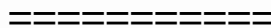


BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN THÀNH TRUNG

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO NHÂN VIÊN Y TẾ
KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN TUYẾN HUYỆN
TẠI TỈNH THANH HÓA**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

NGUYỄN THÀNH TRUNG

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO NHÂN VIÊN Y TẾ
KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN TUYẾN HUYỆN
TẠI TỈNH THANH HÓA**

Chuyên ngành : Y tế công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS. NGUYỄN NGÔ QUANG
2. GS.TS. TRƯƠNG VIỆT DŨNG

HÀ NỘI – 2021

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, tôi xin chân thành cảm ơn: Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau Đại học, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Nguyễn Ngô Quang và GS.TS. Trương Việt Dũng những người đã hết lòng dạy bảo, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và trực tiếp hướng dẫn tôi hoàn thành luận án tốt nghiệp này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy, Cô trong Hội đồng chấm luận án đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa, Ban Giám đốc Bệnh viện Y Dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa, Ban Giám đốc, Lãnh đạo các Khoa và cán bộ y tế Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện huyện tại tỉnh Thanh Hóa tham gia nghiên cứu đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Cuối cùng, tôi cũng xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới gia đình, bạn bè và những người thân yêu nhất đã dành cho tôi sự yêu thương, chăm sóc tận tình, đã động viên, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Thành Trung

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thành Trung, nghiên cứu sinh khóa 35, chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Nguyễn Ngô Quang và GS. TS. Trương Việt Dũng.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Người thực hiện

Nguyễn Thành Trung

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ATNB	An toàn người bệnh
BYT	Bộ Y tế
CBQL	Cán bộ quản lý
CME	Đào tạo liên tục (Continuing medical education)
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
ĐTLT	Đào tạo liên tục
JAHR	Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (Joint Annual Health Review)
KCB	Khám chữa bệnh
NC	Nghiên cứu
NLYT	Nhân lực y tế
NVYT	Nhân viên y tế
TM/CAM	Y học cổ truyền (Traditional medicine/complementary and alternative medicine)
WFME	Liên đoàn giáo dục y học thế giới (World Federation for Medical Education)
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organisation)
WPRO	Tổ chức Y tế Thế giới Tây Thái Bình Dương (World Health Organization Western Pacific Region)
YHCT	Y học cổ truyền
YHDT	Y học dân tộc
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Khái niệm nguồn nhân lực y tế	3
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Thành phần hệ thống y tế.....	4
1.2. Tình hình chung nhân lực y tế Việt Nam.....	5
1.3. Đào tạo liên tục	8
1.3.1. Quan niệm về đào tạo liên tục.....	8
1.3.2. Sự cần thiết về đào tạo liên tục	8
1.3.3. Trên thế giới.....	9
1.3.4. Tại Việt Nam.....	11
1.4. Chăm sóc sức khỏe bằng y học cổ truyền trên thế giới	18
1.4.1. Chăm sóc sức khỏe ở một số nước có nền YHCT phát triển.....	18
1.4.2. Y học cổ truyền tại một số nước khác	22
1.5. Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam	22
1.5.1. Khái quát lịch sử YHCT Việt Nam.....	22
1.5.2. Tổ chức y học cổ truyền Việt Nam hiện nay	23
1.5.3. Mạng lưới bệnh viện y học cổ truyền tỉnh, thành phố	24
1.6. Phân bố nguồn lực cán bộ y tế và đào tạo của các Bệnh viện Y học cổ truyền	26
1.6.1. Nguồn nhân lực y học cổ truyền Việt Nam	26
1.6.2. Đào tạo nguồn nhân lực Y học cổ truyền	27
1.6.3. Hệ thống đào tạo cán bộ y học cổ truyền hiện nay	28
1.6.4. Loại hình đào tạo y học cổ truyền:.....	29
1.7. Đôi nét về đào tạo liên tục tại tỉnh Thanh Hóa	30

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	32
2.1. Đối tượng nghiên cứu	32
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	32
2.2.1. Thời gian nghiên cứu	32
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu	33
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	33
2.4.1. Nghiên cứu mô tả.....	33
2.4.2. Nghiên cứu can thiệp	35
2.5. Nội dung và phương pháp nghiên cứu.....	36
2.5.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang	36
2.5.2. Nghiên cứu can thiệp	37
2.6. Chỉ số nghiên cứu.....	41
2.6.1. Nhóm chỉ số của mục tiêu 1	41
2.6.2. Nhóm chỉ số của mục tiêu 2.....	41
2.6.3. Cách tính điểm	42
2.7. Phương pháp xử lí và phân tích số liệu.....	43
2.7.1. Nghiên cứu định lượng	43
2.7.2. Nghiên cứu định tính.....	43
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.....	44
2.9. Hạn chế của đề tài và cách khắc phục.....	44
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	45
3.1. Thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế khoa YHCT tuyến huyện tại Tỉnh Thanh Hóa	45
3.1.1. Đặc điểm chung của nhân viên y tế Khoa y học cổ truyền.....	45
3.1.2. Thực trạng đào tạo liên tục	48
3.1.3. Thực trạng và khả năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về YHCT tại tỉnh Thanh Hóa	62

3.2. Đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên	
YHCT bệnh viện huyện huyện tại tỉnh Thanh Hóa	72
3.2.1. Phản hồi sau khóa học đào tạo liên tục YHCT	72
3.2.2. Đáp ứng với thực tế của khóa đào tạo liên tục.....	76
3.2.3. Đánh giá trình độ chuyên môn của nhân viên y tế trước và sau can thiệp .	78
3.2.4. Đánh giá hiệu quả chương trình ĐTLT YHCT sau 1 năm can thiệp	79
3.2.5. Tác động của đào tạo liên tục	83
3.2.6. Những kiến nghị đề xuất của các bên liên quan cho công tác đào tạo liên tục.....	84
Chương 4: BÀN LUẬN	88
4.1. Phân tích thực trạng đào tạo liên tục về YHCT cho nhân viên y tế bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.....	88
4.1.1. Đặc điểm của nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực YHCT tại bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.....	88
4.1.2. Thực trạng kiến thức về đào tạo liên tục tại các bệnh viện YHCT tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.....	90
4.1.3. Thực trạng tham gia các khóa đào tạo liên tục tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.....	95
4.1.4. Thực trạng nhu cầu về đào tạo liên tục tại các bệnh viện YHCT tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.....	97
4.1.5. Thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế về y học cổ truyền.....	100
4.1.6. Triển khai kế hoạch ĐTLT cho NVYT	101
4.1.7. Hoạt động can thiệp	101
4.2. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên y tế	
YHCT	104
4.2.1. Phản hồi của học viên sau khóa học	105
4.2.2. Hiệu quả của lớp đào tạo liên tục sau 1 năm can thiệp.....	108
4.2.3. Một số vấn đề trong hoạt động đào tạo liên tục.....	115

4.2.4. Những kiến nghị đề xuất của các bên liên quan cho công tác đào tạo liên tục.....	116
4.2.5. Một số hạn chế nghiên cứu	117
KẾT LUẬN	119
KHUYẾN NGHỊ.....	121
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	45
Bảng 3.2. Loại hình đào tạo liên tục của nhân viên y tế Khoa YHCT trước can thiệp.....	48
Bảng 3.3. Tổng thời gian đào tạo liên tục theo quy định trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu	48
Bảng 3.4. Nguồn thông tin cập nhật thường xuyên về YHCT	49
Bảng 3.5. Các nội dung đào tạo liên tục trong 5 năm vừa qua mà đối tượng nghiên cứu đã tham gia	50
Bảng 3.6. Thời gian đào tạo liên tục trong 5 năm vừa qua.....	50
Bảng 3.7. Lí do tham gia đào tạo liên tục YHCT	51
Bảng 3.8. Lí do cản trở việc tham gia đào tạo liên tục	52
Bảng 3.9. Nhu cầu của đối tượng nghiên cứu đối với lĩnh vực đào tạo	53
Bảng 3.10. Thời gian mong muốn tổ chức các lớp đào tạo liên tục của đối tượng..	54
Bảng 3.11. Địa điểm tổ chức các lớp đào tạo liên tục mà đối tượng mong muốn	55
Bảng 3.12. Nhu cầu về phương pháp dạy học trong đào tạo liên tục YHCT .	55
Bảng 3.13. Nhu cầu hỗ trợ của đối tượng trong khóa ĐTLT.....	56
Bảng 3.14. Yếu tố liên quan đến hiểu biết về đào tạo liên tục YHCT)	57
Bảng 3.15. Yếu tố liên quan đến tham dự lớp đào tạo liên tục YHCT.....	59
Bảng 3.16. Yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu đào tạo liên tục YHCT	60
Bảng 3.17. Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học.....	72
Bảng 3.18. Kết quả phản hồi về phương pháp giảng dạy trong khóa học	73
Bảng 3.19. Kết quả phản hồi về tác phong sư phạm của giảng viên	74
Bảng 3.20. Kết quả phản hồi về tổ chức khóa học	75
Bảng 3.21. Phản hồi chung về khóa học	76
Bảng 3.22. Phù hợp với nội dung chuyên môn.....	76
Bảng 3.23. Thời gian tập huấn so với yêu cầu của người học.....	76

Bảng 3.24. Đánh giá mức đáp ứng của nội dung bài giảng.	77
Bảng 3.25. Tỷ lệ hài lòng của NVYT về nội dung kiến thức YHCT	77
Bảng 3.26. Tỷ lệ hài lòng của NVYT về nội dung kỹ năng YHCT	78
Bảng 3.27. Kiến thức YHCT của NVYT trước và sau can thiệp	78
Bảng 3.28. Kỹ năng YHCT của nhân viên y tế trước và sau khi can thiệp	79
Bảng 3.29. Hiệu quả về kiến thức YHCT từ trung bình đến tốt của NVYT ..	80
Bảng 3.30. Hiệu quả về kiến thức YHCT tốt của nhân viên y tế	81
Bảng 3.31. Hiệu quả về kỹ năng YHCT từ trung bình đến tốt của NVYT	82
Bảng 3.32. Hiệu quả về kỹ năng YHCT tốt của NVYT	82
Bảng 3.33. Áp dụng kiến thức và kỹ năng của can thiệp trong công tác truyền truyền	83

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu	46
Biểu đồ 3.2. Thâm niên công tác tại bệnh viện của đối tượng nghiên cứu.....	47
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh viện huyện có đủ biên chế cho khoa YHCT	47
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ NVYT biết về đào tạo liên tục YHCT trước can thiệp	48
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đối tượng cập nhật kiến thức thường xuyên	49
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ tham gia đào tạo liên tục về YHCT tại bệnh viện tuyến trung ương trong 5 năm qua.....	51
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhu cầu tham gia đào tạo liên tục YHCT	52
Biểu đồ 3.8. Lí do sẽ không tham gia lớp đào tạo liên tục YHCT	53
Biểu đồ 3.9. Nhu cầu về loại hình đào tạo	54

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành Y tế Việt Nam kế thừa truyền thống lâu đời về y học cổ truyền (YHCT). Việt Nam là một quốc gia thuộc khối ASEAN được đánh giá là có tiềm năng lớn phát triển ngành y học cổ truyền¹. Ở một số nước trong khu vực châu Á như Trung Quốc, Nhật Bản, Thái Lan, Bangladesh đưa y học cổ truyền vào chương trình mục tiêu quốc gia. Trong những năm gần đây, Y học cổ truyền đã phát triển mạnh mẽ và đạt nhiều kết quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân^{2,3,4}.

Trong khi Y học hiện đại ngày càng có nhiều thành tựu mới, kỹ thuật công nghệ hiện đại, phương thức điều trị mới thì nền Y học cổ truyền cũng luôn tìm ra những bài thuốc mới, điều trị hiệu quả và áp dụng những kỹ thuật mới trong chẩn trị. Tuy nhiên, đến nay chất lượng công tác khám, chữa bệnh bằng y học cổ truyền còn nhiều hạn chế, do một số tỉnh chưa có bệnh viện y học cổ truyền; nhiều tỉnh, bệnh viện y dược cổ truyền có cơ sở hạ tầng xuống cấp, đội ngũ cán bộ chuyên ngành y dược cổ truyền còn thiếu về số lượng, yếu về chất lượng.

Để có thể phát triển được nguồn nhân lực y học cổ truyền đáp ứng với nhu cầu hiện nay trong chăm sóc sức khỏe nhân dân cả về số lượng và chất lượng. Việc đánh giá thực trạng nguồn nhân lực để có kế hoạch cũng như chương trình đào tạo nguồn nhân lực phù hợp với nhu cầu thực tế cũng là một trong những nội dung công tác của ngành. Đào tạo liên tục là một hình thức đảm bảo cập nhật trình độ, kỹ năng, đạo đức nghề nghiệp của nhân viên y tế để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao, càng đa dạng của cộng đồng nhằm đa dạng hóa các hình thức đào tạo khác nhau để phát triển nguồn nhân lực y tế cho tuyến cơ sở⁵. Năm 2016, Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa tổ chức hội nghị giao ban tuyến YHCT trong tỉnh và đưa ra yêu cầu về phương hướng nhiệm vụ đối với ngành YHCT trong tỉnh, trong đó có nội dung về triển khai kế hoạch 5 năm đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ YHCT đặc biệt là tuyến huyện⁶.

Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại chương trình đào tạo vẫn chưa được triển khai có hiệu quả, một phần vì chưa xác định được mô hình đào tạo và chương trình đào tạo phù hợp, vừa cơ bản vừa cập nhật về YHCT đối với bệnh viện huyện - tuyến cơ sở. Rất cần có thông tin đầy đủ dựa trên kết quả nghiên cứu khoa học ở phạm vi rộng đối với công tác đào tạo liên tục Y học cổ truyền. Những câu hỏi đặt ra cho chúng tôi là: hiện nay ở Thanh Hóa nhu cầu đào tạo liên tục về y học cổ truyền cho nhân viên y tế tuyến cơ sở ra sao? Việc tổ chức thực hiện công tác này có đáp ứng được nhu cầu đó hay không? Những vấn đề tồn tại là gì, nguyên nhân của vấn đề đó (như chương trình đào tạo, tổ chức đào tạo, sự chấp nhận cũng như yêu cầu của người học với mỗi khóa) và cần có những biện pháp hỗ trợ công tác đào tạo liên tục sao cho có hiệu quả hơn nhằm từng bước nâng cao chất lượng chuyên môn của nhân viên y tế về Y học cổ truyền. Với những câu hỏi đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu **“Thực trạng và hiệu quả can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên y tế khoa y học cổ truyền tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa”** với 2 mục tiêu sau:

1. *Phân tích thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Khoa Y học cổ truyền tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa năm 2018.*
2. *Đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Khoa Y học cổ truyền tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Khái niệm nguồn nhân lực y tế

1.1.1. Khái niệm

Nguồn nhân lực là nguồn lực con người của những tổ chức (với quy mô, loại hình, chức năng khác nhau) có khả năng và tiềm năng tham gia vào quá trình phát triển của tổ chức cùng với sự phát triển kinh tế xã hội của quốc gia, khu vực, thế giới. Cách hiểu này về nguồn nhân lực xuất phát từ quan niệm coi nguồn nhân lực là nguồn lực với các yếu tố vật chất, tinh thần tạo nên năng lực, sức mạnh phục vụ cho sự phát triển nói chung của các tổ chức^{7,8}.

Năm 2006, WHO đã đưa ra định nghĩa: “*Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe*”. Theo đó, nhân lực y tế bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế. Nó bao gồm nhân viên y tế (NVYT) chính thức và cán bộ không chính thức (như tình nguyện viên xã hội, những người chăm sóc sức khỏe gia đình, lang y...); kể cả những người làm việc trong ngành y tế và trong những ngành khác (như quân đội, trường học hay các doanh nghiệp)⁹.

Theo định nghĩa nhân lực y tế của WHO, ở Việt Nam các nhóm đối tượng được coi là “Nhân lực y tế” sẽ bao gồm các cán bộ, nhân viên y tế thuộc biên chế và hợp đồng đang làm trong hệ thống y tế công lập (bao gồm cả quân y), các cơ sở đào tạo và nghiên cứu khoa học y/dược và tất cả những người khác đang tham gia vào các hoạt động quản lý và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân (nhân lực y tế tư nhân, các cộng tác viên y tế, lang y và bà đỡ/mụ vườn)⁹. Có hai khái niệm thường được sử dụng khi bàn luận về nguồn nhân lực y tế:

Khái niệm “phát triển nguồn nhân lực” liên quan đến cơ chế nhằm phát triển kỹ năng, kiến thức và năng lực chuyên môn của cá nhân và về mặt tổ chức công việc¹⁰. Bên cạnh đó, cần quan tâm đến khái niệm “quản lý nguồn nhân lực”. Năm 2006 theo WPRO “quản lý nguồn nhân lực là một quá trình tạo ra môi trường tổ chức thuận lợi và đảm bảo rằng nhân lực hoàn thành tốt công việc của mình bằng việc sử dụng các chiến lược nhằm xác định và đạt được sự tối ưu về số lượng, cơ cấu và sự phân bố nguồn nhân lực với chi phí hiệu quả nhất. Mục đích chung là để có số nhân lực cần thiết, làm việc tại từng vị trí phù hợp, đúng thời điểm, thực hiện đúng công việc, và được hỗ trợ chuyên môn phù hợp với mức chi phí hợp lý”^{10,11}.

1.1.2. Thành phần hệ thống y tế

Năm 2006, theo WHO, hệ thống y tế có các thành phần cơ bản^{10,12}:

- **Nguồn nhân lực y tế**: được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất trong hệ thống. Nguồn nhân lực có mối liên hệ rất chặt chẽ và không thể thiếu đối với các thành phần khác của hệ thống y tế.

- **Phát triển nguồn nhân lực**: không chỉ thông qua đào tạo, mà còn phải sử dụng, quản lý một cách phù hợp để cung cấp hiệu quả các dịch vụ y tế đến người dân.

- **Cần có một mô hình tổ chức và chức năng của các thành phần của hệ thống cung ứng dịch vụ**: để biết được nhu cầu về quy mô và cơ cấu nhân lực y tế như thế nào. Ngược lại, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế phụ thuộc mật thiết vào mô hình tổ chức và cơ cấu nhân lực y tế.

- **Hệ thống thông tin y tế**: cũng phải cung cấp đầy đủ các thông tin cần thiết, tin cậy cho việc lập kế hoạch và sử dụng nhân lực đáp ứng nhu cầu CSSK của nhân dân, đồng thời giúp phát hiện những vấn đề của nguồn nhân

lực như phân bố không hợp lý, năng lực không phù hợp để đáp ứng nhu cầu CSSK từ phía người dân và cộng đồng, hoặc phát hiện và phân tích tần suất sai sót chuyên môn để khắc phục.

- **Cấp tài chính cho nhân lực y tế:** cũng phải đảm bảo cho công tác đào tạo mới và đào tạo liên tục NVYT, đủ để trả lương và chính sách khuyến khích ở mức đảm bảo được cuộc sống cho NVYT, tạo ra động lực khuyến khích NVYT làm việc có chất lượng và sẵn sàng làm việc ở các miền núi, vùng sâu, vùng xa, hoặc trong các môi trường, chuyên ngành độc hại, nguy hiểm.

1.2. Tình hình chung nhân lực y tế Việt Nam

❖ *Tình hình nhân lực y tế tại Việt Nam*

• *Tính sẵn có của nguồn nhân lực y tế Việt Nam*

Trong vòng 10 năm qua, số lượng học sinh, sinh viên được đào tạo tại các cơ sở đào tạo y tế đã tăng lên nhiều. Trung bình hàng năm có khoảng 6.200 sinh viên tốt nghiệp đại học thuộc các lĩnh vực y tế, 18.000 học sinh tốt nghiệp trung học y, dược và khoảng 3.000 học viên tốt nghiệp sau đại học¹³. Tổng số sinh viên đại học khối ngành y tốt nghiệp đại học năm 2010 là 7.897¹⁴. Với các loại hình nhân lực y tế cơ bản là bác sĩ, dược sĩ đại học và điều dưỡng, số lượng sinh viên tốt nghiệp hàng năm đã tăng khá nhanh. Năm 2008, có 2.365 sinh viên y khoa, 817 sinh viên dược đại học và 790 sinh viên điều dưỡng tốt nghiệp¹⁰. Năm 2010, đã có 4.069 sinh viên y khoa, 1.583 sinh viên dược đại học và 1.710 sinh viên điều dưỡng tốt nghiệp, tức là khoảng gấp đôi năm 2008¹⁴. Các con số này cho thấy nguồn cung ứng nhân lực y tế đã được cải thiện đáng kể. Số lượng sinh viên tốt nghiệp cũng tăng ở các loại hình đào tạo khác như kỹ thuật viên y học, bác sĩ y học dự phòng... nhưng số lượng tăng không nhiều.

Nếu xét số NVYT trên 1 vạn dân, tổng số NVYT tăng từ 29,9 năm 2003 lên 34,7 năm 2008. Số bác sĩ trên vạn dân tăng từ 5,9 năm 2003 lên 6,52 năm 2008. Số điều dưỡng trên vạn dân tăng từ 6,0 năm 2003 lên 7,78 năm 2008. Số dược sĩ đại học tăng từ 0,8 năm 2003 lên 1,22 năm 2008. Năm 2009 số bác sĩ/vạn dân tăng lên 6,59; số điều dưỡng/vạn dân tăng lên 8,82; số dược sĩ/vạn dân tăng lên 1,78¹⁰.

Thiếu nhân lực y tế cho một số chuyên khoa: Một số chuyên ngành y khoa hiện nay có sự thiếu hụt lớn về nhân lực so với các chuyên ngành khác như Răng hàm mặt, chuyên ngành lao và bệnh phổi, chuyên ngành da liễu, chuyên ngành nhi, chuyên ngành Giải phẫu bệnh học, chuyên ngành y pháp, chuyên ngành sốt rét - Ký sinh trùng - Vi nấm - Côn trùng y học...

- **Tình trạng phân bố nguồn nhân lực y tế tại Việt Nam.**

Có rất nhiều nguyên nhân liên quan đến phân bố nhân lực y tế (NLYT). Thu nhập thấp, điều kiện làm việc khó khăn, ít có cơ hội phát triển nghề nghiệp... là những nguyên nhân quan trọng dẫn tới sự thiếu hụt NLYT, phân bố bất hợp lý, dịch chuyển nhân lực ở một số vùng địa lý và lĩnh vực công tác. Đối với vùng nông thôn, miền núi và các lĩnh vực đặc biệt như dự phòng, lao, phong, tâm thần... mặc dù đã có những phụ cấp đặc thù, nhưng mức độ vẫn còn hạn chế và so với nhân viên y tế ở các bệnh viện thì vẫn thấp hơn rất nhiều (do các nhân viên bệnh viện có nguồn thu nhập thêm đáng kể từ nguồn thu do thực hiện tự chủ của bệnh viện và từ làm thêm)¹⁵.

Nếu xét theo tuyến, hệ thống y tế công được tổ chức rộng rãi từ tuyến cơ sở (huyện, xã, thôn/bản) đến tuyến tỉnh và trung ương. Tuy nhiên, số lượng và cơ cấu nhân lực ở mỗi tuyến, mỗi vùng, miền có khác nhau. Tuyến tỉnh chiếm tỉ lệ NVYT lớn nhất, gồm cả cán bộ khám chữa bệnh (KCB), y tế dự phòng và

hành chính. Ở tuyến tỉnh và huyện, điều dưỡng chiếm tỉ lệ lớn nhất, trong khi tuyến xã lại dựa vào y sỹ nhiều hơn. Ở trung ương, số lượng cán bộ là 38.578 chiếm 15% tổng số NVYT khu vực công, tuyến tỉnh với 97.906 cán bộ chiếm tỉ lệ 37%, tuyến huyện có 73.345 cán bộ chiếm 29% và tuyến xã là 56.205 người chiếm 21%¹⁰.

Công tác đào tạo cán bộ y tế hiện nay còn nhiều bất cập, cụ thể:

- Các trường đại học khối ngành khoa học sức khỏe đang phải đối mặt với tình trạng quá tải sinh viên và học viên. Trong 10 năm qua, số lượng sinh viên đại học tuyển mới tăng lên hàng năm, trung bình khoảng 10%, cá biệt có năm tăng 26%¹⁶, nhưng cơ sở vật chất, đội ngũ giảng viên của các trường không được phát triển tương xứng. Số lượng các cơ sở thực hành lâm sàng gần như giữ nguyên, dẫn đến sinh viên ít có cơ hội thực hành bệnh viện hơn, chất lượng đào tạo giảm sút. Đối với đào tạo bậc cao đẳng, hầu hết các trường cao đẳng y tế mới được nâng cấp từ trường trung cấp lên trong vài năm gần đây, nhưng chưa được địa phương đầu tư đủ, làm ảnh hưởng tới chất lượng đào tạo.

- Công tác cải cách giáo dục y học trong các trường y dược đã và đang được tiến hành, nhưng còn hạn chế ở một số trường, chủ yếu là ở bậc đại học, và kết quả thực hiện cũng chưa được đánh giá. Chương trình đào tạo, phương pháp dạy học chưa cập nhật với các xu hướng mới trong giáo dục y học^{14,17}, thiếu tài liệu, vật liệu giảng dạy, đội ngũ giáo viên, giảng viên thiếu và không được đào tạo thường xuyên, cơ sở vật chất thiếu thốn, kinh phí dành cho hoạt động đào tạo thấp vẫn tiếp tục là các vấn đề cần được cải thiện.

- Công tác kiểm định chất lượng giáo dục đã được triển khai trong các cơ sở đào tạo, nhưng các tiêu chí sử dụng cho kiểm định là các tiêu chí chung

cho tất cả các khối ngành, và chưa có tiêu chí đặc thù cho đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe¹⁸.

1.3. Đào tạo liên tục

1.3.1. Quan niệm về đào tạo liên tục

Bộ Y tế ban hành Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09/08/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế và Thông tư số 26/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT, trong đó nêu rõ: Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng để cập nhật kiến thức, kỹ năng, thái độ thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân^{19 20}.

1.3.2. Sự cần thiết về đào tạo liên tục

Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp và Dạy nghề và các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến trình Bộ Y tế chương trình, tài liệu đào tạo và danh sách giảng viên để được chính thức giao nhiệm vụ đào tạo liên tục của ngành.

Bộ Y tế quản lý chương trình, tài liệu dạy học của những khóa học ở tuyến trung ương và những khóa học liên quan đến nhiều cơ sở y tế (từ 2 tỉnh/thành phố trở lên); những khóa học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, lần đầu tiên được đưa vào áp dụng tại Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến đã được Bộ Y tế ủy quyền chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực, nhiệm vụ được giao và theo kế hoạch của Bộ Y tế; các Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý công tác đào

tạo liên tục trong địa phương mình và tổ chức các khóa đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý của Sở; các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp, Dự nghiệp y tế thuộc tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với Sở Y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức và triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.

Trong lĩnh vực YHCT hiện nay, việc đào tạo liên tục cho các cán bộ YHCT chủ yếu là kinh phí đóng góp của người tham gia khóa đào tạo để nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của bản thân, và kinh phí của cơ sở y tế cho cán bộ của đơn vị có nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ, chưa có kinh phí đào tạo liên tục được kết cấu từ ngân sách nhà nước trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở đào tạo do cơ quan có thẩm quyền phân bổ.

1.3.3. Trên thế giới

Một nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của đào tạo liên tục y khoa thu thập kết quả trên 248 bài báo đánh giá về đào tạo liên tục, trong đó 13% các bài báo mô tả thử nghiệm ngẫu nhiên, nhưng chỉ có 7% tất cả các bài báo và 20% các thử nghiệm ngẫu nhiên đánh giá tác động của đào tạo liên tục trên bệnh nhân. Những nghiên cứu này đưa ra bằng chứng thuyết phục rằng đào tạo liên tục có thể cải thiện hành vi của bác sĩ ²¹.

Theo nghiên cứu đánh giá hiệu quả chiến lược đào tạo liên tục y khoa trong việc thay đổi hiệu quả làm việc của bác sĩ thực hiện năm 1995 bởi David A. Davis và cộng sự cho thấy trên 99 cuộc thử nghiệm với 160 can thiệp theo tiêu chuẩn của nghiên cứu. Gần hai phần ba trong số những can thiệp (101/160) thể hiện sự cải thiện: 70% biểu hiện sự thay đổi trong hoạt động của bác sĩ và 48% các can thiệp cho thấy có sự thay đổi tích cực trong chăm sóc sức khỏe ²². Bên cạnh đó cũng có nhiều nghiên cứu chỉ ra hiệu quả tích cực của đào tạo liên tục

trong chăm sóc sức khỏe, nhưng nếu không thực hiện đúng lại làm giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân và tăng chi phí^{23,24,25,26,27,28}.

Mặc dù các bác sĩ báo cáo họ phải chi tiêu một số tiền và thời gian đáng kể cho việc đào tạo liên tục, nhưng các nghiên cứu đã chỉ ra một sự khác biệt lớn giữa hiệu quả thực tế và lý tưởng của đào tạo liên tục (CME). Năm 1999, Dave Davis thực hiện trên 14 nghiên cứu với 17 can thiệp cho kết quả: 9 thay đổi tích cực trong hành nghề, $\frac{3}{4}$ can thiệp làm thay đổi tích cực việc chăm sóc sức khỏe²⁹.

Tuy nhiên theo một nghiên cứu vào năm 2007 của Maliheh Mansouri và cộng sự cho thấy mức độ ảnh hưởng của đào tạo liên tục trên hiệu quả làm việc của bác sĩ và trên bệnh nhân là không cao, có một mối tương quan tích cực giữa mức độ hiệu quả của đào tạo liên tục và khoảng thời gian can thiệp ($r=0,33$)³⁰.

Theo WHO, các chương trình đào tạo liên tục được tổ chức tại Belgaum, Mangalore, Madurai, Manipal, Tirunelveli ở phía Nam, Dharamshala, Aligarh và Muzaffarnagar ở phía Bắc, Bhopal, Nagpur và Jaipur ở phía tây và Cuttack, Patna và Guwahati ở phía Đông, tuy nhiên các bác sĩ ở nhiều khu vực nông thôn vẫn còn đang bỏ lỡ các khóa học do họ ít hoặc không có khả năng tiếp cận với các khóa học này. Theo một nghiên cứu “Thúc đẩy tỉ lệ sử dụng thuốc” công bố vào tháng 9 năm 2002 của danh mục các thuốc thiết yếu của WHO và Vụ chính sách thuốc cho thấy CME là một yêu cầu cho việc đăng ký của các chuyên gia y tế tại nhiều nước phát triển như Hoa Kỳ, nhưng các cơ hội đào tạo liên tục lại bị giới hạn tại các nước đang phát triển vì còn thiếu các văn bản quy phạm pháp luật, các biện pháp khuyến khích. Hội đồng Y khoa của Ấn Độ thành lập một quy định rằng các thành viên phải hoàn thành 30 giờ đào tạo liên tục mỗi năm để nhận được chứng chỉ hành nghề như

bác sĩ, nhưng chỉ có 20% bác sĩ của Ấn Độ làm theo vì quy định này không mang tính ràng buộc về mặt pháp lý³¹.

Theo một vài nghiên cứu, đào tạo trực tuyến được thực hiện để bổ sung kiến thức cho các chủ đề không gây tranh cãi hoặc không phức tạp, còn các chủ đề có nhiều tranh cãi hoặc có nguy cơ áp dụng sai hoặc có nhiều lợi ích từ sự tương tác và thảo luận. Một nghiên cứu cho rằng “Đào tạo liên tục trực tiếp thích hợp cho các nội dung mới và gây nhiều tranh luận và CME trực tuyến thích hợp để lấp đầy khoảng trống về kiến thức”^{32,33}.

Bên cạnh đó những nhà lãnh đạo y tế, cần có sự thay đổi qua quá trình đào tạo liên tục là cần thiết, đặc biệt là đối với những người làm việc tại các phòng ban chức năng quản lý. Các nhà nghiên cứu đã thấy việc can thiệp vào hành chính đã tạo một không khí thay đổi trong toàn tổ chức y tế³⁴.

Vai trò lãnh đạo của các bác sĩ là cần thiết trong việc thiết kế và cung cấp các giáo trình đào tạo liên tục, đây cũng chính là một lĩnh vực của các nghiên cứu, “các bác sĩ tìm hiểu thông qua sự tương tác với các đồng nghiệp trong các buổi đào tạo theo nhóm nhỏ, chính thức hoặc không chính thức”³⁵.

1.3.4. Tại Việt Nam

a. Thực trạng và tầm quan trọng của công tác đào tạo liên tục trong ngành Y tế

Nghề Y có đặc thù quan trọng do gắn liền với tính mạng và sức khỏe của con người, việc cập nhật liên tục những kiến thức, kỹ thuật mới, hạn chế tối thiểu những sai sót chuyên môn là một nhiệm vụ bắt buộc với mọi người hành nghề. Trên thế giới đào tạo y khoa liên tục luôn gắn với lịch sử ra đời và phát triển của nghề Y. Trong bối cảnh hiện nay với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật và nhu cầu ngày càng cao về chất lượng dịch vụ y tế, việc đào tạo liên tục càng trở nên cấp thiết.

Ở nước ta, đào tạo liên tục nhân lực y tế đã được triển khai thông qua các hình thức ban đầu như tập huấn chuyên môn, chỉ đạo tuyến, hội thảo, hội nghị, giao ban chuyên môn bệnh viện,... Nghị quyết số 46/NQ-TW của Bộ Chính trị đã chỉ rõ “nghề Y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt”, đây là quan điểm chỉ đạo xuyên suốt nêu bật tính đặc thù trong đào tạo, sử dụng nhân lực y tế³⁶.

Các luật cán bộ, công chức; viên chức; giáo dục; giáo dục đại học đều đề cập đến chất lượng nhân lực y tế nói riêng. Luật khám bệnh, chữa bệnh đã quy định nghĩa vụ học tập cho bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên hành nghề khám chữa bệnh và chỉ rõ những người không tham gia cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong 2 năm sẽ bị thu hồi chứng chỉ hành nghề.

Trong vòng 10 năm qua, chính phủ đã ban hành nhiều chính sách liên quan đến đào tạo, sử dụng, đãi ngộ cán bộ y tế: Quyết định số 243/2005/QĐ-TTg “Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết 46/NQ-TW”; Nghị định số 18/2010/NĐ-CP về đào tạo bồi dưỡng công chức đã quy định nghĩa vụ học tập của mọi công chức; Nghị định 29/2012/NĐ-CP về tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức có hướng dẫn thực hiện bắt buộc cập nhật kiến thức, kỹ năng nghề nghiệp chuyên ngành...

Theo báo cáo đánh giá năng lực của các cơ sở đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam, chương trình đào tạo mới và đào tạo liên tục vẫn chưa được chú trọng. Phần lớn các ý kiến cho rằng chương trình đào tạo cần dành nhiều thời gian hơn cho kỹ năng, tập trung hơn nữa để tăng cường kỹ năng lâm sàng cho sinh viên, kỹ năng y tế công cộng cũng như kỹ năng mềm. Thời gian dành cho học lâm sàng chỉ chiếm bằng 1/3 tổng số chương trình giảng dạy. Phương pháp dạy học phổ biến tại các trường vẫn là học lý thuyết trên giảng đường³⁷.

b. Một số định hướng đào tạo liên tục ở Việt Nam

Trước đây việc đào tạo liên tục giao cho các trường y đảm nhận, hiện nay do quá tải về số lượng tuyển sinh mới nên việc đào tạo liên tục ở các trường y còn hạn chế. Mọi cán bộ y tế cần được đào tạo liên tục thường xuyên để nâng cao trình độ chuyên môn nên số lượng người tham gia học tập là rất lớn, với số lượng trên 500.000 cán bộ y tế đang làm việc trong hệ thống y tế thì các trường y không có khả năng đảm nhận, mặt khác thực tế cho thấy cán bộ y tế được đào tạo tại chỗ sát với nhu cầu công việc hàng ngày có kết quả hơn là cứ đưa họ về các trường để học tập, do vậy Bộ Y tế chủ trương giao cho các Sở Y tế, các đơn vị y tế trung ương cùng với các trường phải tham gia công tác tổ chức đào tạo liên tục. Cơ sở đào tạo liên tục hiện nay bao gồm:

- Các trường y tế tổ chức các khóa đào tạo liên tục theo các chương trình chính quy mà trường đang triển khai để đào tạo cập nhật, đào tạo kỹ thuật, công nghệ mới và gắn mã số đào tạo liên tục để quản lý mã A.

- Các bệnh viện, viện nghiên cứu, các cơ sở y tế được Bộ Y tế giao nhiệm vụ chỉ đạo tuyển và các trung tâm có đào tạo nhân lực y tế phải tổ chức đào tạo theo hệ thống, theo nhiệm vụ gắn mã số đào tạo liên tục là mã B.

- Các Sở Y tế và đơn vị trực thuộc phải tổ chức đào tạo cho đội ngũ cán bộ y tế mà Sở đang quản lý và hành nghề trên địa bàn và gắn mã số đào tạo liên tục là mã C.

Hiện nay, số lượng các cơ sở đào tạo liên tục được công nhận tiếp tục tăng. Bộ Y tế cấp phép cho các đơn vị tham gia đào tạo liên tục như các bệnh viện, Sở Y tế, trung tâm y tế, các trường. Hai trung tâm đào tạo cán bộ quản lý y tế nằm trong Đại học Y tế công cộng và Viện y tế công cộng thành phố

Hồ Chí Minh được thành lập và sẽ đảm nhận nhiệm vụ đào tạo về quản lý cho cán bộ y tế toàn ngành³⁸.

Tuy nhiên cũng gặp một số khó khăn và hạn chế, số lượng các khóa đào tạo liên tục giảm do các dự án với nguồn tài trợ quốc tế đóng vai trò chủ đạo trong việc tổ chức các khóa đào tạo liên tục bị giảm đi. Chất lượng nhiều khóa đào tạo liên tục chưa bảo đảm. Nhiều khóa học cấp chứng chỉ được các cơ sở y tế cử người đi học đánh giá là kém hiệu quả. Nhiều cán bộ y tế ở các tuyến cơ sở không được đào tạo liên tục do thiếu kinh phí, các khóa học tổ chức quá xa, thiếu khóa học đúng nhu cầu. Một số nơi do thiếu nhân lực y tế nên không thể cử cán bộ y tế đi học nâng cao trình độ, nhất là với các khóa đào tạo kéo dài³⁹.

Đào tạo liên tục cán bộ y tế đang là một trong những hoạt động được Bộ Y tế đặc biệt quan tâm và được xác định là quyền lợi, nghĩa vụ, trách nhiệm của cán bộ y tế, mặc dù hệ thống đào tạo liên tục cán bộ y tế đã được hình thành từ trung ương đến địa phương, các văn bản pháp quy và tài liệu hướng dẫn triển khai đang dần được hoàn thiện, tuy nhiên chất lượng chứng chỉ của các khóa học này luôn cần được kiểm định và nâng cao⁵.

Theo kết quả nghiên cứu năm 2013 của Trịnh Yên Bình về nhu cầu đào tạo cho cán bộ y được cổ truyền, cho thấy thực trạng đào tạo liên tục: số lượng cán bộ y tế được đào tạo bổ sung kiến thức chiếm tỉ lệ thấp, cán bộ y tế có thâm niên công tác trong ngành y càng cao thì tỉ lệ được đào tạo liên tục càng lớn. Những cán bộ y tế có thâm niên trên 10 năm thì tỉ lệ được đi đào tạo bổ sung kiến thức là 47,4%. Phần lớn cán bộ y tế thường được 1 khóa đào tạo bổ sung kiến thức, có một số lượng nhỏ NVYT được 2 khóa đào tạo bổ sung kiến thức. Thời lượng của một khóa học đa số từ 4 tuần trở lên, đây có thể là

khóa học cao học hoặc chuyên khoa. Nhu cầu đào tạo lại trong thời gian tới của cán bộ y dược học cổ truyền là rất lớn, 64,2% NVYT chưa được đào tạo bổ sung chuyên môn, nâng cao kỹ năng, nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là bác sĩ chủ yếu là: kiến thức về thuốc YHCT, nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh và nâng cao kiến thức về chẩn đoán. Kiến thức cần bổ sung cho cán bộ dược sĩ là: nâng cao kiến thức về phân biệt một số thuốc YHCT để nhầm lẫn và kiến thức về chế biến một số loại thuốc YHCT⁴⁰.

Năm 2015, Bộ Y tế ban hành chương trình và tài liệu đào tạo liên tục về "An toàn người bệnh" (ATNB). Tài liệu này sẽ được sử dụng để đào tạo liên tục cho cán bộ y tế từ giám đốc bệnh viện cho đến tất cả các nhân viên trong các cơ sở khám, chữa bệnh. Theo tài liệu đào tạo liên tục về ATNB dựa trên các khuyến cáo và hướng dẫn cập nhật của Tổ chức y tế thế giới và triển khai thực hiện Điều 7 của Thông tư số 19/2013/TT-BYT về triển khai các biện pháp bảo đảm ATNB và nhân viên y tế. Tài liệu đào tạo cung cấp các kiến thức về tần suất các sai sót chuyên môn, sự cố y khoa, các nguyên nhân và các giải pháp để hạn chế các sai sót chuyên môn và sự cố y khoa tới mức thấp nhất có thể trong các cơ sở KCB. Tài liệu gồm 6 chủ đề được thiết kế theo trình tự hệ thống từ việc nhận dạng sai sót, sự cố y khoa đến việc tìm hiểu nguyên nhân, đưa ra các giải pháp can thiệp và áp dụng quy trình cải tiến chất lượng liên tục vào việc đảm bảo ATNB. Đó là: Tổng quan về ATNB; Phòng ngừa sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải thiện thông tin trong nhóm chăm sóc; Phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc; Phòng ngừa sự cố y khoa trong phẫu thuật; Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện; Phòng ngừa sự cố y khoa trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị vật tư y tế⁴¹.

c. Hiệu quả của chương trình đào tạo liên tục YHCT

Năm 2005, Đỗ Thị Phương tiến hành đánh giá nghiên cứu can thiệp về đào tạo YHCT nội dung “Đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo YHCT hướng cộng đồng cho y tế thôn bản tại huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên”, nội dung nghiên cứu về đào tạo kiến thức YHCT cho y tế thôn, bản. Chương trình đã đạt hiệu quả tốt trong cải thiện kiến thức, kỹ năng YHCT của y tế thôn bản cũng như việc áp dụng YHCT vào trong chăm sóc sức khỏe của cộng đồng⁴².

Nghiên cứu của Trịnh Yên Bình (2013) về thực trạng nhân lực, nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp cho thấy, kết quả sau đào tạo liên tục chỉ ra rằng, trình độ chuyên môn về nhận biết đúng và kiểm soát chất lượng các vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn tăng lên 61,70%, trước can thiệp tỉ lệ này chỉ có 8,30%; kỹ năng chế biến đúng các vị thuốc theo quy định của dược điển Việt Nam về thuốc YHCT tăng lên 53,30%, tỉ lệ này trước can thiệp chỉ chiếm 5,06%⁴⁰.

Phạm Việt Hoàng (2012), tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh”. Kết quả nghiên cứu đánh giá bước đầu cho thấy, kiến thức về YHCT (chỉ định bài thuốc, vị thuốc trong bài cổ phương, thuốc Nam và phác đồ huyết) của các thầy thuốc Bệnh viện YHCT tỉnh được cải thiện rõ rệt, hiệu quả sau can thiệp: kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương đạt 19,95%; kiến thức vị thuốc trong bài thuốc cổ phương đạt 316,17%; kiến thức về thuốc Nam đạt 226,87%; kiến thức về bài nghiệm phương đạt 5,50%; kiến thức về huyết vị đạt 62,40%. Tỉ lệ bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện YHCT tỉnh cả nội trú và ngoại trú đều tăng với hiệu quả can thiệp: điều trị nội trú đạt 46%; điều trị ngoại trú đạt 96,5%^{43,44}.

Hoàng Thị Hoa Lý (2015), nghiên cứu “Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 03 tỉnh miền Trung”, kết quả sau can thiệp, tỉ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã tăng từ 20% lên 33,70%. Kiến thức về cây thuốc, các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc và kiến thức về chế phẩm thuốc của nhóm thầy thuốc trạm y tế xã được can thiệp được cải thiện với hiệu quả can thiệp là: 441,50%; 850% và 700%⁴⁵.

Nghiên cứu của Đỗ Hoàng Đức về hoàn thiện công tác đào tạo bồi dưỡng công chức viên chức Bệnh viện Mắt Trung ương trong 02 năm 2014-2015. Kết quả Bệnh viện đã tổ chức đào tạo được 8 lớp với 981 lượt học viên là bác sĩ. 52% học viên cho rằng phương pháp giảng dạy khá phù hợp với nội dung chương trình; 15,4% bác sĩ cho rằng giảng viên có mức độ truyền đạt kiến thức tốt; chỉ có 36% bác sĩ cho rằng nội dung của chương trình đào tạo phù hợp với yêu cầu công việc⁴⁶.

Một nghiên cứu năm 2015 của Đào Xuân Lân về đánh giá hoạt động đào tạo liên tục tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy, tỉ lệ học viên đánh giá tất cả các hoạt động đào tạo thêm ở mức tốt là 79,5%. Học viên đánh giá tốt nội dung quản lý nhân sự (97,5%), cơ sở vật chất, tài liệu (90,1%) và tổ chức đào tạo (90,1%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Tỉ lệ sinh viên đánh giá nội dung được cấp đủ kinh phí đào tạo ở mức phù hợp (65,7%) là thấp nhất⁴⁷.

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng năm 2019 về đánh giá hiệu quả của đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh Hòa Bình cho thấy, hiệu quả của đào tạo liên tục ngắn hạn khi kiến thức chung của cán bộ y tế về quản lý Tăng huyết áp sau can thiệp (72,8%) tăng hơn trước can thiệp (25,9%). Tỉ lệ gia tăng liên quan đến cách đo huyết áp ghi nhận mức tăng cao nhất (từ 25,5% lên 87,7%). Trong khi đó, hiệu quả liên quan đến xử trí Đái tháo đường cũng có sự gia tăng đáng kể. Kiến thức chung về quản lý bệnh đái tháo đường của cán bộ y tế xã sau can thiệp (67,5%) cao

hơn trước can thiệp (10%). Gia tăng nhiều nhất là kiến thức về các yếu tố nguy cơ đái tháo đường (từ 3,3% lên 87,3%), tiếp theo là điều trị đái tháo đường (từ 1,7% lên 75,4%), biến chứng và xử trí bệnh đái tháo đường (5% đến 70,2%), kết quả đường huyết và quản lý (18,3% đến 75,4%), định nghĩa bệnh tiểu đường (11,7% đến 54,6%), chế độ ăn uống và sinh hoạt của người mắc bệnh tiểu đường (từ 38,3% đến 82,3%), chẩn đoán bệnh tiểu đường (từ 58,3% đến 85,6%) và phân loại bệnh tiểu đường (từ 83,3 đến 94,5%)⁴⁸.

Các nghiên cứu trên đã đánh giá được nhiều mặt của các hoạt động đào tạo liên tục trong nước đối với nhiều lĩnh vực khác y học khác nhau. Tuy nhiên, theo hiểu biết của tôi, hiện nay tại tỉnh Thanh Hóa cũng như một số tỉnh lân cận, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của đào tạo liên tục YHCT nói chung và cán bộ YHCT tuyến huyện nói riêng.

1.4. Chăm sóc sức khỏe bằng y học cổ truyền trên thế giới

1.4.1. Chăm sóc sức khỏe ở một số nước có nền YHCT phát triển

Theo định nghĩa của WHO (2000): YHCT là toàn bộ kiến thức, kỹ năng dựa trên lý luận, lòng tin và kinh nghiệm vốn có của những nền văn hóa khác nhau, dù đã được giải thích hay chưa, nhưng được sử dụng để duy trì sức khỏe, cũng như để phòng bệnh, chẩn đoán, cải thiện hoặc điều trị tình trạng đau ốm về thể xác hoặc tinh thần⁴⁹.

Thực trạng các quy định về pháp lý đề cập đến YHCT ở mỗi quốc gia là khác nhau⁵⁰. Một số nước, YHCT được quản lý tốt, trái lại ở một số nước nó chỉ được đề cập đến như những thực phẩm chức năng và những phương pháp chữa bệnh truyền miệng mà không được cho phép⁵¹. Tuy nhiên, ở các nước đang phát triển tỉ lệ người dân sử dụng YHCT là rất cao với nhiều kinh nghiệm dân gian quý báu⁵².

- ***Chăm sóc sức khỏe ở các nước có YHCT phát triển***

Một trong các quốc gia tiêu biểu sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe phải kể tới Trung Quốc, quốc gia có một nền YHCT lâu đời và có ảnh hưởng sâu sắc tới nền YHCT của nhiều quốc gia khác nhau: Hàn Quốc, Cộng hòa dân chủ nhân dân Triều Tiên, Nhật Bản, Việt Nam⁵³... Đây là một quốc gia có nền YHCT phát triển lâu đời vào bậc nhất thế giới. Năm 1995 Trung Quốc đã có 2.522 bệnh viện YHCT với 353.373 nhân viên y tế và 236.060 giường bệnh, những bệnh viện này đã điều trị 200 triệu bệnh nhân ngoại trú và 3 triệu bệnh nhân nội trú 1 năm, đồng thời 95% các bệnh viện ở Trung Quốc có khoa YHCT^{53,54}.

Hội nghị phát triển YHCT Trung Quốc năm 2005 đã thống kê: YHCT Trung Quốc đã được hơn 120 quốc gia và khu vực trên thế giới chấp nhận. Ở Anh, hơn 3000 bệnh viện thực hành về YHCT Trung Quốc đã được mở. Có khoảng 2,5 triệu người Anh đã chi tổng số 90 triệu bảng Anh hàng năm để được điều trị bằng YHCT Trung Quốc. Ở Pháp có 2.600 bệnh viện thực hành về YHCT Trung Quốc có tới 7000 đến 9000 cán bộ chăm cứu. Cho đến nay trên 50 hợp đồng y học được ký giữa Trung Quốc với các nước khác trong đó có sự hợp tác về YHCT⁵⁵.

Nhật Bản: Với lịch sử nền YHCT trên 1400 năm, là một trong những nước được xem là có tỉ lệ người khám chữa bệnh bằng YHCT cao nhất thế giới hiện nay. Thầy thuốc YHCT Nhật Bản là sự kết hợp giữa YHCT Trung Quốc và thuốc dân gian Nhật Bản gọi chung là Kampo. Tính từ năm 1974 đến 1989, sử dụng các loại thuốc YHCT ở Nhật Bản đã tăng 15 lần trong khi các loại tân dược chỉ tăng 2,6 lần. Ít nhất 65% bác sĩ ở Nhật khẳng định rằng họ đã sử dụng phối hợp đồng thời thuốc YHCT và thuốc y học hiện đại (YHHĐ)

⁵⁶. Một bài thuốc Kampoo dự định áp dụng cho bệnh nhân phải qua 2 giai đoạn: giai đoạn 1 tất cả bệnh nhân được cho sử dụng và những người có đáp ứng với thuốc được lựa chọn, giai đoạn 2 một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng chỉ bao gồm những người bệnh nhân có đáp ứng với thuốc được tiến hành trên và đánh giá tác dụng của thuốc ^{57,58}. Kampoo không nằm trong hệ thống nhà nước nhưng được khuyến khích phát triển và Nhật Bản là nước có tỉ lệ người dân sử dụng YHCT cao nhất thế giới ⁵⁹.

Hàn Quốc: ở quốc gia này hầu hết các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân đều hoạt động vì lợi nhuận. Do việc mở rộng các cơ sở y tế tư nhân dẫn đến sự thiếu hiệu quả của hệ thống y tế công lập, sử dụng quá mức dịch vụ cần thiết, tập trung các bác sĩ ở các thành phố lớn và dẫn đến sự mất cân bằng giữa chi phí y tế cao và lợi ích chi phí thấp. Tại Hàn Quốc, YHCT rất phát triển và có vị thế ngang bằng YHHĐ. Tuy nhiên những năm gần đây YHCT có khuynh hướng bị thu hẹp lại do chế độ chi trả cho YHHĐ có xu hướng rộng rãi và ưu đãi hơn ⁶⁰.

Khu vực Đông Nam á: Chiến lược toàn cầu của Tổ chức Y tế thế giới chú ý vai trò quan trọng của TM/CAM (traditional medicine/complementary and alternative medicine) trong việc bảo vệ, cải tiến và dự phòng y tế tốt nhất, phổ biến nhất. WHO khuyến khích tất cả những thành viên Asean ủng hộ TM/CAM và tiếp tục lượng giá, công thức của chính sách quốc gia với cấu trúc phù hợp, tiến tới thực hành và sử dụng TM/CAM phù hợp nhất và hợp với hệ thống chăm sóc sức khỏe đặc biệt có lợi cho sức khỏe, thuận lợi kinh tế xã hội và thương mại ^{61,62,63,64,65}. Các nước Indonesia, Malaysia, đặc biệt là Thái Lan... cũng là những nước có truyền thống sử dụng YHCT để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe ⁵⁹. Từ năm 1950 đến 1980 YHCT Thái Lan

gần như bị tê liệt hoàn toàn do quá coi trọng YHHD. Điều này có ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) ở Thái Lan. Từ năm 1980, chính phủ và ngành y tế Thái Lan đã khẩn trương thiết lập chính sách phát triển thuốc thảo mộc trên phạm vi cả nước, tiến hành các cuộc điều tra về cây thuốc, các nghiên cứu dược học, dần từng bước đưa thuốc YHCT vào hệ thống y tế quốc gia phục vụ công tác CSSK nhân dân ⁵². Brunei, Darussalam bắt đầu thành lập TM/CAM – Vụ YHCT – Bộ Y tế vào ngày 26/05/2008 tập trung mũi nhọn lồng ghép TM/CAM trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe ^{61,66}. Từ 23/12/2002 đến 4/2/2005 đã có 8 chuyên gia về YHCT của Bệnh viện YHCT Trung ương - Việt Nam đến trung tâm nghiên cứu YHCT – Bộ Y tế Lào để nghiên cứu lâm sàng về y học cổ truyền, trong thời gian này các chuyên gia chữa khỏi bệnh cho hơn 5000 bệnh nhân bằng YHCT. Bộ Y tế Lào đã có kế hoạch hợp tác với Bộ Y tế Việt Nam đào tạo sau đại học và các khóa đào tạo ngắn về phương pháp chữa bệnh bằng YHCT ⁵⁷.

Hiện nay, hầu như chưa có đề tài nghiên cứu nào trên thế giới đưa ra được nghiên cứu cụ thể về nguồn nhân lực để phát triển YHCT cũng như nhu cầu đào tạo liên tục cho các cán bộ làm về công tác YHCT, tuy nhiên trong Chiến lược y học cổ truyền khu vực Tây Thái Bình Dương (2011 – 2020) đã tính đến các thách thức và xu hướng của khu vực cũng như bối cảnh chiến lược toàn cầu. Bản chiến lược đã ghi nhận phương hướng của mỗi quốc gia và vùng lãnh thổ sẽ tùy thuộc vào nhu cầu, năng lực, ưu tiên, chính sách y tế hiện hành, các quy định, chiến lược, nguồn lực, văn hóa và lịch sử của quốc gia đó. Mục tiêu của chiến lược bao gồm ⁶⁷:

- Đưa y học cổ truyền vào hệ thống y tế quốc gia.
- Thúc đẩy sử dụng y học cổ truyền an toàn và hiệu quả.

- Tăng cường cơ hội sử dụng y học cổ truyền an toàn và hiệu quả.
- Thúc đẩy bảo vệ sử dụng bền vững nguồn lực y học cổ truyền.
- Tăng cường hợp tác trong việc xây dựng, chia sẻ kiến thức, kỹ năng y học cổ truyền.

1.4.2. Y học cổ truyền tại một số nước khác

Theo kết quả của một số nghiên cứu ở Australia, 48,5% dân số sử dụng ít nhất một loại hình chữa bệnh theo phương pháp YHCT, các bác sĩ thực hành đã khuyến cáo người dân sử dụng thảo dược - một trong mười liệu pháp điều trị thay thế (châm cứu, thôi miên, ngồi thiền, tác động cột sống, thể dục nhịp điệu, Yoga, vi lượng đồng căn, thảo dược, xoa bóp, ngủ hoa) ⁶⁸. Chính phủ đã có những chính sách phổ cập biện pháp thay thế này đến toàn cộng đồng ^{69,70}.

Tổ chức Y tế Thế giới đã tích cực và nỗ lực hỗ trợ cho các hoạt động phát triển nguồn lực YHCT ở các nước thông qua các khoá đào tạo cho lương y ở Lào, Mông Cổ, Philippin và các quốc đảo Tây Thái Bình Dương. Mục tiêu là sử dụng những lương y đã được đào tạo để giáo dục sức khoẻ hoặc cung cấp dịch vụ CSSKBD bằng YHCT ^{54,60}. Nâng cao năng lực nghiên cứu về YHCT cho các nước thông qua tổ chức các hội thảo khu vực, các khoá đào tạo và những học bổng đào tạo chuyên gia ⁶⁰.

1.5. Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam

1.5.1. Khái quát lịch sử YHCT Việt Nam

YHCT Việt Nam ra đời từ rất sớm, gắn liền với lịch sử phát triển của truyền thống văn hoá dân tộc. Trải qua hàng nghìn năm lịch sử, YHCT Việt Nam đã đúc rút được nhiều kinh nghiệm phòng và chữa bệnh có hiệu quả. Nền YHCT Việt Nam còn được phát triển trong sự giao lưu với Trung Quốc và các nước trong khu vực. Bằng sự xuất hiện nhiều danh y lớn như Tuệ Tĩnh,

Hải Thượng Lãn Ông, Chu Doãn Văn, Hoàng Đôn Hòa, Nguyễn Đạo An... YHCT Việt Nam không chỉ là một nền y học kinh nghiệm đơn thuần mà còn phát triển về mặt lý luận. Các tác phẩm YHCT Việt Nam có giá trị to lớn trong nền y học và văn hóa dân tộc ⁷¹.

1.5.2. Tổ chức y học cổ truyền Việt Nam hiện nay

- Năm 1946, Hội Đông y được thành lập để phát triển y học cổ truyền phục vụ chế độ mới ².

- Nam bộ kháng chiến: Ban nghiên cứu Đông y Nam bộ được thành lập phục vụ nhân dân và bộ đội. Ngoài việc xây dựng mạng lưới YHCT, Ban nghiên cứu Đông y đã xây dựng và biên soạn "Toa căn bản" trị bệnh thông thường. Tập "Tủ thuốc nhân dân" được soạn để phổ biến và sử dụng thuốc YHCT.

- Ngày 27/02/1955 Bác Hồ đã gửi thư cho ngành y tế. Trong thư Bác viết: “Y học phải dựa trên nguyên tắc: dân tộc, khoa học, đại chúng. Ông cha ta đã có nhiều kinh nghiệm quý báu chữa bệnh bằng thuốc ta, thuốc bắc. Để mở rộng phạm vi y học, các cô, các chú cũng nên chú trọng nghiên cứu phối hợp thuốc Đông và thuốc Tây” ^{72,73}.

- Năm 1957 Vụ Đông y và Viện Đông y được thành lập với mục đích là đoàn kết giới lương y, những người hành nghề YHCT và YHHĐ, đồng thời phát huy hoạt động của các cơ sở nghiên cứu và điều trị bằng thuốc YHCT ^{74,73}.

- Đến năm 1978: 33/34 tỉnh thành có bệnh viện YHCT. Phong trào trồng và sử dụng thuốc nam chữa bệnh phát triển mạnh mẽ hơn bao giờ hết ³.

- Đến năm 2010 sau khi có chính sách quốc gia về YHCT ban hành năm 2013 đến nay có 56/63 tỉnh thành phố có bệnh viện YHCT ⁷⁵.

1.5.3. Mạng lưới bệnh viện y học cổ truyền tỉnh, thành phố

- Tổng số bệnh viện y học cổ truyền: 59 bệnh viện
- Tuyến Trung ương: 3 bệnh viện
- Tuyến tỉnh: 53 bệnh viện
- Bệnh viện YHCT ngành: 2 bệnh viện (Bệnh viện YHCT Bộ Công an; bệnh viện YHCT Quân đội).
- Bệnh viện y học cổ truyền trong học viện: 1 bệnh viện (bệnh viện Tuệ Tĩnh thuộc Học viện YDHCT Việt Nam)
- Xếp loại bệnh viện:
 - + Xếp hạng I: 4
 - + Xếp hạng II: 15
 - + Xếp hạng III: 40
- Trong đó, 12 tỉnh chưa có bệnh viện YHCT tỉnh, thành phố bao gồm: An Giang, Bà Rịa - Vũng Tàu, Bạc Liêu, Bắc Cạn, Quảng Trị, Quảng Ngãi, Kon Tum, Khánh Hòa, Sóc Trăng, Hậu Giang, Bạc Liêu, Cà Mau ^{76,77}.

• Bệnh viện tuyến Trung ương ^{57, 78,79,80,81}.

Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, bệnh viện Châm cứu Trung ương, Viện Y dược dân tộc học Thành phố Hồ Chí Minh là bệnh viện đầu ngành về y học cổ truyền, là tuyến cuối cùng trong bậc thang chuyên môn điều trị, tiếp nhận người bệnh từ tuyến dưới chuyển lên ⁸², với chức năng nhiệm vụ:

- Kế thừa, nghiên cứu ứng dụng những bài thuốc, những phương pháp chữa bệnh bằng YHCT.
- Nghiên cứu, đánh giá các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ và triển khai các phương pháp này cho các cơ sở khám chữa bệnh bằng YHCT trong cả nước.

- Nghiên cứu, ứng dụng các phương pháp chữa bệnh của các nước có nền YHCT phát triển ứng dụng vào Việt Nam.

- Nghiên cứu và xây dựng công tác hiện đại hóa YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ. Tổ chức đào tạo và hợp tác quốc tế về YHCT.

- Tổ chức chỉ đạo và chuyển giao các kỹ thuật về YHCT cho tuyến dưới.

- **Bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh⁸⁰:**

Bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh với chức năng là tuyến điều trị cao nhất về chuyên ngành y học cổ truyền tại tỉnh, tiếp nhận người bệnh từ tuyến huyện chuyển đến do vượt khả năng chuyên môn của các bệnh viện tuyến huyện và thực hiện nhiệm vụ:

- Đáp ứng hầu hết các kỹ thuật chuyên môn thuộc chuyên ngành, thực hiện các kỹ thuật chuyên môn chuyên sâu.

- Kết hợp y học cổ truyền với y dược hiện đại.

- Bệnh viện YHCT là đơn vị chuyên môn cao nhất; là cơ sở thực hành phục vụ công tác đào tạo của các trường y, dược.

- Nhiệm vụ chỉ đạo tuyến dưới về chuyên ngành y học cổ truyền trong tỉnh.

- Nghiên cứu kế thừa, phát huy phát triển, bảo tồn những kinh nghiệm chữa bệnh bằng y học cổ truyền cũng như phát triển các phương pháp chữa bệnh kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại.

- **Khoa y học cổ truyền tuyến huyện:**

Khoa y học cổ truyền tuyến huyện với chức năng là tuyến điều trị cơ sở về chuyên ngành y học cổ truyền tại huyện, tiếp nhận người bệnh từ tuyến xã chuyển đến do vượt khả năng chuyên môn của tuyến xã và thực hiện nhiệm vụ:

- Đáp ứng các kỹ thuật cơ bản thuộc chuyên ngành YHCT, thực hiện các kỹ thuật chuyên môn YHCT cơ bản.

- Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại.

1.6. Phân bố nguồn lực cán bộ y tế và đào tạo của các Bệnh viện Y học cổ truyền

1.6.1. Nguồn nhân lực y học cổ truyền Việt Nam

Trước yêu cầu phát triển mới của đất nước và hòa nhập với cộng đồng thế giới đòi hỏi YHCT phải không ngừng được đổi mới về tổ chức, nâng cao năng lực trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ sở vật chất kỹ thuật hiện đại và một nguồn nhân lực đủ về số lượng và mạnh mẽ về chất lượng đáp ứng được yêu cầu phát triển ngày càng cao của phòng bệnh, chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và sản xuất thuốc Đông Dược phù hợp với sự phát triển của thế giới và của thời đại.

Dưới sự quan tâm chỉ đạo của Đảng, Nhà nước, Quốc hội, Chính phủ và sự phối hợp của các bộ, ban, ngành và ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, ngành y tế đã đẩy mạnh phát triển y học cổ truyền. Thực hiện chiến lược, các chương trình, đề án, chính sách chung của ngành y tế và 7 nhiệm vụ chủ yếu trong Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền đến năm 2020, giai đoạn 2011-2015, đồng thời thực hiện chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân và nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế nhiệm kỳ 2011-2016. Ngành y tế đã nỗ lực phấn đấu để thực hiện có hiệu quả tốt công tác phát triển y, dược theo chỉ đạo của Đảng và Nhà nước nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Trong những năm qua, các đơn vị đã không ngừng bổ sung nhân lực và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ y tế các cấp. Tuy nhiên, số lượng nhân viên y, dược cổ truyền được bổ sung vào biên chế còn rất ít. Đến nay, tỷ trọng nhân lực y dược cổ truyền trong tổng số nhân lực và trình độ chung các cấp: (i) Trung ương chiếm 5,9%; (ii) Địa phương 4,9%, trong đó: tuyển tỉnh 3,1%, tuyển huyện 5,5% và tuyển xã 9,7%.

Trong tổng số cán bộ công tác trong lĩnh vực y, dược cổ truyền thì trình độ nhân lực ở tuyến không đồng đều, nhân lực trình độ chuyên môn cao (chuyên khoa II, chuyên khoa I, bác sĩ nội trú) tập trung ở tuyến trung ương, thành phố lớn.

(i) tuyến trung ương: trình độ nhân lực có trình độ sau đại học chiếm 60,24% trong tổng số nhân lực bậc đại học; trong đó nhân lực về hệ lâm sàng (bác sĩ nội trú, chuyên khoa I, chuyên khoa II) chiếm 25,9%, nhân lực nghiên cứu khoa học (thạc sĩ, tiến sĩ) chiếm 34,30%, cán bộ có học hàm chiếm 1,2%;

(ii) tuyến tỉnh: trình độ sau đại học chiếm 47,75% trong tổng số cán bộ có trình độ đại học, trong đó trình độ nhân lực sau đại học về hệ lâm sàng (chuyên khoa I, chuyên khoa II) chiếm 94,29%, hệ nghiên cứu chiếm 5,71%;

(iii) tuyến huyện: trình độ sau đại học chiếm 15,0% trong tổng số cán bộ có trình độ đại học, trong đó trình độ nhân lực sau đại học hệ lâm sàng chiếm 98,46%⁸³.

1.6.2. Đào tạo nguồn nhân lực Y học cổ truyền

Về đào tạo nguồn nhân lực YHCT chủ yếu do Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và 2 Khoa YHCT của Trường đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đảm nhiệm. Một số tỉnh bộ môn Y học cổ truyền của trường chưa phát huy được vai trò trong đào tạo lượng y sĩ chuyên khoa YHCT. Một số cơ sở đào tạo sau đại học như Trường Đại học Y Hà Nội, Học viện Quân y 103, Viện Y học cổ truyền Quân Đội và hai Bệnh viện Trung ương: Bệnh viện YHCT TW và Bệnh viện Châm Cứu TW đào tạo với số lượng rất ít so với nhu cầu. Học viện YHCT Việt Nam mới thành lập nên loại hình đào tạo chưa đa dạng và số cán bộ được đào tạo sau đại học chưa đáng kể.

Kết hợp Bệnh viện – Trường là xu thế tất yếu trong đào tạo cán bộ ngành y tế nhằm thực hiện phương châm: “Học đi đôi với hành” và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh kết hợp với nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực y tế. Vai trò Bệnh viện trong đào tạo nhân lực y tế là rất lớn: Bệnh viện là nơi diễn ra hoạt động khám bệnh 24h/ngày; là nơi tốt nhất cho việc thực hành và thực tập lâm sàng cho mọi đối tượng. Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và một số bệnh viện tỉnh, thành phố phối hợp chặt chẽ với các trường Đại học Y, Dược để tổ chức đào tạo thực tập lâm sàng cho các đối tượng sau đại học như:

- YHCT cơ bản;
- Bác sĩ nội trú;
- Bác sĩ chuyên khoa I;
- Bác sĩ chuyên khoa II
- Thạc sĩ YHCT
- Tiến sĩ YHCT

1.6.3. Hệ thống đào tạo cán bộ y học cổ truyền hiện nay

Trong những năm qua, hệ thống đào tạo phát triển nguồn nhân lực y, dược cổ truyền được thành lập và phát triển, đội ngũ giảng viên được đào tạo, bồi dưỡng để đáp ứng nhu cầu đào tạo hiện nay, đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị giảng dạy và học trong trường và các cơ sở thực hành cho học sinh, sinh viên, học viên tham dự học tập tại các cơ sở đào tạo y, dược cổ truyền. Hầu hết các Trường đại học y dược, Cao đẳng, trung cấp y tế đều đã có khoa, bộ môn đào tạo về nhân lực y dược cổ truyền. Sau nhiều năm xây dựng hiện tại hệ thống đào tạo YHCT như sau:

- Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
- Trường đại học Dược Hà Nội.
- Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Trường đại học Y Hải phòng, Trường đại học Y Huế. Đặc

biệt là các đại học dân lập như ĐH Hòa Bình, ĐH Thành Đông,... cũng được phê duyệt thành lập các khoa YHCT.

- Một số trường đại học y có bộ môn YHCT: Thái Bình, Thái Nguyên, Học viện Quân y.

- Bệnh viện YHCT TW, Bệnh viện Châm cứu TW, Viện YHCT Quân đội.

- Hệ thống các trường trung cấp, cao đẳng y, dược của trung ương và địa phương có bộ môn đào tạo y sỹ YHCT.

- 02 trường trung học YHCT dân lập: Trường trung cấp y dược Lê Hữu Trác; Trường trung cấp y dược Tuệ Tĩnh.

1.6.4. Loại hình đào tạo y học cổ truyền:

- Sau đại học: Có Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Trường đại học Dược Hà Nội, Khoa YHCT trường Đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Học viện Quân y có đào tạo và xây dựng chương trình đào tạo sau đại học về YHCT, bao gồm các hệ: CKI, CKII, Thạc sỹ, Tiến sỹ và Bác sỹ nội trú.

- Đại học: Chương trình đào tạo YHCT được ban hành năm 2001⁸⁴ gồm:

- + Bác sỹ Y học cổ truyền chính quy: 6 năm
- + Bác sỹ Y học cổ truyền chuyên tu: 4 năm
- + Bác sỹ đa khoa (có 4 đơn vị học trình YHCT)
- + Bác sỹ định hướng chuyên khoa YHCT

- Cao đẳng: Năm 2006, ban hành chương trình điều dưỡng YHCT bậc cao đẳng, tuyển sinh khóa 1 tại Học viện YCHCT Việt Nam.

- Trung học: Năm 2003, ban hành chương trình Trung cấp YHCT, đào tạo tại Học viện YDHCT Việt Nam, Khoa YHCT – Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trường trung cấp y dược Tuệ Tĩnh Hà Nội và một số trường trung cấp, cao đẳng địa phương.

- Hiện nay chưa có chương trình đào tạo dược sỹ cổ truyền.
- Năm 2006 ban hành chương trình Dược sỹ trung cấp YHCT.

1.7. Đôi nét về đào tạo liên tục tại tỉnh Thanh Hóa

Thanh Hóa nằm ở cực Bắc Miền trung, cách thủ đô Hà Nội 150 km về phía Nam, cách Thành phố Hồ Chí Minh 1.560 km. Phía Bắc giáp với ba tỉnh Sơn La và Ninh Bình, phía Nam giáp tỉnh Nghệ An, phía Tây giáp với Lào, phía Đông là vịnh Bắc Bộ.

Tỉnh Thanh Hóa có 27 bệnh viện huyện/thành phố: BVĐK Thành phố Thanh Hóa, Bỉm Sơn, Sầm Sơn, Bá Tước, Cẩm Thủy, Đông Sơn, Hà Trung, Hậu Lộc, Hoằng Hóa, Lang Chánh, Mường Lát, Nga Sơn, Ngọc Lặc, Như Thanh, Như Xuân, Nông Cống, Quảng Xương, Quan Sơn, Quan Hóa, Tĩnh Gia, Thiệu Hóa, Thọ Xuân, Thường Xuân, Thạch Thành, Triệu Sơn, Vĩnh Lộc, Yên Định và có 1 bệnh viện y học dân tộc tỉnh Thanh Hóa⁸⁵.

Về cơ sở đào tạo liên tục nhân lực y học cổ truyền thì ở các cấp đã chủ động phối hợp với các cơ quan chức năng đẩy mạnh hoạt động đào tạo nâng cao năng lực cho NVYT bằng cách kết hợp cơ quan đào tạo chuyên môn với các cơ sở khám chữa bệnh và ngành y tế của tỉnh, coi việc củng cố, phát triển YHCT cổ truyền trong tỉnh là một trong những mục tiêu quan trọng cần thực hiện của tỉnh. Tỉnh Thanh Hóa đã có chủ trương về việc chủ động đào tạo cán bộ y học cổ truyền ở các cơ sở đào tạo đại học với phối hợp tổ chức đào tạo cán bộ kế thừa; nghiên cứu, áp dụng y học cổ truyền vào phòng bệnh và khám chữa bệnh; nuôi trồng dược liệu, bảo tồn cây, con quý hiếm làm thuốc, sản xuất thuốc; đẩy mạnh xã hội hóa hoạt động đào tạo cán bộ y dược.

Công tác xây dựng, phát triển cơ sở đào tạo nhân lực y học cổ truyền các cấp tiếp tục được củng cố, mở rộng; đến nay đã cơ bản ổn định và từng bước đưa hoạt động vào nền nếp. Thường xuyên thực hiện công tác đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ y dược được các cấp chính quyền và các cơ sở khám,

chữa bệnh quan tâm, tạo điều kiện để các cán bộ y dược tham gia các lớp đào tạo chuyên môn nghiệp vụ.

Công tác quy hoạch, đào tạo bồi dưỡng cán bộ y học cổ truyền chưa được quan tâm đúng mức, trình độ chuyên môn nghiệp vụ của một số cán bộ làm công tác y học cổ truyền còn chưa đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ trong tình hình mới. Cho đến nay, mặc dù Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa đã được cấp mã cơ sở đào tạo liên tục, tuy nhiên việc triển khai còn nhiều khó khăn, nhiều chương trình đã được thành lập hội đồng thẩm định nhưng chưa triển khai được, một mặt do chưa chuẩn bị tốt các điều kiện cần thiết để đầu tư xây dựng như kế hoạch đề ra. Công tác kiểm tra, quản lý nhân lực hành nghề y học cổ truyền chưa chặt chẽ, nhất là đối với những lương y chưa được đào tạo theo chương trình ở bậc tối thiểu là trung học.

Chính vì vậy để đáp ứng sự thiếu hụt về nguồn nhân lực y tế có chất lượng cao của Thanh Hóa và các tỉnh lân cận; tạo nguồn lực cho phát triển mạng lưới y tế, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên khi năng lực và chất lượng hệ thống khám, chữa bệnh của Thanh Hóa được tăng cường. Vì vậy, ngày 31/10/2014 xuất phát từ nhu cầu về nguồn lực y tế tại Thanh Hóa và các địa phương lân cận, Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo Phạm Vũ Luận đã ký quyết định thành lập phân hiệu Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa. Tuy nhiên, chương trình đào tạo liên tục về YHCT cho NVYT trong tỉnh vẫn chưa được tổ chức và triển khai một cách bài bản có hệ thống. Các khóa đào tạo liên tục chủ yếu là nhỏ lẻ hoặc là sự kết hợp của một chương trình đào tạo chung về y học hoặc quản lý cho nhân viên y tế nói chung, không được tổ chức chuyên biệt cho YHCT.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Giai đoạn 1:

+ NVYT của các khoa YHCT thuộc 27 bệnh viện tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa.

+ Cán bộ quản lý (CBQL) các cấp và khoa YHCT tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa.

+ Ngoài ra nghiên cứu cũng thu thập thông tin hồi cứu toàn bộ các số liệu, văn bản, báo cáo sẵn có về đào tạo liên tục tại các địa điểm nghiên cứu.

- Giai đoạn 2: chọn mẫu từ 27 bệnh viện huyện, lấy 15 bệnh viện để can thiệp.

a) Tiêu chuẩn lựa chọn

Những NVYT đang công tác tại khoa YHCT và có mặt vào thời điểm đoàn đến phỏng vấn tại bệnh viện

b) Tiêu chuẩn loại trừ

Đối tượng không hợp tác tham gia trong nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ năm 2017 đến năm 2020 chia 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1 (tháng 1/2017 - 8/2018): Đánh giá thực trạng đào tạo liên tục YHCT của ĐTNC.

Giai đoạn 2 (tháng 11/2018 - 12/2020): Xây dựng chương trình can thiệp, tổ chức các lớp và đánh giá sau can thiệp.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được chia làm 2 giai đoạn: giai đoạn 1 nghiên cứu mô tả tại 27 bệnh viện huyện tại tỉnh Thanh Hóa. Giai đoạn 2: nghiên cứu can thiệp tại 15 bệnh viện huyện chọn ra từ 27 bệnh viện được nghiên cứu giai đoạn 1.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Giai đoạn 1: của nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thực trạng đào tạo liên tục YHCT của ĐTNC kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính, có sử dụng số liệu thứ cấp và hồi cứu các tài liệu báo cáo có sẵn.

Giai đoạn 2: nghiên cứu can thiệp đánh giá trước và sau can thiệp

Đối với mục tiêu 1: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang về kiến thức và kỹ năng về YHCT của ĐTNC.

Đối với mục tiêu 2: Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước – sau không có nhóm chứng.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Nghiên cứu mô tả (trước can thiệp)

2.4.1.1. Nghiên cứu định lượng (sử dụng phần mềm WHO *sample size 02*):

Sử dụng phần mềm chọn mẫu, ước tính cỡ mẫu tối thiểu cho một tỷ lệ.

Trong đó:

n : là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

p : là tỷ lệ người có kiến thức và kỹ năng chung về YHCT trong nhóm trước can thiệp ($p_1 = 20\%$) Phạm Việt Hoàng (2012) ⁴³;

d : là sai số tuyệt đối của nghiên cứu, lấy $d = 0,05$.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Kết quả tính toán cỡ mẫu $n=246$. Tỷ lệ bỏ cuộc dự kiến là 10% số đối tượng tham gia, vậy nên cỡ mẫu cần thiết là 270 đối tượng để đạt được yêu cầu nghiên cứu đề ra. Trên thực tế, chúng tôi đã chọn 280 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu tại 27 bệnh viện huyện ở thời điểm nghiên cứu.

2.4.1.2. Nghiên cứu định tính

Phương pháp chọn có chủ đích 02 NVYT (01 nam và 01 nữ đã từng tham gia khóa học ĐTLT hoặc chưa tham gia theo tỷ lệ 1:1), 01 Phó/Trưởng Khoa Đông Y/YHCT của 3 bệnh viện huyện:

- Bệnh viện Đa khoa huyện Quảng Xương: đại diện vùng Đồng bằng
- Bệnh viện Đa khoa huyện Triệu Sơn: đại diện vùng Miền núi
- Bệnh viện Đa khoa thị xã Sầm Sơn: đại diện vùng Ven biển

Ban Giám đốc bệnh viện YHCT tỉnh Thanh Hóa: Chọn chủ đích Giám đốc bệnh viện YHCT tỉnh và 01 phó giám đốc phụ trách chuyên môn; 01 Phó Giám đốc phụ trách công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học của bệnh viện. Chọn chủ đích 01 Phó Giám đốc Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa phụ trách công tác đào tạo nói chung.

2.4.2. Nghiên cứu can thiệp

2.4.2.1. Nghiên cứu định lượng

Nghiên cứu định lượng được áp dụng nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo, chấp nhận của người học và tính phù hợp của các tài liệu, bài giảng sử dụng trong khóa học.

a) *Cỡ mẫu can thiệp (sử dụng phần mềm WHO sample size 02):*

2.2b. Hypothesis tests for two population proportions (two-sided test)

Please select the desired unknown:

- Level of significance (%)
- Power of the test (%)
- Anticipated population proportion 1
- Anticipated population proportion 2
- Sample size

Please enter the remaining values:

α 5

$1 - \beta$ 90

P_1 0.20

P_2 0.40

n 109

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Print

Help

Close

Trong đó:

n : là cỡ mẫu nhóm đối tượng trước và sau can thiệp;

$Z^2_{1-\alpha/2}$: là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (= 1,96);

$Z_{1-\beta}$: là lực mẫu (90%);

p_1 : là tỷ lệ người có kiến thức và kỹ năng chung về YHCT trong nhóm trước can thiệp ($p_1 = 20\%$), Phạm Việt Hoàng (2012)⁴³; p_2 : là tỷ lệ mong đợi người có kiến thức và kỹ năng chung về YHCT trong nhóm sau can thiệp ($p_2=40\%$).

Thực tế 105 NVYT tham gia nghiên cứu tại 15 bệnh viện huyện. Trong đó, tổng số 105 NVYT: gồm 27 bác sĩ và 78 điều dưỡng/y sĩ YHCT.

b) Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu theo 3 bước:

Bước 1: Chọn ngẫu nhiên 15 bệnh viện tuyến huyện.

Bước 2: Liệt kê danh sách các khoa có điều trị bằng YHCT trong từng bệnh viện và liệt kê số NVYT làm chuyên môn YHCT trong mỗi khoa (do có bệnh viện không tổ chức khoa YHCT, khám và điều trị YHCT nằm trong khoa nội).

Bước 3: Mỗi khoa chọn ngẫu nhiên 4 đối tượng. Nếu một khoa không đủ số NVYT, chọn tiếp 1 khoa khác.

2.5. Nội dung và phương pháp nghiên cứu**2.5.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang**

Nghiên cứu định lượng: Đánh giá nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế: kiến thức, kỹ năng về YHCT (tự báo cáo) sử dụng bộ câu hỏi (Phụ lục 1A và Phụ lục 4).

Lấy ý kiến của NVYT (người học) về thực trạng công tác ĐTLT YHCT (Phụ lục 1A và phụ lục 3).

Nghiên cứu định tính: Đánh giá thực tổ chức quản lý hoạt động đào tạo liên tục về YHCT của cán bộ quản lý (Phụ lục 2).

2.5.2. Nghiên cứu can thiệp

2.5.2.1. Tập huấn trước can thiệp

Tập huấn cho điều tra viên: Các điều tra viên được tập huấn về mục đích tham gia NC, đối tượng NC, cách chọn mẫu, phương pháp phỏng vấn đối tượng, ghi chép, kiểm tra phiếu.

- Điều tra viên NC định lượng:

Nhóm điều tra viên gồm có 10 người (Nghiên cứu sinh và 9 người: 1 thạc sĩ, 8 sinh viên năm thứ 4 hệ bác sĩ) thuộc Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội là người trực tiếp thu thập thông tin về hiểu biết, sự tham gia và nhu cầu về ĐTLT YHCT của NVYT. Điều tra viên sử dụng bộ câu hỏi nhận thức về nhu cầu đào tạo và tự đánh giá kỹ năng, từ đây thiết kế nội dung chương trình đào tạo và tổ chức lớp học.

- Điều tra viên nghiên cứu định tính:

NCS và 01 cộng tác viên là thạc sĩ Y tế công cộng, có kinh nghiệm trong phỏng vấn sâu trực tiếp phỏng vấn. Kết quả phỏng vấn sâu được ghi chép và phân tích tổng hợp, sơ đồ hóa theo nhóm vấn đề.

2.5.2.2. Lựa chọn nội dung đào tạo và tập huấn giáo viên.

- Giáo viên lý thuyết: 1 giáo viên chính và 2 giáo viên trợ giảng được chọn từ Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội. Tiêu chuẩn là cán bộ có trình độ, đủ tiêu chuẩn giảng dạy theo quy định hiện hành, có thâm niên trong nghề dạy học, chuyên ngành đào tạo ở các trường Đại học Y Dược.

- Giáo viên thực hành: 1 giáo viên chính và 2 giáo viên trợ giảng được chọn từ Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội. Tiêu chuẩn tương tự giống như giáo viên lý thuyết nhưng phải có trên 15 năm kinh nghiệm.

Chương trình ĐTLT YHCT đã được xây dựng dựa trên những thông tin sau:

Dựa trên kết quả đánh giá từ nghiên cứu mô tả cắt ngang về những thiếu hụt kiến thức, kỹ năng và yêu cầu của nhân viên y tế.

Dựa trên ý kiến của cán bộ lãnh đạo khoa phòng, bệnh viện về tổ chức lớp học cũng như nội dung chương trình.

Mục tiêu của chương trình ĐTLT là bổ sung và cập nhật kiến thức, kỹ năng về YHCT cho NVYT đang làm việc tại khoa YHCT tại bệnh viện đa khoa huyện.

Biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục theo các bước:

- Bước 1: Thành lập nhóm biên soạn là người có chuyên môn và kinh nghiệm tham gia giảng dạy, biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục là cán bộ y tế bệnh viện Y Dược học cổ truyền tỉnh Thanh Hóa, giảng viên khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Bước 2: Nhóm biên soạn thống nhất nội dung, các tài liệu sử dụng trong dạy – học và kế hoạch biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục.
- Bước 3: Biên soạn chương trình và tài liệu, theo quy định của Bộ Y tế trong thông tư 22/2013/TT-BYT¹⁹ và công văn số Công văn số 1853/BYT-K2ĐT của Bộ y tế⁸⁵. Về chuyên môn, biên soạn chương trình và tài liệu theo các hướng dẫn cập nhật về Y Dược học cổ truyền của Bộ Y tế^{87,88}.
- Bước 4: Xin ý kiến chuyên gia: Các chuyên gia của bộ môn Giáo dục y học, Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội; Sở Y tế Thanh Hóa.
- Bước 5: Chỉnh sửa chương trình và tài liệu: Căn cứ vào các ý kiến chuyên gia nhóm biên soạn chỉnh sửa chương trình và tài liệu.

2.5.2.3. Thực hiện chương trình đào tạo

Chương trình can thiệp đào tạo liên tục được tổ chức thành 15 lớp, 01 lớp tại Bệnh viện YHCT tỉnh Thanh Hóa, 14 lớp còn lại tổ chức ở 14 bệnh viện tuyến huyện (theo cụm). Chương trình can thiệp đào tạo liên tục cho 241 NVYT có nhu cầu tham dự lớp đào tạo, hoàn thành trong vòng 8 tháng (thời

gian trung bình 3 ngày/lớp). Chương trình đào tạo được thiết kế gồm 3 phần với cấu trúc như sau: i) Phần 1: 2 tháng đào tạo giảng viên nguồn về quy trình đào tạo liên tục và chuẩn hóa tài liệu đào tạo, tập huấn được tổ chức tại bệnh viện y dược học cổ truyền tỉnh; ii) Phần 2: 1 tháng sau học về kỹ năng cho NVYT thực hiện tại trung tâm đào tạo NVYT tỉnh /Bệnh viện Y dược học cổ truyền tỉnh; iii) Phần 3: 5 tháng tiếp theo đi thực tế tại địa phương, thời gian là 20 tuần bao gồm: 18 tuần tại bệnh viện huyện - 6 lần giám sát đột xuất; 2 tuần bệnh viện tuyến tỉnh - 1 lần giám sát đột xuất. Tổng số 15 lớp tập huấn đã được triển khai, trong đó 1 ngày tập huấn lý thuyết, 2 ngày tập huấn kỹ năng. Riêng với lớp kỹ năng, giáo viên tiến hành chia nhóm nhỏ để thực hành theo trình độ chuyên môn (mỗi nhóm từ 6-8 người, chia làm 2 ca khác nhau).

d) Giám sát thực hiện chương trình đào tạo

Ban tổ chức khóa học đã tiến hành giám sát 15 lớp học về việc tổ chức thực hiện chương trình ĐTLT YHCT cho NVYT theo đúng tiến độ, ghi nhận những khó khăn, thuận lợi và đưa ra giải pháp khắc phục.

Giám sát nội dung giảng dạy thông qua dự giờ: Dựa vào khung chương trình giảng dạy, nhóm giám sát tiến hành dự giảng. Sau khi dự giảng nhóm đã thảo luận với giáo viên về nội dung và phương pháp giảng dạy để rút kinh nghiệm.

Ba hình thức giám sát được áp dụng trong quá trình can thiệp: 1) Giám sát hỗ trợ thường kỳ; 2) Giám sát đột xuất; 3) Giám sát hỗ trợ gián tiếp

Giám sát hỗ trợ thường kỳ: Trong suốt quá trình triển khai, mỗi lớp có 2 lần giám sát hỗ trợ. Lần thứ nhất được thực hiện vào buổi học lý thuyết đầu tiên, lần thứ 2 được thực hiện vào buổi học thực hành đầu tiên tại khoa lâm sàng. Trong các lần giám sát hỗ trợ này, các giám sát trực tiếp đến tham dự lớp học lý thuyết và thực hành, quan sát đánh giá môi trường học tập, thảo luận với nhóm giáo viên và cán bộ lớp ngay sau buổi học về những điểm chưa đạt, chưa phù hợp trong công tác tổ chức cũng như dạy và học.

Giám sát đột xuất: 7 lớp có 1 lần giám sát đột xuất phần kỹ năng tại khoa lâm sàng. Trong khi giám sát đột xuất, giám sát viên sẽ đánh giá hoạt động dạy-học trên lâm sàng và kiểm tra quá trình hoạt động dạy-học của giáo viên và học viên của nhóm theo kế hoạch giáo án thống nhất. Các nhóm không được thông báo về thời gian giám sát.

Hỗ trợ gián tiếp: Trong suốt quá trình thực hiện, 2 lớp học trực tiếp liên hệ với Ban tổ chức lớp học hoặc NCS khi gặp khó khăn chưa tìm ra hướng giải quyết.

Đánh giá hiệu quả can thiệp sau 1 năm.

2.5.3. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ dành cho nghiên cứu định lượng

Các bộ câu hỏi định lượng được xây dựng qua tham khảo tài liệu thế giới và Việt Nam dựa trên mô hình Kirkpatrick nhằm đánh giá 4 cấp độ của CTĐT, bao gồm: 1) Phản hồi về chương trình; 2) Thay đổi về kiến thức; 3) Hành vi của người học; 4) Tác động đến môi trường làm việc⁸⁹. Tuy nhiên, trong NC này, chúng tôi chỉ NC 3 cấp độ, từ cấp độ 1 đến cấp độ 3. Các thông tin thu thập bao gồm:

- Bộ công cụ phỏng vấn trực tiếp về kiến thức, kỹ năng khám, chẩn đoán và điều trị bằng YHCT (*Phụ lục 1B*)⁹⁰. Trong Phụ lục 1B, phần B: Kiến thức, kỹ năng của NVYT được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp sau 1 năm.

- Đánh giá nhận thức và nhu cầu đào tạo chung của NVYT bằng bộ phiếu phỏng vấn cá nhân (*Phụ lục 4*)⁹¹.

- Bộ công cụ đánh giá chương trình đào tạo tự điền được sử dụng để thu thập thông tin phản hồi sau khóa học của 105 NVYT, sau 15 khóa đào tạo tại 15 bệnh viện huyện tại tỉnh Thanh Hóa (*Phụ lục 6*). Bộ câu hỏi được xây dựng tham khảo theo “Mẫu phản hồi bài giảng” của Trường Đại học Y Hà Nội⁹² và tài liệu “Sur phạm y học thực hành” của Nhà xuất bản Giáo dục Việt

Nam⁹³. Bộ câu hỏi phản hồi của học viên về khóa học bao gồm các phần: Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học; Phương pháp giảng dạy trong khóa học; Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên; Tổ chức khóa học. Thang điểm likert được sử dụng từ 0=Rất không đồng ý đến 5 = Rất đồng ý.

Bộ công cụ dành cho nghiên cứu định tính

Phỏng vấn nhân viên y tế - Phụ lục 3 nhận định tình hình trước khi tổ chức can thiệp và Phụ lục 5 phỏng vấn sâu sau lớp học: (1) Nhằm tìm hiểu thực trạng, khó khăn và thuận lợi khi tham gia lớp đào tạo (1 câu hỏi - 3 ý); (2) Các yếu tố ảnh hưởng đến tổ chức khóa ĐTLT (5 câu hỏi - 5 ý); (3) Đề xuất để tổ chức lớp học phù hợp và hiệu quả (2 câu hỏi - 2 ý).

Câu hỏi thảo luận với cán bộ quản lý – Phụ lục 2: (1) Tìm hiểu thực trạng đã tham gia khóa ĐTLT YHCT của NVYT trên địa bàn quản lý (tỉnh, huyện, bệnh viện), các tồn tại thường gặp và những nguyên nhân/yếu tố ảnh hưởng (3 câu hỏi – 6 ý). (2) Yêu cầu/nguyện vọng của ĐTLT YHCT đối với công tác khám chữa bệnh trong địa bàn quản lý (1 câu hỏi – 2 ý). (3) Tìm hiểu về sự phù hợp, những góp ý để tổ chức các khóa học sau được hiệu quả hơn (1 câu hỏi - 5 ý).

2.6. Chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Nhóm chỉ số của mục tiêu 1

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kiến thức, kỹ năng về chẩn trị YHCT

Nguyện vọng được đào tạo nâng cao tay nghề

Nhận xét về công tác đào tạo liên tục

2.6.2. Nhóm chỉ số của mục tiêu 2

2.6.2.1. Đánh giá, phản hồi về khóa học

2.6.2.2. Đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp

2.6.3. Cách tính điểm

Cách tính điểm kiến thức và kỹ năng

Mỗi câu hỏi của trong bộ câu hỏi phỏng vấn (PV) về kiến thức đều được cho điểm. Thang điểm 1 được dùng cho câu trả lời đúng, câu trả lời sai được cho điểm 0. Tổng điểm tối đa cho phần kiến thức là 20 điểm, trong đó phân loại kiến thức như sau: Điểm: 0-9 = chưa đạt điểm kiến thức (loại C); Điểm: 10-14 = đạt điểm trung bình và khá về kiến thức (Loại B); Điểm: 15-20 đạt điểm tốt về kiến thức (loại A). Trong đó, đạt kiến thức bao gồm loại A; chưa đạt điểm kiến thức là loại B và C⁹⁴.

Tổng điểm tối đa cho phần kỹ năng là 45 điểm, phân loại điểm kỹ năng là: Điểm: 0-22 = chưa đạt điểm kỹ năng (loại C); Điểm: 23-31 = đạt điểm trung bình và khá về kỹ năng (Loại B); Điểm: 32-45 đạt điểm tốt về kỹ năng (loại A). Trong đó, đạt kỹ năng bao gồm loại A, chưa đạt điểm kỹ năng là loại B và C⁹⁴.

Thang điểm đánh giá kiến thức và kỹ năng trước và sau đào tạo liên tục YHCT

	Kiến thức	Kỹ năng	Đánh giá
Loại A	15-20 điểm	32-45 điểm	Đạt ở mức tốt ⁱ
Loại B	10-14 điểm	23-31 điểm	Đạt ở mức trung bình và khá ⁱⁱ
Loại C	0-9 điểm	0-22 điểm	Đạt ở mức yếu kém ⁱⁱⁱ

i) Tổng điểm $\geq 70\%$ điểm tối đa; ii) 50% điểm tối đa \leq tổng điểm $< 70\%$ điểm tối đa; iii) tổng điểm $< 50\%$ điểm tối đa.

Cách tính điểm đánh giá chương trình ĐTLT

Tính theo thang đo Likert 5 mức độ: 1. Hoàn toàn không đồng ý; 2. Không đồng ý; 3. Không có ý kiến; 4. Đồng ý; 5. Hoàn toàn đồng ý.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

2.7.1. Nghiên cứu định lượng

Số liệu sau khi được đọc và làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata với các tệp QES, REC và CHK nhằm hạn chế sai số khi nhập liệu.

Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 14. Cả thống kê mô tả và thống kê suy luận được thực hiện.

Thống kê mô tả biến định lượng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn; thống kê mô tả biến định tính bao gồm tần số và tỷ lệ phần trăm.

Thống kê suy luận bao gồm đánh giá sự khác biệt cho biến định lượng (t-test, F test ...) và biến định tính (χ^2 và fisher-exact test) được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.

2.7.2. Nghiên cứu định tính

Đọc kết quả phỏng vấn và tiến hành phân tích theo chủ đề thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu.

2.7.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng YHCT của NVYT trong nghiên cứu này được đánh giá trên việc so sánh mức độ đạt được về kiến thức, kỹ năng trước - sau can thiệp.

Sử dụng test Chi-Square để đánh giá sự khác biệt giữa hai hoặc nhiều tỷ lệ so sánh trước và sau can thiệp.

Đánh giá hiệu quả dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ (\%)} = (|p_2 - p_1|) / p_1 \times 100$$

Trong đó:

p_1 : Kiến thức/ kỹ năng đạt ở mức tốt của NVYT trước can thiệp

p_2 : Kiến thức/ kỹ năng đạt ở mức tốt sau can thiệp

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm mục đích phân tích thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Khoa YHCT bệnh viện tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa và đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Khoa YHCT tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa.

Nghiên cứu là một phần trong dự án “Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế” do Bộ Y tế là cơ quan chủ quản. Ban Quản lý Dự án đã đồng ý cho tác giả tham gia thu thập và sử dụng số liệu nghiên cứu tại các bệnh viện huyện tỉnh Thanh Hóa cho việc phân tích, báo cáo để bảo vệ luận án tiến sĩ của tác giả.

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, quyết định số 45/HDD ĐHYHN ngày 12/01/2017. Trước khi tham gia nghiên cứu, đối tượng phỏng vấn được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Họ sẽ được thông báo là họ tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Đối tượng nghiên cứu được đảm bảo mật thông tin và có đầy đủ quyền lợi của đối tượng khi tham gia nghiên cứu. Các dữ liệu được sử dụng trong luận án được đảm bảo trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

2.9. Hạn chế của đề tài và cách khắc phục

Đối tượng nghiên cứu khác nhau về trình độ và chuyên môn nhưng bộ câu hỏi đánh giá kiến thức chung, chưa dựa trên vị trí làm việc.

Sai số hệ thống trong quá trình điều tra như: sai số nhớ lại, sai số thu thập thông tin của điều tra viên. Biện pháp khống chế sai số xảy ra trong quá trình điều tra, thu thập thông tin được áp dụng khắc phục bao gồm xin ý kiến chuyên gia, chuẩn hóa bộ câu hỏi thông qua điều tra thử, tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.

Sai số ngẫu nhiên trong quá trình nhập số liệu, bộ số liệu được nhập lại 10% số phiếu nhằm kiểm tra thông tin nhập một cách kỹ lưỡng nhất, hạn chế sai số một cách tối đa.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế khoa YHCT tuyến huyện tại Tỉnh Thanh Hóa

3.1.1. Đặc điểm chung của nhân viên y tế Khoa y học cổ truyền

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=280)

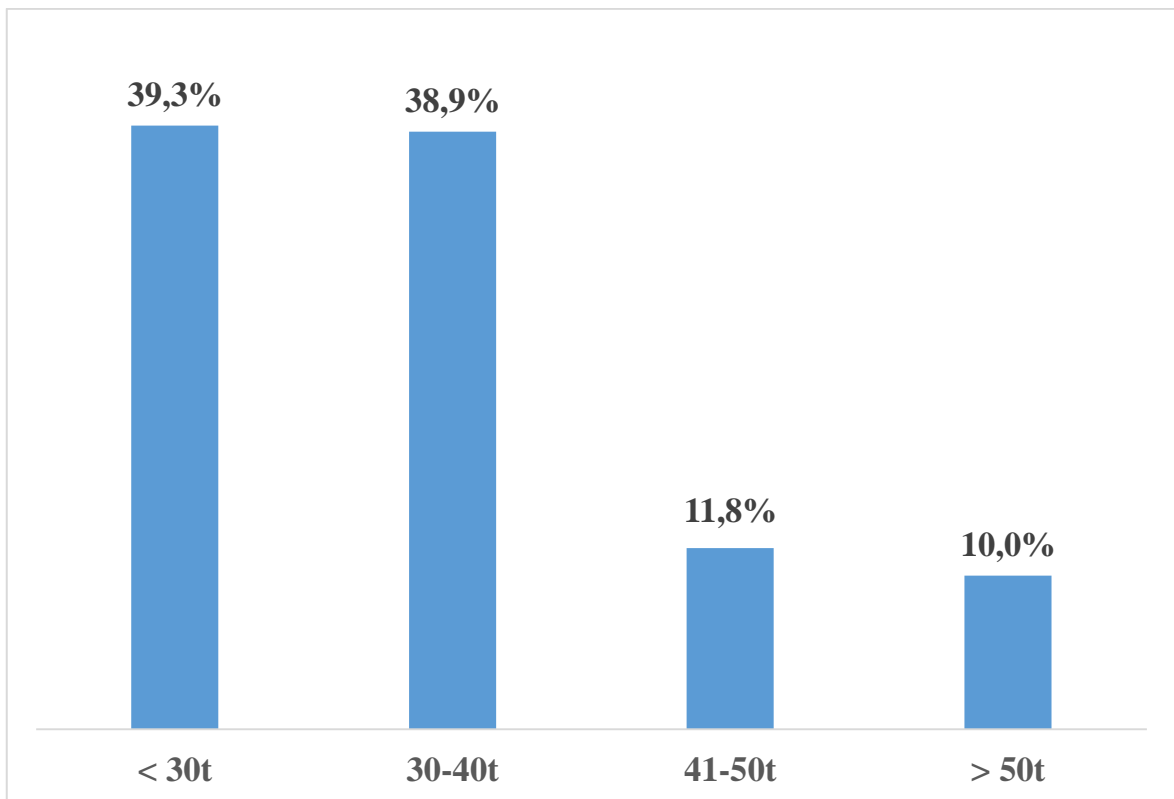
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	98	35,0
	Nữ	182	65,0
Dân tộc	Kinh	259	92,5
	Khác	21	7,5
Trình độ học vấn	Trung cấp	156	55,7
	Cao Đẳng	33	11,8
	Đại học	66	23,6
	Sau đại học	25	8,9
Số năm công tác trong ngành y	≤5 năm	100	35,7
	6 – 10 năm	63	22,5
	11 – 15 năm	60	21,4
	>15 năm	57	20,4
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ /BS YHCT	62	22,1
	Điều dưỡng ĐH	30	10,7
	Điều dưỡng CĐ	35	12,5
	Y sĩ/ Ys YHCT	96	34,3
	Khác	57	20,4
Hợp đồng/Biên chế	Biên chế	214	76,4
	Hợp đồng	61	21,8
	Khác	5	1,8

Nhận xét:

Trong 280 NVYT trình độ trung cấp chiếm 55%, có 35% là nam giới và 65% là nữ giới, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,8 \pm 8,6$ năm. Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 92,5%.

Về thời gian công tác, NVYT công tác trong ngành y ≤ 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,7%, từ 6-10 năm, 11-15 năm và trên 15 năm chiếm tỷ lệ ngang nhau lần lượt là 22,5%, 21,4% và 20,4%.

Về trình độ chuyên môn, y sĩ và bác sĩ YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 34,3% và 22,1%. Trong 280 NVYT có 214 cán bộ là cán bộ biên chế ở bệnh viện chiếm 76,4%, có 66 NVYT là cán bộ hợp đồng và khác chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,8% và 1,8%.

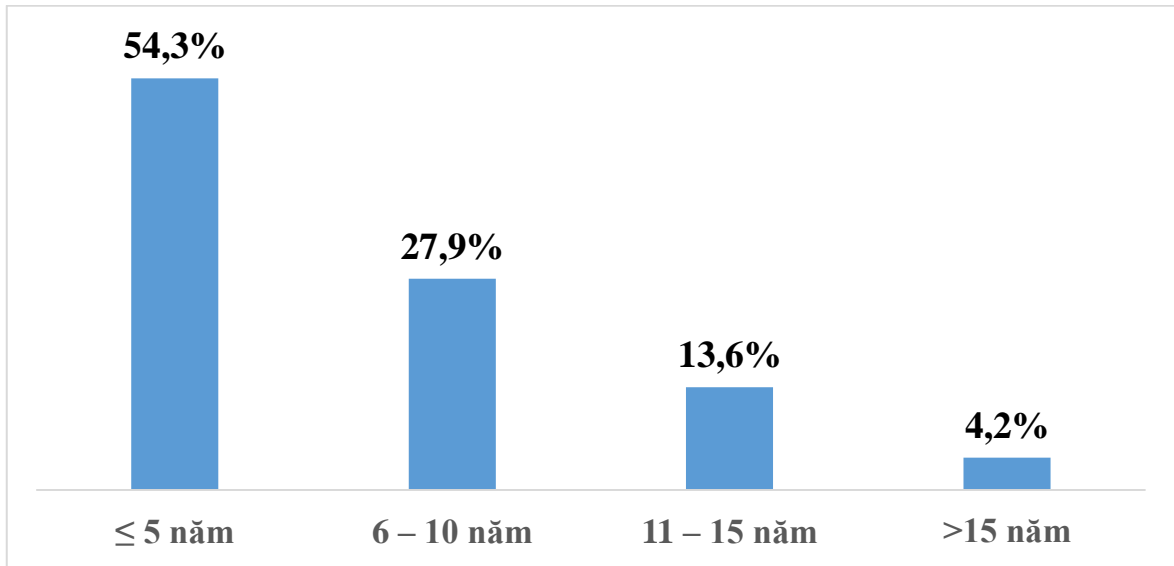


Biểu đồ 3.1. Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=280)

Nhận xét:

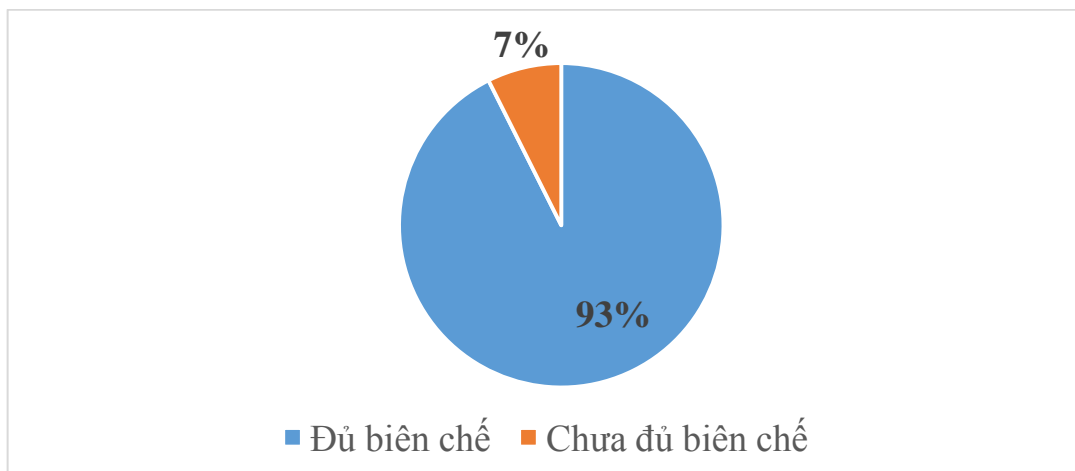
Nhóm tuổi chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là <30 tuổi chiếm 39,8%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 30 – 40 tuổi chiếm 38,9%. Nhóm tuổi từ 41 – 50 và > 50 tuổi chiếm tỷ lệ nhỏ nhất lần lượt là 11,8% và 10,0%.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,8 \pm 8,6$. Tuổi thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 57 tuổi.



Biểu đồ 3.2. Thâm niên công tác tại bệnh viện của đối tượng nghiên cứu
Nhận xét:

Thâm niên công tác tại bệnh viện huyện nơi tiến hành nghiên cứu chủ yếu là ≤5 năm (54,3%), tiếp theo là thời gian công tác từ 6 – 10 năm (27,9%). Thời gian công tác tại bệnh viện từ 11 – 15 năm và > 15 năm chiếm tỷ lệ nhỏ lần lượt là 13,6% và 4,2%.

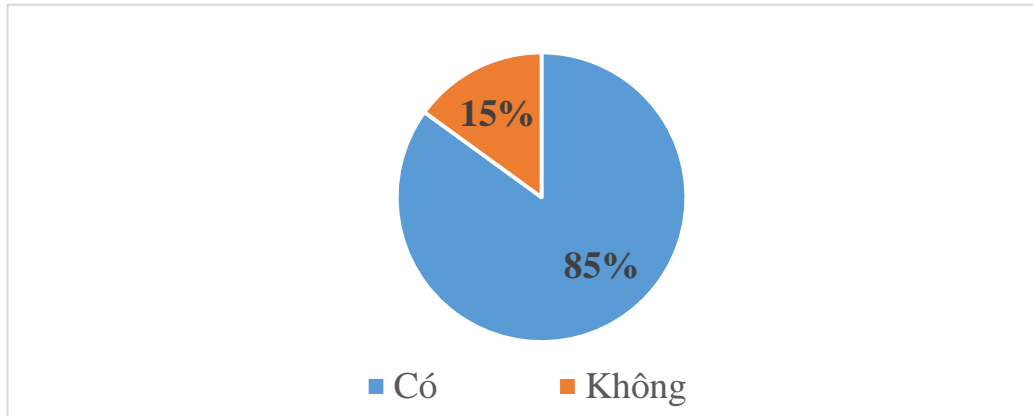


Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh viện huyện có đủ biên chế cho khoa YHCT (n=27)
Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh viện có đủ biên chế theo định biên tại địa điểm nghiên cứu đạt 93%.

3.1.2. Thực trạng đào tạo liên tục

3.1.2.1. Thực trạng kiến thức về đào tạo liên tục YHCT



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ NVYT biết về đào tạo liên tục YHCT trước can thiệp (n=280)

Nhận xét:

Trong 280 NVYT được khảo sát, có 245 người đã biết về đào tạo liên tục YHCT (85%) trước khi can thiệp.

Bảng 3.2. Loại hình đào tạo liên tục của nhân viên y tế Khoa YHCT trước can thiệp (n=280)

Loại hình ĐTLT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đào tạo ngắn hạn	215	76,8
Hội nghị/ hội thảo	64	22,9
Không biết/ Không nhớ/ Không tham dự	42	15,0

Nhận xét:

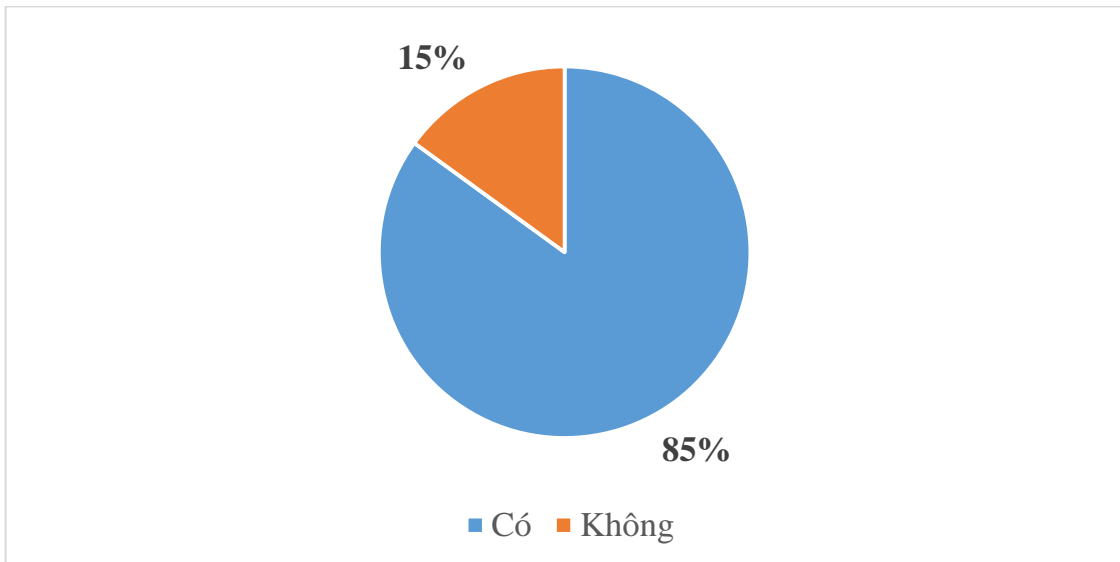
Kết quả bảng 3.2, loại hình đào tạo chủ yếu của nhân viên y tế khoa YHCT là đào tạo ngắn hạn (76,8%), tiếp theo là hội nghị/ hội thảo (22,9%).

Bảng 3.3. Tổng thời gian đào tạo liên tục theo quy định trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu

Thời gian đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
48 giờ/ 2 năm	155	55,4
120 giờ/ 5 năm	48	17,1
<48 giờ	35	12,5
Không biết/ Không nhớ/ Không tham dự	42	15,0
Tổng	280	100%

Nhận xét:

Bảng 3.3 Kết quả chỉ ra rằng thời gian đào tạo liên tục đúng quy định mức 48 giờ trong 2 năm (chiếm 55,4%), tiếp theo là 120 giờ/ 5 năm (17,1%) và 15% không nhớ thời gian đào tạo liên tục.



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đối tượng cập nhật kiến thức thường xuyên (n=280)

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng cập nhật kiến thức thường xuyên là 85%

Bảng 3.4. Nguồn thông tin cập nhật thường xuyên về YHCT (n=280)

Nguồn cập nhật kiến thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tự tìm hiểu/ đọc tài liệu	203	72,5
Đào tạo tập huấn	159	56,8
Không biết/ Không nhớ	42	15,0

Nhận xét:

Đối tượng nghiên cứu cập nhật thường xuyên về YHCT bằng tự tìm hiểu hay đọc tài liệu chiếm tỷ lệ cao nhất (72,5%), đào tạo tập huấn chiếm tỷ lệ thấp hơn (56,8%).

3.1.2.2. Thực trạng sự tham gia về đào tạo liên tục YHCT

Bảng 3.5. Các nội dung đào tạo liên tục trong 5 năm vừa qua mà đối tượng nghiên cứu đã tham gia (n=280)

Nội dung đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đào tạo YHCT	168	60
Khám và điều trị nói chung	204	72,9
Dự phòng bệnh	179	63,9
Chương trình y tế	228	81,4

Nhận xét:

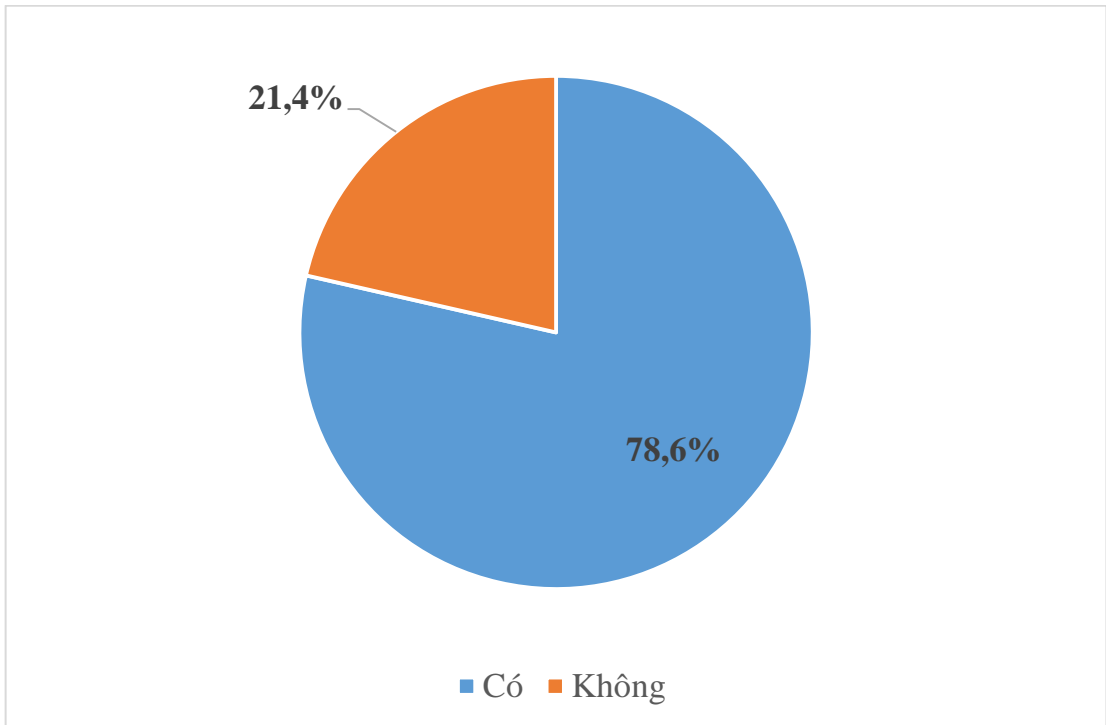
Loại hình đào tạo liên tục trong vòng 5 năm qua chủ yếu liên quan đến chương trình y tế (81,4%) và nội dung khám/ điều trị nói chung (72,9%). Đào tạo liên tục liên quan đến phòng bệnh là 63,9%, trong khi đó đào tạo liên tục về YHCT là: 60%.

Bảng 3.6. Thời gian đào tạo liên tục trong 5 năm vừa qua (n=280)

Thời gian ĐTLT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 ngày	48	17,2
3 - 6 ngày	33	11,8
6 - 12 ngày	76	27,1
> 12 ngày	79	28,2
Không nhớ	44	15,7

Nhận xét:

Thời gian của khóa đào tạo liên tục trong vòng 5 năm qua chủ yếu là trên 12 ngày (28,2%) và 6 -12 ngày (27,1%). Thời gian của khóa học 3 – 6 ngày chiếm tỷ lệ rất thấp (11,8 %).



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ tham gia đào tạo liên tục về YHCT tại bệnh viện tuyến trung ương trong 5 năm qua (n=168)

Nhận xét:

Trong số 168 người trả lời, tỷ lệ đã được tham gia khóa đào tạo liên tục tại bệnh viện trung ương trong vòng 5 năm qua khá cao 78,6%.

Bảng 3.7. Lí do tham gia đào tạo liên tục YHCT (n=168)

Lí do tham gia	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh viện phân công	144	85,7
Tự tham gia đào tạo	120	71,4
Không có lí do cụ thể	37	22,0

Nhận xét:

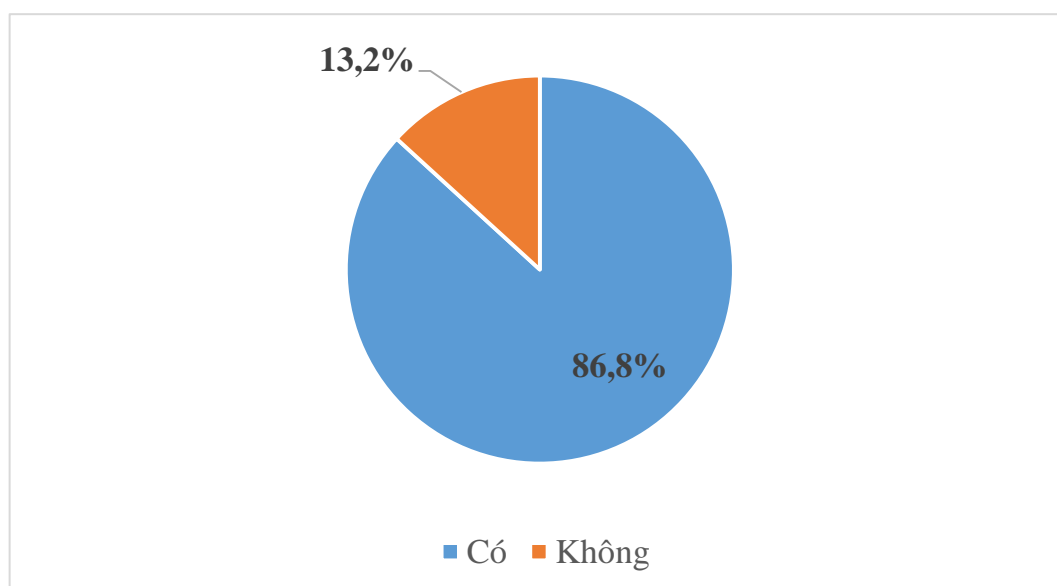
NVYT tham gia đào tạo liên tục do bệnh viện phân công chiếm tỷ lệ cao nhưng việc tự tìm lớp đào tạo cũng nhiều (lần lượt là 85,7% và 71,4%).

Bảng 3.8. Lí do cản trở việc tham gia đào tạo liên tục (n=280)

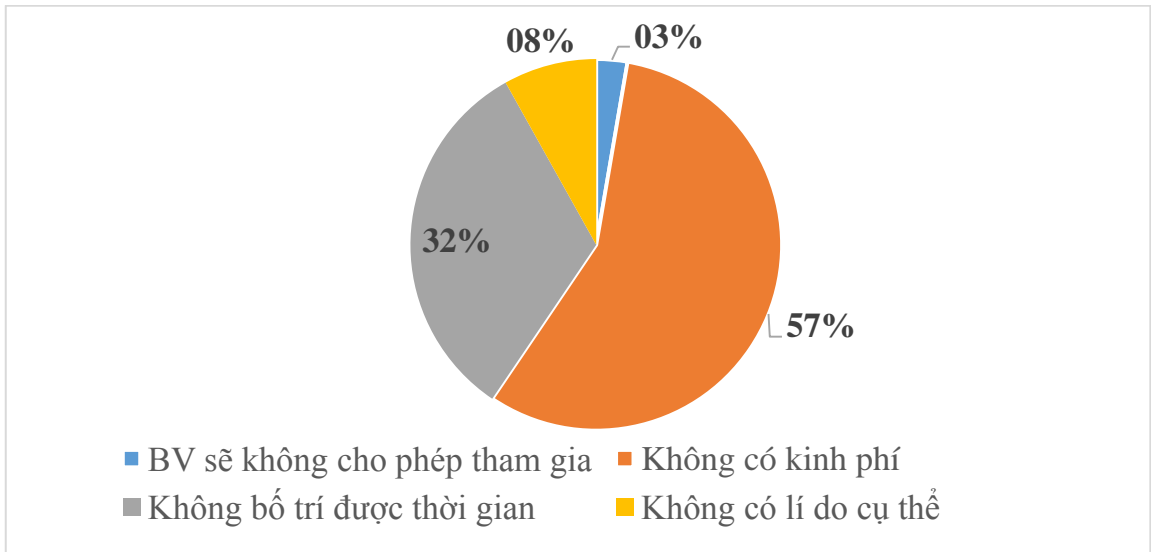
Lí do cản trở sự tham gia	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu thời gian	81	28,9
Thiếu nguồn tài chính	90	32,1
Thiếu học liệu	77	27,5
BV không cho phép tham gia	1	0,4
Khác	14	5
Không có lí do	112	40

Nhận xét:

Lí do chủ yếu cản trở sự tham gia đào tạo liên tục của NVYT là thiếu nguồn tài chính (32,1%), thiếu thời gian (28,9%) và thiếu học liệu (27,5%).

3.1.2.3. Thực trạng nhu cầu về đào tạo liên tục YHCT**Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhu cầu tham gia đào tạo liên tục YHCT (n=280)****Nhận xét:**

Trong tổng số 280 NVYT được khảo sát, có 243 NVYT có nhu cầu được tham gia đào tạo liên tục về YHCT (chiếm tỷ lệ 86,8%).



Biểu đồ 3.8. Lí do sẽ không tham gia lớp đào tạo liên tục YHCT (n=37)

Nhận xét:

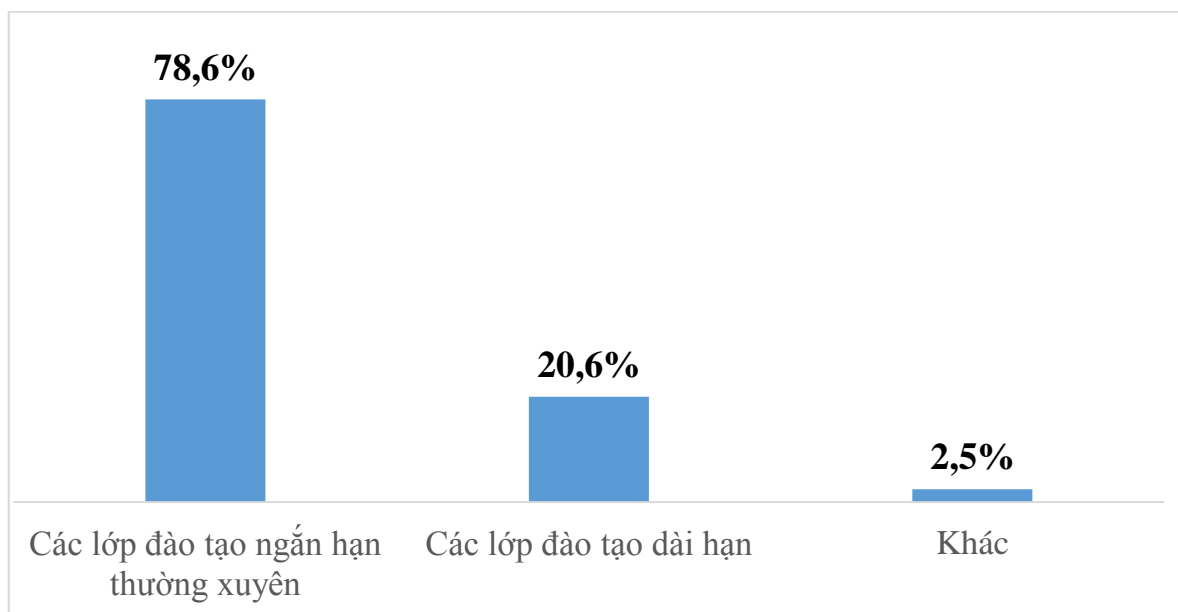
Tỷ lệ NVYT không có nhu cầu tham gia lớp đào tạo liên tục YHCT liên quan đến vấn đề kinh phí là lớn nhất (chiếm 57%), tiếp theo là nghĩ bản thân không bố trí được thời gian (32%), nghĩ rằng lãnh đạo không cho phép là 3%. Trong khi đó 8% NVYT được hỏi không đưa ra lí do cụ thể nào.

Bảng 3.9. Nhu cầu của đối tượng nghiên cứu đối với lĩnh vực đào tạo (n=243)

Phân loại	Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức	Kiến thức cơ bản	79	32,5
	Bệnh học	118	48,6
	Sử dụng thuốc truyền thống	132	54,3
Kỹ năng	Kỹ năng dưỡng sinh, xoa bóp, bấm huyệt	103	42,4
	Châm cứu	141	58,0
	Khác (Tur vấn, kê đơn,...)	10	4,1

Nhận xét:

Nhu cầu đào tạo liên tục về châm cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (58%), nhu cầu đào tạo liên tục về sử dụng thuốc truyền thống đứng thứ hai với 54,3%. Yêu cầu đào tạo về kiến thức cơ bản và kỹ năng dưỡng sinh, xoa bóp, bấm huyệt chiếm tỷ lệ thấp nhất, lần lượt là 32,5% và 42,4%.



Biểu đồ 3.9. Nhu cầu về loại hình đào tạo (n=243)

Nhận xét:

Nhu cầu về đào tạo ngắn thường xuyên được NVYT lựa chọn nhiều nhất chiếm 78,6%, nhu cầu về các lớp đào tạo dài hạn chỉ chiếm 20,6%.

Bảng 3.10. Thời gian mong muốn tổ chức các lớp đào tạo liên tục của đối tượng (n=243)

Thời gian tổ chức lớp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 ngày	78	32,1
3-6 ngày	77	31,7
> 6 ngày	88	36,2

Nhận xét:

Nhu cầu về thời gian đào tạo liên tục về YHCT > 6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (36,2%), tiếp theo là < 3 ngày và thấp nhất là 3-6 ngày (31,7%).

Bảng 3.11. Địa điểm tổ chức các lớp đào tạo liên tục mà đối tượng mong muốn (n=243)

Địa điểm tổ chức lớp đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tại bệnh viện nơi công tác	149	61,3
Tại bệnh viện/trường trên địa bàn thành phố	50	20,6
Tại bệnh viện/trường tuyến Trung ương	48	19,8

Nhận xét:

Nhu cầu đào tạo liên tục YHCT tại bệnh viện nơi công tác chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%). Tỷ lệ NVYT mong muốn được đào tạo tại bệnh viện/trường trên địa bàn thành phố là 20,6% và tuyến trung ương là 19,8%.

Bảng 3.12. Nhu cầu về phương pháp dạy học trong đào tạo liên tục YHCT (n=243)

Phương pháp dạy học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giảng dạy truyền thống thuyết trình - nghe	73	30,0%
Giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm	16	67,1%
Hình thức giảng dạy trực tuyến	7	2,9%

Nhận xét:

Phần lớn NVYT có nhu cầu được đào tạo bằng phương pháp giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm (như thảo luận nhóm, sử dụng bài tập tình huống, các hình thức truyền thông tương tác (video clip, phim ảnh), chia sẻ các bài học thành công) (67,1%). Chỉ có 2,9% NVYT có nhu cầu được đào tạo trực tuyến.

Bảng 3.13. Nhu cầu hỗ trợ của đối tượng trong khóa ĐTLT (n=243)

Nhu cầu cần được hỗ trợ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tài chính	176	72,4
Thời gian	123	50,6
Nguyên vật liệu	154	63,4
Giảng viên có trình độ	139	57,2
Kiến thức YHCT	97	39,9
Kỹ năng YHCT	85	35

Nhận xét:

Nhu cầu được cung cấp hỗ trợ về tài chính đối với chương trình đào tạo liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất (72,4%). Tiếp theo sau là nhu cầu hỗ trợ về nguyên vật liệu (63,4%), giảng viên có trình độ (57,2%) và nhu cầu hỗ trợ về thời gian (50,6%). Theo đó, nhu cầu hỗ trợ về kiến thức và kỹ năng YHCT chiếm tỷ lệ thấp nhất (lần lượt là 39,9% và 35%).

3.1.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiểu biết, sự tham gia và nhu cầu về đào tạo liên tục YHCT

Bảng 3.14. Yếu tố liên quan đến hiểu biết về đào tạo liên tục YHCT (n=280)

Yếu tố liên quan		Hiểu biết về đào tạo liên tục				OR (KTC 95%)
		Tốt		Chưa tốt		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nữ	159	87,4	23	12,6	1
	Nam	86	87,8	12	12,2	1,03 (0,47 - 2,4)
Nhóm tuổi	< 30t	102	92,7	8	7,3	1
	30-40t	89	81,7	20	18,4	0,35 (0,13 - 0,88)*
	41-50t	32	97,0	1	3,0	2,51 (0,3 - 20,84)
	> 50t	22	78,6	6	21,4	0,29 (0,09 - 0,91)*
Dân tộc	Kinh	232	89,6	27	10,4	1
	Khác	13	61,9	8	38,1	0,2 (0,1 - 0,6)***
Trình độ học vấn	Trung cấp	128	82,1	28	18,0	1
	Cao Đẳng	30	90,9	3	9,1	2,19 (0,61 - 11,9)
	Đại học	62	93,9	4	6,1	3,39 (1,11 - 13,8)*
	Trên đại học	25	100,0	0	0,0	-
Số năm công tác trong ngành y	≤5 năm	7	7,0	93	93,0	1
	6 – 10 năm	13	20,6	50	79,4	3,45 (1,18 - 10,8)**
	11 – 15 năm	8	13,3	52	86,7	2,04 (0,6 - 7)
	>15 năm	7	12,3	50	87,7	1,86 (0,52 - 6,60)
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ YHCT	51	82,3	11	17,7	1
	Điều dưỡng ĐH	26	86,7	4	13,3	1,4 (0,37 - 6,61)
	Điều dưỡng CĐ	30	85,7	5	14,3	1,29 (0,37 - 5,2)
	Y sĩ	84	87,5	12	12,5	1,5 (0,55 - 4,04)
	Khác	54	94,7	3	5,3	3,9 (0,94 - 22,6)
Hợp đồng/Biên chế	Biên chế	195	91,1	19	8,9	1
	Hợp đồng	47	77,1	14	23,0	0,33 (0,14 - 0,76)**
	Khác	3	60,0	2	40,0	0,15 (0,0 - 1,8)
Cập nhật kiến thức chuyên môn thường xuyên	Có	227	91,9	20	8,1	1
	Không	18	54,6	15	45,5	0,11 (0,04 - 0,26)***

(*) $p\text{-value} < 0,05$; (**) $p\text{-value} \leq 0,01$; (***) $p\text{-value} \leq 0,001$

Nhận xét:

Hiểu biết về đào tạo liên tục YHCT của đối tượng có đặc điểm dân tộc khác (Mường, Thái, Dao,...) bằng 0,2 lần so với dân tộc Kinh ($p < 0,05$).

NVYT có thuộc nhóm tuổi từ 30 - 40 tuổi và trên 50 tuổi có Hiểu biết về YHCT thấp hơn lần lượt là 0,35 lần ($p < 0,05$) và 0,29 lần so với NVYT ở độ tuổi < 30 tuổi ($p < 0,05$). NVYT có trình độ đại học có Hiểu biết đào tạo liên tục về YHCT cao hơn 3,39 lần so với NVYT có trình độ Trung cấp ($p < 0,05$).

NVYT có số năm công tác trong ngành y từ 6 - 10 năm Hiểu biết về ĐTLT YHCT bằng 4,35 lần so với NVYT công tác trong ngành y ≤ 5 năm ($p < 0,05$).

NVYT kí hợp đồng có Hiểu biết về ĐTLT YHCT bằng 0,33 lần so với nhóm NVYT biên chế ($p < 0,05$).

NVYT cập nhật thường xuyên cao có Hiểu biết về ĐTLT YHCT có tỷ lệ cao hơn 9,4 lần so với NVYT không cập nhật Hiểu biết chuyên môn thường xuyên ($p < 0,05$).

Trong khi đó, tuổi và số năm công tác tại bệnh viện không có mối liên quan tới có hay không có hiểu biết về ĐTLT YHCT.

Bảng 3.15. Yếu tố liên quan đến tham dự lớp đào tạo liên tục YHCT

Yếu tố liên quan		Tham dự đào tạo liên tục				OR (KTC 95%)
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nữ	108	59,3	74	40,7	1
	Nam	60	61,2	38	38,8	1,1 (0,6 - 1,9)
Nhóm tuổi	< 30t	65	59,1	45	40,9	1
	30-40t	61	56,0	48	44,0	0,88 (0,51 - 1,5)
	41-50t	24	72,7	9	27,3	1,85 (0,78 - 4,34)
	> 50t	18	64,3	10	35,7	1,25 (0,53 - 2,95)
Dân tộc	Kinh	161	62,2	98	37,8	1
	Khác	7	33,3	14	66,7	0,30 (0,1 - 0,8)**
Trình độ học vấn	Trung cấp	92	59,0	64	41,0	1
	Cao Đẳng	18	54,6	15	45,5	0,83 (0,37 - 1,92)
	Đại học	38	57,6	28	42,4	0,94 (0,51 - 1,77)
	Trên đại học	20	80,0	5	20,0	2,78 (0,94 - 9,94)
Số năm công tác trong ngành y	≤5 năm	41	41,0	59	59,0	1
	6 – 10 năm	25	39,7	38	60,3	0,95 (0,47 - 1,88)
	11 – 15 năm	27	45,0	33	55,0	1,18 (0,58 - 2,36)
	>15 năm	19	33,3	38	66,7	0,72 (0,34 - 1,49)
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ YHCT	33	53,2	29	46,8	1
	Điều dưỡng ĐH	17	56,7	13	43,3	1,15 (0,44 - 3,05)
	Điều dưỡng CĐ	25	71,4	10	28,6	2,2 (0,84 - 6,0)
	Y sĩ	52	54,2	44	45,8	1,03 (0,52 - 2,07)
	Khác	41	71,9	16	28,1	2,25 (0,98 - 5,21)
Hợp đồng/Biên chế	Biên chế	138	64,5	76	35,5	1
	Hợp đồng	29	47,5	32	52,5	0,50 (0,27 - 0,92)*
	Khác	1	20,0	4	80,0	0,14 (0,01 - 1,4)
Cập nhật kiến thức chuyên môn thường xuyên	Có	157	63,6	90	36,4	1
	Không	11	33,3	22	66,7	0,29 (0,12 - 0,65)***
Đã từng nghe về ĐTLT YHCT	Có	161	65,7	84	34,3	1
	Không	7	20,0	28	80,0	0,13 (0,05 - 0,32)***

(*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$; (***) $p < 0,001$

Nhận xét:

NVYT là người dân tộc khác có sự tham gia đào tạo liên tục bằng 0,30 lần (95CI%: 0,1 - 0,8) so với NVYT là người dân tộc Kinh.

Đối tượng nghiên cứu chưa từng nghe về đào tạo liên tục YHCT có tỷ lệ bằng 0,13 lần (KTC 95%: 0,05 - 0,32) so với NVYT đã từng nghe về ĐTLT YHCT.

NVYT hợp đồng được đào tạo liên tục YHCT chỉ bằng 0,50 lần (KTC 95%: 0,27 - 0,92) so với NVYT biên chế. Bên cạnh đó, NVYT không tự cập nhật kiến thức YHCT thường xuyên đã được dự lớp ĐTLT chỉ bằng 0,29 lần (KTC 95%: 0,12 - 0,65) so với NVYT cập nhật kiến thức thường.

Bảng 3.16. Yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu đào tạo liên tục YHCT (n=280)

Yếu tố liên quan		Nhu cầu đào tạo liên tục				OR (KTC 95%)
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nữ	161	88,5	21	11,5	1
	Nam	82	83,7	16	16,3	0,6 (0,3 - 1,5)
Dân tộc	Kinh	225	86,9	34	13,1	1
	Khác	18	85,7	3	14,3	0,91 (0,25 - 5,06)
Giáo dục	Trung cấp	135	86,5	21	13,5	1
	Cao Đẳng	30	90,9	3	9,1	1,55 (0,42 - 8,65)
	Đại học	57	86,4	9	13,6	0,98 (0,4 - 2,6)
	Trên đại học	21	84,0	4	16,0	0,82 (0,24 - 3,6)
Số năm công tác trong ngành y	≤5 năm	10	10,0	90	90,0	1
	6 – 10 năm	6	9,5	57	90,5	1,06 (0,32 - 3,73)
	11 – 15 năm	4	6,7	56	93,3	1,55 (0,32 - 3,73)
	>15 năm	17	29,8	40	70,2	0,26 (0,10 - 0,67)**

Trình độ chuyên môn	Bác sĩ YHCT	50	80,7	12	19,4	1
	Điều dưỡng ĐH	28	93,3	2	6,7	3,36 (0,67 - 32,7)
	Điều dưỡng CĐ	33	94,3	2	5,7	3,96 (0,79 - 38,2)
	Y sĩ	87	90,6	9	9,4	2,32 (0,83 - 6,67)
	Khác	45	79,0	12	21,1	0,9 (0,33 - 2,44)
Hợp đồng/Biên chế	Biên chế	186	86,9	28	13,1	1
	Hợp đồng	52	85,3	9	14,8	0,87 (0,39 - 1,96)*
	Khác	5	100,0	0	0,0	-
Cập nhật kiến thức chuyên môn thường xuyên	Có	222	89,9	25	10,1	1
	Không	21	63,6	12	36,4	0,20 (0,08 - 0,5)***
Đã từng nghe về TM CME	Có	219	89,4	26	10,6	1
	Không	24	68,6	11	31,4	0,26 (0,11 - 0,66)**
Tham gia TM CME trong năm qua	Có	147	87,5	21	12,5	1
	Không	96	85,7	16	14,3	0,86 (0,4 - 1,85)

Nhận xét:

NVYT trong biên chế, NVYT đã từng nghe về đào tạo liên tục YHCT có yêu cầu đào tạo liên tục cao hơn NVYT hợp đồng và chưa từng nghe về đào tạo liên tục.

NVYT không thường xuyên cập nhật kiến thức chuyên môn có yêu cầu đào tạo liên tục YHCT thấp, chỉ bằng 0,2 lần (KTC 95%: 0,08 - 0,5) so với NVYT thường xuyên cập nhật kiến thức chuyên môn.

NVYT có trình độ điều dưỡng đại học và cao đẳng, y sĩ có yêu cầu đào tạo liên tục cao hơn lần lượt là 3,36, 3,96 và 2,32 lần so với NVYT có trình độ bác sĩ YHCT.

3.1.3. Thực trạng và khả năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về YHCT tại tỉnh Thanh Hóa

3.1.3.1. Thực trạng cung cấp đào tạo liên tục cho NVYT

Đào tạo liên tục là giải pháp quan trọng nhằm tăng cường chất lượng đội ngũ nhân lực cho ngành y tế hiện nay. Việc xây dựng kế hoạch đào ĐTLT là hết sức cần thiết để huy động tối đa và sử dụng hiệu quả các nguồn lực để nâng cao chất lượng đội ngũ NVYT và hướng tới nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân. Theo quy định tại Thông tư 22/2013/TT-BYT và trong tài liệu hướng dẫn kiểm định chất lượng ĐTLT đều có quy định ngành y tế các tỉnh cần có kế hoạch ĐTLT cho NVYT trong tỉnh, đây là một tiêu chí đánh giá công tác quản lý ĐTLT của các Sở Y tế (SYT). Kế hoạch ĐTLT cho NVYT cần có kế hoạch 5 năm, kế hoạch hàng năm và trong kế hoạch cần kết cấu kinh phí, đồng thời các kế hoạch này cần được cấp thẩm quyền phê duyệt.

Hộp 1: Năm 2010, chúng tôi đã thành lập Ban chỉ đạo về công tác ĐLTT do một đồng chí Phó giám đốc Sở phụ trách chuyên môn. Sau đó chúng tôi tiếp tục xây dựng các kế hoạch hàng năm và có kế hoạch 5 năm. Quá trình thực hiện công tác trên chúng tôi cũng đã xin ý kiến của lãnh đạo SYT và hội đồng thẩm định chuyên môn về ĐTLT. (PVS-CBQL SYT)

Hiện nay trên địa bàn tỉnh có 4 bệnh viện đủ điều kiện tham gia đào tạo liên tục cho nhân viên y tế là Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh Thanh Hóa (Theo Công văn số 6030/BYT-K2ĐT của Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế). Các bệnh viện trên đều có khoa Đông Y/YHCT song chưa phải là những bệnh viện chuyên khoa về YHCT. Do vậy các khóa học đào tạo liên tục về YHCT cho NVYT còn hạn chế, nhất là lĩnh vực YHCT.

Như vậy, tại tỉnh Thanh Hóa công tác ĐTLT theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho NVYT đã được triển khai từ năm 2011, Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa đã thành lập Ban chỉ đạo ĐTLT và xây dựng các kế hoạch 5 năm và kế hoạch hàng năm cho ĐTLT nhưng việc tổ chức đào tạo còn bất cập.

Hộp 2: Chúng tôi căn cứ theo thông tư 07 thông tư 22 của Bộ Y tế, qua đó cái thứ nhất là số giờ để ĐTLT là tối thiểu 48 tiết học trong 2 năm liên tiếp, và tối thiểu 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, thứ hai căn cứ vào chức năng của các bệnh viện huyện trên địa bàn tỉnh thì chúng tôi xây dựng chương trình, thứ ba là chúng tôi đánh giá thực tại trình độ chuyên môn của cán bộ y tế tuyến huyện hoặc xã theo từng chuyên ngành khác nhau, vị trí công tác, thứ tư là chúng tôi căn cứ vào điều kiện thực tế của các bệnh viện huyện và cuối cùng là nhu cầu học tập, tham gia các lớp ĐTLT của các NVYT ấy thì chúng tôi xây dựng cái kế hoạch này. Việc khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục chúng tôi cũng vừa thực hiện gần đây thông qua công văn số 1642 của SYT tháng 7 năm vừa rồi. (PVS-CBQL SYT)

Trình độ chuyên môn của NVYT, chức năng nhiệm vụ, điều kiện cơ sở vật chất trang thiết bị, công tác khám chữa bệnh và nhu cầu học tập nâng cao trình độ độ chuyên môn của NVYT, công tác khám chữa bệnh tại các bệnh viện huyện/xã trên địa bàn tỉnh là các căn cứ để xây dựng kế hoạch ĐTLT hàng năm kế hoạch 5 năm cho NVYT bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa nhưng nhu cầu này lại chưa được biết một cách cụ thể để xây dựng chương trình.

3.1.3.2. Triển khai kế hoạch ĐTLT cho NVYT

Theo quy định của Bộ Y tế, sau khi có kế hoạch ĐTLT được phê duyệt cần được triển khai tới các đơn vị đào tạo xây dựng kế hoạch hàng năm, các

cơ sở ĐTLT cần thông báo công khai, rộng rãi khóa học do đơn vị tổ chức để người học chủ động lựa chọn, bố trí kế hoạch tham gia khóa học.

Hộp 3: Về ĐTLT cho nhân viên y tế, sau khi kế hoạch được phê duyệt chính thức, chúng tôi thông báo đến cho từng đơn vị trên địa bàn tỉnh. Chúng tôi cũng thiết kế tổ chức các khóa học ngắn hạn vào thời gian cuối tuần để các cán bộ có thể tham gia nhiều hơn. Xét riêng về mảng y học cổ truyền, hiện đơn vị chúng tôi chưa có triển khai khóa học nào liên quan đến lĩnh vực này. Song thời gian sắp tới, chúng tôi dự kiến sẽ triển khai khóa học trên. Về nguồn lực cho công tác y học cổ truyền, theo tôi thấy vẫn còn yếu do chuyên ngành cũng có nhiều hạn chế, các lớp để tham gia học hay muốn học thêm chuyên ngành khác cũng khó, hạn chế rất nhiều. Nếu có thể cần phát triển mạnh mẽ lĩnh vực này hơn nữa vì y học hiện đại kết hợp với y học cổ truyền là phương châm đúng đắn của ngành y tế nước ta. (PVS-CBQL BV 01)

Các kế hoạch ĐTLT đã được Sở Y tế phê duyệt theo quy định của Bộ Y tế; Sở Y tế Thanh Hóa có trách nhiệm quản lý chặt chẽ việc cấp chứng nhận đào tạo liên tục và thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo của các đơn vị thuộc Sở. Tuy nhiên, việc này được thực hiện chưa tốt, thiếu cơ sở.

Hộp 4: Trên cơ sở kế hoạch Sở Y tế tỉnh giao cho chúng tôi, xây dựng các kế hoạch cho từng chương trình ĐTLT và báo cáo Sở phê duyệt. Sau khi được Sở phê duyệt chương trình, kế hoạch đó chúng tôi sẽ triển khai về các đơn vị có nhu cầu ĐTLT và bắt đầu các khóa học ĐTLT tại đơn vị đăng kí hoặc tại đơn vị chúng tôi. (PVS-CBQL BV 02)

Các đơn vị xây dựng kế hoạch đào tạo cho từng chương trình đào tạo như: dự kiến nội dung bài học (số tiết học lý thuyết, thực hành, ôn tập, kiểm tra), giảng viên, số lượng học viên, mức kinh phí, tài liệu học tập,... trình Sở Y tế tỉnh phê duyệt sau đó sẽ thông báo kế hoạch đào tạo các lớp ĐTLT về các bệnh viện huyện, TYT xã,... Rất tiếc là những kế hoạch cụ thể là gì lại không rõ hoặc không được các bệnh viện huyện biết để thực hiện và theo dõi.

Hộp 5: *Về các kế hoạch 5 năm thì tôi không biết, căn cứ vào chi tiết kế hoạch hàng năm do Sở Y tế giao và bệnh viện định hướng thì chúng tôi xây dựng chương trình và tổ chức ĐTLT cho NVYT. Tôi cũng nhớ, trong năm qua chúng tôi cũng đã mở một lớp ĐTLT cho NVYT công tác trong lĩnh vực y học cổ truyền thì phải. PVS-CBQL BV 03)*

Như vậy một số đơn vị đào tạo chỉ được triển khai và nắm bắt được kế hoạch ĐTLT từng năm một, kế hoạch 5 năm thì vẫn chưa được triển khai. Qua hộp phỏng vấn trên, thực tế công tác ĐTLT cho các NVYT công tác trong lĩnh vực YHCT thực sự chưa được quan tâm đúng mức.

Các bệnh viện huyện được triển khai kế hoạch đào tạo của từng chương trình, kế hoạch tổng thể hàng năm và 5 năm đều không được quản lý một cách cụ thể.

3.1.3.3. Xây dựng chương trình, tài liệu ĐTLT cho nhân viên y tế

Chương trình đào tạo, tài liệu là một yếu tố quan trọng để đảm bảo chất lượng đào tạo. Chương trình và tài liệu ĐTLT phải đáp ứng được mục tiêu khóa học đào tạo. Những chương trình cũng như tài liệu trên do cơ sở đào tạo xây dựng và phải được thẩm định ban hành theo quy định trước khi đào tạo.

Hộp 6: Các chương trình và tài liệu đào tạo đó do các đơn vị tổ chức lớp ĐTLT xây dựng và biên soạn. Chúng cũng được Hội đồng chuyên môn của đơn vị, của Sở Y tế thẩm định, phê duyệt trước khi ban hành và giảng dạy. Tuy nhiên theo tôi thấy, Bộ Y tế cần có những tài liệu ĐTLT theo chuẩn chung tất cả các chuyên ngành thì tốt để các đơn vị tham khảo, xây dựng phù hợp với tình hình tại địa phương mình. (PVS-CBQL BV 03)

Việc xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo được giao cho các đơn vị đào tạo thực hiện và Sở y tế phê duyệt trước khi triển khai đào tạo. Do năng lực phát triển tài liệu còn hạn chế, tuyến dưới trông chờ vào tài liệu chung của BHYT.

Hộp 7: Sau khi nhận được kế hoạch chỉ tiêu hàng năm, chúng tôi phối hợp với các Bộ môn chuyên ngành, Bệnh viện trong tỉnh và các đơn vị chuyên môn khác để tổ chức xây dựng chương trình, tài liệu đào tạo rồi trình Sở Y tế phê duyệt, sau đó mới đưa vào đào tạo giảng dạy. Tuy nhiên cá nhân tôi thấy thủ tục hành chính cho việc thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo còn hơi rườm rà, mất nhiều thời gian để lên tài liệu đào tạo chuẩn. Nhưng khi triển khai cụ thể mình thấy nội dung tài liệu cũng cần chỉnh sửa nhiều. (PVS-CBQL BV 04)

Như vậy chương trình, tài liệu ĐTLT cho NVYT tại tỉnh Thanh Hóa do các đơn vị đào tạo phối hợp với các đơn vị chuyên môn xây dựng và được Sở Y tế tỉnh phê duyệt. Việc thay đổi chương trình như thế nào là phù hợp rất cần được hướng dẫn.

3.1.3.4. Lựa chọn học viên tham gia đào tạo liên tục

Học viên tham gia khóa học là một yếu tố ảnh hưởng hiệu quả của chương trình, vì vậy việc lựa chọn học viên phù hợp sẽ tạo nên sự thành công của khóa học.

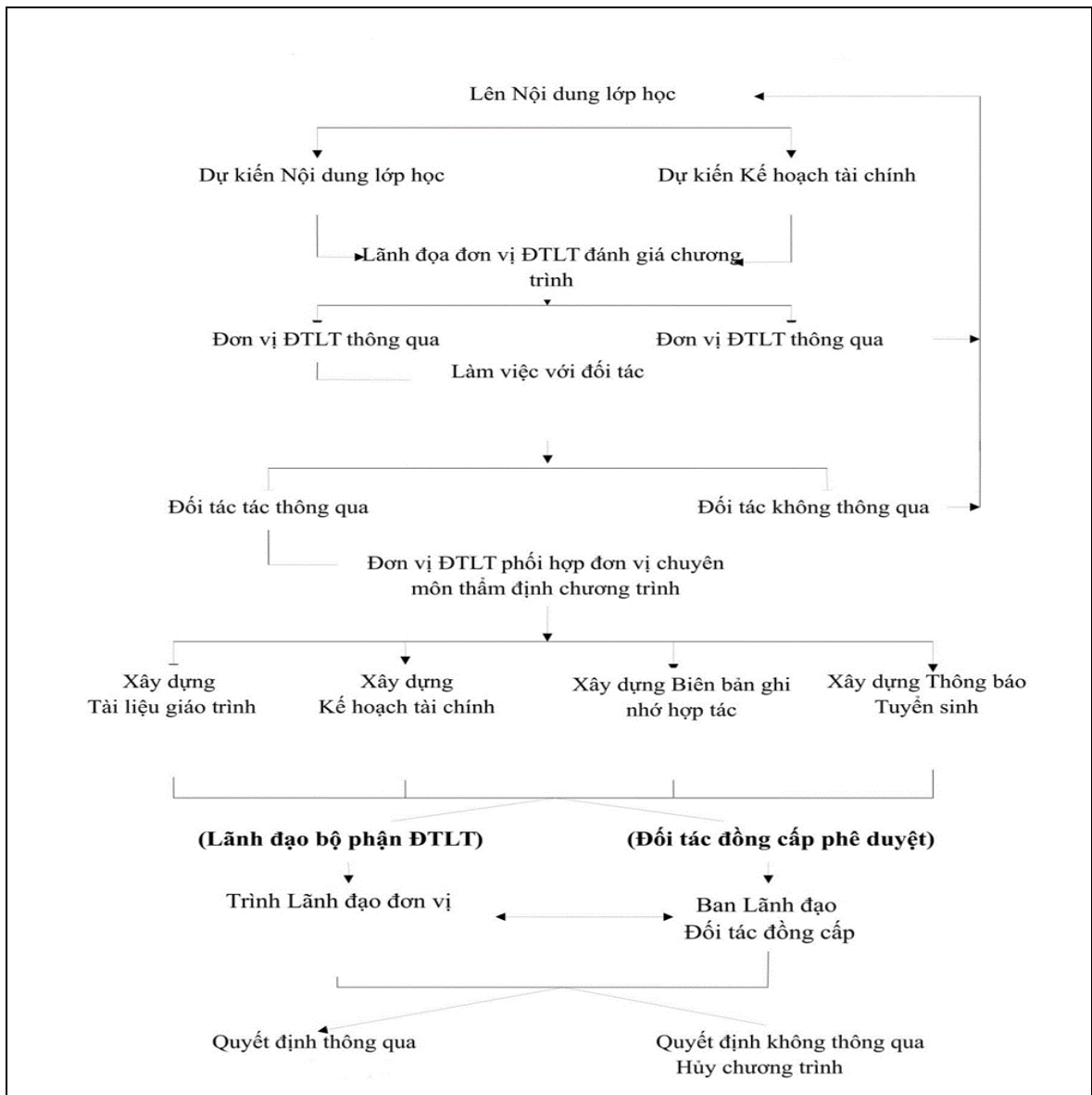
Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, trong quá trình lựa chọn học viên cần có tiêu chí cụ thể rõ ràng nhằm tránh xảy ra những trường hợp: học viên có trình độ chuyên môn không phù hợp, học viên không thể theo đủ lịch trình học, học viên đang phụ trách công việc không phù hợp với nội dung khóa học, học viên sau đào tạo chuyển sang công việc khác, học viên không có điều kiện tham gia hoàn thành khóa học,... Kế hoạch đào tạo và công văn phân bổ chỉ tiêu của Sở Y tế được gửi về các đơn vị, trên cơ sở đó các đơn vị triển khai tới các bệnh viện huyện, xã, nơi có học viên có nhu cầu tham gia các lớp ĐTLT để lên danh sách học viên.

Hộp 8: *Khi gửi công văn về ĐTLT cho các đơn vị trên địa bàn tỉnh, chúng tôi có ghi rõ ràng, đầy đủ đối tượng tham gia lớp học và đó chính là tiêu chuẩn lựa chọn học viên, ngoài ra, chúng tôi có gửi kèm kế hoạch trong đó đã ghi rõ đối tượng tham gia và nhiều thông tin quan trọng khác. (PVS-CBQL BV 01)*

Khi xây dựng các kế hoạch, chương trình đào tạo, các đơn vị ĐTLT đã có tiêu chí lựa chọn học viên cụ thể cho từng chương trình và được gửi về các đơn vị lựa chọn học viên tham gia. Khi tiếp nhận học viên, đơn vị tổ chức lớp ĐTLT cũng kiểm tra hồ sơ rõ ràng đầy đủ, đủ tiêu chuẩn mới tiếp nhận học viên.

3.1.3.5. Công tác tổ chức dạy và học

Công tác tổ chức dạy và học quyết định chất lượng đào tạo, các bước tổ chức một khóa đào tạo bao gồm:



Hình 3.1. Sơ đồ các bước triển khai, mở lớp ĐTLT (PVS-CBQL 03)

Như vậy công tác tổ chức triển khai lớp học, tổ chức dạy và học quyết định chất lượng đào tạo, các bước để tổ chức một khóa học được bao gồm: Chuẩn bị nguồn lực, dự trù kinh phí; xây dựng tài liệu chương trình, xây dựng kế hoạch tài chính; Xây dựng biên bản ghi nhớ hợp tác (nếu có hợp tác đào tạo) và xây dựng thông báo tuyển sinh,...

Cán bộ giảng dạy là những giảng viên có kinh nghiệm về lĩnh vực được đào tạo. Danh sách giảng viên cũng được Sở Y tế phê duyệt cùng với chương trình đào tạo.

Hộp 9: Mỗi lớp tổ chức khoảng 15-20 hoặc đến 30 học viên thôi. Học lý thuyết và thực hành tại bệnh viện. Phương pháp thuyết minh là chủ yếu dựa trên phương tiện cũng gọi như bây giờ là tích cực rồi đó là sử dụng bài giảng điện tử ... Bản chất là những bác sĩ giỏi nhưng vì là chỉ qua một khóa học sư phạm y học có 10 ngày nên cách tiếp cận cơ bản vẫn là thuyết minh, các phương pháp dạy học tích cực khác vẫn chưa được phát huy nhiều. (PVS-CBQL-GV 06)

Số học viên bố trí như vậy là phù hợp, tuy nhiên phương pháp giảng dạy của các giảng viên chủ yếu vẫn là thuyết minh, chưa áp dụng nhiều phương pháp dạy học tích cực.

Hộp 10: Nên sắp xếp các học viên có cùng trình độ, độ tuổi hoặc có khoảng cách xa gần vào một lớp bởi vì một số đồng chí ở xa, tuổi cao khi học không thực sự nghiêm túc làm chúng tôi muốn học rồi cũng thấy chán, làm ảnh hưởng tới không khí học tập nói chung và chất lượng học tập nói riêng. (PVS-HV 07)

Các học viên được sắp xếp ngẫu nhiên vào một lớp học, không phân theo trình độ chuyên môn, tuổi giới hay vị trí công tác.

3.1.3.6. Công tác đánh giá học viên trước, trong và sau đào tạo

Trong hoạt động đào tạo, đánh giá học viên giữ một vai trò quan trọng và là hoạt động bắt buộc với mọi khóa học, việc đánh giá học viên trước đào tạo giúp người quản lý biết được khả năng hiện tại của từng học viên, học viên có những điểm mạnh điểm yếu nào, học viên cần được bổ sung đào tạo những nội dung gì, trong các nội dung đó nội dung nào cần nhiều thời gian lý thuyết hay thực hành,... Việc đánh giá sau đào tạo giúp giáo viên, nhà quản lý

trả lời câu hỏi: mục tiêu của bài học hay khóa học đào tạo đã đạt được hay chưa? Qua đó cũng là tiêu chuẩn để nhà quản lý cấp giấy chứng nhận hoặc chứng chỉ cho học viên đạt yêu cầu khóa học đề ra.

Hộp 11: *Khảo sát đầu vào của cán bộ thì trước đây khi đào tạo cũng có một số bài kiểm tra và sau quá trình đào tạo cũng có những bài kiểm tra lý thuyết hoặc thực hành đầu ra, ... Thực tế thì cần nhiều hình thức và nhiều cách đánh giá khác nhau nhưng mà so sánh kết quả bài kiểm tra đầu vào đầu ra hoặc chỉ dựa vào đầu ra thì có sự khác biệt lớn. Dựa vào đó có thể thấy được quá trình đào tạo là có giá trị tuy nhiên cần tiếp tục phát triển cải tiến phương pháp đánh giá nhất là về ứng dụng, thực hành trong công việc chuyên môn của từng học viên. (PVS-CBQL 03)*

Có thể thấy rằng đánh giá bằng bài kiểm tra đầu vào và bài kiểm tra đầu ra là cách làm phổ biến chung trong chương trình tập huấn hiện nay.

3.1.3.7. Công tác giám sát đào tạo

Giám sát là một khâu quan trọng trong quá trình quản lý đào tạo nhằm tìm ra các vấn đề còn tồn tại, những khó khăn để có thể có biện pháp hỗ trợ và giải quyết kịp thời. Trong quản lý ĐTLT cho NVYT, giám sát đào tạo chủ yếu là giám sát những người, những đơn vị đã và đang tổ chức các khóa ĐTLT. Về phương pháp giám sát trực tiếp hoặc gián tiếp, về hình thức có thể là giám sát định kỳ hoặc đột xuất và có thể thực hiện bằng phương thức tự giám sát hay giám sát từ bên ngoài.

Hộp 12: *Chúng tôi căn cứ vào kế hoạch đào tạo, chỉ đạo các cơ sở đào tạo phải đánh giá học viên ngay từ đầu vào, đầu ra hay trong quá trình học tập. Cuối khoá báo cáo kết quả khóa học về Sở. Sau khóa học, học viên về đơn vị mình công tác cũng phải có quá trình đánh giá trong quá trình làm việc sau này. (PVS-CBQL SYT)*

Công tác giám sát của Sở y tế chủ yếu là thực hiện giám sát gián tiếp qua văn bản báo cáo, qua ý kiến của cán bộ quản lý trực tiếp NVYT.

Sở y tế cũng kiểm tra về giờ giấc lên lớp của giảng viên, kiểm tra lấy số liệu thông qua cán bộ phụ trách lớp học và phản hồi của học viên sau khóa học. Sau khóa học, đơn vị tổ chức lớp học phải hoàn thiện đầy đủ hồ sơ trình Sở Y tế tỉnh cấp chứng chỉ ĐTLT cho học viên.

Như vậy các đơn vị đào tạo tổ chức giám sát bằng cả hình thức gián tiếp và trực tiếp, sau khóa học các học viên đủ điều kiện sẽ được Sở Y tế cấp chứng chỉ ĐTLT.

3.1.3.8. Công tác tài chính phục vụ cho công tác ĐTLT

Nguồn tài chính phục vụ cho công tác ĐTLT có thể lấy từ nhiều nguồn khác nhau: ngân sách nhà nước, ngân sách của đơn vị, nguồn thu học phí của học viên, nguồn hỗ trợ từ các dự án và các nguồn hợp pháp khác.

Hộp 13: *Ngân sách dùng cho các chương trình ĐTLT do mình quản lý hầu hết là những nguồn ngân sách của tỉnh và ngân sách từ các chương trình mục tiêu quốc gia kết hợp với mức đóng học phí của học viên, mức phí hỗ trợ của đơn vị cử học viên tham gia. (PVS-CBQL)*

Nguồn ngân sách phục vụ cho công tác ĐTLT hiện nay trên địa bàn tỉnh chủ yếu lấy từ ngân sách của tỉnh và các chương trình mục tiêu quốc gia kết hợp với học phí của học viên. Như vậy ngoài học phí đóng góp từ học viên thì cũng đã có sự hỗ trợ kinh phí từ các nguồn khác nhau.

3.2. Đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên YHCT bệnh viện huyện huyện tại tỉnh Thanh Hóa

3.2.1. Phản hồi sau khóa học đào tạo liên tục YHCT

Bảng 3.17. Phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học (n=105)

Nội dung phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học	Các mức độ đánh giá (%)				Điểm TB (thang 0- 4)	SD
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
Mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc	0,0	0,0	43,0	57,0	2,6	0,3
Khóa học có giới thiệu tài liệu học tập và tài liệu tham khảo khác	0,0	0,0	55,8	44,2	2,5	0,6
Nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập	0,0	0,0	42,3	57,7	2,6	0,5
Nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc	0,0	0,0	47,2	53,8	2,5	0,5
Khóa học có ví dụ minh họa dễ hiểu, có giá trị, phù hợp với nội dung	0,0	0,0	53,0	47,0	2,2	0,6
Điểm TB phản mục tiêu và nội dung bài giảng (tổng 15 điểm)					13,3	1,3
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 15 điểm)					88,7%	

Nhận xét: “Mục tiêu và nội dung khóa học” nhận được điểm phản hồi trung bình là $13,3 \pm 1,3$. Trong đó, tỷ lệ phản hồi mức Rất đồng ý cao nhất ở nội dung là “*Nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập*” (57,7%), tiếp sau là nội dung “*Mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc*”

(57,0%) và “Nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc” (53,8%). Không có nội dung nào nhận được phản hồi ở mức rất không đồng ý.

Bảng 3.18. Kết quả phản hồi về phương pháp giảng dạy trong khóa học (n=105)

Nội dung phản hồi về Phương pháp giảng dạy trong khóa học	Các mức độ đánh giá (%)				Điểm TB (thang 0- 4)	SD
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý		
Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý	0,0	2,0	70,6	27,5	2,3	0,5
Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập	0,0	2,0	52,9	45,1	2,4	0,5
Giảng dạy hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng	0,0	3,9	58,8	37,3	2,3	0,6
Khơi dậy được sự đam mê thích thú với nội dung học	0,0	0,0	68,6	31,4	2,3	0,5
Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng	0,0	0,0	54,9	45,1	2,5	0,5
Điểm TB phần phương pháp giảng dạy (Tổng 15 điểm)					11,8	2,0
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 15 điểm)					78,7%	

Nhận xét: Phần “Phương pháp giảng dạy” có điểm phản hồi trung bình là $11,8 \pm 2,0$. Phần lớn NVYT đồng ý về nội dung “Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý” (70,6%) tuy nhiên có 2,0% phản hồi Không đồng ý. Các nội dung “Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập” và “Giảng dạy

hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng” nhận được đa số phản hồi Đồng ý (52,9% và 58,8%) và phản hồi Không đồng ý là 2,0% và 3,9%. “Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng” là nội dung có điểm trung bình cao nhất ($2,5 \pm 0,5$).

Bảng 3.19. Kết quả phản hồi về tác phong sư phạm của giảng viên (n=105)

Nội dung phản hồi về Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên	Các mức độ đánh giá (%)				Điểm TB (thang 0- 4)	SD
	Không đồng ý	Phân vân	Đồng ý	Rất đồng ý		
Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng	0,0	2,0	54,9	43,1	2,4	0,5
Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng	0,0	0,0	45,1	54,9	2,6	0,5
Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy	0,0	0,0	41,2	58,8	2,6	0,5
Điểm TB phần trách nhiệm và tác phong sư phạm (tổng 12 điểm)					10,1	1,5
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 12 điểm)					84,2%	

Nhận xét: Phần “Trách nhiệm và tác phong sư phạm” đạt điểm phản hồi trung bình là $10,1 \pm 1,5$. Trong đó chỉ có nội dung “Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng” nhận được phản hồi Không đồng ý với tỷ lệ 2,0% và tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý thấp nhất (43,1%). Tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý cao nhất là nội dung “Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong

giảng dạy” (58,8%); sau đó là các nội dung “Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định” và “Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng” (54,9%).

Bảng 3.20. Kết quả phản hồi về tổ chức khóa học (n=105)

Nội dung phản hồi về Tổ chức khóa học	Các mức độ đánh giá (%)				Điểm TB (thang 0- 4)	SD
	Không đồng ý	Phân vân	Đồng ý	Rất đồng ý		
Lịch học hợp lý	0,0	3,9	56,9	39,2	2,4	0,6
Phòng học đủ rộng, yên tĩnh	0,0	0,0	51,0	49,0	2,5	0,5
Đủ phương tiện dạy học	0,0	3,9	64,7	31,4	2,3	0,5
Giải khát giữa giờ tốt	0,0	5,9	64,7	29,4	2,2	0,6
Địa điểm thuận lợi	0,0	0,0	62,8	37,3	2,4	0,5
Thời gian tổ chức khóa học phù hợp	0,0	15,7	45,1	39,2	2,2	0,7
Điểm TB phần tổ chức khóa học (tổng điểm 18)					14,0	2,7
Tỷ lệ % so với tổng điểm (tổng 18 điểm)					78,6%	

Nhận xét: Phần “Tổ chức khóa học” nhận được điểm phản hồi trung bình là $14,0 \pm 2,7$. Trong đó nội dung “Thời gian tổ chức khóa học phù hợp” nhận được tỷ lệ phản hồi Không đồng ý lớn nhất là 15,7% và điểm trung bình thấp nhất là $2,2 \pm 0,6$. Các nội dung cũng nhận được phản hồi Không đồng ý là “Giải khát giữa giờ tốt” (5,9%), “Lịch học hợp lý” (3,9%) và “Đủ phương tiện dạy học” (3,9%). Nội dung “Phòng học đủ rộng, yên tĩnh” có điểm phản hồi trung bình cao nhất ($2,5 \pm 0,5$); sau đó là “Lịch học hợp lý” ($2,4 \pm 0,6$) và “Địa điểm thuận lợi” ($2,4 \pm 0,5$).

Bảng 3.21. Phản hồi chung về khóa học (n=105)

Nhận xét của người học	Các mức độ đánh giá (%)			
	Không đồng ý	Phân vân	Đồng ý	Rất đồng ý
Nhận xét chung về mục tiêu khóa học	0,0	0,0	52,9	47,1
Đánh giá chung về kết quả khóa học	0,0	0,0	45,1	54,9

Nhận xét: hầu hết “Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu” và “Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt” ở mức đồng ý và rất đồng ý. Không có ai phản đối hay phân vân.

3.2.2. Đáp ứng với thực tế của khóa đào tạo liên tục

Bảng 3.22. Phù hợp với nội dung chuyên môn

Mức độ	Rất phù hợp	Phù hợp	Không phù hợp
Số người (n=105)	86	12	7
Tỷ lệ %	81,9%	11,4%	6,7%

Nhận xét:

Tỷ lệ NVYT tham gia can thiệp ĐTLT YHCT cho rằng nội dung đào tạo rất phù hợp với nội dung chuyên môn là 81,9%. Trong khi đó tỷ lệ người cho là phù hợp là 11,4% và không phù hợp là 6,7%.

Bảng 3.23. Thời gian tập huấn so với yêu cầu của người học

Nhu cầu	Đã cung cấp	Yêu cầu	
	3 ngày	< 3 ngày	≥ 3 ngày
Số người (n=105)	105	4	101
Tỷ lệ %	100%	3,8%	96,2%

Nhận xét:

100% NVYT được tham gia đào tạo liên tục trong vòng 3 ngày. Nhu cầu thực tế của nhóm đối tượng can thiệp là 96,2% so với nhu cầu đào tạo trước khảo sát là 96,2% đối với khoảng thời gian là ≥3 ngày.

Bảng 3.24. Đánh giá mức đáp ứng của nội dung bài giảng.

Trình độ người học Nội dung tập huấn	Đại học, trên đại học		Dưới Đại học		p
	n	%	n	%	
Vừa đủ	24	61,5	60	90,9	<0,01
Thiếu	15	38,5	6	9,1	
Tổng số	39	37,1	66	62,9	

Nhận xét: Tỷ lệ NVYT cho rằng, nội dung đào tạo vừa đủ ở trình độ dưới đại học nhiều hơn đại học 90,91% so với 61,54%, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

Bảng 3.25. Tỷ lệ hài lòng của NVYT về nội dung kiến thức YHCT

Nội dung	Đồng ý		Không Đồng ý	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
Kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương	75	71,4%	30	28,6%
Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương	89	84,8%	16	15,2%
Kiến thức trong bài nghiệm phương	81	77,1%	24	22,9%
Kiến thức về chế phẩm thuốc	101	96,2%	4	3,8%
Kiến thức về phác đồ huyết	79	75,2%	26	24,8%

Nhận xét:

Tỷ lệ NVYT tham gia đào tạo hài lòng với nội dung bài giảng kiến thức liên quan đến chế phẩm thuốc có tỷ lệ cao nhất (96,2%), đứng thứ hai là nội dung về kiến thức về vị thuốc trong bài cổ phương (84,8%), thấp nhất là nội dung kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương.

Bảng 3.26. Tỷ lệ hài lòng của NVYT về nội dung kỹ năng YHCT

Nội dung	Đồng ý		Không Đồng ý	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
Kỹ năng kê đơn	101	96,2%	4	3,8%
Kỹ năng tư vấn	83	79,0%	22	21,0%
Kỹ năng châm cứu	78	74,3%	27	25,7%
Kỹ năng xoa bóp	77	73,3%	28	26,7%

Nhận xét:

Tỷ lệ NVYT tham gia đào tạo hài lòng với nội dung bài giảng kỹ năng liên quan đến kỹ năng kê đơn có tỷ lệ cao nhất (96,2%), đứng thứ hai là nội dung về kỹ năng tư vấn (79%) và thấp nhất là nội dung về kỹ năng xoa bóp (73,3%).

3.2.3. Đánh giá trình độ chuyên môn của nhân viên y tế trước và sau can thiệp

Để đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp, tiến hành đánh giá so sánh tổng thể về trình độ chuyên môn về kiến thức và kỹ năng của NVYT trước và sau khi can thiệp, đánh giá dựa trên bảng kiểm, thang điểm 1 cho câu trả lời đúng, trả lời sai là 0 điểm.

Tổng điểm cho phần đánh giá kiến thức là 20 điểm, trong đó loại C: 0 – 9 điểm (chưa đạt), loại B: 10 – 14 điểm (trung bình), loại A: 15 – 20 điểm (loại tốt).

Tổng điểm cho phần đánh giá kỹ năng là 45 điểm, trong đó loại C: 0 – 21 điểm (chưa đạt), loại B: 22 – 31 điểm (trung bình), loại A: 32 – 45 điểm (loại tốt).

Bảng 3.27. Kiến thức YHCT của NVYT trước và sau can thiệp

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ	
Loại A	20	19%	39	37%	<0,01*
Loại B	30	28%	37	35%	
Loại C	55	53%	29	28%	
Điểm số trung bình	12,2 ± 3,6		13,9 ± 4,0		<0,01**

(*) Kiểm định χ^2

(**) Kiểm định T-test

Nhận xét:

Tỷ lệ kiến thức của NVYT trước và sau khi can thiệp đạt loại A tăng rõ rệt (19% trước can thiệp so với 37% sau can thiệp), tiếp đó là loại B từ 28% tăng lên 35%, loại C từ 53% xuống 28% (với $p < 0,01$).

Điểm trung bình đạt được sau can thiệp là $13,9 \pm 4,0$ điểm so với $12,2 \pm 3,6$ điểm trước can thiệp ($p < 0,01$).

Bảng 3.28. Kỹ năng YHCT của nhân viên y tế trước và sau khi can thiệp

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ	
Loại A	13	13%	21	20%	<0,01*
Loại B	39	37%	57	54%	
Loại C	53	50%	27	26%	
Điểm số trung bình	$26,8 \pm 4,1$		$29,8 \pm 3,8$		<0,01**

(*) Kiểm định χ^2

(**) Kiểm định T-test

Nhận xét:

Tỷ lệ kỹ năng của NVYT trước khi can thiệp và sau khi can thiệp có sự cải thiện lần lượt loại A (13% lên 20%), loại B (37% lên 54%), còn loại C giảm từ 54% xuống 26%. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Điểm trung bình về kỹ năng YHCT sau đào tạo cao hơn so với trước khi can thiệp, lần lượt là $29,8 \pm 3,8$ điểm và $26,8 \pm 4,1$ điểm, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

3.2.4. Đánh giá hiệu quả chương trình ĐTLT YHCT sau 1 năm can thiệp

Đánh giá kiến thức và kỹ năng của NVYT sau 1 năm can thiệp, nghiên cứu dựa trên kết quả khảo sát thực trạng trong CSSK cho nhân dân tại các Khoa YHCT của Bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa, đặc biệt nhu cầu của NVYT về kiến thức các bài thuốc và các phương pháp không dùng thuốc chiếm đa số.

Bảng 3.29. Hiệu quả về kiến thức YHCT từ trung bình đến tốt của NVYT

Chỉ số		Trước can thiệp (1/2019)		Sau can thiệp 1 năm (1/2020)		CSHQ	p
		n	%	n	%		
Kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương	Từ trung bình đến tốt	83	78,7	88	84,2	7%	>0,05
	Yếu kém	22	21,3	17	15,8		
Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương	Từ trung bình đến tốt	12	11,6	69	66	469%	<0,01
	Yếu kém	93	88,4	36	34		
Kiến thức trong bài nghiệm phương	Từ trung bình đến tốt	19	17,9	53	50,3	181%	<0,01
	Yếu kém	86	82,1	52	49,7		
Kiến thức về chế phẩm thuốc	Từ trung bình đến tốt	74	70,3	98	93	32%	<0,05
	Yếu kém	31	29,7	7	7		
Kiến thức về phác đồ huyết	Từ trung bình đến tốt	61	58,3	69	65,7	13%	>0,05
	Yếu kém	44	41,7	36	34,3		

Nhận xét:

Kiến thức từ trung bình đến tốt về vị thuốc YHCT đối với bài thuốc cổ phương, kiến thức đối với bài nghiệm phương và kiến thức về chế phẩm thuốc của NVYT có cải thiện so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa ($p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp cao nhất ở kiến thức về vị thuốc trong bài thuốc cổ phương, kiến thức trong bài thuốc nghiệm phương và kiến thức về chế phẩm thuốc (lần lượt là 469%, 181% và 32%).

Bảng 3.30. Hiệu quả về kiến thức YHCT tốt của nhân viên y tế

Chỉ số		Trước can thiệp (1/2019)		Sau can thiệp 1 năm (1/2020)		CSHQ	p
		n	%	n	%		
Kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương	Đạt tốt	70	66,7	77	73,7	10%	>0,05
	Không đạt	35	33,3	28	26,3		
Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương	Đạt tốt	2	2	28	26,7	1235%	<0,01
	Không đạt	103	98	77	73,3		
Kiến thức trong bài nghiệm phương	Đạt tốt	3	3	27	25,6	753%	<0,01
	Không đạt	102	97	78	74,4		
Kiến thức về chế phẩm thuốc	Đạt tốt	13	12,4	48	45,6	268%	<0,05
	Không đạt	92	87,6	57	54,4		
Kiến thức về phác đồ huyết	Đạt tốt	12	11,5	13	12,4	8%	>0,05
	Không đạt	93	88,5	92	87,6		

Nhận xét:

Kiến thức của NVYT cả bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng đạt tốt về vị thuốc YHCT trong bài thuốc cổ phương, kiến thức trong bài nghiệm phương và kiến thức về chế phẩm thuốc của NVYT có cải thiện sau can thiệp so với trước can thiệp. Mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp cao nhất ở kiến thức về vị thuốc trong bài thuốc cổ phương, kiến thức trong bài thuốc nghiệm phương và kiến thức về chế phẩm thuốc (mức thay đổi tương đối so với trước đào tạo lần lượt là 12 lần, 7,5 lần và 2,6 lần). Kiến thức tốt về chỉ định các vị trong bài thuốc cổ phương và về huyết vị rất ít thay đổi, tỷ lệ chưa tốt vẫn còn tới 33% đến 88%.

Bảng 3.31. Hiệu quả về kỹ năng YHCT từ trung bình đến tốt của NVYT

Chỉ số		Trước can thiệp (1/2019)		Sau can thiệp 1 năm (1/2020)		CSHQ	p
		n	%	n	%		
Kĩ kê đơn	Từ trung bình đến tốt	86	82,5	92	87,7	6%	>0,05
	Yếu kém	18	17,5	13	12,3		
Kĩ năng tư vấn	Từ trung bình đến tốt	50	48,1	78	74,5	55%	<0,01
	Yếu kém	54	51,9	27	25,5		
Kĩ năng châm cứu	Từ trung bình đến tốt	23	21,6	62	58,7	172%	<0,01
	Yếu kém	82	78,4	43	41,3		
Kĩ năng xoa bóp	Từ trung bình đến tốt	50	48	78	74,8	56%	<0,01
	Yếu kém	55	52	26	25,2		

Nhận xét:

Kĩ năng châm cứu, kĩ năng xoa bóp và kĩ năng tư vấn của NVYT có cải thiện sau can thiệp so với trước can thiệp. Mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Hiệu quả can thiệp cao nhất ở kĩ năng châm cứu và kĩ năng xoa bóp (lần lượt là 172%, 56% và 55%).

Bảng 3.32. Hiệu quả về kỹ năng YHCT tốt của NVYT

Chỉ số		Trước can thiệp (1/2019)		Sau can thiệp 1 năm (1/2020)		CSHQ	p
		n	%	n	%		
Kĩ năng kê đơn	Đạt tốt	20	19,4	24	22,5	16%	>0,05
	Không đạt	85	80,6	81	77,5		
Kĩ năng tư vấn	Đạt tốt	14	13,6	12	11,3	-17%	>0,05
	Không đạt	91	86,4	93	88,7		
Kĩ năng châm cứu	Đạt tốt	3	2,7	27	25,6	848%	<0,01
	Không đạt	102	97,3	78	74,4		
Kĩ năng xoa bóp	Đạt tốt	16	15,6	20	19,1	22%	<0,01
	Không đạt	89	84,4	84	80,9		

Nhận xét:

Chỉ số hiệu quả can thiệp cao nhất ở kỹ năng châm cứu rõ nhất so với trước can thiệp (CSHQ =848%) tuy nhiên tỷ lệ đạt mức tốt còn rất thấp 22,5% ($p<0,01$). Tương tự như thế sau 1 năm, kỹ năng châm cứu tốt vẫn chỉ đạt 25,6% ($p<0,05$), kỹ năng xoa bóp đạt 19,1%, thậm chí kỹ năng tư vấn lại kém hơn trước (11,3% so với 13,6%)

3.2.5. Tác động của đào tạo liên tục

Đánh giá tác động của hoạt động ĐTLT là một công việc khó khăn và phức tạp, tuy nhiên là hết sức cần thiết, một chương trình ĐTLT có chất lượng tốt hay không thì sau đào tạo, người học có áp dụng được những nội dung học được hay không vào công việc thực tế của mình và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người dân có được nâng lên hay không.

Đã có hình thức đánh giá tác động của các chương trình ĐTLT song hình thức đánh giá chủ yếu là lồng ghép và kết hợp nhưng bước đầu cho thấy các chương trình được tổ chức có hiệu quả thiết thực.

Bảng 3.33. Áp dụng kiến thức và kỹ năng của can thiệp trong công tác truyền truyền (n=105)

Đặc điểm	n	%
Hướng dẫn lại kiến thức và kỹ năng cho đồng nghiệp sau đào tạo	88	83,5
Tham gia vào tuyên truyền y học cổ truyền cho người dân	100	95,1

Nhận xét:

Tỷ lệ NVYT sử dụng kiến thức và kỹ năng được đào tạo trong chương trình đào tạo liên tục về YHCT để chia sẻ cho đồng nghiệp chiếm tỷ lệ cao, chiếm 83,5%. Trong khi đó, tỷ lệ NVYT sử dụng kết quả của chương trình đào tạo liên tục trong tuyên truyền, phổ biến kiến thức về YHCT cho người dân đạt gần như tuyệt đối (95,1%).

Hộp 13: *Lúc đi học là một phần, thực tế đi làm lại khác nhưng qua lớp tập huấn thì thấy thiết thực. Sau khi tham gia khóa học ĐTLT về tôi thấy bản thân tôi và các bộ khác trong bệnh viện đều rất vững vàng chuyên môn. Nếu không học thì còn mơ màng, khi đi học về vừa có kiến thức, kỹ năng vững vàng vừa có tài liệu nên chúng tôi áp dụng thấy rất có kết quả (PVS-HV)*

Các học viên từng tham gia khóa học ĐTLT đều đánh giá các chương trình đào tạo giúp họ củng cố kiến thức, kỹ năng để họ có thể áp dụng tốt hơn vào công việc chuyên môn của mình.

Hộp 14: *Tôi đã công tác tại bệnh viện này được 5 năm, tuy vậy tôi cũng chưa tham gia bất cứ khoa học ĐTLT nào. Nhiều khi thấy mình cũng hổng rất nhiều về kiến thức, kỹ năng, trong khi đó kiến thức y khoa hiện đại nói chung cũng như y học cổ truyền nói riêng luôn được phát triển mở rộng. Vì vậy, sau khi được tham gia ĐTLT về YHCT giúp tôi có đầy đủ kiến thức và kỹ năng để trả lời các câu hỏi của người bệnh và xử trí được các tình huống bệnh đa dạng hơn so với đây. (PVS-HV)*

Đối với một số học viên chưa từng tham gia bất cứ khóa học ĐTLT nào, họ cảm thấy chưa tự tin về kiến thức, kỹ năng của mình. Do vậy sẽ ảnh hưởng ít nhiều đến hiệu quả công việc của họ. Qua khoa học, họ cũng thu thập được các kiến thức và kỹ năng cần thiết trong việc xử trí chuyên môn trong khám chữa bệnh YHCT.

3.2.6. Những kiến nghị đề xuất của các bên liên quan cho công tác đào tạo liên tục

Nội dung cuối cùng của một kế hoạch tổ chức đào tạo là đánh giá rút kinh nghiệm sau khi kết thúc khóa học. Các thành viên tham gia đánh giá bao

gồm: bên xây dựng và thực hiện chương trình, bên thụ hưởng chương trình và Quản lý chương trình. Qua đó có những kiến nghị đề xuất giúp công tác tổ chức ĐTLT ngày một hoàn thiện và đạt hiệu quả hơn nữa.

Hộp 15: *Nên hỗ trợ kinh phí quản lý lớp học cho các cán bộ quản lý, mức hỗ trợ cho biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo hiện nay rất thấp. Cũng cần có những bộ tài liệu ĐTLT chuẩn từ Bộ Y tế để chúng tôi tham khảo. (PVS-CBQL)*

Về phía cán bộ quản lý có đề xuất hỗ trợ kinh phí cho các cán bộ quản lý ĐTLT và tăng mức chi trả cho công tác biên soạn chương trình đạo; cùng với đó là cần có bộ tài liệu ĐTLT chuẩn từ Bộ Y tế để các đơn vị tổ chức lớp có thể tham khảo đưa vào tài liệu học tập của lớp.

Hộp 16: *Nên có hỗ trợ kinh phí cho những người đi học ở xa, với bọn mình ở gần thì coi như không có vấn đề gì mấy nhưng những người ở huyện xa như Triệu Sơn, ... thì đi học sẽ rất vất vả cho mọi người. Vì vậy mình cũng mong cơ quan đơn vị tạo điều kiện giúp đỡ, hỗ trợ kinh phí giúp anh em yên tâm học hành và trở về công tác. (PVS-HV)*

Phía học viên cũng đề xuất tăng mức hỗ trợ cho cán bộ đi học nhất là những học viên ở xa, điều kiện còn khó khăn như những huyện miền núi. Mức hỗ trợ có thể được thực hiện chia theo hoảng cách chứ không nhất thiết bằng nhau.

Hộp 17: *Nên tăng cường thực hành tại bệnh viện, anh em đi về cũng có phản ánh học lý thuyết thì tốt nhưng phần thực hành thì hơi hạn chế. Nhất là thực hành châm cứu hiện đại, điện châm trong châm cứu. Mình thấy các khóa học thực hành về vấn đề này chưa có, hay thông tin ít hay sao đó. Thầy tích cực nhưng trò cũng cần tích cực. Quan điểm của mình là học phải có thực hành chất lượng khóa học mới tốt được. (PVS-HV)*

Học viên cũng có ý kiến nên tăng cường phần thực hành tại bệnh để các học viên có thể được quan sát trực tiếp, lý thuyết gắn liền thực tiễn.

Hộp 18: *Đánh giá đầu ra cấp chứng chỉ cần nghiêm túc hơn. Câu hỏi cần logic và có độ khó hơn nữa để có thể phân loại học viên. Với lại cần có quy định là nếu anh đi học mà anh không được cấp chứng chỉ thì đó là không hoàn thành nhiệm vụ, phải có hình thức kỷ luật thích đáng từ đó cũng thúc đẩy học viên học hành nghiêm túc hơn nữa. Đó là đối với những trường hợp được đơn vị cử đi. Song những trường hợp tự đi cũng cần tạo điều kiện cho họ nhiều hơn nữa như linh hoạt giờ trực chẳng hạn. (PVS-HV)*

Công tác đánh giá và cấp chứng chỉ ĐTLT cũng được học viên đề xuất cần thực hiện nghiêm túc hơn. NVYT đi học cũng là một nhiệm vụ nên nếu không đạt yêu cầu thì không cấp chứng chỉ và như vậy cán bộ đó sẽ không hoàn thành nhiệm vụ.

Hộp 19: *Tại bệnh viện huyện hàng ngày thường tiếp nhận khám và điều trị nhiều bệnh, chứng thông thường như đau đầu, đau vai gáy, đau thần kinh tọa, suy nhược cơ thể, mất ngủ, táo bón ...đo đó nguyện vọng của cán bộ y tế chúng tôi muốn sử dụng thành thạo các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, hướng dẫn người bệnh luyện tập dưỡng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị. Các cán bộ công tác tại khoa y học cổ truyền của bệnh viện còn ít có cơ hội được học tập, bồi dưỡng cũng như tập huấn các kiến thức về YHCT. Chúng tôi kiến nghị rằng trong thời gian tới Bộ Y tế có chính sách quan tâm hơn nữa tới cán bộ công tác tại tuyến y tế cơ sở đặc biệt là các cán bộ có nhu cầu được khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ. (PVS-HV)*

Các học viên đa từng học hay chưa học đều muốn tham gia hơn nữa các khóa học đào tạo LTLT về khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ từ đó góp phần nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Hộp 20: Hiện nay các tài liệu hướng dẫn chăm sóc sức khỏe bằng YHCT còn quá ít, trong khi đó các chương trình khác như sức khỏe sinh sản, dân số, phòng chống dịch bệnh... có nhiều ấn phẩm, tài liệu, các bộ tranh tuyên truyền, băng, đĩa hình... và có kinh phí cho các hoạt động truyền thông. Trong khi đó YHCT hầu như không có kinh phí, cũng như tài liệu dành cho tuyên truyền do đó khi tư vấn về sử dụng YHCT, các nhân viên y tế chủ yếu là tư vấn trực tiếp qua hình thức người bệnh đến khám bệnh tại TYT xã hay bệnh viện huyện được cán bộ y tế tư vấn, tuy nhiên nội dung tư vấn chưa sâu, chính vì vậy hoạt động truyền thông về sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở và cộng đồng chưa thực sự hiệu quả. (PVS-HV)

Ngoài mong muốn về học tập tham gia các khóa ĐTLT, các học viên đang công tác trong lĩnh vực YHCT cũng mong muốn các cấp các ngành quan tâm hơn nữa đến lĩnh vực này để từ đó YHCT cũng như YHHD phục vụ nhân dân một cách tốt nhất.

Qua phỏng vấn sâu, các ý kiến đều cho rằng để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ YHCT và thu hút bệnh nhân đến khám và điều trị bằng YHCT tại bệnh viện tuyến huyện thì cần phải có cán bộ giỏi chuyên môn về YHCT, có các trang thiết bị về YHCT, có nhiều loại thuốc YHCT để điều trị nhiều loại bệnh. Đặc biệt đối với người nghèo tại các xã vùng sâu, vùng xa số người có nhu cầu được khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện là rất lớn. Việc có cán bộ giỏi về YHCT thì hoạt động đào tạo cũng như thu hút nhân lực cần phải được chú trọng hơn nữa trong lĩnh vực này.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Phân tích thực trạng đào tạo liên tục về YHCT cho nhân viên y tế bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa

Thực trạng đào tạo liên tục là cơ sở để có thể đề xuất các biện pháp can thiệp đào tạo liên tục nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng của nhân viên y tế tại khoa YHCT tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa. Thực trạng về hiểu biết, sự tham gia và nhu cầu đào tạo liên tục YHCT giúp chương trình can thiệp có thể đáp ứng cao nhất với những đặc điểm về hiểu biết, kinh nghiệm và nhu cầu của học viên đối với chương trình can thiệp đào tạo liên tục YHCT. Như vậy, hiệu quả của can thiệp sẽ được nâng cao.

4.1.1. Đặc điểm của nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực YHCT tại bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa

Theo định nghĩa nhân lực y tế của WHO, ở Việt Nam các nhóm đối tượng được coi là “Nhân lực y tế” sẽ bao gồm các cán bộ, NVYT thuộc biên chế và hợp đồng đang làm trong hệ thống y tế công lập (bao gồm cả quân y), các cơ sở đào tạo và nghiên cứu khoa học y/dược và tất cả những người khác đang tham gia vào các hoạt động quản lý và cung ứng dịch vụ CSSK nhân dân (nhân lực y tế tư nhân, các cộng tác viên y tế, lang y và bà đỡ/mụ vườn)⁷¹.

Về giới tính qua kết quả nghiên cứu cho thấy nữ giới chiếm tỷ lệ 65% cao hơn so với nam giới 35% (bảng 3.1) chúng tôi thấy rằng kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với báo cáo của các bệnh viện YHCT qua các báo cáo. Điều này cho thấy một trong những khó khăn của các bệnh viện YHCT là nhân lực tập trung chính là nữ giới (chiếm tỷ lệ 2/3).

Qua nghiên cứu cho thấy phần lớn cán bộ YHCT có độ tuổi dưới 30 tuổi (39,3%) và 30 – 40 (chiếm 38,9%), chỉ một lượng nhỏ cán bộ có độ tuổi > 50 chiếm 10% (biểu đồ 3.1). Như vậy, nhân lực NVYT công tác trong lĩnh vực YHCT tại địa điểm nghiên cứu chủ yếu là cán bộ trẻ và trung tuổi. Đây là điểm rất thuận lợi để có thể thực hiện các can thiệp đào tạo liên tục cho NVYT. NVYT trẻ vẫn có sự quan tâm nhất đến lĩnh vực YHCT và sự sẵn sàng trong đào tạo liên tục nâng cao năng lực trong công tác chăm sóc điều trị bệnh bằng YHCT. Kết quả này cũng tương tự như số liệu điều tra thực trạng nhân lực YDCT năm 2009 của Bộ Y tế^{95,96}.

Phân tích trình độ chuyên môn chung của các cán bộ YHCT tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa cho thấy trình độ chuyên môn chủ yếu ở đây là Bác sĩ YHCT 22,1%; y sĩ chiếm 34,3%. Đây là hai nguồn nhân lực chính trong tất cả các bệnh viện tuyến huyện. Như vậy trình độ sau đại học của cán bộ YHCT công tác tại bệnh viện tuyến huyện còn rất hạn chế. Đây cũng là khó khăn về mặt trình độ để phát triển YHCT tại tỉnh Thanh Hóa, tuy nhiên có thể thấy đây là nguồn đối tượng y tế cần được chú trọng đào tạo liên tục trong thời gian tới.

Có 214/280 NVYT được khảo sát trong biên chế, đây vừa là thuận lợi và cũng vừa là hạn chế trong việc đào tạo liên tục cải thiện trình độ chuyên môn và kỹ năng cho cán bộ y tế tại địa phương. Thuận lợi là ngành y tế sẽ có nguồn lao động ổn định, tuy nhiên việc vào biên chế cũng có thể là rào cản các NVYT phấn đấu và mong muốn được đào tạo. Cơ quan chủ quản cần chú ý để có được các chính sách và chủ trương đào tạo phù hợp thu hút được các NVYT chuyên ngành YHCT tham gia. Về chuyên môn y tế, những vùng khó khăn và tuyến y tế cơ sở có NVYT trình độ thấp hơn, có nhu cầu được củng cố, cập nhật và nâng cao trình độ cao hơn nơi khác. Chính phủ đã có chương

trình đầu tư lớn để xây dựng, cải tạo, nâng cấp cơ sở y tế tuyến huyện, xã, cả về KCB và tuyến xã thuộc vùng khó khăn⁹⁷. Trong đó có cả mục tiêu nâng cao năng lực chuyên môn, kỹ thuật của NVYT, ưu tiên tập trung đào tạo, bồi dưỡng ngay trong 2 năm đầu thực hiện Đề án để kịp có cán bộ đủ năng lực sử dụng, phát huy hiệu quả của trang thiết bị được đầu tư mới.

Hiện nay, hệ thống đào tạo chuyên môn YHCT cho NVYT đang công tác tại YHCT tại bệnh viện đa khoa tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa bao gồm các trường đại học, cao đẳng, các bệnh viện trung ương, bệnh viện tỉnh, thành phố. Cả nước có 21 trường đại học y, dược công lập (17 trường thuộc dân sự, 1 trường thuộc quân đội) và 3 trường/khoa y đại học tư thục. Các trường này đào tạo một, một số hoặc nhiều loại cán bộ y dược khác nhau. Hầu hết các tỉnh đều có trường trung cấp hoặc cao đẳng y tế. Có 30 trường cao đẳng ở 30 tỉnh đào tạo cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y học, xét nghiệm y học. Có 35 trường trung cấp y tế ở 35 tỉnh đào tạo NVYT trình độ trung cấp và sơ học⁹⁸. Nhìn chung, số trường y tế phát triển rộng khắp trên toàn quốc. Hình thức đào tạo đa dạng, trong đó phổ biến là 2 hình thức: tập trung chính quy và chuyên tu/ tại chức. Các hình thức đào tạo khác nhau cũng dẫn đến chất lượng NVYT khác nhau. Hình thức tập trung chính quy tạo ra được lớp NVYT tương đối đồng đều về chất lượng còn hình thức đào tạo chuyên tu/tại chức thì có sự khác biệt về chất lượng của học viên sau khi ra trường.

4.1.2. Thực trạng kiến thức về đào tạo liên tục tại các bệnh viện YHCT tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa

Dù Nhà nước đã ban hành Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/08/2013 hướng dẫn công tác đào tạo liên tục và Thông tư số 26/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT

nhưng vẫn còn nhiều bất cập như: thiếu cơ chế kiểm định chất lượng của các chương trình đào tạo, thiếu cơ chế hình thức xử phạt nếu NVYT không tham gia, thiếu sự điều phối chung để các chương trình diễn ra có hiệu quả²⁰.

Các chủ đề của các lớp đào tạo ngắn hạn do Bộ Y tế chủ trì được xác định để đáp ứng nhu cầu cải cách hành chính công, như quản lý hành chính nhà nước, nguyên lý quản lý bệnh viện, kỹ năng lãnh đạo, hội nhập kinh tế quốc tế và nguyên lý cơ bản về kinh tế y tế. Bộ Y tế đã thành lập Ban Đào tạo lại, với sự tham gia của Vụ Tổ chức - Cán bộ, Cục Khoa học Công nghệ & Đào tạo và một số đơn vị tham gia đào tạo như Đại học Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Y tế Công cộng thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm tin học Bộ Y tế, dưới sự lãnh đạo của Thứ trưởng phụ trách công tác đào tạo. Đại học Y tế Công cộng và Viện Vệ sinh y tế Công cộng TP Hồ Chí Minh là hai đơn vị được phân công tổ chức thực hiện các lớp đào tạo lại cho hai miền Bắc và Nam. Ngoài ra chúng ta còn các đơn vị đào tạo liên tục khác như Trung tâm đào tạo theo nhu cầu xã hội, Trường Đại học Y Hà Nội hay đơn vị ĐTLT Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Trong tương lai sẽ có nhiều đơn vị đào tạo liên tục khác thuộc khối ngành Y Dược sẽ cùng tham gia vào quá trình đào tạo.

Trong giai đoạn thực hiện tự chủ theo Nghị định 43, các cán bộ lãnh đạo của các đơn vị có nhu cầu được học tập thêm nhiều về kỹ năng quản lý. Bộ Y tế hiện đang có định hướng chuẩn hoá một số kỹ năng lãnh đạo và quản lý bắt buộc đối với cán bộ lãnh đạo và quản lý. Ngoài ra thông tư số 22/2013/TT-BYT cũng đã chỉ rõ¹⁹:

- Cán bộ y tế đã được cấp chứng chỉ hành nghề và đang hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có nghĩa vụ tham gia đào tạo liên tục tối thiểu 48 tiết học trong 2 năm liên tiếp.

- Cán bộ y tế không thuộc trường hợp qui định tại Khoản 1 Điều 5 có nghĩa vụ tham gia đào tạo liên tục tối thiểu 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, trong đó mỗi năm tối thiểu 12 tiết học.

- Cán bộ y tế là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện đủ nghĩa vụ đào tạo trong 2 năm liên tiếp theo quy định tại Thông tư này còn bị thu hồi chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Như vậy thông tư số 22/2013/TT-BYT đã chỉ rõ việc bắt buộc NVYT cần phải tham gia các lớp ĐTLT. Song trên thực tế các NVYT tham gia các lớp ĐTLT còn rất hạn chế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 245/280 NVYT biết về đào tạo liên tục YHCT chiếm 85%, trong khi đó chỉ có 168/280 NVYT đã được ĐTLT YHCT chiếm 60% trong vòng 5 năm qua (Bảng 3.5). Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Yên Bình năm 2013 (36% NVYT đã được nghe về đào tạo liên tục)³⁹. Tỷ lệ NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể là do sự ban hành thông tư số 22/2013/TT-BYT về việc yêu cầu bắt buộc NVYT phải tham gia hoạt động đào tạo liên tục. Khi đó, nghiên cứu của Trịnh Yên Bình đầu năm 2013 khi mà thông tư còn chưa có hiệu lực. Tuy nhiên kết quả của cả 2 nghiên cứu đều cho thấy NVYT tham gia các lớp ĐTLT vẫn còn rất thấp. Trong khi đó, tỷ lệ NVYT cập nhật kiến thức YHCT thường xuyên bằng nhiều hình thức: bao gồm tham gia các lớp đào tạo ngắn hạn, dài hạn, các hội thảo, tự đọc tài liệu chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 85% (Biểu đồ 3.5). Tuy nhiên, nguồn thông tin cập nhật thường xuyên chủ yếu là tự tìm hiểu/ đọc tài liệu 72,5%, trong khi đó đào tạo tập huấn thấp hơn, chiếm 56,8% (Bảng 3.4).

Theo bảng 3.14 cho thấy, NVYT thuộc nhóm tuổi từ 30t – 40t và > 50t hiểu biết về đào tạo YHCT chỉ lần lượt bằng 0,35 lần (KTC 95%: 0,13 -

0,88) và 0,29 lần (KTC 95%: 0,09 - 0,91) so với nhóm cán bộ YHCT có nhóm tuổi < 30 tuổi. Như đã đề cập ở trên, NVYT trẻ tại bệnh viện tuyến huyện vẫn có sự quan tâm nhất định đến YHCT và đào tạo liên tục về YHCT để tiếp tục trau dồi kỹ năng và nâng cao kiến thức. Các cán bộ trẻ với những ưu điểm là tính năng động cao, thích nghi và đáp ứng nhanh là một yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của bệnh viện nói chung và khoa YHCT nói riêng³⁹. Các cán bộ có thâm niên công tác trong ngành Y từ 6-10 năm có kiến thức về ĐTLT YHCT bằng 3,45 (KTC 95%: 1,18 - 10,8) lần so với NVYT có thâm niên ≤ 5 năm. Như vậy, nhân lực NVYT công tác trong lĩnh vực YHCT tại địa điểm nghiên cứu chủ yếu là cán bộ có thâm niên công tác ngắn tại bệnh viện nơi nghiên cứu. Đây là điểm rất thuận lợi để có thể thực hiện các can thiệp đào tạo liên tục cho NVYT. Đối với một cơ sở y tế tuyến đầu trong hệ thống y tế, chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ y tế chất lượng cho nhân dân, đòi hỏi cần có kiến thức và kỹ năng tốt, đặc biệt là về YHCT. Do vậy, những cán bộ trẻ với thâm niên công tác thấp thường xuyên được bổ sung liên tục kiến thức và kỹ năng. Đó chính là lý do, ở thời điểm hiện tại kiến thức về đào tạo liên tục YHCT của nhóm tuổi dưới 30 cao hơn các nhóm tuổi còn lại.

NVYT là người dân tộc ít người có kiến thức về ĐTLT YHCT chỉ bằng 0,2 lần so với NVYT là người dân tộc Kinh (KTC 95%: 0,1 - 0,6). Yếu tố dân tộc vẫn được xem là một trở ngại trong việc tiếp cận các thông tin về kiến thức nói chung, cũng như kiến thức về Y Khoa nói riêng. Đối với các khu vực khó khăn, việc thực hiện tổ chức các lớp ĐTLT YHCT không phải dễ thực hiện. Ngoài ra, sự thiếu thốn về mặt kinh phí cũng gây nên việc thiếu kiến thức cơ bản về ĐTLT YHCT. Có nơi có kinh phí (theo đề án 1816), nhưng không thực hiện được các lớp đào tạo do sự khó tiếp cận các khu vực xa xôi,

dân tộc ít người. Việc tiếp cận các thông tin liên quan đến đào tạo liên tục và đào tạo liên tục về YHCT nhìn chung khó tiếp cận với những địa bàn vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, không thuận tiện về giao thông. Trong khi đó, các lớp đào tạo liên tục chủ yếu là các lớp đào tạo ngắn ngày tại chỗ do sự hỗ trợ của các cấp y tế tuyến trên¹⁴. Mặt khác, nhiều cơ sở y tế không thể tranh thủ cơ hội cử người đi học nâng cao năng lực. Do các cơ sở y tế tuyến dưới thiếu cán bộ, nên nếu cử cán bộ đi học theo Quyết định 225/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, hoặc những chương trình đào tạo khác, thì không có người thực hiện nhiệm vụ chuyên môn⁹⁹. Do vậy, việc đưa các lớp đào tạo liên tục nói chung, cũng như các lớp đào tạo liên tục YHCT nói riêng đến các địa bàn xa xôi hẻo lánh vẫn đang là một bài toán nan giải, cần các giải pháp xuyên suốt và đồng bộ để giải quyết. Trong đó, việc cần phải có chế độ đầu tư đủ và địa điểm, thời gian đào tạo phải thuận lợi đối với người học là vô cùng quan trọng.

NVYT có trình độ đại học có kiến thức đào tạo liên tục về YHCT cao hơn 3,39 lần (KTC 95%: 1,11 - 13,8) so với NVYT có trình độ Trung cấp (82,1%).

Nhân viên hợp đồng có kiến thức về ĐTLT YHCT chỉ bằng 0,33 lần (KTC 95%: 0,14 - 0,76) so với nhân viên được biên chế. Mọi bệnh viện luôn ưu tiên việc đào tạo nâng cao năng lực cho nhân viên y tế được biên chế trong bệnh viện. Vì đó là một phần trong tiêu chí để duy trì chứng chỉ hành nghề của NVYT²⁰.

Đối với những NVYT được cập nhật không thường xuyên kiến thức chuyên môn cũng có kiến thức về ĐTLT YHCT bằng 0,11 lần (KTC 95%: 0,04 - 0,26) so với NVYT cập nhật kiến thức chuyên môn thường xuyên.

Điều này là dễ hiểu khi mà khả năng được tiếp cận thông tin về ĐTLT YHCT sẽ cao hơn khi NVYT thường xuyên tự tìm hiểu hoặc cập nhật thông tin chuyên môn. Ngoài ra, thông tin về ĐTLT YHCT cũng có thể được lồng ghép trong các chương trình đào tạo về chuyên môn và quản lý như một phần của việc phổ biến các thông tin về việc đánh giá năng lực thường xuyên bằng các khóa đào tạo liên tục²⁰.

4.1.3. Thực trạng tham gia các khóa đào tạo liên tục tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa

Theo nghiên cứu của chúng tôi, khả năng tham gia các lớp đào tạo liên tục vẫn còn dư địa rất lớn, do tỷ lệ NVYT đã từng được tham gia đào tạo liên tục, chiếm tỷ lệ thấp, chỉ 60% (theo bảng 3.5). Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả tỷ lệ ĐTNC đã tham gia khóa ĐTLT YHCT khả quan hơn nghiên cứu của Trịnh Yên Bình năm 2013. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Trịnh Yên Bình chỉ ra rằng 64,2% NVYT chưa được đào tạo bổ sung chuyên môn, nâng cao kỹ năng, nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là bác sĩ chủ yếu là: kiến thức về thuốc YHCT, nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh và nâng cao kiến thức về chẩn đoán. Thêm vào đó, thực trạng đào tạo liên tục là số lượng cán bộ y tế được đào tạo bổ sung thực hành chiếm tỷ lệ thấp, cán bộ y tế hợp đồng tại bệnh viện thì khả năng được tham gia đào tạo liên tục thấp hơn NVYT biên chế chính thức (nhân viên hợp đồng thì cơ hội được đã tham gia khóa ĐTLT YHCT chỉ bằng một nửa so với người biên chế tại bệnh viện. Hàng năm, mỗi bệnh viện sẽ được phân bổ một khoản ngân sách nhỏ cho việc đào tạo nâng cao năng lực cho NVYT công tác tại bệnh viện. Như vậy, việc ưu tiên cho cán bộ biên chế là những người có cam kết lâu dài phục vụ tại bệnh viện là vấn đề dễ hiểu. Tuy nhiên, phần lớn cán bộ y tế thường chỉ được tham gia 1 khóa đào

tạo bổ sung kiến thức, có một số lượng nhỏ NVYT được 2 khóa. Thời lượng của một khóa học đa số từ 3 tuần trở lên, thường là khóa học có cấp chứng chỉ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đã tham gia khóa ĐTLT cần bổ sung cho NVYT là: phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn và kiến thức về chế biến một số loại thuốc YHCT⁴⁰.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, loại hình đào tạo chủ yếu là các khóa đào tạo ngắn hạn > 12 ngày 28,2% (Bảng 3.7) và nội dung đào tạo chủ yếu là chương trình y tế chiếm 81,4% và khám và điều trị nói chung 72,9%. Nội dung về YHCT chiếm tỷ lệ không cao, chỉ 60% (Bảng 3.5). Nhiều lớp đào tạo ngắn hạn khác do các dự án tổ chức thường có chủ đề trùng lặp rất nhiều⁴⁹. Các chủ đề này có thể không đáp ứng được nhu cầu thực tế của thực hành khám chữa bệnh và của các bệnh viện. Hiện nay có loại hình đào tạo theo hợp đồng với các cơ sở đào tạo. Loại hình này đáp ứng nhu cầu thật sự của NVYT ở cơ sở. Cơ sở y tế muốn đào tạo theo hợp đồng phải có nguồn kinh phí chi trả cho hợp đồng đào tạo.

Chất lượng của các khóa đào tạo chưa cao, lại chủ yếu giảng dạy về lý thuyết, ít có điều kiện thực hành do vậy NVYT phần nào cũng không hứng thú tham gia các khóa học ngắn hạn nói trên. Một hạn chế lớn đối với các lớp đào tạo ngắn hạn là thiếu kinh phí, một phần do định mức thấp. Do vậy nhiều NVYT có nhu cầu nhưng không thể tham gia. Đối với chương trình đào tạo theo Quyết định 225/2005/TTg đầu tư cho tuyến huyện giai đoạn 2005-2008, mỗi năm kinh phí khoảng 5 tỷ đồng⁹⁹. Nhưng theo Quyết định 47/2008/QĐ - TTg đầu tư cho bệnh viện tuyến huyện giai đoạn 2008-2010 kinh phí đào tạo, bồi dưỡng nâng cao năng lực chuyên môn cho NVYT được sử dụng trong dự toán chi thường xuyên hằng năm theo quy định của Luật NSNN¹⁰⁰ nghĩa là giám đốc BV chủ động mức chi. Theo Quyết định 1402/2007/QĐ-TTG, ngân

sách địa phương ưu tiên bố trí kinh phí để thực hiện các nhiệm vụ cụ thể của Đề án củng cố và phát triển Trung tâm YTDP tuyến huyện, trong đó có khoản chi cho đào tạo NVYT¹⁰¹.

Ý kiến của 280 NVYT cho thấy: khó khăn chủ yếu là thiếu nguồn tài chính 32,1%, thiếu thời gian 28,9% và thiếu tài liệu chuyên môn 27,5% (Bảng 3.8). Như vậy các trong công tác này đang gặp phải rất nhiều khó khăn, nhưng chủ yếu là về kinh phí, thời gian và tài liệu. Kết quả này của chúng tôi có nét tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Yên Bình năm 2013⁴⁰. Với chi phí đào tạo tăng như hiện nay, kinh phí đào tạo của nhà nước không đáp ứng được yêu cầu đảm bảo chất lượng đào tạo chính quy cũng như đào tạo liên tục⁸⁰; cơ chế tài chính cho các cơ sở đào tạo lạc hậu, định mức thu không đủ chi cũng là yếu tố ảnh hưởng đến công tác ĐTLT cho nhân viên y tế nói chung và lĩnh vực YHCT lại càng hạn chế do tỷ lệ NVYT khoa YHCT thấp hơn nhiều so với các lĩnh vực chuyên môn khác.

4.1.4. Thực trạng nhu cầu về đào tạo liên tục tại các bệnh viện YHCT tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nhu cầu đào tạo liên tục trong thời gian tới là tương đối lớn, với 243 (86,8%) đối tượng có nhu cầu (Biểu đồ 3.7). Kết quả này của chúng tôi vẫn cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý khi có 40,3 % NVYT có nhu cầu được học thêm về YHCT⁴⁵.

Tại các trường đại học, cao đẳng về y, yêu cầu đầu ra đối với học viên còn khá chung chung⁹⁸, như sau:

- Thực hiện được công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, tổ chức chăm sóc để bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân bằng YHCT và YHHĐ.
- Chẩn đoán và xử lý các bệnh thông thường và các trường hợp cấp cứu

thông thường bằng YHCT và YHHĐ.

- Định hướng chẩn đoán các bệnh chuyên khoa.
- Thực hiện được 1 số thủ thuật trong điều trị bằng YHCT và YHHĐ như: châm cứu (thể châm nhĩ châm, điện châm), xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh, trên người bệnh.
- Đề xuất những biện pháp xử lý thích hợp để chăm sóc, nâng cao, sức khỏe cộng đồng và bảo vệ môi trường.
- Tham gia được công tác NCKH và tiếp cận các vấn đề theo phương pháp luận khoa học của YHHĐ và YHCT.
- Tham gia bồi dưỡng, đào tạo cán bộ YHCT.
- Lập kế hoạch giải quyết được các vấn đề sức khỏe ưu tiên và kế hoạch thực hiện phát triển YHCT.

Tuy nhiên, những nội dung đầu ra này so với yêu cầu thực tế khi tham gia công tác khám, chữa bệnh bằng YHCT tại các bệnh viện huyện thì chưa thực sự đáp ứng được, cần được bổ sung bằng các khóa đào tạo liên tục cho NVYT. Ví dụ, trong kết quả này cho thấy về châm cứu, tỷ lệ NVYT mong muốn được đào tạo nâng cao kiến thức chiếm tỷ lệ cao nhất là 58%; sau đó là sử dụng thuốc 54,3%; bệnh học: 48,6%, nâng cao kỹ năng về phục hồi chức năng, xoa bóp, bấm huyệt: 42,4% và nâng cao kiến thức cơ bản là 32,5% (Bảng 3.9). Vai trò của ĐTLT là rất rõ và không chỉ theo nhu cầu của cá nhân mà còn theo quy định của BHYT.

Về địa điểm và phương thức tổ chức lớp học cũng như điều kiện khác: Các lớp đào tạo ngắn hạn được lựa chọn nhiều nhất chiếm 78,6% (Biểu đồ 3.9). Thời gian đào tạo mà NVYT mong muốn là trên 6 ngày chiếm 36,2%,

tiếp theo là từ < 3 ngày chiếm 32,1% và cuối cùng là 3 – 6 ngày với 31,7% (Bảng 3.10). Số lượng NVYT làm việc trong lĩnh vực YHCT không nhiều tại các bệnh viện huyện, vì thế họ sẽ chuyên trách 1 lĩnh vực chuyên môn tại khoa, phòng và việc đi đào tạo dài hạn là 1 trở ngại khó khăn cho họ cũng như bệnh viện. NVYT cũng mong muốn địa điểm tổ chức các khoá đào tạo ngay tại bệnh viện nơi họ công tác: 61,3% (Bảng 3.11) và phương pháp giảng dạy tích cực lấy học viên làm trung tâm cũng được NVYT hưởng ứng 67,1% (Bảng 3.12). Bên cạnh đó, NVYT cũng có nhu cầu cao về việc hỗ trợ tài chính 72,4%, học liệu 63,4% (Bảng 3.13). Mặc dù có tỷ lệ nhu cầu đào tạo liên tục YHCT khá cao, tuy nhiên vẫn còn 13,2% NVYT không có nguyện vọng tham gia lớp đào tạo liên tục YHCT với nhiều lí do. Tìm hiểu sâu hơn về lí do không có nhu cầu nguyện vọng tham gia đào tạo liên tục YHCT, chúng tôi khai thác được một số lí do (biểu đồ 3.8) bao gồm vấn đề liên quan đến kinh phí khá quan trọng (chiếm 56,8%), tiếp theo là thời gian của học viên còn khá hạn hẹp (32,4%), lý do khác như lãnh đạo không cho phép rất thấp: 2,7%. Đây cũng là một điểm đáng lưu ý cho các nhà quản lý cần bố trí thời gian dành cho đào tạo NVYT đang công tác trong lĩnh vực YHCT nói riêng có thể tham gia cập nhật kiến thức thường xuyên.

Về một số yếu tố liên quan đến nhu cầu ĐTLT: theo (Bảng 3.15) ta thấy, tỷ lệ nữ giới có nhu cầu đào tạo cao hơn nam giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhân viên y tế bậc học dưới đại học có nhu cầu ĐTLT cao hơn đại học, điều dưỡng và Y sĩ có nhu cầu cao hơn Bác sĩ.

Cũng theo bảng trên, tỷ lệ người có thời gian công tác trong ngành y trên 15 năm có nhu cầu đào tạo liên tục YHCT chỉ bằng 0,26 lần (KTC 95%: 0,10 – 0,67) so với NVYT có thời gian công tác trong ngành y ≤ 5 năm. Tỷ lệ

NVYT cập nhật kiến thức chuyên môn không thường xuyên có nhu cầu đào tạo liên tục chỉ bằng 0,2 lần (95%CI: 0,08 – 0,5) so với nhóm NVYT cập nhật kiến thức chuyên môn thường xuyên. Ngoài ra, kết quả cũng chỉ ra rằng những người không có hiểu biết về đào tạo liên tục YHCT đồng thời cũng có nhu cầu đào tạo liên tục thấp hơn 0,26 lần (KTC 95%: 0,11 - 0,66) so với NVYT có hiểu biết về đào tạo liên tục về YHCT. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng năm 2012 tại Hưng Yên⁴³. Nhìn chung, NVYT có thời gian công tác trong ngành y lâu năm thường có xu hướng ít cập nhật kiến thức liên tục do việc tích lũy kỹ năng chuyên môn thông qua việc hành nghề sau nhiều năm và có những sức ỳ nhất định trong việc cập nhật, học tập những kiến thức mới. Trong khi đó, những cán bộ trẻ thường có xu hướng cập nhật, kiến thức nhiều hơn và nhanh hơn bằng học tập và đào tạo thông qua các lớp học^{44, 102,103,104}.

4.1.5. Thực trạng đào tạo liên tục cho nhân viên y tế về y học cổ truyền

Cho đến nay, trên địa bàn tỉnh chỉ có 4 bệnh viện đủ điều kiện tham gia đào tạo liên tục cho cán bộ y tế là Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh Thanh Hóa¹⁰⁵. Tuy các bệnh viện trên đều có khoa Đông Y/YHCT song chưa phải là những bệnh viện chuyên khoa về YHCT. Các bệnh viện trên chủ yếu tổ chức các khóa học ĐTLT về lâm sàng như Nội soi tai mũi họng, Siêu âm cơ bản, Quản lý bệnh viện, Chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Bởi vậy các khóa học đào tạo liên tục về YHCT cho NVYT còn ít được quan tâm hơn các lĩnh vực khác cả về mặt số lượng cũng như chất lượng lớp học.

Tại tỉnh Thanh Hóa, công tác ĐTLT theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho NVYT đã được triển khai từ năm 2011, Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa đã thành lập Ban chỉ đạo ĐTLT và xây dựng các kế hoạch 5 năm và kế hoạch hàng năm cho ĐTLT. Tuy nhiên, việc triển khai thực hiện ở các lĩnh vực rất khác nhau.

4.1.6. Triển khai kế hoạch ĐTLT cho NVYT

Kế hoạch ĐTLT hàng năm cho NVYT của tỉnh Thanh Hóa đã được triển khai rộng rãi đến từng đơn vị. Tuy nhiên một số đơn vị chỉ có trong kế hoạch 5 năm nhưng khâu triển khai theo kế hoạch hàng năm thì vẫn chưa được thể hiện cụ thể. Việc đơn vị ĐTLT không được triển khai kế hoạch hàng năm hoặc thụ động khi được nhắc nhở và thường thực hiện khi có chương trình dự án của tuyến trên đưa về. Triển khai kế hoạch ĐTLT 5 năm cần đi kèm việc nhắc nhở, đôn đốc theo hệ thống YHCT đến các bệnh viện tuyến huyện sẽ giúp các đơn vị chủ động trong việc cử cán bộ tham gia các khóa ĐTLT hợp lí. Vai trò của Bệnh viện YHCT tỉnh là rất quan trọng.

4.1.7. Hoạt động can thiệp: Tổ chức các lớp đào tạo liên tục

Xây dựng chương trình, tài liệu ĐTLT cho cán bộ y tế

Chương trình và tài liệu đào tạo được chuẩn bị trên cơ sở đánh giá kiến thức, kĩ năng của NVYT cũng như tham khảo ý kiến, kinh nghiệm tham dự các khóa ĐTLT về YHCT của đối tượng nghiên cứu.

Chương trình, tài liệu ĐTLT cho NVYT tại tỉnh Thanh Hóa được các đơn vị đào tạo xây dựng và trình Hội đồng của Sở Y tế tỉnh phê duyệt trước khi đào tạo. Các đơn vị ĐTLT đã phối hợp các đơn vị có chuyên môn để biên soạn chương trình và tài liệu. Theo hướng dẫn về quản lý ĐTLT của Bộ Y tế, các chương trình và tài liệu ĐTLT cần được các cấp có thẩm quyền phê duyệt trước khi tổ chức các khóa học. Công tác này đã được thực hiện đầy đủ tại tỉnh Thanh Hóa. Nhờ vậy mà chất lượng tài liệu được các học viên và cán bộ quản lý đánh giá cao và hữu ích cho người học.

Kết quả cho thấy, tất cả các học viên được hỏi sau khoa học đều cho rằng tài liệu ĐTLT được biên soạn có chất lượng tốt, các học viên đều tiếp tục sử dụng tài liệu này sau khi kết thúc khóa học.

Lựa chọn học viên tham gia đào tạo liên tục

Trong công tác lựa chọn học viên tham gia lớp học ĐTLT, các đơn vị cung cấp ĐTLT y tế tại tỉnh Thanh Hóa đã thực hiện theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế, các tiêu chí lựa chọn học viên rõ ràng và công khai rộng rãi. Việc có tiêu chí lựa học viên rõ ràng và công khai rộng rãi các tiêu chí đó đã tạo thuận lợi cho các NVYT cũng như các lãnh đạo đơn vị y tế trong việc lựa chọn và cử cán bộ tham gia các lớp học. Vậy nên các học viên tham gia các lớp học đúng đối tượng, phù hợp với trình độ, chuyên môn của mình.

Tổ chức dạy và học

Giảng viên là những người có trình độ chuyên môn cao và có kinh nghiệm về lĩnh vực giảng dạy. Việc bố trí lớp học ĐTLT có từ 25 đến 30 học viên là hợp lý. Tuy nhiên trong công tác tổ chức dạy và học còn gặp một số vấn đề chưa phù hợp.

Việc sắp xếp học viên một cách ngẫu nhiên như đang thực hiện thực sự chưa hợp lý. Về ý kiến xếp học viên theo độ tuổi và theo khoảng cách là không cần thiết, trên thực tế cần đa dạng các yếu tố này để có sự hỗ trợ giữa các học viên quá trình học tập. Nên sắp xếp học viên vào các lớp học theo trình độ chuyên môn, như vậy sẽ thuận lợi cho quá trình giảng dạy và tổ chức học tập.

Đa số giáo viên có kỹ năng giảng dạy tốt, tuy nhiên phương pháp giảng dạy chủ yếu là thuyết trình, vẫn có giáo viên được học viên đánh giá là chưa có cách tiếp cận phù hợp trong giảng dạy. Điều này sẽ ảnh hưởng đến tâm lý

học viên và hiệu quả học tập của học viên. Cần có những buổi trao đổi về chuyên môn nghiệp vụ giữa các giáo viên nhằm học hỏi, chia sẻ kinh nghiệm chon hay để các giáo viên ĐTLT đều có phương pháp tốt trong giảng dạy.

Bên cạnh đó tất cả danh sách giảng viên tham gia ĐTLT cũng đều được Sở Y tế phê duyệt mới có thể tham gia giảng dạy.

Đánh giá học viên trước, trong và sau đào tạo

Các chương trình ĐTLT được tổ chức đều thực hiện đánh giá đầu vào và đánh giá đầu ra, qua đó đánh giá được hiệu quả của chương trình đào tạo. Mặc dù bản thân các cán bộ quản lý cũng biết được việc đánh giá học viên cần nhiều hình thức khác nhau và cần đánh giá liên tục trong cả quá trình đào tạo cũng như sau đào tạo khi cán bộ về đơn vị công tác. Nhưng để thuận tiện các đơn vị đều đánh giá học viên bằng một bài kiểm tra đầu vào và một bài kiểm tra đầu ra. Đó có thể là những bài kiểm tra lý thuyết hay thực hành tùy theo nội dung lớp học đào tạo.

Theo đánh giá của học viên có những đơn vị ĐTLT thì tổ chức đánh giá nghiêm túc, có những đơn vị thì vẫn mang tính hình thức, chưa thực sự nghiêm túc. Việc tổ chức đánh giá như vậy cũng có ảnh hưởng đến tâm lý của người học và dẫn tới hiệu quả chưa cao.

Cần quan tâm đến đánh giá trong quá trình học, qua đó tác động đến động cơ học tập của học viên, giúp học viên tích cực và chủ động hơn trong việc học tập.

Giám sát đào tạo

Hiện tại công tác giám sát ĐTLT được giao cho các đơn vị tổ chức đào tạo tự giám sát và báo cáo kết quả về Sở Y tế.

Việc giám sát như vậy có ưu điểm là thuận tiện và dễ thực hiện, tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là không kịp thời và thiếu khách quan. Để hỗ trợ kịp thời công tác tổ chức ĐTLT của các đơn vị và có đánh giá khách quan

hơn về chương trình ĐTLT, Sở Y tế cần đa dạng các hình thức tổ chức giám sát: Sở Y tế giám sát trực tiếp, lập đoàn thanh tra kiểm tra các chương trình, cơ sở vật chất phục vụ cho công tác ĐTLT của từng đơn vị đào tạo...

Công tác tài chính phục vụ cho các lớp ĐTLT

Các chương trình ĐTLT đã được triển khai trong giai đoạn qua có nguồn tài chính từ sử dụng nguồn ngân sách của đơn vị và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, hỗ trợ từ các dự án và việc đóng góp học phí của học viên.

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, ngân sách phục vụ cho ĐTLT có thể lấy từ ngân sách đơn vị, các chương trình dự án hoặc do người học đóng góp. Tuy nhiên đối với ĐTLT cho NVYT, vì đặc thù cán bộ công tác tại bệnh viện tuyến huyện có mức thu nhập không cao, rất khó khăn về kinh tế, vậy nên việc thu học phí thu học phó từ người học là không khả thi, vẫn cần có chính sách hỗ trợ kinh phí từ ngân sách nhà nước, đơn vị và ngân sách hỗ trợ từ các chương trình dự án để triển khai công tác ĐTLT cho NVYT.

4.2. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp đào tạo liên tục cho nhân viên y tế YHCT

Từ những thực tế phân tích nhu cầu đào tạo liên tục YHCT của NVYT tại 27 bệnh viện đa khoa tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa. Nghiên cứu can thiệp đã thiết kế chương trình và tài liệu đào tạo, xây dựng các lớp tập huấn cho đối tượng NVYT huyện. Qua khảo sát nhu cầu được đào tạo tại địa điểm ở tuyến huyện của các NVYT là lớn nhất với 61,3% (Bảng 3.11). Giảng viên là tác giả nhóm biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục YHCT cho NVYT tuyến huyện, là giảng viên Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và bệnh viện Y dược học cổ truyền tỉnh Thanh Hóa. Bước đầu đánh giá hiệu quả can

thiệp được thực hiện thông qua việc phản hồi sau khóa học của học viên, thay đổi về kiến thức và kỹ năng của NVYT sau khóa học và kết quả phỏng vấn định tính học viên, giảng viên, cán bộ quản lý. Qua đánh giá bằng phiếu điều tra về sự cần thiết tổ chức lớp đào tạo đã thu được những kết quả về sự phù hợp của lớp tập huấn.

4.2.1. Phản hồi của học viên sau khóa học

Nội dung phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học: Với thang đo 5 mức độ cho 5 tiêu mục, ta thấy phản hồi của NVYT tham gia nghiên cứu về nội dung này có điểm trung bình chung tương đối cao ($13,4 \pm 1,3$)/15 điểm. Không có đối tượng nào tham gia nghiên cứu đánh giá ở mức độ “Không đồng ý” hay “Rất không đồng ý” ở tất cả các tiêu mục của nội dung này (Bảng 3.21). Trong đó, cao nhất với tỷ lệ 57,7% NVYT rất đồng ý về nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập, tiếp sau là nội dung về mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc chiếm đến 57,0% và nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc chiếm 53,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Gracia-Pérez ML và cộng sự (2017) chỉ ra trong tổng số 184 y tá và 180 chuyên gia y tế khác đã tham gia vào chương trình. Kết quả cho thấy, 95,7% đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng chất lượng chăm sóc sức khỏe đã được cải thiện nhờ chương trình đào tạo, hữu ích cho công việc của họ. Những người tham gia vào chương trình đào tạo liên tục cũng đã phản ứng tích cực với sự tương tác giữa nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe và tối ưu hóa các nguồn lực chăm sóc sức khỏe¹⁰⁵. NVYT tham gia nghiên cứu của chúng tôi đánh giá “Khóa học có giới thiệu tài liệu học tập và tài liệu tham khảo khác” chiếm tỷ lệ rất đồng ý thấp nhất 45,1% và khóa học có ví dụ minh họa dễ hiểu, có giá trị, phù hợp

với nội dung có tỷ lệ là 47,0%. Đây cũng đang là vấn đề và nhu cầu của nhiều NVYT khi hiện nay giảng dạy vẫn có thể còn nhiều lý thuyết và cần cải thiện trong thời gian tới khi tổ chức các khóa đào tạo liên tục khác.

Phần “*Phương pháp giảng dạy*” có điểm phản hồi trung bình cao là $(11,8 \pm 2,0)/12$ điểm. Phần lớn NVYT đồng ý về nội dung “Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý” (chiếm 70,6%) tuy nhiên có 2,0% phản hồi Không đồng ý. Các nội dung “Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập” và “Giảng dạy hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng” nhận được đa số phản hồi Đồng ý (52,9% và 58,8%) và phản hồi Không đồng ý là 2,0% và 3,9%. “Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng” là nội dung có điểm trung bình cao nhất ($2,5 \pm 0,5$) (Bảng 3.22).

Phần “*Trách nhiệm và tác phong sư phạm*” đạt điểm phản hồi trung bình là $10,1 \pm 1,5$. Trong đó chỉ có nội dung “Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng” nhận được phản hồi Không đồng ý với tỷ lệ 2,0% và tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý thấp nhất (43,1%). Tỷ lệ phản hồi Rất đồng ý cao nhất là nội dung “Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy” (58,8%); sau đó là các nội dung “Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định” và “Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng” (54,9%) (Bảng 3.23). Đánh giá của NVYT cao về nội dung này đặt biệt quan trọng khi vấn đề đào tạo hiện nay cho thấy rõ tầm ảnh hưởng của những trực tiếp tham gia đào tạo. Như nghiên cứu của Gracia-Pérez ML và cộng sự (2017) cũng chỉ ra cải thiện về chất lượng chăm sóc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự hài lòng với giảng viên của chương trình đào tạo, nội dung chương trình, phương pháp và thời gian của khóa học. Mối quan hệ này có tác động tích cực trong việc duy trì, áp dụng và truyền tải kiến thức và kỹ năng¹⁰⁶.

Phần “*Tổ chức khóa học*” nhận được điểm phản hồi trung bình là $14,0 \pm 2,7$. Trong đó nội dung “*Thời gian tổ chức khóa học phù hợp*” nhận được tỷ lệ phản hồi Không đồng ý lớn nhất là 15,7% và điểm trung bình thấp nhất là $2,2 \pm 0,6$. Các nội dung cũng nhận được phản hồi Không đồng ý là “*Giải khát giữa giờ tốt*” (5,9%), “*Lịch học hợp lý*” (3,9%) và “*Đủ phương tiện dạy học*” (3,9%). Nội dung “*Phòng học đủ rộng, yên tĩnh*” có điểm phản hồi trung bình cao nhất ($2,5 \pm 0,5$); sau đó là “*Lịch học hợp lý*” ($2,4 \pm 0,6$) và “*Địa điểm thuận lợi*” ($2,4 \pm 0,5$) (Bảng 3.24). Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đồng ý hay mức độ hài lòng ở nội dung này cao hơn nghiên cứu của Hyun Bae Yoon và các cộng sự (2015) chỉ ra Hiệu quả được đánh giá thông qua sự hài lòng của học viên đối với chương trình đào tạo liên tục. Kết quả cho thấy, nhìn chung, các học viên đánh giá ở mức độ khá hài lòng. Tuy vậy, trong giai đoạn đầu của chương trình đào tạo, các học viên không hài lòng trong các lĩnh vực như tổ chức và tiến độ của chương trình đào tạo, thảo luận, tương tác, và các buổi thực hành trong chương trình đào tạo. Từ đợt thứ hai, đã có sự gia tăng liên tục của sự hài lòng của học viên trong tất cả các mục của bảng câu hỏi, và hầu hết các cải tiến đáng kể đã xảy ra giữa đợt đầu tiên và thứ hai¹⁰⁷. Điều này cho thấy đánh giá của học viên tại mỗi thời điểm sau can thiệp là khác nhau, nghiên cứu này chúng tôi đánh giá ngay sau khi thực hiện khóa đào tạo.

Phần “*Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu*” và “*Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt*” đều nhận được phản hồi Đồng ý và Rất đồng ý từ tất cả các NVYT với điểm phản hồi trung bình lần lượt là $2,5 \pm 0,5$ và $2,6 \pm 0,5$. Trung bình tổng điểm phản hồi chung cho tất cả các nội dung là $53,5 \pm 7,7$ đạt 81,1% so với tổng điểm tối đa (66 điểm) (Bảng 3.25). Nghiên cứu của chúng

tôi cũng đưa ra những tỷ lệ khá tương đồng với nghiên cứu của Triệu Văn Tuyên (2015) tuy đánh giá về lĩnh vực đào tạo khác nhau. Nghiên cứu đã sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, qua phỏng vấn sâu cán bộ quản lý đào tạo liên tục, trạm trưởng và các học viên của lớp học bằng bộ câu hỏi phát vấn. Kết quả cho thấy, đa số học viên đánh giá chương trình này phù hợp, công tác tổ chức lớp học cũng được đánh giá tốt, tỷ lệ cao cán bộ áp dụng được các nội dung đào tạo vào công việc; một số hạn chế: phương pháp giảng dạy của một số giáo viên là chưa phù hợp, công tác tổ chức thực tập tại bệnh viện chưa thật sự hiệu quả¹⁰⁸. Dù nghiên cứu ở lĩnh vực, các tác giả cũng góp phần thêm căn cứ để các đơn vị đào tạo liên tục trong từng tỉnh cần chú ý đến khi tổ chức các khóa đào tạo liên tục cho cán bộ y tế ở địa phương mình.

4.2.2. Hiệu quả của lớp đào tạo liên tục sau 1 năm can thiệp

Đào tạo liên tục nâng cao năng lực của NVYT là hoạt động thường xuyên liên tục và không có điểm giới hạn¹⁹. Các nội dung, chủ đề về YHCT trong các khóa đào tạo liên tục của chương trình can thiệp được thiết kế dựa trên việc đánh giá nhu cầu đào tạo và nhu cầu KCB của bệnh viện, khoa YHCT tuyến huyện ngay từ trước khi can thiệp. Do vậy, các nội dung đào tạo rất thiết thực, phù hợp với nhu cầu thực tế và mang lại hiệu quả cao. Nội dung của ĐTLT là tổng thể của kiến thức và kỹ năng được công nhận về y học, những tiêu chuẩn về thực hành lâm sàng và cung cấp sức khỏe cho cộng đồng. Nghĩa rộng hơn của ĐTLT bao gồm tất cả các hoạt động giáo dục thường xuyên nhằm hỗ trợ các NVYT để hành nghề một cách có hiệu quả hơn. Có những bằng chứng cụ thể về vai trò của ĐTLT đối với thực hành tốt KCB bằng YHCT trong thời gian vừa qua^{109,110}. Vai trò của đào tạo liên tục về YHCT cho NVYT tuyến huyện là rất lớn và đã được khẳng định trong một

số nghiên cứu khác ^{40,43} và được khuyến nghị áp dụng trong các hoạt động đào tạo can thiệp tương tự.

a. Sự cải thiện về kiến thức trong KCB YHCT sau can thiệp

Trong các giải pháp can thiệp tại khoa YHCT bệnh viện đa khoa tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa, có giải pháp về bồi dưỡng chuyên môn cho cán bộ y tế. Các lớp tập huấn YHCT cho cán bộ y tế tại các bệnh viện được thiết kế dựa trên đánh giá nhu cầu đào tạo. Nội dung tập huấn về công tác chuyên môn, tài liệu là các quy trình kỹ thuật của bộ y tế đã ban hành.

Thời gian mà lớp tập huấn cơ bản về nâng cao kiến thức và kỹ năng YHCT trong khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện. Với lượng kiến thức lớn về một số bệnh thường gặp ở địa phương như: đau thần kinh tọa, liệt nửa người do tai biến mạch máu não, đau vai gáy, tâm căn suy nhược, tăng huyết áp... Bên cạnh đó, bệnh viện cũng đã tiến hành bồi dưỡng chuyên môn sâu về YHCT cho cán bộ điều trị như cách cấy chỉ, kỹ thuật trường châm, kỹ thuật châm giảm đau.

Năng lực của NVYT được nâng cao thông qua chủ yếu từ các hoạt động đào tạo. Kết quả nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng một chương trình đào tạo có hiệu quả cao cần được thiết kế dựa trên các đánh giá nhu cầu đào tạo. Do vậy, đánh giá nhu cầu đào tạo là một khâu quan trọng trong chu trình đào tạo và được khuyến nghị áp dụng trong các hoạt động đào tạo can thiệp ^{67,68,69}. Như đã đề cập ở trên, các chủ điểm đào tạo cho NVYT đã được thiết kế dựa trên việc đánh giá nhu cầu đào tạo và nhu cầu KCB theo định hướng YHCT của bệnh viện ngay từ trước khi can thiệp. Do vậy, các cán bộ sau khi được đào tạo về đã phát huy được tốt các kiến thức và kỹ năng học tập của mình phục vụ cho nhu cầu KCB của bệnh viện. Kết quả khảo sát tính phù hợp trong

các bài giảng của chúng tôi cho thấy 81,9% NVYT cho rằng nội dung bài giảng của chúng tôi rất phù hợp với chuyên môn; 11,4% cho rằng nội dung là phù hợp và chỉ 6,7% cho rằng nội dung là không phù hợp với nội dung chuyên môn (Bảng 3.22). Trong khi đó, 80% NVYT tham gia đào tạo liên tục YHCT cho rằng nội dung đào tạo là vừa đủ và 20% còn lại cho rằng nội dung vẫn còn thiếu cần phải bổ sung thêm (Bảng 3.24). Tỷ lệ NVYT cho rằng, nội dung đào tạo vừa đủ ở trình độ đại học, trên đại học là 61,54%, trình độ dưới đại học là 90,9% cho thấy việc những NVYT có trình độ học vấn cao mong muốn được cung cấp nội dung đa dạng hơn, có đến 38,5% NVYT có trình độ đại học, trên đại học cho rằng nội dung đào tạo còn thiếu; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.25 cho thấy, kiến thức về chế phẩm thuốc được NVYT tham gia khóa học hài lòng nhất 96,2%, đứng thứ hai là nội dung về kiến thức về vị thuốc cổ phương 84,8%, kiến thức trong bài nghiệm phương đứng thứ ba với 77,1%. Như vậy, nội dung kiến thức mà chúng tôi truyền tải trong bài giảng được NVYT đánh giá tương đối cao. Tuy nhiên, người giảng viên cần trau dồi hơn nữa về kiến thức kỹ năng cũng như hình thức trình bày trong bài giảng để học viên có thể thấy thích thú hơn đối với việc tham dự và thảo luận trong lớp học. Bên cạnh đó các nội dung về kỹ năng đều chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là kỹ năng kê đơn thuốc với 96,2%, một điểm mới đó là kỹ năng về tư vấn chiếm 79% cao hơn kỹ năng về châm cứu và xoa bóp (Bảng 3.26)

Đánh giá kiến thức của nhân viên y tế trước và sau can thiệp qua bảng kiểm nhận thấy loại A và loại B tăng rõ rệt lần lượt 19% lên 37% và 28% lên 35% còn loại C giảm từ 53% xuống 28% (Bảng 3.27). Đánh giá về kỹ năng thì tỷ lệ cán bộ đạt loại A và B cũng cải thiện rõ rệt là 13% lên 20% và 37% lên 54% còn loại C giảm từ 54% xuống 26% (Bảng 3.28).

Nội dung chủ yếu trong chương trình đào tạo liên tục của chúng tôi là giúp NVYT Khoa YHCT bệnh viện tuyến huyện nâng cao kiến thức ở các lĩnh vực thuốc cổ phương, nghiệm phương, chế phẩm thuốc. Bài thuốc cổ phương là những bài thuốc được người xưa truyền lại có kết quả điều trị tốt đối với một bệnh hoặc hội chứng bệnh. Các vị thuốc trong bài thuốc cổ phương thể hiện được đầy đủ tính chất biện chứng luận trị của y học cổ truyền đã được kiểm chứng qua kinh nghiệm của người xưa. Kết quả trình bày ở bảng 3.29 cho thấy, tỷ lệ kiến thức YHCT từ trung bình đến tốt liên quan đến vị thuốc trong bài cổ phương của NVYT trước can thiệp là 78,7%, sau can thiệp tăng lên 84,2%. Hiệu quả can thiệp đối với nội dung này không quá cao là 10% ($p>0,05$).

Kết quả bảng 3.29 cũng cho thấy trước can thiệp có 11,6% NVYT đạt về kiến thức từ trung bình đến tốt trong chỉ định dùng các bài thuốc cổ phương, sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 66,0%. Hiệu quả can thiệp đạt tới 469% ($p<0,01$) Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng nghiên cứu tại Hưng Yên năm 2012 là 316,17%⁴³. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng (bảng 3.30), chỉ số hiệu quả trong nghiên cứu của chúng tôi trong kiến thức tốt về vị thuốc trong bài cổ phương là 1235% ($p<0,01$). Điều này phù hợp với sự cải thiện sau đào tạo đối với kiến thức và thực hành trong thời điểm 5 năm trở lại đây^{40,111}. Qua thực tế nghiên cứu hồ sơ bệnh án chúng tôi thấy hầu hết các thầy thuốc ở khoa YHCT đều kê đơn theo cổ phương hoặc kê đơn theo cổ phương gia giảm. Trong YHCT có nhiều cách kê đơn, như kê đơn theo đối pháp lập phương hoặc kê đơn nghiệm phương... nhưng việc kê đơn theo cổ phương vẫn luôn được coi trọng. Trong cách kê đơn này sự kết hợp các vị thuốc trong bài đã được thực tế chứng minh, được tổng kết

và ghi chép trong các sách YHCT nên khá chuẩn. Việc cải thiện kiến thức cho NVYT về lĩnh vực này sẽ giúp ích nhiều cho họ trong quá trình kê đơn điều trị bệnh.

Nghiệm phương là cách cho thuốc theo kinh nghiệm, chủ yếu dùng thuốc nam đã được đúc rút trong dân gian có hiệu quả. Kết quả bảng 3.29 cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ đạt kiến thức từ trung bình đến tốt về các vị thuốc trong bài thuốc nghiệm phương của NVYT chiếm 17,9%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 50,3%. Hiệu quả cải thiện can thiệp là 181% ($p < 0,01$). Thêm vào đó, hiệu quả cải thiện can thiệp đối với yêu cầu kiến thức tốt lên tới 753% ($p < 0,01$) (bảng 3.30). Điều này cho thấy việc can thiệp nhằm bổ sung các vị thuốc trong bài thuốc nghiệm phương đã đạt được hiệu quả khá cao, góp phần hỗ trợ các NVYT trong áp dụng công tác điều trị YHCT.

Với trình độ khoa học kỹ thuật hiện nay, việc hiện đại hóa YHCT trong các trang thiết bị cũng như trong thuốc đã tạo ra nhiều chế phẩm thuốc YHCT với nhiều ưu điểm như tính kinh tế, hiệu quả, an toàn và tính đồng nhất khi điều trị. Đây là một phần không thể thiếu trong danh mục lựa chọn của các thầy thuốc YHCT. Thực tế nghiên cứu tại các Bệnh viện YHCT cho thấy việc dùng thuốc chế phẩm tại bệnh viện còn nhiều hạn chế do thuốc chế phẩm vẫn còn đắt và không đáp ứng được nhu cầu điều trị phù hợp với mô hình bệnh tật tại địa phương. Việc tập huấn cho NVYT về sử dụng thuốc chế phẩm đã đạt được hiệu quả nhằm tăng cường hiểu biết và nhận thức về việc sử dụng chế phẩm YHCT để các thầy thuốc có thể áp dụng tốt trong điều trị tại cơ sở cũng được bộ y tế khuyến cáo¹¹². Kết quả nghiên cứu bảng 3.30 cho thấy, tỷ lệ đạt kiến thức về chế phẩm YHCT sau can thiệp của NVYT tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp. Hiệu quả can thiệp là 268% ($p < 0,05$).

Châm cứu được sử dụng rộng rãi trong YHCT để điều trị bệnh nhân. Tuy nhiên với các thầy thuốc phải có một kiến thức nhất định về học thuyết kinh lạc, huyết vị và các phác đồ huyết. Kết quả nghiên cứu bảng 3.30 cho thấy tỷ lệ không đạt về kiến thức về phác đồ huyết sau can thiệp của cán bộ giảm đi không đáng kể so với trước can thiệp ($p>0,05$). Tỷ lệ đạt kiến thức về phác đồ huyết sau can thiệp là 12,4% và trước can thiệp là 11,5%.

Bên cạnh việc nâng cao kiến thức cho NVYT về YHCT. Chương trình can thiệp cũng đi sâu vào việc cải thiện, nâng cao năng lực chẩn đoán, điều trị bệnh bằng YHCT cũng như rèn luyện kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, đối với kiến thức về bài thuốc nghiệm phương và chế phẩm thuốc sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, lần lượt là 753% và 267% so với 226,87% và 55%⁴³. Bên cạnh đó, kiến thức của NVYT về việc chỉ định bài thuốc cổ phương và xác định phác đồ huyết của người bệnh còn chưa được cải thiện sau tập huấn.

b. Sự cải thiện về kỹ năng trong KCB YHCT sau can thiệp

Kỹ năng kê đơn thuốc được cải thiện cũng là một yếu tố quan trọng góp phần nâng cao chất lượng KCB của cơ sở y tế. Kê đơn thuốc là kết quả cuối cùng của quá trình khám và chẩn đoán của người thầy thuốc. Dựa trên cơ sở khám bệnh theo tứ chẩn, chẩn đoán theo bát cương, các pháp điều trị theo YHCT được xác lập. Trên cơ sở đó, đơn thuốc được xây dựng đảm bảo phù hợp với chẩn đoán và nguyên tắc điều trị nêu trên. Qua bảng 3.31 về kỹ năng kê đơn thuốc YHCT, cho thấy tỷ lệ NVYT kỹ năng kê đơn thuốc không đạt sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp. Tuy nhiên, kỹ năng kê đơn của người học có sự khác biệt không đáng kể so với trước can thiệp ($p>0,05$).

Kết quả Bảng 3.31 cho thấy, các kỹ năng từ trung bình đến tốt về tư vấn, làm thủ thuật châm cứu và xoa bóp cải thiện đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p<0,01$). Chỉ số hiệu quả trong thực hành châm cứu trong nghiên

cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của của Phạm Việt Hoàng năm 2012 (172% so với 35,8%). Đặc biệt, kết quả bảng 3.32 chỉ ra rằng, các kỹ năng làm thủ thuật châm cứu và xoa bóp tốt cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp với chỉ số hiệu quả cho phần kỹ năng tốt lần lượt là 848% so với 35,8% ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chỉ số hiệu quả trong thực hành kê đơn, tư vấn và xoa bóp, lần lượt là 6%, 55% và 56% thấp hơn so với 127,2%; 89,9%; 63% trong nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng và cộng sự⁴³. Tư vấn là công việc mà người thầy thuốc kết hợp làm trong quá trình khám và điều trị bệnh nhân. Việc tư vấn của thầy thuốc phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng bệnh tật, khả năng đáp ứng điều trị của người thầy thuốc cũng như về tâm lý và hoàn cảnh kinh tế của bệnh nhân. Tiên lượng bệnh của thầy thuốc là khâu quan trọng trong việc tạo niềm tin cho người bệnh khi thầy thuốc lựa chọn YHCT để điều trị. Tư vấn cho bệnh nhân thường ít được các thầy thuốc chú trọng trong quá trình khám và điều trị bệnh do nhiều nguyên nhân nhưng một nguyên nhân quan trọng là CBYT thiếu thực hành tư vấn. Tư vấn không tốt sẽ ảnh hưởng đến việc tạo niềm tin và thu hút bệnh nhân đến với cơ sở y tế. Kết quả cải thiện rõ rệt về thực hành tư vấn CBYT được coi là một yếu tố tích cực góp phần thu hút và làm tăng số bệnh nhân đến KCB tại bệnh viện. Kết quả bảng 3.32 cho thấy, các kỹ năng đạt tốt làm thủ thuật châm cứu và xoa bóp cải thiện đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả trong kỹ năng châm cứu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của của Phạm Việt Hoàng năm 2012 (848% so với 35,8%).

Sự gia tăng không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định Khi bình phương; $p > 0,05$) giữa trước và sau can thiệp về kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương, kiến thức phác đồ huyết và kỹ năng kê đơn của NVYT có thể do nguyên nhân là chương trình đào tạo được áp dụng cho tất cả các đối tượng với trình độ đào tạo chuyên môn khác nhau. Đặc biệt, chỉ định điều trị và xác

định phác đồ huyết nằm trong chương trình đào tạo chuyên môn của bác sĩ YHCT và không áp dụng trong các đối tượng không phải là bác sĩ. Vậy nên, các can thiệp tiếp theo cần chú ý phân biệt các nhóm đối tượng theo trình độ chuyên môn, tuy nhiên, thực hiện được việc này tổ chức lớp đào tạo sẽ gặp một số khó khăn khác, kể cả đối với giảng viên, tài liệu, kinh phí,...

4.2.3. Một số vấn đề trong hoạt động đào tạo liên tục

Mục đích của ĐTLT cho NVYT là nâng cao chất lượng đội ngũ NVYT và tiến tới nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đánh giá tác động của ĐTLT là một công việc khó khăn và phức tạp, thể hiện ở tỷ lệ chẩn đoán đúng, kê đơn đúng và hiệu quả là người bệnh khỏi, không có tác dụng không mong muốn. Thêm vào đó là chi phí phải hợp lý vì điều trị bằng YHCT nhiều khi chi phí cao hơn YHHĐ. Trong chương trình đào tạo liên tục sau này cũng cần lưu ý tới chi phí – hiệu quả, so sánh với YHHĐ.

Công tác đánh giá kết quả ĐTLT cho NVYT tại tỉnh Thanh Hóa đã được nêu trong văn bản, tuy nhiên vì chưa phân định rõ đơn vị nào chịu trách nhiệm trong việc đánh giá hiệu quả ĐTLT nên việc đánh giá chưa được thực hiện đồng bộ và có hệ thống, chủ yếu lồng ghép vào các chương trình kiểm tra đánh giá khác. Cần xây dựng các phương pháp đánh giá tin cậy và đồng bộ dựa trên chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện để đánh giá kết quả của chương trình ĐTLT cho NVYT.

Qua chương trình can thiệp của chúng tôi, kết quả sơ bộ chỉ ra rằng, những nội dung trong chương trình đào tạo liên tục được học viên vận dụng và truyền đạt lại cho đồng nghiệp khác, cũng như tuyên truyền rộng rãi cho nhân dân (Bảng 3.33) góp phần quan trọng trong việc nhân rộng hoạt động KCB YHCT đến toàn dân như phương hướng đề ra của Bộ Y tế trong Chiến lược quốc gia về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân tầm nhìn đến năm 2030^{19,113}.

4.2.4. Những kiến nghị đề xuất của các bên liên quan cho công tác đào tạo liên tục

Nội dung cuối cùng của một kế hoạch tổ chức đào tạo là đánh giá rút kinh nghiệm sau khi kết thúc khóa học. Các thành viên tham gia đánh giá bao gồm: bên xây dựng và thực hiện chương trình, bên thụ hưởng chương trình và Quản lý chương trình. Qua đó có những kiến nghị đề xuất giúp công tác tổ chức ĐTLT ngày một hoàn thiện và đạt hiệu quả hơn nữa.

Về phía cán bộ quản lý có đề xuất hỗ trợ kinh phí cho các cán bộ quản lý ĐTLT và tăng mức chi trả cho công tác biên soạn chương trình đạo; cùng với đó là cần có bộ tài liệu ĐTLT chuẩn từ Bộ Y tế để các đơn vị tổ chức lớp có thể tham khảo đưa vào tài liệu học tập của lớp.

Phía học viên cũng đề xuất tăng mức hỗ trợ cho cán bộ đi học nhất là những học viên ở xa, điều kiện còn khó khăn như những huyện miền núi. Mức hỗ trợ tài chính có thể được thực hiện theo các tiêu chí khác nhau, không nên áp dụng một định mức chung cho các vùng miền.

Học viên cũng có ý kiến nên tăng cường chương trình thực hành tại bệnh để các học viên có thể học qua thực tế lâm sàng, soi sáng bởi lý thuyết và tiếp thu nhiều kinh nghiệm của giáo viên.

Công tác đánh giá và cấp chứng chỉ ĐTLT cũng được học viên đề xuất cần thực hiện nghiêm túc hơn. NVYT đi học cũng là một nhiệm vụ nên nếu không đạt yêu cầu thì không cấp chứng chỉ và như vậy cán bộ đó sẽ không hoàn thành nhiệm vụ.

Các học viên đa từng học đều muốn tham gia hơn nữa các khóa học đào tạo LTLT về khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ từ đó góp phần nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Ngoài mong muốn về học tập tham gia các khóa ĐTLT, các học viên đang công tác trong lĩnh vực YHCT cũng mong muốn các cấp các ngành quan tâm hơn nữa đến lĩnh vực này để từ đó YHCT cũng như YHHĐ phục vụ nhân dân một cách tốt nhất.

Qua phỏng vấn sâu, các ý kiến đều cho rằng để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ YHCT và thu hút bệnh nhân đến khám và điều trị bằng YHCT tại bệnh viện tuyến huyện thì cần phải có cán bộ giỏi chuyên môn về YHCT, có các trang thiết bị về YHCT, có nhiều loại thuốc YHCT để điều trị nhiều loại bệnh. Đặc biệt đối với người nghèo tại các xã vùng sâu, vùng xa số người có nhu cầu được khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện là rất lớn. Việc có cán bộ giỏi về YHCT thì hoạt động đào tạo cũng như thu hút nhân lực cần phải được chú trọng hơn nữa trong lĩnh vực này.

4.2.5. Một số hạn chế nghiên cứu

Đánh giá một chương trình/mô hình can thiệp một cách toàn diện cần được nhìn nhận ở nhiều phương diện như tính hiệu quả, tính phù hợp, tính khả thi, tính duy trì, nhận thức và mức độ hài lòng của bệnh nhân với người học...^{114,115}. Trong đó hiệu quả của chương trình/ mô hình can thiệp cũng cần được đánh giá một cách hệ thống theo các giai đoạn (trong quá trình can thiệp, ngay sau can thiệp và sau một thời gian ngừng can thiệp) với các chỉ số đo lường về số lượng, chất lượng.

Do hạn chế về nguồn lực, chương trình can thiệp cùng tiến hành trên nhiều đối tượng với trình độ chuyên môn khác nhau như nhóm điều dưỡng, bác sĩ/ y sĩ và học vấn khác nhau như dưới đại học, đại học và trên đại học dẫn đến việc tiếp thu kiến thức và vận dụng thực hành có thể chưa đồng đều giữa các nhóm đối tượng. Tuy nhiên, việc can thiệp thể hiện hiệu quả tiếp nhận thông tin và vận dụng trong thực hành trước và sau can thiệp. Vậy nên,

kết quả nghiên cứu chỉ ra sự thay đổi có ý nghĩa đối với kiến thức và thực hành sau ĐTLT ngắn hạn.

Trong khuôn khổ đề tài này, các hoạt động can thiệp được đánh giá ngay sau thời gian can thiệp là 1 năm. Do vậy, các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp phần lớn là những chỉ số đo lường so sánh trước khi triển khai can thiệp và đầu ra đạt được về kiến thức và kỹ năng. Nhóm nghiên cứu không tiến hành so sánh với nhóm chứng. Vậy nên, các chỉ số này chủ yếu phản ánh kết quả đạt được cũng thông qua phiếu hỏi và các câu trả lời của đối tượng, vì vậy tính sát thực có thể bị hạn chế. Mặt khác, chương trình đào tạo áp dụng trong nghiên cứu này nhằm giải quyết những thiếu hụt về kiến thức cơ bản của một số nhóm đối tượng, chưa đào tạo nâng cao, vì vậy đối với các bác sỹ có thể không có kết quả như Y sỹ YHCT, các điều dưỡng (họ cũng tham gia trực tiếp điều trị như: châm cứu, bấm huyệt và chăm sóc người bệnh. Kiến thức về chẩn đoán YHCT đối với điều dưỡng lại không quan trọng như với bác sỹ). Đào tạo là một quá trình, trong đó có hoạt động, tương tác của người dạy, người học và cả người quản lý. Tính duy trì của can thiệp cần được nghiên cứu với thời gian theo dõi phải dài hơn từ 2-3 năm sau can thiệp mới thấy tính duy trì và đưa ra nhận định về tần suất phải tham dự khóa ĐTLT sau bao lâu là hợp lý. Như trên đã trình bày, với hạn chế về thời gian trong nghiên cứu này, đề tài chưa có điều kiện thu thập các chỉ số đánh giá về chất lượng dịch vụ, so sánh tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân trước và sau khi triển khai can thiệp ĐTLT YHCT nhằm đánh giá được tác động và khả năng duy trì của mô hình can thiệp. Những vấn đề này cần được nghiên cứu tiếp trong thời gian tới để đánh giá được chính xác và đầy đủ hơn về mô hình, qua đó góp phần hoàn thiện và nhân rộng phương thức can thiệp này trong tương lai.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng công tác đào tạo liên tục về YHCT cho nhân viên y tế tuyến huyện tỉnh Thanh Hoá:

Công tác đào tạo liên tục chưa được thực hiện thường xuyên, có 84% thực hiện theo quy định (57% được học đủ 48 giờ trong 2 năm, 17,1% học đủ 120 giờ/5 năm). Trong đó chủ yếu qua lớp đào tạo ngắn hạn (76%). Đào tạo về YHCT chỉ chiếm 60%. 85,7% đi học theo phân công của bệnh viện.

Khó khăn chính trong đào tạo liên tục là thiếu kinh phí, thiếu thời gian và thiếu học liệu.

Các chương trình ĐTLT đã được triển khai có nguồn tài chính từ ngân sách của đơn vị và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, hỗ trợ từ các dự án và đóng góp học phí của học viên.

Nhu cầu được đào tạo liên tục về chuyên môn YHCT rất cao (98,7%) và khá đa dạng: cao nhất là châm cứu (58%), sử dụng thuốc (54,3%) bệnh học (48,6%) và xoa bóp bấm huyệt (42,4%).

Đa số mong muốn được đào tạo ngay tại bệnh viện (61,3%) và yêu cầu học tập tích cực (67,1%).

2. Hiệu quả sau 1 năm đào tạo liên tục về y học cổ truyền

Hiệu quả can thiệp sau một năm cho thấy kiến thức nói chung về chẩn trị đạt loại A tăng từ 19% lên 37%, loại C có giảm nhưng vẫn còn khá cao từ 53% xuống 28% ($p < 0,01$).

Về kỹ năng YHCT nói chung cải thiện ít hơn so với thay đổi về kiến thức, loại A tăng từ 13% lên 20%, loại C giảm từ 50% xuống 26% ($p < 0,01$).

Chỉ số hiệu quả cho thấy có thay đổi một cách tương đối so với trước can thiệp về chẩn trị YHCT. Hiệu quả cao nhất ở kiến thức về vị thuốc trong bài

thuốc cổ phương, kiến thức trong bài thuốc nghiệm phương và kiến thức về chế phẩm thuốc (mức thay đổi tương đối so với trước đào tạo lần lượt là 12 lần, 7,5 lần và 2,6 lần). Kiến thức tốt về chỉ định các vị trong bài thuốc cổ phương và về huyết vị rất ít thay đổi, tỷ lệ chưa tốt vẫn còn tới 33% đến 88%.

Kĩ năng châm cứu thay đổi qua chỉ số hiệu quả cho thấy có sự cải thiện rõ nhất (CSHQ = 848%), tuy nhiên, tỷ lệ đạt mức tốt vẫn còn rất thấp 22,5% ($p < 0,01$). Tương tự như thế sau 1 năm, kĩ năng xoa bóp tốt vẫn chỉ đạt 19,1%

Kĩ năng tư vấn sau can thiệp lại kém hơn trước (11,3% so với 13,6%). Cho dù vậy, sau lớp học có 83% đến 95% số học viên đã có trao đổi chuyên môn với đồng nghiệp.

Tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo liên tục hài lòng với những nội dung đào tạo kiến thức chiếm tỷ lệ khá cao, từ 71,4% (với kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương) đến 96,2% (kiến thức về chế phẩm thuốc).

Tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo hài lòng với nội dung kĩ năng cũng ở mức cao, từ 73,3% (kĩ năng xoa bóp) đến 96,2% (kĩ năng kê đơn).

Những tồn tại chính sau lớp học là: không có chương trình riêng cho những nhóm đối tượng bác sĩ và các bậc học thấp hơn; thiếu kinh phí và kế hoạch đào tạo chưa được thực hiện đều đặn hàng năm do nhiều lý do khác nhau.

KHUYẾN NGHỊ

Mô hình can thiệp đào tạo liên tục YHCT cho đối tượng là NVYT của khoa YHCT bệnh viện tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa giúp nâng cao kiến thức và kỹ năng sử dụng YHCT trong KCB trên địa bàn tỉnh. Tuy nhiên, cần được tiếp tục đánh giá toàn diện hơn ở một số khía cạnh như chất lượng khám và hiệu quả điều trị bệnh cũng như xem xét về tính phù hợp, tính khả thi và tính duy trì. Một số hướng nghiên cứu tiếp được đề xuất như sau:

- + Tiếp tục tổ chức các lớp đào tạo liên tục toàn diện về YHCT đặc biệt là các lớp kiến thức về chăm cứu và cách sử dụng các phương thuốc truyền thống trong điều trị bệnh bằng YHCT trong đó đặc biệt chú ý đào tạo kỹ năng.
- + Trong đào tạo, cần chú ý đến kỹ năng tư vấn.
- + Cần có chương trình đào tạo riêng cho bác sỹ và bậc học thấp hơn.
- + Cần thực hiện kế hoạch đào tạo đều đặn hàng năm.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyen Thanh Trung, Nguyen Ngo Quang, Truong Viet Dung, Ngo Thi Tam, Vu Ngoc Ha, Mac Dang Tuan. Awareness, Practices, and Demands of Traditional Medicine Providers for Continuous Medical Education in District Hospitals of Vietnam. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2020. Article ID 9852969, 6 pages. [https://doi.org/ 10.1155/2020/9852969](https://doi.org/10.1155/2020/9852969).
2. Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Ngô Quang, Trương Việt Dũng. Hiệu quả đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Khoa Y học cổ truyền của các Bệnh viện Đa khoa tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa năm 2020. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020. tập 30, số 7: 165-172

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1993), *Tài liệu hội thảo đánh giá về tổ chức chỉ đạo đưa YHCT vào chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, Hà Nội.
2. Trung ương Hội Đông y Việt Nam (2007), *50 năm Hội Đông y Việt Nam*, Hà Nội, tr.20.
3. Trần Thuý và cộng sự (1998), *Kết quả nghiên cứu và hiện trạng nhân lực và hiện trạng sử dụng thuốc cổ truyền*.
4. Ủy ban nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế (2012), *Kỷ yếu Hội Châm cứu tỉnh Thừa Thiên huế*, Huế, 5-7.
5. Bộ Y tế (2014), *Công văn số 2043/BYT-K2ĐT về việc Tăng cường chất lượng công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế*, Hà Nội.
6. Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa (2016), *Hội nghị giao ban tuyển Y học Cổ truyền năm 2016 và phương hướng nhiệm vụ những năm tiếp theo*, Sở y tế, Thanh Hóa, Ngày 25/01/2017-2017.
7. Tạ Ngọc Hải (2011), *Một số nội dung đánh giá về nguồn nhân lực y tế và phương pháp đánh giá nguồn nhân lực y tế*, Viện khoa học tổ chức nhà nước, Hà Nội.
8. Nicolas Henry (2005), *Public Administration and Public affairss*, 256.
9. WHO (2006), *The World Health report: Working together for health*, Geneva.
10. Bộ Y tế (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: Nhân lực y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.
11. WHO-WPRO (2006), *Regional Strategy on Human Reasources for Health 2006-2015 (WPR/RC57/9)*, Manila - Philippines.
12. Bộ Y tế (2006), *Dự án phát triển hệ thống y tế Quản lý y tế*, NXB Y học, Hà Nội.
13. Bộ Y tế (2006), *Báo cáo tổng kết y tế năm 2006*, Hà Nội.

14. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011. Nâng cao năng lực quản lý, đổi mới tài chính y tế để thực hiện kế hoạch 5 năm ngành y tế, 2011 - 2015*, Hà Nội.
15. Phạm Ngân Giang, Kim Bảo Giang và Anna Whelen (2009), *Nghiên cứu trường hợp về nhân lực y tế ở trung tâm y tế huyện*, Dự án tăng cường năng lực quản lý nhà nước cho Bộ Y tế, Ngân hàng thế giới, Hà Nội, 13.
16. Bộ Y tế (2007), *Các lựa chọn chính sách để đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển*, Hà Nội.
17. Frenk J Chen L et al (2010), *Health professionals for a new century. Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The lancet.
18. Lê Mỹ Phong (2010), *Vài nét khái quát về chất lượng giáo dục đại học và trung cấp chuyên nghiệp ở Việt Nam*, Cục Khảo thí và kiểm định chất lượng giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.
19. Bộ Y tế (2013), *Thông tư hướng dẫn về việc Đào tạo liên tục cho cán bộ y tế số: 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013*, Hà Nội.
20. Bộ Y tế (2020), *Thông tư 26/2020/TT-BYT Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế ngày 28 tháng 12 năm 2020*, Hà Nội.
21. R. Brian Haynes, David A. Davis Ann McKibbin et al (1984), *A Critical Appraisal of the Efficacy of Continuing Medical Education*, *JAMA*. 1(251), 61-64.
22. MD. David, A. Davis MD. Andrew and et al (1995), *Changing Physician Performance A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies*, *JAMA*. 9(274), 700-705.
23. P B A Smits, J H A M Verbeek C D de Buissonjé (2002), *Problem based*

learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies, *BMJ*.

24. D. Paul (2002), Continuing Medical Education and the Physician as a Learner Guide to the Evidence, *JAMA*. 9(288), 1057-1060.
25. Bernard S. Bloom (2005), International Journal of Technology Assessment in Health Care, *Cambridge Journal*. 21(3), 380-385.
26. Peter Cantillon Roger Jones (1999), Does continuing medical education in general practice make a difference?, *BMJ*. 318(7193), 1276-1279.
27. Professor and Head of Obstetrics & Gynecology và Seth G.S. Medical College & K.E.M (2011), Continuing medical education, *Journal of Prostgraduate Medicine*. 57(2), 177-178.
28. MD.Wayne, F. Larrabee Jr MD. Arlen D. Meyers (2000), Continuing Medical Education, *Arch Facial Plast Surg*. 2(2), 154.
29. MD. Dave Davis, MSc. Mary Ann Thomson O'Brien PHD.Nick Freemantle và at el (1999), mpact of Formal Continuing Medical Education Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activitie Change Physician Behavior or Health Care Outcomes?, *JAMA*. 9(282), 867-874.
30. Maliheh Mansouri Jocelyn Lockyer (2007), A meta-analysis of continuing medical education effectiveness, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 27(1), 6-15.
31. WHO (2004), *Continuing medical education in India: Delays in legislation slow the progress of contiuing medical education in India.*, geneve.
32. Bower EA (2008), Barrier to innovation in continuing medical education, *J Contin Educ Health Prof*. 2008 Summer. 3(28), 148-156.
33. Shojania KG, Silver I Levinson W (2012), 4(156), tr. 305 - 308. (2012), Continuing medical education and quality improvement: a

match made in heaven?, *Ann Intern Med.* 4(156), 305-308.

34. Ramaswamy R (2011), Beyond grand rounds: a comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium, *Gerontologist.* 1(51), 122-131.
35. Sargeant J (2006), Facilitating interpersonal interaction and learning online: linking theory and practice, *J Contin Educ Health Prof.* 2(26), 128-136.
36. Bộ Chính trị (2005), Nghị Quyết 46/NQ-TW của Bộ Chính trị ngày 23/2/2005 Về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân trong tình hình mới, Hà Nội.
37. Trường Đại học Y tế công cộng (2012), *Báo cáo đánh giá hiện trạng đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam*, Hà Nội.
38. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Hà Nội.
39. Nguyễn Thanh Hương (2014), Thực trạng nhân lực của bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Nông và một số yếu tố liên quan, *Tạp chí Y học thực hành.* 3(909), tr. 74-77.
40. Trịnh Yên Bình (2013), *Thực trạng nhân lực, nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp*, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương Hà Nội.
41. Báo CA Đà Nẵng (2015), *Đào tạo liên tục về an toàn người bệnh cho nhân viên y tế*, Đà Nẵng, Ngày truy cập: 19/07/2016, web http://cadn.com.vn/news/119_130305_dao-tao-lien-tuc-ve-an-toan-nguoi-benh-cho-nhan-vien-y-te.aspx.
42. Đỗ Thị Phương (2005), Kiến thức, thực hành sử dụng y học cổ truyền của cán bộ y tế huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên, *Tạp chí Y học thực hành.* 12, tr. 74-76.

43. Phạm Việt Hoàng và cộng sự,(2012), Hiệu quả chương trình can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên, *Tạp chí Y học thực hành*. 12(854), tr. 46 – 49.
44. Phạm Việt Hoàng và cộng sự (2011), Kiến thức và kỹ năng về y học cổ truyền của cán bộ chuyên ngành y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên, *Tạp chí nghiên cứu khoa y học*. 76(5), tr. 100 – 105.
45. Hoàng Thị Hoa Lý (2015), *Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh Miền Trung*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
46. Đỗ Hoàng Đức (2015), *Hoàn thiện công tác đào tạo bồi dưỡng công chức viên chức Bệnh viện Mắt Trung ương*, Luận văn Thạc sỹ Quản trị nhân lực, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội.
47. Đào Xuân Lân (2015), *Đánh giá hoạt động đào tạo liên tục tại Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
48. Nguyễn Hữu Thắng (2019), *Nhu cầu đào tạo liên tục về xử trí một số bệnh không lây nhiễm của cán bộ y tế xã tỉnh hòa bình và thử nghiệm giải pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
49. WHO (2000), *Progress in Essential Drugs and Medicines Policy 1998 - 1999, Health Technology and Pharmaceuticals Cluster, WHO/EDM/2000.2*.
50. WHO (2002 - 2005), *World Health Organisation Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005*.
51. WHO (1998), *Regulatory situation of herbal medicines. A world review WHO/TRM/98.1*.
52. WHO (1991), *Report on the development of making use of medicinal plants in PHC*, Institute of traditional medicine
53. WHO (1996), *Traditional Medicine Fact Sheet (134)*, 11- 15.

54. A.K.Kaldi PHD (2005), Study of Relationship between Knowledge, Attitude and Practice of Elderly with their General Health in Tehran, 6,9-15.
55. Vũ Tuệ Anh (2005), Y học cổ truyền Trung Quốc thu hút được sự thích thú trên toàn thế giới, *Bản tin dược liệu*. 4(12), 382.
56. Natori S (1980), Application on herbal drugs to health care in Japan, *Ethnopharmacol.* 2(1), 65 - 70.
57. Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương (2005), Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng *Báo cáo Hội nghị khoa học quốc tế Việt Nam - Ba Lan lần thứ VI*, 12.
58. Jayasuriya DC (1990), A review of legislation concerning medical plants *WHO report*, 7 - 9.
59. Kirscht J.P (1974), The health belief model and illness behavior *Health education monographs*, 387 - 407.
60. WHO (1985), Fifty year of the world Health Organization in the Western Pacific Region *Report of the Region Director to the Regional Committee for the Western Pacific*, 25 - 28.
61. WHO Vietnam (2010), Integration of Traditional medicine in to the National health care system - toward feasible models in the Asean countries *Full report*, 30 - 44.
62. WHO – SEA (2006), Regional Strategy Plan for Human Resources Development (SEA/RC59/16), 32 - 34.
63. WHO (2009), Regional Strategy on Promoting the Role of traditional Medicine for Health Systems, 1 - 9.
64. Konkelenberg Rv (2008), *Vietnam's Health Workforce: A review of challenges and reform initiatives Hà Nội*, World Bank.
65. Thailand (2009), Based on country report presentation in the Conference on traditional medicine in Asean countries *Report*, 20.

66. Yu Park Rachel Canaway (2018), Integrating Traditional and Complementary Medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific, *Health Systems & Reform*. 5.
67. WHO (2011), Strategy on traditional medicine for health system in the Western pacific region, 35 - 55.
68. WHO (1999), Practical handbook for anti - malarial drug therapeutic efficacy testing for the district health workers *WHO/AFRO*, 3 -5.
69. Hein W.H (1971), Substitute drugs in early Arabic medicine *Wissenschaftliche verlagsgesellschaft MBH stuttgart*, 22 - 25.
70. WHO (1993), WHO guidelines for the Evaluation of Herbal Medicines *WHO regional office: Manila, the Philippines*.
71. Phạm Hưng Cung (1996), *Nghiên cứu ứng dụng xã hội hóa YHCT chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng trong nền kinh tế thị trường có định hướng XHCN*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
72. Hồ Chủ Tịch (1955), Thư của Hồ Chủ Tịch gửi hội nghị cán bộ y tế tháng 2 năm 1955.
73. Trường đại học Y Hà Nội (2002), *Tuyển tập công trình khoa học chuyên đề y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 56,78.
74. Vũ Văn Hoàng (2008), *Nhu cầu đào tạo lại nguồn nhân lực y tế tại 3 bệnh viện YHCT Hoà Bình, Sơn La và Điện Biên*, Luận văn Thạc sỹ Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
75. Bộ Y tế (2004), Tài liệu Hội nghị tổng kết công tác YDHCT năm 2004 và triển khai chính sách Quốc gia YDHCT đến 2010.
76. Học viện y học cổ truyền Việt Nam (2008), *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam*, Đề tài cấp nghiên cứu khoa học *Cấp Bộ Y tế*, 45- 49.

77. Vụ Y Dược cổ truyền (2011), *Tài liệu Hội nghị đánh giá thực hiện quyết định 2166/QĐ - TTg ngày 30/11/2010 của Thủ tướng Chính phủ và triển khai, góp ý các văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực y dược cổ truyền.*
78. Ban Tuyên giáo Trung ương – Bộ Y tế (2011), *Tài liệu hội thảo kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại thực trạng và giải pháp.*
79. Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương (2007), *Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Báo cáo Hội nghị khoa học nhân dịp kỉ niệm 50 năm ngày thành lập bệnh viện, 11 - 21.*
80. Bộ Y tế (2011), *Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020 và tầm nhìn 2030.*
81. Bộ Y tế (2011), *Thông tư 37/2011/TT - BYT ngày 26/10/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của bệnh viện Y học cổ truyền tuyến tỉnh, Hà Nội.*
82. Bộ Y tế (2007), *Đề án đầu tư xây dựng, nâng cấp các bệnh viện đa khoa vùng và một số bệnh viện đa khoa tỉnh giai đoạn 2007 - 2012.*
83. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo kết quả 5 năm triển khai thực hiện Quyết định 2166/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020, giai đoạn 2011-2015, các nhiệm vụ chủ yếu giai đoạn 2016-2020, Cục Y Dược học cổ truyền.*
84. Bộ Y tế (2001), *Thông tư 05/2001/TT-BYT hướng dẫn tuyển sinh Đại học Y - Dược hệ tập trung 4 năm, Hà Nội.*
85. Sở Y tế Tỉnh Thanh Hóa (2015), *Y tế tuyến huyện và bệnh viện tuyến tỉnh, 19/07/2016, web <http://syt.thanhhoa.gov.vn/irooms.asp?opt=36>.*
86. Bộ Y tế (2009), *Công văn số 1853/BYT-K2ĐT, ngày 07 tháng 4 năm 2009 của Bộ y tế hướng dẫn chi tiết cho các Sở Y tế và đơn vị trực thuộc việc xây dựng Chương trình và Tài liệu đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, Hà Nội.*

87. Đại học Y Hà Nội (2016), *Bài giảng Y học cổ truyền*, 2, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
88. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (2017), *Giáo trình hướng dẫn chương trình y tế quốc gia*, Bộ môn y tế công cộng - Bộ môn nội y học cổ truyền, 1, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
89. Shih-Chieh Liao Shih-Yun Hsu (2019), Evaluating a continuing medical education program: New world Kirkpatrick model approach, *International Journal of Management, Economics and Social Sciences (IJMESS)*. 8(4), 266-279.
90. Bộ y tế (2008), Quyết định số: 26/2008/QĐ-BYT v/v Ban hành quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Hà Nội.
91. Cục Quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2014), Quyết định số 64/QĐ - K2ĐT Tài liệu đào tạo Quản lý đào tạo liên tục, Hà Nội.
92. Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Phản hồi bài giảng của sinh viên, Phòng đào tạo đại học, Hà Nội.
93. Phạm Thị Minh Đức (2016), *Sự phạm y học thực hành*, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 483.
94. Edwin E Ghiselli (1939), All or none versus graded response questionnaires, *Journal of Applied Psychology*. 23(3), 405.
95. Bộ Y tế (2009), Dự thảo Quy hoạch phát triển nhân lực và hệ thống đào tạo y tế đến năm 2020, Vụ Khoa học- Đào tạo, Bộ Y tế, Hà Nội.
96. Bộ Y tế (2007), Hội nghị thực trạng và các giải pháp phát triển nguồn nhân lực y dược học cổ truyền, Hà Nội tháng 1 năm 2007, Hà Nội, tr. 1-6.
97. Chính phủ Việt Nam (2007), Quyết định số 950/QĐ - TTg ngày 27/7/2007 về đầu tư xây dựng trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008 - 2010, Hà Nội.
98. Bộ Y tế (2009), *Hội nghị kết hợp viện - trường trong đào tạo Bác sỹ chuyên khoa cấp I, Bác sỹ chuyên khoa cấp II và Bác sỹ nội trú* Hà Nội.

99. Chính phủ Việt Nam (2005), Quyết định số 225/2005/QĐ - TTg ngày 15/9/2005 về việc phê duyệt đề án nâng cấp bệnh viện huyện và bệnh viện đa khoa khu vực giai đoạn 2005 - 2008, Hà Nội.
100. Chính phủ Việt Nam (2008), Quyết định số 47/2008/QĐ - TTg ngày 02/4/2008 về việc phê duyệt đề án đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008 - 2010, Hà Nội.
101. Chính phủ Việt Nam (2007), Quyết định số 1402/QĐ-TTg ngày 15/10/2007 của Chính phủ về phê duyệt Đề án Hỗ trợ phát triển Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện giai đoạn 2007 - 2010, Hà Nội.
102. J Scott Butterworth Edmund H Reppert (1960), Auscultatory acumen in the general medical population, *JAMA*. 174(1), 32-34.
103. Jo Buyske (2009), For the protection of the public and the good of the specialty: maintenance of certification, *Archives of Surgery*. 144(2), 101-103.
104. Kamran Ahmed (2013), The effectiveness of continuing medical education for specialist recertification, *Canadian Urological Association Journal*. 7(7-8), 266.
105. Bộ Y tế (2020), Theo Công văn số 6030/BYT - K2ĐT của Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo, Hà Nội.
106. Gracia-Pérez ML Gil-Lacruz M (2017), The impact of a continuing training program on the perceived improvement in quality of health care delivered by health care professionals, *Eval Program Plann*. 66, 33-38.
107. Hyun Bae Yoon (2015), The Effect of Formative Program Evaluation on Continuous Program Improvement: A Case Study of a Clinical Training Program in Lao PDR, *J Korean Med Sci*,. 30(12), 1743–1747.
108. Triệu Văn Tuyên (2015), *Mô tả thực trạng đào tạo liên tục cán bộ trạm y tế tại tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2013-2014*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

109. ACCME (2014), *CME content: Definition and Examples*, Accreditation Council for Continuing Medical Education, 515 N. State Street - Suite 1801 - Chicago - United States, 06/10/2018, web [http:// www. accme. org/requirements/accreditation-requirements-cme-providers/policies-and- definitions/cme-content-definition-and- examples](http://www.accme.org/requirements/accreditation-requirements-cme-providers/policies-and-definitions/cme-content-definition-and-examples).
110. Cục Quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2014), *Tài liệu đào tạo quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện*, Hà Nội, tr. 9-10.
111. Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội (2012), *Kết quả thực hiện nhiệm vụ 2011, phương hướng và nhiệm vụ năm 2012*, Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, Hà Nội.
112. Bộ Y tế (2011), Báo cáo tổng kết 8 năm thực hiện chính sách quốc gia về y dược cổ truyền Việt Nam, *Tài liệu hội nghị tổng kết thực hiện chính sách quốc gia về y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2010*, Hà Nội.
113. Thủ tướng Chính phủ nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam (2013), Quyết định số 122/Quyết định - Thủ Tướng ngày 10/01/2013 của Thủ tướng Chính phủ về Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030.
114. Đỗ Thị Phương, Trần Thị Nga và Vũ Khắc Lương (2010), Đánh giá sự chấp nhận của khách hàng sử dụng dịch Y dược cổ truyền tư nhân trên địa bàn Hà Nội, *Tạp chí nghiên cứu y học Đại học Y Hà Nội*. Tập 70(số 5), tr. 144-149.
115. Đỗ Thị Phương, Lê Minh Phương và Trần Quốc Tuấn (2011), Đánh giá hiệu quả mô hình tăng cường sử dụng YHCT chăm sóc và hỗ trợ điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng thông qua hoạt động của Tuệ Tĩnh Đường, *Tạp chí Nghiên cứu u YDHCT Việt Nam*(30), tr. 7-15.

B. QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC, TẬP HUẤN NGẮN HẠN VỀ Y HỌC CỔ TRUYỀN

B1. Theo Anh/Chị Đào tạo liên tục ngành y khoa là các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm?

- Đào tạo bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ;
- Cập nhật kiến thức y khoa liên tục; phát triển nghề nghiệp liên tục;
- Đào tạo chuyển giao kỹ thuật; đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác cho cán bộ y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân.
- Là các buổi hội nghị, hội thảo, báo cáo khoa học, tập huấn chuyên môn, giao ban chuyên môn, tọa đàm chuyên môn y tế có xác nhận của chủ trì đơn vị tổ chức ...

B2. Theo Anh/chị trách nhiệm tham gia đào tạo liên tục là những đối tượng nào sau đây?

- Bác sĩ, Dược sĩ đại học trở lên
- Chỉ cán bộ trung học, trung cấp, cao đẳng
- Cán bộ y tế làm việc trong đơn vị công lập (nhà nước)
- Cán bộ y tế làm việc ngoài đơn vị công lập (tư nhân)
- Tất cả cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở y tế

B3. Theo Anh/chị thời gian quy định phải tham gia đào tạo liên tục là bao lâu?

- 48 tiết học (6 ngày) trong 2 năm liên tiếp
- 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, trong đó mỗi năm tối thiểu 12 tiết học
- Chỉ cần tham gia là được

B4. Trong quá trình làm việc Anh/chị có được cập nhật kiến thức về YHCT không?

- Có
- Không

B5. Nếu có thì cập nhật kiến thức từ nguồn nào?

- Tự tìm hiểu và đọc tài liệu
- Tập huấn
- Nguồn khác (xin ghi rõ):

B6-a. Từ năm 2013 trở về trước (5 năm) anh/chị có đi học thêm các khóa học ngắn hạn có cấp chứng chỉ/chứng nhận liên quan tới YHCT không?

- Có
- Không

B6-b. Từ năm 2013 đến nay (5 năm gần đây) anh/chị có đi học thêm các khóa học ngắn hạn có cấp chứng chỉ/chứng nhận liên quan tới YHCT không? (Nếu có chuyển B7, nếu không chuyển mục C)

- Có
- Không

B8. Anh/chị tham gia tập huấn, cập nhật kiến thức ngắn hạn do:

- Quy định của nhà nước/đơn vị
- Từ cá nhân mong muốn cập nhật để nâng cao trình độ
- Lý do khác (xin ghi rõ):

B9. Anh/chị có gặp khó khăn gì trong cập nhật kiến thức về y học cổ truyền?

Không thu xếp được thời gian:

- Do cá nhân
- Do đơn vị
- Khác (ghi rõ):

Thiếu kinh phí:

- Học phí
- Đi lại
- Khác (ghi rõ):

Thiếu tài liệu chuyên môn:

- Tài liệu học tập
- Tài liệu nghiên cứu
- Khác (ghi rõ):

Khó khăn khác (xin ghi rõ):

C. NHU CẦU VỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

C1. Trong thời gian tới Anh/chị có nhu cầu/nguyện vọng được tham gia lớp Đào tạo liên tục về YHCT không?

Có

Không

C2. Chương trình Đào tạo liên tục về YHCT cụ thể mà Anh/chị mong muốn?

STT	Nội dung về chương trình/khóa học mà Anh/chị mong muốn						
	Tên khóa học	Thời gian khóa học (ngày)	Địa điểm tổ chức 1. BV nơi công tác, 2. BV tuyến trên 3. Tại cơ sở giáo dục	Giảng viên 1. BV tuyến tỉnh 2. BV tuyến TW 3. Từ các cơ sở giáo dục	PP giảng dạy 1. Lý thuyết 2. Thực hành 3. LT+TH	Tài liệu 1. Phát tay 2. Sách tham khảo 3. Bản mềm	Khác (Xin ghi rõ)
1	PP dùng thuốc YHCT (ghi cụ thể từng nội dung học)						
2	PP Không dùng thuốc (ghi cụ thể từng nội dung học)						

3	PP xoa bóp bấm huyệt <i>(ghi cụ thể từng nội dung học)</i>						
4	Kết hợp YHCT và Y học hiện đại <i>(ghi cụ thể từng nội dung học)</i>						
5	Nội dung khác:						

C3. Anh/chị có đề xuất gì khác khi tham gia khóa đào tạo ngắn hạn về y học cổ truyền?

- Hỗ trợ về kinh phí đào tạo
- Hỗ trợ về thời gian tham gia học tập
- Hỗ trợ khác (xin ghi rõ).....

Xin cảm ơn Anh/chị!

PHỤ LỤC 1B:
PHIẾU PHÒNG VẤN NHÂN VIÊN Y TẾ

Địa điểm điều tra:

Ngày điều tra:

Người giám sát:

Đây là những thông tin cần thiết cho điều tra về thực trạng quản lý và xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục y học cổ truyền. Đề nghị Anh/chị vui lòng điền đầy đủ thông tin vào những nội dung sau:

MỤC A: THÔNG TIN CHUNG

A1. Họ và tên:Mã đối tượng _____

A2. Tuổi:

A3. Giới: Nam Nữ

A4. Dân tộc:

A5. Trình độ học vấn:.....

A6. Trình độ chuyên môn:

<input type="checkbox"/> Bác sĩ Đa khoa	<input type="checkbox"/> Sau ĐH
<input type="checkbox"/> Bác sĩ YHCT	<input type="checkbox"/> Y sỹ YHCT
<input type="checkbox"/> Dược sĩ Đại học	<input type="checkbox"/> Y sỹ ĐK
	<input type="checkbox"/> Điều dưỡng
	<input type="checkbox"/> Khác

A7. Nơi đào tạo:

A8. Nơi công tác sau khi tốt nghiệp:

A9. Nơi công tác hiện tại:

A10. Thâm niên công tác:

A11. Chức vụ:

MỤC B: KIẾN THỨC VÀ KĨ NĂNG

KIẾN THỨC

B1. Anh/chị cho rằng điều trị bằng y học cổ truyền nên phát triển ở tuyến nào?

Tuyến tỉnh Tuyến huyện Tuyến xã Tất cả các tuyến

B2. Anh/chị tin tưởng vào hiệu quả điều trị ở mức độ nào trong các phương pháp sau?

Xin anh/chị đánh dấu (X) vào ô tương ứng trong bảng sau:

Phương pháp điều trị	Mức độ tin tưởng				
	Rất không tin				Rất tin
	1	2	3	4	5
Thuốc YHCT					
Châm cứu					
Xoa bóp bấm huyệt					
Châm cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt					
YHCT kết hợp YHHĐ					
PP Dưỡng sinh					

B3. Anh/chị hãy lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất cho những bệnh sau.

Đánh dấu X vào ô phù hợp (chỉ lựa chọn 01 đáp án đúng nhất)

STT	Tên bệnh	Chọn câu trả lời đúng nhất		
		Y học cổ truyền	Y học hiện đại	Kết hợp YHCT và YHHĐ
1.	Đau vai gáy			
2.	Đau lưng cấp			

3.	Liệt dây TK7 ngoại biên			
4.	Đau thần kinh hông			
5.	Di chứng Tai biến MMN			
6.	Huyết áp cao			
7.	Mất ngủ			
8.	Suy nhược cơ thể			
9.	Suy nhược thần kinh			
10.	Đau đầu			
11.	Bại não			
12.	Viêm gan			
13.	Trĩ			

B4. Theo Anh/chị có mấy cách kê đơn thuốc YHCT?(Cách)

Anh/chị có thể liệt kê các **tên** các cách kê đơn?

.....

.....

.....

B5. Anh/chị hãy khoanh tròn vào đáp án mà Anh/chị cho là phù hợp nhất để điều trị những chứng bệnh sau đây (lựa chọn một đáp án)

B5.1. Huyết áp thấp thể tâm tỳ lưỡng hư

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. Bỏ trung ích khí | 3. Hoàng kỳ kiến trung thang |
| 2. Thiên ma câu đằng ẩm | 4. Quy tỳ thang |

B5.2. Suy dinh dưỡng trẻ em thể tỳ hư

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1. Tiêu bĩ hoàn | 3. Sâm linh bạch truật tán |
| 2. Ô mai hoàn | 4. Lục vị hoàn |

B5.3. Cảm mạo phong hàn

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1. Ma hoàng than | 3. Hoắc hương chính khí tán |
| 2. Ngân kiều tán | 4. Quế chi thang |

B5.4. Tăng huyết áp thể can hỏa vượng

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Sài hồ sơ can thang | 3. Long đởm tả can thang |
| 2. Bát vị thang | 4. Kỳ cúc địa hoàng hoàn |

B5.5. Viêm khớp dạng thấp đợt tiến triển

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Bạch hổ quế chi thang | 3. Độc hoạt ký sinh thang |
| 2. Ý dĩ nhân thang | 4. Phòng phong thang |

KĨ NĂNG

B6. Anh/chị có kinh nghiệm điều trị loại bệnh nào bằng YHCT cho kết quả điều trị tốt?

.....
.....

Nếu có là do:

- Dùng thuốc kinh nghiệm gia truyền
- Dùng thuốc theo đối pháp lập phương
- Dùng bài cổ phương
- Kết hợp phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc
- Kết hợp YHHĐ và YHCT

B7. Anh/chị đã từng kê đơn cổ phương trong điều trị bệnh hay chưa?

- Có Chưa

Nếu có Anh/chị hãy kể tên bài cổ phương và các vị thuốc theo cổ phương điều trị một số chứng bệnh theo bảng sau:

STT	Tên chứng bệnh	Tên bài cổ phương	Tên các vị thuốc
1	Suy nhược thần kinh (thể tâm tỳ hư)		
2	Viêm khớp dạng thấp (thể phong thấp nhiệt tý)		

3	Tăng huyết áp (thể âm hư dương xung)		
4	Viêm đại tràng mạn (thể tà vyị hư nhược)		
5	Đau thần kinh tọa (Do thoái hóa cột sống thắt lưng)		

B8. Anh/chị đã từng kê đơn nghiệm phương trong điều trị bệnh hay chưa?

Có

Chưa

Nếu **có** Anh/chị hãy kê tên bài nghiệm phương và các vị thuốc kê theo nghiệm phương điều trị một số chứng bệnh theo bảng dưới đây:

STT	Tên chứng bệnh	Tên bài nghiệm phương	Tên các vị thuốc
1	Suy nhược thần kinh (thể tâm tỳ hư)		
2	Viêm khớp dạng thấp (thể phong thấp nhiệt tý)		

3	Tăng huyết áp (thể âm hư dương xung)		
4	Viêm đại tràng mạn (thể tì vị hư nhược)		
5	Đau thần kinh tọa (Do thoái hóa cột sống thắt lưng)		

B9. Anh/chị hãy liệt kê tác dụng một số thủ thuật sau

TT	Tên thủ thuật	Tác dụng
1	Xoa	
2	Bóp	
3	Lăn	
4	Rung	
5	Vận động	

B10. Anh/chị hãy cho biết thủ thuật xoa bóp để điều trị một số bệnh sau đây:

TT	Tên bệnh	Thủ thuật xoa bóp
1	Mất ngủ	
2	Đau đầu	
3	Đau vai gáy	

PHỤ LỤC 2:
PHIẾU PHÒNG VẤN LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN/CÁN BỘ XÂY DỰNG
CHƯƠNG TRÌNH

Chức vụ:

1. Xin ông/bà cho biết quan điểm về vai trò của Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Y học cổ truyền tuyến huyện tại Thanh Hóa?

.....
.....
.....

2. Xin ông/bà cho biết đánh giá về Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Y học cổ truyền tuyến huyện tại Thanh Hóa?

- Về số lượng:

.....
.....

- Về chất lượng:

.....
.....

3. Xin ông/bà cho biết những thuận lợi và khó khăn trong công tác Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Y học cổ truyền tuyến huyện tại Thanh Hóa?

- Về thuận lợi:

.....
.....
.....

- Về Khó khăn:

.....
.....
.....
.....

4. Xin ông/bà cho biết những nguyện vọng/nhu cầu về Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Y học cổ truyền tuyến huyện tại Thanh Hóa trong thời gian tới như thế nào?

.....
.....
.....

5. Xin ông/bà cho ý kiến đề xuất một số giải pháp nhằm phát triển về Đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Y học cổ truyền tuyến huyện tại Thanh Hóa trong thời gian tới như thế nào?

- Về chính sách:

.....
.....
.....

- Về cơ sở vật chất/học liệu:

.....
.....
.....

- Về thời gian đào tạo:

.....
.....
.....

- Về giảng viên:

.....
.....
.....

- Về địa điểm đào tạo (tại đơn vị/tại tuyến tỉnh/tại tuyến trung ương/tại trường):

.....

Xin cảm ơn ông/bà.

PHỤ LỤC 3:
PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU NVYT TRƯỚC CAN THIỆP

(Đối tượng: cán bộ y học cổ truyền tuyến huyện)

A. Phần hành chính:

1. Thời gian: Từgiờ.....phút, đếngiờ.....phút ngày .../11/2018

2. Nghiên cứu viên:.....Thư ký:.....

B. Phần nội dung:

1. Xin Anh/chị cho biết thực trạng công tác Đào tạo liên tục (ĐTLT) cho nhân viên y tế y học cổ truyền tuyến huyện như thế nào?

- Các hoạt động ĐTLT được triển khai như thế nào? (Từ năm 2013 trở về trước và 05 năm gần đây);

- Những thuận lợi trong quá trình triển khai các hoạt động ĐTLT? (Từ năm 2013 trở về trước và 05 năm gần đây);

- Những khó khăn trong quá trình triển khai các hoạt động ĐTLT? (Từ năm 2013 trở về trước và 05 năm gần đây);

2. Xin Anh/chị cho biết các quy định hiện hành về công tác ĐTLT cho nhân viên y tế theo thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 của Bộ Y tế có phù hợp với thực tế công tác của Anh/chị không? Vì sao? (theo bảng gợi ý)

TT	Nội dung	Phù hợp (Có)	Không phù hợp (Không)	Lý do
1	Chủ đề đào tạo (tên khóa học)?			
2	Thời gian, địa điểm tổ chức?			
3	Thời gian khóa học?			
4	Đối tượng tham gia?			
5	Nội dung học và chuyên môn anh/chị đảm nhận?			
6	Phương tiện, công cụ, tài liệu hỗ trợ?			
7	Giảng viên, phương pháp giảng dạy?			
8	Kinh phí khóa học?			
9	Quá trình quản lý, giám sát khóa học?			
10	Quản lý cơ sở vật chất, học liệu, trang thiết bị đào tạo			
11	Áp dụng trong công tác khám chữa bệnh?			

3. Anh/chị được đơn vị yêu cầu và cử đi hay tự tìm hiểu thông tin và tham gia các khóa học?

4. Xin Anh/chị cho biết các khóa tham gia có phù hợp với chuyên môn và nhu cầu thực tế trong công việc tại đơn vị? hiệu quả các khóa mang lại trong công tác khám chữa bệnh? Ví dụ?

5. Khi tham gia các khóa đào tạo thì đơn vị nơi công tác tạo điều kiện gì để Anh/chị tham gia? (kinh phí, thời gian, chế độ khen thưởng ...)

6. Anh/chị có đề xuất cụ thể nào về các lớp đào tạo ngắn hạn sau:

- **Châm cứu:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Thuốc Y học cổ truyền:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Kết hợp YHCT và YHHD:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Xoa bóp bấm huyệt:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

7. Anh/chị có kiến nghị gì để công tác ĐTLT được thực hiện có hiệu quả hơn?

Nghiên cứu viên

Phụ lục 4:
BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ
NHẬN THỨC VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO CHUNG

Địa điểm điều tra:

Ngày điều tra:

Người giám sát:

Mục 1: Thông tin chung

1. Họ và tên (viết tắt): Mã đối tượng: _____

2. Tuổi:

3. Giới: Nam Nữ

4. Dân tộc:

5. Trình độ học vấn:

6. Trình độ chuyên môn:

Bác sĩ Đa khoa

Chuyên khoa I

Bác sĩ YHCT

Chuyên khoa II

Dược sĩ Đại học

Thạc sĩ

Tiến sĩ

Khác

7. Nơi đào tạo:

8. Nơi công tác sau khi tốt nghiệp:

9. Nơi công tác hiện tại:

10. Thâm niên công tác (*ghi rõ số năm công tác tại bệnh viện VÀ số năm công tác trong ngành y*):

11. Chức vụ:

12. Số điện thoại liên hệ:



Mục 2: Thông tin nhu cầu, mức độ đáp ứng của các lớp ĐTLT

Dưới đây là các tiêu chí về nhu cầu và mức độ đáp ứng đào tạo liên tục (trước và sau khi đào tạo liên tục), xin Anh/Chị vui lòng cho biết ý kiến đánh giá theo các tiêu chí, căn cứ vào thang **đánh giá lần lượt** ở mỗi cột phía bên **trái trước** và **phải sau**.

Anh/Chị đánh dấu X vào số phù hợp nhất với Anh/chị vào cột bên trái và bên phải

CỘT BÊN TRÁI	CỘT BÊN PHẢI
<p>Thang đánh giá mức độ quan trọng</p> <p>Trước khi tổ chức các lớp ĐTLT:</p> <p>1: Không 2: Có cần nhưng chỉ chút ít 3: Bình thường/trung bình 4: Cần/ nhiều kiến thức cần 5: Rất cần/ Rất cần được học thêm</p>	<p>Thang đánh giá mức độ đáp ứng (đạt được)</p> <p>Sau khi tổ chức các lớp ĐTLT:</p> <p>1: Chưa đạt được 2: Đạt được một ít 3: Bình thường/trung bình 4: Tốt/ được thêm nhiều kiến thức 5: Học thêm được rất nhiều</p>

A. Khám chữa bệnh, kê đơn thuốc YHCT

Tầm quan trọng					CÂU HỎI	Mức độ đạt được				
					1. Thủ tục tiếp nhận người bệnh từ phòng đăng ký khám					
①	②	③	④	⑤	2. Tiến hành khám, chữa bệnh cho người bệnh, gồm: Khám phát hiện các chứng bằng y học cổ truyền như tứ chẩn (vọng – vấn- vân – thiết),	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	3. Chẩn đoán bệnh: chẩn đoán Bát Cương, chẩn đoán tạng phủ, chẩn đoán bệnh danh	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	4. Đề ra phương pháp điều trị: Pháp điều trị.	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	5. Xử lý ban đầu được một số bệnh cấp cứu	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	6. Kê đơn thuốc: đối pháp lập phương. Các vị thuốc, bài thuốc, phương pháp bào chế hoặc sắc thuốc...	①	②	③	④	⑤

①	②	③	④	⑤	7. Châm cứu, bấm huyệt: chỉ định huyệt vị theo chứng bệnh, chế độ châm cứu và bấm huyệt	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	8. Khám y học hiện đại: khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	9. Kê đơn thuốc tây y (nếu cần)	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	10. Theo dõi người bệnh (Trường hợp bệnh diễn biến nặng, bác sĩ điều trị quyết định chuyển người bệnh điều trị nội trú ban ngày sang điều trị nội trú?)	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	11. Đánh giá kết quả điều trị	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	12. Phối hợp khám bệnh, chữa bệnh với các chuyên khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học cổ truyền và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác	①	②	③	④	⑤
B. Dược cổ truyền										
①	②	③	④	⑤	1. Nhận biết cách bào chế các vị thuốc y học cổ truyền	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	2. Nhận biết các dụng cụ bào chế và cách sử dụng các phụ liệu trong bào chế thuốc cổ truyền: Kỹ thuật sơ chế thuốc, Kỹ thuật sao trực tiếp	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	3. Kỹ thuật sao gián tiếp, kỹ thuật sao có phụ liệu	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	4. Kỹ thuật bào chế các vị thuốc cổ truyền: Thục địa, Hà thủ ô, Bán hạ chế	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	5. Kỹ thuật bào chế các vị thuốc có độc tính của y học cổ truyền: Mã tiền, Phụ tử chế, Bạch phụ tử	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	6. Nhận biết và cách sử dụng một số cây thuốc nam thường dùng theo quy định 4664/QĐ-BYT ngày 7 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế	①	②	③	④	⑤
C. Kỹ năng mềm, mối quan hệ đồng nghiệp, người bệnh										
①	②	③	④	⑤	1. Tạo dựng mối quan hệ thân thiện, gần gũi, chia sẻ với người bệnh	①	②	③	④	⑤

①	②	③	④	⑤	2. Sử dụng máy tính để vào số liệu, cập nhật thông tin người bệnh tại khoa phòng	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	3. Tìm và đọc những kiến thức quan trọng nhất về lĩnh vực chuyên môn của mình qua sách, tạp chí chuyên ngành	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	4. Áp dụng được những kiến thức đã đọc được vào thực hành lâm sàng khám bệnh, chữa bệnh, tư vấn cho người bệnh	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	5. Cùng làm việc, chia sẻ với đồng nghiệp trong đơn vị, nhóm làm việc	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	6. Trao đổi trực tiếp với người bệnh một cách hiệu quả	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	7. Xác định được những vấn đề, chủ đề cần nghiên cứu kỹ để làm việc tốt hơn	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	9.Đưa ra những ý tưởng mới để cải tiến công việc hàng ngày	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	10.Tìm đọc những tài liệu liên quan đến công việc thực hành lâm sàng khi gặp khó khăn	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	11.Trao đổi ý kiến chuyên môn với các đồng nghiệp để học hỏi lẫn nhau về chuyên môn	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	12.Trao đổi, tư vấn cho người bệnh hay người chăm sóc	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	13.Chỉ dẫn cho đồng nghiệp, học viên y đến học tại bệnh viện về chuyên môn, hướng dẫn họ thực hành bằng cầm tay chỉ việc....	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	14.Lập kế hoạch chăm sóc cho từng bệnh nhân một cách khoa học, đúng quy định chuyên môn	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	15.Đánh giá, phát hiện những vấn đề về tâm lý hay những vấn đề cản trở giao tiếp xã hội cần được hỗ trợ	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	16.Lập kế hoạch cho những công việc hàng ngày của mình để thực hiện có hiệu quả nhất.	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	17.Sử dụng thành thạo những trang thiết bị y tế như các thiết bị chăm cứu, lý liệu pháp . . . và cả máy tính	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	18.Thực hiện truyền thông, tư vấn để tăng cường sức khỏe cho họ (như chế độ ăn uống, chế độ làm việc và nghỉ ngơi, thay đổi lối	①	②	③	④	⑤

					sống có hại, sử dụng thuốc đúng chỉ định, kiểm tra sức khỏe định kỳ....					
①	②	③	④	⑤	19.Tìm cách để khắc phục tình trạng thiếu nhân lực, thiếu kinh phí, thiếu thuốc	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	20.Đánh giá và xác định nhu cầu được chăm sóc của người bệnh	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	21.Thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học tại cơ sở khoa phòng và bệnh viện	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	22.Tích cực tham gia các nhóm công tác	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	23.Dựa vào những điều kiện cụ thể của đơn vị để tiến hành nghiên cứu khoa học tại cơ sở	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	24.Thực hiện những công việc hành chính	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	25.Thích nghi với những thay đổi về nhu cầu KCB về YHCT của người bệnh và khả năng cung ứng dịch vụ YHCT của bệnh viện nơi công tác.	①	②	③	④	⑤

D. Thái độ, niềm tin về KCB bằng YHCT

①	②	③	④	⑤	1. Thuốc YHCT	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	2. Châm cứu	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	3. Xoa bóp bấm huyệt	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	4. Châm cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt	①	②	③	④	⑤
①	②	③	④	⑤	5. YHCT kết hợp YHHD	①	②	③	④	⑤

Sau khi học tập huấn, Anh/chị có hướng dẫn lại kiến thức, kỹ năng đã học cho đồng nghiệp không?

1. Có

2. Không

Nếu có thì Anh/chị đã hướng dẫn những nội dung gì?

.....

.....

.....

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

PHỤ LỤC 5:
PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU SAU CAN THIỆP

(Đối tượng: cán bộ y học cổ truyền tuyến huyện)

Mã đối tượng: _____

A. Phần hành chính:

1. Thời gian: Từgiờ.....phút, đến giờ.....phút ngày .../.../.....
2. Nghiên cứu viên:.....Thư ký:.....

B. Phần nội dung:

1. Xin Anh/chị cho biết thực trạng công tác Khám chữa bệnh bằng YHCT tuyến huyện như thế nào sau khi tham gia khóa ĐTLT y học cổ truyền?

- Các hoạt động Khám chữa bệnh YHCT được triển khai như thế nào? Kiến thức, kỹ năng và mức độ tự tin của bản thân khi vận dụng kiến thức, kỹ năng được học tại khóa ĐTLT như thế nào? Hiệu quả của việc vận dụng này được người bệnh đánh giá như thế nào?

- Những thuận lợi trong quá trình triển khai khám chữa bệnh YHCT sau khi tham gia lớp ĐTLT như thế nào?

- Những khó khăn trong quá trình triển khai khám chữa bệnh YHCT sau khi tham gia lớp ĐTLT như thế nào?

2. Xin Anh/chị cho chương trình ĐTLT y học cổ truyền có phù hợp với thực tế công tác của Anh/chị không? Vì sao? (theo bảng gợi ý)

TT	Nội dung	Phù hợp (Có)	Không phù hợp (Không)	Lý do
1	Chủ đề đào tạo (tên khóa học)?			
2	Thời gian, địa điểm tổ chức?			
3	Thời gian khóa học?			
4	Đối tượng tham gia?			
5	Nội dung học và chuyên môn anh/chị đảm nhận?			
6	Phương tiện, công cụ, tài liệu hỗ trợ?			
7	Giảng viên, phương pháp giảng dạy?			
8	Kinh phí khóa học?			
9	Quá trình quản lý, giám sát khóa học?			
10	Quản lý cơ sở vật chất, học liệu, trang thiết bị đào tạo			
11	Áp dụng trong công tác khám chữa bệnh?			

3. Anh/chị có được đơn vị yêu cầu và cử đi tham gia các khóa học ĐTLT tiếp theo hay không? Vì sao?

4. Xin Anh/chị cho biết các khóa tham gia có phù hợp với chuyên môn và nhu cầu thực tế trong công việc tại đơn vị? hiệu quả các khóa mang lại trong công tác khám chữa bệnh? Xin hãy đưa ra một ví dụ cụ thể trong việc vận dụng kiến thức và kỹ năng của khóa ĐTLT YHCT mà chúng tôi đã cung cấp cho anh/chị?

5. Khi tham gia các khóa đào tạo thì đơn vị nơi công tác tạo điều kiện gì để Anh/chị tham gia? (kinh phí, thời gian, chế độ khen thưởng ...)

6. Anh/chị có đề xuất cụ thể nào về các lớp đào tạo liên tục ngắn hạn tiếp theo không, cụ thể như sau:

- **Châm cứu:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Thuốc Y học cổ truyền:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Kết hợp YHCT và YHHD:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?

- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

- **Xoa bóp bấm huyệt:**

- Nội dung cần đào tạo?
- Thời gian, địa điểm tổ chức?
- Thời gian khóa đào tạo?
- Giảng viên? Phương pháp giảng dạy?
- Tài liệu, công cụ phục vụ học tập, giảng dạy?
- Các hỗ trợ khi tham gia đào tạo?

7. Anh/chị có kiến nghị gì để công tác ĐTLT được thực hiện có hiệu quả hơn?

Nghiên cứu viên

**PHỤ LỤC 6:
PHIẾU KHẢO SÁT PHẢN HỒI VỀ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO**

Mã đối tượng: -----

A. Phản hồi về mục tiêu và nội dung chương trình

STT	Nội dung phản hồi về mục tiêu và nội dung khóa học	Cán bộ đánh giá theo các mức độ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
A1	Mục tiêu của khóa học phù hợp với nhu cầu công việc					
A2	Khóa học có giới thiệu tài liệu học tập và tài liệu tham khảo khác					
A3	Nội dung bài giảng bám sát với mục tiêu học tập					
A4	Nội dung bài giảng cập nhật, có thể áp dụng được vào công việc					
A5	Khóa học có ví dụ minh họa dễ hiểu, có giá trị, phù hợp với nội dung					

B. Phản hồi về phương pháp giảng dạy

ST T	Nội dung phản hồi về Phương pháp giảng dạy trong khóa học	Đánh giá theo các mức độ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
B1	Sử dụng các công cụ, phương tiện giảng dạy hợp lý					
B2	Luôn khuyến khích người học tham gia bài giảng như đặt câu hỏi thảo luận, bài tập để giải quyết mục tiêu học tập					
B3	Giảng dạy hấp dẫn sinh động và giải quyết từng vấn đề rõ ràng					
B4	Khơi dậy được sự đam mê thích thú với nội dung học					
B5	Khuyến khích học viên phản hồi về nội dung giảng và phương pháp giảng					

C. Phản hồi về tác phong sư phạm của giảng viên

ST T	Nội dung phản hồi về Trách nhiệm và tác phong sư phạm của giảng viên	Đánh giá theo các mức độ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
C1	Giảng đúng giờ, đủ giờ theo quy định					
C2	Thể hiện sự chuẩn bị tốt trước buổi giảng					
C3	Có thái độ đúng mực phù hợp với học viên trong buổi giảng					
C4	Luôn thể hiện rõ sự nhiệt tình và tinh thần trách nhiệm cao trong giảng dạy					

D. Phản hồi về tổ chức khóa học

STT	Nội dung phản hồi về Tổ chức khóa học	Đánh giá theo các mức độ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
D1	Lịch học hợp lý					
D2	Phòng học đủ rộng, yên tĩnh					
D3	Đủ phương tiện dạy học					
D4	Địa điểm thuận lợi					
D5	Thời gian tổ chức khóa học phù hợp					

E. Phản hồi chung về khóa học

STT	Nội dung phản hồi chung về khóa học	Đánh giá theo các mức độ				
		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Rất đồng ý
E1	Nhận xét chung khóa học đạt mục tiêu					
E2	Đánh giá chung về khóa học đạt kết quả tốt					

C3. Anh/chị có đề xuất gì khác khi tham gia khóa đào tạo ngắn hạn về y học cổ truyền?

- Hỗ trợ về kinh phí đào tạo
- Hỗ trợ về thời gian tham gia học tập
- Hỗ trợ khác (xin ghi rõ).....

Xin cảm ơn Anh/chị!