

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN HỮU ĐỨC

**VAI TRÒ CỦA DẠY HỌC DỰA TRÊN TÌNH HUỐNG VỚI
KHẢ NĂNG RA QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH - 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN HỮU ĐỨC

**VAI TRÒ CỦA DẠY HỌC DỰA TRÊN TÌNH HUỐNG VỚI
KHẢ NĂNG RA QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: **60.72.05.01**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:
PHÓ GIÁO SƯ, TIẾN SĨ, LÊ ANH TUẤN
TIẾN SĨ, NGUYỄN THỊ MINH CHÍNH**

Xác nhận của người hướng dẫn

PGS.TS. Lê Anh Tuấn

TS. Nguyễn Thị Minh Chính

NAM ĐỊNH - 2017

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường đại học điều dưỡng Nam Định năm 2017. Đánh giá sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trường đại học điều dưỡng Nam Định sau khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống năm 2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đánh giá trước sau trên 83 sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 2 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên được đánh giá dựa trên bộ công cụ đánh giá khả năng ra quyết định chăm sóc và chia ở các mức độ: (1) có khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn; (2) có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể; và (3) có khả năng ra quyết định không cần sự hỗ trợ.

Kết quả: Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên ở mức độ khi có sự định hướng, chỉ dẫn đạt tỷ lệ cao chiếm 68,7% và chỉ có 10,8% sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần hỗ trợ. Sau can thiệp, khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên đã thay đổi đáng kể. Điểm trung bình về khả năng ra quyết định lâm sàng khi có chỉ dẫn hướng dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ lên $66,1 \pm 0,0$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,6 \pm 2,0$. Điểm của nhóm sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ tăng từ $79,5 \pm 0,7$ lên $89,8 \pm 4,0$ sau lần can thiệp cuối cùng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Phương pháp dạy học dựa trên tình huống là có thể giúp sinh viên điều dưỡng cải thiện khả năng ra quyết định lâm sàng của mình một cách rõ rệt.

Từ khóa: khả năng ra quyết định lâm sàng, phương pháp dạy học dựa trên tình huống, sinh viên điều dưỡng.

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành bản luận văn này tôi xin trân trọng cảm ơn:

Đảng uỷ - Ban Giám hiệu, phòng Đào tạo Sau đại học, Trung tâm thực hành tiền lâm sàng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới:

Phó Giáo sư.Tiến sĩ Lê Anh Tuấn và Tiến sĩ Nguyễn Thị Minh Chính – những thầy cô đã trực tiếp hướng dẫn, luôn tận tâm dạy dỗ, giúp đỡ tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong thời gian học tập và tiến hành nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn chân thành tới Đảng uỷ - Ban giám đốc Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y và toàn thể cán bộ,nhân viên Bộ môn điều dưỡng, Bệnh viện Quân y 103 đã luôn giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề tài.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới những người thân yêu trong gia đình, các bạn đồng nghiệp đã hết lòng giúp đỡ động viên tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Nam Định , ngày 02 tháng 11 năm 2017

Học viên

Nguyễn Hữu Đức

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận văn “*Vai trò của dạy học dựa trên tình huống với khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường Đại học điều dưỡng Nam Định năm 2017*” là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận văn là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

Học viên

Nguyễn Hữu Đức

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
TÓM TẮT.....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
LỜI CAM ĐOAN.....	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	v
DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tổng quan khả năng ra quyết định lâm sàng.....	4
1.1.1. Khả năng ra quyết định lâm sàng.....	4
1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc ra quyết định lâm sàng.....	4
1.1.3. Quá trình ra quyết định lâm sàng.....	5
1.1.4. Thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng....	6
1.1.5. Các phương pháp đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng.....	7
1.2. Các phương pháp dạy học dựa trên tình huống	7
1.2.1. Khái niệm về phương pháp dạy học dựa trên tình huống	7
1.2.2. Các hình thức dạy học dựa trên tình huống.....	8
1.2.3 Các bước thực hiện giảng dạy dựa trên tình huống	11
1.2.4. Các nghiên cứu về phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong đào tạo điều dưỡng	14
1.3. Học thuyết áp dụng trong nghiên cứu	17
1.4. Địa điểm nghiên cứu	20
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	22

2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	22
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	23
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	23
2.6. Các biến số trong nghiên cứu.....	23
2.6.1. Khả năng ra quyết định lâm sàng.....	23
2.6.2. Phương pháp dạy học dựa trên tình huống.....	24
2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá.....	25
2.7.1. Chương trình can thiệp can thiệp.....	25
2.7.2. Công cụ thu thập số liệu.....	28
2.8. Phương pháp phân tích số liệu.....	29
2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	30
2.10. Sai số và biện pháp khắc phục.....	30
Chương 3: KẾT QUẢ.....	31
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	31
3.2. Thực trạng về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	32
3.2.1. Thực trạng về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	32
3.2.2. Mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	32
3.3. Sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống.....	33
3.3.1. Sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	33
3.3.2. Sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	37
Chương 4: BÀN LUẬN.....	40
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	40
4.2. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống.....	41
4.3. Sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau can thiệp.....	42
4.4. Hạn chế của nghiên cứu.....	47
KẾT LUẬN.....	48
KHUYẾN NGHỊ.....	49

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phiếu đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng

Phụ lục 2: Nội dung can thiệp

Phụ lục 3: Danh sách sinh viên nghiên cứu

Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 1

Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 2

Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ

Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

DHLS	: Dạy học lâm sàng
NB	: Người bệnh
NDMI (Nurse Decision - Making Instrument)	: Công cụ đánh giá đánh giá khả năng ra quyết định chăm sóc
PPDH	: Phương pháp dạy học
TB	: Trung bình
SD (Std. Deviation)	: Độ lệch chuẩn
SV	: Sinh viên
\bar{x}	: Giá trị trung bình

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi.....	31
Bảng 3.2. Đặc điểm về giới và nơi cư trú.....	31
Bảng 3.3. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	32
Bảng 3.4. Phân bố mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên.....	32
Bảng 3.5. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 1.....	33
Bảng 3.6. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 2.....	34
Bảng 3.7. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 3.....	35
Bảng 3.8. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau 3 lần can thiệp.....	36
Bảng 3.9. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 1.....	37
Bảng 3.10. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần thứ 2.....	37
Bảng 3.11. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau lần can thiệp thứ 3.....	38
Bảng 3.12. Sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau 3 lần can thiệp.....	39

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

	Trang
Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết của nghiên cứu.....	20
Sơ đồ 2.1. Triển khai can thiệp và các thời điểm đánh giá	23

Thư viện số NDUN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng là một nghề quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân, góp phần vào giảm biến chứng bệnh tật, tỷ lệ tử vong trong quá trình điều trị và chăm sóc. Trên lâm sàng, diễn biến người bệnh rất phức tạp, đòi hỏi người điều dưỡng cần nhận định, chẩn đoán chăm sóc một cách chính xác, từ đó lập kế hoạch, thực hiện chăm sóc và đánh giá đúng cho người bệnh. Để người điều dưỡng có khả năng như vậy thì ngay từ khi ngồi trên ghế nhà trường, sinh viên điều dưỡng cần được rèn luyện khả năng tư duy, nhận định và khả năng ra quyết định thật tốt để xử trí các tình huống trên người bệnh cụ thể. Vì vậy, khả năng ra quyết định lâm sàng là rất quan trọng trong công tác chăm sóc của người điều dưỡng [5].

Dạy học lâm sàng (DHLS) là cách dạy đặc thù của ngành Y, chiếm khoảng 35-40% tổng thời lượng học [3]. Theo hình thức dạy học truyền thống, DHLS thường diễn ra tại bệnh viện. Đây là cơ sở đào tạo rất tốt cho sinh viên tuy nhiên, chỉ với việc được trang bị các kiến thức trên giảng đường chưa có kinh nghiệm trong đối mặt với các tình huống thực tế sẽ là một trở ngại lớn cho sinh viên trong việc thực hiện điều trị/ chăm sóc người bệnh [3].

Để nâng cao chất lượng giảng dạy lâm sàng cần quan tâm đến môi trường học tập, đổi mới trong phương pháp giảng dạy và phương pháp học nhằm nâng cao các khả năng cho sinh viên. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là cơ sở đào tạo chuyên ngành điều dưỡng, với định hướng ngày càng nâng cao chất lượng giảng dạy, nhà trường đã thành lập Trung tâm thực hành tiền lâm sàng, là nơi các sinh viên sẽ được đào tạo và rèn luyện các khả năng thực hành lâm sàng trước khi ra thực hành tại môi trường thực tế. Tại đây các phương pháp giảng dạy mới đã được vận dụng một cách triệt để nhằm tìm ra phương pháp dạy học phù hợp nhất cho các đối tượng sinh viên điều dưỡng. Phương pháp dạy học dựa trên tình huống là một phương pháp dạy học được tổ chức theo những tình huống có thực của cuộc sống, trong đó người học được kiến tạo tri thức qua việc giải quyết các vấn đề có tính xã hội [7]. Tuy việc đánh giá vai trò của phương pháp giảng dạy này đã được tiến hành ở rất nhiều các lĩnh vực nhưng đối với lĩnh vực y khoa nói chung và đào tạo điều

duỡng nói riêng còn rất hạn chế. Để hiểu rõ hơn về vai trò của phương pháp giảng dạy này trong công tác giảng dạy điều dưỡng, chúng tôi thực hiện đề tài ***“Vai trò của dạy học dựa trên tình huống với khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường Đại học điều dưỡng Nam Định năm 2017”***.

Thư viện số NDUN

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường đại học điều dưỡng Nam Định năm 2017.
2. Đánh giá sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trường đại học điều dưỡng Nam Định sau khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống năm 2017.

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan khả năng ra quyết định lâm sàng

1.1.1. Khả năng ra quyết định lâm sàng

Theo Bakalis và Watson (2005) định nghĩa ra quyết định lâm sàng là một quá trình mà người điều dưỡng sử dụng các thông tin thu thập về người bệnh, đánh giá nó và thực hiện sự phán đoán để đưa ra các kết luận định hướng cho các can thiệp chăm sóc. Ra quyết định là một thành phần thiết yếu trong vai trò của điều dưỡng [12].

Khả năng ra quyết định là một trong những khả năng cơ bản mà người điều dưỡng phải thực hiện trong những điều kiện và hoàn cảnh cụ thể [29]. Người điều dưỡng phải phân tích những thay đổi về nhu cầu của người bệnh đưa ra những ưu tiên trong chăm sóc, tuy vậy các quyết định lâm sàng cũng có thể được đưa ra khi có sự thảo luận với người nhà và người bệnh [34]. Khả năng ra quyết định lâm sàng là việc đưa ra các giải pháp phù hợp nhất, hữu hiệu nhất và dễ thực hiện nhất để đáp ứng những thay đổi về nhu cầu của người bệnh từ đó có thể giải quyết được tốt nhất các vấn đề mà người bệnh và người nhà đang gặp phải [35].

Khả năng ra quyết định lâm sàng trong điều dưỡng bao gồm các quyết định chăm sóc đáp ứng sự thay đổi nhu cầu của người bệnh và người nhà. Khả năng này cũng bao gồm các quyết định liên quan đến cảm xúc, yếu tố văn hóa xã hội và kinh tế của người bệnh [27], [34].

Khả năng ra quyết định lâm sàng là một trong những khả năng cơ bản của thực hành điều dưỡng, được đào tạo ở các bậc đào tạo điều dưỡng [10]. Tổ chức y tế thế giới đã đưa ra các tiêu chuẩn vàng trong đào tạo điều dưỡng đó là việc phát triển khả năng ra quyết định lâm sàng là một mục tiêu bắt buộc trong tất cả các chương trình đào tạo điều dưỡng [31].

1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc ra quyết định lâm sàng

Có rất nhiều yếu tố liên quan trong quá trình ra quyết định lâm sàng và mỗi khả năng cốt lõi có khả năng tác động hiệu quả tới việc ra quyết định. Trong một

thế giới lý tưởng, quyết định sẽ được thực hiện một cách khách quan, với đầy đủ các bằng chứng, một nguồn tài nguyên vô tận, không có áp lực thời gian, gián đoạn tối thiểu, công cụ hỗ trợ quyết định hoạt động tích cực để xử lý bất kỳ tình huống nào trong ngày [12].

Tuy nhiên, điều này không phải luôn là hiện thực. Việc đưa ra các quyết định lâm sàng là một sự cân nhắc kỹ về thực hành tốt nhất được biết đến (các bằng chứng, nghiên cứu), nhận thức về tình hình hiện tại và môi trường và kiến thức của người bệnh. Đó là sự kết hợp các điều nhỏ để đưa ra một quyết định. Quyết định lâm sàng đưa ra nên bao gồm một loạt các nguồn thông tin và kiến thức khác nhau [12].

- Hiểu biết các bằng chứng: là việc tìm hiểu và đánh giá về các bằng chứng đã có trong các nguồn thông tin như: tạp chí, sách và bài báo khoa học. Bằng kinh nghiệm thực tiễn, có thể xác định, xây dựng và thiết lập các giải pháp cụ thể cho tình huống hiện tại.

- Hiểu biết bản thân mình: Nhận thức về hành vi, năng lực, thái độ, tình cảm và các giá trị của bản thân. Không chỉ hiểu về bản thân mình mà còn phải hiểu về những người bệnh và đồng nghiệp của mình. Điều đó rất quan trọng để biết giới hạn của mình khi tìm sự giúp đỡ, tư vấn và hỗ trợ.

- Hiểu biết người bệnh và con người: Biết sở thích của người bệnh, kinh nghiệm của họ về bệnh tật, tình hình hiện tại của họ hoặc nhu cầu chăm sóc của họ và những gì là bình thường ở người bệnh khi quan sát. Tuy nhiên để có được những đánh giá khách quan cần dựa vào các công cụ đánh giá kèm theo.

- Hiểu biết về môi trường: Nâng cao nhận thức và sự chấp thuận của các phương pháp tiếp cận để đưa ra quyết định [12].

1.1.3. Quá trình ra quyết định lâm sàng

Ra quyết định lâm sàng thường sẽ đi theo một quá trình từ thu thập các thông tin cần thiết cho đến quyết định cuối cùng[12].

- Bước 1: Sử dụng các dấu hiệu, thu thập và phân tích dữ liệu người bệnh có qua quan sát trực tiếp, lắng nghe câu chuyện của người bệnh và sự lo lắng của họ,

tham khảo hồ sơ bệnh án, kiểm tra kết quả xét nghiệm, sử dụng công cụ liên quan [12].

- Bước 2: Đưa ra các phán đoán dựa trên các dữ liệu mà người bệnh có, tìm kiếm các bằng chứng đã có để giải quyết các vấn đề đó. Phân tích sự phù hợp của các bằng chứng đó trong việc giải quyết các vấn đề của người bệnh [12].

- Bước 3: Ra quyết định: là việc đưa ra các quyết định sẽ phải làm gì và làm như thế nào, quyết định ai có thể cần phải được thông báo và tham khảo ý kiến. Có thể tham khảo ý kiến của đồng nghiệp, người bệnh và người nhà trong việc đưa ra quyết định [12].

- Bước 4: Thực hiện quyết định.

- Bước 5: Đánh giá kết quả: là đánh giá hiệu quả của các quyết định trong việc đạt được các kết quả mong chờ. Bước này cũng có thể tham khảo ý kiến của đồng nghiệp, người bệnh và người nhà trong việc tìm thêm thông tin để có thể ra phán đoán và ra quyết định tiếp theo [12].

1.1.4. Thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng

Một số nghiên cứu đã được tiến hành để xác định khả năng ra quyết định lâm sàng của điều dưỡng trong các tình huống chăm sóc người bệnh khác nhau chỉ ra rằng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên còn rất hạn chế [17], [31].

Một nghiên cứu cắt ngang của Bjork và Hamilton (2011) trên 2095 điều dưỡng về đối với khả năng ra quyết định lâm sàng tại một bệnh viện ở Na Uy cho thấy khả năng ra quyết định lâm sàng còn rất nhiều hạn chế khi chỉ được tham gia học theo phương pháp truyền thống [17].

Parker (2014) đã tiến hành nghiên cứu trên 166 sinh viên điều dưỡng tại Hoa Kỳ về mối quan hệ giữa khả năng ra quyết định với hình thức thực hành trước khi ra viện. Kết quả cho thấy, khả năng ra quyết định lâm sàng ở các sinh viên điều dưỡng còn rất hạn chế trước khi được học theo phương pháp trực quan sinh động ($p = 0,003$) [31].

1.1.5. Các phương pháp đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng

Trên thực tế các công cụ dùng để đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng còn rất hạn chế. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng được đánh giá dựa vào bộ công cụ đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng trong chăm sóc (NDMI). Bộ công cụ này đã được xây dựng bởi Sirkka Lauri and Sanna Salanterä (2002) [33]. Đây là bộ công cụ tự điền về quan điểm/ nhận thức của sinh viên điều dưỡng đối với khả năng ra quyết định lâm sàng của họ. Tác giả khuyến nghị rằng, bộ công cụ này có thể được sử dụng trong giáo dục với mục đích theo dõi sự phát triển khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng trong quá trình đào tạo [15].

Bộ công cụ này đã được sử dụng trong nghiên cứu của Parker (2014) về mối quan hệ giữa khả năng ra quyết định với hình thức thực hành trước khi ra viện của 166 sinh viên điều dưỡng. Kết quả cho thấy độ tin cậy của bộ công cụ với chỉ số Cronbach's alpha là 0,84 [31].

1.2. Các phương pháp dạy học dựa trên tình huống

1.2.1. Khái niệm về phương pháp dạy học dựa trên tình huống

Tình huống: Theo quan điểm triết học, tình huống được nghiên cứu như là một tổ hợp các mối quan hệ xã hội cụ thể, mà đến một thời điểm nhất định liên kết con người với môi trường, biến con người thành một chủ thể của một hoạt động có đối tượng nhằm đạt được một mục tiêu nhất định [2].

Tình huống là toàn thể những sự việc xảy ra tại một nơi, trong một thời gian hoặc một thời điểm. Một cách tổng quát có thể sử dụng khái niệm tình huống được xem xét về mặt tâm lý học. Đó là tình huống được quan niệm trên cơ sở quan hệ giữa chủ thể và khách thể, trong không gian và thời gian. “Tình huống là hệ thống các sự kiện bên ngoài có quan hệ với chủ thể, có tác dụng thúc đẩy tính tích cực của người đó. Trong quan hệ không gian tình huống xảy ra bên ngoài nhận thức của chủ thể, trong quan hệ thời gian tình huống xảy ra trước so với hành động của chủ thể [8]. Trong quan hệ chức năng tình huống là sự độc lập của các sự kiện đối với chủ thể ở thời điểm mà người đó thực hiện hành động”.

Tình huống dạy học: Xét về mặt khách quan, tình huống dạy học là tổ hợp những mối quan hệ xã hội cụ thể được hình thành trong quá trình dạy học, khi mà người học đã trở thành chủ thể hoạt động của đối tượng nhận thức trong môi trường dạy học, nhằm một mục đích dạy học cụ thể. Xét về mặt chủ quan, tình huống dạy học chính là trạng thái bên trong được sinh ra do sự tương tác giữa chủ thể với đối tượng nhận thức. Bản chất của tình huống dạy học là đơn vị cấu trúc của bài lên lớp, chứa đựng mối liên hệ mục đích – nội dung – phương pháp theo chiều ngang tại một thời điểm nào đó với nội dung là một đơn vị kiến thức [19]. Một tình huống thông thường chưa phải là một tình huống dạy học. Nó chỉ trở thành tình huống dạy học khi người giáo viên đưa những nội dung cần truyền thụ vào trong các sự kiện tình huống và cấu trúc các sự kiện sao cho phù hợp với logic sư phạm, để khi người học giải quyết nó sẽ đạt được mục tiêu dạy học.

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống: Theo Trịnh Văn Biều, dạy học dựa trên tình huống là một phương pháp dạy học được tổ chức theo những tình huống có thực của cuộc sống, trong đó người học được kiến tạo tri thức qua việc giải quyết các vấn đề có tính xã hội của việc học tập [7].

Theo Phan Trọng Ngọ, bản chất của phương pháp dạy học (PPDH) dựa trên tình huống là thông qua việc giải quyết những tình huống, người học có được khả năng thích ứng tốt nhất với môi trường xã hội đầy biến động. PPDH bằng tình huống rất gần với PPDH giải quyết tình huống có vấn đề nhưng vẫn có nhiều điểm khác nhau. PPDH bằng tình huống có cơ sở lí luận và phạm vi ứng dụng rộng hơn [4].

1.2.2. Các hình thức dạy học dựa trên tình huống

Việc ra quyết định lý tưởng trong thực hành lâm sàng là khá phức tạp. Bởi vì một phần các quyết định liên quan đến việc sử dụng các thông tin chủ quan của người bệnh. Vì vậy để có một quyết định lâm sàng đúng đắn sinh viên cần phải được đào tạo và huấn luyện tại các đơn vị đào tạo trước khi ra thực tế lâm sàng [3].

Bên cạnh đó, trong chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng phải đối mặt với hai vấn đề quan trọng đưa ra nhận định đúng và lựa chọn được các can thiệp điều

đưỡng phù hợp nhất với điều kiện cụ thể của người bệnh. Để giải quyết hai vấn đề này không phải là dễ dàng nhất là trong các tình huống chăm sóc lâm sàng phức tạp. Trong thực tế nhiều người điều dưỡng đã phải mất rất nhiều năm mới có được những kinh nghiệm riêng trong chăm sóc người bệnh. Để rút ngắn thời gian này, việc hình thành khả năng ra quyết định lâm sàng từ khi ngồi trên ghế nhà trường là rất cần thiết [36].

Trên thực tế, các trung tâm đào tạo kỹ năng đã được thành lập ngày càng nhiều trong các cơ sở đào tạo y khoa và điều dưỡng. Đây là nơi sẽ giúp cho các sinh viên hình thành và rèn luyện các khả năng, đặc biệt là khả năng ra quyết định lâm sàng.

Hiện nay, các chương trình đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam và các nước trên thế giới đang dần tiếp cận với việc hình thành năng lực cho sinh viên, chính vì thế đổi mới trong phương pháp đào tạo, đặc biệt là đào tạo trong thực hành điều dưỡng là việc làm rất cần thiết. Các hình thức đào tạo truyền thống trước đây chỉ đơn thuần là việc làm mẫu của giảng viên và quan sát thụ động của sinh viên thì ngày nay các phương pháp đào tạo tiên tiến gắn vai trò chủ động của sinh viên vào việc học đã được áp dụng ở các cơ sở đào tạo điều dưỡng.

Trong các hình thức đào tạo đó, mô phỏng hay dạy học dựa trên các tình huống xây dựng sẵn là phương pháp đào tạo với mục đích nhân rộng các kinh nghiệm lâm sàng và cho phép sinh viên học tập trong một môi trường an toàn và được kiểm soát [20]. Dạy học dựa trên các tình huống xây dựng sẵn được coi như một chiến lược giảng dạy bổ sung cho kinh nghiệm giảng dạy truyền thống bằng cách cho phép sinh viên và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe học hỏi trong một môi trường an toàn, giảm nguy cơ tử vong cho người bệnh. Phương pháp dạy học dựa trên các tình huống xây dựng sẵn giúp sinh viên điều dưỡng có khả năng học hỏi tương tác, thực hành các khả năng mới được phát triển trong môi trường không có rủi ro và có phản hồi tức thì từ một giảng viên giàu kinh nghiệm [24].

Trên thực tế có rất nhiều hình thức dạy học dựa trên các tình huống xây dựng sẵn, mỗi hình thức thể hiện những điểm mạnh, điểm yếu vốn có của nó trong đào

tạo điều dưỡng. Trong mỗi chương trình đào tạo , để phát huy những điểm mạnh và cải thiện các điểm yếu của mỗi phương pháp, nên áp dụng nhiều phương pháp cùng lúc để tạo cơ hội cho sinh viên được thực hành một cách toàn diện nhất [24].

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống cài sẵn trong máy tính thể hiện các điểm mạnh như: Dễ dàng, linh hoạt và không giới hạn việc truy cập; hữu ích cho việc thu nhận kiến thức và tư duy tích cực; giúp cho cá nhân thể hiện sự tiến triển trong học tập; sử dụng phù hợp cho học viên có trình độ thấp và đặc biệt là chi phí tương đối thấp. Tuy nhiên, phương pháp này cũng thể hiện những mặt hạn chế nhất định của nó như: Không có sự tương tác về mặt thể chất nên sinh viên dễ quên, độ tin cậy thấp và không thể hiện việc học tập dựa trên kinh nghiệm [27].

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống người bệnh ảo với các thế mạnh như: dễ dàng tiếp cận, kinh tế khi thực hiện giảng dạy chăm sóc đa ngành, hỗ trợ cho cá nhân phát triển trong học tập, phù hợp cho học viên có trình độ thấp. Tuy nhiên phương pháp này có một số mặt hạn chế sau: hạn chế trong tương tác về thể chất, độ tin cậy thấp và ít thể hiện học tập dựa trên kinh nghiệm [27].

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống với sự tham gia của người bệnh thật: phương pháp này thể hiện vai trò cao trong đào tạo điều dưỡng qua các thế mạnh như: Độ tin cậy cao, có sự tương tác, sinh động hóa, có thể áp dụng các kiến thức lý thuyết và các kinh nghiệm trong bối cảnh lâm sàng thực tế, thể hiện được cảm xúc, cảm giác trong việc học tập và rèn luyện các khả năng, giúp phát triển tốt tư duy tích cực, khả năng ra quyết định, làm việc nhóm trong sinh viên, tích hợp kiến thức và phù hợp với người học ở trình độ cao hơn. Tuy nhiên, phương pháp này cũng thể hiện những mặt hạn chế nhất định như: Chi phí cao, hạn chế trong việc sử dụng, tùy thuộc vào khả năng của giảng viên [29].

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống với sự tham gia của người bệnh chuẩn: đây là phương pháp được áp dụng rộng rãi trong đào tạo điều dưỡng cũng như các ngành chăm sóc sức khỏe hiện nay do tính ưu việt của nó: tính hiện thực cao trong việc tương tác giữa các cá nhân và đáp ứng cảm xúc, phù hợp cho việc đào tạo khả năng giao tiếp, hiệu quả trong việc đánh giá sinh viên. Tuy nhiên,

phương pháp này cũng có một số mặt hạn chế như: đôi khi dấu hiệu không phù hợp với triệu chứng, không có khả năng thực hiện một số can thiệp sâu và đưa ra các phản ứng phù hợp [31].

Đào tạo điều dưỡng sử dụng những tình huống dựa trên bằng chứng sẽ mang cả thế giới lâm sàng vào lớp học cho đối tượng sinh viên điều dưỡng trở thành giải pháp hữu hiệu cho vấn đề thiếu trải nghiệm lâm sàng trên đối tượng này [35]. Phương pháp này khuyến khích sinh viên sử dụng và tích hợp kiến thức đã học trên lớp, phát triển khả năng đánh giá lâm sàng và tư duy tích cực, cải thiện sự tự tin cũng như năng lực thực hành nghề trong tương lai [29]. Các nghiên cứu liên quan đến sinh viên điều dưỡng cho thấy trong khóa học lâm sàng đầu tiên, sinh viên thể hiện sự giới hạn về mặt kiến thức, thực hành khả năng và tư duy tích cực cũng như sự tự tin. Trên thế giới, nhận thức được vấn đề này từ rất sớm, các trường đào tạo điều dưỡng đã tích hợp chương trình giảng dạy sử dụng phương pháp mô phỏng với các tình huống dựa trên bằng chứng để giành nhiều thời gian cho sinh viên được rèn luyện khả năng thực hành, phát triển tư duy tích cực và cải thiện sự tự tin từ đó giúp hình thành năng lực thực hành đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong thời đại bùng nổ công nghệ ngày nay [15].

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là một trong những trường đào tạo chuyên ngành về điều dưỡng. Với việc trọng tâm trong dạy học theo năng lực trường đang trọng tâm vào việc nâng cao các khả năng cho sinh viên song song với nâng cao kiến thức. Một trong những khả năng được chú trọng đó là khả năng ra quyết định trên lâm sàng. Tại trung tâm tiền lâm sàng của nhà trường sinh viên được rèn luyện về khả năng này thông qua các phương pháp giảng dạy tích cực như: đóng vai, giải quyết vấn đề của người bệnh, tình huống mô phỏng.

1.2.3. Các bước thực hiện giảng dạy dựa trên tình huống

Bước 1: Xây dựng tình huống:

Trong mỗi tình huống, người giảng viên khi thiết kế cần đưa ra đầy đủ các thông tin cần thiết như: thông tin về người bệnh, thông tin về việc chăm sóc và điều trị hiện tại, các tình huống phát sinh trong quá trình chăm sóc, những điểm quan

trọng trong chăm sóc người bệnh, mục tiêu cần đạt được khi tiến hành chăm sóc, yêu cầu đối với sinh viên và các điều kiện trang thiết bị, dụng cụ liên quan đến chăm sóc người bệnh trong tình huống đó [15].

- Các tình huống ưu tiên lựa chọn:

- Tần suất xuất hiện cao (hay gặp trên thực tế)
- Tần suất thấp (những trường hợp hiếm gặp)
- Nguy cơ mắc lỗi cao/ nguy cơ gây nguy hiểm cho người bệnh cao
- Thực hiện nhiều nhiệm vụ lồng ghép, phức tạp

- Tính đặc trưng tình huống theo các đối tượng học tập:

Khi thiết kế các tình huống mô phỏng trong đào tạo điều dưỡng, người giảng viên cần chú ý tính toàn diện trong đào tạo, do đó trong mỗi đối tượng, kịch bản thường bao gồm một số chủ đề chính liên quan đến việc chăm sóc người bệnh. Thứ nhất chủ đề về giao tiếp trong chăm sóc, với chủ đề này sinh viên được rèn luyện tính chủ động, nhạy bén trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và các nhân viên y tế khác; sinh viên phải giải thích được một cách hợp lý về y lệnh, được thử thách với những người khó tính để rèn luyện khả năng giao tiếp nghề nghiệp của sinh viên. Các chủ đề khó cũng là những kịch bản được thiết kế trong đào tạo điều dưỡng, ví dụ như bệnh giai đoạn cuối/ chăm sóc cuối đời; đáp ứng vấn đề của gia đình và nhu cầu của xã hội; những hành vi khó thay đổi và thực hiện nhiều công việc liên quan với nhau cùng một lúc. Bên cạnh đó, sinh viên còn được tiếp xúc với các chủ đề đa dạng, đôi khi có hoặc không có kịch bản, một số trường hợp giảng viên sẽ đóng vai làm người bệnh, một số kịch bản với chủ đề giúp rèn luyện cho sinh viên có cơ hội thực hành/ luyện tập làm việc theo nhóm [9].

Bước 2: Lập kế hoạch cho một buổi giảng:

- Xây dựng một môi trường thực hành sát với thực tế:

Môi trường chăm sóc người bệnh cần được thiết kế giống như ngoài thực tế lâm sàng thể hiện tính tin cậy như có họ tên người bệnh, chuẩn bị hệ thống âm thanh của người bệnh (tiếng rên, tiếng thở bệnh lý, các câu trả lời của người bệnh cho các câu hỏi của sinh viên điều dưỡng). Môi trường chăm sóc thể hiện tính thực

tế nhưng không thể dự đoán trước được và mang tính cá nhân hóa các kinh nghiệm thực hành. Bên cạnh đó, phòng bệnh cần được chuẩn bị như khi chăm sóc người bệnh thực sự, đảm bảo các vấn đề liên quan đến bệnh lý và điều trị thuốc [14].

- Kế hoạch giảng dạy:

Trong kế hoạch giảng dạy sẽ thể hiện hình thức là gì (sử dụng mô hình, sử dụng người bệnh ảo, sử dụng người bệnh chuẩn,...), thời gian diễn ra buổi học: trước đó giảng viên cần chuẩn bị các tài liệu liên quan để phát cho sinh viên trước mỗi buổi học, nguồn lực giảng viên tham gia trong buổi học: mỗi buổi giảng cần có ít nhất 2 giảng viên cho một nhóm từ 15 đến 20 sinh viên. Trước buổi giảng, giảng viên cần xem lại hồ sơ bệnh án, tình trạng người bệnh hiện tại, các chẩn đoán hiện tại, trước đó (nếu có) và các loại thuốc cần thiết [18].

Bước 3: Tiến hành buổi giảng:

Vào buổi giảng, giảng viên và sinh viên thảo luận trước về tình huống đã được phát tay đến sinh viên thường vào tuần trước khi thực hiện tình huống đó. Các nội dung thảo luận xoay quanh vấn đề chăm sóc người bệnh được đưa ra trong tình huống: những nhận định cần thiết trên người bệnh, đưa ra chẩn đoán chăm sóc ưu tiên, thực hiện các can thiệp cần thiết để cải thiện tình trạng người bệnh. Bên cạnh đó, một nhiệm vụ không kém phần quan trọng trước khi diễn ra tình huống đó là việc phân rõ vai trò của từng sinh viên trong nhóm chăm sóc, việc phân nhóm có thể dưới sự chỉ đạo của giảng viên hoặc nhóm sinh viên tự đề xuất vai trò của bản thân trong thực hiện tình huống [20].

Tiếp theo, sinh viên vào phòng thực hành và tiến hành thực hiện chăm sóc người bệnh theo nhóm như đã được phân vai từ trước khi thực hành: nhận định tình trạng người bệnh và tiến hành chăm sóc người bệnh theo diễn biến được điều khiển bởi giảng viên thông qua hệ thống âm thanh và hình ảnh trong phòng mô phỏng. Quá trình tiến hành một tình huống có thể linh hoạt tùy thuộc vào mục tiêu của buổi giảng, tuy nhiên giảng viên cần hết sức nhạy bén trong việc kiểm soát thời gian đi kèm với việc kiểm soát diễn biến của tình huống, điều này thể hiện trình độ và kinh nghiệm của giảng viên trong việc đào tạo dựa trên các tình huống [27].

Bước 4: Thảo luận sau buổi học:

Đây là một thành phần quan trọng trong buổi giảng, nó quyết định phần lớn việc buổi giảng có thành công hay không thể hiện qua việc giảng viên cung cấp các phản hồi cho sinh viên về những can thiệp chăm sóc mà nhóm sinh viên đưa ra trong khi thực hiện tình huống. Các thành phần của thảo luận sau buổi giảng bao gồm: Hướng dẫn các câu hỏi thảo luận được cung cấp cho sinh viên trước khi giảng; hỗ trợ việc giải thích các sự việc diễn ra trong tình huống liên hệ với thực tế lâm sàng; phản ánh thực hành sau chạy tình huống, những bài học sinh viên rút ra từ việc thực hành chăm sóc của bản thân hoặc của sinh viên khác; sinh viên đưa ra ý kiến của mình về tình huống học, các vấn đề chăm sóc được thực hiện theo tư duy của sinh viên; đánh giá sau buổi giảng được thực hiện bởi bộ câu hỏi có sẵn hoặc bài tập phân tích hoặc báo cáo về phần thực hành tình huống [27].

1.2.4. Các nghiên cứu về phương pháp dạy học dựa trên tính hướng trong đào tạo điều dưỡng

Trên thực tế các phương pháp giảng dạy truyền thống tập trung nhiều vào việc cung cấp kiến thức và khối kiến thức này thường tách rời với việc thực hành các khả năng [26]. Sinh viên sẽ sử dụng các kiến thức này để đưa ra các quyết định lâm sàng khi chăm sóc người bệnh trên thực tế. Với phương pháp này sinh viên sẽ bị hạn chế trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng một cách chính xác và an toàn, ngoài ra còn tạo cho sinh viên một tâm lý lo sợ và rụt dè và tự ti về các quyết định của mình.

Với sự phát triển về khoa học và kỹ thuật, việc đào tạo điều dưỡng cũng đang ngày một thay đổi. Tỷ lệ điều dưỡng tham gia chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện tuy đang tăng lên nhưng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế. Vì vậy công việc chăm sóc của điều dưỡng đang quá tải, người điều dưỡng chưa thể đáp ứng được nhu cầu giảng dạy và hướng dẫn chuẩn cho sinh viên điều dưỡng tại lâm sàng. Do vậy việc thay đổi phương pháp giảng dạy tại các cơ sở đào tạo là rất cần thiết [5].

Wiles, Simko và Schoessler (2013) tiến hành phỏng vấn sâu các sinh viên điều dưỡng mới tốt nghiệp về việc đưa ra các quyết định lâm sàng dựa trên các tình huống người bệnh cụ thể và kinh nghiệm của họ trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng đó. Có ba chủ đề đã được đưa ra: phát triển sự tự tin khi tìm kiếm sự trợ giúp và ra quyết định. Wiles, Simko và Schoessler (2013) đã đưa ra "Sự kết hợp giữa kiến thức, kinh nghiệm thực tiễn và sự hiểu biết cá nhân sẽ hưởng rất lớn đến khả năng ra quyết định của các điều dưỡng". Việc nhận định đúng dựa trên các tình huống mô phỏng lâm sàng, sẽ giúp sinh viên chuẩn bị tốt hơn cho việc ra quyết định lâm sàng sau khi tốt nghiệp [15].

Theo Alfaro LeFevre (2004), tác giả của cuốn sách "Tư duy phê phán và đánh giá lâm sàng: một cách tiếp cận thực tế đối với tư duy tập trung vào kết quả" đã chỉ ra rằng việc dạy học dựa trên tình huống là một phương pháp dạy giúp cho sinh viên có khả năng tư duy phê phán, suy nghĩ thấu đáo và tự tin trong việc áp dụng các kiến thức đã được trang bị. Việc sử dụng các tình huống theo các kịch bản có sẵn sẽ giúp cho giảng viên chủ động trong việc hướng sinh viên vào các tình huống thực tế, học theo các kịch bản này sinh viên sẽ có cơ hội nhìn thấy các quyết định chăm sóc của mình có phù hợp với điều kiện thực tế của người bệnh không mà không phải lo sợ đến sự an toàn của người bệnh thật [9].

Arundell, Ciofi, và Purcal (2005) đã tiến hành một nghiên cứu về vai trò của đào tạo dựa trên tình huống trong việc đưa ra quyết định đánh giá, thu thập thông tin trên lâm sàng của 36 sinh viên điều dưỡng. Kết quả cho thấy có sự cải thiện đáng kể về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau tham gia học một tình huống so với việc học theo phương pháp truyền thống [32].

Ellis, Lashley và Nehring (2002) đã tiến hành một nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng mô phỏng để dạy các sự cố quan trọng (các sự cố xảy ra khi các hành động của điều dưỡng có kết quả trực tiếp tới việc người bệnh sống hay tử vong) và khả năng đánh giá thể chất. Nghiên cứu định tính này có cỡ mẫu thuận tiện là 80 sinh viên. Các nhà nghiên cứu đã phát triển ba kịch bản, trong đó sinh viên tự báo cáo mức độ thoải mái của họ trong việc chăm sóc cho những người

bệnh cần sự can thiệp thiết yếu. Khảo sát sử dụng các thuật ngữ như rất tự tin, tự tin, và không tự tin mô tả sự tự báo cáo của sinh viên về mức độ thoải mái trong việc chăm sóc một người bệnh nặng trước và sau khi mô phỏng. Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng sinh viên có nhiều niềm tin hơn trong việc chăm sóc và đánh giá người bệnh về các vấn đề tiềm ẩn sau khi tham gia vào mô hình mô phỏng. Các nhà nghiên cứu đã sử dụng sinh viên của họ trong dự án và dữ liệu được thu thập trong một khoảng thời gian ba tháng [32].

Bên cạnh đó, theo Lasater (2007) phương pháp dạy học dựa trên tình huống với các nhóm nhỏ được cho là giải pháp hữu hiệu nhất trong việc hình thành và phát triển khả năng ra quyết định của sinh viên [30].

Dillon, Kaplan, và Noble (2009) đã nghiên cứu điều tra trên cả đối tượng sinh viên điều dưỡng và sinh viên y khoa trong một tình huống người bệnh ngừng tim. Tổng số 40 sinh viên thực hiện một bài kiểm tra trước và sau khi thực hiện các tình huống về khả năng làm việc nhóm và khả năng ra quyết định lâm sàng. Kết quả cho thấy sinh viên y khoa có khả năng ra quyết định lâm sàng và làm việc nhóm tốt hơn sinh viên điều dưỡng. Nghiên cứu này cho rằng việc đào tạo các khả năng trên cần phải thực hiện với các tình huống cụ thể cho các chuyên ngành khác nhau [20].

Nghiên cứu của Bezanson, Brannan, và White (2008) so sánh sự khác nhau về các khả năng ra quyết định lâm sàng và mức độ tự tin giữa một nhóm sinh viên được giảng theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống và một nhóm được giảng theo phương pháp truyền thống. Nội dung bài giảng là chăm sóc người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tính. Nghiên cứu trên 107 sinh viên cử nhân điều dưỡng cho thấy, những sinh viên ở nhóm học theo tình huống có khả năng ra quyết định lâm sàng và độ tự tin hơn nhóm còn lại. Theo tác giả việc dạy học dựa trên tình huống nên được áp dụng rộng rãi để phát triển khả năng ra quyết định lâm sàng và sự tự tin cho sinh viên điều dưỡng [16].

Comer (2005) đã thiết kế một nghiên cứu định tính, trong đó các sinh viên điều dưỡng đã được đánh giá sau khi hoàn thành một loạt các kịch bản 20 phút sử

dụng công nghệ mô phỏng. Hai mươi sinh viên điều dưỡng đã được dạy các khả năng tư duy phê bình bằng cách sử dụng công nghệ mô phỏng, thay vì một dạng bài giảng truyền thống. Tác giả nhận thấy rằng các sinh viên báo cáo rằng mô phỏng đã tạo ra sự lo lắng cho các sinh viên lúc đầu, nhưng sau đó các sinh viên báo cáo rằng đã tận hưởng trải nghiệm sau khi hoàn thành kịch bản. Các sinh viên cũng tự báo cáo rằng họ hiểu nội dung của khóa học tốt hơn khi nó được trình bày trong kịch bản mô phỏng (trái với bài giảng truyền thống) và các tác giả đã quan sát thấy sự gia tăng điểm trong cùng nội dung với trải nghiệm mô phỏng (dựa trên một kỳ thi năm trước) [32].

1.3. Học thuyết áp dụng trong nghiên cứu

Trong nhiều năm qua, các học thuyết gia điều dưỡng tìm hiểu về các phương pháp giảng dạy nhằm nâng cao khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên. Một trong số các học thuyết liên quan việc đào tạo điều dưỡng là học thuyết từ người mới làm đến chuyên gia (Novice to Expert) của Patricia Benner (1984) [14]. Theo Benner việc thực hiện các khả năng của người điều dưỡng sẽ phải trải qua quá trình trải nghiệm và tư duy, từ chỗ chưa biết (mới bắt đầu) mới có thể trở thành chuyên gia [14].

Benner đã tiến hành nghiên cứu mô tả về quá trình phát triển khả năng của người học trong một số trường đào tạo điều dưỡng ở Hoa Kỳ. Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn các điều dưỡng mới tốt nghiệp. Bên cạnh đó, Benner cũng phỏng vấn 67 điều dưỡng là các cán bộ quản lý (51), điều dưỡng mới tốt nghiệp đang làm tại viện (11) và các sinh viên điều dưỡng (5). Các cuộc phỏng vấn liên quan đến lĩnh vực thực hành và việc ra quyết định trong các tình huống chăm sóc. Kết quả cho thấy, nếu một điều dưỡng là chuyên gia trong lĩnh vực sản khoa khi được chuyển công tác sang một đơn vị mới cô sẽ phải học lại từ đầu và sẽ bắt đầu từ một người học việc cho đến khi có thể trở thành chuyên gia trong lĩnh vực mới đó. Như vậy, muốn có được khả năng dù là người đã có nhiều kinh nghiệm ở một lĩnh vực có tính chất liên quan thì vẫn phải được học tập, thực hành trong một thời gian nhất định để có thể tích lũy kinh nghiệm và nâng cao khả năng thực hành của mình.

Benner (1984) sử dụng các chủ đề thu nhận được từ nghiên cứu trên vào mô hình hình thành khả năng của Dreyfuss (1980). Mô hình hình thành khả năng được xây dựng bởi Dreyfuss, sau khi quan sát các phi công và người chơi cờ vua rèn luyện các khả năng của họ. Tác giả khẳng định rằng các phi công và những người chơi cờ muốn có khả năng tốt họ phải có thời gian rèn luyện và kinh nghiệm thực hành [21].

Benner đã sử dụng lý luận trong mô hình của Dreyfuss và đưa ra quan điểm của mình về đào tạo điều dưỡng đó là người điều dưỡng muốn có khả năng tốt bắt buộc phải được đào tạo một cách có hệ thống và trong thời gian nhất định từ mới bắt đầu cho đến khi thành thục khả năng và có thể chủ động trong việc quyết định các công việc một cách chủ động.

Benner (1984) đã xác định những khả năng cụ thể của từng cấp độ khác nhau.

Người mới học: Các quyết định lâm sàng của họ sẽ dựa trên các quy tắc và quy định. Hành vi của họ thường cứng nhắc và mặc định trong suy nghĩ.

Người bắt đầu có tay nghề: Người điều dưỡng này có thể hình thành khả năng qua kinh nghiệm thực hiện các thủ thuật, họ cũng bắt đầu linh hoạt hơn trong suy nghĩ và nhận thức được rằng việc học nghề là bắt buộc phải được thực hiện lặp đi lặp lại nhiều lần. Tuy nhiên người này vẫn bị chi phối bởi các quy tắc [14].

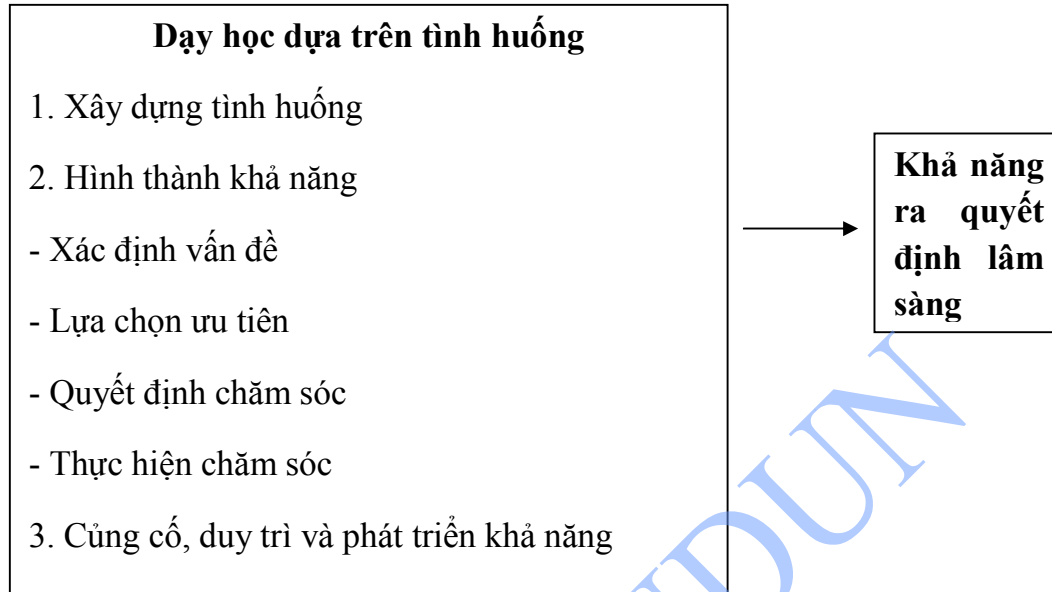
Điều dưỡng có thể trở thành người có năng lực sau ít nhất 2 đến 3 năm kinh nghiệm. Lúc này người điều dưỡng có thể biết cách tổ chức, sắp xếp và tìm hiểu các thông tin và thực hành một cách hiệu quả hơn. Tuy nhiên họ vẫn thiếu sự linh hoạt. Theo Benner dạy học dựa trên tình huống sẽ thật sự đem lại hiệu quả cao đối với nhóm người này [14].

Điều dưỡng chuyên nghiệp: Là người điều dưỡng có thể phân tích một tình huống cụ thể để đưa ra các mục tiêu ngắn hạn cũng như dài hạn trong chăm sóc người bệnh. Họ biết xác định một tình huống người bệnh điển hình để so sánh với những trường hợp đặc biệt để từ đó đưa ra các chăm sóc cụ thể phù hợp với từng trường hợp đặc biệt đó. Họ cũng có thể nhận biết được sự khác biệt trong chăm sóc

những người bệnh có những mặt bệnh giống nhau, tuy nhiên họ vẫn chưa đủ năng lực để trở thành chuyên gia trong lĩnh vực chăm sóc [14].

Chuyên gia chăm sóc: là người linh hoạt chăm sóc biết cách tổ chức, thực hiện chăm sóc theo chuyên ngành. Người điều dưỡng này sẽ không bị chi phối bởi các nguyên tắc cứng nhắc mà biết linh hoạt vận dụng các nguyên tắc trong chăm sóc. Họ luôn linh hoạt và nắm bắt một cách nhanh chóng các vấn đề của người bệnh để từ đó có thể đưa ra các quyết định chăm sóc một cách phù hợp nhất [14].

Theo Benner (1984) nhận biết sớm các vấn đề người bệnh là một dấu hiệu của việc hình thành khả năng ra quyết định chăm sóc hợp lý. Người học cần được đào tạo một cách bài bản về việc hình thành các khả năng ra quyết định đó. Để người học có thể hình thành được khả năng này cho người học, người giảng viên cần tạo ra một môi trường mô phỏng an toàn, phù hợp và người học cần được trải nghiệm trong môi trường đó. Một trong những phương pháp giảng mà Benner cho rằng có hiệu quả nhất đó là dạy học dựa trên tình huống. Các kịch bản thao các tình huống có sẵn sẽ giúp cho người học làm quen dần với môi trường đó và làm quen với việc ra quyết định chăm sóc. Bên cạnh đó việc lặp đi lặp lại các tình huống cũng giúp cho người học trau dồi kiến thức và hình thành khả năng từ người mới học cho đến khi thành thạo. Như vậy, sinh viên cao đẳng điều dưỡng bắt đầu học các tình huống mô phỏng tại trung tâm thực hành tiền lâm sàng. Sau 03 tuần thực hành tại đây, sinh viên đã dần thành thục các kỹ thuật chăm sóc và bắt đầu hình thành khả năng ra quyết định lâm sàng trong những tình huống cụ thể.



Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết của nghiên cứu

1.4. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện tại Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định được thành lập từ năm 2004, là một trong những trường Đại học Điều dưỡng đầu tiên tại Việt Nam. Sứ mệnh của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã được xác định là phát triển công tác giáo dục - đào tạo, nghiên cứu khoa học về Điều dưỡng, Hộ sinh và nhóm ngành khoa học sức khoẻ theo hướng đào tạo nguồn nhân lực về Điều dưỡng, Hộ sinh có chất lượng cao để nâng cao chất lượng trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân, trở thành một trong những trung tâm đào tạo nguồn nhân lực Y tế về Điều dưỡng có uy tín trong nước và quốc tế.

Hiện nay, tại trường đại học Điều dưỡng Nam Định, sinh viên từ năm thứ hai trở đi sẽ được học các môn Điều dưỡng cơ bản và các học phần chăm sóc người bệnh. Từ thực tế chương trình đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam, trường đã thành lập trung tâm thực hành tiền lâm sàng vào năm 2015 là nơi để sinh viên được làm quen với môi trường thực hành lâm sàng trước khi ra môi trường lâm sàng thực sự. Trước khi học thực hành tại bệnh viện, sinh viên sẽ được học các kỹ năng tại trung tâm

thực hành tiền lâm sàng, sinh viên phải đủ điều kiện mới được học tiếp học phần lâm sàng tại bệnh viện.

Thư viện số NDUN

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*** Đối tượng nghiên cứu:**

- Sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 2 trường đại học điều dưỡng Nam Định.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Sinh viên (SV) cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 2
- Đã học phân lý thuyết và chuẩn bị tham gia học thực hành các môn Chăm sóc người bệnh Người lớn nội khoa và Chăm sóc người bệnh Người lớn ngoại khoa tại Trung tâm thực hành Tiên lâm sàng, Trường đại học Điều dưỡng Nam Định.

- Sinh viên chưa học bất kì học phần thực hành nào tại bệnh viện.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

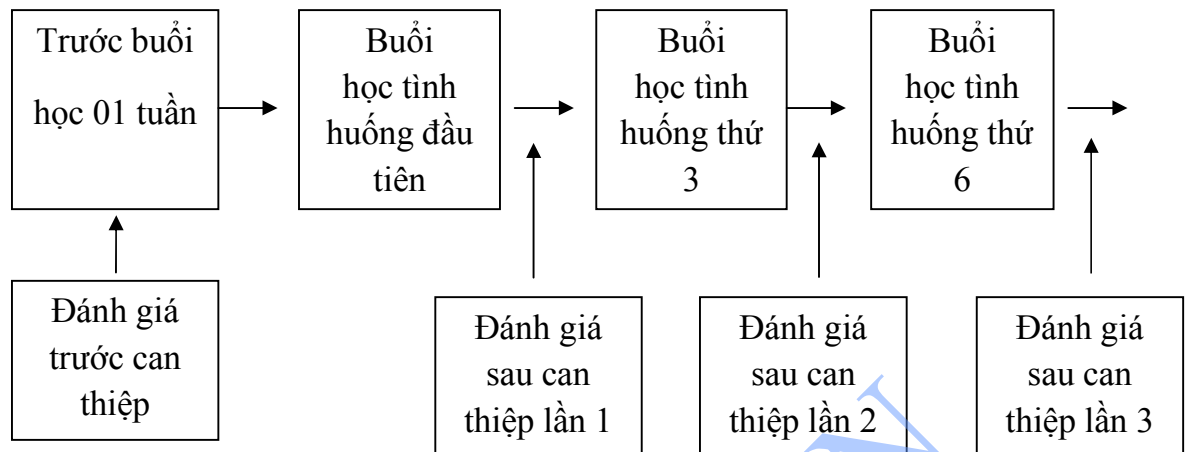
- Sinh viên không tham gia đủ các tình huống.
- Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian : Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2017 đến 9/2017
- Địa điểm: Phòng thực hành Trung tâm thực hành Tiên lâm sàng, Trường đại học điều dưỡng Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đánh giá trước sau trên một nhóm đối tượng.



Sơ đồ 2.1. Triển khai can thiệp và các thời điểm đánh giá

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Mẫu: 83 sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ hai Trường đại học điều dưỡng Nam Định.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Các số liệu trong nghiên cứu đã được thu thập bởi việc sử dụng bộ câu hỏi tự điền gồm 24 câu hỏi về khả năng ra quyết định lâm sàng. Sinh viên đã được thu thập số liệu tại bốn thời điểm. Thời điểm ban đầu là trước 01 tuần thực hiện việc học theo tình huống trên phòng thực hành. Thời điểm thứ 2 là sau khi kết thúc buổi học tình huống đầu tiên. Thời điểm thứ 3 là sau khi kết thúc buổi học tình huống thứ 3. Thời điểm cuối cùng là sau khi kết thúc buổi học tình huống thứ 6. Mỗi tình huống được giảng cách nhau 01 tuần.

2.6. Các biến số trong nghiên cứu

2.6.1. Khả năng ra quyết định lâm sàng

Khả năng ra quyết định lâm sàng là quá trình mà người điều dưỡng sử dụng các thông tin thu thập về người bệnh, đánh giá nó và đưa ra các phán đoán về kết quả chăm sóc [12]. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng được đánh giá dựa vào bộ công cụ đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng trong chăm sóc (NDMI). Bộ công cụ này đã được xây dựng bởi Sirkka Lauri and Sanna

Salantera (2002) gồm có 24 câu tự điền của sinh viên điều dưỡng về khả năng ra quyết định lâm sàng của họ [33]. Sinh viên sẽ trả lời theo thang điểm Likert 5 với mức điểm thấp nhất là 1 và cao nhất là 5 cho mỗi câu hỏi. Các mức điểm được gán biến, mã hoá để nhập vào phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0. Tổng điểm thấp nhất là 24, cao nhất là 120. Điểm càng cao thể hiện khả năng ra quyết định càng tốt. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên được thể hiện qua các mức độ với các mức điểm như sau:

Khả năng ra quyết định	Mức độ	Mức điểm trung bình
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	1	< 67 điểm
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	2	67-78 điểm
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	3	> 78 điểm

2.6.2. Phương pháp dạy học dựa trên tình huống

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống là một phương pháp dạy học được tổ chức theo những tình huống có thực của cuộc sống, trong đó người học được kiến tạo tri thức qua việc giải quyết các vấn đề có tính xã hội liên quan đến việc học tập [7].

Trong nghiên cứu này với lý luận của Benner và lý luận về phương pháp dạy học dựa trên tình huống, các bước thực hiện giảng dạy bao gồm: (1) chuẩn bị tình huống, (2) thực hiện bài giảng, (3) trải nghiệm tình huống, (4) thảo luận sau thực hiện tình huống.

Giảng viên thu thập các tình huống chăm sóc người bệnh thực tế tại các khoa lâm sàng ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Thiết lập môi trường học tập dựa trên các tình huống đã thu thập. Qua việc thực hiện các tình huống, giảng viên trong vai của người bệnh/người nhà giúp sinh viên nhận biết được các vấn đề hiện có ở

người bệnh/ người nhà, từ các vấn đề đó sinh viên sẽ có thời gian khoảng 5 phút để tư duy và suy ngẫm về các kiến thức, bằng chứng đã được học để có thể xác định được các vấn đề hiện có và ưu tiên chăm sóc trên người bệnh/người nhà. Sau khi đã đưa được ra các vấn đề chăm sóc và ưu tiên chăm sóc trên người bệnh/người nhà, sinh viên đưa ra các quyết định về các hành động/can thiệp chăm sóc phù hợp. Giảng viên thông qua việc vào vai người bệnh/người nhà sẽ hỗ trợ sinh viên trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng cần thiết để chăm sóc người bệnh/người nhà. Sau khi thực hiện xong tình huống, giảng viên trao đổi với sinh viên về những điều phù hợp và chưa phù hợp về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên đồng thời rút kinh nghiệm cho lần thực hành tiếp theo.

2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá

2.7.1. Chương trình can thiệp can thiệp

*** Nội dung can thiệp:**

Nội dung các tình huống được xây dựng bởi giảng viên được phân công. Một tình huống sẽ bao gồm các nội dung sau [1] :

- Tên tình huống
- Nội dung chủ yếu:
- + Mục tiêu bài học
- + Khái quát về các kiến thức liên quan về bệnh, nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, cách xử trí, điều trị....
- + Tóm tắt tình huống người bệnh cần chăm sóc: Hành chính, lý do vào viện, chẩn đoán y khoa, quá trình bệnh lý, tiền sử, tình trạng hiện tại.
- + Bối cảnh tình huống: địa điểm thực hiện, bối cảnh tình huống, các nhân viên y tế có trong phòng bệnh và vai trò của họ, cung cấp cho SV khung cảnh bắt đầu diễn ra tình huống. Các thiết bị trong phòng bệnh
- + Các nội dung cần tiến hành tình huống: Các giai đoạn của tình huống, hoạt động của giảng viên, hoạt động của người bệnh, người nhà, sinh viên cần thực hiện, các tương tác và các hỗ trợ cần có
- + Nội dung và một số câu hỏi định hướng cho thảo luận sau bài giảng

- Bảng danh sách dụng cụ cần chuẩn bị
- Bảng theo dõi việc thực hiện kỹ thuật của sinh viên.

*** Hình thức can thiệp:**

Sinh viên tham gia trực tiếp vào quá trình chăm sóc người bệnh mô phỏng theo các tình huống cụ thể tại phòng thực hành tại Trung tâm thực hành Tiễn lâm sàng, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

*** Cách thức tiến hành:**

Các nhóm sinh viên tham gia vào tình huống, mỗi nhóm gồm 25 sinh viên. Các phần giảng dạy này được thực hiện tại phòng thực hành của trung tâm thực hành tiên lâm sàng với các bước thực hiện như sau:

Bước 1: Trước buổi học 1 tuần: Chuẩn bị mô phỏng. Sinh viên được phát tài liệu phát tay về nội dung tình huống sẽ thực hiện, mục tiêu của bài học, tiến trình chạy tình huống, các bối cảnh của tình huống sẽ xảy ra và các câu hỏi thảo luận sau tình huống. Sinh viên được yêu cầu đọc các tài liệu liên quan để đưa ra các nội dung, vấn đề còn chưa hiểu và trả lời cho các câu hỏi đã được đưa ra.

Bước 2: Trong buổi học: Thực hiện tình huống. Mỗi học phần giảng viên xây dựng một tình huống liên quan đến bệnh thường gặp trong chăm sóc thực tế lâm sàng. Học viên được trải qua 6 tình huống chăm sóc người bệnh nội khoa và 6 tình huống chăm sóc người bệnh ngoại khoa. Giảng viên trong vai trò người bệnh/người nhà tham gia vào sẽ hướng dẫn sinh viên thực hiện các bước trong tình huống. sinh viên sẽ thực hiện các tình huống theo các trình tự như sau: nhận định người bệnh, đưa ra các chẩn đoán điều dưỡng, đưa ra các ưu tiên trong chăm sóc và đưa ra các quyết định can thiệp điều dưỡng cho các chẩn đoán điều dưỡng vừa đưa ra.

Bước 3: Sau khi chạy xong tình huống: Thảo luận sau tình huống. Sau khi kết thúc tình huống, tất cả các sinh viên về lại phòng quan sát, tại đây giảng viên thảo luận cùng với sinh viên về việc đủ của thông tin, sự chính xác và phù hợp trong nhận định người bệnh, đưa ra chẩn đoán điều dưỡng, đưa ra các ưu tiên trong chăm sóc và các can thiệp chăm sóc.

*** Người tiến hành:**

- Nhóm giảng viên của Trung tâm thực hành tiền lâm sàng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

*** Thời gian và địa điểm tiến hành:**

- Thời gian: Can thiệp được thực hiện từ ngày 14/3/2017 đến 31/3/2017

Tên học phần	Khoa	Thời gian	Địa điểm
HP 1	Ngoại- TH1	15/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội- TH1	16/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại - TH2	17/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội- TH2	20/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội- TH3	21/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH3	22/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH4	24/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH4	27/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH5	28/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH5	29/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH6	30/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH6	31/3/2017	Phòng MP 1-2
HP2	Ngoại-TH1	14/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH2	16/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH1	20/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH3	21/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH2	22/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH4	23/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH3	24/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH4	27/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH5	28/3/2017	Phòng MP 1-2

	Nội-TH5	29/3/2017	Phòng MP 1-2
	Ngoại-TH6	30/3/2017	Phòng MP 1-2
	Nội-TH6	31/3/2017	Phòng MP 1-2

*** Kiểm định về nội dung can thiệp:**

Nội dung các tình huống đã được xây dựng bởi các giảng viên của Trung tâm thực hành tiền lâm sàng dựa trên các tình huống cụ thể trong chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định và dựa trên tài liệu về phương pháp giảng dạy dựa trên tình huống của Bộ Y tế [tài liệu tham khảo].

2.7.2. Công cụ thu thập số liệu

*** Phiếu thông tin cá nhân**

Các phiếu thông tin cá nhân được sử dụng để có được những đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng như tuổi, giới tính, nơi cư trú.

*** Khả năng ra quyết định lâm sàng**

Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên điều dưỡng được đánh giá dựa vào bộ công cụ đánh giá khả năng ra quyết định lâm sàng trong chăm sóc (NDMI). Bộ công cụ này đã được xây dựng bởi Sirkka Lauri and Sanna Salanterä (2002) [33].

Bộ công cụ gốc gồm 24 câu hỏi. Các câu hỏi trong bộ công cụ được đánh giá theo thang đo mức độ 5 likert scale với 5 = luôn luôn, 4 = thường xuyên, 3 = thỉnh thoảng, 2 = hiếm khi, và 1= Không bao giờ. Mỗi lựa chọn sẽ tương ứng với số điểm, điểm tổng thấp nhất là 24 và điểm cao nhất là 120. Điểm càng cao thể hiện khả năng ra quyết định càng tốt.

Khả năng ra quyết định	Mức độ	Mức điểm trung bình
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	1	< 67 điểm
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	2	67-78 điểm
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	3	> 78 điểm

- Tính phù hợp của bộ công cụ:

Trong nghiên cứu này, sau khi nhận được sự cho phép của tác giả về việc sử dụng các bộ công cụ trong nghiên cứu, các công cụ này đã được dịch ra tiếng Việt bằng với việc sử dụng mô hình của Brislin [tài liệu tham khảo]. Theo mô hình này, bộ công cụ nghiên cứu đã được dịch sang tiếng Việt do một giảng viên dạy tiếng Anh của Bộ môn ngoại ngữ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Bản dịch đã được đánh giá về sự phù hợp bởi một giảng viên giảng dạy điều dưỡng, bản dịch đã được sửa theo ý kiến góp ý. Sau đó bản dịch tiếng Anh lại được dịch ngược về phiên bản tiếng Việt bởi một giảng viên dạy tiếng Anh khác của bộ môn ngoại ngữ, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Hai bản tiếng anh sẽ được so sánh về sự đồng nhất. .

Sau khi sửa đổi theo khuyến nghị của chuyên gia, phiên bản tiếng Việt cuối cùng được gửi đến các chuyên gia về giảng dạy điều dưỡng, điều dưỡng làm quản lý tại bệnh viện, điều dưỡng làm việc tại bệnh viện và điều dưỡng viên mới ra trường để đánh giá mức độ phù hợp của câu hỏi với khái niệm khả năng ra quyết định lâm sàng trong bối cảnh văn hóa Việt Nam bằng cách sử dụng điểm thang 4 của Likert. Thang điểm này bao gồm "4 = rất có liên quan", "3 = khá phù hợp", "2 = ít có liên quan", và "1 = rất không liên quan". Chỉ số giá trị nội dung (CVI) của công cụ này là 1,0 sau khi đã được dịch ra tiếng Việt.

- Độ tin cậy của bộ công cụ:

Phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ đã được đánh giá thử trên 30 sinh viên điều dưỡng có các tiêu chuẩn lựa chọn tương tự như tiêu chuẩn lựa chọn của đối tượng nghiên cứu để đánh giá độ tin cậy. Kết quả chỉ ra rằng độ tin cậy của bộ công cụ với chỉ số Cronbach's alpha là 0,80.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Các số liệu sau khi thu thập đã được kiểm tra lại từng phiếu, làm sạch và xử lý bởi phần mềm SPSS 16.0.

- Phân tích descriptive analysis bao gồm Frequencies, means được sử dụng để thể hiện đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu trong nghiên cứu này. Các

thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được trình bày dưới dạng số lượng, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

- Việc so sánh sự khác biệt về khả năng ra quyết định lâm sàng giữa trước và sau can thiệp được sử dụng bởi thuật toán Khi bình phương, Paired T-test với mức giá trị $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Quá trình thu thập số liệu đã được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng đạo đức nghiên cứu, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Các đối tượng có đủ các tiêu chuẩn lựa chọn được cung cấp các thông tin về mục đích nghiên cứu, quy trình nghiên cứu, lợi ích và rủi ro của người tham gia nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu đã được thông báo về thời gian thu thập số liệu mất khoảng 30 đến 45 phút. Đối tượng nghiên cứu có thể từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào làm cho họ cảm thấy khó chịu. Trong nghiên cứu này không có rủi ro nào có thể gây ra cho đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được đảm bảo rằng họ có thể dừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào. Đồng thời việc dừng tham gia hoặc tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc học tập của họ tại trường. Để đảm bảo sự tự nguyện tham gia nghiên cứu đối tượng nghiên cứu được yêu cầu ký vào bản đồng thuận tham gia.

2.10. Sai số và biện pháp khắc phục

* Sai số:

- Sai số khi thu thập thông tin.

* Biện pháp khắc phục sai số:

- Tập huấn kỹ năng cho tổ điều tra.
- Điều tra viên thu thập đủ thông tin, trung thực, không gợi ý thêm.
- Thiết kế bộ câu hỏi chặt chẽ, rõ ràng, đúng mục tiêu, dễ hiểu.
- Người nghiên cứu phát cho sinh viên tài liệu trước buổi học 01 tuần.
- Sinh viên trả lời phiếu điều tra một cách trung thực, khách quan.

Chương 3

KẾT QUẢ

Qua khảo sát trên 83 sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 2 đang học tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, chúng tôi thu nhận được các kết quả nghiên cứu sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

Đặc điểm	Tuổi
\bar{X}	$20,2 \pm 0,5$
Min	20
Max	22

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $20,2 \pm 0,5$ với độ tuổi gặp nhiều nhất là 20 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới và nơi cư trú

Đặc điểm	Số lượng	%
Giới		
Nam	2	2,4
Nữ	81	97,6
Nơi cư trú		
Thành phố	12	14,5
Nông thôn	71	85,5

Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm đa số với tỷ lệ 97,6% và cư trú chủ yếu ở khu vực nông thôn với tỷ lệ 85,5%.

3.2. Thực trạng về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên

3.2.1. Thực trạng về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Bảng 3.3. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Khả năng ra quyết định lâm sàng	\bar{X}	<i>SD</i>
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	60,1	3,2
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	69,3	2,3
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	79,5	0,7
Điểm chung về khả năng ra quyết định lâm sàng	63,4	2,1

Kết quả trên cho thấy điểm trung bình chung về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên là: $63,4 \pm 2,1$. Điểm trung bình về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên không cần hỗ trợ đạt điểm cao nhất $79,5 \pm 0,7$.

3.2.2. Mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Bảng 3.4. Phân bố mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Mức độ	Số lượng	%
Mức độ 1	57	68,7
Mức độ 2	17	20,5
Mức độ 3	09	10,8
Tổng	83	100

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ sinh có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 (khả năng ra quyết định lâm sàng khi có sự định hướng, chỉ dẫn) chiếm cao nhất với tỷ lệ 68,7% và chỉ có 10,8% sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 3 (khả năng ra quyết định lâm sàng không cần hỗ trợ).

3.3. Sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống

3.3.1. Sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Bảng 3.5. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 1

Khả năng ra quyết định lâm sàng	Trước can thiệp	Lần 1	Paired T-test	p
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	60,1 (3,2)	65,1 (1,3)	-24,0	< 0,05
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	69,3 (2,3)	71,7 (1,5)	-3,9	< 0,05
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	79,5 (0,7)	79,3 (0,6)	-3,1	< 0,05

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần đầu can thiệp. Điểm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ lên $65,1 \pm 1,3$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $71,7 \pm 1,5$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định không cần sự hỗ trợ có sự thay đổi giữa 2 lần đánh giá lần lượt là $79,5 \pm 0,7$ và $79,3 \pm 0,6$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 2

Khả năng ra quyết định lâm sàng	Trước can thiệp	Lần 2	Paired T-test	p
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	60,1 (3,2)	65,6 (0,8)	-33,4	< 0,05
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	69,3 (2,3)	76,2 (2,2)	-11,3	< 0,05
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	79,5 (0,7)	85,3 (2,5)	-6,3	< 0,05

Điểm khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn của sinh viên trước can thiệp là $60,1 \pm 3,2$ tăng lên $65,6 \pm 0,8$ sau can thiệp lần thứ 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,2 \pm 2,2$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định không cần sự hỗ trợ trước khi can thiệp tăng từ $79,5 \pm 0,7$ lên $85,3 \pm 2,5$ sau can thiệp, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 3

Khả năng ra quyết định lâm sàng	Trước can thiệp	Lần 3	Paired T-test	p
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	60,1 (3,2)	66,0 (0,00)	-31,8	< 0,05
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	69,3 (2,3)	76,6 (2,0)	-12,0	< 0,05
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	79,5 (0,7)	89,8 (4,0)	-8,5	< 0,05

Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần can thiệp cuối cùng. Điểm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ lên $66,1 \pm 0,0$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,6 \pm 2,0$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm của nhóm sinh viên có khả năng ra quyết định không cần sự hỗ trợ tăng từ $79,5 \pm 0,7$ lên $89,8 \pm 4,0$ sau lần can thiệp cuối cùng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. So sánh sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau 3 lần can thiệp

Khả năng ra quyết định lâm sàng	Trước can thiệp	Lần 1	Lần 2	Lần 3	F	p
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn	60,1 (3,2)	65,1 (1,3)	65,6 (0,8)	66,0 (0,00)	76,2	< 0,05
Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng, hỗ trợ trong một số tình huống cụ thể	69,3 (2,3)	71,7 (1,5)	76,2 (2,2)	76,6 (2,0)	75,0	< 0,05
Có khả năng ra quyết định không cần hỗ trợ	79,5 (0,7)	79,3 (0,6)	85,3 (2,5)	89,8 (4,0)	29,9	< 0,05

Kết quả ở bảng 3.8, cho thấy sự thay đổi rõ rệt về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước khi can thiệp và sau can thiệp. Điểm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ trước khi can thiệp lên $66,0 \pm 0,0$ ở lần can thiệp cuối cùng, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể cũng tăng từ $69,3 \pm 2,3$ trước khi can thiệp lên $76,6 \pm 2,0$ sau lần can thiệp cuối cùng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ trước khi can thiệp là $79,5 \pm 0,7$, sau can thiệp lần cuối cùng

tăng lên $89,8 \pm 4,0$ sau lần can thiệp cuối cùng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.2. Sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên

Bảng 3.9. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần 1

Mức độ	Trước can thiệp		Lần 1		χ^2	p
	Số lượng	%	Số lượng	%		
Mức độ 1	57	68,7	46	55,4	198,1	< 0,05
Mức độ 2	17	20,5	25	30,1	25,0	< 0,05
Mức độ 3	09	10,8	12	14,5	7,6	> 0,05
Tổng	83	100	83	100		

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần đầu can thiệp. Trước can thiệp tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức 1 chiếm 68,7% , sau lần can thiệp đầu tiên giảm xuống còn 55,4%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức 2 chiếm 20,5% trước can thiệp và tăng lên 30,1% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức 3 trước can thiệp chiếm 10,8% và tăng lên 14,5% sau can thiệp, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp lần thứ 2

Mức độ	Trước can thiệp		Lần 2		χ^2	p
	Số lượng	%	Số lượng	%		
Mức độ 1	57	68,7	32	38,6	49,7	< 0,05
Mức độ 2	17	20,5	38	45,8	36,3	< 0,05
Mức độ 3	09	10,8	13	15,6	5,6	> 0,05
Tổng	83	100	83	100		

Trước can thiệp, tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 là 68,7% giảm xuống còn 38,6% sau lần can thiệp lần thứ 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định ở mức độ 2 là 20,5% trước can thiệp và tăng lên 45,8% sau lần can thiệp thứ 2, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 3 và là 10,8% trước khi can thiệp và tăng lên 15,6% sau lần thứ 2 can thiệp, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.11. So sánh sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau lần can thiệp thứ 3

Mức độ	Trước can thiệp		Lần 3		χ^2	p
	Số lượng	%	Số lượng	%		
Mức độ 1	57	68,7	8	9,6	21,8	> 0,05
Mức độ 2	17	20,5	52	62,7	40,0	< 0,05
Mức độ 3	09	10,8	23	27,7	6,9	> 0,05
Tổng	83	100	83	100		

Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 chiếm 68,7% trước can thiệp và giảm xuống còn 9,6% ở lần can thiệp thứ 3, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định

lâm sàng ở mức độ 3 chiếm 10,8% và tăng lên 27,7% sau can thiệp lần thứ 3, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 2 tăng từ 20,5% trước khi can thiệp lên 62,7% sau lần can thiệp thứ 3, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước can thiệp và sau 3 lần can thiệp

Mức độ	Trước can thiệp		Lần 1		Lần 2		Lần 3		χ^2	p
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%		
Mức độ 1	57	68,7	46	55,4	32	38,6	08	9,6	43,7	< 0,05
Mức độ 2	17	20,5	25	30,1	38	45,8	52	62,7	40,0	< 0,05
Mức độ 3	09	10,8	12	14,5	13	15,7	23	27,7	6,9	> 0,05
Tổng	83	100	83	100	83	100	83	100		

Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy sự thay đổi về mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau các lần can thiệp. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 giảm từ 68,75% trước can thiệp xuống 9,6% sau lần can thiệp cuối cùng sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 2 tăng từ 20,5% trước can thiệp lên 62,7% sau can thiệp cuối cùng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định ở mức độ 3 tăng từ 10,8% trước can thiệp lên 27,7% sau lần cuối cùng, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường đại học điều dưỡng Nam Định, chúng tôi thấy độ tuổi của đối tượng nghiên cứu từ 20 đến 22 tuổi, với độ trung bình của các sinh viên là 20,2 (SD = 0,5). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Esmat Noohi và cộng sự (2012) đã tiến hành với 300 sinh viên điều dưỡng tại Đại học Kerman (Iran) nhằm khảo sát tư duy phê phán và quyết định lâm sàng trong sinh viên điều dưỡng. độ tuổi trung bình của các sinh viên là 21,75 [22]. Tuy nhiên, độ tuổi này có sự khác biệt với nghiên cứu khảo sát cách các sinh viên điều dưỡng năm thứ 4 học cách ra quyết định lâm sàng của Ann H White (2003), với độ tuổi của các sinh viên là từ 21 đến 37 tuổi (N = 17) [11].

Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm đa số với tỷ lệ 97,6% còn tỷ lệ nam giới chỉ có 2,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu nhận thức đối với nghề điều dưỡng của sinh viên điều dưỡng hệ chính quy Trường đại học y dược Hải Phòng năm học 2012-2013 của Nguyễn Thị Anh Thư và cộng sự. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ sinh viên nữ cao hơn hẳn sinh viên nam với tỷ lệ lần lượt là 90,7% và 9,3% (N = 97) [5]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Esmat Noohi và cộng sự (2012) tại trường Đại học Kerman (Iran) với tỷ lệ 70% sinh viên điều dưỡng là nữ [22]. Có sự chênh lệch giữa hai giới như vậy là bởi vì tính chất đặc thù của ngành điều dưỡng đòi hỏi người theo học, làm việc phải có tính chất dịu dàng, tỉ mỉ, khéo léo sẽ phù hợp hơn với giới nữ [5].

Đối tượng nghiên cứu cư trú chủ yếu ở khu vực nông thôn với tỷ lệ 85,5% còn lại ở thành phố với tỷ lệ 14,5%. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, đặc điểm nơi cư trú không ảnh hưởng tới kết quả học tập, việc tiếp thu bài học tình huống và khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.

4.2. Khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước khi học tập theo phương pháp dạy học dựa trên tình huống

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên ở nhóm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn đạt được số điểm là $60,1 \pm 3,2$, điểm số của nhóm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể đạt $69,3 \pm 2,3$, còn nhóm sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ đạt số điểm là $79,5 \pm 0,7$. Điểm số này vẫn chưa được cao so với tổng số điểm cao nhất của bộ câu hỏi là 120 điểm, lý do có thể là do sinh viên mới được trang bị lý thuyết, chưa được tiếp xúc, trải nghiệm với các tình huống mô phỏng cũng như thực tế lâm sàng. Các em chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc ra quyết định, xử trí tình huống. Việc gắn lý thuyết với thực tế lâm sàng là rất quan trọng và việc học tập, trải nghiệm mô phỏng tại trung tâm thực hành tiền lâm sàng trong công tác giảng dạy điều dưỡng là rất cần thiết.

Kết quả ở bảng 3.4, cho thấy số lượng sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ cao với 68,7%, tiếp đến là mức độ 2 chiếm 20,5% và chỉ có 10,8% sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 3. Tuy nhiên, sinh viên cảm thấy căng thẳng, thiếu tự tin khi đưa ra các quyết định của mình, họ sợ sẽ làm hại và mất an toàn cho người bệnh, từ đó không thể thực hiện được các kỹ thuật chăm sóc. Họ sợ bị ảnh hưởng vì đã đưa ra quyết định sai lầm hoặc mắc lỗi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Thư và cộng sự (2013) cho thấy có tới 85,6% sinh viên cảm thấy lo lắng, lúng túng khi lần đầu tiên thực hành tại bệnh viện, chỉ có 1% sinh viên cảm thấy tự tin. Bởi vì đây là đầu tiên đến với môi trường học tập mới, tiếp xúc với người bệnh thật, sự hiểu biết và kinh nghiệm còn hạn chế nên cảm giác lo lắng là không tránh khỏi dẫn tới gặp khó khăn trong việc tự đưa ra được các quyết định lâm sàng [5].

Học thuyết của Benner đã chỉ ra rằng, một người muốn thành thực khả năng cần được đào tạo từ đơn giản, cơ bản và phải qua thời gian rèn luyện để trở thành những người làm thành thực và chuyên gia [14]. Và sinh viên điều dưỡng cũng không nằm ngoài quy luật như vậy. Chính vì vậy, trước khi thực tập tại lâm sàng,

sinh viên cần có thời gian làm quen với các tình huống người bệnh có thể xảy ra, cùng với đó là sinh viên được rèn luyện cách đưa ra quyết định xử lý tình huống và các kỹ thuật chăm sóc người bệnh. Do vậy, các bài học tình huống mô phỏng tại trung tâm thực hành tiền lâm sàng là rất cần thiết đối với sinh viên.

Kết quả trên có sự khác biệt với nghiên cứu của Jahapour và cộng sự (2010) khi nghiên cứu về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên cử nhân điều dưỡng là đã chỉ ra rằng sinh viên không thể ra quyết định lâm sàng một cách độc lập. Tác giả khuyến cáo rằng cần phải có phương pháp giảng dạy phù hợp với việc đào tạo các khả năng chăm sóc người bệnh thực tế hơn là chỉ cung cấp các kiến thức đơn thuần [25]. Vì vậy, hiểu được tầm quan trọng của việc hỗ trợ và xây dựng lòng tin trong khi vẫn ở trường là một phần quan trọng trong việc hướng dẫn sinh viên đưa ra những quyết định lâm sàng.

4.3. Sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau can thiệp

Xác định vai trò của phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong hình thành khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên, chúng tôi dựa theo học thuyết của Benner (1984). Theo Benner việc thực hiện các khả năng của người điều dưỡng sẽ phải trải qua quá trình trải nghiệm và tư duy, từ chỗ chưa biết (mới bắt đầu) mới có thể trở thành chuyên gia. Benner đã sử dụng lý luận trong mô hình của Dreyfuss và đưa ra quan điểm của mình về đào tạo điều dưỡng đó là người điều dưỡng muốn có khả năng tốt bắt buộc phải được đào tạo một cách có hệ thống và trong thời gian nhất định từ mới bắt đầu cho đến khi thành thục khả năng và có thể chủ động trong việc quyết định các công việc một cách chủ động. Theo Benner, phương pháp giảng dạy hiệu quả nhất đó là dạy học dựa trên tình huống. Phương pháp dạy học dựa trên tình huống giúp cho người học làm quen dần với môi trường lâm sàng và làm quen với việc ra quyết định chăm sóc. Bên cạnh đó việc lặp đi lặp lại các tình huống cũng giúp cho người học trau dồi kiến thức và hình thành khả năng từ người mới học cho đến khi thành thạo. Bằng cách này sinh viên cũng sẽ nhớ cách họ thực hành

trong một tình huống này để có thể áp dụng trong một tình huống tương tự và sẽ có thể nhanh chóng nhận ra và đáp ứng với các vấn đề người bệnh cụ thể [14].

Nhằm giúp sinh viên làm quen dần với môi trường lâm sàng, việc đào tạo các khả năng lâm sàng dựa trên các tình huống mô phỏng được áp dụng. Phương pháp này giúp cho sinh viên tự tin hơn trong những quyết định chăm sóc của mình trên thực tế lâm sàng sau này.

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau can thiệp lần 1. Điểm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ lên $65,1 \pm 1,3$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $71,7 \pm 1,5$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ có sự thay đổi giữa 2 lần đánh giá lần lượt là $79,5 \pm 0,7$ và $79,3 \pm 0,6$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên qua lần đầu thực hành tại trung tâm mô phỏng có tăng lên song còn chưa thay đổi nhiều. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với lý luận của Benner bởi vì đây là lần đầu tiên sinh viên được làm quen với một phương pháp dạy học hoàn toàn mới, một môi trường mô phỏng như trên thực tế lâm sàng mà sinh viên sẽ gặp phải sau này. Nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng các sinh viên báo cáo rằng phương pháp mới này đã tạo ra sự lo lắng cho họ lúc đầu, nhưng sau đó các sinh viên cũng báo cáo rằng đã có một trải nghiệm mới sau khi hoàn thành kịch bản. Các sinh viên cũng tự báo cáo rằng họ hiểu nội dung buổi học hơn khi nó được trình bày trong kịch bản mô phỏng tình huống (trái với bài giảng truyền thống). Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Comer (2005) nghiên cứu định tính với các sinh viên điều dưỡng sau khi hoàn thành một loạt các kịch bản 20 phút sử dụng phương pháp mô phỏng [15].

Kết quả ở bảng 3.6 cho chúng ta thấy điểm khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn của sinh viên trước can thiệp và sau can thiệp thứ 2 từ $60,1 \pm 3,2$ tăng lên $65,6 \pm 0,8$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có

khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,2 \pm 2,2$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ trước khi can thiệp tăng lên sau lần can thiệp thứ 2 với điểm số lần lượt là $79,5 \pm 0,7$ và $85,3 \pm 2,5$, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên đã dần có sự thay đổi rõ rệt. Theo lý luận của Benner sinh viên đã trải qua 02 tuần trải nghiệm với các tình huống mô phỏng dần làm quen với các tình huống và có thể chủ động đưa ra quyết định chăm sóc của mình. Tuy nhiên sinh viên vẫn cần sự định hướng, chỉ dẫn của giảng viên, người hướng dẫn trong những tình huống cụ thể.

Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần can thiệp cuối cùng. Điểm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ lên $66,0 \pm 0,0$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,6 \pm 2,0$ sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm của nhóm sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ tăng từ $79,5 \pm 0,7$ lên $89,8 \pm 4,0$ sau lần can thiệp cuối cùng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng ta thấy điểm số của sinh viên tăng lên một cách rõ rệt. Sự thay đổi này hoàn toàn phù hợp với học thuyết của Benner, sinh viên điều dưỡng khởi đầu là một người mới học, chưa thành thục về các kỹ thuật chăm sóc, còn lo lắng, thiếu tự tin trong các quyết định lâm sàng của mình, còn phải dựa trên những quy tắc, quy định và hướng dẫn của giảng viên. Sau 03 tuần làm quen và trải nghiệm với phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong đào tạo mô phỏng. Sinh viên đã quen với các tình huống, đã dần hình thành khả năng qua kinh nghiệm thực hiện các thủ thuật và bắt đầu tự tin, linh hoạt hơn trong suy nghĩ. Họ không còn cảm thấy lo lắng và tự tin hơn trong cách tiếp cận tình huống và cách xử trí của mình. Sinh viên đã bắt đầu thành thục các kỹ thuật chăm sóc.

Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên qua các lần can thiệp. Điểm khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ $60,1 \pm 3,2$ trước can thiệp lên $66,0 \pm 0,0$ sau can thiệp lần cuối cùng. Điểm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ $69,3 \pm 2,3$ lên $76,6 \pm 2,0$ sau can thiệp. Điểm trong lĩnh vực có khả năng ra quyết định và không cần hỗ trợ tăng từ $79,5 \pm 0,7$ trước can thiệp lên $89,8 \pm 4,0$ sau lần can thiệp cuối cùng. Sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo học thuyết của Benner, sinh viên điều dưỡng từ khởi đầu là một người mới học, các quyết định lâm sàng của họ dựa trên những quy tắc, quy định và hướng dẫn của giảng viên. Hành vi của họ thường cứng nhắc và mặc định trong cách suy nghĩ. Qua 03 tuần thực hành làm quen và trải nghiệm với các tình huống mô phỏng, sinh viên đã dần hình thành khả năng qua kinh nghiệm thực hiện các thủ thuật và bắt đầu tự tin, linh hoạt hơn trong suy nghĩ và cách xử lý tình huống.

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tại Anh của Aliner, Gordon, Harwood and Hunt (2006) tiến hành trên 99 sinh viên điều dưỡng được chia làm 2 nhóm : nhóm đối chứng (được giảng dạy theo phương pháp truyền thống) và nhóm thực nghiệm (được giảng dạy theo phương pháp truyền thống có kèm theo đào tạo mô phỏng). Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số kiểm tra trung bình của nhóm thực nghiệm đã tăng lên 14,18%. Sự khác biệt giữa nhóm đối chứng và nhóm thực nghiệm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Các nhà nghiên cứu kết luận rằng phương pháp đào tạo mô phỏng rất hiệu quả đối với khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên [32].

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy sự thay đổi về mức độ khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần đầu can thiệp. Trước can thiệp tỷ lệ sinh viên ở mức Ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn là 68,7%, sau lần can thiệp đầu tiên giảm xuống còn 55,4%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh viên đạt điểm ở mức Có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể trước can thiệp là 20,5% và tăng lên 30,1%

sau lần đầu can thiệp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên đã có sự thay đổi sau lần đầu được tiếp xúc với môi trường mô phỏng. Bên cạnh đó, tỷ lệ sinh viên Có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ trước khi can thiệp và sau lần đầu can thiệp lần lượt là 10,8% và 14,5%, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có thể do số lượng mẫu trong nghiên cứu nhỏ, số lượng sinh viên còn lo lắng, chưa thực sự tự tin vào kiến thức và khả năng của bản thân còn nhiều.

Kết quả ở bảng 3.11 cho thấy sự thay đổi về mức độ khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau lần can thiệp cuối cùng. Mức độ khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn trước khi can thiệp có tỷ lệ là 68,7% giảm xuống còn 9,6% ở lần can thiệp thứ 3, và mức độ có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ có tỷ lệ 10,8% tăng lên 27,7% sau can thiệp lần thứ 3, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có thể là do số lượng mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn. Nhưng tỷ lệ sinh viên ở mức có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng lên rõ rệt từ 20,5% trước khi can thiệp lên 62,7% sau lần can thiệp thứ 3, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Dựa trên lý luận của Benner, chúng ta thấy tại thời điểm ban đầu, đa số sinh viên từ lo lắng, thiếu tự tin về các kiến thức mình đã được học, thực hiện thao tác kỹ thuật điều dưỡng còn chưa tốt. Thì sau 03 tuần học tập thực hành tại trung tâm thực hành tiền lâm sàng, sinh viên được làm quen, tiếp cận với môi trường mô phỏng, sinh viên đã tự tin hơn, chủ động hơn trong các quyết định của mình, thành thực hơn trong kỹ thuật chăm sóc người bệnh.

Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy sự thay đổi về mức độ khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau các lần can thiệp. Mức độ ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn trước khi can thiệp chiếm tỷ lệ cao với 68,75% và có sự giảm xuống qua các lần can thiệp 1 và 2 với tỷ lệ 55,4% và 38,6%, cho tới sau lần can thiệp cuối cùng chỉ còn lại 9,6%. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ 20,5% trước can thiệp lên 30,1% ở can thiệp lần 1, lên 45,8% ở lần 2 và đạt tỷ lệ 62,7% sau can

thiệp lần cuối cùng. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ từ trước khi can thiệp đến sau khi can thiệp lần cuối cùng có sự tăng lên với tỷ lệ lần lượt là 10,8% và 27,7%. Theo lý luận của Benner thì qua các lần can thiệp, sinh viên đã dần làm quen với môi trường mô phỏng, dần thành thục hơn trong các kỹ thuật chăm sóc và tự tin hơn trong các quyết định lâm sàng của mình. Do vậy mà qua các lần can thiệp tỷ lệ sinh viên ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn có sự giảm xuống. Song song với việc đó thì tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể và tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ có xu hướng tăng lên.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Trong nghiên cứu này do nghiên cứu viên chọn mẫu thuận tiện nên hạn chế tính đại diện của mẫu. Nghiên cứu mới chỉ tập trung vào đánh giá về khả năng có hoặc không có khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên, chứ chưa đề cập đến thời gian ra quyết định và độ chính xác của việc ra quyết định. Chính vì vậy cần có một nghiên cứu xa hơn về vấn đề này.

Nghiên cứu mới chỉ nghiên cứu trên một nhóm đối tượng. Các nghiên cứu tiếp theo có thể nghiên cứu trên hai nhóm để có thể so sánh rõ hơn sự thay đổi khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên và vai trò của phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong sự hình thành, thay đổi khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên. Nghiên cứu mới chỉ quan tâm đến định lượng về điểm và mức độ khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên, chưa kết hợp được với nghiên cứu định tính để có thể thấy được rõ hơn vai trò của phương pháp dạy học dựa trên tình huống đối với sự hình thành khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên. Bên cạnh đó, nghiên cứu cần sử dụng bộ câu hỏi tự điền kết hợp với hình thức đánh giá khác như OSCE (Objective structured clinical examination) để kết quả của sự thay đổi khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên có sức thuyết phục hơn, khách quan hơn. Chúng tôi hi vọng sẽ bổ sung vấn đề này trong các công trình nghiên cứu sau.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường đại học điều dưỡng Nam Định

Điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy còn chưa được cao, điểm trung bình ở nhóm ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn đạt 60,1 điểm, điểm trung bình của nhóm có khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể đạt 69,3 điểm, còn nhóm sinh viên có khả năng ra quyết định và không cần sự hỗ trợ đạt điểm trung bình là 79,5 điểm.

Mức độ ra quyết định lâm sàng của sinh viên còn thấp, đặc biệt ở mức độ 2 với tỷ lệ 20,5% và mức độ 3 là 10,8%.

2. Sự thay đổi về khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên sau can thiệp

Sự thay đổi về điểm khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước khi can thiệp và sau khi qua 3 lần can thiệp đã thay đổi rõ rệt. Điểm trung bình về khả năng ra quyết định khi có sự định hướng, chỉ dẫn tăng từ 60,1 điểm trước can thiệp lên 66,0 điểm. Điểm trung bình về khả năng ra quyết định nhưng vẫn cần định hướng trong một số trường hợp cụ thể tăng từ 69,3 điểm lên 76,6 điểm. Điểm trung bình về khả năng ra quyết định và không cần hỗ trợ tăng từ 79,5 điểm trước can thiệp lên 89,8 điểm sau lần can thiệp cuối cùng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự thay đổi về mức độ khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên trước và sau can thiệp đã thay đổi đáng kể. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 1 giảm đáng kể với tỷ lệ 68,7% trước can thiệp xuống còn 9,6% sau lần cuối cùng. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 3 có sự tăng lên rõ rệt từ 10,8% trước can thiệp lên 27,7% sau can thiệp lần cuối cùng. Tỷ lệ sinh viên có khả năng ra quyết định lâm sàng ở mức độ 2 tăng từ 20,5% trước can thiệp lên 62,7% sau can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong đào tạo mô phỏng nên được mở rộng và ứng dụng ở các trung tâm thực hành tiền lâm sàng tại các cơ sở đào tạo điều dưỡng. Để việc áp dụng phương pháp này một cách hiệu quả cần quan tâm đến một số vấn đề như: cơ sở vật chất, trang thiết bị, hệ thống mô phỏng và kinh nghiệm giảng dạy mô phỏng của các giảng viên,...

Các nghiên cứu tiếp theo có thể nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính trên hai nhóm để có thể so sánh rõ hơn sự thay đổi khả năng ra quyết định lâm sàng và vai trò của phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong sự hình thành, thay đổi khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên.

Thư viện số NDĐT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

* TIẾNG VIỆT

1. Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm (2010), Phương pháp giảng dạy Y – Dược học, Vụ khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế, trang 143.
2. Học viện quản lý giáo dục (1959). *Chủ nghĩa Mác bàn về giáo dục*, Nhà xuất bản Sự thật, Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Khải, Lê Đức Ngọc (2012), Ứng dụng quản lý chất lượng tổng thể trong quản lý dạy học lâm sàng cho cử nhân điều dưỡng bậc đại học, *Tạp chí Quản lý giáo dục*, 42, tr. 42-45.
4. Phan Trọng Ngọ (2005), *Dạy học và phương pháp dạy học trong nhà trường*, Nhà xuất bản Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Thị Anh Thư, Lê Thị Nhung, Đỗ Thị Tuyết Mai và cộng sự (2015). Nhận thức đối với nghề điều dưỡng của sinh viên điều dưỡng hệ chính quy Trường Đại học y dược Hải Phòng năm học 2012-2013. *Tạp chí điều dưỡng Việt Nam*, 10, 14-19.
6. Thái Duy Tiên (2012). *Dạy học tình huống và tình huống dạy học*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
7. Phạm Vũ Nhật Uyên (2013). Dạy học tình huống và một số biện pháp để sử dụng tình huống trong dạy học hóa học ở trường trung học phổ thông. *Tạp chí khoa học Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh*, 42, 148-158.
8. Viện Ngôn ngữ học Việt Nam (2001), *Từ điển tiếng Việt*, Nhà xuất bản Thanh niên, Hà Nội.

* TIẾNG NƯỚC NGOÀI

9. Alfaro-Lefevre, R (2004). Critical thinking and clinical judgment: A practical approach. St. Louis MO, *Elsevier*.
10. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008), The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials08.pdf> (19 Kasım 2013) Published on 8/02/2017.

11. Ann H White, PhD, RN (2005). Clinical Decision Making Among Fourth-Year Nursing Students: An Interpretive Study. *Journal of Nursing Education*, March 2003 - Volume 42 · Issue 3: 113-120.
12. Bakalis, N.A. and Watson, R (2005), Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing Standard*, 19, 23, 33-39.
13. Baumberger-Henry, M. (2005), Cooperative learning and case study: does the combination improve students' perception of problem-solving and decision making skills?. *Nurse Education Today*, 25(3), 238–246. doi:10.1016/j.nedt.2005.01.010.
14. Benner, P. (1984), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA. Addison-Wesley.
15. Beth Cusatis Phillips (2015). Clinical Decision Making in Last Semester Senior Baccalaureate Nursing Students, Dissertations, University of Wisconsin Milwaukee
16. Bezanson, J., & Brannan, J. (2009), Simulator effects on cognitive skills and confidence levels. *Journal of Nursing Education*, 47(11), 495-501.
17. Bjork, I. & Hamilton, G (2011), Clinical decision making of nursing working in hospital settings. *Nursing Research and Practice*, doi: 10.1155/2011/524918.
18. Byrnes, M., West, S (2000), Registered nurses' clinical reasoning abilities: a study of self perception. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 18-23.
19. Danilop, M.A. and Xkatkin, M.N (1980), *Lí luận dạy học ở trường phổ thông*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
20. Dillon, P., Kaplan, L., & Noble, K. (2009), Simulation as a means to foster collaborative interdisciplinary education. *Nursing Education Perspectives*, 30(3), 87-91.
21. Dreyfus, S. & Dreyfus, H. (1980), A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition, *Storming Media*.
22. Esmat Noohi, Maryam Karimi-Noghondar, and Aliakbar Haghdoost . Survey of critical thinking and clinical decision making in nursing student of Kerman University. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012 Sep-Oct; 17(6): 440–444
23. Girot, E.A. (2000), Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers?. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 288-297.

24. Gorton, K.L.(2010), *An Investigation into the relationship between critical thinking skills and clinical judgment in the nurse practitioner student*. Published Doctor of Philosophy Dissertation, College of Natural and Health Sciences, School of Nursing, Program of Nursing Education, University of Northern Colorado.
25. Jahanpour, F., Sharif, F., Salsali, M., Kaveh, M. H. and Williams, L. M (2010), Clinical decision-making in senior nursing students in Iran. *International Journal of Nursing Practice*, 16: 595–602. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01886.
26. Jeffries, P. (2008), Getting in STEP with simulations. *Nursing Education Perspectives*, 29(2), 70-73.
27. Jenkins, H (1983), *Perceptions of decision making among baccalaureate nursing students as measured by the clinical decision making in nursing scale*. Doctors of theses, University of Maryland.
28. Jenkins, H (1985), A research tool for measuring perceptions of clinical decision making. *Journal of Professional Nursing*, 1(4), 221-229.
29. Jenkins, H.M (2001), Clinical decision making in nursing scale. In: Waltz, C.F., Jenkins, L.S. (Eds.), *Measurement of Nursing Outcomes volume:1 measuring nursing performance in practice, education and research*, Springer Publishing Company, 33-37.
30. Lasater, K. (2007), High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: Students' Experiences. *Journal of Nursing Education* 46 (6), 30-38.
31. Parker, C.G (2011), *Decision making models utilized by nurses to activate rapid response teams*. 132 (Doctoral Dissertation). Retrieved from ProQuest. (3480606)
32. Sharon kay Powell-Laney (2010). *Fte use of human ptient simulators to enhance the clinical decision making of nursing students*, doctoral thesis, Walden University
33. Sirkka Lauri and Salanterä (2002). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 93 – 100.
34. Tanner, C.A (2006), Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
35. Thompson, C., Dowding, D (2002), *Clinical decision making and judgement in nursing*. London, Churchill Livingstone.

36. World Health Organization (WHO) (2009), Nursing & Midwifery Human Resources for Health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Retrieved June 22, 2010.

Thư viện số NDUN

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

PHIẾU ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG RA QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG

Luận văn thạc sỹ: *“Vai trò của dạy học dựa trên tình huống với khả năng ra quyết định lâm sàng của sinh viên Trường Đại học điều dưỡng Nam Định năm 2017”.*

Nhằm mục đích ngày càng nâng cao hơn nữa chất lượng đào tạo điều dưỡng trên lâm sàng, nghiên cứu này muốn tham khảo ý kiến của các bạn về việc làm thế nào để các bạn đưa ra các quyết định chăm sóc khi đối mặt với việc chăm sóc người bệnh trong các tình huống lâm sàng cụ thể. Hãy đánh dấu “□” vào ô mà bạn cho là phù hợp nhất với quan điểm của bạn. Thông tin các bạn cung cấp sẽ giúp cho những giảng viên đào tạo điều dưỡng có được cái nhìn thực tế hơn về việc triển khai các phương pháp giảng dạy cho phù hợp với chuyên ngành điều dưỡng.

Các câu trả lời trong ô sẽ có các số tương ứng như sau:

1=Không bao giờ

4= thường xuyên

2=Hiếm khi

5= luôn luôn

3= thỉnh thoảng

TT	Nội dung	1	2	3	4	5
1	Tôi thu thập thông tin càng nhiều càng tốt trước khi tiến hành chăm sóc người bệnh					
2	Tôi dựa vào cách lý giải của riêng mình khi xác định tình trạng người bệnh					
3	Tôi đưa ra tất cả các vấn đề tôi định theo dõi và hỏi người bệnh dựa trên những thông tin tôi đã thu thập trước khi chăm sóc.					
4	Tôi đề ra các nguy cơ người bệnh có thể gặp phải ngay từ lần đầu tiên tiếp xúc với người bệnh					
5	Tôi xác nhận lại các thông tin tôi nhận định được bằng cách					

TT	Nội dung	1	2	3	4	5
	khám và tìm các biểu hiện, triệu chứng ở người bệnh					
6	Tôi có thể dễ dàng phân biệt được các thông tin liên quan và không liên quan đến tình trạng người bệnh					
7	Tôi so sánh những thông tin mà tôi thu thập được từ người bệnh với các kiến thức mà tôi được học từ các trường hợp tương tự					
8	Tôi so sánh những thông tin mà tôi thu thập được từ người bệnh với kinh nghiệm từ thực hành chăm sóc người bệnh của bản thân					
9	Tôi so sánh những thông tin mà tôi thu thập được từ người bệnh với những kết quả nghiên cứu về chăm sóc và những tác động của nó					
10	Tôi có thể dễ dàng nhận ra và phân tích chính xác các thông tin về vấn đề cần chăm sóc của người bệnh					
11	Tôi xác định các vấn đề cần chăm sóc ở người bệnh dựa trên các thông tin khách quan thu thập được từ các triệu chứng và những mô tả từ người bệnh					
12	Tôi có thể dễ dàng đưa ra các thông tin về tình trạng và những vấn đề cần chăm sóc chính ở người bệnh					
13	Tôi đưa ra kế hoạch chăm sóc người bệnh theo đúng các bước trong quy trình điều dưỡng					
14	Tôi xây dựng kế hoạch chăm sóc dựa trên quan điểm riêng của mình và/hoặc quan điểm của người bệnh về nội dung cần chăm sóc					
15	Tôi xây dựng kế hoạch chăm sóc dựa trên các quy định chung về chăm sóc đối với người bệnh này					
16	Tôi không gặp khó khăn đối với việc ghi chép lại các bước thực hiện chăm sóc người bệnh					

TT	Nội dung	1	2	3	4	5
17	Tôi đề ra các mục tiêu chăm sóc một cách cụ thể và có thể dễ dàng đo lường được					
18	Tôi dự đoán các tác động của các can thiệp điều dưỡng trên người bệnh					
19	Tôi luôn bám sát kế hoạch chăm sóc đã được lập ra để chăm sóc người bệnh					
20	Tôi tiên lượng những thay đổi về tình trạng của người bệnh dựa trên các dấu hiệu kể cả khi các dấu hiệu đó chưa thật sự rõ ràng					
21	Tôi sử dụng các thông tin về điều trị để đưa ra các quyết định chăm sóc cho người bệnh					
22	Tôi điều chỉnh các hoạt động chăm sóc dựa trên các phản ứng của người bệnh					
23	Tôi cố gắng tìm các lý do về sự thay đổi tình trạng của người bệnh					
24	Tôi có thể dễ dàng đánh giá hiệu quả của các can thiệp điều dưỡng đối với tình trạng của người bệnh					

Xin vui lòng cung cấp các thông tin sau để hoàn thiện việc trả lời bộ câu hỏi của bạn:

Năm sinh của bạn.....

Giới tính của bạn: Nam Nữ

Nơi ở: Thành thị Nông thôn

Điểm tổng kết năm học trước của bạn:.....

Xin trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 2
NỘI DUNG CAN THIỆP

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
Nội khoa	Chăm sóc phòng loét ép cho NB tai biến mạch máu não	Tình huống này mô phỏng trong khoa tim mạch. NB nữ 78 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp 6 năm nay, được người nhà đưa vào viện vì lý do đêm dậy đi tiểu, xong vào giường trong tình trạng gọi hỏi không biết, ỉa đùn. Đã khám và đặt sonde dạ dày, sonde tiểu sau đó chuyển vào khoa. Hiện tại người bệnh đang ở ngày thứ 5 sau nhập viện. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc người bệnh loét dạ dày tá tràng	Tình huống diễn ra trong khoa nội tiêu hoá. NB nữ 40 tuổi, làm ruộng, đau bụng âm ỉ 02 tháng nay, đau nhiều khi đói, ăn uống kém, ợ hơi, ợ chua, đại tiện tiện bình thường. Trước khi vào viện 2 ngày, NB đau bụng dữ dội kèm theo nôn nhiều. NB được đưa đến khoa cấp cứu của bệnh viện tỉnh khám và nhập viện vào khoa Nội tiêu hoá. NB được chẩn đoán bệnh loét dạ dày – tá tràng. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB phổi tắc nghẽn mạn tính	Tình huống diễn ra trong khoa Hồi sức cấp cứu. NB nam 67 tuổi. Cách ngày vào viện 3 ngày, NB cảm thấy khó thở, khó thở thường xuyên, khó thở cả lúc nghỉ ngơi, khó thở 2 thì, khó thở tăng khi gắng sức, có kèm theo ho có đờm, ho rải rác trong ngày, đờm lúc đầu đặc màu xanh sau đó đờm màu trắng loãng, lượng đờm 24h khoảng 100ml, ho kèm theo đau

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
		<p>họng, đau bụng, nói khó. Lúc khó thở người bệnh tím tái, mặt nhợt và vã mồ hôi, không sốt, có tiếng cò cù. NB không ăn được cơm, chỉ ăn được cháo thịt và uống sữa. Gia đình đưa NB vào khoa hồi sức cấp cứu. Hiện tại NB đã được đưa vào viện chưa xử trí gì trong tình trạng khó thở, co kéo hô hấp, kèm nhiều đờm, da xanh, niêm mạc nhợt, ý thức trong tình trạng kích thích, vật vã, gọi hỏi vẫn đáp ứng. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.</p>
	Chăm sóc NB nhồi máu cơ tim	<p>Tình huống này mô phỏng trong khoa tim mạch. NB nam, 68 tuổi, giáo viên nghỉ hưu, có tiền sử tăng huyết áp cách đây 8 năm không dùng thuốc thường xuyên. Ở nhà thỉnh thoảng NB xuất hiện đau vùng ngực trái. Hai ngày nay NB đau nhiều lên, thời gian kéo dài hơn, nghỉ ngơi không đỡ đau. NB được đưa đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định và được chuyển vào khoa Nội tim mạch với chẩn đoán: Theo dõi nhồi máu cơ tim. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.</p>
	Chăm sóc NB xuất huyết tiêu hoá	<p>Tình huống diễn ra trong khoa nội tiêu hoá. NB nam, 62 tuổi, được gai đình đưa vào viện với lý do đau vùng thượng vị và đi ngoài phân đen. NB được khám và chẩn đoán : xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng. Hiện tại NB vào khoa với tình trạng: mặt nhợt, chóng mặt, hoa mắt, buồn nôn, nôn ra ít máu lẫn thức ăn, có ợ hơi, ợ chua. Điều dưỡng tiếp nhận NB,</p>

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
		nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB sốt rét	Tình huống diễn ra trong khoa truyền nhiễm. NB nam, 45 tuổi làm nghề tự do. Sau khi đi Tây Nguyên về, ông bị sốt cao kèm theo rét run, đau đầu, mệt mỏi, ớn lạnh, đau dọc sống lưng. Thấy vậy gia đình đưa ông vào khoa cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh khám và nhập viện vào khoa truyền nhiễm. Tại khoa, NB được khám và chẩn đoán là theo dõi sốt rét thể biến chứng não. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Theo dõi NB kích động trong tâm thần phân liệt	Tình huống tại bệnh viện tâm thần tỉnh Nam Định. 3 ngày trước khi vào viện, NB nam, có biểu hiện sợ hãi, thỉnh thoảng la hét, lảm nhảm nói đùng giết tôi. Đêm ngủ hay mê sảng, không ngon giấc, ngủ ít 3-4 tiếng/ngày. Luôn cho rằng mọi người có ý định giết hại mình. Đôi khi trở lên hung hãn, cáu gắt vô cớ và có thái độ khó chịu, chống đối. Thấy vậy gia đình đã đưa NB vào Bệnh viện tâm thần Nam Định để khám và chuyển vào khoa cấp cứu Bệnh viện tâm thần điều trị. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Theo dõi chăm sóc NB chống đối ăn trong tâm thần phân liệt	Tình huống tại bệnh viện tâm thần tỉnh Nam Định. 3 ngày trước khi vào viện, NB nam, có biểu hiện sợ hãi, thỉnh thoảng la hét, lảm nhảm nói đùng giết tôi. Đêm ngủ hay mê sảng, không ngon giấc, ngủ ít 3-4 tiếng/ngày. Không chịu ăn uống gì vì cho rằng có

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
		<p>người muốn hại mình, bỏ thuốc độc vào bát thức ăn, thu mình và sợ hãi cả người nhà. Đôi khi trở lên hung hãn và có thái độ khó chịu. Da xanh, người mệt lả. Thấy vậy gia đình đã đưa NB vào Bệnh viện tâm thần Nam Định để khám và chuyển vào khoa cấp cứu Bệnh viện tâm thần điều trị. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.</p>
	Chăm sóc NB thủy đậu	<p>Tình huống xảy ra tại Bệnh viện da liễu tỉnh Nam Định. Cách vào viện 3 ngày, NB nam, 5 tuổi, đi học về kêu mệt mỏi, đau đầu, gia đình kiểm tra thấy cháu sốt nhẹ 37,5⁰C. Cháu vẫn đi học bình thường, 2 ngày sau gia đình cháu xuất hiện vài nốt hồng, gồ lên ở ngực, bụng, sau đó trở thành các mụn nước màu trong, các mụn nước sau đó mọc lên ở cổ, nách, tay. Cháu rất ngứa, gãi nhiều lên có một số mụn nước đã vỡ ra. Gia đình có bôi thuốc mỡ ở nhà cho cháu nhưng không đỡ. Gia đình đưa cháu đến bệnh viện da liễu khám và điều trị. Cháu được chẩn đoán là thủy đậu. Hiện tại ngày thứ nhất sau nhập viện. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.</p>
Ngoại khoa	Chăm sóc NB mô xương	<p>Tình huống được mô phỏng tại khoa chấn thương chỉnh hình. NB nữ, 30 tuổi, làm ruộng, bị tai nạn giao thông, sau tai nạn đau và mất vận động cẳng tay phải, được đưa vào viện cấp cứu và được chẩn đoán là gãy kín 1/3 giữa hai xương cẳng tay phải và được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít sau đó được chuyển</p>

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
		về khoa chấn thương chỉnh hình điều trị tiếp. Hiện tại ngày thứ 3 sau phẫu thuật, điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB chấn thương sọ não	Tình huống được mô phỏng tại khoa Ngoại thần kinh, NB nam, 21 tuổi, là sinh viên, đi xe máy tự ngã, sau tai nạn có biểu hiện lơ mơ, đau đầu, chảy máu tai phải được người nhà đưa đến viện. NB được khám và chẩn đoán chấn thương sọ não: vỡ nền sọ + máu tụ ngoài màng cứng theo dõi đỉnh phải. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật đường tiêu hoá	Tình huống được mô phỏng tại khoa Ngoại tổng hợp. NB nữ 30 tuổi, được gia đình đưa vào viện với lý do đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị. NB được khám, chẩn đoán là viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng và được mổ cấp cứu khâu lỗ thủng mặt trước hành tá tràng, lau rửa ổ bụng sau đó được chuyển về khoa Ngoại tổng hợp nằm và điều trị tiếp. Hiện tại ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB mắt	Tình huống mô phỏng tại phòng khám mắt. NB nữ 54 tuổi, ở nhà thấy đau mắt kèm chảy nhiều dịch mắt, hai mắt xung huyết, nhìn mờ, được người nhà đưa đến khám tại phòng khám mắt và được chẩn đoán viêm kết mạc hai mắt. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
		dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB chấn thương cột sống	Người bệnh bị tai nạn lao động ngã cao khoảng 4 mét, đập mông xuống nền cứng vào ngày 20/01/2017. Sau tai nạn, BN tỉnh, tê bì, hạn chế vận động cả 2 chân. Sau đó, BN được sơ cứu tiêm thuốc giảm đau tại nhà rồi chuyển lên BV Việt Đức cùng ngày trong tình trạng tỉnh, tiếp xúc tốt, bụng chướng nhẹ, đau thắt lưng và đau dọc cột sống, tiểu tiện tự chủ. Giảm cảm giác và vận động cả 2 chân. Điều dưỡng tiếp nhận NB, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB chảy máu mũi	Tình huống này mô phỏng trong khoa tai mũi họng. Nữ 28 tuổi, được người nhà đưa vào viện vì lí do chảy máu mũi nhiều, được chuyển vào khoa tai mũi họng để điều trị. Điều dưỡng tiếp nhận người bệnh, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc NB bỏng	Tình huống này mô phỏng trong khoa chấn thương chỉnh hình – bỏng Bệnh viện tỉnh Nam Định. Người bệnh nữ, 63 tuổi, được gia đình đưa vào viện vì lí do đau rát mặt và hai tay do lửa. Người bệnh được khám và chẩn đoán là bỏng lửa 10% độ II, III mặt và hai tay. Người bệnh được chuyển vào khoa chấn thương chỉnh hình – bỏng để điều trị. Điều dưỡng phân công chăm sóc, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc người bệnh sỏi ống mật	Tình huống này mô phỏng trong khoa ngoại tổng hợp. Người bệnh là nữ 45 tuổi hậu phẫu ngày thứ 11

Khoa	Tên tình huống	Tóm tắt nội dung tình huống
	chủ	nội soi lấy sỏi ống mật chủ, dẫn lưu Kehr. Người bệnh tình táo, vận động nhẹ nhàng và đã được kẹp Kehr 24h. Thể trạng người bệnh gầy, sốt 39 ⁰ C, người bệnh có biểu hiện đau tức hạ sườn phải. Điều dưỡng nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.
	Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày – tá tràng	Tình huống này được mô phỏng tại khoa Ngoại tổng hợp, người bệnh nữ, 60 tuổi, làm ruộng, ở nhà có biểu hiện đau bụng dữ dội được người nhà đưa đến viện. Người bệnh được khám và chẩn đoán là thủng dạ dày – tá tràng. Điều dưỡng tiếp nhận người bệnh, nhận định và đưa ra các kế hoạch can thiệp điều dưỡng phù hợp.

Nam Định, ngày 23 tháng 10 năm 2017

Xác nhận của Trung tâm thực hành tiền lâm sàng

TS. Nguyễn Thị Minh Chính

PHỤ LỤC 3
DANH SÁCH SINH VIÊN NGHIÊN CỨU

STT	Mã sinh viên	Tên	Lớp
1	1551010001	NGUYỄN THỊ LAN ANH	CĐDD 17A
2	1551010003	VŨ THỊ NGỌC ANH	CĐDD 17A
3	1551010005	PHẠM THỊ NGỌC ÁNH	CĐDD 17A
4	1551010010	NGUYỄN MẠNH CƯỜNG	CĐDD 17A
5	1551010012	DOÃN THỊ DIỆU	CĐDD 17A
6	1551010015	BÙI THỊ DUYÊN	CĐDD 17A
7	1551010014	VŨ MINH ĐÔNG	CĐDD 17A
8	1551010018	LƯƠNG THỊ HÀ	CĐDD 17A
9	1551010021	PHẠM THỊ THU HÀ	CĐDD 17A
10	1551010023	TRẦN THỊ HẰNG	CĐDD 17A
11	1551010032	VŨ THỊ HOA	CĐDD 17A
12	1551010034	VŨ THỊ KHÁNH HOÀN	CĐDD 17A
13	1551010042	ĐỖ THỊ HUYỀN	CĐDD 17A
14	1551010044	VY THỊ THU HUYỀN	CĐDD 17A
15	1551010040	PHẠM THỊ THU HƯƠNG	CĐDD 17A
16	1551010038	TRƯƠNG THỊ HƯƠNG	CĐDD 17A
17	1551010046	NGUYỄN THỊ LAN	CĐDD 17A
18	1551010050	KHÔNG DIỆU LINH	CĐDD 17A
19	1551010052	NGUYỄN THỊ MỸ LINH	CĐDD 17A
20	1551010055	TRẦN THỊ LOAN	CĐDD 17A
21	1551010059	PHẠM THỊ MÂY	CĐDD 17A
22	1551010069	VŨ THỊ BÍCH NGỌC	CĐDD 17A
23	1551010065	NGUYỄN TRỌNG NGHĨA	CĐDD 17A
24	1551010071	TRẦN THỊ NGUYỆT	CĐDD 17A

STT	Mã sinh viên	Tên		Lớp
25	1551010073	TRẦN THỊ ÁNH	NGUYỆT	CĐDD 17A
26	1551010075	NGUYỄN THỊ	NHƯ	CĐDD 17A
27	1551010080	MAI THỊ	PHƯƠNG	CĐDD 17A
28	1551010081	NGUYỄN THỊ	PHƯƠNG	CĐDD 17A
29	1551010083	VŨ THỊ HẢO	PHƯƠNG	CĐDD 17A
30	1551010087	DƯƠNG NHƯ	QUỲNH	CĐDD 17A
31	1551010089	NGUYỄN THỊ NHƯ	QUỲNH	CĐDD 17A
32	1551010091	NGUYỄN THỊ HỒNG	THẨM	CĐDD 17A
33	1551010093	HOÀNG THỊ PHƯƠNG	THẢO	CĐDD 17A
34	1551010094	NGUYỄN THỊ	THẢO	CĐDD 17A
35	1551010096	TRỊNH HÀ	THU	CĐDD 17A
36	1551010101	ĐẶNG THỊ THANH	THỦY	CĐDD 17A
37	1551010106	ĐỖ THỊ HUYỀN	TRANG	CĐDD 17A
38	1551010111	VŨ HUYỀN	TRANG	CĐDD 17A
39	1551010113	PHẠM THỊ	TRINH	CĐDD 17A
40	1551010114	CAO ÁNH	TUYẾT	CĐDD 17A
41	1551010116	LẠI THỊ	XUÂN	CĐDD 17A
42	1551010117	NGUYỄN THỊ	XUÂN	CĐDD 17A
43	1551010119	NGUYỄN THỊ	YẾN	CĐDD 17A
44	1551010120	PHẠM THỊ	YẾN	CĐDD 17B
45	1551010002	NGUYỄN VĂN	ANH	CĐDD 17B
46	1551010004	VŨ THỊ VĂN	ANH	CĐDD 17B
47	1551010008	VŨ THỊ	CHIỀU	CĐDD 17B
48	1551010009	ĐÔNG THỊ	CÚC	CĐDD 17B
49	1551010016	NGUYỄN HOÀI	GIANG	CĐDD 17B
50	1551010017	ĐOÀN THU	HÀ	CĐDD 17B

STT	Mã sinh viên	Tên	Lớp
51	1551010019	NGUYỄN THỊ HÀ	CĐDD 17B
52	1551010020	NGUYỄN THU HÀ	CĐDD 17B
53	1551010028	NGUYỄN THỊ THU HIỀN	CĐDD 17B
54	1551010024	ĐÀO THỊ HỒNG HẠNH	CĐDD 17B
55	1551010026	HOÀNG THỊ HẠNH	CĐDD 17B
56	1551010030	PHẠM QUỲNH HOA	CĐDD 17B
57	1551010031	VŨ QUỲNH HOA	CĐDD 17B
58	1551010033	TRẦN THỊ MINH HÒA	CĐDD 17B
59	1551010041	BÙI THỊ THANH HUYỀN	CĐDD 17B
60	1551010043	LƯƠNG THỊ HUYỀN	CĐDD 17B
61	1551010035	NGÔ THỊ THU HƯƠNG	CĐDD 17B
62	1551010037	PHẠM THỊ HƯƠNG	CĐDD 17B
63	1551010047	PHẠM THỊ LAN	CĐDD 17B
64	1551010048	TRẦN THANH LỊCH	CĐDD 17B
65	1551010049	ĐINH THỊ LINH	CĐDD 17B
66	1551010051	NGÔ THỊ LINH	CĐDD 17B
67	1551010054	TRIỆU MỸ LINH	CĐDD 17B
68	1551010057	PHẠM THỊ MAI	CĐDD 17B
69	1551010058	PHẠM THỊ MAI	CĐDD 17B
70	1551010060	PHẠM THỊ THANH NAM	CĐDD 17B
71	1551010062	THIỀU THỊ PHƯƠNG NGA	CĐDD 17B
72	1551010067	NGUYỄN BẢO NGỌC	CĐDD 17B
73	1551010070	PHẠM THỊ NGUYỆT	CĐDD 17B
74	1551010072	TRẦN THỊ NGUYỆT	CĐDD 17B
75	1551010079	ĐỖ THỊ BÍCH PHƯƠNG	CĐDD 17B
76	1551010090	VŨ THỊ QUỲNH	CĐDD 17B

STT	Mã sinh viên	Tên		Lớp
77	1551010095	TRẦN THỊ PHƯƠNG	THẢO	CĐDD 17B
78	1551010097	VƯƠNG THỊ LỆ	THU	CĐDD 17B
79	1551010099	PHÙNG THỊ	THÙY	CĐDD 17B
80	1551010105	BÙI THỊ THU	TRANG	CĐDD 17B
81	1551010107	HÀ KIỀU	TRANG	CĐDD 17B
82	1551010109	TRẦN MINH	TRANG	CĐDD 17B
83	1551010112	NGUYỄN THỊ KIỀU	TRINH	CĐDD 17B

Nam Định, ngày 23 tháng 10 năm 2017

Xác nhận của Phòng Công tác HSSV

Thư viện số