

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



TRẦN THỊ HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG VAI
TRONG MÔI TRƯỜNG MÔ PHỎNG ĐỂ HÌNH THÀNH
KỸ NĂNG GIAO TIẾP CHO 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



TRẦN THỊ HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG VAI
TRONG MÔI TRƯỜNG MÔ PHÒNG ĐỂ HÌNH THÀNH
KỸ NĂNG GIAO TIẾP CHO 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:

TS. Lê Thanh Tùng

NAM ĐỊNH – 2017

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, định lượng kết hợp định tính trên 2 nhóm sinh viên điều dưỡng tại trường đại học Điều dưỡng Nam Định nhằm nghiên cứu hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên trường đại học Điều dưỡng Nam Định. Kết quả thu được như sau: điểm trung bình thái độ học tập (nhóm chứng trước can thiệp: $3,281 \pm 0,21$, sau can thiệp $3,918 \pm 0,20$; nhóm nghiên cứu trước can thiệp trước can thiệp: $3,245 \pm 0,25$, sau can thiệp $4,088 \pm 0,28$; $p < 0,001$) và thực hành kỹ năng giao tiếp (nhóm chứng trước can thiệp: $1,724 \pm 0,20$, sau can thiệp $2,253 \pm 0,16$; nhóm nghiên cứu trước can thiệp: $1,695 \pm 0,22$, sau can thiệp $2,930 \pm 0,22$; $p < 0,001$) của cả nhóm chứng và nhóm can thiệp đều được cải thiện sau khi can thiệp giáo dục. Quan điểm của giảng viên và sinh viên đều cảm thấy hứng thú khi học bằng phương pháp mô phỏng. Khuyến nghị: áp dụng rộng rãi phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng đối với môn học thực hành giao tiếp cũng như các môn học có liên quan đến đào tạo kỹ năng khác.

Từ khóa: kỹ năng giao tiếp, đóng vai, mô phỏng.

ABSTRACT

Controlled intervention study combining qualitative and quantitative method is conducted on two nursing student groups at Nam Dinh University of Nursing (NDUN) to evaluate the effectiveness of role – play method in simulation form communication skill for students of NDUN. The study shows the significant results as following: the medium score of learning attitude after intervention (the control group from $3,281 \pm 0,21$ to $3,918 \pm 0,20$; the experimental group from $3,245 \pm 0,25$ to $4,088 \pm 0,28$; $p < 0,001$) and communication skill practice (the control group from $1,724 \pm 0,20$ to $2,253 \pm 0,16$; the experimental group from $1,695 \pm 0,22$ to $2,930 \pm 0,22$; $p < 0,001$). All of teachers and students are interested in simulation methods applied in teaching and learning. Recommendations: role – play method in simulation should be broadly applied teaching communication skill and involved subjects.

Keywords: communication skill, role – play, simulation.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu ngày được đóng góp bởi rất nhiều cá nhân. Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới những người luôn bên cạnh tôi và tham gia góp ý, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình làm luận văn.

Trước hết, tôi xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám hiệu và phòng Đào tạo sau Đại học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã cho phép và tạo điều kiện cho tôi làm nghiên cứu này.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất đến TS Lê Thanh Tùng, người thầy kính mến với kiến thức chuyên sâu cả về phương pháp lẫn chuyên ngành đã hết lòng quan tâm, giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi cùng sự động viên vô cùng quý báu đã giúp tôi hiểu và đi đúng hướng ngay từ những bước đầu làm nghiên cứu.

Tôi cũng xin cảm ơn các thầy cô ở trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, các thầy cô ở Khoa Điều Dưỡng trường Đại học Baylor (Hoa Kỳ) và trường Đại học Buraphar (Thái Lan), đã hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn tập thể các anh chị đồng nghiệp đã tạo điều kiện thuận lợi để tôi có thể học tập, nghiên cứu và các anh chị sinh viên của trường đã giúp tôi thu thập số liệu thành công.

Cuối cùng tôi xin dành những tình cảm yêu thương, sâu sắc tới gia đình thân yêu và những người bạn đáng quý của tôi. Những người luôn ủng hộ, khuyến khích và động viên tôi trong suốt quá trình vừa qua.

Nam Định, ngày 10 tháng 10 năm 2017

Học viên

Trần Thị Hồng Hạnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận văn: “Đánh giá hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định”, dưới sự hướng dẫn của TS Lê Thanh Tùng là hoàn toàn do tôi thực hiện. Các số liệu và kết quả nghiên cứu trong luận văn này là trung thực và chưa hề được sử dụng để bảo vệ một học vị nào. Mọi sự giúp đỡ cho việc thực hiện luận văn này đã được cảm ơn và các thông tin trích dẫn trong luận văn đã được chỉ rõ nguồn gốc và được phép công bố.

Nam Định, ngày 10 tháng 10 năm 2017

Học viên

Trần Thị Hồng Hạnh

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

	Trang
Tóm tắt.....	i
Lời cảm ơn	ii
Lời cam đoan.....	iii
Danh mục các chữ viết tắt.....	iv
Danh mục bảng	v
Danh mục sơ đồ, biểu đồ	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Đại cương về kỹ năng giao tiếp.....	4
1.2. Phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để giảng dạy kỹ năng giao tiếp	9
1.3. Các nghiên cứu liên quan	15
1.4. Khung nghiên cứu áp dụng học thuyết Kolb.....	18
1.5. Địa điểm nghiên cứu	21
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	23
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu	26
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	27
2.6. Các biến số nghiên cứu	28
2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá.....	29
2.8. Phương pháp phân tích số liệu.....	31
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	32
2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	32
Chương 3: KẾT QUẢ.....	33

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	33
3.2. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên.....	34
3.3. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong giảng dạy kỹ năng giao tiếp.....	48
3.4. Quan điểm của giảng viên và sinh viên về phương pháp mô phỏng.....	59
Chương 4: BÀN LUẬN.....	64
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	64
4.2. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên.....	64
4.3. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong giảng dạy kỹ năng giao tiếp.....	69
KẾT LUẬN.....	78
1. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên.....	78
2. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp.....	78
3. Quan điểm của giảng viên và sinh viên về phương pháp mô phỏng.....	78
KHUYẾN NGHỊ.....	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
Phụ lục 1. Bộ công cụ thu thập số liệu	
Phụ lục 2. Bảng kiểm quan sát kỹ năng giao tiếp	
Phụ lục 3. Phiếu xin ý kiến chuyên gia	
Phụ lục 4. Nhóm yếu tố đánh giá “Thái độ về việc học tập KNGT của sinh viên điều dưỡng	
Phụ lục 5. Câu hỏi phỏng vấn	
Phụ lục 6. Giấy đồng ý tham gia nghiên cứu	
Phụ lục 7. Thư đồng ý sử dụng bộ công cụ	
Phụ lục 8. Danh sách sinh viên tham gia nghiên cứu	
Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ	
Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 1	
Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 2	
Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ĐTB	: Điểm trung bình
ĐD	: Điều dưỡng
GV	: Giảng viên
GT	: Giao tiếp
KN	: Kỹ năng
KNGT	: Kỹ năng giao tiếp
LS	: Lâm sàng
MP	: Mô phỏng
NB	: Người bệnh
SV	: Sinh viên

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 3.1. Thái độ về yếu tố 1 - “Học tập”	34
Bảng 3.2. Thái độ về yếu tố 2 - “Tâm quan trọng”	36
Bảng 3.3 Thái độ về việc học tập KNGT của SV - yếu tố 3 "Chất lượng"	37
Bảng 3.4 Thái độ về yếu tố 4 - "Thành công"	38
Bảng 3.5 Điểm trung bình thái độ học tập của sinh viên trước can thiệp	39
Bảng 3.6 Mục 1 - Xây dựng một mối quan hệ	40
Bảng 3.7. Mục 2 – Trao đổi với NB.....	41
Bảng 3.8. Mục 3 - Thu thập thông tin	42
Bảng 3.9. Mục 4 – Hiểu về quan điểm của NB	43
Bảng 3.10. Mục 5 - Chia sẻ thông tin.....	44
Bảng 3.11. Mục 6 - Đạt được sự đồng thuận.....	45
Bảng 3.12. Mục 7 - Kết thúc.....	46
Bảng 3.13. Điểm trung bình thực hành của sinh viên trước can thiệp.....	47
Bảng 3.14. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 1-“Học tập”	55
Bảng 3.15. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 2 – “Tâm quan trọng”	56
Bảng 3.16. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 3 – “Chất lượng”	56
Bảng 3.17. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 4 - "Thành công"	57
Bảng 3.18. Sự khác biệt về thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên.....	57
Bảng 3.19. Phân loại điểm tổng kết học phần của sinh viên.....	58
Bảng 3.20. Sự khác biệt về điểm định kì và điểm tổng kết của sinh viên	59

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ VÀ BIỂU ĐỒ

	Trang
Sơ đồ 1.1. Các bước tiến hành phương pháp đóng vai	12
Sơ đồ 1.2. Mô hình học tập qua trải nghiệm Kolb (1984).....	20
Sơ đồ 2.1. Quá trình nghiên cứu	24
Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	33
Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính.....	33
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 1 – “Học tập” của nhóm chúng	48
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 1 – “Học tập” của nhóm nghiên cứu	49
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 2 - “Tầm quan trọng”	50
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 3 - “Chất lượng”	51
Biểu đồ 3.7. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 4 - “Thành công”	51
Biểu đồ 3.8. Sự thay đổi mục “xây dựng mối quan hệ” và “trao đổi với người bệnh”	52
Biểu đồ 3.9. Sự thay đổi mục “thu thập thông tin” và “hiểu về quan điểm NB”	53
Biểu đồ 3.10. Sự thay đổi mục “chia sẻ thông tin” và “đạt được sự đồng thuận”	53
Biểu đồ 3.11. Sự thay đổi mục “kết thúc”	54
Biểu đồ 3.12. Sự thay đổi thái độ và thực hành sau can thiệp.....	55

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thành năng lực cho sinh viên điều dưỡng, đáp ứng yêu cầu của thực hành nghề nghiệp khi ra trường là mục tiêu và là thách thức rất lớn đối với quá trình đào tạo tại nhà trường. Các giảng viên điều dưỡng được khuyến khích sử dụng các phương pháp giảng dạy dựa trên bằng chứng giúp sinh viên có cơ hội phát triển các kỹ năng cần thiết để có thể chăm sóc người bệnh một cách an toàn và hiệu quả. Kỹ năng giao tiếp được xác định là hành vi nghề nghiệp quan trọng phải được dạy và chú trọng trong giáo dục chăm sóc sức khỏe [76].

Giao tiếp hiệu quả đóng một vai trò quan trọng trong sự tuân thủ điều trị, sự phục hồi và sự hài lòng của người bệnh [34]. Trong thực hành nghề nghiệp, kỹ năng giao tiếp của người điều dưỡng là tối cần thiết để thiết lập mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình của người bệnh và với đồng nghiệp. Có thể nói, giao tiếp là một trong ba nhân tố không thể thiếu, quyết định tới hiệu quả hoạt động của người điều dưỡng trong việc chăm sóc người bệnh [17]. Giao tiếp không hiệu quả có thể gây ra mất thông tin, hành động sai, hoặc những can thiệp sai, điều đó có thể gây hại cho người bệnh [68].

Hiện nay, có nhiều phương pháp giảng dạy kỹ năng giao tiếp cho sinh viên, trong đó, đóng vai là một phương tiện tuyệt vời để đánh giá kỹ năng ra quyết định và kỹ năng giao tiếp, phương pháp này đặc biệt hữu ích cho sinh viên học tập trong các môi trường chuyên nghiệp như y tế, tâm lý học...[68]. Tuy nhiên, các chương trình đào tạo hiện nay, học sinh thường được học thực hành đóng vai tại lớp học, ít được tiếp xúc với môi trường gần giống như thực tế lâm sàng. Hơn nữa, giao tiếp thường được đưa vào giảng dạy trong các phần của giáo trình hoặc đan xen vào các chương trình giảng dạy khác, quy mô lớp học và thời gian trên lớp không nhiều, thường sinh viên ít có cơ hội tiếp xúc, thực hành, phát triển các kỹ năng và sự tự tin trong giao tiếp, rất khó để đánh giá đầy đủ hiệu quả của sinh viên [52].

Bằng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng, sinh viên điều dưỡng có thể giao tiếp với người bệnh, gia đình người bệnh, bác sỹ, kỹ thuật viên ... giúp tăng cường và phát triển kỹ năng giao tiếp trong môi trường an toàn không gây

nguy hại cho người bệnh [45]. Ưu điểm của việc sử dụng mô phỏng trong giảng dạy là giúp tăng khả năng cho sinh viên thực hành lặp đi lặp lại các bài tập và hình thành kinh nghiệm [32]. Phương pháp mô phỏng đã được chứng minh là một công cụ hiệu quả để tích hợp các tài liệu giáo khoa vào môi trường thực hành lâm sàng [68]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng mô phỏng trên mô hình có thể đóng góp để duy trì kiến thức lâu hơn phương pháp giảng dạy truyền thống [46]. Nghiên cứu của Teresa năm 2015 đã chỉ ra rằng: phương pháp giáo dục mô phỏng mô hình/người bệnh chuẩn có hiệu quả hơn so với các bài giảng giáo khoa để giảng dạy các kỹ năng giao tiếp cho sinh viên đại học điều dưỡng [68].

Hiện nay, nhiều trường đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam vẫn áp dụng phương pháp giảng dạy truyền thống mà ở đó sinh viên và giảng viên đều gặp khó khăn trong việc tìm kiếm không gian thực hành lâm sàng. Sinh viên chỉ được thực hành kỹ năng giao tiếp bằng phương pháp đóng vai tại các phòng học lý thuyết nên sinh viên thường bỏ ngỡ, khó khăn khi bắt đầu đi thực hành tại bệnh viện. Đó là thách thức lớn đòi hỏi các trường đào tạo điều dưỡng cần phải sửa đổi và phát triển chương trình đào tạo điều dưỡng của mình nhằm hội nhập với các nước trong khu vực cũng như thế giới. Nhận thức được tầm quan trọng đó, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã thành lập Trung tâm Thực hành Tiên lâm sàng – là nơi để sinh viên hình thành năng lực chăm sóc người bệnh một cách an toàn trước khi bước vào môi trường lâm sàng thực sự. Tuy nhiên, hiện nay chưa có bất kỳ nghiên cứu nào về hiệu quả của việc sử dụng phương pháp giảng dạy kỹ năng giao tiếp trong môi trường mô phỏng. Vì vậy, nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp giảng dạy kỹ năng giao tiếp bằng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng khi áp dụng cho đối tượng sinh viên đại học chính quy trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, qua đó có thể tìm ra những ưu, nhược điểm của phương pháp giảng dạy này và sau đó áp dụng để xây dựng chương trình giảng dạy phù hợp tại trường, chúng tôi quyết định tiến hành đề tài “Đánh giá hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2017”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2017.
2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2017.

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về kỹ năng giao tiếp

1.1.1. Khái niệm

Giao tiếp (GT) là "quá trình trao đổi thông tin rõ ràng và chính xác giữa hai hay nhiều thành viên trong nhóm theo cách thức quy định với thuật ngữ thích hợp cũng như khả năng làm sáng tỏ hoặc thừa nhận thông tin nhận được " [35]. Hoạt động giao tiếp được định nghĩa là một sự tương tác giữa hai hoặc nhiều người liên quan đến trao đổi thông tin. Các thành phần hoạt động bao gồm: một người bắt đầu đưa ra thông điệp (người gửi), một người nhận được một thông điệp trực tiếp (người nhận) và các thông điệp bằng lời hoặc không lời (thông điệp). Ba thành phần này có sự tương tác rõ ràng và đầy đủ sẽ xác định hiệu quả của giao tiếp [66].

Theo “Từ điển Tâm lý học” của Nguyễn Khắc Viện: Giao tiếp là quá trình truyền đi, phát đi một thông tin từ một người hay một nhóm cho một người hay một nhóm khác, trong mối quan hệ tác động lẫn nhau (tương tác) [24]. Tác giả Nguyễn Quang Uẩn cho rằng: “Giao tiếp là sự tiếp xúc tâm lý giữa người và người, thông qua đó con người trao đổi với nhau về thông tin, về cảm xúc, tri giác lẫn nhau, ảnh hưởng tác động qua lại với nhau” [23]. Giao tiếp dùng làm công cụ hỗ trợ cho làm việc nhóm. Trong nghiên cứu này, các sinh viên đóng vai là điều dưỡng chính chăm sóc người bệnh, đánh giá tình trạng người bệnh và thông báo các kết quả cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe [68].

Tác giả Vũ Dũng định nghĩa kỹ năng (KN) trong “Từ điển Tâm lý học” như sau: “kỹ năng là năng lực vận dụng có kết quả tri thức về phương thức hành động đã được chủ thể lĩnh hội để thực hiện những nhiệm vụ tương ứng” [2]. **Kỹ năng giao tiếp (KNGT)** là quá trình sử dụng các phương tiện ngôn ngữ và phi ngôn ngữ để định hướng, điều chỉnh và điều khiển quá trình giao tiếp đạt tới mục đích nhất định [15]. Theo tác giả Lê Thanh Tùng và Nguyễn Bảo Ngọc: “Kỹ năng giao tiếp là năng lực sử dụng hệ thống phương tiện ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, là khả năng nhận biết nhanh nhạy những biểu hiện tâm lý bên ngoài, đoán biết được những đặc điểm tâm

lý bên trong của đối tượng giao tiếp để biết các định hướng, điều chỉnh, điều khiển quá trình giao tiếp đạt được mục đích nhất định” [17]. Tác giả Châu Thúy Kiều định nghĩa: “KNGT là sự thực hiện có hiệu quả một hành động trong đó hoạt động giao tiếp bằng cách sử dụng các phương tiện ngôn ngữ và phi ngôn ngữ để tác động đến đối tượng, điều khiển bản thân, tổ chức quá trình giao tiếp nhằm đạt được mục đích đề ra” [7].

Kỹ năng giao tiếp có hiệu quả giúp truyền đạt thông tin rõ ràng, cung cấp nhận thức về vai trò và trách nhiệm của bản thân, duy trì thông báo cho nhóm và giải thích tác động hiệu quả đầu ra như thế nào [35]. Để giao tiếp hiệu quả cần phải bao gồm tất cả các thông tin quan trọng, dễ hiểu và báo cáo ngắn gọn một cách kịp thời. Đào tạo nhóm sử dụng mô phỏng đã được đề xuất như một phương pháp để cải thiện kỹ năng giao tiếp, kỹ năng ra quyết định, và giảm các lỗi xảy ra trong thực hành [36].

1.1.2. Các thành tố của kỹ năng giao tiếp

Người gửi (sender): là người bắt đầu quá trình giao tiếp, truyền tải thông điệp tới người khác. Để giao tiếp có hiệu quả, người gửi phải sử dụng hiệu quả ngôn ngữ bằng lời cũng như không lời. Vai trò của người gửi có thể thay đổi giữa các người tham gia tại bất cứ thời điểm nào mà thông tin được trao đổi.

Thông điệp (message): là thông tin được trình bày hay gửi đi bởi người gửi. Thông điệp có thể bằng lời và không lời. Thông điệp có hiệu quả nhất là thông điệp rõ ràng, được sắp xếp hoàn chỉnh và trình bày theo một cách thức quen thuộc với người nhận nó.

Kênh thông tin (channel): là cách truyền đạt thông tin đến người nhận tin bằng cách sử dụng các giác quan của con người như: nghe, nói, nhìn và biểu lộ trực tiếp hoặc gián tiếp qua phương tiện nghe nhìn khác. Người điều dưỡng càng sử dụng nhiều kênh thông tin thì càng làm cho người bệnh hiểu được rõ ràng hơn.

Bộ mã khóa: gồm khóa mã và giải mã. Căn cứ vào kênh thông tin đã chọn, người gửi phải chuyển nội dung thông tin vào mã trước khi truyền (khóa mã). Người nhận phải phân tích, giải được ngữ nghĩa của bản thông điệp (giải mã).

Người nhận (receiver): là người nhận được thông điệp từ người gửi, người nhận cũng có thể giao tiếp bằng lời và không lời, cách tốt nhất là phải lắng nghe một cách cẩn thận và giao tiếp bằng mắt.

Sự phản hồi (feedback): Người nhận sẽ gửi lại thông tin cho người gửi. Phản hồi này giúp nhận biết thông tin đã được nhận hay chưa. Để giao tiếp có hiệu quả, cả hai bên đều phải nhạy cảm và cởi mở về thông tin. Người điều dưỡng là người chịu trách nhiệm chính trong mối quan hệ giữa điều dưỡng và người bệnh.

Môi trường giao tiếp: có thể tạo thuận lợi hoặc cản trở cho quá trình giao tiếp, bao gồm: khí hậu, ánh sáng, nhiệt độ, tiếng ồn..... [17].

1.1.3. Quy trình giao tiếp

Quy trình giao tiếp là một quá trình mà người điều dưỡng sử dụng các kế hoạch vạch ra trước để tìm hiểu về người bệnh. Quá trình này đặt trọng tâm vào người bệnh nhưng lại được lập kế hoạch và chỉ đạo của các nhà chuyên môn, liên quan đến các kỹ năng đặc thù, vì thế người điều dưỡng phải thông thạo các loại giao tiếp, đặc biệt là giao tiếp phi ngôn ngữ và ẩn dụ.

- Chào hỏi

Đây là bước đầu tiên khi giao tiếp với một người bệnh. Người điều dưỡng thường sử dụng các câu chào hỏi xã giao để bắt đầu một cuộc nói chuyện với người bệnh, điều này giúp cho việc thiết lập một mối quan hệ thân thiện. Mục tiêu là giúp cho người bệnh cảm thấy thoải mái trong việc chia sẻ thái độ và cảm xúc của mình.

- Chú ý lắng nghe và chấp thuận

Lắng nghe là một phương pháp giao tiếp không lời để biểu lộ sự quan tâm đến các nhu cầu, mối quan tâm và những khó khăn của người bệnh. Chấp thuận là sự sẵn lòng để nghe người khác mà không có nghi ngờ hay không đồng tình. Để trở thành một người lắng nghe hiệu quả, người điều dưỡng cần thực hiện: đối mặt với người bệnh trong lúc họ đang nói; bày tỏ sẵn sàng lắng nghe bằng ánh mắt; tạo sự chăm chú; gạt đầu đồng tình khi người bệnh nói đến các điểm quan trọng hoặc tìm kiếm sự phản hồi... Để bày tỏ sự chấp thuận, người điều dưỡng phải biết giấu đi

nhận thức cũng như các biểu hiện cảm xúc cá nhân, tránh các vẻ mặt và cử chỉ gợi ý đến sự không đồng tình.

- Đặt các câu hỏi liên quan

Mục đích của người điều dưỡng là thu thập các thông tin có giá trị về người bệnh. Đặt câu hỏi có hiệu quả khi nó liên quan đến các chủ đề hay mục đích đang được thảo luận và sử dụng các từ ngữ thông thường mà người bệnh có thể hiểu được. Trong suốt quá trình đánh giá tình trạng sức khỏe của người bệnh, các câu hỏi phải được sắp xếp theo trình tự, tốt nhất là sử dụng các câu hỏi mở. Người điều dưỡng không nên hỏi nhiều hơn một câu hỏi một lần và không chuyển sang chủ đề khác cho đến khi chủ đề hiện tại được sáng tỏ.

- Diễn đạt và làm trong sáng thông tin

Diễn đạt là trình bày lại các thông tin của người bệnh theo từ ngữ của người điều dưỡng. Thông qua việc diễn đạt lại, người điều dưỡng cho người bệnh thấy thông tin đã được nhận một cách chính xác và đầy đủ. Người điều dưỡng cũng phải làm sáng tỏ vấn đề, có thể sử dụng các ví dụ minh họa để làm sáng tỏ một ý kiến mơ hồ, trừu tượng. Các thông điệp càng dễ hiểu thì càng được nhận thức một cách sâu sắc.

- Chia sẻ thông tin

Trong giao tiếp với người bệnh, người điều dưỡng thường xuyên cung cấp thông tin cho người bệnh, khuyến khích họ trả lời nhiều hơn. Cung cấp thông tin là một quá trình liên tục theo thời gian không những giúp cho giao tiếp thuận lợi mà còn giúp cho việc tăng cường giáo dục sức khỏe. Nếu người điều dưỡng từ chối việc chia sẻ thông tin hoặc chỉ cung cấp một phần, người bệnh có thể mất niềm tin vào họ. Người điều dưỡng nên cung cấp các thông tin có thể giúp họ tiến tới các quyết định mà họ cảm thấy lạc quan.

- Tìm trọng tâm của vấn đề và trình bày các nhận xét

Trọng tâm là tập trung loại trừ sự mơ hồ trong giao tiếp bằng cách giới hạn phạm vi thảo luận. Trong việc làm sáng tỏ vấn đề, người điều dưỡng tìm kiếm ý nghĩa của thông tin từ các thông điệp của người bệnh. Khi giao tiếp, mọi người

thường không nhận thức được cách thức mà thông tin của họ được tiếp nhận mà phải thông qua sự phản hồi từ người nhận. Nếu thông điệp bằng lời của người bệnh mâu thuẫn với các hành động của họ, người điều dưỡng có thể làm rõ. Đưa ra các nhận xét thường dẫn người bệnh đến giao tiếp rõ ràng hơn mà không cần tăng cường đặt thêm câu hỏi.

- Tóm tắt vấn đề

Tóm tắt lại một cách súc tích các ý chính đã được thảo luận. Nó tạo ra sắc thái cho các mối quan hệ xa hơn giữa người bệnh và người điều dưỡng. Bắt đầu một quan hệ mới bằng cách tóm tắt lần trước giúp người bệnh tái hiện lại các chủ đề trước và chỉ ra với người bệnh rằng người điều dưỡng đã có phân tích về sự tiếp xúc với họ. Các giao tiếp xa hơn có thể tập trung vào việc đưa ra các chủ đề phù hợp. Với bản tóm tắt, người bệnh có thể ôn lại các thông tin, bổ sung hoặc sửa chữa.

1.1.4. Vai trò của kỹ năng giao tiếp trong thực hành điều dưỡng

Hannah và cộng sự đã khẳng định “Khả năng giao tiếp hiệu quả với người bệnh (NB) - đặc biệt là sử dụng kỹ năng lắng nghe tích cực, thu thập và truyền đạt thông tin hiệu quả, xử lý cảm xúc của người bệnh một cách nhạy cảm và thể hiện sự đồng cảm, làm việc chuyên nghiệp là rất quan trọng” [42]. Kovner và cộng sự năm 2007 đã báo cáo rằng 41,5% số điều dưỡng mới được tuyển dụng sẽ rời bỏ công việc hiện tại của họ nếu có cơ hội và 37% lên kế hoạch rời khỏi công việc đầu tiên của họ trong vòng 1 năm. Hơn 30% các điều dưỡng đã rời công việc hiện tại của họ, báo cáo cho thấy môi trường làm việc căng thẳng là một trong các lý do để họ rời bỏ [55]. Môi trường làm việc căng thẳng gây ra bởi vô số các yếu tố, bao gồm cả giao tiếp và làm việc nhóm kém, thiếu mối quan hệ trong chuyên ngành điều dưỡng và giữa điều dưỡng (ĐD) với các chuyên gia y tế khác [49],[54]. Căng thẳng không chỉ gây ra bởi giao tiếp khó khăn ở trong cùng một ngành, mà còn xảy ra khi có sự tương tác giữa các ngành khác nhau [31].

Thêm vào đó, nghiên cứu đã phát hiện ra rằng kỹ năng giao tiếp tốt có thể làm tăng hiệu quả chẩn đoán và khả năng ra quyết định của các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe cũng như làm tăng sự hài lòng của người bệnh, sự tuân thủ các khuyến cáo

của nhân viên y tế, giảm lo lắng và giảm tỷ lệ khiếu nại [59]. Giao tiếp là một kỹ năng cần thiết cho điều dưỡng từ sinh viên tới các chuyên gia, giao tiếp là tối cần thiết để thiết lập mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình của người bệnh và với đồng nghiệp [17]. Krimshstein và cộng sự khẳng định: các điều dưỡng thường đóng một vai trò quan trọng trong việc xử lý người bệnh, có xu hướng cung cấp thêm thông tin sau khi người bệnh nói chuyện với các bác sĩ và điều dưỡng thường giao tiếp để hiểu được nhu cầu của người bệnh và các thành viên gia đình người bệnh, đặc biệt là thúc đẩy giao tiếp giữa tất cả các bên [56]. Giao tiếp không hiệu quả có thể gây ra mất thông tin, hành động sai, hoặc những can thiệp sai, điều đó có thể gây hại cho người bệnh. Sự tương tác giữa điều dưỡng với các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe và người bệnh là rất quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc của điều dưỡng [68]. Vì vậy, đào tạo kỹ năng giao tiếp là bắt buộc đối với người điều dưỡng [79].

Theo tiêu chuẩn 11 của chuẩn năng lực của người điều dưỡng Việt Nam, người điều dưỡng cần “Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh”, gồm bốn tiêu chí sau: nhận biết tâm lý và nhu cầu của người bệnh qua những biểu hiện

nét mặt và ngôn ngữ cơ thể của người bệnh; giao tiếp hiệu quả với các cá nhân, gia đình, cộng đồng có các trở ngại về giao tiếp do bệnh tật, do những khó khăn về tâm lý; thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị, thể hiện sự hiểu biết về văn hóa, tín ngưỡng trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và nhóm người [9].

1.2. Phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để giảng dạy kỹ năng giao tiếp

1.2.1. Khái niệm

Mô phỏng (MP) đã tồn tại trong giáo dục điều dưỡng dưới nhiều hình thức, mô hình mô phỏng trong y tế lần đầu tiên được giới thiệu vào đầu những năm 1960. Mô phỏng ban đầu được sử dụng bởi các ngành công nghiệp, chẳng hạn như ngành công nghiệp hàng không, trước khi nó được sử dụng bởi những nhà giáo dục

chăm sóc sức khỏe [83]. Sử dụng mô phỏng trong đào tạo điều dưỡng đã được giới thiệu trong các tài liệu vào cuối năm 1990. Kể từ đó, mô phỏng đã trở nên phức tạp hơn, với các thiết kế để tái tạo hơi thở, âm thanh và tiếng tim mạch [68]. Người bệnh mô phỏng như ngày nay đã được phát triển vào cuối những năm 1980 và tiếp tục phát triển thành các mô hình hiện đang được sử dụng [75].

Mô phỏng theo nghĩa rộng là tạo ra một khung cảnh gần giống với thực tế cuộc sống bao gồm mô phỏng con người, chương trình máy tính, đóng vai và trò chơi [47]. Sử dụng môi trường mô phỏng trong giảng dạy là một phương pháp giáo dục nhằm để cải thiện, thúc đẩy và tạo hiệu lực cho học viên tiên bộ từ người mới bắt đầu cho tới các chuyên gia, được sử dụng cho việc hình thành kỹ năng giao tiếp trong những tình huống chăm sóc sức khỏe khẩn cấp [71]. Mô phỏng liên quan đến việc xác định các vấn đề, phát triển mô hình giống thật và thực hiện giải pháp với các hệ thống mô phỏng thực tế. Ngoài ra, mô phỏng phải tạo ra một khung cảnh phù hợp, đáng tin cậy và có tính khả thi của các sự kiện hoặc tình huống thực hành có thật [74].

Kết quả nghiên cứu của Eileen R. O'Shea và các cộng sự (2013) cho thấy sử dụng mô phỏng để hỗ trợ nghiên cứu các hành vi giao tiếp như: nét mặt, cử chỉ cơ thể, tư thế, ánh mắt, giọng nói và âm lượng [37]. Mô phỏng được xác định là một phương pháp giáo dục để ngăn chặn và làm giảm bớt sự nguy hại và/hoặc tử vong của người bệnh, sử dụng người bệnh mô phỏng như một phương pháp giáo dục để giảng dạy các kỹ năng giao tiếp [68].

1.2.2. Một số phương pháp giảng dạy sử dụng mô phỏng

Môi trường mô phỏng được thiết lập tại các phòng thực hành để trông giống như một phòng bệnh thật. Ban đầu, mô phỏng bao gồm các mô hình tĩnh được sử dụng để học các kỹ năng cơ bản, chẳng hạn như tiêm tĩnh mạch và đặt ống thông tiểu. Khi công nghệ mô phỏng phát triển, các mô hình đã có thể bắt chước chân thật hơn các trạng thái sinh lý, mô phỏng người bệnh có độ trung thực cao bao gồm các phần mềm trong mô hình có thể truy cập được và kết nối với một máy tính xách tay hoặc máy tính để bàn [60].

Một số loại mô phỏng:

- Mô phỏng dựa trên mô hình: bao gồm mô hình mô phỏng có độ trung thực thấp, trung bình và cao. Các mức độ trung thực của mô hình tùy thuộc vào khả năng công nghệ của các trang thiết bị đi kèm, từ một mô hình tĩnh đến các mô hình mà có khả năng giao tiếp như có các dấu hiệu sống động, chớp mắt, khóc, ngực phập phồng khi thở. Mô hình kết hợp với phần mềm điều khiển trên máy tính mà có thể điều chỉnh được các thông số sinh lý khác nhau.

- Mô phỏng người bệnh chuẩn: là những người bệnh thật mắc bệnh mạn tính, là các diễn viên đóng vai hay là các sinh viên đã được tập huấn trước để đóng giả người bệnh.

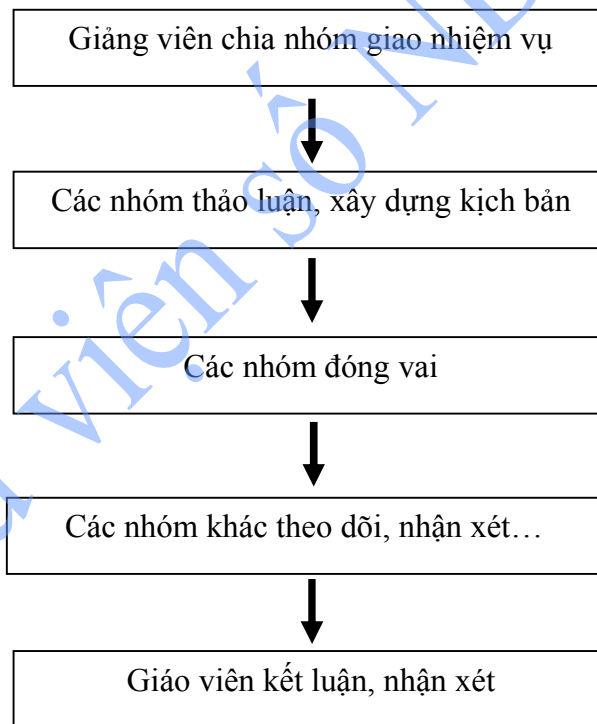
- Mô phỏng thực tế ảo: tạo ra môi trường hoặc các đối tượng trên máy tính giống như chơi game, chương trình đa phương tiện sử dụng hệ thống âm thanh và hình ảnh thực tại trung tâm thực hành, hệ thống tương tác có thể thay đổi các dấu hiệu lâm sàng để đưa ra phản hồi về các quyết định và hành động lâm sàng của sinh viên.

Ngoài ra còn rất nhiều loại mô phỏng khác nhưng hiện nay được sử dụng rộng rãi nhất là hình thức mô phỏng dựa trên mô hình và mô phỏng sử dụng người bệnh chuẩn bởi tính ưu việt của nó về mặt kinh tế cũng như kết quả đạt được của sinh viên. Đặc điểm chung của tất cả các hình thức mô phỏng này đều sử dụng các tình huống được thiết kế sẵn (có thể được kiểm nghiệm về mặt hiệu quả) kết hợp với hệ thống âm thanh, hình ảnh tạo cơ hội cho sinh viên tương tác với mô hình/người bệnh chuẩn để tạo nên một môi trường chăm sóc giống như thực tế [38]. Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, hiện nay thường sử dụng sinh viên đóng giả người bệnh hoặc mô hình được lồng tiếng. Hình thức giảng dạy phổ biến là sử dụng phương pháp đóng vai, các sinh viên sẽ được chia nhóm và tham gia đóng vai trong các tình huống được thiết kế sẵn để rèn luyện các kỹ năng.

Theo Từ điển Tiếng Việt của Hoàng Phê (2003), đóng vai là thể hiện nhân vật trong kịch bản lên sân khấu hay màn ảnh bằng cách hành động, nói năng như thật [13]. Tác giả Nguyễn Thành Hải định nghĩa: **Đóng vai** là phương pháp tổ chức cho

sinh viên thực hành một số cách ứng xử nào đó trong một tình huống giả định [4]. Theo Russell and Shepherd: Đóng vai là một phương pháp dạy học trong đó người học thực hiện những hành động trong các tình huống được mô phỏng (theo các vai) về một chủ đề gắn với thực tiễn, thường mang tính chất trò chơi thể hiện các vấn đề hoặc xung đột trong tình huống cuộc sống. Đóng vai và mô phỏng là những hình thức học tập trải nghiệm trong đó học viên đảm nhận các vai trò khác nhau của một nhân vật hay nhân cách và tương tác với nhau trong các kịch bản học tập đa dạng và phức tạp [77]. Đóng vai là một phương pháp dạy hội thoại, nó diễn ra ngay trong lớp học, mục đích là cụ thể hóa bài học bằng sự diễn xuất để giảng viên có cơ sở phân tích nội dung bài giảng chi tiết và sâu sắc hơn [3].

Cách thức tiến hành phương pháp đóng vai có thể tóm tắt bằng sơ đồ sau:



Sơ đồ 1.1. Các bước tiến hành phương pháp đóng vai

Các phương pháp đóng vai truyền thống thường diễn ra ngay tại các giảng đường, ở đó sinh viên chỉ đơn thuần giả định các hành động chăm sóc mà không có các trang thiết bị như ngoài bệnh viện.

Phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng được thực hiện tại phòng thực hành mà tại đó khung cảnh được tạo ra gần như một phòng bệnh ngoài bệnh

viên, sinh viên được tiếp cận với tất cả các trang thiết bị, máy móc, dụng cụ và người bệnh như thật. Sinh viên không chỉ giả định các vai diễn trong các tình huống do sinh viên tự thiết kế mà tại phòng thực hành mô phỏng, sinh viên bắt buộc phải sử dụng kỹ năng giao tiếp và thực hành tham gia trong các tình huống do giảng viên thiết kế sẵn để thuyết phục người bệnh và chăm sóc một người bệnh như thật.

1.2.4. Vai trò của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để đào tạo điều dưỡng

Theo tác giả Lê Thị Ngọc Hà, thông qua các “vai diễn” học sinh được bộc lộ khả năng tự nhận thức, khả năng giao tiếp, khả năng tự giải quyết vấn đề trong các tình huống [3]. Sử dụng tình huống đóng vai giữa điều dưỡng và người bệnh là rất quan trọng, những tình huống được thiết kế để thể hiện sự tương tác giữa điều dưỡng và người bệnh nhằm đạt được hiệu quả điều trị và chăm sóc bởi vì để đạt được mục đích này, người điều dưỡng cần có kỹ năng giao tiếp tốt với người bệnh [28]. Hơn nữa, người điều dưỡng cũng có thể được thực hành giao tiếp với nhiều loại người bệnh khác nhau thông qua những tình huống mà sinh viên đóng vai [28]. Nghiên cứu của Russell và Shepherd năm 2010 cho kết quả rằng cả giảng viên và sinh viên điều dưỡng đều cảm thấy hài lòng khi đánh giá các hình thức học tập đóng vai và mô phỏng [77]. Đóng vai là một phương tiện tốt để đánh giá kỹ năng ra quyết định và kỹ năng giao tiếp, phương pháp này đặc biệt hữu ích cho sinh viên học tập trong các môi trường chuyên nghiệp như y tế, tâm lý học... [27]. Ưu điểm của phương pháp đóng vai là: gây hứng thú và chú ý cho học sinh, tạo điều kiện làm nảy sinh óc sáng tạo để học sinh chủ động trong việc lĩnh hội kiến thức qua lời nói hoặc việc làm của các vai diễn; giúp học sinh phát huy được khả năng của từng cá nhân cũng như sự phối hợp chặt chẽ của cá nhân với tập thể nhóm. Hạn chế của phương pháp đóng vai: mất nhiều thời gian, phải suy nghĩ chuẩn bị bài giảng; đối tượng học sinh phải có tỷ lệ khá giỏi nhiều; nếu học nhóm lớn thì hiệu quả không cao.

Bên cạnh đó, học tập dựa trên mô phỏng là con đường để phát triển các chuyên gia y tế về kiến thức, kỹ năng và thái độ, đồng thời bảo vệ người bệnh khỏi những rủi ro không cần thiết. Các kịch bản mô phỏng và các thiết bị cho phép đào tạo và thực hành cho đến khi sinh viên có thể nắm vững các kỹ năng [61]. Sự phức

tập ngày càng tăng của chăm sóc người bệnh đòi hỏi nhân viên y tế không chỉ làm chủ về chuyên môn mà còn phải có khả năng giao tiếp hiệu quả với người bệnh, gia đình người bệnh và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác để có thể phối hợp một loạt các hoạt động chăm sóc người bệnh. Mô phỏng được xác định là một phương pháp giáo dục để ngăn ngừa và giảm thiểu các tác hại. Sử dụng mô phỏng trong chương trình đào tạo điều dưỡng đại học được coi là một phương pháp để cải thiện kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng [68]. Sử dụng người bệnh mô phỏng tạo ra một môi trường học tập an toàn, cung cấp cơ hội cho sinh viên điều dưỡng để thực hành các kỹ năng giao tiếp [80]. Những lợi thế của các tương tác mô phỏng đó là giảm nguy cơ gây hại (bao gồm cả căng thẳng tâm lý) cho người bệnh và sinh viên, tăng khả năng kiểm soát nhu cầu và đòi hỏi của người bệnh, kiểm soát một phần nội dung tương tác, cung cấp cơ hội cho sinh viên thực hành với các kịch bản khác nhau để phát triển kiến thức, kỹ năng và hành vi thích hợp với thông tin phản hồi của người bệnh [84]. Mô phỏng cung cấp một môi trường tốt cho đào tạo nhóm. Các thiết bị cùng kịch bản chân thực cho phép sinh viên thực hành lặp đi lặp lại đến khi sinh viên (SV) có thể nắm vững các quy trình hoặc kỹ năng. Hiện nay, một số lượng lớn các cơ sở y tế và các trường y đang dần chuyển sang học tập dựa trên mô phỏng. Đào tạo làm việc nhóm tiến hành trong môi trường mô phỏng có thể cung cấp lợi thế thêm cùng với hướng dẫn truyền thống, giúp nâng cao hiệu suất và giảm sai sót [61].

Hơn thế nữa, mô phỏng cho phép một giảng viên (GV) có thể quan sát một số lượng lớn sinh viên trong khi họ thực hiện các can thiệp điều dưỡng quan trọng, ở môi trường học tập này người giảng viên tạo ra và kiểm soát các tình huống có thể xảy ra ở lâm sàng (LS), khuyến khích sự sáng tạo và chủ động của sinh viên, tạo hứng thú học tập cho sinh viên, giúp cho người học vượt qua được sự sợ hãi trước các tình huống lâm sàng và những rủi ro có thể mang lại từ chăm sóc người bệnh trên lâm sàng [43]. Một ưu điểm vượt trội của phương pháp mô phỏng đó là sinh viên nhận được phản hồi ngay lập tức và liên tục từ giảng viên cũng như những sinh viên khác khi thực hiện các hành động điều dưỡng [58]. Môi trường mô phỏng cung cấp cho sinh viên cơ hội hình thành, phát triển và nâng cao kỹ năng giao tiếp và sự

tự tin của mình mà không lo ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh, môi trường đó cũng cung cấp cho sinh viên cơ hội để thực hành và sửa chữa những lỗi sai của họ [64].

1.3. Các nghiên cứu liên quan

1.3.1. Các nghiên cứu ngoài nước

Tác giả Brian Laurence (2012) đã nghiên cứu về thái độ học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên nha khoa trường đại học Washington, Hoa Kỳ và khẳng định rằng kỹ năng giao tiếp là một phần không thể tách rời trong chương trình đào tạo, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sinh viên nha khoa coi việc học tập kỹ năng giao tiếp cũng quan trọng như các kiến thức và kỹ năng chuyên ngành khác [62]. Nghiên cứu của Molinuevo (2011) trong một nghiên cứu mô tả đánh giá thái độ của sinh viên điều dưỡng và sinh viên y khoa tại vùng phía Nam châu Âu đã cho thấy gần như tất cả sinh viên đều đánh giá kỹ năng giao tiếp là **cần phải** được cải thiện [69].

Nghiên cứu của Bradley (2006) và Strouse (2010) đều gợi ý rằng cải thiện kỹ năng giao tiếp như là một kết quả đầu ra của mô phỏng, tuy nhiên không có nghiên cứu nào đặt kỹ năng giao tiếp là một biến trong nghiên cứu của họ [33], [80]. Tác giả Alinier và cộng sự (2004) trong một nghiên cứu can thiệp có đối chứng cho rằng đào tạo mô phỏng trong giáo dục điều dưỡng là có lợi, tuy nhiên nghiên cứu đã xác định thiếu số liệu định lượng để hỗ trợ việc sử dụng mô phỏng trong cải thiện kỹ năng giao tiếp [25].

Tác giả Teresa (2015) trong một nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng trên 1 nhóm gồm 38 sinh viên điều dưỡng tại trường đại học Northern Kentucky cho kết quả rằng phương pháp giáo dục mô phỏng có hiệu quả hơn so với các bài giảng giáo khoa về giảng dạy các kỹ năng giao tiếp cho các sinh viên điều dưỡng đại học, tuy nhiên cỡ mẫu trong nghiên cứu này còn khá nhỏ. Anderson và Nelson (2015) trong một nghiên cứu định tính về các mô hình giao tiếp quan sát thấy trong băng ghi hình của một kịch bản phẫu thuật với 71 sinh viên đại học đã cho thấy tầm quan trọng của việc sử dụng mô phỏng có độ trung thực cao để phát triển kỹ năng giao tiếp [26].

Trong một nghiên cứu khác của tác giả Maggie Davis Kendrick (2015) đã chứng minh rằng việc học trong các phòng thực hành mô phỏng có hiệu quả đối với

tư duy phê phán, kỹ năng giao tiếp và kỹ năng ra quyết định. Tuy nhiên dữ liệu trong nghiên cứu không có ý nghĩa tương quan [50]. Tác giả Jared (2010) tiến hành nghiên cứu sử dụng một cuộc điều tra tổng hợp để xác định sự cải thiện điểm số của kiến thức và thái độ của các sinh viên điều dưỡng sau khi tiếp xúc với một đào tạo giao tiếp và nhóm chăm sóc dựa vào mô phỏng. Kết quả nghiên cứu cho thấy một sự khác biệt có ý nghĩa về điểm số, điều đó chứng minh rằng mô phỏng có thể hữu ích trong việc cải thiện kiến thức của giao tiếp và làm việc nhóm nhưng không cải thiện thái độ của sinh viên điều dưỡng liên quan đến giao tiếp và làm việc nhóm [57].

Cynthia Foronda và cộng sự (2013) trong một nghiên cứu về hiệu quả của mô phỏng đã tổng hợp hơn một trăm bài báo với năm chủ đề chính như sau: sự tự tin, sự hài lòng, sự lo lắng, kiến thức/kỹ năng và kinh nghiệm liên ngành. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả mạnh mẽ của phương pháp mô phỏng trên năm lĩnh vực này bao gồm kỹ năng điều dưỡng nói chung tuy nhiên chưa cho thấy rõ phương pháp mô phỏng có hiệu quả đối với kỹ năng giao tiếp hay không [41]. Tác giả Bethany (2014) nghiên cứu hiệu quả của mô phỏng có độ trung thực cao trong giáo dục chăm sóc sức khỏe tâm thần cho thấy đây là một phương pháp học tập hiệu quả cho sinh viên học tập thực hành lâm sàng [70].

1.3.2. Các nghiên cứu trong nước

Kỹ năng giao tiếp (KNGT) của sinh viên là một hướng nghiên cứu được nhiều sự quan tâm, KNGT đem lại nhiều hiệu quả cho quá trình học tập, rèn luyện, một số nghiên cứu về KNGT của sinh viên có thể kể đến như: luận văn thạc sỹ của tác giả Châu Thúy Kiều khi nghiên cứu thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên trường Cao đẳng Sư phạm Cần Thơ năm 2010 cho kết quả như sau: 89,06% sinh viên chưa ý thức được tầm quan trọng của kỹ năng giao tiếp, 92,1% SV chưa biết những KNGT cụ thể, 52,41% SV cho rằng cách dạy của giảng viên dạy môn giao tiếp chưa thực sự hấp dẫn [7]. Bài viết của tác giả Đậu Minh Long (Đại học Sư phạm Huế) về “Những trở ngại tâm lý trong giao tiếp của sinh viên năm thứ nhất trường ĐH sư phạm, ĐH Huế” đề cập đến nguyên nhân cơ bản khiến cho sinh viên sư phạm năm thứ nhất gặp nhiều trở ngại trong GT là do thiếu kiến thức về GT và chưa được trang bị, rèn luyện về các KNGT. Trên cơ sở đó tác giả đề xuất việc rèn luyện

KNGT cho sinh viên hướng vào việc rèn luyện ba nhóm KNGT chính là nhóm KN định hướng, nhóm KN định vị và nhóm KN điều khiển giao tiếp [11]. Tác giả Nguyễn Thị Mỹ Lộc và Đinh Thị Kim Hoa (Đại học Giáo dục, ĐH QG HN) trong nghiên cứu “Những rào cản tâm lý trong giao tiếp của sinh viên sư phạm trong quá trình triển khai các hình thức dạy học theo tín chỉ” năm 2009 đề cập đến vấn đề sinh viên sư phạm năm thứ 4 vẫn còn thiếu hụt hoặc chưa hoàn thiện các KNGT như KN lắng nghe, KN thuyết trình ... đã gây nhiều ảnh hưởng đến quá trình học tập cũng như quá trình GT với bạn bè và với giảng viên [12].

Ngoài ra có một số nghiên cứu khác về kỹ năng giao tiếp của người điều dưỡng cũng như trong đào tạo sinh viên điều dưỡng như: nghiên cứu về thực trạng dạy học lâm sàng tại 3 trường đại học lớn đào tạo điều dưỡng tại Việt nam, tác giả Nguyễn Văn Khải (2013) nhận xét: tỷ lệ giảng viên/sinh viên chưa được đáp ứng tại các cơ sở đào tạo Y, về kỹ năng dùng thuốc SV chỉ đạt 7,5% và kỹ năng sơ cấp cứu chỉ đạt 9,4% [8]. Tác giả Nguyễn Thị Cẩm Thu (2014) trong một nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng kết hợp định tính cho thấy: so với chuẩn mực giao tiếp của Bộ y tế thì chỉ có 29,5% thái độ và nội dung giao tiếp của điều dưỡng đạt chuẩn, thái độ ân cần và thân thiện của điều dưỡng đạt chuẩn thấp nhất là 1,57 [21]. Trong một nghiên cứu khác khảo sát sự hài lòng của người bệnh và sự giao tiếp của điều dưỡng, Đinh Ngọc Thành và cộng sự (2014) cho thấy: kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng tại các khoa Nội Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chỉ đạt ở mức trung bình [19]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Tùng và cộng sự thực hiện tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trên đối tượng sinh viên đại học chính quy cho thấy rằng: đối với thực hành kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe chỉ có 4,82% sinh viên đạt loại giỏi, 28,77% đạt loại khá, 49,35% loại trung bình, 17,06% không đạt yêu cầu [18].

Như vậy, có thể thấy vấn đề KNGT của sinh viên được quan tâm nghiên cứu trên nhiều lĩnh vực khác nhau và đã cho thấy được thực trạng KNGT của sinh viên còn nhiều vấn đề cần quan tâm. Tuy nhiên, vấn đề KNGT của sinh viên trong đào tạo điều dưỡng vẫn còn rất ít. Đặc biệt, chưa có nhiều trường đào tạo điều dưỡng nhận thức được vai trò của mô phỏng trong đào tạo điều dưỡng do đó có rất ít trường áp dụng phương pháp mô phỏng vào giảng dạy KNGT cho sinh viên điều

đưỡng. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là một trong những trường đầu tiên đưa mô phỏng vào giảng dạy cho sinh viên điều dưỡng. Tính đến nay chưa có bất kì nghiên cứu nào tìm hiểu về hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để giảng dạy kỹ năng điều dưỡng cho sinh viên, đặc biệt là kỹ năng giao tiếp tại Việt Nam.

1.4. Khung nghiên cứu áp dụng học thuyết Kolb

David Kolb đã giới thiệu một mô hình học tập dựa trên trải nghiệm (thường được biết đến với cái tên Chu trình học tập Kolb) nhằm “quy trình hóa” việc học với các giai đoạn và thao tác được định nghĩa rõ ràng. Thông qua chu trình này, cả người học lẫn người dạy đều có thể cải tiến liên tục chất lượng cũng như trình độ của việc học. Đây là một trong số các mô hình được sử dụng rộng rãi nhất trong việc thiết kế chương trình học, thiết kế bài giảng, trong việc huấn luyện cũng như trong các hướng dẫn học tập cho các khóa học sau phổ thông. Quan điểm cơ bản trong mô hình học tập dựa trên kinh nghiệm này là người học cần thiết phải “phản tỉnh” trên các kinh nghiệm của mình để từ đó khái quát hóa và công thức hóa các khái niệm để có thể áp dụng cho các tình huống mới có thể xuất hiện trong thực tế; sau đó các khái niệm này được áp dụng và kiểm nghiệm trong thực tế để thấy được sự đúng-sai, hữu dụng-vô ích...; từ đó lại xuất hiện các kinh nghiệm mới, và chúng lại trở thành đầu vào cho vòng học tập tiếp theo, cứ thế lặp lại cho tới khi nào việc học đạt được mục tiêu đề ra ban đầu. Chu trình Kolb (1984) có thể mô tả cụ thể thành 4 bước cơ bản sau [53]:

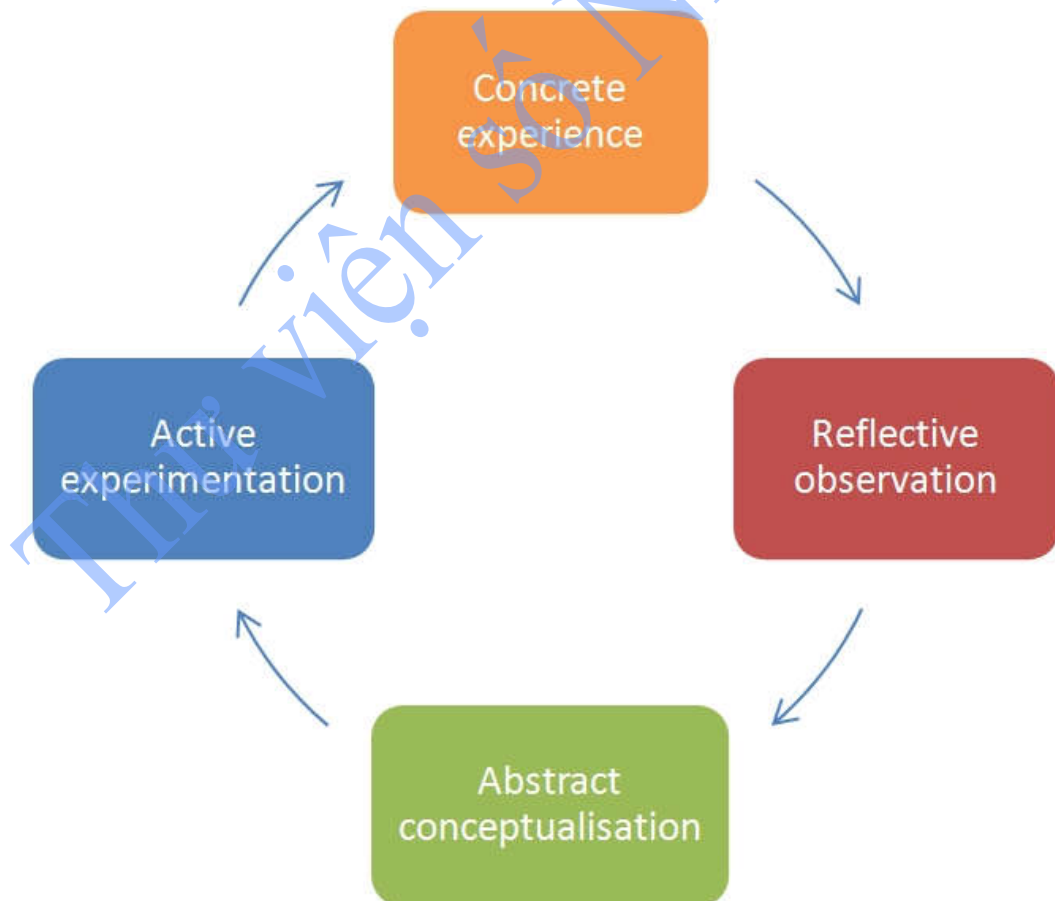
Kinh nghiệm Rời rạc (Concrete Experience): người học có thể đã đọc một số tài liệu, tham dự bài giảng, xem một số video trên Internet về chủ đề đang học tập... Tất cả các yếu tố đó sẽ tạo ra các kinh nghiệm nhất định cho người học. Và chúng trở thành “nguyên liệu đầu vào” quan trọng của quá trình học tập. Tuy vậy, kinh nghiệm quan trọng nhất là những kinh nghiệm mà các giác quan của con người có thể cảm nhận rõ ràng được. Theo gợi ý của Chu trình Kolb, đó mới chỉ là sự khởi đầu.

Quan sát có suy tưởng (Reflective Observation): người học tự đánh giá mang yếu tố “phản tỉnh”, tức là tự mình suy tưởng về các kinh nghiệm đó, xem mình cảm thấy thế nào, có hiểu được hay không, có thấy nó hợp lý hay không, có thấy nó đúng hay cảm thấy nó “có gì đó không ổn”, có quan điểm hay thực tế nào đi ngược

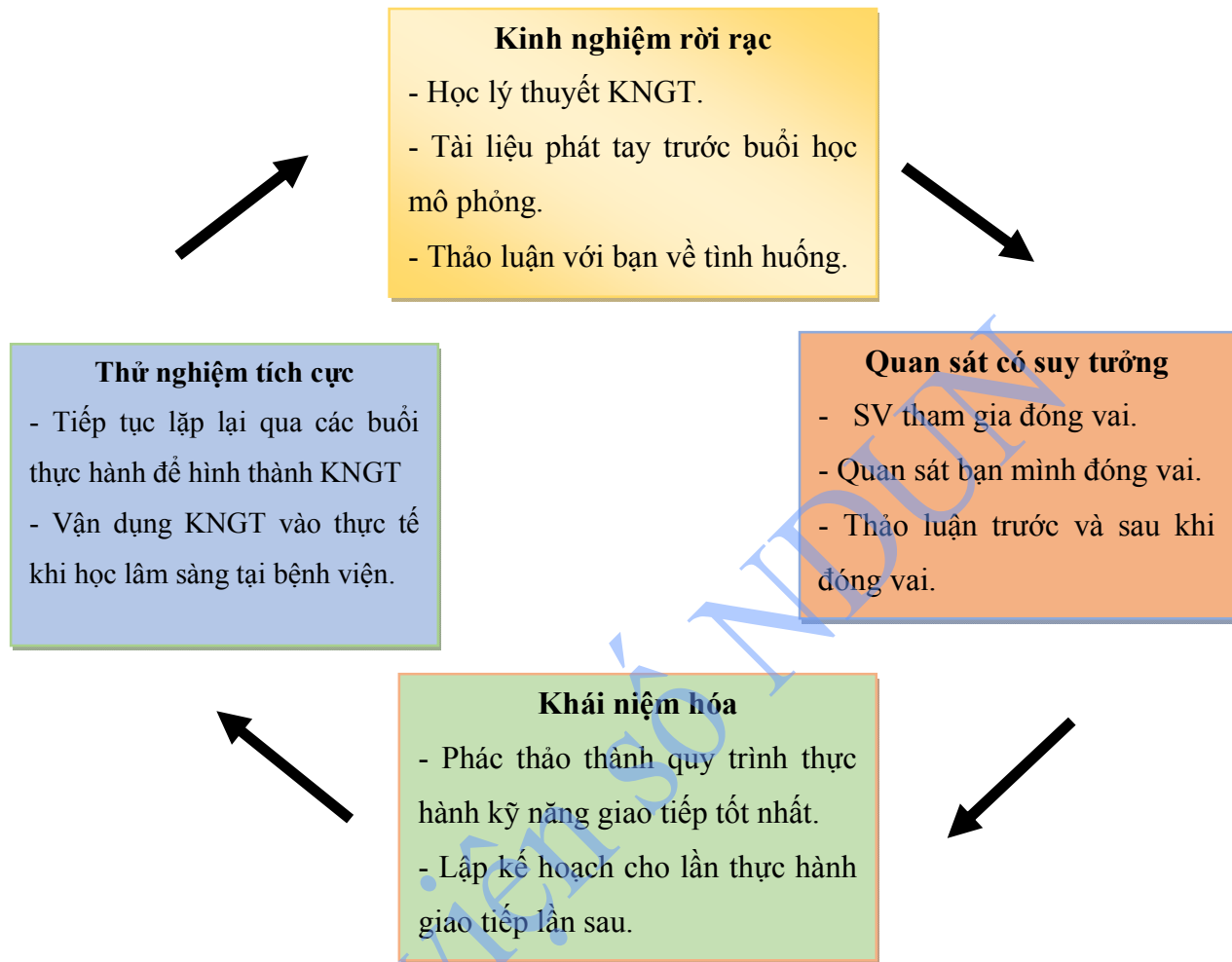
lại với các kinh nghiệm mình vừa trải qua hay không....

Khái niệm hóa (Conceptualization): sau khi có được quan sát chi tiết cộng với suy tưởng sâu sắc, người học tiến hành khái niệm hóa các kinh nghiệm đã nhận được từ đó ta có các khái niệm, “lí thuyết mới”. Bước này chính là bước quan trọng để các kinh nghiệm được chuyển đổi thành “tri thức”, hệ thống khái niệm và bắt đầu lưu giữ lại trong não bộ.

Thử nghiệm tích cực (Active Experimentation): ở giai đoạn trước, người học đã có một bản “kết luận” được đúc rút từ thực tiễn với các luận cứ và suy tư được liên kết chặt chẽ. Bản kết luận đó có thể coi như một giả thuyết, và ta phải đưa vào thực tiễn để kiểm nghiệm. Việc này hết sức quan trọng trong việc hình thành nên tri thức thực sự. Theo Kolb chân lí cần được lĩnh hội, hoặc kiểm chứng được. Đây là bước cuối cùng để chúng ta xác nhận hoặc phủ nhận các khái niệm từ bước trước.



Sơ đồ 1.2. Mô hình học tập qua trải nghiệm Kolb (1984)



Sơ đồ 1.3. Mô hình học tập qua trải nghiệm Kolb (tạm dịch)

Từ bốn bước trong chu trình học tập Kolb như trên, nghiên cứu ứng dụng để thực hiện quy trình dạy học thực hành kỹ năng giao tiếp như sau:

Bước 1: với điều kiện sinh viên đã học xong phần lý thuyết, giảng viên phát trước tài liệu bao gồm cả mục tiêu học tập và các tiêu chí đánh giá của phần thực hành để sinh viên xác định trước nội dung học tập, tìm tài liệu và thảo luận với nhau về các tình huống sẽ học.

Bước 2: thông qua việc tham gia vào các tình huống, sinh viên được trải nghiệm và quan sát bạn mình đóng vai, cùng với sự giúp đỡ của giáo viên tạo ra cảm nhận ban đầu về nội dung học tập và hình thành động cơ học tập tích cực.

Bước 3: sau khi được thực hành, sinh viên bắt đầu hình thành các kỹ năng mới và tự mình phác thảo thành quy trình cho lần thực hành sau tốt hơn.

Bước 4: từ những kiến thức mới đã được làm sáng tỏ và quy trình thực hành đã được xây dựng ở bước 3, sinh viên sẽ tiếp tục luyện tập các bài thực hành về KNGT qua các buổi thực hành trên lớp và ở nhà. Kết thúc quá trình thực hành, sinh viên hình thành kỹ năng mới và tiếp tục vận dụng vào thực tế.

Ở Việt Nam, học thuyết Kolb cũng được áp dụng trong một số nghiên cứu. Năm 2015 Bùi Văn Hồng nghiên cứu việc ứng dụng học thuyết Kolb vào giảng dạy trong giáo dục nghề nghiệp cho kết quả: tỉ lệ đạt được mục tiêu dạy học của người học ở mức cao. Kết quả này bước đầu có thể khẳng định tính hiệu quả của quy trình dạy học tích hợp theo lý thuyết học tập trải nghiệm [6]. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Văn Hạnh năm 2017 đã đưa ra những lập luận khoa học và đề xuất các mô hình thiết kế bài học theo lý thuyết học tập trải nghiệm của Kolb vào đào tạo theo năng lực [5]. Tác giả Võ Thành Lâm khi nghiên cứu việc tổ chức dạy có áp dụng chu trình Kolb vào môn Thiên văn học đại cương cho thấy bài giảng nào có áp dụng chu trình Kolb đã làm tăng sự logic tư duy, sự khai thác tư duy, sự chủ động của sinh viên. Nghiên cứu đã khẳng định đây là phương pháp có ưu thế hơn, hiệu quả nhanh, tích cực hơn so với so với phương pháp dạy học truyền thống thông thường [10]. Học tập theo phương pháp đóng vai đưa sinh viên đi qua các giai đoạn trong một chu trình học tập Kolb. Tuy nhiên để nghiên cứu hiệu quả của việc áp dụng học thuyết Kolb trong giảng dạy điều dưỡng tại Việt Nam đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào.

1.5. 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 khỏe 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. Trường hiện tại được cấu trúc theo các khoa (gồm 5 khoa: khoa Khoa học cơ bản, khoa Y học cơ sở, khoa Y tế Công cộng, khoa Điều dưỡng - Hộ sinh và khoa Y học lâm sàng), 11 Phòng, 3 trung tâm (trong đó Trung tâm thực hành Tiên lâm sàng được thành lập từ tháng 10 năm 2015) và một số bộ môn trực thuộc trường.

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

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên năm thứ 3 hệ đại học điều dưỡng chính quy khóa 11 của Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định đã được mời tham gia vào nghiên cứu này. Lý do chọn Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định vì đây là một trong những trường đào tạo sinh viên điều dưỡng có số lượng SV tốt nghiệp hàng năm nhiều nhất cả nước và được đánh giá chất lượng khá cao tại các đơn vị tuyển dụng. Ngoài ra hệ sinh viên đại học điều dưỡng chính quy là hệ đào tạo có số lượng sinh viên nhiều nhất so với các hệ đào tạo khác tại Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định và đây cũng là đối tượng có lượng sinh viên đa dạng đến từ rất nhiều tỉnh thành khác nhau trên cả nước.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Sinh viên điều dưỡng hệ Đại học chính quy;
- + Các sinh viên điều dưỡng đang học năm thứ 3;
- + Sinh viên chưa học thực hành học phần “Giao tiếp trong thực hành nghề nghiệp”;
- + Sinh viên chưa tham gia học lâm sàng tại bệnh viện;
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Các sinh viên nghỉ học bất kì 1 buổi nào trong 6 buổi học thực hành hoặc đang bị đình chỉ, bảo lưu...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2016 đến tháng 8/2017. Trong đó thời gian thu thập số liệu từ 01/3/2016 đến 20/4/2016. Tại thời gian thu thập số liệu, sinh viên vừa kết thúc phân lý thuyết học phần “Giao tiếp trong thực hành nghề nghiệp” của chương trình đào tạo Cử nhân Điều dưỡng hệ 4 năm.

Địa điểm nghiên cứu tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 255 Hàn Thuyên, Thành phố Nam Định, Tỉnh Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

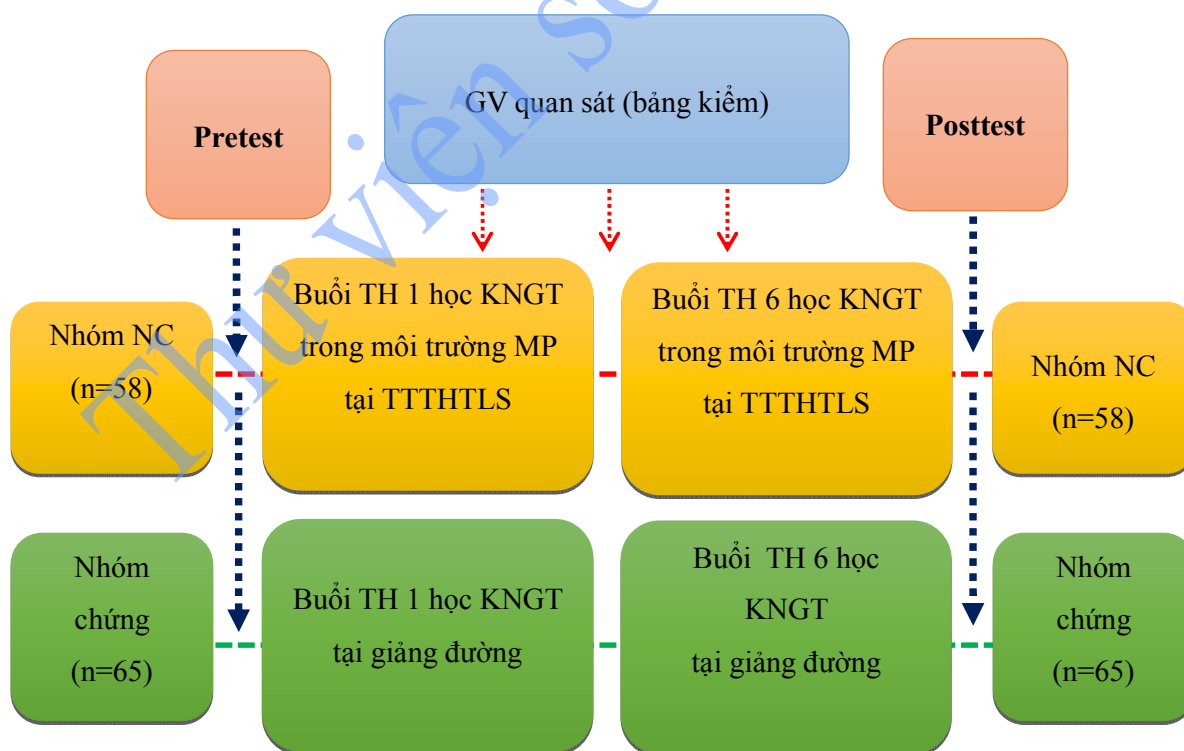
Là nghiên cứu can thiệp có đối chứng, định lượng kết hợp định tính.

Nghiên cứu định lượng để khảo sát thái độ và kỹ năng thực hành giao tiếp của sinh viên trước và sau can thiệp. Từ đó đánh giá hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên.

Nghiên cứu định tính nhằm tìm hiểu các quan điểm của giảng viên và sinh viên khi giảng dạy và học tập tại phòng thực hành mô phỏng tại Trung tâm thực hành Tiên lâm sàng, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, những thuận lợi và khó khăn khi triển khai học tập tại phòng mô phỏng qua việc nghiên cứu tài liệu và phỏng vấn sâu đối với giảng viên và sinh viên.

Quá trình nghiên cứu được mô tả như sơ đồ dưới đây:

Giai đoạn 1: Nghiên cứu định lượng



Sơ đồ 2.1. Quá trình nghiên cứu

Cả hai nhóm nghiên cứu đều được học học phần “Giao tiếp trong thực hành nghề nghiệp” theo đúng như đề cương chi tiết học phần của môn học, tức là học thực hành kỹ năng giao tiếp bằng phương pháp đóng vai. Chương trình học cụ thể như sau:

Nhóm nghiên cứu: mỗi buổi học gồm 5 tiết, 4 giảng viên giảng dạy 1 lớp học phần gồm 58 sinh viên bằng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng, 1 lớp học phần được chia thành 2 nhóm lớn học tại 2 phòng thực hành mô phỏng, mỗi phòng gồm 29 sinh viên, 2 giảng viên phụ trách 1 phòng, trong mỗi buổi học các sinh viên được chia nhóm gồm 5-6 sinh viên/1 nhóm tham gia đóng vai theo các tình huống tại phòng mô phỏng, trong đó người bệnh là mô hình được giảng viên lồng tiếng hoặc người bệnh chuẩn do sinh viên đóng vai, thường diễn ra 5 tình huống/1 buổi học. Địa điểm học: phòng thực hành mô phỏng tại trung tâm thực hành tiền lâm sàng

Nhóm chứng: mỗi buổi học gồm 5 tiết, 1 giảng viên giảng dạy 1 lớp học phần gồm 65 sinh viên bằng phương pháp đóng vai, trong mỗi buổi học các sinh viên được chia nhóm gồm 10-15 sinh viên/1 nhóm, thường diễn ra 4-5 tình huống/1 buổi học. Địa điểm học: tại giảng đường.

Đối với cả hai nhóm: nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều thực hiện theo các bước sau đây:

Bước 1 - Chuẩn bị:

Trước buổi học thực hành đầu tiên 1 tuần, người nghiên cứu gặp mặt toàn bộ sinh viên của hai nhóm nghiên cứu và 4 giảng viên để giới thiệu về nghiên cứu, các sinh viên và giảng viên kí vào bản đồng thuận có tham gia nghiên cứu hay không, sinh viên và giảng viên có quyền từ chối tham gia. Sau đó người nghiên cứu cho các sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu hoàn thành phiếu câu hỏi đánh giá trước (phụ lục 1). Tiếp đó các sinh viên này sẽ nhận được tài liệu phát tay về nội dung buổi học thứ nhất để sinh viên chuẩn bị trước, gồm có: nội dung bài học, các câu hỏi liên quan và tài liệu liên quan đến bài học.

Bước 2 – Thực hiện:

Triển khai giảng dạy cho hai nhóm theo nội dung chương trình đã được phê duyệt trong đề cương môn học đối với học phần “Giao tiếp trong thực hành nghề nghiệp” theo đúng các bước trong kế hoạch bài giảng.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu định tính

Sau khi kết thúc phần nghiên cứu định lượng 1 tháng, căn cứ vào kết quả thi của sinh viên từ bộ môn, người nghiên cứu chọn ra 2 sinh viên có điểm tổng kết học phần cao nhất và 2 sinh viên có điểm tổng kết học phần thấp nhất để tiến hành phỏng vấn sâu. Người nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu 4 giảng viên giảng dạy tại phòng thực hành mô phỏng và 4 sinh viên được học tập bằng phương pháp mô phỏng. Thời gian phỏng vấn khoảng 30 phút/ 1 người. Nội dung của tất cả các cuộc phỏng vấn được ghi âm lại bằng máy ghi âm của người nghiên cứu. Sau đó người nghiên cứu tiến hành gõ băng và mã hóa lại tất cả các câu trả lời của đối tượng nghiên cứu.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho giai đoạn định lượng

Cơ mẫu: 123 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên có đối chứng.

Người nghiên cứu sử dụng 10 phiếu bốc thăm tương ứng với 10 lớp học phần Đại học chính quy khóa 11, bốc thăm ngẫu nhiên 2 trong số 10 phiếu được kết quả là hai lớp học phần: lớp học phần 8 và lớp học phần 9, tổng số sinh viên hai lớp là 126 sinh viên. Tiếp tục sử dụng hai phiếu thăm để lựa chọn nhóm chứng và nhóm nghiên cứu, kết quả thu được: nhóm chứng là toàn bộ sinh viên của lớp học phần 11.8 gồm 65 sinh viên và nhóm nghiên cứu là toàn bộ sinh viên của lớp học phần 11.9 gồm 61 sinh viên.

Sau khi nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, nghiên cứu viên đã tiến hành thu thập số liệu. Sau khi được sự cho phép của Hiệu trưởng và Trưởng Phòng Đào tạo Đại học, Trưởng bộ môn Tâm lý Y học – Y đức, Giám đốc Trung tâm thực hành Tiền lâm sàng, nghiên cứu viên được sự giúp đỡ của phòng Đào tạo Đại học để tiếp cận sinh viên. Khi gặp gỡ

sinh viên, nghiên cứu viên đã giới thiệu và giải thích về nghiên cứu của mình và mời sinh viên tham gia vào nghiên cứu.

Với tổng số 126 sinh viên được mời tham gia vào nghiên cứu, 126 sinh viên đồng ý và kí vào “Phiếu Chấp Thuận Tham Gia Nghiên Cứu” (phụ lục 6). Sau khi phát các bộ câu hỏi điều tra trong quá trình thu thập số liệu có 03 sinh viên nghỉ học có lí do hoặc bảo lưu, vì vậy đã có 123 phiếu được nộp lại cho nghiên cứu viên, các phiếu này đều đã được điền đầy đủ vào tất cả các mục khảo sát. Như vậy, số phiếu điều tra hợp lệ được đưa vào phân tích là 123 phiếu.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho giai đoạn định tính

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Đối với phỏng vấn sâu, chọn 4 giảng viên đang tham gia giảng dạy tại Trung tâm Thực hành Tiên lâm sàng, 2 sinh viên đạt điểm tổng kết môn học cao nhất, 2 sinh viên đạt điểm tổng kết môn học thấp nhất của nhóm nghiên cứu. Như vậy nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu 8 đối tượng nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi phát bộ câu hỏi điều tra đến tận tay từng sinh viên điều dưỡng, mỗi sinh viên sẽ có khoảng thời gian 20 đến 30 phút để tự hoàn thành. Đây là bộ câu hỏi tự điền để đánh giá “Thái độ của sinh viên đối với việc học tập kỹ năng giao tiếp” (phụ lục 1). Các thông tin thu thập được sẽ được bảo mật cho từng sinh viên. Sinh viên được giải thích là kết quả của phiếu điều tra không ảnh hưởng tới kết quả học tập của sinh viên, vì vậy SV không trao đổi và sao chép câu trả lời của các sinh viên khác. Điều tra viên sẽ ở cùng với sinh viên để hỗ trợ sinh viên khi có thắc mắc. Sau khi hoàn thành, sinh viên sẽ nộp lại bộ câu hỏi điều tra của mình vào một hộp kín cho nghiên cứu viên.

Trong buổi học thực hành đầu tiên, giảng viên quan sát sinh viên thực hành và cho điểm sinh viên vào “Bảng kiểm quan sát kỹ năng giao tiếp”.

Việc thu thập số liệu được thực hiện lần 2 vào buổi thực hành cuối cùng, sinh viên tự điền vào bộ câu hỏi đánh giá “Thái độ của sinh viên đối với việc học tập kỹ năng giao tiếp”, giảng viên quan sát sinh viên thực hành và cho điểm sinh viên vào

“Bảng kiểm quan sát kỹ năng giao tiếp”.

Sau thời gian học 1 tháng, người nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu giảng viên và sinh viên qua một số câu hỏi sau: quan điểm của anh/ chị khi áp dụng việc dạy và học tại phòng mô phỏng là gì? Theo thầy/cô việc chuẩn bị giảng dạy và đánh giá có yếu tố thuận lợi và khó khăn gì? Theo thầy/ cô có nên tiếp tục thực hiện phương pháp giảng dạy này không?.... (phụ lục 5).

Bảng điểm gồm điểm định kì và tổng kết học phần của sinh viên lưu tại phòng Đào tạo Đại học được sử dụng để đánh giá kết quả học tập của hai nhóm nghiên cứu sau can thiệp. Trong đó điểm định kì là trung bình 6 điểm thực hành của sinh viên qua 6 buổi học. Căn cứ vào “Quy định Đào tạo đại học và cao đẳng theo hệ thống tín chỉ” của trường Đại học Điều dưỡng Nam định, điểm tổng kết học phần của SV được chia theo các thang điểm như sau: Từ 8.5 – 10 : loại A, Từ 7 – 8.4: loại B, Từ 5.5 – 6.9: loại C, Từ 4.0 – 5.4 : loại D, Dưới 4: loại F.

2.6. Các biến số nghiên cứu

2.6.1. Biến liên quan thông tin chung của sinh viên

- Họ tên: là biến định danh.
- Tuổi: Là số tuổi hiện tại của SV, được tính theo năm. Số tuổi của SV được tính theo công thức: Tuổi = 2017 – năm sinh.
- Giới tính: Là một biến định danh với 2 giá trị là nam và nữ.
- Lớp học phần: Là một biến định danh với 2 giá trị là tên 2 lớp HP 11.8 và lớp HP 11.9.

2.6.2. Biến thái độ học tập kỹ năng giao tiếp

Được chia thành 4 nhóm yếu tố như sau [62]:

Yếu tố 1- “Học tập” (gồm 10 câu: 5, 7, 9, 10, 14, 16, 18, 20, 21, 23) phản ánh thái độ của sinh viên về vai trò mà việc học tập kỹ năng giao tiếp đã hoặc sẽ mang lại cho sinh viên điều dưỡng.

Yếu tố 2- "Tầm quan trọng" (gồm 6 câu: 11, 13, 15, 17, 22, 24) phản ánh thái độ của sinh viên về tầm quan trọng của việc hiểu rõ sự phức tạp và khó khăn để giao tiếp tốt.

Yếu tố 3- "Chất lượng" (gồm 4 câu: 1, 2, 4, 6) phản ánh thái độ của sinh viên về cách giao tiếp tốt để trở thành người điều dưỡng tốt, bao gồm quá trình học tập kỹ năng giao tiếp và vai trò của việc học kỹ năng giao tiếp cũng quan trọng như việc học kiến thức và kỹ năng điều dưỡng khác.

Yếu tố 4 - "Thành công" (gồm 4 câu: 3, 8, 12, 19) phản ánh thái độ về vai trò của kỹ năng giao tiếp trong việc hoàn thành các yêu cầu để tốt nghiệp trường điều dưỡng (phụ lục 4).

2.6.3. Biến thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Gồm có 7 mục:

- Xây dựng một mối quan hệ
- Trao đổi với NB
- Thu thập thông tin
- Hiểu về quan điểm của NB
- Chia sẻ thông tin
- Đạt được sự đồng thuận
- Kết thúc

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

2.7.1. Xây dựng thang đo “Thái độ về việc học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng”

Nghiên cứu viên tham khảo bộ công cụ “Communication Skills Attitude Scale” (CSAS) của Laurence (2012) [62]. Thang đo này ban đầu gồm 26 câu sử dụng thang Likert 5 điểm để đánh giá thái độ tích cực và thái độ tiêu cực của sinh viên nha khoa đối với việc học tập kỹ năng giao tiếp. Yếu tố 1 thể hiện thái độ tích cực có độ tin cậy là 0,873 và hệ số tương quan là 0,646 ($p < 0,001$), Yếu tố 2 thể hiện thái độ tiêu cực có độ tin cậy là 0,805 và hệ số tương quan là 0,771 ($p < 0,001$).

Chúng tôi đã nhận được sự cho phép của tác giả bộ công cụ “Communication Skills Attitude Scale” trước khi tiến hành nghiên cứu (phụ lục 7). Độ tin cậy của bộ công cụ được đánh giá dựa trên chỉ số Cronbrach alpha. Sau khi điều chỉnh một số

từ khóa cho phù hợp với sinh viên điều dưỡng như: từ “nha khoa” chuyển thành “điều dưỡng”, “điều trị” chuyển thành “chăm sóc”, một điều tra thử nghiệm đã được tiến hành trên 30 sinh viên. Người trả lời được yêu cầu đánh giá mức độ họ đồng ý hoặc không đồng ý với các câu trong thang đo theo thang Likert năm điểm từ những ý kiến: rất không đồng ý, không đồng ý, không quyết định, đồng ý, rất đồng ý với các mức độ từ 1 đến 5. Người nghiên cứu đã kiểm tra độ tin cậy của thang đo ban đầu với 26 câu cho hệ số Cronbrach alpha trên nghiên cứu thử nghiệm này là 0,792, do có 2 câu hỏi chưa phù hợp với thực tế Việt Nam nên đã được lược bỏ, hệ số Cronbrach alpha cho 24 câu hỏi là 0,810. Mức giá trị này lớn hơn 0,8 là thang đo lường tốt [22]. Cùng với sự góp ý của chuyên gia, thang đo “Thái độ về việc học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng” gồm 24 câu trong đó có 14 câu đánh giá thái độ tích cực và 10 câu đánh giá thái độ tiêu cực.

“Thái độ về việc học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng” được đánh giá trên thang điểm Likert 5 điểm. Điểm của mỗi câu trả lời được tính như sau:

Rất không đồng ý	= 1 điểm
Không đồng ý	= 2 điểm
Không quyết định	= 3 điểm
Đồng ý	= 4 điểm
Rất đồng ý	= 5 điểm

Tổng điểm thang đo “Thái độ về việc học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng” được tính bằng tổng điểm của 24 câu; trong đó, câu đảo chiều được quy điểm ngược trước khi phân tích số liệu. Với 24 câu được quy điểm, tổng điểm thái độ ở trong khoảng từ 0 đến 120. Điểm càng cao thì chứng tỏ sinh viên càng có thái độ tốt đối với việc học kỹ năng giao tiếp.

2.7.2. Xây dựng thang đo “Thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng”

Thang đo này bao gồm 24 câu hỏi được người nghiên cứu tham khảo từ thang đo “Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist” được phát triển bởi Gregory Makoul (2001) [67]. Nhóm nghiên cứu đã nhận được sự đồng ý của tác giả để sử dụng thang đo trong nghiên cứu này (phụ lục 7). Thang đo này gồm có 7 mục,

mỗi mục tương ứng với các yếu tố cơ bản của giao tiếp điều dưỡng với người bệnh. Các đánh giá được thực hiện theo thang Likert 5 điểm: 1= kém, 2= trung bình, 3= tốt, 4= rất tốt, 5 = xuất sắc. Câu trả lời cho 7 mục để tính điểm kỹ năng giao tiếp với 24 câu , tổng điểm thực hành ở trong khoảng từ 0 đến 120. Điểm số càng cao thể hiện khả năng thực hành càng tốt hơn. Thang đo này được đánh giá bởi một người quan sát là giảng viên giảng dạy hoặc người nghiên cứu.

2.7.3. Tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ

Bộ công cụ được xây dựng dựa vào tham khảo 2 bộ công cụ “Communication Skills Attitude Scale” (CSAS) của Laurence (2012) [62] được sử dụng để đánh giá thái độ của sinh viên đối với học kỹ năng giao tiếp và thang đo “Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist” được phát triển bởi Gregory Makoul (2001) [67] để đánh giá thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng. Cả hai bộ công cụ đã được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt bởi người nghiên cứu và một giảng viên tiếng Anh tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Hai bản dịch này được so sánh và chỉnh sửa lại cho phù hợp về nội dung. Bản dịch cuối cùng được tiến hành kiểm định về tính giá trị và độ tin cậy theo các bước sau:

(1) Bộ công cụ được gửi đến 03 chuyên gia trong lĩnh vực Tâm lý, Điều dưỡng, Giảng viên giảng dạy thực hành mô phỏng góp ý kiến (xem phụ lục 3).

(2) Bộ công cụ cũng được gửi đến 05 sinh viên về để phản hồi về sự rõ nghĩa của câu từ sử dụng.

Độ tin cậy của bộ công cụ được đánh giá dựa trên chỉ số Cronbrach alpha. Một điều tra thử nghiệm (pilot study) đã được tiến hành trên 30 sinh viên. Kết quả phân tích chỉ số Cronbrach alpha trên nghiên cứu thử nghiệm này như sau: Thái độ = 0,810; Thực hành = 0,793. Như vậy với các chỉ số cronbrach alpha đều > 0,70, các thang đo này để đảm bảo độ tin cậy ở mức Tốt [72].

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập được kiểm tra lại từng phiếu, làm sạch dữ liệu sau đó sẽ được nhập và sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu sử dụng thuật toán so sánh cặp để phân tích số liệu.

- Phân tích mô tả (descriptive analysis) bao gồm Frequencies, percentage, means và range được sử dụng để thể hiện đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu trong nghiên cứu này.
- Independent Sample T-test được sử dụng để kiểm định sự khác biệt về giá trị trung bình của hai tổng thể nhằm kiểm tra có sự khác biệt giữa hai nhóm chứng và nhóm nghiên cứu hay không.
- Phương pháp Paired Samples T Test so sánh từng cặp giá trị trước và sau học thực hành để xem trước và sau can thiệp có sự khác biệt hay không.

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu này được thông qua hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và việc thực hiện nghiên cứu được sự cho phép của Hiệu trưởng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Trưởng bộ môn Tâm lý Y học – Y đức và Giám đốc Trung tâm Thực hành Tiên lâm sàng.

Những người tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, về các quyền lợi và nghĩa vụ của họ trong nghiên cứu và chỉ tiến hành nghiên cứu khi người tham gia hoàn toàn tự nguyện. Số liệu thu thập được phân tích và được giấu tên. Tất cả sinh viên có quyền từ chối tham gia hoặc dừng tham gia tại bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu. Tất cả thông tin chỉ được sử dụng hoàn toàn cho mục đích nghiên cứu này.

2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.10.1. Sai số

- Từ đối tượng nghiên cứu: không hiểu, điền sai, điền không đúng.
- Từ quá trình kiểm tra số liệu.

2.10.2. Biện pháp khắc phục sai số

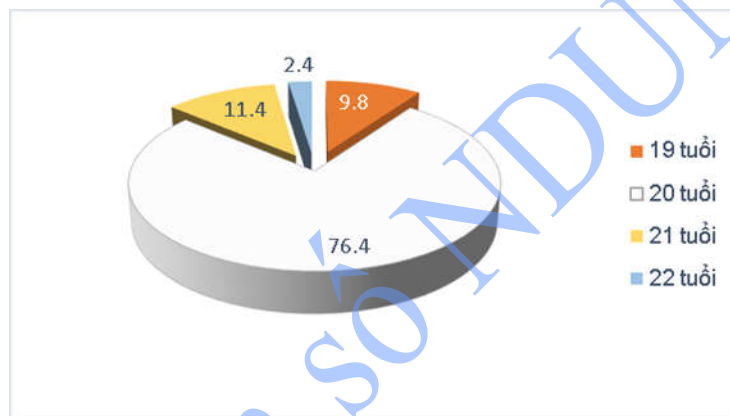
- Từ đối tượng tham gia nghiên cứu: giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu và bộ câu hỏi, hướng dẫn cách trả lời bộ câu hỏi.
- Từ quá trình thu thập số liệu: quan sát và kiểm tra ngay sau khi thu thập số liệu.
- Những phiếu điều tra điền thiếu, điền không đúng được loại khỏi nghiên cứu.
- Từ quá trình kiểm tra số liệu: đọc cẩn thận và làm sạch số liệu trước khi phân tích.

Chương 3

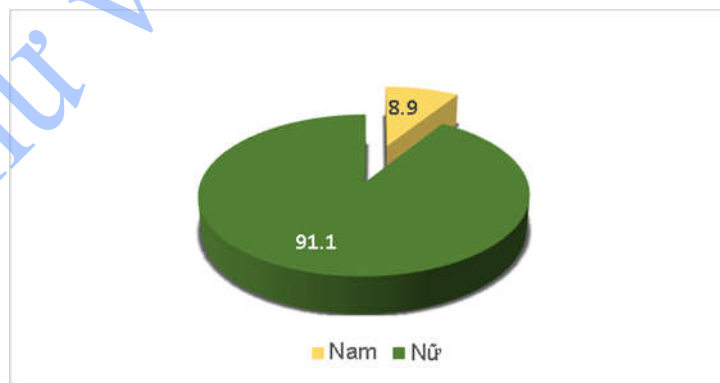
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên sinh viên hệ Đại học Điều dưỡng chính quy năm thứ ba tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. 123 sinh viên đã đăng kí đồng ý điền vào các phiếu điều tra và đạt tiêu chuẩn để đưa vào phân tích với hai lớp học phân đại học chính quy khóa 11: lớp học phần 8 gồm 65 sinh viên và lớp học phần 9 gồm 58 sinh viên với các đặc điểm như sau:



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Theo như hai biểu đồ 3.1 và biểu đồ 3.2: nghiên cứu có 11 nam (8,9%) và 112 nữ (91,1%). Độ tuổi của sinh viên từ 19 tuổi đến 22 tuổi trong đó phần lớn là 20 tuổi (76,4%).

3.2. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên

3.2.1. Thực trạng về thái độ học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Bảng 3.1. Thái độ về yếu tố 1 - “Học tập”

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n = 123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
B5. Học KNGT giúp rèn luyện thái độ tôn trọng NB.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	54	83,08	50	86,21	104	84,55	> 0,05
Không quyết định	11	16,92	6	10,34	17	13,82	
Đồng ý	0	0	2	3,45	2	1,63	
Điểm trung bình	1,75 ± 0,73		1,76 ± 0,78		1,76 ± 0,75		
B7. Học tập KNGT thật thú vị							
Không đồng ý	1	1,54	0	0	1	0,81	< 0,05
Không quyết định	6	9,23	13	22,41	19	15,45	
Đồng ý/ Rất đồng ý	58	89,23	45	77,59	103	83,74	
Điểm trung bình	4,15 ± 0,64		3,90 ± 0,58		4,03 ± 0,63		
B9. Học KNGT giúp tạo điều kiện cho các KN làm việc nhóm							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	51	78,47	43	74,14	94	76,42	> 0,05
Không quyết định	12	18,46	13	22,41	25	20,33	
Đồng ý	2	3,08	2	3,45	4	3,25	
Điểm trung bình	1,91 ± 0,80		2,05 ± 0,78		1,98 ± 0,79		
B10. Học KNGT giúp tôi cải thiện khả năng GT với NB.							
Rất không đồng ý	0	0	2	3,45	2	1,63	> 0,05
Không quyết định	1	1,54	0	0	1	0,81	
Đồng ý/ Rất đồng ý	64	98,46	56	96,56	120	97,56	
Điểm trung bình	4,58 ± 0,53		4,38 ± 0,81		4,49 ± 0,68		
B14. Học KNGT giúp rèn luyện thái độ tôn trọng các đồng nghiệp							
Rất không đồng ý	0	0	1	1,72	1	0,81	> 0,05
Đồng ý/ Rất đồng ý	65	100	57	98,28	122	99,19	
Điểm trung bình	4,42 ± 0,50		4,28 ± 0,64		4,35 ± 0,57		
B16. Học KNGT giúp tôi thừa nhận quyền được bảo mật của NB.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	1	1,54	5	8,62	6	4,88	> 0,05
Không quyết định	17	26,15	13	22,41	30	24,39	
Đồng ý/ Rất đồng ý	47	72,31	40	68,97	87	70,73	
Điểm trung bình	3,82 ± 0,63		3,72 ± 0,91		3,77 ± 0,78		
B18. Điều dưỡng nên được học kỹ năng giao tiếp.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	2	3,08	3	5,17	5	4,07	> 0,05
Đồng ý/ Rất đồng ý	63	96,92	55	94,82	118	95,94	

Điểm trung bình	4,43 ± 0,66		4,38 ± 0,88		4,41 ± 0,77		
B21. Học KNGT rất thích hợp đối với SV ĐĐ							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	2	3,08	1	1,72	3	2,44	> 0,05
Không quyết định	2	3,08	2	3,45	4	3,25	
Đồng ý/ Rất đồng ý	61	93,84	55	94,83	116	94,31	
Điểm trung bình	4,28 ± 0,67		4,21 ± 0,67		4,24 ± 0,67		
B23. Học KNGT rất quan trọng bởi vì đó là một KN suốt đời.							
Rất không đồng ý	0	0	3	5,17	3	2,44	< 0,05
Không quyết định	0	0	1	1,72	1	0,81	
Đồng ý/ Rất đồng ý	65	100	54	93,1	119	96,75	
Điểm trung bình	4,51 ± 0,50		4,21 ± 0,91		4,37 ± 0,74		
B20*. Tôi thấy rất khó khăn khi phải thừa nhận những lỗi sai trong KNGT							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	31	47,69	29	50	60	48,78	> 0,05
Không quyết định	18	27,69	9	15,52	27	21,95	
Đồng ý/ Rất đồng ý	16	24,62	20	34,48	36	29,27	
Điểm trung bình	3,26 ± 0,97		3,22 ± 1,06		3,24 ± 1,01		
Điểm trung bình chung	3,66 ± 0,35						

*Câu đảo chiều

Từ kết quả số liệu bảng 3.1 cho thấy: 84,55 % SV ở cả hai nhóm nghiên cứu đều không đồng ý hoặc rất không đồng ý với câu B5. Mặc dù chưa học thực hành KNGT nhưng có tới 83,74% SV hai nhóm trả lời đồng ý hoặc rất đồng ý với câu B7, chỉ có 1 SV không đồng ý với câu này. Câu B9 có tới 76,42% (n=94) SV thể hiện quan điểm rất không đồng ý hoặc không đồng ý, chỉ có 4 SV đồng ý và không SV nào chọn rất đồng ý. Trong số 123 SV được điều tra, có tới 97,56% (n=120) rất đồng ý hoặc đồng ý với câu B10, chỉ có 1 SV không quyết định, 2 SV rất không đồng ý. Phần lớn SV đồng ý hoặc rất đồng ý với ý kiến câu B14 có tỷ lệ ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu lần lượt là 100 % (n=65) và 98,28% (n=57). Tuy nhiên có 24,39% SV (n=30) trả lời không quyết định với câu B16. Câu B18, câu B21 và câu B23 có tỷ lệ SV trả lời đồng ý hoặc rất đồng ý lần lượt như sau: 95,94% (n = 118), 94,31% (n=116) và 96,75% (n=119). Khi được hỏi câu B20 có 48,78 % (n=60) SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý, 21,95% SV (n=27) không quyết định, đặc biệt có 29,27% (n=36) SV đồng ý hoặc rất đồng ý.

Trong nhóm yếu tố “Học tập” sự khác biệt về thái độ của hầu hết SV của hai nhóm trước can thiệp là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, chỉ có 2 câu: câu B7 và B23 có ĐTB của nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Thái độ về yếu tố 2 - “Tâm quan trọng”

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n = 123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
B11*. Các bài học về KNGT quá phức tạp							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	38	58,46	37	63,79	75	60,98	> 0,05
Không quyết định	14	21,54	11	18,97	25	20,33	
Đồng ý/ Rất đồng ý	13	20,00	10	17,24	23	18,70	
Điểm trung bình	3,48 ± 1,02		3,53 ± 1,03		3,5 ± 1,01		
B13. Học KNGT quá dễ dàng							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	44	67,69	40	68,97	84	68,29	> 0,05
Không quyết định	15	23,08	13	22,41	28	22,76	
Đồng ý/ Rất đồng ý	6	9,23	5	8,62	11	8,95	
Điểm trung bình	2,32 ± 0,89		2,24 ± 0,82		2,28 ± 0,85		
B15*. Các giảng viên không đi lâm sàng vẫn có khả năng giảng về KNGT							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	5	7,69	2	3,45	7	5,69	> 0,05
Không quyết định	26	40,00	21	36,21	47	38,21	
Đồng ý/ Rất đồng ý	34	52,30	35	60,35	69	56,10	
Điểm trung bình	2,42 ± 0,88		2,31 ± 0,73		2,37 ± 0,82		
B17. Giảng dạy KNGT sẽ tốt hơn nếu chương trình giảng dạy như một môn khoa học							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	12	18,46	12	20,69	24	19,51	> 0,05
Không quyết định	24	36,92	18	31,03	42	34,15	
Đồng ý/ Rất đồng ý	29	44,61	28	48,27	57	46,34	
Điểm trung bình	3,35 ± 0,89		3,34 ± 1,10		3,35 ± 0,99		
B22*. Tôi cảm thấy khó khăn để học KNGT một cách nghiêm túc							
Không đồng ý	3	4,62	2	3,45	5	4,07	> 0,05
Không quyết định	22	33,85	23	39,66	45	36,59	
Đồng ý/ Rất đồng ý	40	61,54	33	56,90	73	59,35	
Điểm trung bình	2,34 ± 0,71		2,38 ± 0,69		2,36 ± 0,70		
B24*. Học KNGT dành cho sinh viên tâm lý chứ không phải sinh viên ĐD							
Không đồng ý	5	7,69	3	5,17	8	6,50	> 0,05
Không quyết định	18	27,69	15	25,86	33	26,83	
Đồng ý/ Rất đồng ý	42	64,61	40	68,97	82	66,67	
Điểm trung bình	2,28 ± 0,82		2,21 ± 0,77		2,24 ± 0,79		
Điểm trung bình chung	2,68 ± 0,37						

*Câu đảo chiều

Kết quả ở bảng 3.2 như sau: câu B11 có tỷ lệ rất không đồng ý hoặc không

đồng ý 60,98% (n=75), tiếp đến là không quyết định 20,33% (n=25), SV đồng ý hoặc rất đồng ý 18,70 % (n= 23), Câu B13 có 68,29 % (n=84) SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý, tiếp đến là 22,76% (n=28) SV không quyết định, thấp nhất là 8,95% (n=11) SV đồng ý hoặc rất đồng ý, Ở câu B15 có 56,10% (n=69) SV đồng ý hoặc rất đồng ý, 38,21 % (n=47) SV không quyết định, 5,69 % (n=7) SV không đồng ý hoặc rất không đồng ý. Câu B17 có 46,34% (n=57) SV đồng ý hoặc rất đồng ý, 34,15% (n=42) SV không quyết định và 19,51 % (n=24) SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý. Ở cả hai nhóm nghiên cứu, SV đồng ý hoặc rất đồng ý với câu B22 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,35% (n=73), SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý chiếm tỷ lệ thấp nhất. Câu B24 có 66,67% (n=82) SV đồng ý hoặc rất đồng ý, chỉ có 6,5% (n=8) SV không đồng ý. Kết quả cho thấy sự khác biệt về thái độ của SV giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3 Thái độ về việc học tập KNGT của SV - yếu tố 3 "Chất lượng"

Nội dung	Nhóm chúng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n = 123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
B1. Trở thành một ĐD tốt cần có KNGT tốt.							
Rất không đồng ý	0	0	1	1,72	1	0,81	> 0,05
Đồng ý/ Rất đồng ý	65	100	57	98,28	122	99,19	
Điểm trung bình	4,65 ± 0,48		4,52 ± 0,68		4,59 ± 0,59		
B2*. Tôi không hứng thú khi học KNGT.							
Không đồng ý	6	9,23	5	8,62	11	8,94	> 0,05
Không quyết định	18	27,69	14	24,14	32	26,02	
Đồng ý/ Rất đồng ý	41	63,08	39	67,24	80	65,04	
Điểm trung bình	2,26 ± 0,89		2,17 ± 0,90		2,22 ± 0,89		
B4. Phát triển các KNGT cũng quan trọng như phát triển kiến thức về ĐD.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	1	1,54	3	5,17	4	3,25	> 0,05
Không quyết định	3	4,62	1	1,72	4	3,25	
Đồng ý/ Rất đồng ý	61	93,84	54	93,1	115	93,50	
Điểm trung bình	4,29 ± 0,70		4,16 ± 0,83		4,23 ± 0,76		
B6. Chương trình học có đủ thời gian để học các KNGT.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	44	67,69	38	65,52	82	66,67	> 0,05
Không quyết định	20	30,77	19	32,76	39	31,71	
Đồng ý	1	1,54	1	1,72	2	1,63	
Điểm trung bình	2,12 ± 0,76		2,21 ± 0,72		2,16 ± 0,74		
Điểm trung bình chung	3,30 ± 0,41						

Bảng 3.3 cho kết quả: hầu hết SV đều đồng ý/ rất đồng ý với câu B1 là 99,19% (n=122). Câu B2 có 65,04% (n=80) SV đồng ý/ rất đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là không quyết định 26,02% (n=32) và không đồng ý 8,94% (n=11). Trong tổng số 123 SV có 93,50% (n=115) SV đồng ý/ rất đồng ý với câu B4, tỷ lệ SV không quyết định và rất không đồng ý/ không đồng ý đều là 3,25 % (n=4). Câu B6 có 66,67% (n=82) SV rất không đồng ý/ không đồng ý, tiếp đến là không quyết định 31,71% (n=39), thấp nhất là đồng ý 1,63% (n=2). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về thái độ của SV giữa hai nhóm trước can thiệp với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.4 Thái độ về yếu tố 4 - "Thành công"

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n = 123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
B3*. Dù KNGT kém vẫn không ảnh hưởng tới kết quả học tập							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	41	63,08	40	68,97	81	65,85	> 0,05
Không quyết định	14	21,54	10	17,24	24	19,51	
Đồng ý/ Rất đồng ý	10	15,39	8	13,79	18	14,63	
Điểm trung bình	3,69 ± 1,03		3,83 ± 0,99		3,76 ± 1,01		
B8*. Học lại các bài học về KNGT rất chán							
Không đồng ý	4	6,15	4	6,90	8	6,50	> 0,05
Không quyết định	21	32,31	21	36,21	42	34,15	
Đồng ý/ Rất đồng ý	40	61,54	33	56,9	73	59,35	
Điểm trung bình	2,25 ± 0,85		2,34 ± 0,83		2,29 ± 0,84		
B12. Học KNGT rất vui.							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	33	50,77	29	50	62	50,41	> 0,05
Không quyết định	23	35,38	19	32,76	42	34,15	
Đồng ý	9	13,85	10	17,24	19	15,45	
Điểm trung bình	2,49 ± 0,90		2,57 ± 0,90		2,53 ± 0,90		
B19*. Không cần có KNGT tốt để trở thành một ĐD							
Rất không đồng ý/ Không đồng ý	41	63,07	46	79,31	87	70,73	> 0,05
Không quyết định	18	27,69	0	0	29	23,58	
Đồng ý/ Rất đồng ý	6	9,23	12	20,69	7	5,7	
Điểm trung bình	3,69 ± 0,90		3,97 ± 0,75		3,82 ± 0,84		
Điểm trung bình chung	3,10 ± 0,45						

**Câu đảo chiều*

Bảng 3.4 thể hiện: câu B3 có tỷ lệ SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý cao nhất ở cả hai nhóm là 65,85% (n=81), tiếp đến là không quyết định 19,51% (n=24) và đồng ý hoặc rất đồng ý 14,63% (n=18). Câu B8 có 59,35% (n=73) SV trả lời đồng ý hoặc rất đồng ý, 34,15% (n=41) SV không quyết định, tỷ lệ chọn thấp nhất là rất không đồng ý hoặc không đồng ý 6,5% (n=8). Câu B12 có 50,41% (n=62) SV trả lời rất không đồng ý hoặc không đồng ý, 34,15% (n=42) SV không quyết định và 15,45% (n=19) SV đồng ý. Câu B19 có 70,73% (n=87) SV rất không đồng ý hoặc không đồng ý, tiếp đến là không quyết định 23,58% (n=29) và chỉ có 5,7% (n=7) SV đồng ý hoặc rất đồng ý. Bảng 3.4 cho thấy sự khác biệt về thái độ của SV giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5 Điểm trung bình thái độ học tập của sinh viên trước can thiệp

Nội dung	Điểm trung bình ± độ lệch chuẩn	p
Nhóm chứng (n=65)	3,28 ± 0,21	> 0,05
Nhóm nghiên cứu (n=58)	3,24 ± 0,25	

Bảng 3.5 đã chỉ ra rằng SV có thái độ ở mức độ trung bình khi học tập KNKT trong đó nhóm chứng có điểm trung bình thái độ học tập kỹ năng giao tiếp đạt $3,28 \pm 0,21$ và nhóm nghiên cứu có điểm trung bình thái độ học tập kỹ năng giao tiếp đạt $3,24 \pm 0,25$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Thực trạng về thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Bảng 3.6 Mục 1 - Xây dựng một mối quan hệ

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C1. Chào đón và thể hiện sự quan tâm tới NB.							
Kém	4	6,15	7	12,07	11	8,94	> 0,05
Trung bình	34	52,31	30	51,72	64	52,03	
Tốt	27	41,54	21	36,21	48	39,02	
Điểm trung bình	2,35 ± 0,60		2,24 ± 0,66		2,30 ± 0,63		
C2. Sử dụng ngôn ngữ thể hiện sự quan tâm và lo lắng tới NB.							
Kém	13	20,00	15	25,86	28	22,76	> 0,05
Trung bình	30	46,15	23	39,66	53	43,09	
Tốt	22	33,85	20	34,48	42	34,15	
Điểm trung bình	2,14 ± 0,73		2,09 ± 0,78		2,11 ± 0,75		
C3. Sử dụng giọng nói, ngữ điệu, ánh mắt, cử chỉ cho thấy sự lo lắng và quan tâm							
Kém	33	50,77	28	48,28	61	49,59	> 0,05
Trung bình	27	41,54	15	25,86	42	34,15	
Tốt	5	7,69	15	25,86	20	16,26	
Điểm trung bình	1,57 ± 0,64		1,78 ± 0,84		1,67 ± 0,74		
Điểm trung bình chung	2,03 ± 0,49						

Kết quả bảng 3.6 đã cho thấy: đa số SV thực hiện bước “chào đón và thể hiện sự quan tâm người bệnh” ở mức độ trung bình và tốt, trong đó tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm ở mức độ trung bình 52,03% (n=64), tiếp đó là tốt 39,02% (n=48), có 8,94% (n=11) kém.. Đối với bước “sử dụng ngôn ngữ thể hiện sự quan tâm và lo lắng tới NB”, sinh viên chủ yếu đạt mức độ kém, trung bình và tốt trong đó trung bình đạt tỷ lệ cao nhất: 46,15% (n=30) ở nhóm chứng và 39,66% (n=23) ở nhóm nghiên cứu. Hầu hết SV “sử dụng giọng nói, ngữ điệu, ánh mắt, cử chỉ cho thấy sự lo lắng và quan tâm” ở mức kém với cả hai nhóm là 49,59% (n=61), tiếp theo là trung bình 34,15% (n=42), chỉ có 7,69% (n=5) tốt ở nhóm chứng và 25,86% (n=15) tốt ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Mục 2 – Trao đổi với người bệnh

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C4. Để NB trình bày mà không cắt ngang.							
Kém	14	21,54	18	31,03	32	26,02	> 0,05
Trung bình	20	30,77	22	37,93	42	34,15	
Tốt	31	47,69	18	31,03	49	39,84	
Điểm trung bình	2,26 ± 0,80		2,00 ± 0,79		2,14 ± 0,80		
C5. Đặt câu hỏi cho NB “Ngoài ra còn vấn đề gì khác nữa không?” để tìm hiểu đầy đủ thông tin được quan tâm.							
Kém	26	40,00	27	46,55	53	43,09	> 0,05
Trung bình	24	36,92	9	15,52	33	26,83	
Tốt	15	23,08	22	37,93	37	30,08	
Điểm trung bình	1,83 ± 0,78		1,91 ± 0,92		1,87 ± 0,85		
C6. Giải thích hoặc thuyết phục NB tái khám							
Kém	37	56,92	31	53,45	68	55,28	> 0,05
Trung bình	21	32,31	20	34,48	41	33,33	
Tốt	7	10,77	7	12,07	14	11,38	
Điểm trung bình	1,83 ± 0,78		1,91 ± 0,92		1,56 ± 0,69		
Điểm trung bình chung	1,86 ± 0,48						

Bảng 3.7 là kết quả thực hành KNGT của SV ở mục “trao đổi với NB”, nghiên cứu cho thấy SV thực hiện việc “để NB trình bày mà không cắt ngang” đạt loại tốt chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm chứng 47,69% (n=31) và tỷ lệ trung bình cao nhất ở nhóm nghiên cứu là 37,93% (n=22). Hầu hết SV ở cả hai nhóm nghiên cứu thực hiện bước “đặt câu hỏi mở để tìm hiểu đầy đủ thông tin” và “giải thích hoặc thuyết phục NB tái khám” ở loại kém, trung bình và tốt; trong đó kém chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 43,09% (n=53) và 55,28% (n=68). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8. Mục 3 - Thu thập thông tin

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C7. Bắt đầu với câu chuyện với NB sử dụng các câu hỏi mở.							
Kém	10	15,38	10	17,24	20	16,26	> 0,05
Trung bình	40	61,54	38	65,52	78	63,41	
Tốt	15	23,08	10	17,24	25	20,33	
Điểm trung bình	2,08 ± 0,62		2,00 ± 0,59		2,04 ± 0,61		
C8. Làm rõ thông tin khi cần thiết bằng cách đặt thêm câu hỏi.							
Kém	19	29,23	22	37,93	41	33,33	> 0,05
Trung bình	29	44,62	19	32,76	48	39,02	
Tốt	17	26,15	17	29,31	34	27,64	
Điểm trung bình	1,97 ± 0,75		1,97 ± 0,82		1,94 ± 0,78		
C9. Tóm tắt lại thông tin chính để NB xác nhận lại hoặc bổ sung thêm thông tin.							
Kém	54	83,08	48	82,76	102	82,93	> 0,05
Trung bình	11	16,92	10	17,24	21	17,07	
Điểm trung bình	1,17 ± 0,38		1,17 ± 0,38		1,17 ± 0,38		
C10. Chuyển tiếp sang chủ đề mới một cách hiệu quả.							
Kém	52	80	48	82,76	100	81,30	> 0,05
Trung bình	13	20	10	17,24	23	18,70	
Điểm trung bình	1,20 ± 0,40		1,17 ± 0,38		1,19 ± 0,39		
Điểm trung bình chung	1,59 ± 0,34						

Trong nội dung “thu thập thông tin” ở bảng 3.8, phần lớn SV đạt mức trung bình ở bước “bắt đầu câu chuyện sử dụng câu hỏi mở” với tỷ lệ 63,41% (n=78) ở cả hai nhóm. Để thực hiện “làm rõ thông tin bằng cách đặt thêm câu hỏi”, tỷ lệ cao nhất ở nhóm chứng là đạt mức trung bình 44,62% (n=29) còn tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu là SV đạt mức kém 37,93% (n=22). Đối với bước “tóm tắt lại thông tin chính để NB xác nhận hoặc bổ sung” và “chuyển tiếp sang chủ đề mới hiệu quả”, phần lớn SV đều chỉ đạt mức kém khi thực hiện đối với cả hai nhóm nghiên cứu với

tỷ lệ lần lượt là 82,93 % (n=102) và 81,30% (n=100). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.9. Mục 4 – Hiểu về quan điểm của NB

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C11. Hỏi về các sự kiện trong cuộc sống, những tình huống và các mối quan hệ của NB mà có thể ảnh hưởng tới sức khỏe của họ.							
Kém	48	73,85	38	65,52	86	69,92	> 0,05
Trung bình	17	26,15	20	34,48	37	30,08	
Điểm trung bình	1,26 ± 0,44		1,34 ± 0,48		1,30 ± 0,46		
C12. Tìm hiểu về tín ngưỡng, mối quan tâm và mong đợi liên quan đến bệnh tật và điều trị, chăm sóc.							
Kém	24	36,92	24	41,38	48	39,02	> 0,05
Trung bình	29	44,62	16	27,59	45	36,59	
Tốt	12	18,46	18	31,03	30	24,39	
Điểm trung bình	1,82 ± 0,73		1,90 ± 0,85		1,85 ± 0,79		
C13. Phản hồi rõ ràng với những ý kiến và cảm xúc của NB.							
Kém	39	60	43	74,14	82	66,67	> 0,05
Trung bình	26	40	15	25,86	41	33,33	
Điểm trung bình	1,40 ± 0,49		1,26 ± 0,44		1,33 ± 0,47		
Điểm trung bình chung	1,49 ± 0,32						

Bảng 3.9 cho kết quả như sau: hầu hết SV thực hiện ở mức kém và trung bình khi thực hiện bước “hỏi về các sự kiện trong cuộc sống và các mối quan hệ của NB” với tỷ lệ cao nhất là kém 69,92% (n=86), tiếp đến là trung bình 30,08% (n=37), không có SV đạt tốt, rất tốt, và xuất sắc. SV khi thực hiện “tìm hiểu về tín ngưỡng và các mong đợi liên quan” đạt tỷ lệ cao nhất ở nhóm chứng là trung bình 44,62% (n=29) còn ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ cao nhất là kém 41,38% (n=24). Hầu hết SV thực hiện “phản hồi rõ ràng với những ý kiến và cảm xúc của NB” ở mức kém với tỷ lệ 66,67% (n=82), tiếp đến là trung bình 33,33% (n=41). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Mục 5 - Chia sẻ thông tin

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C14. Đánh giá sự hiểu biết của NB và mong muốn được biết thêm thông tin về bệnh.							
Kém	30	46,15	25	43,10	55	44,72	> 0,05
Trung bình	17	26,15	20	34,48	37	30,08	
Tốt	18	27,69	13	22,41	31	25,20	
Điểm trung bình	1,82 ± 0,85		1,79 ± 0,79		1,80 ± 0,82		
C15. Trong khi giải thích, sử dụng ngôn từ mà NB có thể hiểu được.							
Kém	9	13,85	6		15	12,20	> 0,05
Trung bình	29	44,62	37		66	53,66	
Tốt	27	41,54	15	25,86	42	34,15	
Điểm trung bình	2,28 ± 0,70		2,16 ± 0,59		2,22 ± 0,65		
C16. Kiểm tra lại sự hiểu biết về chẩn đoán và kế hoạch điều trị.							
Kém	44	67,69	44	75,86	88	71,54	> 0,05
Trung bình	21	32,31	14	24,14	35	28,46	
Điểm trung bình	1,32 ± 0,47		1,24 ± 0,43		1,28 ± 0,45		
C17. Xác định nhu cầu thêm thông tin bằng việc hỏi NB liệu họ có bất kì câu hỏi nào.							
Kém	23	35,38	23	39,66	46	37,40	> 0,05
Trung bình	28	43,08	21	36,21	49	39,84	
Tốt	14	21,54	14	24,14	28	22,76	
Điểm trung bình	1,86 ± 0,75		1,84 ± 0,79		1,85 ± 0,76		
Điểm trung bình chung	1,79 ± 0,40						

Với nội dung “chia sẻ thông tin” có 4 bước nhỏ, trong đó bước “đánh giá sự hiểu biết của NB” SV thực hiện kém đạt 44,72% (n=55), trung bình 30,08% (n=37), tốt 25,20% (n=31). Phần lớn SV thực hiện đạt mức trung bình và tốt ở bước “trong khi giải thích sử dụng ngôn từ mà NB có thể hiểu được” trong đó tỷ lệ trung bình chiếm 53,66% (n=66) và tốt là 34,15% (n=42). Tuy nhiên khi “kiểm tra lại sự hiểu biết về chẩn đoán và kế hoạch điều trị”, hầu hết SV đạt mức kém với tỷ lệ 71,54%

(n=88), tiếp đến là trung bình 28,46% (n=35), không có SV nào đạt tốt, rất tốt và xuất sắc. “Xác định nhu cầu thêm thông tin” SV thực hiện đạt mức kém 37,40% (n=46), trung bình 39,84% (n=49), tốt 22,76% (n=28). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Mục 6 - Đạt được sự đồng thuận

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C18. Để NB có quyền lựa chọn và ra quyết định những điều họ mong muốn.							
Kém	19	29,23	25	43,10	44	35,77	> 0,05
Trung bình	30	46,15	23	39,66	53	43,09	
Tốt	16	24,62	10	17,24	26	21,14	
Điểm trung bình	1,95 ± 0,74		1,74 ± 0,74		1,85 ± 0,74		
C19. Hỏi về các khả năng mà NB có thể thực hiện theo kế hoạch chăm sóc và điều trị.							
Kém	45	69,23	38	65,52	83	67,48	> 0,05
Trung bình	20	30,77	20	34,48	40	32,52	
Điểm trung bình	1,31 ± 0,47		1,34 ± 0,48		1,33 ± 0,47		
C20. Xác định nguồn lực bổ sung khi cần thiết.							
Kém	48	73,85	43	74,14	91	73,98	> 0,05
Trung bình	17	26,15	15	25,86	32	26,02	
Điểm trung bình	1,26 ± 0,44		1,26 ± 0,44		1,26 ± 0,44		
Điểm trung bình chung	1,48 ± 0,37						

Bảng 3.11 với nội dung “đạt được sự đồng thuận” SV ở nhóm chứng thực hiện mức trung bình đạt tỷ lệ cao nhất là 46,15% (n=30), SV ở nhóm nghiên cứu thực hiện mức kém đạt tỷ lệ cao nhất là 43,10% (n=25). Hầu hết SV thực hiện đạt mức trung bình và kém ở bước “hỏi về các khả năng mà NB có thể thực hiện theo kế hoạch chăm sóc” và “xác định nguồn lực bổ sung khi cần thiết” trong đó tỷ lệ cao

nhất là kém ở 2 bước lần lượt là 67,48% (n=83) và 73,98% (n=91). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.12. Mục 7 - Kết thúc

Nội dung	Nhóm chứng (n=65)		Nhóm nghiên cứu (n=58)		Tổng (n=123)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
C21. Hỏi NB có bất kì câu hỏi nào hoặc quan tâm các vấn đề thắc mắc khác.							
Kém	39	60	34	58,62	73	59,35	> 0,05
Trung bình	26	40	24	41,38	50	40,65	
Điểm trung bình	1,40 ± 0,49		1,41 ± 0,50		1,41 ± 0,49		
C22. Tóm tắt lại hoặc yêu cầu NB tóm tắt lại kế hoạch điều trị, chăm sóc cho đến lần khám tiếp theo.							
Kém	32	49,23	24	41,38	56	45,53	> 0,05
Trung bình	25	38,46	23	39,66	48	39,02	
Tốt	8	12,31	11	18,97	19	15,45	
Điểm trung bình	1,63 ± 0,70		1,78 ± 0,75		1,70 ± 0,72		
C23. Đặt lịch hẹn cụ thể hoặc cách liên lạc.							
Kém	17	26,15	24	41,38	41	33,33	> 0,05
Trung bình	41	63,08	29	50,00	70	56,91	
Tốt	7	10,77	5	8,62	12	9,76	
Điểm trung bình	1,85 ± 0,59		1,67 ± 0,63		1,76 ± 0,62		
C24. Cảm ơn NB và kết thúc cuộc trao đổi.							
Kém	9	13,85	5	8,62	14	11,38	> 0,05
Trung bình	39	60,00	44	75,86	83	67,48	
Tốt	17	26,15	9	15,52	26	21,14	
Điểm trung bình	2,12 ± 0,63		2,07 ± 0,49		2,10 ± 0,56		
Điểm trung bình chung	1,74 ± 0,31						

Từ kết quả bảng 3.12 cho thấy, SV “hỏi NB có bất kì câu hỏi hoặc các vấn đề thắc mắc” ở phần “kết thúc” đạt tỷ lệ cao nhất ở mức kém 59,35% (n=73), tiếp đến là trung bình 40,65% (n=50). Ở bước “tóm tắt lại kế hoạch điều trị, chăm sóc” SV thực hiện kém đạt tỷ lệ 45,53% (n=56), trung bình đạt 39,02% (n=48), tốt đạt 15,45% (n=19). Về việc “đặt lịch hẹn cụ thể hoặc cách liên lạc”, có tới 56,91% (n=70) SV đạt trung bình, 33,33% (n=41) kém, chỉ có 9,76% (n=12) tốt. Thực hiện bước cuối cùng “cảm ơn NB và kết thúc trao đổi”, hầu hết SV đạt trung bình với 67,48% (n=83), tiếp đó là tỷ lệ đạt tốt 21,14% (n=26) và kém là 11,38% (n=14). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

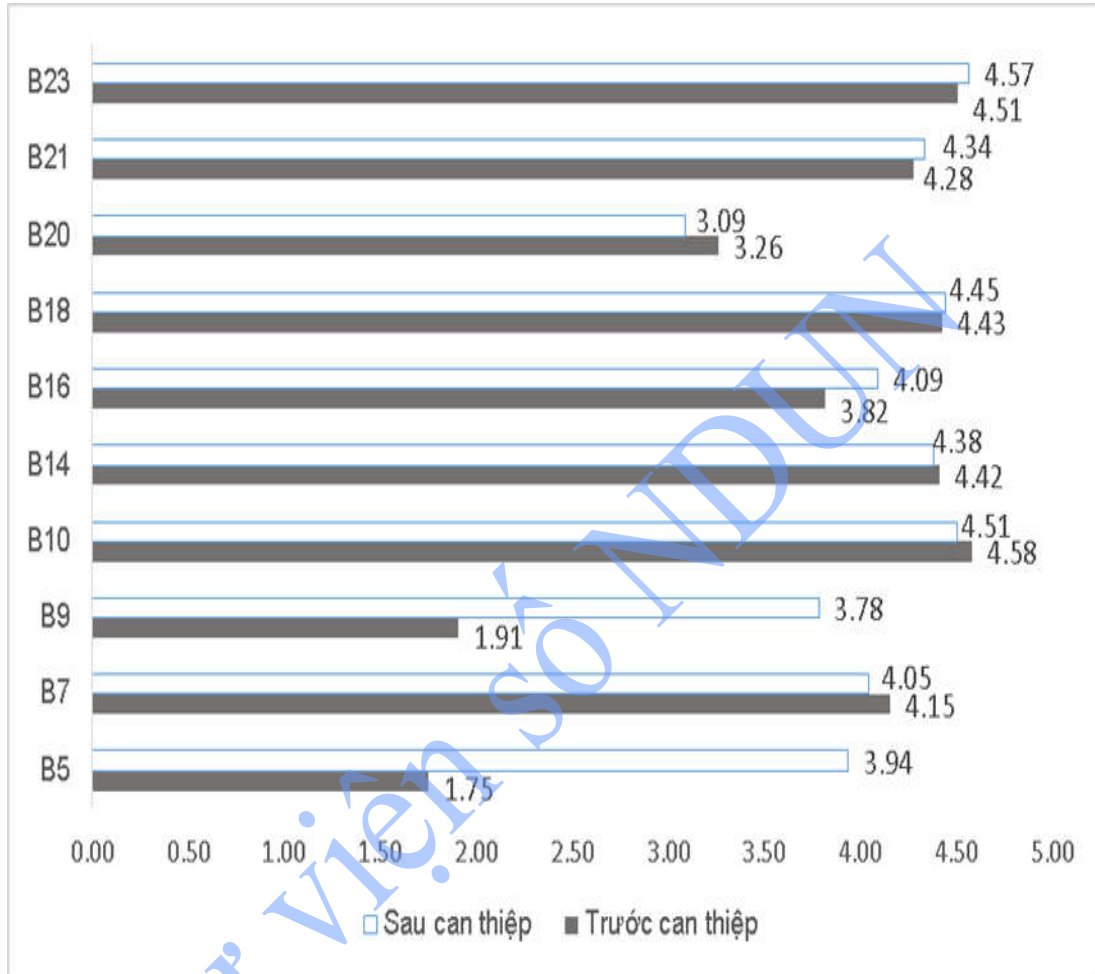
Bảng 3.13. Điểm trung bình thực hành của sinh viên trước can thiệp

Nội dung	Điểm trung bình \pm độ lệch chuẩn	p
Nhóm chứng (n=65)	1,72 \pm 0,20	> 0,05
Nhóm nghiên cứu (n=58)	1,69 \pm 0,22	

Bảng 3.13 đã chỉ ra rằng sinh viên có điểm trung bình thực hành ở nhóm chứng là 1,72 \pm 0,20 và ở nhóm nghiên cứu là 1,69 \pm 0,22. Cả hai nhóm đều có điểm trung bình thực hành đạt mức kém, sự khác biệt về điểm trung bình thực hành của hai nhóm trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

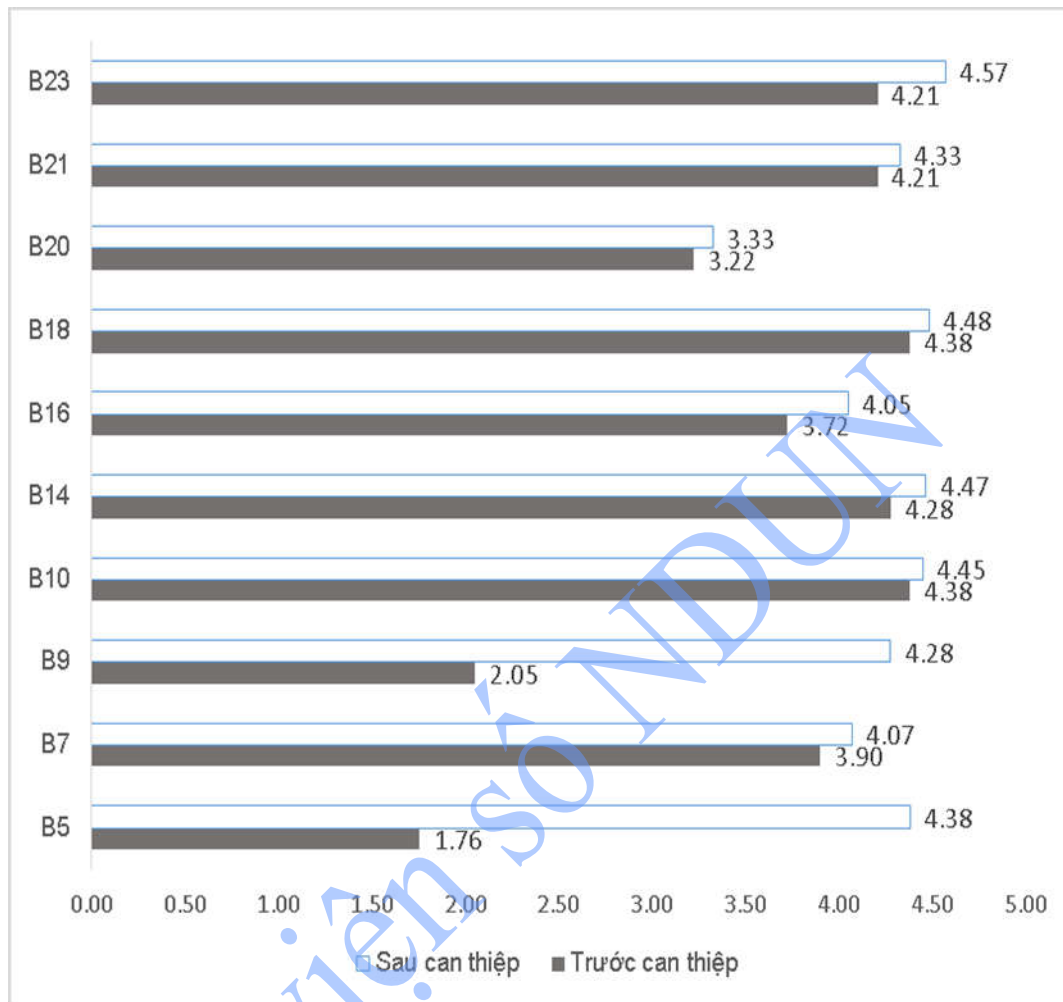
3.3. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong giảng dạy kỹ năng giao tiếp

3.3.1. Sự thay đổi thái độ học tập và thực hành kỹ năng giao tiếp sau can thiệp



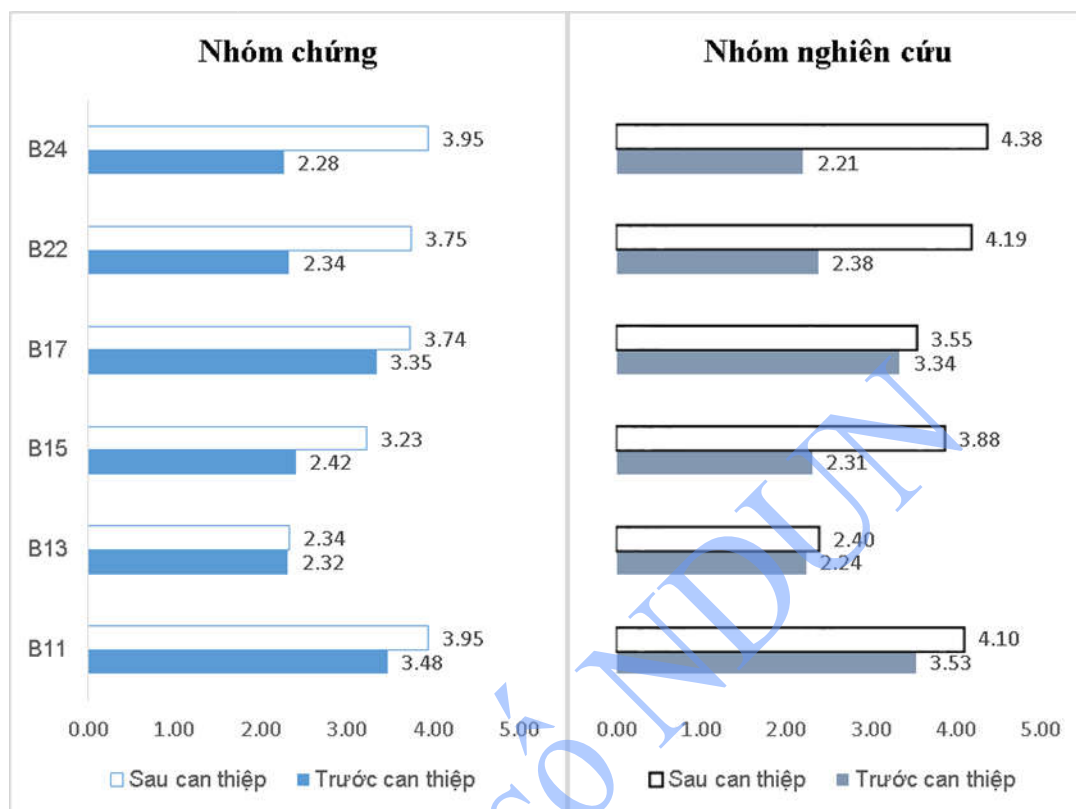
Biểu đồ 3.3 Sự thay đổi thái độ về yếu tố 1 – “Học tập” của nhóm chứng

Biểu đồ 3.3 cho kết quả về sự thay đổi thái độ của SV nhóm chứng sau can thiệp cụ thể như sau: hai câu “Học KNGT giúp rèn luyện thái độ tôn trọng NB” và “Học KNGT giúp tạo điều kiện cho các KN làm việc nhóm” có điểm trung bình tăng đáng kể sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Câu “Học KNGT giúp tôi thừa nhận quyền được bảo mật của NB” có ĐTB tăng từ 3,82 lên 4,09 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các câu còn lại có điểm trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



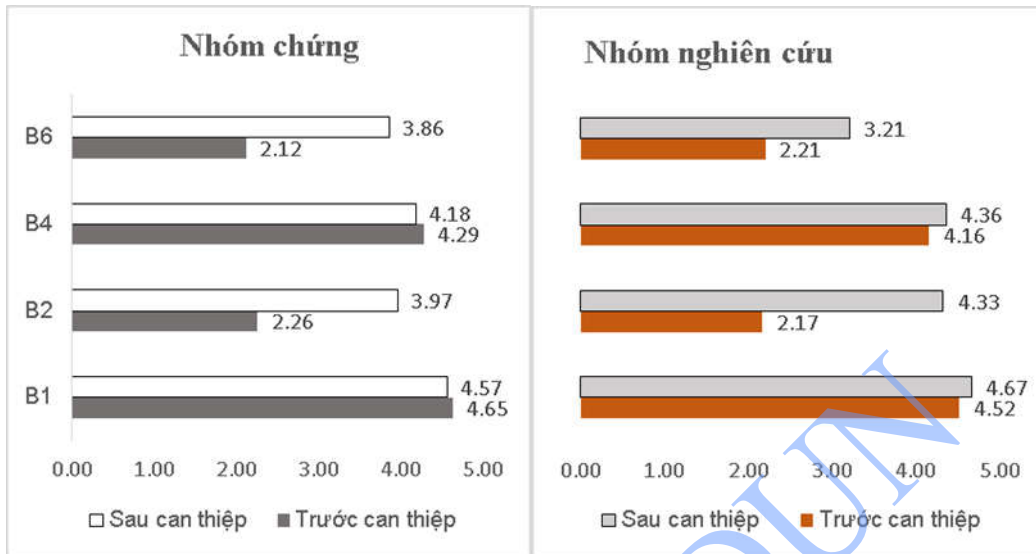
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 1 – “Học tập” của nhóm nghiên cứu

Biểu đồ 3.4 cho kết quả về sự thay đổi về thái độ của SV sau can thiệp cụ thể như sau: câu B5 và B9 có điểm trung bình tăng đáng kể sau can thiệp với mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Câu B7 có điểm trung bình tăng từ 3,90 lên 4,07, câu B16 ĐTB tăng từ 3,72 lên 4,05 sau can thiệp, câu B23 có điểm trung bình tăng 4,21 trước can thiệp lên 4,57 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các câu còn lại có điểm trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



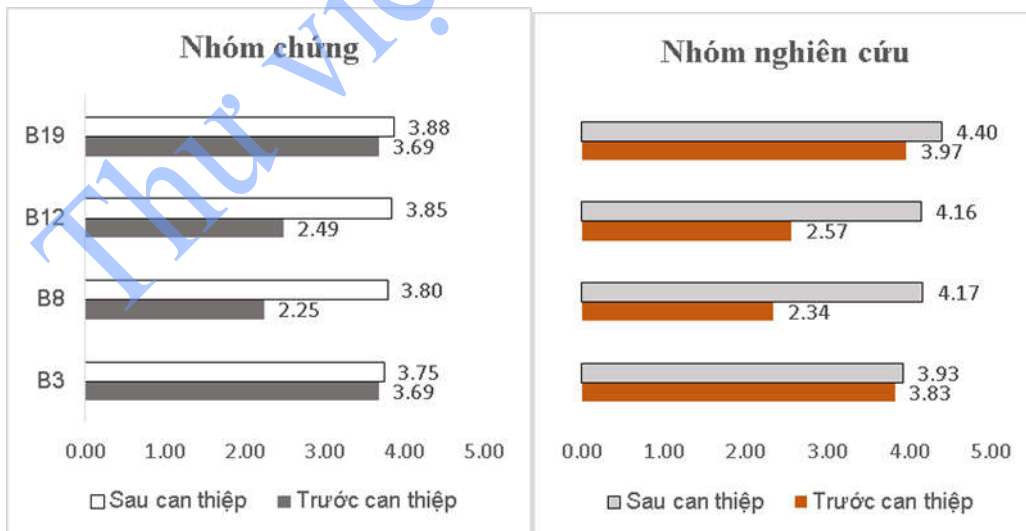
Biểu đồ 3.5 Sự thay đổi thái độ về yếu tố 2 - “Tầm quan trọng”

Biểu đồ 3.5 cho kết quả như sau: đối với các câu hỏi đảo chiều gồm B11, B15, B22, B24 đều có sự thay đổi đáng kể về ĐTB ở cả hai nhóm chứng và nhóm nghiên cứu, điểm càng cao chứng tỏ thái độ học tập của SV càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Câu B13 có ĐTB tăng sau can thiệp ở nhóm chứng từ 2,32 lên 2,34, ở nhóm nghiên cứu từ 2,24 lên 2,40, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Câu B17 có ĐTB ở nhóm chứng trước can thiệp là 3,35 tăng lên 3,74 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ tuy nhiên ở nhóm nghiên cứu ĐTB của câu này trước can thiệp là 3,34 tăng lên 3,55 sau can thiệp với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



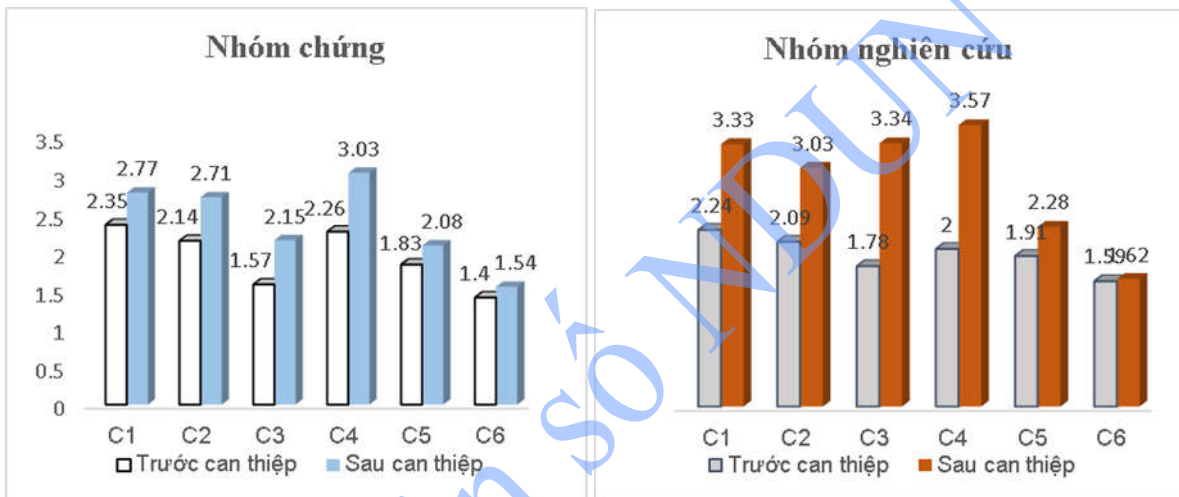
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 3 - “Chất lượng”

Biểu đồ 3.6 cho kết quả như sau: hai câu “Đề trở thành một ĐD tốt cần có KNGT tốt” và “Phát triển các KNGT cũng quan trọng như phát triển kiến thức về ĐD” có ĐTB thái độ ở cả hai nhóm với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Câu “Tôi không hứng thú khi học KNGT” và “Chương trình học có đủ thời gian để học các KNGT” có ĐTB tăng đáng kể ở cả hai nhóm sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



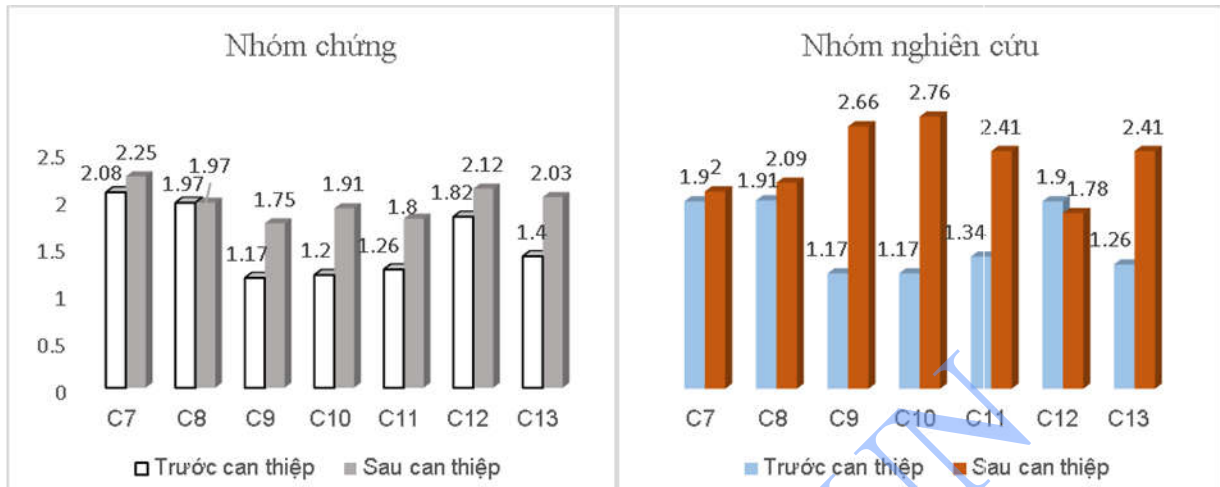
Biểu đồ 3.7. Sự thay đổi thái độ về yếu tố 4 - “Thành công”

Biểu đồ 3.7 cho kết quả có sự thay đổi về thái độ học tập của SV: câu B3 có ĐTB của hai nhóm đều tăng sau can thiệp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, câu B19 có sự tăng đáng kể sau can thiệp ở nhóm nghiên cứu từ 3,97 lên 4,40 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Câu B8 và B12 có ĐTB trước can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp ở cả hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



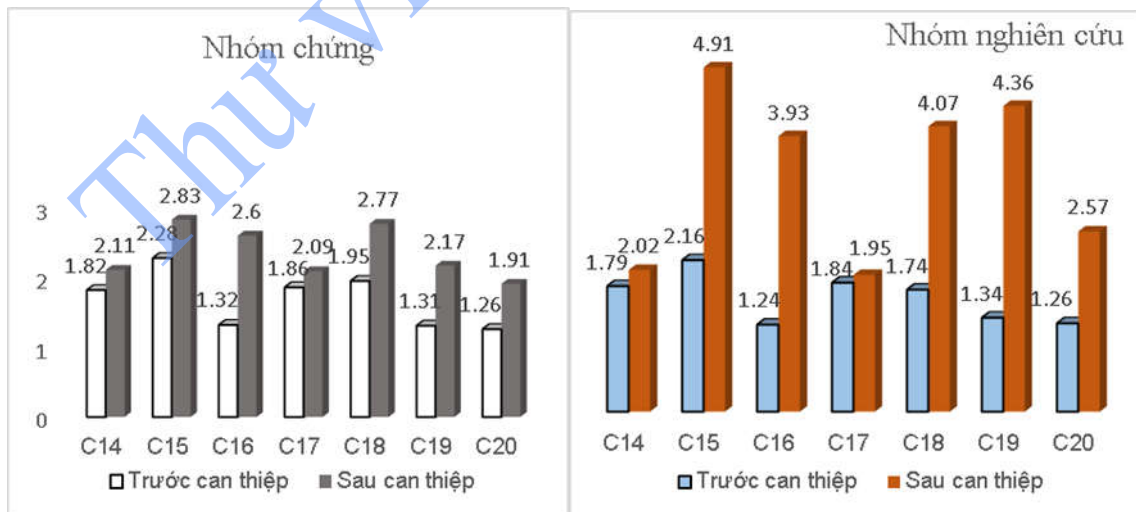
Biểu đồ 3.8. Sự thay đổi mục “xây dựng mối quan hệ” và “trao đổi với NB”

Mục “xây dựng mối quan hệ” gồm các nội dung: chào đón thể hiện sự quan tâm NB (C1), sử dụng ngôn ngữ thể hiện sự quan tâm (C2), sử dụng giọng nói, ngữ điệu, ánh mắt, cử chỉ thể hiện sự quan tâm (C3) có ĐTB sau can thiệp đều tăng lên đáng kể so với trước can thiệp ở cả hai nhóm nghiên cứu với $p < 0,001$. Mục “trao đổi với NB” gồm các nội dung: để NB trình bày mà không cắt ngang (C4), đặt câu hỏi cho NB để tìm đầy đủ thông tin (C5), giải thích hoặc thuyết phục NB tái khám (C6) trong đó câu C4 có ĐTB tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm ($p < 0,001$) còn câu C6 có $p > 0,05$ ở cả hai nhóm, riêng câu C5 có ĐTB tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm tuy nhiên ở nhóm chứng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



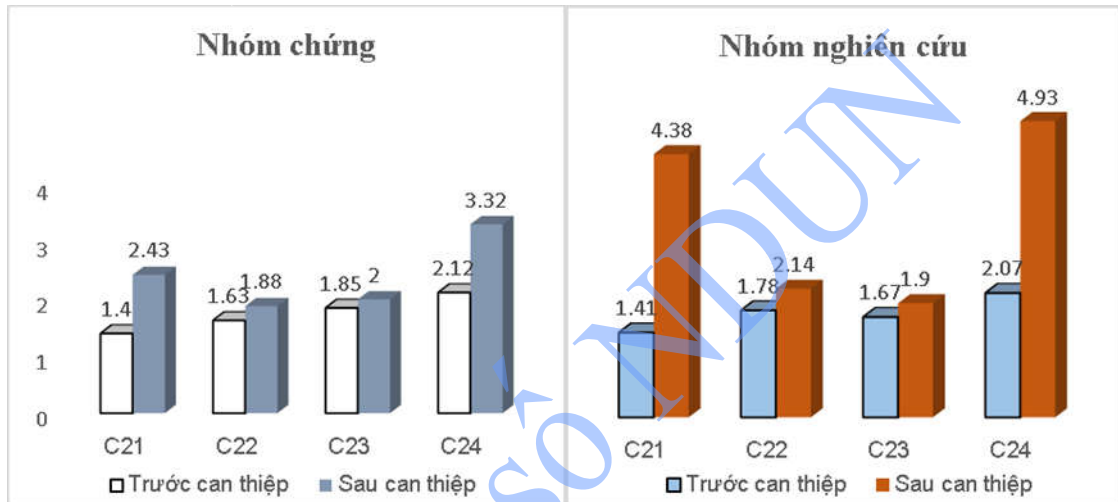
Biểu đồ 3.9. Sự thay đổi mục “thu thập thông tin” và “hiểu về quan điểm NB”

Biểu đồ 3.9 cho kết quả: ĐTB của SV khi thực hiện các bước C7 và C8 có sự thay đổi sau can thiệp tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, ĐTB của SV thực hành các bước C9, 10, 11, 13 tăng lên đáng kể sau can thiệp ở cả hai nhóm nghiên cứu với $p < 0,001$. ĐTB câu C12 SV thực hành sau can thiệp giảm ở nhóm nghiên cứu nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



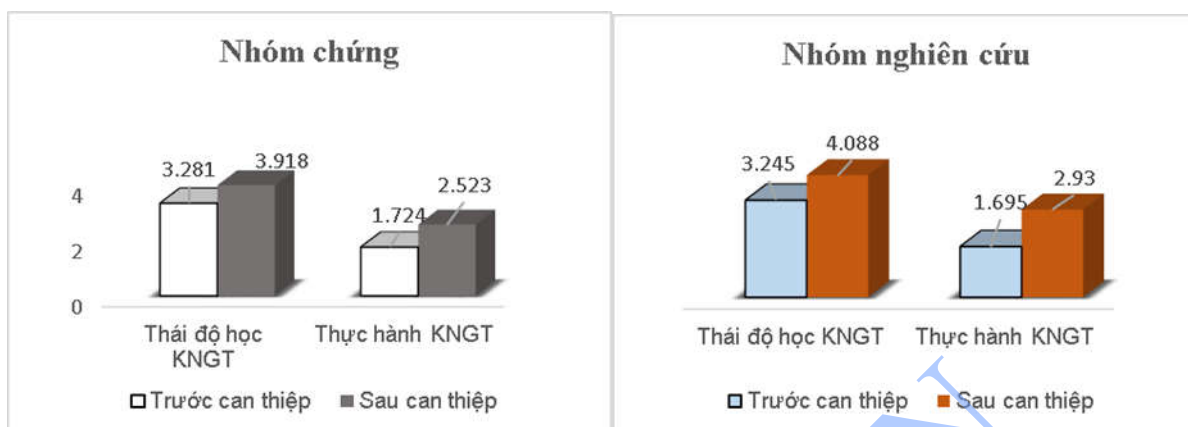
Biểu đồ 3.10. Sự thay đổi mục “chia sẻ thông tin” và “đạt được sự đồng thuận”

Kết quả biểu đồ 3.10 cho thấy, SV thực hành các bước C15, C16, C18, C19, C20 đều có ĐTB tăng đáng kể sau can thiệp với $p < 0,001$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó bước C17 có ĐTB tăng sau can thiệp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Riêng bước C14 có ĐTB tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm nhưng chỉ có ý nghĩa thống kê ở nhóm chứng với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.11. Sự thay đổi mục “kết thúc”

Biểu đồ 3.11 cho kết quả: sau can thiệp điểm trung bình ở bước C21(hỏi NB các vấn đề thắc mắc khác) và C24 (cảm ơn NB và kết thúc) ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện đáng kể sau can thiệp với $p < 0,001$. Hai bước C22 (tóm tắt lại kế hoạch điều trị, chăm sóc) và C23 (đặt lịch hẹn cụ thể), SV cũng có sự cải thiện sau can thiệp ở cả hai nhóm tuy nhiên ở nhóm chứng không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.12. Sự thay đổi thái độ và thực hành sau can thiệp

Biểu đồ 3.12 cho thấy: nhóm chứng có điểm trung bình thái độ học tập tăng từ 3,281 lên 3,918 sau can thiệp và điểm trung bình thực hành KNGT tăng từ 1,724 lên 2,523, nhóm nghiên cứu có có ĐTB thái độ học tập tăng từ 3,245 lên 4,088 và ĐTB thực hành KNGT tăng từ 1,965 lên 2,930 ($p < 0,001$).

3.3.2. Sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu sau can thiệp

Bảng 3.14. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 1-“Học tập”

Nội dung	Trung bình ± độ lệch chuẩn		P
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Câu B5	3,94 ± 0,68	4,38 ± 0,59	< 0,001
Câu B7	4,05 ± 0,86	4,07 ± 0,56	> 0,05
Câu B9	3,78 ± 0,70	4,28 ± 0,72	< 0,001
Câu B10	4,51 ± 0,50	4,45 ± 0,50	> 0,05
Câu B14	4,38 ± 0,49	4,47 ± 0,54	> 0,05
Câu B16	4,09 ± 0,55	4,05 ± 0,76	> 0,05
Câu B18	4,45 ± 0,66	4,48 ± 0,50	> 0,05
Câu B21	4,34 ± 0,48	4,33 ± 0,51	> 0,05
Câu B20*	3,09 ± 0,99	3,33 ± 1,02	> 0,05
Câu B23	4,57 ± 0,50	4,57 ± 0,50	> 0,05
ĐTB chung	4,12 ± 0,31	4,24 ± 0,36	> 0,05

Từ kết quả bảng 3.14 cho thấy: hai câu B5 và B9 có điểm trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p <$

0,001, các câu còn lại có điểm trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 2 – “Tâm quan trọng”

Nội dung	Trung bình \pm độ lệch chuẩn		p
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Câu B11*	3,95 \pm 0,93	4,10 \pm 0,69	> 0,05
Câu B13	2,34 \pm 0,67	2,40 \pm 0,88	> 0,05
Câu B15*	3,23 \pm 1,06	3,88 \pm 0,77	< 0,001
Câu B17	3,74 \pm 0,83	3,55 \pm 1,13	> 0,05
Câu B22*	3,75 \pm 0,59	4,19 \pm 0,71	< 0,001
Câu B24*	3,95 \pm 0,67	4,38 \pm 0,62	< 0,001
ĐTB chung	3,49 \pm 0,29	3,75 \pm 0,42	< 0,001

Kết quả bảng 3.15 cho thấy các câu đảo chiều B15*, B22*, B24* có ĐTB của nhóm chứng thấp hơn nhóm nghiên cứu thể hiện thái độ học tập sau can thiệp của sinh viên nhóm nghiên cứu tốt hơn sinh viên ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các câu còn lại có điểm trung bình của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.16. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 3 – “Chất lượng”

Nội dung	Trung bình \pm độ lệch chuẩn		p
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Câu B1	4,57 \pm 0,40	4,67 \pm 0,47	> 0,05
Câu B2*	3,97 \pm 0,66	4,33 \pm 0,60	< 0,05
Câu B4	4,18 \pm 0,61	4,36 \pm 0,52	> 0,05
Câu B6	3,86 \pm 0,81	3,21 \pm 0,99	< 0,001
ĐTB chung	4,15 \pm 0,36	4,14 \pm 0,39	> 0,05

Bảng 3.16 cho thấy sau can thiệp, thái độ học tập của SV hai nhóm nghiên cứu có sự khác biệt cụ thể như sau: ở câu B1 và B4 có ĐTB nhóm chứng thấp hơn nhóm nghiên cứu nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Câu B2* có ĐTB nhóm chứng thấp hơn nhóm nghiên cứu thể hiện thái độ học tập của SV ở nhóm nghiên cứu tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Câu B6 có

điểm trung bình của nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.17. Sự khác biệt về thái độ nhóm yếu tố 4 - "Thành công"

Nội dung	Trung bình ± độ lệch chuẩn		p
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Câu B3*	3,75 ± 0,77	3,93 ± 0,75	> 0,05
Câu B8*	3,80 ± 0,77	4,17 ± 0,70	> 0,05
Câu B12	3,85 ± 0,59	4,16 ± 0,72	< 0,05
Câu B19*	3,88 ± 0,80	4,40 ± 0,77	< 0,001
ĐTB chung	3,82 ± 0,46	4,16 ± 0,46	<0,001

Kết quả ở bảng 3.17 cho thấy: hai câu B3* và B8* có ĐTB nhóm chứng thấp hơn nhóm nghiên cứu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Câu B12 có ĐTB của nhóm chứng là 3,85 thấp hơn nhóm nghiên cứu là 4,16, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Câu B19* có ĐTB của nhóm chứng là 3,88 thấp hơn 4,40 ở nhóm nghiên cứu thể hiện thái độ học tập của SV ở nhóm nghiên cứu tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.18. Sự khác biệt về thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Nội dung	Trung bình ± độ lệch chuẩn		p
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Bước C1	2,77 ± 0,55	3,33 ± 0,80	< 0,001
Bước C2	2,71 ± 0,46	3,03 ± 0,70	< 0,05
Bước C3	2,15 ± 0,51	3,34 ± 0,89	< 0,001
Bước C4	3,03 ± 0,79	3,57 ± 0,92	< 0,05
Bước C5	2,08 ± 0,69	2,28 ± 0,87	> 0,05
Bước C6	1,54 ± 0,49	1,62 ± 0,72	< 0,05
Bước C7	2,25 ± 0,64	2,00 ± 0,75	< 0,05
Bước C8	1,97 ± 0,68	2,09 ± 0,82	> 0,05
Bước C9	1,75 ± 0,47	2,66 ± 0,85	< 0,001
Bước C10	1,91 ± 0,29	2,76 ± 0,94	< 0,001
Bước C11	1,80 ± 0,44	2,41 ± 0,50	< 0,001
Bước C12	2,12 ± 0,70	1,78 ± 0,65	< 0,05

Bước C13	2,03 ±0,61	2,41 ± 0,65	< 0,05
Bước C14	2,11 ±0,66	2,02 ± 0,69	> 0,05
Bước C15	2,83 ±0,45	4,91 ± 0,47	< 0,001
Bước C16	2,60 ±0,83	3,93 ± 0,37	< 0,001
Bước C17	2,09 ±0,72	1,95 ± 0,63	> 0,05
Bước C18	2,77 ±0,42	4,07 ± 0,45	< 0,001
Bước C19	2,17 ±0,38	4,36 ± 0,67	< 0,001
Bước C20	1,91 ±0,29	2,57 ± 0,77	< 0,001
Bước C21	2,43 ±0,50	4,38 ± 0,85	< 0,001
Bước C22	1,88 ±0,72	2,14 ± 0,69	< 0,05
Bước C23	2,00 ±0,77	1,90 ± 0,61	> 0,05
Bước C24	3,32 ±0,53	4,93 ± 0,37	< 0,001
ĐTB chung	2,25 ± 0,16	2,93 ± 0,22	< 0,001

Kết quả bảng 3.18 cho thấy hầu hết sau can thiệp ĐTB thực hành KNGT của SV ở nhóm chứng thấp hơn ở nhóm nghiên cứu, tuy nhiên ở các bước C5, C8, C14, C17, C23 sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở 19 bước còn lại, điểm trung bình thực hành KNGT sau can thiệp của SV nhóm nghiên cứu cao hơn của nhóm chứng với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và $p < 0,001$.

Bảng 3.19. Phân loại điểm tổng kết học phần của sinh viên

Loại	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A	2	3,1	6	10,3	8	6,5
B	48	73,8	33	56,9	81	65,9
C	13	20,0	15	25,9	28	22,8
D	2	3,1	4	6,9	6	4,9
Tổng	65	100,0	58	100,0	123	100,0

Kết quả bảng 3.19 cho kết quả: đạt tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm đều là loại B với tỷ lệ lần lượt là 73,8% (n=48) và 56,9 % (n=33), tiếp theo là loại C với tỷ lệ lần lượt là 20,0% (n=13) và 25,9 % (n=15), thấp nhất là loại A và loại D.

Bảng 3.20. Sự khác biệt về điểm định kì và điểm tổng kết của sinh viên

Nội dung	Trung bình \pm độ lệch chuẩn		p
	Nhóm chứng (n=65)	Nhóm nghiên cứu (n=58)	
Điểm định kì	7,54 \pm 0,28	7,81 \pm 0,30	< 0,001
Điểm tổng kết HP	7,45 \pm 0,80	7,33 \pm 1,11	> 0,05

Điểm định kì là điểm thực hành KNGT của SV ở nhóm nghiên cứu có ĐTB cao hơn đáng kể so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm trung bình tổng kết học phần của SV ở nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4. Quan điểm của giảng viên và sinh viên về phương pháp mô phỏng

Câu hỏi 1: Quan điểm của thầy/cô/ bạn về phương pháp giảng dạy/học tập mô phỏng như thế nào?

Cô V.T.M.P cho biết: “thứ nhất là hiện tại tôi thấy phương pháp này phù hợp và dễ áp dụng với các đối tượng khác nhau của SV”, “thực ra là khi giảng dạy bằng phương pháp này tôi thấy là cũng có áp lực tương đối nhiều vì phương pháp này khá là mới và chúng tôi phải tự tìm tòi, học hỏi thêm rất là nhiều những kiến thức và kỹ năng nữa”, “tuy nhiên đây cũng là cái hứng thú mà bản thân tôi là người dạy tôi thấy rất là hay”.

Cô N.T.M nói rằng: “theo tôi nghĩ thì phương pháp này có hiệu quả và tạo được nền tảng cho SV trước khi đi LS”, “ngoài ra thì nó phù hợp với xu thế phát triển hiện tại của ngành điều dưỡng mình, bây giờ thì nhu cầu và điều kiện của NB tốt hơn nên đòi hỏi người ĐD có cách tiếp cận với NB tốt hơn”.

Cô N.T.H chia sẻ: “tôi thấy dạy MP rất tốt, nó giúp cho SV có thể quan sát kỹ và cái ưu điểm nhất đó là SV nào cũng được tham gia thực hành, được làm”.

Thầy B.A.M nói rằng: “lúc mới đầu thì cũng khá ngỡ ngàng với cả thầy và trò nhưng mà bây giờ thì tôi thấy đã dễ dàng hơn, GV và SV đều thấy thích làm việc theo phương pháp này”

Sinh viên V.T.X cho rằng: “Đây là một phương pháp mới ạ, học theo phương pháp này là lần đầu tiên thì em thấy học theo mô phỏng cuốn hút hơn ạ, cái phòng

mô phỏng thì nó như kiểu là một cái phòng bệnh thu nhỏ ngoài bệnh viện, có đầy đủ trang thiết bị dụng cụ, BN dù là mô hình nhưng được lồng tiếng như BN thật nên bọn em vẫn nắm được đầy đủ cảm xúc của BN”. “trong đây thì bọn em được làm tất cả các thủ thuật...và nó giúp bọn em rèn luyện được tay nghề của mình trước khi ra thực tế ngoài bệnh viện”

Sinh viên B.T.H.N chia sẻ: “Em thấy khá là mới, và...uhm...cũng hấp dẫn ạ”.

Sinh viên Đ.T.N nói: “ trước đây chúng em chưa được tiếp xúc với phương pháp MP bao giờ nên chúng em thấy học dễ vào hơn, thú vị, dễ tiếp thu hơn, bọn em học được cách làm việc nhóm”

Sinh viên P.N.Q tâm sự: “chúng em khá là hào hứng, lần đầu chúng em được tiếp xúc mô hình nhưng mà lại biết nói, biết kêu a”, “học trong phòng MP bọn em có thể được đối diện với NB không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài ạ, bọn em có thể làm việc theo nhóm.

Câu hỏi 2: Thầy/cô/ bạn có thấy hứng thú khi giảng dạy/học tập với phương pháp này không?

Cô V.T.M.P: “ví dụ như là trước khi dạy phải tìm hiểu kỹ về tình huống, điều này tạo động lực và hứng thú cho tôi”

Cô N.T.M: “tôi rất hứng thú tuy nhiên nó đòi hỏi GV phải cập nhật kiến thức, am hiểu các tình huống, diễn biến ngoài LS để áp dụng cho SV hiệu quả hơn”

Cô N.T.H: “ tôi thấy hứng thú, ngay cả SV cũng hứng thú và rất thích học phương pháp này”

Thầy B.A.M: “à, rất hứng thú chứ, nhiều khi SV thực hành những tình huống mà mình không đoán trước được, rất thú vị”

Sinh viên V.T.X: “dạ có ạ, uhm, mình học lý thuyết xong có kiến thức rồi thì mình học cái này nó dễ hơn, học MP này thì umhmm nó thực tế hơn học lý thuyết hoặc thực hành như bình thường ạ”.

Sinh viên B.T.H.N: “hấp dẫn ví dụ như là khi mình học lý thuyết chỉ có thể tưởng tượng ra và không được thực hành trên NB nhưng khi học MP có thể thực hiện nhiều thủ thuật và được xử trí trên mô hình gần như người thật” “ ví dụ như

được giao tiếp với NB, hướng dẫn cho NB, giáo dục sức khỏe”. “cải thiện kỹ năng giao tiếp, với các phương pháp khác thì mình chỉ có thể nói còn khi MP bệnh nhân có thể phản ánh những ý kiến, vấn đề của họ cho mình nghe”, “như là khi đóng vai, các bạn đóng vai NB nhưng nhiều khi chưa tiếp xúc với NB nhiều nên chưa biết được các trường hợp và hoàn cảnh của NB xảy ra nên cũng khó...”

Sinh viên Đ.T.N: “Buổi đầu bọn em thấy rất hứng thú”, “cách mà bọn em cảm thấy chưa tốt là cách mà bọn em giao tiếp với NB, chưa biết cách khai thác làm sao mà khai thác hết thông tin của NB, làm thì đôi khi còn quên còn thiếu nhiều ạ”, “đến buổi tiếp theo bọn em đã quen với phương pháp MP, biết cách giao tiếp với NB, biết cách nhìn nhận, đánh giá các biểu hiện trên NB”. “em thấy là mình tự tin hơn vì học MP thì mình được bắt tay vào nói, vào làm trên NB luôn, các phương pháp kia thì mình chỉ diễn”.

Sinh viên P.N.Q: “khi học phòng MP bọn em biết giao tiếp nhiều với NB hơn, ...uhm.. đa số là giao tiếp ạ”, “bọn em được tiếp xúc với những thiết bị và giao tiếp với NB trước khi ra bệnh viện”.

Câu hỏi 3: Thầy/cô/bạn có gặp những khó khăn, trở ngại gì khi thực hiện không?

Cô V.T.M.P: “hiện tại tôi thấy có một số phức tạp khi mới áp dụng như trước mỗi bài giảng MP chúng tôi phải chuẩn bị rất nhiều dụng cụ, tuy nhiên tôi nghĩ khi mình đã quen thì không có gì là phức tạp cả”, “ví dụ như là về giáo trình, giáo án tại trung tâm còn hạn chế, các tình huống mà chúng tôi xây dựng còn ít, đây là những rào cản”.

Cô N.T.M: “nói chung cái gì cũng có cái khó khăn, trường mình gần như là trường đầu tiên nên phải cập nhật nhiều kiến thức từ giảng viên nước ngoài và tài liệu tiếng Anh”, “khó khăn nữa là bản thân chưa hiểu hết được tất cả các tình huống có thể xảy ra trên LS”, “có một cái là phản ứng trên NB cho SV là dạng chết nên chưa phản ánh được đầy đủ diễn biến như ngoài LS”

Cô N.T.H: “khi chuẩn bị giáo án thì phải cụ thể, bài bản và chi tiết, phải lường trước được các tình huống xảy ra”.

Thầy B.A.M: “phải nói là khó khăn thì cũng có chứ, một phương pháp mới mà, chúng tôi đã phải tự tìm tòi, học hỏi nhiều, rồi tự tập giảng với nhau để rút kinh nghiệm ấy chứ”, “trước mỗi buổi giảng nói chung phải chuẩn bị kỹ về nội dung tình huống và dụng cụ học tập”.

Sinh viên V.T.X: “trở ngại thì có vì đây là phương pháp học mới, vì lần đầu tiên nên chúng em còn bỡ ngỡ, khi mà NB hỏi hay là các vấn đề mà cần bọn em giải quyết í thì umh bọn em cũng chưa thực sự là giải quyết hết được cho NB, chưa nắm bắt kịp chạy theo tình huống, còn chậm ạ, xử lý các thủ thuật thì cũng chưa được thành thạo cho lắm ạ”.

Sinh viên B.T.H.N: “mô hình chưa thật giống người thường nên là khi thì mình nghe và tự phán đoán chứ không quan sát được nên nhiều lúc có thể làm sai”, “mình nhiều lúc xử trí hơi bị run ạ”, “nhiều lúc thì thấy rất là rối ạ, tại vì là có nhiều lúc BN diễn biến dồn dập nên không biết xử trí”, “có thể giao tiếp với NB chưa tốt nên là sợ, sợ khi giao tiếp BN họ không hợp tác hay gì đó thì không thể làm được”

Sinh viên Đ.T.N: “em thấy là mô hình nên mình nhìn NB mình không quan sát được da niêm mạc, như là không quan sát được đồng tử giãn là như thế nào, da niêm mạc thay đổi như thế nào”

Sinh viên P.N.Q: “ở trong phòng thì loa khá nhỏ và camera để các bạn theo dõi thì chưa được rõ nét”, “các thiết bị trong phòng thực hành thì chưa được sử dụng hết ạ”, “ban đầu thì bọn em cũng hồi hộp, chưa biết làm gì trên NB ạ”.

Câu hỏi 4: Thầy/cô/ bạn có thấy phương pháp này có tính khả thi và nên áp dụng tiếp không?

Cô V.T.M.P: “vâng, tôi nghĩ là nhiều khó khăn và rào cản tuy nhiên tôi thấy rất khả thi, phương pháp này rất hay, nó trang bị cho SV rất nhiều kiến thức và kỹ năng trước khi đi LS”, “tôi thấy là những SV được học phương pháp này sẽ tự chủ hơn so với những đối tượng khác trước kia mà chưa qua trải nghiệm tại trung tâm tiền LS”, “ví dụ phương pháp trước đây chỉ dạy lý thuyết rồi các bạn ra LS còn phương pháp này mô phỏng các tình huống trên LS nên các em đã được làm quen trước rồi, sau này các em ra bệnh viện sẽ biết cách chủ động hơn”.

Cô N.T.M: “tôi nghĩ là rất khả thi vì nó nâng cao được năng lực của SV và sự tự tin trong giao tiếp khi mà trước khi đi LS”, “về cách đánh giá người học thì chưa thể đánh giá được hoàn toàn mà chỉ đánh giá được một phần”.

Cô N.T.H: “tôi nghĩ là nên tiếp tục áp dụng phương pháp này, tuy nhiên sẽ phải khắc phục đó là về cơ sở vật chất, số lượng học viên, nội dung bài giảng, à, đặc biệt là phải đào tạo tập huấn GV nhiều hơn nữa”.

Thầy B.A.M: “ theo tôi là nên áp dụng tiếp, tuy là khó khăn bước đầu nhưng càng đòi hỏi các GV phải trau dồi kiến thức nhiều hơn”, “tôi thấy SV được rèn luyện trước các tình huống thì tự tin hơn khi đi LS, đặc biệt là KNKT với NB”.

Sinh viên V.T.X: “có ạ, lúc đầu bỡ ngỡ nhưng dần dần sẽ quen”, “hầu như ai cũng thích học ạ”.

Sinh viên B.T.H.N: “có muốn tiếp tục áp dụng phương pháp này nhưng mà có thể cải thiện hơn, ví dụ như là cần thực tế hơn một chút nữa, nhiều lúc em thấy loa hơi rè, nhiều lúc thì thầy cô giáo nói hơi nhanh nên là cũng không thể xử lý kịp ạ”.

Sinh viên Đ.T.N: “Em thấy thích làm việc theo phương pháp này hơn vì nó gần như là thực tế, mình được giao tiếp, được cùng nhau làm việc”, “theo em thì nên tiếp tục triển khai phương pháp này nhưng mà em thấy là nếu được trang bị đầy đủ hơn thì sẽ hiệu quả hơn, ví dụ như cho chúng em sử dụng nhiều máy hơn để sau này ra viện mình đỡ bỡ ngỡ”

Sinh viên P.N.Q: “có ạ nhưng em muốn là hệ thống âm thanh và hình ảnh rõ nét hơn, hệ thống buồng kín hơn để bọn em không bị phân tâm ở bên ngoài ạ”.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhìn chung, đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu là nữ (chiếm tỷ lệ 91,1%) và tập trung chủ yếu ở lứa tuổi 20 tuổi (76,4%). Đây chính là đặc điểm của sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định nói riêng và sinh viên đại học chính quy điều dưỡng nói chung. Điều này phù hợp với thực trạng điều dưỡng ở Việt Nam hiện nay, theo Trung tâm truyền thông – giáo dục sức khỏe trung ương số lượng điều dưỡng nữ trên cả nước cao hơn hẳn số lượng điều dưỡng viên nam và chiếm tới 86,8% [1]. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lumma-Sellenthin Antje năm 2012 khi nghiên cứu thái độ học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên với tỷ lệ nữ giới là 73% và tuổi 20-23 tuổi chiếm 63% [65].

4.2. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên

4.2.1. Thực trạng thái độ học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Để phản ánh thái độ của sinh viên về vai trò mà việc học tập KNGT đã hoặc sẽ mang lại cho sinh viên điều dưỡng ở nhóm yếu tố 1 – “Học tập”, kết quả nghiên cứu cho thấy thái độ của sinh viên ở mức khá với điểm trung bình chung đạt $3,66 \pm 0,35$ (trên thang điểm 5), hầu hết sinh viên đều đồng ý rằng việc học giao tiếp khá thú vị, có thể cải thiện khả năng giao tiếp với người bệnh, giúp tôn trọng đồng nghiệp, đây là một kỹ năng quan trọng với người điều dưỡng nhưng các em chưa có thái độ cao đối với kỹ năng làm việc nhóm và việc rèn luyện thái độ tôn trọng NB mà kỹ năng giao tiếp có thể mang lại, cụ thể điểm trung bình của hai câu này ở mức thấp là $1,98 \pm 0,79$ và $1,76 \pm 0,75$. Điều này khác với nghiên cứu của Ismaeil Fazel năm 2010 nghiên cứu trên sinh viên y khoa tại Iran cho kết quả các câu ở nhóm yếu tố 1 – “Học tập” đều ở mức khá, sự khác biệt này có thể do khác đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu của Fazel là sinh viên y khoa còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng là sinh viên điều dưỡng [39].

Thái độ của sinh viên về sự phức tạp và khó khăn khi học kỹ năng giao tiếp ở nhóm yếu tố 2 – “Tâm quan trọng” có điểm trung bình chung đạt $2,68 \pm 0,37$, có

hơn 50% sinh viên đồng ý rằng “Học KNGT dành cho SV tâm lý chứ không phải sinh viên ĐD” và sinh viên “cảm thấy khó khăn để học KNGT một cách nghiêm túc”. Điều này thể hiện rằng sinh viên chưa có thái độ đúng đắn và đầy đủ đối với việc học kỹ năng giao tiếp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn (2011) cho kết quả: có 62,2% sinh viên đồng ý với ý kiến cho rằng “Công việc trong thực tế cần thiết có kỹ năng giao tiếp hơn trong hoạt động học tập” [16]. Như vậy, có thể sinh viên vẫn còn xem nhẹ việc rèn luyện kỹ năng giao tiếp trong hoạt động học tập ở nhà trường dẫn đến việc sinh viên không chú trọng rèn luyện kỹ năng giao tiếp trong quá trình học, do chưa nhận thức được việc hình thành kỹ năng giao tiếp là cả một quá trình. Đây cũng chính là sự mâu thuẫn về thái độ học tập của sinh viên khi đồng ý rằng kỹ năng giao tiếp là một kỹ năng quan trọng của người điều dưỡng nhưng lại cho rằng việc học kỹ năng giao tiếp là dành cho sinh viên tâm lý chứ không phải sinh viên điều dưỡng.

Thái độ của sinh viên về cách để trở thành người điều dưỡng tốt ở nhóm yếu tố 3 – “Chất lượng” đạt mức trung bình (ĐTB chung đạt $3,3 \pm 0,41$), khoảng 98% sinh viên đồng ý và rất đồng ý rằng “Để trở thành một ĐD tốt cần có KNGT tốt”, 92% sinh viên đồng ý và rất đồng ý với câu “Phát triển các KNGT cũng quan trọng như phát triển kiến thức về ĐD” nhưng lại có đến hơn 60% sinh viên cảm thấy “không hứng thú khi học KNGT”. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Brian Laurence (2012) và tác giả Bruce R. Kava và cộng sự (2017), nghiên cứu của các tác giả này đều cho thấy sinh viên nhận thức được tầm quan trọng của việc học kỹ năng giao tiếp đối với chuyên ngành của mình [48],[62]. Tuy vậy, trong nghiên cứu này sinh viên chưa cảm thấy hứng thú khi học kỹ năng giao tiếp có thể do chương trình giảng dạy hiện tại chưa được cải tiến, cập nhật, mang nặng tính lý thuyết, ít thời lượng cho sinh viên thực hành.

Thái độ của sinh viên về vai trò của kỹ năng giao tiếp trong việc hoàn thành các yêu cầu tốt nghiệp ở nhóm yếu tố 4 – “Thành công” đạt mức trung bình (ĐTB chung đạt $3,10 \pm 0,45$). SV đã có ý thức được việc học KNGT là cần thiết để tốt nghiệp, 65,85% sinh viên không đồng ý và rất không đồng ý rằng “Dù KNGT kém

vẫn không ảnh hưởng tới kết quả học tập”, 70,73 % sinh viên không đồng ý và rất không đồng ý rằng “Không cần có KNGT tốt để trở thành một ĐD”, tuy nhiên gần 60% sinh viên cảm thấy chán khi phải học đi học lại các bài học về KNGT. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn (2011) cho kết quả như sau: 69,4% sinh viên không đồng ý “Học tập tốt không nhất thiết cần KNGT tốt”, 41,4% sinh viên đồng ý “KNGT của học viên có ảnh hưởng nhất định kết quả học tập” [16].

Điểm trung bình thái độ học tập kỹ năng giao tiếp trước can thiệp của sinh viên ở nhóm chứng là $3,28 \pm 0,21$ và nhóm nghiên cứu là $3,24 \pm 0,25$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), điều này thể hiện rằng thái độ học tập kỹ năng giao tiếp của sinh viên hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp là ngang nhau.

4.2.2. Thực trạng về thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên

Điểm trung bình thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên (trên thang điểm 5) ở 7 mục lần lượt là: Mục 1 – “Xây dựng một mối quan hệ” đạt $2,03 \pm 0,49$, mục 2 – “trao đổi với NB” đạt $1,86 \pm 0,48$, mục 3 – “thu thập thông tin” đạt $1,59 \pm 0,34$, mục 4 – “hiểu về quan điểm của NB” đạt $1,49 \pm 0,32$, mục 5 – “chia sẻ thông tin” đạt $1,79 \pm 0,40$, mục 6 – “Đạt được sự đồng thuận” đạt $1,48 \pm 0,37$, mục 7 – “kết thúc” đạt $1,74 \pm 0,31$ với mục đạt điểm thấp nhất là mục 6 “Đạt được sự đồng thuận”. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Sơn và Nguyễn Thị Diễm (2008) cho kết quả như sau: có 50,28% sinh viên có kỹ năng giao tiếp ở mức trung bình, 26,81% sinh viên ở mức trung bình thấp [14]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lò Thị Mai Thoan (2005) khi nghiên cứu thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên sư phạm tỉnh Sơn La: sinh viên có kỹ năng giao tiếp đạt 8,56 (trên thang điểm 10) [20]. Kết quả này khác với nghiên cứu của Bruce R. Kava (2017): kỹ năng giao tiếp của sinh viên đạt mức khá với điểm trung bình chung (thang điểm 5) ở 7 mục lần lượt là: Mục 1 – “Xây dựng một mối quan hệ” đạt 3,2, mục 2 – “trao đổi với NB” đạt 3,3, mục 3 – “thu thập thông tin” đạt 3,4, mục 4 – “hiểu về quan điểm của NB” đạt 3,0, mục 5 – “chia sẻ thông tin” đạt 3,2, mục 6 – “Đạt được sự đồng thuận” đạt 3,4, mục 7 – “kết thúc” đạt 3,4 [48], khác với nghiên

cứ của Kim Hye Young (2012): sinh viên nhóm can thiệp có điểm trung bình chung kỹ năng giao tiếp là $3,69 \pm 0,61$ và sinh viên nhóm chứng có điểm trung bình chung kỹ năng giao tiếp là $3,91 \pm 0,63$ [51]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về đặc điểm đối tượng và địa bàn nghiên cứu, nghiên cứu của Bruce R. Kava là sinh viên y khoa tại Florida, Hoa kỳ và nghiên cứu của Kim Hye Young là sinh viên tại Hàn Quốc đều là sinh viên tại những nước phát triển nên có sự năng động, tự tin hơn và sinh viên đã quen với các phương pháp học tập chủ động, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên sinh viên điều dưỡng tại Việt Nam, do sinh viên mới được tiếp cận các phương pháp học tập tích cực nên còn chưa tự tin và chủ động trong bài học dẫn đến điểm thực hành kỹ năng giao tiếp còn thấp.

Tại mục “xây dựng một mối quan hệ” sinh viên có điểm trung bình thấp nhất ở bước sử dụng giọng nói, ngữ điệu, ánh mắt, cử chỉ cho thấy sự lo lắng và quan tâm người bệnh (đạt $1,67 \pm 0,74$) . Có thể do sinh viên còn mới tiếp xúc với việc thực hành giao tiếp nên mới chỉ tập trung vào việc khai thác thông tin người bệnh mà chưa tập trung vào việc sử dụng các phương tiện giao tiếp không lời như ngữ điệu, ánh mắt...khi giao tiếp với người bệnh. Qua đó, người giảng viên cần chú trọng hơn trong giảng dạy và cho sinh viên được thực hành nhiều hơn nữa kỹ năng giao tiếp không lời để sinh viên có thể nâng cao được kỹ năng này khi giao tiếp với người bệnh. Điểm trung bình chung của bước này đạt 2,03 tương đồng với kết quả của nghiên cứu của Anne Simmenroth-Nayda và cộng sự (2014): điểm trung bình bước “xây dựng mối quan hệ” đạt $2,1 \pm 0,9$.

Tại mục “trao đổi với người bệnh”, sinh viên thực hiện hai bước C5 và C6 ở mức kém có tỷ lệ cao, cho thấy sinh viên còn kém trong kỹ năng khai thác thông tin đầy đủ của người bệnh và chưa tốt trong việc thuyết phục NB tái khám. Điều này có thể do sinh viên chưa được học hết các chuyên ngành lâm sàng như Nội, Ngoại, Sản, Nhi nên còn thiếu kiến thức về bệnh để tư vấn và giải thích cho người bệnh. Điểm trung bình của bước này đạt $1,86 \pm 0,48$, kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Danielle A Baribeau (2012): chỉ có 24% sinh viên thực hiện bước này ở mức đạt [30]. Sự tương đồng này có thể do nghiên cứu đều tiến hành

can thiệp bằng phương pháp mô phỏng, sinh viên được thực hành đóng vai trong các tình huống nên còn ngỡ ngàng.

Mục 3 – “thu thập thông tin” có hơn 80% sinh viên thực hiện đạt mức kém ở hai bước “tóm tắt lại thông tin” và “chuyển tiếp chủ đề mới hiệu quả” với điểm trung bình lần lượt ở hai bước là $1,17 \pm 0,38$ và $1,19 \pm 0,39$. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Anne Simmenroth-Nayda và cộng sự (2014): điểm trung bình đạt $2,4 \pm 1,2$ [78]. Sự khác biệt này có thể do Anne Simmenroth-Nayda và cộng sự nghiên cứu trên sinh viên tâm lý chứ không phải sinh viên điều dưỡng.

Cả 3 các bước tại mục 4 – “hiểu về quan điểm của NB”, tỷ lệ sinh viên thực hiện kém đều chiếm tỷ lệ cao nhất với các nội dung như: hỏi về những sự kiện và các mối quan hệ ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh, tìm hiểu về tín ngưỡng, phản hồi rõ ràng ý kiến và cảm xúc của người bệnh. Mặc dù đã được hướng dẫn tìm hiểu tất cả các vấn đề liên quan đến người bệnh bao gồm cả tín ngưỡng, tâm tư, tình cảm nhưng hầu hết sinh viên đều chưa thực hiện tốt bước này có thể các em đã quá chú trọng vào chăm sóc bệnh mà chưa quan tâm tới tinh thần người bệnh. Như vậy, người giảng viên cần tăng cường đưa nội dung này vào giảng dạy và cho sinh viên thực hành nhiều hơn nữa.

Trong 4 bước tại mục 5 – “chia sẻ thông tin”, chỉ có bước C15 có điểm trung bình cao nhất là $2,22 \pm 0,65$, ba bước còn lại là C14, 16, 17 có điểm trung bình thấp lần lượt là $1,80 \pm 0,82$, $1,28 \pm 0,45$ và $1,85 \pm 0,76$. Điểm trung bình chung của mục này là $1,79 \pm 0,40$, kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Danielle A Baribeau (2012): chỉ có 23,4% sinh viên thực hiện bước này ở mức đạt, kết quả nghiên cứu này thấp hơn kết quả của Anne Simmenroth-Nayda và cộng sự (2014): điểm trung bình bước “chia sẻ thông tin” đạt $2,1 \pm 0,9$ [78].

Tại mục 6 – “đạt được sự đồng thuận”, hầu hết sinh viên thực hiện đạt mức kém và trung bình, điểm trung bình chung mục này là $1,48 \pm 0,37$, là mục có điểm trung bình thấp nhất trong 7 mục. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Danielle A Baribeau (2012): chỉ có 9,6% sinh viên thực hiện bước này ở mức đạt. Để đạt được sự đồng thuận với người bệnh, sinh viên cần vận dụng các kỹ năng

giao tiếp cùng với những hiểu biết về người bệnh để đưa ra các phương án chăm sóc hợp lý mà người bệnh có thể chấp nhận được. Đây là bước rất quan trọng để tiến tới sự hài lòng của người bệnh nhưng sinh viên còn yếu ở kỹ năng này. Vì vậy trong quá trình giảng dạy, người giảng viên nên chú ý để hỗ trợ cho sinh viên, giúp nâng cao kỹ năng giao tiếp cho sinh viên, góp phần nâng cao chất lượng của người điều dưỡng. Mục 7 – “kết thúc” có điểm trung bình chung đạt $1,74 \pm 0,31$ với bước có điểm trung bình thấp nhất là bước C21 “hỏi NB có bất kì câu hỏi nào hoặc quan tâm các vấn đề thắc mắc khác” đạt $1,41 \pm 0,49$.

Điểm trung bình thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên ở nhóm chứng ($1,72 \pm 0,20$) và nhóm nghiên cứu ($1,69 \pm 0,22$) trong nghiên cứu này không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Như vậy, điểm thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên hai nhóm trước can thiệp là tương đương. Mặc dù sinh viên hiểu được vai trò và tầm quan trọng của việc học tập KNGT nhưng thực tế kỹ năng thực hành của sinh viên chỉ đạt mức trung bình. Điều này có thể do chương trình giảng dạy hiện nay sinh viên còn học tập mang tính thụ động, lượng sinh viên học trong một buổi thực hành quá đông dẫn đến việc sinh viên ít có cơ hội được tham gia vào việc thực hành để rèn luyện các kỹ năng.

4.3. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong giảng dạy kỹ năng giao tiếp

4.3.1. Sự thay đổi thái độ học tập và thực hành kỹ năng giao tiếp sau can thiệp

Sau khi được học tập bằng phương pháp đóng vai, hầu hết thái độ học tập của sinh viên đều có sự cải thiện so với trước can thiệp, đặc biệt ở một số nội dung có sự tăng lên đáng kể sau can thiệp với mức ý nghĩa $p < 0,001$. Cụ thể như sau: nhóm yếu tố 1 – “học tập” có hai câu “Học KNGT giúp rèn luyện thái độ tôn trọng NB” và “Học KNGT giúp tạo điều kiện cho các KN làm việc nhóm” có sự cải thiện đáng kể với $p < 0,001$. Đây cũng chính là những nội dung mà trước can thiệp sinh viên có điểm thấp nhất, điều này thể hiện hiệu quả của phương pháp đóng vai đã giúp sinh viên nhận thức rõ hơn về vai trò của KNGT trong việc rèn luyện thái độ tôn trọng người bệnh và kỹ năng làm việc nhóm. Nhóm yếu tố 2 – “tầm quan trọng” có điểm trung bình tăng lên đáng kể sau can thiệp với bốn câu “các bài học về

KNGT quá phức tạp”, “Các giảng viên không đi lâm sàng vẫn có khả năng giảng về KNGT”, “Tôi cảm thấy khó khăn để học KNGT một cách nghiêm túc”, “Học KNGT dành cho SV tâm lý chứ không phải SV ĐD”, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy sau can thiệp sinh viên đã nhận thức được đầy đủ hơn về tầm quan trọng của việc học kỹ năng giao tiếp đối với sinh viên điều dưỡng. Nhóm yếu tố 3 – “chất lượng” có sự thay đổi điểm trung bình đáng kể ($p < 0,001$) ở hai câu “không hứng thú khi học KNGT” và “Chương trình học có đủ thời gian để học các KNGT”. Nhóm yếu tố 4 – “thành công” có các câu “Học lại các bài học về KNGT rất chán” và “Học KNGT rất vui” có điểm trung bình sau can thiệp tăng đáng kể ($p < 0,001$). ĐTB chung thái độ học tập của nhóm chứng tăng từ $3,281 \pm 0,21$ lên $3,918 \pm 0,20$ sau can thiệp, nhóm nghiên cứu tăng từ $3,245 \pm 0,25$ lên $4,088 \pm 0,28$ sau can thiệp với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, như vậy thái độ học tập của sinh viên thể hiện sự hứng thú hơn đối với việc học KNGT và sinh viên cũng đã có thêm những hiểu biết về vai trò của KNGT trong việc chăm sóc người bệnh nói riêng và đối với chuyên ngành điều dưỡng nói chung. Kết quả này khác với nghiên cứu của Bruce R. Kava (2017) cho thấy sự khác biệt về thái độ tiêu cực của sinh viên trong việc học KNGT trước và sau khi học mô phỏng không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,317$) [48]. Điều này có thể do trong nghiên cứu của tác giả Bruce R. Kava sinh viên được thực hành trên máy tính có thiết kế phòng mô phỏng ảo và người bệnh là mô hình trên máy tính được lồng tiếng nên sự thay đổi về những thái độ tiêu cực chưa có hiệu quả rõ ràng.

Điểm trung bình chung thực hành KNGT của sinh viên tăng đáng kể sau can thiệp ở cả hai nhóm chứng và nhóm can thiệp với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Trong 7 mục của bảng kiểm, sự thay đổi đáng kể cụ thể ở một số bước sau: tất cả các bước ở mục 1 “xây dựng mối quan hệ” và mục 2 “trao đổi với NB” có ĐTB tăng đáng kể ở các câu C1, 2,3,4 với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, riêng câu C5 chỉ có nhóm nghiên cứu có ĐTB tăng sau can thiệp với $p < 0,05$.

Ở mục “thu thập thông tin” và “hiểu về quan điểm NB” có điểm trung bình tăng sau can thiệp ở các bước C9, 10, 11, 13 ($p < 0,001$), riêng bước C12 có điểm

trung bình tăng sau can thiệp ở nhóm chứng ($p < 0,05$) mà không tăng ở nhóm nghiên cứu, có thể do sinh viên thực hành tại phòng mô phỏng còn mới nên chưa quen, vì vậy khi thực hành đã quên hoặc làm chưa tốt. Mục “chia sẻ thông tin” và “đạt được sự đồng thuận” có ĐTB tăng ở các bước C15, 16, 18, 19 ($p < 0,001$). Đặc biệt tất cả các bước trong mục 6 đều có điểm trung bình tăng đáng kể sau can thiệp, nhất là ở nhóm nghiên cứu, đây là những bước mà sinh viên thực hiện kém nhất trước can thiệp thì đã có một sự thay đổi đáng kể sau can thiệp. Qua đó thể hiện phương pháp đóng vai đã giúp sinh viên rèn luyện được kỹ năng thực hành hiệu quả. Mục 7 – “kết thúc” có điểm trung bình của tất cả bốn bước đều tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm, tuy nhiên chỉ có hai bước C21 và C24 có điểm trung bình tăng đáng kể sau can thiệp ($p < 0,001$), riêng hai bước C22 và C23 sự khác biệt về điểm trung bình không có ý nghĩa thống kê ở nhóm chứng ($p > 0,05$).

Điểm trung bình thực hành KNGT của sinh viên cả hai nhóm nghiên cứu từ mức trung bình trước can thiệp (nhóm chứng có ĐTB là $1,724 \pm 0,20$, nhóm nghiên cứu có ĐTB là $1,695 \pm 0,22$) lên mức khá và giỏi sau can thiệp (nhóm chứng có ĐTB là $2,253 \pm 0,16$, nhóm nghiên cứu có ĐTB là $2,930 \pm 0,22$) với mức ý nghĩa $p < 0,001$. Như vậy sau can thiệp, kỹ năng giao tiếp của sinh viên đã tăng lên đáng kể, tuy nhiên còn một số kỹ năng mà sinh viên vẫn chưa được cải thiện như quá trình khai thác, tìm hiểu các thông tin từ người bệnh cũng như văn hóa, tín ngưỡng và sự mong đợi kết quả từ phía người bệnh hay việc kiểm tra xác nhận lại sự hiểu biết của người bệnh về kế hoạch chăm sóc. Điều này có thể do sinh viên chưa có đầy đủ kiến thức về các học phần bệnh học và chăm sóc chuyên ngành Nội, Ngoại, Sản, Nhi nên chưa biết cách khai thác kỹ thông tin về bệnh, ngoài ra do đặc thù của Việt Nam không có nhiều loại tôn giáo nên sinh viên chưa thực sự quan tâm đến việc tìm hiểu về tín ngưỡng và tôn giáo của người bệnh.

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Isabel Taveira-Gomes và cộng sự năm 2016 cho kết quả có sự cải thiện đáng kể về điểm trung bình KNGT của sinh viên y khoa sau khi được học thực hành mô phỏng với mức ý nghĩa $p < 0,05$ [82]. Một nghiên cứu khác của tác giả Anne Simmenroth-

Nayda (2014) cũng cho thấy sự tăng lên đáng kể của kỹ năng giao tiếp sau học tập mô phỏng trên người bệnh chuẩn, đặc biệt ở các bước “chia sẻ thông tin”, “cung cấp hướng dẫn”, “xây dựng mối quan hệ” [78]. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lee Young-Mee và Lee Young Hee (2014) tại Hàn Quốc bằng phương pháp học mô phỏng trên người bệnh chuẩn có sự thay đổi kỹ năng giao tiếp tăng lên đáng kể sau can thiệp với mức ý nghĩa $p < 0,001$ ở các bước sau: “xây dựng mối quan hệ”, “chia sẻ thông tin”, “hiểu nhu cầu NB”, “kết thúc” [63]. Điều này thể hiện hiệu quả của phương pháp đóng vai tại phòng thực hành mô phỏng trong việc hình thành KNGT cho sinh viên y khoa nói chung và sinh viên điều dưỡng nói riêng bởi khi thực hành với người bệnh chuẩn hoặc mô hình được lồng tiếng, sinh viên sẽ được tự mình giải quyết các tình huống có thể xảy ra trên người bệnh mà không được chuẩn bị trước, điều này khác với khi sinh viên tự chia nhóm và đóng vai với nhau thì các em có thể thảo luận trước với nhau để tình huống diễn ra theo ý mình, hơn nữa khi các em tự đóng vai người bệnh thì bản thân các em chưa có kinh nghiệm về người bệnh ngoài thực tế để đóng vai. Việc được thực hành trong phòng mô phỏng gần giống như phòng bệnh ngoài bệnh viện cũng giúp các em có được sự trải nghiệm chân thực hơn.

Kết quả này khác với nghiên cứu của Danielle Baribeau và cộng sự năm 2014 trong một nghiên cứu thử nghiệm trên 79 sinh viên được học 5 tình huống tại phòng mô phỏng có người bệnh chuẩn cho kết quả sau can thiệp không có sự thay đổi đáng kể ở mục 1 “xây dựng mối quan hệ”, mục 2 “trao đổi với NB” và mục 5 “chia sẻ thông tin” với mức ý nghĩa $p > 0,05$ [30]. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của Danielle Baribeau các kỹ năng thực hành các bước trên của sinh viên đã đạt mức tốt nên không có sự khác biệt sau can thiệp.

4.3.2. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu sau can thiệp

Nhóm yếu tố “Học tập” gồm 10 câu trong đó chỉ có câu B5 và B7 thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p < 0,001$, các câu còn lại có điểm trung bình không có sự khác biệt với mức ý nghĩa $p > 0,05$. Kết quả này thể hiện sinh viên học tập bằng phương pháp đóng vai tại phòng mô phỏng có hiệu quả hơn

trong việc thay đổi thái độ của sinh viên về vai trò của kỹ năng giao tiếp giúp rèn luyện thái độ tôn trọng người bệnh và kỹ năng làm việc nhóm. Điểm trung bình nhóm yếu tố 1 không có sự khác biệt giữa hai nhóm với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Nhóm yếu tố “tâm quan trọng” có ba câu B15, 22, 24 có điểm trung bình nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng ($p < 0,001$). Điểm trung bình chung của nhóm chứng là $3,49 \pm 0,29$ thấp hơn nhóm nghiên cứu là $3,75 \pm 0,42$ thể hiện học tập bằng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng có hiệu quả thay đổi thái độ học tập về “tâm quan trọng” tốt hơn phương pháp học tập truyền thống, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Nhóm yếu tố “chất lượng” có điểm chung bình chung của nhóm chứng là $4,15 \pm 0,36$ cao hơn nhóm nghiên cứu là $4,14 \pm 0,39$ tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, kết quả này cho thấy học tập bằng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng không có hiệu quả hơn trong việc thay đổi thái độ nhóm yếu tố “chất lượng”. Nhóm yếu tố “thành công” có điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $4,16 \pm 0,46$ cao hơn đáng kể điểm trung bình của nhóm chứng là $3,82 \pm 0,46$ với mức ý nghĩa $p < 0,001$, kết quả này thể hiện hiệu quả cao của phương pháp mô phỏng trong việc thay đổi thái độ của sinh viên về vai trò của kỹ năng giao tiếp đối với việc hoàn thành các yêu cầu để tốt nghiệp trường điều dưỡng.

Kết quả nghiên cứu này khác với kết quả nghiên cứu của Jahan năm 2014 khi nghiên cứu so sánh kỹ năng giao tiếp của sinh viên năm thứ nhất với năm thứ tư tại trường cao đẳng y khoa: tất cả các câu mang tính tích cực đều có điểm trung bình tăng lên đáng kể sau can thiệp với $p < 0,001$ nhưng các câu mang tính tiêu cực (câu đảo chiều) gồm B2, 6, 15, 20, 22 không có sự khác biệt giữa sinh viên năm nhất và năm thứ 4. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Jahan là sinh viên năm nhất và năm tư còn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là sinh viên điều dưỡng năm thứ ba [44].

Như vậy sinh viên được học trong môi trường mô phỏng có sự cải thiện về thái độ học tập kỹ năng giao tiếp tuy nhiên chưa có sự khác biệt đáng kể so với sinh

viên học bằng phương pháp đóng vai truyền thống. Có thể do phương pháp đóng vai là một phương pháp khá hiệu quả để sinh viên rèn luyện KNGT nên khi sinh viên dù được thực hành đóng vai tại giảng đường thì vẫn có thể tạo sự hứng thú học tập cho sinh viên và giúp cải thiện thái độ học tập của sinh viên. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tayebe Reyhani và cộng sự (2015) khi nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp đóng vai trong giảng dạy KNGT chỉ ra rằng điểm trung bình của KNGT sau can thiệp cao hơn đáng kể so với trước can thiệp với $p < 0,001$ qua đó chỉ ra phương pháp đóng vai có hiệu quả trong việc đào tạo KNGT [73].

Về hiệu quả của phương pháp đóng vai trong thực hành KNGT của sinh viên có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm nghiên cứu. Điểm trung bình thực hành của sinh viên nhóm chứng là $2,25 \pm 0,16$ thấp hơn so với điểm trung bình của sinh viên nhóm nghiên cứu là $2,93 \pm 0,22$ với mức ý nghĩa $p < 0,001$. Kết quả này thể hiện rằng giảng dạy trong môi trường mô phỏng có hiệu quả trong việc hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên, đặc biệt là đối với học thực hành thì phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng có hiệu quả cao hơn hẳn so với phương pháp đóng vai truyền thống.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kim Hye Young và cộng sự (2012) cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm thực nghiệm được học bằng phương pháp mô phỏng và nhóm chứng với $p = 0,020$ [51]. Tuy nhiên kết quả này khác với nghiên cứu của Jared M. Kutzin (2010) cho kết quả rằng không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm chứng và nhóm mô phỏng với $p = 0,749$ [57]. Sự khác biệt này có thể do một số yếu tố nhiễu trong nghiên cứu mà chính tác giả đã chỉ ra như: sinh viên biết rằng đang được đánh giá kiến thức và thái độ về kỹ năng giao tiếp và làm việc nhóm nên có thể cố tính trả lời trái với thực tế, do đó các câu trả lời chính xác 1 cách tuyệt đối hoặc có sự trao đổi giữa hai nhóm nghiên cứu hay một số đánh giá mang tính chủ quan khác [57].

Điểm định kì của sinh viên nhóm nghiên cứu đạt $7,81 \pm 0,30$ cao hơn điểm định kì của sinh viên nhóm chứng là $7,54 \pm 0,28$ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, như vậy sinh viên học thực hành bằng phương pháp đóng vai trong môi

trường mô phỏng có hiệu quả trong việc hình thành kỹ năng giao tiếp tốt hơn học tập bằng phương pháp đóng vai truyền thống. Điểm tổng kết học phần của hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $p > 0,05$, kết quả này có thể là vì điểm tổng kết học phần bao gồm cả điểm thường xuyên và điểm thi lý thuyết mà không chỉ gồm phần thực hành sinh viên được học trong môi trường mô phỏng nên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

4.3.3. Quan điểm của giảng viên và sinh viên về phương pháp mô phỏng

Khi được hỏi về quan điểm của mình đối với phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng thì hầu hết các giảng viên và sinh viên đều cho rằng đây là một phương pháp mới nên còn nhiều băn khoăn tuy nhiên cả giảng viên và sinh viên đều bày tỏ quan điểm rất thích giảng dạy và học tập theo phương pháp này. Các thầy cô nói rằng đây là một phương pháp phù hợp, hiệu quả và dễ áp dụng tuy nhiên đòi hỏi người giảng viên phải tự tìm tòi, học hỏi, cập nhật thêm nhiều tài liệu mới. Các em sinh viên cảm thấy hấp dẫn, cuốn hút khi được học bởi một phương pháp học tập mới mà phòng học như một “buồng bệnh thu nhỏ” với “người bệnh dù là mô hình nhưng được lòng tiếng như NB thật”, đồng thời các em “được rèn luyện khả năng làm việc nhóm, “được đối diện với NB mà không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài”. Tất cả giảng viên và sinh viên đều thấy hứng thú với phương pháp học tập này, cụ thể như sau: các thầy cô cho rằng chính sự mới mẻ của phương pháp “đòi hỏi GV phải cập nhật kiến thức, am hiểu các tình huống, diễn biến ngoài lâm sàng” tạo động lực và sự hứng thú khi giảng dạy, “nâng cao được năng lực và sự tự tin trong giao tiếp cho các em sinh viên trước khi đi lâm sàng”. Các em SV thấy rằng qua việc học tập tại môi trường mô phỏng giúp các em “tự tin hơn”, “cải thiện được kỹ năng giao tiếp với NB”, “biết cách nhìn nhận và đánh giá các biểu hiện trên NB” mà các phương pháp học tập truyền thống không có được. Khi học theo phương pháp này, tất cả các em đều được “bắt tay vào nói, vào làm trên NB như thật, được tiếp xúc với các trang thiết bị” và được rèn luyện “giao tiếp với NB trước khi ra bệnh viện”.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả sau: tác giả Priya Subramanian và Krishanthi Sathanandan (2016) cho kết quả 100% sinh viên cảm thấy đây là một phương pháp hữu ích, giúp gia tăng sự tự tin và các kỹ năng cho sinh viên [81]; Annamaria Bagnasco và cộng sự (2014) khi nghiên cứu sinh viên y khoa năm 3 cho kết quả rằng các SV đều hài lòng cao với phương pháp học tập mô phỏng và đánh giá cao vai trò của mô phỏng đối với rèn luyện KNGT [29]; tác giả Cynthia Foronda và cộng sự (2014) khi phỏng vấn sinh viên sau khi học mô phỏng nói rằng “chúng em cảm thấy tự tin hơn về vai trò của mình”, “giúp em tương tác tốt với cả bác sĩ và người bệnh”, sinh viên bày tỏ ít lo lắng và giao tiếp tốt hơn [40]. Như vậy học tập tại phòng thực hành mô phỏng là một phương pháp mới mà ở đó sinh viên được làm đi làm lại nhiều lần theo các tình huống khác nhau trong một môi trường gần như bệnh viện nên sẽ tạo được sự hứng thú cho sinh viên và giúp sinh viên tự tin hơn trước khi đi thực hành tại bệnh viện.

Tuy nhiên, khi triển khai thực hiện đã gặp phải một số trở ngại, về phía giảng viên cho rằng trở ngại đó là việc chuẩn bị bài giảng đòi hỏi sự công phu, tỉ mỉ và còn gặp khó khăn trong việc tìm kiếm tài liệu, giáo trình giảng dạy: “trước mỗi giờ giảng phải chuẩn bị rất nhiều dụng cụ”, “giáo trình, giáo án tại trung tâm còn hạn chế, các tình huống mà chúng tôi xây dựng còn ít”, “phải cập nhật nhiều kiến thức từ giảng viên nước ngoài và tài liệu tiếng Anh”, “chưa hiểu hết được tất cả các tình huống”, “phản ứng trên NB cho sinh viên xem là dạng chết”. Về phía sinh viên, vì đây là lần đầu tiên áp dụng nên các em còn “bỡ ngỡ”, “chưa nắm bắt kịp chạy theo tình huống”, “mô hình chưa thật giống người nên không quan sát được da niêm mạc...”, tình huống “diễn biến dồn dập”, “loa khá nhỏ và camera chưa rõ nét”, “các thiết bị trong phòng thực hành thì chưa được sử dụng hết”. Có những khó khăn này bởi trường Đại học Điều dưỡng Nam Định gần như là trường đào tạo điều dưỡng đầu tiên tại Việt Nam đưa môi trường mô phỏng vào giảng dạy thực hành cho sinh viên điều dưỡng nên phần lớn chương trình giảng dạy được các chuyên gia nước ngoài giúp đỡ, các tham khảo tài liệu tham khảo cũng từ nước ngoài, đó có thể là lí do mà khi áp dụng vào thực tế tại Việt Nam còn có những vấn đề khó khăn và chưa

phù hợp. Tuy vậy, đây là khóa đầu tiên được đào tạo bằng phương pháp mô phỏng nên tiếp theo Nhà trường và các giảng viên giảng dạy cần tiếp tục có sự chỉnh sửa về chương trình giảng dạy cũng như phương pháp giảng dạy để phù hợp với trình độ sinh viên tại Việt Nam trong những năm học tiếp theo.

Cuối cùng khi được hỏi về tính khả thi của phương pháp khi tiếp tục triển khai rộng rãi hơn nữa thì 100% giảng viên và sinh viên được phỏng vấn đều bày tỏ mong muốn được tiếp tục học tập theo phương pháp mô phỏng nhưng cần cải thiện một số nội dung, các giảng viên mong muốn rằng cải thiện “cơ sở vật chất, số lượng học viên, nội dung bài giảng”, “đặc biệt là phải đào tạo tập huấn giảng viên nhiều hơn nữa”, cần phát triển cách đánh giá người học vì phương pháp đánh giá hiện tại “chưa thể đánh giá được hoàn toàn mà chỉ đánh giá được một phần” năng lực của người học. Các em SV cũng muốn tiếp tục triển khai nhưng có mong muốn “được trang bị đầy đủ hơn”, “sử dụng nhiều máy hơn”, “hệ thống âm thanh và hình ảnh rõ nét hơn, hệ thống bù bóng kín hơn”, tình huống cần “thực tế hơn”, ngoài ra các em cũng góp ý rằng “thầy cô giáo nói hơi nhanh nên không thể xử lý kịp”. Điều này góp phần tạo động lực để Nhà trường cũng như giảng viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định tiếp tục hoàn thiện hơn nữa chương trình đào tạo, giúp phát huy hơn nữa hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để giảng dạy cho sinh viên điều dưỡng nói riêng và là cơ sở cho việc đưa môi trường mô phỏng vào giảng dạy điều dưỡng tại Việt Nam một cách rộng khắp trong tương lai.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của sinh viên

- Thái độ học tập về kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 ở mức độ khá: điểm trung bình chung nhóm chứng đạt $3,28 \pm 0,21$, nhóm nghiên cứu đạt $3,24 \pm 0,25$ ($p > 0,05$) (thang điểm 5).
- Thực hành kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 ở mức độ thấp: điểm trung bình chung của nhóm chứng đạt $1,72 \pm 0,20$, nhóm nghiên cứu đạt $1,69 \pm 0,22$ ($p > 0,05$) (thang điểm 5).

2. Hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp

Sử dụng phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng vào giảng dạy giúp cho kỹ năng giao tiếp của sinh viên điều dưỡng tăng lên rõ rệt, cụ thể như sau:

- Điểm trung bình thái độ học tập kỹ năng giao tiếp sau can thiệp của nhóm chứng $3,918 \pm 0,20$ và nhóm nghiên cứu: $4,088 \pm 0,28$ ($p < 0,05$) (thang điểm 5).
- Điểm trung bình thực hành kỹ năng giao tiếp sau can thiệp của nhóm chứng: $2,253 \pm 0,16$ và nhóm nghiên cứu: $2,930 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) (thang điểm 5).

3. Quan điểm của giảng viên và sinh viên về phương pháp mô phỏng

100% giảng viên và sinh viên đều cảm thấy hứng thú khi học bằng phương pháp mô phỏng và bày tỏ mong muốn được tiếp tục học tập theo phương pháp mô phỏng nhưng có sự cải tiến, khắc phục những khó khăn, trở ngại.

KHUYẾN NGHỊ

1. Các trường đào tạo về điều dưỡng nên tiếp tục áp dụng nhiều hơn phương pháp giảng dạy thực hành kỹ năng giao tiếp trong môi trường mô phỏng để rèn luyện kỹ năng giao tiếp cho sinh viên, tăng thời lượng học thực hành tại phòng thực hành tiền lâm sàng để sinh viên có sự chuẩn bị tốt trước khi đi thực tập tại bệnh viện.
2. Tiếp tục phát triển và đồng thời thường xuyên đánh giá để có thể áp dụng phương pháp dạy học này đối với các môn học khác.

Thư viện số NDUN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt

1. Bộ Y tế, Trung tâm truyền thông - Giáo dục sức khỏe trung ương (2016), Ngành Y tế tiến tới nâng cao chất lượng đào tạo điều dưỡng trong các cơ sở y tế, <<http://t5g.org.vn/nganh-y-te-tien-toi-nang-cao-chat-luong-dao-tao-dieu-duong-trong-cac-co-so-y-te>>, xem 8/6/2016.
2. Vũ Dũng (2005). *Từ điển Tâm lý học*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội, tr. 450.
3. Lê Thị Ngọc Hà (2015). *Sử dụng phương pháp đóng vai trong dạy học tiếng việt*, Luận văn Thạc sỹ khoa học giáo dục, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội 2.
4. Nguyễn Thành Hải và cộng sự (2010). Giới thiệu một số phương pháp giảng dạy cải tiến giúp sinh viên học tập chủ động và trải nghiệm, đạt các chuẩn đầu ra theo CDIO. *Hội thảo CDIO*, Trường Đại học Quốc gia Tp.HCM, Tp Hồ Chí Minh, tr. 1-15.
5. Nguyễn Văn Hạnh (2017). Học tập trải nghiệm: Một lí thuyết học tập đóng vai trò trung tâm trong đào tạo theo năng lực. *Tạp chí khoa học*, Trường Đại học Sư phạm TP Hồ Chí Minh, 14(1), 179-187.
6. Bùi Văn Hồng (2015). Dạy học tích hợp trong giáo dục nghề nghiệp theo lí thuyết học tập trải nghiệm của David A. Kolb. *Tạp chí Khoa học*, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, 60(6), 79-88.
7. Châu Thúy Kiều (2010). *Kỹ năng giao tiếp của sinh viên sư phạm trường Cao đẳng Cần Thơ*, Luận văn Thạc sỹ Tâm lý học, Trường Đại học Sư phạm Cần Thơ.
8. Nguyễn Văn Khải (2013). *Quản lý chất lượng dạy học lâm sàng cho điều dưỡng viên trình độ đại học tại các trường Đại học y Việt Nam*, Luận án tiến sĩ Quản lý giáo dục, Trường Đại học Giáo dục, Đại học quốc gia Hà Nội.
9. Lương Ngọc Khuê và Phạm Đức Mục (2012). *Tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng*, Bộ Y tế, Hà Nội.
10. Võ Thành Lâm (2014). *Áp dụng chu trình Kolb trong dạy học môn thiên văn học đại cương tại trường ĐH Sài Gòn*, Trường ĐH Sài Gòn - Khoa Khoa học tự nhiên.
11. Đậu Minh Long (2007). Những trở ngại tâm lý trong giao tiếp của sinh viên năm thứ nhất trường ĐH sư phạm, ĐH Huế. *Tạp chí Tâm lý học*, 3(96), 16-19.

12. Nguyễn Thị Mỹ Lộc và Đinh Thị Kim Thoa (2009). Những rào cản tâm lý trong giao tiếp của sinh viên sư phạm trong quá trình triển khai các hình thức dạy học theo tín chỉ. *Tạp chí Tâm lý học*, 11(128), 1-7.
13. Hoàng Phê (2003). *Từ điển Tiếng Việt*, NXB Đà Nẵng, Đà Nẵng, tr.1238.
14. Lê Quang Sơn và Nguyễn Thị Diễm (2008). Đặc điểm giao tiếp của sinh viên trường cao đẳng sư phạm Quảng Trị. *Tạp chí Khoa học & công nghệ*, Trường Đại học Đà Nẵng, 2(25), 107-114.
15. Nguyễn Thị Kim Tiên và cộng sự (2015). *Hướng dẫn thực hiện giao tiếp, ứng xử của CBYT*. Bộ Y tế, Hà Nội.
16. Nguyễn Huy Toàn (2011). *Kỹ năng giao tiếp của học viên trường trung cấp cảnh sát nhân dân II*, Luận văn thạc sĩ Tâm lý học, trường ĐH Sư phạm TP Hồ Chí Minh.
17. Lê Thanh Tùng và Nguyễn Bảo Ngọc (2016). *Kỹ năng giao tiếp trong thực hành điều dưỡng*, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
18. Lê Thanh Tùng và cộng sự (2012). Đánh giá kỹ năng thực hành nghề của sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy được đào tạo tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. *Tạp chí Y học Thực hành*, 818, 687-690.
19. Đinh Ngọc Thành và cộng sự (2014). Giao tiếp của điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh nội trú tại các khoa nội, bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học & công nghệ*, 115(01), 143-148.
20. Lò Thị Mai Thoan (2005). Thực trạng khả năng giao tiếp của sinh viên sư phạm tỉnh Sơn La. *Tạp chí Tâm lý học*, 2, 59-61.
21. Nguyễn Thị Cẩm Thu (2014). *Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và một số yếu tố liên quan tại bốn khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa Vĩnh Long năm 2014*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
22. Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2008). *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*, Vol. 3, NXB Hồng Đức, TP Hồ Chí Minh.
23. Nguyễn Quang Uân (1997). *Tâm lý học đại cương*, NXB Đại học quốc gia, Hà Nội.
24. Nguyễn Khắc Viện (2007). *Từ điển Tâm lý*, NXB Thế giới, Hà Nội, tr. 479.

Tài liệu Tiếng Anh

25. Alinier G Hunt and Gordon W.B (2004). Determining the value of simulation in nurse education: study design and initial results. *Nurse Educ Pract*, 4(3), 200-207.
26. Anderson J. K and Nelson K (2015). Patterns of communication in high-fidelity simulation. *J Nurs Educ*, 54(1), 22-27.
27. Assessing with Role Play and Simulation (2016), *UNSW Australia*, <<https://teaching.unsw.edu.au/assessing-role-play-and-simulation>>, Document Version Date 03/08/2016.
28. Babatsikou Fotoula P. and Gerogianni Georgia K. (2012). The importance of role-play in nursing practice. *Health Sciences Journal*, 6(1), 4.
29. Bagnasco A. et al (2014). The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. *BMC Med Educ*, 14, 106.
30. Baribeau Danielle A. et al (2012). Using an objective structured video exam to identify differential understanding of aspects of communication skills. *Medical teacher*, 34, 242-250.
31. Bartholomew Kathleen (2014). Ending nurse to nurse hostility: Why nurses eat their young and each other. *Second Edition Marblehead*.
32. Billings D.M and Halstead J.A (2005). *Teaching in Nursing: A Guide for Faculty (2nded.)*, Louis: Elsevier Saunders.
33. Bradley P (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*, 40(3), 254-262.
34. Chant S et al (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *J Clin Nurs*, 11(1), 12-21.
35. Chiu Chia-Ju (2014). *Development and Validation of Performance Assessment Tools for Interprofessional Communication and Teamwork*, Doctor of Philosophy, University of Washington.
36. Deering K et al (2011). Multidisciplinary teamwork and communication training. *Semin Perinatol*, 35(2), 89-96.
37. Eileen R O'Shea et al (2013). A Descriptive Analysis of Nursing Student Communication Behaviors. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(1), 5-12.
38. Elfrink V.L et al (2010). Using learning outcomes to inform teaching practices in human patient simulation. *Nurs Educ Perspect*, 31(2), 97-100.

39. Fazel Ismaeil and Aghamolaei Teamur (2011). Attitudes Toward Learning Communication Skills Among Medical Students of a University in Iran. *Acta Medica Iranica*, 49(9), 625-629.
40. Foronda Cynthia et al (2014). Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 34, 53-57.
41. Foronda Cynthia et al (2013). Evaluation of Simulation in Undergraduate Nurse Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(10), 409-416.
42. Hannah A. et al (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ*, 68(9), 970-977.
43. Issenberg S. B et al (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*, 27(1), 10-28.
44. Jahana F. et al (2014). Undergraduate medical students 'attitudes towards learning communication skills. *Scientific Journal of Medical Science*, 3(11), 371-377.
45. Jeffries P. R (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect*, 26(2), 96-103.
46. Jeffries P. R et al (2003). Technology-based vs. traditional instruction. A comparison of two methods for teaching the skill of performing a 12-lead ECG. *Nurs Educ Perspect*, 24(2), 70-74.
47. Justin A. Sleeper and Thompson Cesarina (2008). The Use of Hi Fidelity Simulation to Enhance Nursing Students' Therapeutic Communication Skills. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1).
48. Kava Bruce R. et al (2017). Communication Skills Assessment Using Human Avatars: Piloting a Virtual World Objective Structured Clinical Examination. *Urology practice*, 4, 76-84.
49. Keith A Nicholas et al (1981). An investigation of distress and discontent in various types of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 6(4), 311-318.
50. Kendrick Maggie Davis (2015). *Effects of Simulation on Critical Thinking, Communication, and Decision-Making Abilities in Third Semester Associate Degree Nursing Students*, Degree of Doctor of Adult Education, Jones International University.

51. Kim Hye Youn et al (2012). Effects of Simulation-based Education on Communication Skill and Clinical Competence in Maternity Nursing Practicum. *Korean Society of Women Health Nursing*, 18(4), 312-320.
52. Kluge M. A and Glick L (2006). Teaching therapeutic communication VIA camera cues and clues: the video inter-active (VIA) method. *J Nurs Educ*, 45(11), 463-468.
53. Kolb D.A (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*, Case Western Reserve University, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs. New Jersey.
54. Konstantinos N and Christina O (2008). Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatrics units: A research review. *Health Sciences Journal*, 2(4), 183-195.
55. Kovner C. T et al (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *Am J Nurs*, 107(9), 58-70.
56. Krimshstein N. S. et al (2011). Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. *J Palliat Med*, 14(12), 25-32.
57. Kutzin Jared M. (2010). *Communication and Teamwork Focused Simulation-Based Education for Nursing Students*, Doctor of Nursing Practice (DNP) Capstone Projects, University of Massachusetts - Amherst.
58. Lamb D. (2007). Could simulated emergency procedures practised in a static environment improve the clinical performance of a Critical Care Air Support Team (CCAST)- A literature review. *Intensive Crit Care Nurs*, 23(1), 33-42.
59. Lanning S. K. et al (2008). Communication skills instruction utilizing interdisciplinary peer teachers: program development and student perceptions. *J Dent Educ*, 72(2), 172-182.
60. Laschinger S et al (2008). Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. *Int J Evid Based Healthc*, 6(3), 278-302.
61. Lateef F (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *J Emerg Trauma Shock*, 3(4), 348-352.
62. Laurence B. et al (2012). Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to dental students. *J Dent Educ*, 76(12), 29-38.

63. Lee Young-Mee and Lee Young Hee (2014). Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean Journal of medical education*, 26(3), 179-187.
64. Lewis Robin et al (2012). Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-Technical Skills in Nursing - A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 6, 82-89.
65. Lumma-Sellenthin Antje (2012). Students' attitudes towards learning communication skills: correlating attitudes, demographic and metacognitive variables *International Journal of Medical Education*, 3, 201-208.
66. Lunenburg Fred C. (2010). Communication: The Process, Barriers, And Improving Effectiveness. *Schooling*, 1(1), 1-11.
67. Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*, 76(4), 390-393.
68. Millwater Teresa L. (2015). *Effects of human patient simulation on communication skills among nursing students*, the degree of Doctor of Nursing Practice, Northern Kentucky University.
69. Molinuevo B. and Torrubia R. (2011). Validation of the Catalan version of the communication skills attitude scale (CSAS) in a cohort of south European medical and nursing students. *Educ Health (Abingdon)*, 24(1), 499.
70. Murray Bethany A. (2014). The Use of High-fidelity Simulation in Psychiatric and Mental Health Nursing Clinical Education. *International Journal of Health Sciences Education*, 2(1).
71. Nursing Clinical Simulation in (2013). Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), Sii-Siii.
72. Pallant Julie (2011). *SPSS Survival Manual A step guide to data analysis using SPSS*, 4th ed, ed. Pallant Jullie, Allen & Unwin, Australia.
73. Reyhani Tayebe et al (2015). The Effect of Training on Communication Skills of Child's Nurse through Role-playing. *International Journal of Peditrics*, 3(5), 971-979.
74. Robinson Stewart (2008). Conceptual Modelling for Simulation Part I: Definition and Requirements. *Journal of the Operational Research Society*, 59(3), 278-290.
75. Rosen K. R (2008). The history of medical simulation. *J Crit Care*, 23(2), 157-166.

76. Rosenstein A.H and O'Daniel M (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(8), 464-471.
77. Russell Carol and Shepherd John (2010). Online role-play environments for higher education. *British Journal of Educational Technology*, 41(6), 992-1002.
78. Simmenroth-Nayda Anne et al (2014). Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *International Journal of Medical Education*, 5, 212-218.
79. Steckler Rachel (2012). *Improving communication skills among nursing students: assessing the comfort curriculum as an intervention*, Master of Arts, University of Kentucky.
80. Strouse Abigail C. (2010). Multidisciplinary Simulation Centers: Promoting Safe Practice. *Clinical Simulation In Nursing*, 6(4), 139-142.
81. Subramanian Priya and Sathanandan Krishanthi (2016). Improving Communication Skills Using Simulation Training. *British Journal of Medical Practitioners*, 9(2), 9-11.
82. Taveira-Gomes Isabel et al (2016). Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical journal*, 1(5), 173-180.
83. Wilford A and Doyle T. J (2006). Integrating simulation training into the nursing curriculum. *Br J Nurs*, 15(17), 926-930.
84. Yardley S et al (2013). Minding the gap between communication skills simulation and authentic experience. *Med Educ*, 47(5), 495-510.

Phụ lục 1:

Mã số:

BỘ CÔNG THU THẬP SỐ LIỆU

Tên đề tài: “Đánh giá hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2017”.

Mục đích của nghiên cứu này là để đánh giá hiệu quả của phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để giảng dạy kỹ năng giao tiếp cho sinh viên đại học điều dưỡng. Tất cả các câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật và những thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu này. Xin chân thành cảm ơn sự tham gia của bạn!

Bạn vui lòng cho biết bạn có đồng ý tham gia nghiên cứu không:

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Xin bạn vui lòng cung cấp các thông tin sau:

A. Thông tin chung:

A1. Họ tên:

A2. Tuổi:

A3. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

A5. Lớp học phân:

B. Thang đo thái độ đối với học tập kỹ năng giao tiếp

Xin vui lòng đọc các câu sau đây một cách cẩn thận và trả lời theo thang đo sau:

1 = rất không đồng ý

2 = không đồng ý

3 = không quyết định

4 = đồng ý

5 = rất đồng ý

Nội dung	1	2	3	4	5
1. Để trở thành một điều dưỡng tốt cần có kỹ năng giao tiếp tốt.					
2. Tôi không hứng thú khi học kỹ năng giao tiếp.					
3. Dù kỹ năng giao tiếp kém vẫn không ảnh hưởng tới kết quả học tập					
4. Phát triển các kỹ năng giao tiếp cũng quan trọng như phát triển kiến thức về điều dưỡng.					
5. Học kỹ năng giao tiếp giúp rèn luyện thái độ tôn trọng người bệnh.					
6. Chương trình học có đủ thời gian để học các kỹ năng giao tiếp.					
7. Học tập kỹ năng giao tiếp thật thú vị.					
8. Học lại các bài học về kỹ năng giao tiếp rất chán.					
9. Học kỹ năng giao tiếp giúp tạo điều kiện cho các kỹ năng làm việc nhóm.					
10. Học kỹ năng giao tiếp giúp tôi cải thiện khả năng giao tiếp với người bệnh.					

11. Các bài học về kỹ năng giao tiếp quá phức tạp.					
12. Học kỹ năng giao tiếp rất vui.					
13. Học kỹ năng giao tiếp quá dễ dàng.					
14. Học kỹ năng giao tiếp giúp rèn luyện thái độ tôn trọng các đồng nghiệp.					
15. Các giảng viên không đi lâm sàng vẫn có khả năng giảng về kỹ năng giao tiếp.					
16. Học kỹ năng giao tiếp giúp tôi thừa nhận quyền được bảo mật của người bệnh.					
17. Giảng dạy kỹ năng giao tiếp sẽ tốt hơn nếu chương trình giảng dạy như một môn khoa học.					
18. Điều dưỡng nên được học kỹ năng giao tiếp.					
19. Không cần có kỹ năng giao tiếp tốt để trở thành một điều dưỡng.					
20. Tôi thấy rất khó khăn khi phải thừa nhận những lỗi sai trong kỹ năng giao tiếp.					
21. Học kỹ năng giao tiếp rất thích hợp đối với sinh viên điều dưỡng.					
22. Tôi cảm thấy khó khăn để học kỹ năng giao tiếp một cách nghiêm túc.					
23. Học kỹ năng giao tiếp rất quan trọng bởi vì đó là một kỹ năng suốt đời.					
24. Học kỹ năng giao tiếp dành cho sinh viên tâm lý chứ không phải sinh viên điều dưỡng.					

Cảm ơn vì sự tham gia của bạn!

Mã số:

Phụ lục 2:

BẢNG KIỂM QUAN SÁT KỸ NĂNG GIAO TIẾP

C. Đánh giá mức độ thực hành của sinh viên theo thang đo sau:

1 = kém; 2 = trung bình; 3 = tốt; 4 = rất tốt; 5 = xuất sắc

Nội dung	1	2	3	4	5
A. Xây dựng một mối quan hệ (bao gồm những điều sau đây):					
1. Chào đón và thể hiện sự quan tâm tới người bệnh.					
2. Sử dụng ngôn ngữ thể hiện sự quan tâm và lo lắng tới NB.					
3. Sử dụng giọng nói, ngữ điệu, ánh mắt, cử chỉ cho thấy sự lo lắng và quan tâm.					
B. Trao đổi với NB (bao gồm những điều sau đây):					
4. Để NB trình bày mà không cắt ngang.					
5. Đặt câu hỏi cho NB “Ngoài ra còn vấn đề gì khác nữa không?” để tìm hiểu đầy đủ thông tin được quan tâm.					
6. Giải thích hoặc thuyết phục NB tái khám.					
C. Thu thập thông tin (bao gồm những điều sau đây):					
7. Bắt đầu với câu chuyện với NB sử dụng các câu hỏi mở (ví dụ: "cho tôi biết về ...")					
8. Làm rõ thông tin khi cần thiết bằng cách đặt thêm câu hỏi.					
9. Tóm tắt lại thông tin chính để người bệnh xác nhận lại hoặc bổ sung thêm thông tin.					
10. Chuyển tiếp sang chủ đề mới một cách hiệu quả.					
D. Hiểu về quan điểm của NB (bao gồm những điều sau đây):					
11. Hỏi về các sự kiện trong cuộc sống, những tình huống và các mối quan hệ của NB mà có thể ảnh hưởng tới sức khỏe của họ.					
12. Tìm hiểu về tín ngưỡng, mối quan tâm và mong đợi liên quan đến bệnh tật và điều trị, chăm sóc.					

13. Phản hồi rõ ràng với những ý kiến và cảm xúc của NB.					
E. Chia sẻ thông tin (bao gồm những điều sau đây):					
14. Đánh giá sự hiểu biết của người bệnh và mong muốn được biết thêm thông tin về bệnh.					
15. Trong khi giải thích, sử dụng ngôn từ mà người bệnh có thể hiểu được.					
16. Kiểm tra lại sự hiểu biết về chẩn đoán và kế hoạch điều trị.					
17. Xác định nhu cầu thêm thông tin bằng việc hỏi người bệnh liệu họ có bất kì câu hỏi nào.					
F. Đạt được sự đồng thuận (bao gồm những điều sau đây):					
18. Để người bệnh có quyền lựa chọn và ra quyết định những điều họ mong muốn.					
19. Hỏi về các khả năng mà người bệnh có thể thực hiện theo kế hoạch chăm sóc và điều trị.					
20. Xác định nguồn lực bổ sung khi cần thiết.					
G. Kết thúc (bao gồm những điều sau đây):					
21. Hỏi người bệnh có bất kì câu hỏi nào hoặc quan tâm các vấn đề thắc mắc khác.					
22. Tóm tắt lại hoặc yêu cầu NB tóm tắt lại kế hoạch điều trị, chăm sóc cho đến lần khám tiếp theo.					
23. Đặt lịch hẹn cụ thể hoặc cách liên lạc.					
24. Cảm ơn người bệnh và kết thúc cuộc trao đổi.					

Phụ lục 4

Nhóm yếu tố đánh giá “Thái độ về việc học tập KNGT của sinh viên điều dưỡng”

Bảng 1. Nhóm yếu tố 1 - “Học tập”

B5. Học kỹ năng giao tiếp giúp rèn luyện thái độ tôn trọng người bệnh.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B7. Học tập kỹ năng giao tiếp thật thú vị.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B9. Học kỹ năng giao tiếp giúp tạo điều kiện cho các kỹ năng làm việc nhóm.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B10. Học kỹ năng giao tiếp giúp tôi cải thiện khả năng giao tiếp với người bệnh.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B14. Học kỹ năng giao tiếp giúp rèn luyện thái độ tôn trọng các đồng nghiệp.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B16. Học kỹ năng giao tiếp giúp tôi thừa nhận quyền được bảo mật của người bệnh.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B18. Điều dưỡng nên được học kỹ năng giao tiếp.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B21. Học kỹ năng giao tiếp rất thích hợp đối với sinh viên điều dưỡng.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B20*. Tôi thấy rất khó khăn khi phải thừa nhận những lỗi sai trong kỹ năng giao tiếp.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B23. Học kỹ năng giao tiếp rất quan trọng bởi vì đó là một kỹ năng suốt đời.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý

*Câu đảo chiều

Bảng 2. Nhóm yếu tố 2 - "Tầm quan trọng"

B11*. Các bài học về kỹ năng giao tiếp quá phức tạp	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B13. Học kỹ năng giao tiếp quá dễ dàng	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B15*. Các giảng viên không đi lâm sàng vẫn có khả năng giảng về kỹ năng giao tiếp	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B17. Giảng dạy kỹ năng giao tiếp sẽ tốt hơn nếu chương trình giảng dạy như một môn khoa học	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B22*. Tôi cảm thấy khó khăn để học kỹ năng giao tiếp một cách nghiêm túc	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B24*. Học kỹ năng giao tiếp dành cho sinh viên tâm lý chứ không phải sinh viên điều dưỡng	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý

*Câu đảo chiều

Bảng 3. Nhóm yếu tố 3 "Chất lượng"

B1. Để trở thành một điều dưỡng tốt cần có kỹ năng giao tiếp tốt.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B2*. Tôi không hứng thú khi học kỹ năng giao tiếp.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B4. Phát triển các kỹ năng giao tiếp cũng quan trọng như phát triển kiến thức về điều dưỡng.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B6. Chương trình học có đủ thời gian để học các kỹ năng giao tiếp.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý

**Câu đảo chiều*

Bảng 4. Nhóm yếu tố 4 - "Thành công"

B3*. Dù kỹ năng giao tiếp kém vẫn không ảnh hưởng tới kết quả học tập	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B8*. Học lại các bài học về kỹ năng giao tiếp rất chán	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B12. Học kỹ năng giao tiếp rất vui.	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý
B19*. Không cần có kỹ năng giao tiếp tốt để trở thành một điều dưỡng	Rất không đồng ý 1 2 3 4 5 Rất đồng ý

**Câu đảo chiều*

Thư viện số NDUN

Phụ lục 5

CÂU HỎI PHÒNG VẤN

Phần 1. Dành cho giảng viên

1. Quan điểm của thầy/cô về phương pháp giảng dạy mô phỏng?

- Việc giảng dạy có phù hợp không? Cụ thể?
- Việc giảng dạy có dễ dàng, đơn giản không?
- Ưu điểm so với các phương pháp giảng dạy truyền thống là gì?
- Có hứng thú khi giảng dạy không?

2. Những khó khăn khi giảng dạy bằng phương pháp mô phỏng?

- Khi chuẩn bị giáo án, bài giảng?
- Khi chuẩn bị trang thiết bị, dụng cụ phục vụ bài giảng?
- Giáo trình, tài liệu tham khảo có đầy đủ?
- Khi đánh giá sinh viên?

3. Tính khả thi của phương pháp mô phỏng?

- Có nên tiếp tục áp dụng phương pháp này?
- Nếu có thì tại sao? Những nội dung cần khắc phục?
- Nếu không, tại sao?

Phần 2. Dành cho sinh viên

4. Quan điểm của bạn về phương pháp giảng dạy mô phỏng?

- Có hứng thú khi học tập không? Cụ thể những điều mà bạn thấy hứng thú hoặc không hứng thú?
- Việc học tập có dễ dàng, đơn giản không?
- Ưu điểm so với các phương pháp học tập truyền thống là gì?

5. Những khó khăn khi học tập bằng phương pháp mô phỏng?

- Trong quá trình học tập bạn có gặp những khó khăn, trở ngại gì không? Cụ thể là gì?
- Trang thiết bị dụng cụ học tập?
- Môi trường học tập?
- Thầy cô giáo?

6. Tính khả thi của phương pháp mô phỏng?

- Có nên tiếp tục áp dụng phương pháp này?
- Nếu có thì tại sao? Những nội dung cần khắc phục?
- Nếu không, tại sao?

Phụ lục 6

GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá hiệu quả phương pháp đóng vai trong môi trường mô phỏng để hình thành kỹ năng giao tiếp cho sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định”.

- Tôi khẳng định đã đọc và hiểu bản thông tin giới thiệu về nghiên cứu này và đã hỏi nghiên cứu viên về những điều chưa hiểu rõ.

- Tôi biết rằng sự tham gia của tôi là hoàn toàn tự nguyện và tôi có thể rút lui bất cứ khi nào mà không cần nêu lý do. Tôi biết rõ là việc rút lui hay không tham dự không ảnh hưởng gì đến kết quả học tập hay trách nhiệm pháp lý.

- Tôi hiểu rằng hồ sơ nghiên cứu của tôi sẽ được những cá nhân có trách nhiệm đến từ Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định liên quan đến nghiên cứu của tôi xem xét. Tôi đồng ý cho những cá nhân đó truy cập những ghi chép trong hồ sơ nghiên cứu của tôi.

- Tôi đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này.

Ngày tháng năm 2017

Họ tên người tham gia

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên

(Kí và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 7: Thư đồng ý sử dụng bộ công cụ

Instrument request and permission to use

3 thư

Hanh Tran <hanhtran@gmail.com>
Tới: Blaurance@howard.edu

05:13 5 tháng 6, 2017

Dear Dr Laurence,

My name is ThiHongHanh Tran, a Vietnamese student in Nam Dinh University of Nursing, Vietnam. I am developing my thesis proposal with the title "Evaluating the effectiveness of role playing simulation in teaching communication skills for nursing students" in Vietnam. My major advisor is Dr ThanhTung Le. I read your thesis "Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to Dental Students" and identified that this instrument is appropriate to use in my study. So I would like to use your instrument to evaluate communication skills. Therefore, I would like to receive your permission to use the instrument.

Thank you very much for your help and your kindness.

Sincerely yours,

ThiHongHanh Tran

Mobile : 0917.933.288
Email : hanhtran@gmail.com

Laurence, Brian E <blaurance@howard.edu>
Tới: Hanh Tran <hanhtran@gmail.com>

23:53 5 tháng 6, 2017

Yes. You can use the instrument

Brian

Instrument request and permission to use

3 thư

Hanh Tran <hanhtran@gmail.com>
Tới: makoul@northwestern.edu, makoul@nwu.edu, gmakoul@stfranciscare.org

15:02 24 tháng 5, 2017

Dear Mr Gregory Makoul, PhD,

My name is ThiHongHanh Tran, a Vietnamese student in Nam Dinh University of Nursing, Vietnam. I am developing my thesis proposal with the title "Evaluating the effectiveness of role playing simulation in teaching communication skills for nursing students" in Vietnam. My major advisor is Dr ThanhTung Le. I read your thesis "Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement" included Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted)" and identified that this instrument is appropriate to use in my study. So I would like to use your instrument to evaluate communication skills. Therefore, I would like to receive your permission to use the instrument.

Thank you very much for your help and your kindness.

Sincerely yours,

ThiHongHanh Tran

Mobile : 0917.933.288
Email : hanhtran@gmail.com

Gregory Makoul, PhD <gmakoul@stfranciscare.org>
Tới: hanhtran@gmail.com

22:50 24 tháng 5, 2017

Dear Tran,

Please feel free to use the scale, using an appropriate citation. Good luck with your work.

Sincerely,