

KHẢO SÁT VỀ KỸ NĂNG THỰC HÀNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN KHI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Lê Thị Bình

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện trên 450 điều dưỡng viên đang trực tiếp làm công tác chăm sóc bệnh nhân tại 9 bệnh viện trong cả nước vào giữa năm 2006 đến 2007. Nội dung đánh giá về kỹ năng thực hiện quy trình điều dưỡng và các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của các điều dưỡng hàng ngày thực hiện chăm sóc trên bệnh nhân. Kết quả cho thấy thực trạng kỹ năng của điều dưỡng còn yếu và có qui luật ở các bệnh viện tuyến trung ương tốt hơn các bệnh viện tuyến tỉnh/thành. Điều dưỡng có "kỹ năng nhận định" nhưng chỉ đạt số điểm mức trung bình và dưới trung bình. "Kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc" cũng rất kém, phần lớn không thực hiện (0,0 điểm), bệnh viện có thực hiện nhưng chỉ đạt số điểm ở mức trung bình. Thực hiện chăm sóc không theo kế hoạch, chỉ đạt mức trung bình và dưới trung bình. Kỹ năng đánh giá sau chăm sóc rất kém, vẫn còn một số bệnh viện không thực hiện (0,0 điểm), bệnh viện có thực hiện nhưng chỉ đạt số điểm ở mức trung bình và dưới trung bình. Kết quả thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật theo bảng kiểm chỉ ở mức trung bình. Kết quả đã tìm thấy một số yếu tố liên quan đến năng lực của điều dưỡng viên gồm: Tuổi nghề tăng từ 5 - 15 năm trở lên, đã được đào tạo có chứng chỉ, có sinh hoạt chuyên môn thường xuyên, hài lòng hơn với công việc đang làm, được sự hỗ trợ của đồng nghiệp là những yếu tố làm tăng năng lực của điều dưỡng đồng thời cũng làm tăng hiệu quả chăm sóc bệnh nhân của người điều dưỡng.

SUMMARY

This study was conducted on 450 nurses who are directly involved in the care of patients at nine hospitals in the country in mid-2006 to 2007. Content assessment of practical skills and the nursing process nursing the techniques of basic nursing care performed daily on patients. The results show the real situation of nursing skills and weak rule in the central hospital better hospitals / province. Nursing "skills assessment" but only average scores and below average. "Skills care planning" also very poor, largely made (0.0 points), hospital made but only in the average score. Make unplanned care, and averaged just below average. Skills assessment after poor care, some hospitals still do not make (0.0 points), but the hospital has made only moderate score and below average. Result of the implementation of technical procedure, checklist only moderate. Results have found several factors related to the capacity of nurses include: Seniority increased from 5-15 years, were trained certified, have regular professional activities, more satisfied the work is done, with the support of colleagues are factors that increase the

capacity of nursing as well as increasing the efficiency of patient care nursing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Để nâng cao được chất lượng CSBN, người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng và thái độ, đặc biệt là kỹ năng để hoàn thành các công việc phải phối hợp với bác sĩ hàng ngày. Chăm sóc BN là một công việc vất vả, ĐD phải thay nhau thực hiện CSBN, tiếp xúc trực tiếp với họ 24/24 giờ và chứng kiến sự đau đớn, lo lắng, bức bối, la hét, tức giận, mặc cảm về bệnh tật của họ [2]. Do vậy đòi hỏi phải có kỹ năng giỏi, thành thạo là rất quan trọng và giúp cho BN được hưởng lợi, bởi kỹ năng kém sẽ phải làm đi làm lại nhiều lần làm BN đau đớn về bệnh tật lại thêm nỗi đau về thể xác. Điều dưỡng luôn coi nỗi đau của người bệnh như nỗi đau của chính mình, có sự đồng cảm đó thì mới thực hiện các kỹ thuật tốt với BN ngay cả khi đang làm nhiệm vụ bị người bệnh quát mắng (do bệnh tật không làm chủ mình được). Chăm sóc theo QTĐD đòi hỏi ĐD có đủ kiến thức, kỹ năng, thái độ, đặc biệt là kỹ năng để độc lập thực hiện cho một BN hay một nhóm BN có chất lượng, kỹ năng là một trong những yếu tố quyết định thành công trong điều trị và CS (ví dụ: bác sĩ cho y lệnh thuốc nhưng ĐD không đưa được thuốc vào cơ thể BN sẽ cũng bị thất bại trong điều trị). Để có cơ sở cho nhận xét về kỹ năng của điều dưỡng trong CSBN tại một số bệnh viện, chúng tôi tiến hành khảo sát điều dưỡng thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật khi CS nhằm mục tiêu sau:

1. Khảo sát thực trạng việc thực hiện kỹ năng của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân tại một số bệnh viện.

2. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 450 điều dưỡng viên đang làm công tác chăm sóc người bệnh tại các khoa lâm sàng của 9 Bệnh viện tại thời điểm từ 04 tháng 4 năm 2006 đến 04 tháng 4 năm 2007. Để đảm bảo tính bảo mật trong nghiên cứu chúng tôi mã hoá 4 bệnh viện thuộc tuyến trung ương là bệnh viện A., B., C., D và 5 bệnh viện thuộc tuyến tỉnh mã hóa là bệnh viện a., b., c., d., e. Chúng tôi loại khỏi nhóm nghiên cứu những điều dưỡng viên không trực tiếp chăm sóc người bệnh.

2. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, tức là tất cả các biến nghiên cứu được thu thập một lần tại một thời điểm.

3. **Phương pháp chọn mẫu:** Ngẫu nhiên đa tầng của các BN và ĐD đang làm việc tại các khoa nội, ngoại, sản, nhi, truyền nhiễm tại 9 bệnh viện tuyến trung ương là bệnh viện A., B., C., D và 5 bệnh viện

thuộc tuyến tính mã hóa là bệnh viên a., b., c., d., e.

4. Các biến nghiên cứu:

- Kỹ năng của đối tượng đó được đánh giá dựa vào phiếu quan sát thực hiện CSBN theo Quy trình điều dưỡng và quan sát bảng kiểm thực hiện các QTKTĐD trên BN khi đang thực hiện kỹ thuật, thủ thuật cho bệnh nhân

- Bộ câu hỏi gồm 2 lĩnh vực

+ Mẫu phiếu số 1: *Nghiên cứu thực hiện qui trình điều dưỡng. Công cụ nghiên cứu là:* Bảng quan sát trực tiếp công việc/ngày làm việc. Bao gồm 29 câu, để đánh giá chất lượng thực hiện các nhiệm vụ hàng ngày chăm sóc bệnh nhân theo qui trình điều dưỡng trong đó bao gồm: *Chủ động thực hiện chăm sóc bệnh nhân (chức năng độc lập). Thực hiện kỹ năng theo dõi người bệnh. Thực hiện kỹ năng hướng dẫn – giáo dục sức khỏe. Thực hiện thuốc uống, thuốc tiêm theo y lệnh. Thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật điều dưỡng*

+ Mẫu phiếu số 2: Bao gồm các bảng kiểm qui trình kỹ thuật, thủ thuật

Tiêm thuốc vào tĩnh mạch: 15 bước

Truyền dịch, truyền máu gồm 14 bước

Lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm gồm 12 bước

Thụt tháo gồm 11 bước

Thay băng vết thương thông thường gồm 13 bước

Thay băng vết thương có ống dẫn lưu gồm 16 bước

Cắt chỉ vết mổ hoặc vết khâu gồm 15 bước

Thay băng loét gồm 13 bước

Thay băng vết mở khí quản gồm 12 bước

Cho bệnh nhân ăn bằng ống thông gồm 13 bước

Hút dịch dạ dày gồm 12 bước

Hút đờm có ống nội khí quản, mở khí quản gồm 13 bước

Phụ bác sĩ chọc dịch màng phổi gồm 13 bước

Phụ bác sĩ chọc dịch não tủy gồm 13 bước

Thông tiểu gồm 13 bước

- Các biến nghiên cứu ảnh hưởng như: tuổi, giới, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn, của người bệnh đối với điều dưỡng khi đang làm việc

5. Phương pháp thu thập số liệu: Bảng quan sát đó được thiết kế dựa trên chức năng và nhiệm vụ điều dưỡng và được các chuyên gia từ các chuyên ngành khác nhau đóng góp ý kiến và được chỉnh sửa dựa trên kết quả nghiên cứu thử nghiệm. Các đối tượng được chọn để lấy mẫu nghiên cứu không được biết trước. Quan sát viên nhìn họ làm và điền vào bảng kiểm qui trình kỹ thuật đều theo một qui trình chung như sau: chiếu từ nội dung các bước tiến hành sang cột bên cạnh (có 3 cột: cột số 0 = không điểm, cột số 1 = 1 điểm và cột số 2= 2 điểm), nếu bước nào không làm đánh dấu X vào cột 0. Làm chưa tốt đánh dấu X vào cột giữa (cột số 1). Làm tốt đánh dấu vào cột số 2. Bước nào quan trọng (là bước quyết định của kỹ thuật) sẽ tính với hệ số 2. Kết quả được tính ra điểm trung bình (điểm 10) cho từng nhiệm vụ của ĐDV.

6. Xử lý số liệu: Kết quả của đối tượng nghiên cứu được tính : Điểm trung bình kỹ năng được tính bằng tổng số điểm chia cho tổng số câu của mỗi phần. T-test và one-way-ANOVA được sử dụng để so sánh điểm trung bình kỹ năng giữa các bệnh viện. Toàn bộ số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 13.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học

Đặc điểm (n = 740)	Bệnh viện trung ương				Bệnh viện tỉnh/thành					P	
	A	B	C	D	a	b	c	d	e		
Nhóm tuổi											
< 30 tuổi	21.6	10.7	12.1	14.6	12.9	8.4	8.2	10.1	7.3		
31 – 34 tuổi	20.8	14.9	11.3	6.5	7.1	14.9	1.2	12.5	10.7		
> 40 tuổi	15.9	7.5	6.1	7.9	10.3	7.0	27.1	6.1	12.1		
<i>TB</i>	34,37 ± 2,2										
Giới											
Nữ	88.4	77.8	88.7	87.5	88.8	88.6	92.9	92.9	92.9	TBC	
Nam	11.6	22.2	11.3	12.5	11.3	11.4	7.1	7.1	7.1	88.5	
										11.5	
Thâm niên											
< 5 năm	29.4	30.1	56.6	56.9	46.3	48.6	14.3	60.0	34.8	< 0.01	
Từ 6 -15 năm	43.7	46.6	26.3	29.2	23.8	35.7	7.1	20.0	18.8		
>15 năm	27.0	23.3	17.1	13.8	30.0	15.7	78.6	20.0	46.4		
<i>TB</i>	11,7 ± 21,7										
Trình độ chuyên môn											
Đại học	6,0	10,3	1,3	7,8	2,50	0,0	0,0	0,0	0,0	TBC	
Cao đẳng	6,0	10,3	1,3	5,2	1,30	10,0	4,30	7,20	0,0	3,4	
Trung học	88,0	79,5	97,5	87,0	96,3	90,0	95,7	92,8	100,0	5,3	
P	<0.001										97,3

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy, có sự khác biệt giữa tuổi của ĐD giữa các BVTW và tuyến tỉnh/thành với $p < 0.001$. Đối tượng tập trung chủ yếu ở độ tuổi 31 - 34 tuổi, Tỷ lệ cao nhất >40 chiếm 27.1% (BV : c). Tuổi trung bình của ĐD toàn quốc: 34.37 tuổi. Về giới hầu hết là nữ (88,2%). Về thâm niên công tác : Chiếm tỷ lệ cao nhất ở ĐD có thâm niên < 5 năm là bệnh viện "d" (60.0%) Thâm niên từ 6 - 15 năm: Tỷ lệ cao nhất là bệnh viện "B" (46.6%). Thâm niên >15 năm, tỷ lệ cao nhất là bệnh viện "c" (78,6%). Về trình độ chuyên môn của

ĐDV: Có sự khác biệt giữa các BV về trình độ chuyên môn của ĐD ($p < 0.001$). Hầu hết ĐD ở trình độ trung học (91,3%). Tỷ lệ ĐD có trình độ đại học (3,4%), cao đẳng (5,3%).

2. Đánh giá thực hiện “Quy trình điều dưỡng” của điều dưỡng viên

Bảng 2. Kết quả thực hiện quy trình điều dưỡng của các điều dưỡng viên

Đặc điểm n=425	Bệnh viện trung ương				Bệnh viện tỉnh/thành				
	A	B	C	D	a	b	c	d	E
Nhận định	5.7±1.5	6.6±1.4	5.0±2.3	0.0±0,0	4.1±1.6	0.0±0,0	0.0±0,0	4.1±1.6	5.3±2,0
Lập KH	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	5.1± 2,3
THCS	4.2±0.8	4.7±1.1	3.8±0.6	4.4±0.5	4.2±1.0	4.6±1.1	4.2±0.5	3.9±0.6	6.6±1.4
Đánh giá	5.1±1.7	0.0±0,0	3.3±0.1	6.6±4.7	5.7±1.5	6.6±0.1	0.0±0,0	4.5±1.6	5.7±1.9

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy, bước nhận định tình trạng người bệnh trước khi thực hiện CS chiếm số điểm cao nhất thuộc bệnh viện “A” của tuyến trung ương (5.7 ± 1.5 điểm). Số điểm thấp nhất thuộc bệnh viện “a” và bệnh viện “d” (4.1 ± 1.6 điểm), đặc biệt bệnh viện “b” và bệnh viện “c” của tuyến tỉnh/thành không nhận thấy thực hiện bước này (0,0 điểm). Duy nhất là bệnh viện “e” các ĐD thực hiện lập kế hoạch chăm sóc (5.1 ± 2,3 điểm), các BV còn lại không nhận thấy thực hiện.

Các ĐD có thực hiện CSBN nhưng không theo kế hoạch (bởi không có bước “Lập kế hoạch” thực hiện chăm sóc/ngày).

Bước “Đánh giá” sau chăm sóc: chiếm số điểm cao nhất thuộc bệnh viện “a” và bệnh viện “e” của tuyến tỉnh/thành (5.7 điểm). Số điểm thấp nhất thuộc bệnh viện “C” của tuyến trung ương (3,3 điểm), không nhận thấy thực hiện bước này (0,0 điểm) là bệnh viện “B” của tuyến trung ương và bệnh viện “c” của tuyến tỉnh/thành.

3. Đánh giá thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật của điều dưỡng viên

Bảng 3. Kết quả thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật của điều dưỡng viên

Đặc điểm n=325	Bệnh viện trung ương				Bệnh viện tỉnh/thành				
	A	B	C	D	a	b	c	d	e
Thực hiện QTKT của ĐDV	5.6±1.5	5.0±2.2	5.5±1.9	4.9±1.6	4.7±2.3	5.0±1.8	5.4±1.8	4.9±1.8	5.2±1.7

Nhận xét: Kết quả bảng 3. cho thấy, chiếm số điểm cao nhất về thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật điều dưỡng là bệnh viện A thuộc bệnh viện trung ương (5.6 ± 1.5 điểm) và điểm thấp nhất là bệnh viện “a” thuộc bệnh viện tuyến tỉnh/thành (4.7 ± 2.3 điểm).

4. Đánh giá kỹ năng của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân

Bảng 4. Kết quả kỹ năng (thực hiện QTĐD và các kỹ thuật) của điều dưỡng viên tại các bệnh viện chọn nghiên cứu

Đặc điểm n =740	Bệnh viện trung ương				Bệnh viện tỉnh/thành				
	A	B	C	D	a	b	c	d	e
Nhận định	5.7±1.5	6.6±1.4	5.0±2.3	0.0±0,0	4.1±1.6	0.0±0,0	0.0±0,0	4.1±1.6	5.3±2,0
Lập KH	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	0.0±0,0	5.1±2,3
THCS	4.2±0.8	4.7±1.1	3.8±0.6	4.4±0.5	4.2±1.0	4.6±1.1	4.2±0.5	3.9±0.6	6.6±1.4
Đánh giá	5.1±1.7	0.0±0,0	3.3±0.1	6.6±4.7	5.7±1.5	6.6±0.1	0.0±0,0	4.5±1.6	5.7±1.9
Thực hiện QTKT	5.6±1.5	5.0±2.2	5.5±1.9	4.9±1.6	4.7±2.3	5.0±1.8	5.4±1.8	4.9±1.8	5.2±1.7
Điểm TB kỹ năng	4,8±1,4	4,3±1,1	3,7±1,1	3,9±0,7	3,9±0,8	4,3±1,7	2,5±0,8	3,6±0,9	5,6±1,1
P	<0,001								

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy, chiếm điểm kỹ năng cao nhất thuộc BV “e” của tuyến tỉnh/thành (5,6 ± 1,1 điểm), điểm thấp nhất BV “c” của tuyến tỉnh/thành (2,5 ± 0,8 điểm).

5. Đánh giá của bác sĩ về kỹ năng của điều dưỡng khi chăm sóc bệnh nhân

Bảng 5. Nhận xét của bác sĩ về kỹ năng chăm sóc của điều dưỡng viên

Kỹ năng N=180	Bệnh viện trung ương				Bệnh viện tỉnh/thành					TBT
	A	B	C	D	a	b	c	d	e	
Khá	58.8	92.9	100	85.7	80.0	63.6	88.9	93.3	100	84.3
Trung bình	41.2	7.1	0.0	14.3	20.0	27.3	11.1	6.7	0.0	14.8
Kém	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.9
P	< 0.05									
Đánh giá của bác sĩ về các tai biến trong quá trình chăm sóc của điều dưỡng viên										
Có	11.1	11.8	4.8	5.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Không hoặc có ít	88.9	88.2	95.2	95.0	95.0	100.0	100.0	100.0	100.0	99.0

Nhận xét: Bảng 5 cho thấy, theo nhận xét của bác sĩ, ĐD của cả hai tuyến trung ương và tỉnh/thành chiếm tỷ lệ chung khá cao ở mức khá về kỹ năng CSBN (84.3%), số còn lại đạt mức trung bình, riêng BV “c” (tuyến tỉnh) vẫn còn tới 9,1% ở mức kém. Có sự khác biệt rõ rệt giữa các mức độ kỹ năng của các BVTW và tuyến tỉnh theo nhận xét của bác sĩ ($p < 0,05$). Về tỷ lệ các tai biến khi thực hiện CS của ĐD giữa các BVTW và BV

tỉnh/thành. Hầu hết ở mức có ít (hoặc không). Tỷ lệ có tai biến khi thực hiện CS chiếm rất ít, phần lớn xảy ra ở BVTW, đặc biệt là bệnh viện "A" và bệnh viện "B" xảy ra nhiều hơn (hơn 11%).

BÀN LUẬN

1 Chọn địa điểm và đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đã chọn 9 vùng trong cả nước đại diện cho 9 vùng sinh thái và những đặc trưng khác nhau về kinh tế, văn hóa, xã hội đó là vùng núi phía Bắc, vùng đồng bằng, miền trung, vùng tây nguyên và miền Nam để đề tài vừa đảm bảo chất lượng nghiên cứu vừa đảm bảo tiến độ và tính khả thi.

2. Về thực trạng kỹ năng của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

2.1. Về đặc điểm nhân trắc học

- **Về tuổi của điều dưỡng viên:** Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi < 30 tuổi (48,2%), nhóm tuổi này trẻ nhất, vừa bước vào cuộc đời làm việc, chưa nhiều kinh nghiệm trong công tác nhưng có sức khỏe, do vậy thuận lợi trong việc chăm sóc. Tỷ lệ thấp nhất 31 - 40 tuổi (22,8%), là nhóm tuổi bắt đầu có kinh nghiệm trong công tác chuyên môn. Tỷ lệ này phù hợp với khảo sát nhân lực ĐD Hà Nội năm 2005 [6]. Nhóm tuổi >40 tuổi tỷ lệ cũng khá cao là (29,0%), đây cũng là nhóm tuổi lớn nhất trong các nhóm tuổi, họ rất yên tâm công tác vì cơ bản gia đình đã ổn định, có nhiều kinh nghiệm CSBN, đặc biệt là chuyên khoa sâu. Kết quả này giúp cho các nhà quản lý định hướng công tác tuyển dụng ĐD cho BV về lâu dài. Tuổi trung bình của các ĐD là $34,7 \pm 2,2$. Kết quả NC này cũng phù hợp với NC về sự hài lòng nghề nghiệp của ĐDBV và các yếu tố liên quan tại 14 cơ sở y tế năm 2005 [3]. Có sự khác biệt rõ rệt về tuổi của ĐD giữa các BV với $p < 0.001$. Kết quả cũng cho thấy có sự khác nhau về kế hoạch tuyển dụng nhân lực ĐD của lãnh đạo các BV (bệnh viện "c") có tới 85,3% ĐD lớn hơn 40 tuổi.

- **Về giới của điều dưỡng viên:** Bảng 1 cho thấy, nữ giới nhiều gấp 7 lần so với nam giới, chiếm tỷ lệ 88,2%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với khảo sát sự hài lòng của ĐD về nghề nghiệp tại 14 cơ sở y tế ở thành phố Hồ Chí Minh của Trần thị Châu [3]. So sánh với nhân lực ĐD ở Pháp thì tỷ lệ nữ giới của NC này tương tự (nước Pháp là 87%). Đây cũng là đặc trưng của nghề ĐD là nghề đòi hỏi phải có tính chịu khó, kiên nhẫn trong công việc, vì lẽ đó công việc chăm sóc phù hợp với nữ giới hơn là nam giới.

- **Về thâm niên công tác của ĐD:** Kết quả cho thấy, thâm niên < 5 năm chiếm tới hơn 1/3 số đối tượng NC (34,8%), tỷ lệ cao nhất là BV tỉnh "d" (60,0%) bởi lẽ có cả ĐD làm hợp đồng. Kết quả này thấp hơn so với NC của Trần Thị Châu TP.Hồ Chí Minh [3]. Nhóm tuổi thâm niên trẻ nhất này có khả năng nắm bắt nhanh nhạy các kỹ thuật mới, biết nhìn nhận và có hành vi, thái độ trong khi thực hiện CSBN tốt (bởi chương trình mới hơn). Tuy nhiên còn hạn chế về kinh nghiệm chuyên môn và đặc biệt là kiến thức và kỹ năng về chuyên khoa sâu. Thâm niên từ 6-15 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (18,8%), tỷ lệ cao nhất trong nhóm thâm niên này là bệnh viện "B"

(46,6%). Kết quả này cũng phù hợp với NC Trần Thị Châu tại TP Hồ Chí Minh [3]. Nhóm ĐD có thâm niên công tác này thời gian công tác còn nhiều, độ tuổi này phần nào đã tích lũy được kinh nghiệm chuyên môn trong quá trình thực hiện CSBN, đủ khả năng và bồi dưỡng giúp đỡ ĐD lớp tuổi còn trẻ. Thâm niên >15 năm, tỷ lệ cao nhất là BV tỉnh "c" (78,6%), nhiều kinh nghiệm CSBN, đặc biệt là chuyên khoa sâu, nhưng thời gian công tác sẽ không còn lâu dài. Kết quả này giúp cho các nhà quản lý định hướng công tác tuyển dụng để chuẩn bị thay thế khi họ nghỉ hưu, tránh thiếu hụt đội ngũ ĐD. Kết quả này phù hợp với NC của Nguyễn thị Minh Tâm [6]

Về trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu

Kết quả báo động một vấn đề đáng lo lắng cho chất lượng CS vì tỷ lệ ĐD đại học-cao đẳng còn quá thấp (8,7%). Trình độ học vấn luôn tỷ lệ thuận chất lượng CS. Kết quả này đặt ra thách thức lớn cho các trường đại học, cứ sau 4 năm mới có một khóa tốt nghiệp ra trường thì số lượng ĐD có trình độ đại học sẽ không thể đủ để đáp ứng được nhu cầu CSBN tại các BV và tại cộng đồng. Có tới 91,3% là ĐD trung học, đặc biệt bệnh viện "c", bệnh viện "e" có tới 100%, và bệnh viện "C" có 97,5% là ĐD trung học. Điều cần bàn ở đây là bệnh viện "C" là một BV lớn tại TP. Hồ Chí Minh nhưng hầu hết các ĐD trung học quê ở miền Tây với tuổi đời và tuổi nghề rất trẻ lên thành phố công tác. Số đông ĐD sống tại TP. Hồ Chí Minh hầu hết làm việc tại các cơ sở có mức lương cao hơn (y tế ngoài công lập). Theo NC của Nguyễn Thị Minh Tâm, tỷ lệ ĐD học là 90,6%, cao đẳng (2,8%), đại học (2,1%), sau đại học 0,1% [6]. Theo Nguyễn Việt Thắng tại Hà Tĩnh, 100% ĐD trường khoa có trình độ trung học, chỉ có 7,0% ĐD cao đẳng làm ĐD trường BV [7].

2.2. Kỹ năng của điều dưỡng viên tại các bệnh viện nghiên cứu

2.2.1. Kỹ năng thực hiện "Quy trình điều dưỡng"

- **Về nhận định tình trạng người bệnh:** Kết quả về kỹ năng nhận định của ĐD cho thấy, tại một số BV (bệnh viện D, b, c), ĐD hoàn toàn không thực hiện bước nhận định tình trạng BN, các BV khác có thực hiện bởi lẽ được Ban giám đốc ủng hộ, phòng ĐD cùng các trường khoa hoạt động rất tích cực, nhưng thực tế cũng chỉ đạt ở mức trung bình. Nếu so các nước trên thế giới như Mỹ, Thụy Điển, Thái Lan...cho rằng nếu thiếu nhận định BN thì ĐD chỉ là người thợ thực hiện theo y lệnh của bác sĩ [2], Việt Nam, một vài tác giả nghiên cứu về thực hiện CSTD nhưng chỉ nghiên cứu một vài khía cạnh về quản lý CS. Kết quả về nhận định tình trạng BN trong nghiên cứu này số điểm cao nhất là bệnh viện "A" ($5,7 \pm 1,5$ điểm), bởi vì số lượng ĐD có trình độ đại học ĐD cao hơn một số BV, nhiều BN nặng, do vậy ĐD cần phải nhận định để có hướng thực hiện [2].

Về lập kế hoạch chăm sóc, chúng tôi nhận thấy rằng hầu hết ĐDV chưa thực hiện bước này, ngoại trừ bệnh viện tỉnh "e", bởi lẽ được Ban giám đốc ủng hộ, phòng ĐD cùng các ĐD trưởng khoa nghiêm chỉnh chấp hành chỉ thị của Bộ Y tế về thực hiện CSTD, tuy nhiên cũng chỉ đạt ở mức "Trung bình" (5.1 ± 2.3 điểm) còn các BV khác không thấy thực hiện, đây là bước khó thực hiện vì bản thân ĐDV cần có kiến thức để phân tích tình trạng BN sau đó xếp theo thứ tự ưu tiên để thực hiện CSNB, nhưng kết quả trong bảng 3 cho thấy 91,3% là ĐD trung học (thực hiện kỹ năng này đòi hỏi phải ĐD đại học), đây chính là lý do cho việc không thực hiện bước này. Kết quả NC cũng phù hợp với NC của Nguyễn Thị Ly về chất lượng CSNBTD có tới 34.48% các ĐD không lập kế hoạch CS [2],[4]

Về thực hiện CSBN: Kết quả NC một số tác giả vào những năm gần đây đều cho thấy ĐD chưa thực hiện đủ các bước của QTKT, cất bớt những bước cho là không quan trọng (như sát khuẩn tay nhanh, sát khuẩn ống thuốc...), dụng cụ sạch lần dụng cụ vô khuẩn, theo Phạm Đức Mục và cộng sự, kỹ thuật vô khuẩn yếu chiếm 68.1% [2],[5]

Nghiên cứu này của chúng tôi, về thực hiện CS bao gồm: CS cơ bản, thực hiện thuốc theo y lệnh, thực hiện các kỹ thuật ĐD và hướng dẫn GDSK. Kết quả cho thấy chỉ đạt dưới mức "Trung bình" và nhiều công việc thực hiện chỉ đạt < 5 điểm, ngoại trừ BV tỉnh "e" ($6,6 \pm 1,4$ điểm), lý giải cho số điểm thực hiện CS rất thấp hầu hết ở các BV như vậy bởi vì ĐD chỉ thực hiện những bước cơ bản không thể nào thiếu được (ví dụ: tiêm thuốc cho BN chỉ cần rút thuốc vào bơm tiêm sau đó sát khuẩn và tiêm) còn toàn bộ các bước khác kể cả vô khuẩn làm đầu hoặc bỏ, vì sự quá tải bệnh nhân quá mức, ĐD (thợ tiêm) đến hết giờ cũng chưa tiêm xong, do vậy ĐD phải làm nhanh, ầu để đáp ứng với khối lượng công việc do quá tải BN. Theo NC của Lê Phương Anh cho biết thời gian trung bình thực hiện các kỹ thuật ĐD là 28 ± 11 phút/ 1 người bệnh/24 giờ và trung bình chung là 42 ± 40 phút/ 1 người bệnh/24 giờ. Đối với thực hiện các công việc CS cơ bản (chức năng độc lập của ĐD) chỉ 2 ± 6 phút/ 1 người bệnh/24 giờ [1]. Nghiên cứu về thay băng vết mổ cho thấy 13% ĐD sau khi bóc băng bẩn không rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh, 5% ĐD sau khi kết thúc QTKT thay băng không rửa tay [5]. Đặc biệt công việc hướng dẫn, GDSK cho BN và gia đình về kiến thức y tế còn xem nhẹ.

Về đánh giá: Kết quả NC cho thấy điểm cao nhất là bệnh viện "D" và "b" (6.6 điểm) và thấp nhất là bệnh viện "C" (3,3 điểm), đặc biệt bệnh viện "B" tuyến trung ương và bệnh viện "c" tuyến tỉnh không nhận thấy thực hiện công việc đánh giá sau khi thực hiện CSBN. Quan niệm của ĐD hiện nay là thực hiện y lệnh xong là hết nhiệm vụ, tình trạng người bệnh sau thực hiện thế nào là do bác sĩ (vì số lượng bác sĩ ở Việt Nam quá đông, có nơi còn nhiều hơn cả ĐD), do vậy hầu như ĐD chưa chú trọng, còn xem nhẹ công việc đánh giá BV sau thực hiện. Kết quả nghiên

cứu của Nguyễn Thị Ly cho thấy có 10,34% điều dưỡng không đánh giá BN sau khi đã chăm sóc [4]

2.2.2. Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng theo qui trình kỹ thuật

- Về kết quả thực hiện các kỹ thuật theo bảng kiểm: Trong bảng 3, kết quả NC cho thấy, chiếm số điểm cao nhất về thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật ĐD là BV "A" thuộc BV trung ương (5.6 ± 1.5 điểm), đây là BV đặc biệt lớn nhất cả nước, là tuyến cuối cùng do vậy phần lớn là BN nặng, liên tục quá tải. Khi CSBN tại BV này ĐD phải can thiệp rất nhiều kỹ thuật ĐD khó, phức tạp và chiếm rất nhiều thời gian (thay băng có ống dẫn lưu, thay băng mở khí quản, thông tiểu, truyền máu, phụ bác sĩ các thủ thuật chuyên sâu như mở khí quản, đặt nội khí quản, phụ đặt catheter), hàng ngày phải liên tục thực hiện do vậy lễ dĩ nhiên kỹ năng của ĐD rất thành thạo. Số điểm thấp nhất là bệnh viện "a" thuộc BV tuyến tỉnh/thành (4.7 ± 2.3 điểm), đây là BV lớn của thành phố, liên tục quá tải, chiếm phần lớn số BN ngoại khoa, BV đang xây dựng thêm cơ sở hạ tầng do vậy dồn BN vào các phòng để xây dựng thêm diện tích của khoa do vậy phần nào cũng bị ảnh hưởng đến công tác CSBN, là nguyên nhân điểm thực hiện các qui trình kỹ thuật yếu kém.

2.2.3. Về điểm trung bình kỹ năng của các bệnh viện chọn nghiên cứu: Kết quả trong bảng 4 cho thấy, có sự khác biệt rõ rệt về điểm kỹ năng giữa các BV tuyến trung ương và các BV tuyến tỉnh/thành ($p < 0,001$). Kết quả cho thấy BV tuyến tỉnh/thành mặc dù không phải chịu sự áp lực quá tải như các BV tuyến trung ương nhưng lại chiếm điểm về kỹ năng rất kém, kém nhất bệnh viện "c" của tuyến tỉnh/thành ($2,5 \pm 0,8$ điểm), số dĩ đây là BV miền núi phía Bắc, phần lớn BN là người dân tộc, ở nhóm tuổi >15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (78,6%), trình độ chuyên môn thấp (95,7% là ĐD trung học), có lẽ đây cũng là nguyên nhân kỹ năng của ĐD thấp. Nhưng ngược lại, kết quả NC của ĐD bệnh viện "e" luôn được trau dồi nghiệp vụ thông qua các buổi sinh hoạt chuyên môn được tổ chức thường xuyên, ĐD nghiêm túc theo sự phân công chỉ đạo của cấp trên, đây có lẽ cũng là lý do làm cho điểm về kỹ năng của BV này cao nhất ($5,6 \pm 1,1$ điểm)

- Kết quả về kỹ năng thực hiện CSBN cho thấy, ĐD có thực hiện nhưng chưa đầy đủ các bước của "Qui trình điều dưỡng". Công việc chính của ĐD vẫn chỉ thực hiện theo y lệnh, bởi lẽ tại các BV sự quá tải diễn ra liên tục, thiếu nhân lực, chỉ đủ thời gian thực hiện các y lệnh của bác sĩ. Để thực hiện "qui trình điều dưỡng" cần ĐD có trình độ đại học-cao đẳng để có đủ kiến thức khoa học cơ bản, kiến thức cơ sở, kiến thức chuyên ngành để ứng dụng thực hiện CSTDBN. Nhưng ĐD tại các BV hầu hết ở trình độ trung học, rất khó khăn khi áp dụng "Qui trình điều dưỡng", do vậy kết quả của đề tài đã chứng minh được thực trạng các BV chưa thể thực hiện theo QTĐD, chưa nói đến cần đủ nhân lực để làm 3 ca (chăm sóc 24/24 giờ), trang thiết bị dụng cụ đủ, phòng

bệnh đầy đủ tiện nghi...Để giảm số điểm “Kém”, tăng điểm “Khá” cần phải có kế hoạch, đầu tư kinh phí để đào tạo liên tục và có sự giám sát chặt chẽ để nâng cao kỹ năng của ĐD sẽ giúp BN được hưởng sự CS tốt [2]. Theo NC của Trần Thị Thảo sau khi thực hiện lớp tập huấn cho ĐD, tỷ lệ tăng rõ rệt (Pretest: về công tác vô khuẩn 59% chưa đảm bảo đúng nguyên tắc vô khuẩn, nhưng sau khóa học đạt tỷ lệ 100%)., (Pretest:Thực hiện kỹ thuật chỉ đạt 68,4%, Posttest: 94,5%) [8].

2.3. Đánh giá của bác sĩ về kỹ năng của điều dưỡng khi chăm sóc bệnh nhân

Có sự khác biệt về kỹ năng CS giữa ĐD của các BVTW với BV tỉnh/thành ($p < 0.05$). Tỷ lệ được nhận xét về kỹ năng của ĐD làm việc ở cả hai tuyến trung ương và tỉnh/thành đạt mức “Khá” chiếm tới 84.3%, đây là sự đánh giá của bác sĩ về kỹ năng thực hành CSBN của các ĐD làm việc tại các BV và kết quả này là sự động viên khích lệ cho các ĐD sẽ CSBN tốt hơn nữa. Tuy nhiên tỷ lệ ở mức “Kém” vẫn còn 0,9%, có lẽ do nhiều nguyên nhân như ĐD mới bước vào nghề phải thực hiện nhiều các kỹ thuật khó, phức tạp, hoặc ĐD thực hiện các kỹ thuật chuyên sâu, hoặc nhiều thủ thuật phải phối hợp với bác sĩ để thực hiện kỹ thuật (phụ đặt nội khí quản, mở khí quản...).

* Về các tai biến trong CSBN: Kết quả cho thấy, hầu hết không nhận thấy tai biến xảy ra khi ĐD thực hiện CSNB, đặc biệt tại các BV tỉnh/thành (ngoại trừ BV “a”). Tỷ lệ “Có tai biến” tập trung ở các BVTƯ như gây phồng vị trí tiêm, lọt một ít không khí vào mạch máu khi tiêm tĩnh mạch, truyền dịch, hoặc do PHCN, do vận chuyển chưa an toàn...Tỷ lệ “Có tai biến” cao nhất tại BV “A” và bệnh viện “B” (hơn 11%), cao hơn kết quả NC của Trần Thị Thảo tại BV Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí về kỹ thuật hút đờm, có tai biến gây tổn thương đường hô hấp dưới (3,3%), ĐD gây ra bội nhiễm phổi do hút đờm (25%) [8].

KẾT LUẬN.

1. **Thực trạng thực hiện QTĐD theo tiêu chuẩn thực hành** của ĐD còn yếu và có qui luật ở các BV tuyến trung ương tốt hơn các BV tuyến tỉnh/thành.

1.1. **Khả năng thực hiện theo “Quy trình điều dưỡng” rất yếu, cụ thể:**

1.1.1. ĐDV có “kỹ năng nhận định” nhưng rất yếu, vẫn còn một số BV không thực hiện (0,0 điểm), các BV có thực hiện nhưng chỉ đạt số điểm mức trung bình và dưới trung bình.

1.1.2. “Kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc” cũng rất kém, phần lớn không thực hiện (0,0 điểm), bệnh viện có thực hiện nhưng chỉ đạt số điểm ở mức trung bình.

1.1.3. ĐD “Thực hiện CS” không theo kế hoạch, chỉ đạt mức trung bình và dưới trung bình

1.1.4. ĐD thực hiện “Kỹ năng đánh giá” sau chăm sóc rất kém, vẫn còn một số BV không thực hiện (0,0 điểm), BV có thực hiện nhưng chỉ đạt số điểm ở mức trung bình và dưới trung bình.

1.2. **Kết quả thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật của điều dưỡng viên theo bảng kiểm** chỉ ở mức trung bình

1.3. **Về “Kỹ năng” của điều dưỡng viên:** Vẫn còn kém, kỹ năng của ĐD tại các BV chọn NC ở mức kém

(dưới 5 điểm) chiếm hầu hết ở các bệnh viện, ngoại trừ bệnh viện tỉnh “e”

-**Các yếu tố liên quan đến năng lực của điều dưỡng viên gồm:** Tuổi nghề tăng từ 5 – 15 năm trở lên, đã được đào tạo có chứng chỉ, có sinh hoạt chuyên môn thường xuyên, hài lòng hơn với công việc đang làm, được sự hỗ trợ của đồng nghiệp là những yếu tố làm tăng năng lực của ĐD đồng thời cũng làm tăng hiệu quả CSBN của người điều dưỡng.

KIẾN NGHỊ

-Để tạo điều kiện cho các điều dưỡngCSBN có hiệu quả, cần có tỷ lệ điều dưỡng/bệnh nhân/giường bệnh phù hợp để điều dưỡng không phải làm việc quá 8 giờ/ngày.

-Cần trang bị đầy đủ, dụng cụ chăm sóc có chất lượng, đủ bảo hộ cho điều dưỡng viên để phòng lây nhiễm do nghề nghiệp.

-Tiếp tục học hệ đại học vừa học vừa làm để điều dưỡng có kiến thức, kỹ năng và thái độ nghề nghiệp ở trình độ đại học sẽ nâng cao hiệu quả CSBN và cũng phù hợp với giai đoạn xã hội phát triển hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phương Anh và cộng sự (2005), “*Khảo sát công việc và thời gian chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại khoa Thần kinh và Tim mạch bệnh viện Hữu Nghị*”, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II, Tr78-82.

2. Lê Thị Bình (2001), “*Nghiên cứu về thực hiện qui trình điều dưỡng của học sinh điều dưỡng năm thứ hai trường trung học y tế bệnh viện Bạch Mai*”, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Thailand, Bangkok.

3. Trần Thị Châu và cộng sự (2005), “*Khảo sát sự hài lòng của điều dưỡng về nghề nghiệp tại 14 cơ sở y tế ở thành phố Hồ Chí Minh*”, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II, 1990- 2005, Hội Điều dưỡng Việt Nam, tr 43-49.

4. Nguyễn Thị Ly và cộng sự (2002), “*Đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện tại một số cơ sở y tế tỉnh Hải Dương*”, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II, 1990-2005, Hội Điều dưỡng Việt Nam, tr 162-168

5. Phạm Đức Mục (2003), Phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, *Thông tin điều dưỡng*, số 17 tháng 5 năm 2003, Báo cáo tại hội nghị PTN nhân lực điều dưỡng Việt Nam, tr 22.

6. Nguyễn thị Minh Tâm (2005), “*Khảo sát nguồn nhân lực điều dưỡng – Hộ sinh – Kỹ thuật viên tại các cơ sở y tế khu vực Nhà nước và Tư nhân trên địa bàn Hà Nội*”, Kỷ yếu đề tài NCKHĐD lần thứ II, 1990 – 2005, Hội điều dưỡng Việt Nam, tr 7-16.

7. Nguyễn Việt Thắng (2003), “*Đội ngũ y tá-Điều dưỡng trường Hà Tĩnh thực trạng và giải pháp*”. *Thông tin điều dưỡng*, số 20 tháng 3 năm 2004, tr 29 – 30

8. Trần Thị Thảo (2005), “*Hoạt động huấn luyện đào tạo và sử dụng nhân lực điều dưỡng là giáo viên kiêm nhiệm trong công tác huấn luyện đào tạo lâm sàng tại bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí*”, Báo cáo tại Hội nghị PTN nhân lực điều dưỡng Việt Nam, tr 76-83.