

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG VÀ
NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

**Ngành/nghề: Điều dưỡng
Trình độ: Cao đẳng**

Bạc Liêu, năm 2020

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG VÀ
NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63A -QĐ/CDYT, ngày 26 / 3 /2020
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Giáo trình Quản lý điều dưỡng và Nghiên cứu khoa học được biên soạn nhằm đáp ứng nhu cầu học tập và nghiên cứu của người học ngành Điều dưỡng trình độ cao đẳng. Bên cạnh những kiến thức về chức năng, nhiệm vụ của người điều dưỡng, hộ sinh, giáo trình còn cung cấp kiến thức về quản lý chất lượng và an toàn người, các kỹ năng cần thiết cho người điều dưỡng. Đồng thời, giáo trình Quản lý điều dưỡng và Nghiên cứu khoa học còn cung cấp một số kiến thức cơ bản về các nghiên cứu trong lĩnh vực y học, giúp người Điều dưỡng bước đầu tiếp cận với nghiên cứu trong thực hành nghề nghiệp bởi trong nghề Điều dưỡng cùng với những năng lực về chuyên môn để trực tiếp thực hiện những công tác chăm sóc Điều dưỡng có chất lượng và an toàn cho người bệnh, gia đình người bệnh và cộng đồng, năng lực nghiên cứu giữ vai trò quan trọng trong phát triển nghề nghiệp. Đặc biệt trong xu thế thực hành nghề nghiệp dựa trên bằng chứng, nghiên cứu điều dưỡng ngày càng trở nên cần thiết, cung cấp những bằng chứng khoa học cho cải tiến chất lượng chăm sóc điều dưỡng nói riêng và phát triển nghề nghiệp Điều dưỡng nói chung.

Giáo trình được biên soạn bởi các giảng viên đã có kinh nghiệm trong đào tạo, quản lý điều dưỡng và nghiên cứu có liên quan đến lĩnh vực điều dưỡng của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu. Giáo trình gồm 2 chương. Chương 1: Quản lý Điều dưỡng. Chương 2: Nghiên cứu khoa học. Tổng thời gian đào tạo là 90 tiết học, trong đó có 30 tiết lý thuyết và 60 tiết thực hành.

Trong quá trình biên soạn, mặc dù đã rất cố gắng nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi những hạn chế, thiếu sót. Nhóm biên soạn rất mong nhận thêm sự đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên và học viên cũng như người sử dụng giáo trình.

Bạc Liêu, ngày 20 tháng 01 năm 2021

Nhóm biên soạn

CHỦ BIÊN

TS. Phạm Thị Nhã Trúc

THAM GIA BIÊN SOẠN

1. TS. Phạm Thị Nhã Trúc

2. ThS. Giang Nhân Trí Nghĩa

3. CN. Giang Thị Mỹ Kiều

MỤC LỤC

Chương 1. QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG	1
Bài 1.1: HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM	1
Bài 1.2: QUY TRÌNH QUẢN LÝ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG	9
Bài 1.3: QUẢN LÝ NHÂN LỰC	14
Bài 1.4: PHÂN TÍCH SWOT VÀ KỸ NĂNG LẬP KẾ HOẠCH.....	23
CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG	23
Bài 1.5: KỸ NĂNG RA QUYẾT ĐỊNH	31
Bài 1.6: KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ	39
Bài 1.7. TỔ CHỨC CUỘC HỌP	45
Bài 1.8: THƯỜNG QUY ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA ...	49
Bài 1.9: XÂY DỰNG BẢN MÔ TẢ CÔNG VIỆC	52
Bài 1.10: TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC.....	59
Bài 1.11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TOÀN DIỆN	64
Bài 1.12. ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN.....	70
Chương 2. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	75
Bài 2.1: VAI TRÒ NGHIÊN CỨU ĐIỀU DƯỠNG	75
BÀI 2.2. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC.....	82
Bài 2.3. CHỌN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU.....	91
Bài 2.4. TỔNG QUAN TÀI LIỆU NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	97
Bài 2.5. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU KHOA HỌC THƯỜNG DÙNG	109
Bài 2.6. XÁC ĐỊNH CỖ MẪU TRONG NGHIÊN CỨU.....	120
Bài 2.7. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU	139
Bài 2.8. CÁCH ÁP DỤNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	146
VÀO THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG	146

Tên môn học : QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG VÀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Mã số môn học : DD. 23

Thời gian thực hiện môn học: 90 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; thực hành, bài tập: 58; Kiểm tra: 04 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** Tổ chức học sau khi đã học các môn học cơ sở và môn học chuyên ngành Điều dưỡng.

- **Tính chất:** Trang bị cho sinh viên các kiến thức về quản lý nhân lực, vật tư và tài sản và thời gian trong công tác điều dưỡng, đồng thời cũng trang bị cho sinh viên các kiến thức cơ bản về thực hành nghiên cứu khoa học, cách chọn vấn đề nghiên cứu và xây dựng một đề cương nghiên cứu khoa học chi tiết.

II. Mục tiêu môn học:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được sơ đồ quản lý tổ chức bộ máy điều dưỡng từ trung ương đến cơ sở.
- 1.2. Trình bày được vai trò nhiệm vụ các cấp quản lý điều dưỡng.
- 1.3. Trình bày các nguyên tắc quản lý, các loại kế hoạch áp dụng trong điều dưỡng.
- 1.4. Trình bày được nội dung quản lý nhân lực, vật tư và tài sản và thời gian.
- 1.5. Trình bày được các thiết kế nghiên cứu cơ bản trong y học.
- 1.6. Trình bày được vai trò điều dưỡng đối với nghiên cứu khoa học.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Xây dựng được kỹ năng ra một quyết định, phương pháp giải quyết một vấn đề.
- 2.2. Thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện, nhiệm vụ đi buồng của điều dưỡng trưởng, tổ chức và điều hành được cuộc họp
- 2.3. Xây dựng được bộ công cụ thu thập số liệu phù hợp với hướng nghiên cứu.+ Nhận xét và đánh giá có hệ thống các báo cáo nghiên cứu và các tài liệu khoa học.
- 2.4. Tổng hợp kết quả nghiên cứu để ứng dụng vào thực hành điều dưỡng chuyên nghiệp dựa trên bằng chứng.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

3.1. Có ý thức rèn luyện đức tính cẩn trọng, bao quát công việc của người quản lý.

3.2. Có ý thức rèn luyện đức tính cẩn thận, chịu khó nghiên cứu khoa học để tìm ra kiến thức mới phục vụ công tác chăm sóc bệnh nhân.

3.3. Thể hiện đạo đức trong nghiên cứu.

II. NỘI DUNG MÔN HỌC:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên chương, bài	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TH	KT
I	Chương 1. QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG				
1.1	Hệ thống tổ chức ngành Điều dưỡng Việt Nam	2	2	0	
1.2	Quy trình quản lý công tác điều dưỡng	1	1	0	
1.3	Quản lý nhân lực	1	1	0	
1.4	Phân tích SWOT và kỹ năng lập kế hoạch công tác điều dưỡng	6	2	4	
1.5	Kỹ năng ra một quyết định	5	1	4	
1.6	Phương pháp giải quyết một vấn đề	5	1	4	
1.7	Tổ chức một cuộc họp	3	1	2	
1.8	Thường quy đi buồng của điều dưỡng trưởng khoa	3	1	2	
1.9	Xây dựng bảng mô tả công việc	1	1	0	
1.10	Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc	1	1	0	
1.11	Chăm sóc người bệnh toàn diện	3	2	0	1
1.12	Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý hồ sơ bệnh án	8		7	1
II	Chương 2. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC				
2.1	Vai trò của nghiên cứu	1	1		
2.2	Quy trình nghiên cứu	11	1	10	
2.3	Chọn vấn đề nghiên cứu	5	1	4	
2.4	Tổng quan tài liệu nghiên cứu	4	2	2	
2.5	Một số phương pháp nghiên cứu khoa học thường dùng	8	3	4	1
2.6	Xác định cỡ mẫu trong nghiên cứu	6	2	4	

2.7	Phương pháp thu thập số liệu	10	2	7	1
2.8	Cách áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào thực hành Điều dưỡng	6	2	4	
	Cộng	90	28	58	4

Chương 1. QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

Bài 1.1: HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong sinh viên có khả năng:*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên tắc tổ chức và điều hành của hệ thống điều dưỡng.
- 1.2. Vẽ và giải thích được sơ đồ hệ thống điều dưỡng các cấp ở Việt nam.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

NỘI DUNG

1. HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM.

1.1 Quá trình hình thành

Mặc dù các bệnh viện của Việt Nam đã được hình thành vào đầu thế kỷ XX, ngay lúc đó đã có các y tá làm việc trong các bệnh viện, nhưng công việc của người y tá hoàn toàn dưới sự chỉ đạo trực tiếp của các bác sỹ. Vì thế không có hệ thống tổ chức riêng cho điều dưỡng.

Đến năm 1965, Bộ Y tế ban hành chức vụ Y tá trưởng khoa và Y tá trưởng bệnh viện. Nhiệm vụ chính của Y tá trưởng là làm công việc kiểm tra chăm sóc và vệ sinh trong các khoa và bệnh viện, chưa được giao nhiệm vụ quản lý và điều hành toàn bộ hệ thống y tá trong bệnh viện cung như điều hành công tác chăm sóc người bệnh.

Năm 1987 với sự hỗ trợ của các chuyên gia Điều dưỡng Thụy Điển phòng Y tá thí điểm đầu tiên được thành lập tại bệnh viện Nhi TW và Ban Y tá được thành lập tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. Cũng vào những năm này, Bộ Y tế thành lập tổ nghiên cứu công tác y tá Quốc gia và nhiều hội thảo cấp vùng đã được tổ chức với sự hỗ trợ của SIDA Thụy Điển, để nghiên cứu kinh nghiệm công tác y tá của hai bệnh viện do Thụy Điển giúp đỡ và kinh nghiệm công tác điều dưỡng tại các tỉnh phía nam.

Năm 1990 Bộ Y tế ban hành quyết định thành lập phòng Y tá - điều dưỡng trong các bệnh viện toàn quốc và giao nhiệm vụ cho phòng Y tá - điều dưỡng tổ chức điều hành các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, hộ lý trong bệnh viện. Đây là một mốc lịch sử rất quan trọng mở đường cho công tác điều dưỡng của nước ta phát triển.

Năm 1992 sau khi hàng loạt các bệnh viện thành lập phòng điều dưỡng làm xuất hiện nhu cầu cần có một tổ chức cao hơn để chỉ đạo các hoạt động của phòng điều dưỡng tại các bệnh viện. Vì vậy việc ra đời phòng điều dưỡng vụ điều trị là một sự kiện quan trọng định hướng xây dựng hệ thống quản lý điều dưỡng thành một chuyên ngành riêng biệt bên cạnh các hệ thống Y - Dược trong ngành Y tế.

Năm 1999 sau nhiều cố gắng của hội điều dưỡng và trên cơ sở đề nghị của các vụ của Bộ Y tế. Bộ trưởng bộ Y tế đã có quyết định ban hành chức vụ điều dưỡng trưởng Sở Y tế và là phó phòng nghiệp vụ y.

Như vậy, sau gần một trăm năm, đặc biệt từ năm 1990 trở lại đây, sau nhiều nỗ lực của Bộ Y tế và hội điều dưỡng Việt Nam. Hệ thống tổ chức điều dưỡng Việt Nam đã được hình thành. Cùng với sự ra đời của Hội nghề nghiệp và đưa chương trình điều dưỡng vào đào tạo trong các trường đại học, đã làm cho điều dưỡng trở thành một nghề chuyên nghiệp và thay đổi cơ bản hình ảnh cũng như vị thế của người điều dưỡng trong xã hội.

1.2. Hệ thống tổ chức ngành điều dưỡng Việt Nam.

Hệ thống quản lý điều dưỡng các cấp trong hệ thống y tế Việt Nam được tổ chức như sau:

- Phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng - Kiểm soát nhiễm khuẩn thuộc Cục Quản lý khám bệnh, Chữa bệnh, Bộ Y tế.

- Điều dưỡng phụ trách ở Sở Y tế

- Phòng Điều dưỡng bệnh viện

- Điều dưỡng trưởng khoa

2. NHIỆM VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG CÁC CẤP

2.1. Phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng- Kiểm soát nhiễm khuẩn, Cục Quản lý khám bệnh, Chữa bệnh, Bộ Y tế

2.1.1. Tổ chức

Phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng- Kiểm soát nhiễm khuẩn là đơn vị chuyên môn cấu thành của Cục Quản lý khám bệnh, Chữa bệnh, Bộ Y tế Cục Quản lý khám bệnh, Chữa bệnh,

thực hiện chức năng tham mưu giúp Cục Quản lý khám bệnh, Chữa bệnh thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước, tổ chức thực hiện các quy định của pháp luật và chỉ đạo điều hành các hoạt động về lĩnh vực: Điều dưỡng, dinh dưỡng - tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý chất thải trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.1.2. Nhiệm vụ:

- Đầu mối hoặc phối hợp xây dựng, sửa đổi, bổ sung luật, pháp lệnh và các văn bản quy phạm pháp luật về lĩnh vực Phòng được phân công.

- Đầu mối hoặc phối hợp xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án, đề án về các lĩnh vực Phòng được phân công.

- Đầu mối hoặc tham mưu hướng dẫn tổ chức thực hiện và kiểm tra về việc thực hiện luật, pháp lệnh và các văn bản quy phạm pháp luật, chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, các quy định chuyên môn, quy trình kỹ thuật quốc gia các chương trình, dự án, đề án về các lĩnh vực Phòng được phân công.

- Đầu mối chỉ đạo hệ thống Điều dưỡng trưởng Sở Y tế, các Phòng điều dưỡng bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và hệ thống điều dưỡng trưởng trong toàn quốc.

- Đầu mối tham gia xây dựng chương trình, tài liệu đào tạo liên tục và tổ chức tập huấn nâng cao nghiệp vụ chuyên môn, quản lý cho điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, cán bộ làm công tác dinh dưỡng - tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý chất thải trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Đầu mối kiểm tra, giám sát, hỗ trợ thực hiện các quy định thuộc lĩnh vực điều dưỡng, dinh dưỡng - tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý chất thải trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Tham gia các hội đồng chuyên môn giải quyết các vấn đề thuộc lĩnh vực điều dưỡng, dinh dưỡng - tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn có liên quan đến điều dưỡng viên, hộ sinh, kỹ thuật viên, hộ lý, y công và cán bộ làm công tác dinh dưỡng - tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý chất thải trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Tham gia các hoạt động nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế.

- Thực hiện chế độ thông tin, báo cáo theo quy định.

- Quản lý công chức, người lao động, tài sản, kinh phí được giao theo quy định của pháp luật.

- Thực hiện nhiệm vụ khác theo phân công của Cục trưởng.

2.2. Nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng sở Y tế

- Xây dựng kế hoạch, phương án công tác điều dưỡng của tỉnh và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch sau khi đã được phê duyệt.

- Kiểm tra, giám sát, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh ở các cơ sở y tế.

- Quản lý chỉ đạo điều dưỡng trưởng các bệnh viện tuyến tỉnh và trung tâm y tế huyện về lĩnh vực điều dưỡng.

- Phối hợp với Trường Y tế và các bệnh viện xây dựng chương trình và tổ chức đào tạo lại về chuyên môn nghiệp vụ, y đức cho điều dưỡng.

- Phối hợp với các Phòng chức năng của Sở Y tế trong việc lập kế hoạch, quy hoạch và đề xuất việc đào tạo, tuyển dụng, điều động và sử dụng đội ngũ điều dưỡng trên địa bàn.

- Nghiên cứu về tổ chức, quản lý, đào tạo và thực hành trong lĩnh vực điều dưỡng. Đề xuất các biện pháp nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng chăm sóc và phục vụ nhân dân.

- Phối hợp với BCH Hội điều dưỡng tỉnh, tổ chức và triển khai các hoạt động của Hội điều dưỡng.

- Tổng hợp công tác điều dưỡng của địa phương để trình Giám đốc sở và báo cáo Bộ Y tế theo định kỳ.

2.3. Hệ thống quản lý điều dưỡng trong bệnh viện

- Hội đồng điều dưỡng

- Phòng điều dưỡng

- Điều dưỡng khoa

2.3.1. Tổ chức, nhiệm vụ của Hội đồng điều dưỡng

Tổ chức

- Chủ tịch Hội đồng là lãnh đạo bệnh viện

- Phó chủ tịch Hội đồng

+ Phó chủ tịch Hội đồng là phó trưởng phòng điều dưỡng và điều dưỡng trong phòng điều dưỡng;

+ Phó chủ tịch Hội đồng thường trực là trưởng phòng điều dưỡng.

- Thành viên Hội đồng là điều dưỡng trưởng khoa, hộ sinh trưởng khoa, kỹ thuật y trưởng khoa và đại diện lãnh đạo một số khoa lâm sàng, cận lâm sàng, phòng chức năng; bảo đảm trên 50% thành viên hội đồng là điều dưỡng, hộ sinh.

Nhiệm vụ

- Tham mưu cho giám đốc bệnh viện về chiến lược, định hướng, kế hoạch phát triển hoạt động Điều dưỡng hộ lý trợ giúp chăm sóc hằng năm và định kì;

- Tham mưu cho giám đốc bệnh viện trong việc sửa đổi, bổ sung, cập nhật các quy định, hướng dẫn, quy trình chuyên môn kỹ thuật, tài liệu chuyên môn cho điều dưỡng, hộ sinh, hộ lý trợ giúp chăm sóc phù hợp với sự phát triển chung của bệnh viện, của từng chuyên khoa.

2.3.2. Phòng điều dưỡng bệnh viện

Tổ chức

Phòng Điều dưỡng do Giám đốc bệnh viện ra quyết định thành lập, tùy theo quy mô bệnh viện, Phòng Điều dưỡng có các bộ phận sau:

- Bộ phận giám sát khối lâm sàng
- Bộ phận giám sát khối cận lâm sàng
- Bộ phận giám sát khối khám bệnh

Nhiệm vụ

- Xây dựng, tổ chức thực hiện kế hoạch hoạt động, hướng dẫn, quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật và các văn bản liên quan đến hoạt động điều dưỡng:

+ Chủ trì xây dựng, tổ chức thực hiện kế hoạch hoạt động điều dưỡng, quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật, các văn bản liên quan đến hoạt động điều dưỡng của bệnh viện;

+ Xây dựng các mô hình chăm sóc tại điểm b khoản 3 Điều 6 Thông tư này phù hợp với nguồn lực và cơ cấu tổ chức của bệnh viện.

- Quản lý điều hành chuyên môn:

+ Tổ chức thực hiện và kiểm tra, giám sát thực hiện các hoạt động điều dưỡng quy định tại Thông tư này;

+ Định kỳ sơ kết, tổng kết, báo cáo kết quả thực hiện các hoạt động điều dưỡng theo quy định.

- Quản lý nhân sự

+ Phối hợp các khoa, phòng liên quan xây dựng kế hoạch tuyển dụng, đề xuất tuyển dụng, bố trí, điều động điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, hộ lý trợ giúp chăm sóc của bệnh viện;

+ Xây dựng mô tả công việc cho các thành viên của phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa, hộ sinh trưởng khoa, kỹ thuật y trưởng khoa, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, hộ lý trợ giúp chăm sóc theo quy định tại Thông tư này và Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y phù hợp với phạm vi hoạt động của bệnh viện;

+ Tham gia xây dựng tiêu chí đánh giá và chịu trách nhiệm đánh giá năng lực điều dưỡng định kỳ hằng năm và trước khi tuyển dụng;

+ Tham gia đề xuất bổ nhiệm và miễn nhiệm các vị trí điều dưỡng trưởng khoa, hộ sinh trưởng khoa và kỹ thuật y trưởng khoa;

+ Tham gia đề xuất khen thưởng, kỷ luật các cá nhân, tập thể điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, hộ lý trợ giúp chăm sóc có thành tích hoặc vi phạm theo quy định.

- Đào tạo, nghiên cứu khoa học:

+ Nghiên cứu, khảo sát phát hiện các nội dung cần cải thiện trong quản lý và tổ chức thực hiện các hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện;

+ Thường xuyên đánh giá, đề xuất và thử nghiệm các giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện;

+ Tham gia xây dựng kế hoạch và thực hiện đào tạo nâng cao năng lực hoạt động điều dưỡng cho tuyến dưới;

+ Đề xuất việc tham gia học tập nâng cao trình độ chuyên môn, thi nâng hạng của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y theo quy định;

+ Xây dựng kế hoạch, chương trình, tài liệu và thực hiện đào tạo mới, đào tạo liên tục; tổ chức khảo sát, đánh giá, phát hiện các điểm cần cải thiện trong đào tạo;

+ Tổ chức thực hiện các hoạt động nghiên cứu khoa học, cải tiến chất lượng chăm sóc, thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

- Tham gia đề xuất mua sắm trang thiết bị, phương tiện, vật tư, thuốc, hóa chất liên quan đến hoạt động điều dưỡng, giám sát chất lượng và kiểm tra việc sử dụng, bảo quản theo quy định.

- Thực hiện các nhiệm vụ khác khi được giám đốc bệnh viện phân công.

2.3.3. Nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng khoa

- Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa và trưởng phòng điều dưỡng về các hoạt động điều dưỡng tại khoa.

- Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện kế hoạch hoạt động điều dưỡng tại khoa.

- Xây dựng bản mô tả vị trí việc làm và phân công nhiệm vụ của điều dưỡng, hộ lý trợ giúp chăm sóc và các vị trí khác theo chỉ đạo của trưởng khoa.

- Quản lý người bệnh: số lượng, tình trạng, diễn biến, các chỉ định điều trị, chăm sóc để kịp thời phân công và điều phối nhân lực thực hiện chăm sóc điều dưỡng.

- Tham gia đi buồng hằng ngày với lãnh đạo khoa.

- Tổ chức, chủ trì các cuộc họp điều dưỡng định kỳ, đột xuất và cuộc họp người bệnh, người nhà người bệnh khi cần thiết.
- Quản lý, đào tạo và phát triển nhân lực điều dưỡng trong khoa.
- Đề xuất nhu cầu tuyển dụng, chuyển chuyển, đào tạo điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, hộ lý trợ giúp chăm sóc của khoa.
- Tham gia nghiên cứu khoa học, cải tiến chất lượng và chỉ đạo tuyển theo sự phân công.
- Tham gia trực và trực tiếp chăm sóc người bệnh khi cần.
- Tham gia đề xuất cung cấp, sửa chữa, bảo dưỡng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, phương tiện, thuốc, vật tư, hóa chất phục vụ chăm sóc người bệnh và giám sát sử dụng tại khoa. Giám sát việc sử dụng và bảo quản theo quy định.
- Giám sát, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện kế hoạch công tác điều dưỡng tại khoa và cải tiến chất lượng chăm sóc điều dưỡng.
- Định kỳ sơ kết, tổng kết, báo cáo hoạt động điều dưỡng trong khoa.
- Nhận xét, đề xuất khen thưởng, kỷ luật, tăng lương và học tập đối với điều dưỡng, hộ lý trợ giúp chăm sóc trong khoa.
- Thực hiện các nhiệm vụ khác khi được trưởng khoa và trưởng phòng điều dưỡng phân công.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

I. Chọn câu đúng nhất:

- 1. Bộ Y tế ban hành quyết định thành lập Phòng Y tá – Điều dưỡng bệnh viện vào năm nào?**
 A. 1989 B. 1990 C. 1991 D. 1992
- 2. Bộ Y tế đặt ra chức vụ Y tá trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng bệnh viện vào năm nào?**
 A. 1960 B. 1965 C. 1970 D. 1975
- 3. Phòng Điều dưỡng bệnh viện gồm có những nhiệm vụ nào sau đây, ngoại trừ:**
 A. Tổ chức, chỉ đạo chăm sóc người bệnh toàn diện
 B. Kiểm tra thực hiện kỹ thuật và Quy chế bệnh viện
 C. Phân công lịch trực tại các khoa
 D. Chỉ đạo công tác vệ sinh, chống nhiễm khuẩn tại các khoa
- 4. Báo cáo tình hình người bệnh hàng ngày, hàng tháng, hàng quý theo định kỳ là nhiệm vụ của ai?**
 A. Điều dưỡng hành chánh khoa
 B. Điều dưỡng trực của khoa
 C. Điều dưỡng tập sự của khoa
 D. Tất cả đúng

5. Điều kiện bổ nhiệm điều dưỡng trưởng bệnh viện:

- A. Là cử nhân điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh.
- B. Đã qua công tác của ĐDT khoa từ 3 năm trở lên.
- C. Đã học qua lớp quản lý chăm sóc và có chứng chỉ về quản lý chăm sóc.
- D. Tất cả đúng

Bài 1.2: QUY TRÌNH QUẢN LÝ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU: Sau khi học xong sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các định nghĩa về quản lý.
- 1.2. Trình bày được các chức năng quản lý cơ bản.
- 1.3. Áp dụng các nguyên tắc quản lý vào công việc của người điều dưỡng trưởng.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

NỘI DUNG

1. Khái niệm về quản lý.

Quản lý có nguồn gốc từ khi con người tập hợp với nhau thành từng nhóm để lao động, để tự bảo vệ trước thiên nhiên, trước kẻ thù, để phát triển nòi giống và xã hội. Có thể nói ở bất cứ đâu, bất cứ khi nào có con người, ở đó cần có sự quản lý.

Quản lý là yếu tố thiết yếu trong đời sống của từng người, từng gia đình và từng xã hội. Mọi tổ chức, mọi xã hội muốn phát triển phải nâng cao trình độ quản lý. Một tổ chức được coi là quản lý tốt khi mọi bộ phận của nó điều hoạt động tốt phát huy được hiệu quả đạt được mục tiêu chính trị và hoàn thành nhiệm vụ của đơn vị.

Quản lý không phải chỉ áp dụng chọn những người đứng đầu của một tổ chức mà những nguyên tắc cơ bản của quản lý có thể áp dụng cho mọi lĩnh vực của xã hội và mọi cấp của mọi tổ chức của hệ thống y tế, từ Bộ y tế đến các Sở y tế, các bệnh viện, các khoa và các bộ phận công tác và từng cá nhân mỗi người.

Mặc dù quản lý đã có từ lâu và mang tính phổ biến nhưng chưa có một định nghĩa nào về quản lý được đa số người đồng ý mà trong số rất nhiều định nghĩa mỗi người tự chọn ra cho mình một định nghĩa thích hợp nhất. Một trong những định nghĩa mà nhiều người hay sử dụng là:

Định nghĩa 1: Quản lý là làm cho mọi việc được thực hiện

Nguyên tắc để đưa ra định nghĩa này trước hết người quản lý phải xác định mình muốn làm gì hay xác định ưu tiên và sau đó làm cho việc đó được thực hiện. Nói một cách khác người quản lý trước tiên là đưa ra mục tiêu và làm cho mục tiêu đó được thực hiện.

Ví dụ: 100% người bệnh ra viện hài lòng về tinh thần thái độ của nhân viên bệnh viện.

Định nghĩa 2: Quản lý là làm cho mọi việc được thực hiện bởi mọi người.

Định nghĩa trên không nên hiểu một cách thuần túy là người quản lý ra lệnh và người khác thực hiện mà cho dù điều đó thường xảy ra trong thực tế mà cần chú ý con người là phương tiện mà còn là nguồn lực quan trọng nhất để làm cho mọi việc theo mong muốn của

người quản lý được thực hiện. Với mục tiêu này, toàn thể cán bộ nhân viên của bệnh viện phải phấn đấu sao cho 100% bệnh nhân hài lòng.

Định nghĩa 3: Quản lý là sử dụng các nguồn lực có hiệu quả.

Khái niệm quan trọng của định nghĩa trên đây là “hiệu xuất”. Để đạt được hiệu xuất cần có sự cân đối giữa các nguồn lực, cân đối về nguồn nhân lực, đảm bảo tiết kiệm nguồn lực và tìm cách thay thế nguồn lực kịp thời.

Định nghĩa 4: Quản lý là sử dụng có hiệu quả các nguồn lực và làm cho mọi người cùng nhau làm việc để đạt được các mục tiêu đề ra.

2. Các chức năng quản lý cơ bản.

2.1. Lập kế hoạch:

2.1.1. Định nghĩa:

Lập kế hoạch là quá trình phán đoán để lựa chọn ưu tiên và phác thảo các công việc cần phải làm để đạt được mục tiêu

2.1.2. Nội dung lập kế hoạch:

- Nội dung của lập kế hoạch liên quan đến việc trả lời các câu hỏi sau:
- Phải làm gì? Vì sao?
- Thực hiện ở đâu? Vì sao?
- Thực hiện khi nào? Vì sao?
- Ai thực hiện? Vì sao?
- Thực hiện như thế nào? Vì sao?

2.1.3. Các bước lập kế hoạch:

- Xác định vấn đề
- Sắp xếp các vấn đề ưu tiên giải quyết
- Thiết lập mục tiêu và kết quả mong muốn
- Xác định thời gian thực hiện từng hoạt động
- Xác định kinh phí và phương tiện cần thiết để đạt kế hoạch đề ra

2.1.4. Phạm vi lập kế hoạch điều dưỡng:

- Cấp quản lý càng cao thì chức năng lập kế hoạch càng quan trọng.
- Trưởng phòng điều dưỡng bệnh viện: hàng năm căn cứ vào nhiệm vụ của phòng và của bệnh viện để xây dựng kế hoạch hoạt động chung cho điều dưỡng toàn bệnh viện. Bao gồm kế hoạch về tổ chức, nhân lực, trang thiết bị, đào tạo, nghiên cứu, phát triển các kỹ thuật, kế hoạch về kinh phí... Kế hoạch của phòng điều dưỡng phải được giám đốc phê duyệt và đưa vào kế hoạch chung của bệnh viện.
- Phó phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khối được phân công để thực hiện từng phần của kế hoạch chung.
- Điều dưỡng trưởng khoa chịu trách nhiệm xây dựng kế hoạch về phân công công việc, kế hoạch lĩnh và sử dụng các dụng cụ, kế hoạch nghỉ phép, kế hoạch hội họp, kế hoạch đào tạo lại... Các kế hoạch này phải được trưởng khoa và trưởng phòng điều dưỡng thông qua.

2.1.5. Lập kế hoạch dự án:

Lập kế hoạch dự án là quá trình lập kế hoạch được áp dụng đối với từng chương trình hoạt động cụ thể. Nó được chia thành 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Xây dựng kế hoạch bao gồm các bước:

- Đánh giá tình hình.
- Xác định vấn đề.
- Hình thành mục tiêu.
- Đề xuất các giải pháp thực hiện (đưa ra 3-4 giải pháp) và chọn một giải pháp để thực hiện.

Giai đoạn 2: Trình bày kế hoạch.

- Xin phép được cấp trên đồng ý cho trình kế hoạch.
- Khi trình bày cần chú ý tính chính xác, thuyết phục, sáng tạo.

Giai đoạn 3: Thực hiện và giám sát kế hoạch.

- Xác định rõ các hoạt động phải làm, thứ tự các hoạt động, kinh phí cho mỗi hoạt động, địa điểm, thời gian và cá nhân hoặc tổ chức chịu trách nhiệm thực hiện
- Chỉ đạo thực hiện
- Giám sát, kiểm tra.
- Điều chỉnh kế hoạch nếu cần.

Giai đoạn 4: Đánh giá kết quả và báo cáo

2.2. Tổ chức thực hiện:

Điều dưỡng trưởng bệnh viện là người chịu trách nhiệm trực tiếp trước giám đốc bệnh viện trong việc tổ chức các dịch vụ chăm sóc người bệnh và phối hợp các hoạt động chăm sóc với bác sĩ, các tổ chức và cá nhân trong bệnh viện.

Nội dung của chức năng tổ chức thực hiện bao gồm:

- Xác định mô hình chăm sóc.
- Mô tả công việc cho từng vị trí.
- Phân công công việc đảm nhiệm từng vị trí công tác.
- Phân bổ nguồn lực.
- Xây dựng và cải tiến các quy trình công việc.
- Đào tạo và huấn luyện.
- Điều phối các hoạt động.

2.3. Đánh giá:

2.3.1. Tiêu chuẩn đánh giá:

Xây dựng các chuẩn mực tiêu chuẩn đánh giá. Tiêu chuẩn đánh giá gồm 3 loại:

- Tiêu chuẩn cấu trúc là các điều kiện về nguồn lực để thực thi công việc.
- Tiêu chuẩn quy trình là thứ tự các bước để thực hiện công việc.
- Tiêu chuẩn đầu ra là kết quả cuối cùng của công việc.

2.3.2. Tổ chức đánh giá:

- Điều dưỡng trưởng cần thực hiện đánh giá thường xuyên, liên tục và toàn diện để cải thiện chất lượng các dịch vụ điều dưỡng, Để đánh giá chính xác và khách quan, điều dưỡng trưởng cần xây dựng các tiêu chuẩn đánh giá và phổ biến cho các khoa phòng, các điều dưỡng viên biết để thực hiện.
- Phương pháp đánh giá cần dựa vào báo cáo, dựa vào hồ sơ chuyên môn, sổ sách hành chính, dựa vào ý kiến đóng góp của người bệnh và dựa vào quan sát thực tế đi bộ của điều dưỡng trưởng.

- Đánh giá của điều dưỡng trưởng cần khách quan, cụ thể, chính xác tránh phỏng đoán hoặc định kiến

2.3.3. Báo cáo kết quả đánh giá:

Sau khi giám sát cần có thông báo hoặc nhận xét với cá nhân hoặc tập thể kịp thời bằng văn bản hoặc bằng trao đổi trực tiếp.

2.3.4. Phương pháp đánh giá:

- Điều dưỡng trưởng cần thuyết phục hơn là ra lệnh, hoặc chỉ ra mệnh lệnh khi cần.
- Trong quá trình giám sát cần đưa ra những hướng dẫn và chỉ đạo, vì vậy đòi hỏi điều dưỡng trưởng phải hiểu biết về quản lý và kinh nghiệm lâm sàng.
- Trong khi giám sát cần áp dụng phương pháp dân chủ, phù hợp với kinh nghiệm và khả năng từng nhân viên và từng tình huống. Không có một giải pháp giám sát nào thích hợp với mọi người và mọi hoàn cảnh.
- Rong khi giám sát cần tôn trọng cấp dưới, cần tạo ra môi trường tâm lý thoải mái để động viên nhiệt tình và sáng tạo của nhân viên điều dưỡng.

3. Các biện pháp quản lý.

3.1. Biện pháp quản lý bằng giáo dục:

Là biện pháp tác động bằng tinh thần tạo động cơ làm việc. Những biện pháp thúc đẩy động cơ làm việc bao gồm:

- Thù lao xứng đáng.
- Công bằng.
- Đủ điều kiện làm việc.
- Khen chê đúng lúc, đúng chỗ.
- Đoàn kết.
- Người lãnh đạo gương mẫu.
- Người lãnh đạo quan tâm đến cấp dưới.

3.2. Biện pháp hành chính:

Là biện pháp người quản lý ban hành các văn bản pháp luật, quy chế, quy định để yêu cầu cấp dưới thực hiện và chấp hành.

3.3. Biện pháp dùng đòn bẩy kinh tế:

Bao gồm: thưởng, phạt, tăng lương... Biện pháp này có tác dụng trong những thời điểm nhất định và cần được củng cố bằng các biện pháp khác như đã nêu ở trên.

Tóm lại: Quản lý rất cần thiết cho mọi tổ chức, cho mọi gia đình và xã hội. Các nguyên tắc chung về quản lý có thể áp dụng trong mọi cấp của hệ thống tổ chức thứ bậc. Điều dưỡng trưởng cần áp dụng các nguyên tắc và quy trình quản lý trong việc lập kế hoạch, tổ chức thực hiện và đánh giá các hoạt động chăm sóc nhằm đảm bảo tính hiệu quả trong các hoạt động và hiệu suất cao trong việc sử dụng các nguồn lực. Việc lựa chọn các biện pháp quản lý phải tùy thuộc vào từng đối tượng và hoàn cảnh cho phù hợp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

I. Chọn câu đúng nhất:

1. Người lãnh đạo hiệu quả là người:

- A. Ủy quyền công việc
- B. Quản lý có hiệu quả các nguồn lực
- C. Sử dụng con người có hiệu quả
- D. Liên tục đổi mới, làm cho cả hệ thống hoạt động hiệu quả và biết hài hòa lợi ích cá nhân, tổ chức và lợi ích của nhân viên

2. Phân loại các phong cách lãnh đạo dựa vào các đặc điểm sau:

- A. Cách thiết lập mục tiêu
- B. B. Cách thức ra quyết định
- C. Cách giám sát
- D. D. Câu A, B, C, điều đúng

3. Phương pháp quản lý dựa vào kết quả quan tâm nhiều đến:

- A. Kết quả thực sự đạt được
- B. Số lượng các hoạt động đã được thực hiện
- C. Thời gian thực hiện kế hoạch
- D. Độ dài các báo cáo

4. Phong cách lãnh đạo lấy sản phẩm làm trung tâm là:

- A. Phân công nhân viên đảm nhiệm từng công việc cụ thể
- B. Đưa ra quy trình công việc
- C. C. Kiểm tra, giám sát kết quả thực hiện
- D. Câu A, B, C, điều đúng

5. Quá trình xây dựng tầm nhìn của nhà lãnh đạo trải qua nước cơ bản nào?

- A. Phân tích môi trường
- B. Phát triển tầm nhìn
- C. Truyền đạt tầm nhìn
- D. Câu A, B, C, điều đúng

6. Những phẩm chất nào không phù hợp đối với người lãnh đạo?

- A. Kiên cường, độc đoán, bảo thủ
- B. C. Biết dùng người, khoan dung
- C. Làm việc có kế hoạch
- D. D. Trông cậy vào quyền thế

Bài 1.3: QUẢN LÝ NHÂN LỰC

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được cơ sở để xây dựng nhân lực và khối lượng công việc chăm sóc.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc tuyển dụng, tuyển chọn và sử dụng nhân viên.
- 1.3. Trình bày được nguyên tắc chung khi xây dựng lịch làm việc.
- 1.4. Kể được những trường hợp điều dưỡng trưởng phải điều chỉnh nhân lực.

2. Kỹ năng

Viết đúng công thức tính số nhân viên cần thiết và chỉ rõ các chữ ký hiệu trong công thức.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

NỘI DUNG

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

Quản lý nhân lực tốt sẽ:

- Tiết kiệm được kinh phí.
- Nâng cao tinh thần trách nhiệm của người cán bộ y tế.
- Nâng cao tinh thần thái độ phục vụ người bệnh.
- Đảm bảo hiệu quả công tác.

QLNL chính là thực hiện:

- Tuyển dụng nhân lực theo tiêu chuẩn và nội dung công việc.
- Sắp xếp, giao nhiệm vụ phù hợp.
- Theo dõi, kiểm tra, đánh giá công việc của họ.
- Thực hiện tốt những yêu cầu của người lao động đúng chế độ, chính sách của Nhà nước.

2. Trình bày được cơ sở để xây dựng kế hoạch nhân lực.

2.1. Căn cứ vào loại hình bệnh viện

- Bệnh viện trực thuộc Bộ Y Tế: Bộ Y Tế duyệt chỉ tiêu.
- Bệnh viện trực thuộc tỉnh, thành phố: Ủy Ban Nhân Dân tỉnh, thành và trực tiếp là Sở Y Tế quyết định, Bộ Y Tế chỉ đạo về chuyên môn.
- Bệnh viện liên doanh và bệnh viện tư: Phụ thuộc vào Hội đồng Quản trị.

2.2. Căn cứ vào số giường bệnh

2.3. Căn cứ vào cấu trúc và trang thiết bị

2.4. Căn cứ vào tài chính

2.5. Căn cứ theo quy định và chỉ tiêu biên chế của Nhà nước:

Biên chế của các đơn vị phải căn cứ vào: Chỉ tiêu kế hoạch được giao (giường bệnh...), chức năng, nhiệm vụ được giao, quy định hiện hành của Nhà nước, định hướng chiến lược hoặc ưu tiên của Bộ Y Tế, trang thiết bị hiện có.

Theo Nghị định (NĐ) của Chính phủ:

- Nghị định số 115/2003/NĐ-CP về chế độ công chức dự bị
- Nghị định số 116/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý cán bộ công chức trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước
- Nghị định số 117/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng cán bộ công chức, viên chức

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

. Định mức biên chế tuyển 3

Các cơ sở KCB hạng I

Đơn vị tính: người/giường bệnh

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

. Định mức biên chế tuyển 2

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

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

5	Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa hạng III	0,90- 1,00	1,30– 1,40
---	--	------------	------------

5.3. Định mức biên chế tuyến 1: Các cơ sở KCB đa khoa đạt tiêu chuẩn hạng III, IV

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

Tỷ lệ cơ cấu bộ phận, chuyên môn

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

2.6. Tính toán và bố trí nhân lực

2.6.1. Tính toán nhân lực

Phải nắm chắc những yêu cầu ở từng khu vực nhằm đạt những mục đích sau:

- Sử dụng lao động ít
 - Đạt hiệu quả cao
 - Tiền trả cho người lao động hợp lý
 - Thỏa mãn yêu cầu của người bệnh (NB)
 - Duy trì lâu dài cơ sở và trang thiết bị bệnh viện
- Công thức tính nhân lực:

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

M: Số nhân lực cần có

A: Số giờ chăm sóc (CS) trung bình / NB / ngày

B: Số NB điều trị nội trú trung bình / ngày

C: Tổng số giờ CS NB / năm

D: Số ngày nghỉ trung bình của một nhân viên/ năm

E: Tổng số giờ làm việc của một nhân viên/ năm

- Số giờ CS trung bình / người bệnh / 24 giờ:

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

Theo Quy chế CS toàn diện của Bộ Y Tế, có 3 cấp CS:

- CS cấp 1: NB nặng, nguy kịch, có nhu cầu theo dõi CS liên tục, phụ thuộc hoàn toàn vào ĐD.
- CS cấp 2: NB có nhu cầu CS ở mức trung bình, cần sự hỗ trợ của ĐD trong việc đáp ứng nhu cầu CS cơ bản, NB có chỉ định thuốc tiêm, thuốc truyền, NB chuẩn bị mổ...
- CS cấp 3: NB nhẹ, có nhu cầu CS ở mức tối thiểu, tự CS và phục vụ.

Theo nghiên cứu của ThS.

Trần thị Thuận/ ĐHYD TPHCM, Việt Nam 2001:

Thời gian CS cho người bệnh/HSCC và Ngoại Tổng Quát/ BVTW-TPHCM là:

- CS cấp 1: Số giờ CS trung bình/ngày: 6 giờ (5 giờ trực tiếp, 1 giờ gián tiếp)
- CS cấp 2: Số giờ CS trung bình/ngày: 3 giờ (2,5 giờ trực tiếp, 0,5 giờ gián tiếp)
- CS cấp 3: Số giờ CS trung bình/ngày: 2 giờ (1,5 giờ trực tiếp, 0,5 giờ gián tiếp)

Cần có NCKH → số nhân lực phù hợp cho từng BV, từng chuyên khoa

Chăm sóc trực tiếp

- Thực hiện các kỹ thuật CS trên NB:
 - + Cho NB thở ô xy
 - + Cho NB uống thuốc, tiêm thuốc, truyền dịch...
- Xét nghiệm
- Trợ giúp BS làm thủ thuật
- Đi buồng cùng BS
- Vệ sinh giường bệnh, thân thể NB
- Giúp NB ăn uống
- Trợ giúp bạn đồng nghiệp CS NB
- Hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho NB..v...v.....

Chăm sóc gián tiếp

- Ghi phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc
- Viết báo cáo giao ban
- Thông tin báo cáo BS bằng lời
- Lãnh thuốc, lãnh dụng cụ
- Cọ rửa, chuẩn bị dụng cụ
- Hội họp vv...

Ngày làm việc của một cán bộ viên chức trong năm

Theo Bộ Luật Lao Động:

- Làm việc không quá 8 giờ/ngày và 40 giờ/tuần
- Làm việc 8 giờ liên tục được nghỉ ít nhất 0,5 giờ, tính vào giờ làm việc
- Người lao động được hưởng nguyên lương những ngày nghỉ lễ, tết
- Không phân công phụ nữ có thai từ tháng thứ 7 hoặc đang nuôi con làm thêm giờ, làm việc ban đêm và đi công tác xa

2.6.2. Tỷ lệ BS và ĐD của các nước

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

Nguồn Nursing in the World – Third edition, WHO

2.6.3. Phân bố tỷ lệ theo ca và theo người bệnh:

- *Phân bố theo ca:* Các nước bố trí nhân lực làm 3 ca theo tỷ lệ sau:

+ Ca sáng: 45% + Ca chiều: 37% + Ca đêm: 18%

Phân bố theo người bệnh:

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

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

2.6.4. Mô hình phân công chăm sóc

Điều Dưỡng trưởng khoa (ĐDTK) dựa vào đặc điểm, tình hình bệnh tật của từng khoa để xác định mô hình chăm sóc thích hợp đảm bảo nguyên tắc:

- Lấy người bệnh làm trung tâm, đảm bảo an toàn người bệnh.
- Chăm sóc tổng thể, toàn diện cho người bệnh: bao gồm cả thể chất tinh thần, xã hội và trí thức.
- Đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc, đảm bảo nhân lực chăm sóc cả ban ngày và ban đêm.
- Phù hợp với đặc điểm chuyên môn và nguồn lực của từng khoa.

3. Trình bày nguyên tắc phân công công việc và kiểm tra, đánh giá

Để làm tốt việc này, người quản lý phải thực sự hiểu biết về năng lực, công việc, bản chất của nhân viên, quan tâm thực sự đến tâm tư tình cảm của họ để động viên, khuyến khích đúng lúc → tăng hiệu quả lao động

3.1. Xây dựng lịch làm việc

3.1.1. Nguyên tắc chung

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

3.1.2. Những điểm cần lưu ý

- Phân tích số liệu người bệnh, xác định khối lượng công việc ở các giai đoạn cao điểm và các giai đoạn xuống thấp.
- Căn cứ vào số lượng và trình độ nhân viên để xác định mô hình chăm sóc theo nhu cầu chăm sóc người bệnh.
- Xác định chu kỳ và thời gian phân công hoặc luân chuyển thích hợp để đảm bảo tính chăm sóc liên tục.
- Khi số lượng người bệnh quá tải, nhiều người bệnh nặng mà nhân lực thiếu do đột xuất (nhiều nhân viên cùng nghỉ một thời điểm), ĐDT bệnh viện cần 1 trong những phương án sau:
 - + Điều chỉnh nhân lực giữa các khoa để đảm bảo chăm sóc người bệnh.
 - + Tổ chức một nhóm nhân viên lưu động thuộc Phòng Điều Dưỡng quản lý để hỗ trợ.
 - + Nhân viên biên chế đăng ký làm ngoài giờ, khi cần thì điều động đột xuất.

3.2. Hiểu biết và sử dụng nhân viên

Người quản lý cần hiểu nhân viên để có cách cư xử, sử dụng, phân công đúng người, đúng việc.

3.2.1. Nguồn thông tin về nhân viên mới thông qua

- Những cuộc tiếp xúc chính thức.
- Phản ứng trước một quyết định.
- Thái độ trung thực và đóng góp ý kiến trong các cuộc họp.
- Mối quan hệ với đồng nghiệp.

3.2.2. Hệ thống loại hình nhân viên

2.2.1. Loại hình phân theo đường cong Gauss

Loại này chia làm 3 nhóm như sau:

- Nhóm người chờ thời.
- Nhóm nhỏ những người có nhiệt huyết.
- Nhóm người yếu kém.

Loại hình của Hersey và Blanchard

Loại hình này chia làm 4 mức độ trưởng thành, bao gồm:

Mức độ 1: Áp dụng cho:

- + những nhân viên mới, thiếu can đảm hoặc không có hứng thú làm việc
- + những nhân viên lâu năm không muốn làm việc

Phương pháp quản lý là ra mệnh lệnh, chỉ thị, kiểm tra trực tiếp

Nếu người quản lý nhu nhược hoặc xử lý chậm trễ, cái xấu sẽ ngày càng trầm trọng hơn, cần xóa bỏ cái xấu một cách triệt để

Mức độ 2: Áp dụng cho:

- + những nhân viên biết nghe, dễ thuyết phục. Họ cần được động viên khen ngợi khi có tiến bộ. Người quản lý cần khuyến khích để họ tự nêu ra điều họ muốn, lắng nghe họ nhưng người quản lý phải là người quyết định cuối cùng.
- + những cộng sự lâu năm và trung thành, có thiện chí nhưng thiếu năng lực. Nên giao những việc thứ yếu, cho họ những chỉ thị chính xác, động viên họ khi có dịp.

Mức độ 3: Áp dụng cho những cộng sự đã có chút ít kinh nghiệm nhưng vì nhiều lý do không nhiệt tình tham gia, không hết mình với đơn vị, người quản lý cần mở rộng phạm vi hoạt động của họ, khuyến khích họ phát huy sáng kiến, cư xử tế nhị và động viên họ hòa nhập với tổ chức.

Mức độ 4: Áp dụng cho những người đầu tàu gương mẫu, người quản lý phải hết sức tin tưởng vào họ, giao phó trách nhiệm...nhưng cũng có lúc cần điều hòa sự nhiệt huyết của họ, tránh nảy sinh các tình huống xung đột. Loại nhân viên này bao gồm các nhân viên trẻ, có năng lực, nhiều tham vọng, luôn nung nấu muốn làm việc tốt nhưng đôi khi chưa khéo léo mà đồng nghiệp kỳ cựu thường cho là “dạy khôn”

3.3. Kiểm tra - Đánh giá

ĐDTK đánh giá định kỳ hàng tháng, hàng quý sự hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên dưới quyền dựa vào bảng mô tả công việc, bảng chấm công, mức độ hoàn thành công việc... để bình xét khen thưởng, kỷ luật, tăng lương...cho nhân viên.

Khi nhận xét, ĐDTK cần trao đổi trực tiếp với từng nhân viên kể cả ưu và nhược điểm để giúp nhân viên phát huy ưu điểm và khắc phục những thiếu sót.

4. Khuyến khích người lao động

Thường người lao động có 2 đặc tính quan trọng (có thể thay đổi theo môi trường lao động):

- *Tính tích cực*: Khi người lao động thoã mãn:

- + Tiền công lao động cao.
- + Công việc lao động phù hợp.
- + Quyền lợi vật chất và tinh thần được quan tâm.
- + Điều kiện lao động được đảm bảo.
- + Được người quản lý đánh giá trung thực và công bằng.

- *Tính tiêu cực hay lười biếng*:

- + Khi người lao động không được chú ý đầy đủ, dễ sinh tiêu cực, lười biếng.
- + Người lao động sẽ có những đối sách để chống lại người quản lý dẫn đến năng suất lao động sẽ thấp

Con người thường thích khen hơn là chê, dù chỉ là lời nói vì vậy người quản lý phải theo dõi sát người lao động dù là việc nhỏ để động viên, khen thưởng kịp thời.

Vì vậy để tăng năng suất lao động cần phải:

- Đào tạo liên tục cho nhân viên theo quy định.
- Cử cán bộ tham quan, học tập những kỹ thuật mới và cao.
- Tổ chức hội thảo, hội nghị chuyên đề để nâng cao tay nghề, trình độ cho nhân viên.
- Tạo điều kiện, phát huy và khuyến khích đọc tài liệu, áp dụng công nghệ mới vào chẩn đoán, điều trị và chăm sóc hầu phát huy hết khả năng, trí tuệ của họ.

5. Khen thưởng, kỷ luật

Khen thưởng và kỷ luật phải bảo đảm những nguyên tắc sau:

- Nhân viên phải nắm được các quy định, tiêu chí về khen thưởng, kỷ luật.
- Thưởng phạt công minh. Làm tốt công tác kiểm tra, thưởng, phạt, khen, chê đúng, trung thực, công bằng sẽ tác dụng rất lớn đối với người lao động và chắc chắn hiệu quả lao động sẽ được nâng cao.
- Công khai khen thưởng, kỷ luật

Vấn đề chính khi kỷ luật nhân viên là giúp họ biết và nhận ra được khuyết điểm, tầm quan trọng khi phạm khuyết điểm, giúp họ sửa chữa khuyết điểm, tích cực sửa chữa khuyết điểm. Tùy hiệu quả công việc, ngoài việc khen cần phải có phần thưởng có giá trị tinh thần, kinh tế cho thích đáng, đúng với sức lao động mà họ cống hiến.

KẾT LUẬN

Quản lý nhân lực chính là thực hiện các khâu:

- Tuyển chọn nhân viên.
- Phân công hợp lý.
- Theo dõi, kiểm tra, đánh giá hiệu quả công việc.
- Động viên, thưởng phạt đúng, kịp thời.
- Thực hiện tốt quyền lợi của người lao động.

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

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Chọn trả lời đúng nhất:

1. QL nhân lực chính là thực hiện các khâu:

- A. Mô tả công việc các vị trí, tuyển chọn nhân viên và phân công hợp lý.
- B. Đào tạo, kiểm tra, đánh giá hiệu quả công việc.
- C. Khen thưởng, kỷ luật và thực hiện tốt quyền lợi của người lao động.
- D. Tất cả đúng

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến khối lượng công việc:

- A. Số lượng người bệnh và tình trạng phụ thuộc của người bệnh.
- B. Trình độ của nhân viên.
- C. Tiêu chuẩn công việc
- D. Tất cả đúng

3. Chăm sóc cấp 1 áp dụng cho những người bệnh:

- A. Người bệnh nặng, nguy kịch, có nhu cầu theo dõi chăm sóc liên tục, phụ thuộc hoàn toàn vào Điều Dưỡng (ĐD).
- B. Người bệnh có nhu cầu CS ở mức trung bình, cần sự hỗ trợ của ĐD trong việc đáp ứng nhu cầu CS cơ bản, NB có chỉ định thuốc tiêm, thuốc truyền, NB chuẩn bị mổ... C. Người bệnh nhẹ, có nhu cầu chăm sóc ở mức tối thiểu, tự chăm sóc và phục vụ.
- D. Tất cả đúng

4. Theo Bộ Luật Lao Động, ngày làm việc của một cán bộ viên chức trong năm:

- A. Làm việc không quá 8 giờ/ngày và 40 giờ/tuần
- B. Làm việc 8 giờ liên tục được nghỉ ít nhất 0,5 giờ, tính vào giờ làm việc
- C. Người lao động được hưởng nguyên lương những ngày nghỉ lễ, tết
- D. Tất cả đúng

Bài 1.4: PHÂN TÍCH SWOT VÀ KỸ NĂNG LẬP KẾ HOẠCH CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU: Sau khi học xong sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Mô tả được phương pháp phân tích SWOT và áp dụng trong phân tích hiện trạng công tác Điều dưỡng.
- 1.2. Nêu được định nghĩa và vai trò lập kế hoạch.
- 1.3. Mô tả được quy trình lập kế hoạch.
- 1.4. Trình bày được các loại kế hoạch áp dụng trong điều dưỡng.

2. Kỹ năng

Thực hiện được một kế hoạch cho công tác điều dưỡng.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.1. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm hận thức được tầm quan trọng

NỘI DUNG

1. Phương pháp phân tích SWOT

1.1 Khái niệm:

SWOT là tập hợp các từ viết tắt những chữ cái đầu của các từ tiếng Anh : **Strengths** (điểm mạnh), **Weaknesses** (điểm yếu), **Opportunities** (Cơ hội) và **Threats** (Nguy cơ). Đây là công cụ cực kỳ hữu ích giúp chúng ta tìm hiểu vấn đề hoặc ra quyết định trong công việc tổ chức, quản lý cũng như trong kinh doanh.

PHÂN TÍCH SWOT

	Những thuận lợi	Những cản trở
Yếu tố bên ngoài	<p style="text-align: center;">Điểm mạnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Những thuận lợi của đơn vị là gì? - Chúng ta có thể làm gì và làm tốt những gì? - Những nguồn lực của chúng ta là gì? - Chúng ta có những mối quan hệ gì? - Những điểm mạnh của chúng ta mà những người khác nhận thức được là gì? 	<p style="text-align: center;">Điểm yếu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chúng ta có thể cải tiến những gì? - Chúng ta còn thiếu những gì về kiến thức, mối quan hệ, nguồn lực? - Những điểm yếu bên trong đang cản trở đơn vị khi thực hiện dự định là gì? - Những điểm yếu của chúng ta mà khác nhận thức được là gì?

	Cơ hội	Nguy cơ
Yếu tố bên trong	<ul style="list-style-type: none"> - Những quyết định chính trị, sự thay đổi xã hội và sự phát triển tại chỗ sẽ ảnh hưởng đến hoạt động của đơn vị và mở ra những cơ hội mới cho đơn vị là gì? - Những cơ hội cho đơn vị là gì? 	<ul style="list-style-type: none"> - NHững cản trở chung ở môi trường xung quanh cho hoạt động của đơn vị là gì? - Có vấn đề khó khăn về vấn đề tài chính không? - Những điểm yếu của đơn vị có thể một nguy cơ nghiêm trọng không?

Có thể coi SWOT là khung lý thuyết mà dựa vào đó, chúng ta có thể xét duyệt lại các chiến lược, xác định vị thế cũng như hướng đi của một tổ chức, phân tích các vấn đề hoạt động hay bất cứ ý tưởng nào liên quan đến quyền lợi của đơn vị, cơ quan hay tổ chức. Phân tích SWOT cung cấp một công cụ để phân tích chiến lược, rà soát và đánh giá vị trí, định hướng của một cơ quan hay một tổ chức hay của một đề án. Phân tích SWOT phù hợp với làm việc và phân tích theo nhóm, được sử dụng trong việc lập kế hoạch hoạt động, xây dựng chiến lược, đánh giá tình hình, phát triển dịch vụ.

Mô hình phân tích SWOT lúc đầu được áp dụng trong lĩnh vực kinh doanh, nhưng hiện nay đã được áp dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực khác nhau trong đó có quản lý y tế khi cần xây dựng kế hoạch hoạt động hay phát triển một đề án, dự án...

1.2. Sử dụng SWOT như thế nào?

Để thực hiện phân tích SWOT, người ta thường tự đặt các câu hỏi sau:

1.2.1. Điểm mạnh, những lợi thế nổi trội và rõ ràng (Strengths):

- Lợi thế của mình là gì?
- Công việc nào mình làm tốt nhất?
- Nguồn lực nào mình cần có thể sử dụng?
- Ưu thế mà khác thấy được ở mình là gì?

Phải xem xét vấn đề từ trên phương diện bản thân và của người khác. Cần thực tế chứ không khiêm tốn. Các ưu thế thường được hình thành khi so sánh với các đơn vị khác.

1.2.2. Những mặt hạn chế, yếu điểm (Weaknesses):

- Có thể cải thiện điều gì?
- Công việc nào mình làm tốt nhất?
- Cần tránh làm gì?

Phải xem xét vấn đề trên cơ sở bên trong và cả bên ngoài. Người khác có thể nhìn thấy yếu điểm mà bản thân mình không thấy. Vì sao những đơn vị khác có thể làm tốt hơn mình? Lúc này phải nhận định một cách thực tế và đối mặt với sự thật.

1.2.3. Những cơ hội (Opportunities):

- Cơ hội tốt nhất là gì? Đang ở đâu?
- Xu hướng đáng quan tâm nào mình đã biết?

1.2.4. Những nguy cơ (Threats):

- Những trở ngại đang gặp phải?
- Khi thực hiện dự định đề án hay dự án có thể sẽ gặp những trở ngại gì?

Các phân tích này thường giúp tìm ra những việc cần phải làm và biến yếu điểm thành triển vọng.

1.3. Thực hiện phân tích SWOT như thế nào?

- Nên để nhiều người cùng động não để thực hiện phân tích SWOT, ứng với bốn yếu tố của mô hình SWOT, trong mỗi ô, nhìn nhận lại và viết ra các đánh giá dưới dạng gạch đầu dòng, càng rõ ràng càng tốt.
- Thẳng thắn và không bỏ sót trong quá trình thống kê. Xóa bỏ những đặc điểm trùng lặp, gạch chân những đặc điểm riêng biệt, quan trọng. Phân tích ý nghĩa của chúng.
- Vạch rõ những hành động cần làm như củng cố các kỹ năng quan trọng, loại bỏ các mặt còn hạn chế, khai thác các cơ hội, bảo vệ bản thân khỏi các nguy cơ, rủi ro.

2. Kỹ năng lập kế hoạch:

2.1. Khái niệm:

Hoạch định hay lập kế hoạch là một quá trình ấn định những mục tiêu và xác định biện pháp tốt nhất để thực hiện những mục tiêu đó.

Lập kế hoạch không phải là quy trình xuất phát. Người ta bắt đầu lập kế hoạch sau khi nhận thấy một tình huống cần được điều chỉnh hoặc cải thiện. Kế hoạch sẽ là bản hướng dẫn tới mục tiêu. Nếu có một kế hoạch hợp lý, chúng ta có thể đạt được mục tiêu thay ý mình thay vì phải dựa vào vận may hay hoàn cảnh.

Kế hoạch phải linh hoạt và không bao giờ được trở thành một sản phẩm “hoàn chỉnh”. Không bao giờ nên nói rằng kế hoạch của mình là cố định và mọi thứ đều được kiểm soát hoàn toàn, đó chỉ là vì không thể lập ra được một kế hoạch như vậy và sẽ là đại dột nếu cố gắng làm vậy. Một kế hoạch cứng nhắc đến độ không thể thay đổi có nghĩa là không có kế hoạch nào. Kế hoạch của bạn phải được sử dụng như một bản hướng dẫn chính xác cho bạn trong bất kỳ hoàn cảnh hiện tại nào chứ không phải như một bản cam kết cứng nhắc không thể thay đổi.

2.2. Ý nghĩa của lập kế hoạch:

Lập kế hoạch có những ý nghĩa sau:

- Giúp tư duy có hệ thống để tiên liệu các tình huống quản lý.
- Phối hợp mọi nguồn lực của tổ chức hữu hiệu hơn.
- Tập trung vào các mục tiêu và chính sách của tổ chức.
- Nắm vững các nhiệm vụ cơ bản của tổ chức để phối hợp với các quản lý viên khác.
- Sẵn sàng ứng phó và đối phó với những thay đổi của môi trường bên ngoài.
- Phát triển hữu hiệu các tiêu chuẩn kiểm tra.

2.3. Phương pháp xây dựng kế hoạch:

Để xây dựng kế hoạch cần có phương pháp để xác định đầy đủ các yếu tố và tránh bỏ sót nhiều nội dung công việc tạo nên lỗ hổng trong lập kế hoạch. Khi xây dựng kế hoạch phải lưu ý những nội dung sau:

- Xác định mục tiêu, yêu cầu công việc (1W – why)
- Xác định nội dung công việc (W – what)
- Xác định (3W : Where, when, who)
- Xác định cách thức thực hiện (1H- how)
- Xác định phương thức kiểm soát (1C – control)

- Xác định phương thức kiểm tra (1C – check)
- Xác định nguồn lực thực hiện (5M: Man = nguồn nhân lực; Move = tiền/kinh phí; Macerial = nguyên vật liệu; Machine = máy/ thiết bị hay công nghệ; Method = phương pháp làm việc).

2.3.1 Xác định mục tiêu yêu cầu (Why):

Khi phải làm một công việc, điều đầu tiên cần trả lời những câu hỏi sau:

- Tại sao bạn phải làm công việc này?
- Nó có ý nghĩa như thế nào với tổ chức, bộ phận của bạn?
- Hậu quả nếu bạn không thực hiện chúng?

Xác định được yêu cầu mục tiêu giúp chúng ta luôn hướng trọng tâm các công việc vào mục tiêu và đánh giá hiệu quả cuối cùng.

2.3.2. Xác định nội dung công việc (What):

- Nội dung công việc đó là gì?
- Các bước để thực hiện công việc là gì?

2.3.3 Xác định 3W:

- Ở đâu (Where): Công việc được thực hiện ở những địa điểm nào?
- Khi nào (When): Công việc được thực hiện khi nào, khi nào kết thúc?
+ Để xác định được thời hạn phải làm công việc, bạn cần xác định được mức độ

khẩn cấp và mức độ quan trọng của từng công việc.

+ Có 4 loại công việc khác nhau: Công việc quan trọng và khẩn cấp, công việc không quan trọng nhưng khẩn cấp, Công việc quan trọng nhưng không khẩn cấp, Công việc không quan trọng và không khẩn cấp. Bạn phải thực hiện công việc quan trọng và khẩn cấp trước.\

- Ai (Who) bao gồm các khía cạnh sau:
 - + Ai làm việc gì?
 - + Ai kiểm tra?
 - + Ai hỗ trợ?
 - + Ai chịu trách nhiệm?

2.3.4. Xác định cách thực hiện (How):

Cách thức như thế nào (How) bao gồm các nội dung:

- Tài liệu hướng dẫn thực hiện là gì (cách thức thực hiện từng công việc)?
- Tiêu chuẩn là gì?
- Nếu có máy, thiết bị thì cách thức vận hành như thế nào?

2.3.5. Xác định phương pháp kiểm soát (Control):

Cách thức kiểm soát (control) sẽ liên quan đến:

- Công việc đó có đặc tính gì?
- Làm thế nào để đo lường đặc tính đó?

2.3.6. Xác định phương pháp kiểm tra (Check):

Phương pháp kiểm tra(Check) liên quan đến các nội dung sau:

- Có những công việc nào cần phải kiểm tra. Những nội dung kiểm tra nào là trọng yếu? Do nhiều khi không thể có đầy đủ các nguồn lực để tiến hành kiểm tra hết tất cả các công đoạn, do vậy chúng ta chỉ tiến hành kiểm tra những điểm trọng yếu (quan trọng nhất). Điểm

kiểm tra trọng yếu tuân theo nguyên tắc Pareto (20/80), tức là những điểm kiểm tra này chỉ chiếm 20% số lượng nhưng chiếm đến 80% khối lượng sai sót.

- Tần suất kiểm tra nhưng thế nào? Việc kiểm tra đó thực hiện 1 lần hay thường xuyên (nếu vậy thì bao lâu 1 lần).

- Ai tiến hành kiểm tra?

2.3.7. Xác định nguồn lực (5M):

Nhiều kế hoạch thường chỉ chú trọng đến công việc mà không chú trọng đến các nguồn lực, mà chỉ có nguồn lực mới đảm bảo cho kế hoạch được thực thi.

Nguồn lực bao gồm các yếu tố:

- Man = nguồn nhân lực.
- Money = Tiền bạc.
- Material = Nguyên vật liệu/ hệ thống cung ứng.
- Machine = Máy móc/ công nghệ.
- Method = Phương pháp làm việc.

Trong những yếu tố trên cần đặc biệt lưu ý yếu tố con người và nguyên vật liệu.

a) Nguồn nhân lực (Man)

- Những ai sẽ thực hiện công việc, họ có đủ trình độ, kinh nghiệm, kỹ năng, phẩm chất, tính cách phù hợp không?

- Ai hỗ trợ?

- Ai kiểm tra?

- Nếu cần nguồn phòng ngừa thì có đủ nguồn lực con người để hỗ trợ không?

b) Nguyên vật liệu (Material)

- Xác định tiêu chuẩn nguyên vật liệu.

- Nguyên vật liệu được cung ứng như thế nào? Thời gian cung ứng.

2.4. Quá trình lập kế hoạch:

Lập kế hoạch là một quá trình liên tục. Ngay khi đã xây dựng kế hoạch ban đầu, nếu không được liên tục cập nhật. Nó sẽ nhanh chóng trở thành vô hiệu do hoàn cảnh thay đổi. Mặc dù đây là một quá trình liên tục, và luôn luôn là một công việc đang tiến hành, nhưng mọi nhiệm vụ liên quan đến lập kế hoạch có thể được mô tả trong 5 bước sau:

- Xác định thứ tự ưu tiên.
- Lập thời gian biểu.
- Viết ra kế hoạch.
- Thực hiện kế hoạch.
- Giám sát kế hoạch và đánh giá toàn bộ quá trình.

2.4.1. Xác định thứ tự ưu tiên:

Không thể hoàn thành một mục tiêu cùng một lúc. Một số mục tiêu ngắn hạn và trung hạn có thể được đặt ra nhằm tăng khả năng đạt được mục tiêu dài hạn. Để xác định thứ tự ưu tiên cho các mục tiêu. Hãy sắp xếp chúng theo thứ tự cần phải hoàn thành.

Trong trường hợp các mục tiêu ngắn hạn và trung hạn là một chuỗi công việc rõ ràng nhằm đạt được mục tiêu dài hạn thì xác định thứ tự ưu tiên rất dễ. Khi bạn liệt kê các mục tiêu theo thứ tự thực hiện là phải thiết lập thứ tự ưu tiên. Tuy nhiên, quá trình này thường không đơn giản như thế. Trong hầu hết các trường hợp, sẽ có nhiều mục tiêu ngắn và trung

hạn cùng hướng tới mục tiêu dài hạn nhưng chúng lại không liên quan đến nhau. Bước đầu tiên để thiết lập thứ tự ưu tiên là xác định mức độ quan hệ giữa các mục tiêu với nhau. Biểu đồ này sẽ cho bạn hình dung giữa các mục tiêu, thể hiện mối quan hệ của chúng với nhau và thứ tự hoàn thành chúng.

2.4.2. Lập thời gian biểu:

Khi đã liên kết được các mục tiêu với nhau và xác định thời điểm phải hoàn thành của từng mục tiêu trong mối tương quan với các mục tiêu khác, chúng ta phải quyết định thời lượng để hoàn thành chúng. Khi tính ngược lên từ thời điểm hoàn thành, thời lượng sẽ cho bạn biết thời điểm khởi đầu của mỗi nhiệm vụ. Bạn cũng có thể minh họa điều này bằng biểu đồ (Gantt) để hình dung được kế hoạch khi nó được xuất hiện. Biểu đồ sẽ cho bạn biết tổng thời gian ước tính sẽ mất khi bạn bắt đầu công việc đầu tiên cho đến khi đạt được mục tiêu cuối cùng. Nếu tổng thời gian này được 5 năm thì bạn được xác định mọi hoạt động trong 5 năm đó. Vào lúc kết thúc mỗi năm, hãy xác định lại xem đang ở vị trí nào trên con đường tới đích.

Trong khoảng thời gian một năm, cũng dùng biện pháp này, chia thành 12 tháng. Nếu không chia các hoạt động của năm tới thành các tháng thì rất có thể chúng ta sẽ không hiểu thấu đáo những gì đang xảy ra. Một trong những lợi ích lớn khi thực hiện công việc này một cách thích hợp là buộc chính mình phải định hình được những suy nghĩ về tương lai. Năm đầu tiên trong thời gian biểu nên được chia nhỏ hơn thành các tuần. Kinh nghiệm cho thấy cần để vài giờ mỗi chiều thứ sáu để lập kế hoạch hoạt động từng giờ một của tuần tiếp theo và cuối mỗi ngày cũng cần kiểm điểm lại kế hoạch. Công việc này thực ra không tốn nhiều thời gian nhưng đem lại đường lối rõ ràng cho các hoạt động.

2.4.3. Viết ra kế hoạch

Ngoài việc vẽ biểu đồ cho kế hoạch, bạn còn nên viết ra đầy đủ và bằng lời. Viết ra kế hoạch đem lại cho bạn một nguồn tham khảo bằng văn bản, một hình ảnh sống động hơn và giúp bạn nhìn thấy kế hoạch trong trí óc. Bản kế hoạch văn bản còn được phục vụ nhiều mục đích khác. Bản kế hoạch này không cần thật tỉ mỉ nhưng nên liệt kê tất cả mọi điều bạn dự định làm, theo dạng nào thuận tiện cho bạn nhất. Ngoài ra, bản kế hoạch được viết ra sẽ nhắc nhở và có thể là một bản liệt kê kiểm tra sau này.

2.4.4. Thực hiện kế hoạch:

Bước tiếp theo là tiến hành công việc/ hoạt động đầu tiên của kế hoạch. Điều quan trọng là khi chọn nhiệm vụ đầu tiên là nên chọn cái tương đối dễ thực hiện. Trên chặng đường hướng tới mục tiêu cuối cùng thì một kinh nghiệm thành công tự nó sẽ trở thành một nhân tố thúc đẩy tạm thời.

2.5. Phân loại kế hoạch.

Công tác điều dưỡng cũng như công tác của các ngành khác có những loại kế hoạch sau:

2.5.1. Kế hoạch chiến lược:

Kế hoạch chiến lược có những đặc điểm sau:

- Thời hạn: dài, thường là vài năm – 5 hoặc 10 năm.
- Khuôn khổ: rộng.

- Mục tiêu: ít chi tiết

Quá trình cơ bản của hoạch định chiến lược:

- Nhận thức được cơ hội.
- Xác định được mục tiêu.
- Phát triển các tiền đề.
- Xác định các phương án lựa chọn.
- Đánh giá các phương án.
- Lựa chọn các phương án.
- Hoạch định các kế hoạch phụ trợ.
- Lượng hóa bằng hoạch định ngân quỹ.

Đầu ra của kế hoạch chiến lược: Một bản kế hoạch hoạt động dài hạn của một tổ chức hoặc kế hoạch phát triển của một đơn vị, một tổ chức ví dụ Kế hoạch quốc gia tăng cường công tác điều dưỡng – hộ sinh giai đoạn 2002 - 2010 hay kế hoạch chiến lược tăng cường năng lực Hội điều dưỡng và phát triển nghề điều dưỡng Việt Nam giai đoạn 2010 – 2020.

2.5.2. Kế hoạch tác nghiệp:

Kế hoạch tác nghiệp có những đặc điểm sau:

- Thời hạn: ngắn, có thể là ngày, tuần, tháng.
- Khuôn khổ: hẹp.
- Mục tiêu: chi tiết, xác định cụ thể.

Đầu ra của kế hoạch tác nghiệp:

- Hệ thống tài liệu hoạt động của tổ chức như: Các loại sổ tay, cẩm nang; Quy trình hoạt động; Các quy định; Hướng dẫn công việc; Các biểu mẫu; Các kế hoạch thực hiện mục tiêu, dự án ngắn hạn.

2.5.3. Kế hoạch dự án:

- Xác định các yêu cầu của dự án.
- Xác định các quy trình cơ bản.
- Xác định nguồn lực cung cấp cho dự án.
- Xây dựng kế hoạch thực hiện dự án theo sơ đồ gantt.

2.5.4. Kế hoạch năm:

Nguồn thông tin từ để lập kế hoạch năm bao gồm:

- Từ chiến lược của đơn vị.
- Từ các dự án tham gia.
- Từ mục tiêu của công ty và mục tiêu bộ phận do công ty giao.
- Từ các nhiệm vụ theo chức năng nhiệm vụ bộ phận.

Nội dung của kế hoạch công tác năm:

- Nội dung các mục tiêu công việc.
- Thời gian thực hiện.
- Mức độ quan trọng của các công việc (để giúp xác định trọng tâm vào công tác nào và đánh giá công việc cuối năm).

2.5.5. Kế hoạch tháng:

Nguồn thông tin lập kế hoạch tháng bao gồm:

- Các công việc trong kế hoạch năm.

- Các công việc tháng trước còn tồn lại.
- Các công việc mới phát sinh do công ty giao.

Nội dung kế hoạch tháng:

- Các công việc quan trọng trong tháng.
- Phần các công việc cụ thể gồm: Nội dung công việc, thời gian thực hiện, người thực hiện.
- Các công việc chưa xác định được lịch (nhưng phải làm trong tháng và làm trong tháng sau).

2.5.6. Kế hoạch tuần:

Nguồn thông tin để lập kế hoạch tuần bao gồm:

- Các công việc trong kế hoạch tháng.
- Các công việc của tuần trước chưa thực hiện xong.
- Các công việc mới phát sinh do công ty giao thêm.

Nội dung kế hoạch tuần

- Các công việc quan trọng trong tuần.
- Phần các công việc cụ thể gồm: Nội dung công việc, thời gian thực hiện, người thực hiện, ghi chú (yêu cầu kết quả).
- Các công việc chưa xác định được lịch (nhưng phải làm trong tuần hoặc làm trong tuần sau).

Bài 1.5: KỸ NĂNG RA QUYẾT ĐỊNH

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm quyết định hành chính và quyết định quản lý.
- 1.2. Kể được yêu cầu của một văn bản quyết định.
- 1.3. Mô tả được quy trình xây dựng một quyết định.

2. Kỹ năng

Thực hiện được quy trình xây dựng một quyết định

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

NỘI DUNG

Trong quản lý hành chính, quyết định là thuật ngữ được sử dụng khá phổ biến trong hoạt động của Bộ máy nhà nước cũng như trên nhiều lĩnh vực hoạt động của đời sống xã hội. Từ những giác ngộ khác nhau cũng có những cách hiểu và cách giải thích khác nhau về thuật ngữ quyết định. Trong khuôn khổ bài này, học viên sẽ nghiên cứu những khái niệm, yêu cầu và trình tự xây dựng, thực hiện một quyết định quản lý và quyết định hành chính.

Theo tài liệu Thuật ngữ hành chính nhà nước của Viện Nghiên cứu hành chính Học viện Hành chính quốc gia, Bộ Nội Vụ ban hành năm 2002 thì: “Quyết định là thuật ngữ dùng để chỉ hành vi thể hiện ý chí quyền lực đơn phương (bằng văn bản hoặc bằng lời) của cơ quan hành chính nhà nước, của công chức nhà nước được trao thẩm quyền hoặc của tổ chức khác được nhà nước ủy quyền đưa ra các quy định hoặc tình trạng pháp lý cụ thể, cá biệt có tính bắt buộc thi hành nhằm đạt được mục đích mà chủ thể đó mong muốn hoặc đồng tình”.

1. Quyết định hành chính

1.1. Khái niệm:

Xây dựng và ban hành quyết định hành chính là hình thức hoạt động cơ bản và quan trọng nhất của cơ quan hành chính nhà nước. Khái niệm quyết định bắt nguồn từ thuật ngữ tiếng Latinh “Actus” mà một trong những ý nghĩa của nó là hành vi. Quyết định hành chính là hành vi của chủ thể thực hiện quản lý hành chính và là kết quả của sự thể hiện ý chí quyền lực nhà nước. Quyết định hành chính có tính chất đặc trưng:

- Có tính ý chí, tính quyền lực nhà nước. Đó là ý chí đơn phương của quyền hành pháp mà mọi chủ thể thuộc phạm vi điều chỉnh của các quyết định điều bắt buộc phải tuân theo.
- Mang tính pháp lý, nó đem lại sự thay đổi trong cơ chế điều chỉnh pháp luật bằng cách định ra đường lối, chủ trương, nhiệm vụ lớn trong hoạt động quản lý nhà nước; đặt ra, sửa đổi, hủy bỏ các quy phạm pháp luật hành chính hoặc thay đổi phạm vi hiệu lực của chúng; làm phát sinh; thay đổi hay chấm dứt các quan hệ pháp luật hành chính cụ thể.
- Có tính dưới luật, trên cơ sở luật để thi hành luật. Trình tự xây dựng và ban hành quyết định hành chính phải tuân theo hình thức và thủ tục do pháp luật quy định.
- Khác với văn bản luật, pháp lệnh, nghị quyết của Quốc hội; lệnh và quyết định của Chủ tịch nước bởi tính chất và phạm vi điều chỉnh, bởi các cơ quan và trình tự ban hành, hình thức thể

hiện. Quyết định hành chính cũng khác với bản án, quyết định của tòa án, quyết định (kháng cáo, cáo trạng) của viện kiểm sát. Các quyết định của các cơ quan tư pháp kể trên mang tính khác biệt, là kết quả của hoạt động xét xử và kiểm soát.

1.2. Yêu cầu của một quyết định hành chính:

1.2.1. Tính hợp pháp:

- Phù hợp với nội dung và mục đích của luật, không trái với hiến pháp, luật văn bản của chính quyền nhà nước cấp trên, không vi phạm luật.
- Ban hành trong phạm vi thẩm quyền của chính quyền hoặc chức vụ. Mỗi chính quyền chỉ có quyền hạn ban hành quyết định được giải quyết các vấn đề pháp luật nhất định do pháp luật giao, không được lạm quyền và lấn tránh trách nhiệm.
- Phải được ban hành xuất phát từ lý do xác thực.
- Phải được ban hành đúng hình thức và thủ tục do pháp luật quy định. Cụ thể phải đúng tên gọi, thể thức, tiêu đề: số, ký hiệu, ngày tháng ban hành và hiệu lực, chữ ký, con dấu... và hình thức thể hiện văn viết.

Về thủ tục ban hành, các quyết định quản lý hành chính nhà nước phải tuân thủ các yêu cầu bắt buộc và các yêu cầu đảm bảo dân chủ, khách quan, khoa học. Việc vi phạm các yêu cầu bắt buộc sẽ làm cho quyết định hành chính trở thành bất hợp pháp

1.2.2. Tính hợp lý: được coi là hợp lý nếu quyết định đáp ứng các yêu cầu sau:

- Đảm bảo tính hài hòa lợi ích nhà nước, tập thể và cá nhân.
- Có tính cụ thể và phù hợp với từng vấn đề, với các đối tượng thực hiện.
- Đảm bảo tính hệ thống, toàn diện: nội dung của quyết định phải tính hết các yếu tố chính trị, văn hóa, kinh tế, xã hội; phải căn cứ vào mục tiêu trước mắt và lâu dài, kết hợp giữa tác động trực tiếp và gián tiếp, kết quả, mục tiêu, nhiệm vụ cần đạt được với điều kiện phương tiện thực hiện.
- Ngôn ngữ, văn phong, cách trình bày một quyết định phải rõ ràng, dễ hiểu, ngắn gọn, chính xác, không đa nghĩa, nghĩa là phải đảm bảo kỹ thuật lập quy.

2. Quyết định quản lý.

2.1. Định nghĩa, đặc điểm của quyết định quản lý:

2.1.1. Định nghĩa: Quyết định quản lý là hành vi có tính chỉ thị của chủ thể quản lý để định hướng, tổ chức và kích thích mọi nguồn lực trong hệ thống quản lý chi phối, sự vận động phát triển của toàn bộ hệ thống quản lý nhằm thực hiện các mục tiêu đề ra.

2.1.2. Quyết định quản lý có nhiều loại, nhiều phạm vi, nhiều mức độ khác nhau.

Người lãnh đạo, quản lý ở mọi lĩnh vực, mọi cấp khác nhau thể hiện năng lực tổ chức quản lý của mình là ở việc ra quyết định và tổ chức thực hiện quyết định.

2.1.3. Chất lượng quyết định và quá trình tổ chức thực hiện quyết định quản lý cũng là yếu tố nhất chi phối toàn bộ quá trình vận động, phát triển của hệ thống quản lý.

2.1.4. Phạm vi ảnh hưởng của quyết định càng lớn, sẽ đưa đến những kết quả càng lớn nếu quyết định đúng đắn, tổ chức thực hiện tốt và ngược lại.

2.1.5. Phải đặc biệt coi trọng việc gắn quyền hạn với trách nhiệm của mỗi cấp, mỗi người ra quyết định.

2.1.6. Mọi quyết định quản lý luôn luôn là sản phẩm chủ quan của chủ thể quản lý trên cơ sở nhận thức, và vận dụng các quy luật khách quan, nắm vững thực trạng và tình huống cụ thể về hệ thống quản lý.

2.1.7. Chất lượng quyết định quản lý phụ thuộc vào hai yếu tố:

- Trình độ năng lực của chủ thể quản lý
- Số lượng và chất lượng thông tin đối tượng quản lý.

Ngoài ra quyết định quản lý có thể còn bị chi phối bởi quan điểm, phong cách, cá tính của người ra quyết định.

2.1.8. Trong điều kiện thực tế của chúng ta hiện nay với trạng thái chuyển đổi của nền kinh tế xã hội và sự bất cập yếu kém về số lượng và chất lượng thông tin, khả năng có những quyết định chưa khoa học, chưa phù hợp là rất lớn, đòi hỏi phải tinh táo, theo dõi chặt chẽ và điều chỉnh kịp thời.

2.2. Yêu cầu của một quyết định quản lý:

Dù là quyết định loại nào cũng đều có những yêu cầu cơ bản sau đây:

2.2.1. Thứ nhất phải có căn cứ khoa học và toàn diện: quyết định quản lý phải phù hợp với các yêu cầu của các quy luật khách quan, dựa trên cơ sở phân tích đúng thực trạng, tình huống cụ thể của đối tượng quản lý. Những quyết định lớn phải có tư vấn, phản biện, và phải làm thử, có thông tin chính xác và có khả năng thực hiện.

2.2.2. Thứ hai phải đảm bảo tính thống nhất: các quyết định phải liên hệ và thống nhất với nhau, bổ sung cho nhau giữa cấp trên và cấp dưới, giữa các ngành, giữa các lĩnh vực, giữa các quyết định trước và quyết định sau.

2.2.3. Thứ ba phải đúng thẩm quyền: quyết định gắn với quyền hạn và trách nhiệm của mỗi cấp, mỗi bộ phận. Cấp dưới không được ra quyết định vượt quá phạm vi, chức năng thẩm quyền của mình, cũng không được lấn tránh, ý lại vào cấp trên; cấp trên không được lạm quyền cấp dưới, cơ quan nhà nước không vi phạm chế độ tự chủ sản xuất kinh doanh của cấp cơ sở.

2.2.4. Thứ tư phải kịp thời, ngắn gọn, chính xác: quyết định phải được đưa ra đúng thời điểm, đúng đối tượng, đúng tình huống cần thiết. Quyết định phải rõ ràng, dễ hiểu, không được để tình trạng có những giải thích, cách hiểu khác nhau trên cùng một quyết định.

2.2.5. Thứ năm phải đảm bảo tính kinh tế, hiệu quả của quyết định.

3. Phân biệt quyết định hành chính với quyết định quản lý.

Quyết định hành chính	Quyết định quản lý
-----------------------	--------------------

<p>- Đối tượng nghiên cứu của khoa học luật hành chính</p> <p>- Là hành vi do các cơ quan hành chính nhà nước (hoặc cá nhân, tổ chức được ủy quyền) đưa ra quy định chung hoặc tình trạng pháp lý cho công dân hoặc tập tình trạng pháp lý cho công dân hoặc tập thể công dân. Đó là sự cho phép, cấm đoán, bắt buộc hành động, quy định điều kiện... nó thể hiện các đặc tính đơn phương quyết định và bắt buộc thi hành.</p> <p>- Quyết định hành chính là kết quả của sự thể hiện ý chí quyền lực, quyền lực đơn phương của các cơ quan hành chính Nhà nước, những công chức được trao thẩm quyền và các tổ chức khác khi nhà nước ủy quyền, được thực hiện trên cơ sở và để thi hành luật theo trình tự hình thức do luật định, nhằm định ra chủ trương đường lối, nhiệm vụ lớn có tính định hướng.</p>	<p>- Đối tượng nghiên cứu của khoa học lý luận quản lý nhà nước,</p> <p>- Là sự lựa chọn mang tính tư duy</p> <p>- Ý chí của chủ thể quản lý. Nhưng phải thông qua trình tự và hình thức thể hiện ý chí quyền lực nhà nước trong hiện ý chí quyền lực nhà nước trong hoạt động chấp hành và tiến hành quyết định quản lý mới trở thành quyết định hành chính.</p> <p>- QĐQL là nội dung, còn quyết định hành chính là hình thức pháp của nó. Còn văn bản hành chính là một trong những hình thức thể hiện (quyết định mang nội dung chủ trương chính sách, nhiệm vụ lớn của các cơ quan hành chính và các cơ quan được ủy quyền quản lý hành chính) được ban hành bằng văn bản</p>
---	--

3. Các bước ra quyết định hành chính.

Trước khi ra một quyết định, cần phải ra vấn đề, sơ bộ đề ra nhiệm vụ; Chọn tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả; Thu thập và xử lý thông tin; Dự kiến các phương án bao gồm cả mục tiêu và các phương tiện giải quyết; So sánh các phương án theo tiêu chuẩn hiệu quả đã xác định và ra quyết định chính thức.

Quy trình ban hành một quyết định gồm:

4.1. Xử lý thông tin và lập, chọn phương án tối ưu: Cần

- Kiểm tra nguồn tin, hệ thống hoa thông tin theo yêu cầu và phân tích khách quan thông tin.
- Xử lý thông tin để giải quyết vấn đề hiện tại, nhưng luôn dự đoán, dự báo tương lai.
- Đề ra các phương án để có cơ hội lựa chọn; Dự tính các phương tiện, biện pháp, thời gian thực hiện và thời hạn hiệu lực của quyết định. Xây dựng các phương án có cơ quan chủ trì, cơ quan phối hợp và cần thiết phải lập tổ chức dự thảo; Cần nghiên cứu yếu tố pháp lý và trong tập hợp cần thiết phải có tư vấn, cố vấn pháp lý cho cho việc đánh giá thông tin và phương án.

4.2. Soạn thảo quyết định: Cơ quan chủ trì cần lưu ý:

- Thành lập bộ phận biên soạn dự thảo trong các trường hợp cần thiết hoặc giao cho cá nhân có khả năng, thẩm quyền thực hiện đối với các quyết định phù hợp.
- Lấy ý kiến các cơ quan liên quan đến thẩm quyền và trách nhiệm. Có ý kiến là bắt buộc, có ý kiến là tham khảo.
- Huy động sự tham gia của xã hội trong các trường hợp liên quan đến đời sống nhân dân trên phạm vi cả nước hoặc địa phương. Huy động đóng góp của các chuyên gia đối với quyết định có tính chuyên môn hẹp, có tính chuyên ngành.

- Qua hệ thống tin đại chúng để tập hợp dư luận về dự thảo quyết định. Điều tra ý kiến của đối tượng chịu sự tác động của quyết định chuẩn bị ban hành.

quyết định theo chế độ tập thể được thực hiện trên các phiên họp, kỳ họp của chính quyền, tổ chức có thẩm quyền. Chuẩn bị cho cuộc họp cần:

- Tài liệu

4.3. Thông qua theo thủ tục do pháp luật quy định:

4.3.1. Thông qua liên quan đến quyết định được gửi trước theo các thành viên của cuộc họp.

- Tiến hành hội nghị theo đúng chương trình được thông qua.

- Ý kiến trong cuộc họp nên ngắn gọn, rõ ràng và phù hợp với mục đích cuộc họp.

- Kết luận cuộc họp để đưa ra các vấn đề cần biểu quyết và cách thức biểu quyết.

4.3.2. Thông qua quyết định theo chế độ chủ trương: trong phạm vi thẩm quyền và trách nhiệm, thủ trưởng các cơ quan có quyền ban hành các quyết định. Khi quyết định, người có thẩm quyền cần:

- Nắm vững yêu cầu và quyết định cụ thể, thiết thực, đảm bảo có khả năng thực hiện

- Lựa chọn, tin vào tham mưu soạn thảo, nhưng cần thẩm định, lắng nghe ý kiến tham gia kết hợp với sự tìm hiểu, hiểu biết của mình.

- Quyết định đúng thẩm quyền, có căn cứ pháp lý và có lý do thực tế, không trùng lặp, chòng chẹo và biết rõ hiệu lực quyết định.

- Quyết định quản lý nhà nước đòi hỏi phải được xã hội chấp nhận để tạo ra khả năng thực thi cao, do vậy nên có những tình huống nghiên cứu để làm thí điểm, nhân rộng sau khi có kết quả khả quan.

4.4. Hiệu lực quyết định: Cần phải tính thời điểm quyết định đến và triển khai ở đối tượng điều chỉnh của quyết định. Quyết định vi phạm cần thời gian để phổ biến, nhận thức. Quyết định cần có thời gian để chuyển đến tận tay đối tượng thi hành, trong một số trường hợp cần có thời gian để tiếp nhận và tổ chức thực hiện.

4.5. Tổ chức thực hiện quyết định:

- Truyền đạt quyết định: ai làm, làm gì, làm cách nào, thời gian, ai kiểm tra.

- Lập kế hoạch thực hiện quyết định.

- Bố trí nguồn lực thực hiện quyết định.

- Kiểm tra đánh giá việc thực hiện quyết định.

- Điều chỉnh quyết định.

- Tổng kết thực hiện quyết định.

4.6. Kiểm tra, đôn đốc và đánh giá quyết định:

- Thực hiện kiểm tra, đôn đốc các khâu: ban hành, tổ chức thực hiện và tổng kết, đánh giá.

- Kết quả kiểm tra phải được xử lý.

- Đánh giá quyết định qua các khâu: ban hành, thực hiện, kiểm tra nhằm xác định hiệu quả, thực hiện của quyết định; đồng thời cũng khẳng định được hiệu quả của quản lý.

* **Tóm lại**, tổ chức tốt quy trình ban hành quyết định, thực hiện quyết định, kiểm tra đánh giá quyết định sẽ tạo khả năng nâng cao chất lượng quyết định trong quản lý, điều hành.

5. Đình chỉ hoặc bãi bỏ quyết định hành chính khi không đảm bảo yêu cầu.

5.1. Khi có một quyết định bất hợp pháp thì áp dụng việc đình chỉ hoặc bãi bỏ đối với quyết định đó. Cơ quan cấp trên thực hiện quyền đình chỉ thi hành quyết định hành chính nhà nước trong các trường hợp sau:

- Khi có dấu hiệu nghi ngờ về tính hợp pháp của quyết định nhưng chưa khẳng định rõ thì cần đình chỉ để xem xét, Thông thường, trường hợp này tạm đình chỉ, sau đó có thể ra lệnh đình chỉ khi có căn cứ chắc chắn là quyết định đó bất hợp pháp.

- Tùy thuộc thẩm quyền của mình chính quyền nhà nước cấp trên có quyền đình chỉ hoặc hủy bỏ, hoặc chỉ có quyền đình chỉ còn việc hủy bỏ thuộc thẩm quyền của cơ quan khác. VD: Ủy ban nhân dân có quyền đình chỉ quyết định sai trái của Hội đồng nhân dân cấp dưới, còn việc bãi bỏ quyết định đó thuộc về hội đồng cùng cấp.

- Chính quyền Nhà nước có thẩm quyền theo luật định có thể bãi bỏ các quyết định hành chính khi các quyết định đó bất hợp pháp hoặc bất hợp lý. Bãi bỏ quyết định là chế tài nghiêm khắc của chính quyền Nhà nước có thẩm quyền ở cấp trên đối với cơ quan cấp dưới. Ví dụ: Quốc hội có quyền bãi bỏ văn bản trái pháp luật của Chủ tịch nước, Ủy ban thường vụ quốc hội, Chính phủ, Thủ tướng. Toà án nhân dân tối cao, Viện KSND tối cao (điều 84 hiến pháp 1992).

5.2. Khôi phục lại tình trạng cũ do việc thực hiện các quyết định trái pháp luật gây ra: nếu các quyết định hành chính trái pháp luật đã được thi hành thì để đảm bảo lợi ích hợp pháp của công dân, tổ chức và nhà nước nhất thiết phải áp dụng các biện pháp như bồi thường thiệt hại do đã bỏ các công trình xây dựng trái phép, tích thu các phương tiện phạm pháp... để khôi phục lại tình trạng cũ.

5.3. Truy cứu trách nhiệm người có lỗi: Là truy cứu trách nhiệm người ban hành quyết định hoặc truy cứu trách nhiệm người thi hành quyết định. Tùy theo mức độ và tính chất quyết định hành chính bất hợp pháp mà người có lỗi bị truy cứu trách nhiệm kỷ luật, trách nhiệm hành chính, trách nhiệm bồi thường thiệt hại về tài sản hoặc truy cứu trách nhiệm hình sự. Nếu vi phạm quá mức độ kỷ luật hoặc trách nhiệm hành chính thì phải được tiến hành theo thủ tục tố tụng dân sự. Trước hết, phải truy cứu trách nhiệm người ban hành quyết định trái pháp luật. Đối với người thi hành thì chỉ truy cứu trách nhiệm khi họ làm trái quyết định hành chính bằng hành vi cố ý hoặc vô ý lạm dụng quyền hạn.

5.4. Nếu ban hành quyết định trái với thủ tục ban hành mà nội dung không trái với pháp luật thì vẫn phải đình chỉ hoặc bãi bỏ quyết định đó nhưng không phải khôi phục lại tình trạng cũ. Nếu việc ban hành quyết định đó vẫn cần thiết thì phải tiến hành lại đúng thủ tục ban hành quyết định hành chính.

5.5. Đối với các quyết định vi phạm tính hợp lý cũng có thể bị đình chỉ hoặc bãi bỏ, người ban hành có thể bị truy cứu trách nhiệm kỷ luật; không áp dụng biện pháp trách nhiệm hình sự vì việc ban hành quyết định không hợp lý không phải là vi phạm pháp luật, không hậu quả (bất khả thi).

6. Phản kháng các quyết định hành chính bất hợp pháp.

6.1. Quyền phản kháng:

Các quyết định hành chính có thể bất hợp pháp, nghĩa là trái với hiến pháp, luật và các văn bản của cơ quan nhà nước cấp trên làm ảnh hưởng tới quyền và lợi ích hợp pháp của dân, các

hoạt động hành chính để thi hành các quyết định hành chính có thể gây tổn hại tới quyền và lợi ích hợp pháp của dân.

Các hoạt động hành chính để thi hành các quyết định QLHCNN có thể gây tổn hại tới quyền và lợi ích của dân, đối với các quyết định và hành vi như vậy, dân có thể phản kháng thông qua hoạt động khiếu nại, tố cáo, khiếu kiện tới các cơ quan nhà nước có thẩm quyền. Các quyết định hành chính bất hợp pháp bị dân khiếu kiện có các tính chất:

- Vi phạm pháp luật về nội dung và hình thức.
- Vi phạm thẩm quyền: không đúng thẩm quyền hoặc lạm quyền, lấn tránh.
- Không có lý do hoặc lý do không xác thực.

Hoạt động hành chính gây tổn hại phải bồi thường khi hội đủ các điều kiện:

- Liên hệ nhân quả giữa tổn hại và hành vi hành chính, trừ trường hợp tổn hại ra hoàn toàn do lỗi nạn nhân hay do bất khả kháng.
- Sự tổn hại là chắc chắn, trừ trường hợp tổn hại do ngoại cảnh gây ra.
- Sự tổn hại có tính chất trực tiếp do hành vi hành chính gây ra chứ không phải nguyên nhân thông qua một người trung gian.
- Có thể định giá bằng tiền.

6.2. Phương thức phản kháng quyết định hành chính bất hợp pháp: và đòi bồi thường sự tổn hại do các hành vi hành chính gây ra: trước một quyết định hành chính bất hợp pháp hoặc trước một sự thiệt hại gây ra bởi một hành vi hành chính, công dân hoặc tổ chức có thể sử dụng hai phương thức: khiếu nại hành chính hoặc tố tụng hành chính.

Khiếu nại hành chính được pháp lệnh khiếu nại, tố cáo của công dân quy định, là phương thức theo đó công dân, yêu cầu chính cơ quan hành chính ban hành quyết định hành chính bất hợp pháp sửa đổi hoặc bãi bỏ quyết định đó hoặc yêu cầu cơ quan hành chính hoặc công chức hành chính đã gây tổn hại cho quyền tự do, lợi ích hợp pháp của công dân phải bồi thường cho họ. Nếu không đồng ý với quyết định thì công dân có quyền yêu cầu cơ quan cấp trên của cơ quan đó xem xét giải quyết.

Cùng với phương thức khiếu nại hành chính theo pháp lệnh xét và giải quyết khiếu nại, tố cáo của công dân, sau khi thiết lập Tòa Hành chính thì công dân còn có quyền khiếu nại tố tụng hành chính tại các Tòa Hành chính. Khiếu kiện tố tụng hành chính là phương thức mà theo đó người dân yêu cầu cơ quan tài phán xem xét và giải quyết.

- Tố tụng phán quyết về tính hợp pháp của quyết định hành chính quy phạm.
- Tố tụng đòi bồi thường tổn hại gây ra bởi một quyết định hành chính cá biệt hoặc hành vi hành chính.

Trước quyết định hành chính cá biệt hoặc hành vi hành chính gây tổn hại, công dân nộp đơn khiếu kiện tại các Tòa án hành chính để đề nghị xác định việc bồi thường, trừ những trường hợp thuộc thẩm quyền của Tòa án tư pháp hoặc cơ quan nhà nước khác.

Mẫu một văn bản quyết định (Xem mẫu kèm theo)

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN.....

Số:...../2020/QĐ-BV...(1)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

.....,Ngày....Tháng...Năm 2020

QUYẾT ĐỊNH CỦA GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN.....

Về việc.....(2)

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN.....

- Căn cứ:.....(3)

- Căn cứ:.....(4)

- Theo đề nghị của.....

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1.....

Điều 2.....

Điều 3.....

Giám đốc bệnh viện
(Ký tên, đóng dấu) (5)

Nơi nhận:

-

-

- Lưu VT và đơn vị soạn thảo

- (1) Cách ghi số: Số .../ năm ban hành/ tên loại văn bản, tên viết tắt của đơn vị soạn thảo.
- (2) Nêu trích yếu của nội dung quyết định.
- (3) Nêu bản quy định về cơ cấu tổ chức của cơ quan, đơn vị soạn thảo văn bản.
- (4) Nêu cơ sở pháp lý đề ra quyết định.
- (5) Thẩm quyền ký là Giám đốc hoặc Phó giám đốc.

Bài 1.6: KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Xác định và mô tả vấn đề
- 1.2. Phân tích và đề xuất được các giải pháp để giải quyết vấn đề
- 1.3. Lập kế hoạch giải quyết và đánh giá kết quả thực hiện

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện được lập kế hoạch giải quyết để giải quyết vấn đề
- 2.2. Thực hiện được đánh giá kết quả thực hiện

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

NỘI DUNG

1. Khái niệm.

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

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

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

Vấn đề là gì? Có nhiều cách diễn giải và định nghĩa khác nhau, một cách hiểu đơn giản nhất “vấn đề là sự khác biệt giữa mong muốn và hiện tại” hoặc có tài liệu đưa ra

định nghĩa “ vấn đề là sự khác biệt giữa tình trạng hiện tại và tình trạng mong muốn hay sự khác biệt so với tiêu chuẩn, chuẩn mực đề ra”.

2. Quy trình giải quyết vấn đề.

Quy trình giải quyết vấn đề bao gồm 5 bước: Nhận biết vấn đề và xác định vấn đề ưu tiên, phân tích nguyên nhân, đề ra các giải pháp phù hợp, thực hiện các giải pháp và đánh giá kết quả can thiệp.

2.1. Nhận biết vấn đề

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

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

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

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

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

Khác biệt về nhìn nhận và đánh giá vấn đề có thể do khác biệt lợi ích, do định kiến dẫn đến phân tích và xác định vấn đề sai. Ví dụ, những người không bao giờ sử dụng son phấn có thể khó thông cảm với những người ưa trang điểm. Trong lĩnh vực y tế khẳng định vai trò quan trọng của điều dưỡng viên đóng góp vào việc tăng

cường chất lượng và sự an toàn của dịch vụ y tế cũng là một vấn đề cần sớm được giải quyết.

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

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

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

Sai lầm trong xác định vấn đề

- Xác định vấn đề không lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm. Sai lầm thường gặp đối với các điều dưỡng trưởng là ít quan tâm đến các vấn đề của người bệnh mà hay quan tâm đến vấn đề của điều dưỡng viên. Do đó, chưa chuyển hóa được vấn đề điều dưỡng trưởng quan tâm thành vấn đề quan tâm của lãnh đạo bệnh viện.
- Xác định vấn đề quá mơ hồ hay quá rộng. Ví dụ, Người bệnh chưa được chăm sóc toàn diện hay đạo đức nghề nghiệp xuống cấp, kỹ năng giao tiếp kém
- Xác định vấn đề quá hẹp dẫn đến lạc hướng. Ví dụ: Điểm học tập của con mình không bằng điểm của con người bạn. Có thể điểm thấp không phải là do con mình thiếu nỗ lực trong học tập mà còn do nhiều nguyên do khác, vì vậy, ép con học có thể làm vấn đề trầm trọng hơn.
- Xác định vấn đề dựa trên giải pháp cho vấn đề. Ví dụ: Người bệnh phải nằm ghép vì thiếu bệnh viện. Giải pháp được đề xuất ở đây là xây thêm bệnh viện, nhưng có thể xây thêm bệnh viện không phải là giải pháp cơ bản vì việc xác định vấn đề và giải pháp đề ra đã định hướng sai cho việc giải quyết vấn đề.

2.2. Phân tích nguyên nhân

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

2.2.1 Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật “5 Why”

Why là một kỹ thuật đơn giản, dễ nhớ và rất hiệu quả trong quy trình giải quyết vấn đề, giúp nhanh chóng tìm ra nguyên nhân gốc. 5WHY được phổ biến đưa ra vào những năm 1970 bởi hệ thống sản xuất Toyota. Chiến lược 5WHY được sử dụng để phân tích tìm nguyên nhân của vấn đề bằng cách đặt câu hỏi “Tại sao xảy ra vấn đề đó?”.

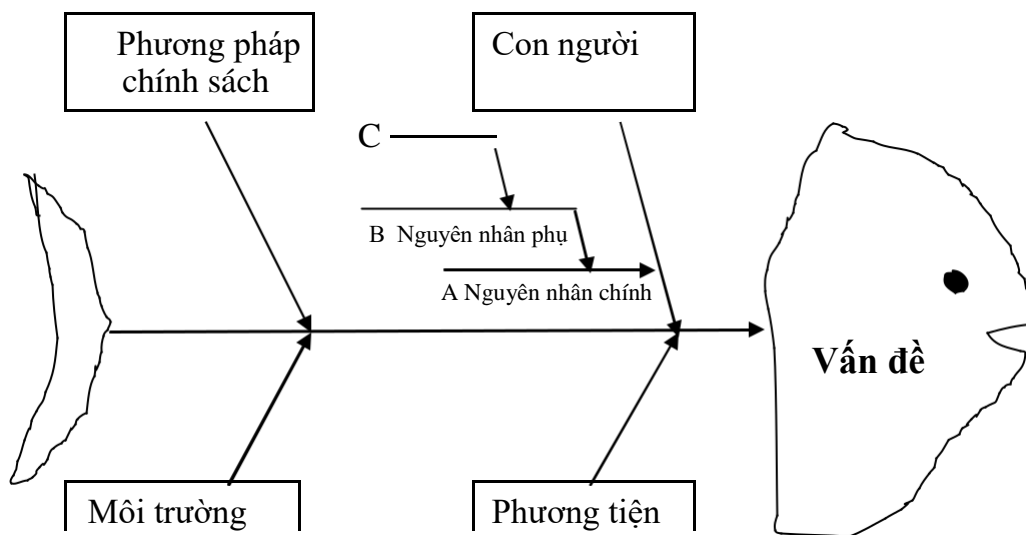
Thông thường, câu trả lời cho câu hỏi “tại sao” đầu tiên sẽ gọi cho câu hỏi “tại sao” thứ hai, rồi thứ ba, thứ tư và thứ năm.

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

- Vi sao người bệnh dùng nhầm thuốc? Vì Điều dưỡng viên phụ trách đưa nhầm thuốc.
- Vi sao Điều dưỡng phụ trách đưa nhầm thuốc? Vì khoa Dược chia thuốc cho người bệnh bệnh không đúng.
- Vi sao khoa Dược đưa thuốc không đúng? Vì Điều dưỡng hành chính sao chép nhầm thuốc.
- Vi sao Điều dưỡng hành chính sao chép nhầm thuốc? Vì bác sĩ viết tên thuốc không rõ nên điều dưỡng hành chính suy luận nhầm tên thuốc.
- Vi sao bác sĩ viết xấu? Vì bác sĩ không có đủ thời gian để ghi chỉ định rõ ràng và đầy đủ. Như vậy, nguyên nhân chính ở đây lại là sự quá tải công việc của bác sĩ và giải pháp can thiệp là cần có sự bố trí công việc hợp lý hơn của nhà quản lý.

WHY là một kỹ thuật đơn giản có thể giúp bạn nhanh chóng tìm ra nguyên nhân của một vấn đề nhưng đối với những vấn đề phức tạp thì “5WHY” có thể không giúp bạn giải quyết được nguyên nhân gốc và đôi khi sẽ đưa bạn đi sai đường, nếu bạn nhận thấy nó không nhanh chóng đưa ra câu trả lời đúng đắn và rõ ràng thì bạn cần đến những kỹ thuật tinh vi hơn.

2.2.2 Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật “Xương cá - Fishbone”



Sơ đồ xương cá

Các bước phân tích theo sơ đồ xương cá “FISHBONE CHART”

- ***Bước 1:*** Vẽ sơ đồ xương cá
- ***Bước 2:*** Viết vấn đề ở “đầu cá”
- ***Bước 3:*** Đặt tên cho mỗi khúc xương cá các yếu tố như con người, phương pháp/chính sách, Phương tiện/vật liệu; môi trường/công việc
- ***Bước 4:*** Sử dụng kỹ thuật “động não” để xác định các nguyên nhân chính và nguyên nhân phụ ở từng khúc xương bằng cách đặt các câu hỏi “Tại sao điều đó xảy ra”. Các câu hỏi có tính logic như: A xảy ra là do B, B xảy ra là do C và C xảy ra là do D.
- ***Bước 5:*** Khi xác định được nguyên nhân cốt lõi cần đánh số thứ tự ưu tiên để dễ nhận biết các nguyên nhân liên quan đến vấn đề.

2.3. Chọn giải pháp và hoạt động ưu tiên

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

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

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

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

Phí tổn (về tài chính, thời gian, công sức...) cho việc áp dụng mỗi giải pháp là bao nhiêu? Giải pháp nào tốt hơn, giải pháp nào tốt nhất?

2.4. Thực hiện giải pháp/hoạt động lựa chọn

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

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

2.5. Đánh giá kết quả

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

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

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

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

3. Kết luận.

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

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

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

Bài 1.7. TỔ CHỨC CUỘC HỌP

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được tầm quan trọng, mục đích của cuộc họp.
- 1.2. Trình bày được các nội dung khi tổ chức một cuộc họp.

2. Kỹ năng

Tổ chức thành công một cuộc họp

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

NỘI DUNG

Họp là một hình thức trao đổi thông tin có trật tự, nhằm tăng cường hiểu biết, thống nhất ý chí và hành động giữa các thành viên trong nhóm. Trong công tác quản lý, người Điều dưỡng trưởng (ĐDT) phải tổ chức và chủ trì nhiều cuộc họp để tổ chức và điều hành công tác chăm sóc người bệnh. Nếu họp không thường xuyên sẽ dẫn đến sự thông tin không đầy đủ và làm cho công tác quản lý kém hiệu quả hoặc thất bại do không thống nhất được ý chí và hành động của mọi cá nhân trong tổ chức. Trái lại nếu tổ chức cuộc họp tốt cuộc họp đều đặn nhưng không chuẩn bị nội dung kỹ lưỡng sẽ làm lãng phí thời gian của những người tham dự, hiệu quả kém. Vì vậy ĐDT cần phải rèn luyện kỹ năng trong việc tổ chức và điều hành các cuộc họp.

1. Mục đích cuộc họp

- Cung cấp hoặc thông báo thông tin.
- Trao đổi thông tin, ý kiến giữa các nghề nghiệp khác nhau của các thành viên trong khoa, giữa các lĩnh vực lâm sàng khác nhau.
- Giải quyết các vấn đề cần thiết.
- Đưa ra quyết định về những vấn đề quan trọng mà ở đó các thành viên tham gia phải đi đến nhất trí (thống nhất)
- Thảo luận về công tác chăm sóc.

2. Một số cuộc họp thường được tổ chức trong công tác điều dưỡng

- Họp giao ban hàng ngày.
- Họp điều dưỡng của khoa.
- Họp các ĐDT khoa trong khối.
- Họp ĐDT toàn bệnh viện.
- Họp ĐD - hộ lý toàn viện.

- Hội đồng người bệnh hàng tuần, hàng tháng.
- Hội bàn công tác vệ sinh bệnh phòng.
- Hội bàn kế hoạch chăm sóc người bệnh nặng.

3. Cách tiến hành một cuộc họp

Dù mục đích và nội dung các cuộc họp có khác nhau, nhưng mỗi một cuộc họp đều có thể chia thành 3 phần chính:

- Chuẩn bị cho cuộc họp
- Điều hành cuộc họp và ghi biên bản
- Phân công theo dõi và thực hiện sau cuộc họp.

3.1. Chuẩn bị cho một cuộc họp

Người chủ trì cuộc họp cần phải chuẩn bị các vấn đề sau đây:

- Mục đích của cuộc họp.
- Nội dung cuộc họp gồm các vấn đề gì? Các nội dung này cần được thông báo trước cho mọi thành viên để mọi người suy nghĩ, khi đến họp có ý kiến tham gia, nhất là những vấn đề cần tham khảo số liệu
- Thành phần họp là ai ? bao nhiêu người ?
- Dự kiến người điều khiển, dự kiến thư ký (người có khả năng ghi chép).
- Thời điểm nào thích hợp cho mọi người, thời gian họp.
- Địa điểm họp.
- Ai triệu tập và tổ chức cuộc họp.
- Thông báo hoặc thông tin về cuộc họp.

3.2. Mục đích

- Chương trình họp cần phải xác định rõ mục đích họp và ấn định hy vọng đạt cái gì.
- Một số cuộc họp được triệu tập để truyền đạt các thông tin, một số cuộc họp khác thì để trao đổi quan niệm và ý kiến của một số cuộc họp lại để quyết định về các kế hoạch hoặc các hoạt động.

3.3. Nội dung

Muốn cuộc họp có ích thì mỗi người có mặt cần phải có càng nhiều thông tin về chủ đề sẽ được bàn bạc. Các dữ kiện, các nguyên lý hay ý kiến cần thiết để làm cơ sở cho việc thảo luận cũng phải được cung cấp trước cuộc họp có thể bằng sách hoặc bằng văn bản hoặc qua mail. ...

3.4. Quy mô cuộc họp

Quy mô cuộc họp có tác dụng quyết định cuộc thảo luận ra sao, mọi người đều bàn bạc hay không, có dễ đi đến quyết định hay không, hay phải biểu quyết. Một quy tắc chung

là thảo luận hoặc học tập nhóm không nên quá đông người. Các cuộc họp lớn chỉ nên để truyền đạt thông tin và trao đổi quan điểm hơn là để thảo luận hoặc ra quyết định.

3.5. Địa điểm và thời gian

Chọn nơi họp cần tránh cho đa số người phải đi xa. Chọn thời điểm họp rất quan trọng giúp cho mọi người tham gia được đầy đủ.

3.6. Người triệu tập và người tổ chức

- Người triệu tập họp là người mời mọi người đến họp, có thể là nhân viên y tế hoặc người lãnh đạo cộng đồng hoặc người chủ trì của nhóm người tổ chức cuộc họp.

- Người tổ chức cũng có thể là người triệu tập, hay một người giúp việc, thu xếp mọi sự như thuê hoặc mượn nơi mời họp, thông báo các thành viên, mời người báo cáo, thông tin trước về cuộc họp.

3.7. Thông báo hoặc thông tin về trước cuộc họp

Tất cả mọi người liên quan với cuộc họp cần biết. Thông báo về cuộc họp có thể dưới các hình thức giấy mời, điện thoại hoặc thông báo...

3.8. Điều hành cuộc họp (vai trò của chủ tọa)

- Kết quả cuộc họp phụ thuộc đáng kể vào khả năng điều hành của người chủ tọa. Người chủ tọa phải là người nói có tính thuyết phục có thể động viên việc giao tiếp được tốt.

- Người điều hành phải có mặt trước khi cuộc họp bắt đầu để sắp xếp chỗ ngồi. Phân bố thời gian thích hợp cho từng phần và duy trì thời gian của buổi họp đúng theo quy định, tránh lúc đầu kéo dài sau lại vội vàng hấp tấp.

- Thứ tự buổi họp tiến hành như sau:

+ Giới thiệu thành phần cuộc họp.

+ Giới thiệu MỤC TIÊU cuộc họp.

+ Thông qua nội dung cuộc họp.

+ Duy trì cuộc họp liên tục đúng trọng tâm.

+ Ngăn ngừa những mâu thuẫn cá nhân (nếu có)

+ Gợi ý những người nói ít, hay xấu hổ phát biểu.

+ Tóm tắt những ý chính mà hội nghị đã thống nhất và những ý kiến chưa thống nhất.

+ Phân công nhiệm vụ cho các nhân viên thực hiện.

+ Tiếp tục theo dõi thực hiện nhiệm vụ sau buổi họp.

+ Người chủ tọa giữ cho cuộc họp hướng vào mục đích chính, tạo cơ hội cho ai cũng tham gia, điều khiển giờ giấc và giữ trật tự. Có 3 nguyên tắc cơ bản cho các cuộc họp:

- Không có sự thô bạo hay trừ cá nhân, không nên chê bai hoặc có thái độ dèm pha người khác.

- Người chủ tọa phải có quyền tuyệt đối điều khiển cuộc thảo luận loại bỏ các ý kiến không thích hợp và đi đến kết thúc khi cần thiết. Người chủ tọa cần có khả năng xúc tiến việc thảo luận khi cần, chẳng hạn như nêu câu hỏi hoặc chủ đề mới. Trong cuộc họp nhỏ mọi người dự cần được động viên tham gia. Không khuyến khích người nói quá nhiều, động viên những người rụt rè phát biểu.

- Điều khiển giờ giấc : Điều khiển thời gian thảo luận là việc cốt yếu khi điều khiển cuộc họp. Những câu hỏi và tranh luận của các thành viên phải có thời hạn thời gian để mọi người đều có dịp phát biểu. Nếu chủ đề cho phép hoặc nếu cuộc thảo luận kéo dài thì giới hạn thời gian dứt khoát phải đề ra cho cuộc họp nhỏ với các chỉ tiêu thời gian quy định, sử dụng thời gian như vậy sẽ giúp cho mọi người tập trung ý kiến vào trọng tâm.

4. Cách ghi biên bản cuộc họp

Nhiệm vụ chủ yếu của thư ký là ghi chép những sự kiện chính của cuộc họp. Biên bản cuộc họp cần ghi cô đọng, chính xác và theo tiến trình của cuộc họp. Biên bản có 3 phần :

- Phần khai mạc.
- Phần diễn biến của cuộc họp.
- Phần kết thúc.

Cuối cùng các uỷ viên có thể nêu câu hỏi về sự chính xác và đầy đủ của biên bản và đề nghị bổ xung hay sửa chữa. Khi tất cả các uỷ viên đã nhất trí thì chủ toạ đề nghị thông qua biên bản . Nếu có ý kiến đề xuất kiến nghị và có ý kiến khác, lúc đó chủ toạ cho thảo luận thêm lần cuối và nếu không có người tranh luận nữa thì chủ toạ hoặc một uỷ viên khác sẽ cho thông qua và lấy biểu quyết. Thông thường thì biên bản được thông qua nhưng đôi khi cũng có những sửa đổi nhỏ. Sau đó thảo luận từng mục của chương trình và ra quyết định.

*** Tóm lại**

Họp là một trong những công cụ quan trọng nhất để điều hành và quản lý. Để tổ chức cuộc họp có hiệu quả, người triệu tập họp cần chú ý các điều dưới đây:

- Trước khi triệu tập họp cần xem lại có thật cần thiết không ?
- Nếu phải họp, hãy chuẩn bị kỹ để cuộc họp thu được kết quả cao nhất .
- Hãy suy nghĩ biện pháp điều hành cuộc họp .
- Thúc đẩy mọi người thảo luận có trọng tâm và hiệu quả.
- Phát huy tối đa sự động não của người họp.
- Bắt đầu và kết thúc cuộc họp đúng giờ. Không nên chỉ dựa vào kết quả cuộc họp mà phải theo dõi thực hiện sau cuộc họp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) hãy nêu tầm quan trọng và mục đích của cuộc họp.
2. Hãy nêu các bước để tiến hành một cuộc họp.
3. Hãy kể tên một số cuộc họp về công tác điều dưỡng tại đơn vị bạn và nêu mục đích, ý nghĩa của các cuộc họp đó.
4. Nêu nhiệm vụ của người điều hành cuộc họp.
5. Tuỳ theo số lượng học viên chia làm 2 - 3 nhóm . Mỗi nhóm tổ chức một cuộc họp với chủ đề khác nhau do ĐDT áp dụng để điều hành.

Bài 1.8: THƯỜNG QUY ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được tầm quan trọng và nguyên tắc chung khi đi buồng của điều dưỡng trưởng
- 1.2. Trình bày được vai trò và nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng khoa khi đi buồng

2. Kỹ năng

Tiến hành thực hiện lập kế hoạch điều dưỡng trưởng khoa khi đi buồng

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Đại cương.

Trong hệ thống quản lý điều dưỡng bệnh viện, người Điều dưỡng trưởng khoa có vai trò quan trọng, đặc biệt là trong công tác chăm sóc người bệnh. Đi buồng là một trong những nhiệm vụ quan trọng mà người ĐDT khoa phải thực hiện thường xuyên, đòi hỏi người Điều dưỡng trưởng khoa cần phải phát huy tốt vai trò chủ động trong việc thực hiện kế hoạch đi buồng, phối hợp với bác sỹ, Lãnh đạo khoa và các nhân viên y tế khác trong mọi hoạt động để thực hiện tốt công tác chăm sóc toàn diện người bệnh. Thông qua đi buồng người Điều dưỡng trưởng thực hiện việc kiểm tra, đánh giá kế hoạch chăm sóc, y lệnh điều trị, nhận thông tin phản hồi của người bệnh về công tác chăm sóc, giúp bác sỹ các thông tin để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh, ngoài ra giúp việc quản lý chuyên môn cũng như các hoạt động khác của khoa đạt hiệu quả cao, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

2. Vai trò, nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng khoa khi đi buồng.

2.1. Nguyên tắc chung khi đi buồng:

- Đi buồng hàng ngày cùng nhóm chăm sóc .
- Có thể đi buồng đột xuất khi cần thiết như có cấp cứu hàng loạt hoặc khi có dịch xảy ra.
- Đi buồng theo lịch cùng Lãnh đạo khoa, tất cả các người bệnh đều được thăm khám và ra chỉ định điều trị và chăm sóc cần thiết
- Không thảo luận về chuyên môn, về những điều gây ảnh hưởng không tốt trước mặt người bệnh.

2.2. Tầm quan trọng của thường quy đi buồng:

- Hàng ngày ĐDT khoa đi buồng theo nhóm điều dưỡng chăm sóc để bổ sung kịp thời kế hoạch chăm sóc, đặc biệt là người bệnh nặng.
- Đánh giá mức độ hoàn thành công việc của nhân viên.
- Hàng tuần ĐDT khoa cần đi buồng thường quy với bác sỹ thì đề:
 - + Nắm bắt kịp thời các diễn biến của người bệnh để giúp bác sỹ có chẩn đoán điều trị đúng, đồng thời đáp ứng kịp thời các nhu cầu cơ bản của người bệnh, y lệnh điều trị.

- + Kế hoạch chăm sóc sẽ được bổ sung kịp thời.
- + ĐD trưởng, bác sỹ và các nhân viên y tế khác trong khoa tăng cường trao đổi, học hỏi lẫn nhau những kinh nghiệm chuyên môn, rút kinh nghiệm cho công tác chăm sóc ngày càng tốt hơn.

2.3. Lập kế hoạch đi buồng:

2.3.1. Đi buồng hàng ngày của ĐDT khoa

- Thành phần tham gia: ĐDT khoa và điều dưỡng nhóm chăm sóc đơn nguyên.
- Chuẩn bị:
 - + Sổ đi buồng.
 - + Hồ sơ bệnh án: Kế hoạch chăm sóc, biểu mẫu theo dõi người bệnh hàng ngày, các xét nghiệm, phiếu mời hội chẩn...
- Thời gian: Điều dưỡng trưởng khoa thực hiện đi buồng hàng ngày vào buổi sáng khi sau giao ban.
- Nội dung đi buồng:
 - + Điều dưỡng trưởng: thăm hỏi và tìm hiểu các nhu cầu của người bệnh ,đặc biệt là của người bệnh nặng.
 - + Kiểm tra việc thực hiện y lệnh điều trị, KHCS (kiểm tra sổ thực hiện y lệnh, phiếu công khai thuốc hoặc hỏi trực tiếp người bệnh)
 - + Kiểm tra việc người bệnh và gia đình người bệnh thực hiện nội qui. qui định của Bệnh viện và khoa phòng.
 - + Kiểm tra trật tự an toàn, vệ sinh buồng bệnh.
 - + Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về chế độ sinh hoạt, quyền lợi, nghĩa vụ và chế độ được hưởng bảo hiểm y tế khi nằm viện.
 - + Kiểm tra việc thực hiện những kiến nghị đã đưa ra trong lần đi buồng trước.
 - + Điều dưỡng nhóm chăm sóc đơn nguyên: tham gia trao đổi, thảo luận với ĐDT trong các trường hợp người bệnh cần chăm sóc đặc biệt. Người bệnh sau phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp cần xin ý kiến về những chỉ định chăm sóc đặc biệt v cũng như các chế độ chính sách cho người bệnh có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn.
- Kết thúc buổi đi buồng ĐDT cần đánh giá sự tiến triển của người bệnh sau 1 ngày chăm sóc.
 - + Đánh giá việc phối hợp thực hiện y lệnh điều trị cho người bệnh.
 - + Trao đổi trực tiếp với điều dưỡng chăm sóc đơn nguyên về kết quả đánh giá người bệnh, bổ sung KHCS cho người bệnh. Xin ý kiến của Bác sỹ điều trị và ban lãnh khoa khi cần.
 - + Ghi sổ đi buồng đầy đủ các thông tin cần thiết và phân công cụ thể người thực hiện những y lệnh điều trị và kế hoạch chăm sóc bổ sung sau khi đi buồng.

2.3.2. Đi buồng theo lịch của ĐDT khoa.

- Thành phần:
 - + Bác sỹ trưởng khoa
 - + Bác sỹ điều trị trực tiếp cho người bệnh đó
 - + Điều dưỡng trưởng khoa
 - + Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc tại buồng bệnh đó.

- Chuẩn bị:
 - + Sổ đi buồng
 - + Hồ sơ bệnh án
 - + Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.
 - + Các dụng cụ thăm khám cần thiết...
- Giờ đi buồng: Thường đi vào buổi sáng, sau khi giao ban (tùy theo quy định của từng bệnh viện để áp dụng cho phù hợp).

2.4. Nhiệm vụ của ĐD khoa

- Đi buồng thường quy là một nhiệm vụ của ĐD trưởng khoa, vì vậy cần phải thực hiện nghiêm túc lịch đi buồng cùng bác sỹ.

- Trong khi đi buồng và sau khi đi buồng, ĐD trưởng khoa và ĐD trực tiếp chăm sóc tại buồng phải:

+ Chủ động báo cáo diễn biến của từng người bệnh cho bác sỹ điều trị và bác sỹ trưởng khoa.

+ Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và KHCS của từng người bệnh.

+ Ghi chép bổ sung: thuốc, các xét nghiệm cận lâm sàng và các kỹ thuật chăm sóc đặc biệt.

+ Cung cấp đầy đủ hồ sơ, bệnh án, kết quả cận lâm sàng đã làm cho bác sỹ điều trị.

+ Chủ động tham gia trao đổi, thảo luận với bác sỹ điều trị trong các chăm sóc đặc biệt.

+ Giám sát việc ghi chép các theo dõi người bệnh về chỉ số sống, các kết quả cận lâm sàng vào phiếu theo dõi của ĐD chăm sóc.

+ Thông báo kịp thời cho các ĐD trực tiếp chăm sóc về diễn biến bệnh tật của người bệnh, các bổ sung về thuốc men, các xét nghiệm và về KHCS để được thực hiện ngay.

+ Phân công ĐD trong khoa thực hiện KHCS mới được bổ sung sau khi đi buồng.

+ Thường xuyên kiểm tra, giám sát công tác chăm sóc người bệnh và theo dõi các diễn biến của người bệnh.

*** Kết luận**

Thường quy đi buồng của ĐD trưởng khoa là một trong những nhiệm vụ rất quan trọng. Nếu ĐD trưởng khoa thực hiện tốt công việc này người bệnh sẽ được chăm sóc tốt hơn, công tác quản lý khoa phòng sẽ đi vào nề nếp và hoạt động có hiệu quả.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Trình bày nguyên tắc và tầm quan trọng trong thường quy đi buồng của ĐD trưởng khoa ?
2. Trình bày vai trò, nhiệm vụ của ĐD trưởng khoa trong đi buồng hàng ngày với điều dưỡng chăm sóc đơn nguyên và đi buồng theo lịch cùng lãnh đạo khoa?
3. Hãy liên hệ với thực tế đơn vị công tác và đưa ra ý kiến thảo luận nhóm ?

Bài 1.9: XÂY DỰNG BẢN MÔ TẢ CÔNG VIỆC

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được sự cần thiết và yêu cầu của bảng mô tả công việc
- 1.2. Mô tả được quy trình xây dựng một bảng mô tả công việc
- 1.3. Trình bày được nội dung cần thiết của bảng mô tả công việc

Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Khái niệm, sự cần thiết, mục đích, yêu cầu của bản mô tả công việc

1.1. Khái niệm

Bản mô tả công việc là một văn bản liệt kê có hệ thống các trách nhiệm, bổn phận, nhiệm vụ phải hoàn thành và yêu cầu cũng như quyền lợi khác của một vị trí làm việc cụ thể.

1.2. Sự cần thiết

- Bộ Nội vụ, Bộ Y tế quy định một cách chung nhất về chức năng, nhiệm vụ của các ngành công chức, viên chức; ở mỗi cấp độ quản lý, đơn vị khác nhau lại có sự điều chỉnh nhiệm vụ của mỗi cá nhân cho phù hợp với từng vị trí công tác.

- Mỗi cá nhân ở mỗi vị trí công tác cần có bản mô tả công việc của từng cá nhân đó.

- Bản mô tả công việc là một văn bản hành chính quy định rõ những công việc và chất lượng công việc mà mỗi nhân viên phải thực hiện.

- Bản mô tả công việc của mỗi cá nhân trong đơn vị được lãnh đạo cấp có thẩm quyền ký, phê duyệt và được thông báo tới từng cá nhân để họ biết và thực hiện.

1.3. Mục đích

1.3.1. Đối với người quản lý

Bản mô tả công việc giúp các nhà quản lý:

- Hoạch định nguồn nhân lực: Việc sử dụng các thông tin trong quá trình phân tích công việc có thể giúp các nhà quản lý xác định được nguồn cung và cầu của nguồn nhân lực.
- Tổ chức điều hành công việc trong đơn vị được thuận lợi, hiệu quả, tránh chồng chéo, bỏ sót công việc;
- Kiểm soát và đánh giá thực hiện và hoàn thành công việc của nhân viên: Trên cơ sở các nhiệm vụ và MỤC TIÊU công việc, định kỳ người quản lý và nhân viên sẽ tiến hành thảo luận, đánh giá kết quả thực hiện công việc. Thành tích, khuyết điểm cũng như nguyên nhân chưa hoàn thành đều được hai bên làm rõ. Từ đó, MỤC TIÊU công việc trong kỳ đánh giá kế tiếp và những yếu điểm cần khắc phục, kiến thức, kỹ năng chuyên môn cần được đào tạo cũng sẽ được hai bên xác định và cam kết thực hiện cụ thể. Kết quả đánh giá này cũng sẽ là cơ sở để xem xét về mức lương và đề bạt cán bộ.
- Tuyển dụng: Bản mô tả công việc là cơ sở để xác định ngay từ đầu các yêu cầu tuyển chọn ứng viên đáp ứng yêu cầu của vị trí công việc.
- Cơ sở để tính lương và phúc lợi: Căn cứ vào trách nhiệm và khối lượng công việc, mức độ phức tạp, cường độ, điều kiện và môi trường làm việc... đã được mô tả để đánh giá, so sánh và phân nhóm lao động. Những chức danh có cùng giá trị công việc được xếp vào cùng một nhóm lương. Mọi thay đổi về trách nhiệm, khối lượng công việc đều được cập nhật và đánh giá lại theo đúng thực tế, đảm bảo sự công bằng và khách quan trong việc trả lương.
- Tạo ra một môi trường hoạt động đồng thuận, thích hợp cho làm việc nhóm. Trong thực tế, nhiều trường hợp do không có sự quy định rõ ràng về công việc, nên ai cũng chọn công việc dễ, có lợi nhuận cao và né tránh công việc khó, lợi nhuận thấp.

1.3.2. Đối với nhân viên

- Chỉ cho nhân viên biết rõ nhiệm vụ của mình, giúp họ tự đánh giá được sự hoàn thành nhiệm vụ thông qua sự đối chiếu giữa công việc đã thực hiện và bản mô tả công việc.
- Biết rõ quyền hạn và quyền lợi của mình; biết rõ môi trường làm việc với các chế độ, chính sách liên quan khác (lương, thưởng, cơ hội thăng tiến...) để định hướng phát triển.

1.3.3. Đối với công tác đào tạo

Thông tin chi tiết về các yêu cầu năng lực (kiến thức, kỹ năng, thái độ) trên bản mô tả công việc chính là cơ sở để xác định nhu cầu đào tạo, MỤC TIÊU và NỘI DUNG giảng dạy cho phù hợp với đối tượng đào tạo.

1.3. Yêu cầu của bản mô tả công việc

- Mỗi cá nhân có một bản mô tả công việc. Bản mô tả công việc được lưu giữ tại phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ và niêm yết tại nơi nhân viên làm việc, được bổ sung hàng năm và khi cần thiết cho phù hợp.
- Từng nhiệm vụ và trách nhiệm cần thiết phải được mô tả ngắn gọn, chính xác, xúc tích nhưng cụ thể, đầy đủ những chi tiết chính nhằm bảo đảm cho mọi người đều có thể hiểu được đầy đủ nội dung công việc được mô tả.

- Các nhiệm vụ và trách nhiệm trong bản mô tả công việc cần được sắp xếp theo thứ tự quan trọng trên cơ sở liệt kê các kỹ năng cơ bản của công việc sẽ được thực hiện từ đó chọn những kỹ năng nào cần cho việc thực hiện thành công công việc, điều gì cần thiết và điều gì trên thực tế có thể không thích hợp.

- Các bước công việc để thực hiện nhiệm vụ chính được mô tả theo một trình tự logic, phù hợp với quy trình thực hiện công việc trong thực tế.

- Các tiêu chí có thể đo lường được.

- Văn phong sử dụng khi mô tả: mở đầu mỗi câu bằng các động từ chỉ hành động, không có chủ ngữ.

2. Quy trình xây dựng bản mô tả công việc

2.1. Trách nhiệm xây dựng bản mô tả công việc

- Điều dưỡng trưởng khoa viết bản mô tả công việc cho từng vị trí nhân viên trong khoa.

- Trưởng phòng Điều dưỡng bệnh viện, trưởng khoa, trưởng phòng Tổ chức cán bộ góp ý sửa đổi lần cuối.

- Giám đốc bệnh viện phê duyệt.

2.2. Quy trình xây dựng

*** Thu thập các nguồn thông tin:**

- Chức năng, nhiệm vụ của từng chức danh đã được quy định bởi Bộ Nội Vụ, Bộ Y tế.

- Bác sỹ trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa dự kiến các vị trí, công việc trong khoa để phân công đúng với chức năng, nhiệm vụ theo quy định và phân công công việc cho từng cá nhân chịu trách nhiệm soạn thảo bản mô tả công việc cho từng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, hộ lý trong khoa.

- Nhân lực, điều kiện, trang thiết bị hiện có của đơn vị và các thể mạnh khác nếu có.

- Trình độ, kinh nghiệm của nhân viên.

- Kết quả giám sát thực tế và những kinh nghiệm cá nhân của người quản lý.

*** Viết bản thảo:**

Điều dưỡng trưởng khoa có thể tự soạn thảo hoặc phân công một số cá nhân soạn dự thảo bản mô tả công việc cho từng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên hay hộ lý trong khoa (bản thảo 1).

- Gửi bản thảo tới những cá nhân dự kiến nhận nhiệm vụ của mô tả công việc đó trao đổi, thảo luận góp ý, sửa chữa (nếu có thể) (bản thảo 2).

- Lấy ý kiến tập thể đơn vị từng bản mô tả công việc và điều chỉnh nếu cần (bản thảo 3).

*** Trình duyệt và tổ chức thực hiện:**

- Bản thảo 3 bản mô tả công việc được gửi tới phòng Điều dưỡng bệnh viện để phòng kết hợp với phòng Tổ chức cán bộ nghiên cứu góp ý, hoàn chỉnh trước khi trình giám đốc duyệt.

- Bản mô tả công việc được tổ chức thực hiện sau khi được giám đốc phê duyệt.

- Mọi nhân viên phải biết, hiểu rõ và thực hiện những nhiệm vụ được quy định trong bản mô tả nhiệm vụ của mình. Trường hợp nhân viên mới được tuyển hoặc bổ sung tới nhận công tác, điều dưỡng trưởng khoa phải giải thích rõ nhiệm vụ và trách nhiệm đã ghi trong bản mô tả công việc trước khi họ thực hiện nhiệm vụ đó.

- Bản mô tả công việc phải được treo gần nơi nhân viên thực hiện công việc và được quản lý tại phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ để kiểm tra và đánh giá việc thực hiện của từng nhân viên.

- Thời hạn thực hiện do Giám đốc bệnh viện quy định. Các khoa phải tổ chức triển khai thực hiện theo quy định của Giám đốc.

3. Nội dung bản mô tả công việc

Bản mô tả công việc bao gồm những nội dung cơ bản sau:

3.1 Chức danh công việc

Ghi chức danh viên chức theo đúng quy định của nhà nước. Từ chức danh này sẽ quy định nên nhiệm vụ và các yêu cầu của vị trí.

3.2. Thông tin về viên chức

- Họ và tên: Ghi rõ họ và tên người giữ chức danh công việc mô tả.
- Khoa/phòng nơi đang công tác;
- Chức danh: Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng viên...

3.3. Mục đích của công việc

Mô tả ngắn gọn những mục đích, nguyên nhân chính yếu về sự tồn tại của vị trí công việc này.

3.4. Nhiệm vụ

- Mô tả nhiệm vụ chính cụ thể của công việc một cách ngắn gọn, chính xác, rõ ràng, có trình tự theo tầm quan trọng của từng nhiệm vụ.

- Mỗi công việc chính cần liệt kê thời gian làm việc để thực hiện công việc đó theo tỷ lệ % thời gian làm việc trong tháng. Tổng số thời gian thực hiện các công việc là 100%.

- Ghi rõ các yêu cầu về chất lượng, tiêu chuẩn thực hiện không cần ghi cách thức thực hiện.

- Mỗi công việc mô tả mở đầu bằng động từ hành động

- Đối với các công việc cụ thể không xếp theo nhiệm vụ chính thì ghi rõ mục các nhiệm vụ khác.

3.5. Quan hệ tổ chức

Bao gồm các mối quan hệ trong và ngoài đơn vị theo 3 nội dung dưới sau:

- Cán bộ giám sát là người có quyền hạn và trách nhiệm kiểm tra, giám sát thường là người quản lý trực tiếp.

- Thẩm quyền báo cáo: quy định vị trí có thẩm quyền báo cáo lên cấp nào, thường là cấp quản lý trực tiếp nếu báo cáo lên cấp cao hơn (vượt quyền) phải được uỷ quyền của cấp quản lý trực tiếp hoặc đơn vị có quy định từng phạm vi, lĩnh vực được phép báo cáo vượt cấp.

- Mối quan hệ bên ngoài: quy định việc tiếp xúc, quan hệ với bên ngoài theo đặc điểm, tính chất của vị trí công việc nhằm tránh việc lợi dụng làm ảnh hưởng đến uy tín của đơn vị.

3.6. Quyền hạn

Mô tả những quyền hạn được thực hiện trong công việc hoặc quyền hạn được quy định tại điều lệ, quyết định...

3.7. Các yêu cầu đối với người thực hiện

Mô tả những yêu cầu tối thiểu về khả năng của người thực hiện công việc (trình độ học vấn, số năm kinh nghiệm, kỹ năng yêu cầu...)

4. Đánh giá công tác theo bản mô tả công việc

- Thời gian đánh giá: thông thường đánh giá định kỳ hàng tháng, hàng quý hoặc 6 tháng/lần, 1 năm/lần tùy theo cơ quan. Khi bản mô tả công việc được giám đốc bệnh viện phê chuẩn, có nghĩa đây là văn bản pháp lý trong nội bộ bệnh viện và mọi cá nhân và tổ chức trong bệnh viện đó phải thực hiện theo.

- Nội dung đánh giá căn cứ vào nội dung bản mô tả công việc.

- Kết quả đánh giá cần phải được thông báo tới đương sự để họ biết những gì họ cần phải thay đổi, phấn đấu để hoàn thành nhiệm vụ.

5. Một số lỗi thường gặp trong quá trình soạn thảo bản mô tả công việc

5.1. Chức danh không chuẩn hoá, khó hiểu

Khi tuyển dụng sẽ làm cho người lao động không hình dung được công việc. Do đó, có thể bỏ lỡ cơ hội tìm được ứng viên phù hợp. Điều này dẫn đến lãng phí thời gian và tiền bạc mà lại không tuyển được người như mong muốn.

5.2. Mô tả những việc không làm trong thực tế

Sẽ làm sai lệch giá trị của công việc, dẫn đến thiếu chính xác và công bằng trong trả lương. Do vậy khi soạn thảo, cần đảm bảo rằng đang mô tả đúng với thực tế, không đưa vào những việc mà họ không còn làm ở hiện tại cũng như những việc mà trong tương lai mới thực hiện.

5.3. Mô tả quá chi tiết và/hoặc có quá nhiều thông tin

Không nên tham vọng bản mô tả công việc sẽ thay thế cho mọi hướng dẫn, nội quy, quy định, cam kết... vì sẽ không bao giờ là đủ. Bản mô tả công việc sẽ nhanh chóng bị lỗi thời vì các hướng dẫn, quy định... thì thường xuyên thay đổi. Mặt khác, quá nhiều thông tin trong bản mô tả làm cho người lao động khó xác định được những công việc chủ yếu mà họ phải làm là gì.

Đối với các trách nhiệm công việc chủ yếu, bạn nên tóm ra từ 5 - 7 các nhiệm vụ lớn và với mỗi nhiệm vụ bạn có thể sử dụng từ 2- 3 các đầu công việc nhỏ để diễn giải, làm rõ ý. Các câu không nên dài quá 2 dòng và hãy bắt đầu bằng một động từ.

5.4. Mô tả các kiến thức, kỹ năng... mà người lao động đang có

Hãy nhớ bạn đang mô tả công việc chứ không phải là mô tả con người. Bạn nên xem xét kỹ các trách nhiệm công việc trước khi xác định các yêu cầu về kiến thức, kỹ năng... đối với người thực hiện và đảm bảo rằng những yêu cầu đưa ra là thật sự cần thiết cho công việc.

5.5. Sử dụng những thuật ngữ viết tắt, khó hiểu

Đặc biệt là về các lĩnh vực chuyên ngành... sẽ gây khó khăn cho người đọc để hiểu những gì bạn muốn truyền đạt. Trong mọi trường hợp có thể, bạn nên diễn giải, cụ thể những thuật ngữ này bằng những từ ngữ trong sáng, dễ hiểu hơn

5.6. Cho rằng bản mô tả công việc là bất biến và không thay đổi

Là một quan niệm sai lầm của nhiều người quản lý. NỘI DUNG công việc của từng vị trí thay đổi theo sự thay đổi của tổ chức và bản mô tả công việc cần phải phản ánh được những sự thay đổi này. Nên xem xét và điều chỉnh lại bản mô tả công việc.

5.7. Mô tả công việc quá cao và ít người có khả năng đáp ứng

Vẫn biết ai cũng muốn có được những nhân viên tốt nhất. Tuy nhiên cần cẩn trọng khi giao quá nhiều công việc cũng như đưa ra các tiêu chuẩn quá cao cho một vị trí khi mà thực tế công việc không đòi hỏi cao đến vậy. Đồng thời, bạn cũng đang vô tình tạo ra sự khó khăn trong việc tìm kiếm người phù hợp với vị trí công việc này.

5.8. Mô tả công việc trùng lặp, chồng chéo giữa các vị trí

Dẫn đến sự phân chia trách nhiệm giữa các vị trí không rõ ràng, xảy ra tình trạng “cha chung không ai khóc” và có sự đùn đẩy trong công việc. Đây là một lỗi rất thường gặp trong quá trình xây dựng do người viết không có sự đối chiếu, tham khảo một cách có hệ thống với các bản mô tả công việc khác.

Mô tả vị trí công việc

1. Chức danh công việc (tên gọi chức danh công việc trong tổ chức, đơn vị): _____

Mã số tài liệu: “MTCV”-“Khoa-Phòng đang công tác”-“Chức danh đang công tác”

Ví dụ: MTCV-VKN-ĐDV

Trong đó: MTCV: là bản mô tả công việc

VN: Viên chức thuộc khoa Nội

ĐDV: Điều dưỡng viên làm chức danh chăm sóc

Bản mô tả vị trí công việc này được cập nhật lần cuối khi nào? Ngày : _____

Số trang: Tổng cộng số trang của bản mô tả công việc.

Bản mô tả vị trí công việc được viết ra để mô tả công việc đã có trong tổ chức và được một nhân viên có đủ năng lực thực hiện (nghĩa là người này có đủ kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm cần thiết cho vị trí công việc). Mỗi người cần được lập hồ sơ cho mỗi vị trí công việc. Đính kèm theo bản sao của bản mô tả vị trí công việc trước đây được xây dựng cho vị trí công việc này.

2. Viên chức:

Họ và tên: _____

Khoa/phòng: _____

Chức danh: _____

3. Mục đích của công việc (mô tả ngắn gọn, nêu những mục đích, nguyên nhân chính yếu về sự tồn tại của vị trí công việc này). Phần này không nên dài quá 3-4 câu: _____

4. Nhiệm vụ: Liệt kê theo thứ tự tầm quan trọng các nhiệm vụ chính của vị trí công việc này và ước tính phần trăm lượng thời gian dành cho mỗi nhiệm vụ (chức năng chính của công việc có thể không chiếm nhiều thời gian nhất). Tổng số thời gian thực hiện các công việc là 100%.

1. _____ %

2.		%
3.		%
4.		%
5.		%
6.		%
7.	Có khả năng thích ứng với những thay đổi một cách hiệu quả và thực hiện các nhiệm vụ cần thiết khác nếu được giao phó.	
	Tổng cộng:	100 %

5. Các mối quan hệ trong và ngoài đơn vị:
 Cán bộ giám sát: (người quản lý trực tiếp) _____
 Thẩm quyền báo cáo: _____
 Mối quan hệ bên ngoài: _____

6. Quyền hạn: _____

7. Các yêu cầu đối với người thực hiện: Liệt kê các yêu cầu theo nội dung sau:
 Bằng cấp: _____
 Kinh nghiệm: _____
 Kỹ năng, kiến thức, thái độ, hành vi: _____
 Kết quả công việc cần đạt được: _____
 Sự cam kết và xác nhận của của người quản lý và nhân viên:

Trên đây là mẫu bản mô tả công việc để người xây dựng bản mô tả công việc tham khảo. Tuy nhiên để ứng dụng trong thực tiễn, bản mô tả công việc cần được xây dựng trên cơ sở định hướng chiến lược, cơ cấu tổ chức, đặc thù của khoa/phòng và chức năng nhiệm vụ cụ thể của khoa/phòng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn những từ thích hợp điền vào chỗ trống:

1. Bản mô tả công việc là tập hợp ...A... về quyền lợi, nghĩa vụ, yêu cầu về trình độ và khả năng, nhận thức, mối quan hệ trong và ngoài đơn vị và tiêu chí đánh giá phân loại hàng năm đối với ...B....

2. Trách nhiệm xây dựng bản mô tả công việc như sau:
- A. Điều dưỡng trưởng khoa viết bản mô tả công việc cho từng vị trí nhân viên trong khoa.
- B. Điều dưỡng trưởng bệnh viện, trưởng khoa, trưởng phòng tổ chức cán bộ góp ý sửa đổi lần cuối.
- C.
3. Kể đủ 5 nội dung của bản mô tả công việc
- A.....
1. Quan hệ tổ chức
- C.....
- D.....
2. Điều kiện bổ nhiệm.

Bài 1.10: TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được mục tiêu, nội dung và trách nhiệm của 1 chương trình đảm bảo chất lượng bệnh viện.
- 1.2. Trình bày được khái niệm về tiêu chuẩn chất lượng và nội dung của tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc.
- 1.3. Trình bày được các phương pháp đánh giá.
- 1.4. Trình bày tiêu chuẩn đánh giá công tác chăm sóc toàn diện.

2. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Chương trình đảm bảo chất lượng tại bệnh viện

1.1. Mục tiêu

- Phân đầu cung cấp một cách tối ưu nhất từ nguồn lực sẵn có để đạt được chất lượng dịch vụ chăm sóc chăm trong bệnh viện.
- Đảm bảo thực hành nghề nghiệp và thực hành chăm sóc tại bệnh viện được đánh giá một cách chính xác thông qua sự đánh giá cả quá trình thực hiện chương trình đảm bảo chất lượng.
- Đảm bảo kết quả lượng giá được lồng ghép và thích hợp trong việc thực hiện các quy trình, thủ thuật, phẫu thuật của nhân viên trong toàn bệnh viện.
- Đảm bảo sử dụng cơ sở vật chất và dịch vụ của bệnh viện một cách năng xuất và hiệu quả
- Đảm bảo an toàn về môi trường và trang thiết bị của bệnh viện cho người bệnh, khách đến thăm và nhân viên y tế.
- Lồng ghép thực hành nghề nghiệp với những trách nhiệm đảm bảo chất lượng trong toàn bộ nhân viên của bệnh viện.

1.2. Nội dung

- Kiểm điểm lại sự chăm sóc người bệnh chủ yếu tập trung vào những giải pháp chăm sóc đã được thực hiện hoặc còn đang được lựa chọn hoặc có khiếm khuyết hay thiếu sót trong chăm sóc.
- Hoạt động giám sát liên tục dựa trên mục tiêu đã được xây dựng trong kế hoạch của chương trình đảm bảo chất lượng.
- Chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện một cách năng động, hiệu quả, có tính chất phòng ngừa và kiểm chế nhiễm khuẩn trong bệnh viện.
- Giáo dục liên tục cho nhân viên dựa trên sự nhận biết nhu cầu giáo dục thông qua chương trình đảm bảo chất lượng.
- Hệ thống thông tin tuyên truyền giữa các khoa khi mà có những thiếu sót xảy ra không chỉ là của một khoa.
- Hệ thống thông tin để giải quyết những thiếu sót thông qua những báo cáo những số liệu thu thập được.
- Hệ thống thống kê những thiếu sót đã được nhận biết và theo dõi để giải quyết.

1.3. Trách nhiệm

- Bộ Y tế, Sở Y tế có trách nhiệm trong việc thiết lập, duy trì và hỗ trợ chung trong việc đảm bảo chất lượng, ban hành những văn bản hướng dẫn về chức năng nhiệm vụ của Hội đồng đảm bảo chất lượng tại bệnh viện.
- Hội đồng đảm bảo chất lượng tại bệnh viện phải cam kết với Bộ Y tế, Sở Y tế về chất lượng chăm sóc điều trị tại bệnh viện và có trách nhiệm vận hành chương trình này tại bệnh viện chất lượng cao.

1.4. Tổ chức

- Giám sát công tác chăm sóc người bệnh thông qua những nhân viên có trách nhiệm được bệnh viện giao phó.
- Hội đồng đảm bảo chất lượng của bệnh viện sẽ kiểm điểm lại những hoạt động của chương trình, tổ chức những hội nghị, tập huấn, diễn đàn chuyên môn hướng dẫn, chỉ đạo và giải quyết những thiếu sót liên quan đến chất lượng thuộc phạm vi trách nhiệm của nhân viên.
- Hội đồng đảm bảo chất lượng của bệnh viện họp 1 tháng 1 lần và báo cáo tới hội đồng đảm bảo chất lượng cấp trên về tình hình chăm sóc và điều trị bệnh nhân của bệnh viện đã diễn ra trong một tháng.

1.5. Trách nhiệm của Hội đồng đảm bảo chất lượng bệnh viện.

- Đề cao vai trò chính của lâm sàng trong chăm sóc phục vụ người bệnh.
- Nhận định và đánh giá những hoạt động hiện tại của bệnh viện liên quan đến chất lượng.
- Thu nhận, lượng giá, sắp xếp những hoạt động đảm bảo chất lượng và những khiếm khuyết chăm sóc người bệnh.
- Chỉ ra những thiếu sót, khiếm khuyết trong chăm sóc thông qua sự đánh giá những thông tin và số liệu hiện tại.
- Kiểm điểm những thiếu sót và chỉ định những cá nhân thích hợp để thực hiện những nghiên cứu, đề xuất những giải pháp nhằm cải thiện chất lượng trên cơ sở những thiếu sót.
- Giám sát để giải quyết và giảm thiểu những thiếu sót có thể xảy ra.

1.6. Trách nhiệm của các khoa trong bệnh viện.

Mỗi khoa có trách nhiệm giám sát cung cấp dịch vụ và chăm sóc một cách thỏa đáng sự giám sát này thông qua việc xây dựng những tiêu chuẩn khách quan dựa trên ý kiến của người bệnh các khoa phải báo cáo những hoạt động của chương trình đảm bảo chất lượng tại khoa mình cho hội đồng đảm bảo chất lượng bệnh viện.

2. Tiêu chuẩn chất lượng và xây dựng tiêu chuẩn đánh giá chất lượng

2.1. Khái niệm tiêu chuẩn chất lượng.

- Một văn bản có giá trị được chính quyền công nhận và người có trách nhiệm ký ban hành nó quy định mức độ thực hành hoặc hàng loạt các điều kiện.
- Những chuẩn mực về kế hoạch thực hiện và tiếp cận chất lượng chăm sóc, chất lượng dịch vụ.
- Những công cụ chính mà người điều dưỡng sử dụng để hoàn thành vai trò, nhiệm vụ của mình.
- Công cụ để đo lường mức độ hoàn thành kế hoạch, hoàn thành nhiệm vụ của mỗi cá nhân và tập thể.

Để thực hiện được các tiêu chuẩn đã ban hành, mỗi đơn vị phải đặt ra kế hoạch thực hiện từng hoạt động để đạt được từng tiêu chuẩn đó.

2.2. Cơ sở pháp lý xây dựng tiêu chuẩn đánh giá công tác chăm sóc.

- Những quy định chức năng của mỗi cá nhân, mỗi đơn vị.
- Những văn bản pháp lý đã được ban hành như: trong công tác chăm sóc người bệnh, bộ tiêu chuẩn đánh giá công tác chăm sóc người bệnh và chống nhiễm khuẩn bệnh viện được ban hành tại quyết định số 934/ 2001/ QĐ – BHYT ngày 28/3/2002 được xây dựng trên cơ sở:
 - + Thông tư 11/BYT-TT ngày 31/ 8/ 1996 hướng dẫn thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện và củng cố hệ thống y tá, điều dưỡng trưởng.
 - + Quyết định 1895/ 1997/ BHYT- QĐ ngày 19/ 9/ 1997 về việc ban hành Quy chế bệnh viện.
 - + Chỉ thị số 05/ 2003/ BHYT- CT ngày 4/ 12/ 2003 về việc tăng cường công tác chăm sóc theo dõi tại các bệnh viện.
 - + Chỉ thị số 06/ 2005/ BHYT- CT về việc tăng cường công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc.

Tiêu chuẩn đánh giá phải được viết rõ ràng dưới dạng văn bản và phải được một người có quyền lực cho phép ban hành. Tiêu chuẩn đánh giá ban gồm các quy tắc, điều kiện thực hiện và hành động để tất cả mọi người được biết, hiểu được và thực hiện được. Tiêu chuẩn viết ra phải xác định viết cho ai? Cho người bệnh, nhân viên hay cho hệ thống tổ chức thực hiện công việc đó? Áp dụng hệ thống tổ chức nào?

Theo Kozier Barbara và Dona Bedian (Mỹ) có 3 lĩnh vực có thể đánh giá chất lượng chăm sóc và các tiêu chuẩn đó có thể phân thành 3 nhóm:

* Tiêu chuẩn cấu trúc:

- Tập chung vào những vấn đề cơ bản nhất như điều kiện để vận hành tổ chức hay đơn vị bao gồm những quy định về tổ chức quản lý, tổ chức phục vụ chăm sóc, đầu tư tài chính, phương tiện cho chăm sóc. Những nội dung của nhóm tiêu chuẩn này là điều kiện cần thiết để đảm bảo chăm sóc tốt và có ảnh hưởng gián tiếp tới chất lượng chăm sóc.

- Tiêu chuẩn cấu trúc: phải được viết theo mẫu của những văn bản chính sách, mô tả quy tắc của một hệ thống tổ chức và cách vận hành nó. Bao gồm: luật lệ, quy định, quy tắc, triết lý, phương châm, nhiệm vụ, mục đích, sự lựa chọn, định hướng, phát triển và sử dụng nhân viên.

- Các tiêu chuẩn này tạo nên nền tảng cho điều kiện thực hành tại bệnh viện. Để thực hiện được phương châm, triết lý của ngành các bệnh viện cần tổ chức lao động tại bệnh viện hiệu quả, lấy người bệnh làm trung tâm. Mọi cán bộ công chức trong bệnh viện đều phải thực hiện theo bảng mô tả công việc.

* Tiêu chuẩn qui trình: tiêu chuẩn qui trình có thể viết theo thể thức mô tả công việc, quy trình kỹ thuật, quy định hướng dẫn.

Để có được kết quả đánh giá, người đánh giá thường thực hiện bằng:

- Phỏng vấn hoặc nói chuyện với người bệnh để tìm hiểu xem người bệnh có được thực hiện đúng y lệnh không, có được giáo dục sức khỏe không, có được đáp ứng nhu cầu chăm sóc không.

- Kiểm tra hồ sơ ghi chép của điều dưỡng.

- Quan sát những hoạt động chuyên môn của thầy thuốc, của điều dưỡng.

* Tiêu chuẩn kết quả:

- Tiêu chuẩn kết quả hay còn gọi là tiêu chuẩn đầu ra chỉ rõ những kết quả đạt được. Chúng được viết ra dưới thể thức một mục tiêu. Những tiêu chuẩn này được sử dụng cho việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những hoạt động cho cả người bệnh và nhân viên.

- Nhóm tiêu chuẩn này tập trung vào tình trạng sức khỏe của người bệnh, những quyền lợi trong chăm sóc mà người bệnh được hưởng và sự thỏa mãn và hài lòng của họ với sự chăm sóc của nhân viên y tế.

- Tiêu chuẩn kết quả chăm sóc thường tập trung vào:

+ Sự thay đổi hành vi của người bệnh hướng tới mục tiêu khi xuất viện thể hiện là người bệnh hiểu biết bệnh tật của họ, biết tự chăm sóc và tự phòng bệnh.

+ Sự ghi nhận của người bệnh khi xuất viện (thư cảm ơn, cảm tưởng) là chứng cứ để chứng minh sự hình thành mục tiêu chăm sóc.

3. Phương pháp đánh giá

3.1. Đánh giá định kỳ thường xuyên.

Hình thức đánh giá này thường được các nhà quản lý sử dụng hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng nhằm mục đích đôn đốc, giám sát, nhân viên dưới quyền thực hiện tốt nhiệm vụ cá nhân và đơn vị. Các nhà quản lý cấp trên thường áp dụng hình thức đánh giá theo quý, nửa năm, một năm. Các tiêu chuẩn đánh giá thường xuyên được ban hành và thông báo trước cho đơn vị rà soát, tự đánh giá. Cấp trên đánh giá cấp dưới có thể sử dụng những kết quả đánh giá của đơn vị và chỉ phú tra một số điều cần thiết hoặc cấp trên có thể đánh giá lại toàn bộ theo tiêu chuẩn đánh giá được thông báo.

3.2. Đánh giá đột xuất

Là sự đánh giá không được thông báo trước. Hình thức đánh giá này thường được tập trung đánh giá sâu theo chuyên đề. Hình thức đánh giá này mang tính khách quan và hiệu quả, nhưng không bao trùm được hết các nội dung công tác của đơn vị, cá nhân. Hình thức đánh giá này thường gặp phải sự phản ứng của cá nhân và đơn vị được đánh giá nếu cán bộ

đánh giá non nghiệp vụ, tiêu chuẩn đánh giá không rõ ràng hoặc không được xây dựng trên những chuẩn mực đã được thông báo tới đơn vị.

3.3. Đánh giá định kỳ xen kẽ đột xuất.

Đơn vị đánh giá thông báo trước nội dung, tiêu chuẩn đánh giá nhưng không thông báo trước thời gian cụ thể đánh giá cho đơn vị được đánh giá. Hình thức đánh giá này dung hòa được cả 2 hình thức trên.

4. Tiêu chuẩn đánh giá công tác chăm sóc toàn diện.

Được Bộ y tế điều chỉnh hàng năm để sử dụng kiểm tra các bệnh viện

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chương trình đảm bảo chất lượng tại bệnh viện có các mục tiêu sau, ngoại trừ:

- A. Cung cấp một cách tối ưu nhất từ những nguồn lực sẵn có.
- B. Thực hành chăm sóc tại bệnh viện được đánh giá một cách chính xác.
- C. Đảm bảo an toàn về môi trường cho người bệnh, khách đến thăm và nhân viên y tế.
- D. Đảm bảo kết quả trong việc thực hiện quy trình thủ thuật của Điều dưỡng.

2. Có mấy nhóm đánh giá tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc?

- A. 1 nhóm
- B. 2 nhóm
- C. 3 nhóm
- D. 4 nhóm

3. Hội đồng đảm bảo chất lượng bệnh viện có trách nhiệm sau:

- A. Đề cao vai trò chính của lâm sàng trong chăm sóc phục vụ người bệnh.
- B. Nhận định và đánh giá những hoạt động liên quan đến chất lượng.
- C. Thu nhận, lượng giá, những hoạt động đảm bảo chất lượng chăm sóc người bệnh.
- D. Tất cả đúng.

4. Các khoa trong bệnh viện có trách nhiệm sau:

- A. Giám sát
- B. Cung cấp dịch vụ và chăm sóc một cách thỏa đáng.
- C. Báo cáo những hoạt động của chương trình đảm bảo chất lượng cho hội đồng.
- D. Tất cả đúng.

5. Tiêu chuẩn đánh giá công tác chăm sóc toàn diện được Bộ Y tế điều chỉnh mấy năm một lần để sử dụng kiểm tra các bệnh viện?

- A. 1 năm
- B. 2 năm
- C. 3 năm
- D. 4 năm

Bài 1.11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TOÀN DIỆN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe
- 1.2. Trình bày được các phương pháp tiếp cận trong chăm sóc sức khỏe
- 1.3. Trình bày được định nghĩa, nội dung và mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện

2. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

Cách đây vài chục năm người ta đã đặt ra câu hỏi sức khỏe là gì Và nó có ý nghĩa gì đối với cuộc sống của mỗi người một câu hỏi tưởng chừng như đơn giản nhưng câu trả lời không đơn giản chút nào Mỗi chúng ta quan niệm về sức khỏe khác nhau phụ thuộc vào quan niệm về giá trị tín ngưỡng kinh nghiệm và điều kiện kinh tế xã hội của mỗi cá thể các nhà nghiên cứu sức khỏe cho rằng phân tích các câu trả lời sức khỏe là gì của mỗi cá thể có thể giúp chúng ta đưa ra dự báo ai sẽ chết trong thập kỷ tới mà không cần phải thăm khám thực thể hoặc làm các xét nghiệm chẩn đoán

Người bệnh không chỉ có nhu cầu về chữa bệnh mà nhu cầu về thể chất tinh thần xã hội và nhu cầu thiết lập mối quan hệ với bác sĩ và điều dưỡng chăm sóc người bệnh toàn diện trực tiếp tác động tới chất lượng điều trị và phục vụ người bệnh tác động làm giảm tỷ lệ tử vong tỷ lệ biến chứng rút ngắn hay nằm viện làm tăng sự tín nhiệm và sự hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện vì thế chăm sóc toàn diện phải được đặt ra là một chương trình nâng cao chất lượng của tất cả các bệnh viện.

1. Quan niệm và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe.

1.1. Một số quan niệm về sức khỏe.

- Không bị bệnh nặng trừ các bệnh như cảm cúm
- Tự cảm thấy hài lòng về bản thân. Hòa thuận với gia đình và bạn bè
- Có việc làm và thu nhập ổn định. Tập thể dục điều đặn
- Tất cả các bộ phận trong cơ thể điều khỏe mạnh. Không bị nhầm lẫn hoặc lãng quên
- Có chiều cao và cân nặng lý tưởng
- Thích ứng dễ dàng khi có các thay đổi lớn trong cuộc sống
- Không bị stress
- luôn có cảm giác an toàn
- Vui thú với các hình thức đơn giản
- Làm được những việc mình muốn
- Lúc nào cũng có cảm giác ăn ngon miệng
- Không bị mất ngủ

Đa số cho rằng “ sức khỏe nghĩa là không có bệnh tật” sức khỏe là khả năng chống đỡ với các nhiễm khuẩn và đương đầu với stress. Tầng lớp lao động quan tâm nhiều đến sức khỏe thể chất, Giới trung lưu quan tâm hơn đến sức khỏe tinh thần và tình cảm. Người già cho rằng sức khỏe là thực hiện được các hoạt động mong muốn. Cụ già có thể nói hôm nay tôi khỏe vì bệnh viêm khớp mạn của bà hôm nay đỡ vì có thể đi dạo được. Một người hút thuốc lá ho khạc đờm nhiều về buổi sáng, đối với ông ta có thể là dấu hiệu bình thường.

1.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe

- Yếu tố cá nhân: tuổi, giới tính, tính cách cá nhân, phong cách sống, tính di truyền trong gia đình...
- Môi trường trực tiếp bao gồm: nhà ở, hoàn cảnh kinh tế của mỗi cá nhân, gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, hàng xóm, vệ sinh hoàn cảnh, môi trường làm việc...
- Môi trường gián tiếp: kinh tế, xã hội, y tế, giáo dục, chiến tranh, tệ nạn xã hội, thiên tai, hỏa hoạn, khí hậu, thời tiết, không khí...

2. Các cách tiếp cận chăm sóc sức khỏe

Trên cơ sở nghiên cứu định nghĩa, khái niệm và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của mỗi cá nhân giúp chúng ta hiểu được giá trị và ý nghĩa công việc làm của mình. Để đạt được sức khỏe tối đa cho người bệnh mà chỉ tập trung vào chữa bệnh thì sẽ không đủ mà phải thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp khác nhau. Dưới đây là cách tiếp cận về chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

2.1. Tiếp cận y học

- Mục đích là làm sao cho người bệnh không bị mắc bệnh tật như các bệnh truyền nhiễm, các bệnh không truyền nhiễm như tiểu đường, ung thư các bệnh tim mạch và biện pháp chủ yếu là can thiệp phòng bệnh. Một khi đã bị bệnh thì người bệnh được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc kịp thời để mau lành bệnh và tránh được các biến chứng về sau. Hoặc nếu có di chứng thì phục hồi để giảm bớt những khó khăn cho người bệnh.

2.2. Tiếp cận về giáo dục sức khỏe

- Mục đích là đưa ra các cơ hội để người bệnh học tập hiểu biết về sức khỏe và cam kết thay đổi hành vi của họ. Chương trình giáo dục sức khỏe bao gồm: cung cấp thông tin, tìm hiểu các giá trị và thái độ người bệnh về sức khỏe mang tính hiểu biết cao. Trên cơ sở các sức khỏe thông tin của bác sĩ và điều dưỡng, người bệnh chủ động tham gia vào quá trình điều trị và chăm sóc cho họ và đưa ra các quyết định cho chính bản thân họ. Nhưng bác sĩ và điều dưỡng đánh giá cao cách tiếp cận này sẽ thường xuyên đưa các chương trình giáo dục sức khỏe cho các cá nhân và nhóm người bệnh và trở thành mối quan tâm của họ trong công việc thực hành chăm sóc người bệnh hàng ngày. Người ta chia giáo dục sức khỏe thành ba cấp độ. Giáo dục sức khỏe cấp 1 dành cho những người khỏe mạnh với mục đích là phòng ngừa bệnh như tiêm chủng, kế hoạch hóa gia đình, dinh dưỡng đồng thời nâng cao chất lượng sức khỏe. Giáo dục cấp 2 khi người dân đã bị bệnh và đau ốm, mục đích của giáo dục là làm cho người bệnh biết được tình trạng bệnh và sức khỏe hiện tại của họ để ngăn ngừa bệnh chuyển sang mạn tính, giảm bớt biến chứng của bệnh và học cách tự chăm sóc cho bản thân của họ.

- Giáo dục sức khỏe cấp ba đối với những người bệnh mà bệnh tật của họ không thể điều trị khỏi hoàn toàn được và cũng có những người bị tật nguyên vĩnh viễn vì vậy người điều dưỡng phải hướng dẫn họ biết cách tận dụng phần còn lại về sức khỏe của họ để có ích cho cuộc sống và tránh được các rủi ro nguy cơ có thể xảy ra. Chương trình phục hồi chức năng mang nội dung giáo dục sức khỏe cấp ba rất quan trọng.

2.3. Tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm

- Mục đích là bác sĩ và điều dưỡng cùng với người bệnh đưa ra 1 kế hoạch chăm sóc cho người bệnh. Người bệnh tham gia chủ động vào quá trình chăm sóc, điều trị và đưa ra các quyết định và lựa chọn theo mỗi quan tâm và giá trị của chính họ. Trong cách tiếp cận này, vai trò của người điều dưỡng là giúp người bệnh nhận ra khả năng và những nguy cơ của bệnh và giúp họ những kiến thức và kỹ năng cần thiết để đạt được những thay đổi thành hiện thực. Cách tiếp cận này làm thay đổi những quan niệm trước đây, đã là người bệnh thì chỉ biết chấp nhận những quyết định của thầy thuốc và điều dưỡng và chính bản thân người bệnh cũng lệ thuộc và phó thác tính mạng mình cho thầy thuốc, điều dưỡng và bệnh viện. Cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm sẽ trao quyền cho người bệnh và xem học là trung tâm của vấn đề sức khỏe của chính họ. Người bệnh được đánh giá ngang hàng với thầy thuốc và điều dưỡng và có khả năng đóng góp vào quá trình chăm sóc và điều trị cho chính họ.

2.4. Tiếp cận nhằm thay đổi môi trường

- Mục đích là nhằm thay đổi môi trường sống, môi trường tự nhiên, môi trường làm việc, môi trường kinh tế và xã hội của người bệnh theo hướng có lợi cho sức khỏe. Những người đánh giá cao phương thức tiếp cận này sẽ đưa chương trình y tế vào trong các chương trình phát triển xã hội và các chương trình nghị sự của các cấp chính quyền đồng thời coi trọng mối liên hệ với các y tế cơ sở trong việc chăm sóc và theo dõi người bệnh sau khi ra viện.

3. Định nghĩa chăm sóc người bệnh toàn diện

3.1. Từ quan điểm của người cung cấp dịch vụ y tế

- Chăm sóc toàn diện được hiểu là ” dịch vụ y tế tổng hợp được thực hiện một cách đồng bộ, bởi bác sĩ, y tá - điều dưỡng, dược sĩ mọi nhân viên y tế trong bệnh viện và sự tham gia của người bệnh”.

- Định nghĩa trên khắc phục nhận thức chưa đầy đủ của một số người cho rằng chăm sóc toàn diện chỉ là nhiệm vụ của phòng y tá – điều dưỡng và của các điều dưỡng viên. Đồng thời định nghĩa này đưa ra 1 quan niệm mới về vai trò của người bệnh trong việc tham gia đưa ra các quyết định về điều trị và chăm sóc cho chính họ. Trước đây việc điều trị cho 1 người bệnh hầu như chỉ do người thầy thuốc quyết định, người bệnh chấp nhận tất cả những quyết định của thầy thuốc trong việc điều trị cho họ và vì thế họ phó thác tính mạng mình cho thầy thuốc. Ngày nay người ta khuyến khích và trao quyền cho người bệnh đưa ra các quyết định điều trị và chăm sóc cho chính họ trên cơ sở sự giải thích đầy đủ và lời khuyên của thầy thuốc và điều dưỡng. Đặc biệt là đối với một số bệnh mạn tính như tiểu đường, bệnh thận, cao huyết áp... Nếu người bệnh không chủ động tham gia vào quá trình điều trị thì sẽ không thể thành công. Do đó, sự tham gia của người bệnh trong nhóm chăm sóc là rất quan trọng.

3.2. Từ quan điểm của người bệnh

Chăm sóc toàn diện được hiểu là “ sự chăm sóc đáp ứng các nhu cầu cơ bản của người bệnh hàng ngày về thể chất, tinh thần và xã hội”. Định nghĩa này giúp chúng ta hình dung được bức tranh về nội dung của công tác chăm sóc người bệnh toàn diện không chỉ các nhu cầu chữ bệnh mà còn nhu cầu của 1 con người như: ăn, mặc, ở, vệ sinh cá nhân, giao tiếp với thầy thuốc và điều dưỡng, hiểu biết về chăm sóc và phòng bệnh,... Những nhu cầu này càng trở nên thiết yếu và trực tiếp tác động đến chất lượng điều trị cũng như sự hài lòng của người bệnh.

4. Nội dung và mô hình chăm sóc toàn diện

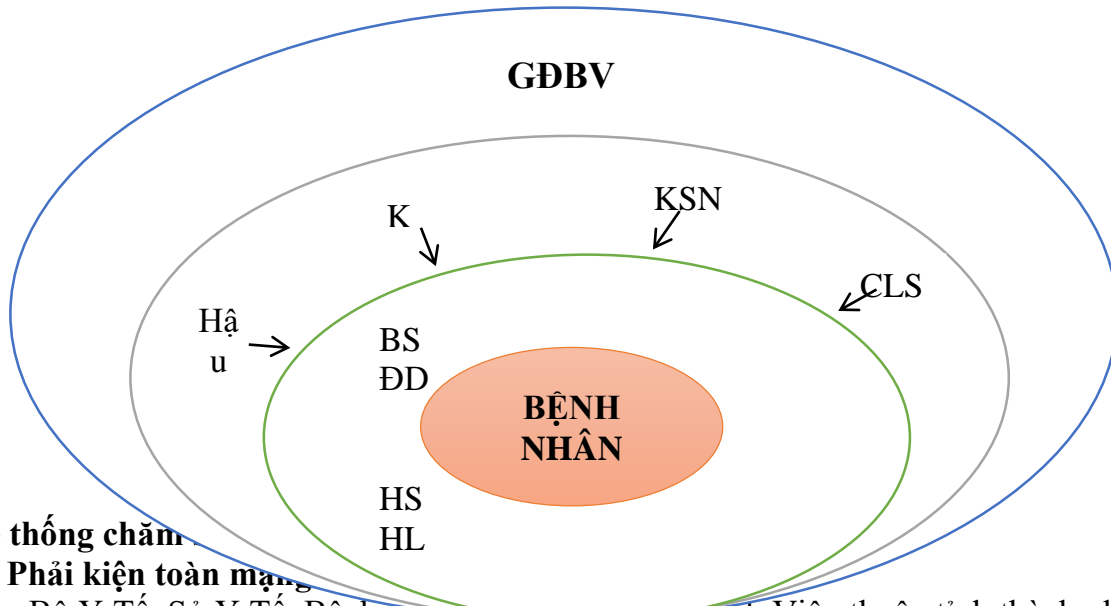
4.1. Nội dung chăm sóc toàn diện

- Các chăm sóc về y tế như chẩn đoán điều trị của các thầy thuốc và việc thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, các quy trình chuyên môn của người điều dưỡng để phục vụ cho việc chăm sóc bệnh. Những nội dung này căn bản hướng tới điều trị bệnh là chính.
- Chăm sóc thể chất liên quan tới thực hiện các chức năng cơ thể là vấn đề ăn, mặc, ở và môi trường buồng bệnh an toàn, tránh được các nguy cơ nhầm lẫn thuốc, phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Chăm sóc sức khỏe tinh thần. Nhiều khi người ta quan niệm khỏe mạnh ồm đau là sự phân loại về tinh thần, chẳng hạn người ta hay dùng từ “ khó ở” để chỉ một người không được khỏe mạnh dẫn đến có các biểu hiện khác thường về tâm trạng, cảm xúc và tinh thần. Đây là loại sức khỏe liên quan đến niềm tin y tế, tín ngưỡng và ý chí cũng như tập luyện của người bệnh. Các nguyên tắc giao tiếp và ứng xử của thầy thuốc, điều dưỡng sẽ giúp người bệnh củng cố được niềm tin và tìm thấy sự yên tâm, tin tưởng trong quá trình điều trị.
- Chăm sóc sức khỏe về phương diện xã hội sức khỏe của mỗi cá nhân liên quan chặt chẽ tới sức khỏe của gia đình và sức khỏe của xã hội liên quan đến người đó. Một cá nhân không thể có sức khỏe trong một gia đình hay xã hội ốm yếu. Vì một gia đình và xã hội như vậy sẽ không thể cung cấp các nhu cầu cơ bản về thể chất, tinh thần cho người bệnh được. Ví dụ, người bệnh không thể khỏe mạnh nếu không có đủ nhu cầu về dinh dưỡng, nhà ở, không gian buồng bệnh nơi nằm điều trị cũng như ở những nơi mà quyền của người bệnh bị gạt bỏ. Người bệnh không thể khỏe mạnh khi họ bị phụ thuộc và bị coi thường trong khi nằm điều trị.

4.2. Mô hình chăm sóc toàn diện

- Mô hình được xây dựng dựa trên nguyên tắc chăm sóc toàn diện là nhiệm vụ của toàn bệnh viện. Mô hình gồm ba hệ thống chính:
 - Vòng ngoài: sự chỉ đạo và đầu tư nguồn lực của giám đốc bệnh viện là yếu tố quyết định sự thành công. Các phòng chức năng có trách nhiệm trực tiếp chỉ đạo thực hiện và phối hợp giữa các bộ phận trong toàn bệnh viện.
 - Vòng giữa: mô hình với các mũi tên điều quay vào thay cho hiện nay các mũi tên điều quay ra. Các bộ phận cận lâm sàng và hậu cần sẽ hướng về buồng bệnh để phục vụ và đem dịch vụ đến khoa lâm sàng. Nếu thực hiện được điều này, sẽ giữ được người điều dưỡng bên cạnh người bệnh thay vì làm quá nhiều công việc gián tiếp và rời xa người bệnh.

- Vòng trong : Là nhóm chăm sóc nòng cốt bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý, học sinh
- sinh viên, người bệnh và người nhà. Mỗi thành viên có vai trò riêng, hiệu quả của nhóm phụ thuộc vào sự phối hợp, sự tôn trọng và chất lượng điều trị, điều dưỡng viên vừa là người thực hiện các ý định điều trị của thầy thuốc, vừa là người chăm sóc và vừa là người phối hợp với cá nhân cùng tham gia chăm sóc người bệnh.



5. Hệ thống chăm sóc

1. Phải kiện toàn mạng lưới

Bộ Y Tế, Sở Y Tế, Bệnh Viện thuộc Bộ Y Tế, Bệnh Viện thuộc tỉnh thành phố trực thuộc trung ương, Bệnh Viện ngành, trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh (sau đây gọi là trung tâm y tế) điều dưỡng trưởng khối, điều dưỡng trưởng khoa trong bệnh viện. Đảm bảo tỉ lệ 1 bác sĩ có 2,5 y tá – điều dưỡng làm đúng nghề đào tạo và giao nhiệm vụ cho y tá – điều dưỡng trưởng theo quy định của bộ y tế. Y tá – điều dưỡng trưởng có trách nhiệm thực hiện tốt chức trách được giao.

2. Thành lập ban chỉ đạo chăm sóc người bệnh toàn diện trong các bệnh viện

- Giám đốc bệnh viện làm trưởng ban, trong phòng y tá điều dưỡng làm thường trực trưởng các phòng chức năng, trưởng khoa dinh dưỡng, trưởng khoa chống nhiễm khuẩn, trưởng khoa dược và đại diện trưởng khoa lâm sàng (do giám đốc bệnh viện lựa chọn) là thành viên. Ban chỉ đạo có nhiệm vụ xây dựng kế hoạch tổ chức thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện trong toàn bệnh viện.

3. Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm tổ chức huấn luyện

- Cập nhật kiến thức và kỹ năng cho các bác sĩ y tá điều dưỡng hộ lý về nội dung chăm sóc người bệnh toàn diện chống nhiễm khuẩn kỹ năng giao tiếp đảm bảo nhân lực trang thiết bị để thực hiện chăm sóc toàn diện. Tổ chức các dịch vụ đáp ứng nhu cầu vật chất và tinh thần cho người bệnh, tổ chức tốt phong trào thi đua chăm sóc người bệnh toàn diện và định kỳ đánh giá kết quả thực hiện.

4. Trưởng khoa của bệnh viện có trách nhiệm tổ chức các nhóm chăm sóc toàn diện.

- Chăm sóc toàn diện mỗi nhóm phải có đầy đủ bác sĩ y tá điều dưỡng hộ lý và phải chịu trách nhiệm thực hiện các nội dung chăm sóc toàn diện và chẩn đoán điều trị theo dõi

chăm sóc giáo dục sức khỏe đúng thuốc hợp lý an toàn đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh theo chế độ bệnh lý cung cấp đủ quần áo đồ giải cho người bệnh có lịch đi buồn hàng ngày để theo dõi tiếp xúc với người bệnh.

5. Các khoa xét nghiệm, dược, chống nhiễm khuẩn và khoa dinh dưỡng phải cung cấp dịch vụ đến các khoa lâm sàng.

- Phải cung cấp dịch vụ đến các khoa lâm sàng để tạo điều kiện cho y tá điều dưỡng có nhiều thời gian trực tiếp chăm sóc Phục vụ người bệnh.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Chăm sóc toàn diện là nhiệm vụ của:

- A. Điều dưỡng B. Bác sĩ
C. Lãnh đạo bệnh viện D. Toàn thể cán bộ, nhân viên bệnh viện

2. Sức khỏe là gì?

- A. Không có bệnh tật B. Chống lại sự nhiễm trùng
C. Tinh thần thoải mái D. Tất cả đúng

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, ngoại trừ:

- A. Phong cách sống, tính di truyền trong gia đình.
B. Hoàn cảnh kinh tế của cá nhân, gia đình.
C. Giới tính của con người.
D. Y tế, giáo dục, tệ nạn xã hội.

4. Mô hình chăm sóc toàn diện gồm mấy vòng:

- A. 2 vòng B. 3 vòng
C. 4 vòng D. 5 vòng

5. Nguyên tắc của chăm sóc người bệnh toàn diện là:

- A. Lấy thực hiện nhiệm vụ làm trung tâm
B. Lấy sự an toàn người bệnh làm trung tâm
C. Lấy sự hài lòng của người bệnh làm trung tâm
D. Lấy người bệnh làm trung tâm

Bài 1.12. ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN

MỤC TIÊU CỦA BÀI: Sau khi học xong bài này người sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

Trình bày được lợi ích của ứng dụng công nghệ thông tin về quản lý hồ sơ bệnh án

2. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3. Kỹ năng:

3.1. Nhập hồ sơ bệnh án

3.2. Truy xuất thông tin

1. Một số vấn đề nan giải của y tế Việt Nam hiện nay

Y tế Việt Nam hiện nay đang gặp một số vấn đề nan giải. Mặc dù các cấp lãnh đạo đã tìm và thực hiện nhiều giải pháp nhưng vẫn chưa giải quyết tốt.

Đối với bệnh nhân: tình trạng quá tải bệnh viện là vấn đề thời sự. Một giường bệnh chứa 3-4 bệnh nhân. Rủi ro trong điều trị xảy ra do trình độ tay nghề bác sĩ yếu kém. Đơn thuốc viết tay, chữ xấu của bác sĩ là một nguồn rủi ro to lớn cho bệnh nhân. Nhìn chung, người dân hưởng lợi rất ít, thậm chí nhiều rủi ro từ ngành y tế. Hồ sơ bệnh nhân thường do bệnh viện giữ lại gây khó cho việc khám lại ở nơi khác.

Đối với nhân viên y tế: với tình trạng quá tải, bác sĩ không có đủ thì giờ để nghiên cứu kỹ từng ca bệnh để phục vụ tốt nhất. Vì bận làm thêm để tăng thu nhập nên ít bác sĩ chịu khó nghiên cứu, đọc sách để tăng kiến thức. Dữ liệu bệnh án mặc dù được lưu lại tại kho hồ sơ nhưng ít khi được khai thác. Mặt khác, dữ liệu được ghi trong hồ sơ rất ít thông tin có giá trị vì không được ghi chép một cách có hệ thống chuẩn hóa.

Đối với lãnh đạo bệnh viện: số liệu do cấp dưới báo cáo lên thường không đồng bộ, không khớp nhau. Tình trạng không kiểm soát được hoạt động tài chính, hoạt động dược... dẫn đến thất thoát tài sản công. Tài chính bệnh viện luôn luôn bị thâm hụt, cần phải được ngân sách bổ sung thường xuyên.

Đối với các cấp quản lý y tế: số liệu được cung cấp từ các bệnh viện thường không chính xác, chậm trễ. Tình hình dịch bệnh không được kiểm soát ngay lập tức. Thông tin tổng quát về y tế không đầy đủ. Từ đó không thể ra các quyết định điều hành kịp thời và hợp lý.

2. Ứng dụng CNTT trong giải quyết vấn đề y tế:

Ngày nay ứng dụng CNTT trong y tế (e-health) đã góp phần giải quyết các vấn nạn trên một cách hữu hiệu. CNTT đã thâm nhập vào nhiều lĩnh vực của y tế làm thay đổi diện mạo hoạt động chăm sóc sức khỏe ngày nay.

Các thiết bị y khoa điện tử: ngày nay các thiết bị y tế điện tử ra đời giúp chẩn đoán chính xác. Chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện các thương tổn sâu bên trong cơ thể. Máy xét nghiệm làm đơn giản hóa công việc xét nghiệm, cho kết quả chính xác. Các thiết bị điện tâm đồ, điện não đồ được số hóa... Tất cả các loại thiết bị y tế này đều ứng dụng CNTT kết hợp với kỹ thuật điện tử để cho kết quả chẩn đoán ngoài sức tưởng tượng. Nhờ đó, công việc chẩn đoán bệnh chính xác góp phần điều trị hiệu quả hơn.

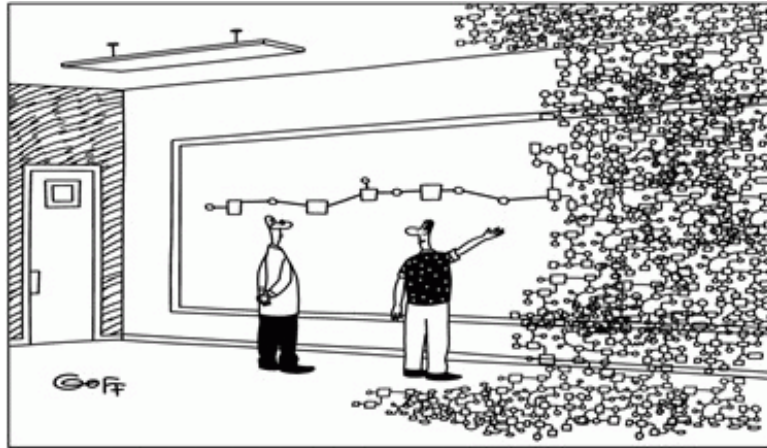
Các phương tiện truyền thông: như Internet, bộ tìm kiếm thông tin Google, phim ảnh được post lên Youtube, các trang thông tin y khoa... đã cung cấp nhiều thông tin y khoa mới nhất đến các bác sĩ. Hầu hết các bác sĩ đã có máy tính để truy cập internet để học tập và nghiên cứu, xóa khoảng cách kiến thức giữa các vùng địa lý.

Các bộ phần mềm trợ giúp thống kê: đơn giản như Excel hay chuyên nghiệp như SPSS đã giúp các bác sĩ trong việc làm nghiên cứu khoa học. Một số bệnh viện đã có ngân hàng dữ liệu, giúp khai thác trong thống kê, nghiên cứu.

Các phần mềm quản lý tổng thể bệnh viện và quản lý bệnh nhân: đã được hình thành và đưa vào sử dụng thực tế. Trong đó, có các phân hệ quản lý bệnh nhân từ đầu vào đến đầu ra, có các phân hệ quản lý bệnh viện toàn diện, bao gồm quản lý nhân sự, quản lý tài sản, quản lý tài chính, quản lý hành chính... Những hệ thống này trước đây còn rời rạc, nay đã được xây dựng trên một hệ thống cơ sở dữ liệu tập trung, thống nhất.

Ứng dụng CNTT trong quản lý bệnh viện.

Do tính phức tạp và đa dạng của các chuyên ngành y khoa, do tính đa dạng của mô hình và quản lý bệnh viện cho nên việc thiết kế một bộ phần mềm quản lý bệnh viện tổng thể dùng chung cho các bệnh viện là cực kỳ khó khăn, phức tạp. Các quốc gia giàu có như Mỹ, Anh Quốc, Canada, Úc... đã đầu tư nhiều tiền để trang bị một hệ thống y tế điện tử quốc gia dùng chung cho các bệnh viện nhưng cho đến thời điểm cuối năm 2011 vẫn chưa có quốc gia nào đạt đến trình độ này. Các bệnh viện chỉ ứng dụng đến mức quản lý thông tin bệnh nhân trong phạm vi bệnh viện. Đa phần các tính năng quản lý còn rời rạc, chưa kết nối thành 1 hệ thống hoàn chỉnh



"This is where the idea for the new EHR starts getting a little complicated."

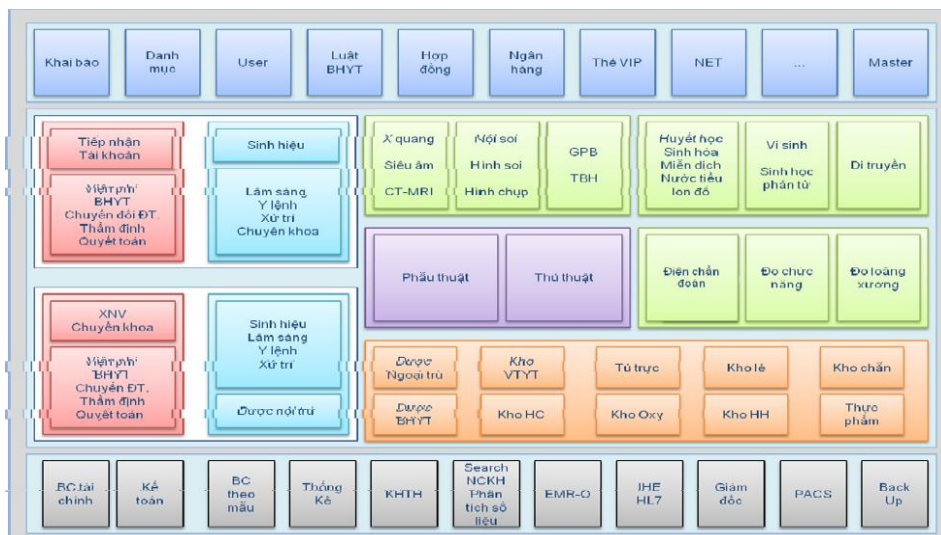
. Đây là nơi ý tưởng cho bệnh án điện tử bắt đầu gặp chút rắc rối". Tranh: GOFF.

Hiện nay tại Việt Nam đã có phần mềm đầy đủ tính năng quản lý liên hoàn trên cùng một hệ thống. Các chức năng của phần mềm được phân thành các phân hệ dành cho từng đối tượng riêng. Dưới đây là liệt kê và tóm tắt chức năng chính của hệ thống phần mềm quản lý bệnh nhân.

3. Hệ thống quản lý bệnh nhân (Patient Information Management System - PIS):

Hệ thống quản lý bệnh nhân ghi chép thông tin của bệnh nhân từ khi bắt đầu nhập viện đến khi xuất viện. Mỗi giai đoạn giao dịch của bệnh nhân với bệnh viện đều được ghi nhận bằng máy tính. Ở đây chỉ mô tả những vấn đề quan trọng mà các phân hệ chức năng cần kiểm soát.

Sơ đồ tính năng trong phân hệ quản lý thông tin bệnh nhân.



3.1. Tiếp nhận – thu phí – BHYT:

Chức năng tiếp nhận giúp ghi thông tin định danh bệnh nhân như họ tên, tuổi, giới. Ghi nhận thông tin theo từng đợt khám như nơi chuyên đến, chẩn đoán tuyến trước... Xếp loại đối tượng bệnh nhân.

Chức năng thu phí: tùy theo loại đối tượng bệnh nhân mà cách tính phí khác nhau. Điều này quan trọng vì cách tính phí của BHYT khác nhau tùy đối tượng.

Chức năng kiểm tra BHYT: sau mỗi đợt khám, phần mềm sẽ tự kiểm tra tính hợp lệ cho đối tượng BHYT và lưu thông tin hóa đơn để lập báo cáo tài chính BHYT.

Phần mềm có chức năng chuyển đổi đối tượng để giải quyết các vấn đề quên thẻ hoặc thẻ hết hạn sử dụng.

Phân hệ phòng khám:

Bảng danh sách bệnh nhân chờ: BN đăng ký khám phòng khám nào thì tên bệnh nhân sẽ vào danh sách chờ của phòng khám đó.

Chức năng ghi sinh hiệu, tiền sử bệnh, các tình trạng đặc biệt như có thai, cho con bú, bệnh tiểu đường... làm cơ sở cho việc kê đơn thuốc an toàn.

Chức năng khám, ghi triệu chứng.

Chức năng ghi y lệnh, chỉ định cận lâm sàng. Chức năng này giúp BS hoàn tất 1 y lệnh một cách nhanh chóng. BS biết giá tiền của một phiếu chỉ định để tùy chỉnh cho từng bệnh nhân.

Chức năng kê đơn thuốc: các đơn thuốc được tự động hóa về cách kê đơn, kiểm tra trùng thuốc, trùng hoạt chất, tương tác thuốc, chống chỉ định trong trường hợp đặc biệt.

Các xử trí khác: chuyển khám chuyên khoa khác, chuyển viện, nhập viện, tư vấn, bỏ khám.

3.2. Phân hệ chẩn đoán có hình ảnh:

Phương tiện y khoa ngày nay cung cấp nhiều hình ảnh giúp chẩn đoán rõ ràng, chính xác như X quang, nội soi, siêu âm, CT. MRI...

Các phương tiện này có tính năng chụp lại hình ảnh y khoa theo định dạng DICOM và NON- DICOM. Các hình ảnh này được lưu vào hồ sơ bệnh nhân và dễ dàng được truy tìm theo mã bệnh nhân hoặc theo chẩn đoán.

3.3. Phân hệ xét nghiệm:

Phân hệ xét nghiệm ghi nhận kết quả xét nghiệm và kết nạp tự động vào hồ sơ bệnh nhân. Các kết quả xét nghiệm được cảnh báo số liệu bất thường.

Các máy xét nghiệm đời mới đều có chức năng xuất kết quả xét nghiệm ra máy tính. Hệ thống phần mềm tự động nhập kết quả từ máy xét nghiệm vào hồ sơ bệnh nhân.

3.4. Phân hệ dược ngoại trú:

Chức năng nhập thuốc, định giá thuốc, xuất thuốc được thiết kế nhiều option tùy mô hình quản lý của bệnh viện.

Phân hệ dược nối kết với phân hệ đơn thuốc điện tử để cung cấp thông tin về số lượng, đơn giá cho bác sĩ biết. Ngược lại, các đơn thuốc của BS cũng được chuyển đến phân hệ dược để khoa dược xuất bán mà không cần phải nhập liệu và tính toán lại.

Dược ngoại trú BHYT dùng để phát thuốc cho đối tượng BHYT có mối quan hệ chặt chẽ với phân hệ thẩm định BHYT, chỉ cấp thuốc sau khi đã được duyệt.

3.5. Phân hệ quản lý nội trú:

Chức năng quản lý xuất nhập viện: mô phỏng lại tờ bì bệnh án. Các thông tin về nhập viện, xuất viện, chuyển khoa, kết quả điều trị... được lưu vào dữ liệu để xuất thành các báo cáo theo từng tiêu chí.

Chức năng ghi bệnh án và y lệnh: bác sĩ ghi bệnh án nhập viện và bệnh án hàng ngày vào phần mềm, tương đương với tờ ruột bệnh án.

Chức năng quản lý dịch vụ: mỗi bệnh nhân nhập viện đều có hưởng các dịch vụ y tế.

Chức năng quản lý dược nội trú: đây là hệ thống phức tạp. Các thuốc được kê đơn sẽ được tổng hợp và chuyển đến các kho dược; nhập thuốc từ các kho dược về phân phối lại cho bệnh nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Khi xây dựng phần mềm cốt lõi, chúng ta cần quan tâm đến vấn đề gì?

- A. Kinh phí
- B. Con người
- C. Nhân lực
- D. Ngôn ngữ lập trình phải thống nhất

Câu 2: Ý nghĩa hồ sơ sức khỏe điện tử đối với người dân, Ngoại trừ:

- A. Giúp người dân biết và tự quản lý thông tin sức khỏe liên tục, suốt đời của mình
- B. Cung cấp thông tin sức khỏe nhanh chóng, chính xác
- C. Thủ tục phức tạp, khó sử dụng
- D. Cho phép người dân có thể chia sẻ thông tin điện tử về sức khỏe của mình tại bất kỳ cơ sở khám chữa, bệnh nào trên cả nước

Câu 3: Những khó khăn thách thức khi thực hiện hồ sơ sức khoẻ điện tử, ngoại trừ ?

- A. Chỉ đạo của các cấp lãnh đạo bệnh viện chưa chủ động
- B. Người dân ở xa chưa nắm bắt kịp thông tin
- C. Ghi chép bằng máy tính diễn ra phức tạp mất thời gian công việc
- D. Dễ dàng tiếp cận công nghệ

Chương 2. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bài 2.1: VAI TRÒ NGHIÊN CỨU ĐIỀU DƯỠNG

Mục tiêu bài học

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được 4 vai trò của nghiên cứu điều dưỡng
- 1.2. Trình bày được 4 lĩnh vực của nghiên cứu điều dưỡng
- 1.3. Trình bày được đặc điểm của nghiên cứu điều dưỡng

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng nghiên cứu khoa học để tìm ra kiến thức mới phục vụ công tác chăm sóc bệnh nhân

NỘI DUNG

1. MỤC ĐÍCH CỦA NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐIỀU DƯỠNG

- Nhận thức thế giới, phát triển kho tàng trí thức của nhân loại, mở mang kiến thức xã hội.
- Tạo ra công nghệ, nâng cao năng suất và trình độ văn minh của xã hội trong tất cả các lĩnh vực xã hội.
- Mở mang dân trí, nâng cao văn hóa xã hội, hoàn thiện con người.
- Tìm kiến thức mới -> kỹ năng -> cải tiến thực hành -> chăm sóc sức khỏe tốt hơn.
- Tìm kỹ thuật mới -> dụng cụ, thiết bị mới -> cải tiến thực hành -> chăm sóc sức khỏe tốt hơn.
- Sàng lọc, phát triển và mở rộng kiến thức nghề nghiệp và dựa vào các bằng chứng tin cậy để cải tiến thực hành điều dưỡng.

2. LĨNH VỰC CỦA NGHIÊN CỨU ĐIỀU DƯỠNG

Ngành điều dưỡng cần tạo ra những kiến thức và những lý luận đặc trưng với chuyên ngành của mình, cần phát triển môn điều dưỡng học để giảm bớt sự vay mượn kiến thức từ các chuyên ngành khác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Vào những năm 1990, ở Việt Nam nghiên cứu điều dưỡng còn xa lạ với người điều dưỡng do tự ti nghề nghiệp và chưa được

trang bị kiến thức, kỹ năng để làm nghiên cứu. Tuy nhiên, từ năm 2000 đến nay, công tác nghiên cứu điều dưỡng rất được chú trọng, và tiềm năng nghiên cứu điều dưỡng là rất lớn. Lĩnh vực nghiên cứu điều dưỡng ngày càng phát triển và điều dưỡng có thể phát hiện những tiến bộ mới trong chăm sóc sức khỏe. Ngành điều dưỡng có bốn lĩnh vực cơ bản đó là: Giáo dục điều dưỡng; Thực hành điều dưỡng; Quản lý điều dưỡng và Nghiên cứu điều dưỡng.

Nghiên cứu điều dưỡng có ý nghĩa rất quan trọng, tác động vào sự phát triển chung của các lĩnh vực giáo dục, thực hành và quản lý điều dưỡng. Đặc biệt khi điều dưỡng đã trở thành một ngành học, được đưa vào giảng dạy ở bậc đại học và sau đại học thì vai trò của nghiên cứu điều dưỡng lại càng thiết yếu.

- Nghiên cứu điều dưỡng thu thập các bằng chứng nhằm cải thiện hiệu quả chăm sóc ở tất cả các cơ sở lâm sàng theo các định hướng sau:

- + Nghiên cứu lâm sàng.
- + Nghiên cứu các hệ thống tổ chức y tế.
- + Nghiên cứu giáo dục điều dưỡng.
- + Nghiên cứu về quản lý điều dưỡng

2.1. Nghiên cứu lâm sàng: là điều cần thiết để liên tục cải tiến các tiêu chuẩn chăm sóc bệnh nhân. Nghiên cứu lâm sàng khảo sát kinh nghiệm chăm sóc các bệnh nhân mắc bệnh cấp tính hoặc mãn tính cũng như lịch sử sức khỏe của họ. Thông tin này có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân ở mọi giai đoạn chăm sóc sức khỏe, bao gồm chăm sóc phòng ngừa và chăm sóc cuối đời.

2.2. Nghiên cứu hoạt động của hệ thống y tế: nhằm khám phá những vấn đề ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân và chi phí điều hành.

2.3. Nghiên cứu giáo dục điều dưỡng: xem xét cách kết hợp công nghệ vào giáo dục điều dưỡng để thúc đẩy việc học suốt đời và khuyến khích điều dưỡng tiếp cận các vị trí lãnh đạo.

Nghiên cứu điều dưỡng cung cấp cho người điều dưỡng những thông tin cần thiết để chăm sóc bệnh nhân hiệu quả và an toàn. Sự hiểu biết về những tiến bộ mới nhất trong chăm sóc sức khỏe giúp điều dưỡng có thể tương tác tốt hơn với thầy thuốc và đồng nghiệp làm giảm nguy cơ gây ra những sai lầm có thể ảnh hưởng tiêu cực đến bệnh nhân.

2.4. Nghiên cứu về quản lý điều dưỡng

3. ĐẶC ĐIỂM CỦA NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Luôn luôn hướng tới cái mới
- Có độ tin cậy cao: lặp lại được những kết quả đúng như đã công bố
- Có tính thông tin

- Có tính mạo hiểm vì có thể gặp rủi ro, thất bại cũng phải tổng kết, và được coi là kết quả nghiên cứu

- Có tính kế thừa
- Có tính cá nhân
- Có tính phi kinh tế, khó khấu hao trang thiết bị
- Rất khó tìm ra các định mức
- Rất khó tìm ra tiêu chuẩn để định giá sản phẩm.

Sau khi người nghiên cứu đã lựa chọn được một đề tài NCKH cho mình, muốn tiến hành nó thì trước hết phải xây dựng được bản đề cương NCKH. Muốn làm được bản đề cương phải qua quá trình lao động trí tuệ nghiêm túc, tỉ mỉ, cụ thể. Bản đề cương NCKH hoàn thành cũng được coi là một dạng sản phẩm ban đầu của quá trình NCKH.

4. VAI TRÒ CỦA NGHIÊN CỨU KHOA HỌC TRONG CÁC TRƯỜNG ĐÀO TẠO ĐIỀU DƯỠNG:

- Vai trò điều dưỡng phát triển đáng kể trong thế kỷ 21. Điều dưỡng làm việc trong nhiều vị trí khác nhau, bao gồm bệnh viện, y tế tuyến cơ sở, phòng khám tư nhân, chăm sóc sức khỏe tại nhà, khu vực kinh doanh và trường đào tạo điều dưỡng. Mặc dù mỗi vai trò có trách nhiệm khác nhau, mục tiêu chính của một điều dưỡng chuyên nghiệp vẫn giữ nguyên: là người hỗ trợ cho bệnh nhân và chăm sóc tối ưu dựa trên các bằng chứng thu được qua nghiên cứu.

- Vào những năm 1990, ở Việt Nam nghiên cứu điều dưỡng còn xa lạ với người điều dưỡng do tự ti nghề nghiệp và chưa được trang bị kiến thức, kỹ năng để làm nghiên cứu. Từ năm 2000 đến nay, Hội điều dưỡng Việt Nam đã đặt công tác nghiên cứu điều dưỡng thành một chương trình trọng tâm trong các hoạt động của Hội.

- Hội nghị nghiên cứu điều dưỡng toàn quốc lần thứ nhất đã được tổ chức vào 5/2002, Hội nghị nghiên cứu điều dưỡng toàn quốc lần thứ 2 đã tổ chức tháng 10/2005. Kết quả các Hội nghị này cho thấy điều dưỡng đã chứng tỏ tiềm năng nghiên cứu rất lớn. Để khơi dậy tiềm năng nghiên cứu cho hội viên, Hội điều dưỡng Việt Nam đã tổ chức biên soạn tài liệu về Phương pháp nghiên cứu điều dưỡng và với sự hỗ trợ của Hội điều dưỡng Canada, Hội cũng đã tổ chức nhiều khoá đào tạo về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng cho hội viên toàn quốc. Nhiều hội viên đã đánh giá sự đầu tư của Hội vào công tác nghiên cứu là rất đúng hướng, hiệu quả và rất đáng đầu tư.

- Viện Nghiên cứu Điều dưỡng Quốc gia Hoa Kỳ (NINR) xây dựng các trọng tâm mới trong giáo dục điều dưỡng:

- + Nâng cao sức khỏe và dự phòng bệnh tật.
- + Cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách xử trí triệu chứng của các bệnh cấp tính và mạn tính

- + Cải thiện chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời
- + Tăng cường đổi mới trong khoa học và thực hành điều dưỡng
- + Phát triển đào tạo thể hệ điều dưỡng mới.

- Nghiên cứu điều dưỡng có ảnh hưởng rất lớn đối với việc thực hành điều dưỡng chuyên nghiệp hiện tại và tương lai, và tầm quan trọng của việc đưa nó vào trong quá trình giảng dạy đại học không thể bị coi nhẹ, vì vậy nghiên cứu điều dưỡng là một thành phần thiết yếu của quá trình đào tạo. Chỉ khi tiếp cận và trải nghiệm thì sinh viên mới có thể bắt đầu hiểu khái niệm và tầm quan trọng của nghiên cứu điều dưỡng.

- Chương trình đào tạo Cử nhân điều dưỡng hệ chính quy bắt đầu thực hiện tại Việt Nam từ năm 1996 tại trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, môn Nghiên cứu khoa học trong điều dưỡng được thiết kế trong chương trình đào tạo với mục đích giúp sinh viên điều dưỡng trình độ đại học có những kiến thức cơ bản về nghiên cứu khoa học. Những thế hệ sinh viên cử nhân điều dưỡng tốt nghiệp đầu tiên góp phần trong sự phát triển bước đầu hoạt động nghiên cứu trong lĩnh vực điều dưỡng tại Việt Nam để từng bước khẳng định vai trò của người điều dưỡng trong hoạt động nghiên cứu khoa học, một lĩnh vực từ lâu vẫn được dành riêng cho các thầy thuốc trong hệ thống y tế.

- Cử nhân điều dưỡng được đào tạo trong nhiều lĩnh vực khác nhau: từ chăm sóc điều dưỡng trực tiếp đến việc phát triển và thực hiện các quy trình điều dưỡng mới; từ việc phối hợp trong chăm sóc người bệnh đến khả năng truyền đạt các sự kiện khoa học mới cho đồng nghiệp. Vì vậy, năng lực nghiên cứu khoa học của điều dưỡng trình độ đại học và sau đại học trở thành một tiêu chí trong chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo.

4.1. Tạo ra kiến thức mới:

- Trong nhiều lĩnh vực đôi khi kiến thức của chúng ta không đầy đủ, thiếu hụt cần được bù đắp. Nghiên cứu được coi là quá trình truy tìm kiến thức mới. Những kiến thức mới chúng ta có được bằng nhiều cách khác nhau, nghiên cứu khoa học mang lại kiến thức có độ tin cậy để hướng dẫn thực hành cho mọi người.

- Những kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp chúng ta có được hiện nay là quá trình tích lũy từ học tập ở trường, kinh nghiệm của cá nhân, từ sự học hỏi các chuyên gia và ứng dụng kiến thức từ các lĩnh vực khác.

- Những câu hỏi được đặt ra là: bao nhiêu kiến thức và thực hành điều dưỡng của bạn hiện nay dựa vào bằng chứng? Những kiến thức và thực hành nào không còn phù hợp? Những thực hành nào gây sự quan tâm của bạn về độ tin cậy cần phải nghiên cứu thêm? Chắc chắn chúng ta chưa có câu trả lời đầy đủ để mô tả bức tranh hiện thực về kiến thức và thực hành điều dưỡng hiện nay.

- Sự xuất hiện của khái niệm Y học thực chứng hay Y học dựa vào chứng cứ (Evidence-Based Medicine) được xem là một cuộc cách mạng trong lĩnh vực y học thế kỷ 21. Hiện nay, trên thế giới hầu như bất cứ bộ môn nào trong y khoa cũng đều ứng dụng các nguyên lý và phương pháp y học thực chứng trong việc chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và phòng ngừa bệnh tật.

- Y học thực chứng (EBM) được định nghĩa như là một phương pháp thực hành y khoa dựa vào các dữ liệu y học một cách sáng suốt và có ý thức, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Cụm từ chính trong định nghĩa này là dữ liệu y học, hay nói cụ thể hơn là bằng chứng khoa học thu thập từ những công trình nghiên cứu có liên quan đến vấn đề lâm sàng.

- Chương trình đào tạo điều dưỡng dựa vào năng lực (Competency-Based Curriculum) đã được xây dựng và từng bước áp dụng trong đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam trên cơ sở “Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam” do Bộ Y tế ban hành năm 2012.

- Trong lĩnh vực đào tạo điều dưỡng, ngoài việc thay đổi tư duy trong dạy học lý thuyết, y học thực chứng được áp dụng trong môn học Thực hành dựa vào chứng cứ (Evidence-Based Practice) trong hệ thống chương trình đào tạo dựa vào năng lực.

4.2. Nâng cao chất lượng và sự an toàn của các dịch vụ chăm sóc:

Thực hành dựa vào bằng chứng là một nguyên tắc tiếp cận mới đang được áp dụng trong nhiều lĩnh vực, nhất là lĩnh vực y học. Những dịch vụ chăm sóc và kỹ thuật do người điều dưỡng cung cấp liên quan trực tiếp tới sức khỏe và tính mạng con người, vì thế kiến thức và thực hành điều dưỡng phải có cơ sở khoa học vững chắc và chính xác.

Thực hành dựa vào bằng chứng là trách nhiệm nghề nghiệp và đạo đức của người điều dưỡng nhằm đảm bảo an toàn cho người nhận dịch vụ chăm sóc. Nghiên cứu điều dưỡng là phương tiện khách quan, hệ thống và đáng tin cậy nhất để tạo ra bằng chứng hướng dẫn thực hành chăm sóc lâm sàng và qua đó nâng cao chất lượng về sự an toàn của các dịch vụ điều dưỡng.

4.3. Tăng cường giá trị nghề nghiệp:

- Theo quan niệm cũ, điều dưỡng là một nghề phụ thuộc, người điều dưỡng thực hành theo y lệnh của bác sỹ. Ngày nay trước nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng và áp dụng các thành tựu khoa học mới vào y học ngày càng nhiều đòi hỏi người điều dưỡng phải nâng cao tính chuyên nghiệp.

- Tổ chức y tế thế giới đã khuyến cáo dịch vụ chăm sóc do điều dưỡng và hộ sinh cung cấp là một trong những trụ cột của hệ thống dịch vụ y tế. Vì vậy người điều dưỡng cần được khuyến khích làm nghiên cứu để phát triển kiến thức nghề nghiệp, đồng thời chứng tỏ sự đóng góp của họ sẽ tạo ra khác biệt trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Như vậy, nghiên cứu không những góp phần tăng cường uy tín nghề nghiệp mà còn làm cho xã hội đánh giá đúng mức giá trị của các dịch vụ chăm sóc và vị thế của người điều dưỡng.

4.4. Tăng cường hiệu quả chi phí trong lĩnh vực chăm sóc:

- Một chương trình y tế được đánh giá hiệu quả khi nó mang lại nhiều lợi ích mà chỉ sử dụng một lượng kinh phí nào đó. Việc phân tích chi phí sẽ giúp chúng ta đánh giá được hiệu quả dịch vụ chăm sóc hoặc một trương trình y tế.

- Ngày nay, do chi phí trả cho dịch vụ y tế ngày càng cao làm cho các nhà quản lý y tế và người bệnh quan tâm ngày càng nhiều tới chi phí cho các loại dịch vụ y tế mà họ nhận được. Hơn nữa, hệ thống bệnh viện đang từng bước chuyển dịch tiến tới tự chủ về tài chính theo chủ trương của Nhà nước, đặt ra yêu cầu không chỉ đối với người quản lý bệnh viện mà cả thầy thuốc và điều dưỡng lâm sàng cũng phải quan tâm tới vấn đề chi phí tức là tăng thêm đóng góp vào công quỹ của bệnh viện hoặc để hỗ trợ người nghèo.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT

1. Vai trò quan trọng nhất của nghiên cứu đối với điều dưỡng Việt Nam hiện nay:

- A. Tạo bằng chứng mới dẫn tới thay đổi thực hành chăm sóc người bệnh.
- B. Căn cứ hợp lý cho tiêu chuẩn thực hành nhằm giảm thay đổi không cần thiết trong chăm sóc và quản lý.
- C. Đưa ra các quyết định lâm sàng đúng đắn, cập nhật khoa học phối hợp với các thành viên khác trong mô hình chăm sóc đội nhóm
- D. Người điều dưỡng sẽ hài lòng và tự tin hơn trong thực hành nghề của chính mình.

2. Vai trò quan trọng nhất của nghiên cứu đối với điều dưỡng quốc tế hiện nay:

- A. Tạo bằng chứng mới dẫn tới thay đổi thực hành chăm sóc người bệnh.

B. Căn cứ hợp lý cho tiêu chuẩn thực hành nhằm giảm thay đổi không cần thiết trong chăm sóc và quản lý.

C. Đưa ra các quyết định lâm sàng đúng đắn, cập nhật khi phối hợp với các thành viên khác trong mô hình chăm sóc đội nhóm

D. Cung cấp chăm sóc thích hợp và đáp ứng các nhu cầu y tế thay đổi họ và chính họ phải tự ra quyết định lâm sàng

3. Khó khăn nào cần quan tâm nhất với các nghiên cứu điều dưỡng Việt Nam hiện nay:

A. Hội nghiên cứu Điều dưỡng chưa phát triển mạnh

B. Không đủ nguồn lực để tiến hành các nghiên cứu lâm sàng

C. Mức độ ủng hộ và tạo điều kiện nhà quản lý hoặc đồng nghiệp đối với nghiên cứu chưa cao

D. Mức độ ứng dụng của các kết quả nghiên cứu còn thấp nên điều dưỡng chưa thật sự hăng hái tham gia

Đáp án: 1B, 2D, 3D

BÀI 2.2. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này người học có khả năng:

1. Kiến thức: Trình bày được các bước trong quy trình nghiên cứu.

2. Kỹ năng: Lập kế hoạch thực hiện một đề tài nghiên cứu

3. Thái độ

3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong nghiên cứu

3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

1. ĐỊNH NGHĨA: “Quy trình nghiên cứu” là quy trình bao gồm các bước cần thiết để thực hiện một nghiên cứu khoa học.

Quá trình nghiên cứu: là một quá trình lặp đi lặp lại quy trình 7 bước sau đây, các bước trong quy trình có mối liên hệ chặt chẽ với nhau.

2. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

2.1. Bước 1. Xác định vấn đề:

- Có 2 loại vấn đề nghiên cứu: nghiên cứu một tình trạng thực tế nào đó hay nghiên cứu mối liên hệ giữa các biến số.

- Phải xác định được lĩnh vực nghiên cứu, thu hẹp lại thành một vấn đề nghiên cứu cụ thể.

- Phải am hiểu vấn đề nghiên cứu và những khái niệm liên quan.

- Xác định vấn đề nghiên cứu sẽ quyết định:

+ Loại số liệu cần thu thập;

+ Những mối liên hệ cần phân tích;

+ Loại kỹ thuật phân tích dữ liệu thích hợp

+ Hình thức của báo cáo cuối cùng.

Lưu ý khi lựa chọn vấn đề nghiên cứu:

• Phải thích thú với vấn đề đó.

• Vấn đề phải có ý nghĩa thực tiễn và phải có đóng góp, hoặc đem lại những hiểu biết.

• Vấn đề đó phải cụ thể, không quá rộng.

• Cần phải bảo đảm có thể thu thập được những thông tin/dữ liệu cần thiết để tiến hành đề tài.

• Phải bảo đảm là có thể rút ra kết luận/bài học từ nghiên cứu của mình.

• Phải trình bày vấn đề một cách rõ ràng, chính xác và ngắn gọn.

2.2. Bước 2. Tìm hiểu các khái niệm, lý thuyết và các nghiên cứu liên quan:

- Tóm tắt lại tất cả những lý thuyết và nghiên cứu trước đây có liên quan;
- Chỉ sử dụng những lý thuyết thật sự liên quan và phù hợp có thể giúp giải quyết vấn đề nghiên cứu;
- Đánh giá và rút bài học kinh nghiệm về phương pháp nghiên cứu từ các nghiên cứu trước;
- Cần biết ngoại ngữ để tăng khả năng thực hiện tổng quan tài liệu.

► Sự kết dính giữa bước 1 và bước 2: tìm hiểu các khái niệm, lý thuyết và những nghiên cứu trước đây về những vấn đề tương tự để làm rõ thêm vấn đề nghiên cứu.

2.3. Bước 3. Xây dựng giả thuyết nghiên cứu:

2.3.1. Định nghĩa giả thuyết nghiên cứu:

- Một giả định được xây dựng trên cơ sở của vấn đề nghiên cứu và những lý thuyết liên quan;
- Thông qua nghiên cứu có thể kiểm định tính hợp lý hoặc những hệ quả của nó;
- Giúp xác định tiêu điểm của vấn đề nghiên cứu;
- Mục đích của cả quá trình nghiên cứu sẽ là kiểm định tính hợp lý của giả thuyết.

2.3.2. Vai trò của “Giả thuyết nghiên cứu”:

- Hướng dẫn, định hướng nghiên cứu.
- Xác minh các sự kiện nào là phù hợp và không phù hợp với nghiên cứu.
- Đề xuất các dạng nghiên cứu thích hợp nhất.
- Cung cấp khung sườn để định ra các kết luận về kết quả nghiên cứu.

2.3.3. Phân loại Giả thuyết nghiên cứu:

– **Giả thuyết mô tả (Descriptive Hypotheses):** phát biểu về sự tồn tại, kích thước, dạng hình, hoặc phân phối của một biến nào đó. Ví dụ:

+ Ở trẻ em, “nhiễm khuẩn hô hấp cấp” là nhóm bệnh khiến trẻ nhập viện điều trị nhiều nhất

+ Tỷ lệ trẻ mắc bệnh nhiễm não mô cầu tăng lên vào quý I của năm

– **Giả thuyết tương quan (Correlational hypotheses):** phát biểu rằng một số biến xuất hiện cùng với nhau theo một cách nào đó nhưng không có nghĩa là biến này là nguyên nhân của biến kia. Ví dụ:

+ Phụ nữ trẻ (dưới 35 tuổi) có kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ tốt hơn là phụ nữ ở độ tuổi từ 35 trở lên.

+ Bệnh viêm phế quản-phổi gia tăng vào những năm có dịch sởi.

– **Giả thuyết giải thích (nguyên nhân) (Explanatory causal hypotheses):** ám chỉ rằng sự hiện diện hoặc thay đổi của một biến gây ra hoặc dẫn đến sự thay đổi của một biến khác.

+ Biến nguyên nhân được gọi là biến độc lập (independent variable - IV) và biến còn lại gọi là biến phụ thuộc (dependent variable - DV).

+ Ví dụ:

• Sự suy giảm nồng độ Hemoglobin đến ngưỡng < 7 g/dl (IV) dẫn đến sự xuất hiện triệu chứng chóng mặt, hoa mắt (DV).

• Triệu chứng “rút lõm lồng ngực” (IV) giúp tiên lượng trường hợp viêm phổi nặng (DV).

2.3.4. Làm sao xây dựng Giả thuyết nghiên cứu?

– Thảo luận với bạn bè, đồng nghiệp và các chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu về vấn đề nghiên cứu.

– Khảo sát những thông tin, dữ liệu sẵn có về vấn đề nghiên cứu.

– Khảo sát những nghiên cứu trước đây hoặc những nghiên cứu tương tự.

– Quan sát và phán đoán riêng cá nhân.

– Lấy ý kiến của các chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu .

2.3.5. Như thế nào là một Giả thuyết mạnh?

Một giả thuyết mạnh phải thỏa đầy đủ ba điều kiện:

– Phù hợp với mục tiêu của nó;

– Có thể kiểm định được;

– Tốt hơn các giả thuyết cạnh tranh khác.

2.4. Bước 4. Đặt ra mục tiêu nghiên cứu

Gồm mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể - bắt buộc phải có mục tiêu cụ thể, viết gọn trong 1 trang riêng)

- Viết mục tiêu phải đảm bảo: đặc thù, đo lường được. Mục tiêu dùng động từ hành động, chỉ rõ nghiên cứu định làm gì, ở đâu, thời gian nào.

- Mục tiêu phải đánh theo số thứ tự, không gạch đầu dòng.

2.5. Bước 5. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu

2.6. Bước 6. Lựa chọn phương pháp, thiết kế quá trình nghiên cứu

2.7. Bước 7. Thu thập dữ liệu nghiên cứu

Dữ liệu: thứ cấp và sơ cấp.

– Dữ liệu sơ cấp: số liệu được thu thập trực tiếp từ đối tượng nghiên cứu;

– Dữ liệu thứ cấp: số liệu tổng hợp từ dữ liệu sơ cấp.

2.5.1. Dữ liệu thứ cấp: tìm nguồn cung cấp thích hợp (niên giám thống kê, số liệu tổng hợp ngành; báo cáo nghiên cứu, v.v.)

2.5.2. Dữ liệu sơ cấp: thu thập trực tiếp từ đối tượng nghiên cứu bằng cách:

- Tự quan sát các hiện tượng.
- Phỏng vấn lấy ý kiến cá nhân.
- Phỏng vấn theo bảng câu hỏi (phỏng vấn qua điện thoại; qua thư; phỏng vấn trực tiếp)

– Là một quy trình phức tạp và tốn kém đòi hỏi phải có sự chuẩn bị cẩn thận.

2.8. Bước 8. Xử lý, phân tích số liệu

• Tùy vào loại dữ liệu và giả thuyết nghiên cứu mà lựa chọn kỹ thuật phân tích dữ liệu thích hợp.

- Phân tích định tính;
- Phân tích mô tả;
- Phân tích định lượng;
- Đòi hỏi kỹ năng về sử dụng phần mềm thống kê và phân tích thống kê .

2.9. Bước 9. Rà soát các bước tiến hành

2.10. Bước 10. Viết báo cáo tổng kết, nghiệm thu.

- Giải thích ý nghĩa của dữ liệu và các kết quả phân tích về mặt chuyên môn.
- Phải trả lời những vấn đề sau:
 - Kết luận như thế nào về giả thuyết nghiên cứu?
 - Ý nghĩa của nó đối với vấn đề nghiên cứu?
 - Ý nghĩa về mặt học thuật và ý nghĩa thực tiễn;
 - Giá trị của kết quả đối với các người nghiên cứu tiếp;
 - Giá trị của kết quả đối với hoạt động thực tiễn
 - Kết luận, đề xuất, ý nghĩa thực tiễn của nghiên cứu

3. NỘI DUNG CHÍNH CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

3.1. Đặt vấn đề

- Mô tả thông tin chung liên quan vấn đề nghiên cứu
- Trình bày các thông tin, số liệu về vấn đề sức khỏe/liên quan sức khỏe cần giải quyết. Thông thường các thông tin sắp xếp theo thứ tự: tình hình thế giới, Việt Nam, tỉnh/ thành phố, địa phương nơi tiến hành nghiên cứu.
- Đề cập các nghiên cứu trong và ngoài nước đã tham khảo, phương pháp, kết quả, hạn chế (nêu rõ những gì đã được giải quyết, những gì còn tồn tại)
- Nêu rõ nghiên cứu này nhằm giải quyết vấn đề gì, tính ứng dụng của đề tài
- Xây dựng câu hỏi nghiên cứu hoặc giả thuyết nghiên cứu

3.2. Mục tiêu nghiên cứu: (gồm mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể - bắt buộc phải có mục tiêu cụ thể, viết gọn trong 1 trang riêng)

- Viết mục tiêu phải đảm bảo: đặc thù, đo lường được. Mục tiêu dùng động từ

hành động, chỉ rõ nghiên cứu định làm gì, ở đâu, thời gian nào.

- Mục tiêu phải đánh theo số thứ tự, không gạch đầu dòng.

3.3. Chương I. Tổng quan tài liệu

Đây là chương đầu tiên, ngay sau phần mục tiêu của đề tài, cung cấp những tư liệu nền, cho người đọc biết vấn đề tác giả quan tâm (và những vấn đề chuyên ngành có liên quan) đã được những tác giả trước đó nghiên cứu và phân tích như thế nào (cả quốc tế và trong nước).

Có thể trình bày các thông tin, số liệu về vấn đề nghiên cứu, cũng như những kiến thức lý thuyết kinh điển xoay quanh vấn đề này.

Sau những kiến thức nền rất cơ bản về chủ đề, tác giả có thể liệt kê các kết quả nghiên cứu trước đó, các công trình khoa học hay dự án, giải pháp can thiệp, chiến lược, đường lối, chủ trương thông qua các khung pháp lý, v.v. (điều này tùy thuộc chủ đề nghiên cứu).

Nên chia phần tổng quan thành các phần nhỏ, đánh số thành từng tiểu mục chi tiết. Cách cấu trúc các phần là hoàn toàn tùy thuộc vào chủ đề nghiên cứu và tác giả. Các phần này sẽ lần lượt đề cập các nghiên cứu trong và ngoài nước đã được tiến hành xoay quanh chủ đề này, phương pháp tiến hành, những kết quả và phát hiện chính của tác giả đi trước, những ưu nhược điểm của những đề tài đó (nêu rõ những gì đã được giải quyết, những gì còn tồn tại).

Thông thường, nên bám sát mục tiêu nghiên cứu để viết phần tổng quan. Chẳng hạn, nếu mục tiêu có tìm hiểu tỷ lệ nhiễm bệnh, nhất thiết vấn đề tỷ lệ nhiễm ở các quần thể khác nhau, ở các nghiên cứu trước cần được liệt kê. Nếu mục tiêu có đề cập tới việc tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của đối tượng, thì phần tổng quan cần chỉ ra KAP đã được nghiên cứu ra sao ở các đề tài trước đây, kết quả chính là gì, v.v.

Nếu đề tài có những khái niệm, định nghĩa chưa phải là phổ biến, tác giả cần mô tả chúng trong phần tổng quan, chỉ rõ các đề tài trước đây đã sử dụng khái niệm, định nghĩa nào, định nghĩa nào là chuẩn mực (ví dụ theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, theo qui định ban hành của Bộ Y tế, v.v.)

Tất cả các thông tin trích dẫn trong tổng quan cần được chú giải rõ nguồn tài liệu tham khảo (đã giới thiệu ở trên). Cuối phần tổng quan nên có một đoạn kết, trong đó tác giả thể hiện tầm nhìn của mình về vấn đề nghiên cứu, các khía cạnh đã được các tác giả khác đề cập.

3.4. Chương II. Phương pháp nghiên cứu

Chương này gồm các tiểu mục sau:

3.3.1. Đối tượng nghiên cứu: Xác định rõ đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn không lựa chọn

3.3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nêu cụ thể thời gian từ tháng năm bắt đầu đến tháng năm kết thúc. Địa điểm bao gồm tên đơn vị, xã/phường, quận/huyện tỉnh, thành phố.

3.3.3. Thiết kế nghiên cứu: Nêu sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng, định tính, hay cả hai, hay sử dụng số liệu thứ cấp, nghiên cứu thực nghiệm, mô tả hay phân tích, điều tra đánh giá, thống kê học.

3.3.4. Phương pháp chọn cỡ mẫu và chọn mẫu

Nêu rõ cách tính cỡ mẫu trong nghiên cứu là lấy mẫu toàn bộ hay mẫu được tính toán dựa trên việc sử dụng công thức chung.

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, hay mẫu ngẫu nhiên hệ thống, mẫu cụm, mẫu phân tầng, chọn mẫu một giai đoạn hay nhiều giai đoạn v.v. Tính toán cỡ mẫu cần thiết và tối ưu phù hợp với mục tiêu của đề tài. Mô tả chi tiết cách thức chọn mẫu.

3.3.5. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá (nếu có)

3.3.6. Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn hay tự điền, quan sát, kết quả thu thập thực nghiệm, thảo luận nhóm, sử dụng hồ sơ/báo cáo/tài liệu có sẵn (lập bảng sẵn để điền số liệu tổng hợp vào), v.v.

3.3.7. Phương pháp phân tích số liệu: Làm sạch số liệu như thế nào, sử dụng phần mềm nào để nhập số liệu, phân tích.

3.3.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

3.3.9. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

3.3.10. Kế hoạch nghiên cứu (sử dụng khi xây dựng đề cương nghiên cứu)

Bao gồm nội dung hoạt động, thời gian thực hiện, phân công người thực hiện trong cùng một nhóm nghiên cứu, người giám sát.

3.5. Chương III. Kết quả nghiên cứu

Trong chương III, nếu tác giả đang trình bày đề cương thì sử dụng từ “dự kiến” trước “Kết quả nghiên cứu”. Trong đề cương, các kết quả dự kiến đạt được theo từng mục tiêu. Lập các bảng trống cho kết quả dự kiến của nghiên cứu. Các bảng trống này có tiêu đề, các hàng cột nêu rõ chỉ tiêu, biến số nghiên cứu. Nêu các kỹ thuật thống kê sử dụng trong khi phân tích số liệu.

Khi đã tiến hành điều tra và có đủ thông tin, số liệu:

- Trình bày các kết quả nghiên cứu đã đạt được theo từng mục tiêu. Có thể chia thành các phần riêng trong chương kết quả, bám sát vào các chủ đề nghiên cứu đã đề cập trong mục tiêu và phương pháp. Các bảng số liệu nên được xen kẽ vào phần chữ viết, lần lượt theo nội dung kết quả. Các số liệu có thể được trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ/đồ thị, hình vẽ hay tranh, sơ đồ minh họa, nhưng không nên trình bày cùng một nội dung số liệu dưới cả hai hình

thức (bảng và đồ thị). Các bảng nhất thiết phải có tiêu đề và được đánh số lần lượt theo thứ tự xuất hiện, tiêu đề nằm ở phía trên bảng. Tương tự, các biểu đồ, đồ thị cũng có tên và được đánh số. Tên của biểu đồ, đồ thị, hình vẽ nằm ở phía dưới của biểu đồ, đồ thị, hay hình vẽ.

- Các bảng nên có chú thích về cỡ mẫu trong phân tích, viết dưới dạng: (n=...), nhất là các bảng thể hiện tần số, tần suất, tỷ lệ. Các bảng nên thống nhất về hình thức trình bày, các kẻ khung, đường viền, v.v.
- Với các kết quả nghiên cứu định tính kết hợp với định lượng, cách trình bày tốt nhất là xen kẽ các phần thông tin định tính vào cuối mỗi phần kết quả định lượng có liên quan. Chẳng hạn, phần định lượng trình bày những bảng biểu liên quan tới một chủ đề nào đó, thì ngay tiếp theo, tác giả có thể trích dẫn những kết quả thu được từ phỏng vấn sâu hay thảo luận nhóm.
- Lưu ý: nếu có quá nhiều bảng số liệu mô tả (tần số và tỷ lệ), tác giả có thể chuyển một phần những bảng biểu này về cuối báo cáo, trong phần phụ lục.

3.6. Chương IV. Bàn luận

Chương này chỉ áp dụng khi tác giả đã có đầy đủ số liệu và được phân tích bằng các phần mềm thống kê.

Mục đích chính của phần này là biện giải, đưa ra lời nhận xét, phân tích chi tiết về từng kết quả nghiên cứu. Tác giả cần bám sát mục tiêu nghiên cứu để bàn luận, cũng có thể chọn bàn luận những kết quả nổi bật nhất trong trường hợp có quá nhiều kết quả chi tiết và nhiều thông tin chỉ mang tính mô tả.

Phần bàn luận cũng là cơ hội để tác giả so sánh các kết quả của mình với những tác giả khác đã tiến hành nghiên cứu trước đó (trong nước, quốc tế). Khi so sánh, cần nêu ra những điểm giống nhau, điểm khác biệt, và đặc biệt là lý giải, lập luận hay đưa ra những giả định để lý giải sự khác nhau đó. Ngoài ra, trong phần bàn luận, tác giả cũng cần nêu lên những hạn chế của nghiên cứu, những nguồn sai số tiềm tàng có thể có, và những nỗ lực của mình trong việc hạn chế và kiểm soát những sai số đó, cũng như gợi mở những hướng phân tích, nghiên cứu tiếp theo trong tương lai. Bản chất phân tích của đề tài cũng cần được thể hiện rõ trong phần bàn luận.

3.7. Chương V. Kết luận

Tác giả cần chọn lọc thông tin, tóm lược và khẳng định lại những kết quả nghiên cứu và những phát hiện của đề tài để nhằm trả lời các câu hỏi/giả thuyết nghiên cứu đã đặt ra trong phần đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu. Những gì đã đặt ra trong mục tiêu cần có câu trả lời cụ thể trong kết luận, dựa trên những bằng chứng khoa học đã thể hiện trong phần kết quả nghiên cứu. Tuy vậy, tránh đưa hết các chi tiết trong phần kết quả vào phần này. Tác giả cũng cần tránh việc bàn luận, đưa thêm những suy diễn vào phần

kết luận. Kết luận cần hết sức ngắn gọn, và thường trình bày gọn trong 2 trang.

3.8. Khuyến nghị/Kiến nghị

Nếu như kết luận cần bám sát mục tiêu đề ra ban đầu, thì khuyến nghị cần bám sát các kết luận vừa trình bày. Nội dung khuyến nghị cũng cần chỉ rõ là khuyến nghị dành cho ai, với những biện pháp cụ thể nào. Tránh việc:

- Đưa ra các khuyến nghị tổng quát, chung chung.
- Đưa ra các khuyến nghị không dựa trên kết luận cụ thể của đề tài, mà dựa trên hiện trạng, bối cảnh thực tế, hay kinh nghiệm cá nhân của tác giả mà không có bằng chứng xác đáng từ nghiên cứu này.

Phần khuyến nghị chỉ tối đa từ 1 đến 2 trang.

Sau chương khuyến nghị, những nội dung chính của đề tài coi như đã kết thúc. Tuy nhiên, tác giả cần phải trình bày danh mục tài liệu tham khảo, và thông thường là các phụ lục kèm theo. Tài liệu tham khảo đi liền sau khuyến nghị và không cần đánh số chương mục. Phụ lục, tuy vậy, nên phân chia thành các mục nhỏ (phụ lục 1, phụ lục 2, v.v.).

3.9. Tài liệu tham khảo

- Viết trích dẫn tài liệu tham khảo theo số thứ tự tài liệu ở danh mục Tài liệu tham khảo và được đặt trong ngoặc vuông, ví dụ [12]. Đối với tham khảo, trích dẫn từ nhiều nguồn tài liệu khác nhau, số của từng tài liệu được đặt độc lập trong từng ngoặc vuông theo thứ tự tăng dần, ví dụ [6], [14], [22], [23].
- Tài liệu tham khảo gồm: sách, các ấn phẩm, tạp chí, hoặc trang Web đã đọc và được trích dẫn hoặc được sử dụng để hình thành ý tưởng nghiên cứu. **Lưu ý:** Sinh viên chỉ trích dẫn trực tiếp, không trích lại từ nguồn khác. Ít nhất phải có 50% tài liệu tham khảo được xuất bản trong 10 năm gần đây.
- Trình tự sắp xếp (Theo qui định Bộ Giáo dục): Tài liệu tham khảo được xếp riêng theo từng ngôn ngữ (Việt, Anh, Pháp, Đức, Nga, Trung, Nhật...). Các tài liệu bằng tiếng nước ngoài phải giữ nguyên văn, không phiên âm, không dịch, kể cả tài liệu bằng tiếng Trung Quốc, Nhật... (Đối với những tài liệu bằng ngôn ngữ còn ít người biết có thể thêm phần dịch tiếng Việt đi kèm mỗi tài liệu). Tài liệu tham khảo xếp theo thứ tự A B C Họ tên tác giả của tài liệu tham khảo theo qui định sau:
 - Tác giả là người nước ngoài xếp thứ tự A B C theo họ.
 - Tác giả là người Việt Nam xếp thứ tự ABC theo tên nhưng vẫn giữ nguyên thứ tự thông thường của tên người Việt Nam, không đảo tên lên trước họ.
 - Tài liệu không có tên tác giả thì xếp theo thứ tự ABC từ đầu của tên cơ quan ban hành báo cáo hay ấn phẩm, ví dụ: Tổng cục Thống kê xếp vào vắn T, Bộ Giáo dục & Đào tạo xếp vào vắn B...
 - Tài liệu tham khảo là sách, luận án, báo cáo phải ghi đầy đủ các thông tin

sau:

- Tên các tác giả hoặc cơ quan ban hành (không có dấu ngăn cách)
- (Năm xuất bản), (đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)
- *Tên sách, luận án hoặc báo cáo*, (in nghiêng, dấu phẩy cuối tên)
- Nhà xuất bản, (dấu phẩy cuối tên nhà xuất bản)
- Nơi xuất bản, (dấu chấm kết thúc tài liệu tham khảo)
- Tài liệu tham khảo là bài báo trong tạp chí, trong một cuốn sách... ghi đầy đủ các thông tin sau:
 - Tên các tác giả (không có dấu ngăn cách)
 - (năm công bố) (đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)
 - "Tên bài báo" (đặt trong ngoặc kép, không in nghiêng, dấu phẩy cuối tên)
 - *Tên tạp chí hoặc tên sách* (in nghiêng, dấu phẩy cuối tên)
 - Tập (không có dấu ngăn cách)
 - (số), (đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)
 - Các số trang. (gạch ngang giữa hai chữ số, dấu chấm kết thúc)
- Tài liệu tham khảo là các trang Web: Nêu tên bài viết, đường dẫn, ngày truy cập/hoặc tải xuống (các trang web phải được lấy từ các nguồn đáng tin cậy như: .org.vn, .edu.vn, who, v.v...)
- Ví dụ:
 - **Lương Thị Lan Anh** (2004), *Nghiên cứu tần suất và bất thường nhiễm sắc thể của bệnh chậm phát triển tâm thần có tính gia đình tại một số vùng dân cư Việt Nam*, Báo cáo tại hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học y dược Việt Nam lần thứ 12.
 - **Do H.T., John S, Nguyen T V.** (1993), *Pregnancy Termination and Contraceptive Failure in Vietnam*, *Asia-Pacific Population Journal*, 8, 4: 3-18.

4. Phụ lục

Các nội dung liên quan đến đề tài nghiên cứu nhưng không có trình bày trong phần nội dung thì phải đưa vào phần phụ lục.

Ví dụ:

- *Phụ lục 1*: Phiếu hỏi (hay các công cụ thu thập số liệu, mẫu thông tin cho nghiên cứu định tính, bảng kiểm, v.v.)
- *Phụ lục 2*: Một số kết quả phân tích mô tả (chỉ nêu những kết quả không trình bày ở phần kết quả).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Giả thuyết nghiên cứu có không vai trò:

- A. Định hướng nghiên cứu
- B. Cung cấp khung sườn để định ra kết quả nghiên cứu
- C. Xác định sự kiện phù hợp
- D. Xác định địa điểm nghiên cứu

Câu 2. Bước 3 của quy trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng là:

- A. Xác định vấn đề
- B. Xây dựng giả thuyết nghiên cứu
- C. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu
- D. Thu thập dữ liệu

Câu 3. Giả thuyết mô tả là:

- A. Phát biểu về sự tồn tại của một biến số
- B. Sự thay đổi của biến số này kéo theo sự thay đổi của biến số khác
- C. Hai biến số cùng xuất hiện nhưng không có nghĩa biến số này thay đổi thì biến số khác thay đổi
- D. Những kết quả từ nghiên cứu trước đó

Câu 4. Bước 1 của quy trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng là:

- A. Xác định vấn đề
- B. Xây dựng giả thuyết nghiên cứu
- C. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu
- D. Thu thập dữ liệu

Câu 5. Bước 7 của quy trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng là:

- A. Xác định vấn đề
- B. Xây dựng giả thuyết nghiên cứu
- C. Xác định đối tượng, phạm vi nghiên cứu
- D. Thu thập dữ liệu

Bài 2.3. CHỌN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được tầm quan trọng của chọn vấn đề nghiên cứu
- 1.2. Trình bày được 7 tiêu chuẩn lựa chọn ưu tiên cho một đề tài nghiên cứu
- 1.3. Trình bày được phương pháp thành lập vấn đề nghiên cứu.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Chọn được vấn đề nghiên cứu liên quan đến thực hành điều dưỡng
- 2.2. Viết được câu hỏi nghiên cứu dựa trên vấn đề nghiên cứu

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của chọn vấn đề nghiên cứu trong phát triển thực hành nghề điều dưỡng.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM

Vấn đề nghiên cứu là gì?

- Là câu hỏi cần được trả lời hoặc giải quyết.

- Nghiên cứu là một quá trình giải quyết vấn đề.

- Trong y học:

+ Bản chất của một hiện tượng: cấu trúc giải phẫu, sinh lý, sinh hóa, bệnh lý, đặc điểm lâm sàng, ...

+ Mối liên quan giữa hai hay nhiều biến: phơi nhiễm -bệnh, nguyên nhân -hậu quả, yếu tố - tiên lượng bệnh, can thiệp -kết quả.

2. CÁC TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN ƯU TIÊN CHO MỘT ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU (Y HỌC):

*** Thế nào là vấn đề sức khỏe ưu tiên?**

- Là vấn đề sức khỏe gây những ảnh hưởng xấu tới cá thể/nhóm cá thể/cộng đồng.

- Cần được giải quyết sớm.

- Cộng đồng (bệnh viện) có khả năng giải quyết được.

*** Tại sao cần phải lựa chọn vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu?**

- Nguồn lực hạn hẹp (nhân lực, vật lực, thời gian, kinh phí, v..v)

- Không thể giải quyết được mọi việc cùng một lúc.

Vì thế, một đề tài nghiên cứu cần có những tiêu chuẩn ưu tiên như sau:

2.1. Tính xác đáng:

- Tầm cỡ của vấn đề nghiên cứu có lớn không?

- Vấn đề nghiên cứu có nghiêm trọng không?

- Vấn đề nghiên cứu có dễ không chế không?

- Cộng đồng có quan tâm đến vấn đề nghiên cứu không?

2.2. Tính mới/lặp lại:

- Có nghiên cứu tương tự nào đã được triển khai?

- Nếu có thì có thể ứng dụng kết quả của nghiên cứu trước trong bối cảnh nghiên cứu này hay không?

2.3. Tính cấp thiết:

Nghiên cứu có cần phải triển khai ngay hay không? tại sao?

2.4. Tính chấp nhận về mặt chính quyền:

Người quản lý, cấp trên, nhà tài trợ, thầy hướng dẫn có ủng hộ nghiên cứu này hay không?

2.5. Tính khả thi:

Có đủ tiền, thời gian, nhân lực, vật lực để triển khai nghiên cứu không?

2.6. Tính ứng dụng:

- Ai là người sẽ sử dụng kết quả của nghiên cứu này và sử dụng như thế nào?
- Ai là người được hưởng lợi từ nghiên cứu? mức độ và phạm vi hưởng lợi như thế nào?

2.7. Tính đạo đức và chấp nhận của cộng đồng:

- Có ai chịu thiệt hại hoặc vi phạm đạo đức từ nghiên cứu này không? nếu có là gì? có thể khắc phục được không?
- Cộng đồng có chấp nhận và hưởng ứng nghiên cứu không?

3. CÁCH VIẾT TÊN ĐỀ TÀI:

- Đề tài thường được đặt tên trước khi bắt đầu nghiên cứu, sau đó có thể được sửa đổi cho phù hợp hơn.
- Đề tài thường chứa đủ các thông tin trả lời câu hỏi: Ai? Cái gì? ở đâu? Khi nào?
- Một số trường hợp tên đề tài không chứa đủ 4 yếu tố trên nêu yếu tố thời gian và địa dư không quan trọng lắm.
- Tên đề tài phải bao phủ được chủ đề nghiên cứu, tuy nhiên không được quá rộng.
- Càng ngắn gọn càng súc tích càng tốt.
- Có thể có hoặc không có động từ hành động.

Ví dụ:

- Đề tài 1: “Thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tại tỉnh Bạc Liêu năm 2014”.
- Đề tài 2: “Đánh giá tác dụng của phác đồ điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp do chương trình IMCI xây dựng”.

4. PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ:

- Tham khảo tài liệu.
- Xác định vấn đề cốt lõi.
- Xác định các yếu tố liên quan đến vấn đề cốt lõi.
- Vẽ thành sơ đồ với các mũi tên một chiều, hai chiều biểu diễn mối liên quan giữa vấn đề cốt lõi và các yếu tố liên quan.

5. XÂY DỰNG KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU:

- Là sơ đồ biểu diễn mối liên quan giữa các biến số sẽ được nghiên cứu.
- Chỉ ra đâu là biến phụ thuộc, biến độc lập, biến nhiễu, mức độ quan tâm với từng biến.

- Chủ yếu sử dụng khi cần tìm mối liên quan giữa các biến.

6. ĐẶT VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU:

- Tại sao cần nghiên cứu vấn đề này.
- Cần nêu bật tính mới, tính cần thiết phải nghiên cứu vấn đề đó.
- Kết quả nghiên cứu vấn đề đó sẽ mang lại lợi ích gì cho cộng đồng, cho xã hội
- Các bước để viết phần “Đặt vấn đề”:
 - + Bước 1: Tham khảo tài liệu.
 - + Bước 2: Xác định rõ quan điểm của các bên liên quan đến nghiên cứu.
 - + Bước 3: Mô tả và làm rõ hơn vấn đề nghiên cứu.
 - + Bước 4: Nêu lý do tiến hành nghiên cứu và những lợi ích sẽ đạt được qua nghiên cứu vấn đề đó.

7. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

- Mục tiêu là điều mà nghiên cứu mong muốn đạt được.
- Tại sao cần mục tiêu nghiên cứu?
 - + Giúp lựa chọn được các biến số thích hợp cho nghiên cứu.
 - + Định hướng loại thiết kế nghiên cứu cần áp dụng.
 - + Cho biết số liệu nào cần thu thập.
 - + Rất có ích trong khi lên kế hoạch phân tích kết quả.
 - + Là cơ sở để phiên giải các kết quả.

7.1. Mục tiêu tổng quát:

- Là mục đích chung nhất của nghiên cứu.
- Xuất phát từ vấn đề chung và giả thuyết.
- Một nghiên cứu thường có 1 -2 mục tiêu tổng quát.

Ví dụ:

- Xác định mối liên quan giữa điều kiện kinh tế xã hội và lạm dụng thuốc.
- Xác định khả năng loại trừ *Ascaris lumbricoides* bằng cách tẩy giun liên tục.

7.2. Mục tiêu cụ thể:

- Là những mong muốn cụ thể mong đợi từ nghiên cứu.
 - Mục tiêu cụ thể cần:
 - + Phù hợp với mục tiêu chung của nghiên cứu-khi đạt được các mục tiêu cụ thể thì phải đạt được mục tiêu tổng quát.
 - + Đo lường được tỷ lệ bệnh, giá trị dự đoán dương tính, tác dụng phụ nguy hiểm,...
 - + Từ đó có thể xác định các biến số.
- * Tiêu chuẩn của mục tiêu nghiên cứu tốt:

- Mục tiêu này phải liên quan mật thiết với phần trình bày vấn đề nghiên cứu và phải phù hợp với tên đề tài.

- Phải cụ thể, hợp lý và có khả năng đạt được.

- Phải bắt đầu bằng động từ hành động có thể đo lường được

- Các mục tiêu cụ thể phải phù hợp với mục tiêu tổng quát và được bao trùm bởi mục tiêu tổng quát.

* Một số động từ thường dùng trong đề tài nghiên cứu:

Động từ thường dùng	Loại nghiên cứu
Thăm dò, tìm hiểu	Nghiên cứu định tính, thăm dò
Mô tả, xác định, so sánh	Nghiên cứu cắt ngang, mô tả chùm bệnh
Xác định, so sánh, kiểm định	Nghiên cứu thuần tập, bệnh chứng
Đánh giá, chứng minh	Nghiên cứu can thiệp

Ví dụ:

- Tên đề tài: “Xác định tình trạng hạn chế sinh hoạt hàng ngày của người cao tuổi và các yếu tố liên quan”.

- Mục tiêu cụ thể:

+ Mô tả tỷ lệ bị hạn chế sinh hoạt hàng ngày của người cao tuổi

+ Xác định một số yếu tố liên quan về đặc điểm cá nhân, kinh tế, xã hội, bệnh tật của tình trạng này.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất

1. Câu hỏi nghiên cứu dưới đây là phù hợp nhất:

A. Can thiệp giáo dục sức khỏe có giá trị trong phòng ngừa suy dinh dưỡng hay không?

B. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi của TP Hồ Chí Minh là bao nhiêu?

C. Cơ chế khiến trẻ dễ bị suy dinh dưỡng?

D. Tình hình suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi của TP Hồ Chí Minh như thế nào?

2. Mục tiêu của NCKH y học:

A. Sáng chế ra những kỹ thuật điều trị phù hợp

B. Nâng cao sức khỏe cộng đồng

C. Trả lời câu hỏi nghiên cứu hay đề xuất giải pháp giải quyết vấn đề

D. Cung cấp thông tin y học

3. Mệnh đề “Nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của can thiệp giáo dục sức khỏe trong đẩy mạnh sử dụng bao cao su và phòng ngừa lây nhiễm HIV ở phụ nữ mại dâm”:

A. Mục tiêu cụ thể

B. Không phải là mục tiêu nghiên cứu

C. Mục tiêu tổng quát

D. Có thể là mục tiêu tổng quát hay cụ thể tùy theo tình huống cụ thể

Đáp án: 1B, 2C, 3C

Bài 2.4. TỔNG QUAN TÀI LIỆU NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức:

- 1.1. Nêu được vai trò của tổng quan tài liệu
- 1.2. Nêu được các bước thực hiện “Tổng quan tài liệu”

2. Kỹ năng

- 2.1. Sử dụng công cụ tìm kiếm
- 2.2. Tìm kiếm tài liệu liên quan đến vấn đề nghiên cứu

3. Thái độ

- 3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong nghiên cứu
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

NỘI DUNG

Tổng quan y văn tiếng anh là “literature review” là quá trình thu thập, tổng hợp thông tin, bằng chứng khoa học để hình thành ý tưởng cho một công trình nghiên cứu khoa học, hay để phát triển các chính sách chương trình y tế. Những vướng mắc thường gặp khi bắt đầu viết tổng quan y văn đó là nên bắt đầu từ đâu, làm cách nào để lựa chọn chủ đề, cần bao nhiêu tài liệu tham khảo là đủ, bao gồm những mục nào?

Nội dung của bài này sẽ trình bày cho các anh chị các bước cơ bản để viết được một tổng quan y văn.

1. TỔNG QUAN Y VĂN LÀ GÌ?

Tổng quan y văn là một đề mục được thực hiện thông qua quá trình tổng hợp, phân tích các tài liệu khoa học hoặc các thông tin liên quan đến một chủ đề cụ thể mà bạn đang quan tâm. Mục đích của quá trình này là nhằm giúp người đọc cập nhật được các nội dung mới nhất liên quan đến chủ đề đang nghiên cứu, từ đó định hình được mục tiêu, hoặc có định hướng cho nghiên cứu sắp tới.

Một tổng quan y văn tốt là một tổng quan tập hợp được nhiều thông tin về một chủ đề cụ thể từ nhiều nguồn tài liệu khác nhau. Được trình bày mạch lạc và ít sai lệch mang tính chất chủ quan. Tổng quan tài liệu cần trình bày rõ ràng các chiến lược, phương pháp đã được sử dụng để tìm và lựa chọn tài liệu. Cấu trúc của bài tổng quan cần rõ ràng để giúp người đọc dễ dàng theo dõi và đánh giá. Sử dụng thuật ngữ chính xác cũng đóng một vai trò quan trọng và nên hạn chế sử dụng các thuật ngữ chuyên môn khó hiểu. Trích dẫn các tài liệu tham khảo chính xác

2. CÁC DẠNG TỔNG QUAN Y VĂN

2.1. Dạng truyền thống hoặc tổng quan mô tả (Traditional or narrative literature review)

Cách trình bày y văn trong dạng này là phê bình và tổng hợp trong phần thân bài và đưa ra câu hỏi nghiên cứu ở phần kết luận. Nội dung phần thân bài được hình thành dựa trên các nghiên cứu và kiến thức liên quan đến chủ đề quan tâm. Các tài liệu sử dụng được lựa chọn dựa trên các tiêu chí cụ thể, mặc dù các tiêu chí này đôi khi không được nhận thấy bởi người đọc. Dạng tổng quan y văn này phù hợp cho việc tổng hợp số lượng lớn các bài viết về một chủ đề quan tâm, và rồi phân tích tổng hợp.

Mục đích cơ bản là nhằm cung cấp cho người đọc những hiểu biết cần thiết để hiểu và nhìn nhận được vấn đề mới cần nghiên cứu. Phần tổng quan y văn này cũng có thể khơi gợi nên những ý tưởng nghiên cứu nhờ vào sự nhìn nhận được những khoảng trống trong y văn, hoặc từ sự mâu thuẫn về kết quả giữa các công trình nghiên cứu, rồi từ đó nhà nghiên cứu có thể đặt ra được câu hỏi nghiên cứu hoặc giả thuyết nghiên cứu. Nhiều nhà nghiên cứu khẳng định rằng cần xác định được câu hỏi nghiên cứu trước khi thực hiện tổng quan y văn.

Tuy nhiên, phần tổng quan y văn có thể giúp khu trú câu hỏi nghiên cứu vào một vấn đề cụ thể hơn là một câu hỏi nghiên cứu quá chung chung, và giúp cho việc lựa chọn chủ đề và giới hạn chủ đề nghiên cứu tốt hơn. Tổng quan y văn còn hữu dụng trong việc phát triển khung khái niệm và lý thuyết. Bên cạnh đó, tổng quan y văn có thể được thực hiện độc lập dưới dạng một nghiên cứu, hoặc phục vụ các mục đích khác như: cập nhật kiến thức hoặc thực hành trong một chuyên ngành nào đó, đánh giá tình trạng thực hiện hiện tại, phát triển một hướng dẫn mới, hoặc tham vấn đưa ra chính sách mới.

2.2. Tổng quan có hệ thống (Systematic literature review)

Khác với tổng quan mô tả, tổng quan hệ thống y văn sử dụng các biện pháp chặt chẽ để hệ thống y văn của một chủ đề cụ thể. Tổng quan hệ thống y văn được sử dụng rộng rãi để trả lời các câu hỏi cụ thể về thực hành lâm sàng.

Tổng quan hệ thống y văn yêu cầu người viết phải mô tả rõ khung thời gian của các y văn được sử dụng, phương pháp sử dụng để tổng hợp và đánh giá kết quả của các y văn được sử dụng. Để cho người đọc có thể đánh giá được tính tin cậy và giá trị của bài tổng quan, người viết cần trình bày cụ thể và chính xác các tiêu chí đã sử dụng để:

- Hình thành câu hỏi nghiên cứu
- Chọn vào và loại ra
- Lựa chọn và tiếp cận y văn
- Đánh giá chất lượng của y văn được chọn
- Phân tích, tổng hợp và trình bày kết quả

Khác với tổng quan mô tả, tổng quan hệ thống y văn cung cấp hoàn thiện đến mức có thể các nghiên cứu đã được xuất bản và chưa xuất bản liên quan đến chủ đề cụ thể. Trong khi tổng quan mô tả chỉ dừng lại ở việc tổng hợp các kết quả của các nghiên cứu,

tổng quan hệ thống y văn sử dụng các tiêu chí chặt chẽ để nhận định, đánh giá và tổng hợp tất cả các y văn liên quan đến một chủ đề.

2.2.1. Phân tích hệ thống (Meta-analysis)

Phân tích hệ thống là một quá trình thu thập một số lượng lớn kết quả của các nghiên cứu định lượng, rồi thực hiện phân tích thống kê cho ra kết quả, từ đó tăng sự hiểu biết về một vấn đề. Phân tích hệ thống được xem như là một hình thức của tổng quan hệ thống y văn (Systematic review) chủ yếu dựa trên kỹ thuật thống kê. Phân tích hệ thống sử dụng kết quả của nhiều nghiên cứu trên cùng chủ đề và dùng các quy trình phân tích chuẩn để phân tích. Cách phân tích này giúp nhà nghiên cứu đưa ra được các kết luận, xác định được các mô hình và mối liên quan giữa các yếu tố quan tâm.

2.2.2. Tổng thuật hệ thống (Meta-synthesis)

Meta-synthesis là phương pháp phi thống kê được sử dụng để tổng hợp, đánh giá và diễn giải kết quả của nhiều nghiên cứu định tính. Nghiên cứu này có thể được sử dụng để nhận biết những điểm chung và cụm từ tương đồng. Kết quả của các hiện tượng khoa học, các nghiên cứu về văn hóa xã hội có thể được sử dụng cho Meta-synthesis. Trong khi meta-analysis chú trọng vào cô lọc kết quả, meta-synthesis là một quá trình phân tích tổng hợp các yếu tố chính để kết hợp các kết quả riêng lẻ thành một khái niệm hay học thuyết.

3. CÁC BƯỚC ĐỂ THỰC HIỆN TỔNG QUAN Y VĂN

Đối với tổng quan hệ thống (systematic review), phân tích hệ thống (meta-analysis) và tổng thuật hệ thống (meta-synthesis), phương pháp thực hiện đòi hỏi một quy trình đặc biệt. Trong bài này chỉ giới thiệu tới đọc giả các bước làm tổng quan tài liệu (literature review) (Bảng 1). Bước đầu tiên là xác định được chủ đề của bài tổng quan. Thông thường người viết đã xác định được chủ đề từ trước. Tuy nhiên, đối với trường hợp làm tổng quan phục vụ cho các mục đích khác không phải cho đề tài nghiên cứu thì xác định chủ đề vẫn là bước đầu tiên.

Bảng 1. Quy trình thực hiện tổng quan tài liệu

Chọn chủ đề làm tổng quan

Tìm tài liệu

Thu thập, đọc và phân tích tài liệu

Viết tổng quan

Tài liệu tham khảo

3.1. Lựa chọn chủ đề cho tổng quan y văn

Lựa chọn chủ đề là một bước khá khó khăn đối cho sinh viên và người mới lần đầu làm viết tổng quan. Các lỗi thường gặp ở những người này là lựa chọn những chủ

đề quá chung chung, ví dụ như “đau”, “tăng huyết áp”. Mặc dù, sử dụng những cụm từ chung chung có thể là một chiến lược tốt để xác định số lượng y văn hiện tại cho một vấn đề, nhưng với một cụm từ quá chung chung và rộng thì bạn sẽ bị chìm trong khối lượng y văn khổng lồ, và quá khả năng để bạn làm tổng quan trên khối lượng y văn đó. Vì vậy, **định hình và giới hạn chủ đề là một điều nên làm để bạn có được một số lượng y văn vừa phải để làm tổng quan.** Ví dụ, để xác định được chủ đề mà bạn muốn làm về “tăng huyết áp”, cân nhắc xem bạn muốn làm khía cạnh nào của “tăng huyết áp”. Câu hỏi đặt ra có những vấn đề cụ thể nào xoay quanh chủ đề “tăng huyết áp”? ví dụ như: chất lượng cuộc sống, hay phòng ngừa hay điều trị ...xác định chính xác những điểm này sẽ giúp bạn khu trú được chủ đề của tổng quan. Cách khác là thảo luận với người khác, có thể là các đồng nghiệp trong lâm sàng, hoặc đọc các tài liệu trong lĩnh vực này để giúp bạn nhận ra được chủ đề bạn muốn làm và ước lượng được số lượng tài liệu hiện có có thể phục vụ cho viết tổng quan.

Có đủ số lượng tài liệu để viết tổng quan cũng là một vấn đề quan trọng, đặc biệt là khi tổng quan này nhằm phục vụ cho các bài luận giới hạn về mặt thời gian. Vì giới hạn về mặt thời gian, có đủ tài liệu để viết là yếu tố quyết định giúp bạn hoàn thành phần viết và nộp đúng thời hạn. Do không đủ tài liệu để viết nên bạn buộc phải thay đổi chủ đề vào phút cuối trước ngày nộp là một quyết định hết sức tai hại, nên ngoài việc dành thời gian xác định được một chủ đề mà mình tâm đắc cần chú ý số lượng tài liệu đủ để hoàn thành bài viết.

Tổng quan y văn thường được viết trong giới hạn về số từ hoặc số trang, vì vậy cần phải để ý đến vấn đề này khi chọn chủ đề. Các chủ đề quá rộng sẽ đưa đến hệ quả là một bài tổng quan quá dài và thiếu trọng tâm. **Nguyên tắc chung là khi chọn chủ đề để viết tổng quan cần khu trú vấn đề, có trọng tâm cụ thể và nếu cần bạn vẫn có thể nói rộng phạm vi trong quá trình thực hiện.** Cắt bớt nội dung mà không ảnh hưởng đến chất lượng của bài viết sẽ tốn rất nhiều thời gian và công sức, như vậy bạn đang lãng phí thời gian trong khi thời gian hoàn thành chỉ có hạn.

3.2. Tìm tài liệu

Tập hợp được các tài liệu một cách có hệ thống, và các thông tin phù hợp và liên quan đến chủ đề mình quan tâm là bước tiếp theo cần thực hiện. Phương pháp hệ thống là biện pháp giúp nâng cao tính ứng dụng của bài tổng quan vào thực tiễn. Mặc dù tổng quan y văn không giống như tổng quan hệ thống, nhưng về mặt nguyên tắc và cấu trúc của tổng quan hệ thống có thể được áp dụng để giúp bạn xác định được phương pháp thực hiện. Nhiều tác giả đã gợi ý là sự bao quát về chủ đề và nội dung liên quan là các tiêu chí mà người viết tổng quan cần quan tâm, và các chủ đề và câu hỏi đặt ra khi tìm tài liệu càng cụ thể thì kết quả tìm được càng sát với trọng tâm của chủ đề.

Hiện nay, qui trình tìm tài liệu cho phân viết tổng quan chủ yếu dựa trên máy tính và các thư viện điện tử (electronic database). Tìm tài liệu trên các thư viện điện tử khá thuận tiện, nhanh chóng, và dễ dàng thu được nhiều thông tin hơn là tìm thủ công. Có rất nhiều các thư viện điện tử, họ có những chuyên đề riêng cho từng lĩnh vực, bạn cần lựa chọn những trang có chuyên đề tin liên quan đến chủ đề mình quan tâm. Các thư viện ở trường đại học hoặc bệnh viện thường mua tài khoản của nhiều thư viện điện tử, và cung cấp tài khoản và mật khẩu cho sinh viên sử dụng để đăng nhập.

Từ khóa để tìm tài liệu cũng là một yếu tố quan trọng trong truy tìm tài liệu liên quan. Khi sử dụng các từ khóa để tìm tài liệu cần chú ý sự khác biệt trong sử dụng thuật ngữ ở các thư viện điện tử (database). Ví dụ như các database của Mỹ như CINAHL, từ khóa dùng để tìm tài liệu có thể khác nhau do khác cách đánh vần của American English và British English, ví dụ tumour/tumor, Paediatric/pediatric, transculture/multiculture. Khi tìm tài liệu, cần chú ý dùng các dạng đánh vần khác nhau của từ khóa, hoặc các cụm từ khác nhau có chung một nghĩa ví dụ như “béo phì”, “thừa cân béo phì”, “BMI \geq 23”, “tình trạng dinh dưỡng”... Một cách khác để tìm tài liệu là kết hợp các từ khóa. Để kết hợp các từ khóa, trong các thư viện điện tử thường sử dụng các từ nối như “AND”, “OR” và “NOT”.

Các bài tổng quan y văn (literature reviews) và Tổng quan hệ thống (systematic reviews) đăng trên các database là một nguồn dữ liệu quan trọng. Đây là những bài viết trình bày tổng hợp các nghiên cứu đã được làm trước đây, từ đó các nghiên cứu sắp tới có thể được xác định dựa trên các tổng quan này. Dựa vào danh sách tài liệu tham khảo của các bài báo này, bạn cũng có thể tìm được các nghiên cứu liên quan đến chủ đề của bạn. Từ đó, bạn có thể thực hiện các bước tìm kiếm thủ công cho các tài liệu quan trọng, liên quan trực tiếp đến chủ đề bạn đang nghiên cứu. Mặc dù tìm kiếm thủ công mất thời gian, nhưng bạn chỉ thực hiện trên những tài liệu thực sự liên quan đến chủ đề của mình. Với tất cả các cách tìm tài liệu trên, khung thời gian tối đa cho lựa chọn tài liệu tham khảo là từ 5-10 năm, đây là độ tuổi của các bài báo được xuất bản. Khung thời gian giao động tùy thuộc vào số lượng y văn có trong thời khoảng đó. Những y văn kinh điển, quan trọng thường không bị giới hạn về độ tuổi.

Trong quá trình tìm kiếm tài liệu, một câu hỏi quan trọng được đặt ra là có nên hay không nên đưa tài liệu này vào phần tổng quan, câu trả lời tùy thuộc vào nguồn xuất xứ của tài liệu trình bày trong bảng 3.

Nhìn chung, thông tin ở các bài báo (articles) thường cập nhật hơn là sách giáo khoa. Sách giáo khoa có thể bị lỗi thời do thời gian từ lúc viết đến khi xuất bản kéo dài. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là sách không có giá trị và bị loại bỏ ra khỏi danh sách tài liệu tham khảo, sách vẫn là một nguồn thông tin có giá trị và đáng tin cậy.

Trong quá trình tìm kiếm tài liệu, bạn nên ghi lại những từ khóa, phương pháp tìm tài liệu, những thông tin này sẽ cần dùng cho phần mô tả phương pháp thu thập thông tin cho tổng quan y văn. Một điều nữa cần quan tâm đó là nên dành khoảng bao lâu cho phần tìm kiếm tài liệu, bởi vì tìm, nhận định những tài liệu liên quan chỉ là những bước đầu trong quá trình viết tổng quan y văn, bạn nên xác định khoảng thời gian hợp lý trong tổng thời gian cho phép để hoàn thành bài tổng quan y văn.

3.3. Phân tích tổng hợp y văn

Trong bước này, những tài liệu nào được cho là phù hợp sẽ được đưa vào tổng hợp ở giai đoạn này. Mặc dù mỗi bài tổng quan y văn đều có một trọng tâm riêng và tài liệu được lựa chọn đưa vào phân tích sẽ thay đổi tùy theo mục đích của bài tổng quan, một chiến lược tốt trong giai đoạn này có thể giúp cho hình thành cấu trúc và trình bày bài tổng quan tốt hơn.

Đầu tiên, bạn nên dành một khoảng thời gian đọc qua một lượt tất cả các bài báo đã tìm được để giúp bạn mừng tượng được các vấn đề đang được thảo luận ở những bài này. Hầu hết các bài báo đều có một đoạn tóm tắt ngắn (abstract) ngay phần đầu của bài báo, sau khi đọc xong đoạn này bạn sẽ quyết định được là có nên đọc tiếp toàn văn của bài này không. Bước này cũng có thể giúp bạn bắt đầu phân loại, gom nhóm các bài báo này theo nguồn (Trình bày trên bảng 2)

Bảng 2: Phân loại nguồn của các tài liệu sử dụng cho tổng quan

Nguồn	Định nghĩa
Nguồn sơ cấp	Thông tin từ các nghiên cứu cơ bản sử dụng số liệu
Nguồn thứ cấp	Thông tin có được từ việc tổng hợp thông tin từ các nguồn khác hơn là nghiên cứu cơ bản: vd Các bài báo hồi cứu y văn
Khái niệm/hoặc thuyết	Các bài báo về mô tả hoặc phân tích các học thuyết hoặc khái niệm liên quan đến chủ đề quan tâm
Ý kiến chuyên môn	Quan điểm cá nhân về một chủ đề mà không dựa trên nghiên cứu hoặc y văn hoặc học thuyết nào. Trong lâm sàng có thể là các bài báo về mô tả trường hợp, hoặc các báo cáo ở các cơ sở điều trị

Sau khi xong bước đầu tiên, bạn bắt đầu xem xét lại những bài báo này về mặt nội dung một cách có hệ thống. Một qui trình đơn giản thường làm (gọi tắt là PQRS) đó là nhận xét (preview), đưa ra câu hỏi (Question), đọc (read) và tóm tắt (summarise) một cách có hệ thống. Cách này giúp bạn không chỉ nắm bắt được nội dung mà còn dễ dàng cho bạn khi muốn truy lại nội dung của những bài này sau khi bạn đã đọc một số lượng lớn y văn.

Sau giai đoạn đọc lướt (preview), bạn sẽ phân loại được các bài báo này thành bốn nhóm theo nguồn số liệu và xác định được mức độ liên quan nhiều đến chủ đề bạn quan tâm, một số bài báo sẽ bị loại ra ở giai đoạn này. Một cách làm sáng suốt là bạn nên lưu các bài loại ra này vào một mục riêng vì một lúc nào đó bạn có thể sẽ cần đến những bài này.

Đến giai đoạn đặt câu hỏi (question), câu hỏi được đặt ra cho mỗi bài báo. Bạn có thể áp dụng phương pháp đề mục (indexing) hoặc tóm tắt (summary system) hoặc cả hai để thực hiện giai đoạn này. Mặc dù có sự khác biệt giữa hai cách trên, nhưng nhìn chung thì hai cách này chú trọng vào tiêu đề của bài báo, tác giả, mục đích, phương pháp nghiên cứu và các kết quả cũng như đầu ra chính của nghiên cứu. Sẽ rất tốt nếu bạn đưa ra các nhận định của bản thân, thông điệp chính của bài báo mà bạn nhận thấy được ngay sau khi bạn đọc kỹ bài này. Để thuận tiện cho bạn trích dẫn sau này, bạn nên ghi lại nguồn và các thông tin dùng để trích dẫn. Sẽ rất mất thời gian và phiền phức nếu sau này bạn phải quay lại truy tìm thông tin của bài này khi bạn cần.

Do một số thông tin tìm được trong một bài báo chỉ là thông tin thứ cấp, nghĩa là thông tin này được trích dẫn từ một nguồn khác, vì vậy bạn có thể cần điều chỉnh phần tóm tắt, và truy tìm tới nguồn gốc của tài liệu này. Bảng khung mẫu giúp bạn tóm tắt một bài báo trình bày ở bảng 3.

Bảng 3 Tóm tắt thông tin của một bài báo

Nguồn sơ cấp	Nguồn thứ cấp	Nguồn không dựa trên nghiên cứu
Tiêu đề	Tiêu đề	Tiêu đề
Tác giả & năm xuất bản	Tác giả & năm xuất bản	Tác giả & năm xuất bản
Tên tạp chí (các thông tin liên quan cho trích dẫn)	Tên tạp chí (các thông tin liên quan cho trích dẫn)	Tên tạp chí (các thông tin liên quan cho trích dẫn)
Mục đích của nghiên cứu	Các định nghĩa chính	Mục đích của bài báo
Loại nghiên cứu	Khung giới hạn của bài báo	Uy tín của người viết
Địa điểm nghiên cứu	Các tiêu chí đánh giá	Chất lượng của bài viết

Phương pháp thu thập số liệu	Kết quả tổng hợp	Nội dung
Các kết quả chính	Kết luận	Tính hợp lý/mạch lạc
Kiến nghị/đề xuất		Kiến nghị/đề xuất
Bình luận/ý kiến/nhận xét của bạn về bài báo:	Bình luận/ý kiến/nhận xét của bạn về bài báo:	Bình luận/ý kiến/nhận xét của bạn về bài báo:
Điểm mạnh/điểm yếu	Điểm mạnh/điểm yếu	Điểm mạnh/điểm yếu

Mặc dù giai đoạn này khá là công phu và tốn nhiều thời gian, nhưng đòi hỏi người làm nghiên cứu phải đọc để tìm câu trả lời cho từng đề mục trên. Tuy nhiên, kết quả của nó sẽ rất có giá trị, nếu có những phương diện mà bạn chưa nắm rõ về mặt phương pháp dùng để đánh giá, bạn nên tìm đọc thêm các kỹ thuật này để tăng kỹ năng đánh giá y văn của mình. Hiện nay có nhiều sách giáo khoa hướng dẫn phương pháp nghiên cứu, trong đó có các bộ công cụ hỗ trợ cho phê bình y văn cho người mới làm nghiên cứu. Để đánh giá một bài báo tốt, bạn cần có kiến thức cơ bản về thiết kế nghiên cứu định lượng như thử nghiệm lâm sàng, bệnh chứng, đoàn hệ và cắt ngang mô tả.

Tương tự như các bài báo từ nguồn sơ cấp, không phải tất cả các bài báo được phân loại trong nhóm dùng nguồn thứ cấp đều như nhau về mặt phương pháp. Ví dụ hồi cứu y văn dạng hệ thống (systematic review) qui trình viết các bài này phải tuân theo các tiêu chuẩn chặt chẽ, khi đánh giá bạn nên dựa trên tiêu chí này để đánh giá. Tuy nhiên, có một số bài chỉ dừng lại ở mức tổng quan y văn chỉ trình bày các khía cạnh của một chủ đề hoặc các khái niệm liên quan. Một số các bài viết về học thuyết hoặc khái niệm cũng như vậy. Nếu đánh giá những bài này mà sử dụng tiêu chí của tổng quan hệ thống (systematic review) thì những bài này đều được cho là thiếu về mặt phương pháp. Do đó, trước khi đánh giá một bài báo, bạn nên xem xét mục đích/mục tiêu của từng bài để từ đó đưa ra các nghi vấn đánh giá phù hợp.

Để đánh giá các bài báo không dựa trên nghiên cứu có thể khá phức tạp. Những bài này có thể là những bài báo nêu lên các vấn đề trong thực hành, nghiên cứu, hoặc giảng dạy, ý kiến cá nhân, các báo cáo một ca và các báo cáo lâm sàng. Giống như các nguồn thông tin khác, bạn cần xác định được mục đích của bài viết trước khi đánh giá tính ý nghĩa và giá trị của thông tin. Một số tác giả chú trọng vào các tiêu chí như chất lượng bài báo, uy tín của tác giả và tính chính xác của thông tin khi bình luận những bài báo này. Chất lượng và uy tín được xác định dựa trên tầm cỡ của tạp chí, qui trình xét duyệt bài trước khi đăng, chức danh của tác giả và nội dung được nêu lên. Nội dung được đánh giá còn dựa trên tính chính xác và mức độ phù hợp với các y văn hiện có về vấn đề này.

Bước cuối của đánh giá y văn là viết một tóm tắt ngắn cho mỗi bài báo mà bạn đã đọc và có thể kèm theo những suy nghĩ và nhận xét của bạn về điểm mạnh và điểm yếu của nghiên cứu. Tất cả được viết bằng văn của bạn là cách tốt nhất giúp bạn nắm được nội dung của bài báo. Đây cũng là một cách rèn luyện kỹ năng viết của bạn.

4. TIẾN HÀNH VIẾT TỔNG QUAN Y VĂN

Sau khi hoàn thành bước đánh giá y văn, bước tiếp theo cần quan tâm là cấu trúc và cách trình bày phần nội dung. Chìa khóa để viết một bài nghiên cứu khoa học hay đó là khả năng trình bày các kết quả tìm được một cách rõ ràng và mạch lạc. Tránh sử dụng các từ dài dòng, khó hiểu và tránh lạm dụng thuật ngữ chuyên ngành là những điều cơ bản để có một bài viết tốt. Câu văn nên được viết ngắn gọn, nhưng rõ nghĩa, không sai chính tả và ngữ pháp. Nhiều trường đại học có các khóa học miễn phí để luyện kỹ năng viết cho sinh viên, nếu có cơ hội bạn nên tham gia. Một số sách hướng dẫn kỹ năng viết cũng bày bán trong các nhà sách.

Sắp xếp tài liệu/y văn theo mục tiêu và cách bố cục của bài là những yếu tố quyết định tính mạch lạc của bài viết. Đôi khi cấu trúc của bài phụ thuộc vào mục đích của bài viết. Ví dụ, một bài tổng quan hệ thống (systematic review) nó có những qui định chặt chẽ về cấu trúc và nội dung của từng mục mà người viết phải làm theo. Tuy nhiên, các bài viết tổng quan y văn phục vụ cho làm bài tập, các đề cương hoặc luận án tốt nghiệp thường có cấu trúc tự do hơn. Tuy nhiên, bài tổng quan y văn cũng cần phải bảo đảm được tính logic và có các đề mục cơ bản của bài tổng quan.

Về cơ bản, mỗi bài tổng quan cần có ba phần chính đó là giới thiệu, thân bài và kết luận. Độ dài của mỗi bài tổng quan tùy thuộc vào số lượng bài báo được tìm thấy, và yêu cầu của hội đồng hoặc người chấm bài. Nếu bài tổng quan này được viết thành một bài báo riêng, thì sẽ có thêm phần tóm tắt trình bày ở phần đầu. Phần tóm tắt này trình bày ngắn gọn các kết quả và thường được viết sau cùng.

4.1. Phần giới thiệu

Phần giới thiệu thường trình bày mục đích của bài tổng quan, và giới thiệu ngắn về vấn đề quan tâm. Nguồn số liệu và các từ khóa chính sử dụng trong quá trình tìm kiếm tài liệu cũng trình bày trong phần này. Các tiêu chí để chọn và loại ra của các y văn cũng nên được mô tả rõ ràng. Bạn cũng nên nêu lên những điểm đáng chú ý trong y văn kể cả vấn đề có nhiều hoặc ít y văn liên quan đến chủ đề quan tâm. Phần này giúp người đọc có một cái nhìn kỹ càng về nguồn số liệu được sử dụng và dễ dàng cho họ đánh giá tính giá trị của các suy luận trong bài viết.

4.2. Phần thân bài

Phần thân bài trình bày và thảo luận những kết quả tìm được trong y văn. Có nhiều cách khác nhau để thực hiện phần này (chi tiết trong bảng 7)

Phương pháp	Định nghĩa	Ưu điểm/khuyết điểm
Chia phần thân bài theo chủ đề hoặc loại	Tách biệt các y văn thành các chủ đề nhỏ để thảo luận	Được sử dụng khá phổ biến Cho phép kết hợp nhiều loại nghiên cứu Cần đảm bảo các y văn trong cùng một nhóm có liên quan với nhau
Trình bày theo trình tự thời gian	Các y văn được trình bày theo thứ tự thời gian	Hữu dụng khi viết về quá trình phát triển của một vấn đề theo thời gian
Khai thác về mặt học thuyết và phương pháp	Thảo luận các y văn về mặt học thuyết rồi đến các y văn về phương pháp, cách này sẽ giúp bạn giải thích được tại sao thiết kế nghiên cứu bạn sử dụng có thể phù hợp cho chủ đề bạn quan tâm	Các này thích hợp khi phân lớn các y văn bạn tìm được đều thảo luận về phương pháp nghiên cứu, ít nghiên cứu đo lường vấn đề quan tâm Có thể được sử dụng để xác định nhu cầu cho nghiên cứu định lượng
Phân chia thành hai phần: y văn về các học thuyết và các nghiên cứu thực địa	Các y văn về học thuyết và nghiên cứu thực địa được thảo luận theo từng phần riêng biệt	Dạng cấu trúc này thiên về mô tả nhiều hơn là bàn luận

Cấu trúc phần thân bài đóng vai trò quan trọng nhưng nội dung bên trong cũng cần chú ý. Khi bàn luận các y văn, nên bao gồm phần thảo luận phương pháp nghiên cứu sử dụng trong các y văn này. Chú ý là không nên chỉ liệt kê một loạt các công trình nghiên cứu. Tránh viết những câu chung chung, mơ hồ. Nhiều tác giả gợi ý là khi trình bày kết quả của một nghiên cứu nên viết về khuynh hướng của kết quả hơn là khẳng định kết quả. Tương tự, ở vị trí người viết bạn nên giữ câu từ mang tính khách quan, không nên đưa những nhận định chủ quan và ý kiến cá nhân vào trong bài viết. Các nội dung được trích dẫn vào bài viết nên viết bằng văn của mình tránh sao chép nguyên văn của tác giả.

Bài viết nên thể hiện cho người đọc thấy được nỗ lực của tác giả trong phân tích y văn và khả năng hiểu biết của tác giả về chủ đề quan tâm chứ không chỉ đơn thuần là liệt kê ra tất cả những gì mà tác giả đã đọc được. Bài viết nên phân tích sâu về các thông

tin thu thập được về chủ đề quan tâm và nhận mạnh những điểm quan trọng và so sánh với các nguồn khác.

Nếu bạn thảo luận theo chủ đề, trình tự của các chủ đề cần được sắp xếp theo trình tự hợp lý, đảm bảo được sự liên kết và hài hòa về nội dung. Mỗi chủ đề nên có câu tóm tắt nội dung chính sẽ trình bày, và kết nối với chủ đề trong các phần trước và sau.

Đối với y văn mang tính học thuyết, những điểm tương đồng hay khác biệt giữa các học thuyết này nên được trình bày. Đôi khi có những học thuyết chiếm vị trí chủ đạo, và một số học thuyết chỉ khu trú ở một số khía cạnh, và người viết cũng nên phân tích các phương pháp nghiên cứu để đưa đến những học thuyết này.

Sự không nhất quán và đối nghịch về kết quả giữa các công trình nghiên cứu nên được nêu lên, bởi nó thể hiện điểm mạnh và điểm yếu tìm thấy trong y văn. Vai trò của người viết là tổng hợp và đánh giá các bằng chứng và đề xuất những cách giải thích có thể cho những sự khác biệt này.

4.3. Phần kết luận

Phần kết luận của một bài tổng quan là phần tóm tắt một cách xúc tích những gì bạn tìm được trong y văn, kiến thức hiện có và định hình được nghiên cứu sắp tới. Trong một bài tổng quan, những khoảng trống về kiến thức chính là căn cứ và mục đích của nghiên cứu sắp tới. Trong một số trường hợp, bạn cũng có thể sử dụng các chủ đề đang phát triển để hình thành khái niệm khung cho nghiên cứu của bạn. Trong tất cả các tổng quan y văn luôn có các kiến nghị hoặc đề xuất cho cải thiện thực hành, giáo dục và ý tưởng nghiên cứu sắp tới.

4.4. Phần tài liệu tham khảo

Tổng quan tài liệu luôn đính kèm danh sách các tài liệu tham khảo được sử dụng trong bài tổng quan bao gồm sách, báo cáo, tạp chí khoa học và các kênh truyền thông khác. Bất kể bài tổng quan phục vụ cho mục đích gì, cho làm bài tập, hay nghiên cứu khoa học, thì tất cả các tài liệu tham khảo đã sử dụng trong bài viết đều phải được liệt kê. Điều này có nghĩa là nội dung đã được trích dẫn thì tên của tài liệu tham khảo này phải nằm trong danh sách tài liệu tham khảo và ngược lại. Thiếu hoặc lỗi trong trích dẫn tài liệu tham khảo khá là phổ biến ở sinh viên. Để hạn chế vấn đề này, các bạn có thể tạo các files lưu tài liệu tham khảo trong phần mềm Endnote, mỗi lần bạn trích dẫn một tài liệu mới thì đều được phần mềm tự động lưu.

5. KẾT LUẬN

Tổng quan tài liệu là một bước quan trọng trong quá trình làm nghiên cứu, hỗ trợ người làm nghiên cứu xác định câu hỏi nghiên cứu dựa trên những khiếm khuyết trong y văn. Tương tự, tổng quan y văn còn giúp hình thành ý tưởng nghiên cứu khi bạn hiểu biết rõ về một lĩnh vực nào đó. Nó còn giúp cho người mới bước vào làm nghiên cứu có

thể học hỏi kinh nghiệm từ các nghiên cứu trước về thiết kế nghiên cứu, thu thập số liệu và phân tích để chuẩn bị cho nghiên cứu của mình sắp tới. Bạn có thể lựa chọn các dạng tổng quan khác nhau tùy thuộc vào mục đích làm tổng quan và mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể của nghiên cứu. Viết tổng quan là một kỹ năng mà đòi hỏi bạn phải học.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT

1. Cơ sở nào để nhà nghiên cứu lựa chọn và đánh giá các tài liệu tìm được khi viết tổng quan tài liệu, Ngoại trừ:

- A. Đúng đắn
- B. Tính chính xác
- C. Chất lượng
- D. Sự hấp dẫn

2. Tổng quan y văn là:

- A. Danh sách những ấn bản nghiên cứu thích hợp với việc nghiên cứu
- B. Cần phê phán những kết quả nghiên cứu không phù hợp
- C. Phải tổng hợp phê phán những kết quả xác hợp với nghiên cứu
- D. Phải thu thập những kết quả xác hợp với nghiên cứu

33. Tổng quan tài liệu có vai trò nào sau đây:

- A. Cung cấp khung lý thuyết và phân tích các vấn đề cho nghiên cứu
- B. Là cơ sở của thảo luận
- C. Cung cấp khung lý thuyết ban đầu
- D. Tất cả đúng

Bài 2.5. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU KHOA HỌC THƯỜNG DÙNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Mô tả được các loại thiết kế nghiên cứu cơ bản trong nghiên cứu y sinh học.
- 1.2. Phân biệt được ưu, nhược điểm từng loại thiết kế nghiên cứu

2. Kỹ năng

Lựa chọn được thiết kế nghiên cứu phù hợp với đề tài nghiên cứu của cá nhân/nhóm

3. Thái độ

- Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong nghiên cứu
- Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

GIỚI THIỆU

Để nghiên cứu đầy đủ một vấn đề sức khỏe, người nghiên cứu thường phải thực hiện qua các giai đoạn sau đây:

- *Giai đoạn mô tả:*

- Nhận thấy vấn đề (một sự khởi đầu rất quan trọng);
- Xác nhận sự đồng nhất của các sự kiện (các cas giống nhau);
- Thu thập tất cả các sự kiện (nhận ra tất cả các cas hiện có);
- Xác định các đặc điểm của các sự kiện (mô tả các cas);
- Tìm cách mô tả quá trình xuất hiện và chiều hướng phát triển của hiện tượng.

- *Giai đoạn phân tích:*

Hình thành giả thuyết về mối quan hệ nhân quả và tìm cách phân tích các dữ kiện tùy theo các giả thuyết đã đề ra.

- *Giai đoạn thực nghiệm (nếu có thể):*

Kiểm tra giả thuyết: (bằng quan sát, hoặc bằng thực nghiệm).

- *Trình bày kết quả:*

Soạn thảo báo cáo, trình bày kết quả.

Trong thực tế, cùng một lúc không thể thực hiện được tất cả các giai đoạn nói trên; mà thường, trong mỗi nghiên cứu chỉ thực hiện được một giai

đạn mà thôi.

1. PHÂN LOẠI NGHIÊN CỨU

Có hai loại thiết kế nghiên cứu cơ bản: nghiên cứu quan sát (observational study) và nghiên cứu can thiệp (interventional study)

- **Nghiên cứu quan sát:** là loại nghiên cứu mà nhà nghiên cứu không hề tác động gì vào hiện tượng mình quan tâm mà chỉ đơn thuần quan sát hiện tượng đó mà không can thiệp gì.

Nghiên cứu quan sát được chia làm hai loại dựa trên tính chất của sự quan sát: quan sát mô tả (descriptive study) và quan sát phân tích (analytic study).

Các thiết kế mô tả thường chỉ quan tâm đến việc mô tả bệnh cùng với một (hay một số) yếu tố được cho là nguy cơ để tìm ra các mối liên quan có thể là kết hợp nhân quả tại một thời điểm nên chỉ có giá trị để hình thành giả thuyết.

Các thiết kế phân tích quan tâm đến cả quá trình diễn biến của mối liên hệ giữa nhân và quả, và thường tập trung đi sâu vào quan sát và phân tích một kết hợp nhân - quả. Vì thế các nghiên cứu phân tích thường được tiến hành sau các nghiên cứu mô tả để kiểm định giả thuyết nhân quả mà nghiên cứu mô tả đã hình thành. Và trong các loại thiết kế quan sát dịch tễ học thì chỉ có nghiên cứu phân tích mới được phép kết luận về giả thuyết nhân quả.

- **Nghiên cứu can thiệp:** Nghiên cứu can thiệp hay nghiên cứu thực nghiệm là loại nghiên cứu mà để kiểm định giả thuyết nhân quả, nhà nghiên cứu can thiệp vào hoặc tạo ra yếu tố được coi là nguyên nhân rồi theo dõi, ghi nhận kết quả của can thiệp đó và phân tích mối quan hệ giữa nhân và quả đó.

Bảng 1. Phân loại thiết kế nghiên cứu

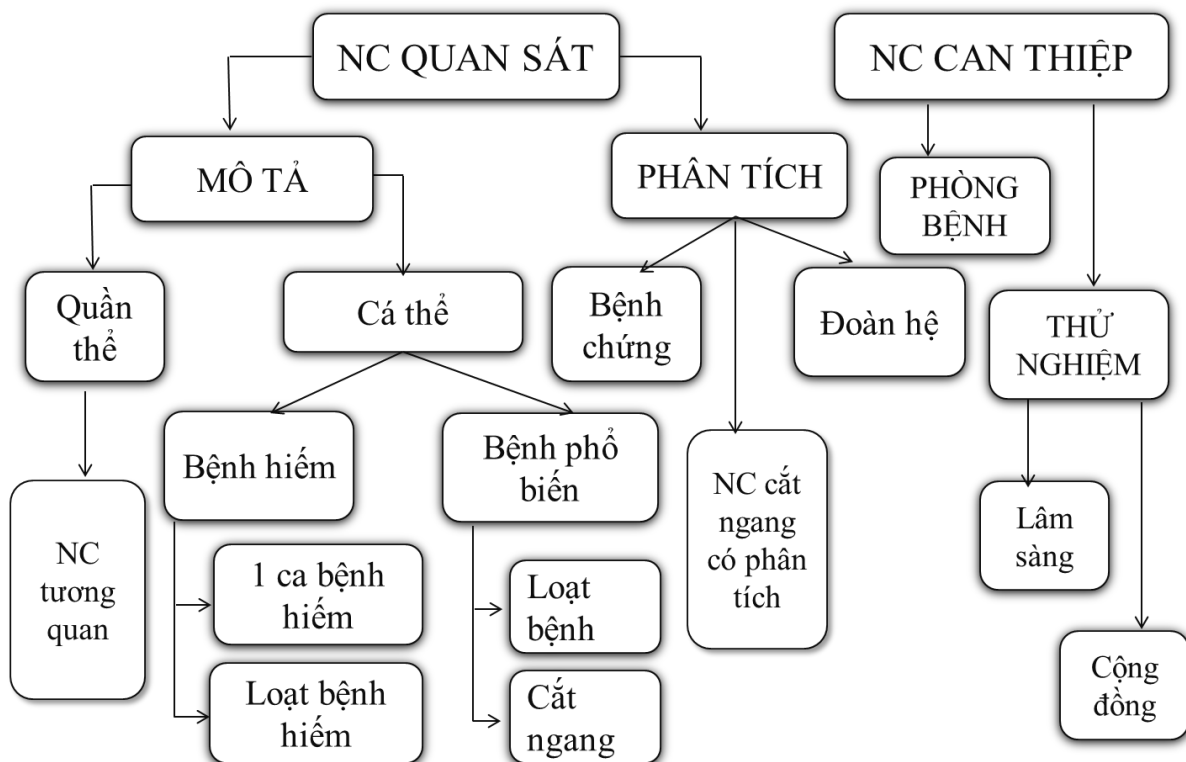
Loại nghiên cứu	Đồng nghĩa	Đối tượng NC
❖ Nghiên cứu quan sát:		
- Nghiên cứu mô tả: <ul style="list-style-type: none">• Nghiên cứu trường hợp• Nghiên cứu sinh thái• Nghiên cứu cắt ngang	Nghiên cứu tương quan Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc	Cá thể Quần thể Cá thể
- Nghiên cứu phân tích: <ul style="list-style-type: none">• Nghiên cứu bệnh chứng• Nghiên cứu đoàn hệ	Nghiên cứu hồi cứu Nghiên cứu theo dõi	Cá thể Cá thể
❖ Nghiên cứu thực nghiệm: <ul style="list-style-type: none">• Thử nghiệm ngẫu nhiên• Thử nghiệm trên thực địa• Thử nghiệm trên cộng đồng	Nghiên cứu can thiệp: Thử nghiệm lâm sàng NC can thiệp trên cộng đồng	Bệnh nhân Người khỏe mạnh Cộng đồng

Bảng 2 x 2 là một bảng gồm có 2 hàng và 2 cột; hàng trình bày tình trạng phơi nhiễm và cột trình bày tình trạng mắc bệnh. Số liệu thu được qua các nghiên cứu thường được trình bày bằng bảng 2 x 2, từ đó dễ dàng tính được các số đo cần thiết tùy vào mỗi thiết kế.

Bảng 2 x 2

		Tình trạng bệnh		Tổng
		Có	Không	
Tình trạng phơi nhiễm	Có	A	B	A + B
	Không	C	D	C + D
Tổng		A + C	B + D	A + B + C + D

2. CÁC LOẠI THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Mô tả các loại thiết kế nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu quan sát

2.1.1. Một số nghiên cứu quan sát mô tả

Mục đích của một nghiên cứu mô tả là mô tả cả bệnh và các yếu tố liên quan; các yếu tố này có thể là các yếu tố nguy cơ của bệnh; từ việc mô tả đó xây dựng nên một giả thuyết nhân quả; nghiên cứu mô tả chưa đủ sức chứng minh mối quan hệ nhân quả đó. Có các loại thiết kế quan sát mô tả như sau:

Nghiên cứu trường hợp (Case study):

Là các nghiên cứu quan sát mô tả, thu thập các dữ kiện của từng cá thể nhằm:

Mô tả một hiện tượng lạ, hiếm gặp (mô tả một trường hợp):

- Đây là thiết kế nghiên cứu cơ bản của phương pháp mô tả dựa trên dữ kiện thu thập từ từng cá thể.

- Là bệnh án chi tiết, tỉ mỉ, đầy đủ, do một hoặc nhiều thầy thuốc lâm sàng thực hiện trên một bệnh nhân;

- Đòi hỏi phải khai thác đầy đủ, tỉ mỉ, đặc biệt là về căn nguyên nghi ngờ của bệnh và kết quả là phải có một hay nhiều giả thuyết nhân quả được hình thành.

🌸 *Mô tả một chùm bệnh:*

Cũng tương tự như mô tả một trường hợp nhưng áp dụng mô tả cho một vài trường hợp cùng mắc một bệnh hay cùng có một hiện tượng sức khỏe lạ, hiếm gặp. Mô tả một chùm bệnh có giá trị hình thành giả thuyết cao hơn so với mô tả một trường hợp đơn độc.

🌸 *Mô tả các bệnh hoặc hiện tượng sức khỏe nhiều người mắc (mô tả một loạt các trường hợp):*

Áp dụng để mô tả một loạt các trường hợp cùng mắc một bệnh hoặc có cùng một hiện tượng sức khỏe, thường trong một giới hạn thời gian và không gian nhất định. Đây là loại nghiên cứu thường được sử dụng trong lâm sàng, trong các mô tả tại bệnh viện, đặc biệt là trong những trường hợp không thể tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên.

Mục tiêu của nghiên cứu một loạt các trường hợp thường là để mô tả về bệnh đang quan tâm. Sản phẩm thường là tỷ lệ mắc từng triệu chứng, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán của các triệu chứng hoặc các bộ triệu chứng.

Hạn chế của loại nghiên cứu này là phần suy lý thống kê bị hạn chế, kết quả nghiên cứu khó có thể ngoại suy ra cho quần thể, chỉ trừ trường hợp tiêu chuẩn chọn bệnh nhân hết sức chặt chẽ để bệnh nhân trong nghiên cứu có thể đại diện cho một quần thể nhất định.

Nghiên cứu tương quan (nghiên cứu sinh thái):

Là nghiên cứu mô tả dựa trên dữ kiện chung của quần thể.

Người nghiên cứu dựa trên những số liệu chung của quần thể để tìm ra mối liên quan giữa yếu tố nghi ngờ và bệnh. Số liệu trong loại nghiên cứu này thường được thu thập từ các nguồn có sẵn khác nhau.

Chẳng hạn như người ta tính tổng lượng thịt tiêu thụ hàng năm của một số nước, chia cho số dân để có lượng thịt tiêu thụ bình quân đầu người. Bên cạnh đó, lấy tổng số ung thư đại tràng để tính tỷ lệ ung thư đại tràng trên 100.000 dân. Và người ta nhận thấy, nước nào có mức tiêu thụ thịt bình quân càng cao thì tỷ lệ ung thư đại tràng càng cao.

Thiết kế tương quan đơn giản, dễ tiến hành và người ta khuyên nên sử dụng nhiều thiết kế tương quan để có thể gợi ý hình thành giả thuyết vì tương quan mạnh là bước đầu nhận xét về một kết hợp giữa phơi nhiễm và bệnh nhưng cần phải lưu ý đến

một vài hạn chế cố hữu bên trong của thiết kế này.

Số đo quan trọng trong nghiên cứu này là tìm hệ số tương quan “r”.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang (nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc):

Thu thập dữ kiện trên từng cá thể về cả bệnh, về cả phơi nhiễm.

Áp dụng để mô tả hiện tượng sức khỏe và các yếu tố được cho là có liên quan đến hiện tượng sức khỏe đó của quần thể tại một thời điểm nhất định. Khác với nghiên cứu một loạt các trường hợp, đối tượng nghiên cứu không phải chỉ là những người mắc bệnh hoặc phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ đang được quan tâm mà là những người nằm trong quần thể được quan tâm; người đó có thể bị bệnh, có thể không; có thể phơi nhiễm, có thể không phơi nhiễm với yếu tố nghi ngờ (Hình 3). Thường nghiên cứu này cũng chỉ thực hiện trên mẫu.

Khi trình bày kết quả, nghiên cứu này sẽ mô tả sự phân bố tỷ lệ hiện mắc bệnh theo các mức độ khác nhau của yếu tố nghi ngờ là yếu tố nguy cơ; qua đó thấy được mối liên quan giữa các biến (bệnh và yếu tố) và nêu lên các giả thuyết nhân quả.

Bảng 2. Lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu ngang

		Tình trạng bệnh		Tổng
		Có	Không	
Tình trạng phơi nhiễm	Có	A	B	A + B
	Không	C	D	C + D
Tổng		A + C	B + D	A + B + C + D

N

2.1.2. Các thiết kế quan sát phân tích

(1) Nghiên cứu bệnh chứng (case-control study)

Là nghiên cứu dọc hồi cứu;

Căn cứ trên một giả thuyết nhân quả, nghiên cứu bệnh chứng được thiết kế nhằm so sánh và tìm sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh và không bệnh (nhóm chứng) trong mối quan hệ với yếu tố được coi là “nhân”.

Điểm xuất phát của nghiên cứu bệnh chứng là bệnh. Đây cũng là đặc trưng nổi bật của loại nghiên cứu này. Xuất phát từ hiện tượng có hay không có bệnh đang được quan tâm, người ta hồi cứu về việc phơi nhiễm với yếu tố bị nghi ngờ là nguyên nhân của bệnh đó (hình 4).

Loại nghiên cứu này được sử dụng nhiều để kiểm định giả thuyết vì tương đối dễ thực hiện, không đòi hỏi thời gian theo dõi dài nhưng khi thiết kế phải thận trọng để tránh sai lầm do việc không xác định được nhóm bệnh hoặc nhóm chứng, đặc biệt là nhóm chứng và chú ý hạn chế sai số nhớ lại.

Bảng 3. Lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu bệnh chứng

		Tình trạng bệnh		Tổng
		Có	Không	
Tình trạng phơi nhiễm	Có	A	B	A + B
	Không	C	D	C + D
Tổng		A + C	B + D	A + B + C + D

Số đo quan trọng nhất trong nghiên cứu này là OR (odds ratio: tỷ suất chênh); Khi số liệu nghiên cứu được trình bày bằng bảng 2 x 2 thì OR được tính:

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Giá trị của số đo này tương tự như Nguy cơ tương đối (RR) trong nghiên cứu thuần tập.

Thiết kế nghiên cứu đoàn hệ (cohort study)

Là nghiên cứu dọc mang tính theo dõi.

Thiết kế nghiên cứu đoàn hệ là một trong những nghiên cứu chủ yếu để kiểm định giả thuyết. Nghiên cứu thuần tập xuất phát từ hiện tượng có hoặc không phơi nhiễm với yếu tố bị nghi ngờ là nguy cơ của bệnh, theo dõi để ghi nhận sự xuất hiện của bệnh. Và căn cứ vào mức độ xuất hiện bệnh trong 2 nhóm có và không phơi nhiễm với yếu tố nghiên cứu để kết luận về mối kết hợp giữa yếu tố và bệnh.

Có thể chọn một mẫu ngẫu nhiên trong một quần thể nhất định các đối tượng cần thiết; trong mẫu đó sẽ có nhóm phơi nhiễm và nhóm không phơi nhiễm với yếu tố nghiên cứu; nhưng cách này thường có mức độ phơi nhiễm không đồng nhất ngay trong nhóm phơi nhiễm.

Cũng có thể chọn riêng hai mẫu khác nhau, mẫu phơi nhiễm và mẫu không phơi nhiễm; với cách này, khi chọn mẫu đã đưa ra các tiêu chuẩn nhất định về phơi nhiễm nên sẽ có sự đồng nhất về mức độ phơi nhiễm trong các nhóm.

Bảng 4. Lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu đoàn hệ

		Tình trạng bệnh		Tổng
		Có	Không	
Tình trạng phơi nhiễm	Có	A	B	A + B
	Không	C	D	C + D
Tổng		A + C	B + D	A + B + C + D

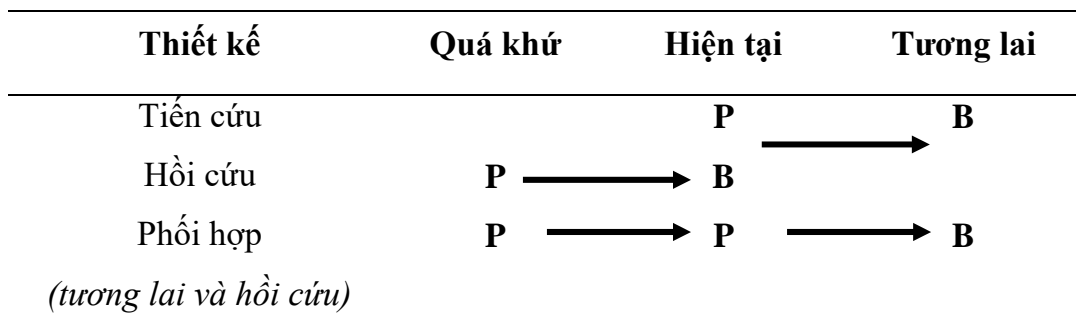
Số đo quan trọng nhất trong nghiên cứu đoàn hệ là RR (relative risk: nguy cơ tương

đối). Khi số liệu của nghiên cứu được trình bày theo bảng 2 x 2 thì RR được tính:

$$RR = \frac{A / (A+B)}{C / (C+D)}$$

Đặc trưng nổi bật của loại nghiên cứu đoàn hệ là xuất phát từ việc có hay không phơi nhiễm với yếu tố nghiên cứu rồi theo dõi trong tương lai để ghi nhận sự xuất hiện của bệnh. Hiện nay, tôn trọng đặc trưng này và vận dụng cho phù hợp với điều kiện thực tế, người ta đã đưa ra nhiều biến thể của nghiên cứu thuần tập. Các loại hình nghiên cứu đoàn hệ đã được đưa vào nghiên cứu hiện nay gồm có (hình 2):

- Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (*prospective cohort study*), có thể là:
 - ♦ Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu hoàn toàn (*concurrent prospective cohort study*)
 - ♦ Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu không hoàn toàn (*non - concurrent prospective cohort study*)
- Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu (*retrospective cohort study*)



Ghi chú : **P** là phơi nhiễm và **B** là Bệnh

Hình 2. Sơ đồ tóm tắt các loại thiết kế nghiên cứu đoàn hệ

Ưu nhược điểm của các nghiên cứu quan sát: được trình bày ở bảng 1.

Bảng 5. Ưu nhược điểm của các nghiên cứu quan sát

	NC tương quan	NC cắt ngang	NC bệnh chứng	NC đoàn hệ
Sai số chọn	Không đối tượng	Trung bình	Cao	Thấp
Sai số nhớ lại	Không đối tượng	Cao	Cao	Thấp
Mất theo dõi	Không đối tượng	Không đối tượng	Thấp	Cao
Yếu tố nhiễu	Cao	Trung bình	Trung bình	Thấp
Thời gian cần thiết	Thấp	Trung bình	Trung bình	Cao
Giá thành	Thấp	Trung bình	Trung bình	Cao

2.1.3. Nghiên cứu can thiệp

Nghiên cứu can thiệp là loại nghiên cứu có giá trị nhất trong số các nghiên cứu y học nhưng là loại nghiên cứu đòi hỏi thiết kế đúng đắn, tiến hành nghiên cứu kiên trì và nghiêm túc theo đề cương, thời gian thường dài và tốn kém.

Tùy theo đối tượng nghiên cứu và nơi thử nghiệm, có các loại nghiên cứu thực nghiệm như sau:

Nghiên cứu can thiệp trên cộng đồng:

Là loại nghiên cứu thực nghiệm tiến hành trên cộng đồng. Đối tượng nghiên cứu là tất cả cư dân sinh sống trong cộng đồng được quan tâm không kể là có bệnh hay không. Có nhiều cách tiến hành thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng, có giá trị và phổ biến nhất là can thiệp cộng đồng có đối chứng nhưng đơn giản và dễ thực hiện nhất là can thiệp (so sánh) trước - sau.

Thử nghiệm trên thực địa:

Là nghiên cứu thực nghiệm tiến hành trên cộng đồng nhưng đối tượng nghiên cứu là những người không có bệnh nhằm phòng bệnh cho họ.

Thử nghiệm lâm sàng:

Là nghiên cứu tiến hành trong bệnh viện (có thể một hay nhiều bệnh viện) nhằm so sánh hiệu quả điều trị của 2 hay nhiều phương án điều trị. Đây cũng là nghiên cứu về mối quan hệ nhân quả mà nhân ở đây là phương án điều trị và quả là hiện tượng khỏi hoặc không khỏi bệnh. Có nhiều cách thiết kế thử nghiệm lâm sàng: ngẫu nhiên hoặc không ngẫu nhiên, có đối chứng hoặc không đối chứng... Loại thử nghiệm lâm sàng có giá trị hơn cả là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (essai contrôlé randomisé);

3. Giá trị của các loại thiết kế nghiên cứu

Các nghiên cứu y học nói chung đều nhằm mục tiêu chủ yếu là tìm mối quan hệ nhân quả. Mỗi loại thiết kế nghiên cứu có giá trị suy luận căn nguyên nhất định. Có thể thấy thứ bậc giá trị của chúng như sau:

Giá trị	Các loại thiết kế
CAO ↓ THẤP	- Nghiên cứu thực nghiệm: <ul style="list-style-type: none">♦ Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên♦ Thử nghiệm trên cộng đồng
	- Nghiên cứu thuần tập tiến cứu
	- Nghiên cứu thuần tập hồi cứu
	- Nghiên cứu bệnh chứng
	- Nghiên cứu cắt ngang
	- Nghiên cứu tương quan
	- Nghiên cứu trường hợp

BÀI TẬP THỰC HÀNH

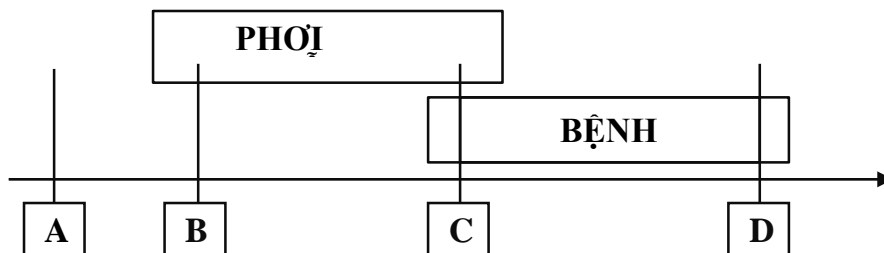
1. Tìm đọc một bài báo khoa học có giá trị được đăng trên các tạp chí khoa học lĩnh vực nghiên cứu y học và thực hiện đánh giá bài báo theo các hướng dẫn sau đây:

Câu hỏi	Trả lời
Xác định <u>tính giá trị</u> bài báo khoa học được đánh giá. <i>Ghi trích dẫn đầy đủ (tên tác giả, năm đăng bài, tên bài báo, tạp chí, số, ...)</i>	
Câu hỏi/ vấn đề nghiên cứu là gì của bài báo là gì?	
Người làm nghiên cứu giải thích sự quan trọng và xác đáng của việc nghiên cứu giải quyết vấn đề như thế nào? (<i>lý do nghiên cứu</i>)	
<u>Động từ hành động</u> nào được người nghiên cứu sử dụng để mô tả mục tiêu nghiên cứu?	
Xác định biến số nghiên cứu <i>(Mô tả chi tiết biến độc lập/phụ thuộc trong nghiên cứu/ hoặc biến định lượng/định tính trong kết quả nghiên cứu của bài báo)</i>	
Nghiên cứu này được thực hiện ở đâu? Thời gian nào? Kết quả từ nghiên cứu có giá trị ứng dụng trong thực tế?	
Loại thiết kế nghiên cứu nào được sử dụng? Câu hỏi mở rộng: Thiết kế nghiên cứu này có phù hợp với mục tiêu nghiên cứu không?	
Đối tượng nghiên cứu là ai? <i>(Nêu rõ tiêu chuẩn chọn, tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu)</i>	
Cỡ mẫu của nghiên cứu này là bao nhiêu? Cỡ mẫu đã đủ độ tin cậy và tính giá trị?	
Người làm nghiên cứu thu thập dữ liệu bằng phương pháp nào? Câu hỏi mở: Công cụ thu thập số liệu nào có thể được lựa chọn phù hợp với phương pháp thu thập dữ liệu này.	
Các kết quả nghiên cứu có đáp ứng cho mục tiêu nghiên cứu không? Nêu chi tiết (<i>liệt kê kết quả</i>)	
Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý, phân tích thống kê như thế nào? Trình bày đã đúng theo yêu cầu của biến số nghiên cứu?	
Xác định kết luận mà nghiên cứu đưa ra. Kết luận nào trả lời cho câu hỏi nghiên cứu?	

2. Điền dấu (-) hoặc từ 1-3 dấu (+) vào bảng dưới đây tùy theo tính phù hợp của loại thiết kế nghiên cứu:

	Tương quan	Cắt ngang	Bệnh Chứng	Đoàn hệ
Điều tra bệnh hiếm				
Điều tra các nguy cơ hiếm				
Kiểm định ảnh hưởng nhiều mặt của yếu tố nguy cơ				
Xem xét liên quan giữa bệnh, phơi nhiễm theo thời gian				
Tính trực tiếp tỷ lệ mới mắc				
Điều tra các bệnh có thời gian ủ bệnh kéo dài				
Điều tra tỷ lệ hiện mắc				

3. Hãy cho biết loại thiết kế nghiên cứu nào thích hợp tại từng thời điểm A, B, C, D?



TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1. Tìm 1 câu không phù hợp với thiết kế nghiên cứu mô tả:**
 - Khảo sát nhằm tìm ra sự phân bố của vấn đề sức khỏe bệnh tật
 - Nghiên cứu mô tả nhằm tìm ra sự phân bố của bệnh và tử vong
 - Nghiên cứu mô tả nhằm tìm ra các yếu tố liên hệ đến tình trạng sức khỏe của người dân
 - Nghiên cứu mô tả là phương tiện để hình thành và chứng minh giả thuyết
- 2. Nguồn cung cấp cho nhóm bệnh trong nghiên cứu bệnh chứng có thể là bệnh viện vì:**
 - Dễ thực hiện
 - Ít tốn kém
 - Kiểm soát sai số đo lường
 - A và B đúng
- 3. Thiết kế nào là thiết kế nghiên cứu quan sát phân tích?**
 - Nghiên cứu tương quan
 - Nghiên cứu bệnh chứng
 - Nghiên cứu đoàn hệ
 - A và B đúng
- 4. Chỉ số dùng để phân tích kết quả được sử dụng trong nghiên cứu bệnh chứng là:**
 - Nguy cơ tương đối (RR)
 - Tỷ số chênh (OR)
 - Hệ số tương quan (r)
 - Tỷ số hiện mắc (PRR)
- 5. Trong nghiên cứu bệnh chứng loại sai số thường gặp là:**
 - Sai số ngẫu nhiên
 - Sai số do nhớ lại
 - Sai số do có nhiều yếu tố nhiễu
 - Sai số do kết luận không đảm bảo

Bài 2.6. XÁC ĐỊNH CỠ MẪU TRONG NGHIÊN CỨU

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Hiểu được ý nghĩa của việc tính cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu
- 1.2. Phân tích được các yếu tố ảnh hưởng đến việc chọn mẫu
- 1.3. Trình bày được các kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu
- 1.4. Trình bày được phương pháp tính cỡ mẫu nghiên cứu

2. Kỹ năng

- 2.1. Áp dụng lý thuyết để tính cỡ mẫu cho một mẫu nghiên cứu
- 2.2. Áp dụng lý thuyết để lựa chọn được một mẫu nghiên cứu phù hợp

3. Thái độ

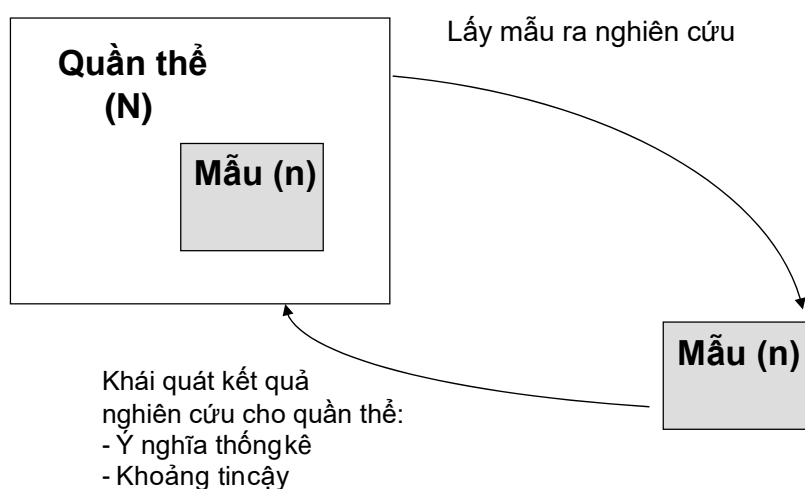
- 3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong nghiên cứu
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM QUẦN THỂ VÀ MẪU NGHIÊN CỨU

Quần thể (population) là một nhóm lớn những cá thể có chung một đặc trưng nhất định nào đó về tự nhiên, xã hội và sinh học bao gồm:

- Toàn bộ dân cư của một nước khi chúng ta muốn nghiên cứu xã hội của nước đó
 - Cây trong một khu rừng nếu muốn điều tra về trữ lượng gỗ của khu rừng đó
 - Các hộ gia đình trong một thành phố để tìm hiểu xu thế sử dụng điện, nước trong thành phố đó
 - Sản phẩm của một nhà máy sản xuất thuốc để kiểm tra chất lượng sản phẩm
- Ví dụ: Quần thể những người dân sống ở thành phố Hà Nội, quần thể các nhà thuốc tây của thành phố HCM.



Hình 1. Sơ đồ thiết kế lấy mẫu nghiên cứu

Mẫu (sample) là một nhóm nhỏ những cá thể được rút ra từ quần thể theo một phương thức nhất định, mang tính đại diện của quần thể đó và để phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

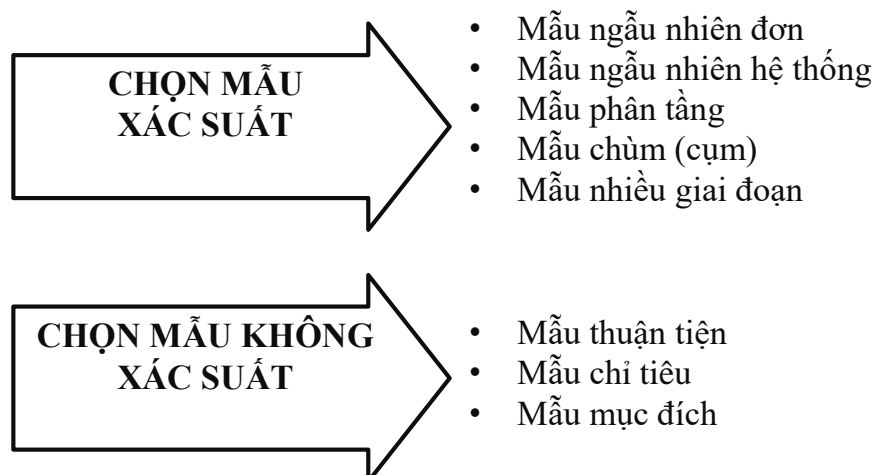
Khi chúng ta không thể rà soát cận kề từng đối tượng của quần thể, người ta phải tiến hành nghiên cứu hạn chế trên một nhóm đối tượng tương đối nhỏ của quần thể. Nhóm một số các đối tượng được chọn một cách thích hợp cho mục tiêu nghiên cứu được gọi là mẫu.

2. CHỌN MẪU

Chọn mẫu là quá trình lựa chọn ra một số lượng đơn vị nghiên cứu từ một quần thể nghiên cứu (*study population*) xác định, rồi từ *tham số* đo được trên mẫu có thể “ngoại suy” ra các tham số tương ứng của quần thể và có thể được sử dụng như các giá trị thật của quần thể trong các kế hoạch dịch tễ học.

Yêu cầu của một mẫu nghiên cứu:

- Mẫu phải đại diện cho quần thể: khi nó có tất cả các tính chất cơ bản của quần thể mà từ đó nó được rút ra.
- Cỡ mẫu phải đủ lớn: để có thể cho phép khái quát hoá một cách tin cậy cho quần thể nghiên cứu.
- Phải đảm bảo tính thực tế và tiện lợi: mẫu được chọn sao cho việc thu thập số liệu là dễ dàng và thuận tiện (tính khả thi).
- Tính kinh tế và hiệu quả: thông tin thu được nhiều nhất trong khi chi phí thấp nhất.



Hình 2. Một số kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu

1. Kỹ thuật chọn mẫu xác suất (probability sampling)

1.1. Mẫu ngẫu nhiên đơn (simple random sample)

a. Định nghĩa

Từ một quần thể nghiên cứu có kích thước là N , ta chọn một mẫu có cỡ n trong đó mọi cá thể trong N đều có cơ hội được chọn ra như nhau.

b. Cách tiến hành chọn mẫu

- Lập một khung chọn mẫu có chứa tất cả các đơn vị mẫu bằng cách mã hoá tất cả các đơn vị quần thể với các số thứ tự từ 1 đến N .

- Sử dụng một quá trình ngẫu nhiên để chọn n cá thể vào mẫu, có nhiều cách như: sử dụng bảng số ngẫu nhiên, sử dụng máy vi tính (thực chất là sử dụng bảng số ngẫu nhiên), tung đồng xu, đồng xúc xắc, bốc thăm...
- Bảng số ngẫu nhiên (xem phụ lục) là một bảng được tạo ra bởi chữ số từ 0, 1, 2, 3 ...9 mà sự xuất hiện của mỗi chữ số trên bảng số ngẫu nhiên có xác suất như nhau, không theo một trật tự nào, hoàn toàn ngẫu nhiên.

Ví dụ: Hãy chọn ngẫu nhiên 10 nhà thuốc trong số 200 nhà thuốc bằng bảng số ngẫu nhiên.

Tiến hành như sau:

- *Bước 1:* Lập danh sách và đánh số một cách ngẫu nhiên từ 1 đến 200 tên các nhà thuốc nằm trong quần thể nghiên cứu.
- *Bước 2:* Quyết định nhà thuốc có số chọn ra là số có 3 chữ số (bằng số chữ số của tổng thể các cá thể có trong quần thể nghiên cứu, ở đây có 200 nhà thuốc tức là có 3 chữ số). Việc chọn được tiến hành tùy theo quyết định của người nghiên cứu, ví dụ trong trường hợp này là từ trên xuống dưới, từ trái qua phải và số có 3 chữ số cuối.
 - Chọn bất kỳ trên bảng ngẫu nhiên (có thể dùng bút chì chấm một điểm bất kỳ trên bảng số ngẫu nhiên), giả sử chọn được số 42751 ở dòng thứ 6 và cột thứ 4.
 - Bắt đầu từ một số có 3 chữ số ở vị trí này (trong trường hợp này là 751) theo chiều từ trên xuống dưới, từ trái qua phải chọn ra 10 số có 3 chữ số nằm trong khoảng từ 001 đến 200. Tất cả các số bằng 000 và lớn hơn 200 đều được loại ra. Trong trường hợp này thì các số sau được chọn là 178, 103, 200, 170, 134, 127, 171, 119, 022, 060.
 - Như vậy 10 nhà thuốc được mang số ngẫu nhiên trùng với các số ngẫu nhiên được chọn ra ở trên là 22, 60, 103, 119, 127, 134, 171, 178, 200.

b. Ưu - nhược điểm của chọn mẫu ngẫu nhiên đơn

c.1. Ưu điểm

- Ưu điểm chính: đây là kỹ thuật chọn mẫu cơ bản là cơ sở để thực hiện các kỹ thuật chọn mẫu khác.
- Kỹ thuật thực hiện đơn giản, tính ngẫu nhiên cao và mẫu được chọn mang tính đại diện cao.

c.2. Nhược điểm

- Yêu cầu cơ bản đầu tiên trong kỹ thuật này đòi hỏi phải có danh sách toàn bộ các đơn vị mẫu (*khung mẫu*), sau đó đánh số theo thứ tự để phục vụ cho việc chọn mẫu. Điều này rất khó thực hiện và đôi khi không thể thực hiện được đối với mẫu lớn

hoặc mẫu không ổn định. (Khó khăn để có khung mẫu).

- Bởi vì cơ hội được chọn vào mẫu của toàn bộ các cá thể trong quần thể là như nhau, nên các đơn vị quần thể được chọn vào mẫu có thể phân bố tản mạn trong quần thể. Vì thế việc thu thập số liệu sẽ khó khăn, tốn kém và mất thời gian, tốn kém chi phí. (Phân bố tản mạn của cá thể).
- Với các quần thể nghiên cứu có tham số nghiên cứu phân bố thay đổi rõ rệt theo cấu trúc quần thể, thì mẫu ngẫu nhiên đơn khó có thể đem lại sự ước lượng phù hợp. (Biến số thay đổi theo cấu trúc quần thể, khó đem lại sự ước lượng phù hợp).

1.2. Mẫu ngẫu nhiên hệ thống (systematic sample)

a. Định nghĩa

Mỗi đơn vị của mẫu hệ thống quần thể được chọn bằng cách áp dụng một khoảng hằng định k để chọn ngẫu nhiên ra n cá thể, mà cá thể đầu tiên được chọn ngẫu nhiên trong khoảng cách k .

b. Cách tiến hành chọn mẫu

- *Lập khung chọn mẫu*: tất cả các đơn vị mẫu (*sampling unit*) trong quần thể định nghiên cứu được ghi danh sách hoặc trình bày trên bản đồ.
- *Xác định khoảng cách mẫu k* :

+ Quần thể nghiên cứu có kích thước N xác định, cỡ mẫu là n , khi đó khoảng cách k thường được tính theo công thức sau:

$$k = N / n \text{ (nguyên dương)}$$

+ Nếu quần thể nghiên cứu có kích thước không xác định, dựa vào cỡ mẫu n ước lượng một khoảng cách k cần có để đạt được cỡ mẫu cần lấy.

- *Xác định đơn vị quần thể của mẫu*.

+ Trong khoảng từ 1 đến k , dùng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn chọn ra một số ngẫu nhiên i ($1 < i < k$).

+ Các đơn vị quần thể được chọn vào mẫu là những cá thể có số thứ tự lần lượt là: $(i+1k)$; $(i+2k)$; $(i+3k)$; ...; $i+(n-1).k$.

Ví dụ 1: Để đánh giá việc thực hiện quy chế chuyên môn ở các nhà thuốc tây tại TP.HCM với một danh mục là 900 nhà thuốc tập trung tại 5 quận nội thành. Số nhà thuốc để tiến hành khảo sát được xác định là 90.

Kỹ thuật chọn mẫu hệ thống như sau:

- Tính khoảng cách mẫu k :

$$k = 900 / 90 = 10$$

- Trong khoảng từ 01 đến 10, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra

một số ngẫu nhiên. Giả sử số được chọn ra là 4, áp dụng cách làm này ta có 89 nhà thuốc tiếp theo được chọn là các nhà thuốc có số thứ tự lần lượt là 14, 24, 34... 874, 884, 894.

Ví dụ 2: Để điều tra việc sử dụng thuốc cho trẻ em dưới 5 tuổi trong hộ gia đình ở một thành phố, người nghiên cứu có thể xác định một quy luật chọn mẫu trước khi thu thập số liệu như sau:

- Hộ gia đình đầu tiên được điều tra là hộ thứ nhất nằm bên phải đồn công an phường.
- Các hộ tiếp theo sẽ chọn bằng cách người nghiên cứu tiếp tục đi về phía bên phải và cứ cách 5 hộ gia đình lại điều tra một hộ.
- Nếu gặp đường rẽ thì người nghiên cứu chỉ được rẽ tay phải (hoặc tay trái tùy theo điều kiện địa lý từng vùng).
- Tất cả các bà mẹ trong hộ gia đình được chọn đều được hỏi ý kiến cho đến khi đủ số bà mẹ cần được khảo sát.
- Trong một số trường hợp khác, các cá thể trong quần thể nghiên cứu có thể không cần lên danh sách để chọn. Người nghiên cứu có thể đưa ra một quy luật trước khi chọn mẫu. Chẳng hạn tất cả các nhà thuốc tư nhân ở TP.HCM có số đăng ký trong giấy phép hành nghề tận cùng là số 5 sẽ được khảo sát.

*** Nhược điểm của phương pháp**

- Khi sắp xếp khung mẫu có một qui luật nào đó trùng với khoảng k, các cá thể trong mẫu thiếu tính đại diện.

Ví dụ: Lấy số đơn thuốc khám cho trẻ em vào ngày chủ nhật. Ngày chủ nhật là ngày học sinh được nghỉ học do vậy có thể số đơn thuốc sẽ nhiều hơn ngày thường.

1.2. Mẫu ngẫu nhiên phân tầng (stratified random sample)

a. Định nghĩa

Mẫu ngẫu nhiên phân tầng là mẫu đạt được bởi việc phân chia các cá thể của quần thể nghiên cứu thành các nhóm riêng rẽ được gọi là tầng và ở mỗi tầng lại sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra đơn vị quần thể nghiên cứu.

b. Cách tiến hành chọn mẫu

b.1. Xác định tầng

Trước tiên phải xác định rõ ràng thế nào là một *tầng*, hay nói cách khác là phân chia quần thể nghiên cứu thành các tầng dựa vào một vài đặc trưng nào đó như nhóm tuổi, giới, tầng lớp xã hội, dân tộc, vùng thành thị, nông thôn, vùng xa xôi hẻo lánh. Tầng là một nhóm con của quần thể, giữa các tầng không có sự chồng chéo.

b.2. Xác định cỡ mẫu cho từng tầng

Cần tiến hành xác định cỡ mẫu nghiên cứu và phân bố cỡ mẫu ấy cho từng tầng theo

cách sau:

- Gọi n là cỡ mẫu nghiên cứu toàn bộ, H là số tầng. Nếu phân bố cỡ mẫu cần lấy ở mỗi tầng là như nhau (Phân bố ngang bằng) thì cỡ mẫu cần lấy ở từng tầng có thể được tính như sau:

$$n_i = n / H$$

- Nếu số đơn vị quần thể ở mỗi tầng là khác nhau, gọi số cá thể của quần thể ở tầng thứ i là N_i (Phân bố tỷ lệ), ta có:

$$n_i = N_i \times n / N$$

Trong đó: n_i là cỡ mẫu mỗi tầng;

N_i là kích cỡ tầng thứ i .

- Vì n / N là cố định, do vậy cỡ mẫu cần lấy ở mỗi tầng phụ thuộc vào số đơn vị cá thể có ở tầng đó, có nghĩa là N_i càng lớn thì cỡ mẫu được lấy ra lớn, và ngược lại.

b.2. Chọn mẫu cho mỗi tầng

Tại tầng thứ i có số đơn vị quần thể là N_i , tiến hành chọn ra n_i đơn vị chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Chú ý: Các phân tích thống kê (như giá trị trung bình, độ lệch) được tính toán riêng cho mỗi tầng sau đó sẽ kết hợp lại trên cơ sở kích cỡ của từng tầng (trọng lượng) để cho kết quả của toàn bộ quần thể.

Ví dụ: Để đánh giá việc thực hành kê đơn tốt (Good Prescribing Practice) của các bác sĩ trong bệnh viện. Người ta tiến hành khảo sát các đơn thuốc được kê cho bệnh nhân ở các khoa phòng điều trị trong ngày của bệnh viện đó. Giả sử trong ngày khảo sát, khoa A có 60 bệnh nhân, khoa B có 40 bệnh nhân, khoa C có 30 bệnh nhân, khoa D có 50 bệnh nhân. Tổng số bệnh nhân trong ngày khảo sát là 200 (mỗi bệnh nhân sẽ có một đơn thuốc điều trị trong ngày).

- Nếu cỡ mẫu nghiên cứu được xác định là 80 đơn trong số 200 đơn được kê trong ngày. Ta có:

$$N = 200, N_A = 60, N_B = 40, N_C = 30, N_D = 50, N_E = 20.$$

- Số tầng $H = 5$, $n = 80$.

Trường hợp phân bố ngang bằng: Số cá thể được lấy ra ở mỗi tầng là như nhau

$$n = n / H = n_A = n_B = n_C = n_D = n_E = 80/5 = 16.$$

Trường hợp phân bố tỷ lệ:

$$n_i = N_i \times n / N$$

- Sau khi áp dụng công thức và thay số ta có:

$$n_A = N_A \times n / N = 24;$$

$$n_B = N_B \times n / N = 16;$$

$$n_C = N_C \times n / N = 12;$$

$$n_D = N_D \times n / N = 20;$$

$$n_E = N_E \times n / N = 8.$$

- Như vậy theo cách phân bố tỷ lệ đơn thuốc được lấy ra ở khoa A là 24, khoa B là 16, khoa C là 12, khoa D là 20, khoa E là 8. Các đơn thuốc ở mỗi khoa sẽ được lấy ra bằng cách chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

b. Ưu – nhược điểm của chọn mẫu phân tầng

Ưu điểm

- Tạo ra mỗi tầng một sự đồng nhất về yếu tố được chọn để phân tầng, do đó sẽ giảm được sự chênh lệch giữa các cá thể, mang lại một sự ước lượng chính xác hơn so với kiểu chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

- Quá trình thu thập dữ liệu thường dễ hơn so với mẫu ngẫu nhiên đơn. Giá thành chi phí cho một quan sát trong cuộc điều tra có thể thấp hơn do sự phân tầng quần thể thuận lợi cho việc tổ chức thực hiện.

- Ngoài việc thu thập được thông tin về sự phân bố đặc trưng trên toàn bộ quần thể, đồng thời lại có thêm những nhận định riêng cho từng tầng.

Nhược điểm

Giống như kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, danh sách các cá thể trong mỗi tầng phải được liệt kê và mang một số ngẫu nhiên. Điều này trên thực tế đôi khi cũng khó thực hiện.

1.4. Mẫu chùm hay mẫu cụm (cluster sample)

a. Định nghĩa

Mẫu chùm là mẫu được thực hiện bởi việc lựa chọn ngẫu nhiên các nhóm cá thể, trong đó mỗi nhóm cá thể được gọi là một chùm và quần thể nghiên cứu là tập hợp gồm nhiều chùm. Trong trường hợp này đơn vị mẫu là các chùm chứ không phải là các cá thể.

b. Cách tiến hành chọn mẫu

b.1. Xác định các chùm

Chùm (cụm) là một tập hợp các cá thể thuộc một phạm vi khách quan nào đó hoặc do người nghiên cứu tự đặt ra.

Ví dụ: chùm là một làng, xã trong đó có chứa các cá thể là hộ gia đình trong làng, xã đó; chùm cũng có thể là một tỉnh hoặc một huyện trong đó có các cá thể là các nhà thuốc trong tỉnh hoặc huyện đó... Các chùm thường không có cùng kích cỡ.

b.2. Lựa chọn chùm (cụm)

Sau khi xác định các chùm trong quần thể nghiên cứu, dùng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn hoặc cách chọn mẫu khác để chọn ra mẫu nghiên cứu gồm một số chùm. Từ đây tùy theo ý định của người nghiên cứu có nhiều cách chọn tiếp theo khác nhau:

+ Tất cả cá thể trong các chùm đã được chọn sẽ được đưa vào nghiên cứu khảo sát, tức là *đơn vị mẫu (sampling unit)* chính là các chùm được chọn, và yếu tố quan sát (*observation element*) là các *cá thể* trong chùm. Trường hợp này người ta gọi là *mẫu chùm một bậc*.

+ Từ mỗi chùm đã được chọn, chọn ngẫu nhiên đơn để lấy ra các cá thể vào mẫu, gọi là *mẫu chùm hai bậc*.

+ Tương tự như vậy, thông qua nhiều chùm trung gian để cuối cùng lấy được đơn vị mẫu cơ sở, khi đó người ta gọi là *mẫu chùm nhiều bậc*.

Ví dụ: Một khảo sát đánh giá việc thực hành nhà thuốc tốt (Good Pharmacy Practice) trong toàn quốc năm 1995, đối tượng cần quan sát đó là các nhà thuốc tư nhân. Tổng số nhà thuốc tư nhân trong cả nước vào khoảng 5.000. Chúng ta không thể có danh sách đầy đủ cả 5000 nhà thuốc, và những lý do khác nhau để có thể áp dụng các phương pháp như: mẫu ngẫu nhiên đơn, mẫu hệ thống, mẫu phân tầng chọn ra mẫu cần thiết cho nghiên cứu. Trong trường hợp này người ta có thể sử dụng kỹ thuật chọn mẫu chùm để đưa ra mẫu nghiên cứu. Chùm ở đây được xác định là các tỉnh hoặc thành phố tương đương. Bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra các *đơn vị mẫu* là 6 tỉnh, thành phố.

Tiến hành chọn mẫu chùm như sau:

- Nếu toàn bộ các nhà thuốc tư ở 6 tỉnh được chọn để khảo sát thì mẫu được chọn là mẫu một bậc.

- Nếu toàn bộ các nhà thuốc ở 6 tỉnh trên được lập danh sách, từ đó, bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên để chọn ra một số nhà thuốc để nghiên cứu. Mẫu được chọn là mẫu 2 bậc.

- Từ 6 tỉnh đã được chọn, tiến hành lập danh sách toàn bộ các huyện (quận, thị xã) trong các tỉnh. Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra một số huyện làm đơn vị mẫu trung gian. Từ các huyện được chọn, người ta lại được lại lập danh sách toàn bộ nhà thuốc của các huyện đó, tiếp tục chọn mẫu ngẫu nhiên để đưa ra được mẫu nghiên cứu. Tùy theo số lần hình thành đơn vị mẫu trung gian, mẫu được chọn như vậy gọi là mẫu nhiều bậc.

Ưu - nhược điểm của chọn mẫu chùm

b.3. Ưu điểm

- Áp dụng rộng rãi trên thực tế, đặc biệt là các nghiên cứu trên một phạm vi địa dư rộng, độ phân tán cao, danh sách các cá thể trong quần thể không có, chỉ có danh sách hoặc bản đồ các chùm.
- Chi phí nghiên cứu với mẫu chùm thường là rẻ hơn so với các cách chọn mẫu khác. Các cá thể trong một chùm thường gần nhau do đó việc đi lại cũng dễ dàng và thuận tiện hơn.

b.4. Nhược điểm

- Tính đại diện của mẫu chùm thường thấp hơn so với mẫu được chọn bằng phương pháp khác. Để tăng tính chính xác người ta thường phải tăng cỡ mẫu.
- Có một tương quan nghịch giữa cỡ mẫu của chùm và tính đại diện của mẫu, do vậy cỡ chùm càng nhỏ thì tính đại diện của mẫu càng tăng. Tuy nhiên khi đó chi phí cho nghiên cứu sẽ cao hơn.
- Phân tích số liệu từ chùm thường phức tạp hơn so với các mẫu khác.
- Việc lựa chọn số chùm vào mẫu cũng khó khăn, nhất là khi cỡ chùm không đều nhau.

1.5. Mẫu nhiều giai đoạn (multi - period sample)

Cách chọn mẫu này hay gặp trong các cuộc nghiên cứu khảo sát với các quần thể lớn, phạm vi địa dư rộng, cấu trúc phức tạp. Khi đó cần phải sử dụng phối hợp nhiều kỹ thuật chọn mẫu khác nhau trong các giai đoạn khác nhau. Thậm chí có thể kết hợp cả mẫu xác suất và mẫu không xác suất.

Ví dụ: trong ví dụ trên người ta cũng có thể có cách chọn mẫu khác như chia các tỉnh trong cả nước thành 3 khu vực (tầng): các thành phố trực thuộc trung ương, các tỉnh đồng bằng và các tỉnh trung du, miền núi. Trong mỗi tầng lại tiến hành chọn mẫu chùm tương tự như trên để thu được mẫu nghiên cứu.

2. Kỹ thuật chọn mẫu không xác suất (non - probability sampling)

Chọn mẫu không xác suất thường dễ thực hiện, chi phí thấp, nhưng do lựa chọn không ngẫu nhiên nên tính đại diện cho quần thể nghiên cứu thấp. Nếu như mục đích của quần thể nghiên cứu là để đo lường các biến số và từ đó khái quát hóa cho một quần thể thì các kết quả thu được từ mẫu không xác suất thường không đủ cơ sở khoa học cho việc “ngoại suy”. Do đó phải thận trọng khi đưa ra các kết luận.

Với một số loại nghiên cứu được thiết kế với mục đích thăm dò hoặc muốn tìm hiểu sâu một vấn đề nào đó của quần thể, thì khi đó việc chọn mẫu xác suất là không cần thiết và có thể áp dụng cách chọn mẫu không xác suất.

Trong một số mẫu thử nghiệm lâm sàng cần phải bao gồm những người tình nguyện, cách chọn mẫu xác suất có thể không khả thi.

2.1. Mẫu thuận tiện (convenience or accidental sample)

Mẫu được lựa chọn dựa trên cơ sở các cá thể có sẵn khi thu thập số liệu, ví dụ tất cả các đơn thuốc được bán trong ngày.

Cách chọn mẫu này không quan tâm đến việc lựa chọn có ngẫu nhiên hay không, và hay được áp dụng trong nghiên cứu lâm sàng.

2.2. Mẫu chỉ tiêu (quota sample)

Mẫu thu được đảm bảo rằng có một số (số lượng) đơn vị mẫu nhất định với những tính chất đặc trưng của quần thể nghiên cứu sẽ có mặt trong mẫu.

Cách chọn mẫu này gần giống chọn mẫu phân tầng nhưng không ngẫu nhiên.

Người nghiên cứu đặt kế hoạch sẽ chọn bao nhiêu đối tượng cho mỗi tầng hoặc nhóm đối tượng, và bằng *cách chọn mẫu thuận tiện* để chọn cho đủ số lượng này từ mỗi tầng.

2.3. Mẫu có mục đích (purposive sample)

Mẫu thu được dựa trên cơ sở người nghiên cứu đã xác định trước các nhóm quan trọng trong quần thể để tiến hành thu thập số liệu.

Các nhóm khác nhau sẽ có tỷ lệ mẫu khác nhau.

Cách chọn mẫu này hay dùng trong các điều tra thăm dò, phỏng vấn sâu.

Ví dụ: Một nghiên cứu điều tra kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong việc sử dụng kháng sinh cho trẻ em dưới 5 tuổi tại một huyện nông thôn Việt Nam sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng gồm tất cả 392 y tế có làm công tác khám chữa bệnh cho trẻ dưới 5 tuổi; mẫu cho nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu) gồm 7 CBYT được chọn dựa vào tinh thần sẵn sàng hợp tác nghiên cứu, trình độ chuyên môn, điều kiện địa lý và đối tượng BN đến khám chữa bệnh, mua thuốc, gồm có:

- 01 BS làm việc ở Khoa Nhi BV huyện.
- 01 BS làm việc ở khoa Hồi sức cấp cứu BV huyện.
- 01 BS làm việc ở Phòng khám t nhân.
- 01 BS làm việc ở TYT xã.
- 01 DSDH làm việc ở Nhà thuốc t nhân.
- 01 DSTH làm việc ở Đại lý thuốc của Công ty cổ phần dược phẩm của tỉnh.
- 01 DT làm việc ở Quầy thuốc TYT xã.

3. CÁCH TÍNH CỠ MẪU

Cỡ mẫu sẽ có ảnh hưởng lớn đến độ chính xác của ước lượng thống kê. Từ định lý giới hạn trung tâm chúng ta hi vọng rằng con số trung bình được ước lượng từ một mẫu sẽ tập trung tại trung bình của dân số đó. Tuy vậy chúng ta cũng biết rằng con số ước lượng sẽ không chính xác bằng trung bình của dân số đó mà mức độ phân tán phụ thuộc vào cỡ mẫu: Nếu cỡ mẫu nhỏ độ phân tán lớn, nếu cỡ mẫu lớn thì độ phân tán nhỏ và ta hi vọng số trung bình của mẫu sẽ bằng trung bình của dân số.

Người ta có thể trình bày mức độ phân tán theo khoảng tin cậy 95%. Nếu độ phân tán lớn thì khoảng tin cậy 95% sẽ rộng và chúng ta khó lòng thực sự biết được trung bình của dân số sẽ nằm ở đâu trong khoảng này. Nói rộng ra, nếu cỡ mẫu nhỏ chúng ta không thể ước lượng một cách chính xác, chúng ta không thể chứng minh sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa.

Vấn đề xác định cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học là một vấn đề quan trọng. Nếu chúng ta lấy mẫu quá nhỏ, đến giai đoạn phân tích ta có thể thấy được điều đó qua sự không

chính xác của ước lượng, sự thất bại trong chứng minh giả thuyết. Tuy vậy khi chúng ta đã đi vào giai đoạn phân tích số liệu thì lúc đó là quá chậm trễ để có thể thay đổi được cỡ mẫu. Ngược lại nếu chúng ta lấy một cỡ mẫu quá lớn thì chúng ta rõ ràng lãng phí tiền bạc và thời gian. **Trên cơ bản có hai cách tiếp cận trong tính cỡ mẫu:** Dựa trên sự ước lượng của một tỉ lệ, một trung bình, hiệu số, nguy cơ tương đối với một mức độ chính xác nhất định. Thí dụ, để ước lượng tỉ lệ trẻ em trong lứa từ 12-23 tháng tuổi được tiêm chủng đầy đủ (với độ chính xác) trong vòng 10%. Câu hỏi chìa khóa của cách tiếp cận này là khoảng tin cậy sẽ là bao nhiêu?

- (a) Dựa trên kiểm định giả thuyết. Thí dụ, so sánh thời gian bú sữa mẹ hoàn toàn ở 2 nhóm có giáo dục sức khỏe và nhóm chứng. Câu hỏi chìa khóa trong cách tiếp cận này là xác suất kết luận sai lầm trong kiểm định giả thuyết là bao nhiêu?

3.1. Ước lượng một hậu quả với một độ chính xác nhất định

Độ chính xác của một ước lượng (với khoảng tin cậy 95%) = d có nghĩa là sai số tối đa của ước lượng là d (với độ tin cậy 95% hay xác suất điều trên không bị sai là 95%)

Một thách mắc hay nảy sinh trong khi nghiên cứu công thức này là trong khi chúng ta muốn nghiên cứu ước lượng p nhưng trong khi tính toán để tính cỡ mẫu chúng ta phải có giá trị của tỉ lệ p ! Toàn bộ logic của vấn đề là ở chỗ chúng ta có thể ước lượng p trước lúc nghiên cứu một cách không chính xác, sau nghiên cứu chúng ta có thể ước lượng p một cách chính xác hơn nhiều. Ta có thể ước lượng p sử dụng phán đoán của chúng ta, sử dụng những nghiên cứu trước đó, có thể tiến hành nghiên cứu dẫn đường. Trong trường hợp chúng ta không thể ước đoán p , ta có thể ước đoán $p = 0,5$; một ước đoán an toàn nhất và sẽ cho một cỡ mẫu an toàn nhất (lớn nhất).

Không có quy tắc cứng nhắc độ chính xác d , điều này phụ thuộc vào mục đích của nghiên cứu và vào tài nguyên hiện có.

* **Lưu ý:** Công thức được trình bày là dành cho phép lấy mẫu ngẫu nhiên đơn. Nếu nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu cụm cần phải hiệu chỉnh tác động làm giảm độ chính xác của việc chọn cụm bằng cách tăng cỡ mẫu. Cỡ mẫu trong nghiên cứu lấy mẫu cụm thường được nhân lên với một hệ số (được gọi là hệ số thiết kế) có giá trị từ 2 đến 4. Hệ số thiết kế có thể tính được từ việc nghiên cứu thử. Nếu không có điều kiện tính hệ số thiết kế có thể chọn hệ số thiết kế là 3.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới cỡ mẫu

- Loại thiết kế nghiên cứu
- Phương pháp chọn mẫu
- Tần suất xuất hiện của các biến số được nghiên cứu
- Đặc tính biến thiên của các biến số
- Mức độ sai lệch cho phép giữa tham số mẫu và tham số quần thể mong muốn

- Kế hoạch thu thập số liệu
- Nếu muốn khảo sát nhiều tham số trong cùng một nghiên cứu, thì cỡ mẫu phải được xác định độc lập với từng biến số sau đó lựa chọn cỡ mẫu lớn nhất.
- Khả năng thực thi của nghiên cứu thường rất quan trọng như kinh phí hiện có, nhân lực (số lượng và chất lượng), việc đi lại, thời gian dành cho nghiên cứu.

3.3. Cơ sở tính kích thước mẫu

Cơ sở tính kích thước mẫu dựa trên cơ sở lý thuyết về *khoảng tin cậy* (*Confidence Interval - CI*).

Muốn sử dụng tham số mẫu (\bar{x}) để ước đoán cho giá trị thật của quần thể (α) thì khó có thể “ước lượng điểm” mà phải “ước lượng khoảng”, nghĩa là phải mở ra một *khoảng giới hạn tin cậy* và hy vọng rằng với một độ tin cậy nhất định thì giá trị thật của quần thể (α) sẽ nằm trong khoảng tin cậy đó.

Công thức biểu diễn khoảng tin cậy của một ước lượng:

$$P(\alpha \text{ quần thể} - \bar{x} \text{ mẫu}) < d \text{ (độ chính xác mong muốn)} = 1 - \alpha$$

Trong đó: α là mức ý nghĩa thống kê.

Hay:
$$\text{Khoảng tin cậy (CI)} = \text{Tham số mẫu (x)} \pm \text{Hệ số tin cậy (Z)} \times \text{Sai chuẩn (SE-Standard Error)}$$

Trường hợp ước lượng một giá trị trung bình:

$$SE = \frac{SD}{\sqrt{n}}$$

Trường hợp ước lượng một tỷ lệ:

$$SE = \sqrt{pq}$$

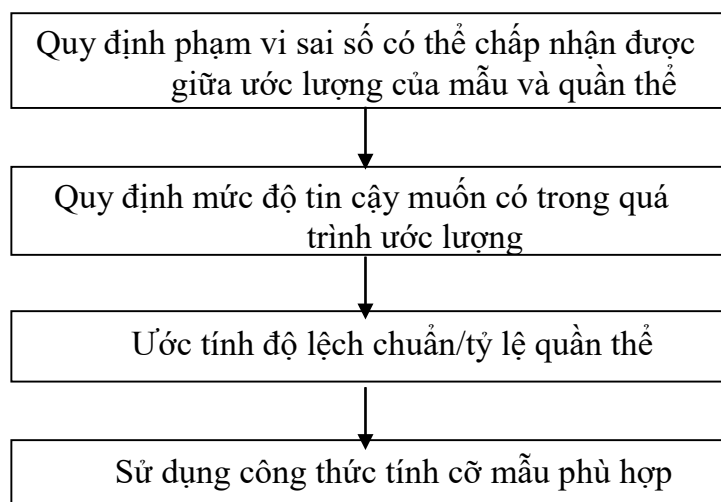
$$SE = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

Trong đó: p là tỷ lệ ước lượng của quần thể

$$q = 1 - p.$$

Quy trình tính cỡ mẫu

Việc xác định cỡ mẫu cần căn theo quy trình tổng quát sau:



Hình 5. Quy trình tính cỡ mẫu nghiên cứu

Qui định phạm vi sai số cho phép

- Yếu tố ảnh hưởng đầu tiên đến cỡ mẫu nghiên cứu là độ lớn của sai số. Có rất nhiều các loại sai số như sai số thô, sai số hệ thống, sai số quan sát...
- Độ lớn của sai số phải nằm trong dung sai cho phép của mục đích nghiên cứu. Để loại bỏ sai số cần kiểm soát kỹ khi xây dựng đề cương nghiên cứu, tiêu chuẩn thống nhất, dụng cụ quan sát chuẩn, tập huấn, giám sát, thực hiện mù đơn, mù đôi, mù kép, mù ba...
- Lựa chọn độ lớn của sai số (khoảng sai số cho phép) phụ thuộc vào độ nhạy của kết quả.

Định rõ độ tin cậy để từ đó xác định hệ số tin cậy

- Nếu muốn kết quả nghiên cứu với mức tin cậy là 100% thì phải điều tra toàn bộ cá thể trong quần thể. Song điều này quá tốn kém và không thực tế.
- Thường phải chấp nhận mức tin cậy dưới 100%.
- Thực tế mức (độ) tin cậy thường được sử dụng là 99%, 95% và 90%, ứng với $\alpha = 0,01; 0,05$ và $0,1$.
- Mức tin cậy 95% được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu y dược, kinh tế, xã hội, cho phép kết quả nghiên cứu sai khác 5% so với giá trị thực của quần thể.
- Thông thường người ta hay nói đến các hệ số tin cậy sau:

Mức tin cậy (1- α)	Tương ứng Z(1 - $\alpha/2$)
0,90	1,65

0,95	1,96
0,99	2,56

Ước tính độ lệch chuẩn

- Nếu trước đây đã có nghiên cứu và được xem như là tương tự với lần này thì có thể lấy độ lệch chuẩn của lần điều tra trước.
- Điều tra thử để tính độ lệch chuẩn.
- Ước tính độ lệch chuẩn theo khoảng biến thiên (R). Nếu là phân phối chuẩn thì:

$$SD = R/6 = (X_{\max} - X_{\min}) / 6$$

X_{\max} và X_{\min} là giá trị lớn nhất và nhỏ nhất thu được của đối tượng nghiên cứu.

Ước tính giá trị tỷ lệ

- Ước tính dựa trên các nghiên cứu trước.
- Nghiên cứu thử để xác định tỷ lệ P.
- Trường hợp cần thiết có thể gán cho $P = 0,5$; khi đó $P(1 - P)$ sẽ lớn nhất và cỡ mẫu khi đó sẽ là tối đa.

3.4. Cách tính cỡ mẫu thông thường

3.4.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả

3.4.1.1. Cỡ mẫu cho việc ước tính một giá trị trung bình trong quần thể

Với mức tin cậy $(1 - \alpha)$ định trước, trường hợp quần thể vô hạn, áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

σ là độ lệch chuẩn (ước tính từ một nghiên cứu trước đó hoặc từ một nghiên cứu thử).

d là khoảng sai lệch cho phép giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

α là mức độ tin cậy, thường được chọn là 0,1; 0,05 hoặc 0,01 ứng với độ tin cậy là 90%; 95% và 99%.

Hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)}$ phụ thuộc vào giới hạn tin cậy $(1 - \alpha)$ mà người nghiên cứu tự chọn cho nghiên cứu của mình.

Ví dụ: Tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu điều tra xác định giá tiền trung bình một đơn thuốc. Người ta đã tiến hành một nghiên cứu thử và xác định được độ lệch chuẩn khi tính giá tiền trung bình một đơn thuốc của nghiên cứu thử là 1,03. Người điều tra tin tưởng 95% rằng kết quả nghiên cứu của mình chỉ sai lệch so với quần thể chỉ là 10%.

Cách tính:

- Chọn $\alpha = 0,5$; như vậy mức tin cậy sẽ là $(1 - \alpha) = 95\%$. Tra bảng tìm hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.
- Khi đó:

$$n = 1,96^2 \times 1,03^2 / 0,1^2 = 407,6$$

- Như vậy cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu này tối thiểu phải là 408 đơn thuốc. Nếu mỗi nhà thuốc thu thập 10 đơn thuốc thì số nhà thuốc cần tiến hành khảo sát sẽ là 41.

Cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể

Gọi n là cỡ mẫu cần cho nghiên cứu. Áp dụng công thức sau:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

p là tỷ lệ ước tính dựa trên các nghiên cứu trước đó, hoặc là nghiên cứu thử. Trường hợp thông tin này không được biết ta có thể gán cho P = 0,5; khi đó P (1 - P) sẽ lớn nhất và cỡ mẫu là tối đa.

d là khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và quần thể, d có thể là giá trị tuyệt đối (độ chính xác tuyệt đối) hoặc tương đối (độ chính xác tương đối).

Hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)}$ phụ thuộc vào giới hạn tin cậy (1 - α) mà người nghiên cứu tự xác định.

Ví dụ 1: Tính số đơn thuốc cần thiết để điều tra tỷ lệ các đơn thuốc có số thuốc được kê nhiều hơn 3 thuốc trong một đơn tại các nhà thuốc. Từ kinh nghiệm thực tế người ta cho rằng tỷ lệ này không quá 20%, kết quả nghiên cứu mong muốn sai khác 25% so với tỷ lệ đó (độ chính xác tương đối là sai khác 25%) ở mức tin cậy 95%.

Cách tính:

- Chọn $\alpha = 0,5$, như vậy mức tin cậy sẽ là (1 - α) = 95%. Hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)}$ tra bảng bằng 1,96.
- Trường hợp này nếu quy ra độ chính xác tuyệt đối sẽ là 5% (tính theo cách: d = tỷ lệ x sai khác = 0,2 x 0,25 = 0,05).

Ví dụ 2: Để tìm hiểu mối liên quan bệnh đường hô hấp (tai mũi họng) với việc tiếp xúc thường xuyên với hoá chất. Tỷ lệ này ở một nghiên cứu trước đó là 65%. Tỷ lệ sai lệch mong muốn không quá 5% so với tỷ lệ thực (độ chính xác tuyệt đối).

Cách tính:

Chọn $\alpha = 0,5$ như vậy mức tin cậy sẽ là 1 - α = 95%. Hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)}$ tra bảng bằng 1,96.

Ta có:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)/d^2$$

$$= 1,96^2 \times 0,2(1-0,2)/0,05^2 = 245,9.$$

Như vậy cần điều tra là 246.

3.4.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu phân tích

3.4.2.1. Cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình

- Giá trị trung bình của 2 quần thể A và B có sự khác biệt không? Giá trị này là bao nhiêu? Cần điều tra ở mỗi quần thể bao nhiêu cá thể?
- Với quần thể A có giá trị μ_A ; và quần thể B có giá trị μ_B .
- Mục đích của nghiên cứu là tìm sự khác biệt $|\mu_A - \mu_B|$;
- Từ quần thể A, chọn một mẫu n_A , tương tự từ quần thể B chọn một mẫu n_B .
- Nghiên cứu các mẫu này, ta thu được các giá trị tương ứng X_A và X_B , và do vậy xác định được $|X_A - X_B|$;
- Giả sử $n_A = n_B$ ta có:

$$\mathbf{n = n_A = n_B = Z^2_{(1 - \alpha/2)} \times (s^2_A + s^2_B) / d^2}$$

- Trường hợp $s_A = s_B$ ta có công thức đơn giản hơn

$$\mathbf{n = n_A = n_B = Z^2_{(1 - \alpha/2)} \times 2s^2 / d^2}$$

Ví dụ 1: Cần phải thu thập bao nhiêu đơn thuốc để tìm sự khác biệt về số thuốc trung bình trong một đơn đã được kê bởi bác sĩ được thu thập từ các nhà thuốc tư ở TPHCM (quần thể A), và những đơn thuốc được thu thập từ các nhà thuốc tư ở Hà Nội (quần thể B), với mức độ tin cậy 95% và sai số là 0,1. Giả sử phương sai quần thể ở 2 nhóm này là như nhau và bằng 1,0.

Ta có: $s = 1,0$;
 $d = 0,1$;
 $1 - \alpha = 0,95$; $0,05$;
 $Z_{(1 - \alpha/2)} = 1,96$

Cho rằng số đơn thuốc cần phải thu thập ở mỗi quần thể là như nhau, áp dụng công thức trên ta có:

$$n = 1,96 \times 2 \times 1 / 0,12 = 768$$

Như vậy số đơn thuốc cần phải thu thập ở mỗi nhóm tối thiểu là 768 đơn.

3.4.2.2. Cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ

Gọi P_A là tỷ lệ đặc trng của quần thể A, P_B là tỷ lệ đặc trng của quần thể B. Khoảng tin cậy $(1 - \alpha)$ cho $|P_A - P_B|$ là:

$$P_A - P_B \pm Z_{(1 - \alpha/2)} [P_A(1 - P_A)/n_A + P_B(1 - P_B)/n_B]^{1/2}$$

Đặt $d = Z_{(1 - \alpha/2)} [P_A(1 - P_A)/n_A + P_B(1 - P_B)/n_B]^{1/2}$

Giả sử $n = n_A = n_B$ ta có:

$$n = Z_{(1 - \alpha/2)}^2 \times [P_A(1 - P_A)/n_A + P_B(1 - P_B)/n_B]^{1/2} / d^2$$

Nếu $P_A - P_B = P$, khi đó:

$$n = Z_{(1 - \alpha/2)}^2 \times 2P(1 - P) / d^2$$

Trong đó:

P_A , P_B là hai tỷ lệ được ước tính từ những nghiên cứu trước đó hoặc là ước tính từ nghiên cứu thử.

$d = |P_A - P_B|$: độ chính xác tuyệt đối dự kiến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Phương pháp Nghiên cứu khoa học*, Trường Đại học Y tế Công Cộng, 2008.
2. *Phương pháp chọn mẫu và xác định cỡ mẫu trong nghiên cứu y học*, Lê Hoàng Ninh, NXB Y học, 2011.
3. *Phương pháp Nghiên cứu khoa học (Đào tạo sinh viên Đại học Y)*, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội, Khoa Y Dược, Trương Việt Dũng, NXB Y học, 2014.

BÀI TẬP THỰC HÀNH

1. Tỷ lệ của những y tá bỏ không làm việc tại các cơ sở dịch vụ y tế công lập trong vòng 3 năm sau tốt nghiệp được ước lượng là 30%. Một nghiên cứu tiến hành để tìm nguyên nhân của hiện tượng này và cũng nhằm xác định tỷ lệ của những người bỏ việc với một khoảng tin cậy từ 99% với sai số cho phép là 5%. Hãy tính cỡ mẫu cho nghiên cứu này? nghiên cứu cần sử dụng phương pháp chọn mẫu nào?

2. Để tìm hiểu tình trạng nhiễm mắt hột của học sinh THCS tại huyện X, xã Y vào tháng 10 năm 2003, sử dụng mẫu ngẫu nhiên đơn ở xã Y, ước lượng có khoảng 75% học sinh biết cách nhận biết và phòng bệnh mắt hột. Hãy tính cỡ mẫu cho nghiên cứu này với khoảng tin cậy là 99%. Cho biết cách chọn mẫu nào là phù hợp? nêu cụ thể?

3. Tại quận A, có 3948 hộ gia đình, trong đó có 33,1% hộ gia đình có người thân thường xuyên ốm đau. Kết quả nghiên cứu tương tự ở tỉnh X cho thấy các hộ gia đình có kiến thức đúng về sử dụng thuốc ước lượng khoảng 32%. Một nghiên cứu đã tiến hành đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành trong việc sử dụng thuốc ở hộ gia đình tại quận A với khoảng tin cậy là 99% và sai số cho phép là 10%. Hãy tính cỡ mẫu cho trường hợp nghiên cứu này? Cho biết cách chọn mẫu nào là phù hợp? nêu cụ thể?

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Để tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu quan sát mô tả, cần áp dụng cách tính cỡ mẫu:

- A. Cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể
- B. Cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình
- C. Cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ
- D. Tất cả đúng

2. Bảng số ngẫu nhiên được sử dụng trong phương pháp chọn mẫu nào?

- A. Mẫu ngẫu nhiên đơn
- B. Mẫu phân tầng
- C. Mẫu hệ thống
- D. Tất cả đúng

3. Thông thường, xu hướng chung của các nhà nghiên cứu thường sử dụng ..cho khoảng tin cậy:

- A. 99%
- B. 95%
- C. 90%
- D. 50%

4. Ưu điểm của mẫu ngẫu nhiên phân tầng:

- A. Giá thành thấp hơn
- B. Chính xác hơn các mẫu khác nếu các đặc trưng nghiên cứu đồng nhất trong từng tầng
- C. Có cả thông tin trên từng tầng lẫn các thông tin của các tầng
- D. Tất cả đúng

5. Độ lớn của cỡ mẫu không liên quan đến loại thiết kế nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

- A. Đúng
- B. Sai

Bài 2.7. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các kỹ thuật thu thập thông tin thường được sử dụng để điều tra trong nghiên cứu
- 1.2. Mô tả được các công cụ thu thập thông tin tương ứng với các kỹ thuật thu thập thông tin.

2. Kỹ năng

- 2.1. Xác định được các công cụ thu thập thông tin tương ứng với các kỹ thuật thu thập thông tin.
- 2.2. Thiết kế được một số công cụ thu thập thông tin để điều tra về sức khỏe bệnh tật ở cộng đồng.

3. Thái độ

- 3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong nghiên cứu
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm

1. ĐẠI CƯƠNG

Cần phân biệt phương pháp thu thập số liệu và công cụ thu thập số liệu (công cụ thu thập số liệu chỉ là một phần của phương pháp). Ví dụ bộ câu hỏi chỉ là công cụ thu thập số liệu và có thể sử dụng trong nhiều phương pháp thu thập số liệu khác nhau như bộ câu hỏi tự điền, phỏng vấn cá nhân mặt đối mặt, phỏng vấn nhóm, v.v...

Nhìn chung có hai kỹ thuật nghiên cứu chính: nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng. Nghiên cứu định tính nhằm mục đích tìm hiểu bản chất, nguyên nhân và hậu quả của vấn đề của vấn đề nghiên cứu (để trả lời cho các câu hỏi tại sao, như thế nào) trong khi đó nghiên cứu định lượng nhằm tìm hiểu quy mô của vấn đề.

Do các phương pháp thu thập số liệu sẽ cho các thông tin khác nhau, việc chọn lựa kỹ thuật thu thập phù hợp phải dựa trên bản chất của nghiên cứu là định tính hay định lượng.

Có nhiều phương pháp chính để thu thập số liệu:

- ☞ Hồi cứu hồ sơ tài liệu
- ☞ Quan sát
- ☞ Sử dụng bộ câu hỏi tự điền
- ☞ Phỏng vấn mặt đối mặt
- ☞ Thảo luận nhóm tập trung như sử dụng nhóm danh định (nomial group)

2. KỸ THUẬT THU THẬP THÔNG TIN THƯỜNG DÙNG

2.1. Sử dụng thông tin có sẵn

Sử dụng thông tin sẵn có còn được gọi là phương pháp hồi cứu. Nó có ưu điểm là ít tốn kém về mặt thời gian và nguồn lực và cho phép đánh giá các thông tin trong quá khứ. Tuy

nhiên do bản chất của số liệu hồi cứu là không sử dụng cho mục đích nghiên cứu, chất lượng số liệu thường thấp, các biến số không được thu thập không hằng định và

thường không có đủ các biến số mà nhà nghiên cứu quan tâm (đặc biệt là yếu tố gây nhiễu). Để cải thiện tính hằng định của số liệu có được nhờ hồi cứu, nhà nghiên cứu phải sử dụng các công cụ để hệ thống hoá các biến số cần thu thập như bản kiểm hay sổ cái.

Nguồn thông tin này thường là các hồ sơ bệnh án ở bệnh viện, hồ sơ ghi chép ở các phòng khám, trạm y tế, các báo cáo của ngành y tế các cấp. Tuy nhiên, các hồ sơ, tài liệu thường tản mạn, khi tiến hành thu thập thông tin có sẵn, cần phải chuẩn bị phiếu ghi chép, bảng kiểm, để có thể thu được những thông tin cần thiết cho mục đích người sử dụng, tránh thu thập những thông tin thừa, mất thời gian.

2.2. Kỹ thuật quan sát

Chọn lọc, quan sát và ghi nhận hành vi hay đặc tính của con người, vật thể hay hiện tượng. Quan sát là một kỹ thuật bao gồm chọn lựa, nhìn, ghi chép nhằm mô tả tính chất hành vi của người, các đặc điểm của sự vật, hiện tượng.

Ví dụ: quan sát bà mẹ cho con bú, cháu nhỏ có được rửa tay hay không sau khi đi ngoài.

Người quan sát sử dụng mắt và các giác quan khác để quan sát, có thể sử dụng dụng cụ hỗ trợ như kính hiển vi, đồng hồ và cần phải có giấy bút, bảng kiểm để ghi chép. Các ví dụ của quan sát có thể bao gồm: quan sát hành vi rửa tay các cán bộ y tế trước khi làm thủ thuật y khoa, đo lường huyết áp và lấy thân nhiệt của bệnh nhân, đánh giá phương tiện thanh khử trùng tại khoa phòng, theo dõi diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân bị shock nhiễm trùng. Khi quan sát hành vi con người trong các hoạt động xã hội, quá trình quan sát có thể chia thành quan sát có tham gia và quan sát không tham gia.

☞ Các ưu điểm của phương pháp quan sát:

- 2.1.3. Cho thông tin chi tiết có liên quan tình huống: thí dụ giả sử chúng ta muốn quan sát hành vi rửa tay của điều dưỡng trước khi thay băng cho bệnh nhân, chúng ta có thể có thông tin về mức độ vô khuẩn của dụng cụ làm thủ thuật.
- 2.1.4. Cho thông tin nằm ngoài bộ câu hỏi: Có những thông tin chúng ta không dự định thu thập trong bộ câu hỏi (hoặc khó có thể thu thập được chính xác nhờ bộ câu hỏi) thí dụ như thông tin về kỹ thuật sử dụng bàn chải trong khi đang rửa tay có đúng hay không có thể có được một cách chính xác và đơn giản nhờ quan sát.
- 2.1.5. Cho phép kiểm tra tính tin cậy của trả lời câu hỏi: Nếu chúng ta quan sát một người điều dưỡng rửa tay trước khi làm thủ thuật, thông tin này sẽ đáng tin cậy hơn là việc phỏng vấn họ có rửa tay hay không? Rửa tay trong bao lâu? Rửa tay có đúng kỹ thuật hay không?

☞ Khuyết điểm:

- 2.1.6. Sai lệch do quan sát: đây là sai lệch do người quan sát.

2.1.7. Phương pháp khắc phục là: quan sát nhưng không cho biết nhưng điều này có thể có thể gặp phải một số vấn đề về đạo đức.

2.3. Kỹ thuật phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi

Phương pháp phỏng vấn có thể áp dụng cho từng đối tượng hay cho một nhóm người. Phỏng vấn từng người được dùng để có được những kết quả định lượng; phỏng vấn một nhóm người nhằm mục đích để hiểu rõ suy nghĩ của người dân và ý kiến của họ trong điều kiện cuộc sống thực tế: phương pháp này thường được dùng trong các nghiên cứu định tính.

Phỏng vấn có thể được tiến hành với các mức độ cấu trúc khác nhau. Phỏng vấn được gọi là có cấu trúc nếu nó tuân thủ theo một kế hoạch chặt chẽ và được hỏi theo những câu hỏi đã soạn sẵn. Phỏng vấn bán cấu trúc là phỏng vấn có tuân thủ nhưng không chặt chẽ theo kế hoạch định trước, câu hỏi cũng có thể được cải biên sao cho phù hợp với đối tượng. Phỏng vấn được gọi là không cấu trúc khi nó không theo một kế hoạch nào cả và việc đặt câu hỏi là tùy tiện: phỏng vấn không cấu trúc thường được coi là ít có tính khoa học.

Phỏng vấn là một kỹ thuật thu thập thông tin liên quan đến việc hỏi đối tượng được phỏng vấn. Trước khi phỏng vấn cần xác định là hỏi ai sẽ thu được nhiều thông tin hữu ích nhất. Ví dụ: về chăm sóc sức khỏe trẻ em, cần hỏi người đã tốn nhiều thời gian chăm sóc trẻ, có thể là mẹ, bà hay anh, chị.

Người phỏng vấn thường dùng một bộ câu hỏi để phỏng vấn và ghi chép câu trả lời. Người phỏng vấn cũng có thể sử dụng bộ câu hỏi này nhưng giao cho người được phỏng vấn tự điền câu trả lời vào bộ câu hỏi. Trong trường hợp này người được phỏng vấn phải có trình độ văn hóa nhất định, và phải được hướng dẫn kỹ cách ghi câu trả lời trong bộ câu hỏi. Người phỏng vấn cũng có thể gửi bộ câu hỏi qua bưu điện yêu cầu người được phỏng vấn trả lời và gửi trả lại bộ câu hỏi qua bưu điện.

Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi là một kỹ thuật thu thập thông tin thuộc nghiên cứu định lượng, thường được dùng trong điều tra nghiên cứu ở cộng đồng. Bộ câu hỏi được xây dựng tốt thì việc xử lý số liệu sau này sẽ dễ dàng hơn.

Bảng 1. Ưu và khuyết điểm của phương pháp sử dụng bộ câu hỏi và phỏng vấn

	Khuyết điểm	Ưu điểm
Phỏng vấn	<ul style="list-style-type: none"> - Tốn kém, cần sự giúp đỡ của chuyên gia. - Sai lệch do người vấn - Thông tin riêng tư có thể bị sai lệch 	<ul style="list-style-type: none"> - Phù hợp với đối tượng có trình độ văn hóa thấp - Tỷ lệ trả lời cao hơn - Có thể có nhiều chi tiết hơn - Có sự kiểm soát tốt hơn đối với câu trả lời (có thể làm sáng tỏ câu trả lời)

	Khuyết điểm	Ưu điểm
Bộ câu hỏi tự điền	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ trả lời thấp hơn - Khó cho câu trả lời chi tiết - Kiểm soát câu trả lời kém - Không dùng cho người có trình độ văn hóa thấp 	<ul style="list-style-type: none"> - Rẻ tiền hơn - Ít nhạy cảm với sai lệch do người phỏng vấn - Có thể dùng bưu điện để trả lời câu hỏi.

2.2. Phỏng vấn sâu (indepth interview)

Phỏng vấn sâu là một kỹ thuật phỏng vấn đặc biệt, dùng để phỏng vấn những người có vai trò, chức vụ đặc biệt trong cộng đồng và được xem như đại diện cho ý kiến cộng đồng. Những người này có thể cung cấp các thông tin quan trọng về phong tục tập quán, các hành vi tốt hay xấu của cộng đồng, tình hình sức khỏe bệnh tật cũng như nhu cầu về sức khỏe của cộng đồng. Người cung cấp thông tin chủ yếu có thể là đại diện chính quyền, đoàn thể ở cộng đồng hay người dân được xem là có uy tín của cộng đồng ví dụ như già làng, trưởng ấp, chủ tịch UBND các cấp, chủ tịch hội phụ nữ, trưởng trạm y tế, lãnh đạo y tế huyện v.v... Người phỏng vấn có thể dùng câu hỏi mở, câu hỏi đóng hay bảng kiểm khi phỏng vấn. Phỏng vấn sâu là một kỹ thuật thu thập thông tin định tính.

5. Thảo luận nhóm có trọng tâm (focus group discussion = FGD)

Thảo luận nhóm có trọng tâm là một kỹ thuật thảo luận nhóm đặc biệt, gồm từ 6 đến 12 người, được một người hướng dẫn (và một người ghi chép). Thành viên của nhóm thường là đồng nhất ví dụ nhóm bà mẹ có con dưới 5 tuổi, nhóm phụ nữ mãn kinh, nhóm nữ sinh lứa tuổi dậy thì... Các thành viên thảo luận về một chủ đề nào đó một cách tự do và tự phát. Người hướng dẫn lắng nghe, khi cần thiết mới cố gắng hướng thảo luận đúng trọng tâm. Thảo luận nhóm có thể cung cấp đủ loại thông tin nhưng chủ yếu là về các thông tin về nhận thức, thái độ, hành vi của nhóm.

Thảo luận cần được chuẩn bị chu đáo và hướng dẫn tốt, người hướng dẫn phải có kinh nghiệm. Nơi thảo luận phải thuận lợi, không làm ảnh hưởng đến kết quả thảo luận. Ví dụ khi thảo luận về chất lượng dịch vụ y tế thì không thảo luận ở trạm y tế, không có nhân viên y tế bên cạnh, thảo luận về bạo lực chống phụ nữ thì không tiến hành ở nơi có nam giới. Chuẩn bị 5-10 câu hỏi mở, hướng dẫn thảo luận vào đúng trọng tâm để có thể thu được thông tin cần thiết. Thảo luận nhóm có trọng tâm cũng là một kỹ thuật thu thập thông tin định tính.

6. Các kỹ thuật lâm sàng, xét nghiệm

Đây là những kỹ thuật đòi hỏi các kỹ năng thăm khám lâm sàng, các phương tiện máy móc kỹ thuật, việc ghi chép bệnh án và các phiếu ghi kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

Bảng 2. Tóm tắt các kỹ thuật thu thập thông tin và công cụ tương ứng

Kỹ thuật thu thập thông tin	Công cụ tương ứng
- Sử dụng thông tin có sẵn	- Bảng kiểm, phiếu ghi chép
- Quan sát, đo lường, thăm khám, xét nghiệm	- Sử dụng mắt và các giác quan khác, giấy bút, cân, kính hiển vi, các phương tiện khám lâm sàng, cận lâm sàng, phiếu khám bệnh
- Phỏng vấn	- Bộ câu hỏi, lịch phỏng vấn
- Phỏng vấn sâu	- Bảng kiểm
- Thảo luận nhóm	- Bản hướng dẫn, sổ ghi chép, máy ghi âm

3. XÂY DỰNG BỘ CÂU HỎI

3.1. Những điều cần lưu ý khi xây dựng bộ câu hỏi

Cần phải xem xét bộ câu hỏi sử dụng cho mục đích gì (dùng cho bộ câu hỏi tự điền hay bộ câu hỏi để phỏng vấn mặt đối mặt, sử dụng cho kỹ thuật nghiên cứu định tính hay định lượng, sử dụng cho chủ đề nào, v.v.), sử dụng trên đối tượng nào, những đối tượng này có trình độ học vấn như thế nào và bộ câu hỏi này sử dụng cho cỡ mẫu bao nhiêu.

Bộ câu hỏi thường được phân loại là bộ câu hỏi có cấu trúc hay bộ câu hỏi mềm dẻo. Thông thường bộ câu hỏi có cấu trúc được sử dụng cho nghiên cứu định lượng, sử dụng máy tính để phân tích và sử dụng cho cỡ mẫu lớn, bộ câu hỏi có tính mềm dẻo được sử dụng chủ yếu cho nghiên cứu định tính nhằm hiểu sâu hơn về một vấn đề chưa biết và không phù hợp để phân tích thống kê trên máy tính.

Bộ câu hỏi là một công cụ để đo lường, là một thước đo, đòi hỏi phải chính xác và tin cậy. Để đạt được điều này, người thiết kế phải tuân theo nhiều giai đoạn khác nhau, từ việc xem xét các mục tiêu, biến số của nghiên cứu cho đến việc thử độ chính xác và độ tin cậy.

Các bước cần chú ý khi thiết kế một bộ câu hỏi

Bước 1. Xác định nội dung

Khởi đầu bằng mục tiêu và biến số: câu trả lời cho câu hỏi sẽ chứa đựng giá trị của các biến số quan tâm, do đó việc xác định các mục tiêu và biến số cho cuộc điều tra là rất cần thiết, giúp đảm bảo thu thập được thông tin cần thiết và tránh thu thập thông tin thừa vô ích mất thời gian và tốn kém.

Bước 2. Hình thành các câu hỏi

Các câu hỏi vừa đủ để thu được những thông tin cần thiết, mỗi câu hỏi chỉ dành riêng cho một biến số. Các câu hỏi phải đơn giản, dễ hiểu. Tránh câu hỏi gợi ý. Đặc biệt phải lưu ý việc mã hóa các câu trả lời để dễ dàng cho việc xử lý số liệu sau này.

Bước 3. Sắp xếp lại các câu hỏi theo thứ tự hợp lý

Phần hành chính được xếp vào phần đầu của bộ câu hỏi, phần hành chính chính là các

biên số có liên quan đến kinh tế, xã hội, nhân học, sau đó mới đến các phần khác theo một

thứ tự hợp lý.

Bước 4. Thử lại bộ câu hỏi về độ tin cậy, độ chính xác, và về mặt ngôn ngữ

Một bộ câu hỏi không nên được sử dụng nếu không được thử ít nhất là một lần qua những nghiên cứu thử. Những nghiên cứu thử sẽ luôn bộc lộ những khó khăn về mặt thực hành trong khi trình bày cũng như dùng từ có nhiều nghĩa trong các câu hỏi. Những nghiên cứu thử chỉ khoảng 10-15 đối tượng sẽ cho thấy ngay những khó khăn không thấy trước khi xây dựng bộ câu hỏi. Người trả lời sẽ trả lời không đúng với dự đoán và như vậy sẽ phải sửa lại bộ câu hỏi. Trong một cuộc điều tra phức tạp, có khi một bộ câu hỏi có thể cần được thử lại nhiều lần trước khi dùng để điều tra thực sự. Người điều tra phải tham gia vào những nghiên cứu thử này nếu có thể được. Việc thử này giúp cho những người lập kế hoạch cho cuộc điều tra nhận thức được những thiếu sót trong thiết kế bộ câu hỏi.

Cấu trúc bộ câu hỏi

Cấu trúc bộ câu hỏi bao gồm quá trình thiết kế và tiến hành bộ câu hỏi. Việc thiết kế bộ câu hỏi bao gồm các bước sau:

Nội dung câu hỏi

Nhà nghiên cứu xác định những thông tin cần thu thập: những thông tin này bao gồm những biến số độc lập, biến số phụ thuộc và các biến số gây nhiễu. Việc này cần rất nhiều suy nghĩ và thảo luận. Cảm hứng trong việc chọn lựa những thông tin cần thiết xuất phát từ mục tiêu của nhà nghiên cứu, từ việc thảo luận với những người khác và những nguồn khác. Kết quả của giai đoạn này là một danh sách những thông tin cần được chuyển thành dạng câu hỏi.

Đặt câu hỏi

Phác thảo bộ câu hỏi. Nhà nghiên cứu xuất phát từ danh sách những thông tin cần thu thập và sơ phác bộ câu hỏi. Như sẽ được thảo luận sâu hơn, việc đặt câu và thiết kế bộ câu hỏi là rất quan trọng trong việc đạt được tính giá trị của thông tin. Nếu bộ thiết kế được thiết kế kém, câu trả lời sẽ không phản ánh chính xác tình trạng thực tế của nhà nghiên cứu. Có hai dạng thức câu hỏi chính, câu hỏi mở và câu hỏi đóng. Trong câu hỏi mở không có những câu trả lời định trước. Trong câu hỏi đóng có nhiều câu trả lời định trước mà người được hỏi chỉ việc lựa chọn trong đó.

Một bộ câu hỏi được cấu thành từ các câu hỏi, cấu trúc bộ câu hỏi có thể gồm câu hỏi mở hoặc câu hỏi đóng hoặc cả 2 loại câu hỏi mở và đóng.

Câu hỏi đóng

Câu hỏi đóng là loại câu hỏi gồm có nhiều câu trả lời sẵn để người được hỏi lựa chọn. Người trả lời phải chọn tối thiểu là một câu. Không được trả lời những câu không có trong danh sách những câu trả lời cho trước.

Sau đây là một ví dụ về câu hỏi đóng mà người trả lời được hỏi về 5 loại thức ăn có thể người được phỏng vấn đã ăn ngày hôm trước.

1.1.1. Câu hỏi kết hợp đóng và mở

Trong nghiên cứu người ta thường sử dụng một bộ câu hỏi gồm những câu hỏi đóng, được mã hóa để xử lý số liệu, và để khắc phục những nhược điểm của câu hỏi đóng người ta có thêm những chọn lựa mở do người trả lời. Ví dụ để điều tra về nguồn nước mà các hộ gia đình đang sử dụng có thể dùng câu hỏi sau đây.

Câu hỏi: Gia đình đang sử dụng nguồn nước nào?

- | | | | | |
|----------------|----------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Nước máy | Có | <input type="checkbox"/> | Không | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nước giếng | Có | <input type="checkbox"/> | Không | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nước mưa | Có | <input type="checkbox"/> | Không | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nước sông | Có | <input type="checkbox"/> | Không | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nguồn khác: | (ghi rõ) | | | |

Tuy nhiên nếu nghiên cứu định tính, người ta thích dùng câu hỏi mở hơn bởi vì nó cho phép người trả lời có thể trình bày bằng ngôn từ của họ. Còn việc dùng bộ câu hỏi trong nghiên cứu định lượng người ta nhắm vào tiện lợi và tốc độ chứ không chú trọng đến phân tích sâu.

Điều quan trọng trong danh sách những câu trả lời cho câu hỏi đóng cần phải được thiết kế cẩn thận. Nếu phạm vi các câu trả lời bị giới hạn thì câu trả lời sẽ bị sai lệch.

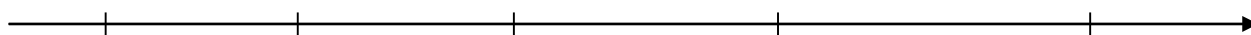
Một loại câu hỏi đóng đặc biệt có giá trị là thang đo Likert. Thang đo Likert do một nhà tâm lý học người Mỹ tên là Likert phát minh. Thang đo này có ba ưu điểm chính:

- ☞ Làm dễ dàng hơn việc xây dựng câu hỏi để xác định thái độ của người dân
- ☞ Thuận tiện trong việc trả lời, phân tích câu hỏi
- ☞ Cho phép phân biệt nhiều mức độ khác nhau của thái độ.

Thang đo Likert truyền thống là một câu hỏi đóng gồm một mệnh đề và có 5 lựa chọn: có lựa chọn dương tính, lựa chọn âm tính và lựa chọn trung bình. Thí dụ:

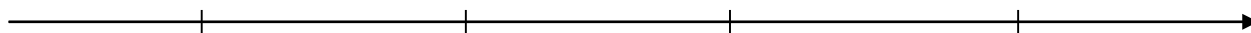
Bảng 3. Dạng thức Likert và dạng thức buộc lựa chọn

Q1. Bác sĩ của trạm y tế luôn luôn giải thích việc điều trị cho tôi (khoảng 1 lựa chọn)



1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý

Q2. Bác sĩ của trạm y tế luôn luôn giải thích việc điều trị cho tôi (khoảng 1 lựa chọn)



1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không đồng ý 4. Rất không đồng ý

Tuy nhiên nếu những người dân có vẻ e dè khi dùng câu trả lời phủ định thì chúng ta có thể sử dụng thang đo buộc lựa chọn. Trong câu hỏi buộc lựa chọn không cho phép người trả lời trả lời không ý kiến và câu trả lời này để tránh tình trạng người trả lời luôn luôn không giữ vững quan điểm (acquiescent response mode). Trong bảng trên câu hỏi Q1 là thang đo Likert cổ điển. Câu hỏi Q2 là thang đo 4 điểm buộc lựa chọn.

Bảng 4. Ưu và khuyết điểm của dạng thang đo Likert skill và buộc lựa chọn

Dạng trả lời	Ưu điểm	Khuyết điểm
Likert	Luôn luôn cho phép trả lời trung tính	Trả lời “ba phải”
Buộc lựa chọn	Người trả lời phải chọn hoặc đồng ý hoặc không đồng ý	Không cho phép trả lời “ba phải”

1.2. Xây dựng hình thức bộ câu hỏi

Bộ câu hỏi thông thường có cấu trúc như sau:

1. Phần giới thiệu: phần giới thiệu mô tả mục đích của nghiên cứu, thông tin cần thu thập và cách sử dụng bộ câu hỏi. Nó cũng trình bày cho người được hỏi là thông tin này sẽ được giữ kín hay không?

2. Thông tin về dân số học: thông thường chúng ta cần phải thu thập thông tin về dân số học của người được phỏng vấn như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, học vấn,... Chúng ta nên đưa thông tin này lên đầu bởi vì nó dễ trả lời và đóng vai trò "làm nóng" cho việc hỏi những thông tin tiếp theo.

3. Câu hỏi về sự kiện: Câu hỏi về sự kiện dễ hỏi (và trả lời) hơn câu hỏi về ý kiến nên thường được đặt ở trước.

4. Câu hỏi về ý kiến: Trong bộ câu hỏi tự điền nên tránh những cấu trúc phức tạp như "Nếu bạn trả lời có ở câu 6 và trả lời không ở câu trả lời 9, xin trả lời câu 10 nếu không xin trả lời câu 11".

5. Phần kết thúc và hướng dẫn gửi trả lại bộ câu hỏi (nếu sử dụng bộ câu hỏi tự điền): Phần kết thúc là phần cảm ơn người được phỏng vấn về sự hợp tác của họ và cung cấp thông tin để họ có thể gửi trả bộ câu hỏi.

2.4 Tiến hành thử nghiệm bộ câu hỏi

Cần tiến hành thử bộ câu hỏi với một nhóm nhỏ những người mà ta sẽ tiến hành nghiên cứu và trên đồng nghiệp để làm sáng tỏ bộ câu hỏi và phát hiện các vấn đề.

Nhờ vào việc tiến hành thử các bộ câu hỏi chúng ta có thể phát hiện được vấn đề và cần phải sửa chữa chúng bằng cách soạn lại bộ câu hỏi. Nếu vấn đề này là nghiêm trọng, chúng ta cần phải lập lại việc thử bộ câu hỏi. Nếu vấn đề là nhỏ thì nhà nghiên cứu

chỉ cần thay đổi và có thể tiến hành nghiên cứu trên quy mô thực sự. Sau khi bộ câu hỏi hoàn chỉnh, chúng ta sẽ tiến hành bộ câu hỏi trên dân số nghiên cứu. Các trả lời sẽ được phân tích theo mục tiêu của nghiên cứu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu sự khác biệt giữa bộ câu hỏi phỏng vấn và bộ câu hỏi phát vấn
2. Sử dụng công cụ điều tra nào phù hợp với kỹ thuật sử dụng thông tin sẵn có?
 - A. Bảng kiểm, bệnh án, sổ khám bệnh
 - B. Bảng kiểm, bộ câu hỏi phát vấn
 - C. Bộ câu hỏi có cấu trúc, máy ghi âm
 - D. Tất cả đúng
3. Kỹ thuật thu thập dữ liệu cho nghiên cứu định tính bao gồm:
 - A. Quan sát
 - B. Phỏng vấn có cấu trúc và không cấu trúc
 - C. Bảng khảo sát
 - D. Thí nghiệm

Bài 2.8. CÁCH ÁP DỤNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀO THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được 8 đặc điểm của ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực hành điều dưỡng.
- 1.2. Trình bày được các 6 bước qui trình ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực hành điều dưỡng.

2. Kỹ năng

- 2.1. Lập được kế hoạch áp dụng một bài báo nghiên cứu khoa học vào thực hành điều dưỡng.
- 2.2. Thực hiện kế hoạch áp dụng một bài báo nghiên cứu khoa học vào thực hành điều dưỡng.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2 Nhận thức được tầm quan trọng của chọn vấn đề nghiên cứu trong phát triển thực hành nghề Điều dưỡng.

1. QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CỦA THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

1.1. Trong lĩnh vực y khoa

Hình thức đánh giá các can thiệp y khoa bằng những thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên đã được thành lập từ những năm 1940. Đến năm 1972, Archie Cochrane là giám đốc của Hội Nghiên cứu dịch tễ nước Anh đã trình bày những gì mà sau đó được gọi là y học dựa trên bằng chứng trong cuốn sách "Tác dụng và hiệu quả: những phản ảnh ngẫu nhiên trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe".

Những khái niệm này đã phát triển thành một phương pháp thực hành bởi nhóm tác giả làm việc tại Đại học Duke ở bắc Carolina (David Eddy) và Đại học McMaster ở Toronto (Gordon Guyatt và David Sackett) vào cuối năm 1980 và đầu năm 1990. Họ đã đưa ra bản tuyên ngôn kinh điển của phong trào thực hành dựa trên bằng chứng (THDTBC) được công bố năm 1993 trên tạp chí Hội Y khoa Hoa Kỳ (JAMA), các tạp chí khác như British Medical Journal và Lancet. Thời điểm này thì phong trào THDTBC đã được đón nhận ở Anh, Canada, Hoa Kỳ, Úc và nhiều quốc gia khác.

Sự phát triển của hệ thống đánh giá của các nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (RCT) trong ngành y vào những năm 1970-1980 dẫn đến thành lập trung tâm Cochrane tại Oxford năm 1993. Trung tâm này được coi là một trong những nhân tố quan trọng để phổ biến và thúc đẩy phát triển y học bằng chứng trên toàn thế giới. Hơn 20 năm qua trung tâm Cochrane được quốc tế công nhận là "tiêu chuẩn vàng" trong cung cấp những bằng chứng trong thực hành y khoa.

THDTBC đã trở thành một tiêu chuẩn thực hành được kỳ vọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Năm 2003 Viện Y học Hoa Kỳ khẳng định THDTBC là một năng lực cần thiết đối với chuyên gia chăm sóc khỏe trong thế kỷ XXI . Ngày nay, THDTBC đã có nhiều thành tựu được các chuyên gia chăm sóc khỏe công nhận ngày càng nhiều trên toàn cầu. Nó trở thành một phần quan trọng trong giáo dục và thực hành y khoa, như sống là phải thở vậy. Lịch sử cũng cho thấy THDTBC là một tên mới nhưng về bản chất là một tiến bộ hoàn toàn có tính chất kế thừa.

1.2. Trong lĩnh vực điều dưỡng

Điều dưỡng có một lịch sử lâu đời về ứng dụng các bằng chứng nghiên cứu trong

chăm sóc, đi tiên phong là Florence Nightingale với ấn phẩm nổi tiếng "Những lưu ý trong điều dưỡng" được xuất bản lần đầu vào năm 1859 tại Anh và năm 1860 tại Hoa Kỳ. Trên cơ sở phân tích các yếu tố tác động đến tỉ lệ tử vong của những người lính trong chiến tranh Crime, bà đã thành công trong việc tác động vào các yếu tố môi trường trong chăm sóc để làm giảm tỉ lệ tử vong của thương binh từ 42% xuống còn 2%.

Từ sau những năm 1950 xuất hiện những nhu cầu nghiên cứu về thực hành điều dưỡng lâm sàng và trong một số tài liệu ngành điều dưỡng đã đề cập tới việc ứng dụng kết quả nghiên cứu vào trong chăm sóc sức khỏe người bệnh. Chính phủ các nước đã hỗ trợ kinh phí để thực hiện các nghiên cứu điều dưỡng và có nhiều tạp chí được phát hành về nghiên cứu điều dưỡng như ở Anh, Canada và Hoa Kỳ. Từ năm 1963 các nghiên cứu điều dưỡng đã được đăng tải trên các tạp chí nghiên cứu điều dưỡng quốc tế.

Năm 1970 khi các nghiên cứu điều dưỡng ngày càng nỗ lực chú trọng hơn nghiên cứu về lâm sàng và tăng cường ứng dụng nó trong cải tiến chăm sóc thì các mô hình khác nhau về ứng dụng nghiên cứu trong điều dưỡng đã được đề nghị và áp dụng trong các vấn đề tại lâm sàng. Bắt đầu từ năm 1992 Cơ quan Nghiên cứu Y tế và chất lượng Hoa Kỳ (AHRQ) bắt đầu xuất bản các bảng hướng dẫn thực hành lâm sàng trong lĩnh vực điều dưỡng dựa trên những bằng chứng từ kết quả nghiên cứu.

Cho tới nay THDTBC trong điều dưỡng đã được quan tâm và thiết lập hiệu quả bởi hệ thống y tế và tổ chức y tế trên thế giới. Do đó, các tạp chí điều dưỡng, các bài báo nghiên cứu lâm sàng đã mở rộng về số lượng và việc truy cập tài liệu hay các nghiên cứu được công bố cũng càng dễ dàng hơn.

2. ĐỊNH NGHĨA VÀ MỘT SỐ THUẬT NGỮ VỀ THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

2.1. Định nghĩa

Định nghĩa về THDTBC trong y khoa của tác giả Sackett (1996) được sử dụng nhiều nhất trong các y văn trên thế giới. Ông đã định nghĩa như sau: "THDTBC là lồng ghép thực hành một cách có ý thức, sáng suốt và cẩn thận dựa trên các bằng chứng nghiên cứu tốt nhất với kinh nghiệm, kiến thức của chuyên gia chăm sóc sức khỏe cùng với tham khảo nguyện vọng và yêu cầu của người bệnh để đưa ra quyết định xử trí hữu hiệu khi chăm sóc cho từng người bệnh cụ thể".

Định nghĩa THDTBC trong điều dưỡng là "Một quá trình mà những bằng chứng, lý thuyết điều dưỡng, và kinh nghiệm lâm sàng được người điều dưỡng đánh giá, xem xét và kết hợp cùng với tham khảo nguyện vọng của người bệnh nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng cho từng người bệnh cụ thể một cách tối ưu nhất".

2.2. Một số thuật ngữ

Một số thuật ngữ sau đây liên quan tới việc ứng dụng bằng chứng nhằm giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đưa ra các quyết định thực hành.

Y học dựa trên bằng chứng

Thực hành dựa trên bằng chứng

Thực hành lâm sàng dựa trên bằng chứng

Chăm sóc sức khỏe dựa trên bằng chứng

Tuy có nhiều thuật ngữ khác nhau nhưng về mặt ý nghĩa đều giống nhau, chúng chỉ khác trong bối cảnh lâm sàng mà các bằng chứng được ứng dụng bởi những chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

3. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải không ngừng cập nhật kiến thức và thông tin y học mới để lựa chọn được những giải pháp tối ưu nhằm giải quyết các vấn đề sức khỏe cho người bệnh. Không những chỉ cập nhật thông tin y học mà còn phải biết đánh giá cặn kẽ nguồn gốc, chất lượng giá trị của nguồn thông tin.

Quan hệ giữa chuyên gia chăm sóc sức khỏe với người bệnh được coi là mối quan hệ giữa khách hàng và người cung cấp dịch vụ. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe thì có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng của người bệnh, những phương pháp, kế hoạch điều trị, chăm sóc và giải thích cặn kẽ mọi câu hỏi, mọi thắc mắc cho người bệnh. Người bệnh sẽ là người quyết định lựa chọn loại dịch vụ nào để họ thực hành. Đồng thời đây là phương pháp thực hành chăm sóc với mục đích người bệnh làm trung tâm.

Vai trò người bệnh thay đổi từ bị động áp dụng các phương pháp chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe sang vai trò chủ động hợp tác với chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong sự lựa chọn các phương pháp trị liệu và chăm sóc. Người bệnh có quyền quyết định, nhất là trong tình huống có nhiều giải pháp mà người đưa ra giải pháp cũng không thể cho một đáp số tối ưu.

4. CÁC BƯỚC CỦA THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

THDTBC là bước cuối cùng trong quá trình nghiên cứu lâm sàng cho việc áp dụng để cải thiện kết quả đối với người bệnh.

THDTBC gồm 5 bước sau:

Bước 1: Phát hiện tình huống/vấn đề và chuyển thành câu hỏi có thể trả lời được.

Bước 2: Tìm kiếm bằng chứng "tốt nhất".

Bước 3: Đánh giá nghiêm túc những kết quả nghiên cứu được lựa chọn.

Bước 4: Tích hợp bằng chứng với kiến thức, kinh nghiệm lâm sàng và các lợi ích của người bệnh để áp dụng giải quyết các tình huống đó.

Bước 5: Đánh giá hiệu quả việc dùng bằng chứng sau khi đã tiến hành các bước từ 1 đến 4 để cải thiện cho lần sau.

Năm bước trên yêu cầu người điều dưỡng cần có những kiến thức/kỹ năng riêng biệt để thực hiện thành công đối với THDTBC trong bối cảnh lâm sàng [45].

4.1 Bước 1:

Đặt ra một câu hỏi lâm sàng rõ ràng có thể trả lời được là quá trình xác định vấn đề thiếu sót trong thực hành điều dưỡng và là bước đầu tiên của quá trình THDTBC. Diễn giải nhu cầu thông tin là một quá trình bắt đầu với sự hình thành câu hỏi nghiên cứu dạng PICO. Mục đích dạng câu hỏi PICO nhằm tập trung về nhu cầu thông tin để tạo ra một hình ảnh rõ ràng trong tìm kiếm bằng chứng, điều này sẽ giúp xác định từ khóa chính có liên quan đến câu hỏi lâm sàng đã đặt ra. Câu hỏi PICO có 4 phần sau đây:

Người bệnh (Patient): Những đặc điểm quan trọng nhất trong dân số là gì? Ví dụ: tuổi, giới tính, bệnh hoặc tình trạng bệnh.

Can thiệp (Intervention): Sự quan tâm đối với can thiệp là gì? Ví dụ: điều trị bằng thuốc, yếu tố nguy cơ, phương pháp chăm sóc.

So sánh (Comparison): Những can thiệp được so sánh với nhau như thế nào?

Ví dụ: điều trị hay không điều trị, xét nghiệm, tiêu chuẩn chăm sóc.

Kết quả đầu ra (Outcome): Hiệu quả của sự can thiệp đó như thế nào? Ví dụ: lợi ích, chỉ số lâm sàng, thời gian nằm viện, giảm tỉ lệ tử vong hay bệnh, cải thiện trí nhớ, giảm đau.

Một khi đã thành lập một câu hỏi rõ ràng có thể trả lời được thì rất hữu ích để giúp

điều dưỡng suy nghĩ về những dạng/loại câu hỏi mà họ muốn tìm. Vì chúng sẽ giúp điều dưỡng biết được nơi nào có thể tìm kiếm và những loại nghiên cứu nào phù hợp để cung cấp câu trả lời. Sau đây là phân loại đối với các dạng câu hỏi trong THDTBC: bệnh nguyên, chẩn đoán, tiên lượng, liệu pháp, chi phí và hiệu quả và chất lượng cuộc sống.

Bệnh nguyên: nguyên nhân của bệnh và phương thức hoạt động của chúng, câu trả lời thích hợp là nghiên cứu đoàn hệ hoặc nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên.

Chẩn đoán: các dấu hiệu, triệu chứng hoặc các xét nghiệm cho chẩn đoán về các rối loạn của bệnh lý, câu trả lời thích hợp là nghiên cứu về thẩm định chẩn đoán.

Tiên lượng: quá trình có thể xảy ra bệnh tăng lên, dạng câu trả lời thích hợp là các nghiên cứu đoàn hệ.

Liệu pháp: lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả đáp ứng các giá trị của người bệnh, câu trả lời thích hợp là các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên.

Chi phí và hiệu quả: can thiệp về đánh giá chi phí hiệu quả nhiều hơn so với các vấn đề khác, câu trả lời thích hợp là các nghiên cứu đánh giá kinh tế

Chất lượng cuộc sống: chất lượng cuộc sống của người bệnh như thế nào, câu trả lời thích hợp là các nghiên cứu định tính.

4.2. Bước 2

Trong bước này, mục tiêu đặt ra nhằm thu thập được những bài báo hay tài liệu liên quan đến câu trả lời cho một câu hỏi lâm sàng. Ngày nay, quá trình phát triển của THDTBC trong y học đã cung cấp cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nhiều nguồn thông tin có ích và việc truy cập thông tin ngày càng dễ dàng hơn qua các phương tiện thông tin. Tuy nhiên, quá trình tìm kiếm bằng chứng thì tốn nhiều thời gian, nên khi thu thập thông tin trên các cơ sở dữ liệu điện tử, người điều dưỡng cần phải thiết lập chiến lược tìm kiếm bằng cách xác định ưu tiên với những từ khóa và câu hỏi PICO nhằm mở rộng hoặc giới hạn tìm kiếm.

Trong quá trình tìm kiếm bằng chứng đòi hỏi điều dưỡng cần chú ý đảm bảo các dữ liệu thu thập được có uy tín và độ tin cậy cao. Điều dưỡng sẽ thu thập những bằng chứng có giá trị nếu họ bắt đầu tìm kiếm từ những nguồn thông tin có giá trị bởi những tổ chức uy tín về học thuật trong nước và quốc tế. Do đó, hiểu biết rõ về các nguồn thông tin có giá trị tin cậy hiện nay là một trong yêu cầu khi tìm kiếm và truy cập thông tin y

tế.

Ngoài ra, kỹ năng đánh giá độ tin cậy thông tin không chỉ giúp điều dưỡng chủ động khi tìm kiếm bằng chứng mà còn là một trong những điều kiện tiên quyết để thu thập bằng chứng khi tìm kiếm trực tuyến. Đối với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nói chung và điều dưỡng nói riêng thì giản đồ 5S của Haynes là một cấu trúc để giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tập trung các kỹ năng đánh giá các nguồn thông tin. Đây là một quá trình để giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tìm thấy những bằng chứng tốt nhất tại các điểm chăm sóc. Tác giả Haynes đã chia các nguồn tài liệu y khoa theo mức độ khuyến cáo và bằng chứng theo kim tự tháp 5S:

Chữ S đầu tiên - các nghiên cứu: tập hợp các nghiên cứu lâm sàng với nhiều dạng thiết kế khác nhau, cùng trả lời cho một câu hỏi cụ thể nào đó. Các tạp chí đáng tin cậy bao gồm: Medline, Hinary hay MD Consult.

Chữ S thứ 2- tổng hợp: trích các nghiên cứu phân tích gộp, tổng hợp từ các nghiên cứu trên thế giới về cùng một vấn đề, phân tích số liệu và đưa ra những kết luận có sức mạnh về mặt thống kê. Nguồn tài liệu lớn nhất là thư viện Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute (JBI).

Chữ S thứ 3- tóm tắt: những bài tóm tắt trong y học bằng chứng về một đề tài cụ thể. Các nguồn tham khảo bao gồm Trung tâm đánh giá và phổ biến bằng chứng (Centre for review and dissemination), ACP (American college of physicians) Journal Club.

Chữ S thứ 4- tóm lược: các tài liệu, sách y học bằng chứng về một đề tài cụ thể. Nguồn dữ liệu DynaMed, Clinical evidence.

Chữ S thứ 5- phân tích tổng hợp: các hướng dẫn lâm sàng xây dựng trên cơ sở Y học dựa trên bằng chứng. Nguồn tài liệu bao gồm các guideline của Hoa kỳ (<http://www.guideline.gov>), Anh (<http://www.elmmb.nhs.uk>).

Xác định các nguồn sẵn có: giấy , điện tử: Medline, CINAHL, AHRQ, Cochrane

Xác định từ khóa để tìm bằng chứng

4.3 Bước 3

Đánh giá bằng chứng không chỉ là chìa khóa quan trọng mà còn là kỹ năng cần thiết và cốt lõi trong THDTBC. Tuy nhiên, mục đích của bước 3 không phải là một tầm

chấn để bác bỏ các thông tin khi những nghiên cứu không đáp ứng các tiêu chí đặt ra. Mà nó còn giúp người sử dụng có kỹ năng tư duy để đặt ra câu hỏi "Với những thiếu sót này, làm thế nào để tiếp nhận những giá trị từ bài báo thu thập được vào trong thực hành của mình?"

Khi một bài báo được công bố không hẳn là có chất lượng cao. Do đó, điều dưỡng cần phải trang bị cho mình những kiến thức và kỹ năng đánh giá kết quả nghiên cứu khi THDTBC. Trong đó, khả năng hiểu được những thuật ngữ, phương pháp thống kê trong bài báo nghiên cứu sẽ giúp họ có thể phân tích và diễn giải dữ liệu thu thập được. Nhận biết được sự khác nhau giữa các loại nghiên cứu và thang bậc giá trị khoa học của bằng chứng là bước đầu trong việc đánh giá chúng.

Người điều dưỡng khi đọc bằng chứng phải đặt ra một số câu hỏi cơ bản như: nghiên cứu này được tiến hành ở đâu, do ai làm, đối tượng trong nghiên cứu thuộc độ tuổi và giới tính nào, các dữ liệu được phân tích như thế nào, cách diễn giải có phù hợp với dữ liệu không và quan trọng nghiên cứu đã được công bố chưa, ở đâu. Tất cả những câu hỏi này sẽ giúp người điều dưỡng tiếp nhận thông tin để quyết định xem các kết quả nghiên cứu có giá trị hay không.

Tuy nhiên, để thực hiện bước 3 một cách tập trung và rõ ràng thì phải dựa trên bảng công cụ đánh giá bằng chứng. Hiện nay, có nhiều công cụ sử dụng để đánh giá bằng chứng, trong số đó thì công cụ CASP của Oxford là một trong những công cụ phổ biến nhất cho các chuyên gia y tế trên toàn cầu (Lưu ý rằng các bảng công cụ đánh giá được cung cấp miễn phí thông qua Cơ quan Nghiên cứu Y khoa của Anh, trang website: www.phru.nhs.uk). Tại Việt Nam năm 2011 thì công cụ CASP đã được chuyên gia Úc tập huấn cho điều dưỡng và hộ sinh khi đánh giá y văn trong THDTBC.

Bên cạnh đó, điều dưỡng cần chủ động xem xét mức độ thuyết phục của bằng chứng bao gồm xác định giá trị của nghiên cứu (tính trung thực), tính hữu dụng (ứng dụng về mặt lâm sàng) nghiên cứu với "những gì họ làm". Điều quan trọng hơn nữa là người ứng dụng bằng chứng cần phải phân biệt một kết quả có ý nghĩa thống kê với một kết quả có ý nghĩa lâm sàng. Một nghiên cứu với nhiều đối tượng nghiên cứu, hầu hết bất cứ một khác biệt nhỏ nào cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Do đó, một ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê chưa hẳn là có ý nghĩa lâm sàng. Ngược lại, có trường hợp mà kết

quả không có ý nghĩa thống kê (do không đủ cỡ mẫu), nhưng lại có ý nghĩa lâm sàng.

Trong thực tế, mức độ của bằng chứng có giá trị tin cậy càng cao thì xác suất mang lại hiệu quả càng nhiều trong THDTBC. Khi xem xét hiệu quả nhất trong điều trị thì bằng chứng tốt nhất sẽ là từ một tổng hợp tốt từ nghiên cứu thực nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Tuy nhiên, trong nấc thang giá trị khoa học cho các loại bằng chứng thì nghiên cứu thực nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RTC) thì không phải là luôn luôn có sẵn để trả lời mọi câu hỏi lâm sàng. Dưới đây là phân loại bằng chứng theo mức độ tin cậy từ cao đến thấp được dựa vào loại thiết kế nghiên cứu.

Bảng 1.1. Thang bậc bằng chứng về hiệu quả

Mức độ của bằng chứng- hiệu quả	
Mức độ 1 <i>Thiết kế thực nghiệm</i>	1a- Tổng quan hệ thống các thử nghiệm ngẫu nhiên
	1b- Tổng quan hệ thống RCTs và các thiết kế nghiên cứu khác
	1c- RCTs
	1d- giả - RCTs
Mức độ 2 <i>Thiết kế bán thực nghiệm</i>	2a- Tổng quan hệ thống của các nghiên cứu bán thực nghiệm
	2b- Tổng quan hệ thống của các nghiên cứu bán thực nghiệm và các nghiên cứu khác thấp hơn
	2c- Nghiên cứu tiền cứu bán thực nghiệm
	2d- Pre-test và post-test hoặc nghiên cứu nhóm hồi cứu
Mức độ 3 <i>Thiết kế quan sát- phân tích</i>	3a- Tổng quan hệ thống của các nghiên cứu đoàn hệ so sánh
	3b- Tổng quan hệ thống của các nghiên cứu đoàn hệ so sánh và các thiết kế nghiên cứu thấp hơn
	3c- Nghiên cứu đoàn hệ có nhóm kiểm soát
	3d- Nghiên cứu trường hợp
	3e- Nghiên cứu quan sát không có nhóm chứng.

Mức độ 4 <i>Thiết kế quan sát-mô tả</i>	4a- Tổng quan hệ thống các nghiên cứu mô tả
	4b- Nghiên cứu cắt ngang
	4c- Hàng loạt ca
	4d- Nghiên cứu trường hợp
Mức độ 5 <i>Ý kiến chuyên gia</i>	5a- Tổng quan hệ thống các ý kiến chuyên gia
	5b- Sự đồng thuận của chuyên gia
	5c- Các nghiên cứu phòng thí nghiệm hoặc ý kiến chuyên gia

4.4 .Bước 4

Một khi thông tin đã có và được đánh giá nghiêm chỉnh thì bước thứ 4 là ứng dụng bằng chứng này trong quyết định lâm sàng. Đây cũng là thử thách lớn nhất vì phải hoán chuyển thông tin thu thập từ một quần thể để chăm sóc người bệnh cụ thể. Việc xác định xem kết quả nghiên cứu có thể ứng dụng cho một người bệnh cụ thể hay không, cần phải tư duy sáng suốt để so sánh đặc điểm lâm sàng của người bệnh (giới tính, tuổi, tôn giáo, học vấn, tình trạng bệnh...) với những đặc điểm của người bệnh trong kết quả nghiên cứu dựa vào.

Các đánh giá về tình trạng người bệnh trên lâm sàng hầu hết thay đổi theo thời gian và phức tạp. Do đó, đòi hỏi khả năng kết hợp tư duy của điều dưỡng với kinh nghiệm lâm sàng để ứng dụng các bằng chứng vào trong thực hành. Đồng thời, mỗi quyết định chăm sóc trong THDTBC đều phải dựa trên những khía cạnh đạo đức và xem xét cẩn thận những lợi ích cũng như tác hại tiềm tàng đối với những người bệnh cụ thể. Đó là một mối quan hệ ủy thác của người bệnh với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe về những kỹ thuật can thiệp có lợi nhất và ít gây hại nhất đối với người bệnh.

Ngoài ra việc xem xét nguyện vọng và yêu cầu của người bệnh là rất quan trọng trong bước 4 này. Các bằng chứng phải luôn được giải thích cho người bệnh trước khi áp dụng về những lợi ích, tác hại không mong muốn nếu có thể xảy ra đối với họ. Điều dưỡng dùng từ ngữ dễ hiểu khi giải thích cho người bệnh trước khi ứng dụng THDTBC

để tham khảo nguyện vọng, yêu cầu khi họ lựa chọn. Khi giao tiếp bằng chứng với người bệnh thì bao gồm các bước sau:

Hiểu được nguyện vọng và yêu cầu của người bệnh.

Xây dựng mối quan hệ với người bệnh.

Cung cấp bằng chứng bao gồm cả sự không chắc chắn.

Trình bày các khuyến nghị cho người bệnh.

Kiểm tra sự hiểu biết và đồng ý của người bệnh sau khi giải thích.

4.5. Bước 5

Trọng tâm của bước này là xem xét lại chính thực hành của điều dưỡng dựa trên kết quả từ các dữ liệu thu thập được khi áp dụng bằng chứng mới trên người bệnh cụ thể. Với những kết quả mang lại từ can thiệp đó, người điều dưỡng phải xác định lĩnh vực nào cần để cải thiện kết quả cho người bệnh ở lần chăm sóc sau.

Tuy nhiên, đánh giá những kết quả thay đổi trong thực hành lâm sàng là một điều quan trọng, nhưng nó thường bị bỏ qua trong THDTBC [90]. Vì đánh giá kết quả những thay đổi sau khi THDTBC là cần thiết xác định xem những phát hiện từ nghiên cứu có tương tự khi chuyển đổi vào trong thực tế của lâm sàng. Tính phức tạp của đánh giá kết quả chăm sóc gắn liền với một cơ hội để đưa ra nhận định về tác động của THDTBC trong môi trường lâm sàng từ nhiều góc nhìn khác nhau. Đó là sáu lĩnh vực được xác định bởi các chỉ số quan trọng trong đánh giá ở bước 5 trong qui trình THDTBC:

Kết quả

Cải thiện chất lượng chăm sóc

Chất lượng chăm sóc khi người bệnh làm trung tâm

Hiệu quả của qui trình

Thay đổi về môi trường

Chuyên nghiệp trong chuyên môn

Các chỉ số này phản ánh bằng chứng đó có chứng tỏ được về những thay đổi hiệu quả trong thực hành lâm sàng. Do đó, bước 5 là một phần trong xác định các can thiệp y khoa thực sự có tạo ra khác biệt khi ứng dụng THDTBC vào lâm sàng.

Ngoài ra, theo Bộ Y tế qui định trong tiêu chuẩn 22 trong Chuẩn Năng lực thực hành điều dưỡng cũng đã nhấn mạnh, điều dưỡng không chỉ đưa ra đề xuất phù hợp về

các biện pháp chăm sóc và phòng ngừa bệnh khi THDTBC mà còn chia sẻ và phổ biến THDTBC với đồng nghiệp để nâng cao chất lượng trong thực hành chăm sóc

5. VAI TRÒ CỦA THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG TRONG CHĂM SÓC

5.1. Đối với người bệnh

Cải thiện chất lượng và chi phí chăm sóc dẫn đến kết quả chăm sóc người bệnh ngày một tốt hơn.

Giảm thời gian nằm viện, tăng sự hài lòng người bệnh.

5.2. Đối với điều dưỡng

THDTBC giúp người điều dưỡng nâng cao các kỹ năng chăm sóc người bệnh dựa trên cập nhật những phát triển mới về khoa học chăm sóc. Vì kiến thức mai một theo thời gian trong khi đó chăm sóc người bệnh luôn cần những thông tin lâm sàng mới và chính xác.

Bằng chứng mới thường dẫn tới thay đổi thực hành chăm sóc người bệnh. Đồng thời là căn cứ hợp lý cho tiêu chuẩn thực hành nhằm giảm thay đổi không cần thiết trong chăm sóc và quản lý. Đặc biệt còn giúp đưa ra các quyết định lâm sàng đúng đắn, cập nhật khi phối hợp với các thành viên khác trong mô hình chăm sóc đội nhóm.

Người điều dưỡng sẽ hài lòng và tự tin hơn trong thực hành nghề của chính mình.

Tiết kiệm thời gian trong chăm sóc người bệnh.

THDTBC sắp xếp hợp lý các bằng chứng mới liên quan với nhau do đó điều dưỡng sẽ không bị choáng ngợp bởi quá tải thông tin như hiện nay.

THDTBC làm cho điều dưỡng nhận thức được tầm quan trọng và ý nghĩa của kết quả nghiên cứu khoa học từ đó họ sẽ hăng hái hơn, có động lực rõ rệt hơn để thực hiện nghiên cứu và phổ biến kết quả nghiên cứu.

5.3. Tổ chức chăm sóc sức khỏe

Dựa vào các nguyên lý của THDTBC thì những tổ chức quốc tế, tổ chức chăm sóc sức khỏe có cơ sở để đưa ra những phác đồ điều trị, các chính sách, qui định hay những hướng dẫn lâm sàng trong cải tiến chất lượng các dịch vụ y tế. Không những thế, THDTBC cũng giúp các nhà hoạch định chiến lược có cơ sở để đưa ra các chính sách hợp lý nhất trong điều kiện hiện có của mỗi bệnh viện, địa phương hay mỗi quốc gia. Đó

là những thay đổi có lợi cho bệnh viện vì giúp tiết kiệm chi phí hoặc điều chỉnh chi phí bổ sung khi cần thiết.

5.4. Đối với cộng đồng

Những tài nguyên y khoa có sẵn trong kho tàng y văn của thế giới về các can thiệp tối ưu trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe không bị lãng phí. Bởi vì, mỗi năm một lượng lớn chi phí được dành cho nghiên cứu khoa học nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng chăm sóc. THDTBC sẽ giúp cứu sống nhiều người bệnh hơn và giảm số lượng người tàn tật trong xã hội vì người bệnh được cung cấp dịch vụ tốt nhất và hiệu quả từ THDTBC.

6. NHỮNG CẢN TRỞ ĐỐI VỚI THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP VƯỢT QUA NHỮNG CẢN TRỞ

6.1. Những cản trở khi ứng dụng thực hành dựa trên bằng chứng

Một số lượng lớn các tài liệu y khoa được xuất bản nhưng gần như các chuyên gia chăm sóc sức khỏe không thể cập nhật kịp với tốc độ của các bằng chứng mới. Theo ước tính rằng có khoảng 8.000 bài báo có liên quan đến thực hành được công bố hàng tháng, và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe sẽ cần phải dành khoảng 20 giờ một ngày để theo kịp bằng chứng mới THDTBC cho phép sắp xếp hợp lý các bằng chứng mới liên quan với nhau. Do đó, thì sự quá tải nguồn bằng chứng như hiện nay là một trong những cản trở đối với điều dưỡng khi ứng dụng THDTBC.

Mặc dù, điều dưỡng có nhận thức tích cực những giá trị từ kiến thức dựa trên kết quả nghiên cứu. Họ mong muốn có thêm sự hướng dẫn để thực hành tốt đối với THDTBC. Nhưng có những yếu tố cản trở khi họ ứng dụng THDTBC bởi các bằng chứng nghiên cứu được xem như quá phức tạp, học thuật, thống kê, đôi khi mâu thuẫn với thực tế lâm sàng và nguồn bằng chứng thì hạn chế hoặc không có liên quan đến thực hành.

Tác giả Gerrish và cộng sự (2008) đã xác định 10 yếu tố cản trở sau đây khi ứng dụng THDTBC đối với điều dưỡng. Tác giả Dalheim và cộng sự (2012) dựa trên 10 yếu tố cản trở đó đã phát triển thêm một yếu tố về hạn chế tiếng Anh khi đọc các bài báo hoặc báo cáo nghiên cứu.

Bảng 1.2. Những yếu tố cản trở ứng dụng thực hành dựa trên bằng chứng

Cản trở	Nguyên nhân
----------------	--------------------

<i>Nguồn bằng chứng</i>	Nguồn bằng chứng không phải luôn sẵn có
	Mất thời gian tìm kiếm bằng chứng
	Nguồn bằng chứng chủ yếu là bằng tiếng Anh
<i>Mức độ cá nhân</i>	Thiếu kiến thức/kỹ năng về tìm kiếm nghiên cứu Thiếu kiến thức/kỹ năng về đánh giá nghiên cứu
	Thiếu giá trị bản thân (không cảm thấy tự tin hoặc ngại khó khăn khi thay đổi thực hành)
<i>Mức độ tổ chức</i>	Quá tải công việc
	Mức độ ủng hộ và tạo điều kiện nhà quản lý hoặc đồng nghiệp đối với THDTBC
	Thiếu thẩm quyền để thay đổi thực hành
	Văn hóa tổ chức và nghề nghiệp Không đủ nguồn lực đầu tư vào THDTBC

6.2. Một số giải pháp vượt qua cản trở của điều dưỡng đối với thực hành dựa trên bằng chứng

Ứng dụng bằng chứng vào thực hành thì người điều dưỡng không chỉ có kiến thức/kỹ năng, thái độ tích cực đối với THDTBC mà còn đòi hỏi họ phải có khả năng vượt qua những cản trở khi ứng dụng nó vào thực tế lâm sàng. Hiện nay, có những nỗ lực để tạo thuận lợi cho điều dưỡng tham gia nhiều hơn trong THDTBC thông qua khuyến khích bằng các chính sách, qui định về tiêu chuẩn năng lực trong thực hành điều dưỡng.

Theo y văn đã xác định các yếu tố quan trọng tạo điều kiện thuận lợi cho điều dưỡng trong quá trình ứng dụng THDTBC bao gồm: yếu tố cá nhân, môi trường thực hành, mức độ ủng hộ và tạo điều kiện của tổ chức và văn hóa tại nơi làm việc. Để từ đó, các nhà hoạch định chiến lược y tế, quản lý trong bệnh viện đưa ra các chương trình đào tạo về kiến thức THDTBC hoặc xây dựng các chính sách khuyến khích ứng dụng THDTBC như: thêm thời gian, tiếp cận với cách truy cập khi tìm kiếm bằng chứng, hỗ trợ nguồn lực.

Tuy nhiên, cần phải nâng cao nhận thức của điều dưỡng đối với THDTBC là một

nhân tố quan trọng nhất để họ chấp nhận ứng dụng nó trong thực hành và sắp xếp lịch làm việc để dành thời gian tìm bằng chứng. Theo Pitkanen và cộng sự (2015) cho thấy nhận thức của điều dưỡng sẽ tích cực hơn khi có dự án can thiệp về giáo dục hoặc các chương trình thúc đẩy THDTBC được thiết lập tại môi trường chăm sóc của điều dưỡng.

Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy sự cố vấn bởi những chuyên gia đầy đủ kinh nghiệm như nhà quản lý và chuyên gia giáo dục có vai trò là trung tâm để phát triển một cách toàn diện THDTBC tại nơi làm việc của họ.

Thành lập một trung tâm THDTBC tại bệnh viện là điều kiện bắt buộc để có thể triển khai trong toàn bệnh viện.

Hiện nay, đại đa số các trường y trên thế giới đều có chương trình chính khóa giảng dạy THDTBC và nhiều hội thảo y khoa quốc tế về những khóa tập huấn THDTBC dành cho điều dưỡng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Vai trò quan trọng nhất của điều dưỡng trong thực hành dựa trên bằng chứng?

- A. Phê bình đánh giá bằng chứng
- B. Tạo ra thông tin lâm sàng
- C. Cung cấp kiến thức mới
- D. Giảm khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành

2. Nghiên cứu điều dưỡng ưu điểm so với nghiên cứu y học là:

- A. Không cần sự tham gia của bác sĩ
- B. Đơn giản hơn
- C. Thúc đẩy thực hành điều dưỡng dựa trên bằng chứng
- D. Ít có giá trị hơn

3. Một câu hỏi nghiên cứu phải có đầy đủ các thành phần PICO. Chữ O là viết tắt của:

- A. Thực tiễn
- B. Xác suất
- C. Quản thể
- D. Kết quả

4. Hãy cho biết yếu tố P trong câu hỏi lâm sàng (PICO) sau: Áp dụng que tăm bông trong rửa vết thương sau phẫu thuật có giúp giảm chi phí cho 1 lần thay băng không?

- A. Điều dưỡng viên
- B. Que tăm bông
- C. Rửa vết thương sau phẫu thuật
- D. Chi phí cho 1 lần thay băng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2018), Tài liệu đào tạo Quản lý Điều dưỡng, Module 1. Chính sách y tế và tổ chức Điều dưỡng, NXB Giao thông vận tải.
2. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2018), Tài liệu đào tạo Quản lý Điều dưỡng, Module 2. Các Kỹ năng quản lý cơ bản, NXB Giao thông vận tải.
3. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2018), Tài liệu đào tạo Quản lý Điều dưỡng, Module 3. Quản lý chất lượng chăm sóc và an toàn người bệnh, NXB Giao thông vận tải.
4. Lưu Ngọc Hoạt (2015), Phương pháp viết đề cương nghiên cứu, Nhà xuất bản Y học.
5. Lưu Ngọc Hoạt (2015), Nghiên cứu khoa học y học, Nhà xuất bản Y học.
6. Lưu Ngọc Hoạt (2017), Thống kê sinh học và nghiên cứu khoa học y học, Nhà xuất bản Y học.
7. Ngô Huy Hoàng, Phạm Thị Thu Hương (2020), Giáo trình Nghiên cứu khoa học Điều dưỡng (dành cho đào tạo ngành Điều dưỡng, Hộ sinh trình độ đại học), NXB Giáo dục Việt Nam
8. Trường Đại học Y tế Công Cộng (2010), Dịch tễ học cơ bản, NXB Y học, Hà Nội.
9. Trường Đại học Y Hà Nội (2018), Phương pháp nghiên cứu trong y sinh học, nhà xuất bản Y học.