



BỘ Y TẾ





CƠ QUAN HỢP TÁC QUỐC TẾ NHẬT BẢN

**DỰ ÁN TĂNG CƯỜNG HỆ THỐNG ĐÀO TẠO LÂM SÀNG  
CHO ĐIỀU DƯỠNG MỚI TỐT NGHIỆP TẠI VIỆT NAM**

# **TÀI LIỆU ĐÀO TẠO THỰC HÀNH LÂM SÀNG CHO ĐIỀU DƯỠNG VIÊN MỚI**

## *Lý thuyết*



 **NHÀ XUẤT BẢN  
LAO ĐỘNG**

Tháng 9 năm 2017



**TÀI LIỆU ĐÀO TẠO  
THỰC HÀNH LÂM SÀNG  
CHO ĐIỀU DƯỠNG VIÊN MỚI**

*Lý thuyết*

*Tháng 9 năm 2017*



# MỤC LỤC

<b>BÀI 1.</b>	Quy trình điều dưỡng.....	1
<b>BÀI 2.</b>	Quản lý thuốc và vật tư tiêu hao y tế .....	11
<b>BÀI 3.</b>	Vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc giảm đau .....	24
<b>BÀI 4.</b>	Quy định về ghi chép bệnh án và quản lý hồ sơ bệnh án.....	36
<b>BÀI 5.</b>	Phòng ngừa chuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn.....	44
<b>BÀI 6.</b>	Phòng ngừa sự cố y khoa .....	55
<b>BÀI 7.</b>	Phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc .....	73
<b>BÀI 8.</b>	Kỹ năng giao tiếp của người điều dưỡng.....	80
<b>BÀI 9.</b>	Kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe.....	94
<b>BÀI 10.</b>	Kỹ năng làm việc nhóm .....	107
<b>BÀI 11.</b>	Các văn bản liên quan đến hành nghề.....	125
<b>BÀI 12.</b>	Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam .....	145
<b>BÀI 13.</b>	Phương pháp học lâm sàng .....	152
<b>BÀI 14.</b>	Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam.....	160



# BÀI LÝ THUYẾT

## BÀI 1

### QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

Số tiết: LT: 2 tiết

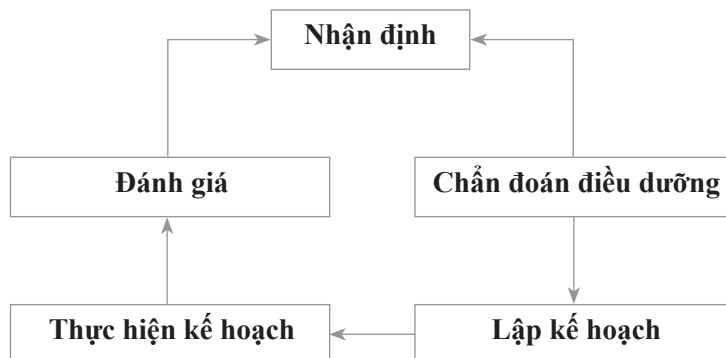
#### MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nội dung nhận định người bệnh của quy trình Điều dưỡng (NLI, 4,5, 10, 11, 13, 14).
2. Trình bày được các nội dung về chẩn đoán điều dưỡng trong quy trình Điều dưỡng (NL 2,3,4,5).
3. Trình bày được các nội dung về lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh trong quy trình điều dưỡng (NL 2, 3,4,5,6,7,8,9,10).
4. Trình bày được các nội dung trong phần đánh giá của quy trình điều dưỡng (NL 1, 2,3,4,5).

#### NỘI DUNG

##### 1. Đại cương

- Quy trình Điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt.
- Quy trình Điều dưỡng là một loạt các hệ thống và phương pháp tổ chức của kế hoạch chăm sóc.
- Quy trình Điều dưỡng được ứng dụng để:
  - + Nhận biết tình trạng thực tế và những vấn đề chăm sóc sức khoẻ cho mỗi cá nhân.
  - + Thiết lập những kế hoạch đúng với những khó khăn của người bệnh và đáp ứng các nhu cầu cần thiết cho người bệnh.
- Quy trình Điều dưỡng có 5 bước:
  - + Nhận định
  - + Chẩn đoán điều dưỡng
  - + Lập kế hoạch
  - + Thực hiện kế hoạch
  - + Đánh giá



## 2. Nhận định

### 2.1. Định nghĩa

- Định nghĩa: Nhận định Điều dưỡng là một quá trình thu thập thông tin có tổ chức và hệ thống được sử dụng để đánh giá tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.
- Nhận định là sự thu lượm, đánh giá, thăm định, và ghi chép chính xác các thông tin thích hợp với tình trạng bệnh hiện tại của người bệnh.
- Nhận định Điều dưỡng là nền tảng trên cơ sở đó xây dựng công tác chăm sóc cho từng cá nhân có chất lượng.

### 2.2. Nội dung nhận định.

Nội dung nhận định phải bao gồm: Nhận định thực thể, tâm thần/cảm xúc, tình trạng kinh tế-xã hội, nhận định về tinh thần-văn hoá và môi trường. Các thông tin đã thu nhận được từ phần nhận định nên mô tả ngắn gọn, đầy đủ và không nên diễn giải.

- **Nhận định thực thể:** Là sự nhận định thực tế về hô hấp, tuần hoàn, nhiệt độ, da, tình trạng dinh dưỡng, bài tiết, dịch, chất điện giải, vận động, nghe, nhìn, miệng, vệ sinh nói chung, các bệnh mắc phải trước kia, bệnh hiện tại, các yếu tố nguy cơ, xem xét lại các dấu hiệu và các triệu chứng của bệnh.
- **Nhận định về tâm thần cảm xúc.**  
Là sự đáp ứng bằng lời, tâm tính, hành vi, chức năng tri thức, tư duy, khoảng thời gian, sự chú ý, trí nhớ (*lâu hay kém*), lo sợ, hiểu biết về bệnh tật, ngôn ngữ, cử chỉ.
- **Nhận định về kinh tế/xã hội.**
  - + Trình độ văn hoá, sự hiểu biết xã hội, những ảnh hưởng văn hoá đối với người bệnh như thế nào?
  - + Cơ cấu gia đình, tình trạng làm việc, tình trạng tài chính?
- **Nhận định về tinh thần/ văn hoá:**  
Là sự cân nhắc, xem xét đặc biệt về mối quan hệ giữa tín ngưỡng tôn giáo và trình độ văn hoá của người bệnh.
- **Nhận định về môi trường:**  
Sự nhận định về điều kiện sống, làm việc có ảnh hưởng đến nguyên nhân của bệnh tật? có khả năng phòng ngừa được bệnh không?

### 2.3. Phân loại thông tin nhận định.

Thông tin thu thập được từ phần nhận định có thể được chia thành 2 loại: Thông tin khách quan và thông tin chủ quan.

- **Thông tin khách quan.**
  - + Thông tin khách quan là loại thông tin mà người khác có thể nhận thấy được ở người bệnh.
  - + Thông tin khách quan thu thập được qua việc khám thực thể người bệnh ví dụ: nhiệt độ tăng lên, mạch tăng, tình trạng da, lượng nước tiểu, hạn chế cử động. Đây là các dấu hiệu của bệnh tật hoặc sự thay đổi tình trạng của người bệnh.



- **Thông tin chủ quan:** Thông tin chủ quan là thông tin người bệnh nhận thấy được, người khác không nhận thấy được.
  - + Những than phiền của người bệnh về đau, những điều cảm nhận được của người bệnh về bệnh tật, những lo lắng...đó là những đáp ứng chủ quan của người bệnh, nó cũng đóng vai trò quan trọng trong việc nhận định đúng về một vấn đề cụ thể, ví dụ: Một người bệnh kêu tăng lên sau 3 ngày hậu phẫu muốn chỉ ra có vấn đề có thể xảy ra.
  - + Khi mô tả thông tin chủ quan cần phải mô tả cụ thể, rõ ràng, chính xác. Người bệnh kêu đau: cần mô tả về cường độ, thời gian, vị trí, và những vấn đề khác có liên quan tới đau.
  - + Trong trường hợp cần thiết có thể trích dẫn những lời nói của người bệnh mà không được diễn giải những lời nói đó theo cách hiểu chủ quan của người Điều dưỡng.

#### 2.4. Nguồn thông tin

- **Người bệnh**
  - + Ở hầu hết các tình huống, người bệnh là nguồn thông tin tốt nhất.
  - + Người bệnh có thể cung cấp thông tin chính xác nhất dựa vào tình trạng sức khỏe của bản thân họ.
  - + Chỉ sử dụng thông tin từ nguồn khác mang tính chất chủ quan nếu người bệnh không có khả năng nhận biết để trả lời các câu hỏi: trường hợp người bệnh bị lẫn lộn không định hướng được, không có khả năng để truyền đạt các thông tin cần thiết.

- **Gia đình và những người thân**

Gia đình và những người thân của người bệnh có thể cung cấp các thông tin về những vấn đề hiện tại, các thuốc đã dùng, tiền sử dị ứng, bệnh mới mắc, hoặc các bệnh mắc phải trước kia của người bệnh.

- **Nhân viên y tế khác**

Bác sỹ, nhà vật lý trị liệu có thể cho biết những thông tin khách quan rất thích hợp, cần thiết và có ích trong một số trường hợp.

- **Hồ sơ người bệnh**

Hồ sơ người bệnh không những cung cấp những thông tin về hiện tại và trước kia, mà còn giúp xác minh những thông tin do người bệnh cung cấp và chỉ ra cho chúng ta thấy hướng điều trị đã sử dụng có hiệu quả hay không.

#### 2.5. Phương pháp thu thập thông tin.

##### 2.5.1. Phỏng vấn (hỏi bệnh, khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh) ban đầu.

- Giữa Điều dưỡng với người bệnh là yếu tố rất quan trọng trong việc thiết lập mối quan hệ trong điều trị. Trong quá trình phỏng vấn người bệnh để thu thập thông tin, người Điều dưỡng phải chú trọng những thông tin mà người bệnh đưa ra, và phải giữ kín cho họ. Sự đảm bảo bí mật thông tin cho người bệnh sẽ khuyến khích người bệnh cung cấp thông tin nhiều hơn cho cán bộ Y tế. Càng nhiều thông tin càng có giá trị cho người Điều dưỡng, bởi trên cơ sở những thông tin đó sẽ giúp cho việc đưa ra chẩn đoán Điều dưỡng được chính xác.

- Phỏng vấn ban đầu có ý nghĩa tầm quan trọng:
  - + Cho phép người bệnh / Điều dưỡng viên thiết lập mối quan hệ.
  - + Thu thập được các thông tin về người bệnh.
  - + Cho phép Điều dưỡng viên quan sát người bệnh.
  - + Cho phép người bệnh đưa ra các câu hỏi.
  - + Giúp người Điều dưỡng xác định được người bệnh có những vấn đề gì.
  - + Đưa ra các thông tin được sử dụng để lập KHCS đạt yêu cầu.
- Mối quan hệ tốt giữa người bệnh và Điều dưỡng có giá trị cao trong điều trị. Sự tác động qua lại của họ được dựa trên cơ sở niềm tin mà trong đó người Điều dưỡng thể hiện khả năng nghề nghiệp của mình trong chăm sóc và biểu lộ sự cảm thông đối với hoàn cảnh của người bệnh. Người Điều dưỡng cần phải làm cho người bệnh hiểu rõ trách nhiệm của mình trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh.

### 2.5.2. Khám thực thể

- Thăm khám người bệnh thường được tiến hành ngay sau khi phỏng vấn. Các thông tin thu được khi phỏng vấn có thể được xác minh qua thăm khám thực thể.
- Khám thực thể được tiến hành một cách hệ thống, các thông tin cơ bản thu thập như dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, tiếp đến khám xét từ đầu đến chân, dựa theo cấu trúc, chức năng các bộ máy của cơ thể để khám.
- Khi thăm khám thực thể sử dụng các kỹ thuật.
  - + Quan sát.
  - + Sờ, nắn: Sử dụng đôi bàn tay để sờ, nắn và thu thập thông tin như đếm mạch, đo nhiệt độ, véo da để đánh giá mức độ đàn hồi của nó.
  - + Gõ: Gõ các cơ quan của cơ thể để tạo ra các rung động và âm thanh để thu nhận thông tin.
  - + Nghe: là quá trình nghe các âm thanh của cơ thể trong bộ máy hô hấp, tuần hoàn, và tiêu hoá, ống nghe là dụng cụ được sử dụng rất thông dụng.
- Những điểm cần lưu ý khi thăm khám thực thể người bệnh.
  - + Phải giải thích rõ ràng cho người bệnh hiểu, người Điều dưỡng sẽ làm gì trong khi thăm khám, và chỉ được khám người bệnh khi họ cho phép.
  - + Có đủ ánh sáng tốt nhất là ánh sáng tự nhiên.
  - + Đảm bảo sự kín đáo trong khi tiến hành khám, chỉ được để lộ ra phần cơ thể sẽ được thăm khám và chỉ kéo dài đủ thời gian cần thiết để hoàn thành việc thăm khám.
  - + Trong suốt quá trình thăm khám, cần phải so sánh thông tin thu thập được với “*những giá trị bình thường*”.
  - + Các thông tin thu được nên ghi chép lại trong quá trình khám, vì chờ đến khi khám xong mới ghi lại có thể một số thông tin sẽ mất chính xác.

- + Kết thúc quá trình thăm khám phải xác định được những điểm bất thường mà từ đó có thể chỉ ra các vấn đề sức khoẻ trước kia, hiện tại và tương lai của người bệnh.
- + Khi khám xong để người bệnh ở tư thế thoải mái.

### 2.5.3. Kết quả xét nghiệm

- Các xét nghiệm được chọn lọc dựa theo các triệu chứng và bệnh tật của người bệnh. Các xét nghiệm là do bác sỹ yêu cầu, tuy nhiên các kết quả xét nghiệm cần được sử dụng để bổ xung cho nhận định Điều dưỡng được chính xác.
- Các xét nghiệm có thể xác minh các thông tin thu thập được và giúp hình thành kế hoạch chăm sóc người bệnh đúng.

### 3. Chẩn đoán Điều dưỡng

- Kết thúc phần nhận định người bệnh, người Điều dưỡng phải đưa ra được các chẩn đoán Điều dưỡng.
- Định nghĩa: Chẩn đoán Điều dưỡng là nêu lên vấn đề hiện tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự can thiệp của Điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó nếu biết được.
  - + Vấn đề hiện tại là vấn đề đang tồn tại tại thời điểm nhận định.
  - + Vấn đề tiềm tàng là một tình huống có thể gây nên vấn đề trong tương lai.
- Công thức chẩn đoán Điều dưỡng:

**Chẩn đoán Điều dưỡng = Vấn đề của người bệnh + Nguyên nhân (nếu có)**

- Chẩn đoán Điều dưỡng cần phải chính xác dựa trên sự việc có thật liên quan tới vấn đề của người bệnh, ngắn gọn và cụ thể dựa trên các thông tin của người bệnh.
- Chẩn đoán Điều dưỡng không phải là chẩn đoán y khoa. Ví dụ:

• Ung thư vú	Không	Chẩn đoán y khoa
• Nhìn kém do cận thị	Đúng	<b>Chẩn đoán điều dưỡng:</b> - Vấn đề: nhìn kém - Nguyên nhân: cận thị
• Đi lại khó khăn do sau mổ còn yếu	Đúng	<b>Chẩn đoán điều dưỡng:</b> - Vấn đề: Đi lại khó - Nguyên nhân: Yếu sau mổ
• Có xu hướng nhiễm khuẩn do vết rạch dẫn lưu hở	Đúng	<b>Chẩn đoán điều dưỡng:</b> - Vấn đề: Có xu hướng nhiễm khuẩn - Nguyên nhân: Vết thương hở

- Sự khác nhau giữa chẩn đoán y khoa và chẩn đoán Điều dưỡng

<b>Chẩn đoán y khoa</b> <i>(Chẩn đoán điều trị)</i>	<b>Chẩn đoán Điều dưỡng</b> <i>(Chẩn đoán chăm sóc)</i>
- Mô tả một quá trình bệnh tật riêng biệt, nó giống nhau với tất cả mọi người bệnh.	- Mô tả sự phản ứng đối với bệnh tật của người bệnh, nó khác nhau đối với mỗi người bệnh.
- Hướng tới xác định bệnh.	- Hướng tới nhu cầu cá nhân của người bệnh.
- Duy trì không thay đổi trong suốt thời gian ốm.	- Thay đổi khi phản ứng của người bệnh thay đổi.
	- Bổ sung cho điều trị.

- Để đánh giá việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc đúng hay không căn cứ vào các tiêu chuẩn sau.
  - + Việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc có rõ ràng không?
  - + Thuật ngữ sử dụng có chính xác không?
  - + Phần thứ 2 của chẩn đoán chăm sóc có đúng không? có phản ánh được các yếu tố cụ thể tham gia vào chẩn đoán không?
  - + Chẩn đoán Điều dưỡng có phản ánh được tình huống mà người Điều dưỡng có thể đưa ra những can thiệp chính, cần thiết không?
  - + Các chẩn đoán Điều dưỡng có phản ánh chính xác, đầy đủ các vấn đề hiện tại, tiềm tàng phù hợp với các triệu chứng lâm sàng của người bệnh không?

#### **4. Lập kế hoạch**

- Lập kế hoạch chăm sóc là rất cần thiết để tạo khả năng cho Điều dưỡng tổ chức thực hiện chăm sóc người bệnh được thích ứng.
- Để việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả:
  - + Chẩn đoán Điều dưỡng phải rõ ràng và cụ thể.
  - + Các vấn đề đưa ra theo thứ tự ưu tiên.
  - + Mục tiêu phải đạt được trong khuôn khổ thời gian cụ thể.
  - + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
  - + Cộng tác được với người bệnh.
  - + Sự thuận lợi để đánh giá kế hoạch thường xuyên.
  - + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
- Có 3 bước phát triển kế hoạch chăm sóc: Thiết lập các vấn đề ưu tiên, viết ra các mục tiêu, viết kế hoạch chăm sóc.

##### **4.1. Thiết lập các vấn đề ưu tiên**

Khi thiết lập các vấn đề ưu tiên cần phải xét đến các khía cạnh sau.

- Xác định chẩn đoán điều dưỡng nào đưa ra có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của người bệnh, những tình huống đó phải được chú trọng nhất.
- Bắt đầu với những nhu cầu cơ bản của người bệnh cần phải được đáp ứng trước.
- Tham khảo ý kiến người bệnh để tìm ra vấn đề gì cần ưu tiên hơn để có thể thực hiện theo yêu cầu của họ, nếu điều đó không cản trở đến kế hoạch điều trị.

#### 4.2. Viết mục tiêu

- Mục tiêu đưa ra bằng các thuật ngữ có thể thực hiện được, đo lường được. Các mục tiêu nêu lên các vấn đề của người bệnh chứ không phải các hành động của Điều dưỡng.
  - + Mục tiêu phải được viết rõ ràng, cụ thể.
  - + Mỗi mục tiêu cho một chẩn đoán chăm sóc.
  - + Mỗi mục tiêu có một thời gian nhất định để hoàn thành.
- Xây dựng mục tiêu phải có đủ 4 thành phần chính.
  - + Chủ thể: Người bệnh
  - + Hành động: Nêu lên hành động mà người bệnh sẽ thực hiện.
  - + Tiêu chuẩn thực hiện: bao lâu, bao xa, bao nhiêu? nó biểu thị thời gian hoặc ngày được chỉ định để hoàn thành ví dụ: đến lúc ra viện, tại cuối ca trực, vào lúc 2 giờ chiều nay.
  - + Điều kiện: ở những hoàn cảnh cụ thể, hành vi có thể được thực hiện ví dụ: Với sự hỗ trợ của nạng (*tập đi, với sự giúp đỡ của gia đình*).

**Chủ thể + Hành động + Tiêu chuẩn + Điều kiện = Nêu mục tiêu**

Chủ thể	Hành động	Tiêu chuẩn	Điều kiện
Người bệnh	Sẽ tập đi	Đi lên và xuống cầu thang, khi ra viện	Với sự hỗ trợ của nạng
Người bệnh	Sẽ bài tiết	ít nhất 100 ml vào 6h chiều nay	Sau khi rút sonde thông tiểu

#### 4.3. Viết kế hoạch chăm sóc.

- Các kế hoạch chăm sóc nêu được cá tính hoá theo những nhu cầu của một người bệnh cụ thể. Khi cần thiết người bệnh nên tham gia vào việc lập kế hoạch chăm sóc của họ.
- Ngôn ngữ sử dụng trong kế hoạch chăm sóc phải rõ ràng để tất cả những ai sử dụng nó đều hiểu được, viết rõ ràng.
- Kế hoạch chăm sóc phải thực tế, hiện thời, nên sẵn có và được dùng để bàn giao.

#### 5. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện kế hoạch là hành động cần thiết để hoàn thành sự can thiệp Điều dưỡng đã vạch ra, nó mang tính liên tục và tác động qua lại với các phần cấu thành khác của qui trình Điều dưỡng.

- Trên lý thuyết việc thực hiện kế hoạch chăm sóc tuân thủ theo các phần cấu thành của qui trình Điều dưỡng, tuy nhiên trong trường hợp cấp cứu nó thực hiện ngay từ phần nhận định.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch, người Điều dưỡng nhận định lại người bệnh, thay đổi kế hoạch chăm sóc.
- Thực hiện kế hoạch chăm sóc trở thành hành động do sự can thiệp Điều dưỡng tạo nên. Có 3 kiểu can thiệp Điều dưỡng: Phụ thuộc, độc lập, phụ thuộc lẫn nhau.

- **Can thiệp phụ thuộc:**

- + Can thiệp phụ thuộc là những can thiệp được xây dựng dựa trên bảng hướng dẫn hay những mệnh lệnh của các nhân viên y tế khác viết ra, thường là của bác sỹ. Ví dụ: Thực hiện thuốc, đặt sonde, cắt chỉ....
- + Can thiệp phụ thuộc, người Điều dưỡng thực hiện theo mệnh lệnh hay sự hướng dẫn. Tuy nhiên người Điều dưỡng phải sử dụng khả năng phán đoán nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, phải có khả năng nhận định y lệnh có thích hợp và đúng không trước khi thực hiện. Ví dụ: Kiểm tra liều lượng thuốc theo y lệnh, không được thực hiện y lệnh đó một cách thụ động, đơn giản bởi vì bác sỹ viết y lệnh.
- + Người Điều dưỡng phải hiểu được các tác dụng mong chờ và tác dụng phụ của tất cả các thuốc sử dụng cho người bệnh và yêu cầu có các hành động chăm sóc, theo dõi để đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- + Nếu mệnh lệnh điều trị hay thuốc hình như không thích hợp hay không đúng, người Điều dưỡng phải kiểm tra y lệnh đó cùng với người đã viết ra y lệnh đó trước khi tiến hành các hành động Điều dưỡng theo yêu cầu.
- + Thực hiện tất cả các y lệnh một cách đơn giản mà không kiểm tra tính hợp lệ của nó là hết sức cầu thả. Tính cầu thả có thể dẫn đến hậu quả người Điều dưỡng gây nên tổn hại trầm trọng cho người bệnh.

- **Can thiệp chủ động:** Can thiệp chủ động bao trùm những khía cạnh cụ thể của thực hành Điều dưỡng được pháp luật cho phép và yêu cầu không cần sự giám sát hay chỉ dẫn của nhân viên y tế khác ví dụ: Chăm sóc da để phòng tránh viêm da, thay băng vết thương, giáo dục sức khoẻ.

- **Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau.**

- + Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau là những can thiệp Điều dưỡng nhằm đáp lại kế hoạch điều trị của bác sỹ trong một số hoàn cảnh đặc biệt.
- + Can thiệp này khi cần thiết được tiến hành ngay không cần tham khảo với người đã viết ra mệnh lệnh đó. Kiểu can thiệp này thường phổ biến trong 1 số cơ sở cấp cứu, ví dụ: thực hiện thuốc với liều cụ thể đối với người bệnh có rối loạn nhịp tim, sốt cao co giật....

Trong quá trình thực hiện kế hoạch người Điều dưỡng cần phải qua các bước sau: Nhận định lại người bệnh, xem xét lại và thay đổi kế hoạch chăm sóc, nhận biết các điểm cần sự hỗ trợ, truyền đạt kế hoạch chăm sóc với các Điều dưỡng khác với người bệnh và gia đình họ.

- **Nhận định lại người bệnh.**

- + Trong quá trình chăm sóc Điều dưỡng có quá trình nhận định và nhận định lại người bệnh. Những nhu cầu về vật chất, tri thức, xúc cảm, xã hội và tinh thần của người bệnh, cũng như các hoạt động của họ thường trở thành điểm chú trọng của Điều dưỡng.

- + Quá trình nhận định lại người bệnh là kiểm tra sự đúng đắn của việc nhận định ban đầu, để xác định sự thay đổi về tình trạng người bệnh. Ví dụ: có một vấn đề đặc biệt hay tình huống người bệnh đã thay đổi thì cần có phải thay đổi kế hoạch không?
- + Một chẩn đoán Điều dưỡng mới có thể là cần thiết để đảm bảo việc chăm sóc được tiến hành thích hợp và đúng. Bất cứ sự sửa đổi, bổ sung hoặc hủy bỏ của bản kế hoạch chăm sóc phải được ghi lại trong hồ sơ người bệnh.
- **Xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc**
  - + Sự xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc nên được làm ít nhất mỗi ngày một lần khi có thể, trong trường hợp đặc biệt có thể được thay đổi ngay khi có sự diễn biến của tình trạng sức khỏe người bệnh để bảo đảm kế hoạch chăm sóc mang tính hiện thời.
- **Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc**
  - + Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc đã lập ra cho các Điều dưỡng khác, cho gia đình và người bệnh sẽ nâng cao sự chấp hành kế hoạch chăm sóc đã đề ra
  - + Trong quá trình truyền đạt các kế hoạch chăm sóc cần giải thích với người bệnh và gia đình của họ về kế hoạch chăm sóc sẽ là cơ hội tốt để cho người Điều dưỡng và người bệnh hiểu biết nhau hơn.

## 6. Đánh giá

- Phần đánh giá của qui trình Điều dưỡng được sử dụng để đo lường sự đáp ứng của người bệnh đối với việc chăm sóc của người Điều dưỡng mà họ đã tiếp nhận.
- Đánh giá là nhận định những tiến triển của bệnh hướng tới việc đáp ứng các mục tiêu của kế hoạch chăm sóc.
  - + Sự đáp ứng của người bệnh so với kế hoạch đã vạch ra được đánh giá dựa trên những mục tiêu đã đề ra.
  - + Những tiến bộ hay thất bại gì đã xảy ra so với kết quả mong chờ của mục tiêu.
- Cách đánh giá này sử dụng để đánh giá cả mục tiêu trước mắt và lâu dài và cũng để xác định rõ nếu người bệnh có các vấn đề về sức khỏe mới phát sinh. Quá trình xem xét và đánh giá sẽ xác định có thể cần phải có những thay đổi bản kế hoạch chăm sóc.
- Quá trình đánh giá gồm 4 bước:
  - + Thiết lập tiêu chuẩn đánh giá.
  - + So sánh sự đáp ứng của người bệnh với tiêu chuẩn đánh giá.
  - + Kiểm tra xem có sự khác nhau nào trong việc hoàn thành mục tiêu đề ra mà làm ảnh hưởng tới kết quả mong chờ.
  - + Thay đổi kế hoạch chăm sóc.



## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

<b>Câu 1</b>	Quy trình điều dưỡng hiện nay gồm mấy bước
	A. 3 bước
	B. 4 bước
	C. 5 bước
	D. 6 bước
<b>Câu 2</b>	Nguồn thông tin trong nhận định điều dưỡng gồm
	A. Người bệnh, người nhà, người thân
	B. Người bệnh, người nhà, nhân viên y tế
	C. Người bệnh, người thân, nhân viên y tế, hồ sơ bệnh án
	D. Người bệnh, người nhà và người thân khác, nhân viên y tế, hồ sơ bệnh án
<b>Câu 3</b>	Chẩn đoán điều dưỡng bao gồm
	A. Vấn đề cần chăm sóc
	B. Vấn đề cần chăm sóc (hiện tại và tiềm tàng) và nguyên nhân (nếu có)
	C. Vấn đề cần chăm sóc và nguyên nhân (nếu có)
	D. Vấn đề cần chăm sóc (hiện tại và tiềm tàng) và nguyên nhân
<b>Câu 4</b>	Người điều dưỡng có thể thu thập thông tin ở người bệnh bằng cách
	A. Hỏi, khám và kết quả xét nghiệm
	B. Hỏi, khám và tham khảo hồ sơ bệnh án
	C. Người bệnh, người thân, nhân viên y tế, hồ sơ bệnh án
	D. Hỏi và tham khảo hồ sơ bệnh án
<b>Câu 5</b>	Ý nào sau đây không nói về chẩn đoán điều dưỡng
	A. Mô tả sự phản ứng đối với bệnh tật của người bệnh
	B. Hướng tới nhu cầu cá nhân của người bệnh
	C. Duy trì trong suốt thời gian ốm
	D. Bổ sung cho điều trị

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân & Trần Thị Thuận, (2009), *Kỹ năng thực hành điều dưỡng, tập I, II*, Nhà Xuất bản Y học, Bộ Y tế.
2. Đỗ Đình Xuân, (2007), *Điều dưỡng cơ bản, tập I*, Nhà xuất bản y học, Bộ Y tế.
3. Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P., (1997), *Fundamentals of Nursing: The art and science of nursing care, Ed 3<sup>rd</sup>*, Lippincott, NewYork.
4. Perry, A.G., & Potter, P.A., (2006), *Clinical nursing skills & techniques, Ed 6<sup>th</sup>*, Elsevier Mosby, Philadelphia.



## BÀI 2

# QUẢN LÝ THUỐC VÀ VẬT TƯ TIÊU HAO Y TẾ

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nội dung trong quy trình nhập thông tin, bàn giao, thực hiện và bảo quản thuốc an toàn (NL 7,9).
2. Trình bày được các nội dung về dự trữ, lĩnh, cấp phát và bảo quản các trang thiết bị vật tư tiêu hao an toàn và hiệu quả (NL 17, 18)

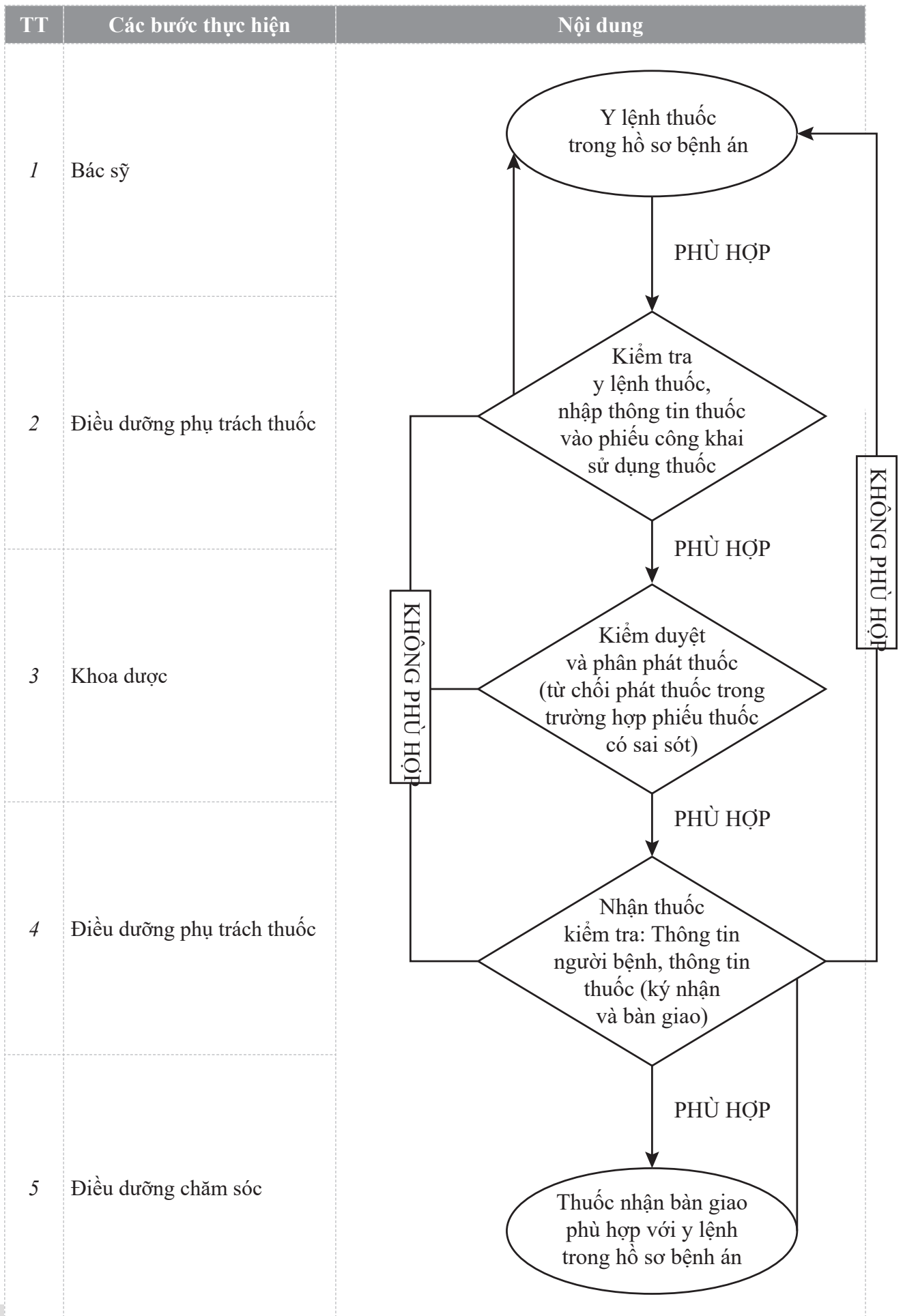
### NỘI DUNG

Nhằm quản lý theo dõi việc xuất nhập thuốc và vật tư tiêu hao y tế và kiểm tra số lượng xuất nhập tồn để tránh việc sử dụng không đúng và gây lãng phí, nguy hiểm cho người bệnh, các quy định và quy trình về quản lý thuốc và vật tư tiêu hao trong các bệnh viện là rất cần thiết

#### 1. Quy trình quản lý thuốc

**1.1. Quy trình nhập thông tin thuốc, bàn giao thuốc giữa điều dưỡng phụ trách thuốc và điều dưỡng chăm sóc**

**1.1.1. Lưu đồ**

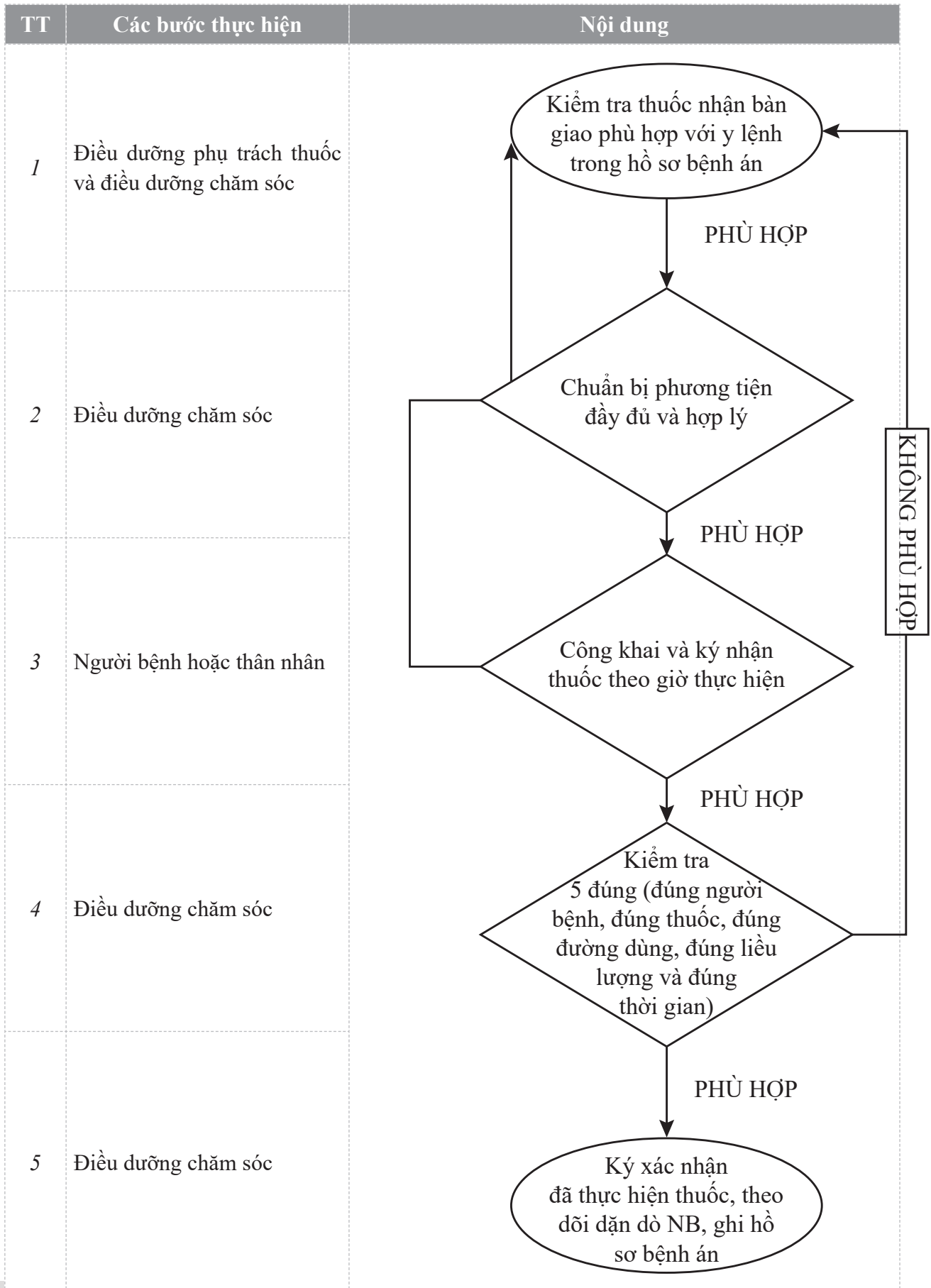


## 1.1.2 Nội dung

TT	Các bước thực hiện	Nội dung
1	Bác sỹ	- Ghi chỉ định thuốc trong hồ sơ bệnh án ( <i>ghi đầy đủ, rõ ràng, không viết tắt, không ghi ký hiệu</i> )
2	Điều dưỡng phụ trách thuốc	- Kiểm tra y lệnh thuốc ( <i>Nếu phát hiện những bất thường trong y lệnh như chỉ định thuốc sử dụng quá liều quy định, đường dùng không hợp lý hoặc dùng nhiều thuốc đồng thời gây tương tác, điều dưỡng phải báo cáo với bác sỹ điều trị hoặc điều dưỡng trưởng hoặc bác sỹ trưởng khoa</i> )
3	Khoa dược	- Kiểm duyệt và cấp phát thuốc ( <i>có thể từ chối phát thuốc trong các trường hợp phiếu thuốc có sai sót</i> )
4	Điều dưỡng phụ trách thuốc	- Nhận và kiểm tra thuốc cấp phát từ khoa dược ( <i>đúng thông tin người bệnh, đúng thông tin thuốc: tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, chất lượng, dạng bào chế, hạn dùng</i> ) - Ký nhận và bàn giao thuốc cho điều dưỡng chăm sóc ( <i>khi phát hiện nhầm thuốc, mất thuốc, thuốc hỏng cần báo cáo ngay cho người quản lý cấp trên trực tiếp</i> )
5	Điều dưỡng chăm sóc	- Nhận và kiểm tra thuốc phù hợp giữa y lệnh trong hồ sơ bệnh án và thuốc bàn giao từ điều dưỡng phụ trách thuốc.

1.2. Quy trình thực hiện thuốc cho người bệnh nội trú

1.2.1. Lưu đồ



1.2.2. Nội dung

TT	Các bước thực hiện	Nội dung
1	Chuẩn bị thuốc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuốc nhận bàn giao phù hợp: tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, đường dùng, hạn sử dụng, chất lượng, sự nguyên vẹn của viên, ống hoặc lọ thuốc</li> </ul>
2	Chuẩn bị phương tiện	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đầy đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc</li> <li>- Khi dùng thuốc qua đường tiêm phải chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc</li> <li>- Chuẩn bị đúng và đủ dung môi theo quy định của nhà sản xuất</li> </ul>
3	Công khai thuốc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đẩy xe thuốc đến giường bệnh</li> <li>- Chào hỏi người bệnh</li> <li>- Giới thiệu tên và giải thích lý do thực hiện thuốc</li> <li>- Nhận định tình trạng người bệnh</li> <li>- Hỏi tiền sử dị ứng của người bệnh</li> <li>- Thực hiện công khai thuốc, người bệnh hoặc thân nhân ký nhận</li> </ul>
4	Trong khi dùng thuốc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đối chiếu người bệnh, thực hiện kiểm tra 5 đúng (<i>đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng đường dùng, đúng liều lượng và đúng thời gian</i>)</li> <li>- Thông báo cho người nhà và người bệnh về tác dụng, đường dùng của thuốc chuẩn bị thực hiện</li> <li>- Thực hiện thuốc theo y lệnh trong hồ sơ bệnh án, nếu thuốc uống thì điều dưỡng phải chứng kiến người bệnh uống thuốc và theo dõi phát hiện kịp thời các bất thường của người bệnh trong khi dùng thuốc</li> <li>- Thông báo cho người bệnh khi thuốc đã được thực hiện</li> </ul>
5	Sau khi dùng thuốc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Theo dõi người bệnh thường xuyên để kịp thời xử trí các bất thường</li> <li>- Báo cáo người bệnh và/hoặc người nhà biết những loại thuốc còn lại trong ngày sẽ bảo quản tại phòng điều dưỡng theo quy định và sẽ thực hiện đúng giờ theo y lệnh</li> <li>- Chào người bệnh và/hoặc người nhà</li> <li>- Đẩy xe thuốc về phòng điều dưỡng</li> <li>- Vệ sinh xe tiêm thuốc</li> <li>- Rửa tay</li> <li>- Ghi hồ sơ: ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh trước, trong và sau khi thực hiện thuốc (<i>mô tả cụ thể nếu người bệnh bị tác dụng phụ của thuốc</i>)</li> <li>- Ghi hoặc đánh dấu thuốc đã dùng cho người bệnh vào phiếu công khai thuốc phù hợp theo quy định của bệnh viện</li> </ul>

### 1.3. Trường hợp cấp cứu

#### 1.3.1. Thuốc có sẵn trong tủ thuốc trực

- Bước 1: Điều dưỡng trưởng phiên trực nhận y lệnh thuốc từ hồ sơ bệnh án và sử dụng thuốc có trong tủ thuốc trực
  - Bước 2: Bàn giao thuốc cho điều dưỡng chăm sóc trực tiếp kiểm tra đúng quy định
- Tùy theo tình trạng bệnh cấp cứu điều dưỡng trưởng phiên có thể tham gia hỗ trợ việc thực hiện thuốc và cấp cứu người bệnh

#### 1.3.2. Trường hợp thuốc không có trong tủ trực

- Bước 1: Điều dưỡng trưởng phiên nhận thuốc từ hồ sơ
- Bước 2: Chuyển hồ sơ đến điều dưỡng phục trách thuốc (*trong giờ hành chính*) hay nhập thuốc theo y lệnh (*ngoài giờ hành chính*)
- Bước 3: Gọi điện thoại báo số phiếu thuốc KHẨN xuống khoa Dược hoặc yêu cầu khoa Dược giao thuốc KHẨN

Trong trường hợp khoa Dược không giao thuốc kịp thời, điều dưỡng chăm sóc hoặc hộ lý của khoa xuống khoa Dược nhận thuốc và ký xác nhận số lượng thuốc đã nhận

- Bước 4: Giao thuốc cho điều dưỡng trưởng phiên
- Bước 5: Điều dưỡng trưởng phiên giao cho điều dưỡng chăm sóc trực tiếp

### 1.4. Y lệnh thuốc bổ sung trong đêm trực

- Bước 1: Điều dưỡng chăm sóc nhận y lệnh thuốc cần bổ sung
- Bước 2: Báo cáo cho điều dưỡng trưởng phiên trực
- Bước 3: Điều dưỡng trưởng phiên tiếp nhận hồ sơ có y lệnh thuốc bổ sung
- Bước 4: Thực hiện quy trình nhập thuốc: thông tin thuốc, nhận thuốc, bàn giao thuốc cho điều dưỡng chăm sóc (*điều dưỡng chăm sóc nhận thuốc, bàn giao đúng quy trình*)
- Bước 5: Thực hiện thuốc cho người bệnh theo đúng quy định

### 1.5. Bảo quản thuốc

- Thuốc dùng thường ngày
  - + Bảo quản theo quy định của nhà sản xuất
  - + Nhiệt độ thông thường: 25 - 30°C
  - + Nhiệt độ lạnh: 2 - 8°C
  - + Độ ẩm tương đối  $\leq 70\%$
- Thuốc cần bảo quản lạnh
  - + Khi vận chuyển phải đảm bảo nhiệt độ khuyến cáo (*có thể sử dụng thùng đá với đá khô hoặc bình giữ lạnh*)
  - + Tại khoa lâm sàng phải giữ thuốc trong ngăn mát tủ lạnh

- Thuốc ky ánh sáng
- + Sử dụng dụng cụ bảo quản thích hợp theo khuyến cáo (*có thể sử dụng dụng cụ che chắn như túi đựng màu đen, khăn bọc màu tối,...*)
- + Khi vận chuyển phải đảm bảo ánh sáng không chiếu trực tiếp

**1.6. Bàn giao thuốc**

- Thuốc trong tủ thuốc cấp cứu phải theo đúng danh mục, đúng cơ số đã phê duyệt
- Bảo quản theo đúng khuyến cáo của nhà sản xuất, hạn dùng trên 6 tháng
- Thuốc gây nghiện, hướng thần phải để trong ngăn tủ riêng, có khóa
- Thuốc cấp phát lẻ không còn nguyên bao phải được đóng gói lại trong bao bì kín và có nhãn ghi tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, hạn dùng.

**1.7. Báo cáo**

- Có sự phối hợp giữa bác sỹ , dược sỹ, điều dưỡng viên và hộ sinh viên trong dùng thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh
- Bác sỹ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng của thuốc và xử lý kịp thời các tai biến do dùng thuốc
- Trong quá trình sử dụng thuốc:
  - + Nếu có vấn đề chưa rõ, nghi ngờ hoặc phát hiện sai sót, kiểm tra và phản hồi thông tin ngay khi phát hiện
  - + Khi xảy ra các trường hợp đặc biệt (*tai biến, nhầm lẫn,...*): Báo cáo ngay cho cấp quản lý trực tiếp để có biện pháp xử lý kịp thời và làm rõ nguyên nhân, trách nhiệm (*thực hiện theo “Quy định nhận biết, xử lý và báo cáo sự cố sai sót chuyên môn”*)
  - + Khi xảy ra trường hợp phản ứng có hại của thuốc: thực hiện theo *“Quy định tiếp nhận, xử lý và báo cáo phản ứng có hại của thuốc”*

**1.8. Biểu mẫu lưu hồ sơ**

TT	Tên chứng từ	Người lưu	Nơi lưu	Thời gian lưu
1	Phiếu công khai sử dụng thuốc	Điều dưỡng	Hồ sơ bệnh án của người bệnh	Theo quy định lưu trữ hồ sơ bệnh án

**2. Quy trình quản lý vật tư tiêu hao**

**2.1. Công tác dự trù/Lập kế hoạch quản lý tài sản, vật tư**

Điều dưỡng trưởng khoa là người được giao nhiệm vụ dự trù tài sản, vật tư đảm bảo phục vụ cho công tác điều trị và chăm sóc người bệnh trong khoa. Khi làm dự trù phải tuân theo các bước:

- Liệt kê danh mục những mặt hàng cần dùng.
- Lựa chọn những chủng loại thích hợp.

- Cân đối giữa nhu cầu và kinh phí hiện có.
- Lập bản dự trù.

### 2.1.1. Liệt kê danh mục những mặt hàng cần dùng:

Căn cứ vào danh mục các mặt hàng đang có nhu cầu cần sử dụng hoặc sẽ có nhu cầu sử dụng cho các hoạt động trong đơn vị. Bảng danh mục cần được liệt kê theo nhóm hàng để dễ nhớ và không bỏ sót.

### 2.1.2. Lựa chọn những chủng loại thích hợp:

- Dựa trên cơ sở những chủng loại đã và đang được sử dụng mà lựa chọn sao cho phù hợp với đối tượng, mục đích sử dụng và yêu cầu kỹ thuật chuyên môn. Tránh dự trù những dụng cụ không có nhu cầu sử dụng hoặc sử dụng không thích hợp.
- 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, tránh tình trạng hàng còn nhiều đã làm dự trù hoặc khi hết hẳn mới làm dự trù bổ sung.
- Thông thường làm dự trù hàng cho 1 tháng, 1 quý, 1 năm tùy theo nhu cầu sử dụng của mỗi chuyên khoa.
- Dựa trên thông kê số liệu đã được sử dụng trước đây, tốt nhất là dựa trên tính toán về yêu cầu thực tế, bằng cách thống kê các thủ thuật theo tỷ lệ bệnh nhân, điều tra, nghiên cứu việc sử dụng các mặt hàng cho các hoạt động khác nhau trong khoa theo từng ngày, từng tháng và từng năm để xác định số lượng cần thiết của các mặt hàng.
- Đảm bảo số lượng những mặt hàng sử dụng cho công tác cấp cứu người bệnh

### 2.1.3. Cân đối giữa nhu cầu và kinh phí hiện có

Khi làm một bản dự trù, người điều dưỡng trưởng phải biết giá trị của từng mặt hàng để tính toán chi phí và cân đối với nguồn kinh phí hiện có. Thông thường người ta phải đặt ưu tiên kinh phí cho một số mặt hàng không thể thiếu được, những nhu cầu phù hợp với nguồn kinh phí và ở trong phạm vi chấp nhận được.

### 2.1.4. Lập bản dự trù

Sau khi đã xác định được các nhu cầu thiết yếu và cân đối với nguồn kinh phí hiện có, điều dưỡng trưởng tiến hành lập bản dự trù. Khi viết cần ghi rõ:

- Tên đơn vị dự trù.
- Tên (mã số) các mặt hàng, yêu cầu về tiêu chuẩn, kỹ thuật.
- Đơn vị tính.
- Số lượng.
- Đơn giá.
- Thành tiền.
- Thời gian: Ngày, tháng, năm dự trù.
- Các mặt hàng dự trù phải được 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 lãnh đạo và điều dưỡng trưởng đơn vị. Trong một vài trường hợp ngoại lệ cần phải có ý kiến của phòng điều dưỡng hoặc lãnh đạo bệnh viện.

## 2.2. Lĩnh tài sản vật tư

- Người lĩnh hàng không nhất thiết phải là điều dưỡng trưởng mà có thể ủy quyền cho người khác và điều dưỡng trưởng là người chịu trách nhiệm.
- Lĩnh hàng đầy đủ theo phiếu dự trù, theo thời gian đã được quy định.
- Khi lĩnh hàng, cần kiểm tra cẩn thận về nguồn gốc, số lượng, chất lượng, chủng loại hàng xem có phù hợp với mục đích sử dụng không, có ký người giao nhận đầy đủ.

## 2.3. Bảo quản vật tư trong kho

### 2.3.1. Nguyên tắc chung về cất giữ tài sản

#### **Đối với điều dưỡng trưởng:**

- Là người chịu trách nhiệm trước ban lãnh đạo khoa về việc quản lý tài sản, vật tư tiêu hao.
- Chịu trách nhiệm dự trù, lĩnh, bảo quản, cấp phát đầy đủ cho người sử dụng.
- Nắm vững số lượng tài sản, vật tư có trong kho theo sổ sách hoặc thẻ kho.
- Thường xuyên, định kỳ hoặc đột xuất báo cáo với lãnh đạo đơn vị về nhu cầu cung cấp và hiệu quả trong việc sử dụng tài sản vật tư, kế hoạch sửa chữa - bảo dưỡng trang thiết bị trong khoa.

#### **Đối với điều dưỡng hành chính:**

- Trực tiếp giữ kho tài sản - vật tư khi được phân công.
- Nhập, xuất hàng theo yêu cầu cần sử dụng và phải có ý kiến của điều dưỡng trưởng, đối với tài sản đắt tiền phải có ý kiến của lãnh đạo khoa.
- Thường xuyên báo cáo tình trạng tài sản, vật tư trong kho để điều dưỡng trưởng nắm được.

#### **Để sử dụng các loại tài sản, vật tư tiêu hao một cách có hiệu quả gồm:**

- Đối với các dụng cụ thông thường phải tuân theo đúng quy trình vệ sinh, khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng để tránh hư hỏng.
- Đối với các loại vật tư, máy và thiết bị hiện đại, phức tạp cần phải được vệ sinh hàng ngày hoặc ngay sau khi sử dụng và có chế độ định kỳ bảo dưỡng theo đúng hướng dẫn của lý lịch máy.
- Máy, dụng cụ sau khi sử dụng xong phải để đúng nơi quy định hoặc trả lại trung tâm quản lý, bảo dưỡng. phải được bàn giao cẩn thận giữa các ca, kíp bằng sổ sách và có ký nhận bàn giao.

### 2.3.2. Làm thẻ kho cho từng loại tài sản, vật tư

- Khi nhập hàng, xuất hàng, điều dưỡng trưởng phải có trách nhiệm ghi vào thẻ kho theo đúng các cột, mục của thẻ kho, bàn giao tài sản - vật tư cho điều dưỡng hành chính cất giữ vào kho hoặc bàn giao cho người sử dụng.
- Trong quá trình bàn giao cần phải xác định rõ chất lượng và số lượng của từng mặt hàng và yêu cầu ký nhận.

- Sau mỗi lần xuất, nhập hàng ngày, điều dưỡng trưởng phải cộng hoặc trừ đuỏi số lượng trong thẻ kho để biết được số lượng hiện có giúp cho việc lập kế hoạch dự trữ.

### 2.3.3. Kho tàng hoặc nơi cất giữ

- Kho được bố trí ở nơi thuận tiện cho việc cấp phát, cao ráo, đảm bảo đủ diện tích, có hệ thống ánh sáng và hệ thống thông gió tốt.
- Trong kho phải có giá và các dụng cụ để chứa đựng hàng.
- Các cửa kho phải đảm bảo chắc chắn, kín và có khóa an toàn, sau ngày làm việc được khóa và dán niêm phong.
- Có bảng cấm lửa và phương tiện chữa cháy (*có bảng hướng dẫn sử dụng phương tiện đúng quy định*).
- Có nội quy nhập, bảo quản, phát hàng và nội quy ra vào kho.

### 2.3.4. Cách xếp đặt hàng trong kho

- Tất cả các loại hàng hóa đều phải để trên giá hoặc được kê cao, không để trực tiếp xuống nền kho.
- Mỗi mặt hàng phải được xếp vào một ô riêng, hàng nhập trước xếp phía ngoài để cấp trước, hàng nhập sau xếp phía trong để cấp sau, tránh tình trạng để hàng hết hạn sử dụng gây thiệt hại về kinh tế cho bệnh viện.
- Các mặt hàng hóa chất 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, không vì kho chật hẹp mà làm ảnh hưởng đến chất lượng của hàng, những mặt hàng thường dùng cần được xếp ra phía ngoài để dễ lấy.

## 2.4. Cấp phát tài sản, vật tư

- Cấp phát hàng khi có yêu cầu của điều dưỡng trưởng hoặc lãnh đạo đơn vị.
- Hàng nhập trước phải được cấp trước.
- Dựa vào nhu cầu sử dụng mà cấp phát cho hợp lý về số lượng.
- Dựa vào mục đích sử dụng mà cấp phát từng loại cho phù hợp.
- Không cấp các mặt hàng đã kém phẩm chất và sai quy cách.

## 2.5. Giám sát sử dụng

- Đảm bảo việc sử dụng đúng quy cách và đúng mục đích của từng loại vật tư thì mới phát huy được hết hiệu quả và tránh lãng phí.
- Điều dưỡng trưởng phải là người thông thạo cách sử dụng các loại vật tư trong kho, đặc biệt là những vật tư - tài sản mới để hướng dẫn khi cần thiết, thông báo cho các cán bộ y tế khác được biết khi sử dụng.

### 2.6. Kiểm tra - đánh giá

Kiểm tra là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng trưởng. Mục đích của việc kiểm tra tài sản, vật tư là:

- Nhằm đáp ứng đủ, kịp thời cho công tác chăm sóc, điều trị và phục vụ người bệnh.
- Tránh lãng phí vật tư: đảm bảo cho mọi vật tư phải được sử dụng đúng mục đích và phải đạt hiệu quả cao.
- 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, mẫu mã hoặc mất cân đối giữa dự trữ và sử dụng để điều chỉnh cho phù hợp.
- Phát hiện những nhược điểm trong việc sử dụng, vận hành các trang thiết bị để hướng dẫn và huấn luyện kịp thời.
- Tiến hành kiểm kê báo cáo định kỳ theo quy định của bệnh viện.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

### Chọn ý đúng nhất

Câu 1	Bước đầu tiên khi làm công tác dự trù là
	A. Lựa chọn những chủng loại thích hợp
	B. Cân đối giữa nhu cầu và kinh phí hiện có
	C. Liệt kê danh mục những mặt hàng cần dùng
	D. Lập bản dự trù
Câu 2	Nguyên tắc chung về cất giữ tài sản
	A. Điều dưỡng trưởng nắm vững số lượng tài sản, vật tư có trong kho theo sổ sách
	B. Điều dưỡng hành chính chịu trách nhiệm dự trù, lĩnh, bảo quản, cấp phát đầy đủ cho người sử dụng
	C. Điều dưỡng hành chính báo cáo tình trạng tài sản, vật tư trong kho khi điều dưỡng trưởng yêu cầu
	D. Cả A, B, C

### Chọn ý đúng/sai

Câu	Nội dung
3	Bác sĩ trưởng khoa là người được giao nhiệm vụ dự trù tài sản, vật tư đảm bảo phục vụ cho công tác điều trị và chăm sóc người bệnh
4	Bảng danh mục những mặt hàng cần dùng phải được liệt kê theo nhóm hàng để dễ nhớ và không bỏ sót
5	Mỗi phiếu dự trù trước khi gửi đến phòng cung ứng vật tư chỉ cần có chữ ký của người lập dự trù
6	Người lĩnh hàng nhất thiết phải là điều dưỡng trưởng
7	Kho hoặc nơi cất giữ tài sản - vật tư phải được bố trí ở nơi thuận tiện cho việc cấp phát, cao ráo, đảm bảo đủ diện tích, có hệ thống ánh sáng và hệ thống thông gió tốt
8	Điều dưỡng trưởng phải là người thông thạo cách sử dụng các loại vật tư trong kho, đặc biệt là những vật tư - tài sản mới

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *Tài liệu đào tạo: tăng cao năng lực quản lý điều dưỡng*
2. Bộ y tế (2004), *Quản lý điều dưỡng - Nhà xuất bản Y học, Hà nội*
3. Bộ Y tế (2006), *Tài liệu quản lý Điều dưỡng - Nhà xuất bản Y học, Hà nội*
4. Hội điều dưỡng Việt Nam (2010), *Phương pháp lãnh đạo và quản lý điều dưỡng*
5. 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.*
6. Joan Gratto Liebler & Charles R. McConnell (2003), *Management Principles for Health Professionals*
7. Patricia S. Yoder - Wise (2007), *Leading and managing in nursing, 4th edition - Mosby.*

## BÀI 3

# VAI TRÒ CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM ĐAU

## MỤC TIÊU

1. Phân tích được nguyên nhân, các yếu tố ảnh hưởng và cách phân loại đau (1.2, 3.1, 4.1, 4.3).
2. Nêu được các trường hợp áp dụng và không áp dụng, nguyên tắc kiểm soát đau cho người bệnh (2.2, 2.3).
3. Mô tả được lượng giá đau trên người bệnh (4.1, 4.2, 4.3,).
4. Trình bày được phương pháp kiểm soát đau thích hợp cho người bệnh ( 3.6, 4.1).
5. Xác định được vai trò của điều dưỡng viên trong việc hỗ trợ người bệnh, gia đình người bệnh trong kiểm soát đau cho người bệnh (10.1, 10.3, 11, 23.7, 23.8)

## NỘI DUNG

### 1. Giới thiệu

Đau là một dấu hiệu gặp trong rất nhiều các bệnh và là một trong các nguyên nhân chủ yếu khiến người bệnh phải khám bệnh và điều trị. Theo Bonica J.J. (1978), 58% bệnh nhân ung thư có dấu hiệu đau là triệu chứng chủ yếu. Đau gặp ở mọi lứa tuổi từ trẻ em đến người già. Có tới 5% - 15% trẻ em và tuổi vị thành niên phàn nàn về đau; ở người già gặp nhiều hơn, gần 30%; và tỉ lệ người bệnh đau mạn tính phải dùng thuốc giảm đau họ morpin khoảng 20% - 30% (Dawn A. M., 2005). Đau còn là nỗi ám ảnh của nhiều bệnh nhân sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thu (2010) cho thấy 100% bệnh nhân đau sau phẫu thuật ổ bụng... Vì vậy, giảm đau là giúp cho người bệnh có được cuộc sống tốt hơn, chất lượng hơn và đây cũng là trách nhiệm của cán bộ y tế, trong đó có đội ngũ điều dưỡng viên đồng đảo.

Đau là một cảm giác báo hiệu một tổn thương thực thể tại chỗ, lại vừa mang tính chủ quan tâm lý. Ngưỡng đau phụ thuộc vào mỗi người bệnh, chỉ có người bệnh mới có thể xác định chính xác mức độ đau của họ. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới ngưỡng đau như tuổi, nghề nghiệp, nhận thức, kinh nghiệm cá nhân của người bệnh. Bên cạnh đó, văn hóa, tính cách sắc tộc, cảm xúc, thể trạng, tình trạng sức khỏe... cũng ảnh hưởng tới mức độ đau. Tuy nhiên, người bệnh không có trách nhiệm phải thuyết phục với người điều dưỡng rằng họ đau mà trách nhiệm của người điều dưỡng là phải lắng nghe người bệnh.

Để kiểm soát đau, điều dưỡng viên cần phối hợp với người bệnh và gia đình người bệnh để xác định nguyên nhân, đặc điểm, các yếu tố ảnh hưởng tới đau. Trên cơ sở đó có kế hoạch can thiệp để kiểm soát đau cho người bệnh hiệu quả. Có rất nhiều phương pháp để kiểm soát đau, gồm các biện

pháp không dùng thuốc, các biện pháp dùng thuốc, loại trừ các yếu tố ảnh hưởng... Để điều trị đau có hiệu quả cho người bệnh, cần có một chiến lược phối hợp các biện pháp kiểm soát đau một cách toàn diện.

## 2. Khái niệm đau, phân loại và giải phẫu - sinh lý đau

### 2.1. Khái niệm đau

Đau là một cảm giác khó chịu mang tính chủ quan xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương thực thể hoặc tiềm tàng của mô tế bào, hoặc được mô tả giống như có tổn thương thực thể. (*hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế (1980), viết tắt là IASP*)

Như vậy, đau vừa có tính thực thể, là một cảm giác báo hiệu một tổn thương thực thể. Đau cũng mang tính chủ quan tâm lý, bao gồm cả những chứng đau tưởng tượng, đau không có căn nguyên.

### 2.2. Phân loại đau

#### 2.2.1. Phân loại theo cơ chế

- Đau cảm thụ thần kinh (*nociceptive pain*) là đau do kích thích các đầu mút thụ cảm của các dây thần kinh còn nguyên vẹn chưa bị tổn thương, nhạy cảm với các thuốc giảm đau ngoại vi hay trung ương và các phương pháp phong bế vô cảm. Đây là cơ chế thường gặp trong các trường hợp đau cấp tính (*chấn thương, nhiễm trùng, thoái hóa...*) hoặc trong những bệnh lý có tổn thương dai dẳng (*ung thư, bệnh lý khớp...*).
- Đau do bệnh lý thần kinh (*neuropathic pain*) là đau gây ra do tổn thương các dây thần kinh ngoại vi hoặc trung ương. Đau thường có cảm giác bỏng rát, như điện giật, tê bì hay tăng cảm giác tại những vùng bị chi phối bởi các dây thần kinh bị tổn thương.
- Đau do căn nguyên tâm lý là những cảm giác ám ảnh nhiều hơn là đau thực thể được người bệnh mô tả không rõ ràng hoặc luôn thay đổi, triệu chứng không điển hình. Đau chỉ mất khi người bệnh tập trung chú ý một vấn đề gì đó, thuốc giảm đau không có tác dụng với loại đau này. Thường gặp trong các trường hợp như: bệnh hysteri, trầm cảm, tự kỷ ám thị về bệnh tật, bệnh tâm thần phân liệt...

#### 2.2.2. Phân loại theo thời gian và tính chất đau

- Đau cấp tính là đau mới xuất hiện, có cường độ mạnh, được coi là một triệu chứng báo động hữu ích. Đau cấp tính giúp cho việc xác định triệu chứng đau có nguồn gốc thực thể hay không. Đau cấp tính gồm đau sau phẫu thuật, sau chấn thương, bỏng, sản khoa...
- Đau mạn tính là biểu hiện đau dai dẳng, tái đi tái lại nhiều lần, làm cho cơ thể bị phá hủy về thể lực và cả về tâm lý, xã hội, làm cho người bệnh lo lắng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Đau mạn tính bao gồm đau lưng, cổ, đau cơ, đau do nguyên nhân thần kinh, đau do sẹo...
- Đau ung thư có thể là đau mạn tính hoặc cấp tính do sự xâm lấn và đè ép của tế bào ung thư vào mô lành gây tổn thương mô và kích thích thụ cảm thể của thân thể và nội tạng. Đau có tính chất: đau nhức, dao đâm, day dứt; có thể như đau thần kinh (*trung ương hoặc ngoại vi*): bỏng rát, ù tai hoặc tê liệt, đau xé...

### **2.3. Nguyên nhân đau**

2.3.1. *Tổn thương mô thực thể: do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, các thủ thuật y học can thiệp, độc tính của thuốc, v.v...*

2.3.2. *Tổn thương mô tiềm tàng: do các bệnh lý không có tổn thương mô nhưng vẫn gây đau.*

2.3.3. *Các yếu tố tâm lý - xã hội*

- Các rối loạn tâm thần như: trầm cảm, trạng thái lo lắng, bồn chồn có thể gây ra đau hoặc làm cho tình trạng đau thực thể nặng thêm, ngược lại, đau thực thể cũng có thể gây ra các rối loạn tâm thần như trầm cảm hoặc lo âu.
- Các hội chứng tâm lý khác có thể dẫn đến đau mạn tính như đau tâm lý kéo dài dẫn đến đau thực thể hóa, rối loạn do chấn động tâm lý sau chấn thương, chứng hoang tưởng và rối loạn cảm giác đau do bệnh tâm thần. Các hội chứng tâm lý cũng có thể gây nên đau hoặc đau nặng thêm.
- Trong một số trường hợp, điều trị giảm đau sẽ không có kết quả nếu không chẩn đoán và điều trị được nguyên nhân cơ bản các trạng thái trầm cảm, lo âu hoặc các vấn đề tâm lý khác.

### **2.4. Cơ sở giải phẫu, sinh lý thần kinh (tham khảo giáo trình Giải phẫu - sinh lý):**

Hệ thống cảm nhận đau có chức năng phát hiện, nhận dạng mức độ, vị trí đau. Hệ thống cảm nhận đau của cơ thể gồm phần ngoại vi và phần trung ương.

+ Các thụ cảm thể nhận cảm đau ngoại vi sơ cấp:

Hầu hết các cơ quan của cơ thể có các tận cùng thần kinh đáp ứng với các kích thích như hoá chất, nhiệt độ, cơ học. Tùy thuộc vào tính chất đáp ứng của tế bào thần kinh nhận cảm đau, các kích thích này sẽ dẫn tới dẫn truyền xung động theo các sợi cảm giác về tủy sống. Các sợi cảm giác được chia thành hai loại chính: sợi Ađ đáp ứng với kích thích nhiệt và cơ học; sợi C nhận cảm đau nhiều trạng thái, đa dạng.

Trong điều kiện bình thường, một kích thích có cường độ thấp, không nguy hại sẽ kích thích vào các tận cùng của tế bào thần kinh nhận cảm đau để tạo ra cảm giác không có hại, không đau. Các kích thích có cường độ mạnh hơn sẽ kích thích vào các thụ cảm thể nhận cảm đau có ngưỡng kích thích cao và tạo ra cảm giác đau.

Trong điều kiện bệnh lý, do hệ thần kinh trung ương và ngoại vi bị kích thích bất thường từ mô bị chấn thương và viêm dẫn đến một kích thích có cường độ nhỏ cũng gây đau.

+ Nhạy cảm hoá ngoại vi:

Trong phản ứng viêm, tế bào giải phóng các thành phần nội bào. Các thụ cảm thể nhận cảm đau và đầu tận cùng thần kinh cảm giác bị kích thích bởi các thành phần này và giải phóng ra chất P, neurokinin A, các peptide gene-related canxitonin (CGRP), các chất này làm thay đổi tính kích thích của thần kinh cảm giác và sợi thần kinh giao cảm, làm giãn mạch, thoát protein huyết tương cũng như kích thích tế bào viêm giải phóng các chất trung gian hoá học. Các phản ứng qua lại này dẫn tới giải phóng nôi súp các chất trung gian hoá học như potassium, serotonin, bradykinin, chất P, histamin, cytokines, nitric oxyd và các sản phẩm của con đường chuyển hoá acid arachidonic. Sau khi nhạy cảm hoá, các kích thích ngưỡng thấp không gây đau thì lại có thể gây đau.



+ Phần trung ương của hệ thống cảm nhận đau:

Nhánh của các thần kinh cảm giác đi vào sừng sau tủy sống và tiếp hợp với noron tủy sống nằm ở đây, các noron nhận cảm đau này đi qua bên đối diện, và đi lên não đến vùng đồi thị tạo thành bó tủy sống - đồi thị, bó này có vai trò quan trọng trong nhận cảm đau, nếu cắt đứt bó này, sẽ gây mất vĩnh viễn cảm giác đau và cảm giác nhiệt độ.

Từ vùng đồi thị có nhiều con đường đến vỏ não, vùng trán và vùng thể xác cảm giác. Con đường từ tủy sống đến vùng thể xác cảm giác có vai trò quan trọng trong tiếp nhận cảm giác đau về mặt cường độ, vị trí, kiểu đau. Từ vỏ não có các nhánh đi xuống tủy sống, điều biến cảm giác đau.

\* **Cơ chế kiểm soát đau:**

- Kiểm soát đau ở tủy sống và thuyết cổng kiểm soát:

Khi có kích thích đau, các thụ cảm thể nhận cảm đau tổn thương sẽ mã hóa về số lượng, tần số, không gian, thời gian rồi truyền vào theo các sợi thần kinh dẫn truyền cảm giác đau hướng tâm qua hạch gai vào sừng sau tủy sống và tiếp xúc với tế bào neuron thứ hai hay gọi là tế bào T từ đó dẫn truyền lên thần kinh trung ương. Trước khi tiếp xúc với tế bào T, các sợi này cho ra một nhánh tiếp xúc với neuron liên hợp. Neuron liên hợp đóng vai trò như một kẻ gác cổng, khi hưng phấn thì gây ra ức chế dẫn truyền trước synap của sợi A $\delta$  và sợi C (*đóng cổng*). Nhưng lúc này xung động từ sợi A $\delta$  và sợi C gây ức chế neuron liên hợp nên không gây ra ức chế dẫn truyền trước synap của sợi A $\delta$  và C (*cổng mở*), do đó xung động được dẫn truyền lên đồi thị và vỏ não cho ta cảm giác đau.

Các sợi to (A $\alpha$  và A $\beta$ ) chủ yếu dẫn truyền cảm giác bản thể. Các sợi này cũng cho một nhánh tiếp xúc với neuron liên hợp trước khi đi lên trên. Các xung động từ sợi to gây hưng phấn neuron liên hợp, do đó gây ức chế dẫn truyền trước synap của cả sợi to và sợi nhỏ (*đóng cổng*), khi đó xung động đau bị chặn lại trước khi tiếp xúc với tế bào T làm mất cảm giác đau.

- Kiểm soát đau trên tủy và thuyết giảm đau nội sinh:

Khi có kích thích đau được dẫn truyền về, hệ thống thần kinh sẽ tiết ra các chất enkephalin có tác dụng giảm đau giống morphin, gọi là endorphin (*morphin nội sinh*). Các endorphin cũng gắn vào các thụ cảm thể morphinic gây tác dụng giảm đau và sảng khoái, nhưng tác dụng này hết nhanh do endorphin nhanh chóng bị giáng hóa nên không gây nghiện.

Các trạng thái tinh thần vui vẻ, thoải mái, sung sướng, hạnh phúc... có tác dụng làm tăng giải phóng endorphin mạnh. Một số bài tập thể dục, xoa bóp cũng có tác dụng này.

### 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến cảm giác đau

#### 3.1. Yếu tố thể chất

- Tuổi: cảm giác đau có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Theo một điều tra về tỉ lệ đau mạn tính trong dân tại Đan mạch cho thấy tỉ lệ đau mạn tính tăng theo chiều tăng của tuổi: xấp xỉ 10% ở lứa tuổi 16 - 24, trên 10% ở lứa tuổi 25 - 44, trên 20% ở lứa tuổi 45 - 66 và cao vọt lên gần 30% ở lứa tuổi từ 67 trở lên (*Eriksen J., 2003*)
- Thể trạng: tỉ lệ đau cơ xương tăng lên ở người bệnh béo phì. Theo Dawn A. M. (2005), khi giảm cân (*xấp xỉ 12% trọng lượng cơ thể*) ở người bệnh béo phì bị đau khớp gối thì tỉ lệ đau giảm được 30%. Sự giảm cân ở phụ nữ béo phì cũng làm giảm tỉ lệ đau khớp gối, bàn chân.

- Giới tính: Roger B. F. (2000) nhận thấy nữ giới thường gặp rối loạn đau mạn tính trầm trọng hơn nam giới, và họ cũng thường bị nhạy cảm với các kích thích độc hại trong phòng thí nghiệm hơn nam giới. Một vài lý do được đưa ra để giải thích cho sự khác nhau này: các yếu tố tâm lý xã hội như niềm tin vào vai trò của nam giới, ảnh hưởng của các thể hệ gia đình, hormon giới tính nữ...

#### 3.2. Yếu tố xã hội

- Sự chú ý: Cảm giác đau sẽ tăng khi người bệnh quá chú ý tới nó và sẽ giảm khi ít chú ý tới nó (Carroll và Seers, 1999). Do vậy khi chăm sóc điều dưỡng viên cần thay đổi sự chú ý của người bệnh như hướng dẫn cách thư giãn, xoa bóp bấm huyệt...
- Kinh nghiệm của người bệnh: Mỗi người bệnh sẽ có kinh nghiệm cá nhân từ những cảm giác đau. Hơn nữa, nếu người bệnh bị đau mãn tính, lặp lại nhiều lần sẽ có kinh nghiệm để phòng ngừa đau cho bản thân một cách hiệu quả.
- Sự hỗ trợ của gia đình và những người xung quanh: sự hiện diện của người thân bên cạnh sẽ làm cho người bệnh cảm thấy đỡ đau và đỡ lo lắng hơn, đặc biệt là đối với trẻ em.

#### 3.3. Yếu tố tinh thần: được hiểu theo nghĩa rộng là về tôn giáo, “Tại sao Chúa lại bắt tôi như thế này?” “Tại sao tôi lại bị đau?”...

Bên cạnh đó còn có một số yếu tố khác cũng làm tăng cảm giác đau cho người bệnh như mất khả năng tự chủ, phải phụ thuộc vào gia đình và trở thành gánh nặng cho gia đình, điều dưỡng viên cần quan tâm chăm sóc khía cạnh này nhất là đối với những trường hợp mắc bệnh mãn tính.

#### 3.4. Yếu tố tâm lý:

- Sự lo lắng: Sự lo lắng thường gây tăng cảm giác đau và đau cũng là nguyên nhân gây nên sự lo lắng. Do vậy cần phối hợp kiểm soát đau với trấn an tinh thần cho người bệnh bằng thuốc hoặc liệu pháp tâm lý.
- Cách đối phó của người bệnh: những người có tính cách nhạy cảm thường cảm nhận các sự kiện trong đời sống vượt quá so với mức bình thường, nên ngưỡng đau của họ cũng thường thấp. Điều dưỡng viên cần phải có kinh nghiệm về cách đối phó của người bệnh để đưa ra kế hoạch can thiệp cho phù hợp như là hỗ trợ gia đình người bệnh, tập luyện hoặc cầu nguyện để giúp cho người bệnh giảm đau.

### 4. Lượng giá đau

#### 4.1. Nội dung lượng giá:

- Tuổi, giới, thể trạng
- Các nguyên nhân thúc đẩy đau hoặc có liên quan đến đau
- Vị trí đau và vị trí đặc biệt của đau, thời gian đau.
- Lan tỏa đau: đau khu trú hay lan tỏa? lan tỏa đi đâu?
- Tính chất đau: đau âm ỉ, đau nhức, dao đâm, nẩy mạch, đau như xé, ...
- Kiểu đau và thời gian cơn đau: đau liên tục âm ỉ hay thành cơn, đau tăng khi nào, nghi ngại có hết đau không? Có rối loạn giấc ngủ không?

- Cường độ đau
- Các triệu chứng kèm theo: tê bì, yếu, dị cảm.
- Tiến triển của đau: đau tăng, giảm, như cũ.
- Các điều trị đã qua: thuốc, vật lý trị liệu, phẫu thuật. Hiệu quả ra sao?

#### 4.2. Lượng giá cường độ đau:

Để lượng giá cường độ đau, người ta dùng các thang lượng giá chủ quan, có thể là thang đo lường chung (*thang tự lượng giá*), hoặc là thang đo lường đa chiều nhằm phân biệt các mức độ đau khác nhau.

Hiện nay, nhiều cơ sở y tế dùng hệ thống đánh giá đau bằng thị giác (*VAS*), thước VAS tỏ ra dễ dàng áp dụng và mang lại lợi ích lớn cho người bệnh và nhân viên y tế vì tính chất đơn giản, dễ hiểu, dễ áp dụng.

*Mô tả thước VAS:* dài 100mm, cố định ở 2 đầu. Đầu trái có hình người cười là không đau, đầu phải có hình người khóc là đau chưa từng có.

*Cách đánh giá:* Người bệnh được hỏi và yêu cầu nhìn thước, nhân viên giải thích. Quay mặt có màu đỏ về phía người bệnh. Người bệnh tự đánh giá mức đau của mình bằng cách tự kéo thước. Nhân viên y tế đọc mức đau của ở mặt xanh đối diện bằng cm.



Kết quả đánh giá cường độ đau:

Kết quả	Cường độ đau
0 – 0,5 cm	Không đau
0,6 – 4,4 cm	Đau nhẹ
4,5 – 7,4 cm	Đau vừa
> 7,5 cm	Đau nặng

#### 5. Áp dụng kiểm soát đau trên lâm sàng

Kiểm soát đau được áp dụng rộng rãi trong các đau mạn tính (*đau lưng, đau khớp, đau ngực, đau do ung thư...*) và đau cấp tính (*đau sau mổ, đau đẻ, đau do phù phổi cấp, đau do nhồi máu cơ tim...*). Tuy nhiên không được áp dụng phương pháp này trong trường hợp đau chưa xác định được

nguyên nhân, đau ngoại khoa (*do tắc mật, do sỏi niệu quản, thủng tạng rỗng, vỡ tạng đặc, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm phúc mạc...*)

#### **Nguyên tắc kiểm soát đau:**

- Người bệnh bị đau cần được kiểm soát đau để cải thiện chất lượng cuộc sống trong mọi giai đoạn của bệnh.
- Kiểm soát đau là làm giảm cường độ đau và ngăn chặn đau tái phát. Kiểm soát đau có kết quả là khi người bệnh thấy hết đau, thoải mái và có thể duy trì được các hoạt động bình thường.
- Kiểm soát đau có thể được tiến hành tại các cơ sở y tế, tại nhà, cộng đồng
- Tôn trọng và ghi nhận mô tả của người bệnh về cảm giác đau và hiệu quả giảm đau của các biện pháp can thiệp, kể cả khi người bệnh đang dùng thuốc gây nghiện.
- Không chỉ sử dụng các biện pháp dùng thuốc mà phải kết hợp cả các biện pháp không dùng thuốc và luôn chú ý tới các vấn đề về tâm lý.
- Các biện pháp giảm đau và liều lượng thuốc sử dụng tùy thuộc vào từng người bệnh.

## **6. Các phương pháp kiểm soát đau**

Mục tiêu của kiểm soát đau làm cho người bệnh thoải mái, hợp tác, tin tưởng nhân viên y tế trong quá trình thăm khám và điều trị, làm dễ dàng quá trình thăm khám tiếp theo và hạn chế các tác dụng bất lợi do đau gây ra. Bao gồm các phương pháp chính sau:

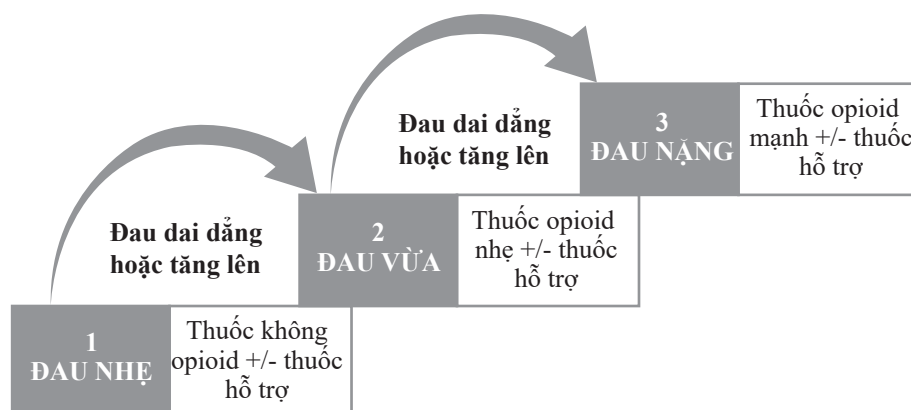
**6.1. Làm giảm các yếu tố gây đau:** loại bỏ các tác nhân gây đau hay các yếu tố kích thích làm tăng tình trạng đau như giữ ấm, giảm tiếng ồn ở phòng người bệnh, lăn trở thường xuyên 2h/lần, đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, hướng dẫn cho người bệnh thư giãn... Đây là phương pháp được áp dụng đầu tiên khi tiến hành giảm đau cho người bệnh.

### **6.2. Giảm đau bằng thuốc**

**6.2.1. Các loại thuốc dùng để giảm đau:** các thuốc hay được sử dụng trong kiểm soát đau là thuốc giảm đau chống viêm non-steroid (NSAIDs), steroid và thuốc giảm đau trung ương (*họ morphin*). Giảm đau bằng thuốc tê kết hợp với các phương pháp gây tê vùng cũng được nhiều cơ sở y tế hiện đang áp dụng.

- Các thuốc NSAIDs tác dụng vào các dây thần kinh nhận cảm đau ngoại biên bằng cách làm giảm hoặc hạn chế tiết Prostaglandin ở vị trí tổn thương, ức chế tổng hợp Arachidonic bằng cách giảm tổng hợp Cyclooxygenase, chất chuyển hóa của Prostaglandin. Thuốc dùng tốt cho các trường hợp đau nhẹ đến vừa. Một số thuốc dùng phổ biến là ketorolac, piroxicam, ibuprofene... Một số tác dụng không mong muốn có thể gặp là: kích thích đường tiêu hóa, giảm kết dính tiểu cầu, giảm tưới máu thận và có thể làm nặng thêm bệnh thận có từ trước đó... Tiêu chuẩn đạt là mức độ đau của người bệnh sau dùng thuốc giảm quá 3 điểm hoặc mức độ đau < 4/10.
- Các thuốc giảm đau họ morphin tác dụng cả ngoại biên lẫn trung ương do gắn vào các thụ cảm thể opioid ở não, tủy sống và ngoại vi. Một số thuốc thường được sử dụng là morphin, dolargan, fentanyl.... Tuy mang lại khả năng giảm đau tốt, nhưng thuốc giảm đau họ morphin vẫn bị hạn chế sử dụng do các tác dụng không mong muốn của thuốc (*gây nghiện, buồn nôn và nôn, ngứa,*

táo bón, bí đái, ức chế hô hấp...). Thuốc được chỉ định trong các trường hợp đau mức độ vừa đến nặng, đau ngực do nguyên nhân tim mạch, phù phổi cấp. Hình thức sử dụng thuốc giảm đau họ morphin theo bậc thang của Tổ chức Y tế thế giới:



Hình. Thang sử dụng thuốc giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới

- Các thuốc tê có tác dụng phong bế dẫn truyền thần kinh dẫn đến làm mất cảm giác của một vùng cơ thể nên có tác dụng giảm đau. Một số thuốc tê như lidocain, bupivacain... được dùng kết hợp với các phương pháp tê tại chỗ, tê thần kinh, tê đám rối...

### 6.2.2. Các kỹ thuật kiểm soát đau

- Đường uống, tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch: thường được dùng với thuốc NSAIDs hoặc thuốc giảm đau họ morphin. Ưu tiên sử dụng đường uống trừ khi người bệnh không thể uống được; cần theo dõi đáp ứng với điều trị của người bệnh; dùng thuốc đúng và đủ liều đối với từng người bệnh và theo dõi phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc.
- Kỹ thuật kiểm soát đau bằng phương pháp tự điều khiển: Đây là phương pháp tương tác cho phép người bệnh tự kiểm soát đau thông qua tự quản lí liều thuốc giảm đau. Người bệnh chỉ cần bấm nút trên một thiết bị đặc biệt gọi là máy bơm PCA, bơm được kết nối với một ống nhỏ, cho phép thuốc tiêm vào tĩnh mạch, dưới da, trong da hay ngoài màng cứng, có thể ngăn ngừa sự quá liều bằng khóa ngắt quãng. Ưu điểm của phương pháp là đạt được mức giảm đau mong muốn với liều thuốc giảm đau tối thiểu, tùy thuộc ngưỡng đau của từng bệnh nhân mà không gây ra hiện tượng quá liều hoặc không đủ liều thuốc giảm đau. Một số lỗi thường gặp khi sử dụng máy bơm PCA: người bệnh nhấn sai nút, hỏng bơm, chuông báo hoặc hết pin. Một số lỗi khác cũng có thể gặp là khóa ngắt quãng bị hỏng, lắp bơm thuốc không đúng...
- Gây tê: tiêm thuốc tê liên tục cạnh vết mổ; gây tê thần kinh; gây tê ngoài màng cứng... Điều dưỡng viên cần phải hiểu rõ các tác dụng không mong muốn của các kỹ thuật gây tê vùng, đặc biệt là gây tê ngoài màng cứng để từ đó có biện pháp phòng ngừa và giải thích cho người bệnh.

### 6.2.3. Giảm đau không dùng thuốc:

Có một số can thiệp giúp giảm đau mà có thể dùng trong trường hợp cấp tính hay chăm sóc cấp một, tại nhà hay cơ sở hồi phục sức khỏe. Những can thiệp này bao gồm can thiệp nhận thức về hành vi và thể chất, liệu pháp thư giãn:



- *Sự giáo dục*: giải thích cho người bệnh biết về đau và phương pháp kiểm soát đau giúp người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị để đạt hiệu quả sớm hơn mong đợi. Biện pháp này không áp dụng đối với những trường hợp muốn hết đau ngay trong thời gian ngắn.
- *Hướng dẫn hình ảnh*: là cách làm thư giãn bằng cách tưởng tượng về các hình ảnh đẹp như sông núi, những nơi thư giãn thú vị mà người bệnh đã từng trải nghiệm, chú tâm vào nhịp thở để cảm nhận sự trao đổi khí của phổi khi hít thở, hoặc chú ý đếm các con số để giảm bớt chú ý đến vùng đau. Không nên cắt ngang dòng suy nghĩ của người bệnh trong lúc thư giãn.
- *Sự giải trí*: Là phương pháp làm thư giãn cơ bắp và thư giãn về đầu óc để giúp giảm đau, giảm lo lắng giúp tinh thần được thoải mái. Nói một cách ngắn gọn thư giãn làm giảm sự căng thẳng cho thần kinh.
- *Sử dụng nhiệt (nóng và lạnh)*: Có một số vị trí, trước khi thực hiện kỹ thuật người điều dưỡng cần phải được chỉ định của bác sỹ. Không được sử dụng phương pháp này ở những vùng nhạy cảm. Sử dụng nhiệt, dù nóng hay lạnh không được kéo dài hơn 20 phút một lần. Điều dưỡng viên quan sát, theo dõi người bệnh trong suốt quá trình chườm
  - Chườm nóng, chườm lạnh (*Xem bài chườm nóng, chườm lạnh*)
  - Nhiệt bức xạ hồng ngoại: Bức xạ hồng ngoại là bức xạ có nhiệt lượng cao nên còn gọi là bức xạ nhiệt, tác dụng của hồng ngoại chủ yếu gây giãn mạch, đỏ da tại vùng điều trị, nên có tác dụng giảm đau chống viêm mạn tính, thư giãn cơ. Độ xuyên sâu của bức xạ hồng ngoại vào cơ thể khoảng 1- 3 mm.
  - Sóng ngắn: có tác dụng sinh nhiệt ở lớp tổ chức sâu (2 - 3 cm), do vậy thường áp dụng trong các trường hợp đau mạn tính, đau cơ, đau thần kinh.
  - Siêu âm: có thể làm tăng nhiệt độ ở mô sâu hơn (*có thể tới 8cm*) và phạm vi chống chỉ định hẹp hơn.
  - Điện xung: tùy theo tần số và dạng xung mà điện xung kích thích lên da một tác dụng hưng phấn hoặc ức chế để giảm đau và thường có tác dụng kéo dài từ 4 - 6 giờ sau điều trị
- *Sử dụng điện chiếu qua da để kích thích thần kinh (TENS)*: Đây là phương pháp dùng điện chiếu qua da để kích thích dây thần kinh V ở dưới da. Người bệnh cảm nhận được sự thoải mái nhờ cảm giác rung động. TENS được kéo dài trong thời gian 15 đến 30 phút hoặc lâu hơn nếu người bệnh cần. Người bệnh đau mạn tính thường sử dụng phương pháp này, nhưng gần đây phẫu thuật thẩm mỹ cũng sử dụng nó.
- *Xoa bóp (Massage)*: dùng đôi tay tác động trực tiếp lên cơ thể sẽ giúp làm giảm nhẹ các đau nhức dần. Việc mát-xa giúp thư giãn cơ, bài tiết các chất bị ứ đọng trong cơ; tăng cường oxy, máu được lưu thông, từ đó sẽ kích thích sự nghỉ ngơi của hệ thần kinh, làm giảm các căng thẳng thần kinh và sẽ giúp giảm các cơn đau cơ.
- *Châm cứu và bấm huyệt*: Phương pháp này kích thích cơ thể sản sinh ra endorphin hoặc độ xoắn, độ rung của kim và áp lực từ da đã kích thích làm giảm đau.
- *Thôi miên*: là một phương pháp chữa bệnh bằng cách đưa một người đi vào trạng thái bất thần làm thay đổi tri giác và trí nhớ. Trong suốt lúc thôi miên sự ám thị làm cho cái đau của người bệnh biến mất hoặc người bệnh sẽ cảm nhận được cảm giác của mình một cách thoải mái.

- *Điều trị tâm lý*: đây là phương pháp an toàn, có thể làm giảm đau bằng cách giảm mức độ căng thẳng sinh lý.

## 7. Tâm lý y học

Điều dưỡng viên phải nắm vững các kiến thức về vai trò của tâm lý trong phát sinh, phát triển bệnh lý, ảnh hưởng của bệnh lý đối với tâm lý người bệnh, vai trò của tâm lý trong điều trị, chăm sóc và phòng ngừa bệnh tật, đồng thời có khả năng áp dụng các nguyên tắc về tâm lý tiếp xúc với người bệnh, thân nhân người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc để đáp ứng các yêu cầu về thể chất cũng như tinh thần cho người bệnh.

## 8. Kỹ năng giao tiếp

Liên quan đến khả năng truyền đạt những suy nghĩ, tình cảm và thái độ thông qua lời nói, chữ viết, thái độ, để trao đổi ý tưởng và cung cấp thông tin. Điều dưỡng viên phải giao tiếp hiệu quả và phải là người giao tiếp tốt với người bệnh, các thành viên trong gia đình người bệnh cũng như thể hiện kỹ năng giao tiếp tốt với đồng nghiệp trong môi trường chăm sóc y tế. Khi giao tiếp, điều dưỡng viên cần cố gắng truyền đạt rõ ràng, cụ thể, dùng từ ngữ đơn giản, dễ hiểu, tránh dùng nhiều từ ngữ chuyên môn, nét mặt cảm thông và thể hiện sự quan tâm để giúp người bệnh bớt đi sự sợ hãi và lo lắng. Sử dụng điệu bộ, hình ảnh minh họa, và đóng vai khi cần để giúp người bệnh hiểu vấn đề và thông tin cần truyền đạt, nếu cần có thể lập lại lời nói hoặc nội dung.

Tâm lý có ảnh hưởng lớn đến hiệu quả của quá trình điều trị, chăm sóc. Người bệnh có tâm lý thoải mái bao giờ cũng tiếp nhận phương pháp điều trị nhanh hơn và mau chóng bình phục hơn. Để được thoải mái người bệnh cần phải được loại bỏ hết các tác nhân, triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh trong đó phổ biến nhất, điển hình nhất là triệu chứng đau. Việc quản lý kiểm soát đau hay áp dụng các phương pháp kiểm soát đau cần được duy trì thực hiện trong suốt quá trình nằm viện hay đến giai đoạn cuối cuộc đời. Người điều dưỡng đóng vai trò như người đồng hành cùng người bệnh cung cấp cho người bệnh sự thoải mái nhất có thể.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

*Câu 1. Chóng chỉ định của phương pháp kiểm soát đau:*

- A. Đau bụng chưa rõ nguyên nhân
- B. Đau thần kinh tọa cấp
- C. Đau do phù phổi cấp
- D. Đau do viêm khớp gối

*Câu 2. Chỉ định kiểm soát đau cho người bệnh:*

- A. Đau do sỏi niệu quản
- B. Đau do viêm phúc mạc
- C. Đau do thủng tạng rỗng
- D. Đau sau mổ

*Câu 3. Nguyên tắc kiểm soát đau:*

- A. Kiểm soát đau cần được tiến hành trên mọi người bệnh bị đau
- B. Kiểm soát đau cần được tiến hành ở các cơ sở y tế
- C. Cần phối hợp nhiều biện pháp trong kiểm soát đau
- D. Không được dùng thuốc morphin trong kiểm soát đau do thuốc gây nghiện

*Câu 4. Các phương pháp kiểm soát đau:*

- A. Làm giảm các yếu tố gây đau
- B. Dùng thuốc
- C. Xoa bóp, châm cứu bấm huyệt, thôi miên, tâm lý...
- D. Tất cả các phương pháp trên

*Câu 5. Các yếu tố làm giảm mức độ đau:*

- A. Béo phì
- B. Nữ giới
- C. Tâm lý vui vẻ, hạnh phúc
- D. Mẫu người nhạy cảm, dễ biểu lộ cảm xúc

*Câu 6. Các yếu tố làm tăng mức độ đau:*

- A. Thể trạng trung bình
- B. Nam giới
- C. Tâm lý lo lắng, sự chú ý thái quá
- D. Mẫu người can đảm

*Câu 7. Đánh giá mức độ đau bằng thước VAS:*

- A. 0 - 4,4 cm: đau nhẹ
- B. 4,5 - 7,4 cm: đau vừa
- C. 7,4 - 8,4 cm: đau nặng
- D. > 8,5 cm: đau rất nặng

*Câu 8. Thuốc được dùng trong kiểm soát đau:*

- A. Thuốc giảm đau chống viêm phi steroid
- B. Thuốc giảm đau trung ương
- C. Thuốc tê
- D. Cả 3 thuốc trên



*Câu 9. Kiểm soát đau bằng phương pháp tự điều khiển được thực hiện bằng đường tiêm:*

- A. Tiêm tĩnh mạch
- B. Tiêm bắp
- C. Tiêm ngoài màng cứng
- D. Cả 3 đường tiêm trên

*Câu 10. Vai trò của người điều dưỡng trong việc hỗ trợ người bệnh, gia đình người bệnh trong kiểm soát đau:*

- A. Giải thích rõ ràng những ưu nhược điểm của phương pháp với người bệnh và gia đình người bệnh
- B. Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật và cách hỗ trợ của gia đình trong kỹ thuật
- C. Thái độ ân cần, cảm thông, tận tâm với người bệnh
- D. Cả 3 vai trò trên

## BÀI 4

# QUY ĐỊNH VỀ GHI CHÉP BỆNH ÁN VÀ QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của hồ sơ người bệnh (NL 16).
2. Trình bày được 8 quy định khi ghi chép hồ sơ người bệnh (NL 16,17).
3. Trình bày được quy định bảo quản và lưu trữ hồ sơ người bệnh (NL 17).
4. Trình bày được các quy chế bệnh viện về hồ sơ người bệnh trong công tác điều dưỡng (NL 16,17).

## NỘI DUNG

Hồ sơ người bệnh là một chứng từ rất quan trọng được lưu trữ tại phòng thống kê tổng hợp, nó vừa có tính chuyên môn vừa có tính pháp lý. Khi cần theo dõi một quá trình bệnh tật của người bệnh để điều trị, để nắm vững những vấn đề về bệnh tật của người bệnh về mặt pháp lý và cũng góp phần rất lớn trong công tác nghiên cứu khoa học trong điều trị và chăm sóc

### 1. Tầm quan trọng của hồ sơ người bệnh và sự ghi chép

- Hồ sơ BN là các loại giấy tờ liên quan đến bệnh tật của người bệnh
- Hồ sơ tài liệu về chuyên môn kỹ thuật
- Chứng từ tài chính
- Tài liệu pháp y
- Quá trình điều trị chăm sóc người bệnh trong một thời gian tại một cơ sở y tế
- Hồ sơ người bệnh được ghi chép đầy đủ, chính xác, khoa học, khách quan, thận trọng, có hệ thống
- Hồ sơ người bệnh giúp cho việc đánh giá chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh và tinh thần trách nhiệm, khả năng chuyên môn của mỗi người nhân viên y tế
- Điều dưỡng ở khoa khám bệnh và khoa điều trị có trách nhiệm giúp bác sĩ suốt quá trình khám bệnh, cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình người bệnh trong quá trình tiếp xúc, theo dõi, có trách nhiệm ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.

### 2. Quy định chung

- Mỗi đơn vị y tế có thể thêm những quy định riêng về hồ sơ bệnh nhân nhưng vẫn phải tuân theo những nguyên tắc chung của hồ sơ bệnh nhân.
- Nguyên tắc ghi chép hồ sơ.

- + Hồ sơ bệnh nhân phải ghi chép rõ ràng, dễ đọc, dễ xem
- + Các tiêu đề trong hồ sơ phải ghi chính xác, đầy đủ
- + Không dùng các ký hiệu, chữ viết tắt do tự ý đặt ra
- + Ghi chép những việc về điều trị, chăm sóc do mình thực hiện, sao chép những chỉ định được ghi trong hồ sơ người bệnh
- + Tất cả các thông số theo dõi. Kết quả ghi đúng vào những mẫu giấy tờ cần thiết
- + Ghi chép hồ sơ người bệnh những nhận định tình trạng bệnh, diễn tiến của bệnh, cách xử lý, điều trị, chăm sóc phải cụ thể, rõ ràng từng thời gian
- + Ghi chép, bàn giao các trường hợp người bệnh nặng, người bệnh phẫu thuật cần theo dõi 24/24
- + Ghi chép hồ sơ người bệnh những lý do, chữ ký, địa chỉ của người bệnh khi họ từ chối sự điều trị, chăm sóc
- + Bệnh án phải hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết ở người bệnh cấp cứu

### **3. Các thành phần của hồ sơ người bệnh**

Hồ sơ gồm hai phần chính, bao gồm: phần hành chính và phần chuyên môn.

#### **3.1. Phần hành chính**

- Những thông tin về người bệnh như: tên họ người bệnh, địa chỉ, nghề nghiệp, địa chỉ và người cần liên hệ
- Những thông tin liên quan đến việc thống kê lưu trữ hồ sơ: số nhập viện, mã số, ngày nhập viện, ra viện
- Những thông tin liên quan viện phí
- Những thông tin của tuyến dưới

#### **3.2. Phần chuyên môn**

- Các kết quả xét nghiệm: Huyết học, Hoá sinh, Vi sinh, Chẩn đoán hình ảnh, Giải phẫu bệnh
- Phiếu theo dõi
- Phiếu chăm sóc
- Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (nếu có)
- Các tờ điều trị

### **4. Quy định về sự ghi chép phiếu chăm sóc**

#### **4.1. Phiếu chăm sóc**

- Là phiếu dùng để ghi diễn biến của người bệnh về chăm sóc, xử trí và thực hiện các y lệnh về điều trị của điều dưỡng
- Là phiếu để thực hiện thông tin giữa các điều dưỡng và giữa điều dưỡng với bác sĩ điều trị.
- Là tài liệu pháp lý để xem xét đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng

### 4.2. Nguyên tắc chung

- Ghi kịp thời: ngay sau khi theo dõi, chăm sóc hoặc xử trí cho người bệnh
- Thông tin ngắn gọn, chính xác: chỉ ghi những thông tin trong phạm vi trách nhiệm của điều dưỡng
- Không ghi trùng lặp thông tin: các thông tin đã ghi trên các phiếu (*phiếu theo dõi chức năng sống*) sẽ không ghi lại trên phiếu này
- Kiểm tra lại ngay hoặc trao đổi ngay với bác sĩ điều trị, nếu điều dưỡng phát hiện có những thông tin khác biệt với nhận xét của bác sĩ

### 4.3. Hướng dẫn ghi phiếu chăm sóc

- Mỗi lần ghi vào phiếu chăm sóc phải ghi ngày, giờ và phút tại thời điểm mà người điều dưỡng theo dõi hoặc chăm sóc người bệnh
- Cột diễn biến ghi ngắn gọn những diễn biến hoặc tình trạng bất thường của người bệnh mà người điều dưỡng theo dõi được kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh
- Cột thực hiện y lệnh/chăm sóc: việc người điều dưỡng đã thực hiện chăm sóc chính
  - + *Về chăm sóc*: ghi những việc chăm sóc chính (*tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn người bệnh*).
  - + *Về xử trí*: chỉ ghi những xử trí khi có tình huống cần giải quyết trong phạm vi quyền hạn, trách nhiệm của điều dưỡng sơ cứu ban đầu cùng với việc báo bác sĩ hoặc các xử trí thông thường (*thay băng, đắp khăn chườm lạnh khi người bệnh sốt cao*).
  - + *Về đánh giá kết quả*: những kết quả mang lại ngay sau xử trí chăm sóc dựa trên chẩn đoán chăm sóc để đánh giá kết quả bệnh nhân ghi.
  - + *Về thực hiện y lệnh*: ghi việc thực hiện y lệnh đặc biệt, bổ sung đột xuất theo hồ sơ bệnh án. Các y lệnh thường quy được ghi đánh dấu trong sổ thực hiện y lệnh nên chỉ cần ghi thực hiện y lệnh có phiếu truyền dịch.
  - + *Cột ký tên*: điều dưỡng ghi rõ tên của mình đủ để mọi người nhận dạng được chữ ký.

Đối với người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II cần ghi thường xuyên về những diễn tiến bệnh của người bệnh. Với người bệnh chăm sóc cấp III, ghi tối thiểu 1 lần trong ngày và khi cần. Ngày nghỉ cuối tuần, ngày lễ cần ghi những diễn tiến của người bệnh nặng hoặc có diễn tiến bất thường.

## 5. Bảo quản hồ sơ người bệnh

Trong quá trình sử dụng hồ sơ người bệnh tại khoa, phòng cần lưu ý những vấn đề sau:

### 5.1. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án, viết theo thứ tự quy chế

- Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ:
  - + Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.
  - + Bệnh án phải có bìa, đóng thêm gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định: cần viết theo theo tự của bộ hồ sơ do vụ điều trị của BHYT đã quy định:
    1. Các giấy tờ hành chính.
    2. Các tài liệu của tuyến dưới (*nếu có*).

3. Các kết quả xét nghiệm (*xếp lệch nhau từng lớp*): huyết học, hóa sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh theo thứ tự trước dưới, sau trên.
  4. Phiếu theo dõi (*mạch - nhiệt huyết áp*) nếu bệnh nhân nặng - chuyển theo dõi thường quy thành theo dõi giờ.
  5. Phiếu chăm sóc.
  6. Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (*nếu có*)
  7. Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian; họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu; tờ điều trị có ghi số giường, số buồng bệnh.
- + Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.
- + Toàn bộ hồ sơ được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường.

*Ví dụ:*

Bộ Y tế	<b>PHIẾU CHĂM SÓC</b>	MS: 09/BV-01
BV:	<b><i>Điều dưỡng ghi Phiếu số</i></b>	Số vào viện .....
Khoa:	.....	

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ .....

Số giường: ..... Buồng ..... Chẩn đoán: .....

Ngày	Giờ, phút	Theo dõi diễn biến	Thực hiện y lệnh chăm sóc	Ký tên
	8 <sup>h</sup> 5'			
	9 <sup>h</sup>			
	12 <sup>h</sup>			
	14 <sup>h</sup>			

## 5.2. Quản lý hồ sơ bệnh án: điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo qui định, dễ thấy dễ lấy.
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.
- Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.
- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

## 6. Quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án

### 6.1. Quy định chung

- Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn, bảo quản tốt theo đúng qui định của pháp luật về lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, chuyển viện và tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo qui chế vào viện chuyển khoa chuyển viện ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo qui định.
- Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải theo đúng quy định.

### 6.2. Quy định cụ thể

#### 6.2.1. Lưu trữ hồ sơ bệnh án

#### 6.2.2. Đăng ký lưu trữ

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế, chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.
- Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của khoa trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.
- Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

#### 6.2.3. Giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án

- Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.
- Ghi đầy đủ các thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ hoặc trên giá, có biện pháp: chống ẩm, phòng cháy, chống gián, chống chuột, chống mối và các côn trùng khác.
- Các hồ sơ bệnh án được đánh thứ tự theo chuyên khoa, hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm bảo quản lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng thuận tiện.

#### 6.2.4. Hồ sơ người bệnh tử vong

- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ, lưu trữ tủ riêng, theo thứ tự từng năm.
- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa. Giám đốc bệnh viện có quyết định phân công và giao trách nhiệm cho người giữ hồ sơ bệnh án.

### 6.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy, học tập, nghiên cứu khoa học phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được giám đốc bệnh viện ký duyệt.
- Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ bệnh án và lưu trữ các giấy đề nghị.
- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ nghề nghiệp chuyên môn.

**6.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án**

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án.
- Căn cứ giấy giới thiệu hoặc công văn yêu cầu, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được phép đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chụp tại chỗ.
- Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên, giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.
- Với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý bảo vệ sức khỏe trung ương phải được phép của chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cán bộ cao cấp của ngành và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

*Chọn ý đúng/sai cho các câu sau*

Câu	Nội dung
1	Khi cần giải đáp thắc mắc, bệnh nhân và thân nhân có thể mượn hồ sơ để xem.
2	Phiếu điều trị chỉ dành riêng cho bác sĩ dùng ghi chép việc theo dõi người bệnh hằng ngày.
3	Trước khi bệnh nhân mổ, bệnh nhân cần phải có bảng tóm lược bệnh và phiếu hội chẩn.
4	Khi bệnh nhân xuất viện, sau 1 tuần hồ sơ bệnh nhân được đưa về phòng lưu trữ.
5	Hồ sơ bắt buộc phải được đóng dấu giáp lai.

*Chọn ý đúng nhất:*

<b>Câu 6</b>	<b>Thời gian phải hoàn chỉnh hồ sơ cho người bệnh ra viện là:</b>
	A. Ngay sau khi bệnh nhân vừa ra viện.
	B. Sau 24 giờ
	C. Sau 48 giờ.
	D. Sau 72 giờ
<b>Câu 7</b>	<b>Khi người bệnh ra viện hồ sơ được</b>
	A. Cho bệnh nhân mang theo về.
	B. Chuyển ngay về phòng điều dưỡng trưởng bệnh viện.
	C. Phòng kế hoạch tổng hợp.
	D. Thu viện phí bệnh viện.



### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân & Trần Thị Thuận, (2009), *Kỹ năng thực hành điều dưỡng, tập I, II*, Nhà Xuất bản Y học, Bộ Y tế.
2. Đỗ Đình Xuân, (2007), *Điều dưỡng cơ bản, tập I*, Nhà xuất bản y học, Bộ Y tế.
3. Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P., (1997), *Fundamentals of Nursing: The art and science of nursing care, Ed 3<sup>rd</sup>*, Lippincott, NewYork.
4. Perry, A.G., & Potter, P.A., (2006), *Clinical nursing skills & techniques, Ed 6<sup>th</sup>*, Elsevier Mosby, Philadelphia.

## BÀI 5

# PHÒNG NGỪA CHUẨN VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN

## MỤC TIÊU

1. *Nêu được tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp, đường lây truyền nhiễm khuẩn bệnh viện và các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. (TCNL 20.6)*
2. *Trình bày được định nghĩa Phòng ngừa chuẩn, mô tả và giải thích được các nội dung của Phòng ngừa chuẩn. (TCNL 20.6)*
3. *Vận dụng hiệu quả các nội dung của phòng ngừa chuẩn và các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện trong hoạt động nghề nghiệp của người điều dưỡng. (TCNL 5.1; 5.2; 6.3; 20.2; 20.4; 21.2; 21.8; 24.1)*

## NỘI DUNG

### 1. Giới thiệu:

Nhiễm khuẩn (*Infection*) là một trong những thách thức của ngành y tế, kiểm soát nhiễm khuẩn (*Infection control*) tại các cơ sở y tế là mối quan tâm hàng đầu tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Nhiễm khuẩn y tế có thể được xem như là bệnh gây ra tại các cơ sở y tế, vì đây là những nhiễm khuẩn mắc phải xảy ra ở bệnh nhân trong thời gian bệnh nhân nằm điều trị. Theo Tổ chức Y tế thế giới (*WHO*), nhiễm khuẩn do chăm sóc y tế (*healthcare-associated infections - HAIs*) còn gọi là nhiễm khuẩn bệnh viện (*NKBV*), hậu quả của NKBV làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng việc sử dụng kháng sinh, tăng đề kháng kháng sinh và tăng chi phí điều trị (*theo WHO*).

Năm 1970, trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (*CDC*) đưa ra hướng dẫn về cách ly phòng ngừa nhiễm khuẩn lần đầu tiên với 7 biện pháp cách ly khác nhau bao gồm: phòng ngừa tuyệt đối, phòng ngừa bảo vệ, phòng ngừa lây truyền qua đường hô hấp, đường tiêu hóa, vết thương, chất bài tiết và máu. Năm 1985 do sự bùng phát của dịch HIV/AIDS, CDC ban hành hướng dẫn phòng ngừa mới gọi là Phòng ngừa phổ cập (*Universal Precautions*). Theo hướng dẫn này, máu được xem như là nguồn lây truyền quan trọng nhất và dự phòng phơi nhiễm qua đường máu là cần thiết. Năm 1995, hướng dẫn Phòng ngừa phổ cập được chuyển thành Phòng ngừa chuẩn (*Standard Precautions*). Phòng ngừa chuẩn (*PNC*) mở rộng khuyến cáo phòng ngừa phơi nhiễm không chỉ với máu mà với cả các chất tiết, bài tiết từ cơ thể. Từ năm 2007 sau khi có dịch SARS, cúm A H5N1 bùng phát, CDC và các tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn (*KSNK*) đã bổ sung khuyến cáo cần trọng trong vệ sinh hô hấp (*respiratory etiquette*) vào PNC để phòng ngừa cho tất cả những người bệnh (*NB*) có các triệu chứng về đường hô hấp.

## 2. Thực trạng hoạt động KSNK tại Việt Nam

### 2.1. Cơ sở pháp lý trong lĩnh vực kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 62, Khoản 1, Điểm a, Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định về việc khử trùng các thiết bị y tế, môi trường và xử lý chất thải tại cơ sở KBCB là việc làm bắt buộc và phải thực hiện một cách nghiêm túc.

Điều 3. Thông tư 18/2009/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 14/10/2009 hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã quy định việc làm sạch, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ và phương tiện chăm sóc, điều trị dùng cho người bệnh. Ngoài ra, một số văn bản khác có liên quan đến việc hướng dẫn sử dụng khử khuẩn, tiệt khuẩn như:

- Quyết định số 4386/2001/QĐ-BYT ngày 13/08/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quy chế quản lý hóa chất, chế phẩm diệt côn trùng, diệt khuẩn trong lĩnh vực y tế.
- Quyết định số 18/2008/QĐ-BYT ngày 6/05/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục hóa chất, chế phẩm diệt côn trùng diệt khuẩn dùng trong lĩnh vực gia dụng và y tế được phép đăng ký để sử dụng, được phép đăng ký nhưng hạn chế sử dụng, cấm sử dụng tại năm 2008.
- Quyết định số 1338/2004/QĐ-BYT ngày 14/4/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật rửa và sử dụng lại quả lọc thận.
- Quyết định số 23/2006/QĐ-BTNMT ngày 26/12/2006 của Bộ Tài nguyên và môi trường về việc ban hành danh mục chất thải nguy hại. Ngoài ra, có rất nhiều khuyến cáo từ nhiều tổ chức KSNK trên thế giới đã cập nhật và ban hành những hướng dẫn mới về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở KBCB, những hướng dẫn này chính là nguồn dữ liệu quan trọng để xây dựng những hướng dẫn phù hợp với Việt Nam.

### 2.2. Khảo sát về thực hiện các hoạt động KSNK và nhiễm khuẩn BV tại Việt Nam

- Trong báo cáo khảo sát của Bộ Y Tế (2007) tại các bệnh viện Việt Nam, cho thấy: chỉ có 67% các bệnh viện có Đơn vị tiệt khuẩn trung tâm (TKTT) trong bệnh viện, việc làm sạch bằng tay chiếm 85%, 60% các bệnh viện sử dụng máy hấp tiệt khuẩn, 2,2% các bệnh viện có máy hấp nhiệt độ thấp, 20%-40% các bệnh viện có thực hiện thao tác kiểm tra chất lượng dụng cụ khử khuẩn, tiệt khuẩn một cách chủ động.
- Theo báo cáo KSNK Bộ Y tế / Bệnh viện Bạch mai tổ chức năm 2005, 2008, 2012 cho kết quả về nhiễm khuẩn bệnh viện như sau:

Nghiên cứu	Năm	NKBV %
Phạm Đức Mục và cộng sự (11 BVTW)	2005	5,8
Nguyễn Thanh Hà và cộng sự (6BV phía Nam)	2005	5,6
Nguyễn Việt Hùng (36BV phía Bắc)	2006	7,8
Trần Hữu Luyện. Giám sát NKVM của 1000 NB có phẫu thuật tại BVTW Huế.	2008	4,3
Lê Thị Anh Thư. Giám sát VPBV liên quan thở máy của 170NB tại BV Chợ Rẫy.	2011	39,4

(Nguồn: Báo cáo KSNK Bộ Y tế / Bệnh viện Bạch mai tổ chức năm 2005, 2008, 2012)

- Các nghiên cứu của các bệnh viện về nhiễm khuẩn bệnh viện được báo cáo trong các hội nghị, hội thảo về KSNK cho thấy nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc từ 4,5% - 8% người bệnh nội trú.

### **3. Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và đường lây truyền nhiễm khuẩn bệnh viện.**

#### **3.1. Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp**

Theo Tổ chức y tế Thế giới (*WHO*) và Bộ Y tế Việt Nam (*MoH*), mọi vi sinh vật như virus, vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm... đều có thể gây nhiễm khuẩn do chăm sóc y tế (*HAIs*) còn gọi là Nhiễm khuẩn bệnh viện (*NKBV*). Tuy nhiên, vi khuẩn là căn nguyên phổ biến nhất và thường đã kháng kháng sinh hoặc ít nhất cũng có mức độ kháng cao hơn ở cộng đồng.

##### **3.1.1. Vi khuẩn:**

Là tác nhân gây *HAIs* quan trọng nhất bao gồm một số loại vi khuẩn chủ yếu là:

- *Cầu khuẩn gram (+)*: tụ cầu, liên cầu... hầu hết đã kháng nhiều loại kháng sinh như Penicilline, gần đây phát hiện đã kháng Methiciline.
- *Trực khuẩn gram (+)*: *Bacillus*, *Clostridium perfringens* (hoại thư sinh hơi)... gây bệnh ở mắt, mô mềm, phổi, vết thương...
- *Vi khuẩn gram (-)*: *Pseudomonas aeruginosa* (trực khuẩn mũ xanh), *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*... thường gây bệnh nặng, khó điều trị do đã kháng các kháng sinh thông dụng.

##### **3.1.2. Virus:**

- Vi rút lây truyền qua đường máu, có khoảng trên 20 tác nhân gây phơi nhiễm qua đường máu, Virus lây truyền qua đường máu chủ yếu là HIV, viêm gan B, C... tồn tại trên DC phẫu thuật, thủ thuật là mối nguy hiểm không chỉ cho người bệnh mà còn cả người sử dụng (*nhân viên y tế*) trong bệnh viện;
- Virus lây truyền qua đường tiêu hóa: *Polyovirus*, *Hepatitis A và E*, *Echovirus*, *Coxsackie A và B*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Coronavirus*...;
- Virus lây truyền qua đường hô hấp: sởi, quai bị, cúm, á cúm, sởi, lao, *Adenovirus*, *Coronavirus*... cũng có thể tồn tại trên các dụng cụ chăm sóc đường hô hấp người bệnh.

##### **3.1.3. Tác nhân khác:**

*HAIs* còn do một số tác nhân khác ít gặp hơn như nấm, ký sinh trùng, đơn bào như là nấm *Candida spp*, *Aspergillus* (thường gặp ở khoa hồi sức cấp cứu), hoặc một số ký sinh trùng như *Pneumocystic carinii*, *Toxoplasma gondii*, *Cryptosporidium*...; Các ký sinh trùng gây bệnh như ghẻ, chấy, rận, giun,... cũng có thể có trên dụng cụ, quần áo, chăn màn dùng cho người bệnh sẽ lây nhiễm sang người bệnh khác và NVYT.

#### **3.2. Đường lây truyền nhiễm khuẩn bệnh viện**

VSV gây bệnh có ở NB, NVYT hoặc các ổ chứa trong môi trường lây truyền tới đối tượng cảm thụ qua 3 phương thức sau:

### 3.2.1. Lây truyền qua đường tiếp xúc:

VSV lây truyền tới đối tượng cảm thụ qua tiếp xúc trực tiếp (*thức ăn, nước uống, các sản phẩm máu/dịch truyền bị ô nhiễm*) hoặc tiếp xúc gián tiếp qua phương tiện trung gian (*bàn tay NVYT, dụng cụ/thiết bị, bề mặt môi trường ô nhiễm*). Lây truyền qua đường tiếp xúc là phương thức lây truyền NKBV quan trọng nhất. Tác nhân gây NKBV thường gặp lây truyền theo đường này gồm VK Gram âm đa kháng kháng sinh, Tụ cầu vàng kháng methicillin, *Clostridium difficile* v.v.

### 3.2.2. Lây truyền qua giọt bắn:

VSV gây bệnh từ NB hoặc người mang mầm bệnh không triệu chứng xâm nhập vào cơ thể cảm thụ trong khoảng cách 1 mét - 2 mét qua các giọt bắn từ đường hô hấp có kích thước  $\geq 5\mu\text{m}$ . Những giọt bắn này hình thành khi nói, ho, hắt hơi hoặc khi thực thủ thuật can thiệp trực tiếp đường thở, thủ thuật hồi sinh, liệu pháp điều trị thuốc khí dung. Một số VSV lây truyền qua giọt nhỏ thường gặp như *virus cúm, virus ho gà*...

### 3.2.3. Lây truyền qua không khí:

VSV gây bệnh từ NB hoặc từ người mang mầm bệnh không triệu chứng xâm nhập vào cơ thể cảm thụ qua các giọt bắn có kích thước  $<5\mu\text{m}$ . Những giọt nhỏ này mang tác nhân gây bệnh lơ lửng trong không khí và có khả năng phát tán xa trong khoảng thời gian dài. Do vậy, bệnh lây truyền qua không khí có thể lan truyền trong phạm vi rộng, gây dịch ở nhiều khoa phòng, thậm chí gây dịch trong toàn BV. Một số bệnh lây truyền qua không khí thường gặp như lao, sởi và hội chứng hô hấp cấp tính nặng (*Severe acute respiratory syndrome - SARS*).

## 4. Các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.

### 4.1. Các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện

Phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện bao gồm nhiều biện pháp:

- Phòng ngừa chuẩn
- Phòng ngừa dựa vào đường lây truyền
- Thiết kế các đơn vị/ khoa phòng nguy cơ nhiễm khuẩn cao
- Phòng ngừa nguy cơ phơi nhiễm nghề nghiệp ở nhân viên y tế
- Phòng ngừa một số loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp: viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết ở người bệnh đặt ống thông mạch máu, nhiễm khuẩn tiết niệu ở người bệnh đặt ống thông tiểu, nhiễm khuẩn vết mổ.

### 4.2. Phòng ngừa chuẩn

*Định nghĩa:*

Phòng ngừa chuẩn (PNC) là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả NB trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm chăm sóc của NB, dựa trên nguyên tắc coi tất cả máu, chất tiết, chất bài tiết (*trừ mồ hôi*) đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Thực hiện PNC giúp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm với máu, chất tiết, chất bài tiết (*trừ mồ hôi*) cho dù không nhìn thấy máu, chất tiết qua da không lành lặn và niêm mạc.

Tuân thủ các biện pháp của PNC đóng góp quan trọng vào việc giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, hạn chế cả sự lây truyền cho nhân viên Y tế (NVYT) và NB cũng như từ NB sang môi trường nhằm bảo đảm an toàn và nâng cao chất lượng (*khám bệnh chữa bệnh*) KBCB.

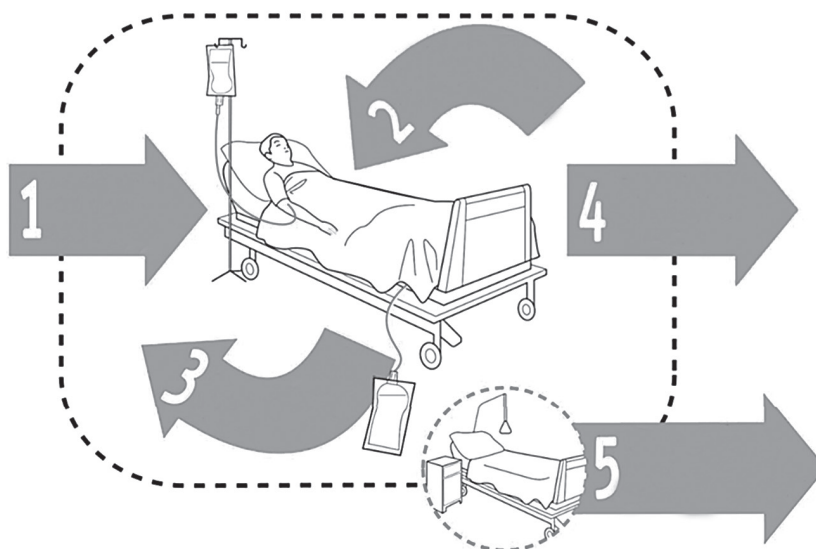
Những nội dung chính của phòng ngừa chuẩn bao gồm:

- Vệ sinh tay
- Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân
- Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho
- Sắp xếp người bệnh
- Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn
- Vệ sinh môi trường
- Xử lý dụng cụ y tế
- Xử lý đồ vải
- Xử lý chất thải y tế

### 4.2.1. Vệ sinh tay:

Vệ sinh tay là làm sạch tay bằng nước với xà phòng có hay không có chất sát khuẩn và sát khuẩn tay với dung dịch có chứa cồn. Vệ sinh tay là nội dung cơ bản của PNC và là biện pháp hiệu quả nhất trong kiểm soát sự lây truyền tác nhân gây bệnh trong các cơ sở KBCB. Cơ sở KBCB phải đảm bảo có nước sạch, có đủ các phương tiện vệ sinh tay và có sẵn các dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn ở những nơi thăm khám chăm sóc NB.

- *Năm thời điểm vệ sinh tay khi chăm sóc NB theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (sơ đồ 1)*



Sơ đồ 1 - Vệ sinh tay theo 5 thời điểm

- + Trước khi đụng chạm vào người bệnh (*khám, chăm sóc*).
- + Trước khi thực hiện các thủ thuật sạch và vô trùng.



- + Sau khi tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh.
- + Sau khi đụng chạm vào người bệnh.
- + Sau khi đụng chạm vào môi trường xung quanh người bệnh

Ngoài ra các hoạt động sau đây cũng cần vệ sinh tay: Khi chuyển chăm sóc từ nơi nhiễm khuẩn sang nơi sạch trên cùng người bệnh; sau khi tháo găng

- *Thực hiện kỹ thuật vệ sinh tay theo đúng Quy trình vệ sinh tay của Bộ Y Tế*
  - + Thực hiện vệ sinh tay với nước và xà phòng khi tay nhìn thấy vấy bẩn bằng mắt thường hoặc sau khi tiếp xúc với máu và dịch tiết.
  - + Vệ sinh tay bằng dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn khi tay không thấy vết bẩn bằng mắt thường.
  - + Phải bảo đảm tay luôn khô hoàn toàn trước khi bắt đầu hoạt động chăm sóc NB.
- *Một số điểm cần chú ý khác trong vệ sinh tay:*
  - + Không được để móng tay dài, mang móng tay giả, trang sức trên tay khi chăm sóc NB.
  - + Trong chăm sóc NB, tránh chạm vào bề mặt các vật dụng trang thiết bị khi không cần thiết để phòng lây nhiễm từ môi trường hoặc lây nhiễm cho môi trường do tay bẩn.

#### 4.2.2. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Phương tiện phòng hộ cá nhân bao gồm: găng tay, khẩu trang, áo choàng, tạp dề, mũ, mắt kính/mặt nạ và ủng hoặc bao giày. Mục đích sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân là để bảo vệ NVYT, NB, người nhà NB và người thăm bệnh khỏi bị nguy cơ lây nhiễm và hạn chế phát tán mầm bệnh ra môi trường bên ngoài. Nguyên tắc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân là phải tùy thuộc vào mục đích sử dụng. Mang phương tiện phòng hộ khi dự kiến sẽ làm thao tác có bắn máu dịch tiết vào cơ thể.

#### **Sử dụng găng tay**

- *Sử dụng găng trong các trường hợp sau:*
  - + Mang găng vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật vô khuẩn, phẫu thuật
  - + Mang găng sạch trong các thao tác chăm sóc, điều trị không đòi hỏi vô khuẩn và dự kiến tay của NVYT có thể tiếp xúc với máu chất tiết, chất bài tiết, các màng niêm mạc và da không nguyên vẹn của NB hoặc khi da tay NVYT bị bệnh hoặc trầy xước.
  - + Mang găng vệ sinh khi NVYT làm vệ sinh, thu gom chất thải, đồ vải, xử lý dụng cụ y tế và các dụng cụ chăm sóc NB.

#### *Chú ý khi sử dụng găng tay:*

- + Mang găng không thay thế được vệ sinh tay.
- + Không mang một đôi găng để chăm sóc cho nhiều NB, kể cả sát trùng găng ngay để dùng cho NB khác.
- + Không khuyến khích sử dụng lại găng tay dùng một lần. Nếu sử dụng lại phải tuân thủ đúng các nguyên tắc xử lý dụng cụ.

- Không cần mang găng khi chăm sóc nếu việc tiếp xúc chỉ giới hạn ở vùng da lành lặn: vận chuyển NB, đo huyết áp, phát thuốc.

### ***Sử dụng khẩu trang***

*Mang khẩu trang y tế khi:*

- Dự kiến sẽ bị bắn máu dịch tiết vào mặt mũi trong chăm sóc NB.
- Khi làm việc trong khu phẫu thuật hoặc trong các khu vực đòi hỏi vô khuẩn khác.
- Khi chăm sóc NB có nghi ngờ hoặc mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc khi NVYT đang có bệnh đường hô hấp.

*Sử dụng các phương tiện che mặt và mắt:*

Mang kính bảo hộ, mạng che mặt khi làm các thủ thuật có nguy cơ bắn tóe máu và dịch vào mắt như: đỡ đẻ, phá thai, đặt nội khí quản, hút dịch, nhổ răng.

*Mặc áo choàng, tạp dề:*

Mang áo choàng, tạp dề không thấm nước khi làm các thủ thuật dự đoán có máu và chất tiết của NB có thể bắn lên đồng phục NVYT, thường sử dụng trong các hoạt động như:

- Khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn như rửa dạ dày, đặt nội khí quản, giải phẫu tử thi...
- Khi làm các phẫu thuật lớn kéo dài nhiều giờ có nguy cơ thấm máu và dịch vào áo choàng phẫu thuật
- Khi cọ rửa dụng cụ y tế.
- Khi thu gom đồ vải dính máu.

### ***4.2.3. Thực hiện quy tắc vệ sinh hô hấp:***

- Cơ sở KBCB có kế hoạch quản lý tất cả các NB có các triệu chứng về đường hô hấp trong giai đoạn có dịch.
- Tại khu vực tiếp nhận bệnh nhân cần có hệ thống cảnh báo và hướng dẫn để phân luồng NB có các triệu chứng về đường hô hấp.
- Mọi NB có các triệu chứng về đường hô hấp đều phải tuân thủ theo các quy tắc về vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho.
  - + Che miệng mũi bằng khăn và bỏ khăn trong thùng chất thải hoặc giặt lại nếu tái sử dụng, vệ sinh tay ngay sau đó. Dùng mặt trong khuỷu tay để che khi ho nếu không có khăn, không dùng bàn tay,
  - + Mang khẩu trang y tế.
  - + Vệ sinh tay ngay sau khi tiếp xúc với chất tiết.
  - + Đứng hay ngồi cách xa người khác khoảng 1 mét.

### ***4.2.4. Sắp xếp người bệnh thích hợp***

- *Nên sắp xếp NB không có khả năng kiểm soát chất tiết, chất bài tiết, dịch dẫn lưu vào phòng riêng (đặc biệt trẻ em có bệnh đường hô hấp tiêu hóa)*



- *Sắp xếp NB dựa vào các nguyên tắc:*
  - + Đường lây truyền của tác nhân gây bệnh.
  - + Yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh.
  - + Khả năng mắc nhiễm khuẩn bệnh viện.

#### 4.2.5. Xử lý dụng cụ y tế

Dụng cụ y tế tái sử dụng đều phải được xử lý trước khi sử dụng cho NB khác.

- *Làm sạch, khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ theo điều 3 của Thông tư 18/2009/TT-BYT về hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.*
- *Phương pháp xử lý:*
  - + Dụng cụ tiếp xúc với da lành lặn và môi trường (*nguy cơ thấp*) cần khử khuẩn mức độ thấp hoặc trung bình.
  - + Dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc (*nguy cơ trung bình*) cần phải khử khuẩn mức độ cao.
  - + Dụng cụ tiếp xúc với mô vô trùng, mạch máu (*nguy cơ cao*) cần phải được tiệt khuẩn, không ngâm khử khuẩn.
- *Nhân viên khi xử lý dụng cụ cần mang phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp.*

#### 4.2.6. Tiêm an toàn và phòng ngừa phơi nhiễm do vật sắc nhọn

- *Đào tạo cập nhật các kiến thức thực hành về tiêm an toàn cho NVYT.*
- *Cần cung cấp đầy đủ các phương tiện tiêm thích hợp (xe tiêm, bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, cồn sát khuẩn tay, hộp đựng vật sắc nhọn...).*
- *Giảm số lượng mũi tiêm không cần thiết; Sử dụng thuốc bằng đường uống; khi có thể - lấy bệnh phẩm tập trung để tránh lấy máu nhiều lần.*
- *Áp dụng thực hành tiêm an toàn để phòng ngừa tai nạn rủi ro nghề nghiệp:*
  - + Thực hiện đúng các quy trình tiêm theo hướng dẫn
  - + Thực hiện các thao tác an toàn sau khi tiêm: không bẻ cong kim không dùng hai tay đập lại nắp kim tiêm, không tháo kim tiêm bằng tay, không cầm bơm kim tiêm nhiễm khuẩn đi lại ở nơi làm việc...
  - + Nếu cần phải đập nắp kim (*không có thùng đựng vật sắc nhọn tại thời điểm bỏ kim*), dùng kỹ thuật xúc một tay để phòng ngừa tổn thương (*trước tiên để nắp kim lên trên một mặt phẳng sau đó dùng một tay đưa đầu kim vào miệng nắp kim và từ từ luôn sâu kim vào nắp. Dùng tay kia siết chặt nắp kim*).
  - + Có thể sử dụng các dụng cụ tiêm có đặc tính bảo vệ trong trường hợp nguy cơ bị kim đâm cao (*ví dụ NB kích thích, gãy giũa..*)
  - + Tránh chuyển tay các vật sắc nhọn và nhắc đồng nghiệp thận trọng mỗi khi chuyển vật sắc nhọn, đặt vật sắc nhọn vào khay để đưa cho đồng nghiệp
  - + Xếp xếp nơi làm việc sao cho tất cả các dụng cụ đều trong tầm với của cả hai tay và phải có thùng thu gom vật sắc nhọn được để sát bên để loại bỏ các vật sắc nhọn nhanh và an toàn.

- Thực hành thủ thuật phẫu thuật an toàn
- Quản lý chất thải sắc nhọn
- Tuân thủ quy trình báo cáo theo dõi và điều trị sau phơi nhiễm.
- Khuyến khích mọi NVYT tiêm phòng vaccin viêm gan B.

### 4.2.7. Xử lý đồ vải:

- Xử lý đồ vải theo nguyên tắc giảm tối thiểu giữ đồ vải để tránh lây nhiễm vi sinh vật từ đồ vải sang môi trường không khí, bề mặt và con người.
- Đồ vải phải được thu gom và chuyển xuống nhà giặt trong ngày.
- Đồ vải của NB được thu gom thành hai loại và cho vào túi riêng biệt: đồ vải bẩn và đồ vải lây nhiễm (đồ vải dính máu dịch chất thải cơ thể.) Đồ vải lây nhiễm phải bỏ vào túi không thấm nước màu vàng. Buộc chặt miệng túi khi đồ vải đầy 3/4 túi.
- Không đánh dấu đồ vải của NB HIV/AIDS để phân loại và giặt riêng.
- Không giữ tung đồ vải khi thay đồ vải hoặc khi đếm giao nhận đồ vải tại nhà giặt.
- Không để đồ vải bẩn xuống sàn nhà hoặc để sang giường bên cạnh.
- Không để đồ vải sạch lẫn với đồ vải bẩn trên cùng một xe khi vận chuyển.
- Xe đựng đồ vải phải kín, bao phủ đồ vải phải giặt sạch sau mỗi lần chứa đồ vải bẩn.
- Người thu gom đồ vải phải mang găng vệ sinh, tạp dề, khẩu trang.
- Đồ vải phải được giặt theo các quy trình khác nhau tùy theo mức độ lây nhiễm chất liệu.
- Đồ vải sạch cần được bảo quản trong kho có đầy đủ giá kệ hoặc trong tủ sạch.

### 4.2.8. Vệ sinh môi trường:

- Hàng ngày làm sạch và khử khuẩn các bề mặt dễ bị nhiễm vi sinh vật như các vật dụng xung quanh NB như thanh giường, tủ đầu giường, và các vật dụng thường xuyên sờ vào như tay nắm cửa, vật dụng trong nhà vệ sinh.
- Làm vệ sinh môi trường khoa phòng sớm trước giờ khám bệnh chữa bệnh. Không làm vệ sinh trong buồng bệnh khi bác sĩ điều dưỡng đang làm thủ thuật chuyên môn.
- Kiểm tra hóa chất và nồng độ hóa chất sử dụng trong vệ sinh làm sạch.
- Chú ý làm sạch và khử khuẩn đồ chơi của trẻ em.
- Tuân theo đúng nguyên tắc làm vệ sinh từ vùng có nguy cơ thấp đến vùng có nguy cơ cao, từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.

### 4.2.9. Quản lý chất thải y tế:

- Cơ sở KBCB cần phải xây dựng quy trình thu gom và quản lý chất thải theo Quy chế Quản lý chất thải y tế của Bộ y tế, phù hợp với tình hình thực tế của bệnh viện để mọi NVYT y tế có thể áp dụng trong thực hành.
- Chất thải y tế phải được thu gom, xử lý và tiêu hủy an toàn, cần đặc biệt quan tâm xử lý an toàn chất thải sắc nhọn.

- *Phải phân loại chất thải ngay tại nguồn phát sinh chất thải:* Chất thải rắn y tế phải phân loại riêng theo từng nhóm và từng loại đúng quy định. Mỗi nhóm loại chất thải rắn phải được đựng trong các túi và thùng có mã màu và biểu tượng theo quy định không đựng quá 3/4 túi, thùng.
- *Đặt thùng, hộp đựng chất thải* phải gần nơi chất thải phát sinh. Thùng đựng vật sắc nhọn phải để ở xe tiêm, nơi làm thủ thuật.
- *Vận chuyển rác thải* từ các khoa phòng về nơi lưu giữ chất thải của cơ sở KBCB ít nhất một lần ngày và khi cần. Thời gian lưu giữ chất thải trong các cơ sở KBCB không quá 48 giờ. Lưu giữ chất thải trong nhà bảo quản lạnh hoặc thùng lạnh có thể đến 72 giờ.
- *Cơ sở KBCB phải quy định đường vận chuyển* và giờ vận chuyển chất thải. Tránh vận chuyển chất thải qua các khu vực chăm sóc NB và các khu vực sạch khác. Vận chuyển rác bằng xe chuyên dụng; không được làm rơi vãi chất thải nước thải và phát tán mùi hôi trong quá trình vận chuyển.
- *Có nơi lưu giữ riêng chất thải y tế* nguy hại và chất thải thông thường. Nơi lưu giữ chất thải cách xa nhà ăn, buồng bệnh, lối đi công cộng và khu vực tập trung đông người tối thiểu 100 mét. Nhà lưu giữ chất thải phải có mái che, có hàng rào bảo vệ, có cửa và có khóa, tốt hơn có bảo quản lạnh. Diện tích phù hợp với lượng chất thải phát sinh của cơ sở KBCB. Có phương tiện vệ sinh tay, phương tiện bảo hộ cho nhân viên, có dụng cụ hóa chất làm vệ sinh. Có hệ thống cống thoát nước tường và nền chống thấm thông khí tốt.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

### 1. Chọn ý đúng/sai

TT	Nội dung	Đúng	Sai
1	Phòng ngừa chuẩn (PNC) là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho một số NB trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh		
2	Phòng ngừa chuẩn dựa trên nguyên tắc coi chất bài tiết (phân, nước tiểu của NB) đều có nguy cơ lây truyền bệnh		
3	Phòng ngừa chuẩn dựa trên nguyên tắc coi tất cả máu, chất tiết, chất bài tiết (bao gồm cả mồ hôi) đều có nguy cơ lây truyền bệnh		
4	Phòng ngừa chuẩn áp dụng cho các cơ sở có giường bệnh, không áp dụng cho phòng khám bệnh		
5	Phòng ngừa chuẩn áp dụng cho tất cả cán bộ y tế làm việc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh		

2. Mô tả và giải thích các nội dung của Phòng ngừa chuẩn?

3. Là điều dưỡng, anh/chị sẽ vận dụng phòng ngừa chuẩn trong hoạt động nghề nghiệp như thế nào?

4. Nêu các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện?

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Hướng dẫn Phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012
2. Bộ Y tế, Hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Quyết định số 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; ban hành ngày 27 tháng 09 năm 2012
3. Bộ Y tế, Nhiễm khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn ở các cơ sở y tế, Cổng thông tin điện tử <http://moh.gov.vn> ; 05/10/2015

## BÀI 6

# PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA

## MỤC TIÊU

1. *Nêu được một số loại sai sót; nguyên nhân của sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật; hậu quả của sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật tới người bệnh. (TCNL 20.6)*
2. *Mô tả được các nội dung cơ bản và hướng dẫn áp dụng Bảng kiểm An toàn phẫu thuật của Tổ chức Y Tế thế giới – WHO; (TCNL 20.6)*
3. *Trình bày được các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa trong môi trường chăm sóc và trong sử dụng trang thiết bị vật tư y tế (té ngã, cháy nổ, bị giữ chặt, dùng bơm truyền dịch); nêu ra được biện pháp phòng ngừa mà người Điều dưỡng phải thực hiện để đảm bảo an toàn cho người bệnh. (TCNL 20.1; 20.3; 20.5; 20.6)*
4. *Trình bày được các biện pháp giúp cải tiến sự chính xác trong xác định đúng người bệnh và cải tiến thông tin trong nhóm chăm sóc; Vận dụng được các biện pháp này khi thực hành nghề nghiệp. (TCNL 5.1; 5.2; 20.1; 20.3; 20.5; 20.6; 21.2; 21.8)*
5. *Nhận biết được vai trò của người điều dưỡng trong phòng ngừa các sự cố y khoa; Áp dụng được các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa trong lĩnh vực hoạt động của Điều dưỡng. (TCNL 5.1; 5.2; 20.1; 20.3; 20.5; 20.6; 21.2; 21.8)*

## NỘI DUNG

### 1. Giới thiệu:

Cùng với sự phát triển đi lên của nền kinh tế, xã hội trong nước và trên thế giới, những thành tựu của y học trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc đã giúp phát hiện sớm và điều trị thành công cho nhiều người bệnh mắc các bệnh nan y mà trước đây không có khả năng cứu chữa, mang lại cuộc sống và hạnh phúc cho nhiều người và nhiều gia đình. Tuy nhiên, theo các chuyên gia y tế thách thức hàng đầu trong lĩnh vực y tế hiện nay là bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn cho người bệnh/khách hàng. Các chuyên gia y tế đã nhận ra một hiện thực là bệnh viện không phải là nơi an toàn cho người bệnh như mong muốn và mâu thuẫn với chính sứ mệnh của nó là bảo vệ sức khỏe và tính mạng của con người. Ở Việt Nam, một số sự cố y khoa không mong muốn xảy ra gần đây gây sự quan tâm theo dõi của toàn xã hội đối với ngành y tế. Khi sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, người bệnh và gia đình người bệnh trở thành nạn nhân, phải gánh chịu hậu quả tổn hại tới sức khỏe, tính mạng, tài chính, ... Và các cán bộ y tế liên quan trực tiếp tới sự cố y khoa không mong muốn cũng là nạn nhân trước những áp lực của dư luận xã hội và họ cũng cần được hỗ trợ về tâm lý khi rủi ro nghề nghiệp xảy ra.

**Theo WHO:** Sự cố không mong muốn là tác hại liên quan đến quản lý y tế (*khác với biến chứng do bệnh*) bao gồm các lĩnh vực chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, sử dụng trang thiết bị y tế để cung cấp dịch vụ y tế. Sự cố y khoa có thể phòng ngừa và đôi khi không thể phòng ngừa.

Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm tăng gánh nặng bệnh tật, tăng ngày nằm viện trung bình, tăng chi phí điều trị, làm giảm chất lượng chăm sóc y tế và ảnh hưởng đến uy tín, niềm tin đối với cán bộ y tế và cơ sở cung cấp dịch vụ.

Có nhiều cách phân loại sự cố Y khoa. Trong khuôn khổ tài liệu này sẽ giới thiệu các loại sự cố y khoa sau:

- Sự cố y khoa trong phẫu thuật
- Sự cố y khoa liên quan sai sót trong sử dụng thuốc
- Sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải thiện thông tin trong nhóm chăm sóc.
- Sự cố y khoa trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị vật tư y tế

## **2. Sự cố y khoa trong phẫu thuật:**

Phẫu thuật là một kỹ thuật y tế được thực hiện với mục đích để chẩn đoán, điều trị, chỉnh hình, ghép tạng,... được tiến hành phổ biến trong điều trị và chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên trong quá trình tiến hành phẫu thuật, sai sót và sự cố có thể xảy ra ngay từ trước cuộc mổ - thời điểm gây mê/gây tê (*do phản ứng với thuốc mê, tê*), trong mổ và sau mổ, thậm chí kéo dài hàng năm sau khi người bệnh đã ra viện mới có dấu hiệu của sai sót/sự cố do phẫu thuật (*quên sót gạc, dụng cụ trong cơ thể người bệnh*). Gây ảnh hưởng tới sức khỏe - cả về thể chất và tâm lý lâu dài; không chỉ làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc mổ, còn làm tăng thời gian điều trị và nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong; gây ra kiện cáo liên quan tới pháp luật.

Theo một báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới - WHO, mỗi năm trên toàn thế giới ước chừng có trên 230 triệu ca phẫu thuật được thực hiện/năm; khoảng 16% trường hợp biến chứng gây nguy hiểm đến tính mạng trong tổng số các ca phẫu thuật, trong đó gần 10% các biến chứng chết người xảy ra tại các phòng mổ lớn.

Theo một báo cáo của Bộ Y Tế nước Anh, một số lỗi sai của các bác sĩ trong phẫu thuật có thể gặp như: bỏ quên dụng cụ y tế trong người, cắt nhầm các bộ phận nội tạng của người bệnh, cấy ghép nhầm nội tạng hoặc chân tay giả; lỗi của điều dưỡng trong chăm sóc: nhầm lẫn đưa thức ăn vào dẫn lưu màng phổi của bệnh nhân thay vì đưa vào dạ dày,...

### **2.1. Phân loại sai sót, sự cố Y khoa liên quan đến phẫu thuật.**

#### **2.1.1. Định nghĩa sự cố, sai sót y khoa liên quan tới phẫu thuật, thủ thuật.**

- **Sai sót (Error):** Là thất bại khi thực hiện kế hoạch được đề ra trước đó hoặc là triển khai sai kế hoạch, nên không thể để đạt được mục đích. Đôi khi là đưa ra kế hoạch sai dẫn đến sai sót. Sai sót cũng có thể xảy ra khi làm ngược lại với kế hoạch. Ví dụ điều dưỡng để quên gạc khi phẫu thuật viên đóng ổ bụng và làm cho phẫu thuật viên phải mở lại bụng tìm gạc để quên.
- **Sự cố y khoa (Adverse event):** hoặc các tai biến/biến chứng xảy ra ngoài ý muốn, hậu quả làm cho việc điều trị kéo dài, tăng tỷ lệ tử vong của người bệnh.

Nếu sự cố do nguyên nhân sai sót, hoàn toàn có thể phòng tránh được. Ví dụ trường hợp sót gạc được lấy ra có thể tránh được áp xe trong ổ bụng. Tuy nhiên những trường hợp sau phẫu thuật



bụng có biến chứng áp xe không phải do nguyên nhân sót gạc, thì khó có thể phòng tránh. Theo các chuyên gia, khoảng hơn 50% các trường hợp sự cố là có thể phòng tránh được.

### 2.1.2. Một số loại sai sót Y khoa liên quan đến phẫu thuật

- Sai sót trong phần hành chính liên quan đến phẫu thuật: sai bệnh nhân; sai vị trí phẫu thuật, cơ quan nội tạng,
- Sai sót trong phẫu thuật: Phẫu thuật viên có thể cắt bỏ sai (ví dụ: thận phải - trái, ...), quên dụng cụ phẫu thuật (phẫu tích, kéo, gạc, ...) trong cơ thể bệnh nhân, hoặc các sai sót khác.
- Sai sót trong gây mê: Nhiều thuốc gây mê hoặc ít quá (ngộ độc thuốc hoặc đau, tỉnh dậy trong lúc mổ).
- Các biến chứng của phẫu thuật: Chảy máu, thủng tạng, tổn thương tạng ...
- Nhiễm khuẩn sau phẫu thuật: Còn gọi là nhiễm khuẩn do thầy thuốc.
- Truyền sai nhóm máu.

### 2.2. Nguyên nhân của các sai sót, sự cố Y khoa liên quan đến phẫu thuật

Những nguyên nhân chính dẫn đến sai sót, sự cố được xếp theo mức độ:

- Bất cẩn/thiếu quan tâm
- Nhân viên chưa được đào tạo/thiếu kinh nghiệm
- Tuổi và sức khỏe của “Nhóm phẫu thuật”
- Thiếu thông tin liên lạc
- Chẩn đoán sai
- Nhân viên làm việc quá sức, áp lực công việc
- Đọc toa/đơn thuốc sai hoặc sai sót trong cấp phát thuốc, bao gồm cả việc ghi chép không “rõ ràng” trong hồ sơ bệnh án hoặc do nhầm lẫn
- Thiếu công cụ (Bảng kiểm) để chắc chắn mọi thứ được kiểm tra kỹ lưỡng
- “Nhóm Phẫu thuật” chưa thực sự ăn ý và gắn kết
- Áp lực giảm thời gian phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật yêu cầu các thiết bị hoặc tư thế người bệnh khác biệt
- Văn hóa tổ chức/ làm việc
- Mức độ thân thiện, an toàn của môi trường làm việc
- Chăm sóc/ theo dõi tiếp tục sau phẫu thuật
- Đặc điểm người bệnh, nhất là khi người bệnh có nguy cơ như: béo phì, bất thường giải phẫu
- Sự hiểu nhầm giữa người bệnh - nhóm phẫu thuật do bất đồng ngôn ngữ: khách du lịch, dân tộc thiểu số ...
- Do bản thân người bệnh gây ra: người bệnh rối loạn ý thức, thiếu sự hợp tác.

**2.3. Mười mục tiêu an toàn phẫu thuật theo khuyến cáo của Tổ chức Y Tế thế giới - WHO**

Dựa trên kết quả áp dụng thử trên thế giới, theo ý kiến các chuyên gia, WHO đã đề ra 10 mục tiêu chính trong việc thực hiện An Toàn Phẫu Thuật - ATPT:

1. Phẫu thuật đúng bệnh nhân, đúng vùng mổ
2. Khi làm giảm đau, sử dụng các phương pháp phù hợp tránh gây tổn hại cho bệnh nhân.
3. Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp
4. Đánh giá và chuẩn bị tốt để xử lý nguy cơ mất máu.
5. Tránh sử dụng đồ dùng hay thuốc gây dị ứng ở những bệnh nhân có nguy cơ dị ứng
6. Áp dụng tối đa các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa
7. Tránh để quên dụng cụ mổ hay bông gạc trong vùng mổ
8. Kiểm tra đối chiếu kỹ bệnh phẩm phẫu thuật
9. Thông báo kết quả và trao đổi thông tin đến người tổ chức thực hiện an toàn phẫu thuật
10. Các Bệnh viện và hệ thống Y tế thành lập bộ phận có nhiệm vụ thường xuyên theo dõi số lượng và kết quả phẫu thuật.

**2.4. Hướng dẫn sử dụng Bảng kiểm An toàn phẫu thuật của Tổ chức Y Tế thế giới - WHO**

Chương trình phẫu thuật an toàn cứu sống người bệnh được tổ chức y tế thế giới - WHO xây dựng nhằm mục đích giảm số ca biến chứng và tử vong liên quan phẫu thuật trên toàn thế giới. Những nguy cơ gây trong phẫu thuật không an toàn như: thiếu thông tin và sự kết nối của các thành viên trong nhóm phẫu thuật, không kiểm tra kỹ người bệnh, vùng mổ, cũng như phương tiện sử dụng trong quá trình phẫu thuật... Mặc dù là những điều khá phổ biến nhưng có thể ngăn ngừa được. Với sự giúp đỡ của các chuyên gia - Phẫu thuật viên, gây mê hồi sức, điều dưỡng, và chuyên gia về an toàn người bệnh đã xác định những mục tiêu cơ bản của an toàn phẫu thuật, và đưa Bảng kiểm vào áp dụng. Từ bảng kiểm đầu tiên do WHO đề xuất, năm 2009 chỉnh sửa là Bảng kiểm cuối cùng gồm có 16 mục cho phù hợp việc áp dụng, đã được đa số các chuyên gia tán thành.

Để sử dụng bảng kiểm, các bệnh viện và khoa phẫu thuật cần phân công việc cụ thể cho nhân viên phụ trách việc điền thông tin bảng kiểm. Thường là điều dưỡng của khu phẫu thuật: nhân viên chạy ngoài, hoặc có thể là bất kể nhân viên nào tham gia trong cuộc phẫu thuật.



2.4.1. Mẫu Bảng kiểm An toàn phẫu thuật

## BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT

Tiền mê	Trước khi rạch da	Trước khi người bệnh rời phòng phẫu thuật
(Ít nhất phải có điều dưỡng và bác sĩ gây mê)	(Điều dưỡng, bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật)	(Điều dưỡng, bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật)
<p><b>Người bệnh đã xác nhận nhân dạng, vùng mổ, phương pháp và đồng ý chưa?</b></p> <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Xác nhận tất cả các thành viên giới thiệu tên và nhiệm vụ	<p><b>Điều dưỡng ghi lại văn bản:</b></p> <input type="checkbox"/> Tên của phương pháp
<p><b>Vùng mổ có được đánh dấu không?</b></p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng	<input type="checkbox"/> Xác nhận tên người bệnh và chỗ sẽ tiến hành rạch da	<input type="checkbox"/> Hoàn thành kiểm tra kim tiêm, gạc phẫu thuật và dụng cụ
<p><b>Việc kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê có hoàn tất không?</b></p> <input type="checkbox"/> Có	<p><b>Kháng sinh dự phòng có được thực hiện trong vòng 60 phút gần đây không?</b></p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng	<input type="checkbox"/> Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to nhãn bệnh phẩm, bao gồm cả tên người bệnh)
<p><b>Máy đo oxi mạch có gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường không?</b></p> <input type="checkbox"/> Có	<p><b>Dự kiến</b></p> <p><b>Đối với phẫu thuật viên:</b></p> <input type="checkbox"/> Những bước cơ bản hoặc đột xuất là gì? <input type="checkbox"/> Thời gian cho ca phẫu thuật là bao lâu? <input type="checkbox"/> Tiên lượng mất máu là bao nhiêu?	<input type="checkbox"/> Có vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết
<p><b>Người bệnh có một:</b></p> <p><b>Tiền sử dị ứng"</b></p> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<p><b>Đối với bác sĩ gây mê:</b></p> <input type="checkbox"/> Có vấn đề gì đặc biệt liên quan đến người bệnh không?	<p><b>Đối với bác sĩ phẫu thuật, gây mê và điều dưỡng:</b></p> <input type="checkbox"/> Những vấn đề chính về phục hồi và xử trí người bệnh này là gì?
<p><b>Khó thở nguy cơ hô hấp?</b></p> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, có thiết bị hỗ trợ	<p><b>Đối với nhóm điều dưỡng:</b></p> <input type="checkbox"/> Tệt trùng đã được xác nhận chưa? (xem các chỉ số) <input type="checkbox"/> Có vấn đề gì về thiết bị không?	
<p><b>Nguy cơ mất máu trên 500ml (7ml/kg ở trẻ em)?</b></p> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, hai túi dịch và dụng cụ tiếp cận của trung tâm/IV theo kế hoạch	<p><b>Hiện thị hình ảnh thiết yếu không:</b></p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng	

Bảng kiểm có thể chưa hoàn chỉnh. Khuyến khích thay đổi hoặc điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện tại chỗ

Sửa 1/2009

WHO 2009

Trong Bảng kiểm cụm từ “*Nhóm phẫu thuật*” được hiểu là bao gồm các bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, điều dưỡng, kỹ thuật viên và các nhân viên khác của nhóm liên quan đến phẫu thuật. Phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng đối với thành công cuộc mổ, tuy nhiên việc hồi sức và chăm sóc người bệnh cần phải có sự phối hợp của cả nhóm. Mỗi thành viên của “*Nhóm phẫu thuật*” đều có vai trò riêng trong việc đảm bảo sự an toàn và thành công của ca phẫu thuật

Bảng kiểm được chia ra làm 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn lại tương ứng với một thời điểm cụ thể trong quy trình thao tác: Giai đoạn tiền mê - Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da - Giai đoạn trong phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ.

Người phụ trách Bảng kiểm cần phải xác nhận rằng nhóm mình đã hoàn thành những phần việc trước khi chuyển sang giai đoạn khác.

#### 2.4.2. Mô tả các giai đoạn của Bảng kiểm

##### \* **Giai đoạn tiền mê:**

Tất cả những bước cần được kiểm tra bằng lời với mỗi thành viên có liên quan trong “*Nhóm phẫu thuật*” để đảm bảo rằng những hành động chủ chốt được thực hiện. Do vậy trước khi gây mê người phụ trách Bảng kiểm sẽ kiểm tra lại bằng lời với bác sĩ gây mê và người bệnh (*trường hợp người bệnh có thể nói được*) để xác định nhận dạng, phương pháp và vùng mổ là đúng khi đó người bệnh đồng ý cho tiến hành phẫu thuật. Trường hợp người bệnh không thể xác nhận được vì nhiều lý do như: bệnh nhân mê, trẻ em ... một người giám hộ của gia đình người bệnh sẽ đứng ra chịu trách nhiệm. Tình huống cấp cứu mà không có ai giám hộ được, cả nhóm sẽ hội ý thống nhất để thực hiện bước này.

Người phụ trách “*Nhóm phẫu thuật*” diễn đạt bằng lời và hình ảnh xác nhận rằng vùng mổ đã được đánh dấu (*nếu phù hợp*). Việc đánh dấu vết mổ do phẫu thuật viên thực hiện (*thường bằng bút*) nhất là trong trường hợp có liên quan đến những vị trí giải phẫu có ở cả hai bên cơ thể (*bên trái và bên phải - Thận...*) hoặc phối hợp nhiều lớp, tầng (*ngón tay, chân, đốt sống ...*). Việc đánh dấu nhất quán trong tất cả các trường hợp, nhiều khi là cơ sở để xác nhận đúng phẫu thuật và đúng chỗ cần phẫu thuật. Sau đó họ sẽ trao đổi với bác sĩ gây mê các vấn đề quan tâm: nguy cơ mất máu, khó thở, dị ứng của người bệnh, hoàn tất việc kiểm tra toàn bộ máy móc gây mê và thuốc gây mê. Lý tưởng nhất là phẫu thuật viên nên có mặt ở thời điểm này vì những thông tin trao đổi sẽ giúp cho bác sĩ phẫu thuật biết được diễn biến ca mổ và những nguy cơ có thể xảy ra như tiên lượng máu mất, dị ứng, các yếu tố biến chứng khác của người bệnh.

Kiểm tra thiết bị đo bão hòa oxy trong máu gắn trên người bệnh để đảm bảo thiết bị hoạt động bình thường là một khâu quan trọng, nên để chỗ dễ quan sát thấy của cả nhóm. Việc sử dụng thiết bị đo bão hòa oxy máu được WHO đặc biệt khuyến cáo để bảo đảm an toàn gây mê. Trường hợp bệnh nhân cần phẫu thuật khẩn cấp để cứu tính mạng, nhưng thiết bị này có vấn đề thì cả nhóm cần phải thống nhất bỏ qua và yêu cầu theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình phẫu thuật.

Ngoài các vấn đề được lưu ý như: người bệnh có tiền sử dị ứng? người bệnh có biểu hiện khó thở/nguy cơ hít khí thở... để điều chỉnh phương pháp gây mê phù hợp, và chuẩn bị sẵn các thiết bị cấp cứu cần thiết. Việc gây mê chỉ được tiến hành khi bác sĩ gây mê xác nhận đã có đầy đủ các thiết bị và sự hỗ trợ cần thiết bên cạnh người bệnh đối với những người bệnh có nguy cơ ảnh hưởng đường thở hoặc có biểu hiện khó thở.

Việc mất máu trong quá trình phẫu thuật được dự tính trước, đặc biệt lưu ý khả năng mất trên 500ml máu (hoặc tương đương 7ml/kg ở trẻ em). Trước mổ cần được tính toán để dự trữ máu. Trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên thường xuyên trao đổi với bác sĩ gây mê và nhóm điều dưỡng để chuẩn bị đường truyền khi cần.

**\* Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da**

Trước khi rạch da, mỗi thành viên trong nhóm sẽ giới thiệu tên tuổi và vai trò. Nếu là nhóm tham gia phẫu thuật hàng ngày thì chỉ cần xác nhận mọi người trong nhóm đã có mặt đầy đủ và xác nhận mọi người trong nhóm đều biết nhau. Một lần nữa, toàn nhóm cần xác nhận việc họ thực hiện phẫu thuật cho đúng người bệnh - xác nhận bằng lời giữa các thành viên, sau đó là những điểm chủ yếu trong các kế hoạch phẫu thuật, sử dụng Bảng kiểm làm cơ sở hướng dẫn.

Mọi người cùng xác nhận việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút trước mổ. Nếu kháng sinh dự phòng chưa được dùng, cần cho ngay trước khi rạch da. Trường hợp đã cho người bệnh sử dụng kháng sinh quá 60 phút “*Nhóm phẫu thuật*” có thể cân nhắc để bổ sung nếu cần. Trường hợp kháng sinh dự phòng được cho là không phù hợp (*không rạch da, người bệnh đã bị nhiễm khuẩn trước đó và đã dùng kháng sinh rồi*) - sẽ đánh dấu vào ô “*không áp dụng*” với sự xác nhận của cả nhóm.

Tiếp theo, cả nhóm cần liên tục trao đổi các thông tin như: Tiên lượng các biến cố, những bước chính và dự tính có xảy ra việc gì bất thường trong mổ không? Thời gian phẫu thuật dự kiến bao nhiêu? Những lo ngại về phía phẫu thuật viên, về phía bác sĩ gây mê?...

Điều dưỡng kiểm tra lại tình trạng vô trùng của vùng mổ người bệnh, cũng như các dụng cụ, thiết bị trước khi tiến hành rạch da: máy hút, dao mổ điện, đèn mổ soi...

Hình ảnh hiển thị tại phòng mổ là việc cần thiết đảm bảo cho việc lên kế hoạch mổ như đường mổ, cách thức phẫu thuật... Hiển thị hình ảnh cần được đảm bảo cả trong suốt quá trình phẫu thuật.

**\* Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ**

Trước khi rời phòng mổ, cả nhóm đánh giá lại cuộc mổ, hoàn thành kiểm tra thiết bị sử dụng cho cuộc mổ, gạc phẫu thuật và dán nhãn bệnh phẩm phẫu thuật. Do trong quá trình phẫu thuật có thể thay đổi hoặc mở rộng tùy theo tình trạng tổn thương nên người phụ trách Bảng kiểm cần xác nhận với “*Nhóm phẫu thuật*” xem chính xác là phẫu thuật/thủ thuật gì đã được thực hiện. Câu hỏi thường đặt ra như “*Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật/phẫu thuật gì ?, hoặc xác nhận “Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật X có đúng không ?”*”

Một bước không kém phần quan trọng là dán nhãn bệnh phẩm hoặc đọc to nhãn bệnh phẩm bao gồm cả tên người bệnh. Do việc dán nhãn không đúng bệnh phẩm là nguy cơ tiềm ẩn đối với người bệnh, thậm chí mất bệnh phẩm sẽ dẫn đến những sai sót hoặc khó khăn trong việc điều trị người bệnh về sau nên việc dán nhãn cần được lưu ý. Người phụ trách cần xác nhận việc dán nhãn bệnh phẩm thu được trong quá trình phẫu thuật là đúng, bằng cách đọc to tên người bệnh, mô tả bệnh phẩm và ghi thông tin người bệnh vào nhãn.

Nhóm phẫu thuật cũng cần đánh giá lại hoạt động của trang thiết bị, những hỏng hóc xảy ra nếu có hoặc những vấn đề liên quan cần giải quyết.

Cuối cùng cả nhóm sẽ trao đổi kế hoạch chính và những vấn đề liên quan tới xử lý hậu phẫu và phục hồi của người bệnh trước khi chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ.

Trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt các phẫu thuật phức tạp, nhiều chuyên khoa... cần phải cử người phụ trách Bảng kiểm để giám sát mọi thành viên, tránh bỏ sót trong tất cả mọi giai đoạn. Chừng nào mà các thành viên của “*Nhóm phẫu thuật*” còn phải làm quen với những khâu liên quan, người phụ trách Bảng kiểm sẽ tiếp tục hướng dẫn cả “*Nhóm phẫu thuật*” thông qua quy trình bảng kiểm này.

Người phụ trách Bảng kiểm có quyền dừng không cho tiến hành các bước tiếp theo nếu các bước trước đó chưa được hoàn thành, đảm bảo cho cuộc mổ an toàn. Vì vậy, Người phụ trách Bảng kiểm có thể gặp xung đột với một vài thành viên khác của nhóm, nên việc lựa chọn người phụ trách Bảng kiểm cần phù hợp: có trách nhiệm, có năng lực và khả năng thuyết phục mọi người trong nhóm.

## **2.5. Giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh trong phẫu thuật, thủ thuật**

### **2.5.1. Giải pháp chung phòng ngừa sự cố y khoa trong phẫu thuật**

- Mọi nhân viên y tế liên quan đến chăm sóc người bệnh cần phải nhận biết rõ thông tin của người bệnh, hiểu rõ về chẩn đoán bệnh lý và chức năng cơ quan bị bệnh, phương thức phẫu thuật, vấn đề tâm lý, thông tin thành công của ca phẫu thuật và sự phục hồi của người bệnh.
- Cần phải chuẩn bị kỹ lưỡng trước mỗi ca phẫu thuật từ nhỏ đến lớn, từ đơn giản đến phức tạp: thuốc, máu, dịch truyền, các phương tiện cần thiết... để đảm bảo các điều kiện tốt nhất cho cuộc mổ thành công, và dự kiến cho các biến chứng có thể xảy ra sau đó.
- Một trong những yếu tố quan trọng để thực hiện phẫu thuật an toàn là sự gắn kết nhóm phẫu thuật (*phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng và nhóm phụ giúp*) và thông tin đầy đủ về người bệnh cũng như phương pháp phẫu thuật sẽ được tiến hành.
- Yếu tố con người đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật, gồm nhiều yếu tố liên quan như: trình độ chuyên môn, tuổi tác và sức khỏe, phân công công việc hợp lý, đặc biệt là được cảnh báo về sự cố và những biện pháp phòng ngừa. Bệnh viện có thể đưa ra chính sách khen thưởng, động viên kịp thời những trường hợp tránh được sự cố và sai sót, phát hiện và xử trí sự cố kịp thời, cứu được người bệnh ...
- Các bệnh viện, cơ sở y tế nên tổ chức các khóa học hoặc tọa đàm chủ đề sai sót, sự cố y khoa để nhắc nhở nhân viên y tế thường xuyên.
- Cải thiện điều kiện làm việc là một yếu tố quan trọng giúp phòng ngừa sự cố như: cung cấp đầy đủ phương tiện làm việc, giảm tải công việc, nhân viên y tế được chế độ phụ cấp và nghỉ ngơi hợp lý.
- Có hệ thống báo cáo sự cố thường xuyên, kịp thời.

### **2.5.2. Áp dụng Bảng kiểm an toàn phẫu thuật.**

- Tổ chức Y tế Thế giới đã cố gắng nỗ lực để làm giảm bớt các nguy cơ dẫn đến việc phẫu thuật không an toàn như: xây dựng chương trình an toàn người bệnh, bao gồm an toàn phẫu thuật, áp dụng bảng kiểm - check list trong phòng phẫu thuật... Mục đích của chương trình này tạo nên sự phối hợp, chia sẻ thông tin và chuẩn bị tốt người bệnh giữa các nhóm chăm sóc và phẫu thuật, gây mê liên quan trong quá trình phẫu thuật từ phòng bệnh đến phòng bệnh (*room to room*) - nghĩa là người bệnh được an toàn từ lúc rời khỏi phòng bệnh đến khi trở lại phòng bệnh. Bảng kiểm đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới, đã cho thấy hiệu quả rõ rệt. Được sự giúp đỡ

của WHO, Việt nam đã tiến hành áp dụng thử bảng kiểm bước đầu tại một số cơ sở ngoại khoa lớn năm 2011 và cho kết quả rất khả quan.

- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - Hà Nội, cùng với một số bệnh viện Việt nam đã áp dụng thử Bảng kiểm An toàn Phẫu thuật (ATPT) trong năm 2010 đã cho kết quả tốt, với đánh giá chung là: Bảng kiểm phù hợp, đơn giản, dễ thực hiện, tạo điều kiện kiểm soát phẫu thuật an toàn và hiệu quả; Nên chỉnh sửa một số thông tin để có thể áp dụng ở tất cả các bệnh viện trong cả nước.
- Triển khai an toàn trong phẫu thuật là một chương trình mà Bộ Y tế đã đề ra (*Thông tư số 19/2013/TT-BYT về triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế*). Do vậy mọi nhân viên y tế tại các cơ sở y tế chăm sóc người bệnh cần biết và thực hiện nghiêm túc.
- Trên cơ sở pháp lý này và thông tin về hiệu quả của áp dụng Bảng kiểm trên thế giới, việc triển khai áp dụng Bảng kiểm ATPT được coi như một trong những biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật tại Việt nam.

### 3. Sự cố y khoa trong chăm sóc và trong sử dụng trang thiết bị vật tư y tế

#### 3.1. Các vấn đề trong sự cố liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị:

Môi trường chăm sóc trong các cơ sở y tế (*cơ sở vật chất, vật dụng cho người bệnh, phương tiện trang thiết bị dùng trong chăm sóc và điều trị...*) cần đạt được các tiêu chuẩn về an toàn. Các cơ sở y tế cần đánh giá, cải tiến, và theo dõi hiệu quả của các giải pháp an toàn cho bệnh nhân ở qui mô cơ sở. Những hạn chế tồn tại trong môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị thường là nguyên do gây nên sự cố như: tự tử, té ngã, bị giữ chặt (*do sử dụng các phương tiện cố định người bệnh*), bom thuốc quá liều.

Theo một số báo cáo tổng kết thì sự cố, tai nạn té ngã dẫn đến tử vong đứng thứ hạng cao trong danh mục sự cố thường gặp. Các tai nạn té ngã chiếm khoảng 4,6% sự cố theo báo cáo của ủy ban an toàn năm 2003. Cháy nổ trong phòng mổ cũng là vấn đề ưu tiên hàng đầu ở các cơ sở cấp cứu và phẫu thuật.

Mặc dù các nguyên do liên quan đến môi trường chăm sóc có thể chỉ là một trong nhiều yếu tố góp phần tạo nên sự cố, nhưng các cơ sở y tế cần phải có những bước chủ động chỉ ra các nguyên do ấy để tăng cường sự an toàn cho bệnh nhân. Cơ sở y tế cần xây dựng và thực hiện quy trình báo cáo và điều tra các sự cố liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị. Sự cố liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị có thể bao gồm:

- Các vấn đề về quản lý an toàn cháy nổ, sự thiếu hụt phương tiện an toàn cháy nổ hoặc sự ngừng hoạt động của các phương tiện.
- Quản lý không tốt các nguyên vật liệu nguy hiểm và chất thải: đổ tràn ra ngoài nguyên vật liệu nguy hiểm và chất thải và những sự việc liên quan.
- Các vấn đề về quản lý thiết bị, thiết bị ngừng hoạt động, và sai sót của người sử dụng.
- Các vấn đề về quản lý hệ thống tiện ích công cộng, sự ngừng hoạt động hệ thống tiện ích công cộng, và sai sót của người sử dụng.
- Các sự cố về an ninh liên quan đến bệnh nhân, nhân viên, hoặc liên quan đến cơ sở vật chất.



Các sự cố này có thể làm cho bệnh nhân và những người có mặt bị thương, làm hư hại cơ sở vật chất, gây bệnh nghề nghiệp và các thương tổn khác cho nhân viên y tế.

### **3.2. Các biện pháp phòng ngừa**

#### **3.2.1. Giảm nguy cơ gây thương tổn cho bệnh nhân do bị ngã**

Nguy cơ té ngã có thể do môi trường chăm sóc hoặc do bản thân người bệnh. Nguy cơ té ngã do môi trường chăm sóc bao gồm những thiết kế cơ sở vật chất, vật dụng không phù hợp cho người bệnh. Nguy cơ do bản thân người bệnh bao gồm có tiền sử té ngã trước đó, khiếm khuyết về cảm giác và thính giác, suy nhược thần kinh, bị xúc động, suy nhược thặng bằng hoặc vận động, các vấn đề về cơ xương, các bệnh mãn tính, rối loạn tiểu tiện, các vấn đề về dinh dưỡng, hoặc do sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau.

- Cơ sở y tế, đặc biệt các nhà dưỡng lão, cần thực hiện chương trình giảm té ngã và đánh giá hiệu quả của chương trình. Chương trình giảm té ngã bao gồm các chiến lược giảm rủi ro, thực hành tại chỗ, sự tham gia của bệnh nhân/gia đình trong huấn luyện, và thẩm định môi trường điều trị.
- Thành lập ban ngăn ngừa té ngã để đánh giá những bệnh nhân mới về nguy cơ té ngã tiềm ẩn; rà soát thường xuyên các cú té ngã; thẩm định sự tham gia, và tìm kiếm các xu hướng và mô hình mới; trao đổi những phát hiện mới với các nhân viên khác.
- Cơ sở y tế phải đánh giá ban đầu và thường xuyên nguy cơ té ngã của bệnh nhân, có biện pháp ngăn ngừa các khả năng té ngã tiềm ẩn. Cần đánh giá toàn diện bệnh nhân lúc ban đầu khi nhập viện, xác định mức độ nhận thức chung, sức mạnh của cơ (*cơ lực*), sự đau đớn, và khả năng thể hiện hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Cần đánh giá định kỳ từng nguy cơ bị ngã của bệnh nhân gồm cả nguy cơ tiềm ẩn.
- Sử dụng các kỹ thuật đánh giá khác nhau: quan sát hoặc trao đổi với cá nhân bệnh nhân và gia đình để đánh giá toàn diện đến mức có thể.
- Nhân viên y tế phải trao đổi với gia đình bệnh nhân và những người liên quan về đánh giá toàn diện nguy cơ té ngã. Thông báo cho các thành viên của gia đình bệnh nhân các yếu tố làm gia tăng nguy cơ té ngã.
- Dựa vào đánh giá, nhân viên y tế đưa ra những kiến nghị và thực hiện phương pháp chủ động ngăn ngừa té ngã trong kế hoạch và thực hiện chăm sóc bệnh nhân. Bất cứ nguy cơ nào đã được nhận diện đều cần được xử lý ngay.
- Nhân viên y tế cần phải xem xét tất cả thuốc gồm tất cả thuốc cấp theo đơn, thuốc mua tại quầy, và những thứ bổ sung mà bệnh nhân đã sử dụng. Lưu hồ sơ tình trạng dị ứng thuốc và tiền sử lạm dụng thuốc, kể cả lạm dụng thuốc an thần và các loại thuốc theo đơn khác. Việc thay đổi thuốc - gồm có thuốc gây nghiện và cả liều lượng tăng hoặc giảm - đòi hỏi phải theo dõi sát các phản ứng phụ mới có thể xảy ra. Một loại thuốc mới bổ sung thêm vào các loại thuốc bệnh nhân đang dùng có thể tạo nên cơn chóng mặt, gây buồn ngủ, hoặc các triệu chứng khác có thể đưa bệnh nhân đến nguy cơ té ngã nhiều hơn.
- Thường xuyên tái đánh giá và lưu ý những biểu hiện khi bệnh nhân đã trải qua gây mê

**Một số biện pháp cải tiến môi trường giúp giảm té ngã:**

- Lắp đặt chuông báo động tại giường hoặc thiết kế lại hệ thống kiểm soát và kiểm tra chuông báo động tại giường.
  - + Lắp đặt các ổ khoá tự động ở các phòng phục vụ (như phòng giặt, v.v..)
  - + Hạn chế mở cửa sổ khi có nguy cơ.
  - + Lắp đặt chuông báo động ở các lối ra vào.
  - + Bổ sung phần ngăn ngừa té ngã vào chương trình huấn luyện bệnh nhân và gia đình họ.
  - + Cải tiến và chuẩn hoá hệ thống gọi điều dưỡng.
  - + Sử dụng “*giường thấp*” cho những người có nguy cơ té ngã.

**3.2.2. Giảm nguy cơ cháy nổ trong phẫu thuật**

Cơ sở y tế có thể ngăn ngừa nguy cơ cháy nổ trong phẫu thuật và quản lý tốt sự cháy nổ nếu nó xảy ra trong phòng mổ bằng các biện pháp sau:

- *Xây dựng kế hoạch, quy trình chống cháy nổ trong phẫu thuật.*

Kế hoạch cần đảm bảo cung cấp các nhân viên có đủ thông tin để ngăn ngừa hoặc quản lý hiệu quả cháy ở phòng mổ. Kế hoạch đưa ra được những vấn đề như chuỗi mệnh lệnh trong tình trạng khẩn cấp, xác định rõ ràng trách nhiệm của các thành viên, các lộ trình sơ tán chính và phụ ngang qua bức tường lửa. Cần đưa ra các hướng dẫn cụ thể về:

- + Sơ tán khi cháy nổ
- + Chi tiết các tài liệu lưu trữ, thiết bị, dụng cụ, hàng dự trữ, và những thứ khác cần được bảo vệ để kiểm tra sau vụ hoả hoạn.
- + Bản hướng dẫn sử dụng oxy để giảm tối thiểu tập trung oxygen
- + Hướng dẫn quản lý các dung dịch có cồn dùng trong sát trùng da.
- *Khuyến khích nhân viên y tế học tập và tự rèn luyện về phòng chống cháy nổ.*
  - + Bảo đảm nhân viên được tập huấn về những rủi ro cháy nổ đặc biệt trong khu phẫu thuật và cách xử lý ngăn ngừa và dập tắt cháy nổ.
  - + Khuyến khích nhân viên tham gia vào tìm hiểu các hoạt động tự hướng dẫn, bao gồm:
    - Từng người cần ghi nhớ vị trí bình chữa lửa, hộp kéo chuông báo động, cửa thoát hiểm, bình thở oxygen, và lộ trình sơ tán khả thi;
    - Tự học để kích hoạt hệ thống báo động và ghi nhận cháy nổ.
    - Thực hành: cho nhân viên sử dụng bình chữa cháy và hoặc trình bày một tình huống chống cháy giả định cho một nhóm nhỏ (từ 8 đến 10 người) đóng vai như thật và sau đó thảo luận.
  - + Nhân viên phải biết nơi cất giữ và biết sử dụng bình chữa cháy, cũng như chuẩn bị tinh thần đón nhận rủi ro trong trường hợp phẫu thuật mà họ tham gia.

- *Huấn luyện tất cả nhân viên để quản lý 3 yếu tố cháy nổ.*

Các yếu tố cơ bản của một vụ cháy luôn luôn hiện diện trong suốt cuộc phẫu thuật và gây cháy nổ: khí, oxygen, và nguồn nhiệt. Các phẫu thuật viên phải kiểm soát được nguồn nhiệt (*thiết bị đốt điện, dao mổ laser, nguồn ánh sáng quang học, và các tia cao áp tĩnh điện*) bằng cách dùng các bao che hoặc sử dụng các phương tiện dự trữ và ngăn chúng tiếp xúc với khí. Các điều dưỡng có thể giới hạn sự hiện diện của những chất dễ cháy (*cồn, thuốc mỡ, và các thuốc gây mê*) để tránh bùng phát hỏa hoạn. Các chuyên gia gây mê có thể giảm đến tối thiểu việc tạo ra oxygen, có chứa nitrous oxide, và các loại khí hơi khác bằng cách sử dụng các kỹ thuật tạo nút chặn.

- + Huấn luyện nhân viên, phẫu thuật viên và chuyên viên gây mê về cách kiểm soát nguồn nhiệt và quản lý khí: (1) theo đúng các qui tắc an toàn tại khu vực có tia laser và điện, (2) quản lý khí bằng cách cho đủ thời gian để chuẩn bị bệnh nhân, và (3) xây dựng bảng hướng dẫn giảm đến tối thiểu việc tập trung oxygen dưới tấm vải phủ.
- + Tiến hành các khoá huấn luyện đặc biệt về (1) việc sử dụng các thiết bị chống cháy nổ, (2) các phương pháp đúng cách để cứu nạn và thoát hiểm, và (3) sự xác định đúng vị trí của hệ thống ga y tế, gió, và điện, và các nút điều khiển; cần tắt các hệ thống này khi nào, ở đâu, và bằng cách nào?
- + Không che phủ bệnh nhân cho đến khi tắt cả các vật chuẩn bị dễ cháy đều khô.
- + Trong phẫu thuật hầu họng, ngâm miếng gạc hoặc miếng bọt biển dùng với ống thông khí quản để giảm còn tối thiểu sự rò rỉ O<sub>2</sub> vào hầu họng, giữ cho chúng luôn ẩm. Cần làm ẩm các miếng bọt biển, gạc, nút gạc (*và các sợi dây của chúng*) để chúng không bắt lửa.

- *Tiến hành các buổi tập luyện lặp đi lặp lại.*

Nhân viên phòng mổ phải tập luyện chống cháy nổ lặp đi lặp lại. Tập trung vào các thiết bị chống cháy nổ, cứu nạn và thoát hiểm, khi nào và bằng cách nào đóng nút nguồn gas y tế, hệ thống thông gió, hệ thống phòng mổ và nút kiểm soát, hệ thống và chính sách báo động của cơ sở để liên lạc với sở cứu hỏa địa phương. Thực hiện và kiểm tra cách để bảo đảm tất cả các thành viên của kíp mổ có phản ứng thích hợp trước sự cháy nổ trong phòng mổ.

- *Ưu tiên ngăn ngừa cháy nổ.*

Nhắc nhở và thông tin về an toàn cháy nổ thường xuyên. Rà soát lại các phương thức xử lý khẩn cấp như là một phần của việc kiểm tra trước khi phẫu thuật. Tất cả mọi người trong phòng mổ phải giữ cho các yếu tố gây cháy nổ không tiếp xúc lẫn nhau.

- *Bảo đảm thiết bị được bảo trì và sử dụng hợp lý.*

Tất cả các thiết bị mổ bằng điện phải được đo lường và kiểm tra thường xuyên.

### 3.2.3. Giảm nguy cơ tử vong do bị giữ chặt.

Những vật dụng giữ chặt (*cố định*) như áo lót hoặc áo chèn đặc biệt đôi khi được dùng để kiểm soát hoặc bảo vệ những người lớn tuổi, ốm yếu, không bình thường, hay lo âu, và thậm chí bị hôn mê. Một số sự cố liên quan đến những vụ bị giữ chặt có thể phát xuất từ một số yếu tố như sau:

- Sử dụng những tay vịn mà không có bộ phận bảo vệ tay vịn.
- Sử dụng thiết bị giữ chặt không đúng
- Sử dụng áo khoác cổ cao.



- Sử dụng không chính xác thiết bị giữ chặt
- Không dùng một thiết bị điều khiển hoặc một chuông báo động một cách thích hợp.
- Có bộ điều khiển hoặc một chuông báo động không chịu hoạt động.

#### **Các biện pháp giúp giảm bớt nguy cơ tử vong vì bị giữ chặt:**

- Thực hiện chương trình giảm thiểu đến mức thấp nhất việc sử dụng các vật dùng giữ chặt.
- Triển khai những phương thức đã quy định cho việc áp dụng một cách chặt chẽ vật giữ chặt.
- Quan sát/theo dõi liên tục bất cứ bệnh nhân nào đang bị giữ chặt vì lý do rối loạn hành vi.
- Nếu cần giữ chặt BN trong lúc đang ở vị trí nằm ngửa, phải bảo đảm rằng đầu của BN được thoải mái xoay qua xoay lại và, khi có thể, đầu giường được nâng lên để giảm đến tối thiểu nguy cơ về hô hấp
- Nếu cần giữ chặt BN trong lúc đang ở vị trí nằm sấp, phải bảo đảm rằng đường thông khí luôn luôn không bị tắc nghẽn (*ví dụ, dùng che khuôn mặt BN*). Phải bảo đảm sự giãn nở hai lá phổi người bệnh không bị hạn chế bởi sức ép quá nặng trên lưng (*đặc biệt lưu ý với trẻ con, người già, và những người béo phì*).
- Không giữ chặt BN trên giường có những chấn song ngang khép mở không an toàn.
- Bảo đảm rằng nhân viên y tế có thể nhanh chóng rời lòng và di tản người bệnh đang bị giữ chặt khi có đám cháy hoặc tai nạn do thiên tai. Các bài tập huấn thực hành phải bao gồm tình huống này.
- Bảo đảm rằng bệnh nhân đang bị giữ chặt không có trong người hoặc không thể đến gần bất cứ vật sắc bén hoặc vật bắt lửa nào.
- Khuyến khích sử dụng các “*liệu pháp thay thế*” cho việc giữ chặt. Tập huấn cho nhân viên sử dụng các kỹ thuật can thiệp bằng lời nói giúp chủ động ngăn ngừa và/hoặc giảm tình huống khủng hoảng tiềm ẩn. Các liệu pháp thay thế khác gồm chương trình điều chỉnh hành vi; thay đổi môi trường chăm sóc bằng cách tạo nên bầu không khí như ở nhà; giảm tiếng ồn; đổi phòng để chuyển bệnh nhân hung dữ tiềm ẩn xa khỏi người làm họ kích động; tạo cơ hội cho việc thư giãn, tập thể dục, và nhiều hoạt động đa dạng khác.

#### **3.2.4. Cải tiến an toàn trong việc dùng bom truyền dịch**

Thiếu kiểm soát mức độ chảy, không giới hạn dịch truyền và thuốc vào cơ thể bệnh nhân sẽ dẫn đến tử vong hoặc thương tổn nghiêm trọng. Cần bảo đảm tất cả các bom truyền dịch tĩnh mạch lưu thông thông suốt. Cần bảo vệ bệnh nhân khỏi những hậu quả bất lợi tiềm ẩn liên quan đến việc sử dụng bom truyền dịch bằng cách yêu cầu kiểm soát các dòng dịch truyền tự do bên trong cơ thể.

Khi sử dụng bom truyền dịch, cần có hệ thống cho phép dịch truyền chảy vào bệnh nhân chảy qua một thiết bị bảo vệ dòng chảy trước đó. Do đó, thiết bị bảo vệ dòng chảy phải được gắn vào bên trong dụng cụ, luôn luôn trong tình trạng sử dụng để đưa dịch truyền từ bom tiêm vào cơ thể bệnh nhân. Nếu thiết bị bảo vệ chỉ là dụng cụ gắn thêm vào, có thể có hiện tượng sử dụng bom truyền dịch và bộ điều khiển không có dụng cụ bảo vệ dòng chảy, từ đó có thể tạo ra dòng chảy tự do và dẫn đến thương tổn hoặc tử vong. Vì vậy, thiết bị bảo vệ dòng truyền dịch phải nằm bên trong của chính bom truyền hoặc bộ điều khiển luôn luôn trong tình trạng sử dụng tốt trong bom truyền. Một dụng cụ bảo vệ gắn thêm vào không nằm bên trong bom truyền dịch hoặc bộ điều khiển sẽ không đáp ứng yêu cầu.

Để kiểm tra xem bơm truyền dịch có thiết bị bảo vệ dòng chảy hay không, tắt điện nhưng giữ cho bộ phận truyền vẫn truyền và tải trong thiết bị. Trong khi tắt cả các cái kẹp của hệ thống bơm mở và bình chứa dịch truyền được giữ trên cao đến mức có thể được, phải không có chút dịch truyền nào chảy ra ngoài bộ phận này khi nó treo thẳng đứng. Sau đó, tháo rời bộ phận truyền ra khỏi thiết bị (*với các cái kẹp vẫn mở*) và một lần nữa kiểm tra rằng hoàn toàn không có dịch truyền nào chảy ra khỏi bộ phận truyền.

#### **4. Sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải thiện thông tin trong nhóm chăm sóc**

Theo thống kê của ủy ban liên hợp quốc tế về an toàn bệnh nhân, các sự cố xảy ra trong trao đổi thông tin chiếm đến 65% trong các sự cố. Sự sai lạc trong trao đổi thông tin thường xảy ra giữa các nhân viên y tế (NVYT) với nhau, giữa nhân viên y tế và bệnh nhân, dẫn đến xác định sai người bệnh. Do đó, cần cải tiến và gia tăng sự trao đổi thông tin, phòng ngừa những sai sót, sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải tiến thông tin trong nhóm chăm sóc.

Các cơ sở y tế phải nhận ra được các rào cản đối với việc trao đổi thông tin hiệu quả và phải triển khai các quy trình trao đổi thông tin bằng lời nói hoặc bằng văn bản bảo đảm chính xác, kịp thời, hoàn chỉnh giữa các cán bộ Y tế và tất cả những người liên quan đến việc sử dụng dữ liệu. Quản lý thông tin của cơ sở y tế hiệu quả sẽ hỗ trợ các các hoạt động cải tiến nghiệp vụ chuyên môn, hoạt động liên quan đến chăm sóc, điều trị, và phục vụ người bệnh, các hoạt động giảm rủi ro. Cải tiến thông tin giữa NVYT và bệnh nhân cũng hỗ trợ các hoạt động an toàn cho bệnh nhân. Từ năm 1995, chiến dịch “Hãy Phát Biểu Ý Kiến” của ủy ban liên hợp quốc tế đã khuyến khích bệnh nhân và gia đình BN trao đổi với người chăm lo sức khỏe cho mình nếu họ có câu hỏi hoặc bức xúc về các khía cạnh chữa trị và đã giúp giảm thiểu sự cố do thiếu thông tin.

#### **4.1. Các biện pháp cải tiến sự chính xác trong xác định người bệnh**

##### **4.1.1. Biện pháp 1**

Sử dụng ít nhất hai công cụ nhận dạng người bệnh (*nhưng cả hai đều không phải là số phòng hoặc số giường của người bệnh*) trong bất cứ khi nào: quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu, lấy mẫu máu và các mẫu khác để xét nghiệm, hoặc làm công tác điều trị hoặc bất cứ công việc nào khác.

- Có thể sử dụng thông tin như tên người bệnh, ngày sinh người bệnh, hoặc mã vạch làm công cụ nhận dạng
- Khi kiểm tra tên với người bệnh, nhân viên y tế không nên đọc tên và yêu cầu người bệnh xác nhận nó. Những người bệnh bị nhầm lẫn hoặc rối loạn hành vi có thể đồng ý ngay cả khi đó không phải là tên của họ. Cách làm an toàn hơn là yêu cầu người bệnh tự nói tên của họ.
- Trường hợp người bệnh hôn mê, thân nhân người bệnh phải xác định nhân thân cho họ. Nếu người bệnh hôn mê được đưa đến bệnh viện bởi công an hoặc dịch vụ cấp cứu và không có một chứng cứ nào về nhân thân, hỏi công an hoặc nhân viên cấp cứu về người bệnh, nếu có thể và cho họ số nhập viện hoặc số cấp cứu hoặc số hồ sơ.

Đối với các phòng xét nghiệm: Sử dụng ít nhất hai công cụ nhận dạng người bệnh (*cả hai đều không là vị trí của người bệnh*) bất cứ khi nào lấy mẫu cho phòng xét nghiệm hoặc quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu, sử dụng cả hai công cụ nhận dạng để dán nhãn cho các vật chứa mẫu có sự hiện diện của người bệnh. Các quy trình được xây dựng để vẫn giữ được tên chủ nhân của các mẫu trong suốt quá trình trước phân tích, đang phân tích, và sau phân tích.

#### 4.1.2. Biện pháp 2:

Ngay trước khi bắt đầu bất cứ thủ thuật xâm lấn nào, cần tiến hành qui trình làm rõ sau cùng để xác định chính xác người bệnh, phương pháp, vị trí, và sự sẵn sàng các hồ sơ thích hợp. Việc làm rõ này phải tiến hành ở nơi thủ thuật được thực hiện, ngay trước giây phút bắt đầu. Nhân thân người bệnh được tái xác định nếu bác sĩ thực hiện đã rời khỏi chỗ nằm của người bệnh trước khi bắt đầu thủ thuật. Đánh dấu vị trí thao tác là điều bắt buộc trừ khi bác sĩ liên tục có mặt từ lúc quyết định tiến hành phương thức cho đến khi bắt đầu thủ thuật.

#### **Ba vấn đề sau đây cần được xác định:**

- Người bệnh chính xác
- Phương pháp chính xác
- Vị trí thủ thuật chính xác

Quy trình làm rõ sau cùng sử dụng các kỹ thuật trao đổi thông tin năng động. Tất cả nhân viên có liên quan đều phải ngưng lại - có nghĩa là, dùng một chút “*thời gian không thao tác*” - để làm rõ rằng đó chính là người bệnh chính xác, phương pháp chính xác, và vị trí chính xác.

Tất cả thành viên của nhóm thực hiện phải tham gia vào qui trình làm rõ cuối cùng. Tất cả hoạt động trong phòng phải ngưng lại để mọi người tham gia. Mọi việc sẽ không được bắt đầu cho đến khi bất cứ và tất cả các câu hỏi và vấn đề đều được giải quyết. Việc thực hiện phải được đọc to lên, chính xác như trên văn bản đồng ý thực hiện. Ví dụ, tại cuộc phẫu thuật, tất cả các bước kế tiếp trong một ca có nhiều bước, tất cả mọi hoạt động phải ngưng lại, và một thành viên được chỉ định, chẳng hạn một điều dưỡng vòng ngoài sẽ đọc to cách thức tiến hành và vị trí thực hiện thao tác.

Phải có chính sách cho việc làm rõ sau cùng và phải theo dõi đôn đốc việc tuân thủ chính sách này, bảo đảm tất cả thành viên đều theo đúng đường lối và xác định đúng các lĩnh vực cải tiến.

#### 4.1.3. Biện pháp 3: Đưa người bệnh tham gia vào trao đổi thông tin.

Yêu cầu người bệnh nhắc nhở nhân viên y tế xác định nhân thân cho họ. Có thể yêu cầu cho người bệnh tham gia vào việc đánh dấu vị trí như một phần của qui trình trước khi thực hiện thủ thuật.

### 4.2. Cải tiến hiệu quả trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế

#### 4.2.1. Biện pháp 1: Không khuyến khích ra lệnh miệng. Khi không thể tránh khỏi ra lệnh miệng:

- Nhân viên nhận lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho bác sĩ đã ra lệnh nghe. Người bác sĩ này sau đó xác nhận bằng miệng rằng lệnh đó là chính xác. Yêu cầu này áp dụng cho tất cả mọi y lệnh bằng miệng, không riêng cho y lệnh cấp thuốc.
- Đối với mệnh lệnh bằng miệng hoặc qua điện thoại về các kết quả xét nghiệm quan trọng, làm rõ mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu nhân viên nhận lệnh “*đọc lại*” mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm. Tại phòng mổ hoặc phòng cấp cứu, điều dưỡng gây mê viết ra y lệnh và đọc lại cho người ra lệnh nghe. Người ra lệnh sau đó có thể xác nhận y lệnh bằng miệng. Để làm rõ hơn, người xử lý lệnh đó có thể đọc to lên trước khi thực hiện và một lần nữa nhận lời xác nhận từ người ra lệnh. Trong trường hợp khẩn cấp, việc “*lặp đi lặp lại*” vẫn phải được thực hiện.

- Những người nhận y lệnh cấp thuốc cần phải lập lại tên thuốc và liều lượng cho người ra y lệnh và yêu cầu hoặc tự làm việc đánh vằn, dùng các cách trợ giúp như “*B: như trong quả bóng*”, “*M: như trong Mary*”. Tất cả con số phải được đánh vằn, ví dụ, “21” phải được đọc là “hai một” để tránh nhầm lẫn
- Khi có thể, nhờ một người thứ hai nghe mệnh lệnh qua điện thoại để làm rõ sự chính xác.
- Ghi lại lệnh miệng trực tiếp vào hồ sơ của người bệnh

### 4.2.2. Biện pháp 2: Truyền đạt thông tin rõ ràng

- Tránh dùng chữ viết tắt. Ví dụ, “*1v/3l/n*” phải được viết rõ là “*ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên*”.
- Viết mục đích của thuốc trên y lệnh. Thông tin này có thể giúp dược sĩ kiểm tra y lệnh cho liều lượng và thời hạn thích hợp. Thông tin này cũng hạn chế sự nhầm lẫn tiềm ẩn của những loại thuốc trông giống nhau và nghe giống nhau.
- Y lệnh phải bao gồm tên thuốc, liều lượng, hàm lượng, số lần, lộ trình, khối lượng, và thời hạn.
- Có thể dùng các tờ đơn thuốc được in sẵn để nhân viên kiểm tra các ô có ghi y lệnh. Các mẫu đơn này làm giảm bớt thời gian viết y lệnh, xoá bỏ việc giải thích sai khi đọc các lệnh viết tay, tránh được nhầm lẫn và lỗi chính tả.
- Cung cấp tên khoa học và tên thương mại của tất cả các nhãn hiệu thuốc. Tất cả thuốc được phát theo đơn phải được dán nhãn một cách an toàn và hợp lý với một phương pháp chuẩn hoá trong một cách-thức-sẵn-sàng-dễ-quản lý nhất, nhằm hạn chế tối đa các sai sót. Các loại thuốc cho theo y lệnh phải có cả tên khoa học lẫn tên thương mại, nếu tên thương mại khác với tên khoa học. Các chuyên viên khảo sát sẽ thẩm định xem tên thuốc trên y lệnh, nhãn dán trên thuốc, và số theo dõi của điều dưỡng có giống nhau không. Việc cung cấp cả hai loại tên thuốc bảo đảm sự nhất quán trong sổ sách và giúp ngăn ngừa việc giải thích sai y lệnh.
- Cung cấp cho người bệnh các thông tin bằng văn bản về thuốc, gồm cả tên khoa học và tên thương mại. Xác nhận các thuốc mà người bệnh thắc mắc hoặc không nhận ra.

### 4.2.3. Biện pháp 3: Chuẩn hoá danh mục các từ rút gọn, từ viết tắt, và các ký hiệu không được dùng trong cơ sở y tế.

- Cơ sở y tế cần phải rà soát toàn diện danh mục từ rút gọn sử dụng tại cơ sở, với sự tham gia của các bác sĩ, thực hiện một danh mục từ rút gọn và ký hiệu không chính thức được chia sẻ với tất cả những người ra y lệnh.
- In danh mục trên giấy, giấy dán, bìa cứng, v.v.. màu sáng và đặt nó trong hồ sơ lưu, sơ đồ bệnh án, gần máy tính, và ở khu vực người bệnh nằm.
- Cung cấp cho nhân viên các thẻ bỏ túi có in danh mục.
- In danh mục ở lề hoặc ở cạnh dưới của các tờ y lệnh và/ hoặc phiếu theo dõi.
- Gắn các bản sao danh mục vào sau lưng của tờ ghi phác đồ điều trị.
- Xoá những từ viết tắt bị cấm trong tờ y lệnh in sẵn và trong các mẫu đơn khác.
- Triển khai thực hiện chính sách bảo đảm rằng nhân viên y tế tham khảo danh mục và tuân thủ.

4.2.4. *Biện pháp 4: Đo lường, đánh giá kết quả và giá trị xét nghiệm quan trọng để cải tiến sự đúng giờ trong việc báo cáo, trong tiếp nhận.*

- Báo cáo và tiếp nhận các kết quả và giá trị xét nghiệm quan trọng đúng thời điểm chính
- Tất cả các giá trị được xác định là quan trọng bởi phòng xét nghiệm đều được báo cáo trực tiếp cho nhân viên chịu trách nhiệm. Nếu nhân viên chịu trách nhiệm không có mặt ở đó trong thời gian làm việc, cần có cơ chế để báo cáo các thông tin quan trọng cho nhân viên trực.
- Xây dựng chính sách cho: (1) khung thời gian mong muốn cho việc báo cáo; (2) ai có thể nhận các thông số quan trọng, (3) một cơ chế báo cáo thay thế.

## 5. Sự cố y khoa liên quan sai sót trong sử dụng thuốc: *(giới thiệu trong bài an toàn dùng thuốc)*

### KẾT LUẬN

Sự cố y khoa gây thiệt hại cho người bệnh, gây lãng phí, tốn kém không cần thiết, làm giảm chất lượng chăm sóc điều trị, làm mất uy tín của bệnh viện.

Tình trạng công việc căng thẳng liên tục ở các cơ sở y tế khiến nhân viên mệt mỏi và dễ phạm phải những sai sót y khoa.

Cần nhận rõ những nguy cơ và những rủi ro tiềm tàng để có biện pháp phòng tránh tích cực. Cần có bộ phận quản lý rủi ro trong mỗi cơ sở y tế để giới hạn đến mức thấp nhất các sai sót trong thực hành y khoa.

Các nhân viên y tế cần được giáo dục thường xuyên về tác hại của các sai sót y khoa và cách thức, qui trình cần tuân thủ nghiêm ngặt để phòng tránh sai sót.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. *Nêu một số sai sót và nguyên nhân gây ra sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật, thủ thuật?*
2. *Viết ra 3 giai đoạn trong Bảng kiểm An toàn phẫu thuật*
3. *Trả lời câu hỏi đúng/sai*

TT	Nội dung
1	Áp dụng Bảng kiểm ATPT được coi như một trong những biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật.
2	Con người đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật
3	Thông tin đầy đủ về người bệnh và phương pháp phẫu thuật cho “Nhóm phẫu thuật” ít có giá trị trong phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật
4	Chỉ có bác sỹ phẫu thuật là người có vai trò quyết định trong phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật

4. *Vận dụng hiểu biết về phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật, thủ thuật bạn hãy trình bày vai trò của người điều dưỡng trong phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật, thủ thuật.*
5. *Nêu 5 sự cố thường gặp liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị.*
6. *Theo Anh/chị, Điều dưỡng cần phải làm gì để giảm nguy cơ làm bệnh nhân té ngã; giảm nguy cơ cháy nổ trong bệnh viện và cải tiến an toàn khi sử dụng bơm truyền dịch?*
7. *Nêu 3 biện pháp cải tiến sự chính xác trong xác định người bệnh?*
8. *Nêu 4 biện pháp cải tiến hiệu quả trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế?*
9. *Sau khi học bài này anh/chị sẽ vận dụng những biện pháp cải tiến sự chính xác trong xác định người bệnh và cải tiến hiệu quả trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế như thế nào khi hành nghề điều dưỡng?*

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cục Quản lý khám chữa bệnh - BHYT; Tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh; Nhà xuất bản Y học năm 2014*
2. *Bộ Y tế, Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh*



## BÀI 7

# PHÒNG NGỪA SAI SÓT TRONG SỬ DỤNG THUỐC

## MỤC TIÊU

1. Nhận biết được một số vấn đề cơ bản liên quan đến sai sót trong sử dụng thuốc: Tình huống sai sót, nguyên nhân sai sót.
2. Nêu được các giải pháp phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc; giải thích được các giải pháp phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc dành cho Điều dưỡng.
3. Áp dụng được các biện pháp phòng ngừa sai sót khi sử dụng thuốc trong lĩnh vực hoạt động của Điều dưỡng.

## NỘI DUNG

### 1. Giới thiệu:

Sai sót trong sử dụng thuốc là một sự cố y khoa liên quan đến chăm sóc người bệnh, nằm trong nhóm Danh mục các sự cố y khoa nghiêm trọng cơ sở y tế phải báo cáo. Theo ước tính của viện nghiên cứu dược phẩm Mỹ, mỗi năm có khoảng từ 44.000 đến 98.000 người Mỹ chết do sai sót liên quan đến thuốc và rất nhiều ca tử vong đó có nguyên nhân do dùng sai thuốc hoặc liên quan đến các sự cố bất lợi của thuốc. Sai sót trong dùng thuốc có thể xảy ra trong tất cả các hoạt động: kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc và không tuân thủ điều trị của người bệnh.

### 2. Các tình huống sai sót

#### 2.1. Sai sót liên quan đến kê đơn thuốc

Đơn thuốc là căn cứ hợp pháp để bán thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc theo đơn và sử dụng thuốc. Các sai sót trong kê đơn nếu không được phát hiện có thể gây ra các sai sót trong sử dụng thuốc.

*Một số sai sót thường gặp trong kê đơn thuốc:*

- Thiếu thông tin người bệnh: tên, tuổi (*tháng với trẻ em nhỏ dưới 3 tuổi*), cân nặng...
- Ghi sai tên thuốc (*các thuốc tên giống nhau*)
- Ghi thiếu hàm lượng thuốc
- Ghi thiếu hướng dẫn sử dụng thuốc
- Kê các thuốc có tương tác mức độ nguy hiểm
- Chữ viết quá khó đọc, gây nhầm lẫn khi cấp phát và thực hiện thuốc
- Viết tắt trong đơn, gây nhầm lẫn (*VD:  $\mu\text{g}$  thay vì  $\text{mcg}$ , U thay vì Unit*)
- Kê đơn bằng miệng (*lời nói*).

## **2.2. Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc**

Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc có thể xảy ra từ lúc tiếp nhận đơn thuốc cho tới khi thuốc được đưa đến người bệnh. Một số sai sót thường gặp trong cấp phát thuốc:

- Sai sót gây ra do các thuốc có tên hoặc hình thức tương tự nhau  
*Ví dụ:* Amilorid và amlodipin; Lasix (furosemid) và Losec (omeprazol); Cisplatin và Carboplatin; Ephedrin và Epinephrine; Các chế phẩm Insulin: Humalog và Humulin; Novolog và Novolin.
- Không cho người bệnh dùng thuốc đã kê trong đơn
- Cho người bệnh dùng thuốc không được bác sĩ kê đơn.

## **2.3. Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc**

Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc xảy ra trong quá trình dùng thuốc của người bệnh, có thể do nhân viên y tế hoặc do người bệnh không tuân thủ:

- Dùng thuốc sai người bệnh
- Dùng sai thuốc hay sai dịch truyền
- Dùng thuốc sai liều hoặc sai hàm lượng
- Dùng sai dạng thuốc, ví dụ dùng thuốc nhỏ mắt dạng dung dịch thay vì dạng mỡ tra mắt
- Sai đường dùng thuốc
- Sai tốc độ dùng thuốc (*trong truyền dịch, dùng thuốc đường truyền*)
- Sai thời gian hay khoảng cách dùng thuốc
- Sai thời gian điều trị
- Sai sót trong pha chế liều thuốc (*Ví dụ: sai sót trong khi pha loãng thuốc hay không lắc thuốc dạng hỗn dịch khi sử dụng*)
- Sai kỹ thuật dùng thuốc cho người bệnh (*Ví dụ: sai sót trong kỹ thuật tra thuốc nhỏ mắt*)
- Dùng thuốc cho người bệnh đã có tiền sử dị ứng trước đó.

## **3. Nguyên nhân dẫn đến sai sót trong dùng thuốc**

Một số nguyên nhân hay gặp liên quan đến sai sót trong sử dụng thuốc có thể giải quyết bao gồm:

- Sự quá tải và mệt mỏi trong công việc của cán bộ y tế
- Cán bộ y tế thiếu kinh nghiệm làm việc hoặc không được đào tạo đầy đủ, không đúng chuyên ngành
- Trao đổi thông tin không rõ ràng giữa các cán bộ y tế (*chữ viết xấu, kê đơn bằng miệng*)
- Các yếu tố môi trường làm việc như thiếu ánh sáng, quá nhiều tiếng ồn hay thường xuyên bị gián đoạn công việc
- Nhiều loại thuốc dùng cho một người bệnh
- Kê đơn, cấp phát, thực hiện thuốc phức tạp
- Sử dụng nhiều chủng loại thuốc và nhiều dạng dùng (*thuốc tiêm*)
- Nhầm lẫn về danh pháp, quy cách đóng gói hay nhãn thuốc
- Thiếu các chính sách và quy trình quản lý thuốc hiệu quả.



#### 4. Các giải pháp phòng ngừa sai sót khi dùng thuốc

Một số cách phòng ngừa sai sót trong dùng thuốc, bao gồm:

- Giải pháp mang tính hệ thống
- Giải pháp với các đối tượng có liên quan tới dùng thuốc: bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng
- Giám sát và quản lý sai sót.

##### 4.1. Giải pháp mang tính hệ thống

###### 4.1.1. Cung cấp đầy đủ chính xác thông tin người bệnh

- Trả kết quả xét nghiệm qua mạng
- Thông báo về tiền sử dị ứng của người bệnh cho bác sĩ/dược sĩ trước khi cấp phát và giám sát sử dụng thuốc
- Liệt kê các phản ứng dị ứng và chẩn đoán trên y lệnh hoặc đơn thuốc
- Đeo vòng đeo tay đánh dấu người bệnh có tiền sử dị ứng
- Luôn mang theo y lệnh khi sử dụng thuốc, tư vấn cho người bệnh trước khi cấp phát thuốc
- Theo dõi sát người bệnh có nguy cơ cao: béo phì, hen, ngưng thở khi ngủ... khi sử dụng thuốc nhóm opioids.

###### 4.1.2. Cung cấp đầy đủ thông tin thuốc cho bác sĩ, điều dưỡng

- Cập nhật kịp thời thông tin thuốc
- Có dược sĩ tư vấn cho người bệnh về thuốc
- Cung cấp thông tin dưới dạng biểu đồ, quy trình, hướng dẫn, checklist cho các thuốc có cảnh báo cao
- Liệt kê liều tối đa của các thuốc có cảnh báo cao, thông tin dưới dạng phiếu yêu cầu hoặc cảnh báo thông qua hệ thống mạng của bệnh viện
- Có dược sĩ xem xét các đề nghị sử dụng các thuốc cần yêu cầu trước khi sử dụng.

###### 4.1.3. Đảm bảo trao đổi thông tin giữa bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng đầy đủ, chính xác

- Sử dụng hệ thống kê đơn điện tử và hệ thống mạng bệnh viện
- Sử dụng mẫu yêu cầu thuốc chuẩn và đầy đủ thông tin
- Hạn chế yêu cầu thuốc qua điện thoại, đặc biệt các thuốc điều trị ung thư (*trừ trường hợp khẩn cấp*)
- Đọc lại các yêu cầu về thuốc đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác.
- Xây dựng quy trình, thống nhất từng bước tiến hành khi yêu cầu thuốc
- Gửi tất cả các yêu cầu thuốc cho khoa Dược, kể cả các thuốc có sẵn hay các thuốc không có sẵn.

###### 4.1.4. Đảm bảo tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói rõ ràng, đúng quy cách

- Lưu ý các thuốc nhìn giống nhau hoặc tên thương mại giống nhau
- Cấp phát cho khoa lâm sàng thuốc có tên thuốc, hàm lượng.

- Dán nhãn cho tất cả các thuốc, làm nổi bật tên thuốc và hàm lượng
- Trong khoa lâm sàng, các thuốc uống được bảo quản trong hộp đến tận khi cấp phát cho người bệnh
- Sắp xếp các thuốc nhìn giống nhau tại các nơi riêng biệt tránh nhầm lẫn
- Sử dụng các nhãn cảnh báo cho nhân viên y tế về các thuốc có chỉ dẫn đặc biệt về bảo quản hoặc độ an toàn
- Đảm bảo các thuốc đều dễ đọc và dễ hiểu.

### 4.1.5. Bảo quản, tồn trữ thuốc đạt tiêu chuẩn GSP: dễ thấy, dễ lấy, dễ tìm, tránh nhầm lẫn, hư hỏng

- Chuẩn hoá nồng độ của Insulin, Heparin, Morphin
- Sử dụng các dung dịch tiêm truyền đã pha sẵn
- Hạn chế việc điều dưỡng pha dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch trong trường hợp cấp cứu
- Xây dựng quy định lĩnh thuốc hàng ngày, thuốc cấp cứu cho nhân viên y tế
- Bảo quản chặt chẽ các thuốc cảnh báo cao, các thuốc dùng cho người bệnh đặc biệt, thuốc cần quản lý theo quy định
- Không để các dung dịch điện giải, đậm đặc đặc tại các hộp thuốc cá nhân của người bệnh
- Cấp phát thuốc cho người bệnh theo liều dùng, không cấp phát theo tổng liều điều trị
- Loại bỏ các thuốc sử dụng không liên tục ra khỏi các thiết bị kịp thời
- Không vay mượn thuốc của người bệnh trong quá trình điều trị
- Thiết lập tủ thuốc cấp cứu tại các khoa lâm sàng.

### 4.1.6. Đảm bảo lựa chọn các thiết bị hỗ trợ dùng thuốc phù hợp với bệnh viện và trình độ chuyên môn

- Kiểm tra kỹ các thiết bị trước khi mua và sử dụng
- Hạn chế sử dụng nhiều loại bơm tiêm
- Cấm sử dụng các thiết bị truyền dịch không kiểm soát được tốc độ truyền
- Đào tạo kỹ cho nhân viên y tế về các thiết bị và kỹ thuật mới trước khi sử dụng
- Kiểm tra hai lần (*double-check*) khi truyền dịch bao gồm: dịch truyền, các thiết bị hỗ trợ, tình trạng người bệnh trước khi truyền các thuốc cảnh báo cao.

### 4.1.7. Đảm bảo môi trường làm việc cho nhân viên y tế

- Đảm bảo đầy đủ ánh sáng, không gian trong kho thuốc bao gồm tủ đựng thuốc và hệ thống cấp phát thuốc tự động
- Xây dựng môi trường làm việc yên tĩnh, không làm mất tập trung.
- Bố trí các khu vực để thuốc tiêm truyền, thuốc uống, thuốc pha chế riêng biệt, tránh tiếng ồn, đi lại nhiều và các tác động gây mất tập trung.
- Trang bị tủ lạnh có đủ diện tích để bảo quản thuốc
- Có kế hoạch về nhân sự thay thế cho cán bộ y tế khi nghỉ ốm, nghỉ phép và nghỉ lễ
- Quy định rõ ràng về thời gian nghỉ giải lao và nghỉ ăn trưa, ăn tối cho cán bộ y tế

- Quản lý và giám sát thời gian làm việc của cán bộ y tế, đảm bảo được nghỉ ngơi đầy đủ sau ca trực và không làm việc quá 12h mỗi ngày
- Hạn chế tối đa việc sử dụng nhân viên y tế tạm thời
- Thông báo cho tất cả cán bộ y tế có liên quan về kế hoạch và thực hiện dịch vụ kỹ thuật mới, bao gồm cả chi phí cần thiết bổ sung đảm bảo sự an toàn cho người bệnh.

*4.1.8. Đào tạo và đánh giá thường xuyên năng lực của cán bộ y tế, bố trí công việc phù hợp*

- Bố trí công việc đúng theo chuyên ngành đào tạo, định kỳ đánh giá
- Bố trí công việc hợp lý giảm quá tải trong công việc
- Yêu cầu các điều dưỡng mới phải thực tập tại khoa Dược để làm quen với công việc cấp phát thuốc.
- Yêu cầu các dược sĩ mới phải thực tập tại khoa lâm sàng để làm quen với quy trình sử dụng thuốc
- Cung cấp thông tin thuốc mới trước khi đưa vào sử dụng
- Khoa Dược dán nhãn cảnh báo cho điều dưỡng các thông tin cần lưu ý với các thuốc cảnh báo cao
- Bố trí nhân viên y tế đã được đào tạo về sai sót trong sử dụng thuốc trong đơn vị nhằm ngăn chặn các sai sót xảy ra
- Mô tả và đánh giá công việc cụ thể về trách nhiệm đối với người bệnh
- Cung cấp cho cán bộ y tế những hỗ trợ cần thiết và thời gian để tham dự các khoá học trong và ngoài nước về phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc.

*4.1.9. Tư vấn người bệnh về thông tin thuốc và tuân thủ điều trị*

- Tư vấn cho người bệnh cách chủ động trong tìm hiểu và xác định đúng trước khi nhận thuốc hay sử dụng thuốc
- Cung cấp thông tin cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về tên thuốc (*bao gồm tên biệt dược và hoạt chất*) cách sử dụng, mục đích điều trị, liều dùng và các phản ứng phụ nghiêm trọng
- Hỏi ý kiến dược sĩ về cách sử dụng thuốc nếu người bệnh dùng trên 5 loại thuốc
- Khuyến khích người bệnh hỏi về các thuốc điều trị, trả lời đầy đủ các câu hỏi của người bệnh về thuốc (*nếu có*) trước khi điều trị
- Cung cấp cho người bệnh thông tin về các thuốc cảnh báo cao kê trong đơn thuốc khi xuất viện
- Cung cấp cho người bệnh số điện thoại và người để liên lạc khi cần hỏi thông tin về thuốc sau khi xuất viện
- Khuyến khích người bệnh giữ tất cả thông tin về đơn thuốc đã dùng, các thuốc không kê đơn, thuốc đông dược, vitamin và đưa cho nhân viên y tế khi nhập viện hoặc điều trị tại nhà.

*4.1.10. Xây dựng quy trình quản lý chất lượng và rủi ro tại đơn vị*

- Công bố vấn đề an toàn cho người bệnh là nhiệm vụ của đơn vị

- Đào tạo cho cán bộ quản lý bậc trung để đánh giá hiệu quả về năng lực và khả năng giải quyết các vấn đề phức tạp
- Thay đổi cách nghĩ về việc đổ lỗi khi xảy ra sai sót trong sử dụng thuốc, khi các lỗi đó không dự đoán hoặc không đo đếm được
- Thúc đẩy việc báo cáo thường xuyên các sai sót từ các khoa phòng điều trị
- Thông tin tất cả các sai sót cho người bệnh
- Định kỳ thảo luận nhóm về các sai sót đã xảy ra và cách phòng tránh
- Xây dựng nhóm đa ngành thường xuyên phân tích, đánh giá các sai sót và các dữ liệu về an toàn người bệnh để thiết lập hệ thống đảm bảo an toàn cho người bệnh
- Mời đại diện hội đồng người bệnh tham gia thảo luận về vấn đề an toàn, khuyến khích cùng tham gia
- Phổ biến rộng rãi thông tin về các giải pháp phòng ngừa sai sót
- Sử dụng công nghệ mã hoá bệnh nhân trong điều trị...

### 4.2. Giải pháp với đối với điều dưỡng có liên quan trong sử dụng thuốc

- Hiểu rõ về các quy trình và quy định trong cung ứng thuốc tại bệnh viện, kể cả thuốc cấp phát nội trú, ngoại trú
- Dùng thuốc đúng theo chỉ định của bác sĩ điều trị
- Chuẩn bị đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc; khi dùng thuốc qua đường tiêm phải chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc, chuẩn bị đúng và đủ dung môi theo quy định của nhà sản xuất
- Kiểm tra thuốc (*tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và đường dùng thuốc so với y lệnh*). Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng của thuốc bằng cảm quan: màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của viên thuốc, ống hoặc lọ thuốc
- Thực hiện 5 hoặc 6 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh: 1. đúng người bệnh, 2. đúng thuốc, 3. đúng liều lượng, 4. đúng đường dùng, 5. đúng thời gian dùng thuốc, 6. ghi hồ sơ đúng
- Bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh trước sự chứng kiến của điều dưỡng viên
- Ghi hoặc đánh dấu thuốc đã dùng cho người bệnh và thực hiện các hình thức công khai thuốc phù hợp theo quy định của bệnh viện
- Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị. Điền thông tin cần thiết vào mẫu báo cáo ADR và thông báo cho dược sĩ phụ trách
- Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị. Giải thích cho người bệnh và người nhà về tác dụng và quy trình dùng thuốc. Với người bệnh từ chối điều trị theo y lệnh, báo cáo cho bác sĩ điều trị
- Phối hợp giữa các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên trong dùng thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. *Nêu tên 3 nhóm tình huống sai sót do dùng thuốc; nhóm tình huống nào liên quan đến hoạt động của Điều dưỡng?*
2. *Nêu một số nguyên nhân hay gặp liên quan đến sai sót trong sử dụng thuốc có thể giải quyết?*
3. *Liệt kê và giải thích các giải pháp phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc đối với Điều dưỡng?*
4. *Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:*  
*Bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh ..... của điều dưỡng viên.*
5. *Chọn câu đúng nhất:*  
 Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh:
  - A. Đúng người bệnh, đúng số giường, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc
  - B. Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng số buồng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc
  - C. Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc
  - D. Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng số giường, đúng đường dùng, đúng số buồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cục Quản lý khám chữa bệnh - BHYT; Tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh; Nhà xuất bản Y học năm 2014.*

## BÀI 8

# KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng và những kỹ năng giao tiếp cơ bản đối với người điều dưỡng
2. Ứng dụng được giao tiếp của người điều dưỡng với người bệnh, người nhà của người bệnh và với các đồng nghiệp
3. Trình bày được kỹ năng thông báo tin xấu

## NỘI DUNG

### 1. Tầm quan trọng của giao tiếp đối với người điều dưỡng:

Trong cuộc sống bình thường, việc giao tiếp giữa các cá nhân với nhau là điều không thể thiếu được vì đó là việc thiết yếu của con người trong xã hội. Giao tiếp là động lực thúc đẩy sự hình thành và phát triển nhân cách. Thông qua giao tiếp, con người mới tiếp thu được những thành tựu của nền văn hóa xã hội và biến nó thành kiến thức riêng của mình.

Trong công tác của người điều dưỡng, giao tiếp tối thiểu cần thiết để thiết lập mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình của người bệnh và với đồng nghiệp. Giao tiếp không chỉ đóng vai trò quan trọng đối với việc hình thành và phát triển nhân cách nghề nghiệp cho người điều dưỡng mà còn là một bộ phận cấu thành của hoạt động nghề nghiệp, một thành phần quan trọng trong cấu trúc năng lực nghề nghiệp của họ. Sự giao tiếp đúng hướng của người điều dưỡng với người bệnh là điều kiện cần thiết để tạo ra tác động tốt trong hoạt động chăm sóc người bệnh. Có thể nói, giao tiếp là một trong ba nhân tố không thể thiếu quyết định tới hiệu quả hoạt động của người điều dưỡng trong việc chăm sóc người bệnh. Với người bệnh là người cung cấp thông tin, còn người điều dưỡng là người khai thác và thu thập thông tin. Để việc khai thác, thu thập thông tin một cách chính xác và nhanh nhất, người điều dưỡng phải có quan hệ tốt đối với người bệnh. Làm cho người bệnh cảm thấy yên tâm và tin tưởng vào người điều dưỡng. muốn vậy người điều dưỡng cần phải bộc lộ rõ những phẩm chất của người điều dưỡng giỏi về chuyên môn và có đạo đức, nghĩa là phải tự tin vào chính mình, biết tôn trọng người bệnh, phải biết chia sẻ nỗi đau của người bệnh... Người điều dưỡng phải xác định rằng đối tượng tiếp xúc với mình là một con người bị bệnh chứ không phải tiếp xúc với bệnh tật, nghĩa là đối diện với người điều dưỡng là một con người với những đặc điểm tâm lý riêng biệt và mang trên mình những bệnh lý nhất định.

Qua giao tiếp phần lớn người bệnh sẽ kể toàn bộ triệu chứng và quá trình tiến triển của người bệnh cho người điều dưỡng nghe. Đồng thời người bệnh chờ đợi sự an ủi, sự quan tâm của người điều dưỡng để tìm ra cách chăm sóc tốt và có hiệu quả nhất. Người điều dưỡng bằng lời nói và cử chỉ để thể hiện sự quan tâm đến người bệnh, chú ý lắng nghe lời kể của người bệnh, người điều

dưỡng nên dành ít thời gian để chủ động giải thích cho người bệnh. Cần chú ý rằng lời giải thích hoặc những cử chỉ của người điều dưỡng trong thời điểm này có ý nghĩa rất to lớn đối với người bệnh, bởi chính thời điểm này tính ám thị của người bệnh rất cao. Bởi vậy người điều dưỡng cần cân nhắc kỹ từng lời nói và cử chỉ của mình khi giải thích với người bệnh về bệnh tật của họ. Điều này cần khẳng định tầm quan của giao tiếp giữa người điều dưỡng với người bệnh.

## 2. Những kỹ năng giao tiếp cơ bản của người điều dưỡng

Để giao tiếp có hiệu quả, trước hết cần xác định đối tượng cần giao tiếp là ai. Trong giao tiếp, hiểu biết về đối tượng giao tiếp đóng một vai trò hết sức quan trọng. Những kiến thức về đối tượng sẽ giúp người truyền tin xác định được cách thức biểu đạt thông tin tối ưu nhất và tránh được các xung đột trong giao tiếp. thông thường, người điều dưỡng cần nắm được những thông tin cơ bản về người bệnh và gia đình họ như:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, dân tộc, chủng tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân.
- Mức độ hiểu biết của đối tượng về vấn đề sức khỏe (*hiểu ít hay nhiều*)
- Thái độ đối với vấn đề sức khỏe (*quan tâm hay không quan tâm*)
- Đặc điểm tính cách (*thuộc loại người nào*)

Có thể xác định đối tượng giao tiếp thông qua các báo cáo có sẵn, qua quan sát trực tiếp hoặc sử dụng các câu hỏi.

### 2.1. Kỹ năng hỏi chuyện (phỏng vấn) người bệnh

Phỏng vấn nhằm thu thập thông tin cần thiết cho việc lập kế hoạch chăm sóc, vì vậy cần phải rèn luyện kỹ năng phỏng vấn. Người ta thường bắt đầu đặt câu hỏi từ câu chuyện mà người bệnh thuật lại. Có hai loại câu hỏi: câu hỏi đóng và câu hỏi mở. Với câu hỏi đóng, người bệnh chỉ cần trả lời có hoặc không, với câu hỏi mở, người bệnh thường phải mô tả, diễn giải về điều ta muốn hỏi nên thường bắt đầu bằng câu hỏi “*tại sao?*”... “*làm thế nào?*”... giúp điều dưỡng viên biết được ý kiến hay nhận thức của người bệnh về chủ đề cần trao đổi một cách đầy đủ. Muốn vậy người điều dưỡng phải đặt ra những câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với bệnh cảnh của từng người và có kế hoạch chăm sóc một cách thích hợp nhất.

### 2.2. Kỹ năng lắng nghe người bệnh

Lắng nghe tích cực đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong giao tiếp của người điều dưỡng vì chỉ có lắng nghe tích cực người điều dưỡng mới giải mã được, hiểu được những lời ẩn chứa phía sau các lời nói, cử chỉ hay biểu hiện của người bệnh.

Lắng nghe tích cực không những đòi hỏi người nghe mà cần phải quan tâm đến điệu bộ, cử chỉ, sự thay đổi âm điệu trong lời nói của người bệnh và phải hiểu những điều người bệnh không thể nói ra được.

- Để lắng nghe tích cực, người điều dưỡng cần:
  - + Ngồi đối diện với người bệnh một cách thoải mái nhất.
  - + Giữ một thái độ cởi mở.
  - + Hơi nghiêng về phía người bệnh.



- + Duy trì tiếp xúc bằng mắt vừa phải với người bệnh.
- + Thư giãn để lắng nghe.
- Các yếu tố cản trở đến quá trình nghe tích cực của điều dưỡng:
  - + Quan liêu, kẻ cả, hấp tấp, vội vàng, căng thẳng tâm lý, lo lắng.
  - + Ngồi không thoải mái.
  - + Thiếu chú ý lắng nghe.

### 2.3. Kỹ năng thấu hiểu người bệnh

Thông cảm ở đây muốn nói đến các hành động của người điều dưỡng, trong việc hiểu các ý nghĩ và sẵn sàng chia sẻ với người bệnh. Sự thông cảm có thể truyền đạt cho người khác bằng lời hoặc không lời.

**Bảng tóm tắt các hành vi thông cảm và không thông cảm**

Thông cảm	Không thông cảm
<b>Bằng lời</b>	
- Chứa đựng cảm xúc.	- Không có cảm xúc.
- Đề cập đến cảm xúc.	- Không đề cập đến cảm xúc.
- Câu hỏi mở.	- Câu hỏi đóng.
- Thái độ không thiên vị.	- Thái độ xét nét, phán xét.
- giọng nói ấm áp.	- Nói đều đều.
<b>Bằng cử chỉ (không lời)</b>	
- Nhìn vào mắt.	- Nhìn sang chỗ khác.
- Gật đầu.	- Gật đầu nhiều quá.
- Hơi mỉm cười	- Quá nghiêm nghị.
- Điệu bộ nhẹ nhàng.	- Cười lớn.
- Nghiêng về phía trước.	- Khoanh tay.
- Thoải mái.	

### 2.4. Kỹ năng tiếp xúc thích hợp

Tiếp xúc là một phương tiện hữu ích trong giao tiếp, để thể hiện tình cảm (*sự thông cảm*), chia sẻ hay trấn an người đối thoại. Chỉ cần nắm tay đôi khi cảm thấy khỏe hẳn lên. Tuy nhiên, cần phải biết sử dụng vào thời điểm thích hợp và mức độ tùy thuộc vào từng đối tượng và hoàn cảnh cụ thể.

Hài hước nhẹ nhàng là một công cụ rất tốt để hòa đồng với người bệnh, giải tỏa các ức chế và phòng chống stress cho điều dưỡng viên cũng như người bệnh.

### 2.5. Kỹ năng im lặng

Giao tiếp không phải chỉ bằng lời nói, người điều dưỡng cần phải biết im lặng để khuyến khích người bệnh nói. Im lặng để giúp cho điều dưỡng có thời gian quan sát người bệnh trong khi họ đang cố gắng giao tiếp bằng lời, quan sát kỹ hành động, nét mặt, dáng vẻ, thái độ... của người bệnh

để xem người bệnh có sốt ruột không, có bình tĩnh không, mà quyết định có tiếp tục giao tiếp hay không. Qua đó người điều dưỡng có thể hiểu thêm, hiểu sâu về bản chất của bệnh tật của người bệnh và thấy rõ hơn về con người họ.

## 2.6. *Giao tiếp bằng văn bản*

Trong hoạt động của người điều dưỡng luôn có công việc không thể bỏ qua đó là viết báo cáo, ghi hồ sơ bệnh án, viết kế hoạch chăm sóc người bệnh. Vì vậy, đòi hỏi phải chính xác, trung thực, đầy đủ, dễ đọc. Các văn bản này cần phải:

- Ghi ngày, tháng, giờ của các hành động (*thời gian*)
- Chỉ nên mô tả các hành vi (*của người bệnh*) quan sát được
- Dùng những từ ngữ đó được định nghĩa (*thống nhất*) và chỉ viết tắt khi có thống nhất chung.
- Mô tả ngắn gọn và phức tạp.

## 3. Những điểm cần lưu ý trong giao tiếp của người điều dưỡng

### 3.1. *Giao tiếp của người điều dưỡng với người bệnh*

Giao tiếp của người điều dưỡng với người bệnh là sự tương tác có tính mục đích và có trọng tâm, nhằm vào các nhu cầu của người bệnh; giúp người bệnh diễn tả được các cảm xúc hay vấn đề liên quan đến bệnh lý, điều trị hay chăm sóc. Như vậy, giao tiếp là trung tâm của mọi hoạt động chăm sóc, giao tiếp để thực hiện có hiệu quả các bước của quy trình điều dưỡng, ví dụ: thu thập thông tin trong giai đoạn nhận định, tiếp xúc với người bệnh tại giường bệnh khi thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

Người điều dưỡng cần luôn luôn nhớ rằng trong buổi đầu tiên gặp gỡ người bệnh theo dõi chúng ta về ánh mắt, nụ cười, điệu bộ, nét mặt, dáng đứng, điệu đi, thái độ ... và tất cả những thông tin này đều có thể chữa bệnh hoặc gây ra bệnh. Để làm tốt được điều này, người điều dưỡng cần lưu ý những điểm sau:

- Cần xác định rõ, cụ thể mục đích của giao tiếp giữa người điều dưỡng và người bệnh là nhằm chăm sóc người bệnh có hiệu quả và người điều dưỡng luôn tìm cơ hội để dẫn dắt hoạt động của người bệnh hướng vào việc thực hiện mục đích này.

Bước đầu tiên của giao tiếp là thu thập thông tin. Muốn có nhiều thông tin tin cậy người điều dưỡng cần tiếp xúc với nhiều đối tượng, trong những hoàn cảnh, tình huống khác nhau. Phải có thái độ tích cực khi thu thập thông tin, cân nhắc tất cả những thông tin nhỏ nhất của người bệnh, cần tìm hiểu tâm tư, tính cách, sở thích, học vấn, mối quan hệ nhất là bệnh tật của người bệnh.

Cần chuẩn bị kỹ về thời gian, địa điểm, không khí tâm lý... của cuộc giao tiếp. Nơi giao tiếp cần phải sạch sẽ, mát mẻ, ngăn nắp, kín đáo, trang trí màu sắc cảnh vật hài hòa, khoa học.

Cần tạo cho người bệnh ấn tượng tốt đẹp về mình, nhất là ấn tượng đầu tiên. Nếu để lại ấn tượng không tốt thì sẽ mất nhiều thời gian mới có thể tiếp tục giao tiếp đạt kết quả. Người điều dưỡng phải chủ động gây thiện cảm với người bệnh, thỉnh thoảng nên gây ấn tượng mới mẻ, bất ngờ với đối tượng giao tiếp.

Thói quen nhún nhường người bệnh là rất quan trọng. Cần quan tâm đến người bệnh, giúp đỡ người bệnh đạt được mong muốn của họ, trong phạm vi khả năng cho phép. Tích cực khích lệ sự tiến bộ dù là nhỏ nhất trong khắc phục bệnh tật của người bệnh. Phải biết khơi dậy lòng hăng hái và

giữ thể diện cho họ, không được định kiến khi giao tiếp, nên đối xử với người bệnh bằng lòng tốt, tình thân ái, sự nhiệt tình, khoan dung, thông cảm, phải làm cho người bệnh có cùng chí hướng với người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc và sẵn sàng giúp đỡ, tôn trọng họ.

Biết duy trì trạng thái cân bằng tâm lý trong giao tiếp. Loại bỏ cảm giác mệt mỏi, lo âu, giận dữ... bằng cách tự vấn an, tự ám thị. Thái độ tự nhiên là bí quyết hay nhất trong giao tiếp. Nên khắc phục sự lúng túng bằng cách tập trung chú ý vào *“một điểm và thường xuyên luyện tập sức lực, tinh thần, tránh căng thẳng nội tâm”*.

Cần để cho người bệnh trình bày hết mọi ý kiến của họ vì *“biết nghe sẽ làm cho người bệnh biết nói”* cố gắng thu lượm những ý kiến bổ ích. Không nên sử dụng những lý lẽ thiếu tình cảm. Những người lúc nào cũng muốn dùng lý luận logic để giao tiếp sẽ bị cho là cứng nhắc, không được người khác hoan nghênh, đôi khi còn gây phản ứng mạnh mẽ, cần nói năng trôi chảy mạch lạc ngữ điệu ôn hòa và lễ độ, tránh dùng ngôn từ không đúng, thô lỗ. Giọng nói cương quyết là cực kỳ quan trọng. Nếu nói nhỏ sẽ làm cho đối phương có ấn tượng người nói thiếu quyết đoán. Nên sử dụng nhiều câu khẳng định, khéo dùng phương tiện phi ngôn ngữ để phụ họa như gật đầu, mỉm cười, nhướn người, mở to mắt ngạc nhiên...

...Nên chào hỏi một cách tự nhiên. Hãy nói câu *“Tôi có thể giúp gì cho bạn”* một cách chân thành. Tâm trạng con người được phản ánh rõ trong ngữ điệu, âm thanh và sự biểu cảm của câu chào. Nên kết thúc buổi giao tiếp của người điều dưỡng với người bệnh một cách hợp lý, gây ấn tượng sâu sắc cho người bệnh.

### **3.2. Giao tiếp của người điều dưỡng với người nhà của người bệnh**

Gia đình, người thân của người bệnh có vai trò khá tích cực trong quá trình điều trị, chăm sóc họ. Nếu người điều dưỡng giao tiếp tốt với người nhà người bệnh thì sẽ có tác động tốt đến người bệnh trong quá trình chăm sóc. Vì vậy, điều dưỡng cần phải hiểu hoàn cảnh gia đình người bệnh, mối quan hệ và vai trò của người thân, gia đình đối với người bệnh.

Giao tiếp giữa điều dưỡng viên với người nhà người bệnh thường xuyên được duy trì nhằm mục đích chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả cao. Từ sự tiếp xúc giữa điều dưỡng viên với người nhà người bệnh, ta có thể tìm được người nào có uy tín nhất đối với người bệnh, để trong trường hợp cần thiết người điều dưỡng có thể cộng tác để giải quyết nhiều vấn đề có liên quan đến người bệnh.

Cũng cần nêu lên khía cạnh tiêu cực trong khi tiếp xúc với người nhà người bệnh. Nói chung những người này đa số là bình tĩnh, đúng mực, biết kính trọng người thầy thuốc, người điều dưỡng, song cũng có một số ít trường hợp chính người nhà người bệnh không kiềm chế được, dễ xúc động khốc lốc, hoang mang, có lúc họ đưa ra những yêu cầu khác nhau mà người điều dưỡng không thể giải quyết được. Những lúc như thế thì người điều dưỡng cần khéo léo, bình tĩnh, kiên trì, chịu đựng, tự chủ, tự kiềm chế và phải chinh phục họ bằng tài năng, đức độ, lòng vị tha và tình nhân ái của mình.

Ví dụ như khi người bệnh tiên lượng nặng, có nguy cơ tử vong cao thì người nhà của người bệnh vì quá lo lắng cho người bệnh. Họ dễ nổi nóng, cáu gắt, có những lời nói thiếu cân nhắc, dễ xúc phạm tới người thầy thuốc và người điều dưỡng viên... gây cản trở đến việc chăm sóc của người điều dưỡng. Lúc này chúng ta phải bình tĩnh để giải quyết vấn đề một cách ôn hòa.

Có một số trường hợp người nhà người bệnh tỏ ra mình có mối quan hệ với người làm trong bệnh viện, họ cậy có tiền, thích thể hiện mình... nên họ thiếu sự tôn trọng người thầy thuốc và người

điều dưỡng trong những tình huống này, người điều dưỡng cần phải khéo léo, tế nhị dẫn dắt họ theo hướng của mình; biết xử lý tình huống một cách thận trọng.

*Tóm lại:* Người điều dưỡng phải biết vận dụng những kỹ năng giao tiếp khi tiếp xúc với người nhà người bệnh một cách tốt nhất để giúp cho công tác chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả.

### 3.3. *Giao tiếp của người điều dưỡng với đồng nghiệp*

Để hoạt động chăm sóc và điều trị người bệnh có hiệu quả, các thành viên trong nhóm phải trao đổi thông tin, hợp tác chặt chẽ và hỗ trợ nhau trong công việc. Vì thế, với đồng nghiệp thì người điều dưỡng cần phải: Luôn luôn học hỏi những kinh nghiệm của những người đi trước vì họ là những người giàu kinh nghiệm trong việc chăm sóc người bệnh. Sẵn sàng chia sẻ những khó khăn với đồng nghiệp, giúp đỡ đồng nghiệp vượt qua thời kỳ khủng hoảng về thể chất và tinh thần. Luôn luôn tạo bầu không khí trong khoa phòng đầm ấm, thân mật, để làm tăng hiệu quả công tác điều trị và chăm sóc người bệnh. Luôn luôn tôn trọng công việc của tập thể, có tinh thần đoàn kết, giúp đỡ đồng nghiệp xây dựng tập thể vững mạnh, toàn diện. Luôn có tinh thần phê và tự phê để giúp nhau cùng tiến bộ. Hoạt động của điều dưỡng đòi hỏi người điều dưỡng phải giao tiếp có hiệu quả để hỗ trợ cho các kỹ năng chuyên môn khác.

## 4. Kỹ năng thông báo tin xấu

### 4.1. *Khái niệm về tin xấu và thông báo tin xấu*

Tin xấu (*bad news*) được coi là những thông tin không mong đợi của cả người bệnh và điều dưỡng về tình trạng bệnh, diễn biến theo chiều hướng xấu (*bệnh nặng hơn*), bao gồm tình trạng kháng đa kháng sinh; các rủi ro, biến chứng đã xảy ra; bệnh có nguy cơ tàn tật hay tử vong cao...

Tiên lượng bệnh diễn biến nặng không bao giờ là mong muốn của người bệnh và điều dưỡng, do đó, việc thông báo cho người bệnh về tình trạng bệnh tăng nặng luôn là một vấn đề khó.

Một điều quan trọng cần chú ý, đối với điều dưỡng thì những thông tin này về mặt chuyên môn lại rất thường gặp và dễ giải thích về nguyên nhân cũng như cách xử trí đối với người bệnh, tin xấu thường gây sốc, đồng thời có thể là nguyên nhân dẫn đến những thay đổi đột ngột về tâm lý và hành vi, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của chính người bệnh.

Phản ứng của người bệnh trước tin xấu thường rất khác nhau. Có những người bệnh bình tĩnh lắng nghe và làm theo lời khuyên của điều dưỡng nhưng cũng có những người bệnh cảm thấy bị tổn thương nặng khi được thông báo tin xấu, và đã có những trường hợp người bệnh có phản ứng tiêu cực như rối loạn tâm thần, bỏ điều trị, sốc nặng gây tai biến, hay tự tử.

Tin xấu là thông tin khó chấp nhận nhất với người bệnh vì:

- Là thông tin không được mong đợi.
- Đem đến cảm giác tuyệt vọng, mất tất cả: sức khỏe, tương lai, công việc, thu nhập, thăng tiến.
- Nỗi sợ hãi vì cái chết sắp đến.
- Đem đến sự lo lắng, đau khổ trong gia đình, người thân của người bệnh...

Tuy khó khăn, nhưng thông báo tin xấu với người bệnh là một kỹ năng mà bất kỳ điều dưỡng nào cũng cần phải học tập và rèn luyện để sẵn sàng đối mặt. Thông báo tin xấu không nên thực hiện vội vàng, điều dưỡng cần chuẩn bị tốt trước khi thông báo tin xấu cho người bệnh để đảm bảo cuộc

giao tiếp thành công (*thông báo được tin cho người bệnh, và giảm đến mức tối thiểu tác hại của thông tin xấu đến sức khỏe của người bệnh*).

### 4.2. Quá trình chuẩn bị để thông báo tin xấu cho người bệnh

#### 4.2.1. Chuẩn bị nguồn thông tin về tin xấu

Những thông tin nào cần được thông báo cho người bệnh?

- Điều dưỡng phải xác định rõ. nguồn gốc thông tin, chỉ thông báo cho người bệnh khi đã có những kết quả chắc chắn, hay nói cách khác là khi đã có “*chuẩn vàng*” của xét nghiệm y khoa.
- Kết quả tế bào học.
- Kết quả xét nghiệm nhiều lần cho cùng một kết luận (*với những xét nghiệm không làm tế bào học*).
- Không được thông tin cho người bệnh khi chưa có chẩn đoán xác định về chuyên môn.
- Thông tin để cung cấp cho người bệnh phải rõ ràng, chính xác về chuyên môn theo cách mà người bệnh có thể hiểu được.

*Điều dưỡng cần chuẩn bị trước những thông tin sẽ cung cấp và giải thích cho người bệnh:*

- Thông tin dự kiến sẽ thông báo với người bệnh.
- Dự kiến những câu hỏi mà người bệnh sẽ hỏi và chuẩn bị trước câu trả lời thích hợp.
- Dự kiến phản ứng về tâm lý của người bệnh và chuẩn bị hướng xử trí.
- Dự kiến những phản ứng tiêu cực khác của người bệnh và chuẩn bị kế hoạch nhờ đồng nghiệp hỗ trợ.
- Quá trình chuẩn bị thông tin càng chi tiết bao nhiêu thì điều dưỡng sẽ càng tự tin và chủ động xử trí mọi tình huống xảy ra khi thông báo tin xấu cho người bệnh.

Thông báo tin xấu cần sử dụng hình thức thông tin bằng lời nói. Điều dưỡng nói trực tiếp cho người bệnh và / hoặc người nhà người bệnh nghe. Thông tin cung cấp phải chính xác về chuyên môn và dễ hiểu đối với người bệnh.

#### 4.2.2. Người sẽ thông báo tin xấu

Người thông báo tin xấu thường là điều dưỡng điều trị, vì điều dưỡng điều trị là người chịu trách nhiệm về toàn bộ quá trình chăm sóc cho người bệnh tại bệnh phòng, và là người hiểu rõ quá trình diễn biến bệnh của người bệnh.

Đôi khi điều dưỡng có thể ủy quyền cho một đồng nghiệp để thông báo tin xấu cho người bệnh như điều dưỡng tâm lý, điều dưỡng tư vấn, điều dưỡng... nếu điều dưỡng điều trị thấy đồng nghiệp của mình có thể làm tốt việc thông tin cho người bệnh hơn bản thân mình.

#### 4.2.3. Thời điểm thông báo tin xấu

Thông báo tin xấu cho người bệnh vào lúc nào là tốt nhất, và tránh được các phản ứng tiêu cực của người bệnh, cũng là một vấn đề cần quan tâm:

- Không thông báo tin xấu khi người bệnh chuẩn bị thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật.

- Không thông báo tin xấu khi người bệnh vừa trải qua một diễn biến nặng. của bệnh như sau phẫu thuật, sau một đợt cấp cứu...
- Nên chọn thời điểm người bệnh cảm thấy thoải mái, đã được nghỉ ngơi và sau bữa ăn
- Nên chọn thời điểm khi người bệnh có người chăm sóc ở bên cạnh, sẵn sàng hỗ trợ người bệnh về tinh thần và vật chất.
- Nên chọn thời điểm vào ban ngày, để sẵn sàng xử trí những phản ứng tiêu cực của người bệnh khi nhận thông tin..

Trong các trường hợp cấp cứu, do người bệnh đang trong tình trạng nặng, khó hoặc không thể tiếp nhận thông tin, nên mọi thông tin, kể cả tin xấu thường được điều dưỡng thông báo cho gia đình người bệnh. Lúc này, có thể không cần quan tâm đến các yếu tố về thời điểm như trên, mà điều cần quan tâm hơn là hình thức thông báo tin như thế nào để không gây nguy cơ diễn biến xấu về tâm lý đối với người bệnh và gia đình người bệnh.

#### 4.2.4. Địa điểm để thông báo tin xấu

- Địa điểm cung cấp thông tin phải là môi trường chuyên môn và cần an toàn, đảm bảo bí mật cho người bệnh
- Thường là phòng tư vấn, hoặc phòng điều dưỡng. Đôi khi có thể là tại giường của người bệnh nếu người bệnh nặng.
- Không nên thông báo tin xấu tại phòng hành chính khoa vì quá ồn ào, nhiều người xung quanh nên không đảm bảo được nguyên tắc bảo mật thông tin cho người bệnh.
- Không thông báo tin xấu tại những nơi thiếu tính chuyên nghiệp như bên ngoài của phòng bệnh, hành lang, vừa đi vừa nói...
- Không thông báo qua điện thoại.

#### 4.2.5. Người nhận tin xấu

Điều dưỡng cần cân nhắc xem người nhận thông tin là người bệnh hay người nhà người bệnh. Trong thực tế người bệnh có quyền được nhận các thông tin y khoa liên quan đến quá trình bệnh lý của mình, nhưng nếu điều dưỡng thấy người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý nặng như hôn mê, đang được hồi sức cấp cứu... thì người nhận thông tin không thể là người bệnh, mà phải là người nhà người bệnh.

Nếu người bệnh còn tỉnh, nhưng đang trong tình trạng tâm lý không ổn định thì điều dưỡng cần cân nhắc đến việc đề nghị người bệnh ủy quyền cho người nhà nhận thông tin thay thế để đảm bảo an toàn sức khỏe cho người bệnh.

Chỉ những người bệnh đủ 18 tuổi trở lên, có đủ khả năng giao tiếp và tiếp nhận tin xấu mới có quyền nhận hay từ chối thông tin do điều dưỡng cung cấp.

Trẻ nhỏ dưới 6 tuổi và trẻ vị thành niên (*dưới 18 tuổi*) thì thông tin được cung cấp cho bố, mẹ hoặc người bảo hộ của trẻ.

Người bệnh trên 18 tuổi nhưng không có khả năng giao tiếp, thì thông tin được cung cấp cho bố, mẹ hoặc người bảo hộ.



#### 4.2.6. *Hiểu biết của người nhận tin xấu*

Điều dưỡng cần tìm hiểu về kiến thức của người bệnh (*người nhận tin*) trước khi cung cấp thông tin, xem người bệnh đã biết gì về bệnh lý và thông tin sắp thông báo.

Nhiều người bệnh có kiến thức khá tốt về bệnh của mình, đặc biệt là các bệnh mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, hen...

Tìm hiểu về kiến thức của người bệnh để điều dưỡng chuẩn bị cho phần giải thích khi cung cấp thông tin. Với những người bệnh chưa có hiểu biết nhiều về bệnh, thì điều dưỡng có thể cần giải thích nhiều hơn, chọn lọc từ ngữ để hiểu hơn nữa để người bệnh có thể hiểu được.

### 4.3. *Quá trình thông báo tin xấu cho người bệnh*

#### 4.3.1. *Thể hiện sự đồng cảm với tình trạng sức khỏe của người bệnh*

Bắt đầu quá trình thông báo tin xấu cho người bệnh bằng lời chào và những câu hỏi ngắn, thể hiện sự đồng cảm, quan tâm đến người bệnh. Hãy hỏi người bệnh về cảm nghĩ của họ, họ có thấy khỏe hơn không,... Những lời hỏi thăm cần chân thành và phù hợp với tình trạng của người bệnh, không sáo rỗng.

**Điều dưỡng:** *Chào anh An. Hôm nay anh cảm thấy trong người thế nào? Anh có ăn tốt hơn hơn hôm qua không?... (chờ người bệnh trả lời xong mới nói tiếp).*

- Không bao giờ nói ngay vào thông tin chính. Không nói theo kiểu khẳng định đương nhiên là phải như vậy “*Kết quả xét nghiệm của anh mới về đây, đúng là ung thư máu rồi*”.
- Điều dưỡng cần chọn lựa lời nói sao cho thích hợp và đồng cảm với người bệnh. Cung cấp thông tin từ từ, không quá nhanh, không quá nhấn mạnh vào tin xấu.

#### 4.3.2. *Bắt đầu từ sự hiểu biết của người bệnh, gia đình người bệnh*

Một cách tốt nhất để thông báo tin xấu là nên bắt đầu từ tình trạng bệnh mà cả người bệnh, người nhà và điều dưỡng đều biết trước đó. Do vậy, đây là thông tin để hiểu và để chấp nhận với người bệnh, vì họ đã biết.

**Điều dưỡng:** *Như anh đã biết, trước khi đi chụp MIR lồng ngực, anh đã có khó thở, và trên phim XQ ngực thể hiện một khối mờ ở vùng trung thất.*

**Người bệnh A:** *Vâng, điều dưỡng đã chỉ cho tôi thấy khối mờ đó.*

**Điều dưỡng:** *Để biết rõ hơn về khối mờ này, chúng tôi đã đề nghị chụp MIR ngực, và anh đã ký giấy đồng ý.*

**Người bệnh A:** *Vâng.*

#### 4.3.3. *Thông báo tin xấu*

Khi cảm thấy người bệnh, đã sẵn sàng lắng nghe, tâm lý người bệnh ổn định; điều dưỡng bắt đầu cung cấp thông tin, đồng thời quan sát cảm xúc, thái độ, phản ứng của người bệnh.

**Điều dưỡng:** *Kết quả chụp MR! ngực của anh cho hình ảnh không như chúng ta mong đợi (quan sát thái độ của người bệnh khi bắt đầu nhận thông tin)...*

**Người bệnh A:** *Sao vậy hả điều dưỡng?*



Điều dưỡng Trên hình ảnh MIR cho thấy đó là một khối không bình thường. Khối này khá lớn, chèn ép vào khí quản và thực quản. Do đó, đã làm anh khó thở và khó nuốt thức ăn (... *dừng lại và tiếp tục quan sát thái độ của người bệnh*).

Thông tin được cung cấp thành những câu ngắn, rõ ràng. Điều dưỡng vừa cung cấp thông tin, vừa giao tiếp bằng ánh mắt để quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh, gia đình người bệnh. Khi người bệnh có những thay đổi về tâm lý, hành vi, điều dưỡng cần tạm ngừng cung cấp thông tin.

#### 4.3.4. Hỗ trợ tâm lý, cảm xúc

Hỗ trợ về tâm lý và cảm xúc là kỹ năng rất cần thiết trong quy hình thông báo tin xấu. Điều dưỡng cần có kiến thức về tâm lý chung của người bệnh, cũng như những kiểu phản ứng tâm lý khác nhau ở người bệnh. Để hỗ trợ tốt cho người bệnh, điều dưỡng cần:

- Luôn lắng nghe người bệnh.
- Thể hiện thái độ đồng cảm với những vấn đề khó khăn mà người bệnh đang phải đối mặt (*sức khỏe xấu, thu nhập giảm sút, thời gian nằm viện kéo dài...*)
- Phát hiện được và hiểu đúng mọi ngôn ngữ không lời của người bệnh, để tìm hiểu những cảm xúc, phản ứng của người bệnh có thể xảy ra.
- Sử dụng từ ngữ đồng cảm, dễ nghe, dễ hiểu với người bệnh, khuyến khích người bệnh chia sẻ suy nghĩ, những vấn đề khó khăn của bản thân.
- Nếu người bệnh có những phản ứng tâm lý như buồn rầu, khóc lóc... điều dưỡng có thể ngừng cung cấp thông tin và chuyển sang nói chuyện, trao đổi về những nội dung khác để giúp người bệnh bình tĩnh lại.

**Điều dưỡng:** *Chúng ta chuyển sang vấn đề khác nhé. Bác ăn uống thế nào? Bác có theo đúng chế độ ăn như chúng tôi đã khuyên không?*

**Người bệnh:** *Tôi vẫn cố gắng ăn như vậy.*

**Điều dưỡng:** *Bác hãy cố gắng nhé. Chế độ ăn tốt sẽ giúp cơ thể bác có thêm sức đề kháng với bệnh đấy.*

Hoặc điều dưỡng có thể chia sẻ cảm xúc với người bệnh

**Điều dưỡng:** *Tôi rất tiếc khi phải thông báo với anh như vậy. Chúng ta đã mong đợi một kết quả xét nghiệm tốt hơn thế*

**Người bệnh:** *Thế là cuộc đời tôi đã kết thúc rồi...*

**Điều dưỡng:** *Anh không nên suy nghĩ như vậy. Đã có những người bệnh kéo dài cuộc sống của họ hơn 5 năm và như vậy có thể coi là chiến thắng được bệnh ung thư. Anh vẫn còn hy vọng vào những đợt điều trị tiếp theo. Chúng ta sẽ tiếp tục thảo luận về các liệu pháp điều trị cho anh nhé?*

Nếu người bệnh có phản ứng quá mức như kích động, gào thét, hoặc có hành vi nguy hiểm đến bản thân, điều dưỡng cần ngừng cung cấp thông tin, và đề nghị gia đình hỗ trợ, động viên người bệnh. Lúc này, vai trò của gia đình rất quan trọng, vừa giúp người bệnh bình tĩnh lại, vừa giúp phát hiện sớm và ngăn ngừa các hành vi nguy hiểm của chính người bệnh. Đồng thời, điều dưỡng cũng cần tiếp tục theo dõi sát người bệnh để phát hiện kịp thời và xử trí các tình huống nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Một hành vi có thể gặp ở những người bệnh nhân được tin xấu là tự tử. Điều dưỡng cần dặn gia đình, người chăm sóc theo dõi sát người bệnh để ngăn chặn những ý định hoặc hành vi dọa tự tử. Nếu cần, điều dưỡng có thể chuyển người bệnh sang nằm giường ở vị trí an toàn hơn (*như giường ở xa cửa sổ*), dặn người chăm sóc loại bỏ hết những vật có thể tạo cơ hội cho người bệnh tự tử như dao, kéo, dây, thuốc ngủ... Luôn có người chăm sóc bên cạnh người bệnh bất kỳ lúc nào, và không gọi lại thông tin xấu đối với người bệnh.

#### 4.3.5. Kiểm tra lại tin xấu đã thông báo

Sau khi thông báo tin xấu, điều dưỡng cần kiểm tra lại xem người bệnh có hiểu đúng những thông tin vừa được cung cấp không. Nếu người bệnh hiểu sai, điều dưỡng cần thông báo và giải thích lại cho đến khi người bệnh hiểu đúng.

Điều dưỡng cần hỏi xem người bệnh có câu hỏi nào về vấn đề vừa được thông báo không. Điều dưỡng cần trả lời và giải thích đầy đủ cho những câu hỏi của người bệnh.

**Điều dưỡng:** *Chúng ta đã trao đổi về nhiều thông tin. Anh hãy nhắc lại xem chúng ta vừa nói về điều gì được không?*

**Người bệnh:** *Điều dưỡng vừa thông báo với tôi rằng hai thận của tôi đã suy ở giai đoạn IV và cần phải chạy thận nhân tạo.*

**Điều dưỡng:** *Anh có cần giải thích thêm gì nữa không?*

**Người bệnh:** *Vậy là tôi sẽ gắn cuộc đời còn lại với cái máy thận nhân tạo sao?*

**Điều dưỡng:** *Trước mắt, đây là giải pháp tốt nhất cho anh. Cái máy này sẽ làm việc thay hai quả thận của anh, giúp cơ thể anh thải được chất độc. Do đó phải chạy máy định kỳ vài ngày một lần nhưng chúng ta vẫn còn một hy vọng, anh hãy đăng ký khám và xét nghiệm để chờ ghép thận. Nhiều người bệnh đã được ghép thận thành công. Nếu anh muốn, chúng tôi sẽ giới thiệu anh đến khoa Ngoại để khám và tư vấn nhé.*

#### 4.3.6. Khơi gợi những hy vọng, lạc quan cho người bệnh

Tâm lý người bệnh khi tiếp nhận tin xấu thường sẽ bi quan, chán nản. Điều dưỡng cần cố gắng gợi lên những hy vọng, lạc quan cho người bệnh, động viên người bệnh chấp nhận thông tin, chấp nhận trị liệu và thực hiện chăm sóc tốt để duy trì sức khỏe.

Không nên nhắc lại tin xấu nhiều lần với người bệnh, vì sẽ làm họ lo lắng nhiều hơn. Điều dưỡng nên nói đến những thông tin lạc quan hơn như tỷ lệ người được điều trị khỏi bệnh, các liệu pháp điều trị mới, những can thiệp có kết quả tốt đối với tình trạng bệnh lý của người bệnh.

**Điều dưỡng:** *Dù sao chúng ta cũng thấy một điều đáng mừng là khối u của anh đã được phát hiện sớm, kích thước khối u còn nhỏ và có khả năng phẫu thuật được.*

**Điều dưỡng:** *Trong số các loại ung thư, thì bệnh của chị được đánh giá là có thời gian sống lâu nhất. Nhiều người bệnh được phát hiện ung thư vú sớm như chị, sau khi phẫu thuật và điều trị triệt để, đã sống được tới 20 năm, đó là một kết quả rất tốt. Tôi tin là chị hoàn toàn có thể làm được như vậy.*

**Điều dưỡng:** *Cho dù bệnh của bác không đáp ứng với thuốc điều trị, nhưng bác hãy cố gắng đừng suy nghĩ nhiều. Sự thoải mái về tinh thần cũng sẽ giúp cơ thể bác kéo dài được thời gian hơn.*

*là những người bệnh suy sụp về tinh thần. Chúng tôi sẽ kê đơn thuốc giảm đau để giúp bác cảm thấy dễ chịu hơn*

#### 4.3.7. Tư vấn cho người bệnh

Quá trình thông báo tin xấu không chỉ dừng lại ở giai đoạn cung cấp thông tin, mà điều dưỡng còn cần tư vấn cho người bệnh để giúp họ giải quyết những vấn đề sức khỏe của mình. Những vấn đề người bệnh thường hỏi:

- Bệnh của tôi có chữa khỏi được không?
- Có những cách nào để điều trị bệnh này?
- Liệu tôi sẽ sống được bao lâu nữa?
- Tôi có bị tàn tật vĩnh viễn không?
- Bệnh của tôi có lây cho người khác không? Có di truyền không?
- Nếu điều trị tiếp thì tôi cần chuẩn bị kinh phí là bao nhiêu?
- Nếu tôi đồng ý phẫu thuật thì sẽ kéo dài cuộc sống-được bao lâu?...

Điều dưỡng cần giúp người bệnh giải quyết những vấn đề liên quan đến tin xấu:

- Nếu người bệnh tiếp tục điều trị, điều dưỡng cần thông báo quy trình chăm sóc tiếp theo cho người bệnh, bao gồm: thời gian điều trị, các phương pháp điều trị để người bệnh lựa chọn, các thuốc đặc trị, những tác dụng phụ có thể gặp khi dùng thuốc đặc trị, ước tính kinh phí chi trả cho đợt điều trị tiếp theo...
- Nếu người bệnh cần chuyển viện, chuyển khoa: Điều dưỡng cần thông báo cho người bệnh: mục đích chuyển viện, thời gian chuyển viện, quy trình chuyển viện và người hỗ trợ người bệnh hoàn thành các thủ tục
- Nếu người bệnh cần sự hỗ trợ của điều dưỡng tâm lý: Điều dưỡng điều trị cần thu xếp để người bệnh được gặp điều dưỡng tâm lý càng sớm càng tốt.

Nếu người bệnh ra viện: Điều dưỡng cần ghi đơn thuốc, dặn dò người bệnh đầy đủ về cách dùng thuốc, chế độ ăn uống, tự theo dõi và chăm sóc tại nhà, hẹn tái khám (*nếu cần*).

**Điều dưỡng:** *Như vậy là bác đã điều trị hết đợt hóa chất thứ năm theo đúng liệu trình. Khối u của bác hiện tại đang to lên so với đợt trước. Có thể đo khối u đã không còn đáp ứng với hóa chất. Chúng tôi rất tiếc vì không thể chỉ định thêm các thuốc điều trị nào khác.*

**Người bệnh:** *Có phải tôi đã hết hy vọng điều trị rồi phải không điều dưỡng?*

**Điều dưỡng:** *Bác có muốn thử khám và uống thuốc đông y không? Nếu bác muốn, chúng tôi sẽ giới thiệu bác sang Viện Y học cổ truyền để khám và điều trị.*

#### 4.4. Sau khi thông báo tin xấu

Quá trình thông báo tin xấu không kết thúc ngay sau khi cung cấp thông tin. Thông thường, ít người bệnh cảm thấy chấp nhận ngay được tin xấu điều dưỡng vừa thông báo. Người bệnh có thể có nhiều câu hỏi và nhiều vấn đề cần được bác sĩ giúp đỡ vào những ngày tiếp theo.

Với những người bệnh tiên lượng nặng hoặc sắp tử vong, điều dưỡng nên có lời chia buồn với gia đình người bệnh. Điều dưỡng cũng nên đưa ra những giải pháp cuối cùng để giúp gia đình người

bệnh lựa chọn cách giải quyết tốt nhất. Vì lúc này, gia đình người bệnh rất đau khổ, rối loạn về tâm lý. Sự bình tĩnh và kỹ năng giao tiếp tốt của điều dưỡng sẽ giúp điều dưỡng xử trí được mọi tình huống xảy ra.

**Điều dưỡng:** *Chúng tôi đã làm tất cả những gì tốt nhất cho cháu, nhưng rất tiếc, do phổi cháu bị tổn thương quá nặng nên không thể phục hồi được.*

**Mẹ người bệnh:** *(Khóc)*

**Điều dưỡng:** *Chúng tôi xin chia buồn với gia đình. Chúng tôi có thể giúp thêm một việc nữa cho cháu là duy trì máy thở thêm một thời gian, để chờ gia đình quyết định. Chúng tôi cũng có thể cử người bóp bóng duy trì oxy cho cháu đến khi về tới nhà, nếu gia đình chọn cách đưa cháu về.*

### 4.5. Thái độ của điều dưỡng khi thông báo tin xấu

Tin xấu thường được coi như một sự thất bại của y học trong điều trị bệnh và là tin nhạy cảm với người bệnh. Khi thông báo tin xấu, điều dưỡng cần có thái độ đồng cảm với nỗi đau của người bệnh.

- Điều dưỡng thể hiện sự đồng cảm và sẵn sàng lắng nghe các vấn đề của người bệnh.
- Không làm người bệnh tổn thương, đau đớn thêm.
- Giọng nói nhẹ nhàng, lịch sự...
- Kiên nhẫn giải thích để người bệnh hiểu và chấp nhận thông tin.
- Tỏ thái độ sẵn sàng giúp đỡ người bệnh giải quyết các vấn đề sức khỏe xung quanh tin xấu.
- Nếu người bệnh có phản ứng tâm lý quá mức như kích động, trầm cảm... điều dưỡng nên tạm dừng việc cung cấp thông tin, để ổn định tâm lý cho người bệnh, và chờ thời gian thích hợp sau.

## KẾT LUẬN

Phản ứng của mỗi người bệnh trước tin xấu rất khác nhau. Do đó, điều dưỡng phải được đào tạo và rèn luyện về kỹ năng thông báo tin xấu để có thể xử trí tốt trong bất kỳ trường hợp nào.

Một trong những cách để rèn luyện kỹ năng thông báo tin xấu và tạo sự đồng cảm với người bệnh là điều dưỡng có thể tự nhớ lại những kinh nghiệm của bản thân khi nhận được tin xấu, hoặc khi biết tin một người thân mất đi.

Điều dưỡng sẽ có thể hiểu được cảm xúc của người bệnh khi nhận được tin xấu. Điều dưỡng cần luôn thể hiện sự đồng cảm với nỗi đau của người bệnh và gia đình họ. Điều dưỡng cần sử dụng tốt kiến thức chuyên môn cũng như kỹ năng giao tiếp để đem lại hiệu quả cao nhất trong chăm sóc, điều trị và giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. *Tầm quan trọng của giao tiếp đối với người điều dưỡng là tối cần thiết để thiết lập mối quan hệ tốt với*
  - A. Người bệnh
  - B. Gia đình người bệnh
  - C. Đồng nghiệp
  - D. Cả A,B và C
2. *Những kỹ năng giao tiếp cơ bản của người điều dưỡng là*
  - A. Phỏng vấn người bệnh
  - B. Lắng nghe người bệnh
  - C. Thấu hiểu người bệnh
  - D. Cả 3 kỹ năng trên
3. *Giao tiếp của người điều dưỡng với đồng nghiệp cần*
  - A. Học hỏi kinh nghiệm người đi trước
  - B. Giúp đỡ đồng nghiệp
  - C. Tạo bầu không khí thân mật
  - D. Cả A,B và C
4. *Những điều không nên khi thông báo tin xấu*
  - A. Khi mới khám xong cho người bệnh
  - B. Không thông báo ngoài hành lang
  - C. Không thông báo qua điện thoại
  - D. Cả A,B và C
5. *Cách thức không sử dụng trong thông báo tin xấu*
  - A. Giao tiếp phải chậm
  - B. Câu phải đơn giản
  - C. Lựa chọn thời gian phù hợp
  - D. Lặp đi lặp lại cụm từ nào đó.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bộ Y tế (2004), Tài liệu quản lý điều dưỡng, NXB y học, Hà Nội*
2. *Chu Văn Đức (2005), Giáo trình kỹ năng giao tiếp, NXB Hà Nội*
3. *Nguyễn Ngọc Bảo (2015), Kỹ năng giao tiếp trong thực hành điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*

## BÀI 9

# KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khâu cơ bản và quá trình truyền thông
2. Phân tích các yêu cầu làm cho truyền thông có hiệu quả
3. Trình bày các kỹ năng truyền thông giao tiếp cơ bản cần rèn luyện

## NỘI DUNG

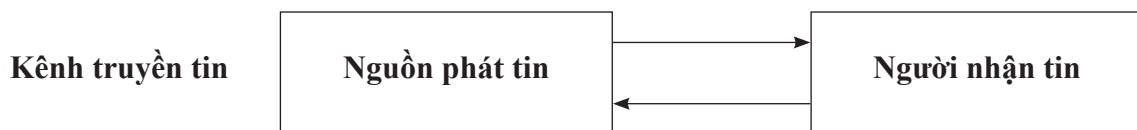
Truyền thông là một trong các kỹ năng quan trọng nhất của người cán bộ giáo dục sức khỏe. Phương tiện giúp cho con người có mối liên hệ gần gũi với nhau trong môi trường sống chính là truyền thông qua ngôn ngữ, bằng cả lời nói và không lời với sự hỗ trợ của một số phương tiện.

Truyền thông là cầu nối giữa người với người. Johnson (1986) coi truyền thông như là phương tiện, qua đó một người chuyển thông điệp đến người khác và mong nhận được sự đáp lại (thông tin phản hồi).

### 1. Các khâu cơ bản của truyền thông

*Truyền thông gồm 3 khâu cơ bản:*

- Nguồn phát tin
- Kênh truyền tin
- Người nhận tin



Sơ đồ 7.1: Ba khâu cơ bản của truyền thông

Hiệu quả của quá trình truyền thông phụ thuộc vào cả 3 khâu cơ bản này. Nếu tin tức được phát ra từ nguồn phát tin không chuẩn bị kỹ càng thì các thông tin có thể không chính xác, không đến được với người nhận, hoặc thông tin đến với người nhận nhưng người nhận không hiểu được thông tin do thông tin không đủ, không phù hợp, khó hiểu. Khi thông tin truyền qua các kênh truyền tin có thể có các yếu tố làm nhiễu, sai lạc. Trình độ, các đặc điểm cá nhân và hoàn cảnh thực tế của người nhận ảnh hưởng tới hiệu quả tiếp nhận thông tin.



Trong phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của truyền thông, việc tách rời và xem xét riêng biệt từng yếu tố: Người nhận, nguồn phát, kênh truyền thông và thông điệp sẽ có thuận lợi để xây dựng chương trình truyền thông hiệu quả

Bước đầu tiên trong việc lập kế hoạch của bất kỳ chương trình truyền thông nào là quan tâm đến đối tượng đích dự kiến. Một phương pháp có thể áp dụng thành công với đối tượng này nhưng lại thất bại với đối tượng khác. Hai người cùng nghe một chương trình trên đài, xem cùng một áp phích nhưng lại hiểu và giải thích về các nội dung có thể hoàn toàn khác nhau. Một số thông tin liên quan đến đối tượng đích cần phải tìm hiểu khi lập kế hoạch truyền thông, đồng thời người truyền thông cũng phải quan tâm đến một số câu hỏi về phạm vi ảnh hưởng cũng như niềm tin về sức khỏe của các đối tượng đích.

## 2. Quá trình truyền thông

### 2.1. Các bước của quá trình truyền thông

*Quá trình truyền thông bao gồm 5 bước cơ bản:*

#### **Bước 1: Người gửi hình thành ý tưởng**

Người gửi có ý tưởng và mong muốn truyền đi ý tưởng đó tới người khác. Davis và Newstom (1985) khẳng định là những người gửi cần phải nghĩ trước khi gửi thông tin, đây là bước cơ bản. Người gửi cần có ý tưởng rõ ràng trong đầu sau đó là lựa chọn ngôn ngữ thích hợp để truyền đạt ý tưởng đã được lựa chọn. Điều cần thiết là phải cân nhắc cả ngôn ngữ bằng lời và ngôn ngữ không lời. Chọn ngôn ngữ và biểu tượng có thể là vấn đề ưu tiên cao nhất để gửi thông điệp chính xác và làm cho thông điệp được nhận chính xác.

#### **Bước 2: Mã hóa**

Các ý tưởng được chuyển thành ngôn từ hay biểu tượng, hình ảnh chứa đựng nội dung mà người gửi muốn gửi đến đối tượng gọi là sự mã hóa.

#### **Bước 3: Chuyển thông điệp qua cầu nối hay kênh**

Sau khi thông điệp đã được mã hóa thì người gửi gửi qua kênh truyền thông. Người nhận là người phải tiếp cận và điều chỉnh theo các kênh của người gửi để nhận thông tin

#### **Bước 4: Nhận và giải mã**

Người nhận nhận thông điệp từ người gửi qua kênh truyền thông và thực hiện giải mã ngôn ngữ để hiểu được nội dung.

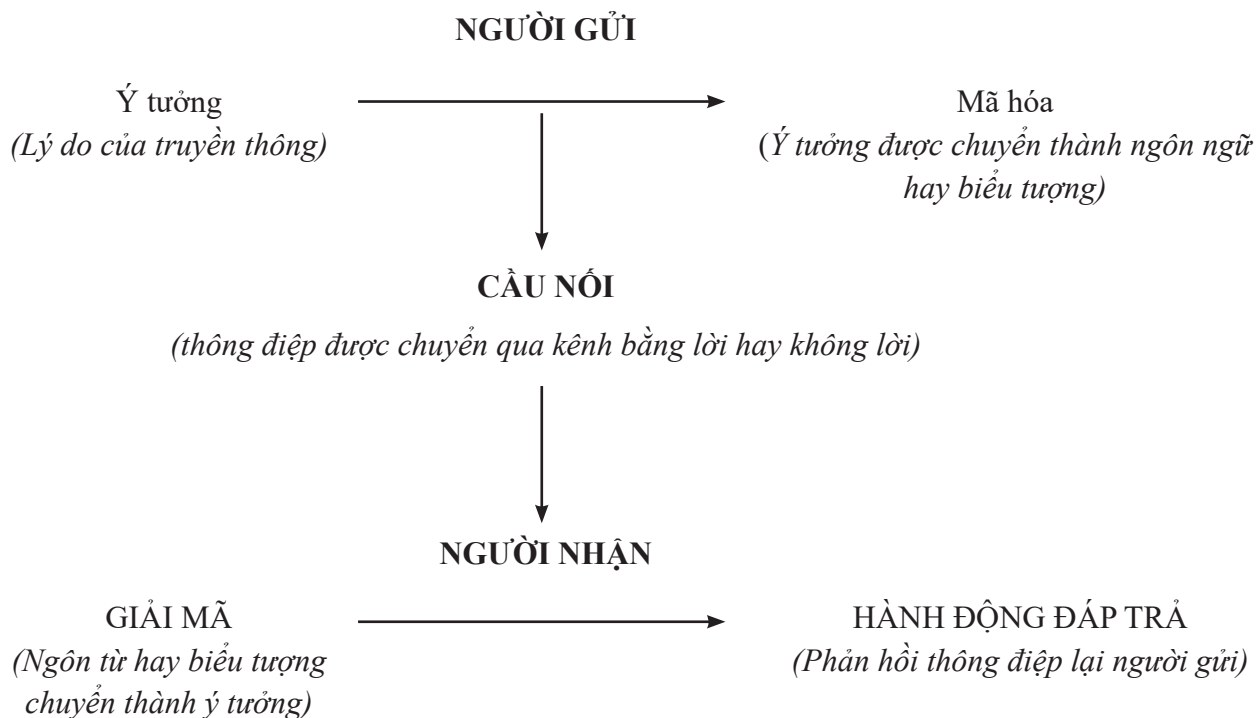
#### **Bước 5: Hành động đáp trả**

Người nhận sau đó hành động để đáp lại thông điệp đã được giải mã. Thông điệp có thể được giữ lại hay lơ đi. Người nhận có thể truyền thông ý tưởng khác tới người gửi, hoặc có thể thực hiện nhiệm vụ để đáp ứng lại thông điệp mà không quan tâm đầy đủ đến thông điệp của người gửi do nhiều lý do.

Quá trình người nhận đáp ứng lại thông tin người gửi gọi là thông tin phản hồi, đó là thông điệp gửi ngược lại đến người gửi. Như vậy người nhận trở thành người gửi và quá trình truyền thông lại bắt đầu. Qua thông tin phản hồi người gửi có thể đánh giá được hiệu quả của truyền thông, có đạt được mục tiêu hay không. Nếu mục tiêu của truyền thông chưa đạt được người gửi cần phân tích



tìm ra các lý do tại sao, trên cơ sở đó điều chỉnh thông điệp hoặc đưa ra phương pháp để cải thiện hoạt động truyền thông của mình nhằm đạt được mục tiêu.



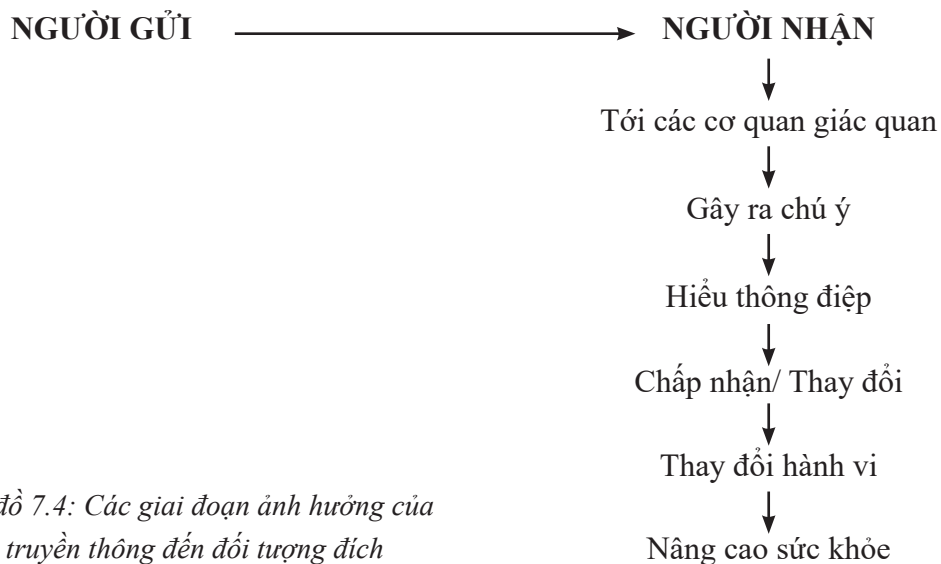
Sơ đồ 7.3: Quá trình truyền thông

## 2.2. Tác động của truyền thông đến đối tượng đích

Truyền thông có thể tác động đến đối tượng đích qua các giai đoạn sau:

### Giai đoạn I: Truyền thông tới được đối tượng

Truyền thông chỉ có hiệu quả khi đối tượng phải nghe nhìn thấy các thông điệp. Thông tin GDDT- SK phải trực tiếp đến với đối tượng vào lúc họ có thể nghe được, nhìn được. Để đạt được điều này phải tìm hiểu đối tượng đích, phát hiện nơi mà họ có thể xem pa nô áp phích và các thói quen nghe đọc.



Sơ đồ 7.4: Các giai đoạn ảnh hưởng của truyền thông đến đối tượng đích

## **Giai đoạn II: Thu hút sự chú ý của đối tượng**

Bất kỳ hình thức TT\_GDSK nào cũng cần thu hút sự chú ý của đối tượng, làm cho đối tượng chú ý nghe, xem và đọc thông điệp. Bất kỳ thời điểm nào người ta tiếp nhận thông tin từ năm giác quan người ta thường không tập trung chú ý vào tất cả mọi tiếp nhận từ các giác quan. Sự chú ý là quá trình mà người ta có thể chọn phần thấp nhất của quá trình để tập trung chú ý vào một sự kiện nhất định nào đó và bỏ qua các sự kiện khác cùng một thời gian. Có nhiều yếu tố của môi trường khiến cho người ta chú ý hay không chú ý tới một sự kiện vì thế vấn đề quan trọng là làm thế nào gây được sự chú ý của đối tượng vào vấn đề.

## **Giai đoạn III: Hiểu các thông điệp**

Một người chỉ chú ý đến thông điệp khi người đó muốn hiểu thông điệp đó. Hiểu thông điệp còn gọi là sự nhận thức. Nhận thức là quá trình chủ quan của mỗi người. Hai người cùng nghe một chương trình hay cùng xem một bức tranh có thể giải thích thông điệp khác nhau, điều đó cũng dẫn đến sự đáp trả khác nhau.

## **Giai đoạn IV: Thúc đẩy các thay đổi**

Truyền thông không dừng lại ở việc tiếp nhận, hiểu biết thông điệp mà nó còn là ở sự tin tưởng và chấp nhận thông điệp. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới việc tin tưởng thông điệp. Sẽ là dễ thay đổi thông tin mà người ta mới tiếp nhận gần đây, ngược lại với thông tin có từ lâu, là quá khó để thay đổi nó.

## **Giai đoạn V: Tạo ra và thay đổi trong hành vi**

Truyền thông có thể dẫn đến kết quả là nâng cao nhận thức, thay đổi niềm tin nhưng không tác động thay đổi hành vi. Nguyên nhân là do truyền thông không hướng vào thay đổi niềm tin mà niềm tin lại ảnh hưởng nhiều nhất tới hành vi của họ. Một người có thể có thái độ tốt và muốn thực hiện hành động như sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, đưa trẻ đi tiêm chủng,... tuy nhiên áp lực từ người khác ngăn cản họ làm việc này. Một lý do khác khiến người ta không thực hiện hành vi vì thiếu các yếu tố như tiền, thời gian, kỹ năng hay các dịch vụ y tế. Như vậy muốn thay đổi hành vi của đối tượng ở giai đoạn này cần tạo ra môi trường và các điều kiện hỗ trợ cho đối tượng.

## **Giai đoạn VI: Nâng cao sức khỏe**

Nâng cao sức khỏe chỉ xảy ra khi các hành vi đã được đối tượng lựa chọn và thực hiện một cách thích hợp trên cơ sở khoa học vì thế nó tác động đến sức khỏe. Nếu thông điệp lỗi thời, nó sẽ không có hiệu quả. Vì vậy cần đảm bảo các thông điệp cần chính xác

### **3. Các yếu tố làm cho truyền thông giao tiếp có hiệu quả**

#### **3.1. Yêu cầu cần có của người làm truyền thông giáo dục sức khỏe.**

Để đạt được kết quả công tác tốt người cán bộ làm công tác TT- GDSK phải có tiêu chuẩn sau:

- Có kiến thức về y học: Người TT- GDSK phải có đủ các kiến thức y khoa cần thiết để soạn thảo các thông điệp phù hợp với từng loại đối tượng.
- Có kiến thức về tâm lý học, khoa học hành vi: Để phân tích tâm lý, hành vi của các đối tượng từ đó chọn các cách giao tiếp phù hợp.
- Có kiến thức và kỹ năng về giáo dục học: Thực chất việc TT- GDSK là dạy học vì thế đòi hỏi cán bộ TT- GDSK cần có kỹ năng nghiệp vụ sư phạm.

- Hiểu biết về văn hóa xã hội, phong tục tập quán và những vấn đề của cộng đồng : Để đảm bảo có cách tiếp cận phù hợp và nhận được sự chấp thuận của cộng đồng.
- Nhiệt tình trong công tác TT-GDSK: Đây là tiêu chuẩn đạo đức mà bất kỳ người cán bộ TT-GDSK nào cũng cần phải có.

### 3.2. Yêu cầu đối với thông điệp giáo dục sức khỏe

Thông điệp cần chứa đựng những nội dung cốt lõi cần được truyền thông, bao gồm nhưng tranh ảnh, vật hấp dẫn và âm thanh để chuyển tải ý tưởng qua đó. Để đảm bảo TT- GDSK có hiệu quả thì thông điệp truyền đi cần có các tiêu chuẩn sau:

#### 3.2.1. Rõ ràng

Người gửi có thể làm cho thông điệp rõ ràng bằng cách chuẩn bị cẩn thận trước khi gửi thông điệp đi. Cần xác định rõ mục tiêu, điều gì người gửi muốn người nhận suy nghĩ và làm theo. Sau đó sử dụng các câu từ hoặc biểu tượng đơn giản để diễn đạt ý thông điệp

#### 3.2.2. Chính xác

Người gửi cần đảm bảo thông điệp của mình là chính xác. Thông điệp cần ngắn gọn dễ nhắc lại được. Trước khi nói hoặc viết cần chọn từ khóa để chuyển tải thông điệp rõ ràng và loại bỏ các từ thừa để tránh gây nhầm lẫn cho đối tượng.

#### 3.2.3. Hoàn chỉnh

Người gửi có thể làm cho thông điệp gửi đi hoàn chỉnh bằng cách chọn lựa các thông tin đến người nhận để họ hiểu, tiếp thu và hành động theo. Ví dụ khi gửi một thông điệp yêu cầu người khác làm một việc nào đó, thường nêu rõ:

- Việc gì cần phải làm?
- Vì sao phải làm việc đó?
- Làm việc đó như thế nào?
- Ai là người làm việc đó?
- Làm việc đó khi nào?
- Làm việc đó ở đâu?

Nếu thông điệp không hoàn chỉnh người nhận có thể hiểu lầm hoặc đáp ứng không đúng với mong muốn.

#### 3.2.4. Có tính thuyết phục

Các thông điệp phải mang tính thuyết phục đối tượng. Để thuyết phục, các thông điệp phải mang tính khoa học, thực tiễn, tính đúng đắn của hành động được yêu cầu thực hiện, đáp ứng nhu cầu đặt ra của đối tượng nhận thông điệp. Nếu cần thiết có thể đưa ra lý do tại sao cần thực hiện hành động đó. Mọi người thường có phản ứng tốt hơn khi họ nhận ra lý do tại sao nên thực hiện theo cách này mà không phải cách khác, nhất là khi họ nhận thấy lợi ích của hành động đó. Cần nhắc chọn hình thức chuyển tải thông điệp để làm cho thông điệp có tính thuyết phục đặc biệt chú ý từ ngữ, hình ảnh minh họa phải súc tích, ngắn gọn và gây ấn tượng mạnh cho đối tượng nhận thông tin.

### 3.2.5. Có khả năng thực hiện được

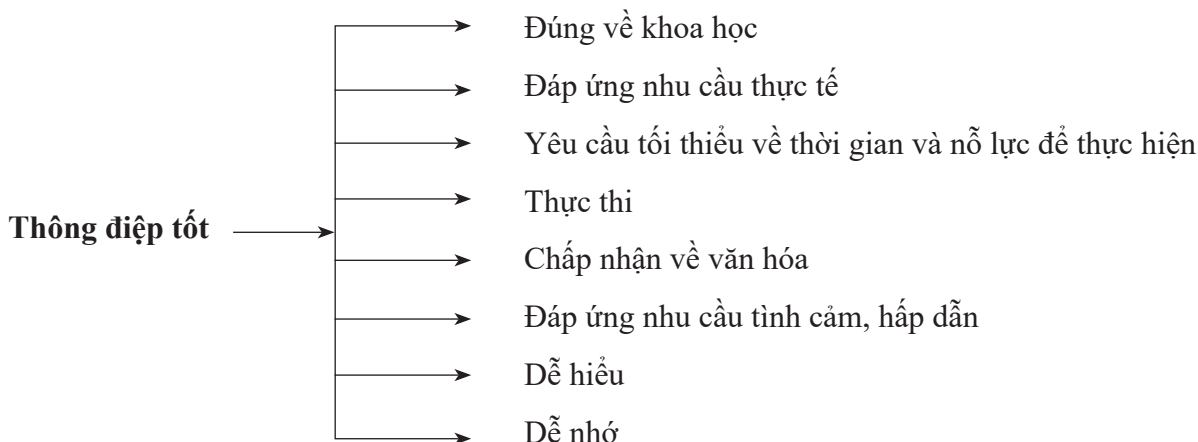
Ý nghĩa quan trọng là thông điệp cần có khả năng làm cho người ta thực hiện được. Vì vậy người gửi phải hiểu rõ người nhận, dự đoán được với khả năng của họ và sự hỗ trợ của người khác họ có thể thực hiện được thông điệp hay không.

Trên đây là năm yêu cầu của một thông điệp, được coi là các nguyên tắc cơ bản hướng soạn thảo thông điệp trong TT- GDSK.

Các nguyên tắc cơ bản này cần được áp dụng cho cả các thông điệp nói và viết.

Một thông điệp chỉ có hiệu quả khi trình bày rõ ràng về vấn đề có liên quan đến đối tượng đích, thích hợp về nội dung và hình thức, được chấp nhận và đưa ra bằng phương pháp có thể hiểu được. Khi đưa ra một thông điệp nào người soạn thảo cần phải dự kiến khả năng tiếp nhận của đối tượng tiếp nhận.

Cách tốt nhất để đảm bảo thông điệp tốt là phải thử nghiệm thông điệp đó trên nhóm đối tượng đích và tham khảo ý kiến các đồng nghiệp trước khi chính thức sử dụng rộng rãi trong cộng đồng.



Sơ đồ 7.5: Các đặc điểm đặc trưng của thông điệp tốt

### 3.2.6. Hấp dẫn

Hấp dẫn là cách chúng ta tổ chức thông điệp để thu được lòng tin và sự thuyết phục của mọi người. Hiện nay các chương trình TT-GDSK thường tổ chức với nội dung nặng nề về y học tuy nhiên lại không chú ý nhiều tới cách thể hiện nội dung và hình thức. Có nhiều cách khác để tạo sự hấp dẫn cho thông điệp.

- *Sợ hãi*: Thông điệp có thể cố gắng để đe dọa mọi người hành động bằng cách đưa ra hậu quả nghiêm trọng do không thực hiện hành động. Cách biểu tượng như là giả người chết, bộ xương, mô hình biến dạng, bộ xương,... có thể được sử dụng. Các bằng chứng cho thấy sự xuất hiện sợ hãi trong đầu có thể dẫn đến hai sự chú ý và tạo ra quan tâm dẫn đến thay đổi. Tuy nhiên quá sợ hãi thì làm cho mọi người không chấp nhận và từ chối thông điệp. Ví dụ: GDSK về hút thuốc lá tại Anh bằng cách đưa ra các bệnh về phổi và mô tả ảnh hưởng xấu của thuốc lá. Việc làm này ít mang lại hiệu quả với những người hút thuốc vì bản thân họ đã xây dựng hàng rào chắn với truyền thông.

- *Hài hước*: Thông điệp được chuyển đi bằng cách buồn cười như phim hoạt hình, các câu truyện, tranh biếm họa. Hài hước là cách tốt nhất để thu hút sự quan tâm thích thú. Hài hước đồng thời cũng có vai trò giảm bớt căng thẳng khi phải đối phó với những vấn đề trầm trọng. Thư giãn và giải trí có thể dẫn đến hiệu quả tốt, làm cho người ta ghi nhớ và học tập tốt. Tuy nhiên không phải hài hước luôn luôn dẫn đến những thay đổi niềm tin và thái độ. Hài hước cũng mang tính rất chủ quan - những điều mà người này thấy buồn cười thì lại không làm cho người khác buồn cười.
- *Hấp dẫn lô gíc / sự việc thật*: Nhấn mạnh vào các thông điệp bằng cách truyền đi nhu cầu cần phải hành động qua đưa ra các sự thật như số liệu, thông tin về nguyên nhân của bệnh tật, vấn đề sức khỏe.
- *Hấp dẫn về tình cảm*: Cố gắng thuyết phục mọi người bằng cách kêu gọi tình cảm, những tưởng tượng, tình cảm hơn là đưa ra các sự việc và số liệu, ví dụ như chỉ ra nụ cười của những đứa trẻ mạnh khỏe, những gia đình có hố xí vệ sinh sống mạnh khỏe, những hành động liên quan đến tình dục an toàn tạo nên hạnh phúc.
- *Thông điệp một mặt*: Chỉ trình bày những ưu điểm của thực hiện hành động mà không đề cập đến bất kỳ nhược điểm có thể xảy ra nào.
- *Thông điệp hai mặt*: Trình bày cả ưu điểm và nhược điểm khi thực hiện hành động.
- *Những thu hút qua thông điệp tích cực*: Truyền thông có yêu cầu mọi người làm việc gì đó: ví dụ như nuôi con bằng sữa mẹ, xây dựng hố xí.
- *Thu hút qua thông điệp dương tính và âm tính*: Thu hút âm tính sử dụng thuật ngữ như “*tránh*”, “*không*” để khuyến khích mọi người không thực hiện những hành vi có hại cho sức khỏe, chẳng hạn như “*không nuôi con bằng chai sữa*”, “*không đi đại tiện bừa bãi*” vv... Phần lớn các nhà giáo dục sức khỏe đồng ý rằng tốt hơn là dùng thông điệp dương tính để thúc đẩy các hành vi có lợi cho sức khỏe ví dụ như “*hãy nuôi con bằng sữa mẹ*”, “*sử dụng hố xí hợp vệ sinh*”.
- *Cấu trúc thông điệp*: Theo lý thuyết thông điệp có sử dụng bất kỳ giác quan nào trong năm giác quan: nhìn, sờ, nghe, nếm, ngửi. Tuy nhiên giác quan chúng ta sử dụng chính trong truyền thông là nghe và nhìn. Những thông tin có thể chuyển đi qua tiếng động. Các từ có thể ở dạng nói hoặc viết hay qua hát. Thông tin cũng có thể chuyển đi dưới dạng không phải bằng từ ngữ: Truyền thông không lời. Truyền thông không lời bao gồm: Dáng điệu, cử chỉ tay chân, hướng nhìn, giọng nói và vẻ mặt. Truyền thông không lời luôn được phối hợp với truyền thông bằng lời trong các phương pháp truyền thông trực tiếp. Cùng một thời gian, cùng một đối tượng người TT-GDSK có thể sử dụng nhiều phương pháp để truyền thông điệp đến đối tượng.
- *Nội dung thực sự của thông điệp*: Nội dung thực sự của thông điệp bao gồm các từ, các bức tranh và tiếng động tạo nên sự hấp dẫn của thông điệp truyền đi. Trong chương trình của đài nội dung có thể bao gồm: lời khuyên, các từ ngữ, giọng nói, âm thanh. Một áp phích có thể bao gồm: những bức tranh, các từ hay cụm từ ngắn gọn, các ảnh, các biểu tượng và các loại màu sắc khác nhau.

Trong truyền thông qua thị giác chúng ta có thể thực hiện “*phân tích thị giác*” và phân tích nội dung của truyền thông thị giác một cách cụ thể hóa:

- Điều gì thực sự được nói đến, từ nào được sử dụng
- Kiểu chữ nào được sử dụng: Chữ in, chữ thường, chữ thẳng hay chữ nghiêng?

- Kích thước của các loại chữ?
- Màu và phương pháp in ấn?
- Tranh được sử dụng (*minh họa*) là gì, các loại ảnh nào được đưa vào, các đường vẽ đơn giản hay chi tiết hoặc tranh hoạt hình?
- Kích thước và màu của các bức tranh ra sao?

### 3.3. Yêu cầu với kênh truyền thông

- Kênh truyền thông phải phù hợp với đối tượng: Khi chọn kênh thông tin phải quan tâm đến khả năng tiếp cận với kênh thông tin của đối tượng đích. Nguyên tắc chọn kênh truyền thông là đảm bảo tối đa nhóm đối tượng đích có đủ các điều kiện để thu nhận được thông tin từ kênh truyền thông đó.
- Các phương tiện, thiết bị phải đảm bảo các tiêu chuẩn kỹ thuật. Ví dụ như các phương tiện nghe nhìn phải chuyển tải các hình ảnh, âm thanh, lời nói, chữ viết phải rõ ràng, đầy đủ. Cần cố gắng để hạn chế đến mức tối đa tình trạng trục trặc kỹ thuật xảy ra khi đang truyền thông, có thể gây gián đoạn hay ức chế người nghe, người xem, làm cho họ không tiếp tục chú ý đến chương trình.
- Không bị các yếu tố gây nhiễu (*ồn, sai lạc thông tin*).
- Chuyển tải được thông tin, thông điệp kịp thời, chính xác và đầy đủ.
- Dễ sử dụng, sử dụng được lâu dài, thuận tiện trong bảo dưỡng,...

## 4. Các kỹ năng truyền thông giao tiếp cơ bản cần rèn luyện

Trong thực tế chúng ta có thể nhận thấy thực hành truyền thông, giao tiếp có hiệu quả rất khác nhau ở người này và người khác. Phần lớn những người có kỹ năng truyền thông giao tiếp tốt là những người đã trải qua học hỏi và rèn luyện trong thực tế. Họ đã nắm chắc các nguyên tắc cơ bản khi sử dụng các phương tiện, phương pháp trong truyền thông giao tiếp và biết vận dụng các kinh nghiệm của mình vào các hoàn cảnh cụ thể. Với những các bộ TT-GDSK, yêu cầu phải có khả năng giao tiếp để thực hiện tốt nhiệm vụ.

### 4.1. Kỹ năng nói

Lời nói là công cụ trong giao tiếp hàng ngày của con người. Trong TT-GDSK sử dụng lời nói trực tiếp thường đem lại hiệu quả cao nhất. Trên thực tế không phải ai cũng biết sử dụng lời nói hiệu quả. Nói như thế nào để người nghe dễ nhớ và thuyết phục họ hành động thì phải cần rèn luyện. Khi nói không chỉ bằng lời mà cần kết hợp với các giao tiếp không lời như ánh mắt, nét mặt, các động tác cơ thể. Lời nói phải thể hiện hài hòa với các cử chỉ, động tác, nét mặt, ánh mắt, thường được gọi là ngôn ngữ không lời, ngôn ngữ cơ thể.

Mỗi người có thể làm cho cách nói có hiệu quả hơn bằng cách áp dụng những nguyên tắc cơ bản khi nói là:

- *Đảm bảo tính chính xác:* Vấn đề trình bày có đầy đủ cơ sở khoa học và thực tiễn.
- *Nói rõ ràng:* Các từ ngữ phải được chọn lựa cẩn thận, ngắn gọn, xúc tích.
- *Nói đầy đủ:* Đảm bảo đủ thông tin cần thiết tránh hiểu lầm.



- *Nói theo hệ thống và logic:* Các nội dung nói phải liên tục, nội dung trước mở đường cho nội dung sau, không nói trùng lặp, các nội dung liên kết chặt chẽ với nhau.
- *Thuyết phục đối tượng:* Đảm bảo nội dung đáp ứng nhu cầu của đối tượng, cách nói hấp dẫn thu hút sự chú ý của đối tượng nghe, mang tính giáo dục sâu sắc, phù hợp với hoàn cảnh thực tế, dẫn đến thay đổi hành vi của đối tượng nghe.

Nhưng trong TT-GDSK, nhiều khi nếu chỉ nói thì chưa đủ, mà cần phải kết hợp với với các thao tác, hướng dẫn hoặc chỉ cho người ta thấy được nếu có thể. Lời nói sẽ có sức mạnh hơn nếu được kết hợp với sử dụng các hình ảnh, các ví dụ minh họa thực tế.

Khi nói cần chú ý đến 3 khía cạnh của lời nói:

- *Âm tốc lời nói:* Nói với tốc độ vừa phải, mạch lạc, thích hợp với đối tượng nghe, tránh nói quá nhanh hoặc quá chậm và rời rạc.
- *Âm lượng lời nói:* Đủ to để mọi người nghe rõ ràng.
- *Âm sắc lời nói:* Có nhân mạnh, thay đổi ngữ điệu trầm bổng cho phù hợp, ngừng, ngắt đúng chỗ để mọi người có thể suy nghĩ và liên hệ bản thân, tránh nói đều đều gây buồn ngủ nhàm chán cho người nghe.

Khi nói cần tránh các yếu tố có thể gây khó chịu cho người nghe như lặp đi lặp lại một số từ đệm không cần thiết, nói sai văn phạm, phát âm không đúng, dùng từ không phổ thông, từ chuyên môn, cử chỉ động tác không phù hợp với lời nói, không chú ý và tôn trọng người nghe...

#### **4.2. Kỹ năng đặt câu hỏi**

Đặt câu hỏi cũng là kỹ năng mà cán bộ TT-GDSK cần thực hành để sử dụng tốt trong truyền thông giao tiếp. Hỏi nhằm có được thông tin từ các đối tượng được TT-GDSK, đặc biệt là thu nhận thông tin phản hồi. Hỏi để biết nhận thức, thái độ, hành vi của đối tượng đích, qua đó hướng dẫn các ý tưởng, lời khuyên, hành động thích hợp. Trong các hoạt động TT-GDSK trực tiếp hỏi nhằm thăm dò các phản ứng, tạo nên không khí giao tiếp sôi nổi, tích cực, thu hút sự tham gia, tập trung sự chú ý suy nghĩ, kêu gọi những sáng kiến, kinh nghiệm của đối tượng, nhất là trong các cuộc thảo luận nhóm. Câu hỏi phải thể hiện được những điều cơ bản: Cái gì, ở đâu, khi nào, ai và như thế nào. Câu hỏi có hai loại câu hỏi “Đóng” và câu hỏi “Mở”. Câu hỏi đóng để cho đối tượng trả lời bằng một từ hay một vài từ ngắn gọn như “có” hay “không”, “rồi” hay “chưa”,... Câu hỏi đóng có thể sử dụng khi bắt đầu, kết thúc hay xen kẽ trong khi giao tiếp. Câu hỏi mở cần thiết được nêu ra để thu nhận được thông tin nhiều hơn, đối tượng có thể trả lời mọi thông tin liên quan tùy ý. Câu hỏi mở thường đặt sau câu hỏi đóng. Yêu cầu khi đặt câu hỏi:

- Câu hỏi phải rõ ràng, xúc tích?
- Câu hỏi phải ngắn gọn, không cần phải giải thích trả lời;
- Phù hợp với trình độ hiểu biết và kinh nghiệm của đối tượng;
- Tập trung vào vấn đề trọng tâm;
- Kích thích tư duy, suy nghĩ của đối tượng;
- Sau khi đặt câu hỏi giữ im lặng;
- Chỉ nên hỏi từng câu hỏi một;



- Nên hỏi xen kẽ câu hỏi đóng và câu hỏi mở;
- Kết hợp các câu hỏi dễ và câu hỏi khó, câu hỏi chung và câu hỏi cụ thể liên quan đến nội dung TT-GDSK.
- Cần tránh các câu hỏi có thể làm cho đối tượng cảm thấy bị xúc phạm.

Trước khi hỏi đối tượng, người nêu câu hỏi cần phải thu hút sự chú ý, xem xét xem đối tượng đã sẵn sàng tiếp nhận câu hỏi chưa, liệu có người nào trả lời được không, câu hỏi có điều gì khó khăn và làm xúc phạm đến đối tượng trả lời không. Khi nêu câu hỏi xong cần ngừng lại để người nghe có thời gian suy nghĩ trả lời và quan sát, mời từng người muốn trả lời. Nêu câu hỏi đúng lúc, đúng chỗ và đúng người là một biện pháp kích thích quá trình giao tiếp, thu hút sự tham gia của đối tượng trong TT-GDSK. Người thực hiện TT-GDSK phải thể hiện thiện chí và tích cực trong giao tiếp bằng cách hỏi đáp. Luôn luôn sẵn sàng tiếp nhận các câu hỏi từ phía đối tượng với thái độ tôn trọng và trả lời hết câu hỏi của đối tượng. Chú ý gắn nội dung trả lời với nội dung giáo dục sức khỏe, nhằm khẳng định tính đúng đắn của các kiến thức đã truyền thông giáo dục và các hành vi lành mạnh cần thực hành.

### 4.3. Kỹ năng nghe

Nghe là một trong các kỹ năng cơ bản của truyền thông giao tiếp hằng ngày. Người TT-GDSK cần biết lắng nghe đối tượng được TT-GDSK của mình để:

- Thu nhận các thông tin chung lượng giá khái quát kiến thức, thái độ, thực hành và các ý tưởng mới của đối tượng.
- Có được thông tin phản hồi đúng đủ để biết liệu nội dung thông tin, thông điệp truyền đi có được đối tượng tiếp nhận đầy đủ và hiểu đúng hay không.
- Có thêm nhiều thông tin và ý tưởng để điều chỉnh quá trình TT-GDSK
- Khích lệ người được TT-GDSK tham gia tích cực hơn.
- Thể hiện sự đồng cảm, thấu hiểu các vấn đề và hoàn cảnh của đối tượng.

#### ***Yêu cầu khi lắng nghe:***

- Yên lặng khi bắt đầu nghe.
- Tạo điều kiện dễ dàng cho người nói: giúp người nói cảm thấy tự tin khi nói, điều này thường được gọi là tạo môi trường cho phép.
- Không chỉ nghe bằng tai mà phải nghe bằng cả mắt, bằng cử chỉ, dáng điệu để khích lệ người nói.
- Nhìn thẳng vào mắt người nói với thể hiện thân thiện, khích lệ người nói.
- Không đột ngột ngắt lời
- Không làm việc khác, nói chuyện với người khác, nhìn đi nơi khác khi nghe
- Kiên trì, không thể hiện sự sốt ruột, khó chịu làm chủ khi nghe
- Đặt câu hỏi: Đặt câu hỏi hoặc sử dụng các từ ngữ hợp lý
- Đề nghị các người khác cùng chú ý lắng nghe

#### **4.4. Kỹ năng quan sát**

Quan sát là sử dụng bằng mắt để thu thập thông tin. Bằng quan sát có thể phán đoán được người nhận thông tin có chú ý đến vấn đề hay không, mức độ cung cấp thông tin đã thích hợp chưa?. Giúp cho người thực hiện truyền thông hiểu được đối tượng có những phản hồi tích cực hay không để điều chỉnh cho phù hợp. Quan sát làm cho đối tượng tập trung chú ý đến vấn đề được trình bày nhiều hơn.

**Yêu cầu khi quan sát:**

- Bao quát được toàn bộ đối tượng
- Phát hiện được những biểu hiện khác thường của đối tượng để điều chỉnh
- Nhắc nhở, thu hút sự chú ý của đối tượng
- Động viên sự tham gia tích cực của đối tượng

#### **4.5. Kỹ năng thuyết phục**

Thuyết phục các đối tượng TT-GDSK là một kỹ năng tổng hợp, vì mục đích quan trọng nhất của TT-GDSK là thuyết phục được đối tượng thực hành hành vi có lợi cho sức khỏe. Để thuyết phục được đối tượng thì cần phải phối hợp nhiều kỹ năng như làm quen, nói, hỏi, nghe, sử dụng phương tiện và hình ảnh, ví dụ minh họa, hỗ trợ đối tượng. Cần làm cho người được TT-GDSK tin tưởng vào những thông điệp của người gửi là đúng đắn và đưa lại lợi ích cho sức khỏe, vì thế phải thực hiện theo. Để thuyết phục được cần phải biết giải thích. Giải thích có vai trò quan trọng để thuyết phục đối tượng tin và làm theo người TT-GDSK.

**Yêu cầu khi giải thích:**

- Nắm chắc vấn đề cần giải thích
- Giải thích đầy đủ, rõ ràng vấn đề
- Giải thích ngắn gọn, súc tích
- Sử dụng từ ngữ dễ hiểu
- Sử dụng các ví dụ và tranh ảnh, tài liệu minh họa để giải thích nếu có
- Giải thích tất cả mọi câu hỏi mà đối tượng đã nêu ra
- Bằng cử chỉ thể hiện sự đồng cảm, kính trọng đối tượng, không được tỏ thái độ coi thường họ
- Cần có thái độ kiên trì khi giải thích

#### **4.6. Kỹ năng khuyến khích, động viên**

Khuyến khích, động viên rất quan trọng, làm cho đối tượng được TT-GDSK tự tin, phấn khởi, được khen ngợi, đánh giá cao nên sẵn sàng tiếp nhận cũng như cung cấp hết thông tin, dễ chấp nhận những lời khuyên về thay đổi hành vi.

**Yêu cầu khuyến khích động viên:**

- Thể hiện sự thân thiện, tôn trọng mọi đối tượng qua cách chào hỏi giao tiếp bằng lời và giao tiếp không lời với đối tượng

- Không được phê phán những hiểu biết sai chưa đầy đủ, việc làm chưa đúng hay chưa làm của đối tượng
- Cố gắng tìm ra những điểm tốt của đối tượng để khen ngợi dù là nhỏ
- Tạo cơ hội để mọi đối tượng tham gia qua các câu hỏi yêu cầu đối tượng trình bày ý kiến, kinh nghiệm của họ.
- Thu hút sự đồng tình, ủng hộ của những người khác để động viên đối tượng
- Tạo điều kiện để tiếp tục hỗ trợ đối tượng thực hiện các thực hành hành vi lành mạnh.
- Chú ý động viên về tinh thần, tâm lý, nhưng trong một số trường hợp hoàn cảnh nhất định nếu có điều kiện có thể động viên bằng vật chất
- Tạo được môi trường xung quanh hỗ trợ, khuyến khích động viên đối tượng (*môi trường gia đình, cộng đồng*)

#### 4.7. Kỹ năng sử dụng tài liệu TT-GDSK

Phối hợp sử dụng tài liệu khi TT-GDSK trực tiếp sẽ tạo nên tính hấp dẫn của hoạt động giáo dục và giúp đối tượng dễ hiểu vấn đề hơn. Những hình ảnh ví dụ minh họa đúng lúc, đúng chỗ, đúng nội dung, đúng đối tượng có thể có tác dụng thuyết phục hơn nhiều so với lời nói.

Yêu cầu khi sử dụng tài liệu TT-GDSK:

- Tài liệu sử dụng phải phù hợp với chủ đề và đối tượng
- Sử dụng các tài liệu đã được chính thức lưu hành, có cơ sở khoa học, tài liệu đã được thử nghiệm
- Sử dụng đúng lúc, đúng chỗ để thu hút được sự chú ý, tránh làm cho đối tượng không tập trung vào chủ đề TT-GDSK
- Để mọi đối tượng nhìn rõ hoặc đọc được tài liệu
- Giới thiệu đầy đủ và giải thích cho đối tượng hiểu rõ tài liệu
- Hướng dẫn rõ cấu trúc logic của tài liệu và cách sử dụng tài liệu
- Hướng dẫn rõ những địa điểm có các tài liệu liên quan cần thiết khác để đối tượng có thể tìm hiểu thêm.

#### 4.8. Một số kỹ năng khác

- Chọn thời gian TT-GDSK
- Chọn đối tượng và địa điểm TT-GDSK
- Đặt câu hỏi kiểm tra sau TT-GDSK
- Chọn các phương tiện truyền thông đại chúng

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

- Các khâu cơ bản của truyền thông là:*
  - Nguồn phát tin
  - Kênh truyền tin
  - Người nhận tin
  - Cả A, B và C
- Những yêu cầu cần có của người thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe có kiến thức về:*
  - Y học; Tâm lý học
  - Kỹ năng truyền thông giao tiếp
  - Kỹ năng về giáo dục học
  - Cả A, B và C
- Những nguyên tắc cơ bản trong kỹ năng nói khi TT-GDSK là:*
  - Đảm bảo tính chính xác
  - Nói rõ ràng, đầy đủ
  - Nói theo hệ thống và logic
  - Thuyết phục được đối tượng
  - Cả A, B, C và D
- Kỹ năng đặt câu hỏi cần tránh khi:*
  - Phải rõ ràng, ngắn
  - Nên xen kẽ câu hỏi đóng và câu hỏi mở
  - Chỉ nên hỏi từng câu hỏi một
  - Có thể làm cho đối tượng cảm thấy bị xúc phạm.
- Những yêu cầu không được trong kỹ năng quan sát là:*
  - Phát hiện được những biểu hiện khác thường ở đối tượng để điều chỉnh
  - Nhắc nhở, thu hút sự chú ý của đối tượng
  - Động viên sự tham gia tích cực của đối tượng
  - Bao quát 1 phần đối tượng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phillip Burnard (2002), Các kỹ năng giao tiếp có hiệu quả của cán bộ y tế, Dự án WHO/HRH-001, Nhà xuất bản Y học.*
- Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Giáo dục sức khỏe (2010), Bài giảng truyền thông giáo dục sức khỏe, Nhà xuất bản Y học*
- Hoàng Văn Tuấn (2002), Các quy tắc hay trong giao tiếp, Nhà xuất bản Thanh Niên.*

## **KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM**

### **I. KHÁI QUÁT CHUNG VỀ NHÓM**

#### **1. Khái niệm nhóm**

Một nhóm người làm việc trong cùng một văn phòng hay thậm chí một dự án chung không phải lúc nào cũng tiến hành công việc của một nhóm làm việc. Nếu nhóm đó được quản lý theo kiểu chuyên quyền độc đoán hoàn toàn, có lẽ sẽ không có nhiều cơ hội cho sự tác động qua lại liên quan đến công việc giữa các thành viên trong nhóm. Nếu có bất kỳ tư tưởng bè phái nào trong nhóm, hoạt động của nhóm sẽ không bao giờ tiến triển được. Ngược lại, nhóm làm việc là phương thức có thể được tận dụng dù với những cá nhân ở những khoảng cách xa làm việc ở những dự án khác nhau.

Nói một cách đơn giản, nhóm làm việc tạo ra một tinh thần hợp tác, phối hợp, những thủ tục được hiểu biết chung và nhiều hơn nữa. Nếu điều này diễn ra trong một nhóm người, hoạt động của họ sẽ được cải thiện bởi sự hỗ trợ chung (*cả về thực tế lẫn lý thuyết*).

#### **2. Phân loại nhóm**

##### **2.1. Các nhóm chính thức**

Các nhóm chính thức là những nhóm có tổ chức. Chúng thường có định, thực hiện công việc có tính thi đua, và có phân công rõ ràng. Họ có cùng chung tay nghề chuyên môn để giải quyết các vấn đề và điều hành các đề án.

Các nhóm ở mọi cấp độ được tổ chức theo chuyên môn và mang tính chất lâu dài để đảm đương các mục tiêu chuyên biệt. Các nhóm chức năng chính thức thường đưa ra những ý kiến chuyên môn theo các lĩnh vực riêng của họ.

##### **2.2. Các nhóm không chính thức**

Những nhóm người nhóm lại với nhau thật thường để làm việc theo vụ việc có tính chất đặc biệt nhằm giải quyết nhiều nhu cầu, như:

- Các nhóm thực hiện theo dự án theo thời vụ,
- Các nhóm linh động bàn thảo chiến lược hay cần dàn xếp từng vụ việc,
- Các nhóm nóng cần vận dụng trí tuệ cho những đề án cần nhiều sáng tạo,
- Những lực lượng đặc nhiệm tạm thời giải quyết gấp rút những vấn đề đặc biệt trong thời gian ngắn

##### **2.3. So sánh nhóm chính thức và không chính thức**

Nhóm càng chính thức càng cần được huấn luyện về khả năng lãnh đạo của nó về các mặt như: các quy tắc của công ty và các quy trình phải tuân theo, thực hiện các báo cáo, ghi chép tiến độ, và các kết quả đạt được trên cơ sở thông lệ.

Cũng thế, các nhóm không chính thức tuân theo những quy trình thật thường. Những ý kiến và những giải pháp có thể được phát sinh trên cơ sở tùy thời và các quy trình lý nghiệm ngặt hơn.

Tuy nhiên, cần nhớ là, dù chính thức hay không chính thức, việc lãnh đạo nhóm luôn phải hướng về các thành quả và có sự phối hợp giữa các nhóm với nhau.

### **3. Các giai đoạn hình thành và phát triển nhóm**

#### **3.1. Hình thành nhóm**

Hình thành là giai đoạn nhóm được tập hợp lại. Mọi người đều rất giữ gìn và rụt rè.

Sự xung đột hiếm khi được phát ngôn một cách trực tiếp, chủ yếu là mang tính chất cá nhân và hoàn toàn là tiêu cực.

Do nhóm còn mới nên các cá nhân sẽ bị hạn chế bởi những ý kiến riêng của mình và nhìn chung là khép kín.

Điều này đặc biệt đúng đối với một thành viên kém quan trọng và lo âu quá.

Nhóm phần lớn có xu hướng cản trở những người nổi trội lên như một người lãnh đạo.

#### **3.2. Xung đột**

Xung đột là giai đoạn tiếp theo. Khi đó, các bè phái được hình thành, các tính cách va chạm nhau, không ai chịu lùi một bước trước khi giơ nanh múa vuốt.

Điều quan trọng nhất là rất ít sự giao tiếp vì không có ai lắng nghe và một số người vẫn không sẵn sàng nói chuyện cởi mở.

Sự thật là, sự xung đột này dường như là một thái cực đối với nhóm làm việc của bạn nhưng nếu bạn nhìn xuyên qua cái bề ngoài tử tế và thấy được những lời mỉa mai, công kích, ám chỉ, có thể bức tranh sẽ rõ hơn.

#### **3.3. Giai đoạn bình thường hóa**

Sau đó là giai đoạn bình thường hóa. Ở giai đoạn này, nhóm bắt đầu nhận thấy những lợi ích của việc cộng tác cùng với nhau và sự giảm bớt xung đột nội bộ.

Do một tinh thần hợp tác mới hiện hữu, mọi thành viên bắt đầu cảm thấy an toàn trong việc bày tỏ quan điểm của mình và những vấn đề này được thảo luận cởi mở bên với toàn bộ nhóm.

Sự tiến bộ lớn nhất là mọi người có thể bắt đầu lắng nghe nhau. Những phương pháp làm việc được hình thành và toàn bộ nhóm đều nhận biết được điều đó.

#### **3.4. Giai đoạn hoạt động trôi chảy**

Và cuối cùng là giai đoạn hoạt động trôi chảy.

Đây là điểm cao trào, khi nhóm làm việc đã ổn định trong một hệ thống cho phép trao đổi những quan điểm tự do và thoải mái và có sự hỗ trợ cao độ của cả nhóm đối với mỗi thành viên và với các quyết định của nhóm.

## **II. CÁC NGUYÊN TẮC LÀM VIỆC NHÓM**

### **1. Tạo sự đồng thuận**

Những buổi họp là cách thức tuyệt hảo để bồi đắp tinh thần đồng đội và thói quen làm việc theo nhóm ngay từ lúc đầu mới thành lập nhóm.

Những loạt buổi họp giúp các thành viên mới làm quen với nhau, tạo sự nhất trí về các mục tiêu được giao cùng các vấn đề cần giải quyết về mặt tổ chức.

***Những điểm cần ghi nhớ:***

- Mọi thành viên của nhóm cần thống nhất về việc phải nhắm tới.
- Các mục tiêu chỉ ổn định khi đã bàn thảo xong các biện pháp thực hiện.
- Mặc dù các thành viên của nhóm cần được định hình các mục tiêu, nhưng nên phổ biến các mục tiêu cho các hội viên nắm.
- Để đạt được những kết quả cao nhất, các mục tiêu còn phải được thử thách bằng cách kết hợp giữa những mục tiêu chung và mục tiêu riêng.

**2. Thiết lập các mối quan hệ trong làm việc theo nhóm**

Mọi nhóm cần có sự hỗ trợ của đôi ngũ thâm niên ở cơ quan chủ quản.

Ba mối quan hệ chủ yếu mà nhóm cần tới là:

Người bảo trợ chính của nhóm

Người đầu ngành hoặc phòng ban có liên quan

Và bất kỳ ai quản lý tài chính của nhóm

**3. Khuyến khích óc sáng tạo**

Nhiều người trở thành những kẻ chỉ biết làm theo kinh nghiệm và tính cách riêng của họ. Hãy phá thế thụ động ấy và tạo tính sáng tạo.

Đừng để nhóm của bạn bị phân lớp thành những con người chuyên sáng tạo và những kẻ thụ động. Muốn vậy, bạn luôn biết hoan nghênh tính đa dạng của các quan điểm và ý tưởng, để rồi lái buổi tranh luận đi đến chỗ thống nhất.

**4. Phát sinh những ý kiến mới**

Việc có được những sáng kiến đòi hỏi có người lãnh đạo và cần một hình thức tổ chức nào đó, để kết quả buổi họp có thể mở ra một hướng đi.

Mọi ý kiến cần được ghi chép lên biểu đồ hay bảng để mọi người có thể nhìn thấy. Sau đó, loại bỏ những ý kiến bất khả thi và tóm tắt những ý khả thi.

***Những điểm cần ghi nhớ:***

- Phương pháp vận dụng trí tuệ tập thể đôi khi được gọi là “tư duy hành động nhóm”.
- Sự chỉ trích làm giảm óc sáng tạo.
- Đừng bao giờ miệt thị ý kiến nào trong buổi họp.
- Nhiều ý kiến tưởng chừng ngớ ngẩn lại có thể đưa đến những giải pháp đáng giá.
- Cần ghi mọi ý kiến lên bảng cho dù đây chưa hẳn là ý kiến độc đáo.
- Những ý kiến sáng tạo trong những buổi họp bao giờ cũng cao hơn ý kiến của một cá nhân.



## **5. Cách ủy nhiệm trong nhóm**

Sự ủy nhiệm có hai hình thức: ủy nhiệm công việc và ủy nhiệm quyền hành.

Ủy nhiệm công việc là phân nhỏ mỗi kế hoạch thành các phần việc riêng và với mục tiêu riêng, rồi phân chúng cho các thành viên của nhóm. Sau đó, phó mặc cho họ và chỉ can thiệp khi không đạt mục tiêu.

Việc ủy nhiệm quyền hành là sau khi tham khảo ý kiến, trao cho người được ủy quyền đầy đủ quyền và để họ được hành xử nó.

### **- Cách nhận biết ủy nhiệm**

Khi ủy nhiệm, cần nhận diện các loại đặc tính trước khi ủy nhiệm

- + *Có khả năng muốn thực hiện:* Đây là trường hợp ta gặp người được ủy nhiệm lý tưởng, sẵn lòng nhận trách nhiệm và cũng sẵn lòng tham khảo ý kiến người khác, thực hiện theo ý khi được ủy nhiệm.
- + *Có khả năng không muốn thực hiện:* Loại người này không sẵn lòng học hỏi và tiếp thu ý kiến của người khác, thiếu tinh thần hợp tác, không nên giao quyền cho họ.
- + *Thiếu khả năng muốn thực hiện:* Cần được đào tạo bổ khuyết những mặt yếu trước khi được ủy nhiệm.
- + *Thiếu khả năng, không muốn thực hiện:* Không nên giao việc, ủy nhiệm cho loại người này.

## **6. Khuyến khích mọi người phát biểu**

Người lãnh đạo cần động viên mọi người bàn thảo, ngay cả với ý kiến nghịch lại cũng có giá trị của nó.

## **7. Chia sẻ trách nhiệm**

Bổ sung các cách thức hành động, giám sát tiến độ, sáng tạo, có tính xây dựng khi hoạt động nhóm gặp trở ngại tạm thời.

Cũng cần tạo bầu không khí thông hiểu nhau giữa các thành viên nhất thông tin về tiến độ và những thay đổi đường lối làm việc.

## **8. Cần linh hoạt**

- Mỗi thành viên phải có khả năng thực hiện vai trò của mình chỉ ít cũng như người khác.
- Mỗi người phải được phân nhiệm để hành động chủ động trong nhóm.
- Dù việc khó đến đâu nhưng nếu có sự đồng lòng của toàn nhóm thì đều có thể hoàn thành.
- Mọi người đều được phân nhiệm rõ ràng từ đầu đến cuối.
- Mọi người đều được khuyến khích làm theo phương cách hiệu quả nhất của mình

### III. THÔNG TIN TRONG NHÓM

#### 1. Những phương pháp thông tin

Có nhiều cách để nhóm thông tin với nhau, ví dụ như:

- Những trao đổi bất chợt giữa các đồng nghiệp.
- Những phương tiện truyền thông như sổ ghi nhớ, báo cáo, công văn, fax, điện thoại.
- Các phương tiện điện tử như điện tử, mạng nội bộ,...
- Phim ảnh, hội nghị...

#### 2. Chọn những phương pháp thông tin

Thư điện tử là một phương tiện truyền thông giữa các thành viên trong nhóm, có điều độ tin cậy không chắc chắn.

Các phần mềm có thể đáp ứng việc thông tin giữa các thành viên và nhóm.

Việc thông tin bằng phim ảnh hội nghị cũng có tác dụng, giúp các thành viên đánh giá các biểu cảm và trạng thái của người khác.

Hệ thống điện thoại giúp thông báo tin tức hội họp hay hội ý giữa các thành viên đang ở các vị trí khác nhau.

#### 3. Sự cẩn thận

Trong một nhóm chẳng có điều gì bí mật giữa các thành viên của nhóm, mà nếu có chẳng qua cũng chỉ để gây sự ngạc nhiên thú vị về công việc.

Trước khi quyết định điều gì cần giữ kín, hãy hỏi, “*có ai khác cần biết vấn đề này?*”, mà “*nếu để hở ra liệu có tai hại gì không?*”.

Nếu đây là vấn đề mà mọi người có thể biết thì cứ việc thông tin thoải mái. Thế nhưng, nếu có điều gì cần giữ kín, lúc đó phải được giữ tuyệt đối.

### IV. QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC THEO NHÓM

#### 1. Lần họp đầu tiên

Khi nhóm nhận nhiệm vụ, trưởng nhóm sẽ đem ra cho các thành viên trong cả nhóm thảo luận chung, tìm ý tưởng hay, phát biểu và đóng góp ý kiến.

Nhóm sẽ phân công, thảo luận công việc cho phù hợp khả năng từng người dựa trên chuyên môn của họ.

Đề ra kế hoạch cụ thể, nhật ký công tác, thời gian dự tính sẽ hoàn thành và chuẩn cho lần họp sau. Thông báo các quy định về nguyên tắc làm việc, họp hành, thông tin, thưởng, phạt đối với các thành viên.

#### 2. Những lần họp sau

Tiếp tục có nhiều cuộc họp khác để bổ sung thêm ý kiến và giải đáp thắc mắc cho từng người, kiểm điểm tiến độ công việc, thảo luận về những khó khăn, kế hoạch thực hiện nhiệm vụ tiếp theo...

### 3. Lặn hộp cuối cùng trước khi hoàn thành công việc

Trưởng nhóm tổng hợp lại toàn bộ phần việc của mỗi thành viên, và của toàn nhóm, chuẩn bị sẵn dự thảo báo cáo kết quả công việc và trả lời những câu hỏi thường gặp.

### 4. Mục tiêu trong các buổi họp

Mỗi buổi họp cần có mục tiêu rõ ràng dựa trên việc trao đổi thông tin, cần xác định mục tiêu buổi họp.

Hướng dẫn thảo luận và nhấn mạnh mục tiêu, nhưng cần nhắm đến sự đồng thuận của cả nhóm.

### 5. Tần số hội họp

Thường ta cần tổ chức họp một hoặc hai tuần một lần nhằm giúp các thành viên trong nhóm ghi nhớ các kế hoạch và thời hạn công việc, giữ cho nhịp độ thông tin liên lạc được đều đặn.

Ngoài buổi họp chính thức thì những hình thức thông tin khác vẫn được duy trì.

### 6. Diễn biến cuộc họp

Khi điều hành buổi họp bản thân bạn phải chuẩn bị nghị trình trước.

Đến giờ họp là tiến hành chương trình làm việc ngay.

Lý tưởng là một buổi họp chỉ kéo dài tối đa chừng 75 phút, thời hạn mà mọi người có thể tập trung vào vấn đề.

Cố gắng diễn giải vấn đề ngắn gọn, rõ ràng.

## V. GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ TRONG NHÓM

### 1. Làm thuần nhâm tinh thần đồng đội

Hãy cho các thành viên tự hào về phần việc của họ.

Đưa ra những mục tiêu đặc biệt có tính thử thách sức mạnh toàn nhóm.

Khuyến khích toàn nhóm thông tin rõ cho nhau biết các vấn đề và luôn khen họ (*nếu đáng*).

Dành thời gian trả lời chi tiết các báo cáo và thông tin của nhóm.

### 2. Nhận ra các vấn đề

Toàn nhóm đang gặp khó khăn âm ỉ. Bạn muốn mọi người họp lòng với nhau nhưng xem chừng họ đang có những bất hoà với nhau hoặc bất hòa trong toàn nhóm.

Hãy đặt vấn đề xem những rắc rối này nằm ở đâu hoặc dấu hiệu không thoả lòng chung

### 3. Chuyện trò với từng người

Cần giải quyết các vấn đề cá nhân giữa các thành viên với tinh thần xây dựng.

Đừng vội phản ứng với những sự việc cho đến khi bạn nắm rõ nguyên nhân.

Nhóm nào cũng có những khó khăn cần vượt qua.

Cần ngăn chặn kiểu “đổ lỗi” cho người khác - nếu không nó sẽ làm mất tinh thần đồng đội.

#### 4. Xử sự với người gây ra vấn đề

Sau khi đã nói chuyện với người gây ra vấn đề, có thể cần có hành động xa hơn. Hãy tích cực tìm cách hàn gắn mọi mối quan hệ. Những điều lưu ý:

- Hãy nói thật những gì bạn thấy được.
- Hãy nhìn vấn đề từ góc độ của nhóm.
- Hãy lợi dụng vấn đề làm đòn bẩy chuyển đổi.
- Luôn lạc quan khi giải quyết vấn đề.
- Cần là giải quyết vấn đề hơn là làm đình trệ công việc của bạn.
- Không nên cố chấp với người khó tính.
- Chớ nóng nảy với bất kỳ ai trong nhóm.
- Đừng sao lãng mục tiêu của toàn nhóm.
- Đừng vội nhờ đến sự giúp đỡ bên ngoài.
- Đừng phớt lờ trước những căng thẳng khiến vấn đề trở nên tệ hại hơn

#### 5. Giải quyết mâu thuẫn

- Sự mâu thuẫn cá nhân với nhau có thể mau trở thành vấn đề cho toàn nhóm.
- Hãy tạo điều kiện để một hay cả hai bên trình bày với bạn để có hướng xoa dịu tình hình.
- Trường hợp do lỗi điều hành của bạn, lúc ấy cần trao đổi với toàn nhóm để nói lên hướng khắc phục.
- Vấn đề ở đây là cải thiện cách hành xử, tránh mang tính chất khiển trách hoặc phê phán.

#### 6. Sử dụng cách giải thích vấn đề

Coi những vấn đề liên quan đến công việc như những cơ hội để cả nhóm học hỏi và cải thiện.

Hãy diễn giải vấn đề để cả nhóm nhận ra chúng và học hỏi.

Có thể cử một người giải quyết vấn đề và báo cáo lại diễn biến quá trình giải quyết và kết quả giải quyết ra sao.

### VI. PHÁT TRIỂN NHÓM

#### 1. Phát triển nhóm

Người lãnh đạo nhóm giỏi cần hiểu rõ rằng sự thành đạt của nhóm tùy thuộc hoàn toàn vào việc phát triển của các thành viên ra sao.

Hãy quan tâm đến việc bồi dưỡng và đào tạo các thành viên của nhóm. Hãy giúp họ thăng tiến tay nghề bằng cách phát triển các tài năng tự nhiên và tăng cường việc đào tạo, đưa ra những thử thách, cùng những mục tiêu thiết thực

#### 2. Để con người phát triển

Nhóm càng lớn và càng dễ hoán chuyển, các thành viên càng có nhiều cơ hội phát triển nghề nghiệp do việc thay đổi các vai trò và được tăng tiến.

Mặc dù sự tăng tiến thường theo chiều thẳng, nhưng tay nghề trong nhóm lại thường tăng tiến theo chiều ngang, nghĩa là học hỏi lẫn nhau. Hãy để các thành viên được quyền tìm hướng phát triển chứ đừng cản trở họ.

### 3. Xây dựng sự nghiệp

Dù bạn hay các đồng nghiệp được việc đến đâu nhưng vấn đề là mọi thành viên phải biết là họ có trách nhiệm hoàn toàn đối với sự nghiệp của họ.

Hãy khuyến khích các thành viên coi việc làm việc trong nhóm là một phần của việc thăng tiến, ở đó lúc nào cũng mở ra các cơ hội mới để học hỏi, giúp họ tiến tới trên đường sự nghiệp - dù họ có thuyên chuyển đi đâu chẳng nữa.

Việc xây dựng sự nghiệp luôn hiệu quả hơn nếu nó là đích nhắm của người có óc cầu tiến để họ vững vàng bước tới thành công.

## VII. CÁC KỸ NĂNG QUẢN LÝ LÀM VIỆC THEO NHÓM

### 1. Kỹ năng giải quyết các xung đột

- Mâu thuẫn trong nhóm phát sinh do sự khác nhau về tư tưởng, quan điểm, văn hóa...
- Xung đột là sự bất đồng giữa các cá nhân, giữa các nhóm do khác biệt về mục đích, quyền lợi, nguồn lực, nhiệm vụ...
- Xung đột có thể là yếu tố cản trở, cũng có thể là yếu tố tích cực
- Nếu biết lôi kéo mọi người cùng tìm giải pháp giải quyết thì xung đột mang tính tích cực. Nếu làm chệch mục tiêu, chia rẽ nội bộ thì mang tính tiêu cực.
- Hiểu biết về xung đột để quản lý và giải quyết xung đột có lợi cho hoạt động nhóm.
- Một số lời khuyên:
  - + Giải quyết xung đột nhỏ trước khi trở thành lớn.
  - + Tăng cường giao tiếp, tìm nguyên nhân trước khi tìm giải pháp.
  - + Linh hoạt tìm những giải pháp khác nhau cho một nguyên nhân.
  - + Công bằng và minh bạch trong giải pháp.
  - + Tìm giải pháp giải quyết xung đột, không tìm cách chống nhau
  - + Mọi người tôn trọng, thông cảm với nhau, muốn người khác xem vấn đề của mình thì mình cần xem vấn đề của người khác trước
  - + Nhìn thẳng vào vấn đề, nói ra sự thật tránh im lặng ngấm ngầm.
  - + Quản lý xung đột chứ không đàn áp hay tiêu diệt xung đột là nghệ thuật

### 2. Cách ứng phó với xung đột.

- **Cách thứ nhất:** Ứng xử cứng rắn, áp đảo (*kiểu cá mập*)

Một bên luôn áp đảo bên kia, đặt quyền lợi của mình hay nhóm mình trước quyền lợi người khác. Tìm cách để thắng trong xung đột; đặt quan hệ các bên căng thẳng, thù địch. Cũng có mặt tích cực là có thể tạo thay đổi hay sự tiến bộ.

- **Cách thứ hai:** Ứng xử né tránh (*kiểu con rùa*).

Khi gặp xung đột thì né tránh va chạm, sợ đối đầu với mâu thuẫn, không quan tâm đến nhu cầu của các bên, thua cũng không sao, dễ đưa đến các bên cùng thua.

- **Cách thứ ba:** Ứng xử kiểu nhường nhịn, xoa dịu (*gấu bông*).

Quan tâm đến các mối quan hệ chứ không quan tâm đến kết quả quyền lợi. Vì vậy giải quyết xung đột kiểu này có thể hy sinh quyền lợi của mình nhưng giữ được mối quan hệ thân thiện với người khác, nhóm khác.

- **Cách thứ tư:** Ứng xử thỏa hiệp (*con chồn*).

Mỗi bên có thể hy sinh một chút quyền lợi để đạt được một số quyền lợi khác; cùng nhau tìm những giải pháp trung hòa để đôi bên cùng có lợi; Có thể tạo ra kết quả cùng thắng hoặc cùng thua.

- **Cách thứ năm:** Ứng xử hợp tác (*chim cú*).

Coi trọng cả mục đích và mối quan hệ. Các bên hợp tác với nhau tìm ra giải pháp tốt nhất cho cả đôi bên, chú trọng sự đồng thuận. Tất cả các bên phải cùng theo đuổi tìm giải pháp tốt cho các bên chứ không chỉ cho một bên. Cách này tạo ra được kết quả cả hai bên đều thắng.

### 3. Kỹ năng giải quyết xung đột

Muốn quản lý tốt xung đột thường đi theo 4 bước.

- 1) Nhìn nhận ra xung đột, coi nó là vấn đề cần được giải quyết, xác định rõ nội dung chi tiết của xung đột, không quy kết, gán ghép, tố cáo.
- 2) Biết lắng nghe nhau, sẵn sàng thay đổi quan điểm của chính mình, phát hiện những khác biệt giữa hai bên. Sẵn sàng hợp tác, xây dựng mối quan hệ tốt vì mục đích chung và vì lợi ích của cả các bên
- 3) Tìm hiểu hoàn cảnh và điều kiện của bên có xung đột với mình để hiểu quan điểm của họ
- 4) Cố gắng tiến dần đến sự thỏa thuận giữa hai bên.

Nhóm trưởng cần khách quan, công bằng, vì mục đích chung.

Cách giải quyết phải linh hoạt, nhẹ nhàng với cả hai bên, dựa vào các thành viên tích cực để quản lý và giải quyết mâu thuẫn.

### 4. Hợp nhóm

- Một trong nội dung hoạt động nhóm là họp mặt nhóm, cho dù ngày nay có thể họp qua mạng, họp mặt là hình thức phổ biến và có nhiều ưu điểm.
- Vấn đề đặt ra là họp để làm gì, tiến hành như thế nào.
- Để tránh lãng phí cần tổ chức họp sao cho hiệu quả.
- Trước khi triệu tập họp cần xem xét họp có phải là hình thức tốt nhất trong bối cảnh này không hay có hình thức nào tốt hơn.
- Có thể thay thế một cuộc họp bằng gửi tài liệu in, viết thông báo trên bảng, gửi Email, gọi điện thoại...
- Kỹ năng tổ chức cuộc họp là yếu tố quyết định đến sự thành bại của cuộc họp vì các cuộc họp có mục tiêu khác nhau: để thông tin, để thuyết phục, để thu thập ý kiến, để ra quyết định...

## 5. Kỹ năng tổ chức họp nhóm

### 1) Bước 1 chuẩn bị họp nhóm.

- Người điều hành chuẩn bị về chủ đề cuộc họp, mục tiêu cần đạt được, nội dung cuộc họp là những gì, thành viên cần tham gia là ai?
- Lập kế hoạch để điều hành cuộc họp, kế hoạch sử dụng công cụ trực quan (*bảng biểu, tài liệu, máy chiếu...*).
- Lên kế hoạch về thời gian, địa điểm, phòng họp, hậu cần, giấy mời, thông báo...ai chuẩn bị và chuẩn bị đến đâu?
- Trước ngày họp nên chuẩn bị sức khỏe, tinh thần, kiểm tra và làm quen phương tiện, phòng họp...

### 2) Bước 2 bắt đầu cuộc họp.

- Bước này cần làm những việc: làm quen giữa các thành viên, tạo không khí thân thiện, thảo luận thông qua chương trình họp
- Thống nhất khung chương trình làm việc, điều chỉnh mục tiêu cuộc họp (nếu cần), thống nhất cách tiến hành các nội dung...

### 3) Bước thứ ba, đưa ra từng chủ đề để thảo luận

- Đây là bước quan trọng nhất của một cuộc họp.
- Các thành viên được thảo luận, tham gia ý kiến để đề ra quyết định của nhóm, các quyết định này phù hợp với mục tiêu cuộc họp.

### 4) Bước thứ tư, lập kế hoạch hành động

- Sau khi ra quyết định các nội dung công việc, nhóm lập ra một kế hoạch triển khai từng nội dung công việc sau cuộc họp.
- Kế hoạch bao gồm: công việc gì cần phải làm, phân công ai làm, làm như thế nào, kết quả mong muốn, thời gian bắt đầu - kết thúc, điều kiện triển khai, các nguồn lực cần thiết, công tác chuẩn bị...
- Nếu cuộc họp không có kế hoạch hành động, hay sau cuộc họp các thành viên thấy không phải làm gì là cuộc họp không hiệu quả.

### 5) Bước cuối cùng, bế mạc cuộc họp

- Cuối cuộc họp nhóm nên dành thời gian đánh giá, suy xét về tiến trình họp, kết quả cuộc họp, các vấn đề còn bỏ sót, các vấn đề để lại cuộc họp sau, kết quả cuộc họp đã được tài liệu hóa chưa, các thành viên sẽ nhận kết quả này như thế nào, cuộc họp thành công đến mức nào qua đánh giá nhanh.

\* Để tiến hành tốt năm bước trên người điều hành vận dụng các công cụ như: thảo luận nhóm nhỏ, cây vấn đề, lập kế hoạch theo khung logic, động não, bản đồ tư duy, chấu cá, đóng vai, tranh luận...

## 6. Một số công cụ (kỹ năng) điều hành họp nhóm

### 6.1. Kỹ thuật động não

- Là kỹ thuật nhận ý tưởng của những người tham gia, với nguyên tắc càng nhiều ý tưởng nhận được càng tốt; khi điều hành cần tạo môi trường để nhận được nhiều ý tưởng

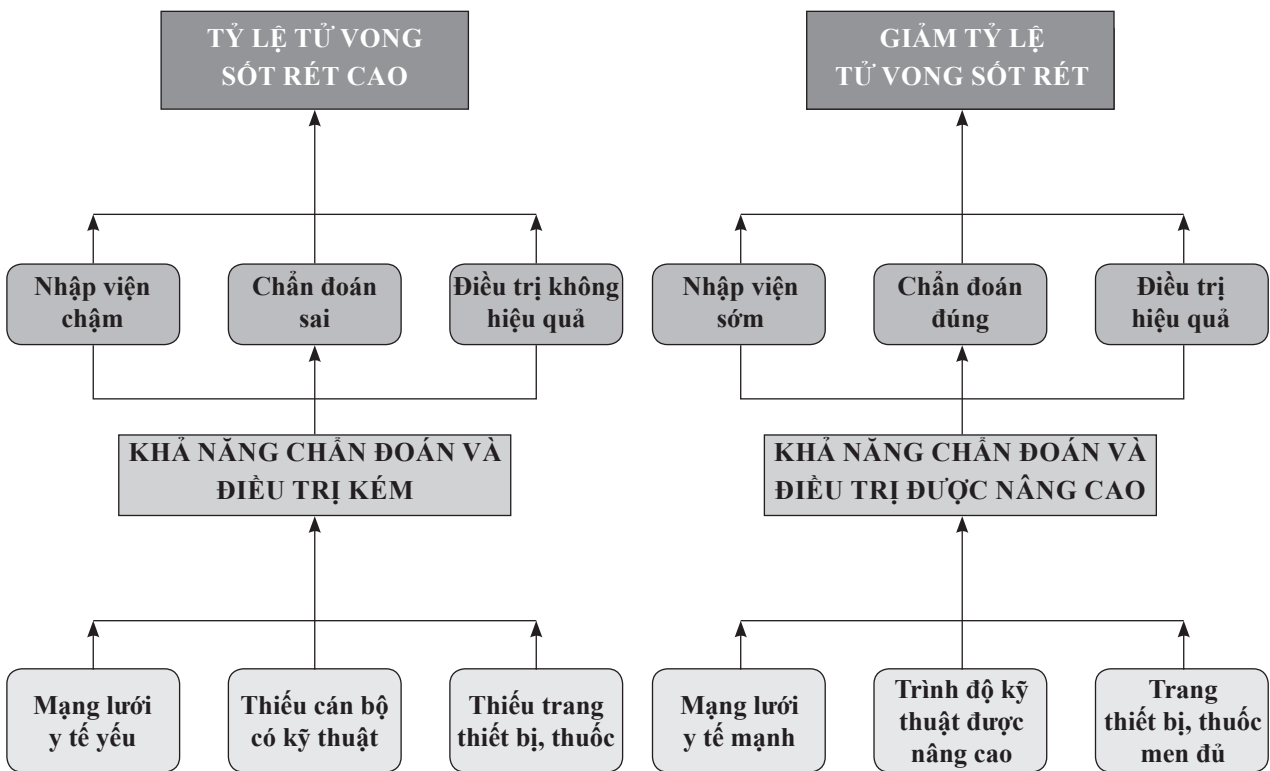


- Chuẩn bị các tờ giấy màu để mỗi người viết các ý tưởng.
- Phát các tờ giấy màu cho từng thành viên để họ viết ngắn gọn ý tưởng của họ vào thẻ đó, dùng băng dính, ghim... dán các thẻ này lên bảng.
- Sau đó cùng các thành viên gom nhóm các ý tưởng, phân loại ý tưởng, thảo luận lựa chọn ưu tiên ý tưởng.
- Nếu không có thẻ màu có thể dùng giấy Ao, bảng... viết ý tưởng trên đó mỗi khi có thành viên phát biểu.
- Kỹ thuật này coi trọng số lượng ý tưởng hơn chất lượng, không phê phán, bình luận, chấp nhận cả ý tưởng lạ lùng, trái chiều.

**6.2. Cây vấn đề**

- Từ vấn đề chính cần thảo luận người điều hành vẽ nó như thân của một cây.
- Sau đó đặt các câu hỏi tại sao để tìm các nguyên nhân chính đặt vào phía dưới như các rễ chính của cây, đặt thêm câu hỏi tại sao vào các nguyên nhân chính tạo ra các rễ cây cấp hai... và có thể tiếp tục.
- Phần cành cây là các nhánh chính trả lời cho câu hỏi kết quả thế nào.
- Cũng như các “rễ cây”, các cành nhánh của cây cũng có cành bậc hai khi đặt câu hỏi tiếp kết quả ra sao cho các nhánh kết quả chính.
- Cả nhóm sẽ xây dựng được một hình tượng cái cây mà thân cây là vấn đề, rễ cây là các nguyên nhân và cành cây là các kết quả.

**Cây vấn đề và cây mục tiêu trong giảm thiểu tác hại bệnh sốt rét**



4.3.3. Bản đồ tư duy (mind map)

- Công cụ này xuất phát từ một vấn đề chính coi như một nhánh, đi phân tích tiếp mối liên hệ với các vấn đề khác chi tiết hơn, rồi lại phân tích tiếp các vấn đề chi tiết hơn nữa
- Cứ như vậy cho đến ý kiến chi tiết, cụ thể. Hình vẽ thể hiện như một dây thần kinh từ nhánh lớn đến nhánh nhỏ và tới các nhánh nhỏ nhất.

4.3.4. Khung logic

- Khung này là một ma trận dạng bảng gồm 4 cột và 4 hàng.
- Bốn cột từ trái sang phải gồm có các cột: các nội dung, tiêu chí, nguồn chứng minh (minh chứng), điều kiện (hay giả định).
- Bốn hàng từ trên xuống dưới gồm: mục đích, mục tiêu, kết quả mong đợi, các hoạt động chính.
- Dựa trên ma trận này để nhóm thảo luận và kết quả được đưa vào từng ô của ma trận.



	Nội dung	Tiêu chí	Minh chứng	Điều kiện
Mục đích				
Mục tiêu cần đạt được				
Kết quả mong đợi				
Các hoạt động chính				

#### 4.3.5. Kỹ thuật sử dụng chậu cá.

- Chậu cá là dạng thảo luận nhóm có đóng vai. Một nhóm 4 đến 5 thành viên ngồi ở giữa thảo luận về một vấn đề nào đó.
- Có một thành viên đóng vai người thúc đẩy cuộc họp nhóm.
- Có để một ghế trống để người ngoài khi muốn tham gia tranh luận thì ngồi vào đó, phát biểu xong thì phải đi ra để ghế trống cho cơ hội tham gia của người khác - Các thành viên còn lại ngồi xung quanh để nghe nhóm trong thảo luận và khi muốn tham gia thì phải ngồi vào ghế trống phía trong.
- Người thúc đẩy cuối buổi thảo luận phải tổng kết và tóm tắt những điều đã thảo luận và nhất trí của nhóm.

#### 4.4. Cải thiện bản thân trong nhóm làm việc

- Trong một nhóm thường là tập hợp những thành viên có khác biệt trong cách giao tiếp, ngôn ngữ, quan điểm, suy nghĩ, cách ra quyết định, khác chức trách, nhiệm vụ, quyền hạn... tóm lại là khác biệt về văn hóa
- Mọi người đều gặp khó khăn làm việc trong nhóm
- Để cải thiện bản thân trong nhóm đa văn hóa, cần nắm vững phương châm:

***“Hãy đối xử với thành viên khác như cách mà mình muốn người khác đối xử với mình.”***

Để làm tốt cải thiện bản thân trong nhóm cần:

- **Thứ nhất:** Mỗi thành viên cần học hỏi các nền văn hóa khác để có thể hiểu người khác nghĩ gì? hành động thế nào qua giao tiếp cá nhân - cá nhân.  
Để học hỏi cần tìm hiểu các nền văn hóa, tìm hiểu lịch sử, tôn giáo, giá trị, phong tục nơi các thành viên khác xuất xứ.
- **Thứ hai:** mọi người phải cải thiện kỹ năng viết - một kênh giao tiếp quan trọng. Viết rõ ràng, ngắn gọn, không sử dụng thành ngữ, tiếng lóng... Làm sao cho người khác hiểu thông điệp mình muốn gửi đến họ như mình hiểu.
- **Thứ ba:** cải thiện kỹ năng nói, vì họp và gặp nhau trực diện là hoạt động thường xuyên của nhóm; kỹ năng nói rất quan trọng. Cần luyện trường độ, cao độ, âm lượng, âm vực... giọng nói rõ ràng, dễ hiểu... Ngoài ra biết kết hợp với ngôn ngữ không lời (động tác tay, chân, nét mặt...) phù hợp với ngữ cảnh gây ấn tượng với người nghe.
- **Thứ tư:** phải cải thiện kỹ năng nghe, biết lắng nghe người khác là biểu thị tôn trọng họ.

**CÁCH ĐỐI XỬ TRONG HOẠT ĐỘNG NHÓM**

<i>Đối với bản thân</i>	<i>Đối với người khác</i>
- Nói lên điều mình nghĩ	- Hãy khoan dung
- Có thái độ cởi mở	- Đừng đòi hỏi sự hoàn hảo
- Có tư duy tích cực	- Hãy cố gắng hiểu họ
- Sẵn sàng giúp đỡ người khác	- Hãy cố tìm cái tốt nơi họ
- Hãy là chính mình	- Hãy phê phán hành vi, không phê phán nhằm vào con người
- Biết ngưng đúng lúc	- Hãy tập thương yêu người khó gần
- Giữ bí mật những điều riêng tư	- Hãy luôn dựa trên sự kiện khách quan
- Làm chủ thái độ của mình	- Hãy biết cảm thông
- Hãy luôn cải thiện mình	- Hãy là người hiểu biết

**3.6. Bảy kỹ năng làm việc nhóm hiệu quả**

1. *Lắng nghe*: Là kỹ năng quan trọng nhất, thành viên trong nhóm phải biết lắng nghe ý kiến của nhau, xây dựng sự tôn trọng giữa các thành viên.
2. *Chất vấn*: Qua cách mỗi người đặt câu hỏi, có thể nhận biết mức độ tác động lẫn nhau, khả năng trao đổi, đưa ra vấn đề cho các thành viên khác.
3. *Thuyết phục*: Các thành viên trao đổi, suy xét ý tưởng đã đưa ra. Đồng thời bảo vệ và thuyết phục người khác đồng tình với ý kiến của mình
4. *Tôn trọng*: Mỗi thành viên trong nhóm phải tôn trọng ý kiến của những người khác bằng động viên, hỗ trợ nhau, biến chúng thành hiện thực.
5. *Trợ giúp*: Các thành viên phải biết giúp đỡ lẫn nhau trong công việc
6. *Sẻ chia*: Các thành viên đưa ra ý kiến và biện minh cách mình nghĩ ra cho người khác cùng nghe.
7. *Chung sức*: Từng thành viên đóng góp trí lực cùng thực hiện kế hoạch đề ra của cả nhóm.

**VIII. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG NHÓM**

**1. Chọn các tiêu chuẩn đánh giá**

Nỗ lực của nhóm chứa đựng một số yếu tố có thể đánh giá bằng việc thực hiện.

Hãy tìm các tiêu chuẩn đánh giá tầm rộng khi phân tích việc thực hiện.

Hãy đánh giá các tiêu chuẩn đó mà việc cải tiến của chúng bảo đảm các lợi ích kinh tế thực.

## 2. Đánh giá kết quả

Việc đánh giá kết quả cần phải có ý nghĩa và chính xác, nghĩa là cần thiết thực, vì nếu cần, bạn có thể hỏi thêm những người bên ngoài để họ đánh giá.

## 3. Đo lường sự thực hiện của các thành viên

- Đánh giá tiến độ của toàn nhóm so với mục tiêu của đề án, kế hoạch thời gian, và tài chính.
- Tài chính: chi phí thực tế; lãi so với dự kiến.
- Thời gian: thành quả so với kế hoạch làm việc.
- Chất lượng: độ chính xác; sự hài lòng của khách hàng.
- Sự tiến triển: đóng góp với tập thể; khả năng.

## 4. Đánh giá hiệu quả lãnh đạo nhóm

- Đánh giá hiệu quả của việc lãnh đạo nhóm trong việc hỗ trợ và hướng dẫn nhóm.
- Việc điều hành: đạt được các kết quả như kế hoạch đã vạch ra.
- Ý kiến đánh giá ở trên: thực hiện đạt tiến độ của nhóm.
- Ý kiến đánh giá bên dưới: Thực hiện đạt chỉ tiêu bên trên.
- Tinh thần: ý kiến của nhóm, khách hàng, những người có liên quan.

## 5. Đánh giá Tiểu nhóm

- Đánh giá hiệu quả của mỗi tiểu nhóm theo định mức của chỉ tiêu.
- Các mục tiêu: những kết quả thực tế so với chỉ tiêu.
- Chất lượng: ý kiến đánh giá của nội bộ.
- Khách hàng: ý kiến đánh giá của khách hàng.
- Cải tiến: dự tính các kết quả tương lai.

## 6. Đánh giá các thành viên trong nhóm

- Đánh giá sự đóng góp của cá nhân vào việc thực hiện kế hoạch toàn nhóm.
- Hiệu suất: so với chỉ tiêu.
- Ý kiến đánh giá: của cấp trên, của đồng nghiệp, và của khách hàng.
- Tự đánh giá: so với đồng nghiệp.
- Giá trị khác: có đóng góp gì thêm không; ý thức trách nhiệm

## 7. Tiêu chuẩn tự đánh giá cá nhân làm việc theo nhóm

1. *Lòng tin*: Bạn có tin tưởng vào khả năng hoàn thành công việc của đồng nghiệp không?
2. *Bình tĩnh*: Trong thời gian vô cùng gấp rút, bạn có khả năng giải quyết tình huống một cách bình tĩnh không?
3. *Tôn trọng*: Ý kiến của đồng nghiệp có được bạn quan tâm không? Bạn có rút ra được những ý tưởng của bản thân từ những ý kiến đó?

4. *Hợp tác*: Khả năng hoà nhập của bạn như thế nào với đồng nghiệp từ nhiều lĩnh vực, năng lực, thậm chí quốc tịch khác nhau?
5. *Tổ chức*: Bàn làm việc của bạn có gọn gàng không? Bạn có làm việc theo kế hoạch đã vạch ra?
6. *Khả năng làm việc dưới áp lực*: Bạn có phát huy được tốt nhất khả năng khi làm việc dưới áp lực không?
7. *Khả năng giao tiếp*: Bạn thích tiếp xúc với nhiều người? Bạn luôn luôn thu hút được sự chú ý của mọi người trong mọi câu chuyện?

### **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI**

1. *Trình bày sự cần thiết làm việc nhóm, những lợi ích làm việc theo nhóm?*
2. *Thế nào là nhóm làm việc, làm việc theo nhóm, phân biệt nhóm chính thức và nhóm không chính thức?*
3. *Các giai đoạn hình thành và phát triển nhóm?*
4. *Các nguyên tắc làm việc theo nhóm?*
5. *Các quy luật làm việc nhóm*
6. *Thế nào là họp mặt nhóm, nội dung một cuộc họp nhóm?*
7. *Những khó khăn khi làm việc nhóm?*
8. *Làm thế nào để phát huy sức mạnh tổng hợp làm việc nhóm?*
9. *Các nguyên tắc để làm việc nhóm có hiệu quả?*
10. *Làm thế nào để phát triển nhóm?*
11. *Giải quyết hài hòa nhiệm vụ nhóm và các mối quan hệ trong nhóm?*
12. *Vai trò các thành viên trong nhóm như thế nào?*
13. *Các quy định và chuẩn mực trong nhóm?*
14. *Đoàn kết trong nhóm như thế nào để đạt kết quả?*
15. *Thông tin trong nhóm như thế nào? Tại sao cần thống nhất cách thông tin trong nhóm?*
16. *Các cách ra quyết định trong nhóm?*
17. *Vai trò các thành viên trong nhóm và vai trò của trưởng nhóm?*
18. *Các phong cách điều hành làm việc nhóm?*
19. *Làm thế nào để điều hành hoạt động nhóm có hiệu quả?*
20. *Làm thế nào để quản lý làm việc nhóm có hiệu quả?*
21. *Kỹ năng giải quyết xung đột trong nhóm?*

22. Các kỹ năng ứng phó với xung đột trong nhóm?
23. Mỗi thành viên cần tham gia làm gì để giải quyết các xung đột trong nhóm?
24. Kỹ năng tổ chức họp nhóm?
25. Các kỹ năng (công cụ) điều hành họp nhóm?
26. Làm thế nào để cải thiện bản thân trong hoạt động nhóm?
27. Đối với bản thân và đối với người khác nên có hành xử thế nào?
28. Tiêu chuẩn đánh giá cá nhân làm việc theo nhóm?
29. Anh /chị hãy chỉ ra một số hạn chế của người Việt trong làm việc nhóm, những hạn chế này có ảnh hưởng thế nào đến hiệu quả làm việc của nhóm? rút ra những điều gì tâm đắc của bản thân khi làm việc trong nhóm?
30. Làm thế nào để xây dựng được lòng tin giữa các thành viên trong nhóm và hóa giải những xung đột trong nhóm? Ngoài giờ làm việc, thỉnh thoảng nhóm nên có những hoạt động gì, tại sao lại nên có những hoạt động đó?
31. Theo anh/chị, cần phải làm những gì để động viên khuyến khích trong nhóm để cả nhóm làm việc tốt và phát huy óc sáng tạo/sáng kiến của mỗi người?
32. Một nhóm thành công (làm việc hiệu quả) thường có những ưu điểm gì nổi trội? Nếu anh/chị là thành viên trong nhóm đó thì cần làm những gì để nhóm làm việc có hiệu quả?
33. Anh/Chị cho biết một người lãnh đạo nhóm cần có những phẩm chất và năng lực gì? Hãy cho ví dụ về một vài mẫu người lãnh đạo/quản lý giỏi mà anh/chị ngưỡng mộ, họ có những điểm gì đáng để học tập?
34. Theo anh/ chị cuộc họp đầu tiên của một nhóm cần làm những nội dung công việc gì? Những quy định nào nên được đề ra trong cuộc họp đó để công việc của nhóm tiến hành trôi chảy? Hãy liệt kê và lý giải những quy định đó?
35. Làm việc nhóm mang lại những lợi ích gì? Một cá nhân khi tham gia làm việc nhóm cần có những tố chất nào? Lấy một số dẫn chứng, câu nói nổi tiếng, ngôn ngữ hay mẫu chuyện về vai trò, tác dụng của làm việc nhóm?
36. Vai trò của người lãnh đạo nhóm? Những yếu tố nào làm cho một người nổi trội hơn những người khác để được chấp nhận là lãnh đạo nhóm? anh/chị đã có những yếu tố nào? chưa có những yếu tố nào trong đó? anh/chị cần làm gì để có đủ yếu tố trở thành một người lãnh đạo nhóm trong tương lai?
37. Làm thế nào để tạo sự đồng thuận, xây dựng tinh thần đồng đội và chia sẻ trách nhiệm giữa các thành viên trong nhóm? Nếu anh/chị là lãnh đạo nhóm, có một thành viên nào đó trong nhóm không hoàn thành nhiệm vụ được giao anh/chị sẽ xử sự như thế nào?
38. Cần có những kỹ năng gì để truyền tải thông điệp/ ý kiến của cá nhân tới các thành viên khác trong nhóm một cách hiệu quả? Liên hệ với bản thân anh/chị và thấy cần khắc phục những nhược điểm nào của mình khi tham gia sinh hoạt/ làm việc nhóm?
39. Theo anh/chị làm như thế nào để giải quyết tốt các xung đột trong nhóm? Cho ý kiến quan điểm của anh/chị về một người lãnh đạo nhóm không hiệu quả?



40. *Làm thế nào để phát triển nhóm? Đánh giá kết quả làm việc của mỗi cá nhân trong nhóm thế nào cho công bằng? Cho ví dụ về một số câu ngạn ngữ, câu nói nổi tiếng, mẩu chuyện nhỏ về ảnh hưởng, vai trò của một cá nhân đến cả nhóm?*
41. *Làm thế nào để tổ chức một buổi thảo luận nhóm có hiệu quả? Mỗi cá nhân cần làm những gì khi tham gia thảo luận nhóm? Khi xảy ra một vấn đề có nhiều ý kiến trái ngược nhau làm thế nào để đi đến thống nhất và ra quyết định của nhóm?*
42. *Người lãnh đạo nhóm vừa mềm dẻo, vừa kiên quyết là như thế nào? Cho ví dụ cụ thể? Làm thế nào để người lãnh đạo nhóm nắm được tình hình công việc của cả nhóm trong khi mỗi thành viên được phân công một nhiệm vụ và làm việc ở một nơi khác nhau?*
43. *Làm thế nào để tổ chức một buổi thảo luận nhóm có hiệu quả? Mỗi cá nhân cần làm những gì để tham gia thảo luận nhóm? Khi xảy ra một vấn đề có nhiều ý kiến trái ngược nhau làm thế nào để đi đến thống nhất và ra quyết định của nhóm?*
44. *Anh/chị hiểu thế nào về câu nói: “Không một ai trong chúng ta có thể giỏi bằng tất cả chúng ta hợp lại”? Qua đó cho biết cần làm thế nào để xây dựng tinh thần làm việc nhóm?*
45. *Làm thế nào để xây dựng các mối quan hệ tốt trong nội bộ nhóm? Làm thế nào để lắng nghe hiệu quả? Theo anh/chị, mỗi người cần rèn luyện những kỹ năng gì trong quan hệ công tác hàng ngày?*
46. *Là một thành viên cùng nhóm, anh/chị ứng xử thế nào khi đồng đội của mình gặp khó khăn, có thể không hoàn thành nhiệm vụ? Khi bản thân anh/chị làm việc trong nhóm gặp khó khăn cần phải làm gì để có thể vượt qua?*
47. *Trong một cuộc họp hay thảo luận nhóm trước những ý kiến bất đồng quan điểm với mình anh/chị ứng xử như thế nào? Làm thế nào để ý kiến của mình đưa ra có tính thuyết phục cao?*
48. *Để đánh giá kết quả công việc của nhóm nên đánh giá như thế nào cho đúng đắn, khách quan? Tại sao những nhóm làm việc tốt thường có những giá trị chung tốt và có những cá nhân nổi trội?*
49. *Anh/chị hiểu thế nào về câu nói: “Không một ai trong chúng ta có thể giỏi bằng tất cả chúng ta hợp lại”? Qua đó cho biết cần làm thế nào để xây dựng tinh thần làm việc nhóm?*
50. *Là một thành viên cùng nhóm, anh/chị ứng xử thế nào khi đồng đội của mình gặp khó khăn, có thể không hoàn thành nhiệm vụ? Khi bản thân anh/chị làm việc trong nhóm gặp khó khăn cần phải làm gì để có thể vượt qua?*
51. *Trong một cuộc họp hay thảo luận nhóm trước những ý kiến bất đồng quan điểm với mình anh/chị ứng xử như thế nào? Làm thế nào để ý kiến của mình đưa ra có tính thuyết phục cao?*
52. *Vai trò của người lãnh đạo nhóm? Những yếu tố nào làm cho một người nổi trội hơn những người khác để được tin nhiệm là lãnh đạo nhóm? anh/chị đã có những yếu tố nào? chưa có những yếu tố nào trong đó? anh/chị cần làm gì để có đủ yếu tố trở thành một người lãnh đạo nhóm trong tương lai?*

## BÀI 11

# CÁC VĂN BẢN LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH NGHỀ

### MỤC TIÊU

1. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế.*
2. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Nghị Định 109/2016/ND-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính Phủ Quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
3. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y.*
4. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Thông tư số 22 /2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y Tế Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế.*
5. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y Tế Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.*
6. *Nắm được các nội dung liên quan đến hành nghề thuộc Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 của Bộ Y Tế Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

### NỘI DUNG

#### I. LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN: GỒM 11 CHƯƠNG, 55 ĐIỀU

##### 1. CHƯƠNG I. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khỏe.

Điều 2. Nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khỏe.

Điều 3. Trách nhiệm của Nhà nước.

Điều 4. Trách nhiệm của các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh, các đơn vị vũ trang nhân dân.

Điều 5. Trách nhiệm của các tổ chức xã hội.

##### 2. CHƯƠNG II. VỆ SINH TRONG SINH HOẠT VÀ LAO ĐỘNG, VỆ SINH CÔNG CỘNG, PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH

Điều 6. Giáo dục vệ sinh.

- Điều 7. Vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu.
- Điều 8. Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.
- Điều 9. Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hoá chất.
- Điều 10. Vệ sinh các chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt.
- Điều 11. Vệ sinh trong chăn nuôi gia súc, gia cầm.
- Điều 12. Vệ sinh trong xây dựng.
- Điều 13. Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ.
- Điều 14. Vệ sinh trong lao động.
- Điều 15. Vệ sinh nơi công cộng.
- Điều 16. Vệ sinh trong việc quàn, ướp, chôn, hoả táng, di chuyển thi hài, hài cốt.
- Điều 17. Phòng và chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch.
- Điều 18. Kiểm dịch.

**3. CHƯƠNG III. THỂ DỤC THỂ THAO, ĐIỀU DƯỠNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

- Điều 19. Tổ chức hoạt động thể dục thể thao.
- Điều 20. Tổ chức nghỉ ngơi và điều dưỡng.
- Điều 21. Phục hồi chức năng.
- Điều 22. Điều dưỡng, phục hồi sức khoẻ bằng yếu tố thiên nhiên.

**4. CHƯƠNG IV. KHÁM BỆNH VÀ CHỮA BỆNH**

- Điều 23. Quyền được khám bệnh và chữa bệnh.
- Điều 24. Điều kiện hành nghề của thầy thuốc.
- Điều 25. Trách nhiệm của thầy thuốc.
- Điều 26. Giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Điều 27. Trách nhiệm của người bệnh.
- Điều 28. Chữa bệnh bằng phẫu thuật.
- Điều 29. Bắt buộc chữa bệnh.
- Điều 30. Lấy và ghép mô hoặc một bộ phận của cơ thể con người.
- Điều 31. Giải phẫu tử thi.
- Điều 32. Khám bệnh, chữa bệnh cho người nước ngoài tại Việt Nam.
- Điều 33. Giám định y khoa.

**5. CHƯƠNG V. Y HỌC, DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN DÂN TỘC**

- Điều 34. Kế thừa và phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc.
- Điều 35. Điều kiện hành nghề của lương y.
- Điều 36. Trách nhiệm của lương y.
- Điều 37. Giúp đỡ và bảo vệ lương y.

**6. CHƯƠNG VI. THUỐC PHÒNG BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 38. Quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc.

Điều 39. Quản lý thuốc độc, thuốc và chất dễ gây nghiện, gây hưng phấn, ức chế tâm thần.

Điều 40. Chất lượng thuốc.

**7. CHƯƠNG VII. BẢO VỆ SỨC KHOẺ NGƯỜI CAO TUỔI, THƯƠNG BINH, BỆNH BINH, NGƯỜI TÀN TẬT VÀ ĐỒNG BÀO CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ**

Điều 41. Bảo vệ sức khoẻ người cao tuổi, thương binh, bệnh binh và người tàn tật.

Điều 42. Bảo vệ sức khoẻ đồng bào các dân tộc thiểu số.

**8. CHƯƠNG VIII. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH VÀ BẢO VỆ SỨC KHOẺ PHỤ NỮ, TRẺ EM**

Điều 43. Thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

Điều 44. Quyền của phụ nữ được khám bệnh, chữa bệnh phụ khoa và nạo thai, phá thai.

Điều 45. Sử dụng lao động nữ.

Điều 46. Bảo vệ sức khoẻ trẻ em.

Điều 47. Chăm sóc trẻ em có khuyết tật.

**9. CHƯƠNG IX. THANH TRA NHÀ NƯỚC VỀ Y TẾ**

Điều 48. Tổ chức và quyền hạn của thanh tra Nhà nước về y tế.

Điều 49. Thanh tra vệ sinh.

Điều 50. Thanh tra khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 51. Thanh tra dược.

**10. CHƯƠNG X. KHEN THƯỞNG VÀ XỬ LÝ CÁC VI PHẠM**

Điều 52. Khen thưởng.

Điều 53. Xử lý các vi phạm

**11. CHƯƠNG XI. ĐIỀU KHOẢN CUỐI CÙNG**

Điều 54. Những quy định trước đây trái với Luật này đều bãi bỏ.

Điều 55. Hội đồng bộ trưởng quy định chi tiết thi hành Luật này.

Luật này đã được Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam khoá VIII, kỳ họp thứ 5 thông qua ngày 30 tháng 6 năm 1989.

**II. LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH: GỒM 09 CHƯƠNG, 91 ĐIỀU****1. CHƯƠNG I. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Điều 2. Giải thích từ ngữ

- Điều 3. Nguyên tắc trong hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 4. Chính sách của Nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 5. Trách nhiệm quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 6. Các hành vi bị cấm

## **2. CHƯƠNG II. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH**

### **2.1. Mục 1. QUYỀN CỦA NGƯỜI BỆNH**

- Điều 7. Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế
- Điều 8. Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư
- Điều 9. Quyền được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 10. Quyền được lựa chọn trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 11. Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 12. Quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 13. Quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi

### **2.2. Mục 2. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH**

- Điều 14. Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề
- Điều 15. Nghĩa vụ chấp hành các quy định trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 16. Nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh

## **3. CHƯƠNG III. NGƯỜI HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

### **3.1. Mục 1. ĐIỀU KIỆN ĐỐI VỚI NGƯỜI HÀNH NGHỀ**

- Điều 17. Người xin cấp chứng chỉ hành nghề
- Điều 18. Điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam
- Điều 19. Điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề tại Việt Nam đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài
- Điều 20. Điều kiện cấp lại chứng chỉ hành nghề đối với trường hợp bị thu hồi chứng chỉ hành nghề
- Điều 21. Khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo, chuyển giao kỹ thuật chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh, hợp tác đào tạo về y có thực hành khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 22. Thừa nhận chứng chỉ hành nghề
- Điều 23. Sử dụng ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam của người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài
- Điều 24. Xác nhận quá trình thực hành
- Điều 25. Chứng chỉ hành nghề

### **3.2. Mục 2. THẨM QUYỀN, HỒ SƠ, THỦ TỤC CẤP, CẤP LẠI VÀ THU HỒI CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ**

Điều 26. Thẩm quyền cấp, cấp lại và thu hồi chứng chỉ hành nghề

Điều 27. Hồ sơ cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề

Điều 28. Thủ tục cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề

Điều 29. Thu hồi chứng chỉ hành nghề, đình chỉ hành nghề

Điều 30. Lệ phí cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề

### **3.3. Mục 3. QUYỀN CỦA NGƯỜI HÀNH NGHỀ**

Điều 31. Quyền được hành nghề

Điều 32. Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh

Điều 33. Quyền được nâng cao năng lực chuyên môn

Điều 34. Quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh

Điều 35. Quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề

### **3.4. Mục 4. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI HÀNH NGHỀ**

Điều 36. Nghĩa vụ đối với người bệnh

Điều 37. Nghĩa vụ đối với nghề nghiệp

Điều 38. Nghĩa vụ đối với đồng nghiệp

Điều 39. Nghĩa vụ đối với xã hội

Điều 40. Nghĩa vụ thực hiện đạo đức nghề nghiệp

## **4. CHƯƠNG IV. CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

### **4.1. Mục 1. HÌNH THỨC TỔ CHỨC VÀ ĐIỀU KIỆN HOẠT ĐỘNG CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 41. Các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 42. Điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 43. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 44. Giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

### **4.2. Mục 2. THẨM QUYỀN, HỒ SƠ, THỦ TỤC CẤP, CẤP LẠI, ĐIỀU CHỈNH VÀ THU HỒI GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 45. Thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 46. Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại hoặc điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 47. Thủ tục cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 48. Thu hồi và đình chỉ giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 49. Lệ phí cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### **4.3. Mục 3. CHỨNG NHẬN NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 50. Chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 51. Các tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### **4.4. Mục 4. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 52. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 53. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 52. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 53. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

### **5. CHƯƠNG V. CÁC QUY ĐỊNH CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 54. Cấp cứu

Điều 55. Chẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp điều trị và kê đơn thuốc

Điều 56. Hội chẩn

Điều 57. Điều trị ngoại trú

Điều 58. Điều trị nội trú

Điều 59. Hồ sơ bệnh án

Điều 60. Sử dụng thuốc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú

Điều 61. Thực hiện phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa

Điều 62. Kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 63. Xử lý chất thải y tế

Điều 64. Giải quyết đối với người bệnh không có người nhận

Điều 65. Giải quyết đối với người bệnh tử vong

Điều 66. Bắt buộc chữa bệnh

Điều 67. Trực khám bệnh, chữa bệnh

Điều 68. Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh

### **6. CHƯƠNG VI. ÁP DỤNG KỸ THUẬT, PHƯƠNG PHÁP MỚI TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 69. Kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh

Điều 70. Điều kiện áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam



Điều 71. Thẩm quyền cho phép áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới

Điều 72. Hồ sơ, thủ tục cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới

## **7. CHƯƠNG VII. SAI SÓT CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT, GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI, TỐ CÁO VÀ TRANH CHẤP TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

### **7.1. Mục 1. SAI SÓT CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 73. Xác định người hành nghề có sai sót hoặc không có sai sót chuyên môn kỹ thuật

Điều 74. Thành lập hội đồng chuyên môn

Điều 75. Thành phần, nguyên tắc hoạt động và nhiệm vụ của hội đồng chuyên môn

Điều 76. Trách nhiệm của người hành nghề, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi xảy ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh

Điều 77. Xác định mức bồi thường thiệt hại do sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh

Điều 78. Bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh

### **7.2. Mục 2. KHIẾU NẠI, TỐ CÁO VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP VỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 79. Khiếu nại, tố cáo về khám bệnh, chữa bệnh

Điều 80. Tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh

## **8. CHƯƠNG VIII. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CÔNG TÁC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 81. Hệ thống tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 82. Quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 83. Đào tạo, bồi dưỡng người hành nghề

Điều 84. Chế độ đối với người hành nghề

Điều 85. Các nguồn tài chính phục vụ cho công tác khám bệnh, chữa bệnh

Điều 86. Ngân sách nhà nước chi cho công tác y tế

Điều 87. Xã hội hóa công tác khám bệnh, chữa bệnh

Điều 88. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

Điều 89. Quỹ hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh

## **9. CHƯƠNG IX. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 90. Hiệu lực thi hành

Điều 91. Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành

Luật này đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009.

### III. LUẬT BẢO HIỂM XÃ HỘI: GỒM 09 CHƯƠNG, 125 ĐIỀU

#### 1. CHƯƠNG I. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Điều 3. Giải thích từ ngữ

Điều 4. Các chế độ bảo hiểm xã hội

Điều 5. Nguyên tắc bảo hiểm xã hội

Điều 6. Chính sách của Nhà nước đối với bảo hiểm xã hội

Điều 7. Nội dung quản lý nhà nước về bảo hiểm xã hội

Điều 8. Cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm xã hội

Điều 9. Hiện đại hóa quản lý bảo hiểm xã hội

Điều 10. Trách nhiệm của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội về bảo hiểm xã hội

Điều 11. Trách nhiệm của Bộ trưởng Bộ Tài chính về bảo hiểm xã hội

Điều 12. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân các cấp về bảo hiểm xã hội

Điều 13. Thanh tra bảo hiểm xã hội

Điều 14. Quyền và trách nhiệm của tổ chức công đoàn, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức thành viên của Mặt trận

Điều 15. Quyền và trách nhiệm của tổ chức đại diện người sử dụng lao động

Điều 16. Chế độ báo cáo, kiểm toán

Điều 17. Các hành vi bị nghiêm cấm

#### 2. CHƯƠNG II. QUYỀN, TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG, NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG, CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

Điều 18. Quyền của người lao động

Điều 19. Trách nhiệm của người lao động

Điều 20. Quyền của người sử dụng lao động

Điều 21. Trách nhiệm của người sử dụng lao động

Điều 22. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội

Điều 23. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội

#### 3. CHƯƠNG III. BẢO HIỂM XÃ HỘI BẮT BUỘC

##### 3.1. Mục 1. CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU

Điều 24. Đối tượng áp dụng chế độ ốm đau

Điều 25. Điều kiện hưởng chế độ ốm đau

Điều 26. Thời gian hưởng chế độ ốm đau

Điều 27. Thời gian hưởng chế độ khi con ốm đau

Điều 28. Mức hưởng chế độ ốm đau

Điều 29. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau khi ốm đau

### **3.2. Mục 2. CHẾ ĐỘ THAI SẢN**

Điều 30. Đối tượng áp dụng chế độ thai sản

Điều 31. Điều kiện hưởng chế độ thai sản

Điều 32. Thời gian hưởng chế độ khi khám thai

Điều 33. Thời gian hưởng chế độ khi sẩy thai, nạo, hút thai, thai chết lưu hoặc phá thai bệnh lý

Điều 34. Thời gian hưởng chế độ khi sinh con

Điều 35. Chế độ thai sản của lao động nữ mang thai hộ và người mẹ nhờ mang thai hộ

Điều 36. Thời gian hưởng chế độ khi nhận nuôi con nuôi

Điều 37. Thời gian hưởng chế độ khi thực hiện các biện pháp tránh thai

Điều 38. Trợ cấp một lần khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi

Điều 39. Mức hưởng chế độ thai sản

Điều 40. Lao động nữ đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con

Điều 41. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau thai sản

### **3.3. Mục 3. CHẾ ĐỘ TAI NẠN LAO ĐỘNG, BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

Điều 42. Đối tượng áp dụng chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Điều 43. Điều kiện hưởng chế độ tai nạn lao động

Điều 44. Điều kiện hưởng chế độ bệnh nghề nghiệp

Điều 45. Giám định mức suy giảm khả năng lao động

Điều 46. Trợ cấp một lần

Điều 47. Trợ cấp hằng tháng

Điều 48. Thời điểm hưởng trợ cấp

Điều 49. Phương tiện trợ giúp sinh hoạt, dụng cụ chỉnh hình

Điều 50. Trợ cấp phục vụ

Điều 51. Trợ cấp một lần khi chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Điều 52. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau khi điều trị thương tật, bệnh tật

### **3.4. Mục 4. CHẾ ĐỘ HƯU TRÍ**

Điều 53. Đối tượng áp dụng chế độ hưu trí

Điều 54. Điều kiện hưởng lương hưu

Điều 55. Điều kiện hưởng lương hưu khi suy giảm khả năng lao động

Điều 56. Mức lương hưu hằng tháng

Điều 57. Điều chỉnh lương hưu

Điều 58. Trợ cấp một lần khi nghỉ hưu

Điều 59. Thời điểm hưởng lương hưu

Điều 60. Bảo hiểm xã hội một lần

Điều 61. Bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội

Điều 62. Mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội để tính lương hưu, trợ cấp một lần

Điều 63. Điều chỉnh tiền lương đó đóng bảo hiểm xã hội

Điều 64. Tạm dừng, hưởng tiếp lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng

Điều 65. Thực hiện chế độ bảo hiểm xã hội đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng ra nước ngoài để định cư

### **3.5. Mục 5. CHẾ ĐỘ TỬ TUẤT**

Điều 66. Trợ cấp mai táng

Điều 67. Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất hằng tháng

Điều 68. Mức trợ cấp tuất hằng tháng

Điều 69. Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất một lần

Điều 70. Mức trợ cấp tuất một lần

Điều 71. Chế độ hưu trí và chế độ tử tuất đối với người vừa có thời gian đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc vừa có thời gian đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện

## **4. CHƯƠNG IV. BẢO HIỂM XÃ HỘI TỰ NGUYỆN**

### **4.1. Mục 1. CHẾ ĐỘ HƯU TRÍ**

Điều 72. Đối tượng áp dụng chế độ hưu trí

Điều 73. Điều kiện hưởng lương hưu

Điều 74. Mức lương hưu hằng tháng

Điều 75. Trợ cấp một lần khi nghỉ hưu

Điều 76. Thời điểm hưởng lương hưu

Điều 77. Bảo hiểm xã hội một lần

Điều 78. Bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội, tạm dừng, hưởng tiếp lương hưu

Điều 79. Mức bình quân thu nhập tháng đóng bảo hiểm xã hội

### **4.2. Mục 2. CHẾ ĐỘ TỬ TUẤT**

Điều 80. Trợ cấp mai táng

Điều 81. Trợ cấp tuất

**5. CHƯƠNG V. QUỸ BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Điều 82. Các nguồn hình thành quỹ bảo hiểm xã hội

Điều 83. Các quỹ thành phần của quỹ bảo hiểm xã hội

Điều 84. Sử dụng quỹ bảo hiểm xã hội

Điều 85. Mức đóng và phương thức đóng của người lao động tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc

Điều 86. Mức đóng và phương thức đóng của người sử dụng lao động

Điều 87. Mức đóng và phương thức đóng của người lao động tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện

Điều 88. Tạm dừng đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc

Điều 89. Tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc

Điều 90. Chi phí quản lý bảo hiểm xã hội

Điều 91. Nguyên tắc đầu tư

Điều 92. Các hình thức đầu tư

**6. CHƯƠNG VI. TỔ CHỨC, QUẢN LÝ BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Điều 93. Cơ quan bảo hiểm xã hội

Điều 94. Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội

Điều 95. Nhiệm vụ, quyền hạn của Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội

**7. CHƯƠNG VII. TRÌNH TỰ, THỦ TỤC THỰC HIỆN BẢO HIỂM XÃ HỘI****7.1. Mục 1. TRÌNH TỰ, THỦ TỤC THAM GIA BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Điều 96. Sổ bảo hiểm xã hội

Điều 97. Hồ sơ đăng ký tham gia và cấp sổ bảo hiểm xã hội

Điều 98. Điều chỉnh thông tin tham gia bảo hiểm xã hội

Điều 99. Giải quyết đăng ký tham gia và cấp sổ bảo hiểm xã hội

**7.2. Mục 2. TRÌNH TỰ, THỦ TỤC GIẢI QUYẾT CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Điều 100. Hồ sơ hưởng chế độ ốm đau

Điều 101. Hồ sơ hưởng chế độ thai sản

Điều 102. Giải quyết hưởng chế độ ốm đau, thai sản

Điều 103. Giải quyết hưởng trợ cấp dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau ốm đau, thai sản

Điều 104. Hồ sơ hưởng chế độ tai nạn lao động

Điều 105. Hồ sơ hưởng chế độ bệnh nghề nghiệp

Điều 106. Giải quyết hưởng chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Điều 107. Giải quyết hưởng trợ cấp dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Điều 108. Hồ sơ hưởng lương hưu

Điều 109. Hồ sơ hưởng bảo hiểm xã hội một lần

Điều 110. Giải quyết hưởng lương hưu, bảo hiểm xã hội một lần

Điều 111. Hồ sơ hưởng chế độ tử tuất

Điều 112. Giải quyết hưởng chế độ tử tuất

Điều 113. Hồ sơ hưởng tiếp lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng đối với người xuất cảnh trái phép trở về nước định cư hợp pháp và người bị Tòa án tuyên bố mất tích trở về

Điều 114. Giải quyết hưởng tiếp lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng đối với người xuất cảnh trái phép trở về nước định cư hợp pháp, người bị Tòa án tuyên bố mất tích trở về

Điều 115. Chuyển nơi hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội

Điều 116. Giải quyết hưởng chế độ bảo hiểm xã hội chậm so với thời hạn quy định

Điều 117. Hồ sơ, trình tự khám giám định mức suy giảm khả năng lao động để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội

## **8. CHƯƠNG VIII. KHIẾU NẠI, TỐ CÁO VÀ XỬ LÝ VI PHẠM VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Điều 118. Khiếu nại về bảo hiểm xã hội

Điều 119. Trình tự giải quyết khiếu nại về bảo hiểm xã hội

Điều 120. Tố cáo, giải quyết tố cáo về bảo hiểm xã hội

Điều 121. Thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính, mức phạt và biện pháp khắc phục hậu quả trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm thất nghiệp

Điều 122. Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm xã hội

## **9. CHƯƠNG IX. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 123. Quy định chuyên tiếp

Điều 124. Hiệu lực thi hành

Điều 125. Quy định chi tiết

Luật này đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XIII, kỳ họp thứ 8 thông qua ngày 20 tháng 11 năm 2014.

## **IV. NGHỊ ĐỊNH 109/2016 QUY ĐỊNH CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ: GỒM 05 CHƯƠNG, 51 ĐIỀU**

### **1. CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Điều 3. Giải thích từ ngữ

## 2. CHƯƠNG II. CẤP, CẤP LẠI CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ

### 2.1. Mục 1. *HỒ SƠ, THỦ TỤC CẤP, CẤP LẠI CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ*

- Điều 4. Các trường hợp cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề
- Điều 5. Hồ sơ đề nghị cấp lần đầu chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam
- Điều 6. Hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh lần đầu đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài
- Điều 7. Hồ sơ đề nghị cấp điều chỉnh chứng chỉ hành nghề
- Điều 8. Hồ sơ đề nghị cấp lại chứng chỉ hành nghề
- Điều 9. Nộp hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề
- Điều 10. Thủ tục cấp, cấp lại và quản lý chứng chỉ hành nghề
- Điều 11. Hội đồng tư vấn về cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề

### 2.2. Mục 2. *ĐĂNG KÝ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH*

- Điều 12. Nguyên tắc đăng ký hành nghề
- Điều 13. Đăng ký hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 14. Trình tự đăng ký hành nghề
- Điều 15. Quản lý thông tin đăng ký hành nghề

### 2.3. Mục 3. *THỰC HÀNH ĐỂ CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ*

- Điều 16. Tổ chức việc thực hành

### 2.4. Mục 4. *TIÊU CHÍ ĐỂ CÔNG NHẬN BIẾT TIẾNG VIỆT THÀNH THẠO HOẶC SỬ DỤNG THÀNH THẠO NGÔN NGỮ KHÁC HOẶC ĐỦ TRÌNH ĐỘ PHIÊN DỊCH TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH*

- Điều 17. Tiêu chí để công nhận người hành nghề biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 18. Tiêu chí để công nhận người đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 19. Điều kiện đối với cơ sở giáo dục được kiểm tra và công nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 20. Hồ sơ, thủ tục cấp giấy chứng nhận cơ sở giáo dục đủ điều kiện kiểm tra và công nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh
- Điều 21. Hồ sơ, thủ tục đề nghị kiểm tra, công nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh



### **3. CHƯƠNG III. ĐIỀU KIỆN, HỒ SƠ, THỦ TỤC CẤP, CẤP LẠI, ĐIỀU CHỈNH GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

#### **3.1. Mục 1. ĐIỀU KIỆN CẤP GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 22. Hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 23. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với bệnh viện

Điều 24. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với bệnh xá thuộc lực lượng Công an nhân dân

Điều 25. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng khám đa khoa

Điều 26. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng khám chuyên khoa

Điều 27. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng chẩn trị y học cổ truyền

Điều 28. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng xét nghiệm

Điều 29. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng khám chẩn đoán hình ảnh, phòng X-Quang

Điều 30. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với nhà hộ sinh

Điều 31. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng khám, tư vấn và điều trị dự phòng

Điều 32. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng khám, điều trị bệnh nghề nghiệp

Điều 33. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở dịch vụ tiêm (chích), thay băng, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp

Điều 34. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Điều 35. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh

Điều 36. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở dịch vụ kính thuốc

Điều 37. Điều kiện hoạt động đối với cơ sở dịch vụ thẩm mỹ

Điều 38. Điều kiện hoạt động đối với cơ sở dịch vụ xoa bóp (massage)

Điều 39. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với trạm y tế cấp xã, trạm xá

Điều 40. Phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 41. Quy định về nội dung biển hiệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### **3.2. Mục 2. THẨM QUYỀN, HỒ SƠ, THỦ TỤC CẤP, CẤP LẠI, ĐIỀU CHỈNH GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 42. Thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 43. Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, công bố cơ sở đủ điều kiện khám sức khỏe

Điều 44. Thủ tục cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, công bố cơ sở đủ điều kiện khám sức khỏe

Điều 45. Tổ chức thẩm định đề cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### **4. CHƯƠNG IV. CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ, GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH TRỰC TUYẾN**

Điều 46. Yêu cầu đối với hồ sơ đăng ký, đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề, cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trực tuyến

Điều 47. Trình tự đăng ký trực tuyến

Điều 48. Lưu trữ hồ sơ đăng ký trực tuyến

#### **5. CHƯƠNG V. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 49. Hiệu lực thi hành

Điều 50. Điều khoản chuyển tiếp

Điều 51. Trách nhiệm thi hành

### **V. THÔNG TƯ 26/2015 - THÔNG TƯ LIÊN TỊCH QUY ĐỊNH MÃ SỐ, TIÊU CHUẨN CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH, KỸ THUẬT Y. GỒM 04 CHƯƠNG, 19 ĐIỀU**

#### **1. CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

Điều 2. Mã số và phân hạng chức danh nghề nghiệp

Điều 3. Tiêu chuẩn chung về đạo đức nghề nghiệp

#### **2. CHƯƠNG II. TIÊU CHUẨN CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP**

##### **2.1. Mục 1. CHỨC DANH ĐIỀU DƯỠNG**

Điều 4. Điều dưỡng hạng II - Mã số. V.08.05.11

Điều 5. Điều dưỡng hạng III - Mã số. V.08.05.12

Điều 6. Điều dưỡng hạng IV - Mã số. V.08.05.13

##### **2.2. Mục 2. CHỨC DANH HỘ SINH**

Điều 7. Hộ sinh hạng II - Mã số. V.08.06.14

Điều 8. Hộ sinh hạng III - Mã số. V.08.06.15

Điều 9. Hộ sinh hạng IV - Mã số. V.08.06.16

##### **2.3. Mục 3. CHỨC DANH KỸ THUẬT Y**

Điều 10. Kỹ thuật y hạng II - Mã số. V.08.07.17

Điều 11. Kỹ thuật y hạng III - Mã số. V.08.07.18

Điều 12. Kỹ thuật y hạng IV - Mã số. V.08.07.19

### **3. CHƯƠNG III. HƯỚNG DẪN BỔ NHIỆM VÀ XẾP LƯƠNG THEO CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP**

Điều 13. Nguyên tắc bổ nhiệm và xếp lương theo chức danh nghề nghiệp đối với viên chức

Điều 14. Các trường hợp bổ nhiệm vào chức danh nghề nghiệp

Điều 15. Cách xếp lương

### **4. CHƯƠNG IV. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 16. Hiệu lực thi hành

Điều 17. Điều khoản áp dụng

Điều 18. Tổ chức thực hiện

Điều 19. Trách nhiệm thi hành

## **VI. THÔNG TƯ 22/2013 HƯỚNG DẪN ĐÀO TẠO LIÊN TỤC TRONG LĨNH VỰC Y TẾ: GỒM 04 CHƯƠNG, 21 ĐIỀU**

### **1. CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Điều 3. Giải thích từ ngữ

### **2. CHƯƠNG II. ĐÀO TẠO LIÊN TỤC**

Điều 4. Nghĩa vụ đào tạo liên tục

Điều 5. Thời gian đào tạo liên tục

Điều 6. Các hình thức đào tạo liên tục và nguyên tắc qui đổi

Điều 7. Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục

Điều 8. Thẩm định và ban hành chương trình, tài liệu đào tạo liên tục

Điều 9. Giảng viên đào tạo liên tục

### **3. CHƯƠNG III. TỔ CHỨC, QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC**

Điều 10. Mã cơ sở đào tạo liên tục

Điều 11. Thủ tục cấp mã cơ sở đào tạo liên tục

Điều 12. Xây dựng và phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục

Điều 13. Triển khai đào tạo liên tục

Điều 14. Xác nhận đã tham gia đào tạo liên tục

Điều 15. Trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục

Điều 16. Quản lý chất lượng cơ sở đào tạo liên tục

Điều 17. Đối với chương trình mục tiêu quốc gia, các dự án trong và ngoài nước về y tế.

Điều 18. Kinh phí cho đào tạo liên tục

Điều 19. Chế độ báo cáo

#### **4. CHƯƠNG IV. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN**

Điều 23. Trách nhiệm của Giám đốc bệnh viện

Điều 24. Trách nhiệm của các Trưởng phòng chức năng

Điều 25. Trách nhiệm của các Trưởng khoa

Điều 26. Trách nhiệm của bác sĩ điều trị

Điều 27. Trách nhiệm của điều dưỡng viên, hộ sinh viên

Điều 28. Trách nhiệm của giáo viên, học sinh, sinh viên thực tập

Điều 29. Trách nhiệm của người bệnh và người nhà người bệnh.

#### **5. CHƯƠNG V. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 30. Hiệu lực thi hành

Điều 31. Điều khoản tham chiếu

Điều 32. Tổ chức thực hiện

### **VIII. THÔNG TƯ SỐ 18/2009/TT-BYT VỀ HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC THỰC HIỆN CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH. GỒM 05 CHƯƠNG, 32 ĐIỀU**

#### **1. CHƯƠNG I. CÁC KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Điều 3. Nguyên tắc chăm sóc người bệnh trong bệnh viện

#### **2. CHƯƠNG II. NHIỆM VỤ CHUYÊN MÔN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH**

Điều 4. Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe

Điều 5. Chăm sóc về tinh thần

Điều 6. Chăm sóc vệ sinh cá nhân

Điều 7. Chăm sóc dinh dưỡng

Điều 8. Chăm sóc phục hồi chức năng

Điều 9. Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật

Điều 10. Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh

Điều 11. Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong

Điều 12. Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng

Điều 13. Theo dõi, đánh giá người bệnh

Điều 14. Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh

Điều 15. Ghi chép hồ sơ bệnh án

### **3. CHƯƠNG III. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN**

Điều 16. Hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh

Điều 17. Nhân lực chăm sóc người bệnh

Điều 18. Tổ chức làm việc

Điều 19. Trang thiết bị phục vụ chăm sóc người bệnh

Điều 20. Nguồn tài chính cho công tác chăm sóc

Điều 21. Đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa liên tục

Điều 22. Công tác hộ lý trợ giúp chăm sóc

### **4. CHƯƠNG IV. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN**

Điều 23. Trách nhiệm của Giám đốc bệnh viện

Điều 24. Trách nhiệm của các Trưởng phòng chức năng

Điều 25. Trách nhiệm của các Trưởng khoa

Điều 26. Trách nhiệm của bác sĩ điều trị

Điều 27. Trách nhiệm của điều dưỡng viên, hộ sinh viên

Điều 28. Trách nhiệm của giáo viên, học sinh, sinh viên thực tập

Điều 29. Trách nhiệm của người bệnh và người nhà người bệnh.

### **5. CHƯƠNG V. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 30. Hiệu lực thi hành

Điều 31. Điều khoản tham chiếu

Điều 32. Tổ chức thực hiện

## **VIII. THÔNG TƯ SỐ 18/2009/TT-BYT VỀ HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC THỰC HIỆN CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH: GỒM 05 CHƯƠNG, 32 ĐIỀU**

### **1. CHƯƠNG I. CÁC KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

Điều 1. Vệ sinh tay

Điều 2. Thực hiện các quy định về vô khuẩn

Điều 3. Làm sạch, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ và phương tiện chăm sóc, điều trị.

Điều 4. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa cách ly

Điều 5. Giám sát phát hiện nhiễm khuẩn mắc phải và các bệnh truyền nhiễm trong cơ sở y tế

Điều 6. Vệ sinh môi trường và quản lý chất thải

Điều 7. Vệ sinh đối với người bệnh, người nhà người bệnh

Điều 8. Vệ sinh an toàn thực phẩm

Điều 9. Quản lý và sử dụng đồ vải

Điều 10. Vệ sinh trong việc bảo quản, ướp, mai táng, di chuyển thi thể khi người bệnh tử vong

## **2. CHƯƠNG II. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

Điều 11. Cơ sở vật chất

Điều 12. Trang thiết bị và phương tiện

Điều 13. Nhân lực chuyên trách kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 14. Đào tạo nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn cho cán bộ nhân viên y tế.

## **3. CHƯƠNG III. HỆ THỐNG TỔ CHỨC, NHIỆM VỤ VÀ QUYỀN HẠN**

Điều 15. Hệ thống tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 16. Tổ chức và nhiệm vụ của Hội đồng (Ban) kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 17. Tổ chức, nhiệm vụ Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 18. Tổ chức và nhiệm vụ của các thành viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 19. Nhiệm vụ và quyền hạn của Trưởng khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn.

Điều 20. Nhiệm vụ và quyền hạn của Điều dưỡng trưởng Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn.

Điều 21. Nhiệm vụ và quyền hạn của các thầy thuốc, nhân viên chuyên môn Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn.

## **4. CHƯƠNG IV. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN**

Điều 22. Trách nhiệm của Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 23. Trách nhiệm của Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn

Điều 24. Trách nhiệm của các phòng chức năng

Điều 25. Trách nhiệm của các Trưởng khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 26. Trách nhiệm của các điều dưỡng trưởng khoa

Điều 27. Trách nhiệm của Khoa vi sinh (xét nghiệm)

Điều 28. Trách nhiệm của Khoa Dược

Điều 29. Trách nhiệm của thầy thuốc, nhân viên y tế, giáo viên, học sinh, sinh viên thực tập tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Điều 30. Trách nhiệm của người bệnh, người nhà người bệnh và khách tới thăm

## **5. CHƯƠNG V. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 31. Hiệu lực thi hành

Điều 32. Trách nhiệm tổ chức thực hiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân
2. Luật Số 40/2009/QH12 - Luật Khám bệnh, chữa bệnh
3. Luật số 58/2014/QH13 - Luật Bảo hiểm y tế.
4. Nghị Định 109/2016/ND-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính Phủ Quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
5. Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y.
6. Thông tư số 22 /2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y Tế Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế.
7. Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y Tế Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
8. Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 của Bộ Y Tế Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.



## BÀI 12

# CHUẨN NĂNG LỰC CƠ BẢN CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

## MỞ ĐẦU

Từ năm 1990 đến nay, ngành Điều dưỡng Việt Nam được sự hỗ trợ của Chính phủ và Bộ Y tế đã phát triển nhanh chóng trên các lĩnh vực về quản lý, đào tạo, thực hành và nghiên cứu khoa học.

Để tăng cường chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình đào tạo và sử dụng nhân lực có hiệu quả và đáp ứng yêu cầu hội nhập của các nước trong khu vực, Bộ Y tế phối hợp với Hội điều dưỡng Việt Nam đã xây dựng bộ chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam với sự hỗ trợ của Hội Điều dưỡng Canada và chuyên gia điều dưỡng của trường Đại học Kỹ thuật Queensland - Úc. Tài liệu này đã được các chuyên gia điều dưỡng trong nước, các nhà quản lý y tế và giáo dục điều dưỡng tham gia biên soạn trên cơ sở tham khảo tiêu chuẩn năng lực điều dưỡng của các nước trong khu vực và trên thế giới.

### *Tóm tắt nội dung của chuẩn năng lực cơ bản*

Bộ chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam được cấu trúc theo khuôn mẫu chung của điều dưỡng khu vực châu Á Thái Bình Dương và ASEAN để đáp ứng yêu cầu của khu vực và để so sánh với chuẩn năng lực điều dưỡng các nước. Tài liệu chuẩn năng lực cơ bản Điều dưỡng Việt Nam được cấu trúc thành 03 lĩnh vực, 25 tiêu chuẩn và 110 tiêu chí.

Trong đó 03 lĩnh vực là: Năng lực thực hành lâm sàng gồm 15 tiêu chuẩn; Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp gồm 8 tiêu chuẩn và năng lực pháp luật và đạo đức nghề nghiệp gồm 2 tiêu chuẩn.

Mỗi tiêu chuẩn thể hiện 1 phần của lĩnh vực và bao hàm 1 nhiệm vụ của người điều dưỡng. Mỗi tiêu chí là một thành phần của tiêu chuẩn. Một tiêu chí có thể áp dụng chung cho các tiêu chuẩn và các lĩnh vực.

Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam được biên soạn công phu, tham khảo nhiều tài liệu có giá trị. Chuẩn năng lực cơ bản Điều dưỡng Việt Nam đã được bộ trưởng Bộ Y tế ký duyệt và ban hành tại quyết định số 1352/QĐ - BYT ngày 24 tháng 4 năm 2012.

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được những chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam.
2. Áp dụng được những chuẩn năng lực vào công tác chăm sóc người bệnh.

## Lĩnh vực 1 THỰC HÀNH CHĂM SÓC

### **Năng lực 1: Thể hiện sự hiểu biết về tình trạng sức khỏe, bệnh tật của các cá nhân, gia đình và cộng đồng**

*Tiêu chí 1:* Xác định được nhu cầu chăm sóc sức khỏe và tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 2:* Giải thích được tình trạng sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng.

### **Năng lực 2: Đưa ra các quyết định chăm sóc điều dưỡng phù hợp với nhu cầu của các cá nhân, gia đình và cộng đồng**

*Tiêu chí 1:* Thu thập thông tin, phân tích và xác định các vấn đề về sức khỏe, bệnh tật cá nhân, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 2:* Lựa chọn các hoạt động chăm sóc điều dưỡng phù hợp với mỗi người bệnh, gia đình và cộng đồng; các can thiệp điều dưỡng phù hợp với văn hóa, tín ngưỡng của người bệnh, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 3:* Thực hiện các can thiệp điều dưỡng để hỗ trợ cá nhân, gia đình và cộng đồng nhằm giải quyết các vấn đề về sức khỏe/bệnh tật đã được xác định.

*Tiêu chí 4:* Theo dõi đánh giá kết quả của các can thiệp điều dưỡng đã thực hiện.

### **Năng lực 3: Xác định ưu tiên dựa trên nhu cầu chăm sóc của người bệnh, gia đình và cộng đồng**

*Tiêu chí 1:* Phân tích và xác định được những nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 2:* Thực hiện các can thiệp chăm sóc đáp ứng nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng.

### **Năng lực 4: Sử dụng quy trình điều dưỡng làm khung mẫu để lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện các can thiệp điều dưỡng**

*Tiêu chí 1:* Thực hiện nhận định người bệnh toàn diện và có hệ thống.

*Tiêu chí 2:* Tập hợp và ghi đầy đủ thông tin thích hợp vào hồ sơ điều dưỡng.

*Tiêu chí 3:* Phân tích và diễn giải các thông tin về người bệnh một cách chính xác.

*Tiêu chí 4:* Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng dựa trên nhận định người bệnh và có sự thống nhất với đồng nghiệp, người nhà người bệnh về các vấn đề ưu tiên, sự mong muốn và kết quả mong đợi của người bệnh.

*Tiêu chí 5:* Giải thích các can thiệp cho người bệnh, gia đình người bệnh và thực hiện các can thiệp theo kế hoạch chăm sóc điều dưỡng, bảo đảm an toàn, thoải mái, hiệu quả cho người bệnh.

*Tiêu chí 6:* Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh các phương pháp tự chăm sóc một cách phù hợp.

*Tiêu chí 7:* Đánh giá kết quả của quá trình chăm sóc và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc dựa vào tình trạng sức khỏe người bệnh và kết quả mong đợi.

*Tiêu chí 8:* Thực hiện các công việc cần thiết để hỗ trợ người bệnh xuất viện.

*Tiêu chí 9:* Tuyên truyền giáo dục sức khỏe và hướng dẫn cách phòng bệnh cho người bệnh.

### **Năng lực 5: Tạo sự an toàn, thoải mái và kín đáo cho người bệnh**

*Tiêu chí 1:* Thực hiện các biện pháp an toàn trong chăm sóc cho người bệnh.

*Tiêu chí 2:* Tạo môi trường chăm sóc thoải mái trong khi chăm sóc người bệnh.

*Tiêu chí 3:* Bảo đảm sự kín đáo trong khi chăm sóc người bệnh.

### **Năng lực 6: Tiến hành các kỹ thuật điều dưỡng đúng quy trình**

*Tiêu chí 1:* Thực hiện đúng các kỹ thuật điều dưỡng trong phạm vi chuyên môn.

*Tiêu chí 2:* Tuân thủ các quy định về vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn.

### **Năng lực 7: Dùng thuốc đảm bảo an toàn hiệu quả**

*Tiêu chí 1:* Khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.

*Tiêu chí 2:* Tuân thủ quy tắc khi dung thuốc.

*Tiêu chí 3:* Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đúng và an toàn.

*Tiêu chí 4:* Phát hiện kịp thời và xử lý ban đầu các dấu hiệu của phản ứng có hại của thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ và điều dưỡng phụ trách.

*Tiêu chí 5:* Nhận biết sự tương tác thuốc giữa thuốc với thuốc và thuốc với thức ăn.

*Tiêu chí 6:* Đánh giá hiệu quả của việc dung thuốc.

*Tiêu chí 7:* Ghi chép và công khai việc sử dụng thuốc cho người bệnh.

### **Năng lực 8: Đảm bảo chăm sóc liên tục**

*Tiêu chí 1:* Bàn giao tình trạng của người bệnh với nhóm chăm sóc kế tiếp một cách cụ thể, đầy đủ và chính xác.

*Tiêu chí 2:* Phối hợp hiệu quả với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp để đảm bảo chăm sóc liên tục cho người bệnh.

*Tiêu chí 3:* Thiết lập các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh.

### **Năng lực 9: Sơ cứu và đáp ứng khi có tình huống cấp cứu**

*Tiêu chí 1:* Phát hiện sớm những thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của người bệnh.

*Tiêu chí 2:* Ra quyết định xử trí sơ cứu, cấp cứu kịp thời và phù hợp.

*Tiêu chí 3:* Phối hợp hiệu quả với các thành viên nhóm chăm sóc trong sơ cứu, cấp cứu.

*Tiêu chí 4:* Thực hiện sơ cứu, cấp cứu hiệu quả cho người bệnh.

### **Năng lực 10: Tăng cường mối quan hệ điều dưỡng - người bệnh**

*Tiêu chí 1:* Tạo dựng sự tin tưởng và tôn trọng lẫn nhau giữa điều dưỡng và người bệnh.

*Tiêu chí 2:* Nhạy cảm với các nhu cầu về thể chất, tình cảm và tinh thần của người bệnh.

*Tiêu chí 3:* Lắng nghe và giải đáp những băn khoăn, lo lắng của người bệnh và người nhà người bệnh.

**Năng lực 11: Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh**

*Tiêu chí 1:* Nhận biết tâm lý, nhu cầu chăm sóc điều dưỡng qua những biểu hiện nét mặt và ngôn ngữ cơ thể của người bệnh.

*Tiêu chí 2:* Giao tiếp hiệu quả với các cá nhân, gia đình và cộng đồng có các trở ngại về giao tiếp do bệnh tật, do những khó khăn về tâm lý.

*Tiêu chí 3:* Thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị.

*Tiêu chí 4:* Thể hiện sự hiểu biết văn hóa, tín ngưỡng trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và nhóm người.

**Năng lực 12: Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh**

*Tiêu chí 1:* Sử dụng các phương tiện nghe nhìn sẵn có để truyền thông và hỗ trợ giao tiếp với người bệnh, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 2:* Sử dụng các phương pháp, hình thức truyền thông hiệu quả và thích hợp với người bệnh và gia đình người bệnh.

**Năng lực 13: Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh có hiệu quả và phù hợp**

*Tiêu chí 1:* Xác định những thông tin cần cung cấp cho người bệnh và gia đình.

*Tiêu chí 2:* Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp những thông tin “xấu”.

**Năng lực 14: Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng**

*Tiêu chí 1:* Thu thập và phân tích thông tin về nhu cầu hiểu biết của cá nhân, gia đình và cộng đồng về hướng dẫn, giáo dục sức khỏe.

*Tiêu chí 2:* Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 3:* Xây dựng kế hoạch giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa, tín ngưỡng của cá nhân, gia đình và cộng đồng.

*Tiêu chí 4:* Xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe phù hợp với trình độ của đối tượng.

*Tiêu chí 5:* Thực hiện tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, hiệu quả.

*Tiêu chí 6:* Đánh giá kết quả giáo dục sức khỏe và điều chỉnh kế hoạch giáo dục sức khỏe dựa trên mục tiêu và kết quả mong chờ.

**Năng lực 15: Hợp tác với các thành viên nhóm chăm sóc**

*Tiêu chí 1:* Duy trì tốt mối quan hệ với các thành viên trong nhóm, coi người bệnh như một cộng sự trong nhóm chăm sóc.

*Tiêu chí 2:* Hợp tác tốt với các thành viên trong nhóm chăm sóc để đưa ra các quyết định phù hợp nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc.

*Tiêu chí 3:* Hợp tác tốt với các thành viên trong nhóm chăm sóc trong việc theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện nhiệm vụ được giao.

*Tiêu chí 4:* Tôn trọng vai trò và quan điểm của đồng nghiệp.

*Tiêu chí 5:* Chia sẻ thông tin một cách hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc.

*Tiêu chí 6:* Thực hiện vai trò đại diện hoặc biện hộ cho người bệnh để đảm bảo các quyền, lợi ích và vì sự an toàn của người bệnh.

## **Lĩnh vực 2**

### **QUẢN LÝ VÀ PHÁT TRIỂN NGHỀ NGHIỆP**

#### **Năng lực 16: Quản lý, ghi chép và sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy định**

*Tiêu chí 1:* Thực hiện các nguyên tắc quản lý hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

*Tiêu chí 2:* Bảo mật thông tin ghi trong hồ sơ bệnh án và phiếu chăm sóc của người bệnh.

*Tiêu chí 3:* Ghi chép hồ sơ điều dưỡng đảm bảo tính khách quan, chính xác đầy đủ và kịp thời.

*Tiêu chí 4:* Sử dụng các dữ liệu thu thập được về tình trạng sức khỏe của người bệnh làm cơ sở để theo dõi, chăm sóc người bệnh.

*Tiêu chí 5:* Bảo quản hồ sơ chăm sóc, các tài liệu liên quan đến người bệnh, các vấn đề sức khỏe của người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành chăm sóc.

#### **Năng lực 17: Quản lý công tác chăm sóc người bệnh**

*Tiêu chí 1:* Quản lý công việc, thời gian của cá nhân hiệu quả và khoa học.

*Tiêu chí 2:* Xác định các công việc hoặc nhiệm vụ cần hoàn thành theo thứ tự ưu tiên.

*Tiêu chí 3:* Tổ chức, điều phối, phân công và ủy quyền nhiệm vụ cho các thành viên của nhóm chăm sóc một cách khoa học, hợp lý và hiệu quả.

*Tiêu chí 4:* Thể hiện sự hiểu biết về mối quan hệ giữa quản lý và sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để đảm bảo chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh.

*Tiêu chí 5:* Sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý và chăm sóc người bệnh cũng như cập nhật kiến thức chuyên môn.

#### **Năng lực 18: Quản lý, vận hành và bảo dưỡng các trang thiết bị y tế có hiệu quả**

*Tiêu chí 1:* Thiết lập các cơ chế quản lý, phát huy tối đa chức năng hoạt động của các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho chăm sóc và điều trị.

*Tiêu chí 2:* Lập và thực hiện kế hoạch bảo trì phương tiện, trang thiết bị do mình phụ trách.

*Tiêu chí 3:* Vận hành các trang thiết bị, phương tiện sử dụng trong chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả và phòng tránh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế.

**Năng lực 19: Sử dụng nguồn lực thích hợp và hiệu quả trong chăm sóc người bệnh hiệu quả**

*Tiêu chí 1:* Nhận biết được hiệu quả kinh tế khi sử dụng các nguồn lực sẵn có tại nơi làm việc để sử dụng thích hợp, hiệu quả.

*Tiêu chí 2:* Xây dựng và thực hiện kế hoạch sử dụng các nguồn lực trong phạm vi phân công hiệu quả.

**Năng lực 20: Thiết lập môi trường làm việc an toàn và hiệu quả**

*Tiêu chí 1:* Tuân thủ các tiêu chuẩn và nguyên tắc về an toàn lao động.

*Tiêu chí 2:* Tuân thủ các chính sách, quy trình về phòng ngừa cách ly kiểm soát nhiễm khuẩn.

*Tiêu chí 3:* Tuân thủ các quy định về kiểm soát môi trường chăm sóc (*tiếng ồn, không khí, nguồn nước...*)

*Tiêu chí 4:* Tuân thủ quy định về quản lý, xử lý chất thải.

*Tiêu chí 5:* Tuân thủ các bước về an toàn phòng cháy chữa cháy, động đất hoặc các trường hợp khẩn cấp khác.

*Tiêu chí 6:* Thể hiện sự hiểu biết về những khía cạnh có liên quan đến sức khỏe nghề nghiệp và luật pháp về an toàn lao động.

**Năng lực 21: Cải tiến chất lượng quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc**

*Tiêu chí 1:* Nhận thức được sự cần thiết về các hoạt động bảo đảm chất lượng, cải tiến chất lượng thông qua sự nghiên cứu, phản hồi và đánh giá thực hành thường xuyên.

*Tiêu chí 2:* Phát hiện, báo cáo và đưa ra các hành động khắc phục phù hợp các nguy cơ trong môi trường chăm sóc người bệnh.

*Tiêu chí 3:* Nhận phản hồi từ người bệnh, gia đình và các đối tượng liên quan để cải tiến chất lượng các hoạt động chăm sóc.

*Tiêu chí 4:* Áp dụng các phương pháp cải tiến chất lượng phù hợp.

*Tiêu chí 5:* Tham gia các hoạt động cải tiến chất lượng tại cơ sở.

*Tiêu chí 6:* Chia sẻ các thông tin liên quan đến tình trạng người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc.

*Tiêu chí 7:* Bình phiếu chăm sóc để cải tiến và khắc phục những tồn tại về chuyên môn và thủ tục hành chính.

*Tiêu chí 8:* Đưa ra những đề xuất phù hợp về các biện pháp chăm sóc và phòng ngừa bệnh.

*Tiêu chí 9:* Sử dụng bằng chứng áp dụng vào thực hành chăm sóc để tăng cường sự an toàn trong chăm sóc người bệnh.

**Năng lực 22: Nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng**

*Tiêu chí 1:* Xác định và lựa chọn các lĩnh vực và vấn đề nghiên cứu phù hợp, cần thiết và khả thi.

*Tiêu chí 2:* Áp dụng các phương pháp phù hợp để tiến hành nghiên cứu những vấn đề đã lựa chọn.

*Tiêu chí 3:* Sử dụng phương pháp thống kê thích hợp để phân tích và diễn giải dữ liệu thu thập được.



*Tiêu chí 4:* Đề xuất các giải pháp thích hợp dựa trên kết quả nghiên cứu.

*Tiêu chí 5:* Trình bày, chia sẻ kết quả nghiên cứu, kinh nghiệm với đồng nghiệp.

*Tiêu chí 6:* Ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực hành điều dưỡng. Sử dụng các bằng chứng từ nghiên cứu khoa học để cải tiến thực hành chăm sóc điều dưỡng.

### **Năng lực 23: Duy trì và phát triển năng lực cho bản thân và cho đồng nghiệp**

*Tiêu chí 1:* Xác định rõ mục tiêu, nguyện vọng phát triển nghề nghiệp, nhu cầu học tập, điểm mạnh, điểm yếu của bản thân.

*Tiêu chí 2:* Học tập liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng và ứng dụng kiến thức đã học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng.

*Tiêu chí 3:* Tham gia vào các hoạt động của tổ chức nghề nghiệp.

*Tiêu chí 4:* Quảng bá hình ảnh của người điều dưỡng, thể hiện tác phong và tư cách tốt, trang phục phù hợp, lời nói thuyết phục và cách cư xử đúng mực.

*Tiêu chí 5:* Thể hiện thái độ tích cực với những đổi mới và quan điểm trái chiều, thể hiện sự lắng nghe các kiến nghị và đề xuất, thể hiện những phương pháp mới và thích nghi với những thay đổi.

*Tiêu chí 6:* Thực hiện chăm sóc theo các tiêu chuẩn chăm sóc điều dưỡng.

*Tiêu chí 7:* Đóng góp vào việc nâng cao vai trò, vị thế của người điều dưỡng, ngành điều dưỡng trong ngành Y tế và trong xã hội.

## **Lĩnh vực 3**

### **PHÁP LUẬT VÀ ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP**

#### **Năng lực 24: Hành nghề theo quy định của pháp luật**

*Tiêu chí 1:* Hành nghề theo quy định của pháp luật liên quan đến y tế, quy định của Bộ Y tế.

*Tiêu chí 2:* Tuân thủ các quy định của cơ sở nơi làm việc.

*Tiêu chí 3:* Thực hiện tốt quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức y tế.

#### **Năng lực 25: Hành nghề theo Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam**

*Tiêu chí 1:* Chịu trách nhiệm cá nhân khi đưa ra các quyết định can thiệp chăm sóc.

*Tiêu chí 2:* Thực hiện đúng Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên trong thực hành điều dưỡng.

*Tiêu chí 3:* Báo cáo những hành vi của người hành nghề vi phạm Chuẩn đạo đức nghề nghiệp với cơ quan có thẩm quyền và chịu trách nhiệm cá nhân về báo cáo đó.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

*Quyết định về việc phê duyệt tài liệu “chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt nam” số 1352/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2012*



## BÀI 13

## PHƯƠNG PHÁP HỌC LÂM SÀNG

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được các kỹ năng học lâm sàng (NL 23)
2. Trình bày được các hình thức học lâm sàng (NL 23)
3. Trình bày được các phương pháp đánh giá lâm sàng (NL 23)

## NỘI DUNG

Học lâm sàng là học kỹ năng thực hành tại các bệnh viện. Học thực hành là một quá trình tích lũy kinh nghiệm và phải được rèn luyện hàng ngày. Có phương pháp học phù hợp sẽ đem lại hiệu quả to lớn trong quá trình học tập. Học lâm sàng gắn với môi trường bệnh viện và người bệnh vì vậy người học rất cần có phương pháp học phù hợp.

Để học lâm sàng tốt, người học cần tận dụng mọi cơ hội được phép tiếp xúc với người bệnh, chăm sóc người bệnh, dự giảng của các thầy cô và quan sát giảng viên, bác sĩ khám bệnh. Người học cũng cần áp dụng các kỹ năng giao tiếp, thăm khám, thủ thuật đã được học qua môn Kỹ năng giao tiếp và môn Tiền lâm sàng tại Skills lab vào thực tế tiếp xúc với người bệnh.

## 1. Các kỹ năng học lâm sàng

## 1.1. Tạo môi trường an toàn để tiếp cận và giao tiếp với người bệnh

- Tiếp cận người bệnh là bước đầu tiên quan trọng trong học lâm sàng. Khi người học tiếp cận người bệnh tốt, tạo được thiện cảm từ phía người bệnh thì các bước tiếp theo như: tìm hiểu thông tin, khám lâm sàng, làm bệnh án... sẽ thực hiện được thuận lợi hơn.
- Trang phục đúng quy định: mặc áo blouse, có biển tên, mũ, khẩu trang (*nếu cần*), tóc gọn gàng, móng tay cắt ngắn.
- Môi trường giao tiếp tốt nhất với người bệnh là tại một phòng riêng, có đủ trang thiết bị chuyên môn để thăm khám. Nhưng do điều kiện thực tế tại các bệnh viện rất đông, nên cuộc tiếp xúc với người bệnh thường được thực hiện tại giường bệnh.
- Nếu người bệnh là người khác giới, đặc biệt đối với người bệnh nữ, cần có thêm một người thứ ba để làm chứng cho quá trình giao tiếp và thăm khám, thường là điều dưỡng, đồng nghiệp (*sinh viên cùng nhóm*) hoặc người nhà người bệnh.
- Khi người bệnh cảm nhận được môi trường giao tiếp an toàn và thân thiện thì họ sẽ yên tâm, hợp tác cung cấp thông tin.

### 1.2. Giao tiếp với người bệnh

- Mục đích của quá trình giao tiếp là tạo được mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh: người bệnh tin tưởng vào sự thân thiện và trình độ chuyên môn của sinh viên/bác sĩ, do đó họ sẵn sàng cung cấp thông tin cá nhân và thông tin y khoa cho sinh viên/bác sĩ để được chăm sóc sức khỏe.
- Tâm lý người bệnh khá phức tạp. Mỗi người bệnh là một con người có tư duy và hành vi khác nhau trước mỗi sự việc. Nói chung, người bệnh thường bị hạn chế trong giao tiếp bởi đau đớn do bệnh tật. Trong bất kỳ trường hợp nào, kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế là chìa khóa để tiếp cận và tìm hiểu thông tin từ người bệnh.
- Sử dụng kỹ năng giao tiếp tốt với người bệnh và gia đình để hỏi bệnh sử và làm bệnh án. Kỹ năng giao tiếp được dạy ở nhiều môn học, đặc biệt là môn Kỹ năng giao tiếp và tại Skills lab. Ngôn ngữ trong giao tiếp với người bệnh và gia đình bao gồm:
  - + *Ngôn ngữ có lời*: chào người bệnh và tự giới thiệu tên của mình, hỏi tên người bệnh, lắng nghe; đặt câu hỏi đóng và mở, giải thích và phản hồi thông tin, thuyết phục, động viên...
  - + *Ngôn ngữ không lời*: sử dụng ánh mắt, nét mặt, cử chỉ, trang phục... để tạo sự thân thiện, đồng cảm với người bệnh.
- Đối với người bệnh tỉnh, có thể giao tiếp được và đủ 18 tuổi trở lên, thì cần trao đổi trực tiếp với người bệnh để có được thông tin đầy đủ về quá trình diễn biến bệnh cho đến thời điểm hiện tại.
- Đối với người bệnh hôn mê hoặc trong tình trạng cấp cứu, cần khẩn trương trao đổi với người nhà người bệnh đồng thời thực hiện cấp cứu cho người bệnh.
- Đối với những người bệnh thuộc nhóm đối tượng dễ bị tổn thương như trẻ nhỏ, phụ nữ có thai, người già..., với người bệnh tâm thần hoặc không có khả năng giao tiếp: quá trình giao tiếp cần tuân thủ đúng quy định dành cho nhóm đối tượng này.
- Những người bệnh đang trong tình trạng bị kích động có thể gây nguy hiểm cho nhân viên y tế. Lúc này, nhân viên y tế cần đảm bảo được an toàn cho bản thân để có thể tiếp xúc với người bệnh, ví dụ như gọi thêm đồng nghiệp đến hỗ trợ, nhờ người nhà kiềm chế người bệnh. Thậm chí khi người bệnh quá xúc động, hay hung dữ, có thể ảnh hưởng không tốt tới sức khỏe, thì nên tạm ngừng tiếp xúc để chờ người bệnh bình tĩnh lại.

### 1.3. Tìm hiểu thông tin bệnh lý của người bệnh

- Chào người bệnh, tự giới thiệu tên, thông báo lý do của cuộc tiếp xúc và đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin.
- Xin phép người bệnh được ghi lại các thông tin vào trong bệnh án, và bệnh án sẽ được bảo mật theo đúng quy định.
- Quá trình tìm hiểu thông tin bắt đầu bằng hỏi thông tin cá nhân: họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân...
- Tìm hiểu thông tin y khoa: bao gồm bệnh sử và tiền sử.
- Bệnh sử: là quá trình diễn biến bệnh lý khiến cho người bệnh phải tới bệnh viện, tính cho đến thời điểm hiện tại. Bệnh sử có thể mới bắt đầu vài ngày gần đây, nhưng cũng có thể kéo dài từ nhiều ngày trước.

- + Cần hỏi kỹ diễn biến bệnh: Tại sao người bệnh phải đến bệnh viện? Bệnh bắt đầu từ khi nào? Diễn biến ra sao? Người bệnh đã đi khám và điều trị ở đâu chưa? Đã dùng những thuốc gì, hàm lượng, liều lượng, thời gian dùng? Bệnh có những biểu hiện gì khác kèm theo không?...
- + Sử dụng câu hỏi lịch sự và đúng chuyên môn. Có hai dạng câu hỏi được sử dụng: câu hỏi mở và câu hỏi đóng.
- + Cần bắt đầu bằng các câu hỏi mở để thu nhận được nhiều thông tin. Câu hỏi mở thường được bắt đầu bằng cụm từ: Anh/chị/bác hãy kể lại...? và/hoặc kết thúc bằng .... như thế nào? Bác hãy nói cho cháu nghe về diễn biến bệnh của bác như thế nào? Anh bị sốt như thế nào?
- + Thông tin người bệnh cung cấp có thể dài dòng, lộn xộn. Lúc này cần đặt câu hỏi đóng để khẳng định lại thông tin và chuyển sang một vấn đề mới. Câu hỏi đóng thường được bắt đầu bằng: Có phải anh/chị/bác...? và/hoặc kết thúc bằng ... đúng không? Có phải bác bị bệnh bắt đầu từ một tuần trước không? Anh đã dùng 2 viên thuốc Efferalgan 500mg để hạ sốt trong ngày hôm qua đúng không?
- + Khi chưa có nhiều kinh nghiệm trong hỏi bệnh sử, thường có hai tình huống xảy ra: (1) Người bệnh không hợp tác trả lời đầy đủ câu hỏi nên không thu được đủ thông tin cần thiết để làm bệnh án. (2) Người bệnh nói quá lan man, dài dòng gây khó thu nhận thông tin chính xác.
- + Do vậy cần luyện tập kỹ năng giao tiếp, thể hiện sự đồng cảm, thân thiện và kỹ năng đặt câu hỏi chính xác, đúng chuyên môn để có thể giao tiếp tốt với người bệnh.
- Tiền sử: là những vấn đề về sức khỏe mà người bệnh đã từng trải qua trước thời điểm bị bệnh lần này. Tiền sử cũng bao gồm tiền sử cá nhân, gia đình và các mối quan hệ đặc biệt.
  - + *Tiền sử cá nhân*: cần tìm hiểu xem người bệnh đã bao giờ mắc bệnh như lần này chưa? Các bệnh khác đã từng mắc? Những lần điều trị y khoa trước? Các loại thuốc đang dùng do điều trị bệnh mạn tính?....
  - + *Các mối quan hệ đặc biệt có thể liên quan đến bệnh*: đối với các bệnh lý lây nhiễm, cần tìm hiểu các mối quan hệ trước đó của người bệnh với nhóm người bị bệnh hoặc có nguy cơ bị bệnh: cúm, tay chân miệng, gai mại dâm, nghiện hút...
  - + *Tiền sử gia đình*: có thể liên quan đến các bệnh di truyền hoặc có tính chất gia đình, truyền nhiễm: có ai trong gia đình bị bệnh giống người bệnh? hoặc các bệnh lý liên quan?
  - + *Dịch tễ học*: có thể bệnh liên quan đến vùng dịch tễ như sốt rét, tiêu chảy cấp, cúm... Câu hỏi cần đặt ra là: người bệnh hoặc người trong gia đình có đi đến vùng đang có dịch bệnh trong thời gian gần đây không? Có ai ở gần nhà bị bệnh giống như người bệnh không? ...
  - + *Các thói quen của người bệnh liên quan đến bệnh lý hiện tại*: bơi, tắm ở ao, hồ; nghiện thuốc, các chất gây nghiện khác; nghiện chơi game; nghiện xem phim bạo lực; ăn gỏi cá; ăn thịt tái ...

#### 1.4. Khám lâm sàng

- Thăm khám lâm sàng là bước quan trọng nhất để phát hiện triệu chứng thực thể giúp đi đến chẩn đoán ban đầu.

- Người học phải có kỹ năng thăm khám tốt trên mô hình và người bệnh đóng vai tại Skills lab trước khi thực hiện với người bệnh thật.
- Mỗi kỹ năng (*khám gan, khám lách, khám phổi...*) đều có bảng kiểm dạy-học riêng, cần tuân thủ đúng quy trình trong bảng kiểm để thực hiện tốt kỹ năng.
- Khám lâm sàng thường được thực hiện tại giường bệnh. Nên có rèm che cho người bệnh để tránh sự tò mò và đảm bảo riêng tư, đặc biệt với người bệnh nữ. Điều dưỡng cần đứng bên cạnh giường để hỏi bệnh và thăm khám (*không ngồi trên giường bệnh*).
- Luôn thực hiện kỹ năng giao tiếp với người bệnh trước khi tiến hành thăm khám.
  - + Giải thích mục đích của việc thăm khám, đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác. Chú ý rằng không thể thăm khám được nếu người bệnh không đồng ý.
  - + Thái độ nghiêm túc, lịch sự.
- Có nhiều tư thế khám để thuận lợi cho phát hiện triệu chứng, cần đề nghị người bệnh nằm/ngồi đúng tư thế.
- Khám bộ phận
  - + Chú trọng đến vùng cơ thể có bệnh lý. Đề nghị người bệnh cởi bớt quần/áo và cuộn gọn quần/áo nhằm bộc lộ vùng cần khám rộng vừa đủ để thăm khám (*không tự tay cởi quần/áo của người bệnh*).
  - + Động tác khám nhẹ nhàng, chính xác, đúng chuyên môn. Nếu trời lạnh, phải ủ ấm tay, ống nghe, đắp chăn ấm cho người bệnh trước khi khám.
  - + Vừa khám vừa hỏi bệnh để tìm hiểu thông tin về bệnh lý.
  - + Phát hiện triệu chứng lâm sàng đầy đủ, chính xác.
- Khám toàn thân
  - + Quan sát biểu hiện toàn thân để tìm các triệu chứng phối hợp như: da xanh, niêm mạc nhợt; phù chân; tuần hoàn bàng hệ; sao mạch; ban đỏ, móng tay tím...
  - + Khám các bộ phận liên quan: tim mạch, hô hấp, bụng, xương cơ khớp, thận tiết niệu...
- Sau khi khám xong, nhớ cảm ơn và nhắc người bệnh mặc lại quần áo và trở về tư thế thoải mái.

### 1.5. Làm kế hoạch chăm sóc

- Người học cần có kỹ năng phân tích và tổng hợp thông tin để chọn được các thông tin chính xác liên quan đến các vấn đề cần chăm sóc của người bệnh để làm kế hoạch chăm sóc.
- Quá trình diễn biến bệnh có thể liên tục, cũng có thể thành từng đợt ngắn liên quan đến nhau. Thông tin ghi trong bệnh án phải đầy đủ, chính xác, có giá trị chuyên môn để hướng đến việc chăm sóc sau này của người bệnh
- Các can thiệp điều dưỡng cần được ghi rõ và cụ thể cũng như đánh giá hiệu quả sau chăm sóc.
- Điều dưỡng chỉ nên ghi những gì mà mình trực tiếp thực hiện trên người bệnh tránh hiểu lầm hoặc sai khi thực hiện.

**1.6. Tham dự các bài giảng lâm sàng**

- Được tham dự các bài giảng lâm sàng là cơ hội quý báu để người học tiếp xúc với người bệnh thật và được nghe giảng viên giảng trên từng trường hợp bệnh lý cụ thể.
- Cần tuân thủ tốt các yêu cầu của giảng viên cho bài giảng như: chia nhóm, làm kế hoạch chăm sóc, tập trung đúng giờ học...
- Làm kế hoạch chăm sóc chi tiết, chính xác. Phát hiện tốt các vấn đề cần chăm sóc ở người bệnh và các can thiệp điều dưỡng có thể phải thực hiện trên người bệnh
- Dự giảng đúng giờ, nghiêm túc trong giờ học. Có thể đặt nhiều câu hỏi trong bài giảng, các thầy, cô luôn sẵn sàng trả lời và hướng dẫn sinh viên

**2. Các hình thức học lâm sàng****2.1. Học tại giường bệnh**

- Đây là hình thức học được thực hiện nhiều nhất trên lâm sàng. Tổ học viên được chia thành vài nhóm. Mỗi nhóm sẽ tiếp xúc, thăm khám lâm sàng và làm bệnh án với một người bệnh đã được giảng viên lựa chọn trước.
- Đến giờ học, cả tổ tập trung tại giường bệnh, nhóm làm bệnh án cử đại diện nhóm trình bày. Giảng viên giảng trực tiếp trên người bệnh, sau đó chuyển sang người bệnh khác.

**2.2. Học tại bệnh phòng không có người bệnh**

- Một số buổi giảng lâm sàng có thể không có người bệnh do nhiều lý do: hiện tại không có loại bệnh cần giảng tại bệnh phòng, người bệnh quá nặng, người bệnh đi làm thủ thuật/xét nghiệm...
- Giảng viên có thể giảng với người bệnh đóng vai, mô hình, hay với các phương tiện khác như phim XQ, ảnh chụp người bệnh...

**2.3. Học trong đêm trực**

- Trong đêm trực, số lượng sinh viên và nhân viên y tế ít hơn ban ngày, nên người học sẽ có nhiều cơ hội và thời gian để tiếp xúc, thăm khám và cấp cứu người bệnh. Tích cực tham gia các hoạt động chăm sóc người bệnh cùng bác sĩ, điều dưỡng, nội trú trong khoa.
- Tích cực học trong tua trực sẽ tích lũy kinh nghiệm và rèn luyện kỹ năng thực hành.

**2.4. Học khi đi buồng**

- Đây là cơ hội tốt để người học biết được tổng quát tình hình người bệnh trong khoa.
- Bác sĩ điều trị sẽ báo cáo tóm tắt quá trình bệnh lý và chăm sóc cho người bệnh, đặc biệt là người bệnh nặng, do vậy người học sẽ biết được sơ lược tình trạng của người bệnh.
- Với những người bệnh có bệnh lý hiếm gặp hoặc phù hợp với sinh viên, các bác sỹ hoặc điều dưỡng có kinh nghiệm sẽ chỉ cho sinh viên đôi điều cần học ở người bệnh đó.

**2.5. Học qua giao ban khoa, viện**

- Mỗi buổi sáng tại khoa, phòng, viện sẽ có giao ban đây là thời điểm trao đổi thông tin chuyên môn chung với tất cả nhân viên của khoa, người học sẽ được nghe các thông tin về điều trị chăm

sóc cho tất cả người bệnh vào viện, cấp cứu, chuyển viện, tử vong và những diễn biến đặc biệt trong ngày.

### **2.6. Học qua chăm sóc và theo dõi bệnh nhân**

- Mỗi sinh viên sẽ được phân công đi theo một giảng viên, hoặc điều dưỡng và phụ trách theo dõi từ 1-2 giường bệnh. Nhiệm vụ người học là được giao là mỗi buổi sáng đến tiếp xúc người bệnh, thăm khám lâm sàng và ghi chép diễn biến bệnh vào bệnh án, lên kế hoạch chăm sóc, sau đó trình kế hoạch chăm sóc cho giảng viên hoặc điều dưỡng xem và nhận xét.
- Khi học qua chăm sóc, người học được tạo cơ hội thực hành như một điều dưỡng thực thụ với những người bệnh cụ thể, được tham gia chăm sóc người bệnh. Hoạt động này sẽ giúp người học áp dụng kiến thức, kỹ năng, thái độ được học vào thực tế làm việc, đồng thời nhận thức được vai trò và trách nhiệm của một người điều dưỡng.

### **2.7. Học tại phòng thủ thuật**

- Hàng ngày sẽ có nhiều thủ thuật tại bệnh phòng. Thủ thuật do điều dưỡng thực hiện.
- Người học cần thực hiện đúng quy định vô trùng tại phòng thủ thuật, nghiêm túc khi quan sát thủ thuật. Chú ý không được gây cản trở hay làm vướng tay của điều dưỡng đang thực hiện thủ thuật.

### **2.8. Tự học trên lâm sàng**

- Tự học là một hoạt động tích cực nhằm mục đích áp dụng kiến thức đã học vào thực hành một cách chủ động và hiệu quả.
- Có thể học theo nhóm nhỏ, tiếp xúc với một số người bệnh có những bệnh lý “hay” để hỏi bệnh và thăm khám, tự đưa ra chẩn đoán điều dưỡng. Sau đó, hãy tham khảo ý kiến của các bạn trong nhóm.

## **3. Phương pháp lượng giá**

### **3.1. Thi lâm sàng tại giường bệnh**

- Thi lâm sàng có người bệnh là hình thức lượng giá chủ yếu hiện nay tại các bộ môn lâm sàng.
- Để đảm bảo tính khách quan của kỳ lượng giá, sinh viên được yêu cầu bắt thăm số giường, khoa phòng và tên của người bệnh.

### **3.2. OSCEs (Objective Structured Clinical Exams): Lượng giá lâm sàng theo cấu trúc khách quan**

- Ngày nay, OSCEs đã trở thành phương pháp lượng giá kỹ năng lâm sàng được thực hiện tại nhiều trường Đại học Y trên thế giới và là phương pháp quan trọng trong kỳ sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề cho bác sĩ và điều dưỡng ở nhiều quốc gia.
- Cách thức thi và tổ chức thi tương tự như thi OSPEs tại Skills lab.
- Điểm thi được chấm theo bảng kiểm và là điểm trung bình cộng của tổng điểm tại tất cả các trạm thi.

#### 4. Thái độ trong học lâm sàng

- Đạo đức y học luôn song hành với thực hành y học. Kiến thức về Đạo đức y học sẽ giúp người học có thái độ tốt trong học lâm sàng và là cơ sở quan trọng để thu được kết quả tốt trong học tập.
- Cần thể hiện sự tôn trọng “*Quyền người bệnh*”. Các kiến thức về quyền người bệnh, mối quan hệ chuyên môn giữa bác sĩ, điều dưỡng và người bệnh đã được học trong môn Đạo đức y học, cần ôn lại kiến thức để thực hiện được tốt.
- Thực hiện đúng các quy định về chuyên môn và đạo đức y học khi tiếp xúc, thăm khám người bệnh trên lâm sàng.
- Không được phép cung cấp thông tin chuyên môn cho người bệnh khi chưa được sự ủy quyền của điều dưỡng phụ trách.
- Tôn trọng người bệnh và sự tham gia của người bệnh vào buổi học lâm sàng.



## CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

<b>Câu 1</b>	<b>Ý nào sau đây không thuộc phương pháp đánh giá lâm sàng</b>
	A. Thi lâm sàng tại giường bệnh
	B. Thi OSPE
	C. Thi OSCE
	D. Thi vấn đáp dựa trên kế hoạch chăm sóc
<b>Câu 2</b>	<b>Các hình thức học thực hành lâm sàng</b>
	A. Học tại buồng bệnh, đi buồng, giao ban
	B. Học trên giảng đường, tại buồng bệnh, đi buồng
	C. Học trên giảng đường, tự học, tại buồng bệnh
	D. Tự học và học trên giảng đường
<b>Câu 3</b>	<b>Tạo môi trường an toàn để tiếp cận và giao tiếp với người bệnh nhằm mục đích</b>
	A. Người bệnh thoải mái, yên tâm
	B. Người bệnh thoải mái, yên tâm để cung cấp các thông tin chính xác liên quan đến tình trạng bệnh
	C. Người bệnh trả lời các câu hỏi
	D. Người bệnh hợp tác
<b>Câu 4</b>	<b>Học qua chăm sóc và theo dõi bệnh nhân nhằm mục đích</b>
	A. Thực hành như một điều dưỡng thực thụ
	B. Biết cách chăm sóc
	C. Hiểu về quá trình chăm sóc 1 người bệnh
	D. Hợp tác với bác sỹ tốt hơn trong quá trình chăm sóc
<b>Câu 5</b>	<b>Phương pháp đánh giá OSCE</b>
	A. Giống như thi OSPE
	B. Đối lập với thi OSPE
	C. Có thể triển khai tại các phòng thực hành kỹ thuật
	D. Phương pháp lượng giá theo cấu trúc khách quan trên lâm sàng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010. Phương pháp giảng dạy Y - Dược học, Bộ Y tế.

## BÀI 14

# CHUẨN ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

### MỞ ĐẦU

Nghề Y nói chung nghề điều dưỡng nói riêng được phân biệt với các nghề khác bởi nghĩa vụ đạo đức nghề nghiệp mang tính đặc thù, đó là: Chăm sóc, điều trị, cứu người, làm giảm nhẹ sự đau đớn của con người do bệnh tật và do các can thiệp y tế. Để hoàn thành nghĩa vụ nghề nghiệp đối với sự ủy thác của xã hội điều dưỡng viên phải vừa giỏi chuyên môn và vừa phải có đạo đức nghề nghiệp. Tính chuyên nghiệp và đạo đức nghề nghiệp là nền tảng của nghề điều dưỡng.

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

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

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam được ban hành theo Quyết định số 20/QĐ-HDD, ngày 10 tháng 09 năm 2012 của Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam.

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được những tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam.
2. Phân tích được nội dung những tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam.
3. Áp dụng được những tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng Việt Nam vào trong công tác chăm sóc người bệnh.

## NỘI DUNG

### Chương I: QUY ĐỊNH CHUNG

#### Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng:

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên áp dụng đối với hội viên của Hội Điều dưỡng Việt Nam, các Giáo viên điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng các cấp (*sau đây gọi tắt là điều dưỡng viên*).

#### Điều 2. 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 và Công khai Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên làm cơ sở để người dân, người bệnh (NB) và nhà quản lý y tế giám sát, đánh giá việc thực hiện của điều dưỡng viên (DDV).
3. 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.

### Chương II: CHUẨN ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN

#### Điều 3. 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.

#### Điều 4. 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.

#### Điều 5. Thân thiện với người bệnh và gia đình người bệnh (GĐNB):

1. Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, GĐNB một cách thân thiện;
2. Lắng nghe người bệnh, GĐNB 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.

**Điều 6. 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.

**Điều 7. 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.

**Điều 8. 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, gia đình 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.

**Điều 9. 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.

**Điều 10. 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.

**Chương III: TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

**Điều 11. Trách nhiệm của Ban chấp hành Trung ương Hội Điều dưỡng Việt Nam:**

1. Phối hợp với Bộ Y tế và Tổng Hội Y học Việt Nam tổ chức phát động thi đua thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam;

2. Xây dựng kế hoạch tổ chức triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên tới cấp tỉnh/thành hội và chi hội trực thuộc;
3. Giám sát, đánh giá kết quả triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên đối với các cấp hội;
4. Tổ chức sơ kết, tổng kết phổ biến các bài học, kinh nghiệm điển hình để nhân rộng trong toàn bộ hệ thống tổ chức của Hội Điều dưỡng Việt Nam ở các cấp;
5. Đề nghị khen thưởng kịp thời các tỉnh hội, thành hội, các chi hội, các cá nhân hội viên thực hiện tốt và kiến nghị với các cấp quản lý y tế xử lý kỷ luật đối với các cá nhân vi phạm Quy định này.

**Điều 12. Trách nhiệm của Chủ tịch cấp tỉnh/thành hội và Chi hội trưởng Chi hội điều dưỡng**

1. Chủ tịch cấp tỉnh, thành, ngành hội
  - a) Phối hợp với Sở Y tế, Điều dưỡng trưởng Sở Y tế, các ban ngành hữu quan tại địa phương tổ chức phát động thi đua, giới thiệu, phổ biến nội dung Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng và xây dựng kế hoạch triển khai tới tất cả các chi hội.
  - b) Giám sát, đánh giá kết quả triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên đối với các chi hội trực thuộc.
  - c) Tổ chức sơ kết, phổ biến các bài học, kinh nghiệm điển hình để nhân rộng trong toàn bộ các chi hội.
  - d) Đề nghị khen thưởng kịp thời các chi hội, các cá nhân thực hiện tốt và kiến nghị các cấp quản lý y tế xử lý kỷ luật đối với các cá nhân vi phạm Quy định này.
2. Chi hội trưởng các chi hội
  - a) Phối hợp với Thủ trưởng đơn vị, Điều dưỡng trưởng bệnh viện xây dựng kế hoạch, tổ chức cho tất cả hội viên học tập và thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên.
  - b) Hướng dẫn cho từng hội viên định kỳ tự đánh giá bản thân theo Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên theo Bộ công cụ hướng dẫn của Trung ương Hội Điều dưỡng Việt Nam (*phụ lục 1 kèm theo văn bản này*).
  - c) Phối hợp với các Điều dưỡng trưởng đánh giá kết quả thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của hội viên và phản hồi kết quả đánh giá tới từng hội viên theo Bộ công cụ hướng dẫn của Trung ương Hội Điều dưỡng Việt Nam (*phụ lục 2 kèm theo văn bản này*).
  - d) Báo cáo kết quả triển khai thực hiện Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên cho tổ chức Hội cấp trên và cơ quan quản lý y tế cùng cấp.
  - e) Đề nghị khen thưởng kịp thời các cá nhân hội viên thực hiện tốt và đề nghị xử lý kỷ luật đối với các cá nhân vi phạm Quy định này.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

*Câu 1. Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên nhằm những mục đích gì? (Chọn 1 đáp án đúng)*

- a. 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.
- b. Giúp điều dưỡng viên đưa ra các quyết định trong các tình huống hành nghề phù hợp với chuẩn đạo đức nghề nghiệp.
- c. 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
- d. Cả 3 đáp án trên

*Câu 2. Theo anh/chị, điều dưỡng cần trung thực trong những việc nào dưới đây? (Đánh dấu X vào các đáp án đúng)*

- a. Việc cung cấp thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc người bệnh cho người thân, bạn bè của người bệnh
- b. Việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao cho người bệnh
- c. Việc thực hiện các hoạt động chuyên môn chăm sóc người bệnh và thực hiện các chỉ định điều trị
- d. Việc ghi các thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh
- e. Tất cả các đáp án trên

*Câu 3. Đối tượng áp dụng bộ tiêu chuẩn đạo đức của điều dưỡng viên Việt Nam?(Chọn 1 đáp án đúng)*

- a. Tất cả các điều dưỡng thực hành lâm sàng
- b. Tất cả các điều dưỡng thực hành lâm sàng và giảng viên điều dưỡng giảng dạy
- c. Áp dụng với hội viên của Hội Điều dưỡng Việt Nam, các Giáo viên điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng các cấp.

*Câu 4. Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam ban hành ngày tháng năm nào? (Chọn 1 đáp án đúng)*

- a. Ngày 10 tháng 9 năm 2010
- b. Ngày 10 tháng 9 năm 2011
- c. Ngày 10 tháng 9 năm 2012
- d. Ngày 10 tháng 10 năm 2012

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

*Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên (ban hành theo quyết định số 20/QĐ-HDD, ngày 10 tháng 9 năm 2012 của Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam. Tạp chí điều dưỡng Việt Nam số 1-2012.*

## **NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG**

*Chịu trách nhiệm xuất bản:* Giám đốc **Võ Thị Kim Thanh**

*Biên tập và sửa bản in:* **Mai Thị Thanh Hằng**

*Trình bày:* **JICA**

In 420 cuốn khổ 21x29,7cm tại Công ty CP in Sách Việt Nam

ĐC: 22B Hai Bà Trưng, Hoàn Kiếm, Hà Nội

Số xác nhận ĐKXB: 3310-2017/CXBIPH/15-220/LĐ

Số QĐXB: 1063/QĐ-NXBLĐ cấp ngày 02/10/2017

Mã số ISBN: 978-604-59-8830-5

In xong và nộp lưu chiểu năm 2017.



