

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

PHẠM THỊ HẠNH

**THỰC TRẠNG DẠY-HỌC LÂM SÀNG
TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
VÀ KẾT QUẢ ÁP DỤNG THỬ NGHIỆM
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG-2018

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

PHẠM THỊ HẠNH

**THỰC TRẠNG DẠY-HỌC LÂM SÀNG
TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
VÀ KẾT QUẢ ÁP DỤNG THỬ NGHIỆM
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62.72.03.01

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS Nguyễn Ngọc Sáng**
- 2. PGS.TS Phạm Văn Hán**

HẢI PHÒNG-2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan nghiên cứu này là của riêng tôi, số liệu trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực và chưa được công bố trên bất cứ tài liệu hoặc công trình nào khác. Nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Hải Phòng, ngày 21 tháng 12 năm 2018

Tác giả

Phạm Thị Hạnh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BV:	Bệnh viện
BN:	Bệnh nhân
CBYT:	Cán bộ y tế
CS:	Cộng sự
CT:	Can thiệp
ĐKCQ:	Đa khoa chính quy
EBM (Evidence Based Medicine)	Y học dựa vào bằng chứng
GV:	Giảng viên
GĐ:	Giảng đường
LS:	Lâm sàng
NHTT:	Người học trung tâm
PBL (Problem Based Learning)	Học dựa trên vấn đề
PP:	Phương pháp
SV:	Sinh viên

MỤC LỤC

	Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Vai trò và một số đặc điểm của dạy-học lâm sàng.	3
1.2. Một số vấn đề hiện nay của dạy-học lâm sàng	4
1.3. Một số phương pháp dạy-học lâm sàng	5
1.4. Thực trạng dạy-học lâm sàng	14
1.5. Một số mô hình dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm trên thế giới	24
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	31
2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu:	31
2.2. Phương pháp nghiên cứu:	31
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	44
3.1. Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng tới dạy-học lâm sàng	44
3.2. Kết quả can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng	78
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	98
4.1. Về thực trạng và yếu tố ảnh hưởng dạy-học lâm sàng	98
4.2. Về kết quả can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng	115
KẾT LUẬN	131
NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN	133
KHUYẾN NGHỊ	134
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 3.1: Phân bố sinh viên theo giới	44
Bảng 3.2. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên khối Y3	45
Bảng 3.3. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y4	46
Bảng 3.4. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y5	47
Bảng 3.5. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y6	48
Bảng 3.6: Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng của sinh viên	49
Bảng 3.7. Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp dạy-học lâm sàng	51
Bảng 3.8: Các kĩ năng sinh viên Y3 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng	53
Bảng 3.9: Các kĩ năng sinh viên Y4 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng	54
Bảng 3.10: Các kĩ năng sinh viên Y5 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng	57
Bảng 3.11: Các kĩ năng sinh viên khối Y6 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng	58
Bảng 3.12: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y3 trong quá trình dạy-học lâm sàng	60
Bảng 3.13: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y4 trong quá trình dạy-học lâm sàng	61

Bảng 3.14: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y5 trong quá trình dạy-học lâm sàng	62
Bảng 3.15: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y6 trong quá trình dạy-học lâm sàng	63
Bảng 3.16: Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp lượng giá lâm sàng	64
Bảng 3.17: Số lượng sinh viên đa khoa chính quy và giảng viên lâm sàng ..	68
Bảng 3.18: Phẩm chất, năng lực của giảng viên lâm sàng theo ý kiến của sinh viên	71
Bảng 3.19: Cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ dạy và học lâm sàng	72
Bảng 3.20: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.	78
Bảng 3.21: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng	79
Bảng 3.22: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm	79
Bảng 3.23: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.	81
Bảng 3.24: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng	81
Bảng 3.25: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm.	82
Bảng 3.26: So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên trước, sau can 83 thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.	83
Bảng 3.27: So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng	83

Bảng 3.29: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng	85
Bảng 3.30: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng	85
Bảng 3.31: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên sau can thiệp 9 tuần và sau can thiệp 2 năm.	86
Bảng 3.32: So sánh tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng	88
Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp với sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau 9 tuần	89
Bảng 3.34: So sánh tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng	90
Bảng 3.35: Hiệu quả can thiệp với sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau 2 năm	91
Bảng 3.36: Sự thay đổi về tỉ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng trước, sau can thiệp 9 tuần	93
Bảng 3.37: Hiệu quả can thiệp với một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau 9 tuần.	94
Bảng 3.38: So sánh một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng.	95
Bảng 3.39: Hiệu quả can thiệp với một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau 2 năm	96

DANH MỤC CÁC HÌNH

	Trang
Hình 3.1: Số lượng sinh viên cùng tham gia học buổi giảng tại giường bệnh	65
Hình 3.2: Số lượng sinh viên cùng tham gia học giao ban, bình bệnh án	67
Hình 3.3: Trình độ chuyên môn của giảng viên lâm sàng	70
Hình 3.4: Thâm niên công tác của giảng viên lâm sàng.	70
Hình 3.5: Số lượng bệnh nhân và mô hình bệnh tật đáp ứng nhu cầu học lâm sàng	74
Hình 3.6: Sự hợp tác của bệnh nhân, bệnh viện thực hành	75
Hình 3.7: Sự tạo điều kiện của nhân viên khoa, phòng bệnh viện	76

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dạy-học lâm sàng thường chiếm tỉ lệ lớn trong các chương trình đào tạo bác sĩ y khoa nói chung và có đóng góp rất to lớn trong việc rèn luyện thái độ, kỹ năng thực hành lâm sàng của sinh viên y khoa [1],[2],[3]. Mặt khác, dạy-học lâm sàng được thực hiện trong một môi trường đặc biệt là bệnh viện, trên đối tượng đặc biệt là người bệnh, dạy-học lâm sàng cần kết hợp chặt chẽ giữa dạy-học kiến thức, thái độ và kỹ năng. Trong những năm gần đây, số lượng sinh viên y khoa tăng quá nhanh, trong khi số bệnh viện thực hành và số giường bệnh tăng không đáng kể. Đây là một trong những lý do rất quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng dạy-học lâm sàng.

Vấn đề dạy-học lấy người học làm trung tâm đã được đề cập đến khá nhiều trong các tài liệu dạy-học trong và ngoài nước. Tại Nhật Bản, yêu cầu thiết yếu của cải cách giáo dục là chú trọng vai trò, tính cách của mỗi người, làm cho giáo dục phù hợp hơn với yêu cầu của thời đại. Ở Pháp, về nguyên tắc, mọi hoạt động giáo dục đều phải lấy người học làm trung tâm [9],[19]. Ở nước ta, mầm mống tư tưởng dạy-học lấy người học làm trung tâm đã có từ lâu. Chúng ta có thể thấy điều này qua các câu ngôn ngữ: Học thầy không tày học bạn, Học một biết mười... (trích dẫn từ [17]).

Mô hình dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm sử dụng mô hình “Microskills” đã được áp dụng rộng rãi ở các trường Đại học Y Hoa Kỳ và một số nước khác trên thế giới, tuy nhiên hiện vẫn chưa được áp dụng rộng rãi trong đào tạo y khoa tại Việt Nam (trích dẫn từ [45],[70]). Điều này có thể do số lượng sinh viên quá đông, do giảng viên lâm sàng (cả cơ hữu và kiêm nhiệm) thường quá bận với công việc chuyên môn tại bệnh viện nên cũng không có nhiều thời gian để giảng dạy lâm sàng [8],[27].

Trước đây, trong khuôn khổ dự án hợp tác Việt Nam-Hà Lan nhằm xây dựng các đơn vị đào tạo và tư vấn chuyên sâu trong tám trường Đại học Y của Việt Nam, trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã xây dựng được đơn vị đào tạo, tư vấn về dạy-học lâm sàng. Tiếp nối những kết quả đã thu được sau dự

án Việt Nam-Hà Lan và sự hỗ trợ của dự án “chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” trường Đại học Y Dược Hải Phòng tiếp tục áp dụng những mô hình dạy-học tích cực vào trong đào tạo y khoa. Các hình thức đổi mới phương pháp dạy-học lâm sàng một lần nữa khẳng định nhà trường luôn chú trọng công tác đào tạo theo hướng tích cực, đặc biệt là dạy-học lâm sàng.

Tuy nhiên, thực trạng dạy-học lâm sàng như thế nào? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng? Làm gì để dạy-học lâm sàng có hiệu quả hơn? Là những câu hỏi thiết thực đang được đặt ra trên thực tế tại các trường Đại học Y hiện nay. Ở nước ta, cho đến nay đã có một số nghiên cứu về chủ đề này nhưng chủ yếu dừng ở mức mô tả thực trạng [4],[8],[29].... Để có thể cải thiện được việc dạy-học tại bệnh viện, cần có những nghiên cứu cấp thiết để tìm ra yếu tố ảnh hưởng và giải pháp khắc phục nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- 1. Mô tả thực trạng dạy-học lâm sàng đối với sinh viên y đa khoa chính quy tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng***
- 2. Đánh giá kết quả áp dụng thử nghiệm một số biện pháp dạy-học lâm sàng đối với sinh viên y đa khoa chính quy***

Hy vọng với kết quả thu được sẽ góp phần nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng cũng như các trường Đại học Y Dược khác ở nước ta.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Vai trò và một số đặc điểm của dạy-học lâm sàng.

Dạy-học lâm sàng nhấn mạnh sự ứng dụng kiến thức vào việc thực hiện các kỹ năng, giúp sinh viên học cách cung cấp dịch vụ an toàn, chất lượng cho bệnh nhân. Dạy-học lâm sàng giúp đạt được các mục tiêu sau:

- Có thái độ, tác phong, cách ứng xử, qua đó mà rèn luyện y đức và định hình nhân cách người cán bộ y tế.
- Có kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp để chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.
- Rèn luyện nếp tư duy lâm sàng, cách làm việc của nhân viên y tế, có phương pháp luận, hình thành tiềm năng tự học, nghiên cứu và nâng cao năng lực.

Môi trường dạy-học lâm sàng là môi trường đặc biệt: dạy-học ở bệnh viện, phòng khám mà nhiệm vụ chính ở đây là chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.... Do vậy giữa thầy và trò xuất hiện thêm nhiều mối quan hệ như vậy sẽ thúc đẩy học viên phải ứng xử linh hoạt hơn để tạo thuận lợi cho việc học tập.

Tổ chức dạy-học linh hoạt: sinh viên làm việc cá nhân hoặc theo nhóm nhỏ với các nội dung và hình thức học tập khác nhau. Nơi dạy và học rất linh hoạt (đầu giường, buồng bệnh, phòng mổ ...)

Việc tổ chức, quản lý ở đây có vai trò rất quan trọng. Giáo viên và sinh viên đều phải trở thành nhà tổ chức, phải có phương pháp, có sự chủ động và sự năng động. Giáo viên phải huy động học viên tham gia vào việc tổ chức học tập như (quản lý giờ học, thông báo các nội dung, địa điểm có thể đến học, phân công chuẩn bị, liên hệ với giáo viên để lên lịch học tập ...) Nếu tổ chức và quản lý tốt thì kết quả học sẽ tốt và ngược lại.

Giáo viên phải hỗ trợ và tạo điều kiện cho những người đại diện cho tổ chức của học viên (tổ, nhóm, đoàn thể ...). Phương pháp lập kế hoạch, giao

việc và giám sát có vai trò quan trọng trong tổ chức và quản lý học lâm sàng ở bệnh viện.

Phương pháp dạy-học: thường theo nhóm và cá biệt nên yêu cầu phải tích cực hoá nhiều hơn. Dạy-học ở bệnh viện ít sử dụng phương pháp thuyết trình và các phương pháp dạy lý thuyết cho nhóm lớn. Thường sử dụng các phương pháp như quan sát, thực hành, trình diễn mẫu, tư vấn, chỉ dẫn, trao đổi cá biệt, tự học có hướng dẫn, làm việc và thảo luận nhóm nhỏ theo kiểu giải quyết vấn đề và dựa trên năng lực, tự lượng giá, tự suy nghĩ kết hợp với lượng giá và giám sát.

Như vậy quá trình dạy-học lâm sàng là một quá trình tự học của sinh viên do giáo viên tổ chức và hỗ trợ.

1.2. Một số vấn đề hiện nay của dạy-học lâm sàng

- Quan hệ người bệnh - cán bộ y tế - sinh viên đang thay đổi: bệnh nhân yêu cầu cao hơn, quyền của khách hàng được đề cao, cán bộ y tế phải có trách nhiệm trực tiếp hơn, điều kiện thực hành khó hơn nên việc thực tập lâm sàng ngày càng khó khăn hơn, các giải pháp để tháo gỡ chưa đủ mạnh.

- Sự phân tuyến và chuyên khoa quá sâu không thuận lợi cho việc thực hành đa khoa ở diện phổ cập. Các bệnh viện tuyến cao, các buồng bệnh chuyên sâu và các giáo viên, cán bộ bệnh viện hoạt động theo chuyên ngành hẹp không phù hợp với việc đào tạo bác sĩ đa khoa hướng cộng đồng, hướng về chăm sóc sức khoẻ ban đầu của người thầy thuốc gia đình làm việc tại cộng đồng.

- Sự xao lãng nhiều mục tiêu quan trọng:

Ít dạy và học thái độ, y đức, giảm quan tâm giáo dục nhân cách, việc dạy và học cách ứng xử nhân văn và cá biệt hoá chăm sóc bị coi nhẹ.

Dạy và học thực hành tay nghề ít thiết thực mà hướng về “tiềm năng”, mất cân đối giữa lý thuyết và thực hành.

Ít dạy tổ chức, quản lý, quy chế, luật lệ, lề lối làm việc; ít kết hợp dạy và học các kỹ năng y học cộng đồng, kỹ năng giao tiếp, tư vấn, giáo dục sức khỏe, cách giải quyết các vấn đề sức khỏe cộng đồng

- Các phương pháp dạy-học lâm sàng không có hiệu quả cao: xu hướng lẫn lộn dạy và học thực hành lâm sàng với dạy và học lý thuyết khá phổ biến, sinh viên không biết cách thực tập lâm sàng. Các phương pháp dạy-học giải quyết vấn đề, dạy-học dựa trên năng lực ... chưa được phổ biến. Y học đang tiến triển rất nhanh, nhu cầu của người bệnh đòi hỏi cách chữa trị và chăm sóc khác trước nhưng chưa dạy cho sinh viên thay đổi tư duy và hành vi kịp. Việc tổ chức và hỗ trợ để quá trình thực tập lâm sàng trở nên tích cực chủ động và có hiệu quả chưa được quan tâm. Xu hướng thả nổi, lãng phí rất phổ biến và trầm trọng.

1.3. Một số phương pháp dạy-học lâm sàng

1.3.1. Dạy-học nhóm nhỏ

Dạy-học nhóm nhỏ là một hình thức xã hội, hay là hình thức hợp tác của dạy-học. Tùy theo nhiệm vụ cần giải quyết trong nhóm mà có những phương pháp làm việc khác nhau được sử dụng.

Trong dạy-học nhóm nhỏ, sinh viên được chia thành nhiều nhóm nhỏ trong khoảng thời gian giới hạn, mỗi nhóm tự lực hoàn thành các nhiệm vụ học tập trên cơ sở phân công và hợp tác làm việc. Kết quả làm việc của nhóm sau đó được trình bày và đánh giá trước toàn lớp. Số lượng sinh viên trong một nhóm thường khoảng 4 đến 6 sinh viên. Nhiệm vụ của các nhóm có thể giống nhau hoặc mỗi nhóm nhận một nhiệm vụ khác nhau, là các phần trong một chủ đề chung.

Dạy-học nhóm thường được áp dụng để đi sâu, vận dụng, luyện tập, củng cố một chủ đề đã học, nhưng cũng có thể tìm hiểu một chủ đề mới. Trong các môn khoa học tự nhiên, dạy-học nhóm được sử dụng để tiến hành các thí nghiệm và tìm các giải pháp cho những vấn đề được đặt ra. Ở mức độ cao, có thể đề ra những nhiệm vụ cho các nhóm học sinh hoàn toàn độc lập xử

lý các lĩnh vực đề tài và trình bày kết quả của mình cho những học sinh khác ở dạng bài giảng

Các bước tiến hành dạy-học nhóm nhỏ:

-Chuẩn bị cho thảo luận: chọn chủ đề thích hợp, viết ra các mục tiêu của buổi thảo luận, chuẩn bị nội dung mấu chốt của buổi thảo luận, dự kiến thời gian cho thảo luận :

-Thực hiện buổi thảo luận:

Chuẩn bị trước khi vào thảo luận: Thành viên tham gia, sắp xếp chỗ ngồi hợp lý, làm quen

-Bắt đầu buổi thảo luận: Chỉ định một thư ký

- Tiến hành thảo luận: Thảo luận theo các câu hỏi, nội dung hay các bước của buổi thảo luận mà thầy đã chuẩn bị sẵn. Thầy luôn luôn phải theo dõi nội dung, quan sát các thành viên trong nhóm để điều chỉnh, đưa ra các câu hỏi gợi ý nếu cần thiết và tóm tắt nội dung chính sau mỗi nội dung thảo luận. Thư ký báo cáo kết quả thảo luận của nhóm, đây là bước rất quan trọng vì qua đây giảng viên sẽ phân tích, tóm tắt và đi đến kết luận thống nhất các vấn đề thảo luận mà nhóm đã nêu.

Ưu điểm và nhược điểm của dạy-học nhóm:

Ưu điểm: ưu điểm chính của dạy-học nhóm nhỏ là thông qua công tác làm việc trong một nhiệm vụ học tập có thể phát triển tính tự lực, sáng tạo cũng như năng lực xã hội, đặc biệt là khả năng cộng tác làm việc, thái độ đoàn kết của sinh viên. Dạy-học nhóm nhỏ nếu được tổ chức tốt sẽ phát huy tính tích cực, tự lực và tính trách nhiệm của sinh viên, phát triển năng lực công tác làm việc, năng lực giao tiếp. Dạy học nhóm nhỏ hỗ trợ quá trình học tập mang tính xã hội, tăng cường sự tự tin cho bản thân, phát triển năng lực phương pháp làm việc nhóm, tạo khả năng dạy-học phân hóa, tăng cường kết quả học tập.

Nhược điểm: Dạy-học nhóm nhỏ đòi hỏi dành nhiều thời gian. Công việc nhóm không phải bao giờ cũng mang lại kết quả mong muốn. Nếu được

tổ chức và thực hiện kém, thường sẽ dẫn đến kết quả ngược lại với những gì dự định sẽ đạt. Trong các nhóm chưa được luyện tập dễ xảy ra hỗn loạn [19],[50],[90].

1.3.2. Dạy-học dựa trên vấn đề (Problem Based Learning-PBL)

Dạy-học dựa trên vấn đề bắt đầu từ năm 1965 tại khoa Khoa học sức khoẻ của trường Đại học MC, Master Hamilton Canada và khoa Y của trường Đại học tổng hợp Case Western Reserve của Mỹ. Hiện nay có khoảng trên 60 trường Đại học Y khắp nơi trên thế giới áp dụng toàn bộ hay một phần chương trình giảng dạy theo phương pháp PBL và nhiều trường khác đang trong quá trình triển khai áp dụng PBL [14],[15].

Hiện nay rất nhiều trường Đại học của các nước như trường Đại học Thammasat Thái Lan, khoa Y trường Đại học Sain Malasia, trường Đại học Y Yong Loo Lin thuộc trường Đại học quốc gia Singapore, trường Đại học Bách khoa Temasek Singapore... áp dụng phương pháp PBL. Phương pháp PBL cũng được áp dụng tại một số trường Đại học ngoài ngành y.

Dạy-học dựa trên vấn đề là một quy trình dạy-học được bắt đầu bằng một vấn đề (đã xảy ra trong thực tế hoặc mô phỏng giống như thực tế), dựa vào vấn đề để phát hiện những thông tin cần có để có thể hiểu rõ và giải quyết được vấn đề đó. Vấn đề có thể là một hiện tượng, một sự kiện, một ca bệnh có trong thực tế. Các vấn đề có thể được trình bày với các thể thức đa dạng như thầy soạn ra trên giấy dưới dạng văn bản, bệnh nhân chương trình hóa bao gồm một bộ thẻ mô tả các khía cạnh khác nhau trong vấn đề của bệnh nhân, bệnh nhân mô phỏng (diễn viên học cách giả bệnh nhân thật), video, trình bày trên máy vi tính... Cho dù được trình bày theo kiểu nào thì nguyên tắc chủ yếu vẫn luôn như nhau, đó chính là các hiện tượng, sự kiện, tình huống mà học viên có nhiệm vụ phải đưa ra được các giải pháp để giải quyết một cách hợp lý, để rồi từ đó họ học được những kiến thức cần thiết...

Khi dạy-học trên lâm sàng, sinh viên khó thực hành các kỹ năng tư duy lâm sàng như chẩn đoán bệnh hoặc nhu cầu chăm sóc, xử trí hoặc ra các quyết

định, khó học về diễn tiến, tai biến. Ngoài ra thực tập trên bệnh nhân ngày càng khó khăn, không thể học điều gì đến thông thạo được.

Dạy-học dựa trên vấn đề là một phương pháp có rất nhiều ưu điểm đặc biệt là phát huy được tính học tập chủ động của sinh viên, đồng thời giúp sinh viên học đúng những điều cần cho thực hành nghề nghiệp sau này, nói cách khác là giúp họ trở thành “các kiến trúc sư của việc tự giáo dục” (J.J Guilbert, Geneva 1987) [14].

1.3.3. Dạy-học theo nghiên cứu trường hợp

Nghiên cứu trường hợp là một phương pháp dạy-học, trong đó người học tự lực nghiên cứu một tình huống thực tiễn và giải quyết các vấn đề của tình huống đặt ra, hình thức làm việc chủ yếu là làm việc nhóm. Nghiên cứu trường hợp là phương pháp điển hình dạy-học theo tình huống [9].

Nghiên cứu trường hợp được áp dụng trong giáo dục đào tạo từ đầu thế kỉ XX. Từ năm 1908 ở trường Thương mại Harvard đã sử dụng trong việc đào tạo nhằm chuẩn bị tốt hơn cho sinh viên vào thực hành nghề nghiệp [9].

Nghiên cứu trường hợp: được áp dụng phổ biến trong y khoa, bao gồm cả y học cộng đồng và y học lâm sàng. Trong y học lâm sàng, nghiên cứu từng ca được gọi dưới cái tên giải quyết vấn đề của người bệnh (P.M.P- Patient Management Problem). Nghiên cứu từng ca là phương pháp dạy-học cách tìm hiểu, suy nghĩ trước một tình huống hay một bệnh nhân để có được quyết định phù hợp nhất. Khắc phục được tình trạng thực tế trong quá trình học tập học viên không được tự ra các quyết định nên khi ra công tác sẽ lúng túng, thiếu suy nghĩ, cân nhắc, không ra được các quyết định hợp lý nhất cho người bệnh hay cộng đồng [14].

Nghiên cứu trường hợp bổ sung, minh họa cho nội dung học, đặc biệt là trên lâm sàng với các bệnh quan trọng, cần thiết nhưng trong quá trình học tập không gặp do thiếu bệnh nhân, thiếu điều kiện, thời gian tiếp xúc với bệnh nhân, bệnh chỉ gặp theo mùa, theo thời gian ngoài quy trình học. Thêm nữa

nghiên cứu từng ca còn dùng để đánh giá kỹ năng cơ bản là kỹ năng ra quyết định [14],[15].

Điều kiện dạy-học nghiên cứu trường hợp: sinh viên đã được học về nội dung, kiến thức cơ bản và nguyên tắc ra quyết định đối với nghiên cứu trường hợp. Người xây dựng nghiên cứu trường hợp phải nắm vững kiến thức cơ bản chung về cách viết và xây dựng ca bệnh, tốt nhất là sử dụng được ca bệnh trong thực tế lâm sàng để đảm bảo tình huống được khách quan và đầy đủ dữ kiện. Ca bệnh đưa ra phải được chiếu, viết hoặc in để phát cho mọi sinh viên để mỗi sinh viên tự học, tự suy nghĩ, nghiên cứu, cân nhắc đưa ra quyết định của mình. Không thể yêu cầu sinh viên xem một cách thoáng qua mà đưa ra ngay quyết định

Nghiên cứu trường hợp có thể từng sinh viên đưa ra quyết định hoặc một nhóm thảo luận để đưa ra quyết định cuối cùng. Nhóm học nhỏ là tốt nhất vì mọi người đều có thể đưa ra ý kiến của mình.

Ưu điểm và nhược điểm:

Ưu điểm: Việc sử dụng phương pháp nghiên cứu trường hợp tạo điều kiện cho việc xây dựng các tình huống nhằm gắn liền lí thuyết với thực tiễn. Tích cực hóa động cơ của người học. Nghiên cứu trường hợp yêu cầu có sự cộng tác làm việc và thảo luận trong nhóm. Nghiên cứu trường hợp tạo điều kiện phát triển các năng lực then chốt như năng lực quyết định, năng lực giải quyết vấn đề, tính sáng tạo, khả năng giao tiếp và cộng tác làm việc.

Nhược điểm: Nghiên cứu trường hợp đòi hỏi nhiều thời gian, thích hợp cho việc vận dụng nhưng không thích hợp cho việc truyền thụ tri thức mới một cách hệ thống. Đòi hỏi cao đối với giáo viên: nhiệm vụ truyền thụ tri thức của giáo viên là thứ yếu. Giáo viên cần biết làm việc với tư cách là người điều phối và tổ chức quá trình học tập. Đòi hỏi cao đối với người học: Hình thức học quen thuộc là lĩnh hội tri thức được sắp xếp một cách hệ thống từ giáo viên không còn thích hợp. Học sinh cần biết vận dụng tri thức một cách tự lực và thường có khó khăn trong việc tự lực với mức độ cao[51],[69].

1.3.4. Dạy-học bằng phương pháp đóng vai (Role play)

Đóng vai là một phương pháp dạy-học thông qua mô phỏng và thường có tính chất trò chơi (còn gọi là trò chơi đóng vai), trong đó người học thực hiện những tình huống hành động được mô phỏng (theo các vai) về một chủ đề gắn với thực tiễn.

Đóng vai là phương pháp người học đóng một vai trong một kịch bản cụ thể. Ở cơ sở y tế, có thể là bác sĩ, bệnh nhân, giáo viên, sinh viên. Nó là phương pháp dạy-học tốt nhất về thái độ đối với bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân, mà do môi trường xã hội thực tế hiện nay sinh viên ít có điều kiện học tập.

Đóng vai là phương pháp dạy-học chủ động, sinh động tạo điều kiện cho sinh viên bộc lộ ưu nhược điểm để sửa chữa, khắc phục hay phát huy thêm. Qua đóng vai sinh viên ứng dụng lý thuyết, nguyên tắc đã học vào thực tế sinh động, đa dạng. Đồng thời đóng vai cũng tạo điều kiện để sinh viên thảo luận những vấn đề chủ động do thực tế đề xuất, khắc phục những khó khăn, thiếu sót ngày càng lớn do không có bệnh nhân, thiếu thời gian, điều kiện, tiếp xúc với bệnh nhân, tập cho sinh viên ngay khi còn đang học đã làm quen với vai trò của người thầy thuốc phải đảm nhiệm sau này [9],[14],[52].

Quy trình thực hiện:

-Viết kế hoạch thực hiện bao gồm các phần:

+ Giao nhiệm vụ: cho người đóng vai và cử tọa

Với vai đóng: người bệnh, người nhà cần giao nhiệm vụ cụ thể, trình bày, thể hiện được các triệu chứng, các lo lắng, tâm tư cho thích hợp.

Với sinh viên: giao nhiệm vụ cụ thể, theo dõi, nhận xét từng vai đóng, theo dõi nhận xét từng phần: giao tiếp, kiến thức, thái độ.

Cần lưu ý với cả người đóng vai và cử tọa đều phải nắm vững và thực hiện các mục tiêu học tập (qua thể hiện, qua thảo luận)

Quy định thời gian thực hiện: thông thường từ 30-45 phút

- Thực hiện buổi đóng vai

- Hướng dẫn thảo luận sau khi đóng vai
- Tổng kết lại sau đóng vai.

Ưu điểm: Phát triển năng lực giao tiếp, khả năng đồng cảm, khả năng đánh giá, lòng khoan dung, ý thức được quan điểm cá nhân, khắc phục sự nhút nhát khi đóng vai, ý tưởng tự phát có thể được thực hiện trong vai diễn tự do.

Nhược điểm: Hạn chế đối với mục tiêu truyền thụ năng lực chuyên môn (sinh viên cần nắm kiến thức trước); Đóng vai theo kịch bản sẵn hạn chế không gian tự do; Nếu người chơi không đủ nghiêm túc dễ dẫn đến không thành công; Những sinh viên không tích cực có thể không tham gia chơi [49].

1.3.5. Dạy-học bên giường bệnh

Dạy-học bên giường bệnh là phương pháp dạy-học quan trọng nhất trong đào tạo ngành y. Theo Willia Osler “Nghiên cứu các biểu hiện của bệnh mà không có sách thì cũng như đi thuyền ở vùng biển không có hải đồ, trong khi nghiên cứu sách mà không có bệnh nhân thì là chưa hề ra đến biển”.

Các phương pháp dạy-học bên giường bệnh gồm:

Dạy ca ngắn (short cases): đi buồng điểm bệnh (ward round)

Bốn điều nên làm khi dạy ca ngắn:

- + Nên có lịch đi buồng ổn định (đầu/cuối tuần...) và đi buồng không theo kế hoạch (khi có bệnh nhân mới, biến chuyển mới, biến chứng...)
- + Đi nhanh, khẩn trương, ca ngắn là chính (1-5 phút). Có thể chỉ chọn 1 ca dài (10-30 phút). Hoặc bố trí dạy ca dài vào lúc khác.
- + Học viên phải được phân công cụ thể, biết rõ nhiệm vụ. Học viên phải chủ động báo cáo nhanh, nêu được vấn đề.
- + Thầy hỏi, trả lời, trình bày mẫu, giao nhiệm vụ mới. Trọng điểm của dạy ca ngắn: điều mới xuất hiện có giá trị lập luận chẩn đoán và xử trí, theo dõi. Làm mẫu nhanh về cách khám, thủ thuật...

Dạy ca dài (long case):

Ba điều cần chú ý khi dạy ca dài:

- + Trong buổi học chỉ chọn một ca (10-30 phút), là ca quan trọng, mục tiêu chủ yếu có vấn đề chính để học, có tính đại diện, điển hình, khái quát...
- + Học viên chuẩn bị rất kỹ, phải báo cáo tốt
- + Thời gian dài hơn, nhưng phải khẩn trương tận dụng và tôn trọng mọi điều trước bệnh nhân. Nhanh chóng chuyển sang giai đoạn không có bệnh nhân (thảo luận lâm sàng hoặc mô phỏng lâm sàng...)

Dạy-học bên giường bệnh kinh điển là học viên hỏi bệnh, khám bệnh và làm bệnh án, lên kế hoạch xử trí sau đó trình bày cho cả nhóm và giảng viên nghe. Giảng viên sẽ hướng dẫn cho sinh viên từng phần trong buổi học. Ngày nay, việc dạy-học bên giường bệnh sử dụng tiểu kỹ năng “Microskills” được sử dụng phổ biến và khá rộng rãi ở các trường Đại học Y Hoa Kỳ và một số nước khác để dạy-học lâm sàng.

1.3.6. Dạy-học bằng sơ đồ diễn tiến hoặc lưu đồ (Flow-chart)

Sơ đồ diễn tiến là gì: Đó là một kiểu sơ đồ dùng để hướng dẫn cách suy nghĩ và làm việc của cán bộ Y tế theo con đường tư duy học đơn giản chỉ với thuật toán (algorithm) cơ bản là **Có hoặc Không trên các triệu chứng/dấu hiệu** thông thường

- Nếu **Có** triệu chứng/dấu hiệu đó, hãy đi theo mũi tên ngang → để được hướng dẫn cách chẩn đoán và hành động.
- Nếu **Không Có** triệu chứng/dấu hiệu đó, hãy đi theo mũi tên dọc ↓ để được hướng dẫn tìm tiếp các dấu hiệu triệu chứng khác.

Phương pháp tư duy này rất giống cách làm của máy vi tính, với hệ đếm cơ số 2 (BIT)

Cấu trúc thông thường của sơ đồ diễn tiến: có các dòng ngang và các ô xếp thành các cột dọc.

* Lý do sử dụng sơ đồ diễn tiến

- Khi dạy học lâm sàng, học viên thường được học các bài bệnh học đầy đủ, hệ thống (đi từ bệnh nguyên, bệnh sinh, triệu chứng, diễn biến, biến chứng, chẩn đoán, xử trí...) Cách dạy này bắt đầu tên bệnh, nhưng khi làm việc với

bệnh nhân thì chỉ có các triệu chứng; tên bệnh (chẩn đoán) không có sẵn mà phải suy nghĩ để tìm ra.

- Cách học không giống với thực tế làm việc nên học viên rất khó tự lần mò ra con đường đúng, rất dễ quên hoặc bỏ sót nhiều điều quan trọng và rất chậm học được kinh nghiệm lâm sàng. Cần dạy học viên bắt đầu với các triệu chứng. Việc chẩn đoán và xử trí thường không dễ dàng vì phải sử dụng nhiều kiến thức/kỹ năng của nhiều bài học/môn học khác nhau. Quá trình này phải được luyện tập theo một cách có hiệu quả cao và đơn giản: Sơ đồ diễn tiến.

- Cần có hệ thống sơ đồ diễn tiến được xây dựng sẵn để cán bộ y tế có thể tham khảo khi hành nghề, giảm bớt sai sót trong chẩn đoán và xử trí (Bộ Y tế đã cho dịch cuốn Những con đường chẩn đoán trong y học lâm sàng -B.J. Essex-NXB Y học-1992 và cho biên soạn lại cuốn Các sơ đồ diễn tiến trong chẩn đoán và điều trị bệnh tại trạm y tế-NXB Y học-UNICEF-2000). Các nhà trường có thể sử dụng các sách này để dạy cách tư duy lâm sàng cho học viên.

1.3.7. Dạy-học bằng bảng kiểm:

Bảng kiểm là một bảng liệt kê các thao tác phải làm một cách có trình tự để thực hiện một công việc, một nhiệm vụ kèm theo sự hướng dẫn về phương pháp và tiêu chuẩn để hoàn thành yêu cầu đối với từng thao tác.

Dạy-học bằng bảng kiểm là một phương pháp dạy-học tích cực, giúp học viên hứng thú và chủ động trong việc thực hành các kỹ năng y khoa. Như vậy, phần lớn các thủ thuật được thực hiện trong lâm sàng, trong phòng thí nghiệm và cộng đồng đều có thể viết thành quy trình và trình bày dưới dạng bảng kiểm.

Với những kỹ năng hay thủ thuật quá phức tạp, thì bảng kiểm không phải là cách giảng dạy hữu hiệu nhất. Ngược lại, nếu một kỹ năng quá đơn giản chỉ bao gồm 2 hay 3 bước, nếu chúng ta cũng sử dụng bảng kiểm để dạy-học thì chúng ta đã biến một vấn đề rất đơn giản trở nên phức tạp không cần thiết.

Các bước được xây dựng trong bảng kiểm đòi hỏi học viên cũng như

giảng viên phải tuân thủ khi thực hiện. Do vậy, kỹ năng thực hành nào đã đạt được sự thống nhất cao mới có thể xây dựng thành bảng kiểm để dạy-học. Cũng do tính chất cần tuân thủ theo các bước thực hiện nghiêm ngặt nên bảng kiểm không thích hợp khi thầy giáo muốn giảng dạy về kiến thức lý thuyết thuần túy cũng như khi thầy giáo muốn rèn luyện cho học trò về kỹ năng tư duy, ra quyết định.

Trong một số trường hợp, có thể sử dụng bảng kiểm để dạy học kỹ năng giao tiếp, tư vấn cho học viên.

Ưu điểm: phương pháp này giúp đạt được sự thống nhất cao giữa các giảng viên khi dạy cùng một kỹ năng, giúp học trò dễ theo dõi và được sử dụng để tự học, tự lượng giá lẫn nhau. Không quá phức tạp khi tổ chức dạy-học. Không tốn kém.

Nhược điểm: phương pháp này không thể áp dụng được với những kỹ năng quá đơn giản hoặc quá phức tạp. Không thể sử dụng bảng kiểm để dạy-học kỹ năng tư duy và ra quyết định.

1.4. Thực trạng dạy-học lâm sàng

Quan điểm người học là trung tâm được áp dụng rộng rãi tại một số trường như Harvard, Columbia, MIT....Nó được bao hàm và có mối liên hệ chặt chẽ với những quan điểm giáo dục như self-directed learning, self-regulated learning, experiential learning, flexible learning...(O Neil & McMahon, 2005). Gidds (1992) cho rằng lấy người học làm trung tâm cho phép người học có quyền tự chủ hơn, tự do lựa chọn kiến thức lĩnh hội, chọn phương pháp học và tiến độ học phù hợp với bản thân mình. Do vậy, phương pháp học lấy người học làm trung tâm yêu cầu mỗi người học cần biết học cái gì, học như thế nào và học khi nào. Barr và Tagg (1995) quan niệm: lấy người học làm trung tâm đã chuyển quyền làm chủ lớp học từ người dạy sang người học hay nói đúng hơn là nhấn mạnh vai trò của người học. Theo quan điểm của Barr và Tagg mỗi người học cần trang bị cho mình ý thức cao độ về việc học, sẵn sàng tham gia hết mình vào các hoạt động học tập và có trách nhiệm

đối với việc học của mình. Tại Nhật Bản, hội đồng quốc gia cải cách giáo dục đã đề ra ba yêu cầu thiết yếu của cải cách giáo dục là: Thực hiện việc chuyển sang hệ thống giáo dục suốt đời; Chú trọng hơn nữa vai trò quan trọng của tính cách mỗi con người; Làm cho giáo dục phù hợp hơn với những thay đổi của thời đại. Mục tiêu cơ bản là nhấn mạnh những tri thức kỹ năng cơ sở và cơ bản cần cho mọi công dân, tạo điều kiện cho trẻ phát triển đầy đủ cá tính của mình. Ở Pháp, định hướng giáo dục 10 năm, về nguyên tắc, mọi hoạt động giáo dục đều phải lấy học sinh làm trung tâm. Hội đồng quốc gia về chương trình giảng dạy thành lập năm 1990 đã quan tâm, một mặt, làm cho chương trình các môn học thích ứng với thế giới hiện đại, mặt khác, giúp cho học sinh học tập tốt hơn bằng cách coi trọng việc rèn luyện phương pháp tự giành lấy kiến thức ngay từ bậc tiểu học, khuyến khích việc cá thể hóa nhịp độ học tập, mở rộng các môn tự chọn. Lonka và Ahola thực hiện một nghiên cứu kéo dài sáu năm ở Helsinki so sánh một nhóm học sinh học theo cách học truyền thống và một nhóm học theo phương pháp lấy người học làm trung tâm. Kết quả cho thấy mặc dù tiến bộ rất chậm ở lúc khởi điểm, nhưng đến giai đoạn cuối cùng trong nghiên cứu, những người học này lại có kỹ năng học và khả năng hiểu biết tốt hơn hẳn so với nhóm học theo phương pháp truyền thống (O'Neil và McMahon, 2005). Bằng phương pháp này, người ta cũng nhận thấy sự chuyển biến tích cực của người học ở phương diện như động cơ học tập, sự tích cực tham gia hoạt động học tập và thậm chí điểm số (Hall và Saunder, 1997). Nghiên cứu ở Anh cũng chỉ ra rằng trong môi trường giáo dục kiểu mới này, người học cảm thấy được tôn trọng và vì thế làm tăng cường sự tự tin cũng như tính tự lập của người học (O'Neill & McMahon, 2005) [17], [41].

Tại Việt Nam, theo đánh giá của UNESCO về chỉ số phát triển giáo dục cho mọi người, vị trí Việt Nam xếp hạng là khá thấp. Còn theo diễn đàn kinh tế thế giới (WEF) đánh giá, một trong 3 “vùng lõm” của Việt Nam là đào tạo và giáo dục Đại học. Đồng thời, một trong các yếu kém được nêu trong dự

thảo chiến lược phát triển giáo dục Việt Nam 2009-2020: “Chương trình giáo dục Đại học chậm đổi mới, chưa đáp ứng được mục tiêu giáo dục. Còn có những nội dung không thiết thực, nặng về lý thuyết, nhẹ về thực hành, chưa gắn với yêu cầu xã hội, chưa phù hợp với nhu cầu và khả năng học tập của mọi đối tượng học sinh. Phương pháp dạy-học về cơ bản vẫn theo lối truyền thụ một chiều, đòi hỏi người học phải ghi nhớ máy móc, không phát huy được tư duy phê phán, tư duy sáng tạo và tinh thần tự học ở người học”. Thực trạng trên đòi hỏi chúng ta phải cấp thiết đổi mới giáo dục, trong đó căn bản là đổi mới về phương pháp dạy-học. Điều 28 Luật giáo dục (2005) nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam đã ghi rõ: Phương pháp giáo dục phải phát huy tính tích cực, tự giác, chủ động, sáng tạo của học sinh; phù hợp với đặc điểm của từng lớp học, môn học, bồi dưỡng phương pháp tự học, khả năng làm việc theo nhóm; rèn luyện kỹ năng vận dụng kiến thức vào thực tiễn; tác động đến tình cảm, đem lại niềm vui, hứng thú học tập cho học sinh [9],[17],[19],[25],[41].

Theo Phạm Thị Minh Đức và cộng sự [5], [14], [15]: “trong giai đoạn kháng chiến chống Pháp, Hồ Đắc Di, Tôn Thất Tùng, Đặng Văn Ngữ là những người thầy đi đầu về cách dạy-học dựa trên thực tế, dạy-học dựa trên năng lực mà bản chất là dạy-học lấy người học làm trung tâm, mặc dù vào thời điểm đó ngay cả trên thế giới cũng chưa đề cập đến các khái niệm này. Chính những người thầy này biết rất rõ chiến trường cần những người bác sĩ có những khả năng gì? Thay vì chỉ thuyết giảng, những người thầy này đã dạy cho sinh viên của mình cách giải quyết các vết thương của bộ đội. Sau vài tháng tập trung về trường ở chiến khu học tập, các sinh viên đi chiến trường phục vụ, rồi lại quay về trường học, trao đổi kinh nghiệm với thầy rồi lại đi phục vụ chiến trường... Thời kì này số lượng sinh viên tăng nhưng thiếu giảng viên, thiếu điều kiện dạy-học, phương pháp dạy-học kiểu truyền thống là chủ yếu nếu không nói là duy nhất. Chính cách dạy-học mềm dẻo, thiết thực này đã đào tạo được nhiều y sĩ, bác sĩ có đủ năng lực giải quyết các vấn

đề của thực tiễn chiến tranh. Những năm 60, 70 của thế kỉ XX để cung cấp bác sĩ cho cuộc chiến tranh chống Mỹ và thống nhất đất nước, các sinh viên được đào tạo thành các bác sĩ thực hành như giảm số giờ lên lớp lý thuyết, tăng thực hành ở mức tối đa, giảng viên vừa dạy-học vừa làm việc ở các bệnh viện địa phương, đặc biệt những nơi chiến tranh ác liệt đều có mặt thầy và trò. Chính cách đào tạo dựa trên thực tế như vậy, các bác sĩ sau khi tốt nghiệp được phân công về các địa phương hoặc chiến trường đều có năng lực tốt để giải quyết các vấn đề của thực tiễn. Sau năm 1975, do nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng, nhiều trường Đại học Y được thành lập, số lượng sinh viên của các trường y ngày một tăng. Số lượng sinh viên tăng nhưng thiếu giảng viên, thiếu điều kiện giảng dạy, đặc biệt ở các trường mới thành lập. Do vậy, dạy-học theo kiểu truyền thống là phương pháp chủ yếu nếu không nói là duy nhất. Hầu như các giảng viên y khoa của trường Đại học Y Hà Nội đều được tham gia khóa huấn luyện ngắn ngày này và đây là khóa huấn luyện kỹ năng sư phạm y khoa đầu tiên cho giảng viên trường Đại học Y. Tuy nhiên những khái niệm đầu tiên về đổi mới phương pháp dạy-học mới chỉ du nhập vào Việt Nam kể từ cuối của thập niên 80 cho đến những năm đầu của thập niên 90 của thế kỉ XX qua một số khóa huấn luyện ngắn ngày do các GV nước ngoài trực tiếp giảng dạy cho một số giảng viên nòng cốt của trường Đại học Y Hà Nội với sự hỗ trợ của dự án SIDA-Thụy Điển”.

Năm 1988, hội nghị giáo dục châu Âu họp tại Edinburgh đã đề ra 12 nguyên tắc đổi mới trong giáo dục, đó là: phải chú ý đến giáo dục khả năng thích ứng; Giáo dục phải dựa trên nhu cầu sức khỏe quốc gia; Giáo dục phải nhấn mạnh phòng bệnh và tăng cường sức khỏe; Nhấn mạnh đào tạo khả năng học tập tích cực suốt đời; Nhấn mạnh đào tạo dựa trên năng lực; Giảng viên phải là các nhà giáo dục học; Cần phải lồng ghép khoa học cơ sở và thực hành lâm sàng; Chọn lựa thí sinh vào học phải dựa vào tiêu chuẩn trí tuệ và tình

cảm phù hợp với nghề nghiệp chăm sóc sức khỏe; Cần kết hợp giữa giáo dục y học với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; Chú ý đào tạo cân đối giữa các loại hình cán bộ y tế; Chú ý đào tạo đa nghề; Đẩy mạnh đào tạo liên tục.

Năm 1995, trước sự đòi hỏi của thực tiễn chăm sóc sức khỏe, Đại Hội đồng sức khỏe thế giới đã đưa ra nghị quyết “Kêu gọi tất cả các nước thực hiện cải cách giáo dục trong đào tạo thầy thuốc và nhân viên chăm sóc sức khỏe với mục đích nâng cao tính phù hợp, hiệu quả kinh tế và công bằng trong chăm sóc người bệnh”.

Năm 2001, tổ chức y tế thế giới đưa ra bản hướng dẫn đảm bảo chất lượng giáo dục y học và năm 2003, hội giáo dục y học thế giới đã đưa ra các tiêu chuẩn giáo dục y học của thế giới nhằm nâng cao chất lượng.

Ở Việt Nam, một đặc điểm chung của hệ thống giáo dục Đại học đó là các giảng viên ở các trường Đại học không được đào tạo về phương pháp dạy-học ngoại trừ sinh viên của các trường sư phạm. Sau khi tốt nghiệp, hàng năm một số sinh viên được chọn lựa và giữ lại làm giảng viên. Hành trang vào nghề của họ là một số kiến thức, kỹ năng nghề nghiệp mà chưa được trang bị về kiến thức-kỹ năng dạy-học. Họ tiếp nhận những kinh nghiệm dạy-học qua việc học hỏi những người đi trước, và như một điều tất yếu phương pháp dạy-học truyền thống được lưu truyền từ thế hệ giảng viên này sang thế hệ giảng viên khác [14], [21]. Cho đến những năm của thập niên 80 của thế kỷ XX, người đầu tiên khởi xướng ra chương trình đào tạo phương pháp sư phạm y học là Hoàng Đình Cầu. Tuy nhiên, phải đến thập niên 90, với sự hỗ trợ của tổ chức SIDA-Thụy Điển, dự án Việt Nam-Hà Lan can thiệp vào các trường Đại học Y đã cơ bản làm thay đổi về quan niệm dạy-học ở các giảng viên y khoa.

Như vậy, kể từ những năm cuối của thập niên 80 của thế kỷ XX, các hoạt động nhằm thay đổi quan niệm và đổi mới phương pháp dạy-học ở các trường đào tạo thầy thuốc và nhân viên chăm sóc sức khỏe ở nước ta ngày một tăng. Tuy nhiên phải nói rằng khi sự đổi mới về phương pháp dạy-học ở

các trường trung học và cao đẳng khá rõ nét thì ở các trường Đại học Y, sự chuyển biến lại còn chậm. Đây chính là một trong các nguyên nhân ảnh hưởng đến chất lượng đào tạo sinh viên y khoa tại Việt Nam” (trích dẫn từ [14],[15], [76]).

Một số nghiên cứu ngày nay cho thấy giáo dục y khoa, đặc biệt là dạy-học lâm sàng ngày càng khó khăn, bệnh nhân yêu cầu cao hơn, thầy và trò luôn phải chịu áp lực với thời gian và công việc. Chính vì vậy giảng viên không có nhiều thời gian cho việc dạy lâm sàng và sinh viên cũng có ít cơ hội học lâm sàng hơn trước [33], [58].

Cũng theo Phạm Thị Minh Đức và cộng sự [5],[15]: “năm 1995, 1996 với sự hỗ trợ của dự án SIDA-Thụy Điển, trường Đại học Y Hà Nội đã tổ chức được nhiều khóa tập huấn về PP dạy-học tích cực cho giảng viên. Tiếp theo đó là dự án Việt Nam-Hà Lan can thiệp vào 8 trường Đại học Y được coi là mốc cơ bản đánh dấu sự thay đổi không chỉ về quan niệm dạy-học mà đã có những hoạt động thiết thực trong việc điều chỉnh chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa theo hướng cộng đồng, tổ chức tập huấn cho giảng viên của 8 trường về phương pháp dạy-học tích cực”.

Theo Lưu Ngọc Hoạt [76], trong giai đoạn này, Chính phủ Việt Nam đã ban hành một số chính sách quan trọng đối với y tế và giáo dục y tế. Chính phủ đặt ra mục tiêu đến năm 2000, 40% số trạm y tế xã có bác sĩ. Điều này gây ra một áp lực cho các trường Y nhằm đào tạo ra các bác sĩ hướng cộng đồng. Chính sách mới về bảo hiểm y tế và viện phí thay cho chính sách y tế cũ-được Nhà nước trợ cấp toàn bộ, điều này không chỉ ảnh hưởng đến các dịch vụ y tế mà còn đòi hỏi những yêu cầu mới về quản lý. Sự thay đổi về chính sách, cho phép y tế tư nhân tồn tại song song với y tế công. Điều này không phải lúc nào cũng tích cực cho người bệnh, đặc biệt là sự kiểm soát của Nhà nước về y tế tư chưa thực sự tốt để đảm bảo y tế tư cung cấp chất lượng đảm bảo.

Giai đoạn từ năm 2002 đến nay bắt đầu kiểm định chất lượng, chuẩn đào tạo trình độ Đại học. Từ năm 2012 đến nay, bắt đầu đề cập chuẩn đào tạo bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, hóa sinh. Trong xu hướng hội nhập khu vực và quốc tế, Chính phủ đã ký thỏa thuận khung về thừa nhận lẫn nhau với 10 quốc gia ASEAN về việc công nhận dịch vụ Điều dưỡng trong khu vực. Để tăng cường chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình đào tạo và sử dụng nhân lực điều dưỡng có hiệu quả và đáp ứng yêu cầu hội nhập của các nước trong khu vực. Ngày 21 tháng 4 năm 2012, Bộ Y tế ra quyết định số 1352/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam”.

Từ sau năm 2000, do sự phát triển của các cơ sở đào tạo về cả số lượng và qui mô đào tạo, số lượng bác sĩ đã tăng lên rõ rệt nhưng đồng thời cũng xảy ra tình trạng chất lượng bác sĩ chưa đảm bảo, ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở và các vùng khó khăn. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cần thiết đối với các cơ sở đào tạo là phải đào tạo được các bác sĩ đạt được năng lực tối thiểu như nhau. Ngày 18 tháng 5 năm 2015, Bộ Y tế ra quyết định số 1854/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa” [3].

Theo Phạm Thị Minh Đức và cộng sự: kể từ những năm 80 của thế kỉ XX, các hoạt động nhằm thay đổi quan niệm và đổi mới phương pháp dạy-học ở các trường Y ngày một tăng. Tuy nhiên, trong khi sự đổi mới về phương pháp dạy-học ở các trường trung học và cao đẳng y tế khá rõ ràng thì ở các trường Đại học Y, sự chuyển biến còn chậm. Bên cạnh đó tính tích cực, chủ động trong học tập của sinh viên còn chưa được phát huy. Đây chính là một trong các nguyên nhân ảnh hưởng đến chất lượng đào tạo, đặc biệt ảnh hưởng đến năng lực thích ứng và giải quyết các vấn đề thực tiễn [14],[15].

Dạy-học kỹ năng thực hành lâm sàng là một phần đặc biệt quan trọng trong giảng dạy Y khoa, nhờ các kỹ năng lâm sàng sinh viên mới có thể lồng ghép các kiến thức của mình để cho ra các quyết định đúng đắn và có hiệu

quả trong điều trị nói riêng và trong hoạt động ngành nghề nói chung. Tuy nhiên, trên thực tế việc giảng dạy kỹ năng lâm sàng và thực hành đang dần bị lãng quên và xem nhẹ tại một số trường Y trên thế giới; cụ thể qua khảo sát ý kiến sinh viên tại Bắc Mỹ: một số ít chỉ được hướng dẫn cách hỏi và thăm khám trên 2 bệnh nhân, một số khác chưa bao giờ được giảng viên giám sát việc thực hiện khám đầy đủ cho 1 bệnh nhân. Tại thành phố Hồ Chí Minh, qua khảo sát 360 sinh viên Y6 tốt nghiệp và các bác sĩ ra trường công tác tại tuyến huyện, xã, kết quả cho thấy: 95% gặp khó khăn và lúng túng khi phải giải thích cho bệnh nhân và thân nhân một số tình huống bệnh có tiên lượng xấu; 76,4% chưa từng đặt nội khí quản, cũng như chưa được hướng dẫn trên mô hình; 17,4% đã có thực hiện kỹ năng đơn giản như chọc dò màng phổi, màng bụng. Các khiếm khuyết trong dạy kỹ năng lâm sàng và thực hành không chỉ xảy ra ở một vài trường mà có thể thấy được ở phần lớn các trường Y [12], [58].

Công trình nghiên cứu của Lê Văn Cường áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng với 145 sinh viên y khoa năm thứ 3, năm thứ 6. Nghiên cứu này được theo dõi bằng phương pháp quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng viên. Kết quả cho thấy phương pháp học tích cực trên lâm sàng là một phương pháp mới, phương pháp được tổ chức theo nhóm nhỏ, phương pháp này hữu ích và có hiệu quả [8].

Nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương, Lê Thu Hoà, Nguyễn Thu Thuỷ, Phạm Thị Minh Đức nghiên cứu trên 143 cán bộ giảng dạy và 1360 sinh viên cho thấy số sinh viên được dạy-học lâm sàng với phương pháp truyền thống chiếm 76,8%, phương pháp truyền thống kết hợp tích cực là 8,6%, phương pháp tích cực là 17% [27].

Nghiên cứu của Vũ Đình Chính, Trần Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Liên và cộng sự cho thấy phương pháp học lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là hướng dẫn kèm cặp 50,6%, cầm tay chỉ việc 15,5%, thao tác mẫu 18,5%, còn lại là các phương pháp khác [7].

Furney và cộng sự tiến hành một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên bác sĩ nội trú chuyên ngành Nội khoa được chia làm 2 nhóm, nhóm can thiệp, nhóm chứng được phân công điều trị cho bệnh nhân nội trú tại trường Đại học Michigan và trung tâm y tế Cựu chiến binh Anbor, Hoa Kỳ để đánh giá hiệu quả can thiệp của mô hình “Microskills” lên kỹ năng giảng dạy. Nghiên cứu này cho thấy mô hình này dường như là tối ưu cho giảng dạy khi mà giảng viên và sinh viên luôn phải chịu áp lực với thời gian và công việc. Nhóm can thiệp tự đánh giá về việc sử dụng kỹ năng giảng dạy cải thiện có ý nghĩa ở tất cả các nội dung với $p < 0,01$, ngoại trừ nội dung dạy quy luật chung với $p = 0,1$ [71].

Theo Seki Masayasu và cộng sự một nghiên cứu tiến hành từ năm 2011 đến năm 2013, với sự tham gia của 71 thực tập sinh bác sĩ nội trú ở 2 bệnh viện. Họ chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, một sử dụng SNAPPS, một sử dụng OMP. Kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 mô hình ở các câu hỏi về việc dễ dàng đưa ra các câu hỏi và những băn khoăn ($p = 0,046$), về việc trình bày ca bệnh một cách hiệu quả ($p = 0,002$), trình bày ca bệnh theo một trình tự nhất định ($p = 0,029$), trình bày sâu về ca bệnh ($p = 0,005$). Không có sự khác biệt giữa 2 mô hình về việc dễ dàng đưa ra chẩn đoán phân biệt và kế hoạch điều trị bệnh nhân [100].

McManus I. C, Richards P, Winder B.C đã tiến hành một nghiên cứu thuần tập tiến cứu khoảng 4000 sinh viên tại Đại học Y Marry ở Luân Đôn cho thấy thói quen học tập (study habits) là yếu tố quyết định đối với lượng kiến thức lâm sàng mà sinh viên có được [83].

Shankar PR đã nghiên cứu thực trạng học tập của sinh viên tiền lâm sàng tại Đại học Y miền tây Nepal cho thấy sinh viên rất đa dạng trong chiến lược học, đòi hỏi việc dạy học phải điều chỉnh để đáp ứng được tính đa dạng cá nhân đó [101].

Zeraati A tại Đại học Y Mashhad, Iran đã tiến hành một nghiên cứu để đánh giá sự khác nhau về thực trạng học tập của sinh viên trường Y. Kết quả

cho thấy có sinh viên thích học thông qua thị giác chẳng hạn như học qua Hình, đồ thị hay sơ đồ diễn tiến (5,6%), có sinh viên ưa thích học thông qua đọc và viết (20,6%), trong khi những sinh viên có phong cách học thông qua trực giác, thính giác là 7,5%. Phần lớn sinh viên (35,5%) thích áp dụng tất cả các kiểu học nêu trên [117].

Heidi L ở Đại học Y Wayne State, Michigan, Hoa Kỳ, cho thấy chỉ có 36,1% sinh viên thích một cách học trong khi có tới 63,8% có cách học đa dạng [77].

Kết quả nghiên cứu của Guishu Zhong và Xia Xiong trên 206 sinh viên trường Đại học Y khoa Lusho cho thấy một số yếu tố liên quan đến việc học lâm sàng bao gồm kinh nghiệm của giảng viên, thiếu tài liệu, vật liệu học tập trong một số bệnh viện thực hành, sinh viên thiếu cơ hội thực hành trong phẫu thuật y khoa [75].

Thực tế cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến việc dạy-học lâm sàng bao gồm khối lượng công việc của thầy và trò, cơ hội học lâm sàng khó khăn, cách tổ chức học tập và cơ sở vật chất, sự tự giác của sinh viên, sự giám sát của giảng viên và giáo vụ bộ môn... Trong đó yếu tố giảng viên luôn phải chịu áp lực với thời gian và công việc là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng.

Làm gì để dạy-học lâm sàng có hiệu quả hơn trong khi các nhà lâm sàng và giảng viên y khoa phải đối mặt với áp lực chăm sóc nhiều bệnh nhân và hoạt động dạy-học lâm sàng bị giới hạn về thời gian? Mô hình dạy-học lấy người học làm trung tâm sử dụng tiểu kỹ năng “Microskills” lần đầu tiên được biết đến vào năm 1992 bởi Neher J.O, Gordon K.C, Meyer B và Stevens N trên tạp chí Y học gia đình của Mỹ. Đây là một mô hình được đánh giá là ngắn gọn, khả thi, giúp tôn trọng quỹ thời gian bận rộn của giảng viên[45],[84].

Tuy nhiên, thực trạng dạy-học khác nhau tùy từng trường, đặc biệt là sự khác biệt về cách học giữa sinh viên bình thường và sinh viên tài năng... Điều

này đã được nhiều nghiên cứu thừa nhận, nhưng những công trình này chưa làm rõ thực trạng dạy-học lâm sàng đa dạng thế nào, những yếu tố nào ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng, làm thế nào để nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng? Đó là những câu hỏi chưa được giải đáp và rất cần những nghiên cứu sớm để trả lời.

1.5. Một số mô hình dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm trên thế giới

1.5.1. Mô hình “OMP”:

Mô hình OMP sử dụng tiểu kỹ năng “Microskills” lần đầu tiên được biết đến vào năm 1992 bởi Neher J.O, Gordon K.C, Meyer B và Stevens N trên tạp chí Y học gia đình của Mỹ, gồm 5 bước:

- Bước 1: Thực hiện sự tận tâm (Get a commitment)
- Bước 2: Tìm các bằng chứng ủng hộ (Probe for supporting evidence)
- Bước 3: Dạy các quy luật chung (Teach general rules)
- Bước 4: củng cố lại những phần sinh viên đã hoàn thành tốt (Reinforce what was done well)
- Bước 5: Sửa chữa những sai lầm cho sinh viên (Correct errors)[45], [84].

Mô hình dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm sử dụng mô hình "Microskills" diễn hình như sau: "Sinh viên gặp bệnh nhân, hỏi bệnh, khám bệnh và lập kế hoạch xử trí, sau đó trình bày cho bác sĩ hay giáo viên của mình". Áp dụng "5 bước" diễn hình trong dạy-học lâm sàng (trích dẫn từ[45])

+ Bước 1: Thực hiện sự tận tâm (Get a commitment)

Khi sinh viên trình bày ca bệnh xong, họ dừng lại, chờ sự phản hồi của giáo viên. Muốn biết sinh viên làm việc như thế nào, nghĩ gì, giảng viên đề nghị sinh viên đọc kết quả xét nghiệm. Không nên trả lời sinh viên ngay. Giảng viên có thể hỏi: “Bạn nghĩ bệnh diễn biến như thế nào”. Khi nghe sinh viên phân tích thông tin, giảng viên có thể lượng giá được sinh viên.

+ Bước 2: Tìm các bằng chứng ủng hộ (Probe for supporting evidence)

Lần tìm bằng chứng ủng hộ để giảng viên biết liệu sinh viên đã làm việc hay không? Sinh viên thường chờ đợi giảng viên khẳng định chẩn đoán của họ. Trong trường hợp đó giảng viên nên hỏi tại sao bạn lại nghĩ thế? Hỏi như vậy giảng viên có thể hiểu được kiến thức cơ bản và kỹ năng lập luận của sinh viên. Khi lần tìm bằng chứng xem sinh viên làm việc chưa giảng viên không nên kiểm tra sinh viên, không nên đưa ý kiến của mình và không nên phán xét, chỉ trích sai lầm của sinh viên.

+ Bước 3: Dạy các quy luật chung (Teach general rules)

Mục tiêu giảng dạy của giảng viên là dạy cho sinh viên theo đúng trình độ của họ và phải hiểu được vấn đề giảng viên cần trình bày. Giảng viên cần dạy cho họ những quy luật đơn giản, dễ học và những vấn đề liên quan đến kiến thức cần thiết của sinh viên.

+ Bước 4: Củng cố lại những phần sinh viên đã hoàn thành tốt (Reinforce what was done well)

Giảng viên có thể đưa ra những phản hồi có tính tích cực để khuyến khích sinh viên. Giảng viên cũng có thể bình luận về thái độ, hành vi của học viên ở phần này.

+ Bước 5: Sửa chữa những sai lầm cho sinh viên (Correct errors)

Khi học viên mắc lỗi giảng viên cần có sự chỉnh sửa ngay. Cần thảo luận làm cách nào để tránh và khắc phục các lỗi đó. Tuy nhiên, không nên dùng các câu có tính phán xét như: “Bạn làm cái gì vậy?”, “Làm sao bạn có thể làm được?”, “Tôi không thể tin được bạn lại có thể làm như vậy?”. Nên dùng các câu nhẹ nhàng để khuyến khích sinh viên: “Tôi cho rằng”, “Tôi nhận thấy”, “Tôi cảm thấy”...

Mô hình này còn được gọi là OMP (One-Minute Preceptor). Điểm mạnh của mô hình này là ngắn gọn, cần ít thời gian để thực hiện, vì vậy nó khả thi và dễ dàng thực hiện hơn

Vai trò của giảng viên trong dạy-học lâm sàng “Microskills”:

Trong dạy-học lâm sàng, giảng viên có các vai trò như sau:

+ Chẩn đoán bệnh: đây là công việc của giảng viên và cũng là của bác sĩ điều trị

+ Chẩn đoán sinh viên: xem họ nghĩ gì, cần gì, muốn học gì

+ Dạy sinh viên những gì họ cần

Là giảng viên, cần biết sinh viên cần gì và suy nghĩ gì. Trong 5 bước của “Microskills” giảng viên đưa ra các câu hỏi để chẩn đoán sinh viên.

+ Ở bước 1: Giảng viên thường hỏi sinh viên bạn nghĩ gì về ca bệnh này? Hỏi như vậy là biết liệu sinh viên đã tiếp xúc với bệnh nhân chưa, đã khám bệnh, yêu cầu xét nghiệm, đưa ra chẩn đoán và phương án điều trị bệnh nhân chưa?

+ Ở bước 2: Giảng viên lại hỏi tại sao bạn lại chẩn đoán bệnh đó? Như vậy sinh viên sẽ phải trình bày công việc mà họ đã làm và cả phần lập luận của họ trước trường hợp bệnh.

+ Ở bước 3: Giảng viên lại hỏi khi nào thì bệnh này xảy ra? Như vậy giảng viên sẽ làm cho sinh viên phải suy nghĩ về các nguyên tắc chung của bệnh, về các tình huống tương tự xảy ra có thể nhầm lẫn với các trường hợp bệnh khác.

+ Ở bước 4: Là phản hồi tích cực, giảng viên nói sinh viên nghĩ và làm như vậy là đúng.

+ Ở bước 5: Giảng viên phản hồi chỉ cho sinh viên mắc sai lầm ở khâu nào.

Trong 5 bước, bước 1 và 2 sinh viên cần phải lập luận chẩn đoán. Khi nói với sinh viên, giảng viên nên dùng lời lẽ phù hợp, khuyến khích để nhận được nhiều thông tin từ sinh viên để chẩn đoán bệnh nhân và chẩn đoán sinh viên.

1.5.2. Mô hình “SNAPPS”: được mô tả bởi Wolpaw và cộng sự, là một mô hình dạy-học lấy người học làm trung tâm. Mô hình này gồm 6 bước:

- Tóm tắt tiền sử, bệnh sử (Summarize briefly the history and findings)
- Chẩn đoán phân biệt đến 2-3 khả năng (Narrow the differential to two or three relevant possibilities)

- Phân tích những điểm khác biệt bằng cách so sánh và đối chiếu với các khả năng liên quan (Analyze the differential by comparing and contrasting the possibilities)
- Giảng viên hỗ trợ bằng cách đặt câu hỏi về những điều băn khoăn, không chắc chắn (Probe the preceptor by asking questions about uncertainties, difficulties, or alternative approaches).
- Đưa ra kế hoạch quản lý về chăm sóc, điều trị bệnh nhân (Plan management for the patient's medical issues)
- Chọn ca bệnh liên quan cho sinh viên tự học (Select a case-related issue for self-directed learning) [112].

1.5.3. Mô hình “MiPLAN”:

Mô hình này khuyến khích giáo viên lên một kế hoạch tiếp xúc (M) với người học trước khi bắt đầu chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng và các hoạt động giáo dục. Trong khi giảng viên dạy-học bên giường bệnh, sinh viên trình bày ca bệnh trước bệnh nhân, mô hình gợi ý 5 hành vi cho bác sĩ điều trị (“i”: Introduction, in the moment, inspection, interruptions, independent thought). Nó cũng cung cấp một qui trình dạy-học lâm sàng sau khi trình bày ca bệnh (“PLAN”: chăm sóc bệnh nhân, trả lời câu hỏi của người học, kế hoạch học tập, các bước tiếp theo) [103].

1.5.4. Mô hình “Aunt Minnie”: Mô hình này gồm 4 bước:

- Sinh viên trình bày điểm chính còn băn khoăn và đưa ra chẩn đoán giả định
- Sinh viên bắt đầu trình bày ca bệnh và giảng viên đánh giá bệnh nhân
- Giảng viên thảo luận ca bệnh với sinh viên
- Giảng viên xem xét và ký tên vào hồ sơ bệnh án [72].

1.5.5. Mô hình “Activated Demonstration”: Mô hình này gồm 6 bước:

- Đánh giá kiến thức có liên quan của sinh viên
- Xác định những gì sinh viên nên học từ cuộc trình diễn kỹ năng
- Hướng dẫn sinh viên tham gia trong quá trình trình diễn kỹ năng
- Trình diễn kỹ năng lâm sàng

- Thảo luận các điểm học tập với sinh viên
- Thiết lập chương trình cho việc học tập trong tương lai [72].

1.5.6. Mô hình “Two-minute Observation”: Trong mô hình này, trước tiên giảng viên phải chuẩn bị để SV tiếp xúc người bệnh và sau đó xem xét sự tiếp xúc giữa sinh viên và người bệnh. Sau thời gian ngắn quan sát, giảng viên cho phản hồi tích cực và vấn đề học tập cụ thể. Kỹ thuật này đặc biệt hiệu quả để dạy-học kỹ năng hỏi bệnh, kỹ năng khám bệnh cho sinh viên y khoa, sinh viên nội khoa cũng như để dạy-học kỹ năng giao tiếp cho tất cả sinh viên. Giống như mô hình dạy-học lấy người học làm trung tâm khác giảng viên đưa ra kỳ vọng rõ ràng, trực tiếp quan sát sinh viên, cung cấp phản hồi và kỹ năng dạy-học cụ thể [72]

1.5.7. Mô hình “See One, Do One, Teach One”: Mô hình này được biết đến để dạy-học kỹ năng về quy trình đòi hỏi GV làm mẫu được quy trình, quan sát sinh viên thực hiện quy trình và cho phản hồi. Để dạy-học quy trình hiệu quả, giảng viên phải làm từng bước. Nếu sinh viên có thể thực hiện đúng quy trình thì đã thực hiện thành công từng bước. Sinh viên dạy điểm chính của quy trình cho sinh viên khác một cách hiệu quả [72].

1.5.8. Mô hình Teaching “Scripts”: Trong mô hình này giảng viên chuẩn bị trước bài giảng mà có mục tiêu, chủ đề cụ thể. Bài giảng chính mà giảng viên đã có kinh nghiệm và có thể thể dạy cho sinh viên với ca bệnh thực tế. Ví dụ bài giảng bao gồm “Chọn thuốc an thần” cho người bệnh có biểu hiện trật khớp hoặc tắc nghẽn đường hô hấp đối với người bệnh suy hô hấp [72].

1.5.9. Mô hình “Ask-tell-ask”: Mô hình Ask-tell-ask, giảng viên trước tiên phải cung cấp phản hồi bằng cách nói với sinh viên, Tôi muốn cung cấp thông tin phản hồi cho bạn. Sau đó, giảng viên yêu cầu sinh viên để đánh giá việc thực hiện của sinh viên (bạn nghĩ bạn đã làm như thế nào?). Tiếp theo, giảng viên nói /quan sát (cả điểm tích cực và cần khắc phục), người học tự đánh giá và cung cấp kế hoạch để cải thiện. Cuối cùng, giảng viên yêu cầu vấn đề sinh

viên cần hiểu và kế hoạch để cải thiện. Kế hoạch này kết hợp quan điểm của người học, tránh phán xét và thúc đẩy kỹ năng [72].

Dạy-học bên giường bệnh trước kia chỉ nhằm dạy-học các kỹ năng thăm khám, thủ thuật trong lâm sàng và đề minh họa, bổ sung cho các kiến thức lý thuyết về bệnh học đã được học thì ngày nay dạy-học lâm sàng không những cung cấp cho sinh viên các kiến thức để chẩn đoán và điều trị bệnh mà còn trang bị cho họ các kỹ năng giao tiếp, tư duy lâm sàng và rèn luyện phong cách, thái độ người thầy thuốc. OMP được đánh giá là một mô hình tốt nhất trong số mô hình dạy-học lâm sàng. Nghiên cứu so sánh mô hình này với mô hình truyền thống, cả sinh viên và giảng viên đều hài lòng với mô hình này. OMP được biết đến là một mô hình dạy-học lâm sàng ngắn gọn, dễ áp dụng để học lâm sàng và để cải thiện kỹ năng giảng dạy về lập luận lâm sàng, kỹ năng phản hồi tích cực giữa giảng viên và sinh viên, đặc biệt hữu ích với sinh viên mới học lâm sàng và giảng viên trẻ. Trọng điểm của mô hình OMP là rèn luyện tính tích cực chủ động trong học tập lâm sàng cho sinh viên, kết hợp với giám sát hỗ trợ của giảng viên [5],[12],[45]. Mô hình “SNAPPS” là một mô hình có khá nhiều nghiên cứu, so với OMP, SNAPPS cung cấp cho người học nhiều cơ hội chủ động trong học tập như đưa ra câu hỏi với giảng viên, lựa chọn chủ đề học tập. Mô hình này giúp người học tiến bộ hơn và nhận ra vấn đề thiếu hụt để cải thiện. Có khá nhiều nghiên cứu về mô hình này. Mô hình “MiPLAN” nhấn mạnh tầm quan trọng của việc dạy học bên giường bệnh. Giảng viên đóng vai trò làm mẫu đối với sinh viên và thu hút người bệnh vào việc thảo luận kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Điểm ưu tiên của mô hình này bao gồm vấn đề chăm sóc bệnh nhân, bản khoản của người học và kế hoạch giảng dạy. Cuối cùng, mô hình này nhấn mạnh sự cần thiết đạt mục tiêu học tập, kỹ năng cần thiết, để đào tạo lâm sàng đạt chất lượng cao. Trên thế giới, có một số nghiên cứu về mô hình OMP, SNAPPS, MiPLAN. Mô hình “Aunt Minnie” dễ nhận biết, điểm mạnh của mô hình này là áp dụng tại các khoa lâm sàng bận rộn, khoa cấp cứu. Mô hình này dễ phối

hợp với các mô hình dạy-học khác. Tuy nhiên chưa có những nghiên cứu cần thiết về mô hình này và một số mô hình dạy-học lâm sàng khác.

Trên thế giới có một số mô hình dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm như trên hay nói cách khác là mô hình dạy-học tích cực. Trong khuôn khổ luận án này, nhóm nghiên cứu chọn một số biện pháp can thiệp trong đó có sử dụng mô hình OMP với mong muốn giúp làm tăng chất lượng dạy-học lâm sàng và giảm áp lực đối với giảng viên, sinh viên.

Thực tế số lượng sinh viên ngày một tăng, giảng viên kiêm nhiệm nhiều việc tại khoa phòng của bệnh viện thực hành, người bệnh ngày một yêu cầu cao hơn. Mặt khác do tác động của cơ chế thị trường tác động vào môi trường học tập nên sinh viên ngày càng gặp nhiều khó khăn hơn trong học tập lâm sàng. Điều này cho thấy phải linh hoạt trong các phương pháp dạy-học lâm sàng. Ngày nay dạy-học bên hành lang khá phổ biến trong dạy-học lâm sàng. Việc dạy-học này là một thách thức lớn đối với người giám sát và dạy-học lâm sàng. Nếu không có phương pháp giáo dục cụ thể, dạy-học lâm sàng ít hiệu quả. Việc phát triển dạy-học lâm sàng cần có một chiến lược cụ thể. Chính vì vậy chúng tôi sử dụng một số biện pháp can thiệp, hi vọng góp phần nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng [83], [84].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu:

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Sinh viên đa khoa (năm thứ 3,4,5 và 6) của trường Đại học Y Dược Hải Phòng
- Giảng viên lâm sàng bao gồm cả giảng viên cơ hữu và giảng viên kiêm chức của trường Đại học Y Dược Hải Phòng
- Cán bộ quản lý của trường Đại học Y Dược Hải Phòng: Trưởng, phó phòng đào tạo, giáo vụ các khối sinh viên đa khoa Y3,Y4,Y5,Y6

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ năm 2014 đến năm 2016.
- + Tháng 8/2014: Mô tả thực trạng dạy-học lâm sàng của sinh viên đa khoa chính quy tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng
- + Từ tháng 8/2014-tháng 10/2014: tiến hành một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng
- + Tháng 10/2014: đánh giá kết quả can thiệp lần 1 trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên nhóm can thiệp và nhóm chứng
- + Tháng 10/2016: đánh giá kết quả can thiệp lần 2 trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên nhóm can thiệp và nhóm chứng
- Địa điểm: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.
- Sử dụng thiết kế can thiệp có nhóm chứng, so sánh kết quả trước sau và so với nhóm chứng để đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

Nghiên cứu được chia làm 03 giai đoạn:

- + Giai đoạn 1: hoàn thành mục tiêu 1 với việc mô tả thực trạng dạy-học lâm sàng tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và một số yếu tố ảnh hưởng
- + Giai đoạn 2: tiến hành một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng
- + Giai đoạn 3: đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu

2.2.2.1 . Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang thực trạng dạy-học lâm sàng:

- + Cỡ mẫu cho nhóm sinh viên: (áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỉ lệ trong quần thể)

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

- + $p = 0,42$ (Dựa trên kết quả nghiên cứu thăm dò của chúng tôi cho tỉ lệ 42% sinh viên thường xuyên được học đa dạng các phương pháp dạy-học lâm sàng)
- + α : Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn (0,05)
- + $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: Giá trị Z thu được từ bảng Z với giá trị α lựa chọn (bằng 1,96)
- + ε : Sai số tương đối lựa chọn bằng 0,1

Tính theo công thức trên chúng tôi có được 531 SV vào mẫu nghiên cứu.

Trên thực tế, nghiên cứu mô tả được thực hiện với 562 sinh viên

- + Cỡ mẫu cho nhóm giảng viên: chọn toàn bộ các giảng viên cơ hữu đang tham gia dạy-học lâm sàng. Giảng viên kiêm chức phải có ít nhất 05 năm kinh nghiệm giảng dạy lâm sàng.

2.2.2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp

- **Cỡ mẫu cho nhóm sinh viên trong nghiên cứu can thiệp:**

$$n = Z_{(\alpha\beta)}^2 \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu cần tính

α mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại 1, ước tính là 0,01.

β là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại 2, ước tính là 0,1.

Z^2 được tra từ bảng giá trị với $\alpha = 0,01$, $\beta = 0,1$; $Z_{(\alpha,\beta)}^2 = 14,9$

p_1 là tỷ lệ sinh viên thường xuyên được học bằng các phương pháp dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm ở nhóm chứng sau thời điểm can thiệp ước tính 50%

p_2 là tỷ lệ sinh viên thường xuyên được học bằng các phương pháp dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm ở nhóm can thiệp sau thời điểm can thiệp ước tính 80%

$$n = 14,9 \frac{0,5(1 - 0,5) + 0,8(1 - 0,8)}{(0,5 - 0,8)^2}$$

Từ đó tính được $n = 68$

Trên thực tế, nghiên cứu can thiệp đã được thực hiện với 93 sinh viên

Công thức tính chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$CSHQ = \frac{|P1 - P2|}{P1} \times 100$$

P1: Tỷ lệ % của chỉ số trước can thiệp

P2: Tỷ lệ % của chỉ số sau can thiệp

- **Cỡ mẫu cho nhóm giảng viên trong nghiên cứu can thiệp:** toàn bộ giảng viên lâm sàng

- **Số lượng quan sát thực hành:** 93 sinh viên nhóm can thiệp

- **Số lượng thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đã thực hiện:**

+ Có 7 cuộc thảo luận nhóm đã được thực hiện

+ Có 20 cuộc phỏng vấn sâu đã được thực hiện

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:

- **Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả:** Chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp bốc thăm, mỗi khối 2 lớp đưa vào nghiên cứu. Thực tế mẫu nghiên cứu có 562 sinh viên.

- **Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp:**

+ Đối với giảng viên: Tất cả giảng viên cơ hữu và GV kiêm chức tại các bộ môn lâm sàng tham gia nghiên cứu

+ Đối với sinh viên: chọn sinh viên năm thứ 4, chọn ngẫu nhiên theo đơn vị lớp

Nhóm can thiệp: Hai lớp sinh viên đa khoa chính quy Y4 A, B

Nhóm chứng: Hai lớp sinh viên đa khoa chính quy Y4 E, F

- **Chọn đối tượng phỏng vấn sâu:**

Các cuộc phỏng vấn sâu sẽ được thực hiện với lãnh đạo các bộ môn lâm sàng, trưởng, phó phòng đào tạo, giáo viên chủ nhiệm các lớp trên.

Có 20 cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện.

- **Chọn đối tượng thảo luận nhóm:**

Thảo luận nhóm được thực hiện với đại diện nhóm sinh viên của từng khối Y3, Y4, Y5, Y6 và các cán bộ phụ trách đào tạo của phòng đào tạo Đại học. Mỗi cuộc thảo luận nhóm được tiến hành với 6 đến 10 người.

Cán bộ lãnh đạo, giáo vụ đại học đại diện khối lâm sàng nội: Nội, Nhi, Y học cổ truyền, Truyền Nhiễm (01 cuộc)

Cán bộ lãnh đạo, giáo vụ đại học đại diện khối lâm sàng ngoại: Ngoại, Sản, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Tai-Mũi-Họng (01 cuộc)

Cán bộ lãnh đạo, giáo vụ bộ môn các chuyên khoa: Thần kinh, Tâm thần, Lao và bệnh phổi, Da liễu, Phục hồi chức năng (01 cuộc)

Sinh viên khối Y3 (01 cuộc)

Sinh viên khối Y4 (01 cuộc)

Sinh viên khối Y5 (01 cuộc)

Sinh viên khối Y6 (01 cuộc)

Tổng cộng: 07 cuộc thảo luận nhóm được thực hiện

- **Chọn đối tượng cho quan sát thực hành:** sinh viên nhóm can thiệp

2.2.4. Nội dung và các biến số nghiên cứu

2.2.4.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng dạy-học lâm sàng tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng

- Ý kiến sinh viên về mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng
- Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp dạy-học lâm sàng
- Mức độ đạt được một số kỹ năng trong quá trình học lâm sàng của sinh viên
- Ý kiến của sinh viên về mức độ sử dụng một số phương pháp đánh giá, lượng giá sinh viên trong quá trình dạy-học lâm sàng
- Ý kiến của sinh viên về mức độ hứng thú với một số phương pháp đánh giá, lượng giá sinh viên trong quá trình dạy-học lâm sàng
- Ý kiến của sinh viên về một số hoạt động học tập tại các bộ môn lâm sàng
- Ý kiến sinh viên về mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng của giảng viên
- Số lượng sinh viên cùng tham gia học buổi giảng tại giường bệnh
- Số lượng sinh viên cùng tham gia học trong giao ban, bình bệnh án
- Số lượng sinh viên đa khoa chính quy và giảng viên lâm sàng
- Trình độ chuyên môn của giảng viên lâm sàng
- Thâm niên công tác của các giảng viên lâm sàng
- Phẩm chất, năng lực của giảng viên lâm sàng
- Cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ dạy và học lâm sàng
- Số lượng bệnh nhân và mô hình bệnh tật đáp ứng nhu cầu dạy và học lâm sàng
- Sự hợp tác của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân
- Sự tạo điều kiện của nhân viên khoa, phòng bệnh viện
- So sánh giữa giảng viên có thâm niên công tác dưới 5 năm và từ 5 năm trở lên
- So sánh giữa giảng viên cơ hữu và giảng viên kiêm nhiệm

- Các hoạt động kiểm tra, đánh giá dạy-học lâm sàng
- Các ý kiến đóng góp khác
- Một số yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng
- Một số đề xuất để nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng

2.2.4.2. Đối với mục tiêu 2:

- Nội dung đánh giá trước-sau can thiệp:
 - + So sánh điểm kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng
 - + So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng
 - + So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng
 - + So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng
 - + So sánh tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám bệnh trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng
 - + So sánh tỉ lệ một số việc sinh viên làm trước, sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

2.2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu:

2.2.5.1. Nghiên cứu định lượng

- Phỏng vấn sinh viên, giảng viên dựa vào bộ câu hỏi (Phụ lục 1,2)

2.2.5.2. Nghiên cứu định tính

- Thảo luận nhóm giảng viên, sinh viên, cán bộ quản lý dựa vào phiếu phỏng vấn (Phụ lục 1,2).
- Phỏng vấn sâu dựa vào phiếu phỏng vấn sâu (Phụ lục 4).

2.2.5.3. Quy trình, kỹ thuật và công cụ can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng

*** Quy trình can thiệp**

- Bước 1. Nghiên cứu mô tả thực trạng dạy-học lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng. Kết quả phần này là cơ sở để xác định một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

Bước 2. Xin ý kiến, đề xuất một số biện pháp can thiệp

+ Một số biện pháp can thiệp được liệt kê và loại bỏ những biện pháp không thể thực hiện được hoặc khó có thể thực hiện được tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng (dựa trên khả năng kinh phí, sự phù hợp, các nguyên tắc đạo đức).

- Xin ý kiến một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

- Bước 3. Thực hiện can thiệp đối với giảng viên, sinh viên

Nội dung, hình thức can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng được tiến hành tổ chức can thiệp trên cơ sở các nội dung can thiệp đã xin ý kiến chuyên gia và được lãnh đạo nhà trường phê duyệt và thông qua.

*** Công cụ và kỹ thuật can thiệp:**

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã sử dụng một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng, cụ thể như sau:

Một số biện pháp can thiệp:

- Đối với giảng viên: Tập huấn cho tất cả giảng viên lâm sàng về phương pháp dạy-học lâm sàng. Tài liệu tập huấn về một số phương pháp dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm, tập trung chủ yếu vào mô hình dạy-học bên giường bệnh có sử dụng tiểu kỹ năng Microskills trong mô hình dạy-học “OMP”.

Mô hình dạy-học lâm sàng sử dụng tiểu kỹ năng Microskills gồm 5 bước:

+ Bước 1: Thực hiện sự tận tâm

+ Bước 2: Tìm các bằng chứng ủng hộ

- + Bước 3: Dạy-học quy luật chung
- + Bước 4: củng cố những phần sinh viên đã hoàn thành thành tốt
- + Bước 5: Sửa chữa những sai lầm cho học viên
- + Một số phương pháp dạy-học lấy người học làm trung tâm:
 - Dạy-học nhóm nhỏ
 - Dạy-học bên giường bệnh
 - Dạy-học dựa trên vấn đề
 - Dạy-học theo nghiên cứu từng ca
 - Dạy-học bằng phương pháp đóng vai
 - Dạy-học bằng sơ đồ diễn tiến
 - Dạy-học bằng bảng kiểm
- Đối với sinh viên:
 - * Tập huấn sinh viên:
 - + Tập huấn sinh viên về kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân
 - + Tập huấn sinh viên về kỹ năng kỹ năng hỏi tiền sử
 - + Tập huấn sinh viên về kỹ năng kỹ năng hỏi bệnh sử
 - + Tập huấn sinh viên về kỹ năng làm bệnh án
 - + Tập huấn sinh viên về kỹ năng khám lâm sàng
 - + Tập huấn sinh viên về mô hình dạy-học bên giường bệnh “OMP” sử dụng tiểu kỹ năng “Microskills” và một số phương pháp dạy-học lâm sàng lấy người học làm trung tâm (dạy-học tích cực) gồm:
 - Dạy-học nhóm nhỏ
 - Dạy-học bên giường bệnh
 - Dạy-học dựa trên vấn đề
 - Dạy-học theo nghiên cứu từng ca
 - Dạy-học bằng phương pháp đóng vai
 - Dạy-học bằng sơ đồ diễn tiến
 - Dạy-học bằng bảng kiểm

- + Tập huấn sinh viên về một số việc thực hiện trong buổi học lâm sàng
- + Phát sổ tay lâm sàng lần 1 khi sinh viên đi lâm sàng 9 tuần tại bộ môn Ngoại, bộ môn Nhi vào năm thứ 4-Y4;
- + Phát sổ tay lâm sàng lần 2 khi sinh viên đi lâm sàng 9 tuần tại bộ môn Ngoại, bộ môn Nhi vào năm thứ 6-Y6.
- + Hướng dẫn sinh viên cách sử dụng khi đi lâm sàng. Thiết kế sổ tay lâm sàng sinh viên bao gồm các nội dung:
 - Nội quy, quy định khi sinh viên đi lâm sàng tại bộ môn lâm sàng, bệnh viện thực hành.
 - Mục tiêu sinh viên cần đạt được khi đi lâm sàng.
 - Chỉ tiêu sinh viên cần đạt được đối với đợt thực tập lâm sàng đối với từng kỹ năng (Tham khảo cuốn sách xanh của Bộ Y tế (2012), Kiến thức-Thái độ-Kỹ năng cần đạt khi tốt nghiệp bác sĩ đa khoa (Nhà xuất bản y học).
- + Cuối mỗi tuần: sinh viên nộp 01 bệnh án tại khoa lâm sàng
- Để tránh ảnh hưởng chéo giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp, nhóm nghiên cứu thực hiện can thiệp trên tất cả giảng viên lâm sàng.
- Sinh viên: tổ chức tập huấn 2 đợt, đợt 1-trước khi sinh viên vào Y4; đợt 2-trước khi sinh viên vào Y6; Mỗi đợt chia làm 3 nhóm tập huấn. Mỗi đợt tập huấn 1 tuần. Trong 9 tuần đầu tiến hành giám sát mỗi tuần/1 lần. Tiếp theo giám sát mỗi tháng/1 lần.
- Giảng viên: tổ chức tập huấn 1 đợt, mỗi đợt chia làm 3 nhóm. Mỗi đợt tập huấn 1 tuần.

2.2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

- Dựa vào bảng kiểm quan sát

+ 0 điểm: Không làm

+ 1 điểm: Làm sai, làm không đầy đủ

+ 2 điểm: Làm chủ được kỹ năng

+ % Kỹ năng đạt được = $\frac{\text{Tổng điểm đạt được}}{\text{Tổng điểm tối đa}} \times 100\%$

+ Điểm trung bình = $\frac{\text{Tổng điểm đạt được}}{\text{Tổng điểm tối đa}} \times 100$

Điểm trung bình tối thiểu là 50 theo thang 100 điểm được quy định là đạt đối với từng kỹ năng.

- **Phân tích định tính:** Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm và “gỡ băng” ghi âm, được tổng hợp và phân tích theo nội dung.

2.2.7. Xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các chỉ số nghiên cứu được tính toán dưới dạng tần suất, tỉ lệ % và số trung bình, thuật toán T-student được sử dụng để so sánh sự khác biệt về tỉ lệ và số trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu.

- Đối với các nghiên cứu định tính được phân loại, phân nhóm các vấn đề mà sinh viên, giảng viên đưa ra.

2.2.8. Sai số và cách khống chế sai số

- Các mẫu phiếu phỏng vấn, bảng câu hỏi hướng dẫn thảo luận nhóm, phiếu phỏng vấn sâu cũng như các bảng kiểm quan sát đều được thử nghiệm trước khi sử dụng chính thức và có sự chỉnh lý sau khi thử nghiệm cho phù hợp

- Tiến hành tập huấn kỹ năng phỏng vấn, quan sát, thu thập thông tin cho nhóm nghiên cứu do chuyên gia y tế hướng dẫn.

- Trong các đợt tiến hành thu thập số liệu, các mẫu phiếu đều được kiểm tra vào cuối ngày để kịp thời bổ sung vào ngày hôm sau nếu có sai sót.

- Để đảm bảo tính khách quan, tất cả các phiếu phỏng vấn cũng như bảng quan sát thực hành trực tiếp đều không ghi tên đối tượng nghiên cứu. Điều này được thông báo cho đối tượng biết trước khi thu thập số liệu.

- Nghiên cứu định tính có ghi biên bản và ghi âm, nghiên cứu viên tháo băng, nghe và ghi chép lại các ý kiến thảo luận, sau đó kiểm tra lại.

2.2.9. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Nghiên cứu này đã được Hội đồng xét duyệt đề cương do trường Đại học Y Dược Hải Phòng thành lập phê duyệt.
- Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi giải thích mục tiêu, phương pháp và nội dung cũng như lợi ích của đề tài và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu.
- Các thông tin do đối tượng cung cấp được cam kết giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.2.10. Một số giới hạn của nghiên cứu

- Do sự hạn hẹp về kinh phí nên phạm vi nghiên cứu của luận án chỉ khu trú ở đối tượng sinh viên đa khoa-trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Để đạt được mục tiêu nghiên cứu, nhóm nghiên cứu chọn mẫu ngẫu nhiên tầng kết hợp mẫu ngẫu nhiên đơn. Cách chọn mẫu này đã được Hội đồng đề cương xét duyệt chấp nhận.

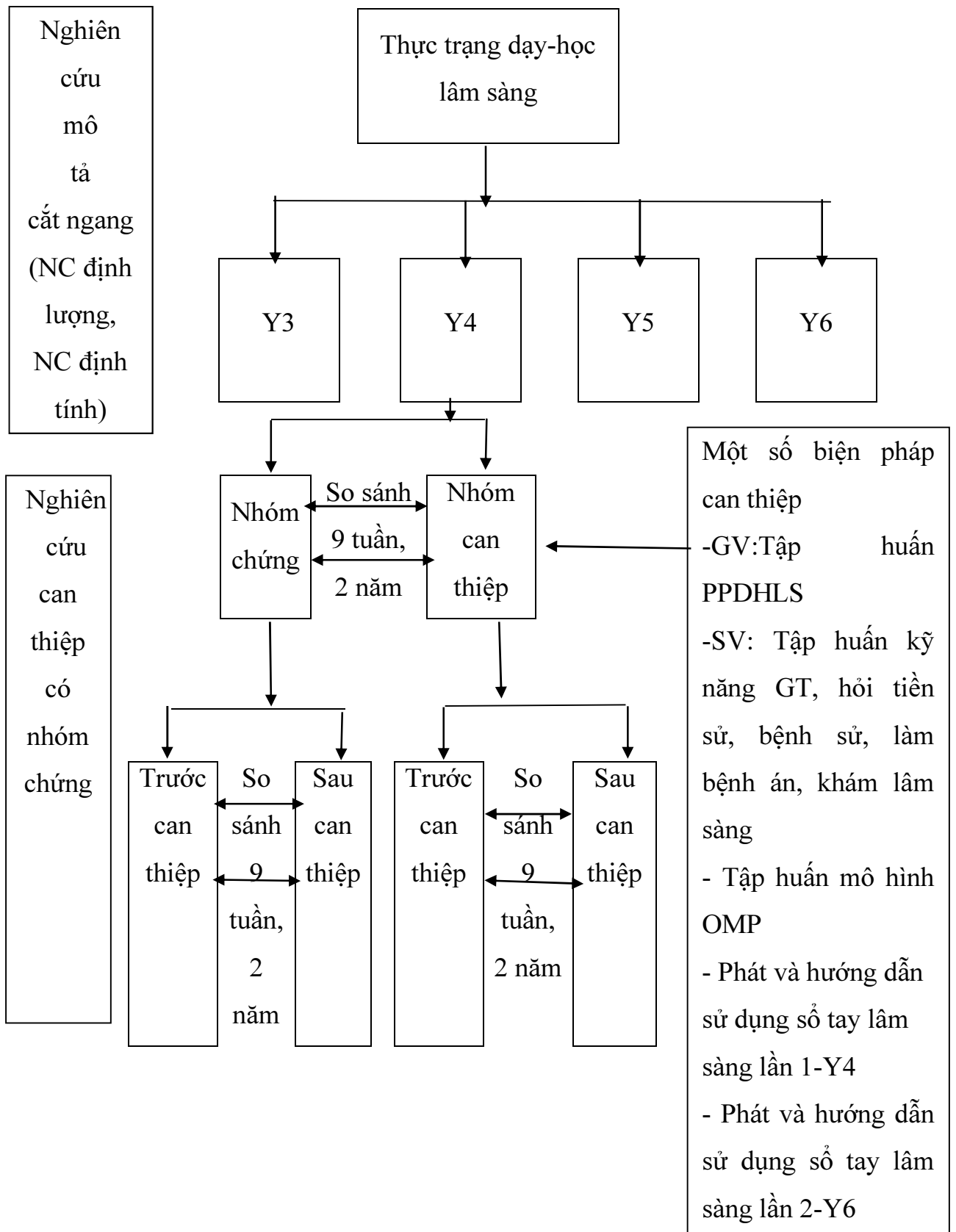
- Để đảm bảo tính khách quan trong thu thập số liệu, các phiếu phỏng vấn, bảng kiểm quan sát đều không ghi tên sinh viên, giảng viên, cán bộ quản lý. Biện pháp không chế sai số này dẫn tới việc không thể tìm được mối liên quan giữa các thông tin thu thập được và một số đặc điểm khác của đối tượng khi phỏng vấn với việc thực hiện các kỹ năng lâm sàng. Do vậy khi xử lý số liệu đề tài không tìm được mối liên quan giữa thực hiện kỹ năng lâm sàng với một số yếu tố cá nhân khác như mức sống, thời gian học tập...

- Dạy-học lâm sàng ngày càng khó khăn hơn. Nội dung của dạy-học lâm sàng bao gồm cả kiến thức, thái độ và hành vi. Để thu được các thông tin mang tính khách quan và chính xác, với mỗi đối tượng nghiên cứu cần có nhiều cách tiếp cận khác nhau và cần theo dõi trong một thời gian. Tuy nhiên để thực hiện điều này không dễ với giới hạn về nhân lực và kinh phí. Trong khuôn khổ đề tài này chúng tôi chọn cách tiếp cận trực tiếp với giảng viên,

sinh viên. Cách tiếp cận này đỡ mất thời gian hơn nhưng có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy của thông tin.

Để khắc phục những nhược điểm này nhằm làm tăng tính khách quan và độ chính xác của các thông tin thu thập được, đề tài đã kết hợp một số các kỹ thuật thu thập thông tin như: Kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính, nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng để tìm hiểu sâu thêm về thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng. Kết hợp giữa phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với quan sát trực tiếp.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng tới dạy-học lâm sàng

3.1.1. Thực trạng dạy-học lâm sàng

3.1.1.1. Thông tin chung về đối tượng sinh viên tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố sinh viên theo giới

Thông tin cá nhân	Sinh viên				Tổng	
	nam	%	nữ	%	n	%
Y3	85	31,0	77	26,0	162	28,8
Y4	72	27,0	68	23,0	140	25,0
Y5	47	18,0	74	25,0	121	21,5
Y6	62	24,0	77	26,0	139	24,7
Tổng	266	100	296	100	562	100

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên nam và sinh viên nữ gần tương đương nhau ở các khối học.

3.1.1.2. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng

Bảng 3.2. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên khối Y3 (n=162).

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không n (%)	Hiếm khi n (%)	Thi thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	6(3,7)	9(5,6)	84(51,9)	63(38,9)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	3(1,9)	11(6,9)	74(46,3)	72(45,0)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	6(3,7)	21(13,0)	47(29,0)	88(54,3)
Dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh	5(3,1)	31(19,4)	60(37,5)	64(40,0)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	0(0)	0(0)	45(27,8)	117(72,2)
Dạy-học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	48(29,6)	71(43,5)	35(21,3)	8(5,5)
Dạy-học qua các buổi trực tại bệnh viện	24(14,9)	46(28,6)	68(42,2)	23(14,3)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	36(22,2)	44(27,2)	68(42,0)	14(8,6)
Dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình	44(26,9)	56(34,3)	43(26,9)	19(12)
Dạy-học trên các thiết bị y học	24(14,8)	66(40,7)	60(37)	12(7,4)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp	23(13,9)	65(39,8)	47(29,6)	27(16,7)
Dạy-học lâm sàng dựa vào dữ kiện y học	52(32,4)	39(24,1)	50(30,6)	21(13)

Nhận xét: Sinh viên khối Y3 sử dụng phương pháp dạy-học qua buổi giao ban có tỉ lệ cao nhất, rồi đến phương pháp dạy-học bên giường bệnh, dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường, dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh, dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân.

Bảng 3.3. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y4 (n=140)

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không n (%)	Hiếm khi n (%)	Thi thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	6(4,6)	23(16)	62(44,8)	49(34,5)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	0(0)	1(0,5)	25(18)	114(81,5)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	0(0)	0(0)	30(21,6)	110(78,4)
Dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh	0(0)	11(7,7)	63(44,8)	66(47,5)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	1(0,7)	0(0)	15(10,7)	124 (88,6)
Dạy-học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	30(21,1)	53(38,1)	48(34,5)	9(6,2)
Dạy-học qua các buổi trực tại bệnh viện	11(8,2)	36(25,8)	66(46,9)	27(19,1)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	43(31,1)	35(24,9)	36(25,9)	26(18,2)
Dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình	19(13,9)	46(32,5)	65(46,9)	10(6,7)
Dạy-học trên các thiết bị y học	22(14,4)	41(29,4)	57(41,2)	20(14,9)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp	17(12,5)	41(29,2)	55(39,6)	27(18,8)
Dạy-học lâm sàng dựa vào dữ kiện y học	42(30,0)	34(24,2)	38(26,8)	26(19,0)

Nhận xét: Sinh viên Y4 sử dụng phương pháp dạy-học qua giao ban, dạy-học bên giường bệnh, dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường mức độ thường xuyên khá cao. Các phương pháp khác sinh viên sử dụng ít hơn.

Bảng 3.4. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y5 (n=121)

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không n (%)	Hiếm khi n (%)	Thi thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	4(3,3)	20(16,5)	70(57,9)	27(22,3)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	0(0)	0(0)	32(26,4)	89(73,6)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	2(1,7)	9(7,5)	25(20,8)	84(70,0)
Dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh	0(0)	0(0)	50(41,3)	71(58,7)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	1(0,8)	2(1,7)	21(17,4)	97(80,2)
Dạy-học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	6(5)	41(33,9)	57(47,1)	17(14)
Dạy-học qua các buổi trực tại bệnh viện	4(3,3)	29(24,2)	57(47,5)	30(25)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	13(10,7)	26(21,5)	66(54,5)	15(12,4)
Dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình	10(8,3)	30(24,8)	70(57,9)	11(9,1)
Dạy-học trên các thiết bị y học	7(5,8)	35(28,9)	50(41,3)	29(23,9)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp	4(3,5)	32(28,1)	62(54,4)	16(14)
Dạy-học lâm sàng dựa vào dữ kiện y học	5(4,1)	34(28,1)	58(47,9)	24(19,8)

Nhận xét: Phương pháp dạy-học qua giao ban, dạy-học bên giường bệnh, dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường được sinh viên Y5 sử dụng với mức độ thường xuyên khá cao. Một số phương pháp mới như nghiên cứu trường hợp, dạy-học dựa trên dữ kiện y học được sử dụng ở mức độ thường xuyên với tỉ lệ thấp hơn.

Bảng 3.5. Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng cho sinh viên Y6 (n=139)

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không n (%)	Hiếm khi n (%)	Thi thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	9(6,6)	21(15,4)	61(44,9)	45(33,1)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	0(0)	2(1,4)	43(30,9)	94(67,6)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	3(2,2)	10(7,2)	26(18,7)	100(72)
Dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh	1(0,7)	10(7,2)	43(30,9)	85(61,2)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	1(0,7)	2 (1,5)	3(2,2)	131(95,6)
Dạy-học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	6(4,3)	37(26,6)	70(50,4)	26(18,7)
Dạy-học qua các buổi trực tại bệnh viện	3(2,2)	28(20,1)	63(45,3)	45(32,4)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	29(21,3)	40(29,4)	31(22,8)	36(26,5)
Dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình	10(7,2)	34(24,6)	72(52,2)	22(15,9)
Dạy-học trên các thiết bị y học	12(8,187)	46(33,3)	57(41,3)	23(16,7)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp	8(5,8)	27(19,4)	69(49,6)	35(25,2)
Dạy-học lâm sàng dựa vào dữ kiện y học	4(3,0)	30(22,4)	45(3,6)	55(41,0)

Nhận xét: Sinh viên Y6 sử dụng phương pháp dạy-học qua giao ban với mức độ thường xuyên chiếm tỉ lệ cao nhất, rồi đến phương pháp dạy-học qua các buổi đi buồng điểm bệnh, dạy-học bên giường bệnh. Một số phương pháp mới như dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp, dạy-học dựa vào các dữ kiện y học được áp dụng với mức độ thường xuyên thấp nhất.

Bảng 3.6: Mức độ sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng của sinh viên

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không n (%)	Hiếm khi n (%)	Thi thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	25 (4,5)	73(13,1)	277(49,6)	184(32,9)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	3 (0,5)	14(2,5)	174(31,1)	369(65,9)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	11 (2,0)	40 (7,1)	128(22,8)	382(68,1)
Dạy-học qua buổi đi buồng điểm bệnh	6 (1,1)	52 (9,3)	216(38,6)	286(51,1)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	3 (0,5)	4 (0,7)	84(15,0)	469 (83,7)
Dạy-học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	90 (16)	202(35,9)	210(37,4)	60 (10,7)
Dạy-học qua các buổi trực tại bệnh viện	42 (7,5)	139(24,8)	254(45,4)	125(22,4)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	121(24,9)	145(26,0)	201(36,0)	91 (16,3)
Dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình	83 (14,8)	166(29,6)	250(44,6)	62 (11,0)
Dạy-học trên các thiết bị y học	65(11,6)	188(33,5)	224(39,9)	84(15,0)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp	52 (9,4)	165(29,7)	233(42,0)	105(18,9)
Dạy-học lâm sàng dựa vào dữ kiện y học	103 (18,5)	137(24,6)	191(34,3)	126(22,6)

Nhận xét: Phương pháp dạy-học bên giường bệnh, qua giao ban, dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường mức độ sử dụng thường xuyên chiếm hơn 50%.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm hầu hết các ý kiến đều cho rằng:

“Phương pháp học lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là học bên giường bệnh, học qua buổi giao ban, học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường. Một số phương pháp như học dựa trên vấn đề, dựa vào bằng chứng, nghiên cứu trường hợp được áp dụng ít hơn”.

Thảo luận nhóm sinh viên Y6 cho ý kiến “Khi đi học lâm sàng, chúng em học bên giường bệnh và học qua buổi giao ban là chủ yếu. Ngoài ra chúng em học được một số kỹ năng khác khi tham gia phụ mổ, qua buổi đi buồng của thầy cô và bác sĩ bệnh viện”.

3.1.1.3. Mức độ hứng thú của sinh viên

Bảng 3.7. Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp dạy-học lâm sàng

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Mức độ hứng thú		
	Không hứng thú n(%)	Có hứng thú n(%)	Rất hứng thú n(%)
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân	370(66,5)	177(31,8)	9(1,6)
Dạy-học bên giường bệnh nhân	10(1,8)	343(61,3)	207(37,0)
Dạy-học qua các buổi đi buồng điểm bệnh	18(3,3)	283(50,7)	257(46,0)
Dạy-học thông qua buổi giao ban	23(4,1)	331(59,2)	205(36,7)
Dạy-học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ	29(5,8)	245(48,6)	230(45,6)
Dạy-học thông qua các buổi trực tại bệnh viện	23(4,3)	277(51,5)	238(44,2)
Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân	41(8,0)	296(57,5)	178(34,5)
Dạy-học bằng tình huống LS giả định có mô hình, mẫu vật minh họa	77(15,0)	301(58,4)	137(26,6)
Dạy-học trên các thiết bị y học	47(9,2)	311(61,1)	151(29,7)
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp, giải quyết vấn đề	52(10,1)	313(61,0)	148(28,8)
Dạy-học bằng mô phỏng (Bệnh nhân giả, mô hình hoặc thiết bị kỹ thuật, máy tính)	102(20,5)	300(60,4)	95(19,1)
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường	18(3,3)	237(43,2)	293(53,5)
Dạy-học lâm sàng dựa vào các dữ kiện y học (EBM)	68(14,3)	286(60,1)	122(25,6)

Nhận xét: Sinh viên có hứng thú và rất hứng thú với hầu hết các phương pháp dạy-học lâm sàng. Chỉ có phương pháp dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân sinh viên không hứng thú chiếm tỉ lệ khá cao.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm hầu hết các ý kiến đều cho rằng:

“Khi thầy cô đi buồng thăm bệnh, chúng em học được rất nhiều thứ và cảm thấy rất hứng thú với mỗi buổi đi buồng”

(Thảo luận nhóm SV Y6)

“Nhóm em có 25 bạn, chúng em thấy hứng thú với hầu hết các PP học lâm sàng như học bên giường bệnh, học qua giao ban, học trên các thiết bị y học, thực hiện thủ thuật.. vì thực tế trên lâm sàng có rất nhiều thứ để học, càng học càng thấy cần phải học”

(Thảo luận nhóm SV Y4, Y5)

3.1.1.4. Mức độ đạt được về kỹ năng theo ý kiến tự nhận xét của sinh viên

Bảng 3.8: Các kỹ năng sinh viên Y3 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=162)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu n (%)	Trung bình n (%)	Khá n (%)	Tốt n (%)
Giao tiếp với bệnh nhân	5(3,1)	92(56,8)	51(31,5)	14(8,6)
Khai thác bệnh sử, tiền sử	6(3,7)	90(55,6)	66(40,7)	0(0)
Khám bệnh	27(16,7)	82(50,6)	50(30,9)	3(1,9)
Làm bệnh án	8(4,9)	81(50)	70(43,2)	3(1,9)
Vận dụng lí thuyết vào thực tiễn	10(6,2)	87(53,7)	63(38,9)	2(1,2)
Giải quyết vấn đề, ra quyết định	7(4,3)	90(55,6)	65(40,1)	0(0)
Làm việc theo nhóm	10(6,2)	88(54,3)	57(35,2)	7(4,3)
Tự học lâm sàng	70(43,2)	78(48,1)	7(4,3)	7(4,3)
Học dựa trên bằng chứng	10(6,2)	98(60,5)	47(29)	7(4,3)
Thực hiện thủ thuật thông thường	25(15,4)	89(54,6)	45(27,8)	3(1,9)
Tư vấn, giáo dục sức khỏe	15(9,3)	79(49,1)	59(36,1)	9(5,6)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên Y3 đều đạt được các kỹ năng trong quá trình dạy-học lâm sàng ở mức độ trung bình là chủ yếu, kể đến là mức độ khá, mức độ yếu và tốt chiếm tỉ lệ thấp.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“ Khi tiếp xúc người bệnh chúng em còn e ngại, chưa tự tin, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp còn kém”

(Thảo luận nhóm sinh viên)

“Các bạn sinh viên hiện nay rất giỏi, năng động, tuy nhiên kỹ năng giao tiếp với người bệnh có những đặc thù riêng, nên cần chú trọng đào tạo kỹ năng này hơn, nhiều bạn đứng trước bệnh nhân lúng túng, gãi đầu gãi tai...”

(Thảo luận nhóm giảng viên)

Bảng 3.9: Các kỹ năng sinh viên Y4 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=140)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu n (%)	Trung bình n (%)	Khá n (%)	Tốt n (%)
Giao tiếp với bệnh nhân	5(3,6)	82(58,8)	45(32)	8(5,7)
Khai thác bệnh sử, tiền sử	2(1,5)	79(56,2)	59(42,3)	0(0)
Khám bệnh	4(2,9)	61(43,6)	73(52,1)	2(1,4)
Làm bệnh án	4(2,9)	82(58,6)	51(36,4)	3(2,1)
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn	7(5)	81(57,9)	50(35,7)	2(1,4)
Giải quyết vấn đề, ra quyết định	5(3,6)	85(60,7)	50(35,7)	0(0)
Làm việc theo nhóm	6(4,3)	82(58,6)	49(35)	3(2,1)
Tự học lâm sàng	62(44,3)	65(46,4)	8(5,7)	5(3,6)
Học dựa trên bằng chứng	5(3,6)	67(47,9)	63(45)	5(3,6)
Thực hiện thủ thuật thông thường	23(16,4)	71(50,7)	43(30,7)	3(2,1)
Tư vấn, giáo dục sức khỏe	12(8,8)	73(52,1)	48(34)	7(4,6)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên Y4 đều đạt được các kỹ năng trong quá trình dạy-học lâm sàng ở mức độ trung bình và khá, mức độ yếu và tốt chiếm tỉ lệ thấp.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Thực tế cho thấy, nhiều sinh viên chưa coi trọng việc giao tiếp, còn lúng túng trong việc hỏi tiền sử, bệnh sử vì vậy thu thập thông tin về bệnh khó khăn, không đầy đủ làm ảnh hưởng đến việc chẩn đoán và điều trị bệnh”

(Thảo luận nhóm giảng viên)

“Chúng em biết giao tiếp tốt với người bệnh là rất quan trọng, giúp họ tin tưởng, yên tâm khám chữa bệnh nhưng đa số chúng em còn kém về kỹ năng này, đứng trước bệnh nhân nhiều bạn còn ấp úng, e ngại ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên)

Bảng 3.10: Các kỹ năng sinh viên Y5 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=121)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu n (%)	Trung bình n (%)	Khá n (%)	Tốt n (%)
Giao tiếp với bệnh nhân	4(3,3)	81(66,9)	29(24)	7(5,8)
Khai thác bệnh sử, tiền sử	3(2,5)	56(46,3)	61(50,4)	1(0,8)
Khám bệnh	2(1,7)	51(42,1)	65(53,7)	3(2,5)
Làm bệnh án	1(0,8)	60(49,6)	55(45,5)	5(4,1)
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn	7(5,8)	61(50,4)	49(40,5)	4(3,3)
Giải quyết vấn đề, ra quyết định	5(4,1)	70(57,9)	46(38)	0(0)
Làm việc theo nhóm	3(2,5)	44(37,0)	66(55,5)	6(5)
Tự học lâm sàng	68(56,2)	39(32,2)	6(5)	8(6,6)
Học dựa trên bằng chứng	5(4,1)	55(45,5)	59(48,8)	2(1,7)
Thực hiện thủ thuật thông thường	10(8,3)	66(54,5)	41(33,9)	4(3,3)
Tư vấn, giáo dục sức khỏe	5(4,1)	53(43,8)	61(50,4)	2(1,7)

Nhận xét: Sinh viên Y5 đạt được các kỹ năng trong quá trình dạy-học lâm sàng ở mức độ trung bình khá cao. Các kỹ năng sinh viên đạt được ở mức độ yếu và tốt chiếm tỉ lệ rất thấp từ 0% đến 6,6%. Riêng kỹ năng tự học lâm sàng, sinh viên đạt ở mức độ yếu chiếm tới 56,2%.

Kết quả thảo luận nhóm:

“Đại đa số chúng em nhút nhát, thiếu tự tin trước người bệnh, chúng em chưa được dạy một cách bài bản về kỹ năng giao tiếp mà chủ yếu học từ thầy cô, bác sĩ ở bệnh viện và các anh chị khóa trên”

(Thảo luận nhóm sinh viên)

Bảng 3.11: Các kỹ năng sinh viên khối Y6 đạt được trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=139)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu n (%)	Trung bình n (%)	Khá n (%)	Tốt n (%)
Giao tiếp với bệnh nhân	2(1,4)	99(71,2)	30(21,6)	7(5)
Khai thác bệnh sử, tiền sử	1(0,7)	58(41,1)	76(53,9)	4(2,8)
Khám bệnh	3(2,2)	54(39,1)	69(50)	12(8,7)
Làm bệnh án	3(2,2)	67(48,6)	56(40,6)	12(8,7)
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn	5(3,6)	66(48,2)	61(44,5)	7(3,6)
Giải quyết vấn đề, ra quyết định	4(2,9)	76(54,7)	58(41,7)	1(0,7)
Làm việc theo nhóm	9(6,5)	42(30,2)	72(51,8)	16(11,5)
Tự học lâm sàng	48(34,8)	74(53,6)	7(5,1)	9(6,5)
Học dựa trên bằng chứng	6(4,3)	57(41,3)	72(52,2)	3(2,2)
Thực hiện thủ thuật thông thường	3(2,3)	71(34,5)	50(37,6)	9(6,8)
Tư vấn, giáo dục sức khỏe	4(2,9)	61(44,2)	63(45,7)	10(7,2)

Nhận xét: Sinh viên Y6 đạt được các kỹ năng trong quá trình dạy-học lâm sàng ở mức độ trung bình và khá chiếm tỷ lệ lớn. Các kỹ năng sinh viên đạt ở mức độ yếu và tốt chiếm tỉ lệ rất thấp.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Mặc dù đã là sinh viên năm cuối, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân còn chưa được tốt. Nhiều bệnh nhân có tâm lý không muốn để sinh viên hỏi bệnh, khám bệnh. Khi ấy, chúng em rất ngại ạ. Còn về kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử chúng em cũng cảm thấy chưa hỏi bệnh nhân cẩn thận, đầy đủ, về tiền sử thường chúng em chỉ hỏi các bệnh mà bệnh nhân đã mắc từ trước thôi ạ, ít khi hỏi về những tiền sử khác ạ, về bệnh sử chúng em cũng hỏi không được đầy đủ, ít khi chúng em giải thích mục đích cuộc nói chuyện và thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án ạ.” (Thảo luận nhóm sinh viên)

“Kỹ năng tóm tắt thông tin trong quá trình hỏi bệnh sử, tiền sử là rất quan trọng, đặc biệt là trong giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh nhưng nhiều bạn vẫn còn tóm tắt lan man, rườm rà. Giảng viên cần giúp các em biết cách tóm tắt một cách ngắn gọn, chính xác và đầy đủ vì tóm tắt thông tin tốt giúp người bệnh hiểu rõ hơn, hiểu đúng hơn và nhớ kỹ hơn những gì được trao đổi và như vậy người bệnh sẽ thực hành tốt hơn, đây là một kỹ năng rất quan trọng sinh viên cần giúp sinh viên ý thức rõ” (Thảo luận nhóm giảng viên)

“Một số các kỹ năng như giao tiếp với bệnh nhân, khai thác bệnh sử, làm bệnh án,... sinh viên làm chưa tốt đặc biệt kỹ năng tự học lâm sàng của sinh viên còn rất yếu” (P.T.Y, GV lâm sàng)

“Việc dạy và học kỹ năng giao tiếp hiện tại còn hạn chế, chưa được chú trọng đúng mức, sinh viên chưa hiểu hết được giá trị của kỹ năng này đối với người bệnh” (Đ.T.K, GV lâm sàng)

“Trước khi đi bệnh viện, chúng em có được học kỹ năng giao tiếp tại đơn vị kỹ năng Y khoa, nhưng tại các bộ môn lâm sàng thầy cô ít hướng dẫn chúng em về kỹ năng này, nên chúng em còn bối ngỡ khi giao tiếp với bệnh nhân” (Thảo luận nhóm sinh viên Y4)

3.1.1.5. Mức độ sử dụng các phương pháp lượng giá sinh viên

Bảng 3.12: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y3 trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=162)

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không n(%)	Hiếm khi n(%)	Thi thoảng n(%)	Thường xuyên n(%)
Lượng giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật	44(26,9)	34(21,3)	60(37)	24(14,8)
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp	3(1,9)	13(8,3)	33(20,4)	113(69,5)
Lượng giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng	29(17,6)	23(13,9)	43(26,9)	67(41,7)
Lượng giá kỹ năng giao tiếp, thái độ	24(14,8)	29(17,6)	69(42,6)	40(25,0)
Lượng giá kỹ năng thăm khám	17(10,2)	21(13)	64(39,8)	60(37,0)
Lượng giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy	40(25)	50(30,6)	46(28,7)	26(15,8)
Lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy	7(4,6)	25(15,7)	59(36,1)	71(43,5)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên Y3 đều được lượng giá lâm sàng bằng báo cáo bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp trên giảng đường. Lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy, kỹ năng giao tiếp, thái độ, kỹ năng thăm khám chiếm tỉ lệ thấp hơn. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là lượng giá bằng bài tập tư duy, lượng giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật mức độ thường xuyên là 15,8% và 14,8%.

Bảng 3.13: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y4 trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=140)

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không n(%)	Hiếm khi n(%)	Thi thoảng n(%)	Thường xuyên n(%)
Lượng giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật	38(27,4)	29(21,1)	48(34)	25(17,5)
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp	0(0)	5(3,6)	12(8,8)	123(87,6)
Lượng giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng	23(16,5)	19(13,4)	22(15,5)	76(54,7)
Lượng giá kỹ năng giao tiếp, thái độ	24(17)	36(25,3)	47(34)	33(23,7)
Lượng giá kỹ năng thăm khám	13(9,3)	22(16)	35(24,7)	70(50,0)
Lượng giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy	32(22,7)	38(27,3)	51(36,6)	19(13,4)
Lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy	8(5,7)	17(12,4)	38(26,8)	77(55,2)

Nhận xét: Phương pháp lượng giá lâm sàng bằng báo cáo bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp trên giảng đường được áp dụng với mức độ thường xuyên chiếm 87,6%. Tiếp đến là các phương pháp lượng giá bằng đánh giá liên tục trong quá trình dạy-học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng, đánh giá kỹ năng thăm khám, đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy. Phương pháp lượng giá ít được áp dụng nhất là đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy và đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật.

Bảng 3.14: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y5 trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=121)

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không n(%)	Hiếm khi n(%)	Thi thoảng n(%)	Thường xuyên n(%)
Lượng giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật (có bảng kiểm)	12(9,9)	34(28,1)	44(36,4)	31(25,6)
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp	3(2,5)	6(5)	8(6,6)	104(85,9)
Lượng giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng	21(17,4)	22(18,2)	34(28,1)	44(36,4)
Lượng giá kỹ năng giao tiếp, thái độ (có bảng kiểm)	17(14)	32(26,4)	43(35,5)	29(24,0)
Lượng giá kỹ năng thăm khám (có bảng kiểm)	13(10,7)	15(12,4)	32(26,4)	61(50,4)
Lượng giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy	8(6,6)	32(26,4)	54(44,6)	27(22,4)
Lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy	4(3,3)	12(9,9)	35(28,9)	70(57,9)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên Y5 đều được lượng giá lâm sàng bằng báo cáo bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp trên giảng đường. Đánh giá kỹ năng thăm khám (có bảng kiểm), đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy được áp dụng với mức độ thường xuyên là 50,4% và 57,9%. Các phương pháp lượng giá ít được áp dụng nhất là đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy, đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ, kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật.

Bảng 3.15: Một số phương pháp lượng giá sinh viên Y6 trong quá trình dạy-học lâm sàng (n=139)

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không n(%)	Hiếm khi n(%)	Thi thoảng n(%)	Thường xuyên n(%)
Lượng giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật (có bảng kiểm)	19(13,7)	30(21,6)	53(38,1)	37(26,6)
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp	1(0,7)	5(3,6)	29(20,9)	104(74,8)
Lượng giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng	19(13,7)	22(15,8)	32(23)	66(47,5)
Lượng giá kỹ năng giao tiếp, thái độ (có bảng kiểm)	28(20,1)	29(20,9)	53(38,1)	29(20,8)
Lượng giá kỹ năng thăm khám (có bảng kiểm)	13(9,4)	16(11,5)	37(26,6)	73(52,5)
Lượng giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy	20(14,4)	29(20,9)	57(41)	33(23,8)
Lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy	8(5,8)	14(10,1)	45(32,4)	72(51,8)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên Y6 đều được lượng giá lâm sàng bằng báo cáo bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp ở giảng đường là chủ yếu. Tiếp đến là các phương pháp lượng giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy, đánh giá kỹ năng thăm khám. Thấp nhất là đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật, đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy.

3.1.1.6. Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp lượng giá lâm sàng

Bảng 3.16: Mức độ hứng thú của sinh viên với các phương pháp lượng giá lâm sàng (n=562)

Phương pháp lượng giá, đánh giá lâm sàng	Mức độ hứng thú		
	Không hứng thú n(%)	Có hứng thú n(%)	Rất hứng thú n(%)
Đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật	32(6,1)	344(65,5)	149(28,4)
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp	38(6,8)	369(65,7)	155(27,6)
Đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng	121(22,9)	314(59,6)	92(17,5)
Đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ	63(12,1)	352(67,7)	105(20,2)
Đánh giá kỹ năng thăm khám	36(6,7)	331(62,0)	167(31,3)
Đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy	77(15,2)	305(60,3)	124(24,5)
Đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy	187(34,5)	297(54,8)	57(10,5)

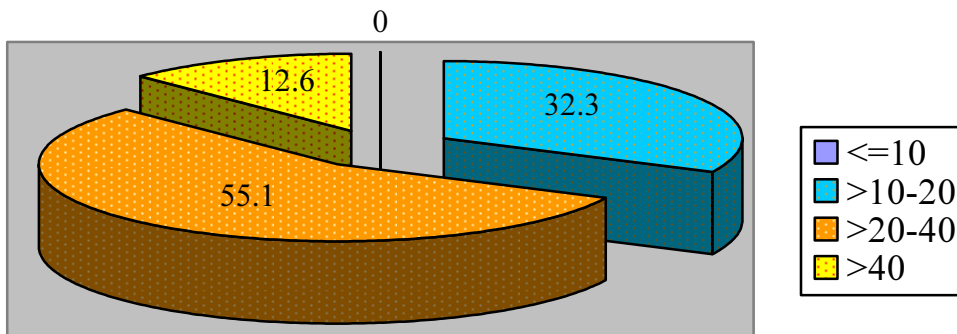
Nhận xét: Hầu hết các phương pháp đánh giá lâm sàng sinh viên đều hứng thú. Một số phương pháp đánh giá lâm sàng sinh viên rất hứng thú như đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy, báo cáo bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp, đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật, đánh giá kỹ năng thăm khám. Trong khi đó phương pháp đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy sinh viên không hứng thú chiếm tỉ lệ cao nhất.

3.1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng.

Qua phỏng vấn và thảo luận với các nhóm sinh viên, hầu hết học viên cho rằng trước khi đi lâm sàng, họ chưa được tập huấn về phương pháp học tập tích cực lấy người học làm trung tâm. Vì vậy hầu hết sinh viên học lâm sàng bị động.

"Khi chúng em đi thực tập lâm sàng ở các bệnh viện, chúng em rất bối ngỡ vì không biết phương pháp học tập tích cực, nên hoàn toàn học bị động theo lịch phân công giảng dạy của các bộ môn. Lớp chúng em rất đông, nhiều khi không có đủ bệnh nhân hoặc thầy cô bận chúng em không biết làm gì, đành đi lang thang ở hành lang của bệnh viện"

(Thảo luận nhóm sinh viên Y3)



Hình 3.1: Số lượng sinh viên cùng tham gia học buổi giảng tại giường bệnh

Nhận xét: Hình 3.1 cho thấy số lượng sinh viên cùng tham gia học buổi giảng tại giường bệnh từ 20 đến 40 sinh viên chiếm tỉ lệ cao nhất, kế đến là buổi học từ 10 đến 20 sinh viên và lớn hơn 40 sinh viên, không có nhóm nào nhỏ hơn 10 sinh viên.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Số lượng sinh viên trong một nhóm quá đông gây khó khăn rất nhiều cho thực hành lâm sàng. Thường từ 10 đến 15 sinh viên/nhóm học lâm sàng là lí tưởng, nhưng thực tế số lượng sinh viên quá đông từ 30 đến 50 sinh viên/nhóm” (Thảo luận nhóm giảng viên, cán bộ phòng đào tạo Đại học).

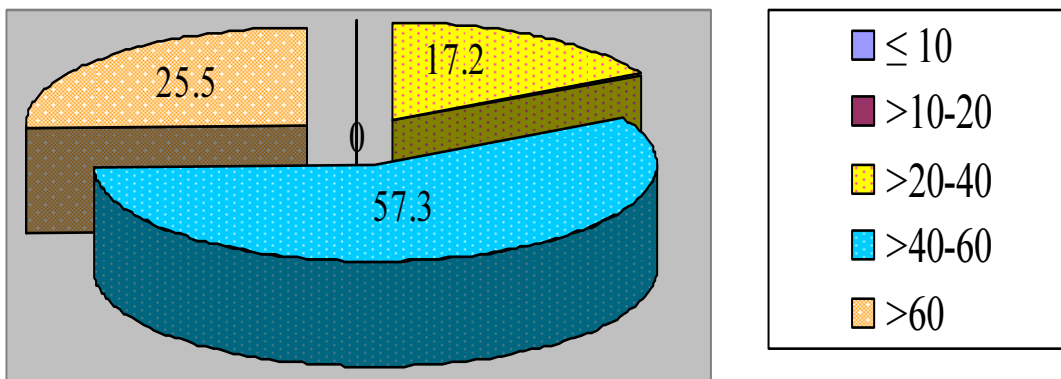
“Khi thầy cô đi buồng, có rất nhiều lớp sinh viên đi theo Y3, Y4, Y5, Y6, cả chuyên tu nữa nên rất đông. Nhiều sinh viên chỉ đứng ở ngoài, chứ không chen lấn được, không quan sát được thầy cô làm gì, cũng không nghe được gì”(Thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Tại khoa Hồi sức Bệnh viện Việt Tiệp, quá đông sinh viên cùng một thời điểm nên việc dạy-học rất khó khăn” (N.T.H, giảng viên lâm sàng)

“Do số lượng sinh viên đông, thầy cô bộ môn khó quản lí hết được, một số sinh viên còn thụ động, khi nào thầy cô dạy thì tới học, nhưng khi thầy cô nói tự học thì không học” (thảo luận nhóm sinh viên Y5)

“Một số sinh viên rất lười, trong quá trình học chủ yếu là đến giờ đi học thì xách cặp đi, về nhà lại bỏ bê không học, chỉ khi nào thi thì mới học ngày học đêm” (thảo luận nhóm sinh viên Y4)

“Số lượng sinh viên trong một nhóm quá đông là yếu tố chính ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng” (V.Đ.M, giảng viên lâm sàng).



Hình 3.2: Số lượng sinh viên cùng tham gia học giao ban, bình bệnh án

Nhận xét: Hình 3.2 cho thấy số lượng sinh viên cùng tham gia học giao ban, bình bệnh án lớn hơn 40 đến 60 sinh viên chiếm tỉ lệ cao nhất, kể đến là buổi học lớn hơn 60 sinh viên. Không có buổi học nào nhỏ hơn 20 sinh viên.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Quá đông sinh viên tại một thời điểm ở một khoa. Khoa truyền nhiễm Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp thường tổ chức giao ban, bình bệnh án chung cho các đối tượng sinh viên nên mỗi buổi học như này lên tới hàng trăm sinh viên” (N.T.G, giảng viên lâm sàng).

“Ở một số môn học, khi giao ban, bình bệnh án bộ môn thường ghép nhiều đối tượng khác nhau như Y3, Y4, Y6, chuyên tu và các anh chị học sau Đại học nên rất đông” (thảo luận nhóm sinh viên Y4).

“Khi ghép nhiều đối tượng sinh viên cùng giao ban, bình bệnh án thì số lượng rất đông, chúng em thấy học như vậy không được hợp lý và hiệu quả cho lắm” (thảo luận nhóm sinh viên Y6).

Bảng 3.17: Số lượng sinh viên đa khoa chính quy và giảng viên lâm sàng

Năm	Số SV đa khoa chính quy	Tỉ lệ % SV tăng so với năm 2010	Số GV lâm sàng	Tỉ lệ % GV tăng so với năm 2010	Tỷ lệ GV/SV
2010	2064	100	109	100	1/19
2011	2177	106	113	104	1/19,3
2012	2409	117	133	122	1/19,8
2013	2595	126	139	128	1/18,7
2014	2737	132	147	135	1/18,6

Nhận xét: Trong bảng 3.17 cho thấy tỉ lệ giảng viên/ sinh viên cao 1/20.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Số lượng sinh viên đông, giảng viên ít nên nhiều khi sinh viên ít được học thực hành” (N.T.H, giảng viên lâm sàng).

“Cách đây 10 năm, bộ môn Nhi có 10 giảng viên, đối tượng giảng dạy chỉ có khoảng 50 sinh viên chuyên tu và 100 sinh viên đa khoa nhưng hiện nay số sinh viên lên tới hơn 500 em đến thực tập chưa kể học viên sau Đại học nhưng số lượng giảng viên cũng chỉ có 10 người” (G.J.V, giảng viên lâm sàng).

“Hiện tại thầy cô phải giảng quá nhiều đối tượng sinh viên, gần như ngày nào cũng giảng. Một số bộ môn thầy cô phải giảng theo ca nữa, số giờ thực giảng cao gấp đôi, thậm chí gấp ba, bốn, năm lần so với quy định”

(Thảo luận nhóm giảng viên, cán bộ phòng đào tạo Đại học)

“Giảng viên quá tải về mặt công việc do quá nhiều đối tượng giảng dạy, do kiêm nhiệm quá nhiều việc”

(V.N.G, GV lâm sàng)

“Một số giảng viên kiêm chức do kiêm nhiệm công việc giảng dạy sinh viên và công việc của bệnh viện nên nhiều khi bận công việc tại bệnh viện, do đó sinh viên không được học lâm sàng theo đúng lịch”

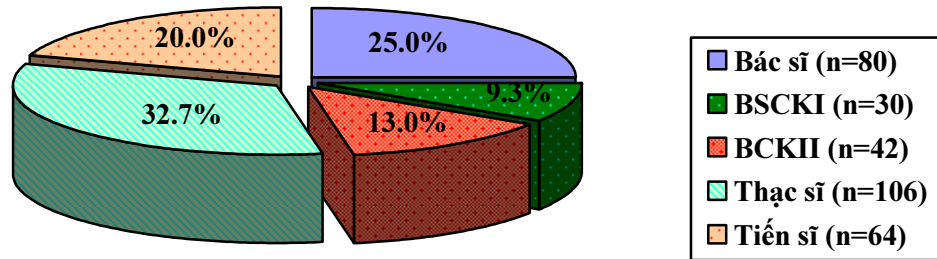
(H.K, giảng viên lâm sàng)

“Hầu hết giảng viên kiêm chức chưa được tập huấn về phương pháp dạy học lâm sàng, đặc biệt là một số phương pháp mới như dạy học dựa trên vấn đề, dựa vào bằng chứng, nghiên cứu trường hợp...”

(Thảo luận nhóm giảng viên, cán bộ phòng đào tạo Đại học)

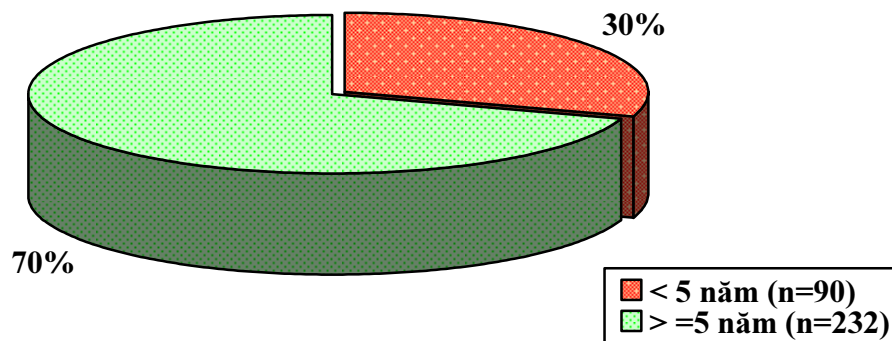
“Việc học lâm sàng của chúng em đôi khi cũng gặp nhiều khó khăn như phải chờ đợi thầy cô giao ban quá lâu - giao ban xong các bác sĩ đã đi khám bệnh xong. Khoa khóa của chúng em không vào được, số lượng sinh viên quá đông, không đủ chỗ để học”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y4)



Hình 3.3: Trình độ chuyên môn của giảng viên lâm sàng

Nhận xét: Đa số giảng viên lâm sàng có trình độ sau đại học, vẫn còn 1/4 giảng viên chưa có trình độ sau đại học.



Hình 3.4: Thâm niên công tác của giảng viên lâm sàng.

Nhận xét: Đa số giảng viên lâm sàng có thâm niên giảng dạy từ 5 năm trở lên, Tuy nhiên, có tới 30% giảng viên có thâm niên giảng dạy dưới 5 năm

Bảng 3.18: Phẩm chất, năng lực của giảng viên lâm sàng theo ý kiến của sinh viên (n=562)

Đội ngũ giảng viên	Chưa hài lòng n(%)	Hài lòng n(%)	Rất hài lòng n(%)
Nắm vững kiến thức chuyên môn và có hiểu biết chuyên môn sâu	51(9,0)	396(70,5)	115(20,5)
Nhiệt tình, tận tâm với nghề dạy học và nghề Y	54(9,6)	379(68,0)	126(22,4)
Có tinh thần trách nhiệm	57(10,2)	375(66,7)	130 (23,1)
Quan tâm, sẵn sàng giúp đỡ SV	95(17,0)	355(63,7)	107(19,3)
Dạy cách học môn học	140(25,0)	355(63,5)	64(11,4)
Phát triển được năng lực tự học, tự hoàn thiện và tự nghiên cứu của người học	168(29,0)	358(63,8)	35(6,2)
Phát triển được năng lực tìm kiếm và xử lý thông tin dựa vào bằng chứng của người học.	198(35,4)	334(59,6)	28(5,0)
Sử dụng đa dạng và luôn cải tiến phương pháp dạy-học	196(35,0)	332(59,1)	33(5,9)
Nắm vững và sử dụng hợp lý các PP đánh giá kết quả học lâm sàng	151(27,0)	362(64,5)	48(8,5)
Sử dụng các phương pháp dạy học tích cực	143 (25,4)	369 (65,7)	50 (8,9)

Nhận xét: Hầu hết sinh viên đều hài lòng và rất hài lòng về phẩm chất, năng lực của giảng viên lâm sàng như: có kiến thức chuyên môn vững vàng, nhiệt tình tận tâm với nghề, quan tâm, sẵn sàng giúp đỡ sinh viên, có kinh nghiệm và kỹ năng nghiên cứu khoa học...

Bảng 3.19: Cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ dạy và học lâm sàng (n=562)

Điều kiện	Chưa hài lòng n(%)	Hài lòng n(%)	Rất hài lòng n(%)
Diện tích phòng giao ban	287(51,1)	254(45,2)	21(3,7)
Trang thiết bị phòng học, phòng giao ban	301(53,6)	246(43,8)	15(2,7)
Tài liệu học tập, vật liệu học lâm sàng	269(47,9)	259(46,1)	34(6,0)
Trang thiết bị tại bệnh viện, khoa phòng	248(5,2)	270(56,9)	44(7,8)
Hệ thống thư viện	314(55,9)	232(41,3)	16(2,8)
Hệ thống điện nước, vệ sinh môi trường	370(65,8)	181(32,2)	11(1,8)

Nhận xét: Đa số sinh viên chưa hài lòng về trang thiết bị phòng học, phòng giao ban, tài liệu học tập, vật liệu học lâm sàng, hệ thống thư viện, hệ thống điện nước và vệ sinh môi trường. Riêng trang thiết bị tại bệnh viện khoa, phòng tỉ lệ sinh viên hài lòng và rất hài lòng cao hơn 64,7%.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm: Hầu hết các ý kiến đều cho rằng cơ sở vật chất, trang thiết bị ngày càng tăng nhưng chưa đáp ứng được với số lượng sinh viên quá đông.

“Về cơ sở vật chất còn thiếu giảng đường, bàn ghế, máy chiếu, micro tại các khu giảng đường bệnh viện” (M.T.H, giảng viên lâm sàng).

“Trang thiết bị hiện tại còn thiếu, chưa đồng bộ, lạc hậu gây tốn kém, ít hiệu quả” (N.T.P, giảng viên lâm sàng).

“Trang thiết bị phục vụ cho dạy và học lâm sàng rất thiếu thốn, sinh viên kiến tập có thể phối hợp với các bệnh viện của thành phố nhưng thực hành lâm sàng thì cơ sở của nhà trường là hiệu quả nhất” (H.T.V, giảng viên lâm sàng).

“Cơ sở vật chất thì chật chội, phòng ốc thì không đủ, khoảng 20 m² là nơi làm việc của 12 cán bộ, các đối tượng sinh viên nhồi nhét vào cái phòng 20 m² ấy” (M.T.A, giảng viên lâm sàng).

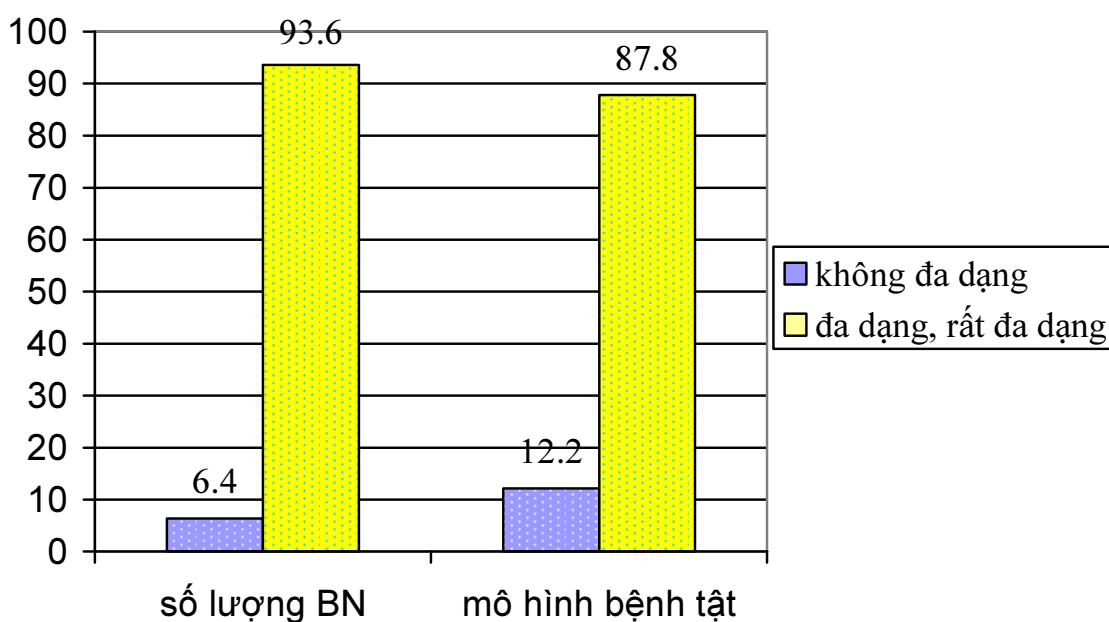
“Chúng em thấy điều kiện học tập thiếu thốn, phòng học tại bộ môn Nội, Ngoại không đủ chỗ ngồi học” (thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Khu giảng đường và một số giảng đường chuyên dụng phục vụ dạy và học lâm sàng theo nhóm còn thiếu” (T.V.K, giảng viên lâm sàng).

“Tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, hiện tại còn thiếu mô hình, các giáo cụ trực quan gần như không có ví dụ như các dụng cụ tránh thai hiện đại: vòng tránh thai, mũ cổ tử cung, que cấy tránh thai, màng ngăn âm đạo...” (P.X.Q, giảng viên lâm sàng).

“Một số bệnh viện thực hành hiện tại đang quá tải. Đầu tư của Nhà trường vào các bệnh viện này còn hạn chế nhất là khu giảng đường, phòng thay và chứa đồ cho sinh viên” (Đ.V.Y, phòng đào tạo Đại học).

“Các bệnh viện thực hành cần được mở rộng và tăng cường thêm cơ sở vật chất trang thiết bị, tài liệu học tập phục vụ dạy và học lâm sàng” (H.K.Q, giảng viên lâm sàng).



Hình 3.5: Số lượng bệnh nhân và mô hình bệnh tật đáp ứng nhu cầu học lâm sàng

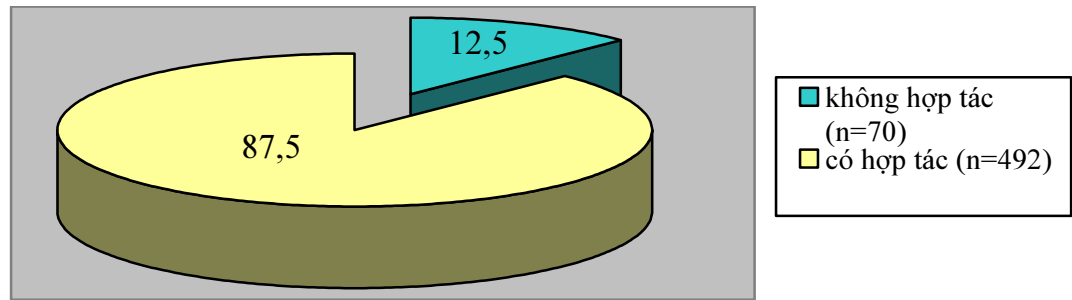
Nhận xét: Hầu hết số lượng bệnh nhân và mô hình bệnh tật đều đa dạng và rất đa dạng.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm:

“Số lượng bệnh nhân tương đối nhiều, cơ cấu bệnh tật phong phú, tuy có khó khăn nhưng về cơ bản bệnh nhân hợp tác, tạo điều kiện cho việc dạy và học lâm sàng” (N.V.C, giảng viên lâm sàng)

“Chúng em thấy phần lớn các bệnh gặp trên lâm sàng đều được giáo viên giảng dạy trong chương trình học” (Thảo luận nhóm sinh viên Y4)

“Mô hình bệnh tật tại các bệnh viện thực hành tạm ổn, tuy nhiên số mặt bệnh chưa thật sự phong phú, chưa tương xứng với quy mô đào tạo ngày càng mở rộng” (Đ.N.T, giảng viên lâm sàng)



Hình 3.6: Sự hợp tác của bệnh nhân, bệnh viện thực hành

Nhận xét: Đa số bệnh nhân, người nhà bệnh nhân hợp tác với việc học tập của sinh viên. Tuy nhiên, một số bệnh nhân, người nhà bệnh nhân chưa thực sự hợp tác với sinh viên trong học tập.

Kết quả phỏng vấn sâu & thảo luận nhóm:

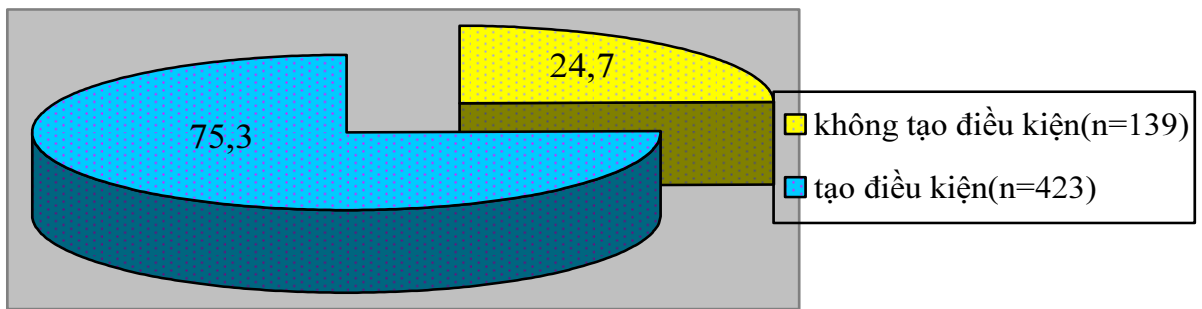
“Bệnh nhân hợp tác với sinh viên, khi chúng em hỏi bệnh họ trả lời rất nhiệt tình, khi chúng em thăm khám họ không từ chối, thậm chí còn nói về quá trình bệnh của mình rất rõ nữa” (Thảo luận nhóm sinh viên Y4)

Khi học lâm sàng chúng em được khám bệnh nhân, được thực hiện thủ thuật thông thường trên bệnh nhân. Tại các khoa có mổ xẻ chúng em cũng được phép tham gia phụ mổ” (Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Hiện nay tại một số khoa phòng bệnh viện, người bệnh không muốn cho sinh viên khám bệnh” (N.C.M, giảng viên lâm sàng)

“Gần đây, do chính sách xã hội hóa y tế, quyền của người bệnh được nâng cao nên việc dạy và học thực hành lâm sàng không được thuận lợi như trước” (M.H.V, giảng viên lâm sàng)

“Ở mỗi khoa phòng của bệnh viện các dịch vụ khám bệnh theo yêu cầu, khám tự chọn ngày càng nhiều hơn, yêu cầu nghỉ ngơi của bệnh nhân ngày càng cao, làm hạn chế cơ hội dạy-học lâm sàng” (H.T.V, giảng viên lâm sàng)



Hình 3.7: Sự tạo điều kiện của nhân viên khoa, phòng bệnh viện

Nhận xét: Đa số nhân viên khoa, phòng bệnh viện tạo điều kiện cho sinh viên học tập. Tuy nhiên, vẫn còn gần 1/4 nhân viên khoa phòng bệnh viện không tạo điều kiện cho sinh viên học tập.

Kết quả phỏng vấn sâu & thảo luận nhóm:

“Các bệnh viện thực hành đã tạo điều kiện thuận lợi nhất trong điều kiện cho phép cho việc dạy và học”

(H.V, giảng viên lâm sàng)

“Trong quá trình học lâm sàng chúng em được bác sĩ tạo điều kiện thuận lợi để khám bệnh, cho thuốc và phụ mổ”

(Thảo luận nhóm Sinh viên Y6)

“Phần lớn nhân viên bệnh viện đều tạo điều kiện, giúp đỡ chúng em. Tuy nhiên cũng có một số nhân viên tỏ thái độ không hài lòng”

(thảo luận nhóm sinh viên Y3)

“Một số bệnh viện thực hành chưa làm đúng quy định của Bộ Y tế về quan hệ viện trường. Nhà trường cần đề nghị bệnh viện cam kết và làm đúng quy định”

(H.A.K, giảng viên lâm sàng)

“Nhà trường nên xây dựng cơ sở thực hành riêng, tránh phụ thuộc hoàn toàn vào các bệnh viện thực hành như hiện nay”

(L.H.S, giảng viên lâm sàng)

“Vấn đề xã hội tác động vào bệnh viện, tác động vào ngành y rất mạnh mẽ mà thường là mặt không tích cực của xã hội nó gây ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng là mặt khách quan”

(H.V.T, giảng viên lâm sàng)

“Những năm trước đây, sinh viên năm cuối, thậm chí sinh viên năm thứ 4, thứ 5 đỡ đẻ được hàng chục ca, làm thành thạo các thủ thuật thông thường. Ngày nay do ảnh hưởng của cơ chế thị trường sinh viên ít được làm thủ thuật trên người bệnh”

(P.V.H, giảng viên lâm sàng)

3.2. Kết quả can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Kết quả can thiệp tập trung vào một số kỹ năng cơ bản của sinh viên y đa khoa

3.2.1: Kỹ năng giao tiếp với người bệnh

Bảng 3.20: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.

Điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên với người bệnh	Trước can thiệp	Sau can thiệp 9 tuần	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	41,06 ± 9,75	47,12± 12,93	6,06	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	40,12 ± 10,23	43,01± 11,34	2,89	> 0,05
p	> 0,05	< 0,05		

Nhận xét: Bảng 3.20 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 6,06 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 2,89 điểm.

Bảng 3.21: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

Điểm kỹ năng giao tiếp	Trước can thiệp	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	41,06± 9,75	60,07±11,18	19,01	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	40,12± 10,23	48,76±13,07	8,64	< 0,001
p	> 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.21 cho thấy sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 19,01 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 8,64 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.22: So sánh điểm kỹ năng giao tiếp của sinh viên sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm

Điểm kỹ năng giao tiếp	Sau can thiệp 9 tuần	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch điểm	p
Nhóm can thiệp (n=93)	47,12±12,93	60,07±11,18	12,95	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	43,01±11,34	48,67±13,07	5,66	< 0,01
Chênh lệch điểm	4,11	11,31		
p	< 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.22 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 4,11 điểm ($p < 0,05$); chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 11,31 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chênh lệch điểm sau 9 tuần và sau 2 năm can thiệp ở nhóm can thiệp tăng 12,95 điểm, trong khi sự chênh lệch này ở nhóm chứng chỉ là 5,66 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“Lúc đầu, khi tiếp xúc người bệnh chúng em thấy lúng túng, người bệnh không muốn trả lời chúng em. Sau 2 năm, chúng em thấy không còn e ngại, lúng túng nhiều như trước. Chúng em cảm thấy khá tự tin khi giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân còn nghĩ chúng em là bác sĩ ạ,”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Kỹ năng giao tiếp ở nhóm sinh viên can thiệp có cải thiện khá tốt, các em đã ý thức được giao tiếp tốt với người bệnh giúp thầy thuốc đưa ra chẩn đoán chính xác và đầy đủ hơn, đồng thời cũng làm cho người bệnh giảm lo lắng và hài lòng hơn”

(Thảo luận nhóm giảng viên)

“Chúng em mong muốn được dạy-học kỹ năng giao tiếp như một môn học, chúng em cũng ý thức được kỹ năng giao tiếp là rất quan trọng và càng quan trọng hơn trong giao tiếp giữa thầy thuốc và bệnh nhân ạ, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp khá hơn nhưng cũng cần học hỏi thêm nhiều ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

3.2.2: Kỹ năng hỏi bệnh sử

Bảng 3.23: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.

Điểm kỹ năng hỏi bệnh sử	Trước can thiệp	Sau can thiệp 9 tuần	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	50,46 ± 10,14	55,07 ± 9,42	4,61	< 0,01
Nhóm chứng (n=94)	49,78 ± 11,06	52,05 ± 10,43	2,27	> 0,05
p	> 0,05	< 0,05		

Nhận xét: Bảng 3.23 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng hỏi bệnh sử của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 4,61 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 2,27 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.24: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

Điểm kỹ năng hỏi bệnh sử	Trước can thiệp	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	50,46 ± 10,14	73,57 ± 12,08	23,11	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	49,78 ± 11,06	64,62 ± 13,61	14,84	< 0,001
p	> 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.24 cho sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 23,11 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 14,84 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.25: So sánh điểm kỹ năng hỏi bệnh sử của sinh viên sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm.

Điểm kỹ năng hỏi bệnh sử	Sau can thiệp 9 tuần	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch điểm	p
Nhóm can thiệp (n=93)	55,07 ± 9,42	73,57 ± 12,08	18,05	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	52,05 ± 10,43	64,62 ± 13,61	12,57	< 0,01
Chênh lệch điểm	3,02	8,95		
p	< 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.25 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,02 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 8,95 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chênh lệch điểm sau 9 tuần và sau 2 năm can thiệp ở nhóm can thiệp tăng 18,05 điểm, trong khi sự chênh lệch này ở nhóm chứng chỉ là 12,57 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“Kỹ năng hỏi bệnh sử của chúng em khá tốt, ngoài hỏi diễn biến bệnh, nhiều bạn đã giải thích cả mục đích cuộc nói chuyện và thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án, và đặc biệt nhiều bạn đã rất lắng nghe, khuyến khích người bệnh nói về bệnh tật, chúng em thấy tự tin hơn ạ” (thảo luận nhóm sinh viên).

“Khi hỏi bệnh sử sinh viên đã biết sử dụng câu hỏi đóng, câu hỏi mở và cặp câu hỏi đối chứng một cách linh hoạt để hỏi về diễn biến ca bệnh, trước kia khi gặp những người bệnh kể bệnh dài dòng, lan man sinh viên thường lúng túng, giờ các em biết cách sử dụng câu hỏi đóng một cách lịch sự để ngắt hoặc chuyển nội dung giao tiếp khác” (thảo luận nhóm GV).

3.2.3: Kỹ năng hỏi tiền sử

Bảng 3.26: So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng.

Điểm kỹ năng hỏi tiền sử	Trước can thiệp	Sau can thiệp 9 tuần	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	50,96 ± 10,16	56,45 ± 13,05	5,49	< 0,01
Nhóm chứng (n=94)	51,17 ± 9,23	53,01 ± 12,01	1,84	> 0,05
p	> 0,05	> 0,05		

Nhận xét: Bảng 3.26 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của nhóm can thiệp đã tăng 5,49 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 1,84 điểm.

Bảng 3.27: So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

Điểm kỹ năng hỏi tiền sử	Trước can thiệp	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	50,96 ± 10,16	68,05 ± 11,07	16,88	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	51,17 ± 9,23	60,17 ± 10,03	9,21	< 0,001
p	> 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.27 cho thấy sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của nhóm can thiệp đã tăng 16,88 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 9,21 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.28: So sánh điểm kỹ năng hỏi tiền sử của sinh viên sau can thiệp 9 tuần, sau can thiệp 2 năm.

Điểm kỹ năng hỏi tiền sử	Sau 9 tuần can thiệp	Sau 2 năm can thiệp	Chênh lệch điểm	p
Nhóm can thiệp (n=93)	56,45±13,05	68,05±11,07	11,6	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	53,01 ±12,01	60,17±10,03	7,16	< 0,001
Chênh lệch điểm	3,44	7,88		
p	> 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.28 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,44 điểm ($p > 0,05$); thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 7,88 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chênh lệch điểm sau 9 tuần và sau 2 năm can thiệp ở nhóm can thiệp tăng 11,6 điểm, trong khi sự chênh lệch này ở nhóm chứng chỉ là 7,16 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“ Chúng em khi hỏi tiền sử bệnh, nhiều bạn đã hỏi một cách đầy đủ hơn trước nhiều ạ, từ tiền sử dị ứng, tiền sử tiêm chủng, tiền sử gia đình, tiền sử dịch tễ và tiền sử thai sản...” (thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Các em khi hỏi tiền sử bệnh đã khai thác khá đầy đủ, từ tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, tiền sử dịch tễ. Các em cũng cần chú ý khai thác thêm tiền sử từ các mối quan hệ đặc biệt, tiền sử liên quan đến các bệnh truyền nhiễm, tiền sử nghiện chất và các thói quen liên quan đến sức khỏe” (thảo luận nhóm giảng viên).

3.2.4: Kỹ năng làm bệnh án:**Bảng 3.29: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng**

Điểm kỹ năng làm bệnh án	Trước can thiệp	Sau can thiệp 9 tuần	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	49,85 ± 9,05	55,01 ± 12,73	5,16	< 0,01
Nhóm chứng (n=94)	48,76 ± 8,23	51,04 ± 11,65	2,28	> 0,05
p	> 0,05	< 0,05		

Nhận xét: Bảng 3.29 cho thấy thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của nhóm can thiệp đã tăng 5,16 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 2,28 điểm.

Bảng 3.30: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

Điểm kỹ năng làm bệnh án	Trước can thiệp	Sau can thiệp 2 năm	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	49,85 ± 9,05	76,09 ± 10,18	26,24	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	48,76 ± 8,23	65,07 ± 13,16	16,31	< 0,001
p	> 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.30 cho thấy thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của nhóm can thiệp đã tăng 26,24 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 16,31 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.31: So sánh điểm kỹ năng làm bệnh án của sinh viên sau can thiệp 9 tuần và sau can thiệp 2 năm.

Điểm kỹ năng làm bệnh án	Sau 9 tuần can thiệp	Sau 2 năm can thiệp	Chênh lệch (điểm)	p
Nhóm can thiệp (n=93)	55,01 ± 12,73	76,09 ± 10,18	21,08	< 0,001
Nhóm chứng (n=94)	51,04 ± 11,65	65,07 ± 13,16	14,03	< 0,001
Chênh lệch điểm	3,97	11,02		
p	< 0,05	< 0,001		

Nhận xét: Bảng 3.31 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,97 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 11,02 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chênh lệch điểm sau 9 tuần và sau 2 năm can thiệp ở nhóm can thiệp tăng 21,08 điểm, trong khi sự chênh lệch này ở nhóm chứng chỉ là 14,03 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“Trước chúng em làm bệnh án mất hơn 2 tiếng, hiện nay chúng em làm bệnh án nhanh hơn và tốt hơn nhiều ạ, chúng em thấy dạy-học tích cực rất hữu ích ạ ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Nhóm can thiệp, các em thực hành kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sử, tiền sử và làm bệnh án tôi thấy khá tốt. Đây là những kỹ năng cơ bản nhất, cần thiết đối với mỗi sinh viên y khoa, là nền tảng giúp các em sau này trở thành bác sĩ giỏi”

(Phỏng vấn sâu Giảng viên)

“Kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sử, hỏi tiền sử và làm bệnh án là kỹ năng cơ bản và rất quan trọng trong ngành y, nhờ áp dụng phương pháp dạy-học tích cực, sau 2 năm từ chỗ chưa biết cách làm bệnh án, sinh viên làm nhanh và đầy đủ hơn trước nhiều”

(Thảo luận nhóm giảng viên)

3.2.5: Kỹ năng khám lâm sàng

Bảng 3.32: So sánh tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng trước, sau can thiệp 9 tuần và so với nhóm chứng

Kỹ năng khám lâm sàng	Nhóm chứng n=94		Nhóm CT n=93		Chênh lệch (%) (b,d)	p (c,d)
	Trước CT(%) (a)	Sau CT(%) (b)	Trước CT(%) (c)	Sau CT(%) (d)		
Rửa tay trước và sau khi khám	15,2	23,1	16,7	47,6	24,5	< 0,001
Thể hiện sự cởi mở, tôn trọng, riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân	35,1	47,2	34,6	52,2	5,0	<0,05
Giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép	30,2	35,5	31,5	45,5	10,0	>0,05
Bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu	34,5	45,0	33,4	52,3	7,3	<0,05
Thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân	37,2	40,1	36,5	46,2	6,1	>0,05
Sử dụng kỹ thuật hợp lý (ví dụ: đứng ở đâu, đặt ống nghe ở đâu, gõ thể nào cho đúng, phát hiện dấu hiệu đúng cách...)	33,7	38,5	34,6	44,5	6,0	>0,05
Hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại	32,6	41,6	33,1	49,3	7,7	< 0,05
Rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng	34,5	42,3	33,9	51,2	8,9	< 0,05
Thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được	33,6	41,7	34,2	48,6	6,9	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng hơn so với nhóm chứng ở hầu hết các nội dung của kỹ năng khám lâm sàng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sinh viên nhóm can thiệp thực hiện nội dung giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép; thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân; sử dụng kỹ thuật hợp lý sau can thiệp cao hơn trước can thiệp với $p > 0,05$. $p(a,c) > 0,05$; $p(a,b) > 0,05$; $p(b,d) > 0,05$ chỉ có nội dung rửa tay trước và sau khi khám là $p(b,d) < 0,001$;

Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp với sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau 9 tuần

Kỹ năng khám lâm sàng	CSHQ(%)		HQCT (%)	p
	Nhóm chứng n=94	Nhóm CT n=93		
Rửa tay trước và sau khi khám	52,0	185,0	133,1	< 0,001
Thể hiện sự cởi mở, tôn trọng sự riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân	34,5	50,9	16,4	< 0,05
Giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép	17,5	44,4	26,9	< 0,001
Bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu	30,4	56,6	26,2	< 0,001
Thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân	7,8	26,6	18,8	< 0,001
Sử dụng kỹ thuật hợp lý (ví dụ: đứng ở đâu, đặt ống nghe ở đâu, gõ thế nào cho đúng, phát hiện dấu hiệu đúng cách...)	14,2	28,6	14,4	< 0,05
Hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại	27,6	48,9	21,3	< 0,01
Rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng	22,6	51,0	28,4	< 0,001
Thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được	24,1	42,1	18,0	< 0,05

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp với nội dung “rửa tay trước và sau khi khám” là 133,1% là cao nhất. Các nội dung khác thể hiện sự cởi mở, tôn trọng, riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân; giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép; bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu; thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân; sử dụng kỹ thuật hợp lý; hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại; rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng; thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được HQCT lần lượt là 16,4%; 26,9%; 26,2%; 18,8%; 14,4%; 21,3%; 28,4%; 18%.

Bảng 3.34: So sánh tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng trước, sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng

Kỹ năng khám lâm sàng	Nhóm chứng n=94		Nhóm CT n=93		Chênh lệch (%) (b,d)	p (b,d)
	Trước CT(%) (a)	Sau CT (%) (b)	Trước CT(%) (c)	Sau CT(%) (d)		
Rửa tay trước và sau khi khám	15,2	45,2	16,7	60,1	14,9	< 0,05
Thể hiện sự cởi mở, tôn trọng sự riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân	35,1	56,9	34,6	75,5	7,60	< 0,01
Giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép	30,2	52,5	31,5	69,2	13,7	< 0,05
Bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu	36,5	61,2	33,4	78,4	17,2	< 0,01
Thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân	37,2	58,1	36,5	76,2	18,1	< 0,01
Sử dụng kỹ thuật hợp lý (ví dụ: đứng ở đâu, đặt ống nghe ở đâu, gõ thế nào cho đúng, phát hiện dấu hiệu đúng cách...)	36,7	57,5	36,7	80,8	13,3	< 0,001
Hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại	32,6	58,6	33,1	77,1	8,6	< 0,05
Rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng	34,5	59,3	33,9	77,3	18,0	< 0,01
Thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được	33,6	58,7	34,2	76,7	18,0	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng cao hơn so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Ghi chú: $p(a,c) > 0,05$; $p(c,d) < 0,001$; $p(a,b)$ của nội dung 2,3,5,6 $< 0,01$; $p(a,b)$ các nội dung còn lại $< 0,001$;

Bảng 3.35: Hiệu quả can thiệp với sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau 2 năm

STT Kỹ năng khám lâm sàng	CSHQ(%)		HQCT (%)	p
	Nhóm chứng n=94	Nhóm CT n=93		
Rửa tay trước và sau khi khám	197,4	259,9	62,5	< 0,001
Thể hiện sự cởi mở, tôn trọng sự riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân	62,1	118,2	56,1	< 0,001
Giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép	73,8	119,7	45,8	< 0,001
Bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính, chú trọng dấu hiệu chủ yếu	77,4	134,7	57,3	< 0,001
Thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân	56,2	108,8	52,6	< 0,001
Sử dụng kỹ thuật hợp lý (ví dụ: đứng ở đâu, đặt ống nghe ở đâu, gõ thế nào cho đúng, phát hiện dấu hiệu đúng cách...)	70,6	133,5	62,9	< 0,001
Hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại	79,8	132,9	53,2	< 0,001
Rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng	71,9	128,0	56,1	< 0,001
Thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được	74,7	124,3	49,6	< 0,001

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp sau 2 năm đối với nội dung rửa tay trước và sau khi khám; thể hiện sự cởi mở, tôn trọng, riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân; giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép; bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu; thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân; sử dụng kỹ thuật hợp lý, hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại; rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng; thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được HQCT lần lượt là 62,5%; 56,1%; 45,8%; 57,3%; 52,6%; 62,9%; 53,2%; 56,1%; 49,6%.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“Kỹ năng khám lâm sàng gồm nhiều kỹ năng khác nhau, lại rất khó, đặc biệt kỹ năng khám tim mạch ạ, rồi khám thần kinh...chúng em ngại khám vì nhiều khi chưa tự tin trước bệnh nhân, khi chúng em được thầy/cô hướng dẫn về kỹ năng khám lâm sàng, chúng em thấy tự tin hơn khi khám bệnh nhân ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Ở nhóm can thiệp, tôi thấy sinh viên chịu khó khám bệnh nhân hơn, hội chứng hành lang đỡ hơn, nói chung kỹ năng khám của các bạn ấy cơ bản đáp ứng được mục tiêu ”

(Phỏng vấn sâu Giảng viên)

“Kỹ năng khám lâm sàng một trong những kỹ năng khó, đặc biệt ở nhóm can thiệp thấy có sự cải thiện rõ, một số sinh viên ý thức học tập tốt, khi đi trực, các em rất chịu khó khám bệnh nhân”

(Thảo luận nhóm giảng viên)

3.2.6: Một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng

Bảng 3.36: Sự thay đổi về tỉ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng trước, sau can thiệp 9 tuần

Một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng	Nhóm chứng n=94		Nhóm CT n=93		Chênh lệch (%) (b,d)	p (c,d)
	Trước CT(%) (a)	Sau CT(%) (b)	Trước CT(%) (c)	Sau CT(%) (d)		
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công	47,34	70,81	40,21	80,34	9,53	<0,01
Kiến tập phẫu thuật/thủ thuật	46,08	55,62	48,93	68,98	13,36	<0,01
Thực hành tư vấn GDSK cho người bệnh	45,73	54,01	44,16	62,73	8,72	<0,05
Tự học lâm sàng tại buồng bệnh	46,10	58,32	47,94	70,14	11,82	<0,01
Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của GV/NVYT	47,18	67,94	45,24	75,92	7,98	<0,01
Thảo luận nhóm	42,15	61,36	40,17	70,59	9,23	<0,01

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên tỷ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng, khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Ghi chú: $p(a,c) > 0,05$; $p(b,d) > 0,05$; $p(a,b) > 0,05$ với nội dung kiến tập PT/thủ thuật; thực hành tư vấn GDSK cho người bệnh, tự học lâm sàng tại buồng bệnh. Nội dung thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công, học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của GV/NVYT, thảo luận nhóm $p(a,b) < 0,001$; $p(c,d) < 0,01$ ở tất cả các nội dung, riêng nội dung 3-thực hành tư vấn GDSK cho người bệnh $p(c,d) < 0,05$;

Bảng 3.37: Hiệu quả can thiệp với một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau 9 tuần.

Một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng	CSHQ(%)		HQCT (%)	p
	Nhóm chứng n=94	Nhóm can thiệp n=93		
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công	49,9	99,8	50,2	< 0,001
Thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh	20,7	41,0	20,3	< 0,01
Kiến tập phẫu thuật/thủ thuật	18,1	42,1	23,9	< 0,001
Tự học lâm sàng tại buồng bệnh	26,5	46,3	19,8	< 0,01
Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế	44,0	67,8	23,8	< 0,001
Thảo luận nhóm	45,6	75,7	30,2	< 0,001

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với nội dung thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công; thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh; kiến tập phẫu thuật/thủ thuật; tự học lâm sàng tại buồng bệnh; học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế; thảo luận nhóm lần lượt là 50,2%; 20,3%; 19,8%; 23,8%; 30,2%.

Bảng 3.38: So sánh một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau can thiệp 2 năm và so với nhóm chứng.

Một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng	Nhóm chứng n=94		Nhóm CT n=93		Chênh lệch (%)	p (c,d)
	Trước CT(%) (a)	Sau CT(%) (b)	Trước CT(%) (c)	Sau CT(%) (d)		
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công	47,34	85,47	40,21	93,24	7,77	< 0,001
Kiến tập phẫu thuật/thủ thuật	46,08	67,70	48,98	84,30	16,6	< 0,001
Thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh	45,73	63,10	44,16	82,30	19,2	< 0,001
Tự học lâm sàng tại buồng bệnh	46,10	72,36	47,94	92,34	19,98	< 0,001
Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế	47,18	76,47	45,24	88,05	11,58	< 0,001
Thảo luận nhóm	42,15	71,56	40,17	94,41	22,85	< 0,001

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ sinh viên làm một số việc trong buổi học lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, trừ nội dung thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công $p > 0,05$.

Ghi chú: $p(a,c) > 0,05$; $p(a,b) < 0,001$ ở các nội dung, nội dung kiến tập phẫu thuật/thủ thuật; thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh $p(a,b) < 0,05$; $p(b,d) < 0,05$ ở các nội dung, nội dung thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công $p(b,d) > 0,05$.

Bảng 3.39: Hiệu quả can thiệp với một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng sau 2 năm

Một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng	CSHQ(%)		HQCT (%)	p
	Nhóm chứng (n=94)	Nhóm CT (n=93)		
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công	80,5	131,9	51,3	< 0,001
Kiến tập phẫu thuật/thủ thuật	46,9	72,3	25,4	< 0,001
Thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh	38,0	86,4	48,4	< 0,001
Tự học lâm sàng tại buồng bệnh	57,0	92,6	35,7	< 0,001
Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế	62,1	94,6	32,5	< 0,001
Thảo luận nhóm	69,8	135,0	65,3	< 0,001

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng như thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công; kiến tập phẫu thuật/thủ thuật; thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh; tự học lâm sàng tại buồng bệnh; học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế; thảo luận nhóm lần lượt lần lượt là 51,3%; 25,4%; 48,4%; 35,7%; 32,5%; 65,3%.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm can thiệp:

“Trước khi được thầy/cô hướng dẫn về phương pháp học lâm sàng tích cực, sau khi giao ban chúng em thường tụ tập ngoài hành lang, không biết làm gì cụ thể, lại ngại khám nữa vì sinh viên rất đông, bệnh phòng thì chật chội, chúng em chỉ mong được thầy/cô giảng lâm sàng nhưng thầy/cô bận công tác bệnh phòng nên thường cuối giờ, thi thoảng chúng em mới được giảng lâm sàng ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Sau khi được tập huấn về cách học lâm sàng tích cực, nhóm chúng em đã chủ động phân công các bạn chuẩn bị báo cáo ca bệnh và trình bày trước cả nhóm để thảo luận nhóm, có thắc mắc gì chúng em chủ động mời thầy/cô giải đáp ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

“Trước khi được học phương pháp dạy-học tích cực, chúng em thường học bị động, thầy giảng thì học không thì thôi ạ. Giờ chúng em đã thành lập được Câu lạc bộ Nhi khoa, Ngoại khoa. Câu lạc bộ hoạt động rất tích cực, sinh hoạt hàng tháng, phân công chia nhóm học lâm sàng tích cực theo chủ đề, mời thầy/cô cùng tham dự và cho ý kiến phản hồi ạ”

(Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng và yếu tố ảnh hưởng dạy-học lâm sàng

4.1.1. Về thực trạng dạy-học lâm sàng

4.1.1.1 Bàn luận về áp dụng phương pháp dạy-học lâm sàng

Bảng 3.2 cho thấy sinh viên khối Y3 sử dụng phương pháp học qua buổi giao ban ở mức độ thường xuyên chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,2%. Tiếp đến là phương pháp học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường 54,3%, học bên giường bệnh 45,0%, học tại giảng đường không có bệnh nhân 38,9%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và cộng sự [31] trên đối tượng sinh viên đa khoa năm thứ 3 cho tỉ lệ sinh viên học qua buổi giao ban (61,9%), học bên giường bệnh kết hợp thảo luận ở giảng đường (60,2%), học tại giảng đường không có bệnh nhân (57,9%).

Bảng 3.3 cho thấy sinh viên khối Y4 sử dụng phương pháp học qua giao ban, học bên giường bệnh, học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường mức độ thường xuyên là 88,6%, 81,5% và 78,4%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31] trên đối tượng sinh viên đa khoa năm thứ 4 cho thấy tỉ lệ sinh viên học qua buổi giao ban là 85%. Bảng 3.4 cho thấy sinh viên khối Y5 sử dụng phương pháp học qua giao ban, học bên giường bệnh, học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường mức độ thường xuyên 80,2%; 73,6% và 70%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31] trên đối tượng sinh viên đa khoa năm thứ 5 cho tỉ lệ sinh viên học qua buổi giao ban (68,8%), học bên giường bệnh (97,6%). Bảng 3.9 cho thấy sinh viên khối Y6 sử dụng phương pháp học qua giao ban, học bên giường bệnh, học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường, học qua các buổi đi buồng điểm bệnh mức độ thường xuyên là 95,6%; 67,6%, 72% và 61,2%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31] trên đối tượng sinh viên đa khoa năm

thứ 6 cho tỉ lệ sinh viên học qua buổi giao ban (55,3%), học bên giường bệnh 92,9%, học qua buổi đi buồng điểm bệnh (37,1%). Như vậy phương pháp học qua giao ban được sử dụng thường xuyên ở tất cả các khối sinh viên Y3, Y4, Y5 và Y6. Tuy nhiên, phương pháp dạy và học bên giường bệnh, học qua buổi đi buồng điểm bệnh ở khối sinh viên Y6 cao hơn khối sinh viên Y4, Y5 và cao hơn hẳn so với sinh viên Y3. Điều này có thể giải thích là do sinh viên năm thứ 6 đã có được nền tảng kiến thức, kỹ năng nhất định cho nên có thể chủ động học tập bên giường bệnh, học qua buổi đi buồng điểm bệnh một cách hiệu quả hơn.

Một số phương pháp dạy và học lâm sàng khác như dạy và học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ, dạy-học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình, dạy và học trên các thiết bị y học, dạy và học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp mức độ sử dụng thường xuyên ở tất cả khối sinh viên Y3, Y4, Y5 và Y6 đều thấp, tuy nhiên mức độ sử dụng các phương pháp này ở khối sinh viên Y5, Y6 cao hơn Y3, Y4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31]. Kết quả thảo luận nhóm sinh viên nhận định các phương pháp dạy và học lâm sàng đang được áp dụng chủ yếu là dạy và học qua buổi giao ban (93%), đi buồng điểm bệnh (80%), trình bày bệnh án lâm sàng sau đó thầy giảng (75%), các buổi trực tại bệnh viện (50%), xem thủ thuật, phụ mổ, tham gia khám bệnh tại phòng khám, tại khoa (56%). Các phương pháp khác ít được sinh viên đề cập là phương pháp nghiên cứu ca lâm sàng, dạy-học lâm sàng dựa trên vấn đề, trình bày ca lâm sàng kết hợp đọc kết quả xét nghiệm cũng như các phương pháp dạy và học lâm sàng bằng thảo luận nhóm hay nghiên cứu trường hợp (chỉ có 10,25% đến 25,6% sinh viên đề cập các phương pháp này). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả của Trần Thị Thanh Hương, Lê Thu Hoà, Nguyễn Thu Thủy, Phạm Thị Minh Đức [27] nghiên cứu trên 143 cán bộ giảng dạy và 1360 sinh viên cho thấy số sinh viên được học lâm sàng với phương pháp

truyền thống (học qua buổi giao ban, đi buồng điểm bệnh, trình bày bệnh án lâm sàng sau đó thầy giảng) chiếm (76,8%), phương pháp truyền thống kết hợp tích cực là 8,6%, phương pháp tích cực là 17%.

Nghiên cứu của Vũ Đình Chính, Trần Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Liên và CS [7] cho thấy phương pháp dạy và học lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là hướng dẫn kèm cặp (50,6%), cầm tay chỉ việc (15,5%), thao tác mẫu (18,5%), còn lại là các phương pháp khác.

Thực tế cho thấy, tùy đối tượng sinh viên đang học triệu chứng, bệnh học hay điều trị học mà các phương pháp nên được áp dụng linh hoạt. Đối với nhóm sinh viên đang học triệu chứng học thì phương pháp dạy và học bên giường bệnh là phù hợp và hiệu quả nhất; nhóm sinh viên đang học điều trị học có thể học tại giảng đường không có người bệnh, học thông qua giao ban, hội chẩn cũng rất hiệu quả mà không nhất thiết phải học bên giường bệnh như nhóm sinh viên học triệu chứng học. Đôi khi tại các bệnh viện thực hành số mặt bệnh không đầy đủ, không phong phú thì phương pháp dạy và học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp, giải quyết vấn đề là rất hiệu quả và cần thiết khi sinh viên học bệnh học, điều trị học. Mặt khác có những vấn đề giảng viên không thể dạy cho sinh viên trước mặt bệnh nhân được. Vì vậy việc áp dụng các phương pháp học lâm sàng cần linh hoạt và tùy đối tượng sinh viên, tùy thuộc vấn đề và mục tiêu học tập.

Kết quả phỏng vấn sâu giảng viên cũng thể hiện xu hướng tương tự, sinh viên thường xuyên được học lâm sàng kết hợp với đọc và phân tích kết quả xét nghiệm: máu, nước tiểu, Xquang chiếm tỉ lệ cao nhất. Sinh viên học lâm sàng kết hợp với sử dụng các phương tiện xét nghiệm chiếm tỉ lệ thấp hơn (43%). Tỉ lệ các thầy cô chưa thực sự dạy lâm sàng bên người bệnh còn khá cao (thường xuyên giảng lâm sàng không người bệnh) chiếm 37%. .

Phần lớn sinh viên đều có hứng thú và rất hứng thú với các phương pháp dạy và học lâm sàng từ 80% đến 98%. Điều này gợi ý rằng việc dạy và học lâm sàng là các môn học khiến sinh viên thấy rõ được việc học tập có liên

quan trực tiếp đến nghề nghiệp của mình. Mặt khác, hàng ngày sinh viên thường xuyên được đi thực tập ở bệnh viện, đối mặt với thực tế, gặp các dạng bệnh, các tình huống lâm sàng khác nhau và đây cũng là một nguồn động viên lớn cho sinh viên thấy được sự cần thiết và hứng thú của việc học lâm sàng. “Chúng em học thực hành thích hơn học lý thuyết, vì thực tế trên lâm sàng có rất nhiều thứ để học, càng học càng thấy cần phải học” (Thảo luận nhóm sinh viên Y5)

Zeraati và CS [117] tại Đại học Y Mashhad, Iran đã tiến hành một nghiên cứu cắt ngang mô tả để đánh giá sự khác nhau về thực trạng học tập của sinh viên trường Y. Kết quả cho thấy có sinh viên thích học thông qua thị giác chẳng hạn như học qua hình, đồ thị hay sơ đồ diễn tiến (5,6%), có sinh viên ưa thích học thông qua đọc và viết (20,6%), trong khi có những sinh viên hứng thú học kiểu “mắt thấy tai nghe” là 7,5%; 35,5% sinh viên thích áp dụng đa dạng các phương pháp học nêu trên.

Kết quả nghiên cứu của Heidi và CS [77] ở Đại học Y Wayne State, Michigan, Hoa Kỳ, cho thấy chỉ có 36,1% sinh viên thích một cách học trong khi có tới 63,8% có cách học lâm sàng đa dạng.

Bảng 3.7 cho thấy sinh viên không hứng thú với phương pháp học tại giảng đường không có bệnh nhân chiếm tới 66,5%. Điều này dễ hiểu vì dạy-học lâm sàng không phải dạy-học về bệnh tật (disease-orientated) mà dạy-học ở những bệnh nhân cụ thể (patient-orientated). Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng không phải lúc nào cũng làm được việc này. Chính vì vậy, muốn sinh viên hứng thú học tại giảng đường không có bệnh nhân giảng viên cần có nhiều kinh nghiệm và kỹ năng giảng dạy lâm sàng tốt vì dạy-học lâm sàng không chỉ là rèn luyện kỹ năng thao tác mà quan trọng là rèn luyện kỹ năng giải quyết vấn đề trên từng ca bệnh cụ thể. Điều này một lần nữa khẳng định sự cần thiết phải áp dụng phương pháp dạy-học lâm sàng có người bệnh thật. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng áp dụng phương pháp này được vì thực tế cho thấy việc thăm khám của sinh viên trên người bệnh ngày càng khó khăn,

người bệnh không muốn bị khám quá nhiều bởi sinh viên nhất là với người bệnh điều trị tại khoa yêu cầu.

“Nếu chỉ học lý thuyết chay thì chúng em rất khó nhớ và khó áp dụng trên bệnh nhân” (thảo luận nhóm sinh viên Y5)

Kết quả thảo luận nhóm sinh viên cũng cho kết quả tương tự, khi dạy-học lâm sàng sinh viên luôn hứng thú hơn với phương pháp dạy-học bên giường bệnh, qua buổi đi buồng điểm bệnh. Nhưng khi học kiến thức, kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Minh Đức và cộng sự cho thấy trên một nửa số sinh viên 61,2% hứng thú với phương pháp thuyết trình kết hợp với đặt câu hỏi, sinh viên không thích học theo phương pháp thuyết trình thuần túy nhưng vẫn được học, phương pháp cho sinh viên tự học rất ít được áp dụng và sinh viên cũng không thích học bằng phương pháp này [13]. Điều này có thể lí giải nhiều giảng viên chọn hình thức thuyết trình thuần túy vì số lượng sinh viên quá đông, khối lượng kiến thức nhiều, trong khi chưa có nhiều giảng đường phù hợp để dạy-học theo nhóm nhỏ. Phương pháp cho sinh viên tự học rất ít được áp dụng và sinh viên cũng không thích học bằng phương pháp này, có thể do sinh viên chưa thực sự chủ động, tích cực trong học tập cũng như chưa có phương pháp tự học hiệu quả.

4.1.1.2. Bàn luận về mức độ tiếp thu kỹ năng theo ý kiến tự nhận xét của sinh viên

Bảng 3.8, 3.9, 3.10 và 3.11 cho thấy hầu hết sinh viên cả bốn khối đều đạt được các kỹ năng lâm sàng ở mức độ trung bình là chủ yếu, tuy nhiên sinh viên khối Y5, Y6 đạt được các kỹ năng lâm sàng mức độ khá cao hơn so với sinh viên khối Y3 và Y4.

Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm sinh cho kết quả:

“Khi tiếp xúc người bệnh chúng em còn e ngại, chưa tự tin, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp còn kém” thảo luận nhóm sinh viên Y3

“Đại đa số chúng em nhút nhát, thiếu tự tin trước người bệnh, chúng em chưa được học một cách bài bản về kỹ năng giao tiếp mà chủ yếu học từ

thầy cô, bác sĩ ở bệnh viện và các anh chị khóa trên” Thảo luận nhóm sinh viên Y4

“Chúng em biết giao tiếp tốt với người bệnh là rất quan trọng, giúp họ tin tưởng, yên tâm khám chữa bệnh nhưng đa số chúng em còn kém về kỹ năng này, đứng trước bệnh nhân chúng em còn ấp úng, e ngại ạ” Thảo luận nhóm sinh viên Y5.

“Mặc dù đã là sinh viên năm cuối, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân còn chưa thực sự tốt. Nhiều bệnh nhân có tâm lý không muốn để sinh viên hỏi bệnh, khám bệnh. Khi ấy, chúng em rất ngại ạ. Còn về kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử chúng em cũng cảm thấy chưa hỏi bệnh nhân cẩn thận, đầy đủ, về tiền sử thường chúng em chỉ hỏi các bệnh mà bệnh nhân đã mắc từ trước thôi ạ, ít khi hỏi về những tiền sử khác ạ, về bệnh sử chúng em cũng hỏi không được đầy đủ, ít khi chúng em giải thích mục đích cuộc nói chuyện và thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án ạ” Thảo luận nhóm sinh viên Y6

“Các bạn sinh viên hiện nay rất giỏi, năng động, tuy nhiên kỹ năng giao tiếp với người bệnh có những đặc thù riêng, nên cần chú trọng rèn luyện kỹ năng này tốt hơn, nhiều bạn đứng trước bệnh nhân lúng túng, gãi đầu gãi tai...” thảo luận nhóm giảng viên

“Thực tế cho thấy, nhiều sinh viên chưa coi trọng việc giao tiếp, còn lúng túng trong việc hỏi tiền sử, bệnh sử, vì vậy thu thập thông tin về bệnh khó khăn, dẫn đến chẩn đoán chưa đúng” Thảo luận nhóm giảng viên.

“Đối với kỹ năng làm bệnh án, thì tóm tắt thông tin trong quá trình hỏi bệnh sử, tiền sử là rất quan trọng, đặc biệt là trong giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh nhưng nhiều bạn vẫn còn tóm tắt lan man, rườm rà. Giảng viên cần giúp các em biết cách tóm tắt một cách ngắn gọn, chính xác và đầy đủ vì tóm tắt thông tin tốt giúp người bệnh hiểu rõ hơn, hiểu đúng hơn và nhớ kỹ hơn những gì được trao đổi và như vậy người bệnh sẽ thực hành tốt hơn,

đây là một kỹ năng rất quan trọng giảng viên cần giúp sinh viên ý thức rõ” Thảo luận nhóm giảng viên.

Điều này là phù hợp với xu hướng chung, càng những năm sau sinh viên càng đạt được các kỹ năng ở mức độ tốt hơn. Mặt khác, do sinh viên nhận thức rõ các kỹ năng này là yếu tố then chốt, là điều kiện cần thiết giúp họ sau này trở thành các bác sĩ giỏi. Khi sinh viên được đào tạo các kỹ năng này một cách bài bản sẽ giúp bản thân tự tin hơn khi học lâm sàng. Bên cạnh các kỹ năng khám bệnh, viết bệnh án, báo cáo ca bệnh, thực hiện thủ thuật thì kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh là khởi đầu cho mối quan hệ sinh viên-bệnh nhân để có thể khám bệnh, chẩn đoán và điều trị tốt.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và cộng sự cho thấy tỉ lệ sinh viên thực hiện các kỹ năng trên lâm sàng nhiều nhất là kỹ năng làm bệnh án, thăm khám, giao tiếp. Các kỹ năng ít thực hiện là kỹ năng ra quyết định, giải quyết vấn đề và kỹ năng thủ thuật [31]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sinh viên đạt được ở mức độ khá 27,6%, tốt là 6,4% thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Thư trên đối tượng sinh viên điều dưỡng, kỹ năng này đạt được từ 35,9% đến 56,6% tùy từng kỹ năng [43]. Điều này có thể lí giải do đối tượng sinh viên khác nhau, chương trình đào tạo khác nhau nên sinh viên áp dụng vào thực tế lâm sàng cũng khác nhau. Phòng vấn sâu giảng viên cho ý kiến “Việc dạy và học kỹ năng giao tiếp hiện tại còn hạn chế, chưa được chú trọng đúng mức, sinh viên chưa hiểu hết được giá trị của kỹ năng này đối với người bệnh”.

“Trước khi đi bệnh viện, chúng em được học kỹ năng giao tiếp tại trường, hơn nữa tại các bộ môn lâm sàng thầy cô cũng hướng dẫn chúng em, nên chúng em cũng không ngỡ ngàng” (Thảo luận nhóm sinh viên Y4).

Với các phương pháp dạy và học lâm sàng nói trên, hầu hết sinh viên đạt được các kỹ năng trong học lâm sàng như giao tiếp, hỏi bệnh; viết bệnh án, báo cáo ca bệnh; vận dụng lý thuyết vào thực tiễn lâm sàng, giải quyết vấn đề,

ra quyết định ở mức độ trung bình và khá. Tuy nhiên để giúp sinh viên có được kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng ra quyết định, đặc biệt đối với sinh viên cuối khoá, thì phương pháp dạy và học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp, giải quyết vấn đề rất hữu ích.

Các khả năng như làm việc độc lập, năng lực tự học, tự nghiên cứu, ứng dụng và phát triển chuyên môn, tìm việc làm sau khi ra trường, thích ứng với sự đa dạng, phức tạp của thực tế phần lớn sinh viên đều đạt được.

4.1.1.3. Bàn luận về phương pháp lượng giá lâm sàng theo ý kiến tự nhận xét của sinh viên

Bảng 3.12, 3.13, 3.14 và 3.15 cho thấy phương pháp lượng giá lâm sàng bằng trình bày bệnh án và hỏi thi vấn đáp mức độ thường xuyên có tỉ lệ cao nhất ở tất cả các khối sinh viên từ 69,5% đến 87,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và cộng sự [31] cho thấy phương pháp lượng giá lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là làm bệnh án, sau đó hỏi vấn đáp (80%).

Chúng em thấy cách lượng giá của các thầy cô chủ yếu là dựa trên bệnh án, sau đó hỏi vấn đáp, không hỏi bên giường bệnh, nên một số bạn chỉ học lý thuyết, khi đi học lâm sàng không cần vào buồng bệnh, nhưng thi vẫn được điểm cao. Chúng em thấy cách lượng giá của bộ môn Nội, bộ môn Nhi là hay vì các thầy vừa hỏi thi bên giường bệnh, làm bệnh án và hỏi vấn đáp. Như vậy chúng em phải chịu khó học lâm sàng khi thi mới đạt điểm tốt” (Thảo luận nhóm sinh viên Y6).

Các phương pháp lượng giá bằng thi lâm sàng nhiều trạm, đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng, đánh giá kỹ năng thăm khám, đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy chiếm tỉ lệ 36,4% đến 57,9%. Còn các phương pháp lượng giá như: đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy, đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ (có bảng kiểm), ít được các bộ môn lâm sàng áp dụng, mức độ thường xuyên và rất thường xuyên 13,4% đến 25%. Kết quả phỏng vấn sâu và thảo

luận nhóm cho thấy các bộ môn lâm sàng sử dụng nhiều hình thức lượng giá khác nhau, nhiều nhất là thi vấn đáp sau khi sinh viên bốc thăm bệnh nhân và làm bệnh án. Tuy nhiên với một số bộ môn (Nội, Nhi, Điều dưỡng lâm sàng ...), giảng viên thuộc các bộ môn này còn áp dụng phương pháp lượng giá kỹ năng, vì vậy cần phải xem xét và tăng cường áp dụng phương pháp này nhiều hơn như thi thao tác trong đơn vị kỹ năng y khoa, trên mô hình, trên bệnh nhân v.v. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31] cho thấy đa số sinh viên cho rằng làm bệnh án sau đó hỏi thi vấn đáp là phù hợp nhất chiếm 80%; tiếp đến là thi trên bệnh nhân có 33,3%; chỉ có 7,9% sinh viên cho rằng làm bệnh án và 5,3% sinh viên cho rằng hỏi thi vấn đáp là phương pháp lượng giá lâm sàng phù hợp nhất. Thực tế cho thấy phương pháp làm bệnh án sau đó hỏi thi vấn đáp được áp dụng nhiều nhất; nhưng hỏi thi trên bệnh nhân rất thấp. Do đó, để đánh giá khách quan, chính xác quá trình dạy và học lâm sàng cần phải cải tiến hình thức thi.

Khi được hỏi “bạn được hướng dẫn đầy đủ về phương pháp học tại từng bộ môn lâm sàng ngay khi bạn đến học” 63,5% sinh viên đồng ý và rất đồng ý, 25% phân vân, 9,5% không đồng ý.

“Bạn được thông báo mục tiêu và yêu cầu của từng đợt thực hành lâm sàng” có 19,3% sinh viên phân vân và không đồng ý, có 80,7% sinh viên đồng ý và rất đồng ý.

“Tuỳ từng bộ môn nếu bộ môn nào trước khi đi lâm sàng thầy cô định hướng cho chúng em mục tiêu phải đạt được gì thì chúng em sẽ theo mục tiêu đó mà học. Còn một số bộ môn thầy cô không định hướng mục tiêu, thì chúng em rất phân vân, phải tham khảo ý kiến anh chị khoá trên nhưng cũng không thực sự yên tâm” (Thảo luận nhóm sinh viên Y5).

Nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương, Lê Thu Hoà, Nguyễn Thu Thuỷ, Phạm Thị Minh Đức [27] trên 143 cán bộ giảng dạy và 1360 sinh viên y khoa cho thấy nhóm y học lâm sàng có 73,8% sinh viên được công bố mục tiêu học tập.

“Bạn luôn được trang bị đầy đủ lý thuyết trước khi đi thực tập lâm sàng” có 60,1% sinh viên phân vân và không đồng ý, có 39,9% sinh viên đồng ý và rất đồng ý;

“Bạn không phải học chồng chéo các môn khi đã đi thực tập lâm sàng” có 67,3% sinh viên phân vân và không đồng ý, 33,7% sinh viên đồng ý và rất đồng ý.

“Lịch đi lâm sàng của sinh viên Y3 chưa hợp lý vì sinh viên chưa học xong các môn cơ sở đã đi lâm sàng, nên việc học lâm sàng không thực sự hiệu quả” (N.V.G, giáo vụ phòng đào tạo).

Khi được hỏi “Bạn thực sự hài lòng với các hoạt động học tập tại các bộ môn lâm sàng” có tới 40% sinh viên phân vân và không đồng ý, 60% sinh viên đồng ý và rất đồng ý. Kết quả này khiến chúng ta phải suy nghĩ về hoạt động học lâm sàng. Một số trường đã sử dụng phiếu hỏi sinh viên về chất lượng giờ học, phiếu hỏi khi sinh viên kết thúc môn học, phiếu dự giờ...như là những công cụ hữu hiệu vừa gián tiếp, vừa trực tiếp định hướng, đánh giá, khuyến khích hoạt động dạy và học nói chung, hoạt động dạy và học lâm sàng nói riêng. Kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Quang và cộng sự [38] trên đối tượng 403 sinh viên y khoa cũng cho kết quả tương tự.

4.1.2. Về yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng

Trên cơ sở của kết quả nghiên cứu định lượng và định tính chúng tôi thấy có một số yếu tố ảnh hưởng đến dạy và học lâm sàng bao gồm số lượng sinh viên đông, cơ sở vật chất, trang thiết bị còn thiếu, sự hợp tác của bệnh nhân, bệnh viện thực hành, nhân viên bệnh viện, các yếu tố văn hoá - xã hội - kinh tế.

Hình 3.1 cho thấy số lượng sinh viên cùng tham gia học lâm sàng tại giường bệnh từ 20 đến 40 sinh viên là 55,1%; trên 40 sinh viên là 12,6%; không có nhóm nào nhỏ hơn 10 sinh viên. Như vậy số lượng sinh viên học tại giường bệnh rất đông, do đó sẽ rất khó cho sinh viên quan sát và nghe giáo viên giảng bài. Hình 3.2 cho thấy số lượng sinh viên cùng tham gia học giao

ban, bình bệnh án lớn hơn 40 đến 60 sinh viên chiếm 57,3%, lớn hơn 60 sinh viên (25,5%). Không có buổi học nào nhỏ hơn 20 sinh viên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả của Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS [31]. Thực tế cho thấy tại một số bộ môn lâm sàng một số phòng sức chứa nhỏ hơn số lượng sinh viên ngồi học. “Chúng em thấy một số bộ môn phòng học không đủ chỗ ngồi. Giáo viên thì rất nhiệt tình nhưng số lượng sinh viên quá đông” (Thảo luận nhóm sinh viên Y6)

Bảng 3.17 chỉ đề cập đến sinh viên đa khoa chính quy, tỷ lệ GV/SV là gần 1/20. Nghiên cứu của Kari Sand-Jecklin và cộng sự [81] trên 319 sinh viên điều dưỡng của ba trường LMA, SMA, SMW cho kết quả tương tự. Tuy nhiên, mỗi giảng viên ngoài đối tượng giảng là sinh viên đa khoa, họ còn giảng nhiều đối tượng sinh viên khác như: sinh viên đa khoa hệ liên thông, sinh viên điều dưỡng, sinh viên y tế công cộng, kỹ thuật y học, răng hàm mặt, các học viên sau Đại học như chuyên khoa định hướng, chuyên khoa 1, chuyên khoa 2, cao học v.v...

Trong hầu hết các cuộc phỏng vấn sâu giảng viên và thảo luận nhóm, số lượng sinh viên đông luôn được nêu lên hàng đầu trong số các yếu tố có ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng. Đặc biệt tại khoa Hồi sức cấp cứu hay phòng khám, số lượng sinh viên luôn rất đông. Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy số lượng sinh viên từ 40 đến 50 sinh viên trong một nhóm học lâm sàng. Như vậy là quá đông gây khó khăn trong quá trình dạy và học lâm sàng và làm giảm chất lượng học lâm sàng. Trong khi số lượng từ 10 đến 15 sinh viên trong một nhóm học là lý tưởng. Vì vậy cần có chính sách về quản lý cũng như trang bị đầy đủ cơ sở vật chất, nhân lực để giảm sự quá tải này.

“Việc dạy và học lâm sàng hiện tại rất khó khăn, tại khoa Hồi sức Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, nhiều khi sinh viên đứng chật cả khoa tạo áp lực không chỉ cho giảng viên mà cả nhân viên bệnh viện ” (N.T.T, giảng viên lâm sàng).

“Khi thầy cô hướng dẫn chúng em khám bệnh, thực hiện thủ thuật bên giường bệnh, do số lượng sinh viên quá đông trong một nhóm nên nhiều khi chúng em không quan sát hết được các bước thầy làm” (Thảo luận nhóm sinh viên Y3)

Do đặc trưng của việc dạy và học lâm sàng, đặc biệt sinh viên học triệu chứng học là phải học bên giường bệnh, cầm tay chỉ việc, học qua buổi đi buồng điểm bệnh, nên số lượng sinh viên từ 40 đến 50 sinh viên trong một nhóm là quá đông, quá tải đối với việc dạy và học lâm sàng. Mặt khác tại một số bộ môn như Nội, Ngoại, Sản, Nhi thường có nhiều đối tượng sinh viên cùng lúc như bác sĩ đa khoa, chuyên tu, cử tuyển, cử nhân điều dưỡng, cử nhân y học dự phòng và học viên sau Đại học, nên nhiều khi giảng viên phải giảng ghép nhiều đối tượng cùng lúc để giảng, phải chia ca học làm ảnh hưởng đến chất lượng dạy và học lâm sàng.

“Khi thầy cô đi buồng, có rất nhiều lớp sinh viên đi theo Y3, Y4, Y5, Y6, cả chuyên tu nữa nên rất đông. Nhiều sinh viên chỉ đứng ở ngoài, chứ không chen lấn được, không quan sát được thầy cô làm gì, cũng không nghe được gì ” (Thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Giảng viên quá tải về mặt công việc do quá nhiều đối tượng phải giảng dạy, do kiêm nhiệm quá nhiều việc” (V.N.G, giảng viên lâm sàng)

“Trong đêm trực do quá tải số lượng sinh viên, thiếu sự hướng dẫn, quản lý của giảng viên nên phần lớn các em phải tự học là chính, một số sinh viên trốn theo dõi bệnh nhân để đi ngủ” (H.V.T, giảng viên lâm sàng)

Hình 3.3 cho thấy số giảng viên có trình độ sau Đại học là 75%, số giảng viên chưa có trình độ sau Đại học là 25%. Đây là thực trạng của trường Đại học Y Dược Hải Phòng, do thiếu giảng viên nên các bộ môn lâm sàng hàng năm đã bổ sung nhiều cán bộ trẻ mới tốt nghiệp Đại học tham gia giảng dạy lâm sàng, nhưng họ chưa có bằng tốt nghiệp thạc sĩ y học hoặc bác sĩ chuyên khoa cấp một, cấp hai. Vì hầu hết giảng viên trẻ chưa được giảng lý

thuyết do đó để đảm bảo số giờ giảng hàng năm theo quy định của Bộ giáo dục đào tạo, họ phải tham gia giảng dạy thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

Hình 3.4 cho thấy 70% giảng viên có kinh nghiệm giảng dạy từ 5 năm trở lên, 30% giảng viên có kinh nghiệm giảng dạy nhỏ hơn 5 năm. Với kiến thức và kinh nghiệm giảng dạy của giảng viên giúp sinh viên học tập tích cực và chủ động hơn. Kinh nghiệm giảng dạy của giảng viên là yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của Guishu Zhong và Xia Xiong [75] trên 206 sinh viên trường Đại học y khoa Lusho cho thấy kinh nghiệm của giảng viên ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng với tỷ lệ 60,22%.

Bảng 3.18 cho thấy hầu hết sinh viên đều hài lòng và rất hài lòng về phẩm chất, năng lực của giảng viên lâm sàng. Hơn 90% sinh viên hài lòng và rất hài lòng về kiến thức chuyên môn của giảng viên, tinh thần trách nhiệm, sự nhiệt tình, tận tâm với nghề dạy học và nghề Y, 84% sinh viên cho rằng giảng viên quan tâm sẵn sàng giúp đỡ sinh viên, làm chủ được các tiến bộ mới về chuyên ngành, về phương pháp dạy-học lâm sàng, có kinh nghiệm và kỹ năng nghiên cứu khoa học.

Kết quả phỏng vấn sâu giảng viên cũng cho kết quả tương tự:

“Nhiều giảng viên có kinh nghiệm lâm sàng, có kiến thức lý thuyết chuyên sâu, luôn cập nhật kiến thức mới, nhiệt huyết với nghề. Hơn nữa thầy cô có cương vị nhất định tại bệnh viện thực hành. Vì vậy việc học tập của sinh viên được thuận lợi hơn” (L.M.H, giảng viên lâm sàng).

Sinh viên cho rằng giảng viên ảnh hưởng rất lớn đến việc học lâm sàng của các em: từ việc điểm danh, giám sát, quản lý sinh viên trong quá trình học tập, hướng dẫn làm mẫu cho sinh viên với thái độ tận tình...là các yếu tố thúc đẩy sinh viên học tập tốt. Đặc biệt là những giảng viên có nhiều kinh nghiệm lâm sàng, yêu nghề. Chính các thầy, các cô là những người thắp sáng niềm tin, khơi dậy tinh thần ham học, ham hiểu biết ở các em. Ngoài ra các nhân viên y tế tại các bệnh viện thực hành cũng có vai trò quan trọng đối với sinh

viên trong quá trình học lâm sàng. Thông qua việc quan sát công việc hàng ngày của nhân viên y tế, sinh viên học được những kỹ năng lâm sàng từ đơn giản đến phức tạp “Chúng em học làm các công việc từ đơn giản đến phức tạp. Đầu tiên là học cách cuộn gòn bông, cách tiêm truyền trên bệnh nhân, đi buồng theo các bác sĩ và điều dưỡng, ghi lại những gì học được, những gì chưa rõ, tự đọc tài liệu để giải đáp thắc mắc, nếu không hiểu thì đến lớp hỏi lại thầy” (Thảo luận nhóm sinh viên Y3).

Với kiến thức chuyên môn sâu rộng, bề dày kinh nghiệm, sự tận tâm, nhiệt tình của phần lớn giảng viên đã tạo điều kiện cho việc học lâm sàng của sinh viên được thuận lợi hơn. Cùng với kiến thức chuyên môn sâu rộng, bề dày kinh nghiệm, các thầy cô là những người có cương vị nhất định tại khoa phòng, bệnh viện và là những bác sĩ trực chính trong ca trực, điều này giúp sinh viên học tập được thuận lợi hơn.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị là yếu tố thứ hai ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng dựa trên kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Trong những năm qua nhờ sự đầu tư của nhà trường, của bệnh viện thực hành nên nhiều bộ môn lâm sàng đã được mở rộng, nhiều trang thiết bị mới và hiện đại đã được đầu tư không chỉ phục vụ cho việc khám chữa bệnh mà còn phục vụ cho đào tạo sinh viên y khoa, số lượng sinh viên y khoa được đào tạo tăng hàng năm. Tuy nhiên những nỗ lực này của Nhà trường, của bệnh viện thực hành vẫn chưa đáp ứng kịp so với quy mô đào tạo ngày càng mở rộng cả về số lượng và chất lượng.

Bảng 3.19 cho thấy hơn 70% sinh viên hài lòng và rất hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ dạy và học lâm sàng. Riêng hệ thống thư viện, hệ thống điện nước và vệ sinh môi trường tỉ lệ sinh viên hài lòng và rất hài lòng là 47,8%, 51,8%. Kết quả nghiên cứu của Almohiy HM, Davidson R [62] trên đối tượng sinh viên y khoa trường trường Đại học Curtin, Australia cho thấy 39,4% và 51,5% sinh viên hài lòng và rất hài lòng với phòng thí nghiệm và các bệnh viện thực hành.

Kết quả phỏng vấn sâu giảng viên và thảo luận nhóm: hầu hết các ý kiến đều cho rằng: “Cơ sở thực hành hiện tại tạm ổn, về cơ bản đáp ứng yêu cầu dạy và học lâm sàng”

Tuy nhiên cũng có một số ý kiến cho rằng:

“Một số bệnh viện thực hành hiện tại đang quá tải. Đầu tư của Nhà trường vào các bệnh viện này còn hạn chế nhất là khu giảng đường, phòng thay và chứa đồ cho sinh viên” (Đ.V.Y, phòng đào tạo).

Về giảng đường “Thiếu giảng đường nhỏ để thuyết trình theo nhóm nhỏ, thảo luận lâm sàng theo nhóm nhỏ” (Đ.P.V. giảng viên lâm sàng)

“Cơ sở vật chất thì chật chội, phòng ốc thì không đủ, khoảng 20 m² là nơi làm việc của 12 cán bộ, các đối tượng sinh viên nhồi nhét vào cái phòng 20 m² ấy” (M.T.A, giảng viên lâm sàng).

Về trang thiết bị có ý kiến cho rằng “Tại các bộ môn lâm sàng, trang thiết bị còn thiếu, chưa đồng bộ, lạc hậu gây tốn kém, ít hiệu quả” (M.T.H, giảng viên lâm sàng).

“Trang thiết bị phục vụ cho dạy và học lâm sàng rất thiếu thốn, sinh viên kiến tập có thể phối hợp với các bệnh viện của thành phố nhưng thực hành lâm sàng thì cơ sở của nhà trường là hiệu quả nhất ”(H.T.V, giảng viên lâm sàng)

Về phương tiện, vật liệu dạy và học lâm sàng “Thiếu phương tiện dạy học, vật liệu học lâm sàng tại một số bệnh viện thực hành gần như không có gì ” (Đ.K.A, giảng viên lâm sàng)

Kết quả nghiên cứu của Guishu Zhong và Xia Xiong [75] trên 206 sinh viên trường Đại học y khoa Lusho cho thấy việc thiếu tài liệu, vật liệu học tập trong một số bệnh viện thực hành ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng với tỷ lệ 26,2%. Vũ Đình Chính, Trần Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Liên và cộng sự [7] điều tra thực trạng giáo viên giảng dạy chuyên ngành kỹ thuật y tế trên 220 giáo viên cho thấy học sinh được học chủ yếu là mô hình 37,4%, bảng kiểm 28,2%, mô hình kết hợp bảng kiểm 20,2%, còn lại là các vật liệu

khác như băng hình, bài tập, các phương pháp khác. Phương tiện dạy học được sử dụng nhiều nhất là băng 66,4%, còn các phương tiện nghe nhìn, Overhead, slide, băng + Overhead, băng + phương tiện nghe nhìn, băng + Slide được sử dụng với tỉ lệ rất thấp từ 1,8% đến 9,5%. Nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương, Lê Thu Hoà, Nguyễn Thu Thủy, Phạm Thị Minh Đức [27] trên 143 cán bộ giảng dạy và 1360 sinh viên y khoa cho thấy nhóm y học lâm sàng được học bằng băng, phần, overhead, tranh ảnh là 76,6%, được học bằng projector, slide, video là 23,4%, có sách giáo khoa là 75,3%, có tài liệu phát tay là 45,8%.

Bảng 3.19 cho thấy mức độ đạt được của hệ thống thư viện 48%, chưa đạt 52%. Kết quả cho thấy hệ thống thư viện cần được đầu tư củng cố hơn nữa, đặc biệt là hệ thống thư viện điện tử. Nhà trường cần mở rộng giảng đường, phòng đọc cho sinh viên, tăng cường sách giáo khoa, tài liệu tham khảo cho sinh viên.

Hình 3.5 cho thấy số lượng bệnh nhân và mô hình bệnh tật đa dạng và rất đa dạng là 93,6% và 87,8%. Kết quả phỏng vấn sâu hầu hết giảng viên đều có ý kiến: “Các bệnh viện thực hành hiện tại số lượng bệnh nhân tương đối nhiều, cơ cấu bệnh tật phong phú”. Như vậy số lượng bệnh nhân và các loại mặt bệnh về cơ bản đáp ứng được yêu cầu dạy và học lâm sàng.

Hình 3.6; 3.7 cho thấy 87,5% và 75,3% bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, nhân viên khoa phòng bệnh viện phối hợp, tạo điều kiện cho sinh viên học tập. Thảo luận nhóm sinh viên Y3 cho ý kiến “Bệnh nhân giúp đỡ chúng em học tập, khi chúng em hỏi bệnh họ trả lời rất nhiệt tình, khi chúng em thăm khám họ không từ chối, thậm chí còn nói về quá trình bệnh của mình rất rõ nữa”. Sự hợp tác tốt giữa bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, nhân viên khoa phòng bệnh viện sẽ tạo môi trường tốt kích thích sự học tập của sinh viên, tạo điều kiện cho việc dạy và học lâm sàng được thuận lợi.

Tuy nhiên tại một số khoa phòng bệnh viện sinh viên chưa thực sự nhận được sự hợp tác của bệnh nhân và nhân viên y tế. Kết quả phỏng vấn

sâu giảng viên có ý kiến cho rằng: “Hiện nay tại một số khoa phòng bệnh viện, người bệnh không muốn cho sinh viên khám bệnh” (N.C.M, giảng viên lâm sàng)

“Ở mỗi khoa phòng của bệnh viện các dịch vụ khám bệnh theo yêu cầu, khám tự chọn ngày càng nhiều hơn, yêu cầu nghỉ ngơi của bệnh nhân ngày càng cao, làm hạn chế cơ hội dạy và học lâm sàng” (H.T.V, giảng viên lâm sàng)

Thực tế cho thấy người bệnh ngày càng yêu cầu cao hơn, nhân viên y tế phải có trách nhiệm trực tiếp hơn, điều kiện dạy và học lâm sàng ngày càng khó khăn hơn. Để khắc phục vấn đề này thì “Giao tiếp tốt với bệnh nhân” là khởi đầu mối quan hệ giữa người bệnh-sinh viên để sinh viên có thể tiếp cận bệnh nhân, từ đó việc học lâm sàng đỡ khó khăn hơn.

Mặt khác sự phân tuyến và chuyên khoa quá sâu không thuận lợi cho việc thực hành đa khoa ở diện phổ cập. Các bệnh viện tuyến cao, các buồng bệnh chuyên sâu và các giáo viên, nhân viên bệnh viện hoạt động theo chuyên ngành sâu một phần ảnh hưởng tới việc đào tạo sinh viên đa khoa theo hướng cộng đồng, hướng về chăm sóc sức khoẻ ban đầu của người thầy thuốc làm việc tại cộng đồng.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy “Vấn đề xã hội tác động vào bệnh viện, tác động vào ngành y rất mạnh mẽ mà thường là mặt không tích cực của xã hội nó gây ảnh hưởng đến việc dạy và học lâm sàng của thầy và trò là mặt khách quan, làm cho sinh viên thiếu cơ hội thực hành trong phẫu thuật y khoa từ 40-50%”. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả nghiên cứu của Guishu Zhong và Xia Xiong [75] trên 206 sinh viên trường Đại học y khoa Lusho tỉ lệ này là 45,22%. Sự tác động của các yếu tố văn hoá-xã hội-kinh tế cũng như yêu cầu của bệnh nhân ngày càng cao làm cho việc dạy và học lâm sàng ngày càng khó khăn hơn.

Bên cạnh đó việc thiếu công cụ hỗ trợ dạy và học lâm sàng tại các bệnh viện thực hành cũng ảnh hưởng đến việc học lâm sàng của sinh viên. Cũng

theo nghiên cứu của tác giả Guishu Zhong và Xia Xiong [75] trên 206 sinh viên trường Đại học y khoa Lusho tỉ lệ này là 26,2%.

“Tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, hiện tại còn thiếu mô hình, các giáo cụ trực quan gần như không có ví dụ như các dụng cụ tránh thai hiện đại: vòng tránh thai, mũ cổ tử cung, que cấy tránh thai, màng ngăn âm đạo...” (N.V.C, giảng viên lâm sàng).

Mặt khác tình trạng học chông chéo các môn trong khi sinh viên đi học lâm sàng cũng ảnh hưởng đến việc học lâm sàng của sinh viên. Chính vì vậy sinh viên có một số mong muốn như tăng thời gian học tập tại bệnh viện, tăng số phòng học dành riêng cho việc học tập của sinh viên. Mặt khác sinh viên cũng muốn được các thầy cô giới thiệu các tài liệu tham khảo, các nguồn cung cấp thông tin như tạp chí khoa học, các trang web y học, tìm kiếm thông tin y học trực tuyến. Nhà trường nên sắp xếp chương trình phù hợp hơn để sinh viên có thời gian tự học lâm sàng. Các bộ môn nên cải tiến hình thức thi lâm sàng với bệnh nhân thật để đánh giá sinh viên thực tế và khách quan hơn.

4.2. Về kết quả can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Thực tế cho thấy, dạy-học lâm sàng không phải dạy-học về bệnh tật (disease-orientated) mà dạy-học ở những bệnh nhân cụ thể (patient-orientated). Chính vì vậy, tính tích cực, chủ động của sinh viên là rất quan trọng. Để phát huy tính tích cực, chủ động của sinh viên thì dạy-học lấy người học làm trung tâm là rất cần thiết.

Một số nghiên cứu và khảo sát gần đây cho thấy mức độ áp dụng phương pháp dạy-học tích cực không đồng đều tại các bộ môn lâm sàng. Nhiều giáo viên chọn hình thức thuyết trình đơn thuần vì cho rằng đây là hình thức giảng dạy “an toàn” nhất trong tình hình số lượng sinh viên ngày càng đông, khối lượng kiến thức nhiều, ít thời gian. Trong khi, sinh viên vẫn giữ hình thức “thầy đọc-trò chép” vì tin rằng các bài giảng thuyết trình đã cung cấp những kiến thức tối thiểu giúp họ vượt qua các kì thi. Thực tế hiện nay,

giảng dạy lâm sàng đang bị giảm cả về số lượng và chất lượng, nhiều buổi giảng đơn thuần chỉ là những bài giảng lý thuyết mà chưa rèn luyện được khả năng tư duy lâm sàng độc lập của sinh viên [4].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng trên 145 sinh viên Y khoa năm thứ 3, năm thứ 6 được chia thành 15 nhóm. Nghiên cứu này được theo dõi quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng dạy. Qua áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng kết quả cho thấy 64,86% xác định phương pháp giúp tiếp thu được kỹ năng giao tiếp [8].

Một nghiên cứu được thực hiện trên 66 sinh viên năm thứ ba của bộ môn Vật lý trị liệu, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trước và sau khi điều chỉnh nội dung của phiếu đánh giá thực tập lâm sàng, xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành Vật lý trị liệu tại các bệnh viện theo phương pháp dạy học tích cực, kết quả cho thấy trước khi điều chỉnh sinh viên chưa đạt mục tiêu thực tập, bị lúng túng và còn nhiều thiếu sót (21,9%); gặp khó khăn trong việc tham khảo hồ sơ bệnh án trước khi điều trị (43,7%); chưa thể thực hiện các bài tập cho người bệnh hiệu quả và đúng kỹ thuật (53,1%); sinh viên học tập lâm sàng còn thụ động, ít suy nghĩ về việc thực hiện kỹ năng (71,9%); sinh viên chưa được giảng viên hướng dẫn thiết lập kế hoạch và giao nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng và phù hợp (34,3%); Các tỉ lệ khảo sát đạt từ 88,2% đến 100% sau khi điều chỉnh xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành và nội dung phiếu đánh giá theo phương pháp dạy học tích cực. Tỉ lệ này chứng tỏ có sự thay đổi rõ rệt trong cách đánh giá thực tập, thể hiện sự tiến bộ và thay đổi tốt qua các hoạt động thực tập lâm sàng, nhận thức và thái độ của sinh viên [10]. Aarnio M¹ tiến hành nghiên cứu trên sinh viên năm 1 tham dự module làm việc nhóm trong 3 năm liên tiếp là 2006, 2007, 2008. Module làm việc theo nhóm tập trung vào giao tiếp bằng lời trong các buổi hướng dẫn PBL và trong các nhóm chăm sóc sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cho thấy module làm việc nhóm ở năm thứ 2, năm thứ 3 hữu ích hơn so với năm 1, khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu này làm rõ hơn nghiên cứu trước rằng việc dạy-học lâm sàng tích cực thúc đẩy kỹ năng phân tích, tư duy và kỹ năng làm việc nhóm [60].

Dạy-học lấy người học làm trung tâm trong dạy-học kỹ năng giao tiếp là đặc biệt cần thiết vì giao tiếp là kỹ năng quan trọng khởi đầu cho mối quan hệ chuyên môn giữa bác sĩ và người bệnh để thực hiện chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Cảm nhận qua tiếp xúc ban đầu rất quan trọng. Khi người bệnh cảm thấy được sự thân thiện, quan tâm của bác sĩ đối với mình, thì người bệnh sẽ vượt qua được mặc cảm, đau đớn để hợp tác cung cấp thông tin cho bác sĩ. Còn nếu người bệnh không cảm nhận được sự thân thiện, an toàn khi giao tiếp, chắc chắn người bệnh sẽ từ chối tham gia vào quá trình tiếp theo trong việc chăm sóc sức khỏe.

Giao tiếp hiệu quả giúp nâng cao kết quả chăm sóc sức khỏe cho người bệnh; giảm tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, chăm sóc sức khỏe và nâng cao hiệu quả của các hoạt động y tế.

Về kỹ năng giao tiếp, bảng 3.20, 3.21 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp, dưới mức trung bình và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 6,06 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 2,89 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng giao tiếp của nhóm can thiệp đã tăng 19,01 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 8,64 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.22 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 4,41 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 11,31 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cũng cho kết quả tương tự:

“Lúc đầu, khi tiếp xúc người bệnh chúng em thấy lúng túng, người bệnh không muốn trả lời chúng em. Sau 2 năm, chúng em thấy không còn e ngại, lúng túng như trước nữa. Chúng em cảm thấy khá tự tin khi giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân còn nghĩ chúng em là bác sĩ ạ ”(thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Kỹ năng giao tiếp ở nhóm sinh viên can thiệp có cải thiện khá tốt, các em đã ý thức được giao tiếp tốt với người bệnh giúp thầy thuốc đưa ra chẩn đoán chính xác và đầy đủ hơn, đồng thời cũng làm cho người bệnh giảm lo lắng và hài lòng hơn”(thảo luận nhóm giảng viên).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Thư [43], nghiên cứu này cho thấy khi quan sát trực tiếp việc đón tiếp người bệnh của sinh viên tại bệnh viện có tới 41,5% sinh viên không chào người bệnh; 32,1% có chào nhưng chưa đạt; 26,4% được đánh giá là đạt; 52,8% sinh viên không giới thiệu về mình; 28,3% có giới thiệu nhưng không đạt, chỉ có 18,9% sinh viên tự giới thiệu khi tiếp xúc với người bệnh. Điều này cho thấy, sinh viên có sự thiếu hụt rất lớn về kỹ năng giao tiếp, kỹ năng được coi là cơ bản nhất, tối thiểu nhất của người sinh viên y khoa.

Điểm trung bình kỹ năng giao tiếp sinh viên đạt được sau can thiệp 9 tuần và 2 năm trong nhóm can thiệp tăng lần lượt 6,06 điểm; 19,01 điểm so với sau can thiệp trong nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; tuy nhiên điểm trung bình kỹ năng giao tiếp chỉ đạt ở mức trung bình; Kết quả nghiên cứu cho thấy thực tế kỹ năng giao tiếp của sinh viên còn chưa tốt. Điều này giải thích là do hiện nay kỹ năng giao tiếp được dạy-học lồng ghép trong chương trình đào tạo, sinh viên chưa được dạy-học như một môn học chính thức. Trong khi tại Đại học Maastricht các kỹ năng giao tiếp được đào tạo 2 tuần một buổi, từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu. Nghiên cứu đánh giá kỹ năng giao tiếp trên sinh viên y khoa năm thứ tư tại trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cuối đợt huấn luyện kỹ năng giao tiếp cho thấy điểm trung bình kỹ năng giao tiếp sinh viên đạt là 6,7/10. Chấm lại với phiếu

chấm điểm MAAS-Global cho thấy chỉ có phần giới thiệu sinh viên đạt điểm 4,37 theo thang điểm 7 tức trung bình khá và các nội dung khác như theo dõi bệnh; làm rõ; quản lý; đánh giá việc tham vấn; sự thăm dò; những xúc cảm; chia sẻ thông tin; tóm tắt; thứ tự, linh hoạt sinh viên đạt điểm trung bình lần lượt là 3,83; 3,37; 3,85; 3,81; 3,32; 3,51; 3,78; 3,60; 3,87; 3,63 theo thang 7 tức trung bình. MAAS-Global được sử dụng tại Đại học Maastricht để lượng giá kỹ năng giao tiếp, MAAS-Global chú trọng vào quá trình giao tiếp hơn là nội dung giao tiếp [34].

Nghiên cứu giả thực nghiệm trên 259 sinh viên năm thứ 4 trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đang thực hành tại bệnh viện Sản cho thấy thái độ của học viên về phương pháp dạy-học PBL/EBM là rất tốt điểm trung bình là gần 5 theo thang điểm 6. Điều này có nghĩa sinh viên nhận ra tính ưu việt của thực hành dựa trên y học chứng cứ; Sinh viên nhận ra chương trình thực tập theo PBL/EBM sẽ trở thành cách đào tạo có tính giá trị cao; Từ đó sinh viên sẽ tạo ra cho mình thói quen truy cập các website(Pubmed/Medline) khi cần tham khảo tài liệu [44].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên 145 sinh viên Y khoa năm thứ 3 và năm thứ 6 được chia thành 15 nhóm, nghiên cứu này được theo dõi quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng dạy. Kết quả có 64,86% xác định phương pháp học tích cực giúp tiếp thu được kỹ năng giao tiếp. Nghiên cứu này cho rằng phương pháp học tập tích cực PBL/EBM là phương pháp hữu ích và có hiệu quả [8].

Nghiên cứu được thực hiện trên 66 sinh viên năm thứ ba của Bộ môn vật lý trị liệu, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trước và sau khi điều chỉnh nội dung của phiếu đánh giá thực tập lâm sàng, xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành Vật lý trị liệu tại các bệnh viện theo phương pháp dạy học tích cực cho thấy trước khi điều chỉnh 65,6% sinh viên chưa có kinh nghiệm và tự tin trong việc giao tiếp một cách trình tự, lô gích, đầy đủ và rõ ràng để làm an lòng người bệnh khi cần hoặc cho lời khuyên về chuyên môn

65,6%, sau khi điều chỉnh xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành và nội dung phiếu đánh giá theo phương pháp dạy-học tích cực tỉ lệ này tăng lên 94,1% [10].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng trên 145 sinh viên Y khoa năm thứ 3, năm thứ 6 được chia thành 15 nhóm. Nghiên cứu này được theo dõi quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng dạy. Qua áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng kết quả cho thấy 64,86% xác định phương pháp giúp tiếp thu được kỹ năng giao tiếp [8].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng trên 145 sinh viên Y khoa năm thứ 3, năm thứ 6 được chia thành 15 nhóm. Nghiên cứu này được theo dõi quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng dạy. Qua áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng kết quả cho thấy 75,51% xác định phương pháp này có hiệu quả hơn phương pháp trình bày bệnh án truyền thống [8].

Nghiên cứu của Wolpaw Terry và cộng sự tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên trong năm 2004-2005 với 64 sinh viên. Kết quả cho thấy sinh viên ở nhóm áp dụng mô hình dạy-học tích cực kết quả vượt trội hơn nhóm truyền thống [111]. Ngày nay dạy-học lâm sàng không chỉ cung cấp kiến thức để chẩn đoán và điều trị bệnh mà còn dạy kỹ năng giao tiếp, tư duy lâm sàng, kỹ năng giải quyết vấn đề, ra quyết định

Về kỹ năng hỏi bệnh sử, bảng 3.23, 3.24 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng hỏi bệnh sử của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm;

Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng hỏi bệnh sử của nhóm can thiệp đã tăng 4,61 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 2,27 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng hỏi bệnh sử của nhóm can thiệp đã tăng 19,01 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 8,64 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.25 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,02 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 8,95 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Về kỹ năng hỏi tiền sử bảng 3.26, 3.27 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của nhóm can thiệp đã tăng 5,49 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 1,84 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng hỏi tiền sử của nhóm can thiệp đã tăng 16,88 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 9,21 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.28 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,44 điểm ($p > 0,05$); chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp là 7,88 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Như vậy điểm trung bình thực hiện kỹ năng hỏi tiền sử và hỏi bệnh sử sau 2 năm đều tăng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này giải thích là do đây là những kỹ năng cơ bản, sinh viên được thực hành thường xuyên nên sinh viên chủ động hơn, tích cực hơn trong quá trình thực hiện.

Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cũng cho kết quả tương tự:

“Kỹ năng hỏi bệnh sử của chúng em khá tốt, ngoài hỏi diễn biến bệnh, nhiều bạn đã giải thích cả mục đích cuộc nói chuyện và thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án, và đặc biệt nhiều bạn đã rất lắng nghe, khuyến khích người bệnh nói về bệnh tật, chúng em thấy tự tin hơn ạ”(thảo luận nhóm sinh viên).

“Khi hỏi bệnh sử sinh viên đã biết sử dụng câu hỏi đóng, câu hỏi mở và cặp câu hỏi đối chứng một cách linh hoạt để hỏi về diễn biến ca bệnh, trước kia khi gặp những người bệnh kể bệnh dài dòng, lan man sinh viên thường

lúng túng, giờ các em biết cách sử dụng câu hỏi đóng một cách lịch sự để ngắt hoặc chuyển nội dung giao tiếp khác” (thảo luận nhóm giảng viên).

“Trước chúng em thường chỉ hỏi tiền sử bệnh, bây giờ chúng em đã hỏi tiền sử đầy đủ hơn trước ạ, từ tiền sử dị ứng, tiền sử tiêm chủng, tiền sử gia đình, tiền sử dịch tễ và tiền sử thai sản...” (thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Các em khi hỏi tiền sử đã khai thác khá đầy đủ. Tuy nhiên các em cần chú ý khai thác thêm tiền sử từ các mối quan hệ đặc biệt, tiền sử liên quan đến các bệnh truyền nhiễm và các thói quen liên quan đến sức khỏe sẽ giúp chẩn đoán bệnh tốt hơn” (thảo luận nhóm giảng viên).

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Hiển ở sinh viên sắp tốt nghiệp ở 8 trường Đại học Y cho thấy điểm trung bình kỹ năng khai thác bệnh sử là 3,10 theo thang điểm 4 [24].

Một nghiên cứu của Josephine L.Dorsch và cộng sự [79] trên sinh viên y khoa năm thứ 3, tiến hành một khảo sát trước-sau và test về kỹ năng được phát triển để đo lường thái độ và sự thành thạo trong việc áp dụng EBM. Sinh viên Y3 tình nguyện tham gia khảo sát và các test về kỹ năng được bắt đầu và hoàn thành trong 12 tuần ở khoa Nội. 88% sinh viên tham gia khảo sát trước can thiệp, 68% sinh viên tham gia khảo sát sau can thiệp. Điểm trung bình trước can thiệp về đặt câu hỏi lâm sàng rõ ràng, tìm ra bằng chứng lâm sàng tốt nhất tương ứng với kỹ năng hỏi tiền sử, hỏi bệnh sử là khoảng 3 điểm; Sau can thiệp là 4 điểm theo thang điểm 5 với $p < 0,05$.

Về kỹ năng làm bệnh án bảng 3.29, 3.30 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của nhóm can thiệp đã tăng 5,16 điểm ($p < 0,01$), trong khi nhóm không can thiệp chỉ tăng 2,28 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình kỹ năng làm bệnh án của nhóm can thiệp đã tăng 26,24 điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng chỉ tăng 16,31 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.30 cho thấy chênh lệch điểm sau can thiệp 9 tuần giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 3,97 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; chênh lệch điểm sau can thiệp 2 năm giữa nhóm nhóm chứng và nhóm can thiệp là 11,02 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho kết quả tương tự:

“Trước chúng em làm bệnh án mất hơn 2 tiếng, hiện nay chúng em làm bệnh án nhanh hơn và tốt hơn nhiều ạ, chúng em thấy dạy-học tích cực rất hữu ích ạ”(thảo luận nhóm sinh viên Y6).

“Kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sử, hỏi tiền sử và làm bệnh án là kỹ năng cơ bản và rất quan trọng trong ngành y, sau 2 năm từ chỗ chưa biết cách làm bệnh án, sinh viên làm nhanh và đầy đủ hơn trước nhiều” (thảo luận nhóm giảng viên).

Nghiên cứu so sánh nhóm sử dụng mô hình dạy-học tích cực SNAPPS với nhóm trình bày ca bệnh theo cách truyền thống, kết quả cho thấy 6,67% sinh viên ở nhóm sử dụng mô hình SNAPPS đưa ra bản thảo và tự nguyện lựa chọn vấn đề liên quan so với nhóm truyền thống chỉ là 1,08%. Nhóm SNAPPS đưa ra trung bình 1,81 chẩn đoán phân biệt so với 1,42 ở nhóm truyền thống. Thời gian trình bày ca bệnh nhóm SNAPPS là 12 phút so với nhóm truyền thống là 11,2 phút với $p > 0,05$ [98].

Một nghiên cứu của Josephine L.Dorsch và cộng sự trên sinh viên y khoa năm thứ 3. Một cuộc khảo sát về kỹ năng được phát triển để đo lường thái độ và sự thành thạo trong việc áp dụng EBM. Sinh viên Y3 tình nguyện tham gia khảo sát và các test về kỹ năng được bắt đầu và hoàn thành trong 12 tuần ở khoa Nội. 88% tham gia khảo sát trước can thiệp, 68% sinh viên tham gia khảo sát sau can thiệp. Kết quả cho thấy việc đưa ra câu hỏi lâm sàng logic với điểm trung bình là 6,23; Trả lời tự tin về quản lý bệnh nhân với điểm trung bình là 5,98; đặt câu hỏi rõ ràng và tập trung (hỏi tiền sử và bệnh sử) với điểm trung bình là 5,23; Đưa ra hiệu quả điều trị hoặc kết luận chẩn đoán với điểm trung bình là 1,40 theo thang từ 0-7 [79];

Wolpaw Terry và cộng sự so sánh nhóm sử dụng mô hình SNAPPS (19 ca) và nhóm trình bày ca bệnh truyền thống (41 ca) cho thấy quá nửa (55%; 24/44) sinh viên sử dụng mô hình SNAPPS đưa ra bản khoản về lập luận chẩn đoán (bao gồm chẩn đoán sơ bộ và kế hoạch ưu tiên, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán xác định) trong khi nhóm so sánh ít hơn một phần tư sinh viên (24%, 9/38) đưa ra bản khoản về lập luận chẩn đoán với $p=0,004$), theo đánh giá của giáo viên nhóm sử dụng mô hình SNAPPS đưa ra bản khoản về khám lâm sàng; điều trị và kế hoạch quản lý bệnh nhân; tiên lượng và tư vấn về bệnh, bảo hiểm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p=0,968$) so với nhóm sử dụng OMP [111].

SV đưa ra bản khoản chiếm 2/3 ca trình bày trong tất cả 60 ca trình bày (41/60; 68%). Tất cả sinh viên trong nhóm SNAPPS đưa ra ít nhất 1 bản khoản trong mỗi ca trình bày chiếm 100% so với nhóm 54% SV (22/41) ở nhóm so sánh với ($p=0,0001$).

Nghiên cứu của Wolpaw Terry và cộng sự tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên trong năm 2004-2005 với 64 SV trong 3 nhóm: một nhóm đào tạo SNAPPS, một nhóm đào tạo có phản hồi, một nhóm hướng dẫn thông thường. Các tác giả ghi được 66 ca bệnh nhóm sử dụng SNAPPS, 67 ca nhóm so sánh, 82 ca bệnh nhóm trình bày thông thường. Sinh viên ở nhóm sử dụng SNAPPS kết quả vượt trội hơn nhóm so sánh và nhóm thông thường. Thời gian trình bày ca bệnh ở nhóm SNAPPS không dài hơn nhóm trình bày ca bệnh một cách thông thường nhưng dài hơn một phút so với nhóm so sánh [111].

Ngày nay dạy-học lâm sàng không chỉ cung cấp kiến thức để chẩn đoán và điều trị bệnh mà còn dạy kỹ năng giao tiếp, tư duy lâm sàng, kỹ năng giải quyết vấn đề, ra quyết định.

Nghiên cứu cho thấy với dạy học nhóm nhỏ chỉ đạt được kết quả tốt khi GV là những người có bề dày kinh nghiệm và có trình độ chuyên môn giỏi và có phương pháp tốt [90].

Nghiên cứu của Seiki và cộng sự được thực hiện từ năm 2011 đến 2013, với sự tham dự của 71 học viên nội trú thực tập ở hai bệnh viện. Họ được chia ngẫu nhiên, một nhóm sử dụng mô hình SNAPPS, một nhóm sử dụng mô hình OMP. Kết quả chỉ ra nhóm sử dụng SNAPPS đưa ra câu hỏi và bản thảo nhiều hơn nhóm sử dụng OMP, khác biệt có ý nghĩa thống kê [100].

Bảng 3.32, 3.34 cho thấy: tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng trước can thiệp ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đều rất thấp, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau can thiệp 9 tuần, tỷ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng hơn so với nhóm không can thiệp ở hầu hết các nội dung của kỹ năng khám lâm sàng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ sinh viên nhóm can thiệp thực hiện một số nội dung trong kỹ năng khám lâm sàng như giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo và xin phép; thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân; sử dụng kỹ thuật hợp lý sau can thiệp cao hơn trước can thiệp với $p > 0,05$. Sau can thiệp 2 năm, tỉ lệ % sinh viên ở nhóm can thiệp thực hiện kỹ năng khám lâm sàng có sự cải thiện ở tất cả các nội dung so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ % sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp ở nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ so với nhóm chứng ở tất cả các nội dung, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.33 cho thấy hiệu quả can thiệp sau 9 tuần đối với một số việc sinh viên thực hiện trong buổi học lâm sàng đạt từ 19,8% đến 50,2%. Bảng 3.35 cho thấy hiệu quả can thiệp sau 2 năm đối với một việc sinh viên thực hiện trong buổi học lâm sàng cao nhất là nội dung thảo luận nhóm 65,3%, tiếp theo là nội dung thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công là 51,3%, thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh là 48,4%; tự học lâm sàng tại buồng bệnh là 35,7%; học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của

giảng viên/ nhân viên y tế là 32,5%; thấp nhất là nội dung kiến tập phẫu thuật/thủ thuật là 25,4%.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên sinh viên Y khoa, kết quả có 77,03% sinh viên xác định phương pháp giúp tiếp thu được kỹ năng khám bệnh; 75,51% xác định phương pháp này có hiệu quả hơn phương pháp trình bày bệnh án truyền thống. Nghiên cứu này cho rằng phương pháp học tập tích cực là phương pháp hữu ích và có hiệu quả [8].

Aagaard và cộng sự nghiên cứu trên 116 giảng viên tại 7 trường Đại học trong năm 2010, mô hình dạy-học tích cực giúp đánh giá kỹ năng khám lâm sàng tốt hơn so với mô hình truyền thống [59].

Furney và cộng sự [71] tiến hành một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên. Theo ý kiến của 120 bác sĩ thực tập nội trú và sinh viên, nhóm can thiệp có sự cải thiện về điểm số ở gần như tất cả các nội dung so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Kỹ năng khám lâm sàng điểm trung bình thay đổi giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng là 0,21, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu khác của Elizabeth Eckstrom và cộng sự, can thiệp trên 68 giảng viên với mô hình “Microskills” cho kết quả tương tự. Nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện kỹ năng khám lâm sàng sau can thiệp, có ý nghĩa thống kê [69]. Điều này là một minh chứng cho thấy biện pháp dạy-học tích cực là hữu ích đối với dạy-học lâm sàng. Furney và cộng sự cho rằng OMP là mô hình được sử dụng rộng rãi để cải thiện kỹ năng dạy-học lâm sàng, mô hình này dường như là tối ưu cho dạy-học khi mà giảng viên lâm sàng thường quá bận với công việc chuyên môn tại bệnh viện [71]. Cũng theo Sarah Parrott, D.O và cộng sự, sử dụng tiểu kỹ năng “Microskills” giúp tăng sự phản hồi tích cực từ giảng viên và hữu ích hơn mô hình dạy-học lâm sàng truyền thống trong việc đưa ra kết luận, đánh giá người học, và việc lập kế hoạch học tập của sinh viên [98].

Nghiên cứu so sánh mô hình truyền thống và OMP, Irby và cộng sự chứng minh rằng sử dụng mô hình truyền thống phù hợp hơn để dạy-học kỹ

năng khám lâm sàng. Irby cho rằng mô hình OMP thay đổi cách dạy-học lâm sàng từ dạy-học các kỹ năng chung hướng tới dạy-học ca bệnh cụ thể [78].

Một nghiên cứu khác của Elizabeth Eckstrom và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá tiểu kỹ năng “Microskills” trong mô hình OMP, bao gồm sinh viên đánh giá, giảng viên tự đánh giá. Sinh viên đánh giá cho kết quả điểm trung bình kỹ năng khám bệnh ở nhóm can thiệp là 3,46 tăng hơn so với nhóm chứng lần lượt là 3,31, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [69].

Bảng 3.36, 3.38 cho thấy tỉ lệ một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng như thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công; kiến tập phẫu thuật, thủ thuật; tự học lâm sàng tại buồng bệnh; học lâm sàng dưới sự hướng dẫn của giảng viên/ nhân viên y tế; thảo luận nhóm ca lâm sàng trước can thiệp của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau can thiệp 9 tuần, tỉ lệ một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng của nhóm can thiệp đã tăng lên đáng kể so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Sau can thiệp 2 năm, tỉ lệ một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng của nhóm can thiệp đã tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp với $p < 0,001$. Tỷ lệ một số việc sinh viên làm trong buổi học lâm sàng ở nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ so với nhóm chứng ở hầu như tất cả các nội dung, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc biệt là tỉ lệ sinh viên tự học lâm sàng tại buồng bệnh và sinh viên thảo luận nhóm sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng lên đáng kể. Điều này chứng tỏ một số biện pháp can thiệp là hữu ích.

Bảng 3.37; 3.39 cho thấy hiệu quả can thiệp sau 9 tuần đối với một số việc sinh viên thực hiện trong buổi học lâm sàng đạt từ 19,8% đến 50,2%, hiệu quả can thiệp sau 2 năm đối với một việc sinh viên thực hiện trong buổi học lâm sàng đạt từ 25,4% đến 65,3%. Một nghiên cứu được thực hiện trên 66 sinh viên năm thứ ba của Bộ môn Vật lý trị liệu, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trước và sau khi áp dụng phương pháp dạy học tích cực cho kết quả

tương tự, trước khi áp dụng phương pháp dạy-học tích cực sinh viên chưa đạt mục tiêu thực tập, bị lúng túng và còn nhiều thiếu sót (21,9%); gặp khó khăn trong việc tham khảo hồ sơ bệnh án trước khi điều trị (43,7%); chưa thể thực hiện các bài tập cho người bệnh hiệu quả và đúng kỹ thuật (53,1%); sinh viên học tập lâm sàng còn thụ động, ít suy nghĩ về việc thực hiện kỹ năng (71,9%); sinh viên chưa được giảng viên hướng dẫn thiết lập kế hoạch và giao nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng và phù hợp (34,3%); Các tỉ lệ khảo sát đạt từ 88,2% đến 100% sau khi áp dụng phương pháp dạy-học tích cực [10].

Nghiên cứu giả thực nghiệm trên 259 sinh viên năm thứ 4 trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đang thực hành tại bệnh viện Sản cho thấy thái độ của học viên về phương pháp dạy-học PBL/EBM là rất tốt điểm trung bình là gần 5 theo thang điểm 6. Điều này có nghĩa sinh viên nhận ra tính ưu việt của thực hành dựa trên y học chứng cứ; sinh viên nhận ra chương trình thực tập theo PBL/EBM sẽ trở thành cách đào tạo có tính giá trị cao; sinh viên sẽ tạo ra cho mình thói quen truy cập các website (Pubmed/ Medline) khi cần tham khảo tài liệu [44]. Nghiên cứu này cho thấy kết quả học tập cuối kì khác biệt có ý nghĩa giữa 2 PP PBL/EBM với phương pháp truyền thống, trong đó với thang điểm 10 cho mỗi câu hỏi, tổng điểm 5 câu hỏi của phần được học PBL/EBM là 36,56; tổng điểm cho 5 câu hỏi của phần học theo PP cổ điển là 32,55. Kết quả học tập khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44]. Điểm trung bình về thay đổi hành vi và kỹ năng trước và sau can thiệp dạy-học phương pháp PBL/EBM. sinh viên đã tăng cường việc sử dụng các bằng chứng từ các nghiên cứu lâm sàng nhằm giải quyết những vấn đề lâm sàng họ gặp phải. Hành vi phát triển khác biệt có ý nghĩa khi so sánh bằng điểm lượng giá trước và sau can thiệp với $p = 0,021$ cho câu hỏi đánh giá: Đánh giá các bằng chứng trong y văn rất quan trọng trong việc đưa ra chẩn đoán cho bệnh nhân (4,98/6 so với 5,15/6) và $p = 0,05$ cho câu hỏi đánh giá cần ưu tiên hơn nữa cho huấn luyện khả năng đánh giá thông tin (4,86/6 so với 5). Các câu hỏi đánh giá định tính về sự phát triển kỹ năng trong ứng dụng EBM vào PBL. Cả

3 câu hỏi đều cho kết quả trước và sau can thiệp khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Đối với thái độ của SV, phương pháp dạy-học tích cực là rất tốt điểm trung bình đều gần 5/6. Điều này có nghĩa là SV nhận ra tính ưu việt của thực hành dựa trên chứng cứ; SV nhận ra chương trình thực tập theo PBL/EBM sẽ trở thành cách đào tạo có tính giá trị cao. SV sẽ tự tạo cho mình thói quen truy cập các website về y học khi cần tham khảo tài liệu [44].

Một nghiên cứu được thực hiện trên 66 sinh viên năm thứ ba của Bộ môn Vật lý trị liệu, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trước và sau khi điều chỉnh nội dung của phiếu đánh giá thực tập lâm sàng, xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành vật lý trị liệu tại các bệnh viện theo phương pháp dạy học tích cực, kết quả cho thấy trước khi điều chỉnh sinh viên chưa đạt mục tiêu thực tập, bị lúng túng và còn nhiều thiếu sót (21,9%); gặp khó khăn trong việc tham khảo hồ sơ bệnh án trước khi điều trị (43,7%); chưa thể thực hiện các bài tập cho người bệnh hiệu quả và đúng kỹ thuật (53,1%); sinh viên học tập lâm sàng còn thụ động, ít suy nghĩ về việc thực hiện kỹ năng (71,9%); sinh viên chưa được giảng viên hướng dẫn thiết lập kế hoạch và giao nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng và phù hợp (34,3%); Các tỉ lệ khảo sát đạt từ 88,2% đến 100% sau khi điều chỉnh xây dựng quy trình hướng dẫn thực tập chuyên ngành và nội dung phiếu đánh giá theo phương pháp dạy-học tích cực. Tỉ lệ này chứng tỏ có sự thay đổi rõ rệt trong cách đánh giá thực tập, thể hiện sự tiến bộ và thay đổi tốt qua các hoạt động thực tập lâm sàng, nhận thức và thái độ của sinh viên [10].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng trên 145 sinh viên Y khoa năm thứ 3, năm thứ 6 được chia thành 15 nhóm. Nghiên cứu này được theo dõi quan sát trực tiếp của 4 cán bộ giảng dạy. Qua áp dụng phương pháp học tích cực trên lâm sàng kết quả cho thấy 75,51% xác định phương pháp này có hiệu quả hơn phương pháp trình bày bệnh án truyền thống [8].

Aarnio M và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên sinh viên năm 1 tham dự làm việc nhóm trong 3 năm liên tiếp là 2006, 2007, 2008. Làm việc theo nhóm tập trung vào giao tiếp bằng lời trong các buổi hướng dẫn PBL và trong các nhóm chăm sóc sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cho thấy làm việc nhóm ở năm thứ 2, năm thứ 3 hữu ích hơn so với năm 1, khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu này làm rõ hơn nghiên cứu trước rằng việc dạy-học lâm sàng tích cực thúc đẩy kỹ năng phân tích, tư duy và kỹ năng làm việc nhóm [60]

Nghiên cứu của Wolpaw Terry và cộng sự tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên trong năm 2004-2005 với 64 sinh viên. Kết quả cho thấy sinh viên ở nhóm áp dụng mô hình dạy-học tích cực kết quả vượt trội hơn nhóm truyền thống [111].

Điều này có thể giải thích dạy-học tích cực làm tăng cường tính chủ động và hứng thú của sinh viên, thể hiện sự tiến bộ và thay đổi tốt qua các hoạt động thực tập lâm sàng, nhận thức và thái độ của sinh viên. Theo đó, những sinh viên chủ động học tập thì thu được nhiều kinh nghiệm và hài lòng hơn khi đi thực tập lâm sàng và rõ ràng họ cũng đạt được kết quả tốt hơn. Chính vì vậy, dạy-học tích cực là rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số kỹ năng lâm sàng cơ bản của sinh viên ở nhóm can thiệp đều có sự cải thiện. Điều này chứng tỏ một số biện pháp can thiệp dạy-học tích cực đối với sinh viên là hữu ích. Ngày nay dạy-học lâm sàng không chỉ cung cấp kiến thức để chẩn đoán và điều trị bệnh mà còn dạy kỹ năng giao tiếp, tư duy lâm sàng, kỹ năng giải quyết vấn đề, ra quyết định. Theo William H Welch “Giáo dục y học chưa kết thúc ở trường y: đó mới chỉ là sự khởi đầu”, phương pháp học lâm sàng tích cực, chủ động sẽ đồng hành cùng sinh viên y khoa trong suốt quá trình hoạt động nghề nghiệp.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng tới dạy-học lâm sàng của sinh viên đa khoa chính quy tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Thực trạng dạy-học lâm sàng:

+ Phương pháp dạy-học bên giường bệnh; dạy-học bên giường bệnh kết hợp thảo luận; dạy-học qua các buổi đi buồng; dạy-học qua buổi giao ban được sử dụng ở mức độ thường xuyên ở tất cả các khối sinh viên từ 65,9 % đến 83,7%. Phương pháp dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân được sử dụng ở mức thường xuyên là 32,9%. Một số phương pháp khác được sử dụng với mức độ thường xuyên thấp hơn.

+ Sinh viên thấy có hứng thú và rất hứng thú với hầu hết các phương pháp học lâm sàng. Riêng phương pháp dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân đa số sinh viên không hứng thú

+ Kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sử, tiền sử và kỹ năng làm bệnh án, kỹ năng khám lâm sàng đa số sinh viên chỉ đạt ở mức trung bình, rất ít sinh viên đạt được mức độ tốt

+ Phương pháp lượng giá lâm sàng được áp dụng nhiều nhất là làm bệnh án kết hợp hỏi vấn đáp; đánh giá kỹ năng thăm khám. Các phương pháp khác ít được áp dụng.

- Một số yếu tố ảnh hưởng đến học lâm sàng của sinh viên :

+ Số lượng sinh viên quá đông, số lượng giảng viên lâm sàng còn thiếu. Nhiều giảng viên lâm sàng chưa được tập huấn về phương pháp dạy-học lâm sàng, đặc biệt là giảng viên kiêm chức.

+ Cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài liệu học lâm sàng tại các bệnh viện thực hành còn thiếu và chưa đồng bộ.

2. Kết quả can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Trước can thiệp điểm trung bình của 4 kỹ năng giao tiếp; hỏi bệnh sử, hỏi tiền sử, làm bệnh án và tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đều rất thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Sau can thiệp 9 tuần, điểm trung bình 4 kỹ năng của nhóm can thiệp và tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng đã tăng lên đáng kể so với trước can thiệp và so với nhóm chứng.

Sau can thiệp 2 năm, điểm trung bình 4 kỹ năng của nhóm can thiệp và tỉ lệ sinh viên thực hiện kỹ năng khám lâm sàng đã tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp, sau can thiệp 9 tuần và nhóm chứng.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Đề tài là công trình đầu tiên trong nước nghiên cứu về thực trạng dạy-học lâm sàng tại một trường Đại học Y. Nghiên cứu đã đưa ra được các số liệu về thực trạng dạy-học lâm sàng. Các phương pháp dạy-học lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là học qua các buổi giao ban hàng ngày, học bên giường bệnh, học qua các buổi đi buồng điểm bệnh; các phương pháp học lâm sàng bằng nghiên cứu trường hợp, dựa trên vấn đề, dựa vào bằng chứng ít được áp dụng. Các kỹ năng sinh viên đạt được trong quá trình học lâm sàng ở mức độ trung bình và khá là chủ yếu. Hầu hết sinh viên đều hứng thú với các phương pháp học lâm sàng. Phương pháp lượng giá lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là trình bày bệnh án kết hợp hỏi thi vấn đáp trên giảng đường, phương pháp lượng giá bằng thi lâm sàng nhiều trạm ít được áp dụng

Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng dạy-học lâm sàng: số lượng sinh viên quá đông là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến dạy và học lâm sàng. Số lượng giảng viên lâm sàng còn thiếu. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài liệu dạy-học lâm sàng chưa tương xứng với số lượng sinh viên. Do ảnh hưởng của yếu tố xã hội, nên sinh viên ít có cơ hội được thực hành lâm sàng như trước đây.

Đề tài đã thực hiện được một số biện pháp can thiệp trên sinh viên, giảng viên, bước đầu thu được kết quả nhất định trên một số kỹ năng lâm sàng (kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, kỹ năng hỏi bệnh sử, hỏi tiền sử và kỹ năng làm bệnh án, kỹ năng khám lâm sàng) nhằm nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

KHUYẾN NGHỊ VÀ PHƯƠNG HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi xin đề xuất một số khuyến nghị sau:

- Tăng cường dạy-học kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân; kỹ năng hỏi tiền sử, hỏi bệnh sử, làm bệnh án và hướng dẫn sinh viên phương pháp học lâm sàng tích cực, chủ động trước khi đi thực tập tại bệnh viện.
- Cần đa dạng hoá hơn nữa các phương pháp dạy-học và lượng giá lâm sàng. Áp dụng thường xuyên các phương pháp mới như nghiên cứu trường hợp, microskills, đóng vai, thảo luận nhóm, học dựa trên vấn đề, học dựa trên bằng chứng, lượng giá lâm sàng bằng thi nhiều trạm.
- Xây dựng nội dung tài liệu, phương pháp dạy-học và lượng giá lâm sàng. Phát triển chương trình, tài liệu phù hợp để đào tạo lại cho các giảng viên lâm sàng. Hoàn thiện và áp dụng các tiêu chí đánh giá kỹ năng dạy-học lâm sàng. Tổ chức mạng lưới giám sát, đánh giá thường xuyên chất lượng dạy-học lâm sàng tại các bệnh viện thực hành.
- Đề tài này mới chỉ đánh giá thực trạng dạy-học lâm sàng trên đối tượng sinh viên đa khoa chính quy, mới thực hiện một số biện pháp can thiệp trên giảng viên, sinh viên đa khoa chính quy, đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp trên một số kỹ năng lâm sàng của sinh viên đa khoa chính quy như kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, kỹ năng hỏi bệnh sử, hỏi tiền sử và kỹ năng làm bệnh án, kỹ năng khám lâm sàng.
- Những nghiên cứu hơn nữa là cần thiết, nhất là các nghiên cứu can thiệp, cần tiếp tục nghiên cứu trên các đối tượng khác như sinh viên cử nhân điều dưỡng, đa khoa liên thông, học viên sau đại học, đánh giá kết quả trên nhiều kỹ năng lâm sàng hơn nữa và mở rộng nghiên cứu ở các Trường Đại học Y khác trong cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2012). Kiến thức - Thái độ - Kỹ năng cần đạt khi tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Nhà xuất bản y học.
2. Bộ Giáo dục & Đào tạo (2001). Quyết định số 12/2001/QĐ-BGD&ĐT của Bộ trưởng Bộ Giáo dục & Đào tạo về việc ban hành chương trình khung các ngành đào tạo đại học cao đẳng thuộc nhóm ngành Khoa học sức khỏe ngày 26 tháng 7 năm 2001.
3. Bộ Y tế (2015) ra quyết định số 1854/QĐ-BYT, ngày 18 tháng 5 năm 2015 về việc phê duyệt tài liệu “Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa”.
4. Nguyễn Văn Bàng, Nguyễn Thị Vân Anh (2011). Đánh giá hiểu biết, thực trạng và nhu cầu học lâm sàng theo phương pháp tích cực của trường đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học, 72, 1.
5. Hoàng Đình Cầu (1978). Giáo dục học trong ngành y tế. Nhà xuất bản Y học.
6. Hoàng Công Chánh, Vũ Thị Phương (2013). Thực trạng áp dụng phương pháp dạy học dựa trên vấn đề tại bộ môn Điều Dưỡng. www.thuvienykhoa.vn/chi-tiet-tai-lieu/.../3022.yhoc
7. Vũ Đình Chính, Trần Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Liên và CS (2006): Điều tra thực trạng đội ngũ giáo viên giảng dạy chuyên ngành kỹ thuật y tế. Y học Việt Nam, 3, 33-41
8. Lê Văn Cường (2008). Nghiên cứu phương pháp dạy-học tích cực trên LS. Y học TP.HCM, 12, 1.
9. Nguyễn Văn Cường-Bernd Meier (2014). Lí luận dạy học hiện đại. Nhà xuất bản đại học sư phạm

10. Nguyễn Ánh Chí, Nguyễn Thị Cẩm Phượng (2013). Khảo sát sự thay đổi phương pháp đánh giá thực tập lâm sàng của sinh viên vật lý trị liệu, khoa điều dưỡng kỹ thuật y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.17, 4 , 275- 283
11. Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Văn Mùi & CS (2011). Dạy-học tích cực trong đào tạo y học. Đại học Y Dược Hải Phòng.
12. Trương Việt Dũng (2014). Phương pháp nghiên cứu khoa học. Nhà xuất bản y học.
13. Phạm Thị Minh Đức (2009): “Nghiên cứu thực trạng nhận thức và thực hành y đức của bác sỹ ở ba tuyến bệnh viện huyện, tỉnh, trung ương”. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ.
14. Phạm Thị Minh Đức, Đinh Hữu Dung và cộng sự (1999). Dạy-học tích cực trong đào tạo y học. Nhà xuất bản y học
15. Phạm Thị Minh Đức, Đinh Hữu Dung và cộng sự (2011). Phương pháp dạy-học tích cực. Nhà xuất bản y học
16. Nguyễn Thu Hà (2011), Phản hồi của sinh viên về hoạt động giảng dạy của giảng viên trường đại học Y Hà Nội năm học 2010-2011. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa-trường đại học Y Hà Nội
17. Trần Bá Hoàn (2003).Dạy học lấy người học làm trung tâm: nguồn gốc, bản chất, đặc điểm. TTKHGD Số 96, Tr.1-5
18. Châu Ngọc Hoa (2008). Dạy kỹ năng lâm sàng và kỹ năng thực hành. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12, 1.
19. Đặng Vũ Hoạt-Hà Thị Đức (2013). Lí luận dạy học Đại học. Nhà xuất bản Đại học sư phạm.
20. Nguyễn Thị Phương Hoa (2014). PISA và những vấn đề của giáo dục Việt Nam. Nhà xuất bản Đại học sư phạm.
21. Ngô Gia Hy (2002). Dạy và học Đại học Y khoa. Nhà xuất bản trẻ

22. Lê Thu Hoà, Nguyễn Đức Hình, Lê Thị Tài (2011). Nhu cầu dạy-học đạo đức y học tại tám trường Đại học Y của Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu y học, 72, 1, 185-142
23. Lê Thu Hòa, Phạm Thị Minh Đức, Lê Thị Tài và CS (2009). Nhận xét của sinh viên ở một số trường Đại học Y về thực trạng dạy/học và các biểu hiện vi phạm Y đức. Y học Việt Nam, 358,1,6-12.
24. Nguyễn Thế Hiền (2016). Thực trạng đảm bảo chất lượng giáo dục cơ sở đào tạo bác sĩ đa khoa, đề xuất và thử nghiệm một số tiêu chí đánh giá chất lượng. Luận án tiến sĩ Y tế công cộng. Đại học Y Hà Nội.
25. Bùi Minh Hiền (2013). Lịch sử giáo dục thể giới. Nhà xuất bản đại học sư phạm.
26. Nguyễn Thị Đoàn Hương, Trương Đình Kiệt, Trần Quang Trung & CS (2004). Đánh giá việc dạy và học huấn luyện kỹ năng y khoa tại đơn vị huấn luyện kỹ năng y khoa, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh trong hai năm năm học 2001-2002 và 2002-2003. Y học TP. Hồ Chí Minh, 8, 1, 130-136.
27. Trần Thị Thanh Hương, Lê Thu Hoà, Nguyễn Thu Thuỷ, Phạm Thị Minh Đức (2002). Nghiên cứu thực trạng phương pháp dạy học kiến thức tại trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí NCYH, 20, 4, 63-69.
28. Lưu Ngọc Hoạt (2015). Phương pháp Nghiên cứu khoa học. Nhà xuất bản y học
29. 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. Đại học quốc gia Hà Nội.
30. Nguyễn Kỳ (1995). Phương pháp giáo dục tích cực lấy người học làm trung tâm. Nhà xuất bản Giáo dục.

31. Nguyễn Đức Lĩnh, Nguyễn Thị Thanh Quyên, Hồ Thị Lệ và CS (2011). Thực trạng về học lâm sàng của sinh viên bác sĩ đa khoa tại khoa y dược trường Đại học Tây nguyên năm 2011. Kỷ yếu Hội nghị sinh viên tám trường Đại học Y Việt Nam lần thứ 2.
32. Vũ Khắc Lương (2006). Bước đầu tìm hiểu chương trình và phương pháp giảng dạy tại một số trường Đại học Y. Y học thực hành, 555,10, 44-48
33. Nguyễn Minh Lợi (2012). Đề xuất một số giải pháp về chính sách trong đào tạo nhân lực y tế trong giai đoạn hiện nay. Y học thực hành, 824, 6.
34. Nguyễn Bích Loan, Nguyễn Thị Đoàn Hương, Trần Quang Trung và cộng sự (2005). Lượng giá kỹ năng giao tiếp của sinh viên y khoa năm thứ tư tại đơn vị kỹ năng y khoa. Y học TP.HCM, 9, 1.
35. Tôn Quang Minh (2014). Tiếp cận quan điểm dạy học lấy người học làm trung tâm. Tạp chí Giáo dục và Xã hội, 34+35, 95+96, 40-41,
36. Võ Thành Nhân (2009). Sinh viên Đại học Y-Dược thành phố Hồ Chí Minh học tập như thế nào. Y học TP HCM,13, 1, 34-40.
37. Đặng Vạn Phước, Trần Ngọc Bảo, Trần Thị Bích Hương (2006). Lượng giá kỹ năng lâm sàng sinh viên y khoa năm thứ tư bằng 2 phương pháp OSCE và bệnh án lâm sàng kinh điển. Y học TP.HCM, 10, 1.
38. Vũ Văn Quang, Nguyễn Ngọc Sáng và CS (2010). Thực trạng học tích cực tiền lâm sàng của sinh viên Đại học Y Hải Phòng. Y học thực hành, 356, 465-469.
39. Nguyễn Ngọc Sáng và CS (2007). Bài giảng huấn luyện kỹ năng y khoa. Nhà xuất bản Y học Hà Nội

40. Nguyễn Thị Thắm (2009). Đánh giá thực trạng giảng dạy và kiến thức, thái độ của sinh viên đa khoa chính quy, trường Đại học Y Hải Phòng về HIV/AIDS. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại học Y Hải Phòng
41. Đào Hồng Thu (1996), Về vấn đề dạy học lấy học sinh làm trung tâm, T/T Công trình khoa học, tr 17-23, ĐHBK Hà Nội
42. Nguyễn Thị Thu (2008). Nghiên cứu một số yếu tố môi trường học tập và phương pháp dạy/học qua ý kiến của sinh viên tại trường Đại học Y Hà Nội và Đại học Y Thái Nguyên. Trường đại học Y Hà Nội
43. Nguyễn Thị Anh Thư (2010). Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng giao tiếp với người bệnh của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Hải Phòng. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại học Y Hải Phòng
44. Võ Minh Tuấn, Bành Thanh Lan, Trần Thị Lợi (2010). Đánh giá hiệu quả của chương trình giảng dạy theo y học chứng cứ (Evidence-based medicine) cho sinh viên y khoa năm thứ tư tại bộ môn phụ sản. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14, 1.
45. Phạm Văn Thức, Nguyễn Ngọc Sáng, Nguyễn Thị Dung và cộng sự (2012). Phương pháp dạy-học lâm sàng. Nhà xuất bản y học Hà Nội.
46. Nguyễn Văn Tư và CS (2011). Học tích cực trong thực hành lâm sàng của sinh viên Đại học Y Dược Thái Nguyên thực trạng và giải pháp. Kỷ yếu Hội nghị sinh viên tám trường đại học Y Việt Nam lần thứ 2, 131-144.
47. Phạm Văn Thức, Nguyễn Ngọc Sáng, Phạm Văn Hán, Trần Quang Phục, Nguyễn Văn Hùng, Dương Thị Hương, Phạm Minh Khuê(2012). Phương pháp nghiên cứu lâm sàng-Dịch tễ học. Nhà xuất bản Y học
48. Trường Đại học Y khoa Hà Nội (2011). Tài liệu hướng dẫn dạy học thực hành cộng đồng cho giảng viên. Nhà xuất bản y học

49. Trường Đại học Y khoa Hà Nội (2013). Bài giảng kỹ năng giao tiếp cho sinh viên y khoa. Nhà xuất bản y học.
50. Trường Đại học Dược Hà Nội (2012). Tài liệu hướng dẫn tập huấn kỹ năng dạy học chủ động. Nhà xuất bản y học
51. Trường Đại học Y khoa Hà Nội (2013). Bài giảng dạy-học lâm sàng qua tình huống. Nhà xuất bản y học.
52. Trường Đại học Y Thái Bình (2010). Dạy học tích cực và lượng giá sinh viên trong đào tạo y học. Nhà xuất bản y học
53. Trường Đại học Y Thái Bình (2011). Khái quát lượng giá và lượng giá kiến thức-thực hành. Nhà xuất bản y học.
54. Trường Đại học Y Thái Bình-Tiểu dự án Việt Nam-Hà Lan (2011). Lượng giá Kỹ năng thực hành. Nhà xuất bản Y học Hà Nội
55. Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên (2012). Phương pháp Giảng dạy đại học. Nhà xuất bản Y học Hà Nội
56. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (2014). Chương trình đào tạo Bác sĩ đa khoa hệ dài hạn.
57. Nguyễn Văn Việt (2009). Vận dụng “Phương pháp dạy-học tích cực” trong quá trình dạy-học môn giáo dục học ở trường CDSP Ngô Gia Tự-Bắc Giang. Luận văn Thạc sĩ Khoa học giáo dục
58. Lý Văn Xuân (2008). Khả năng thực hiện các kỹ năng lâm sàng của sinh viên y đa khoa khoa Y2001 và so sánh với khóa Y2000. Y học TP HCM, 12, 1.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

59. Aagaard, Eva; Teherani, Arianne; Irby, David M (2004). Effectiveness of the One-Minute Preceptor Model for Diagnosing the Patient and the Learner: Proof of Concept. Academic Medicine, 79,1,42-49

60. Aarnio M, Nieminen J, Pyörälä E, Lindblom-Ylänne S (2010). Motivating medical students to learn teamwork skills. *Med Teach*, 32, 4, 199-204
61. Alan Bleakley, John Bligh, Julie Browne (2011). *Medical Education for the Future*. Springer Science+Business Media B.V.
62. Almohiy HM and Davidson R (2011). Evaluating the clinical teaching of medical imaging students at Curtin University of technology, Australia. *Biomedical Imaging and Interv J*, 7, 3.
63. Brandon H Hidaka, Anila Asghar, C Athena Aktipis, et al (2015). The status of evolutionary medicine education in North American medical schools. *BMC Medical Education*, 15-38.
64. Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, et al (2010). “Could I add something?”. Teaching communication by intervening in real time during a clinical encounter. *Acad Med*, 85, 1048–1051.
65. Crumlish CM, et al (2009). Quantification of bedside teaching by an academic hospitalist group. *J Hosp Med*, 4, 304-307
66. DaRosa DA, Skeff K, Friedland JA, et al (2011). Barriers to effective teaching. *Acad Med*, 86, 4, 453-459.
67. Dolmans DH, Wolfhagen IH, Heineman E, et al (2008). Factors adversely affecting student learning in the clinical learning environment: a student perspective. *Edu Health (Abingdon)*, 21, 3, 32.
68. Elie A Akl, Reem M, Mark C.W, et al (2009). Curricula for teaching the content of clinical practice guidelines to family medicine and internal medicine residents in the US: a survey study. *Implementation Science*, 4, 59

69. Elizabeth Eckstrom, Lou Homer, Judith L, et al(2006). Measuring Outcomes of a One-Minute Preceptor Faculty Development Workshop. *Journal of General Internal Medicine*,21,5,410–414,
70. Friedlaender D (2014). Student-Centered Learning: Dozier-Libbey Medical High School. Stanford Center for Opportunity Policy in Education.
71. Furney SL, Orsini A, Orsetti KE, et al (2001). Teaching the one-minute preceptor: a randomized control trial. *J Gen Intern Med*, 16, 620–4.
72. Green Gary M; Chen Esther H (2015). Top 10 Ideas to Improve Your Bedside Teaching in a Busy Emergency Department. *Emerg Med J*, 32,1, 76-77.
73. Gonzalo JD, Chuang CH, Huang G, Smith C (2010). The return of bedside rounds: An educational intervention. *J Gen Intern Med*, 25, 792–798.
74. Gonzalo, Jed D; Haidet, Paul, et al(2015). Educating for the 21st-Century Healthcare System: An Interdependent Framework of Basic, Clinical and Systems Sciences. *Acad Med*.
75. Guishu Zhong & Xia Xiong (2010), Analysis of factor influencing current practice of clinical medicine education. *Asian Social Science* 6, 7.
76. Hoat Luu Ngoc (2008). Moving the mountain: Renovating medical education in changing VietNam. PhD thesis
77. Heidi L.L, Stephen E.D (2006): First-year medical students prefer multiple learning styles. *Advances in Physiology Education*, 30, 13-16.
78. Irby DM, Aagaard E, Teherani A (2004). Teaching points identified by preceptors observing one-minute preceptor and traditional preceptor encounters. *Acad Med*, 79,50–55.

79. Josephine L. Dorsch, Meenakshy K. Aiyer, Lynne E. Meyer (2004). Impact of an evidence-based medicine curriculum on medical students' attitudes and skills. *J Med Libr Assoc*, 92, 4.
80. Karani Reena, Chheda Shobhina G. Dunn Kathel, P Locke Kenneth, and Bates Carol K (2010). Update in Medical Education. *J Gen Intern Med*, 26, 1, 83-87.
81. Kari S.J, EdD, MNS, RN (2000). Evaluating the Student Clinical Learning Environment: Development and Validation of the SECEE Inventory, *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4, 1.
82. Maya M. Hammoud (2007). Teaching Skills for the Preceptor: Learner-Centered Model. *The Association of Professors of Gynecology and Obstetrics*.
83. McManus I.C, Richards P, Winder B.C (1998): Clinical experience, performance in final examinations and learning style in medical students. *BMJ*, 316, 31.
84. Molodysky E (2007). Clinical teacher training Maximising the 'ad hoc' teaching encounter. Reprinted from *Australian Family Physician*, 36, 12,
85. Neher, J.O, Gordon, K.C., Meyer, B., and Stevens, N (1992). A five-step 'microskills' model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract* 1992; 5, 419-424;
86. Neher JO, Stevens NG (2003). The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. *Fam Med*, 35, 6, 391-393.
87. Neville A.J (2009). Problem-based learning and medical education forty years on: a review of its effects on knowledge and clinical performance. *Medical Principles and Practice*, 18, 1-9

88. Nixon LJ, Bordage GB, Schwartz A, et al (2014). SNAPPS-Plus: An educational prescription to facilitate formulating and answering clinical questions. *Academic Medicine*, 89, 1174-1179
89. Oranye NO, Ahmad C, Ahmad N, et al (2012). Assessing nursing clinical skills competence through objective structured clinical examination (OSCE) for open distance learning students in Open University Malaysia. *Contemp Nurse*, 41, 2, 233-241.
90. Peets AD, Lara Cooke, Bruce Wright, et al (2010). A prospective randomized trial of content expertise versus process expertise in small group teaching. *BMC Medical Education*.
91. Pascoe JM, Nixon J, Lang VJ (2015). Maximizing teaching on the wards: review and application of the One-Minute Preceptor and SNAPPS models. *J Hosp Med*, 10, 2, 125-30.
92. Peets AD, Coderre S, Wright B, et al (2009). Involvement in teaching improves learning in medical students: a randomized cross-over study *BMC Medical Education*.
93. Rahimi, et al (2016) Learning Styles of Medical and Midwifery Students in Mashhad University of Medical Sciences. *IIOABJ*, 7, 2, 568-571
94. Ramani S (2003). Twelve tips to improve bedside teaching. *Medical teacher*, 25, 112-115
95. Rezaee R, Ebrahimi S (2013). Clinical learning environment at Shiraz Medical School. *Acta Med Iran*, 51, 1, 62-65.
96. Robin, L.S (1996). A model of student satisfaction with the medical school learning environment. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED394481.pdf>

97. Salerno SM, O'Malley PG, Pangaro LN, et al (2002). Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*, 17, 779–787.
98. Sarah Parrott, Llison Dobbie, Heidi Chumley (2006). One minute preceptor-or five teaching microskills. *Family Medicine Magazine*, 38, 3, 167-7
99. Sawanyawisuth K, Schwartz A, Wolpaw T, Bordage G (2015). Expressing clinical reasoning and uncertainties during a Thai internal medicine ambulatory care rotation: does the SNAPPS technique generalize? *Med Teach*, 37, 4, 379-384
100. Seki Masayasu, Otaki Junji, Breugelmans Raoul, et al (2016). How do case presentation teaching methods affect learning outcomes?-SNAPPS and the One-Minute preceptor. *BMC Medical Education*, 16, 12.
101. Shankar P.R, Dubey A.K (2006). Learning styles of preclinical students in a medical college in western Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 4, 3, 15, 390-395.
102. Spickard A, Corbett EC, Schorling JB (1996). Improving residents' teaching skills and attitudes toward teaching. *J Gen Intern Med*, 11, 475-80.
103. Stickrath, Chad; Aagaard, Eva; et al (2013). MiPLAN: A Learner-Centered Model for Bedside Teaching in Today's Academic Medical Centers. *Academic Medicine*, 88, 3
104. Simon SR, Davis D, Peters AS, Skeff KM, Fletcher RH (2003). How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *J Gen Intern Med*, 18, 9, 730-735.

105. Lam TP, Irwin M, Chow LW, Chan P(2002). Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum-factors affecting students' learning. *Medical Education*,36,3, 233–240,
106. Thomas J.B, Amit K.G (2004). How Reliable Are Assessments of Clinical Teaching? *J Gen Intern*, 19, 971–977.
107. Van der Veken J, Valcke M, De Maeseneer J, Derese A (2009). Impact of the transition from a conventional to an integrated contextual medical curriculum on students' learning patterns: a longitudinal study. *Med Teach*,31,5,433-441.
108. Walton J.M, Steinert Y (2010). Patterns of interaction during rounds: implications for work- based learning. *Medical Education*, 44, 550-558
109. William B. Jeffries, Kathryn N. Huggett Editors (2010). *An Introduction to Medical Teaching*. Springer Science+Business Media B.V.
110. Wolpaw T, Papp KK, Bordages G (2009). Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: A randomized comparison group trial. *Acad Med*,84,517–524.
111. Wolpaw Terry, Côté Luc, Papp Klara K, and Bordage Georges (2012). Student Uncertainties Drive Teaching During Case Presentations: More So With SNAPPS. *Academic Medicine*,87, 9
112. WOLPAW TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS (2003): A Learner-Centered Model for Outpatient Education. *Academic Medicine*,78,893-89
113. William E. Cayley Jr, Mdiv (2011). Effective Clinical Education: Strategies for Teaching Medical Students and Residents in the Office. *WMJ*,110,4,178-81.

114. William B. Jeffries · Kathryn N. Huggett Editors (2010). An Introduction to Medical Teaching. Springer Dordrecht Heidelberg London New York.
115. Teherani A, O'Sullivan P, Aagaard EM, et al (2007). Student perceptions of the one minute preceptor and traditional preceptor models. Med Teach, 29,4,323-327.
116. Wilkerson L, Sarkin RT (1998). Arrows in the quiver: evaluation of a workshop on ambulatory teaching. Acad Med,73,10,67-69
117. Zeraati A, Hajian H, Shojaian R (2008). Learning Styles of Medical and Midwifery Students in Mashhad University of Medical Sciences. Journal of Medical Education,12,1-2

Phụ lục 1
PHIẾU TRƯNG CẦU Ý KIẾN SINH VIÊN
(Về thực trạng dạy-học lâm sàng)

Chào các bạn, chúng tôi đang tiến hành một nghiên cứu nhằm góp phần nâng cao chất lượng dạy-học của sinh viên y khoa tại các môn lâm sàng, trường ĐHY Dược Hải Phòng. Các câu trả lời của bạn sẽ góp phần phản ánh thực trạng dạy-học tại các bộ môn lâm sàng. Vì vậy, các câu trả lời chân thực của bạn là rất quan trọng, và không có câu trả lời nào là “đúng” hay “sai”. Phiếu hỏi không ghi tên của các bạn, và kết quả thu được sẽ chỉ nhằm góp phần nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng, không dùng vào mục đích nào khác.

I. PHẦN HÀNH CHÍNH:

Đề nghị khoanh tròn hoặc điền đủ và chính xác các thông tin thích hợp nhất với bạn vào các câu hỏi từ 1 đến 8 của phần Hành chính.

1. Sinh viên năm thứ.....Lớp.....Đang thực tập lâm sàng tại khoa:.....
2. Giới tính 1. Nam 2. Nữ Ngày khảo sát /01/20
3. Quê quán 1. Miền núi 2. Nông thôn đồng bằng 3. Thành phố/thị xã/thị trấn
4. Kinh tế gia đình bạn: 1- Khá giả 2-Đủ ăn 3-Nghèo 4-Rất nghèo
5. Nơi tạm trú hiện nay: 1,KTX 2, Thuê nhà 3, Gia đình 4, Nhà người thân
6. Thời gian có thể dành cho tự học trung bình mỗi ngày:

Thời gian tự học trung bình	<i>Trên</i> 5 giờ / ngày	Từ 3 đến 5 giờ / ngày	Từ 1 đến dưới 3 giờ / ngày	Dưới 1 giờ / ngày
<i>Trong thời gian ôn thi</i>				
<i>Ngoài thời gian ôn thi</i>				

7. Ngoại ngữ 1, Tiếng Anh 2, Tiếng Pháp 3, Ngôn ngữ khác.....
8. Trình độ ngoại ngữ: 1, Bằng A 2, Bằng B 3, Bằng C 4, Mức độ khác.....

II. PHẦN NỘI DUNG .

Bạn khoanh tròn hoặc điền đủ và chính xác các thông tin thích hợp nhất với các bạn vào phiếu hỏi.

9. Bạn vui lòng cho biết, phương pháp dạy-học lâm sàng là gì:

.....

.....

10. Bạn vui lòng kể tên các phương pháp dạy-học lâm sàng:

.....

.....

11. Trong 2 tuần qua, các bạn cho biết số lượng sinh viên (SV) cùng tham gia học buổi giảng bên giường bệnh (chọn ý đúng nhất)

A. ≤ 10 sinh viên

B. $>10-20$ sinh viên

C. $> 20-40$ sinh viên

D. > 40 sinh viên

12. Trong 2 tuần qua, các bạn cho biết số lượng sinh viên (SV) cùng tham gia học trong giao ban, bình bệnh án(chọn ý đúng nhất)

A. ≤ 10 sinh viên

B. $>10-20$ sinh viên

C. $> 20-40$ sinh viên

D. $>40-60$ sinh viên

E. > 60 sinh viên

13. Trong buổi sáng học lâm sàng, ngay ngày hôm trước các bạn vui lòng cho biết các bạn làm gì ?

Các việc SV làm/một buổi học lâm sàng	Thời gian			
	7h30-8h30	8h30-9h30	9h30-10h30	10h30-11h30
1.Điểm danh sinh viên, báo cáo GV lâm sàng				
2.Giao ban sinh viên				
3.Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công				
4.Kiến tập phẫu thuật/thủ thuật				
5.Thực hiện phẫu thuật/thủ thuật				
6.Thực hành tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân				
7.Tự học lâm sàng tại buồng bệnh				
8.Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của GV/NVYT				

9.Hướng dẫn lại một số kỹ năng LS cho SV khóa sau				
10.Thảo luận nhóm với các bạn SV cùng khóa/anh chị khóa trên				
11.Tham gia vào một số hoạt động khác của bệnh viện (giao ban, bình bệnh án, hội chẩn...)				
12.Hoạt động khác (ghi rõ).....				

14.Trong 2 tuần qua,Số buổi giảng lâm sàng các bạn học trong 1 tuần (chọn ý đúng nhất)

A. 1 buổi

B. 2 buổi

C.3 buổi

D.4 buổi

E. 5 buổi

15. Trong 2 tuần qua, Thời gian các bạn học 1 ca lâm sàng kéo dài bao lâu (chọn ý đúng nhất)

A. ≤ 5 ph

B. 5-15ph

C. 15-30ph

D. 30-45ph

E. ≥ 45 ph

16. Trong 2 tuần qua, các bạn học 1 ca lâm sàng tương ứng với từng phương pháp dạy-học kéo dài bao lâu (tích vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Sinh viên	Thời gian dạy-học 1 ca lâm sàng				
	< 5ph	5-15ph	15-30ph	30-45ph	>45ph
Học tại giảng đường không có bệnh nhân					
Học bên giường bệnh					
Học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường					
Học qua các buổi đi buồng điểm bệnh					
Học thông qua buổi giao ban					
Học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ					
Học thông qua các buổi trực tại BV					

Học tại giảng đường có bệnh nhân					
Học LS dựa vào các dữ kiện y học					
Học bằng đóng vai					
Học dựa trên vấn đề					
Học theo nghiên cứu từng ca					
Học bằng mô hình Micoskills					

17. Số lượng bài giảng lâm sàng các bạn được học so với chương trình học (chọn ý đúng nhất)

A. 10-20%

B. 20-40%

C. 40-60%

D. 60-80%

E. 80-100%

18. Bạn vui lòng cho biết mức độ bạn được học các phương pháp dạy-học lâm sàng:

Phương pháp học lâm sàng	Hầu như không	Hiếm khi	Thi thoảng	Thường xuyên
Học tại giảng đường không có bệnh nhân				
Học bên giường bệnh nhân				
Học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường				
Học qua buổi đi buồng điểm bệnh				
Học thông qua buổi giao ban				
Học qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ				
Học qua các buổi trực tại bệnh viện				
Học tại giảng đường có bệnh nhân				
Học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình				
Học trên các thiết bị y học				
Học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp				
Học LS dựa vào dữ kiện y học				

19. Bạn vui lòng cho biết mức độ hứng thú/hài lòng của bạn với PP dạy-học LS

Stt	Phương pháp học lâm sàng	Mức độ		
		Không Hứng thú	Hứng thú	Rất Hứng thú
1	Học tại giảng đường không có bệnh nhân			
2	Học bên giường bệnh			
3	Học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường			
4	Học qua các buổi đi buồng điểm bệnh			
5	Học thông qua buổi giao ban			
6	Học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mô			
7	Học thông qua các buổi trực tại BV			
8	Học tại giảng đường có bệnh nhân			
9	Học bằng đóng vai			
10	Học dựa trên vấn đề			
11	Học theo nghiên cứu từng ca			
12	Học LS dựa vào các dữ kiện y học			
13	Học bằng mô hình Micoskills			

20. Trong quá trình học lâm sàng, bạn vui lòng cho biết mức độ bạn đạt các kỹ năng:

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu	Trung bình	Khá	Tốt
Giao tiếp với bệnh nhân				
Khai thác bệnh sử, tiền sử				
Khám bệnh				
Làm bệnh án				
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn				
Giải quyết vấn đề, ra quyết định				
Làm việc theo nhóm				
Tự học lâm sàng				
Học dựa trên bằng chứng				
Thực hiện thủ thuật thông thường				
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				

Bảng 21. Bạn vui lòng cho biết mức độ giảng viên sử dụng các phương pháp dạy-học lâm sàng

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không	Hiếm khi	Thi thoảng	Thường xuyên
Dạy-học tại giảng đường không có bệnh nhân				
Dạy-học bên giường bệnh				
Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở GD				
Dạy-học qua các buổi đi buồng điểm bệnh				
Dạy-học thông qua buổi giao ban				
Dạy-học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mổ				
Dạy-học thông qua các buổi trực tại bệnh viện				
Dạy-học tại giảng đường có BN				
Dạy-học bằng tình huống LS giả định có mô hình, mẫu vật minh họa				
Dạy-học trên thiết bị y học				
Dạy-học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp, giải quyết vấn đề				
Dạy-học bằng mô phỏng				
Dạy-học lâm sàng dựa vào các dữ kiện y học (EBM)				

**THÔNG TIN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP LƯỢNG GIÁ SINH VIÊN
ÁP DỤNG TẠI TRƯỜNG**

C.1.	Bạn có biết 5 tiêu chuẩn của 1 phương pháp lượng giá tốt là gì không?	1 Có 2 Không -> Chuyển C.3
C.2.	Nếu biết, theo bạn 5 tiêu chuẩn đó là gì ?	
	1. Tính giá trị (là khả năng lượng giá một cách chính xác, đúng đắn cái mà ta cần lượng giá ở học viên)	1
	2. Tính tin cậy (là tính ổn định của kết quả lượng giá ví dụ một bài thi với nhiều người chấm khác nhau đều cho cùng một kết quả như nhau)	2
	3. Tính tách biệt (Là khả năng phân loại học viên tức là phải tách biệt được học viên giỏi, đạt và không đạt)	3
	4. Tính công bằng (là khả năng tạo ra sự đồng nhất về cách lượng giá cho mọi học viên. Các học viên của một lớp phải nhận được test lượng giá như nhau)	4
	5. Khác (ghi rõ).....	5
C.3.	Bạn hãy cho biết các phương pháp lượng giá đã và đang áp dụng?	
	Lượng giá kiến thức	
	1. Thi viết	1. Có 2. Không
	2. Thi vấn đáp	1. Có 2. Không
	3. Câu hỏi trắc nghiệm/Tình huống	1. Có 2. Không
	4. Viết tiểu luận hoặc chuyên đề	1. Có 2. Không
	Lượng giá kỹ năng	
	1. Bảng kiểm/Thang điểm lượng giá	1. Có 2. Không
	2. Chạy trạm (OSCE)	1. Có 2. Không
	3. Chương trình quản lý bệnh nhân hoặc bài tập tình huống	1. Có 2. Không
	4. Viết báo cáo thực hành tại cộng đồng	1. Có 2. Không
	5. Viết luận văn	1. Có 2. Không
	Lượng giá thái độ	
	Quan sát trực tiếp dựa vào bảng kiểm chuẩn	1. Có 2. Không
	Khác (ghi rõ):.....	1. Có 2. Không

C.4.	Theo Bạn các phương pháp lượng giá trên đánh giá chất lượng sinh viên ở mức độ nào?	Khoanh vào mức độ tương ứng 1.Đánh giá rất kém) 2. Đánh giá kém 3.Đánh giá trung bình 4.Đánh giá chính xác 5. Đánh giá rất chính xác				
	Lượng giá kiến thức	1	2	3	4	5
	1. Thi viết	1	2	3	4	5
	2. Thi vấn đáp	1	2	3	4	5
	3. Câu hỏi trắc nghiệm/Tình huống	1	2	3	4	5
	4. Viết tiểu luận hoặc chuyên đề	1	2	3	4	5
	Lượng giá kỹ năng					
	1. Bảng kiểm/Thang điểm lượng giá	1	2	3	4	5
	2. Chạy trạm OSCE	1	2	3	4	5
	3. Chương trình quản lý bệnh nhân hoặc bài tập tình huống	1	2	3	4	5
	4. Viết báo cáo thực hành tại cộng đồng	1	2	3	4	5
	5. Viết luận án	1	2	3	4	5
	Lượng giá thái độ					
	Quan sát trực tiếp dựa vào bảng kiểm chuẩn	1	2	3	4	5
	Khác (ghi rõ).....	1	2	3	4	5
C.5.	Mức độ hứng thú của bạn với các phương pháp lượng giá áp dụng ở trường?	Khoanh vào mức độ tương ứng 1.Rất không hứng thú 2.Không hứng thú 3.Bình thường 4.Hứng thú 5. Rất hứng thú				
	Lượng giá kiến thức					
	1. Thi viết	1	2	3	4	5
	2. Thi vấn đáp	1	2	3	4	5
	3. Câu hỏi trắc nghiệm/Tình huống	1	2	3	4	5
	4. Viết tiểu luận hoặc chuyên đề	1	2	3	4	5
	Lượng giá kỹ năng					
	1. Bảng kiểm/Thang điểm lượng giá	1	2	3	4	5
	2. Chạy trạm OSCE	1	2	3	4	5
	3. Chương trình quản lý bệnh nhân hoặc bài tập tình huống	1	2	3	4	5
	4. Viết báo cáo thực hành tại cộng đồng	1	2	3	4	5
	5. Viết luận án	1	2	3	4	5
	Lượng giá thái độ					
	Quan sát trực tiếp dựa vào bảng kiểm chuẩn	1	2	3	4	5
	Khác (ghi rõ).....	1	2	3	4	5

6. Bạn vui lòng cho biết mức độ sử dụng phương pháp lượng giá sinh viên trong dạy-học lâm sàng

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không	Hiếm khi	Thi thoảng	Thường Xuyên
Đánh giá kỹ năng thủ thuật trên BN thật				
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp				
Đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi LS				
Đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ				
Đánh giá kỹ năng thăm khám				
Đánh giá tư duy LS bằng bài tập tư duy				
Đánh giá LS bằng các câu hỏi lí thuyết có tính nhớ lại thuần túy				

7. Bạn vui lòng đánh giá mức độ hứng thú/hài lòng về phương pháp đánh giá lâm sàng:

Phương pháp lượng giá, đánh giá lâm sàng	Mức độ hứng thú		
	Không Hứng thú	Có hứng thú	Rất hứng thú
Đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật			
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp			
Đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi LS			
Đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ			
Đánh giá kỹ năng thăm khám			
Đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy			
Đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lí thuyết có tính nhớ lại thuần túy			

8. Bạn vui lòng cho biết mức độ đồng ý của bạn về một số hoạt động dạy-học tại bộ môn lâm sàng:

Hoạt động học tập	Mức độ đồng ý			
	Không đồng ý	Phân vân	Đồng ý	Rất đồng ý
Bạn được hướng dẫn đầy đủ về PP học LS ngay khi bạn đến học				
Bạn được thông báo mục tiêu và yêu cầu của từng đợt thực hành LS				
Bạn được thông báo về hình thức và PP đánh giá học tập LS trước khi học.				
Bạn luôn được trang bị đầy đủ lí thuyết				

Hoạt động học tập	Mức độ đồng ý			
	Không đồng ý	Phân vân	Đồng ý	Rất đồng ý
trước khi thực tập LS				
Bạn không phải học chồng chéo các môn khi đã đi thực tập LS				
Theo bạn, đã học LS thì phải học trên BN thật				
Giảng viên giám sát đánh giá tốt hoạt động học LS của SV tại BV				
Giảng viên quan tâm giáo dục tư cách, đạo đức, thái độ của SV				
Giảng viên luôn khuyến khích SV phản hồi trong khi học				
Giảng viên có quan điểm cởi mở và tôn trọng SV				
Bạn thường xuyên được dạy học theo PP nêu vấn đề, kích thích tư duy phê phán và sáng tạo của bạn				
Bạn được hướng dẫn thực hành LS dưới nhiều hình thức khác nhau.				
Bạn luôn được chủ động học tập, khám bệnh nhân khi đi bệnh viện				
Bạn thực sự hài lòng với các hoạt động học tập tại các bộ môn LS				

9. Theo bạn yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng của sinh viên đa khoa chính quy là gì?

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

10. Ý kiến khác góp phần nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

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

Xin chân thành cảm ơn sự đóng góp ý kiến quý báu của anh/chị và các bạn!

E. > 60 sinh viên

4. Trong buổi sáng học LS, ngay ngày hôm trước thầy/cô vui lòng cho biết SV làm gì ?

Các việc SV làm/một buổi học lâm sàng	Thời gian			
	7h30-8h30	8h30-9h30	9h30-10h30	10h30-11h30
Điểm danh sinh viên, báo cáo GV lâm sàng				
Giao ban sinh viên				
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công				
Kiểm tập phẫu thuật/thủ thuật				
Thực hiện phẫu thuật/thủ thuật				
Thực hành tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân				
Tự học lâm sàng tại buồng bệnh				
Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của GV/NVYT				
Hướng dẫn lại một số kỹ năng LS cho SV khóa sau				
Thảo luận nhóm với các bạn SV cùng khóa/anh chị khóa trên				
Tham gia vào một số hoạt động khác của bệnh viện (giao ban, bình bệnh án, hội chẩn...)				
Hoạt động khác (ghi rõ).....				

5. Trong buổi sáng dạy-học lâm sàng, ngay ngày hôm trước thầy/cô vui lòng cho biết thầy/cô làm gì?

Các việc GV làm/một buổi dạy-học lâm sàng	Thời gian			
	7h30-8h30	8h30-9h30	9h30-10h30	10h30-11h30
Điểm danh sinh viên				
Giao ban sinh viên				
Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công				
Hướng dẫn SV kiểm tập phẫu thuật/thủ thuật				
Hướng dẫn SV thực hiện phẫu thuật/thủ thuật				

Hướng dẫn SV thực hành tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân				
Dạy- học lâm sàng tại buồng bệnh				
Tham gia vào một số hoạt động khác của bệnh viện (giao ban, bình bệnh án, hội chẩn...)				
Hoạt động khác (ghi rõ).....				

6. Trong tuần trước, Số buổi giảng lâm sàng thầy/cô dạy trong 1 tuần (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Sinh viên các khóa	Số buổi/1 tuần				
	1	2	3	4	5
Sinh viên Y3					
Sinh viên Y4					
Sinh viên Y5					
Sinh viên Y6					

7. Trong tuần trước, Thời gian thầy/cô dạy-học 1 ca lâm sàng kéo dài bao lâu ? (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Sinh viên các khóa	Thời gian học 1 ca lâm sàng				
	< 5ph	5-15ph	15-30ph	30-45ph	>45ph
Sinh viên Y3	1	2	3	4	5
Sinh viên Y4	1	2	3	4	5
Sinh viên Y5	1	2	3	4	5
Sinh viên Y6	1	2	3	4	5

8. Trong tuần trước, Thầy /cô dạy-học 1 ca lâm sàng tương ứng với từng phương pháp dạy học kéo dài bao lâu (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

	Thời gian dạy-học 1 ca lâm sàng				
Sinh viên Y3	< 5ph	5-15ph	15-30ph	30-45ph	>45ph
Bằng phương pháp truyền thống	1	2	3	4	5
Bằng phương pháp tích cực	1	2	3	4	5

Kết hợp phương pháp truyền thống và tích cực	1	2	3	4	5
Dạy-học sử dụng tiểu kỹ năng Microskills	1	2	3	4	5
Sinh viên Y4	< 5ph	5-15ph	15- 30ph	30-45ph	>45ph
Bảng phương pháp truyền thống	1	2	3	4	5
Bảng phương pháp tích cực	1	2	3	4	5
Kết hợp phương pháp truyền thống và tích cực	1	2	3	4	5
Dạy-học sử dụng tiểu kỹ năng Microskills	1	2	3	4	5
Sinh viên Y5	< 5ph	5-15ph	15- 30ph	30-45ph	>45ph
Bảng phương pháp truyền thống	1	2	3	4	5
Bảng phương pháp tích cực	1	2	3	4	5
Kết hợp phương pháp truyền thống và tích cực	1	2	3	4	5
Dạy-học sử dụng tiểu kỹ năng Microskills	1	2	3	4	5
Sinh viên Y6	< 5ph	5-15ph	15- 30ph	30-45ph	>45ph
Bảng phương pháp truyền thống	1	2	3	4	5
Bảng phương pháp tích cực	1	2	3	4	5
Kết hợp phương pháp truyền thống và tích cực	1	2	3	4	5
Dạy-học sử dụng tiểu kỹ năng Microskills	1	2	3	4	5

9. Số lượng bài giảng lâm sàng GV dạy so với chương trình học (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Sinh viên các khóa	Lượng bài giảng/chương trình học				
	10-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%
Sinh viên Y3	1	2	3	4	5
Sinh viên Y4	1	2	3	4	5
Sinh viên Y5	1	2	3	4	5
Sinh viên Y6	1	2	3	4	5

10. Trong quá trình dạy-học lâm sàng, thầy/cô đánh giá sinh viên Y3 đã đạt các kỹ năng dưới đây ở mức độ nào? (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu	Trung bình	Khá	Tốt
Giao tiếp với bệnh nhân				
Khai thác bệnh sử				
Khám bệnh				
Làm bệnh án				
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn				
Giải quyết vấn đề, ra quyết định				
Làm việc theo nhóm				
Tự học lâm sàng				
Học dựa trên bằng chứng				
Thực hiện thủ thuật thông thường				
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				

11. Trong quá trình dạy-học lâm sàng, thầy/cô đánh giá sinh viên Y4 đã đạt các kỹ năng dưới đây ở mức độ nào? (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu	Trung bình	Khá	Tốt
Giao tiếp với bệnh nhân				
Khai thác bệnh sử				
Khám bệnh				
Làm bệnh án				
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn				

Giải quyết vấn đề, ra quyết định				
Làm việc theo nhóm				
Tự học lâm sàng				
Học dựa trên bằng chứng				
Thực hiện thủ thuật thông thường				
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				

12. Trong quá trình dạy-học lâm sàng, thầy/cô đánh giá sinh viên Y5 đã đạt các kỹ năng dưới đây ở mức độ nào? (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu	Trung bình	Khá	Tốt
Giao tiếp với bệnh nhân				
Khai thác bệnh sử				
Khám bệnh				
Làm bệnh án				
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn				
Giải quyết vấn đề, ra quyết định				
Làm việc theo nhóm				
Tự học lâm sàng				
Học dựa trên bằng chứng				
Thực hiện thủ thuật thông thường				
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				

13. Trong quá trình dạy-học lâm sàng, thầy/cô đánh giá sinh viên Y6 đã đạt các kỹ năng dưới đây ở mức độ nào? (khoanh tròn vào ô thích hợp nhất cho từng nội dung)

Các kỹ năng lâm sàng	Yếu	Trung bình	Khá	Tốt
Giao tiếp với bệnh nhân				
Khai thác bệnh sử				
Khám bệnh				
Làm bệnh án				
Vận dụng lý thuyết vào thực tiễn				

Giải quyết vấn đề, ra quyết định				
Làm việc theo nhóm				
Tự học lâm sàng				
Học dựa trên bằng chứng				
Thực hiện thủ thuật thông thường				
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				

14. Thầy/cô đã và đang và áp dụng các phương pháp dạy-học LS dưới đây ở mức độ nào.

Phương pháp dạy-học lâm sàng	Hầu như không	Hiếm khi	Thi thoảng	Thường xuyên
Học tại giảng đường không có bệnh nhân				
Học bên giường bệnh nhân				
Học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở GD				
Học qua buổi đi buồng điểm bệnh				
Học thông qua buổi giao ban				
Học qua hội chẩn, TH thủ thuật và thông qua mổ				
Học qua các buổi trực tại bệnh viện				
Học tại giảng đường có bệnh nhân				
Học bằng tình huống lâm sàng giả định có mô hình				
Học trên các thiết bị y học				
Học bằng bài tập tư duy nghiên cứu trường hợp				
Học LS dựa vào dữ kiện y học				

15. Thầy cô vui lòng cho biết mức độ hứng thú của thầy/cô với các PP dạy-học dưới đây.

Stt	Phương pháp dạy-học lâm sàng	Mức độ hứng thú		
		Không hứng thú	Hứng thú	Rất hứng thú
1	Dạy-học tại GD không có bệnh nhân			
2	Dạy-học bên giường bệnh			
3	Dạy-học bên giường bệnh kết hợp với thảo luận ở giảng đường			
4	Dạy-học qua các buổi đi buồng điểm bệnh			

5	Dạy-học thông qua buổi giao ban			
6	Dạy-học thông qua hội chẩn, thực hiện thủ thuật và thông qua mô			
7	Dạy-học thông qua các buổi trực tại BV			
8	Dạy-học tại giảng đường có bệnh nhân			
9	Dạy-học LS dựa vào các dữ kiện y học			
10	Dạy-học bằng đóng vai			
11	Dạy-học dựa trên vấn đề			
12	Dạy-học theo nghiên cứu từng ca			
13	Dạy-học sử dụng tiểu kỹ năng Microskills			

16. Thầy cô vui lòng cho biết mức độ áp dụng các phương pháp lượng giá sinh viên trong quá trình dạy-học lâm sàng

Một số phương pháp	Mức độ sử dụng			
	Hầu như không	Hiếm khi	Thi thoảng	Thường xuyên
Đánh giá kỹ năng thủ thuật trên BN thật				
Báo cáo bệnh án+ vấn đáp				
Đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi LS				
Đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ				
Đánh giá kỹ năng thăm khám				
Đánh giá tư duy LS bằng bài tập tư duy				
Đánh giá LS bằng các câu hỏi lí thuyết có tính nhớ lại thuần túy				

17. Mức độ hứng thú của thầy/cô với các phương pháp đánh giá lâm sàng

Stt	Phương pháp lượng giá, đánh giá lâm sàng	Mức độ hứng thú		
		Không hứng thú	Hứng thú	Rất hứng thú
1	Đánh giá kỹ năng thủ thuật trên bệnh nhân thật			
2	Báo cáo bệnh án+ vấn đáp			
3	Thi lâm sàng nhiều trạm			

4	Đánh giá liên tục trong quá trình học bằng cách sử dụng sổ ghi lâm sàng			
5	Đánh giá kỹ năng giao tiếp, thái độ			
6	Đánh giá kỹ năng thăm khám			
7	Đánh giá tư duy lâm sàng bằng bài tập tư duy			
8	Đánh giá lâm sàng bằng các câu hỏi lý thuyết có tính nhớ lại thuần túy			

18.Theo thầy/cô yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng của sinh viên là gì?

.....

19. Ý kiến khác của thầy /cô góp phần nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng.

.....

Xin chân thành cảm ơn sự đóng góp ý kiến của thầy/cô!

Phụ lục 3
PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU

I. Thông tin chung

1. Bộ môn.....
2. Giới.....
3. Chuyên ngành đào tạo.....
4. Số năm công tác.....
5. Học hàm.....
6. Học vị.....
7. Chức vụ tại bộ môn.....
8. Chức vụ tại bệnh viện.....

II. Nội dung

Câu 1: Hiện tại thầy/cô đang áp dụng những phương pháp dạy-học lâm sàng nào cho sinh viên?

.....

.....

.....

Câu 2: Theo thầy/cô những yếu tố nào ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng của sinh viên đa khoa ?

.....

.....

.....

Câu 3: Thầy/ cô nhận xét thế nào về các trang thiết bị do nhà trường cung cấp phục vụ cho việc dạy-học lâm sàng tại bộ môn? Các đề xuất của thầy/ cô về vấn đề này là gì?

.....

.....

.....

Câu 4: Thầy/ cô nhận xét gì về cơ sở thực hành hiện tại dành cho dạy-học lâm sàng?

.....

.....

.....

Câu 5: Theo thầy/cô GV/SV gặp những khó khăn gì trong quá trình dạy-học lâm sàng? Xin vui lòng nêu những vấn đề khó khăn nhất hiện nay?

.....

.....

.....

Câu 5: Thầy/ cô có đề xuất gì để nâng cao chất lượng dạy-học lâm sàng trong thời gian tới?

.....

.....

.....

Câu 6: Theo thầy/ cô hiện tại sinh viên được lượng giá bằng những phương pháp nào trong quá trình học lâm sàng?

.....

.....

.....

.

Câu 7: Xin thầy/ cô cho biết những khó khăn lớn nhất trong lượng giá lâm sàng hiện nay? Ý kiến thầy/ cô về giải pháp khắc phục là gì?

.....

.....

.....

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN Ý KIẾN CỦA QUÝ THẦY/ CÔ!

Phụ lục 4

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM

(Về dạy-học lâm sàng tại trường đại học Y Hải Phòng)

Thành phần tham gia: Đại diện Ban giám hiệu, phòng đào tạo đại học, đại diện nhóm sinh viên của từng khối Y3, Y4, Y5, Y6

Số lượng tham gia: 6-10 người/nhóm

Nội dung thảo luận:

1. Thực trạng dạy-học lâm sàng:

- Chương trình, thời gian, hình thức, thời lượng dạy-học lâm sàng ?
- Tài liệu dạy-học lâm sàng ?
- Công cụ dạy-học lâm sàng ?
- Phương pháp dạy-học lâm sàng ?
- Phương pháp lượng giá lâm sàng ?

2. Những yếu tố ảnh hưởng đến dạy-học lâm sàng:

- Số lượng sinh viên
- Số lượng giảng viên và trình độ chuyên môn của giảng viên
- Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ dạy-học lâm sàng
- Môi trường xã hội
- Môi trường bệnh viện
- Dạy-học lâm sàng trong nhà trường (chương trình, thời gian, hình thức...)
- Quản lý sinh viên

3. Kết quả một số biện pháp can thiệp: đối với một số kỹ năng như kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, kỹ năng hỏi tiền sử, bệnh sử, kỹ năng làm bệnh án...

Phụ lục 5

**BẢNG KIỂM GIAO TIẾP VỚI BỆNH NHÂN
VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN**

Mã số: Y4.....

STT	NỘI DUNG	Điểm		
		0	1	2
1.	Chào hỏi bệnh nhân, giới thiệu tên học viên			
2.	Giải thích mục đích cuộc nói chuyện và đề nghị bệnh nhân/người nhà bệnh nhân hợp tác			
3.	Sử dụng câu hỏi mở – đóng			
4.	Dùng từ đơn giản, dễ hiểu			
5.	Ngôn ngữ nhẹ nhàng, tế nhị trong giao tiếp, mỗi lần chỉ hỏi một câu			
6.	Khen ngợi việc đúng của bệnh nhân			
7.	Khuyến khích bệnh nhân cung cấp thông tin			
8.	Lắng nghe bệnh nhân			
9.	Đồng cảm với bệnh nhân			
10.	Trấn an bệnh nhân			
11.	Trả lời các câu hỏi của người bệnh			
12.	Tóm tắt các thông tin thu được			
13.	Kiểm tra lại thông tin			
14.	Cảm ơn và chào tạm biệt bệnh nhân			
TỔNG ĐIỂM				

Quy định:

Ngày ... tháng ... năm

0 điểm: Không làm

Người quan sát

1 điểm: Làm sai, làm không đầy đủ.

2 điểm: Làm chủ được kỹ năng

% Kỹ năng đạt được = $\frac{\text{Tổng điểm}}{28} \times 100\% = \dots \%$

Phụ lục 6

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG HỎI BỆNH SỬ

Mã số:.....

STT	NỘI DUNG	Điểm		
		0	1	2
1.	Chào và hỏi tên bệnh nhân, giới thiệu tên học viên			
2.	Giải thích mục đích cuộc nói chuyện và đề nghị bệnh nhân/người nhà bệnh nhân cung cấp thông tin			
3.	Thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án, đề nghị bệnh nhân đồng ý			
4.	Sử dụng câu hỏi mở			
5.	Lắng nghe và khuyến khích bệnh nhân nói bằng cả ngôn ngữ có lời và không lời			
6.	Sử dụng câu hỏi đóng để khẳng định lại thông tin			
7.	Sử dụng cặp câu hỏi đối chứng để kiểm chứng thông tin khi có mâu thuẫn trong lời kể của bệnh nhân			
8.	Dành thời gian cho người bệnh nói trước khi kết thúc giao tiếp, trả lời các câu hỏi của người bệnh			
9.	Tóm tắt các thông tin quá trình hỏi bệnh			
10.	Cảm ơn và chào tạm biệt bệnh nhân			
TỔNG ĐIỂM				

Quy định:

Ngày ... tháng ... năm

0 điểm: Không làm

Người quan sát

1 điểm: Làm sai, làm không đầy đủ

2 điểm: Làm chủ được kỹ năng

% Kỹ năng đạt được = Tổng điểm/20 x 100% = ... %

Phụ lục 7
BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG HỎI TIỀN SỬ BỆNH
Mã số:.....

STT	NỘI DUNG	Điểm		
		0	1	2
1.	Chào và hỏi tên bệnh nhân, giới thiệu tên học viên			
2.	Giải thích mục đích cuộc nói chuyện và đề nghị bệnh nhân/người nhà bệnh nhân cung cấp thông tin			
3.	Hỏi về tiền sử sản khoa			
4.	Hỏi về tiền sử nuôi dưỡng, phát triển			
5.	Hỏi về tiền sử tiêm chủng			
6.	Hỏi về tiền sử các bệnh mà bệnh nhân đã mắc			
7.	Hỏi về tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân			
8.	Hỏi về tiền sử gia đình, thói quen sinh hoạt và môi trường sống			
9.	Tóm tắt các thông tin quá trình hỏi tiền sử			
10.	Cảm ơn và chào tạm biệt bệnh nhân			
TỔNG ĐIỂM				

Quy định:

0 điểm: Không làm

1 điểm: Làm sai, làm không đầy đủ

2 điểm: Làm chủ được kỹ năng

% Kỹ năng đạt được = Tổng điểm/20 x 100% = ...%

Ngày ... tháng ... năm

Người quan sát

Phụ lục 8

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG LÀM BỆNH ÁN

Mã số:.....

STT	NỘI DUNG	Điểm		
		0	1	2
1.	Phản hành chính và lý do vào viện			
2.	Phản bệnh sử và tiền sử			
3.	Khám lâm sàng (toàn thân, bộ phận)			
4.	Chẩn đoán sơ bộ (tóm tắt phần hỏi bệnh và khám lâm sàng rút ra chẩn đoán sơ bộ)			
5.	Phân xét nghiệm (dựa trên chẩn đoán sơ bộ, đề xuất các xét nghiệm cần làm và phân tích kết quả các xét nghiệm đã làm)			
6.	Chẩn đoán xác định (tóm tắt bệnh án, nêu được tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định)			
7.	Chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán thể lâm sàng, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán biến chứng			
8.	Nguyên tắc điều trị, chế độ ăn, chăm sóc			
9.	Cách theo dõi và kê đơn thuốc cụ thể			
10.	Tiên lượng và phòng bệnh			
TỔNG ĐIỂM				

Quy định:

0 điểm: Không làm

1 điểm: Làm sai, làm không đầy đủ

2 điểm: Làm chủ được kỹ năng

% Kỹ năng đạt được = $\frac{\text{Tổng điểm}}{20} \times 100\% = \dots\%$

Ngày ... tháng ... năm

Người quan sát

Phụ lục 9

BẢNG KIỂM QUAN SÁT KỸ NĂNG KHÁM LÂM SÀNG

Mã số:.....

STT	Kỹ năng khám lâm sàng	Có	Không
1	Rửa tay trước và sau khi khám		
2	Thể hiện sự cởi mở, tôn trọng, riêng tư và khiêm tốn với bệnh nhân		
3	Giải thích cho bệnh nhân bước khám lâm sàng tiếp theo, xin phép		
4	Bộc lộ rõ, khám ngay vùng thích hợp theo vấn đề lâm sàng chính. Chú trọng dấu hiệu chủ yếu		
5	Thực hiện khám định khu theo hệ thống và toàn diện, chỉ khi cần thiết mới khám toàn thân		
6	Sử dụng kỹ thuật hợp lý (ví dụ: đứng ở đâu, đặt ống nghe ở đâu, gõ thế nào cho đúng, phát hiện dấu hiệu đúng cách...)		
7	Hạn chế thay đổi vị trí nhiều lần, tránh tiếp xúc chỗ bẩn trước, tránh vòng lại		
8	Rút ra kết luận hợp lý từ khám lâm sàng		
9	Thể hiện sự hiểu biết về kết quả khám được		

Ngày.....tháng.....năm.....

Người quan sát

Phụ lục 10

**BẢNG KIỂM QUAN SÁT MỘT SỐ VIỆC
SINH VIÊN THỰC HIỆN TRONG BUỔI HỌC LÂM SÀNG**

Mã số:.....

STT	Một số việc sinh viên thực hiện trong buổi học lâm sàng	Có	Không
1	Thực hiện khám bệnh tại vị trí được phân công		
2	Kiểm tập phẫu thuật/thủ thuật		
3	Thực hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh		
4	Tự học lâm sàng tại buồng bệnh		
5	Học lâm sàng tại buồng bệnh dưới sự hướng dẫn của giảng viên/nhân viên y tế		
6	Thảo luận nhóm		

Ngày.....tháng.....năm.....

Người quan sát

PHỤ LỤC 12
MỘT SỐ HÌNH ẢNH DẠY-HỌC LÂM SÀNG



Dạy-học lâm sàng bằng đi buồng điểm bệnh



Dạy-học lâm sàng bằng thảo luận nhóm



Đối chiếu lâm sàng - XQ



Dạy-học lâm sàng kỹ năng thủ thuật



Dạy-học lâm sàng trong giao ban



Sinh viên quá đông trong buổi học bên giường bệnh



Học lâm sàng bằng thảo luận nhóm



Dạy-học lâm sàng trong phòng mổ



Tập huấn sinh viên về dạy-học lâm sàng



Tập huấn giảng viên về dạy-học lâm sàng



Tập huấn giảng viên về dạy-học lâm sàng



Tập huấn giảng viên về dạy-học lâm sàng