nhất

Câu 1. Kỹ năng giao tiếp

A. Ảnh hưởng tích cực đến các mối quan hệ của mỗi NVYT

B. Là yếu tố thiết yếu để thiết lập mối quan hệ trong gia đình, trong các nhóm người và trong xã hội

C. Là kỹ năng mềm thiết yếu trong cuộc sống

D. Cả A, B và C đều đúng

Câu 2. Quyết định 29/2008/QĐ-BYT Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế được ban hành năm:

A. 2007

B. 2008

C. 2009

D. 2010

Câu 3. Quyết định số 4031 /2001/ QĐ-BYT, ngày 27 tháng 9 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế:

A. Quy định 10 nội dung cụ thể về giao tiếp

B. Quy định 4 nội dung cụ thể về giao tiếp

C. Quy định cụ thể về nghĩa vụ nghề nghiệp của nhân viên y tế với người bệnh, với đồng nghiệp, với nghề nghiệp và với xã hội

D. Tất cả đều sai

Xác định câu đúng và sai trong các câu khẳng định từ câu 4-19 dưới đây:

Câu khẳng định	Đúng	Sai
Câu 4. Việc chẩn đoán bệnh không bị ảnh hưởng bởi mức độ giao tiếp của thầy thuốc với người bệnh		
Câu 5. Giao tiếp với người bệnh giúp điều dưỡng viên trong việc nhận định tình trạng người bệnh		
Câu 6. Giao tiếp ít có vai trò trong việc thiết lập mối quan hệ giữa ĐDV và người bệnh		
Câu 7. Giao tiếp mở đầu cho mọi hoạt động chăm sóc của ĐDV trên người bệnh		
Câu 8. Một trong những lý do người bệnh chưa đánh giá cao điều dưỡng là do giao tiếp của điều dưỡng chưa tốt		
Câu 9. Khi gặp người bệnh lần đầu ĐDV phải chào hỏi người bệnh trước		

Câu 10. Điều dưỡng là người cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người bệnh		
Câu 11. Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng không nên khuyến khích kèm theo nụ cười		
Câu 12. Người bệnh không mong muốn giao tiếp với ĐDV		
Câu 13. Giao tiếp phản ánh đạo đức của người ĐDV		
Câu 14. Các sai phạm về Y đức sẽ là nguy cơ đe dọa tính mạng và sức khỏe cho người bệnh		
Câu 15. Giao tiếp kém sẽ ảnh hưởng tới sự an toàn và sức khỏe của người bệnh		
Câu 16. Giao tiếp kém ảnh hưởng tới niềm tin và sự hài lòng của người bệnh đối với ĐDV		
Câu 17. Đào tạo kỹ năng giao tiếp là hoạt động quan trọng nhất để tăng cường kỹ năng giao tiếp cho ĐDV		
Câu 18. Quyết định 29/2008/QĐ-BYT về quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế bao gồm các quy định về những việc cán bộ viên chức y tế được làm và không được làm		
Câu 19. Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/9/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh		

Câu 20: Những lợi ích trong giao tiếp với người bệnh khi Điều dưỡng gây được thiện cảm:

A. Tạo cảm xúc tốt đối với bệnh nhân, thân nhân, đồng nghiệp

B. Giúp bệnh nhân nâng cao tính hợp tác và tinh thần lạc quan

C. Xây dựng hình ảnh đẹp của NVYT góp phần tôn vinh y đức

D. Cả 3 A, B và C đều đúng

Câu 21 : Điều dưỡng có thể sử dụng các hình thức không lời trong giao tiếp tại bệnh viện với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân là:

A. Ngôn ngữ cơ thể, giọng nói, môi trường, thời gian, trang phục, đụng chạm

B. Ngôn ngữ cơ thể, ngôn từ đẹp, trang phục, sự đụng chạm

C. Ngôn ngữ cơ thể, ngôn từ đẹp, môi trường, trang phục, thời gian

D. Ngôn ngữ cơ thể, giấy viết, trang phục, sự đụng chạm, thời gian

Câu 22: Đâu là sắp xếp đúng các yếu tố tác động trong giao tiếp của điều dưỡng theo thứ tự chiếm tỷ lệ từ cao đến thấp:

A. Giọng nói; Phi ngôn ngữ; Nội dung Nói

B. Phi ngôn ngữ; Giọng nói; Nội dung Nói

C. Nội dung Nói; Phi ngôn ngữ; Giọng nói

D. Phi ngôn ngữ; Nội dung Nói; Giọng nói

Câu 23: Khi xử lý tình huống một điều dưỡng cần luôn luôn giữ một yếu tố cơ bản trong giao tiếp là:

A. Tự tin

B. Nhiệt tình

C. Cảm thông

D. Bình tĩnh

Câu 24: Khoảng cách thân thiện giữa điều dưỡng và bệnh nhân trong giao tiếp là:

A. Dưới 1 m

B. Dưới 2 m

C. Dưới 3 m

D. Dưới 4 m

Câu 25. Khi giao tiếp bằng mắt với bệnh nhân và gia đình thì ánh mắt của người điều dưỡng nên:

A. Nhìn chằm chằm

B. Đảo mắt thường xuyên hoặc nheo mắt

C. Chớp mắt liên tục

D. Nhìn thẳng người đối diện

BÀI 18
CHUẨN ĐẠO ĐỨC ĐIỀU DƯỠNG VIÊN

Mục tiêu

1. Trình bày được sự cần thiết ban hành chuẩn đạo đức điều dưỡng viên
2. Trình bày được sự cần thiết ban hành chuẩn đạo đức điều dưỡng viên
3. Trinh bày được 8 nội dung của chuẩn đạo đức điều dưỡng viên
4. Trình bày được trách nhiệm tổ chức thực hiện chuẩn đạo đức điều dưỡng viên

1. SỰ CẦN THIẾT

Cơ sở pháp lý: Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều dưỡng viên Việt Nam được ban hành theo quy định tại Điều 42 Luật Phòng chống tham nhũng. Theo đó Hội Điều dưỡng Việt Nam tổ chức xây dựng và được Bộ Y tế hiệp y ban hành tại văn bản số 5747/BYT-TCCB ngày 29 tháng 8 năm 2012 và Văn bản số 282/2012/CV-THYH ngày 10 tháng 9 năm 2012.

Người bệnh được luật pháp trao quyền được khám chữa bệnh có chất lượng và được đối xử thân thiện, tôn trọng. Những quyền của người bệnh được thể hiện tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh trong các Điều như Điều 3 về hành nghề khám chữa bệnh; Điều 6 các hành vi bị cấm; Điều từ 7-13 về quyền người bệnh và điều từ 36-39 về nghãi vụ của người hành nghề y.

Nghề y đòi hỏi trách nhiệm kép đối với người hành nghề vừa phải giỏi chuyên môn (y nghiệp) vừa phải như mẹ hiền (y đức). Ở nước ta, y đức vừa có bản chất là luật luân lí vừa có bản chất luật pháp. Y đức với chức năng là luật luân lý giúp Điều dưỡng viên nhận thức những cái tốt, cái đúng, cái sai giúp Điều dưỡng viên đưa ra các quyết định có đạo đức và phù hợp với đặc thù nghề nghiệp khi hành nghề. Mặt khác, Y đức cũng được đưa vào Luật khám bệnh chữa bệnh và một số quy chế của Bộ Y tế nên trở thành yêu cầu bắt buộc Thầy thuốc và Điều dưỡng viên phải thực hiện trong quá trình hành nghề.

Dịch vụ CSSK do ĐDV cung cấp là một trong các trụ cột của dịch vụ y tế, trực tiếp tác động tới sự hài lòng của người bệnh và chất lượng khám chữa bệnh.

Ngành Điều dưỡng nay đã trở thành ngành học đa khoa, có nhiều chuyên khoa, có tính chuyên nghiệp cao. Số lượng Đ DV chiến gần 60% nhân lực trong các cơ sở KCB. Vì vậy cần có Bộ Chuẩn đạo đức nghề nghiệp cho phù hợp với đặc thù nghề nghiệp.

Mặt khác, đạo đức người hành nghề y đang là vấn đề Đảng, Quốc hội, Chính phủ và mọi người dân quan tâm; đang đứng trước thách thức bởi cơ chế thị trường, cơ chế vận hành bệnh viện hiện nay. Điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp, nghề có nhiều thách thức bởi người bệnh là đối tượng phục vụ đặc biệt, bị tổn thương cả về tâm lý, thể chất, phải chịu nhiều đau đớn do bệnh và các can thiệp y tế nên họ phải phụ thuộc vào Thầy thuốc và Điều dưỡng viên.

2. MỤC ĐÍCH

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam do Hội Điều dưỡng Việt Nam ban hành có sự thỏa thuận của Bộ Y tế, Bộ Nội vụ và Tổng hội Y học Việt Nam nhằm mục đích:

1. Giáo dục điều dưỡng viên tự rèn luyện theo các chuẩn mực đạo đức phù hợp với nghề điều dưỡng được xã hội thừa nhận;
2. Giúp điều dưỡng viên đưa ra các quyết định trong các tình huống hành nghề phù hợp với chuẩn đạo đức nghề nghiệp;
3. Công khai Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên làm cơ sở để người dân, người bệnh và nhà quản lý y tế giám sát, đánh giá việc thực hiện của điều dưỡng viên;
4. Công bố Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam đáp ứng yêu cầu thực hiện Thỏa thuận khung về công nhận dịch vụ điều dưỡng giữa Việt Nam với các nước ASEAN và các nước khác.

III. NỘI DUNG CHUẨN ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN

1. Bảo đảm an toàn cho người bệnh

1. Duy trì chuẩn mực thực hành tốt nhất có thể ở nơi làm việc.

2. Chịu trách nhiệm cá nhân về mọi quyết định và hành vi chuyên môn trong chăm sóc người bệnh.

3. Can thiệp kịp thời và báo cáo cho người phụ trách khi phát hiện các hành vi thực hành của người hành nghề không bảo đảm an toàn cho người bệnh.

2. Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh

1. Tôn trọng tuổi, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng của người bệnh.

2. Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh trong khi thực hành chăm sóc.

3. 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.

4. Cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc cho người bệnh.

5. Giữ gìn những bí mật liên quan đến bệnh tật và cuộc sống riêng tư của người bệnh.

6. Đối xử công bằng với mọi người bệnh.

3. Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh

1. Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện.

2. Lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp lại bằng câu nói ân cần với cử chỉ lịch sự.

3. Cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện.

4. Giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.

4. Trung thực trong khi hành nghề

1. Trung thực trong việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao cho người bệnh.

2. Trung thực trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn chăm sóc người bệnh và thực hiện các chỉ định điều trị.

3. Trung thực trong việc ghi các thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh.

5. Duy trì và nâng cao năng lực hành nghề

1. Thực hiện đầy đủ chức năng nghề nghiệp của điều dưỡng viên.

2. Tuân thủ các quy trình kỹ thuật, các hướng dẫn chuyên môn khi chăm sóc người bệnh.

3. Học tập liên tục để cập nhật kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp.

4. Tham gia nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng.

6. Tự tôn nghề nghiệp

1. Giữ gìn và bảo vệ uy tín nghề nghiệp khi người khác làm tổn hại đến các giá trị và danh dự của nghề.

2. Tận tụy với công việc chăm sóc người bệnh và tự giác chấp hành các quy định ở nơi làm việc.

3. Từ chối nhận tiền hoặc lợi ích khác của người bệnh, người nhà người bệnh vì mục đích được ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh.

4. Tôn trọng Điều lệ Hội và tự nguyện tham gia các hoạt động của Hội Điều dưỡng ở các cấp.

7. Thật thà đoàn kết với đồng nghiệp

1. Hợp tác và giúp đỡ đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ.

2. Tôn trọng và bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp.

3. Truyền thụ và chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp với đồng nghiệp.

8. Cam kết với cộng đồng và xã hội

1. Nói và làm theo các quy định của Pháp luật.
2. Gương mẫu tại cộng đồng và nơi sinh sống.
3. Tham gia các hoạt động từ thiện và bảo vệ môi trường.

IV. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI

4.1 MỤC TIÊU VÀ CÁC KẾT QUẢ MONG ĐỢI

- 100% hội viên Hội điều dưỡng tại các Chi hội được nghiên cứu học tập Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên do Hội Điều dưỡng Việt Nam ban hành.

- 100% hội viên Hội điều dưỡng sử dụng Công cụ tự đánh gía bản thân về kết quả thực hiện 20 tiêu chí thiết yếu về Quy tắc đạo đức điều dưỡng

- 100% hội viên Hội điều dưỡng Việt Nam được người quản lý trực tiếp (trưởng khoa, điều dưỡng trưởng khoa, trưởng Bộ môn điều dưỡng) định kỳ 6 tháng một lần đánh giá kết quả thực hiện các tiêu chí về Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên và phản hồi cho mỗi hội viên biết.

- 100% các cơ sở đào tạo điều dưỡng sử dụng Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên do Hội Điều dưỡng Việt Nam ban hành để hướng dẫn và giảng dạy cho học sinh, sinh viên điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên.

- Hội Điều dưỡng Việt Nam sẽ phối hợp với Tổng Hội Y học và Công đoàn Y tế Việt Nam nghiên cứu đánh giá tác động của việc triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên thông qua đánh giá của người bệnh và lãnh đạo các đơn vị.

- Báo cáo kết quả triển khai Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên của hội viên Hội điều dưỡng, các bài học kinh nghiệm được các cấp hội báo cáo về cơ quan quản lý y tế 6 tháng và hàng năm (lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo Bộ Y tế).

4.2 NỘI DUNG TRIỂN KHAI

- Tuyên truyền, phổ biến, giáo dục, học tập Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cho toàn thể hội viên tại các chi hội của Hội Điều dưỡng Việt Nam.

- Phát động phong trào thi đua thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cho toàn thể hội viên

- Đánh giá việc thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cho toàn thể hội viên

- Tổ chức sơ kết, tổng kết, rút kinh nghiệm trong công tác triển khai thực hiện.

4.3 CÁC BƯỚC TRIỂN KHAI

Bước 1: Thành lập Ban chỉ đạo thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên các cấp

1).Tại TƯ Hội: Ban chỉ đạo thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên bao gồm các thành phần: Chủ tịch hội Điều dưỡng là trưởng ban, Phó ban là các Phó chủ tịch, Tổng thư ký và có sự tham gia của lãnh đạo Cục quản lý khám chữa bệnh, các chuyên gia, các nhà khoa học và lãnh đạo một số đơn vị trọng điểm.

2). Tại các tỉnh / thành hội: Ban chỉ đạo thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cấp tỉnh/thành hội bao gồm các thành phần: Chủ tịch hội Điều dưỡng tỉnh/thành phố là trưởng ban, Phó ban là các Phó chủ tịch, Tổng thư ký, Điều dưỡng trưởng Sở Y tế và có sự tham gia của lãnh đạo Sở Y tế, và lãnh đạo một số đơn vị trọng điểm.

3). Tại các Chi hội: Ban chỉ đạo thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cấp chi hội bao gồm các thành phần: Chủ tịch Hội đồng điều dưỡng là trưởng ban, Phó trưởng ban là Chi hội trưởng, Điều dưỡng trưởng bệnh viện và các uỷ viên Hội đồng điều dưỡng là thành viên.

4). Ban chỉ đạo thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên có nhiệm vụ triển khai kế hoạch :

- Xây dựng kế hoạch chi tiết tổ chức thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên;
- Giám sát, đánh giá việc thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên ở từng cấp.
- Sơ kết và báo cáo kết qủa thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên.

Bước 2: Tổ chức phổ biến, giáo dục, học tập Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên* viên *cho toàn thể cán bộ chủ chốt và hội viên.

Nội dung :

Toàn bộ nội dung của Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên do Hội Điều dưỡng Việt Nam ban hành kèm theo Quyết định số 20 /2012/QĐ-HĐD ngày 10 tháng 9 năm 2012 của Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam.

Phương thức triển khai

- Cấp TƯ Hội: Tập huấn cho các tỉnh/thành hội, chi hội trực thuộc nội dung Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên, Kế hoạch tổ chức thực hiện, hướng dẫn sử dụng các công cụ đánh giá và có văn bản đề nghị các cấp quản lý của ngành y tế, Tổng hội Y học và Công đoàn Y tế Việt Nam phối hợp triển khai.

Cấp tỉnh/thành hội: Tập huấn cho các Chủ tịch Hội đồng điều dưỡng, Chi hội trưởng nội dung Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên, Kế hoạch tổ chức thực hiện, hướng dẫn sử dụng các công cụ đánh giá và có văn bản đề nghị lãnh đạo các đơn vị phối hợp và tạo điều kiện cho các Chi hội triển khai thực hiện.

Cấp Chi hội: Niêm yết công khai Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên tại các khoa phòng, tại những nơi dễ nhìn thấy, nơi nhiều người qua lại. In Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên vào mặt sau của Thẻ viên chức; Tổ chức các buổi học tập nội dung Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên cho toàn thể hội viên và thảo luận chi tiết trong các buổi giao ban cấp khoa phòng.

Bước 3: Phát động phong trào thi đua tại tất cả các bệnh viện, các chi hội cam kết thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên.

- Phát động phong trào thi đua trong toàn bệnh viện, các chi hội

- Vận động hội viên của các tập thể khoa/phòng ký cam kết tự nguyện thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên và tự đánh giá bản thân theo các tiêu chí về đạo đức nghề nghiệp đã ban hành.

Bước 4: Tổ chức giám sát và đánh giá việc triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên

- TW hội tổ chức các đoàn kiểm tra, giám sát định kỳ 6 tháng, hàng năm việc triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên tại các tỉnh thành hội và các chi hội trực thuộc. Phối hợp với Tổng hội Y học Việt Nam tiến hành đánh giá tác động thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên vào cuối năm 2013 và các năm sau đó.

- Tỉnh/thành hội tổ chức các đoàn kiểm tra, giám sát định kỳ 6 tháng và hàng năm việc triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên tại các chi hội trực thuộc.

- Các chi hội: tổ chức các đoàn kiểm tra, giám sát định kỳ 3 tháng và hàng năm việc triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên tại các khoa phòng. Tổ chức cho hội viên tự đánh giá bản thân và người quản lý trực tiếp đánh giá mức độ thực hiện của mỗi hội viên theo 20 tiêu chí đánh giá đã đề ra.

Bước 5: Tổ chức sơ kết, tổng kết

- Định kỳ 6 tháng và hàng năm tổ chức đánh giá sơ kết việc thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên

- Khen thưởng những điển hình tiên tiến trong thực hiện Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên; phê phán những hành vi, thái độ không phù hợp với những nội dung của Chuẩn đạo đức điều dưỡng viên.

- Rút kinh nghiệm hàng năm để triển khai mở rộng.

CÂU HỎI

1. Cơ sở ban hành chuẩn đạo đức điều dưỡng viên

A: Theo Điêu 42 Luật phòng chống tham nhũng

B: Theo văn bản hiệp y của Bộ Y tế

C: Theo văn bản hiệp y của Bộ Nội vụ

D: Cả A, B, C đều đúng

2. Mục đích ban hành chuẩn đạo đức điều dưỡng viên

A: Để ĐDV học tập và làm theo

B: Để công khai với NB và để nhà quản lý giám sát đánh giá

C; Để công khai với khu vực ASEAN

D: Tất cả đều đúng

3. Nội dung chuẩn đạo đức gồm

A: 10 điều

B: 8 điều

C: 6 điều

D: Cả đều sai

4. Các hành vi thể hiện sự thân thiện của người điều dưỡng là

A: Chào và giới thiệu tên, lắng nghe và phản hồi NB phù hợp

B: Dịch vụ kèm theo nụ cười và giúp NB giảm nhẹ đau đớn

C: Cả A và B

D: A và dịch vụ kèm theo nụ cười

5. Các điều dưỡng viên và hộ sinh viên là hội viên Hội Điều dưỡng Việt Nam có trách nhiệm thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều dưỡng viên Việt Nam Đ S

BÀI 19
VAI TRÒ NGHIÊN CỨU ĐIỀU DƯỠNG VÀ THỰC HÀNH DỰA VÀO BẰNG CHỨNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày định nghĩa về nghiên cứu khoa học

2. Nêu được vai trò nghiên cứu Điều dưỡng

3. Kể được các giải pháp tăng cường nghiên cứu Điều dưỡng

4. Trình bày được khái niệm và các đặc trưng của thực hành dựa vào bằng chứng.

5. Trình bày quy trình các bước và phương thức áp dụng thực hành dựa trên bằng chứng.

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM VỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC VÀ NGHIÊN CỨU ĐIỀU DƯỠNG

1. Nghiên cứu khoa học

1.1. Định nghĩa

Có nhiều định nghĩa về nghiên cứu khoa học được trình bày ở các sách khác nhau như bách khoa toàn thư, từ điển và trong các sách chuyên đề về nghiên cứu. Những định nghĩa có thể có sự khác biệt về câu từ, nhưng đều có ý nghĩa tương tự. Bách khoa toàn thư trực tuyến Wikipedia định nghĩa nghiên cứu trong các từ sau: nghiên cứu là tìm kiếm kiến thức, hoặc là bất kỳ một điều tra có hệ thống, với một tinh thần cởi mở. Nghiên cứu là quá trình thu thập thông tin có hệ thống và phân tích thông tin để tăng cường sự hiểu biết của chúng ta về hiện tượng/vấn đề được nghiên cứu. Đây là chức năng của nhà nghiên cứu để đóng góp vào sự hiểu biết về hiện tượng này và truyền đạt sự hiểu biết đó đến những người khác

Các mục tiêu chung của nghiên cứu là: (i) Quan sát và Mô tả; (ii) Dự đoán; (iii) xác định các nguyên nhân; và (iv) Giải thích.

1.2. Đặc điểm của nghiên cứu khoa học

- Có tính thông tin và bao giờ cũng hướng tới cái mới.

- Có tính tin cậy cao: lặp lại được những kết quả đúng như đã công bố.

- Có tính giá trị

- Có tính chính xác.

- Có độ tín nhiệm.

- Có tính khái quát.

2. Vai trò của nghiên cứu điều dưỡng

Nghiên cứu điều dưỡng là một bộ phận của nghiên cứu y học. Mục đích nghiên cứu điều dưỡng nhằm sàng lọc, phát triển và mở rộng kiến thức nghề nghiệp và dựa vào các bằng chứng tin cậy để cải tiến thực hành điều dưỡng. Nghiên cứu điều dưỡng là môn học về các phương pháp quan sát, can thiệp, diễn giải những hiện tượng, sự vật và hành vi liên quan tới chăm sóc điều dưỡng và trình bày kết quả một cách khách quan, chính xác và hệ thống.

Nghiên cứu điều dưỡng có tầm quan trọng rất lớn trong nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc và phát triển nghề nghiệp, cụ thể là:

a) Tạo ra kiến thức mới

Cũng như NCKH nói chung, nghiên cứu điều dưỡng cũng hướng đến tìm ra những kiến thức, hiểu biết mới trong chăm sóc người bệnh nhất là khi chưa có nhiều nghiên cứu trong lĩnh vực này, trong khi nhiều công nghệ mới đang được áp dụng trong y tế. Nghiên cứu điều dưỡng nhằm thay đổi phương pháp chăm sóc, kỹ thuật chăm sóc, cách tiếp cận người bệnh và cộng đồng… Những điều này chỉ có được từ kết quả nghiên cứu khoa học thông qua những bằng chứng và phát minh khoa học.

b) Nâng cao chất lượng chăm sóc, an toàn người bệnh và tăng cường hiệu quả chi phí trong lĩnh vực chăm sóc

Nghiên cứu điều dưỡng cũng là phương pháp biến quá trình đào tạo thành quá trình tự đào tạo, đặc biệt sử dụng cho thực hành dựa vào bằng chứng. Kết quả nghiên cứu điều dưỡng là những bằng chứng giúp cho các điều dưỡng viên thực hành chăm sóc an toàn, hiệu quả. Nghiên cứu điều dưỡng cung cấp bằng chứng để nhà quản lý điều dưỡng đưa ra các chính sách, qui định phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho các dịch vụ chăm sóc.

Kết quả từ nhiều công trình nghiên cứu điều dưỡng đã cho thấy bằng những can thiệp trong quản lý điều dưỡng và trong thực hành chăm sóc điều dưỡng đã mang lại những hiệu quả trong quản lý như sử dụng nguồn lực hợp lý và hiệu quả hơn và trong chăm sóc người bệnh như: giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng người bệnh nhanh hồi phục, rút ngắn thời gian nằm viện…thông qua đó đã giảm chi phí trong lĩnh vực chăm sóc người bệnh và làm cho các nguồn lực của bệnh viện được sử dụng một cách hiệu quả nhất.

c) Khẳng định giá trị vị thế và uy tín nghề nghiệp

Theo quan niệm mới điều dưỡng là một ngành khoa học, ngày nay trên thế giới đã có nhiều điều dưỡng có trình độ tiến sỹ và được phong hàm giáo sư. Ở những nước này người điều dưỡng, hộ sinh thực hiện nghiên cứu khoa học là một chuyện tất nhiên. Tại Việt Nam ngành điều dưỡng còn non trẻ so với thế

giới, đối tượng điều dưỡng có trình độ đại học và sau đại học còn rất ít vì vậy người điều dưỡng cần phải tăng cường thực hiện nghiên cứu khoa học điều dưỡng để phát triển kiến thức nghề nghiệp, đồng thời chứng tỏ sự đóng góp của mình sẽ tạo ra sự khác biệt trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Như vậy, nghiên cứu điều dưỡng không những góp phần tăng cường uy tín nghề nghiệp mà còn làm cho xã hội đánh giá đúng mức giá trị của các dịch vụ chăm sóc và vị thế của người điều dưỡng.

3. Các giải pháp tăng cường nghiên cứu điều dưỡng

Để tăng cường nghiên cứu điều dưỡng, cần thực hiện nhiều giải pháp đồng bộ như sau

3.1. Đào tạo về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng

Cũng như cán bộ của những ngành nghề khác khi làm nghiên cứu khoa học họ đã được trang bị kiến thức, phương pháp luận về nghiên cứu khoa học, vì vậy để người điều dưỡng tự tin thực hiện nghiên cứu khoa học thì cần đào tạo để tạo khả năng nghiên cứu. Hiện nay, các chương trình đào tạo điều dưỡng cao đẳng và đại học đều đã được bổ sung thêm học phần Nghiên cứu điều dưỡng. Ngoài ra, các lớp học ngắn hạn về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng do Hội điều dưỡng Việt Nam, các Sở Y tế và các bệnh viện tổ chức chắc chắn sẽ không chỉ tạo năng lực nghiên cứu mà còn thúc đẩy điều dưỡng bắt tay vào làm nghiên cứu.

3.2. Tăng cường thực hành dựa vào bằng chứng (Evidence Based Practice)

Thực hành y học dựa vào bằng chứng chẳng những mang lại lợi ích, hiệu quả trong điều trị, chăm sóc người bệnh, không những vậy thực hành dựa vào bằng chứng còn làm cho người thực hành nhận thấy tầm quan trọng, ý nghĩa của nghiên cứu khoa học để cung cấp bằng chứng cho cải thiện thực hành điều dưỡng lâm sàng từ đó sẽ hăng hái hơn, có động lực rõ rệt hơn để thực hiện nghiên cứu khoa học.

3.3. Tăng cường phổ biến kết quả nghiên cứu

Kinh nghiệm của một số địa phương của Việt Nam cho thấy tăng cường phổ biến kết quả nghiên cứu là một hình thức tốt để khuyến khích người điều dưỡng tham gia nghiên cứu khoa học. Việc sử dụng các kênh thông tin như: nội san, tạp chí chuyên ngành, Internet, Website là các phương tiện truyền thông rất có hiệu quả để tăng cường phổ biến và sử dụng kết quả nghiên cứu một cách nhanh chóng và rộng rãi. Ngoài ra, tổ chức các Hội nghị nghiên cứu khoa học điều dưỡng ở các cấp là một giải pháp quan trọng không những để phổ biến các kết quả nghiên cứu, khuyến khích áp dụng các kết quả nghiên cứu vào thực hành mà còn là một diễn dàn để người điều dưỡng có cơ hội trao đổi, chia sẻ và học tập kinh nghiệm về nghiên cứu khoa học và đây cũng là biện pháp tạo động cơ, khuyến khích người điều dưỡng tích cực hơn trong nghiên cứu khoa học.

II. ĐẠI CƯƠNG VỀ Y HỌC DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Trong lịch sử y học hiện đại đã có quá nhiều trường hợp sai lầm vì điều trị không dựa vào bằng chứng khoa học. Đầu thập niên 1980s và 1990s, hầu hết các thầy thuốc trên thế giới đều tin rằng HRT (Hormone Replacement Therapy, hay còn gọi là Liệu pháp thay thế kích thích tố) giảm nguy cơ tử vong và bệnh tim mạch, nhưng đến cuối năm 1998, kết quả của một nghiên cứu lâm sàng cho thấy HRT chẳng những tăng nguy cơ tử vong vì bệnh tim mạch mà còn tăng nguy cơ ung thư vú! Kết quả này dẫn đến việc ngưng sử dụng HRT, nhưng chưa ai biết liệu pháp này đã hại bao nhiêu phụ nữ trên thế giới.

Gần đây chúng ta sững sờ trước kết quả nghiên cứu lâm sàng về thuốc CEPT làm tăng HDL (một loại "cholesterol lành") đáng lẽ giảm nguy cơ tử vong, nhưng trong thực tế thuốc này vừa làm tăng huyết áp mà còn tăng nguy cơ tử vong, hoàn toàn trái ngược lại những gì người ta "tin" trước đây, và kết quả này buộc các nhà nghiên cứu phải lập tức ngưng công trình nghiên cứu.

Những ví dụ trên đây chỉ là một trong những ví dụ về sự thất bại trong điều trị nếu như chỉ thuần túy dựa vào hoặc là kinh nghiệm hoặc kiến thức vì: Kiến thức lạc hậu nhanh; Kinh nghiệm thì không đáng tin cậy, dựa vào cá nhân, rất nhiều nhưng không đầy đủ, không hệ thống và cũng lạc hậu nhanh.

Vì vậy Mary Ann Remshardt đã viết trên tạp chí Nghiên cứu điều dưỡng và Thực hành dựa vào bằng chứng như sau: "Cải tiến sự chăm sóc khách hàng là lý do chính để tiến hành nghiên cứu điều dưỡng. Những can thiệp điều dưỡng phải được hỗ trợ bởi những thông tin chuẩn xác. Triết lý hiện nay trong điều dưỡng và chăm sóc sức khỏe là những người hành nghề phải sử dụng bằng chứng nghiên cứu khi ra quyết định chăm sóc, điều trị cho người bệnh trên lâm sàng. Quyết định chăm sóc sức khỏe chỉ hợp lý khi dựa trên hoặc là số liệu nghiên cứu hoặc sự xem xét các tài liệu một cách hệ thống hoặc là cả hai"

Điều này cho thấy tầm quan trọng và nghĩa to lớn của thực hành y học dựa vào bằng chứng. Thuật ngữ y học dựa trên bằng chứng đã được Gordon Guyatt của đại học McMaster (Canada) sử dụng vào những năm 90 của thế kỷ XX. Thuật ngữ này đến nay đã trở nên phổ biến nhất là ở các nước phát triển.

1. Khái niệm về thực hành y học dựa vào bằng chứng

Thực hành y học dựa vào bằng chứng là một hướng mới của y học do các bác sĩ ở Canada khởi xướng vào thập niên 90 của thế kỷ trước. Thực hành y học dựa vào bằng chứng được hiểu là thực hành dựa trên chứng cứ chứ không chỉ thuần túy dựa vào lý thuyết và kinh nghiệm trong đó các quyết định lâm sàng phải dựa trên bằng chứng khoa học.

Vậy thế nào là bằng chứng? Theo nghĩa trong từ điển Bách khoa toàn thư trực tuyến Wikipedia thì bằng chứng là:

- Cơ sở để tin tưởng

- Thực tế hoặc có giấy tờ xác nhận, kết luận.

- Thông tin (từ cá nhân, từ tài liệu) hướng tới hình thành một sự thật.

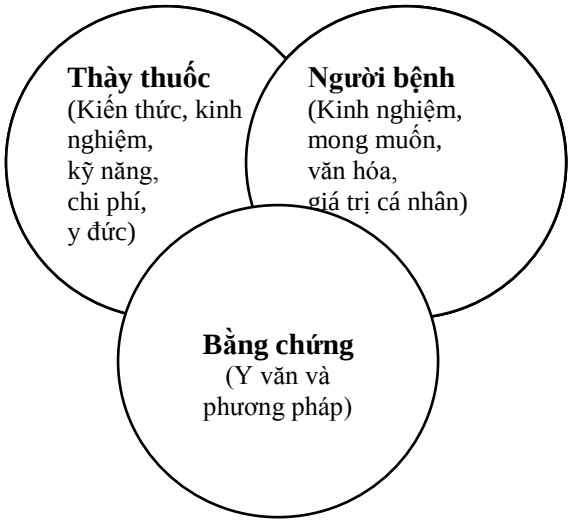
- Dùng để chỉ thị, làm chứng.

Một nguyên tắc cơ bản để được gọi là bằng chứng là dù bằng chứng thu được bằng cách nào đi chăng nữa thì cũng phải có thể quan sát độc lập được và có khả năng kiểm định được.

Vậy thế nào là bằng chứng khoa học? Bằng chứng khoa học là những dữ liệu rút ra từ những nghiên cứu đã qua thẩm định và được công bố trên các tập san y học chuyên môn (được nhiều người thừa nhận). Bằng chứng khoa học cũng được phân loại theo mức độ tin cậy từ cao đến thấp như sau:

- Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng
- Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên
- Bằng chứng từ nghiên cứu từ tổng quan y văn có hệ thống
- Bằng chứng từ nghiên cứu bệnh chứng
- Bằng chứng từ nghiên cứu đơn lẻ
- Bằng chứng từ nghiên cứu trên súc vật
- Bằng chứng từ nghiên cứu lâm sàng không hệ thống

Thực hành y học dựa trên bằng chứng đòi hỏi sự tích hợp của chứng cứ tốt nhất từ các nghiên cứu khoa học với kinh nghiệm lâm sàng của chúng ta vào tình huống cụ thể của người bệnh. Theo David Sackett thì Y học dựa trên bằng chứng là: “Thực hành dựa vào bằng chứng là một phương pháp thực hành dựa vào phối hợp kĩ năng lâm sàng với bằng chứng khoa học nhằm đem lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân". Trong thực hành y học hiện tại và quá khứ, các quyết định lâm sàng đưa ra do bác sĩ, điều dưỡng quyết định. Trong thực hành y học dựa trên bằng chứng, tất cả các quyết định can thiệp lâm sàng phải dựa vào 3 yếu tố là kinh nghiệm và kiến thức của người hành nghề và bằng chứng trong y văn cùng với sự lựa chọn của người bệnh như được minh họa ở Sơ đồ 1.



Sơ đồ 1: Các thành tố của thực hành y học dựa vào bằng chứng (Theo Sackett D, Haynes RB, et al)

Với sơ đồ này chúng ta có thể hiểu thực hành y học dựa vào bằng chứng là: vận dụng một cách thận trọng, chính xác và rõ ràng tất cả các dữ liệu nghiên cứu tốt nhất thu được hiện có, kết hợp với kinh nghiệm và kiến thức của thầy thuốc, cùng với tham khảo nguyện vọng và yêu cầu của người bệnh để đưa ra biện pháp điều trị hữu hiệu cho từng người bệnh cụ thể thông qua việc chuyển nhu cầu thông tin/sự hiểu biết của chúng ta thành câu hỏi có thể trả lời được và sau đó đi tìm những thông tin tốt nhất để trả lời cho câu hỏi đó".

2. Lý do thực hành y học dựa vào bằng chứng

Chúng ta phải thực hành y học dựa vào bằng chứng vì những lý do sau đây:

- Chi phí công và tư cho y tế ngày càng tăng trên toàn cầu làm cho chính phủ của các quốc gia cần bảo đảm chắc chắn rằng chi phí cho CSSK đạt được mục tiêu cung cấp dịch vụ y tế hiệu quả với những kết quả đầu ra tích cực cho công chúng và tiết kiệm chi phí.

- Số lượng tài liệu liên quan đến CSSK đang tăng lên theo cấp số nhân.

- Quyết định chăm sóc sức khỏe chuyển qua người chi trả.

- Trách nhiệm của người làm chuyên môn tăng lên.

- Thay đổi sự kỳ vọng của công chúng: người dân quan tâm đến chất lượng dịch vụ hơn, người dân hiểu biết hơn và cũng khắt khe hơn (nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn và yêu cầu cũng cao hơn)

- Sự tin tưởng rằng áp dụng kết quả nghiên cứu có chất lượng tốt sẽ cải thiện kết quả cho người bệnh do vậy đó là điều quan trọng với chất lượng chăm sóc người bệnh.

3. Các đặc điểm của thực hành y học dựa vào bằng chứng

Thực hành y học dựa vào bằng chứng có những đặc điểm sau:

- Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm.

- Kết quả điều trị và chăm sóc ngày càng tốt hơn.

- Quan tâm đến chi phí-hiệu quả.

- Người hành nghề chăm sóc sức khỏe phải không ngừng cập nhật kiến thức và thông tin y học mới để lựa chọn được giải pháp tối ưu nhằm giải quyết một vấn đề sức khỏe cho người bệnh.

- Người hành nghề chăm sóc sức khỏe không những chỉ cập nhật thông tin y học mà còn phải biết đánh giá cặn kẽ nguồn gốc, chất lượng giá trị của nguồn thông tin.

- Quan hệ thầy thuốc – người bệnh được coi là mối quan hệ giữa khách hàng và người cung cấp dịch vụ. Người thấy thuốc có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh trạng của người bệnh, thông tin đầy cho người bệnh về những phương pháp, kế hoạch điều trị, chăm sóc và giải thích cặn kẽ mọi câu hỏi, mọi thắc mắc cho người bệnh. Người bệnh là người quyết định lựa chọn loại dịch vụ nào để sử dụng.

- Vai trò của người bệnh thay đổi: từ vai trò bị động áp dụng các phương pháp chẩn đoán, điều trị và chăm sóc của thầy thuốc sang người đóng vai trò chủ động hợp tác với thầy thuốc trong sự lựa chọc các phương pháp trị liệu và chăm sóc. Người bệnh có quyền quyết định, nhất là trong một tình huống có nhiều giải pháp mà người đưa ra giải pháp cũng không thể cho một đáp số tối ưu.

4. Quy trình thực hành dựa trên bằng chứng

Thực hành dựa vào bằng chứng gồm 5 bước sau:

- Bước 1: Phát hiện tình huống/vấn đề và chuyển thành câu hỏi có thể trả lời được.

- Bước 2: Tìm kiếm bằng chứng "tốt nhất".

- Bước 3: Đánh giá nghiêm túc những kết quả nghiên cứu được lựa chọn.

- Bước 4: Tích hợp bằng chứng với kiến thức và kinh nghiệm lâm sàng và các ưu tiên của người bệnh để áp dụng giải quyết tình huống đó.

- Bước 5: Đánh giá hiệu quả việc dùng bằng chứng về việc tiến hành các bước từ 1 đến 4 để cải thiện cho lần sau.

Lưu ý: diễn dịch một vấn đề lâm sàng thành một câu hỏi có thể trả lời được là một việc làm hết sức quan trọng và là vấn đề mấu chốt trong quy trình thực hành dựa vào bằng chứng. Những câu hỏi tốt nên có 4 phần (PICO):

- Người bệnh (Patient): là ai?, bị bệnh gì?

- Can thiệp (Intervention): dùng thuốc, phương pháp chăm sóc, xét nghiệm, có yếu tố nguy cơ, v.v…

- So sánh (Comparison): So sánh với phương pháp khác.

- Kết quả đầu ra (Outcome): chỉ số lâm sàng, thời gian nằm viện…

5. Áp dụng thực hành y học dựa vào bằng chứng

Có ba kiểu áp dụng y học dựa trên bằng chứng vào lâm sàng.

- Kiểu "làm" ("doing" mode) nghĩa là thực hiện ít nhất 4 bước từ 1-4, ví dụ khi gặp một tình huống, chúng ta cần những chứng cứ mới nhất và phải rất chắc chắn về những gì chúng ta làm, do đó chúng ta sẽ đầu tư thời gian tìm kiếm tài liệu (bước 2) và đánh giá giá trị của tài liệu (bước 3) để có thể áp dụng chắc chắn vào lâm sàng (bước 4).

- Kiểu "dùng" ("using mode) nghĩa là chúng ta chỉ sử dụng những nguồn tài liệu đã được đánh giá (bỏ qua bước 2,3), chúng ta sẽ áp dụng những kiến thức đã được đánh giá là có giá trị để tiết kiệm thời gian (do đó chúng ta bỏ qua bước 2,3).

- Kiểu "lặp lại" (Iterated mode) nghĩa là chỉ lặp lại ý kiến của những người đi trước có kinh nghiệm. Chúng ta thường hỏi ý kiến những chuyên gia của các chuyên khoa liên quan mà không mảy may thắc mắc nguồn gốc của

thông tin họ có được (trích dẫn từ đâu? Nguồn trích dẫn có giá trị không?). Kiểu "lặp lại" này rất hay xảy ra tại bệnh viện hiện nay.

6. Những khó khăn khi thực hiện thực hành y học dựa vào bằng chứng

Ngoài những giới hạn xuất phát từ sự chỉ trích của những người chưa hiểu rõ và bám sát định nghĩa y học dựa trên bằng chứng. Thực hành y học dựa trên bằng chứng có những khó khăn, hạn chế sau:

- Nguồn chứng cứ không phải luôn có sẵn.

- Hạn chế về phân tích đánh giá chứng cứ.

- Mất thời gian nghiên cứu và tìm kiếm chứng cứ.

- Thiếu kiến thức/chưa được đào tạo. Kỹ năng để phân tích và đánh giá chứng cứ của các thày thuốc lâm sàng chưa thuần thục.

- Thiếu nguồn lực, thời gian đầu tư vào y học dựa trên bằng chứng của các cán bộ y tế lâm sàng.

- Văn hóa tổ chức và nghề nghiệp: Mức độ ủng hộ và tạo điều kiện hạn chế.

Mặc dù còn nhiều ý kiến nhưng thực hành y học dựa vào bằng chứng đã ngày càng trở nên thuyết phục hơn và được coi như một mô hình y học hứa hẹn làm thay đổi quan điểm thực hành y khoa trong tương lai. Nguyên lý của thực hành y học dựa trên bằng chứng ngày nay đã trở thành quan điểm then chốt trong việc giáo dục y học cho sinh viên đại học, sau đại học và trong đào tạo liên tục ở khắp nơi trên thế giới. Thực hành y học dựa vào bằng chứng không hề thủ tiêu vai trò của người cán bộ y tế mà nó đòi hỏi họ phải cập nhật kiến thức liên tục nhằm mang lại hiệu quả sức khỏe tốt nhất cho người bệnh. Thực hành y học dựa vào bằng chứng cũng giúp các nhà hoạch định chiến lược y tế có cơ sở để đưa ra các chính sách hợp lý nhất trong điều kiện hiện có của mỗi địa phương hay mỗi quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alguire PC. A review of journal clubs in postgraduate medical education. J Gen. Intern Med 1998; 13:347-53.

2. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparision of results of meta-analysis of randomised control trials and recommendations of clinical experts. JAMA 1992; 268: 240-8.

3. Covell DG, Uman GC. Information needs in office practice: are they being met? Ann Intern Med 1985; 103: 596-9.

4. Davis DA, Thompson MA. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1997; 274:700-5

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền từ còn thiếu: Nghiên cứu là quá trình có thu thập (a)_____có hệ thống và (b)_____ thông tin để tăng cường sự hiểu biết của chúng ta về hiện tượng/vấn đề được nghiên cứu.

Câu 2. Các mục tiêu chung của nghiên cứu là:

A. Quan sát và Mô tả;

B. …….;

C. Xác định các nguyên nhân;

D. …….

Câu 3. Nghiên cứu điều dưỡng là để:

A. ……..;

B. Nâng cao chất lượng chăm sóc, an toàn người bệnh;

C. Tăng cường hiệu quả chi phí trong lĩnh vực chăm sóc;

D. …….

Câu 4: Các giải pháp tăng cường nghiên cứu điều dưỡng gồm:

A. ……..;

B. Tăng cường thực hành dựa vào bằng chứng (Evidence Based Practice)

C. ……;

Câu 5: Bằng chứng là:

A. …….

B. Thực tế hoặc có giấy tờ xác nhận, kết luận;

C. Thông tin (từ cá nhân, từ tài liệu) hướng tới hình thành một sự thật;

D. ……

Câu 6: Các loại bằng chứng khoa học gồm:

A. Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng;

B. …….;

C. Bằng chứng từ nghiên cứu từ tổng quan y văn có hệ thống;

D. …….;

E. Bằng chứng từ nghiên cứu đơn lẻ;

F. Bằng chứng từ nghiên cứu trên súc vật;

G. Bằng chứng từ nghiên cứu lâm sàng không hệ thống.

Câu 7: Những câu hỏi cần đặt ra khi thực hành dựa vào bằng chứng (PICO) gồm:

A. ……..

B. Can thiệp (Intervention): dùng thuốc, phương pháp chăm sóc, xét nghiệm, có yếu tố nguy cơ, v.v…

C. So sánh (Comparison): So sánh với phương pháp khác.

D. ……..

Câu 8: Điền số thứ tự cho mỗi bước của thực hành dựa vào bằng:

- _____: Phát hiện tình huống/vấn đề và chuyển thành câu hỏi có thể trả lời được.

- _____: Tìm kiếm bằng chứng "tốt nhất".

- _____: Tích hợp bằng chứng với kiến thức và kinh nghiệm lâm sàng và các ưu tiên của người bệnh để áp dụng giải quyết tình huống đó.

- _____: Đánh giá nghiêm túc những kết quả nghiên cứu được lựa chọn.

- _____: Đánh giá hiệu quả việc dùng bằng chứng về việc tiến hành các bước từ 1 đến 4 để cải thiện cho lần sau.

Câu 9: Các kiểu thực hành dựa vào bằng chứng:

A. ……

B. Kiểu "dùng" ("using mode)

C. ……

Câu 10: Những khó khăn hạn chế thực hành dựa vào bằng chứng

A. ……..

B. Hạn chế về phân tích đánh giá chứng cứ.

C. Mất thời gian nghiên cứu và tìm kiếm chứng cứ.

D. ……..

E. Thiếu nguồn lực, thời gian đầu tư vào y học dựa trên bằng chứng của các cán bộ y tế lâm sàng cần phải được đặt ra.

F. Văn hóa tổ chức và nghề nghiệp: Mức độ ủng hộ và tạo điều kiện hạn chế.

BÀI 20
XÂY DỰNG ĐỀ CƯƠNG VÀ VIẾT BÁO CÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

MỤC TIÊU

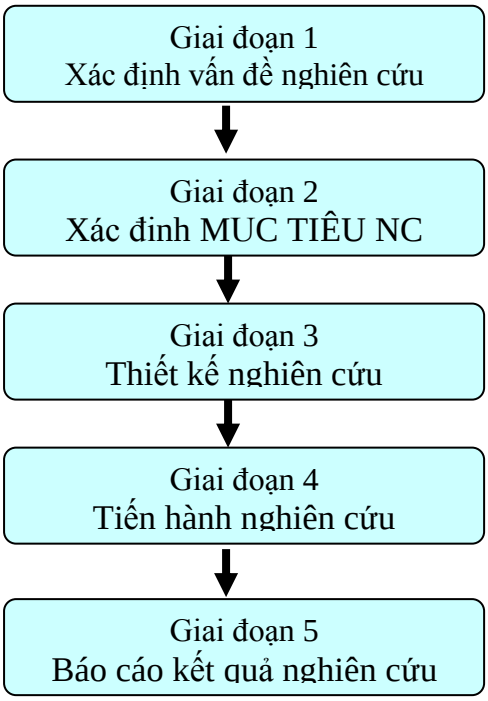
Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được các bước của quy trình nghiên cứu
2. Nêu được các thành phần cơ bản của Đề cương nghiên cứu
3. Trình bày được cách viết từng phần của một báo cáo khoa học
4. Viết được phần tóm tắt của bài báo khoa học
5. Nêu được cách viết tài liệu tham khảo

NỘI DUNG

I. XÂY DỰNG ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. Qui trình nghiên cứu



Sơ đồ 1: Quy trình nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu gồm 5 giai đoạn: (1) xác định vấn đề nghiên cứu; (2) xác định mục tiêu nghiên cứu; (3) xây dựng đề cương nghiên cứu; (4) tiến hành nghiên cứu; và (5) báo cáo nghiệm thu kết quả nghiên cứu.

2. Các bước của Quy trình nghiên cứu

Các bước trong một quy trình nghiên cứu có thể không hoàn toàn giống nhau giữa các tác giả nhưng về cơ bản bước đầu tiên khi tiến hành một nghiên cứu là lựa chọn chủ đề nghiên cứu và kết thúc là báo cáo kết quả nghiên cứu. Theo nhiều tác giả mà điển hình là Rose Marie Nieswiadomy (2002) thì quy trình nghiên cứu có 17 bước sau:

1. Chọn chủ đề nghiên cứu

2. Tham khảo tài liệu liên quan

3. Phân tích vấn đề nghiên cứu

4. Lựa chọn vấn đề ưu tiên (đề tài)

5. Nêu giả thuyết khoa học

6. Xác định mục nghiên cứu

7. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu

8. Chọn phương pháp nghiên cứu

9. Xác định quần thể nghiên cứu và chọn mẫu, cỡ mẫu

10. Xác định biến số nghiên cứu

11. Xác định phương pháp thu thập số liệu và xây dựng công cụ thu thập số liệu

12. Lập kế hoạch nghiên cứu

13. Điều tra thử, lựa chọn phương pháp thu thập số liệu và hoàn thiện công cụ thu thập số liệu

14. Thu thập số liệu nghiên cứu

15. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu

16. Viết báo cáo kết quả nghiên cứu

17. Báo cáo nghiệm thu đề tài nghiên cứu và phổ biến kết quả nghiên cứu

3. Xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học

3.1. Nội dung của đề cương nghiên cứu khoa học

Đề cương nghiên cứu nhằm mục đích thuyết phục người khác rằng bạn có một dự án nghiên cứu có giá trị và bạn có đủ năng lực và đã có kế hoạch cụ thể để hoàn thành nghiên cứu đó. Nói chung, một đề cương nghiên cứu bao gồm tất cả các yếu tố chính liên quan đến trong quá trình nghiên cứu và bao gồm đầy đủ thông tin cho độc giả đánh giá đề xuất nghiên cứu.

Bất kể khu vực nghiên cứu và phương pháp mà bạn chọn, một đề cương nghiên cứu phải giải quyết các câu hỏi sau: lý do tại sao bạn muốn làm điều đó và làm thế nào bạn sẽ làm điều đó, kế hoạch để hoàn thành. Do vậy đề cương cần phải có đầy đủ thông tin để thuyết phục độc giả, đặc biệt là cơ quan phê duyệt đề cương của bạn hay cơ quan mà bạn muốn xin tài trọ kinh phí cho nghiên cứu rằng bạn có một ý tưởng nghiên cứu quan trọng. Thông qua đề cương nghiên cứu, người viết đề cương cần phải chứng minh thuyết phục người khác rằng nghiên cứu này sẽ rất cần thiết và có nghĩa ví dụ đóng góp để tìm hiểu về một vấn đề sức khỏe công cộng hay một về đề gì đó đang thu hút sự quan tâm. Bạn cũng phải chứng tỏ rằng bạn hiểu biết và nắm bắt tốt các tài liệu có liên quan và các vấn đề lớn, và rằng phương pháp tiến hành nghiên cứu của bạn là hoàn toàn chắc chắn, tin cậy.

Tuy nhiên chất lượng của đề cương nghiên cứu của bạn phụ thuộc không chỉ vào chất lượng của đề xuất nghiên cứu của bạn, mà còn vào chất lượng của bản đề cương (cách viết, cách hành văn) mạch lạc, rõ ràng và hấp dẫn. Một đề cương nghiên cứu đầy đủ phải không quá dài nhưng cũng không được quá ngắn và nên trình bày với những nội dung sau:

1. Tiêu đề

2. Giới thiệu tóm tắt

3. Cơ sở nền tảng của vấn đề và nêu vấn đề

4. Câu hỏi nghiên cứu hoặc giả thuyết, mục đích và mục tiêu nghiên cứu

5. Thiết kế nghiên cứu (loại nghiên cứu)

6. Đối tượng/Quần thể nghiên cứu và mẫu nghiên cứu

7. Phương pháp thu thập dữ liệu và công cụ

8. Phương pháp phân tích dữ liệu.

9. Phương thức đảm bảo chất lượng của nghiên cứu này

10. Kiểm soát sai số và bảo đảm an toàn số liệu.

11. Thời gian biểu để hoàn thành nghiên cứu.

12. Thành phần tham gia trong nghiên cứu và vai trò của họ của từng thành phần.

13. Khía cạnh đạo đức

14. Nguồn lực cần thiết cho nghiên cứu, bao gồm cả tài chính.

15. Tài liệu tham khảo

16. Phụ lục (bản sao của các hình thức câu hỏi sự đồng ý, vv).

3.2. Một số lưu ý khi xây dựng và viết đề cương nghiên cứu khoa học

3.2.1. Tên đề cương: Phải ngắn gọn cụ thể về nghiên cứu cái gì, ở đâu, khi nào? thường không quá 30 từ

3.2.2. Tóm tắt đề cương nghiên cứu

Ngắn gọn trong 1 trang, bao gồm: lý do tiến hành nghiên cứu, câu hỏi nghiên cứu, mục tiêu, phương pháp nghiên cứu (đối tượng, địa điểm, thời gian, cách thu thập thông tin).

3.2.3. Cơ sở nền tảng và nêu vấn đề

- Thông tin chung liên quan vấn đề nghiên cứu

- Trình bầy các thông tin, số liệu về vấn đề nghiên cứu cần giải quyết. Thông thường các thông tin sắp xếp theo thứ tự: tình hình thế giới, Việt Nam, tỉnh/ thành phố, địa phương nơi tiến hành nghiên cứu.

- Đề cập các nghiên cứu trong và ngoài nước đã tham khảo, phương pháp, kết quả, hạn chế (nêu rõ những gì đã được giải quyết, những gì còn tồn tại)

- Nêu vấn đề: nêu rõ nghiên cứu này nhằm giải quyết vấn đề gì.

3.2.4. Mục tiêu nghiên cứu

Bao gồm mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể (có thể không có mục tiêu chung).

- Viết mục tiêu phải đảm bảo: đặc thù, đo lường được. Mục tiêu dùng động từ hành động, chỉ rõ nghiên cứu định làm gì, ở đâu, thời gian nào.

- Lưu ý nguyên tắc SMART khi viết mục tiêu [SMART = Cụ thể (Specific); Đo lường được (Measurable); Có thể đạt được (Achievable); Có tính thực tế (Realistic); và Có thời hạn nhất định (Time-bound)].

3.2.5. Phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: xác định rõ đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn không lựa chọn

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nêu cụ thể thời gian từ tháng năm bắt đầu đến tháng năm kết thúc. Địa điểm cụ thể ở đâu: tên khoa phòng, bệnh viện hay xã/phường, quận/huyện tỉnh, thành phố.

- Thiết kế: nêu rõ phương pháp nghiên cứu: định lượng, định tính, hay cả hai, hay, nghiên cứu mô tả hay phân tích, cắt ngang hay hồi cứu, tiến cứu…

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: nêu công thức tính toán cỡ mẫu cần thiết và tối ưu phù hợp với mục tiêu của đề tài. Mô tả chi tiết cách thức chọn mẫu (chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, hay mẫu ngẫu nhiên hệ thống, mẫu cụm, mẫu phân tầng, chọn mẫu một giai đoạn hay nhiều giai đoạn v.v…)

- Trình bày phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn hay tự điền, quan sát, thảo luận nhóm, sử dụng hồ sơ/báo cáo/tài liệu có sẵn (lập bảng sẵn để điền số liệu tổng hợp vào), v.v…

- Các biến số nghiên cứu: Trình bày phần biến số nghiên cứu thành bảng, gồm mục tiêu cụ thể, tên biến số, định nghĩa biến, phân loại, phương pháp thu thập. Đối chiếu với mục tiêu để đảm bảo đủ các biến số đáp ứng được mục tiêu

nghiên cứu. Các biến số sẽ là căn cứ để phát triển các phiếu hỏi và các bảng trống trong kế hoạch phân tích số liệu. Xác định rõ biến số nghiên cứu giúp chúng ta thu thập đủ những thông tin cần thiết.

- Các định nghĩa, khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá (nếu có).

- Phương pháp phân tích số liệu: nêu rõ cách làm sạch số liệu như thế nào, sử dụng phần mềm nào để nhập số liệu, phân tích. Những thuật toán thống kê nào sẽ được sử dụng khi phân tích số liệu.

- Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

3.2.6. Kế hoạch nghiên cứu và kinh phí

- Kế hoạch nghiên cứu: bao gồm nội dung hoạt động, thời gian thực hiện, người thực hiện, người giám sát, kết quả dự kiến.

- Dự trù kinh phí nghiên cứu

3.2.7. Dự kiến kết quả, bàn luận, kết luận và khuyến nghị

Kết quả nghiên cứu: các kết quả dự kiến đạt được theo từng mục tiêu. Lập các bảng trống cho kết quả dự kiến của nghiên cứu. Các bảng trống này có tiêu đề, các hàng cột nêu rõ chỉ tiêu, biến số nghiên cứu. Nêu các kỹ thuật thống kê sử dụng trong khi phân tích số liệu.

3.2.8. Tài liệu tham khảo: gồm a/ Tài liệu tiếng Việt, b/ Tài liệu tiếng nước ngoài: Anh Pháp, Nga .v.v. (nếu có)

- Tài liệu tham khảo gồm: sách, các ấn phẩm, tạp chí, hoặc trang Web đã đọc và được trích dẫn hoặc được sử dụng để hình thành ý tưởng nghiên cứu.

3.2.9. Phụ lục

Phụ lục 1: Phiếu hỏi

Phụ lục 2: Nội dụng gợi ý thảo luận nhóm/phỏng vấn sâu

Phụ lục 3: Dự trù kinh phí, vật tư, trang thiết bị phục vụ nghiên cứu

Phụ lục 4: Kế hoạch nghiên cứu

Phụ lục 5: ……

II. PHƯƠNG PHÁP VIẾT BÁO CÁO KHOA HỌC

Trong hoạt động nghiên cứu khoa học, bài báo khoa học đóng một vai trò hết sức quan trọng. Nó không chỉ là sản phẩm tri thức, mà còn thông qua đó có thể đánh giá khả năng chuyên môn và năng suất khoa học của nhà nghiên cứu. Vì vậy khi viết báo cáo khoa học phải cố gắng bảo đảm tính khoa học của báo cáo: ngắn gọn, cô đọng, rõ ràng, chính xác, cụ thể. Bên cạnh đó cần xác định rõ thể loại bài báo cáo khoa học.

1. Các loại bài báo khoa học

Báo cáo khoa học xuất hiện dưới nhiều hình thức khác nhau, giá trị của chúng cũng có khác nhau. Sau đây là một số bài báo khoa học thông thường và được xếp loại theo thang giá trị từ cao đến thấp.

1.1. Bài báo nguyên bản (original paper)

Là loại báo cáo kết quả một công trình nghiên cứu, hay đề ra một phương pháp mới, một ý tưởng mới, hay một cách diễn dịch mới. Một công trình nghiên cứu có thể có nhiều phát hiện mới, và cần phải có nhiều bài báo nguyên thủy để trình bày những phát hiện này. Cống hiến mới cho khoa học bao gồm nhưng không hạn chế bởi phát hiện mới, mà có thể bao gồm cả những phương pháp mới để tiếp cận một vấn đề cũ, hay một cách phân tích/giải thích mới cho một phát hiện cũ. Do đó các bài báo khoa học ở dạng này cũng có thể xem là những cống hiến nguyên thủy. Tất cả các bài báo đều phải thông qua hệ thống bình duyệt hay đồng phản biện (peer review) trước khi được công bố.

1.2. Bài báo nghiên cứu ngắn (short communications)

Loại bài báo này thường rất ngắn (thường là dưới 1.000 từ), nội dung chủ yếu tập trung giải quyết một vấn đề rất hẹp hay báo cáo một phát hiện nhỏ nhưng quan trọng. Những bài báo này vẫn phải qua hệ thống bình duyệt, nhưng thường ở mức độ thấp hơn so với các bài báo nguyên thủy.

1.3. Những bài điểm báo (reviews)

Loại này là bài viết của các tác giả có uy tín trong chuyên môn được mời viết điểm báo cho một tập san, thường tập trung vào một chủ đề hẹp nào đó mà tác giả phải đọc tất cả những bài báo liên quan, tóm lược lại, và bàn qua về những điểm chính cũng như đề ra một số hướng nghiên cứu cho chuyên ngành. Những bài điểm báo thường không qua hệ thống bình duyệt, hay có qua bình duyệt nhưng không chặt chẽ như những bài báo khoa học nguyên bản hay bài báo nghiên cứu ngắn.

1.4. Bài xã luận (editorials)

Khi tập san công bố một bài báo nguyên bản quan trọng với những phát hiện có ý nghĩa lớn, ban biên tập có thể mời một chuyên gia viết bình luận về phát hiện đó.

1.5. Bài báo trong kỷ yếu hội nghị (Symposium report/Conference Proceeding)

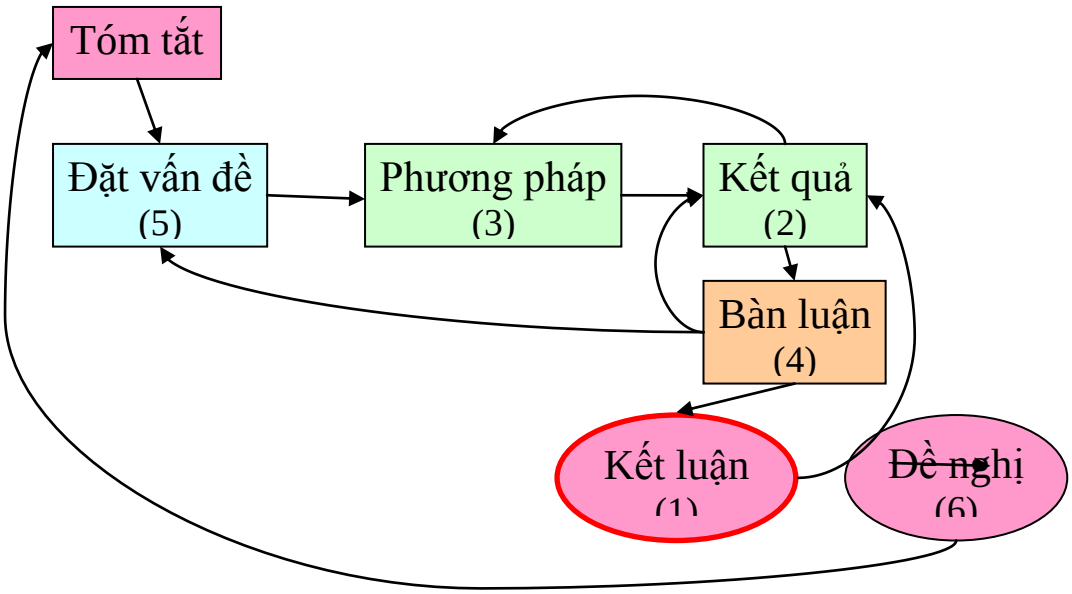
Trong hội nghị chuyên ngành, các nhà nghiên cứu tham dự hội nghị và muốn trình bày kết quả nghiên cứu của mình thường gửi bài báo để đăng vào kỷ yếu của hội nghị. Đây không phải là những bài báo khoa học bởi vì chúng không bình duyệt nghiêm ngặt (đồng phản biện). Các bài báo trong kỷ yếu hội nghị gồm 2 nhóm:

- Bài báo ngắn (proceedings papers): là những bản tin khoa học ngắn (< 500 từ) với nội dung là tóm tắt một công trình nghiên cứu.

- Bản tóm lược (abstracts) (khoảng 10 -15 dòng) với nội dung chủ yếu là báo cáo sơ bộ những phát hiện hay phương pháp nghiên cứu mới.

2. Viết bài báo khoa học

Sau khi thu thập số liệu của một nghiên cứu khoa học theo đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bạn phải thực hiện ngay việc phân tích kết quả và bắt đầu viết báo cáo. Để viết được một báo cáo vừa nhanh vừa đảm bảo có nội dung tốt phản ánh được đầy đủ các kết quả chính yếu tìm thấy được trong nghiên cứu của bạn để từ đó có những bàn luận cần thiết đồng thời rút ra những kết luận xác đáng và có những đề nghị hợp lý bạn nên viết các nội dung của bài báo hoặc bản báo cáo nghiên cứu khoa học theo các trình tự sau:



Sơ đồ 2: Các bước viết báo cáo nghiên cứu khoa học

Như vậy bạn không bắt đầu từ phần Đặt vấn đề như thông thường mà lại bắt đầu từ phần Kết luận, từ những kết luận sơ bộ bạn viết phần Kết quả sao cho những kết quả bạn trình bày phải phù hợp với những kết luận của bạn. Từ phần kết quả bạn chuyển sang viết phần Phương pháp, bạn phải thường xuyên xem xét sự tương thích giữa hai phần này. Sau đó bạn viết tiếp phần Bàn luận. Đương nhiên phần bàn luận, kết quả và kết luận có mối quan hệ mật thiết với nhau do vậy bạn phải luôn xem xét, liên kết nội dung giữa các phần này với nhau. Sau khi viết phần bàn luận bạn chuyển sang viết phần Đặt vấn đề. Tiếp theo bạn viết phần Đề nghị. Phần này phải dựa vào những kết luận rút ra từ nghiên cứu. Sau đó bạn viết phần Tóm tắt. Để đảm bảo tính thống nhất của bài báo hay của báo cáo, bạn phải luôn xem xét, gắn kết nội dung của các phần với nhau để tránh những thông tin mâu thuẫn hay những nhận định thiếu cơ sở, chính vì vậy trong sơ đồ trên chúng ta thường thấy mũi tên đi và lại.

2.1. Tên bài báo (Title)

Tên bài báo phải ngắn gọn, hấp dẫn người đọc. Pphải chứa đựng những thông tin/kết quả thú vị. Ví dụ: “Bú sữa mẹ có tác dụng chống viêm tai”. Cũng

có thể viết tên bài báo dưới dạng câu hỏi ví dụ: "Có phải đệm nước phòng loét ép tốt hơn đệm hơi?" "Tại sao người dân không khai báo tử vong?"…

2.2. Phần tóm tắt (Abstract)

Phần này yêu cầu cô đọng, xúc tích (thường ngắn từ 200-250 từ). Nội dung bao gồm: Mục đích, phương pháp nghiên cứu đã sử dụng, đối tượng, kết quả chính, những kết luận và đề nghị. Đây là phần đọc giả chú ý nhất và đọc nhiều nhất do vậy cần đưa những thông tin cần thiết để người đọc hiểu được nội dung chính của đề tài nghiên cứu.

2.3. Phần đặt vấn đề (Introduction)

Phần này viết khoảng 1 trang giấy, cần bám sát đề cương nghiên cứu và bao gồm những nội dung sau:

- Khái quát cơ sở nền tảng của nghiên cứu (tài liệu tổng quan).

- Mô tả tóm tắt hiện trạng vấn đề nghiên cứu để lý giải tầm quan trọng, sự cấp thiết của đề tài nghiên cứu.

- Nêu mục đích/mục tiêu của nghiên cứu. Lưu ý nguyên tắc SMART khi viết mục đích/mục tiêu nghiên cứu.

2.4. Phương pháp (Methodology)

Phần này cần viết những nội dung sau:

- Thiết kế nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu.

- Mô tả cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Cần nêu những khó khăn, thuận lợi khi tiếp cận đối tượng nghiên cứu. So với dự định (đề cương) có thay đổi gì về cỡ mẫu, đối tượng (thường xảy ra trong nghiên cứu định tính).

- Kỹ thuật thu thập số liệu.

- Người thu thập số liệu.

- Biện pháp hạn chế sai số (nghiên cứu thử; thử bộ câu hỏi; thử lược đồ phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm tập trung; giám sát, kiểm tra chéo, đào tạo người thu thập số liệu.

- Địa điểm, thời gian nghiên cứu.

- Xử lý và phân tích số liệu.

Chú ý: dùng thì quá khứ khi viết phần này.

2.5. Kết quả (Results/findings)

Phần này là trọng tâm của bài báo và là cơ sở của phần bàn luận. Một số lưu ý khi viết phần kết quả:

- Trình bày kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.

- Cần phải viết những kết quả và nhận xét quan trọng.

- Phải trình bày cả những kết quả âm tính.

- Nên kết hợp bảng, biểu đồ (đối với nghiên cứu định lượng). Phải trích dẫn lời nói tiêu biểu, sơ đồ hoá (đối với nghiên cứu định tính).

Chú ý: Dùng thì quá khứ khi hành văn.

2.6. Bàn luận (Discussion)

Bàn luận là phần rất quan trọng vì đây chính là phần làm nổi bật giá trị, ý nghĩa của đề tài nghiên cứu. Ngoài việc nêu lên những điểm mạnh trong nghiên cứu này thì phần bàn luận cũng phải kể ra những điểm còn hạn chế để những ai quan tâm rút ra kinh nghiệm từ nghiên cứu của bạn. Phần bàn luận thường gồm những nội dung sau:

- Nêu bật/nhấn mạnh kết quả quan trọng, thú vị tìm thấy/phát hiện được từ nghiên cứu của bạn và so sánh với kết quả của các nghiên cứu khác. Bàn luận về sự giống hay khác nhau về kết quả. Chú ý lý giải lý do dẫn đến sự khác nhau.

- Phân tích ý nghĩa và giá trị của kết quả mà nghiên cứu đã thu được/phát hiện được.

- Bàn luận về phương pháp nghiên cứu, những điểm mạnh, những hạn chế của nghiên cứu.

- Nên bàn luận về khía cạnh đạo đức đối với những nghiên cứu nhạy cảm, nghiên cứu can thiệp và nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.

2.7. Kết luận và đề nghị (Conclusions and suggestions/ recommendations)

Phần này cần viết những nội dung sau:

- Tóm tắt ngắn gọn quá trình nghiên cứu, ý nghĩa của đề tài nghiên cứu.

- Khả năng áp dụng những kết luận rút ra từ nghiên cứu.

- Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, kết luận từ nghiên cứu, tác giả đưa ra những khuyến nghị mang tính khả thi để khuyến cáo cho các nhà quản lý, người thực hiện hoặc người có liên quan áp dụng những kết quả nghiên cứu nhằm cải thiện tình hình tốt hơn.

2.8. Lời cảm ơn (Acknowledgment)

Phần này không bắt buộc, tác giả có thể viết để bày tỏ lòng cảm ơn với đối tượng tham gia nghiên cứu (người bệnh, người dân/người cung cấp thông tin), những người đóng góp cho sự thành công của nghiên cứu (người hướng dẫn, người thu thập số liệu, người/nguồn hỗ trợ kinh phí cho nghiên cứu).

2.9. Tài liệu tham khảo (References)

- Phải liệt kê đầy đủ, chính xác các tài liệu tham khảo (bài báo, sách, luận văn). Phải ghi các tài liệu tham khảo theo một quy tắc nhất định, thống nhất. Có hai cách chính để ghi tài liệu tham khảo đó là: ghi theo số thứ tự (kiểu Vancouver) và ghi theo tên tác giả (kiểu Harvard). Với cách ghi theo số thứ tự ta có thể sử dụng phần References trong chương trình Microsoft word để ghi tài liệu tham khảo theo cách đánh số. Hiện nay có chương trình phần mềm

ENDNOTE rất tiện ích để ghi tài liệu tham khảo. Chương trình phần mềm này cho phép ta có thể dễ dàng đổi từ cách ghi này sang cách ghi khác tuỳ theo yêu cầu hay quy định của tạp chí mà ta định gửi bài để đăng báo.

- Ở Việt Nam, theo qui định của Bộ Giáo dục, trình tự sắp xếp tài liệu tham khảo như sau: Tài liệu tham khảo được xếp riêng theo từng ngôn ngữ (Việt Anh, Pháp, Đức Nga, Trung, Nhật...) Các tài liệu bằng tiếng nước ngoài phải giữ nguyên văn, không phiên âm, không dịch. Tài liệu tham khảo xếp theo thứ tự ABC Họ tên tác giả của tài liệu tham khảo theo qui định sau:

+ Tác giả là người nước ngoài xếp thứ tự ABC theo họ.

+ Tác giả là người Việt Nam xếp thứ tự ABC theo tên nhưng vẫn giữ nguyên thứ tự thông thường của tên người Việt Nam, không đảo tên lên trước họ.

+ Tài liệu không có tên tác giả thì xếp theo thứ tự ABC từ đầu của tên cơ quan ban hành báo cáo hay ấn phẩm, ví dụ: Bộ Y tế xếp vào vần B...

- Tài liệu tham khảo là sách, luận án, báo cáo phải ghi đầy đủ các thông tin sau:

+ Tên các tác giả hoặc cơ quan ban hành (không có dấu ngăn cách)

+ Năm xuất bản đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn

+ Tên sách, luận án hoặc báo cáo, (in nghiêng, dấu phẩy cuối tên)

+ Nhà xuất bản, dấu phẩy cuối tên nhà xuất bản

+ Nơi xuất bản, dấu chấm kết thúc tài liệu tham khảo

- Tài liệu tham khảo là bài báo trong tạp chí, trong một cuốn sách... ghi đầy đủ các thông tin sau:

+ Tên các tác giả (không có dấu ngăn cách)

+ Năm công bố: đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn.

+ "Tên bài báo" (đặt trong ngoặc kép, không in nghiêng, dấu phẩy cuối tên).

+ Tên tạp chí hoặc tên sách (in nghiêng, dấu phẩy cuối tên)

+ Tập (không có dấu ngăn cách)

+ Số (đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)

+Các số trang: gạch ngang giữa hai chữ số, dấu chấm kết thúc.

- Tài liệu tham khảo là các trang Web: Nêu tên bài viết, đường dẫn, ngày truy cập/hoặc tải xuống

2.10. Phụ lục

Đưa vào báo cáo những bản phụ lục đã được sử dụng trong quá trình nghiên cứu như: các công cụ để thu thập số liệu như phiếu quan sát, phiếu phỏng vấn, nguyên tắc sử dụng trang thiết bị chuyên dụng đã sử dụng để thu thập số liệu nghiên cứu cho đề tài…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carmen G. Loiselle & Joanne Profetto McGrath. Canadian Essentials Of Nursing Research. Lippicott; 2004: 10-45.

2. Dorothy Young Brockopp. Fundamentals of Nursing Research. Third Edition; Jones and Barlett Publishers; 2003: 10-40.

3. Dương Đình Thiện. Dịch tễ học lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, tập I, 2002: 15-30.

4. Geri LoBiondo-Wood & Judith Haber. Nursing Research, Methods, Critical Appraisal, and Utilisation. Mosby; 2003: 25-40.

5. Hội điều dưỡng Việt Nam. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng; 2002: 15-30.

6. Jame A. Fain. Instructor's Guide for Reading, Understanding and Applying Nursing Research; 1999.

7. Nancy Burn & Susan K. Grove. Understanding Nursing Research. Third Edition; Sauders; 2002.

8. Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự. Cách tiến hành công trình nghiên cứu khoa học; Nhà xuất bản Y học; 2002.

9. Rose Marie Nieswiadomy. Foundations of Nursing Research. Fourth Edition. Prentice Hall; 2002.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Viết đủ bước 1- 5 của quy trình nghiên cứu

1. Chọn chủ đề nghiên cứu

2. …….

3. Phân tích vấn đề nghiên cứu

4. ……..

5. Nêu giả thuyết khoa học

Câu 2: Viết đủ bước 6 – 11 của quy trình nghiên cứu

6. …….

7. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu

8. ……..

9. Xác định quần thể nghiên cứu và chọn mẫu, cỡ mẫu

10. Xác định biến số nghiên cứu

11. Xác định phương pháp thu thập số liệu và xây dựng công cụ thu thập số liệu

Câu 3: Viết đủ bước 12 – 17 của quy trình nghiên cứu

12. …….

13. Điều tra thử, lựa chọn phương pháp thu thập số liệu và hoàn thiện công cụ thu thập số liệu

14. ……

15. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu

16. Viết báo cáo kết quả nghiên cứu

17. Báo cáo nghiệm thu đề tài nghiên cứu và phổ biến kết quả nghiên cứu

Câu 4: Kể tên các loại bài báo khoa học thường gặp

A. Bài báo nguyên bản (original paper)

B. ……..

C. Bài điểm báo (reviews)

D. ……..

E. Bài báo trong kỷ yếu hội nghị (Symposium report/Conference Proceeding)

Câu 5: Thành phần chính (theo trình tự) của một bản báo cáo khoa học gồm:

1. Tên đề tài báo cáo

2. ……

3. Đặt vấn đề

4. Phương pháp

5. Kết quả

6. Bàn luận

7. Kết luận

8. Đề nghị/khuyến nghị

9. Lời cảm ơn

10. ……..

11. Phụ lục (nếu cần)

Câu 6: Các nguyên tắc để viết mục tiêu nghiên cứu gồm:

A. Cụ thể (Specific);

B. Đo lường được (Measurable);

C. …….

D. Thực tế (Realistic);

E. …….

Câu 7: Câu hỏi Đúng-Sai

TT	Nội dung	Đúng	Sai
1	Tên bài báo phải ngắn gọn, súc tích, hấp dẫn người đọc		
2	Mọi nghiên cứu đều phải có mục tiêu chung		
3	Phần đặt vấn đề là phần đọc giả chú ý nhất và đọc nhiều nhất		
4	Khi viết báo cáo khoa học nhất thiết phải viết theo trình tự các phần của một báo cáo khoa học		
5	Bài báo nguyên bản thường là rất ngắn (thường là dưới 1.000 từ), nội dung chủ yếu tập trung giải quyết một vấn đề rất hẹp hay báo cáo một phát hiện nhỏ nhưng quan trọng.		
6	Bài báo nguyên bản là loại báo cáo kết quả một công trình nghiên cứu, hay đề ra một phương pháp mới, một ý tưởng mới, hay một cách diễn dịch mới.		
7	Theo thông lệ tất cả các bài báo nguyên bản đều phải thông qua hệ thống bình duyệt hay đồng phản biện (peer review) trước khi được		

	công bố.		
8	Từ một công trình nghiên cứu có thể viết được nhiều bài báo nguyên bản.		
9	Ghi tài liệu tham khảo theo kiểu Harvard là ghi theo số thứ tự		
10	Ghi tài liệu tham khảo kiểu Vancouver là ghi theo số thứ tự		

PHẦN ĐÁP ÁN CÁC BÀI TỪ 1-20

ĐÁP ÁN BÀI 1: CÁC PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ

1. Sai	6. Sai	11. C	16. Đúng
2. Đúng	7. Sai	12. D	17. Đúng
3. Sai	8. Đúng	13. D	18. Sai
4. Đúng	9. Đúng	14. D	19. Sai
5. Sai	10.Đúng	15. Đúng	20. **C**

ĐÁP ÁN BÀI 2: NHỮNG PHẨM CHẤT LÃNH ĐẠO HIỆU QUẢ

2. C	5. Sai	8. Đ
3. Sai	6. Sai	
4. Sai	7. Sai	

ĐÁP ÁN BÀI 3: QUẢN LÝ DỰA VÀO KẾT QUẢ

Câu 1: C	Câu 9: B	Câu 17: A	Câu 25: D
Câu 2: B	Câu 10: C	Câu 18: C	Câu 26: D
Câu 3: A	Câu 11: D	Câu 19: B	Câu 27: B
Câu 4: C	Câu 12: D	Câu 20: A	Câu 28: C
Câu 5: D	Câu 13: A	Câu 21: D	Câu 29: A
Câu 6: A	Câu 14: C	Câu 22: C	Câu 30: B
Câu 7: C	Câu 15: B	Câu 23: D	
Câu 8: C	Câu 16: C	Câu 24: B	

ĐÁP ÁN BÀI 4: KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. (a) = hiện tại; (b) = mong muốn;

2. D

3. Thứ tự 6 bước của quy trình giải quyết vấn đề

Sắp xếp thứ tự từ 1 đến 6	Các bước
2	- Phân tích xác định nguyên nhân
1	- Nhận biết vấn đề
4	- Thực hiện các giải pháp lựa chọn
3	- Đưa ra các giải pháp và xem xét lựa chọn giải pháp phù hợp
5	- Đánh giá kết quả và tiếp tục cải tiến

4. D

5. D= Khả thi

6. A= Vẽ biểu đồ xương cá; C= đặt tên cho mỗi khúc xương cá các nguyên nhân có thể như con người; phương tiện, thiết bị; môi trường, công việc; các chính sách và quản lý.

ĐÁP ÁN BÀI 5: KẾ HOẠCH CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

Câu 1. A= mục tiêu; B= kết quả

Câu 2. A= Điểm mạnh; C= Cơ hội

Câu 3. D

Câu 4. D

Câu 5: D

Câu 6: C= Mô tả công việc và phân công từng cá nhân, đơn vị cụ thể.
Câu 7: S

Câu 8: S

Câu 9: Đ

Câu 10: Đ

ĐÁP ÁN BÀI 6: ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN

Câu 1. A= phát hiện sai sót

Câu 2. A= lượng giá liên tục

Câu 3. A= Pháp luật; B= có vi phạm hay không vi phạm.

Câu 4. A= xác định kết quả hoạt động

Câu 5: C= tác động vào hệ thống hoặc tăng cường chất lượng dịch vụ

Câu 6. D = Báo cáo giám sát, đánh giá phải được hoàn thành ngay sau khi kết thúc công việc

Câu 7. B

Câu 8. B. Quan sát; D. Bộ câu hỏi

Câu 9. C

Câu 10. Hãy lựa chọn Đúng/Sai của một số kỹ thuật thu thập số liệu dưới đây:Nội dung	Đúng/Sai
A. Kỹ thuật thu thập thông tin có sẵn thường tốn kém	S
B. Thông tin có sẵn là các thông tin có thể thiếu chính xác hoặc không đầy đủ	Đ
C. Quan sát thường khó thu thập được các thông tin chi tiết và bối cảnh liên quan đến các thông tin đó	S
D. Nhược điểm của kỹ thuật quan sát là đòi hỏi đào tạo cẩn thận người giám sát	Đ
E. Thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi tự điền thường có tỷ lệ trả lời cao hơn các phương pháp khác	Đ

ĐÁP ÁN BÀI 7: QUẢN LÝ NHÂN LỰC

1. D 4. D 7. 70% 10. Đ

2. D 5. Tháng thứ 7 8.Đ

3. A 6. Sở Y tế ra quyết định. 9. Đ

ĐÁP ÁN BÀI 8: QUẢN LÝ THIẾT BỊ - Y DỤNG CỤ - VẬT TƯ Y TẾ TIÊU HAO

1. D 2. C 3. D 4. D

5. Hạn sử dụng 6. Đảm bảo chất lượng của hàng

7. Huấn luyện nhân viên; 8. Đúng

9. Sai 10. Sai

ĐÁP ÁN BÀI 9: CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA TĂNG CƯỜNG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH

Câu 1. C= Đáp ứng yêu cầu hội nhập ASEAN

Câu 2. F= Phát triển hệ thống hội nghề nghiệp

Câu 3. A

Câu 4. A

Câu 5. A

Câu 6: A

Câu 7:A

Câu 8. A= an toàn, B= chất lượng, C= sự hài lòng

Câu 9. B

Câu 10. E= Giải pháp truyền thông, giáo dục; G = Tăng cường vai trò của Hội Điều dưỡng và Hội Hộ sinh Việt Nam

ĐÁP ÁN BÀI 10: GIỚI THIỆU TT 07/2011/TT-BYT

Câu 1: B (12 nhiệm vụ).

Câu 2: B = Nhân lực chăm sóc người bệnh; D= Trang thiết bị phục vụ chăm sóc người bệnh.

Câu 3: A= Giám đốc bệnh viện ban hành quy định cụ thể về tư vấn, giáo dục sức khỏe trong bệnh viện.

Câu 4: D = Tập huấn nâng cao nhận thức, kiến thức và kỹ năng về chăm sóc thể chất cho người bệnh; E Đầu tư nguồn lực thích đáng để tăng cường phương tiện hỗ trợ chăm sóc thể chất cho người bệnh (ăn, mặc ở).

Câu 5: A = Lựa chọn đúng người tham gia Hội đồng; D = Xây dựng kế hoạch hoạt động của Hội đồng và thực hiện theo kế hoạch;

Câu 6: B = Giám đốc bệnh viện ban hành quy định cụ thể về ghi chép hồ sơ điều dưỡng; Đ= Xây dựng các chỉ số đánh giá về theo dõi, ghi chép hồ sơ điều dưỡng

ĐÁP ÁN BÀI 11 CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Câu 1: A = thân thiện; B = An toàn

Câu 2: D

Câu 3: D

Câu 4: B=Chăm sóc điều dưỡng; E=Quản lý chăm sóc.

Câu 5: A= Lấy người bệnh làm trung tâm; D=Tập trung vào sự phối của mọi nhân viên y tế.

Câu 6: A; Câu 7: A; Câu 8: A; Câu 9: A

ĐÁP ÁN BÀI 12: AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ GIẢI PHÁP

1. Đúng 3. Đúng 5. Sai 7. Đúng

2. Đúng 4. Đúng 6. Đúng

8. Vi phạm đạo đức nghề nghiệp 9. D

10. B = Nhầm thuốc; H = Thủ tục hành chính rườm rà dẫn đến khám chữa bệnh không kịp thời.

11. C

ĐÁP ÁN BÀI 13: QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VÀ VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG

Câu 1: D Câu 2: C Câu 3:

Câu 4: Bảng kèm theo

Thứ tự	Nội dung chính của chương trình
8	- Yêu cầu về trang thiết bị, tài liệu học tập cho khoá học.
9	- Đánh giá và cấp Giấy chứng nhận.
3	- Thời gian
4	- Yêu cầu cần đạt được sau khoá học về kiến thức
6	- Chương trình chi tiết được cụ thể đến tên bài và số tiết học.
7	- Tiêu chuẩn giảng viên và phương pháp dạy học.
1	- Tên của khoá học.
2	- Mục tiêu khoá học.
5	- Yêu cầu đầu vào của học viên.

Câu 5: A; Câu 6: A; Câu 7: B; Câu 8: A; Câu 9: A; Câu 10: A; Câu 11: D Câu 12: A;

ĐÁP ÁN BÀI 14: ĐẶC ĐIỂM HỌC TẬP CỦA NGƯỜI LỚN

Câu 1: A= Người lớn có nhu cầu cần biết tại sao họ phải học; B = Người lớn có động cơ học tập rõ ràng

Câu 2: B = Tạo môi trường hỗ trợ cho việc dạy –học

Câu 3: D Câu 4: Đúng Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng Câu 7: Đúng

ĐÁP ÁN BÀI 15: CÁC KỸ THUẬT DẠY - HỌC TÍCH CỰC

Câu 1: B = Bắt đầu bằng kinh nghiệm của bản thân học viên; D= Hoạt động học tập có sự tham gia của học viên.

Câu 2: = Kể chuyện về thái độ; Đ = Đóng vai

Câu 3: B. Thao diễn kỹ năng mẫu; C = Thực hành kỹ năng: trong điều kiện thật hoặc giả định như thật

Câu 4: D Câu 5: Sai Câu 6: Đúng Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng Câu 9: C Câu 10: B

ĐÁP ÁN BÀI 16: LƯỢNG GIÁ - ĐÁNH GIÁ HỌC TẬP

Câu 1: a = đo lường; b= mức độ

Câu 2: a = lượng giá; b = quyết định

Câu 3: a= Tính tin cậy (Reliability); c= Tính phân biệt

Câu 4: a= Trước khi học (đánh giá dự báo); d= Áp dụng nơi làm việc

Câu 5: b = Đánh giá phải bao trùm nội dung học tập; d= Phương pháp, hình thức, công cụ đánh giá phải phù hợp.

Câu 6: d; Câu 7: d Câu 8: Sai Câu 9: Đúng

Câu 10: Sai Câu 11: Sai Câu 12: Đúng

ĐÁP ÁN BÀI 17: ĐẠI CƯƠNG VỀ GIAO TIẾP

Câu 1: D Câu 2: B Câu 3: A

Câu 4: Sai Câu 5: Đúng Câu 6: Sai Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng Câu 9: Đúng Câu 10: Đúng Câu 11: Sai

Câu 12: Sai Câu 13: Sai Câu 14: Đúng Câu 15: Sai

Câu 16: Đúng Câu 17: Đúng Câu 18: Đúng Câu 19: Đúng

Câu 20: D Câu 21: D Câu 22: B Câu 23: D

Câu 24: A Câu 25: D

ĐÁP ÁN BÀI 18: CHUẨN ĐẠO ĐỨC ĐIỀU DƯỠNG VIÊN

1=D, 2=D, 3=B, 4=C, 5=Đ

ĐÁP ÁN BÀI 19: VAI TRÒ NCĐD

Câu 1: a= thông tin; b= phân tích;

Câu 2: b= Dự đoán; d=Giải thích.

Câu 3: a= Tạo ra kiến thức mới; d= Khẳng định giá trị vị thế và uy tín nghề nghiệp;

Câu 4: a= Đào tạo về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng; c=Tăng cường phổ biến kết quả nghiên cứu;

Câu 5: a= Cơ sở để tin tưởng; d= Dùng để chỉ thị, làm chứng;

Câu 6: b= Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên; d=Bằng chứng từ nghiên cứu bệnh chứng;

Câu 7: a= Người bệnh (Patient): là ai?, bị bệnh gì?; d= Kết quả đầu ra (Outcome): chỉ số lâm sàng, thời gian nằm viện…;

Câu 8: 1, 2, 4, 3, 5;

Câu 9: a=Kiểu "làm" ("doing" mode); b=Kiểu "lặp lại" (Iterated mode);

Câu 10: a= Nguồn chứng cứ không phải luôn có sẵn; d= Thiếu kiến thức/chưa được đào tạo. Kỹ năng để phân tích và đánh giá chứng cứ của các thày thuốc lâm sàng chưa thuần thục.

ĐÁP ÁN BÀI 20: XÂY DỰNG ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU VÀ VIẾT BÁO CÁO NCKH

Câu 1: Bước 2: Tham khảo tài liệu liên quan; Bước 4: Lựa chọn vấn đề ưu tiên (đề tài)

Câu 2: Bước 6: Xác định mục nghiên cứu; Bước 8: Chọn phương pháp nghiên cứu;

Câu 3: Bước 12: Lập kế hoạch nghiên cứu; Bước 14: Thu thập số liệu nghiên cứu.

Câu 4: B=Bài báo nghiên cứu ngắn (short communications); D=Bài xã luận (editorials).

Câu 5: 2=Tóm tắt; 10=Tài liệu tham khảo

Câu 6: C= Khả năng đạt được (Achievable); Đ=Gắn cùng thời gian (Time bound)

Câu 7: 1. Đ; 2.S; 3.S; 4.S; 5.S; 6.Đ; 7.Đ; 8.Đ; 9.S; 10.Đ