

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

---

**BÁO CÁO TỔNG KẾT**  
**ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP BỘ**

**KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NĂNG LỰC NGHỀ NGHIỆP  
CỦA BÁC SĨ HỆ CỬ TUYỂN GIAI ĐOẠN 1991-2015 VÀ  
ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP PHÁT TRIỂN CHƯƠNG TRÌNH  
ĐÀO TẠO Y DƯỢC CHO ĐỐI TƯỢNG CỬ TUYỂN  
CỦA ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

**MÃ SỐ: B2017-TNA-46**

**Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS. Trần Bảo Ngọc**

**Thái Nguyên, 2019**

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

-----

**BÁO CÁO TỔNG KẾT  
ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP BỘ**

**KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NĂNG LỰC NGHỀ NGHIỆP  
CỦA BÁC SĨ HỆ CỬ TUYỂN GIAI ĐOẠN 1991-2015 VÀ  
ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP PHÁT TRIỂN CHƯƠNG TRÌNH  
ĐÀO TẠO Y DƯỢC CHO ĐỐI TƯỢNG CỬ TUYỂN  
CỦA ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

**MÃ SỐ: B2017-TNA-46**

**Xác nhận của tổ chức chủ trì**

**Chủ nhiệm đề tài**

**PGS.TS. Trần Bảo Ngọc**

**Thái Nguyên, 2019**

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI  
VÀ ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH**

<b>TT</b>	<b>Họ và tên</b>	<b>Chức danh</b>	<b>Nhiệm vụ</b>
<b>I. Thành viên nghiên cứu</b>			
1.	Trần Bảo Ngọc	PGS.TS. Phó trưởng phòng CTHSSV	Chủ nhiệm
2.	Lê Ngọc Uyển	Ths. Trưởng phòng CTHSSV	Thư ký
3.	Nguyễn Tiến Dũng	PGS.TS. Phó Hiệu trưởng	Thành viên chính
4.	Nguyễn Thị Hoa	PGS.TS. Trưởng Bộ môn	Thành viên chính
5.	Lê Thị Lựu	Ths. Phó trưởng phòng CTHSSV	Thành viên chính
6.	Lê Quang Thuận	CN. CV Phòng CTHSSV	Thành viên
7.	Nguyễn Văn Thắng	Ths. CV Phòng KH-CN-HTQT	Thành viên
<b>II. Đơn vị phối hợp chính</b>			
1.	Các Sở Y tế các tỉnh có gửi đào tạo bác sĩ cử tuyển		
2.	Các đơn vị y tế đang sử dụng bác sĩ cử tuyển làm việc		

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1	
TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	3
1.1. Cơ sở lý luận của đề tài.....	3
1.1.1. Một số khái niệm.....	3
1.1.2. Định hướng chính sách về nguồn nhân lực.....	5
1.1.3. Tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ đa khoa.....	7
1.2. Chất lượng nguồn nhân lực [48].....	8
1.2.1. Một số khái niệm.....	8
1.2.2. Thực trạng các bất cập về chất lượng nhân lực y tế [4].....	9
Chương 2	
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	20
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	20
2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu .....	20
2.2.1. Thời gian nghiên cứu.....	20
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	20
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	20
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....	21
2.4.1. Nghiên cứu định lượng.....	21
2.4.2. Nghiên cứu định tính.....	22
2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin .....	22
2.5.1. Dành cho mục tiêu 1 .....	22
2.5.2. Dành cho mục tiêu 2.....	24
2.6. Phương pháp xử lý sai số .....	24
2.7. Nhập và xử lý số liệu .....	25
2.8. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu .....	25
Chương 3	
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	27
3.1. Thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển giai đoạn 1991-2015 .....	27
3.1.1. Một số thông tin chung đối tượng nghiên cứu .....	27
3.1.2. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu trong thời gian học đại học.....	29
3.1.3. Năng lực nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	31
3.2. Đề xuất các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020.....	47
3.2.1. Về xét tuyển đầu vào và đầu ra.....	48
3.2.2. Về tổ chức đào tạo.....	50

3.2.3. Về phương pháp giảng dạy, lượng giá.....	52
3.2.4. Về phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc.....	54
Chương 4	
BÀN LUẬN.....	55
4.1. Giá trị của bộ câu hỏi đánh giá chương trình, năng lực nghề nghiệp của BS đa khoa .....	55
4.1.1. Các nghiên cứu trong nước và quốc tế.....	55
4.1.2. Cơ sở xây dựng bộ công cụ khảo sát của nghiên cứu.....	58
4.2. Thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ diện cử tuyển.....	60
4.2.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	60
4.2.2. Thực trạng năng lực của bác sĩ cử tuyển.....	62
4.3. Đề xuất các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020 .....	69
4.3.1. Xét tuyển đầu vào và đầu ra.....	69
4.3.2. Tổ chức đào tạo.....	73
4.3.3. Về phương pháp giảng dạy, lượng giá.....	74
4.3.4. Phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc.....	78
5. Hạn chế của đề tài .....	80
KẾT LUẬN .....	82
KHUYẾN NGHỊ.....	85
TÀI LIỆU THAM KHẢO .....	86
PHỤ LỤC	

## DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1.1. Dự báo nhu cầu nhân lực theo loại cán bộ tới năm 2020.....</i>	<i>6</i>
<i>Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu có phản hồi theo địa phương .....</i>	<i>27</i>
<i>Bảng 3.2. Phân bố theo dân tộc của đối tượng nghiên cứu .....</i>	<i>28</i>
<i>Bảng 3.3. Kết quả học tập trung học phổ thông của đối tượng nghiên cứu.....</i>	<i>29</i>
<i>Bảng 3.4. Đánh giá của BS cử tuyển về đào tạo tại các khoa .....</i>	<i>30</i>
<i>Bảng 3.5. Mức độ đánh giá của BS cử tuyển về đào tạo tại các khoa .....</i>	<i>30</i>
<i>Bảng 3.6. Mức độ đánh giá của BS cử tuyển về môi trường đào tạo.....</i>	<i>31</i>
<i>Bảng 3.7. Kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo với 28 câu hỏi dành cho BS cử tuyển (lần thứ hai).....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.8. Trật tự điểm trung bình chi tiết 28 câu dành cho BS cử tuyển.....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 3.9. Kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo 26 câu hỏi với cán bộ quản lý đánh giá (lần thứ hai).....</i>	<i>35</i>
<i>Bảng 3.10. Trật tự điểm trung bình chi tiết 26 câu hỏi qua đánh giá BS cử tuyển của cán bộ quản lý.....</i>	<i>37</i>
<i>Bảng 3.11. Kiểm định KMO và Bartlett's test của bảng hỏi dành cho BS cử tuyển.....</i>	<i>39</i>
<i>Bảng 3.12. Tổng phương sai trích các nhân tố mới dành cho BS cử tuyển.....</i>	<i>39</i>
<i>Bảng 3.13. Ma trận xoay nhân tố 28 câu hỏi tự đánh giá năng lực.....</i>	<i>40</i>
<i>Bảng 3.14. Kiểm định KMO và Bartlett's test của bảng hỏi dành cho cán bộ quản lý .....</i>	<i>41</i>
<i>Bảng 3.15. Tổng phương sai trích nhân tố mới dành cho người quản lý.....</i>	<i>42</i>
<i>Bảng 3.16. Ma trận nhân tố xoay 26 câu hỏi đánh giá năng lực BS cử tuyển của người quản lý .....</i>	<i>42</i>
<i>Bảng 3.17. Tự đánh giá năng lực của BS cử tuyển qua năm nhân tố mới .....</i>	<i>44</i>
<i>Bảng 3.18. Liên quan giới tính với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới.....</i>	<i>44</i>
<i>Bảng 3.19. Liên quan nhóm dân tộc với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới.....</i>	<i>45</i>
<i>Bảng 3.20. Liên quan nhóm vùng địa lý với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới.....</i>	<i>45</i>
<i>Bảng 3.21. Liên quan nhóm năm tốt nghiệp với năm nhân tố mới.....</i>	<i>46</i>
<i>Bảng 3.22. Liên quan học lực THPT với năm nhân tố mới.....</i>	<i>46</i>
<i>Bảng 3.23. Liên quan xếp loại tốt nghiệp đại học với năm nhân tố mới .....</i>	<i>47</i>

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

<i>Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính .....</i>	<i>28</i>
<i>Biểu đồ 3.2. Xếp loại bằng tốt nghiệp đại học của đối tượng nghiên cứu.....</i>	<i>29</i>

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BS	Bác sĩ
BV	Bệnh viện
CKI, CKII	Chuyên khoa I, chuyên khoa II
cs	Cộng sự
CT	Cử tuyển
CTHSSV	Công tác học sinh sinh viên
ĐBQ	Điểm bình quân
ĐH	Đại học
DTTS	Dân tộc thiểu số
KQHT	Kết quả học tập
NT	Nhân tố
RHM	Răng hàm mặt
SV	Sinh viên
THPT	Trung học phổ thông
TP	Thành phố



**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**  
**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

**THÔNG TIN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Thông tin chung:**

- Tên đề tài: **Khảo sát một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển giai đoạn 1991-2015 và đề xuất giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên.**

- Mã số: B2017-TNA-46

- Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS. Trần Bảo Ngọc

- Tổ chức chủ trì: Đại học Thái Nguyên

- Thời gian thực hiện: từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018

**2. Mục tiêu:**

1. Đánh giá thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển được đào tạo tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015.

2. Đề xuất được các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020.

**3. Tính mới và sáng tạo:**

Qua tham khảo quyết định của Bộ Y tế và chuẩn năng lực BS đa khoa 2015 và tham khảo một số nghiên cứu khác, nhóm tác giả đã xây dựng được bảng hỏi tự điền gồm 28 câu cho 3 lĩnh vực năng lực chuyên môn cho BS đã tốt nghiệp và 26 câu cho 2 lĩnh vực dành cho người quản lý trực tiếp BS cử tuyển. Qua phân tích, các câu hỏi này đều có giá trị tin cậy cao, phân tích nhân tố khám phá (EFA) hình thành 5 nhân tố để đánh giá năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển nói chung và BS đối tượng khác nói riêng.

Phân khảo sát định tính với những góp ý gợi ý của các chuyên gia đã được các BS cử tuyển phản hồi qua phát vấn và ý kiến thảo luận tại buổi Hội thảo quy mô lớn đã hình thành đề xuất các giải pháp để nâng cao năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển cũng như đổi mới chương trình đào tạo y dược nói chung cho đối tượng cử tuyển của Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

#### **4. Kết quả nghiên cứu:**

406 BS cử tuyển phản hồi bằng bảng hỏi tự điền về năng lực nghề nghiệp (tỷ lệ đạt 69,9%), 186 BS cử tuyển trả lời phát vấn về đề xuất giải pháp (tỷ lệ 74,4%).

94,4% BS cử tuyển phản hồi là dân tộc thiểu số (có 7 BS thuộc nhóm DTTS rất ít người), tỷ lệ nam/nữ là 1/1,39.

Xếp loại tốt nghiệp: Giỏi 1 BS (0,2%), số lượng và tỷ lệ bằng Khá, Trung bình khá và Trung bình lần lượt là 98 (24,1%); 169 (41,6%) và 138 (34,1%).

Năng lực nghề nghiệp của các BS cử tuyển theo thang điểm Likert 5 mức độ ở 5 nhân tố sau phân tích EFA cho BS tự đánh giá là: NT1 *Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công tác*: 3,97 (83,5%  $\geq$  3,4); NT2 *Năng lực nghề nghiệp, hoạt động hỗ trợ*: 3,60 (70,2%  $\geq$  3,4); NT3 *Năng lực hoạt động chuyên nghiệp*: 4,19 (92,95%  $\geq$  3,4); cho cán bộ quản lý đánh giá: NT4 *Thái độ trong công tác và năng suất lao động*: 3,68 (77,8%  $\geq$  3,4); NT5 *Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ*: 3,17 (39,9%  $\geq$  3,4).

Điểm số cao hơn có ý nghĩa ở nữ giới với NT4; BS vùng Đông Bắc cũng ở NT4. Có xu hướng thâm niên công tác trên 10 năm điểm số tốt hơn ở NT2. Yếu tố nhóm DTTS, xếp loại học lực THPT, xếp loại tốt nghiệp không có khác biệt về điểm số ở cả 5 nhân tố.

Về các giải pháp: 1) 96,8% (180/186) các phiếu phát vấn đều nhất trí cần xét tuyển kỹ lưỡng văn hóa đầu vào với đối tượng cử tuyển. Gần 2/3 ý kiến được hỏi (112/186) nên xem xét đầu ra của đối tượng cử tuyển nên phục vụ tại tuyển cơ sở, vì theo họ cũng như căn cứ kết quả đào tạo hầu hết xếp loại trung bình nên rất khó thể hiện năng lực chuyên môn ở tuyển cao hơn. 2) 145/186 phiếu phát vấn (78,0%) đồng ý đề nghị Nhà trường xếp đều SV cử tuyển vào các lớp khác, tránh xếp một lớp chuyên biệt như trước. 3) 98,4% (183/186) các ý kiến đề nghị Nhà trường cải tiến phương pháp giảng dạy, tập trung rèn luyện kỹ năng tay nghề vì các BS cử tuyển cho rằng kiến thức lý thuyết có thể đọc được, nhưng thực hành chuyên môn mới thực sự quan trọng cho nghề nghiệp tương lai. 4) 157/186 phiếu (84,4%) các ý kiến phát vấn đều đồng ý tăng cường trao đổi giữa Nhà trường-Các cơ sở y tế nói chung và nơi các BS cử tuyển công tác nói riêng.

## **5. Sản phẩm:**

1. Trần Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Tiến Dũng và cs (2018), “Năng lực nghề nghiệp của bác sĩ cử tuyển 15 tỉnh tốt nghiệp từ Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1997-2016”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 472, số đặc biệt (chào mừng 50 năm thành lập Đại học Y Dược Thái Nguyên), tr. 798-805.

2. Trần Bảo Ngọc, Nguyễn Tiến Dũng, Lê Ngọc Uyển, Nguyễn Thị Hoa (2018), “Đánh giá của bác sĩ cử tuyển về môi trường đào tạo đại học tại Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, tập 1071 (5), tr. 103-106.

3. Trần Bảo Ngọc, Lê Ngọc Uyển, Bùi Thanh Thủy (2018), “Thực trạng xếp loại tốt nghiệp sinh viên diện cử tuyển ở trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2013-2017”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên*, tập 183 (7), tr. 91-95.

4. Trần Bảo Ngọc, Lê Ngọc Uyển, Nguyễn Tiên Dũng và cs (2018), “Giá trị và độ tin cậy của bảng hỏi tự đánh giá năng lực của bác sĩ cử tuyển tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 464 (1), tr. 147-151.

5. Trần Bảo Ngọc, Lê Ngọc Uyển, Nguyễn Tiên Dũng và cs (2018), “Năng lực nghề nghiệp của bác sĩ cử tuyển tốt nghiệp từ trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên*, tập 180 (4), tr. 73-79.

6. Trần Bảo Ngọc, Bùi Thanh Thủy, Nguyễn Tiên Dũng, Doãn Thùy Dung và cs (2018), “Thực trạng và một số giải pháp với chương trình đào tạo nhằm cải thiện năng lực nghề nghiệp của bác sĩ cử tuyển”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 472, số đặc biệt (chào mừng 50 năm thành lập Đại học Y Dược Thái Bình), tr. 684-690.

#### **6. Phương thức chuyển giao, địa chỉ ứng dụng, tác động và lợi ích mang lại của kết quả nghiên cứu:**

Các Sở y tế và các đơn vị hiện đang sử dụng các bác sĩ cử tuyển thấy rõ thực trạng chất lượng các bác sĩ, từ đó sẽ tăng cường công tác đào tạo liên tục để nâng cao năng lực.

Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên sẽ có những đổi mới phù hợp trong công tác phát triển chương trình đào tạo đại học cho sinh viên cử tuyển. Góp thêm thông tin để chỉnh sửa chuẩn đầu ra phù hợp với đối tượng tuyển sinh. Gắn nội dung đào tạo với hoàn cảnh thực tế kinh tế xã hội đất nước.

**Tổ chức chủ trì**

*Ngày 27 tháng 5 năm 2019*

**Chủ nhiệm đề tài**

**Trần Bảo Ngọc**

## **INFORMATION ON RESEARCH RESULTS**

### **1. General information:**

- Project title: **Surveying some factors of occupational competencies on doctors graduated from nominated-based program in the period of 1991-2015 and proposing solutions to develop medical and pharmacy programs nominated candidates studying at Thai Nguyen University.**

- Code number: B2017-TNA-46

- Coordinator: Assoc. Prof Tran Bao Ngoc

- Implementing Institution: Thai Nguyen University

- Duration: from 01/2017 to 12/2018

### **2. Objectives:**

1. To assess the state of occupational competency factors of the nominated doctors trained at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy between the years 1991-2015.

2. Proposing solutions to develop medical and pharmacy training programs for nominated enrollees at Thai Nguyen University in the period of 2016-2020.

### **3. Creativeness and innovativeness:**

Referring the decision promulgated by Ministry of Health and the Competencies of General Practitioners (2015) and a number of other studies, the authors built a questionnaire consisting of 28 questions, covering 3 areas of professional competence for graduated medical doctors and 26 questions, covering 2 areas for direct managers of nominated doctors. Analysis of questions revealed that they had high reliability value, and through exploratory factor analysis (EFA) 5 factors were found to assess the professional competences of the selected doctors in general and others in particular.

The qualitative survey with suggestions from experts were completed by nominated doctors through plenary discussion in a large workshop, which came up with recommendations and solutions to improve professional competences for nominated doctors as well as to renovate medical and pharmacy training programs generally for nominated candidates studying Thai Nguyen University- University of Medicine and Pharmacy.

#### **4. Research results:**

406 study participants were selected to respond to the questionnaire on professional competence (69.9%), 186 participants participated in answering questions to suggest solutions (74.4%).

94.4% of the study participants had ethnic background. The rate of male and female was 1/1.39.

Grades at graduation: 01 had distinction (0.2%). The number of those with credit, strong pass and pass were 98 (24.1%); 169 (41.6%) and 138 (34.1%) respectively.

The doctors' professional competence according to the Likert scale of 5 levels in 5 factors after EFA analysis self-assessment from the doctors showed that: NT1 *Professional and occupational competences, coordination of work*: 3.97 ( 83.5%  $\geq$  3,4 ); NT2 *Professional and supporting capacity*: 3.60 (70.2%  $\geq$  3,4 ); NT3 *Professional operational capacity*: 4.19 (92.95%  $\geq$  3,4 ); for managers' assessment: NT4 *attitude in work and productivity*: 3.68 (77.8%  $\geq$  3.4); NT5 *Professional and occupational capacity*: 3.17 (39.9%  $\geq$  3,4 ).

Higher score was significant among female doctors, Northeast doctors with NT4. Those with work experience of more than 10 years tended to have better scores in NT2. Factors including, ethnicity, high school results and high school graduation rankings did make any significant difference of scores.

Solutions: 1) Input and output enrollment: 96.8% (180/186), almost agreed with careful enrollment of input qualification of nominated candidates.

Nearly two-thirds of the respondents (112/186; 60.2%) said outcomes for doctors working at grassroots level should be considered; because according to them, based on the results of the training, most were ranked at pass level, it is very difficult to show professional competence at higher levels. 2) Training organization: 145/186 questionnaires (78.0%) suggested that the school should assign enrolled students into different classes, instead of in the same class. 3) Teaching methods, evaluation: 98.4% (183/186) of the participants suggested the school to improve teaching methods, focuses on training skills because in nominated doctors' view, knowledge could be read, while new professional practice is really important for future career. 4) Employer-School coordination: 157/186 votes (84.4%) agreed to enhance exchanges between the School and health facilities in general and where the nominated doctors to work in particular.

## **5. Products:**

1. Tran Bao Ngoc, Nguyen Thi Hoa, Nguyen Tien Dung, et al (2018), "Professional capacity of doctors nominated from 15 provinces graduated from Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy in the 1997-2016 period", *Vietnam Journal of Medicine*, 472, special issue, pp. 798-805.

2. Tran Bao Ngoc, Nguyen Tien Dung, Le Ngoc Uyen, Nguyen Thi Hoa (2018), "Nominated doctors' comment on university training environment at University of Medicine and Pharmacy - Thai Nguyen University", *Journal of Practical Medicine*, 1071 (5), pp. 103-106.

3. Tran Bao Ngoc, Le Ngoc Uyen, Bui Thanh Thuy (2018), "Current graduation status of nominated graduates at University of Medicine and Pharmacy - Thai Nguyen University in the period of 2013-2017", *Journal of Science and Technology, Thai Nguyen University*, 183 (7), pp. 91-95.

4. Tran Bao Ngoc, Le Ngoc Uyen, Nguyen Tien Dung, et al (2018), "The value and reliability of the self-assessment questionnaire on nominated

doctors at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy”, *Vietnam Journal of Medicine*, 464 (1), pp. 147-151.

5. Tran Bao Ngoc, Le Ngoc Uyen, Nguyen Tien Dung, et al (2018), “Professional capacity of nominated doctors graduated from University of Medicine and Pharmacy - Thai Nguyen University in the period of 1991-2015”, *Journal of Science and Technology, Thai Nguyen University*, 180 (4), pp. 73-79.

6. Tran Bao Ngoc, Bui Thanh Thuy, Nguyen Tien Dung, Doan Thuy Dung, et al (2018), “Current situation and some solutions for training programs to improve professional capacity of nominated doctors”, *Vietnam Journal of Medicine*, 472, special issue, pp. 684-690.

#### **6. Transfer alternatives, application institutions, impact and benefits of research results:**

Health departments and units that are currently employing nominated doctors clearly find the quality of doctors, which will enhance continuous training to improve capacity.

University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University will have appropriate innovations in improving university training programs for undergraduate students. The study findings contribute more information to revising outcome standards in accordance with enrollees. Similarly, the study helps connect training contents with actual socio-economic situation.

**Host Organization**

*May 27<sup>th</sup>, 2019*

**Coordinator**

**Tran Bao Ngoc**



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khu vực châu Á Thái Bình Dương năm 2018, số lượng cán bộ y tế cả nước là 424.237 người, trong đó bác sĩ (BS) có 68.466 cán bộ, mật độ BS/10.000 dân đạt 7,61. Tuy nhiên, nhân lực y tế ở Việt Nam phân bố không đều theo các vùng kinh tế xã hội (6 vùng). Tính theo mật độ nhân lực y tế trên một vạn dân, Đông Nam Bộ có tỷ lệ cao nhất với 71 cán bộ y tế; vùng có tỷ lệ thấp nhất là Đồng Bằng Sông Cửu Long (42 cán bộ y tế) và Tây Nguyên (43 cán bộ y tế). Không chỉ thiếu về số lượng, những khu vực khó khăn như vùng núi Tây Bắc, Tây Nguyên có tỷ lệ cán bộ y tế trình độ cao thấp hơn các vùng khác rất nhiều, từ đó ảnh hưởng đến năng lực thực hành nghề nghiệp [51].

Để đáp ứng nhu cầu thiếu hụt nhân lực y tế cho vùng khó khăn, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 134/2006/NĐ-CP quy định chế độ cử tuyển vào các cơ sở giáo dục trình độ đại học, cao đẳng, trung cấp thuộc hệ thống giáo dục quốc dân [44]; Quyết định số 1544/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt “Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển” [43]. Báo cáo của Hội đồng dân tộc tại kỳ họp của Quốc hội XIII năm 2011 cho biết: Sau 15 năm thực hiện cử tuyển (1990-2005), có 52 tỉnh với 20.590 học sinh thuộc 49/54 thành phần dân tộc được thụ hưởng chính sách. Từ năm 2007-2010 có 24,8% cơ cấu cử tuyển thuộc ngành y tế, tuy nhiên kết quả học tập của đối tượng này không cao (loại khá trở lên chưa được 30%), bố trí công tác sau đào tạo chưa kịp thời [19].

Tại Hội nghị Hội đồng Hiệu trưởng các Trường Đại học Y Dược Việt Nam lần thứ XIII tại trường Đại học Y Hà Nội ngày 10/10/2014 về công tác đào tạo cử tuyển đã khuyến nghị một số giải pháp nâng cao chất lượng tuyển

sinh và đào tạo như: tổ chức tổng kết rút kinh nghiệm; xây dựng quy hoạch nhu cầu đào tạo cử tuyển dựa trên đề án việc làm của các địa phương và tập trung đào tạo ở một số trường có nhiều kinh nghiệm và truyền thống đào tạo cử tuyển [24].

Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên bắt đầu đào tạo cử tuyển từ năm 1991 đến nay, đến nay đã có hàng trăm BS đã tốt nghiệp và về công tác tại địa phương đáp ứng một phần nhu cầu thiếu hụt nhân lực y tế. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng năng lực nghề nghiệp theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế của đối tượng này sau khi tốt nghiệp, bên cạnh đó nhà trường đang dần đổi mới chất lượng đào tạo theo tinh thần nghị quyết nghị quyết số 29 NQ/TW đã được cụ thể hóa tại Nghị quyết của Đảng bộ Đại học Thái Nguyên và Đảng ủy Đại học Y Dược, cho nên nhà trường cũng đang thiếu các thông tin chi tiết về các bác sĩ-sản phẩm đào tạo của trường. Xuất phát từ nhu cầu thực tế trong công tác nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe phục vụ cộng đồng của người dân, chúng tôi tiến hành đề tài “**Khảo sát một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển giai đoạn 1991-2015 và đề xuất giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên**” với mục tiêu:

*1. Đánh giá thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển được đào tạo tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015.*

*2. Đề xuất được các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Cơ sở lý luận của đề tài

##### 1.1.1. Một số khái niệm

###### 1.1.1.1. Năng lực và năng lực nghề nghiệp

Năng lực (competence) có nguồn gốc tiếng La tinh là “competentia” có nghĩa là gặp gỡ. Trong tiếng Anh, từ năng lực được sử dụng với nhiều nghĩa cụ thể gắn với các lĩnh vực khác nhau, trong những tình huống và ngữ cảnh riêng. Có lẽ vì thế mà người Anh và một số nước sử dụng tiếng Anh có nhiều thuật ngữ khác nhau để diễn đạt những nội dung liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến vấn đề năng lực. Đó là các từ *Competence, Ability, Capability, Efficiency, Capacity, Potentiality, Aptitude...* Tuy nhiên, thuật ngữ được sử dụng phổ biến nhất vẫn là *Competence (hoặc Competency)*.

Cũng giống như tiếng Anh, trong tiếng Việt, từ năng lực rất gần nghĩa với một số từ khác như *tiềm năng, khả năng, kỹ năng, tài năng*, thậm chí còn có nét nghĩa gần với *năng khiếu...* Theo Từ điển Tiếng Việt, *tiềm năng* là “khả năng, năng lực tiềm tàng” nghĩa là khả năng ở trạng thái tiềm tàng, ẩn giấu bên trong, chưa bộc lộ ra, chưa phải là hiện thực. *Khả năng* là (1) “cái có thể xuất hiện, có thể xảy ra trong điều kiện nhất định”; (2) cái vốn có về vật chất hoặc tinh thần để có thể làm được việc gì”. *Kỹ năng* là “khả năng vận dụng những kiến thức thu nhận được trong một lĩnh vực nào đó vào thực tiễn”. *Tài năng* là “Năng lực xuất sắc, khả năng làm giỏi và có sáng tạo một việc gì”. *Năng khiếu* là “tổng thể nói chung những phẩm chất sẵn có giúp con người có thể hoàn thành tốt một loại hoạt động khi chưa được học tập và rèn luyện trong hoạt động đó”. Cũng theo Từ điển Tiếng Việt thì năng lực là (1) “khả năng, điều kiện chủ quan hoặc tự nhiên sẵn có để thực hiện một hoạt

động nào đó; (2) Phẩm chất tâm lý và sinh lý tạo cho con người khả năng hoàn thành một loại hoạt động nào đó với chất lượng cao”. Theo Rychen và Salganik: “Năng lực không chỉ là kiến thức và kỹ năng, nó nhiều hơn thế. Năng lực bao gồm khả năng đáp ứng các yêu cầu phức tạp dựa trên việc huy động các nguồn lực tâm lý (bao gồm cả kỹ năng và thái độ) trong một hoàn cảnh cụ thể [14].

Việc phân loại năng lực là một vấn đề khá phức tạp. Tùy theo quan điểm tiếp cận mà người ta chia năng lực thành các dạng thức khác nhau và theo đó cũng xuất hiện nhiều kiểu năng lực khác nhau. Tuy nhiên, phổ biến nhất vẫn là cách phân loại năng lực thành năng lực chung và năng lực riêng (còn gọi là năng lực chuyên biệt).

Năng lực chung (general competence): là năng lực cơ bản, thiết yếu để con người có thể sống và làm việc bình thường trong xã hội. Năng lực này được hình thành và phát triển do nhiều môn học, liên quan đến nhiều môn học.

Năng lực riêng (specific competence) là năng lực cụ thể, chuyên biệt, được hình thành và phát triển do một lĩnh vực/môn học nào đó.

*Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên hiệp quốc* (UNESCO), (sau khi định nghĩa NL đầu ra là những hành vi và kiến thức cụ thể và khả năng (đo lường được) cho phép tạo ra hoặc dự báo một mức hiệu suất (performance) cao trong một vị trí hoặc bối cảnh công tác nào đó) đã chia năng lực đầu ra thành 3 nhóm năng lực:

- *Năng lực nhận thức (cognitive competencies)*: Những năng lực này đóng góp vào mục tiêu phát triển kiến thức cá nhân, đồng thời cũng là những yếu tố hỗ trợ giúp ta áp dụng thành công những kiến thức sẵn có.

- *Năng lực thái độ (attitudinal competencies)*: Đó là các hành động, giá trị và chuẩn mực nhằm chỉ ra hoặc tạo ra hiệu suất cao, đồng thời cũng cho

thấy các loại kiến thức khác nhau đã được người học phát triển một cách hữu hiệu như thế nào.

- *Năng lực nghề nghiệp (professional competencies)*: Kiến thức chuyên biệt (specialized knowledge) về các nguồn thông tin, khả năng tiếp cận, công nghệ, dịch vụ, quản lý, cùng khả năng đánh giá có phê phán một cách hiệu quả, chọn lọc và sử dụng kiến thức này để hoàn thành những công việc cụ thể và đạt đến những kết quả mong muốn [14].

#### *1.1.1.2. Các khái niệm về nguồn nhân lực*

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

#### **1.1.2. Định hướng chính sách về nguồn nhân lực**

Ngày 17/7/2015, Bộ Y tế đã ban hành quyết định số 2992/QĐ-BYT về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020, trong quyết định đó có những nội dung chính về phát triển nguồn nhân lực y tế, cụ thể như sau [8]:

##### *1.1.2.1. Mục tiêu cụ thể*

- Tăng nhanh số lượng nhân lực, nhất là bác sĩ, thông qua các loại hình đào tạo khác nhau, ưu tiên nhân lực cho các địa phương còn nhiều khó khăn, các bệnh viện tuyến huyện và trạm y tế xã;

- Đặc biệt chú trọng phát triển đội ngũ bác sĩ chuyên khoa, đáp ứng nhu cầu phát triển kỹ thuật, nâng cấp bệnh viện, nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh (KBCB);

- Nâng cao trình độ và năng lực quản lý điều hành nhân lực cho đội ngũ cán bộ làm công tác quản lý bệnh viện;

- Xây dựng chính sách và chế độ đãi ngộ hợp lý cho nhân lực KBCB, đặc biệt là các vùng miền núi, hải đảo, khó khăn, vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số và một số lĩnh vực chuyên khoa kém thu hút nhằm cân đối phân bố nhân lực KBCB, góp phần nâng cao chất lượng KBCB ở tuyến dưới.

**Bảng 1.1. Dự báo nhu cầu nhân lực theo loại cán bộ tới năm 2020**

Loại nhân lực (người)	Năm 2011	Cần có năm 2020	Chỉ tiêu 2020/ 1 vạn dân	Số cần bổ sung
Bác sĩ	44.104	99.351	8	55.245
Điều dưỡng	141.494	225.345	20	83.851
Dược sĩ đại học	16.875	27.762	2	10.887
Kỹ thuật viên	24.076	89.337	8	65.261
Khác	36.114	134.006	12	97.892

#### *1.1.2.2. Các chỉ tiêu chung cần đạt năm 2020*

- Trong lĩnh vực KBCB, đạt chỉ tiêu 8 bác sĩ, 2 dược sĩ đại học và 16 điều dưỡng cho 10.000 dân.

- Đạt 30% tổng số điều dưỡng có trình độ cao đẳng và đại học.

- Các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có trên 50% tổng số bác sĩ có trình độ chuyên khoa cấp I trở lên (BSCKI và BSCKII) và tương đương, ít nhất 20% tổng số bác sĩ có trình độ chuyên khoa cấp II và tương đương.

- Các bệnh viện chuyên khoa tim mạch, nhi (hoặc sản nhi), chấn thương chỉnh hình có đủ bác sĩ làm việc, trong đó có ít nhất 50% tổng số bác sĩ có trình độ chuyên khoa cấp I và cấp II và tương đương.

- Mỗi bệnh viện huyện có ít nhất 5 bác sĩ chuyên khoa cấp I thuộc các chuyên ngành chủ yếu, bao gồm nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa và truyền nhiễm.

- Đạt 90% các trạm y tế xã (TYT) có bác sĩ hoạt động và 95 % TYT xã có hộ sinh hoặc y sĩ sản, nhi.

- Đạt 90% tổng số lãnh đạo các bệnh viện được đào tạo và cấp chứng chỉ về quản lý bệnh viện.

- Nhân lực KBCB trong khu vực ngoài công lập phát triển đạt 10% tổng nhân lực KBCB.

- Mức gia tăng trung bình mỗi năm về số lượng cho cả đào tạo mới và đào tạo liên tục đạt 120-150%.

### ***1.1.3. Tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ đa khoa***

Tại điều 6, chương II trong thông tư liên tịch số 10/2015 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ quy định nhiệm vụ bác sĩ hạng III, mã số V.08.01.03 như sau [10]:

a) Khám bệnh, chữa bệnh:

Khám bệnh, chữa bệnh thông thường cho người bệnh;

Xử trí cấp cứu thông thường, phát hiện kịp thời bệnh vượt quá khả năng điều trị báo cáo bác sĩ cấp cao hơn để có hướng xử trí hoặc chuyển đi điều trị ở tuyến trên hoặc theo lĩnh vực chuyên khoa;

Tham gia hội chẩn chuyên môn;

Thực hiện quản lý và cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh: phát hiện và báo cáo sai sót chuyên môn kỹ thuật, tham gia giám sát, kiểm tra, đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi chuyên môn được giao.

b) Thông tin, truyền thông, giáo dục sức khỏe:

Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe;

Thực hiện tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe; đánh giá hoạt động tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe;

Đề xuất biện pháp quản lý sức khỏe trong phạm vi được giao.

c) Tư vấn cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh lựa chọn các dịch vụ y tế phù hợp;

d) Vận hành và sử dụng được thiết bị y tế phục vụ chẩn đoán, can thiệp điều trị, cấp cứu trong phạm vi được giao;

đ) Tham gia giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần thuộc chuyên khoa hoặc lĩnh vực liên quan theo quy định của pháp luật;

e) Tham gia công tác chỉ đạo tuyến về chuyên môn kỹ thuật, triển khai phòng chống dịch và bệnh xã hội khi được giao; tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở;

g) Đào tạo và nghiên cứu khoa học về y học:

Tham gia biên soạn tài liệu chuyên môn; tham gia xây dựng quy chế, quy trình kỹ thuật chuyên môn thuộc lĩnh vực được giao;

Tham gia hướng dẫn viên chức, học sinh, sinh viên chuyên ngành y;

Tham gia hoặc thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học.

## **1.2. Chất lượng nguồn nhân lực [48]**

### ***1.2.1. Một số khái niệm***

Phát triển nhân lực là một lĩnh vực đang trong quá trình cải cách ở Việt Nam cho nên có một số khái niệm cần phải làm rõ để tránh hiểu nhầm. Đặc biệt là các khái niệm liên quan đến lý thuyết quản lý nhân lực và hệ thống giáo dục đào tạo tại Việt Nam nhiều người chưa hiểu rõ.

+ Năng lực chuyên môn (competencies) là kiến thức, kỹ năng và thái độ mà một cá nhân có được thông qua quá trình giáo dục, đào tạo và tích lũy kinh nghiệm làm việc.

+ Ứng xử có trách nhiệm (responsiveness) là đối xử với mọi người một cách tôn trọng, không phụ thuộc tình trạng sức khỏe hoặc vị trí xã hội. Ở Việt Nam có thể hiểu đó là tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh.



+ Cấp chứng chỉ hành nghề (licensing) là sự công nhận về mặt pháp lý cho phép một người được thực hành nghề y tế khi đạt các tiêu chuẩn (văn bằng chuyên môn, xác nhận về thời gian thực hành và năng lực chuyên môn, giấy chứng nhận đủ sức khỏe và không thuộc một trong các trường hợp bị cấm hành nghề).

+ Kiểm định chất lượng đào tạo là việc một cơ quan chính phủ hoặc một tổ chức nghề nghiệp đánh giá có hệ thống theo các quy định chuẩn đã đưa ra và phê duyệt hoặc công nhận chính thức một tổ chức hoặc chương trình.

Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn bao gồm đào tạo, bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và những khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia.

### ***1.2.2. Thực trạng các bất cập về chất lượng nhân lực y tế [4]***

Chất lượng của nhân lực y tế phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố và có thể được đánh giá tổng quát bằng kết quả đầu ra của hệ thống y tế - tình trạng sức khỏe nhân dân. Chất lượng của nhân lực y tế cũng có thể được đánh giá bằng năng lực chuyên môn và ứng xử có trách nhiệm. Tuy nhiên, do chưa có công cụ và còn thiếu nhiều thông tin, báo cáo này sẽ đánh giá chung về chất lượng nhân lực y tế và về công tác đào tạo, bồi dưỡng - một yếu tố có ý nghĩa quyết định của chất lượng nhân lực y tế. Các yếu tố quan trọng khác có tác động đến chất lượng nhân lực y tế, như điều kiện làm việc, tạo động lực và khuyến khích, giám sát và đánh giá sẽ được đánh giá sau.

#### ***1.2.2.1. Những bất cập về năng lực chuyên môn của cán bộ y tế***

##### ***\*. Bất cập về trình độ của cán bộ y tế***

Tỷ lệ CBYT có trình độ đại học trở lên chỉ dưới 30% tổng số CBYT trong khu vực nhà nước. Khi so sánh cơ cấu trình độ theo từng loại CBYT có

thể thấy, tỷ lệ bác sĩ trình độ trên đại học là 11% tổng số bác sĩ. Dược sĩ chia tương đối đều giữa trình độ đại học, cao đẳng/trung cấp và sơ cấp. Đa phần các điều dưỡng vẫn chỉ có trình độ cao đẳng và trung cấp, với tỷ lệ y tá sơ học ngày càng nhỏ và tỷ lệ có trình độ đại học đang tăng lên. Kỹ thuật viên cũng chủ yếu là trình độ cao đẳng, trung cấp.

Số cán bộ có trình độ cao còn ít và phân bố chưa hợp lý: Số lượng CBYT nhà nước có trình độ sau đại học (thạc sĩ, tiến sĩ) chiếm tỷ lệ rất thấp (2,2%) và tập trung chủ yếu ở tuyến trên (54% ở trung ương và 41% ở tuyến tỉnh. Tỷ lệ CBYT có trình độ đại học (chủ yếu là bác sĩ) chiếm 29% tổng số CBYT và tập trung nhiều nhất ở tuyến tỉnh (42%). Trong nhóm có trình độ đại học, có cán bộ có trình độ cao vì được đào tạo chuyên khoa, nhưng không có số liệu về tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên khoa hoặc nội trú để phân tích chất lượng CBYT.

Tuy nhiên, mỗi năm trong tổng số khoảng 28.400 học viên, sinh viên (SV) bậc đại học có khoảng 14% học chuyên khoa hoặc bác sĩ nội trú. Đồng thời có một số học viên bậc đại học theo cơ chế tập trung 4 năm (chuyên tu) hoặc vừa làm vừa học để phục vụ vùng khó khăn, trình độ thường không cao bằng học viên hệ chính quy, nhưng chiếm khoảng 27,5% tổng số học viên một năm. Nhân lực có trình độ cao đẳng và trung cấp chiếm tỷ lệ lớn nhất trong đội ngũ CBYT khu vực công (55%), được phân bố tương đối đều giữa các tuyến tỉnh, huyện, xã. Số cán bộ có trình độ sơ học ngày càng giảm, nhưng những cán bộ trình độ sơ cấp tập trung nhiều nhất ở tuyến xã.

Trình độ cán bộ thuộc hệ y tế dự phòng (YTDP) còn yếu: Số lượng cán bộ có trình độ đại học ở hệ thống dự phòng còn rất thấp (11,2%), và chỉ có 2% có bằng/chứng chỉ chuyên ngành y học dự phòng (y tế công cộng, y học lao động...).

Số cán bộ quản lý được đào tạo chuyên về lĩnh vực quản lý còn rất ít, ảnh hưởng không tốt đến hiệu quả hoạt động của nhiều cơ sở y tế, trong đó có việc thực hiện Nghị định 43 về tự chủ trong các đơn vị sự nghiệp.

Trình độ CBYT tuyến dưới thấp, nên khả năng đáp ứng các dịch vụ CSSK kém và tỷ lệ sai sót trong chẩn đoán, điều trị là khá phổ biến. Số liệu nghiên cứu cho thấy, trong năm 2001, chỉ có 64% bệnh nhân chuyển tuyến từ bệnh viện tỉnh hoặc huyện lên bệnh viện trung ương được chẩn đoán chính xác từ các cơ sở tuyến dưới và chỉ có 51% bệnh nhân chuyển từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh được chẩn đoán chính xác từ tuyến huyện. Tuy các mức này đã tăng lên 75% và 59% tương ứng trong năm 2003, nhưng rõ ràng tỷ lệ chẩn đoán sai ở các bệnh viện tuyến dưới vẫn còn rất cao.

*\*\*.* Khả năng thực hiện các nhiệm vụ kỹ thuật còn yếu

Chất lượng dịch vụ y tế ở các cơ sở còn bị ảnh hưởng do thiếu cán bộ một số chuyên ngành như y học cơ sở, các bệnh xã hội, nhi khoa... Cũng do trình độ CBYT tuyến dưới thấp, nên khả năng thực hiện các nhiệm vụ kỹ thuật đã được phân tuyến còn chưa đạt. Kết quả nghiên cứu đánh giá khả năng thực hiện các nhiệm vụ chuẩn của TYT xã trong báo cáo Đánh giá Dự án Y tế Nông thôn (Dự án vay vốn của Ngân hàng phát triển Châu Á (ADB) năm 2008 cho thấy năm 2006-2007 chỉ 79,1% các TYT xã có khả năng thực hiện tối thiểu 60% các quy trình kỹ thuật được giao trách nhiệm thực hiện tuyến xã. Có lẽ chính vì lý do chất lượng dịch vụ y tế thấp, mà người dân thường bỏ qua tuyến dưới, đi thẳng lên tuyến trên để nhận dịch vụ y tế và dẫn đến tình trạng quá tải ở các bệnh viện trung ương.

Hiện nay mô hình bệnh tật đang thay đổi từ truyền nhiễm sang không truyền nhiễm, do vậy nhu cầu khám chữa các bệnh không truyền nhiễm tăng cao. Tuy nhiên CBYT tuyến dưới vẫn chưa được đào tạo về các loại bệnh này

nhieu, nên số lượng bệnh nhân tập trung về các bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nội tiết, bệnh viện K... rất lớn, gây quá tải cho các bệnh viện.

Tình trạng thiếu cán bộ có trình độ chuyên sâu một số lĩnh vực cũng ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của người dân. Theo báo cáo đánh giá mới nhất hệ thống CSSK bà mẹ trẻ em trong cả nước thì số cán bộ được đào tạo về gây mê hồi sức và ngoại sản ở nhiều tỉnh còn thiếu, do vậy có tới 9 tỉnh không thể thực hiện mổ đẻ tại tuyến huyện. Đến nay mổ nội soi vẫn chủ yếu được thực hiện ở các bệnh viện trung ương và tỉnh có kinh tế khá. Nhiều kỹ thuật ghép gan, ghép thận, ghép tim đã được chuyển giao công nghệ ở nước ta gần 30 năm rồi, nhưng hiện tại việc áp dụng trên diện rộng còn hạn chế. Tốc độ áp dụng công nghệ mới ở phạm vi rộng diễn ra chậm, một phần là do thiếu trang thiết bị, một phần do thiếu chuyên gia có kỹ năng sử dụng thiết bị hiện đại. Mặc dù có tình trạng thiếu cán bộ chuyên môn sâu ở một số lĩnh vực nhưng năng lực đào tạo sau đại học của các trường, viện là có hạn, do thiếu nhiều điều kiện, như trình độ giáo viên, cơ sở vật chất, thiết bị giảng dạy. Ngoài ra do thiếu chính sách hấp dẫn, những người được đào tạo chuyên sâu và có kỹ năng dễ tìm việc ở khu vực tư nhân, thành thị, nên khó thu hút các cán bộ có trình độ chuyên môn giỏi làm việc ở tuyến tỉnh, huyện.

#### *1.2.2.2. Những bất cập trong hệ thống đào tạo cấp văn bằng*

Hệ thống đào tạo cấp văn bằng bao gồm các trường đào tạo các chương trình từ sơ cấp, trung cấp, cao đẳng đến đại học, gồm cả đào tạo trước khi hành nghề, nâng cao trình độ và học sau đại học. Có nhiều yếu tố tác động đến trình độ/năng lực của CBYT mới ra trường, trong đó chương trình đào tạo là một trong những yếu tố cơ bản nhất. Bên cạnh đó, các yếu tố khác như số lượng và trình độ SV tuyển vào, cơ sở vật chất của trường, đội ngũ giảng viên, quy trình đào tạo và cơ chế đảm bảo chất lượng đào tạo tại trường là những yếu tố không kém phần quan trọng.

*\*. Chất lượng tuyển sinh vào nhiều trường có xu hướng giảm*

Do nhiều chính sách mới dẫn đến tăng chỉ tiêu tuyển sinh, cho phép nhận SV điểm thi thấp, nên chất lượng đầu vào các chương trình đào tạo đang giảm đi, có nguy cơ ảnh hưởng tới chất lượng đầu ra, tức là NVYT mới tốt nghiệp. Đồng thời, hiện nay tiêu chí để nhận SV y dược chủ yếu dựa vào điểm thi, cho nên đạo đức của SV chưa được quan tâm đúng mức. Một trong những yếu tố tác động đến việc tăng chỉ tiêu tuyển sinh của các trường là áp lực tự chủ theo Nghị định 43 áp dụng trong các trường đào tạo lĩnh vực y, dược. Do kinh phí ít (ngân sách nhà nước ít, học phí thấp), chi phí đào tạo lại tăng liên tục trong giai đoạn qua, một trong những giải pháp chính của các trường để đảm bảo thu nhập cho cán bộ và những chi phí hoạt động khác là phải tăng tuyển sinh.

Hiện nay chỉ số bình quân của các trường đào tạo nhân lực y tế là 6,5 học viên đại học/giảng viên. Dù số trung bình này thấp hơn quy định theo Chỉ thị 06/2008/CT-BYT về việc tăng cường chất lượng đào tạo nhân lực y tế, nhưng một số trường có chỉ số quá cao (18 SV/giảng viên ở Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và 12 tại Trường Đại học Răng-Hàm-Mặt năm 2007). Vấn đề về quá tải thường nặng hơn ở các trường đào tạo nhiều cấp (ví dụ vừa đào tạo đại học, vừa đào tạo cao đẳng). Điều này cho thấy nếu các trường tiếp tục tăng chỉ tiêu tuyển sinh như hiện nay, thì vấn đề chất lượng đào tạo sẽ bị ảnh hưởng lớn do các trường không đủ nhân lực và cơ sở vật chất đảm bảo cho việc giảng dạy.

Có nhiều băn khoăn liên quan đến chất lượng tuyển sinh của loại hình “cử tuyển” và tuyển sinh của các trường đại học ngoài công lập. Theo báo cáo của các trường, trình độ của SV “cử tuyển” rất thấp, không đáp ứng được yêu cầu đầu vào của các cơ sở đào tạo, đặc biệt ở những trường có điểm chuẩn đầu vào cao như Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Điều này tất nhiên sẽ có ảnh hưởng đến trình độ của CBYT tốt nghiệp ra trường. Tuy nhiên đào tạo cử

tuyển giải quyết trước mắt những vấn đề ưu tiên vùng miền, dân tộc. Vì vậy, để tăng hiệu quả nhất thiết cần giám sát, hỗ trợ công việc sau khi bác sĩ cử tuyển ra trường và tạo điều kiện cho họ được đào tạo liên tục.

Hiện nay trường đại học tư chỉ đào tạo điều dưỡng, kỹ thuật y học, y tế công cộng và quản lý bệnh viện. Điểm chuẩn tuyển sinh đầu vào của các trường đại học tư thập so với các trường công ở những chuyên ngành có đào tạo tư nhân. Ví dụ năm 2009, điểm chuẩn ngành điều dưỡng trung bình trong các trường công lập là 18,4, trong khi 2 trường tư nhân có công bố điểm chuẩn trung bình là 15, so với điểm sàn là 14 cho khối B đối với trường xét tuyển chưa thi tuyển. Do vậy còn có băn khoăn về trình độ của SV tốt nghiệp các trường ngoài công lập và chất lượng thực hành KBCB của họ. Bên cạnh đó, một số báo cáo còn cho thấy các trường ngoài công lập cũng tăng số lượng đầu vào để bù đắp chi phí giảng dạy, do học phí hiện nay chỉ đủ cho 40% chi phí giảng dạy và thuê. Vì vậy việc giám sát chất lượng giảng dạy ở các trường tư phải được đặc biệt chú trọng.

*\*\*.* Nhiều chương trình chưa được cập nhật theo đúng thời hạn 5 năm

Hiện nay Bộ Y tế đã phê duyệt 48 chương trình đào tạo ở các cấp từ trung cấp tới sau đại học. Căn cứ chương trình khung đã được ban hành, Giám đốc các học viện và Hiệu trưởng các trường đại học, trường cao đẳng tổ chức xây dựng chương trình giáo dục cụ thể của trường; tổ chức biên soạn và duyệt giáo trình các môn học để sử dụng chính thức trong trường trên cơ sở thẩm định của Hội đồng thẩm định giáo trình do Giám đốc hoặc Hiệu trưởng thành lập.

Có sự tiếp nối liên tục của ngành học từ trung cấp tới sau đại học ở một số ngành như dược, y học cổ truyền, nha khoa. Một số chương trình chỉ có trình độ đại học và sau đại học, ví dụ như bác sĩ đa khoa và y tế công cộng. Có những ngành hiện tại chỉ mới dừng ở trung cấp, cao đẳng và đại học, ví dụ

như ngành kỹ thuật y học, điều dưỡng/hộ sinh. Như vậy, các CBYT có nhiều cơ hội phát triển nghề nghiệp liên tục từ trung cấp tới sau đại học nếu họ phấn đấu nỗ lực. Tuy nhiên, các chương trình cần được thiết kế để có thể tạo cho học viên điều kiện học liên thông, giảm bớt thời gian học tập mà vẫn tích lũy đủ tín chỉ cần thiết của chương trình đào tạo ở tất cả các ngành, nếu đi học nâng cao trình độ.

Thông thường, chương trình đào tạo phải được cập nhật sau 5 năm. Nhưng có bằng chứng cho thấy nhiều chương trình không được cập nhật, do vậy những vấn đề thay đổi của xã hội như mô hình bệnh tật, phương pháp chẩn đoán và điều trị, các chính sách y tế, cũng chưa được đưa vào giảng dạy kịp thời. Trong năm qua, Bộ Y tế đã chỉ đạo các trường cập nhật 7 chương trình đào tạo đại học, như bác sĩ đa khoa, cử nhân kỹ thuật y học, dược sĩ... Hiện tại, những chương trình này vẫn chưa được Bộ Giáo dục-Đào tạo phê duyệt. Do hạn chế về kinh phí và cơ chế, còn rất nhiều chương trình chưa được cập nhật theo đúng thời hạn 5 năm. Điều này sẽ phần nào ảnh hưởng tới tính hiện đại của chương trình và chất lượng đào tạo của các trường.

Bên cạnh chương trình khung do Bộ Y tế và Bộ Giáo dục Đào tạo ban hành, việc xây dựng và cập nhật chương trình chi tiết của từng trường vẫn chưa được giám sát và phụ thuộc vào việc tổ chức giảng dạy của từng cơ sở đào tạo. Do vậy, nếu các cơ sở thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo thì việc giám sát sẽ được đưa vào hoạt động thường quy của từng trường và sẽ góp phần nâng cao chất lượng đào tạo.

**\*\*\*. Cơ sở vật chất còn nhiều thiếu thốn**

Hiện tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế còn nhiều thiếu thốn về cơ sở vật chất, đặc biệt là cơ sở thực tập, như bệnh viện, labo y học cơ sở và thư viện. Bộ Y tế đã có nhiều chính sách tạo điều kiện và giúp đỡ các cơ sở đào tạo đưa SV đi thực hành, thực tập, như Thông tư hướng dẫn kết hợp viện - trường

(09/2008/TT-BYT ngày 01/08/2008). Tuy nhiên do điều kiện khó khăn về kinh phí và cơ sở hạ tầng, nhiều trường vẫn chưa có bệnh viện thực hành, như Đại học Y Thái Bình, Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Sự hợp tác giữa một số trường và bệnh viện còn chưa tốt. Nhà trường thường cho rằng bệnh viện không tạo điều kiện cho SV được thực hành, còn bệnh viện lại cho rằng trường không tham khảo ý kiến của bệnh viện về số lượng SV đến thực tập, và nhà trường không giám sát SV khi thực tập tại bệnh viện trong khi bệnh viện còn khó khăn vì quá tải. Nhiều bệnh viện thực hiện cơ chế tự chủ theo Nghị định 43, yêu cầu phải có chi phí theo đầu học viên đi thực tập tại bệnh viện và phải có người giám sát học viên tại bệnh viện. Nhưng do kinh phí hạn chế, nhiều trường không có đủ kinh phí trả cho bệnh viện và không có đủ giảng viên để giám sát học viên tại bệnh viện, ảnh hưởng không tốt đến việc thực tập của SV.

Một trong những khó khăn lớn mà các trường đang gặp phải là thiếu các phòng thực hành y học cơ sở. Bộ Y tế đã có kế hoạch huy động vốn vay từ Ngân hàng ADB để giúp 18 trường thuộc Bộ nâng cấp phòng thực hành y học cơ sở.

Các trường cần có kế hoạch tiếp nhận và triển khai các cơ sở thực hành này, bắt đầu từ việc bố trí cơ sở vật chất và đào tạo nhân lực để có thể vận hành khi trang thiết bị được cung cấp. Các điều kiện học tập cần thiết, như thư viện, tài liệu học tập, phòng học, cũng còn thiếu thốn ở tất cả các trường công và tư.

*\*\*\*\*. Số lượng và chất lượng giảng viên còn nhiều bất cập*

Giảng viên của các trường bao gồm cả giảng viên cơ hữu và giảng viên thỉnh giảng. Giảng viên thỉnh giảng thường là các cán bộ có kinh nghiệm của các bệnh viện, các viện nghiên cứu. Tuy nhiên, trình độ giảng viên có sự chênh lệch lớn giữa các trường. Trình độ của giảng viên ở các trường lớn



thuộc các TP lớn như Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh cao hơn so với các khu vực khác. Điều này cho thấy khả năng có sự chênh lệch về chất lượng giảng dạy giữa các trường. Có thể suy nghĩ đến cơ chế tài chính, hợp tác để trao đổi giảng viên, tạo điều kiện nâng cao chất lượng giảng dạy của các trường khu vực. Mặc dù trình độ của giảng viên của các trường đã được cải thiện, nhưng sẽ rất khó khăn để đạt được các mục tiêu của Chính phủ về trình độ giảng viên vào năm 2020 với ít nhất 90% giảng viên đại học và 70% giảng viên cao đẳng có trình độ thạc sĩ trở lên; trong đó ít nhất 75% giảng viên đại học và 25% giảng viên các trường cao đẳng có bằng tiến sĩ.

Một trong những lý do chính là thiếu sự hỗ trợ của các cơ quan chủ quản về kinh phí cho các giảng viên đi học nâng cao, cũng như khả năng ngoại ngữ còn hạn chế khiến họ khó tiếp cận với các chương trình học bổng của chính phủ để đi học thạc sĩ và tiến sĩ ở nước ngoài.

Hiện nay, tại tất cả các trường đại học đều thiếu giáo viên dạy về y học cơ sở. Các chương trình học bổng hiện nay chủ yếu khu trú vào một số lĩnh vực như y tế công cộng, quản lý. Bên cạnh đó, trình độ ngoại ngữ của các giảng viên tại các trường còn yếu, do vậy cơ hội tìm kiếm học bổng của các giảng viên về y học cơ sở càng trở nên khó khăn hơn. Hơn nữa, tuyển SV học ở các ngành y học cơ sở rất khó do ngành này có thu nhập thấp.

Công tác đào tạo, bồi dưỡng giảng viên kế cận làm còn chưa tốt. Hiện nay có khoảng một phần ba số giảng viên đại học và trung cấp đã có 20-30 năm tuổi nghề và khoảng 1/3 giảng viên có ít hơn 5 năm kinh nghiệm, cần phải được kèm cặp hỗ trợ trong phát triển nghề nghiệp. Ngay tại các trường lớn như Đại học Y Hà Nội, hiện tại chỉ còn 4 giáo sư. Do vậy các nhà trường cần có kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng cán bộ kế cận, có trình độ cao.

Việc áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực còn lẻ tẻ, chưa đồng bộ, phụ thuộc chủ yếu vào năng lực của từng trường và giảng viên trong huy động tài trợ và hỗ trợ kỹ thuật nước ngoài.

*\*\*\*\*\*. Số SV tốt nghiệp tăng, nhưng chưa đáp ứng yêu cầu về chất lượng*

Còn nhiều băn khoăn về chất lượng của CBYT, đặc biệt là bác sĩ mới ra trường, về khả năng thực hiện công việc một cách độc lập. Hiện tại số lượng SV được giữ lại để đào tạo nội trú rất ít (10%). Số còn lại khi ra trường đều cần phải có sự kèm cặp nhiều trong công việc. Một trong những lý do khiến chất lượng của CBYT mới ra trường thấp liên quan đến tình trạng thiếu cơ sở và điều kiện thực tập trong quá trình học tập, kể cả đào tạo sau đại học.

Số trường quan tâm đến khả năng làm việc độc lập, đáp ứng nhu cầu xã hội của SV mới tốt nghiệp còn rất ít. Hiện chỉ có Khoa Y, Đại học Tây Nguyên có điều tra về khả năng đáp ứng của SV ở cơ sở làm việc. Hằng năm, Đại học Y tế Công cộng có hợp với các đơn vị tuyển dụng nơi có cựu học viên làm việc để tìm hiểu về khả năng đáp ứng với công việc. Hai đơn vị này đều có điều chỉnh chương trình giảng dạy thích hợp nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội ngày càng tốt hơn.

Một trong những điều kiện để đánh giá năng lực làm việc của SV là phải có chuẩn để đánh giá. Quyển sách xanh do các trường đại học y xây dựng về các năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa đang được cập nhật, nhưng hiện vẫn chưa có chuẩn của các chuyên ngành khác.

Bộ Y tế đã dự thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh và đã được Quốc hội thông qua trong tháng 11 năm 2009. Luật yêu cầu CBYT phải đạt được chuẩn về lý thuyết và thực hành trong KBCB. Chỉ có những người đạt được chuẩn mới được cấp chứng chỉ hành nghề.

Điều này đã cho thấy một thách thức mới cho các trường đào tạo nhân lực y tế, đặc biệt là cán bộ làm lâm sàng (bác sĩ - điều dưỡng). Các

trường đào tạo bắt buộc phải thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo và phải dựa vào chuẩn năng lực của SV tốt nghiệp để cập nhật chương trình đào tạo, bố trí giảng viên và cơ sở vật chất phù hợp để SV tốt nghiệp ra trường có thể đáp ứng tốt các kỳ thi sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề. Bộ Y tế đã có kế hoạch giúp đỡ các trường chỉnh sửa chương trình đào tạo phù hợp, đáp ứng yêu cầu sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề thông qua dự án vay ADB và viện trợ từ AusAID.

Hơn thế, đến năm 2010, thỏa thuận công nhận bằng cấp tương đương của điều dưỡng trong các nước khối ASEAN sẽ có hiệu lực. Để chuẩn bị cho quá trình đó, điều quan trọng là phải thực hiện có hiệu quả Luật Khám bệnh, chữa bệnh, các trường đào tạo điều dưỡng phải có được chương trình chuẩn, tương đương với các nước trong khối ASEAN để có thể thực hiện các dự án, như xuất khẩu điều dưỡng sang các nước này và ngược lại, cho phép điều dưỡng ở các nước sang hành nghề tại Việt Nam mà vẫn đảm bảo được chất lượng làm việc.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Các BS cử tuyển đã tốt nghiệp từ Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015.

Cán bộ quản lý trực tiếp của các BS cử tuyển nói trên, nơi họ đang công tác, làm việc.

Cán bộ quản lý cấp Bệnh viện, Sở Y tế nơi BS cử tuyển đang công tác, làm việc.

Cán bộ quản lý và giảng viên của Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

#### **2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

##### **2.2.1. Thời gian nghiên cứu**

Thu thập thông tin thực địa được tiến hành từ tháng 6/2017 đến hết tháng 12/2018.

##### **2.2.2. Địa điểm nghiên cứu**

Lựa chọn 18 Sở Y tế ở các tỉnh miền núi phía Bắc và miền Trung (Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Lai Châu, Lạng Sơn, Lào Cai, Nghệ An, Ninh Bình, Phú Thọ, Quảng Ninh, Sơn La, Thái Nguyên, Thanh Hóa, Tuyên Quang và Yên Bái).

Một số tỉnh, thành có BS cử tuyển tốt nghiệp số lượng ít, địa lý quá xa và/hoặc không thuộc diện quản lý y tế sở tại, chúng tôi loại khỏi nghiên cứu này (Quảng Trị, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đắk Lắk...).

Hội thảo quy mô lớn, lập bảng hỏi tự điền, nhập/xử lý số liệu, viết báo cáo tổng kết tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

#### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Điều tra mô tả, kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính.

Các nghiên cứu định lượng là kết quả đào tạo, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật theo phân tuyến quy định của Bộ Y tế [9].

Phương pháp định lượng thu thập thông tin từ các BS cử tuyển học tập tại Trường giai đoạn 1991-2015 và các cán bộ quản lý hệ thống y tế địa phương bằng bảng hỏi tự điền.

Phương pháp định tính thu thập thông tin qua các cuộc thảo luận nhóm tại các Sở Y tế, phát vấn BS cử tuyển bằng bảng hỏi tự điền, tổ chức Hội thảo quy mô lớn tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên và phương pháp chuyên gia thảo luận với các chuyên gia có kinh nghiệm và hiểu biết về đào tạo và sử dụng BS cử tuyển trong xây dựng bảng hỏi tự điền.

## **2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

### **2.4.1. Nghiên cứu định lượng**

#### **2.4.1.1. Cỡ mẫu**

Chọn toàn bộ các BS cử tuyển và cán bộ quản lý trực tiếp đang làm việc tại 18 Sở Y tế các tỉnh miền núi phía Bắc và miền Trung (Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Lai Châu, Lạng Sơn, Lào Cai, Nghệ An, Ninh Bình, Phú Thọ, Quảng Ninh, Sơn La, Thái Nguyên, Thanh Hóa, Tuyên Quang và Yên Bái).

Một số tỉnh, thành có BS cử tuyển tốt nghiệp số lượng ít, địa lý quá xa và/hoặc không thuộc diện quản lý y tế sở tại, chúng tôi loại khỏi nghiên cứu này (Quảng Trị, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đắk Lắk...).

#### **2.4.1.2. Phương pháp chọn mẫu**

Chọn chủ đích BS cử tuyển và cán bộ quản lý trực tiếp tại 18 tỉnh nói trên đồng ý tham gia điền phiếu.

Kết quả: chúng tôi nhận được 406 phiếu/581 BS cử tuyển tại 15 tỉnh (Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Lai Châu,

Lạng Sơn, Lào Cai, Nghệ An, Quảng Ninh, Sơn La, Thái Nguyên, Tuyên Quang và Yên Bái), tỷ lệ phản hồi đạt 69,9%.

Ba tỉnh Ninh Bình, Phú Thọ, Thanh Hóa không nhận được phản hồi.

#### **2.4.2. Nghiên cứu định tính**

Chúng tôi lựa chọn chủ đích 250 BS cử tuyển đã phản hồi từ nghiên cứu định lượng có điện thoại, địa chỉ email và địa chỉ cơ quan rõ ràng được lựa chọn để tiến hành điền phiếu khảo sát bằng hình thức phát vấn các câu đề dẫn mở. Tỷ lệ phản hồi phát vấn đạt 186/250 BS, đạt 74,4%.

Năm Sở Y tế đã tiến hành một số buổi thảo luận, trao đổi để đề ra một số giải pháp phát triển chương trình đào tạo đại học tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên phù hợp với nhu cầu thực tiễn của đối tượng tuyển sinh hệ cử tuyển.

Sau khi tập hợp các ý kiến cá nhân và một số ý kiến nhóm, chúng tôi tổ chức 01 buổi Hội thảo quy mô lớn (với sự tham gia của 8 địa phương) tại Trường vào tháng 12/2018 để thảo luận, thống nhất các nhóm giải pháp, từ đó tập hợp các kiến nghị, đề xuất phù hợp với các đơn vị liên quan nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ bác sĩ cử tuyển.

### **2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin**

#### **2.5.1. Dành cho mục tiêu 1**

- Sử dụng bảng hỏi soạn sẵn ngoài các mục thông tin chung của đối tượng nghiên cứu là các câu hỏi tự điền đánh giá thực trạng đào tạo của Nhà trường (phụ lục 2):

+ Từ phía giảng viên các lĩnh vực: Khoa học cơ bản, Y học cơ sở, Y học lâm sàng, Y học cộng đồng được phỏng vấn và tự điền vào các câu hỏi liên quan nội dung và phương pháp giảng dạy.

+ Môi trường đào tạo: là các câu hỏi tự điền liên quan tới cơ sở vật chất, các hoạt động hỗ trợ học tập, hoạt động rèn luyện kỹ năng mềm hay các hoạt động ngoại khóa tại cộng đồng...

- Để đánh giá năng lực của BS cử tuyển, chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi soạn sẵn có tham khảo Chuẩn năng lực BS đa khoa do Bộ Y tế ban hành năm 2015 [5], hay qua nghiên cứu của Trần Quốc Kham (2013) [30]. Bảng hỏi này chúng tôi đã kiểm định giá trị, độ tin cậy cũng như phân tích nhân tố khám phá EFA và đăng tải năm 2018 (với cỡ mẫu nhỏ hơn) [37] (nội dung bảng hỏi xin xem Phụ lục 3, Phụ lục 4). Cụ thể như sau:

+ Bảng hỏi chia thành 4 lĩnh vực năng lực theo thang đo thứ hạng 5 mức độ (5: Giỏi, 4: Khá, 3: Trung bình, 2: Kém và 1: Yếu):

Hành nghề chuyên môn gồm 11 tiêu mục (hệ số 1, điểm trung bình cộng (TBC) tối đa = 5);

Ứng dụng kiến thức y học gồm 5 tiêu mục (hệ số 2, TBC tối đa = 10);

Chăm sóc y khoa gồm 10 tiêu mục (hệ số 2, TBC tối đa = 10);

Giao tiếp, cộng tác gồm 5 tiêu mục (hệ số 1, TBC tối đa = 5).

Điểm bình quân (ĐBQ) được chia làm 5 mức độ: Giỏi:  $27 \leq \text{ĐBQ}$ ; Khá:  $21 \leq \text{ĐBQ} < 27$ ; Trung bình  $15 \leq \text{ĐBQ} < 21$ ; Kém:  $10 \leq \text{ĐBQ} < 15$  và Yếu:  $\text{ĐBQ} < 10$ .

+ Một bảng hỏi cách tính điểm tương tự gồm 3 lĩnh vực dành cho cán bộ quản lý trực tiếp BS cử tuyển:

Năng lực (11 tiêu mục, hệ số 2, TBC tối đa = 10);

Năng suất và chất lượng côngviệc (6 tiêu mục, hệ số 2, TBC tối đa = 10);

Thái độ trong công tác (10 tiêu mục, hệ số 1, TBC tối đa = 5).

ĐBQ cũng chia làm 5 mức lần lượt như trên, theo các mốc điểm:  $\geq 23$ ; từ  $\geq 19-23$ ; từ  $\geq 15-19$ ; từ  $\geq 10-15$  và  $< 10$ .

Chúng tôi tiếp tục kiểm định hệ số Cronbach's anpha, phân tích nhân tố khám phá EFA, ma trận xoay nhân tố với cỡ mẫu mới này trong nghiên cứu để có một bảng hỏi mới phù hợp hơn và cũng là cơ sở để phân tích tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

### **2.5.2. Dành cho mục tiêu 2**

Chúng tôi tiến hành tập huấn cho cán bộ thuộc Phòng Tổ chức cán bộ các Sở Y tế và một số BS cử tuyển về tổ chức các buổi tọa đàm xác định thực trạng năng lực và đề xuất kiến nghị, giải pháp cho Nhà trường.

Phương pháp phát vấn áp dụng bằng bảng hỏi tự điền cho 250 BS cử tuyển (nhận phản hồi 186 phiếu).

Nhóm nghiên cứu đã nhận 05 báo cáo qua thảo luận nhóm tại các Sở Y tế: Điện Biên, Lai Châu, Lào Cai, Quảng Ninh và Yên Bái với sự tham gia của lãnh đạo Sở, lãnh đạo bệnh viện mà BS cử tuyển công tác, lãnh đạo các phòng chức năng của Sở.

Chúng tôi tổ chức 01 cuộc Hội thảo với sự tham gia của 8 địa phương (Thái Nguyên, Bắc Kạn, Lạng Sơn, Sơn La, Hà Giang, Ninh Bình, Yên Bái, Cao Bằng) cùng các cán bộ quản lý nhà trường (tổng cộng có 60 đại biểu) với nội dung bàn các giải pháp nâng cao năng lực nghề nghiệp cho các BS cử tuyển.

Phương pháp chuyên gia: nhóm nghiên cứu thảo luận với 5 chuyên gia có kinh nghiệm về quản lý, đào tạo BS cử tuyển để xây dựng các bảng hỏi tự điền định lượng, định tính, sau đó điều tả thử trước khi khảo sát toàn bộ.

## **2.6. Phương pháp xử lý sai số**

Các cộng tác viên thực hiện đề tài (thành viên trong thuyết minh, các chuyên viên của Sở Y tế) cũng như cá nhân các BS cử tuyển đều được thảo luận, hướng dẫn chi tiết trước khi tiến hành điền phiếu trả lời cũng như tọa đàm, trao đổi.



Một số phiếu được nhóm kiểm tra ngẫu nhiên bằng hình thức gọi điện trực tiếp để xác nhận thông tin điền phiếu.

Các phiếu sau khi mã hóa được từng cặp nhập dữ liệu vào máy tính, sau đó tiến hành hoán đổi kiểm tra thông tin giữa hai nhóm nhập liệu.

## **2.7. Nhập và xử lý số liệu**

Các phiếu tự điền được mã hóa, các biên bản thảo luận được tách lọc các thông tin chính sau đó tiến hành nhập liệu vào máy tính.

Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán phù hợp: tính tỷ lệ, tần suất, giá trị trung bình...

Bảng hỏi tự điền về năng lực có 5 mức độ, với mỗi câu hỏi riêng biệt: điểm 4, 5 đạt mức giỏi trở lên; với nhóm của nhiều câu hỏi được chia thành các mức độ với bước nhảy 0,8 (nghĩa là với điểm số từ 1-1,8 là mức yếu; 1,81-2,6 đạt mức trung bình; 2,61-3,4 đạt mức khá; 3,41- 4,2 sẽ đạt mức giỏi; 4,21-5 sẽ đạt xuất sắc). Chúng tôi tiến hành kiểm định độ tin cậy của bảng hỏi (lựa chọn những câu hỏi có hệ số Cronbach's alpha > 0,7 đồng thời nhỏ hơn hệ số tin cậy tổng). Sau đó, phân tích nhân tố khám phá EFA để có ma trận xoay để tìm những nhóm nhân tố mới phù hợp.

Phân tích các yếu tố liên quan với các kết quả về thực trạng đào tạo cũng như năng lực nghề nghiệp bằng kiểm định  $\chi^2$ , có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

Các biến số định tính được nhập phần mềm, quy đổi ra định lượng để tính tần suất và lập các hộp ghi nhận nguyên văn những ý kiến của đối tượng nghiên cứu.

## **2.8. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt của Hội đồng Y đức, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

Mỗi cá nhân, tập thể được khảo sát, phỏng vấn hoàn toàn tự nguyện và có quyền tự rút ra khỏi nghiên cứu bất kể khi nào.

Nghiên cứu thuần túy là phỏng vấn, khảo sát hoàn toàn không can thiệp vào tình trạng sức khỏe của đối tượng, duy nhất với mục đích phát triển cá nhân cũng như xây dựng Nhà trường.

Thông tin phiếu điền của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn bảo mật và chỉ phục vụ trong nghiên cứu.

**Chương 3**  
**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển giai đoạn 1991-2015**

**3.1.1. Một số thông tin chung đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu có phản hồi theo địa phương**

Vùng địa lý		Số lượng	Tỷ lệ %
Đông Bắc bộ	Bắc Kạn	54	13,3
	Cao Bằng	46	11,3
	Tuyên Quang	38	9,4
	Lạng Sơn	33	8,1
	Hà Giang	31	7,6
	Quảng Ninh	20	4,9
	Bắc Giang	17	4,2
	Thái Nguyên	5	1,2
Tây Bắc bộ	Yên Bái	27	6,7
	Lào Cai	26	6,4
	Sơn La	25	6,2
	Lai Châu	24	5,9
	Hòa Bình	22	5,4
	Điện Biên	16	3,9
Trung bộ	Nghệ An	22	5,4
Tổng số		406	100

Nhận xét:

- Có 406 BS phản hồi/581 BS theo danh sách quản lý, đạt 69,9% (ba tỉnh không phản hồi là Phú Thọ, Thanh Hóa, Ninh Bình).

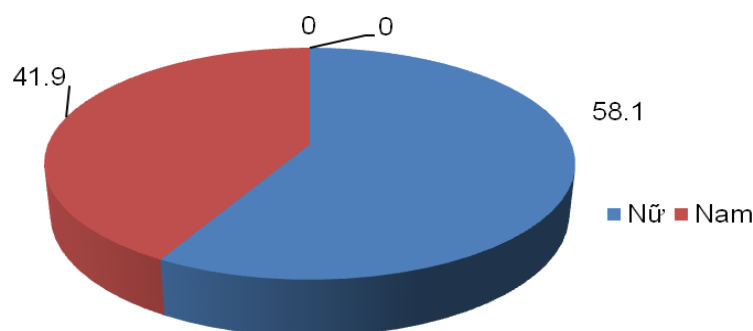
- Số lượng phản hồi tập trung chủ yếu các tỉnh Đông Bắc bộ (244 BS, 60,1%); vùng Tây Bắc có đủ 6 tỉnh phản hồi, với 140 BS (34,5%); Nghệ An là tỉnh duy nhất vùng Trung bộ trả lời phiếu.

**Bảng 3.2. Phân bố theo dân tộc của đối tượng nghiên cứu**

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ %	Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ %
Kinh	22	5,4	Mường	18	4,5
Tày	161	39,7	Sán chỉ	6	1,5
Nùng	33	8,1	Giáy	6	1,5
Dao	37	9,1	Sán đù	4	1,0
Mông	52	12,8	Khơ Mú	3	0,7
Thái	50	12,3			

Nhận xét

- Có 22 dân tộc anh em theo học, trong đó dân tộc Kinh chiếm 5,4%; dân tộc thiểu số (DTTS) chính (Tày, Dao, Nùng) chiếm đại đa số (56,9%, 231 BS).
- Dân tộc Lào, Hà Nhì có 2 BS, dân tộc Hoa, Phù Lá, La Chí có 1 BS.
- Nhóm 16 DTTS rất ít người có 7 BS (Bố Y, Pu Páo, Công, Cơ Lao, Pà Thên, La Ha).



**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính**

Nhận xét: 236 BS phản hồi là nữ (58,1%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,39/1.

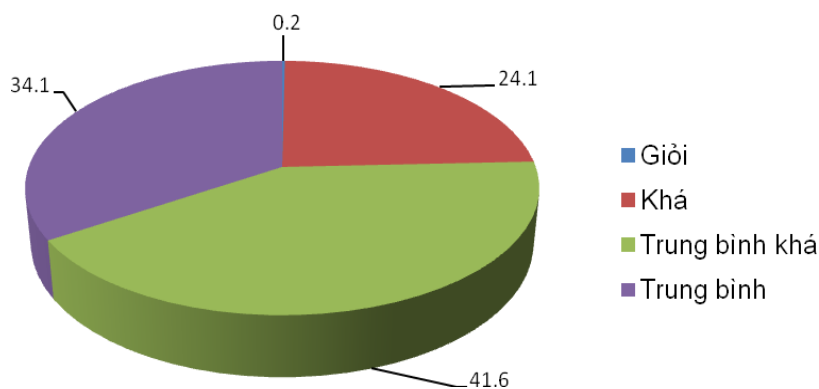
### 3.1.2. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu trong thời gian học đại học

**Bảng 3.3. Kết quả học tập trung học phổ thông của đối tượng nghiên cứu**

Xếp loại học tập	Lớp học		
	Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12
Giỏi (SL/tỷ lệ %)	3 (0,7)	5 (1,2)	9 (2,2)
Khá (SL/tỷ lệ %)	225 (55,4)	230 (56,7)	238 (58,6)
Trung bình khá (SL/tỷ lệ %)	119 (29,4)	114 (28,1)	95 (23,4)
Trung bình (SL/tỷ lệ %)	59 (14,5)	57 (14,0)	64 (15,8)

Nhận xét:

Kết quả học trung học phổ thông của đối tượng nghiên cứu thấy sự tiến bộ tăng dần đều: tăng dần về tỷ lệ khá giỏi, giảm dần với tỷ lệ trung bình khá.



**Biểu đồ 3.2. Xếp loại bằng tốt nghiệp đại học của đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét:

- 1 SV bằng Giỏi (0,2%); 98 SV bằng Khá (24,1%).
- Số còn lại với 41,6% bằng Trung bình khá (169 SV) và 34,1% bằng Trung bình (138 SV).

**Bảng 3.4. Đánh giá của BS cử tuyển về đào tạo tại các khoa**

Khoa	Điểm TB	SD	Ghép cặp	95% CI	p
KHCB (1)	2,23	0,59	(1) với (2)	0,078-0,136	< 0,001
YHCS (2)	2,13	0,57	(1) với (3)	0,115-0,195	< 0,001
YHLS (3)	2,08	0,65	(1) với (4)	(-)0,018-0,049	> 0,05
YTCC (4)	2,22	0,64	(2) với (3)	0,017-0,078	<0,01
			(2) với (4)	(-)0,125-(-)0,059	< 0,001
			(3) với (4)	(-)0,175-(-)0,103	< 0,001

\* Ghi chú: KHCB (Khoa học cơ bản); YHCS (Y học cơ sở), YHLS (Y học lâm sàng), YTCC (Y tế công cộng), TB: trung bình, SD: độ lệch chuẩn, CI: khoảng tin cậy, (-): âm.

Nhận xét:

Đánh giá của BS cử tuyển về đào tạo tại Khoa KHCB tốt nhất, YHLS kém nhất, sự khác biệt khi so sánh T test ghép cặp có ý nghĩa (ngoại trừ so sánh KHCB với YHCS).

**Bảng 3.5. Mức độ đánh giá của BS cử tuyển về đào tạo tại các khoa**

Khoa	KHCB	YHCS	YHLS	YTCC
Mức độ				
Tốt (SL/%)	314 (77,4)	334 (82,3)	336 (82,8)	305 (75,1)
Trung gian (SL/%)	76 (18,7)	62 (15,3)	56 (13,8)	82 (20,2)
Không tốt (SL/%)	16 (3,9)	10 (2,4)	14 (3,4)	19 (4,7)
Tổng số	406	406	406	406

Nhận xét:

Tỷ lệ đánh giá mức độ hài lòng (Tốt) trở lên ở các khoa đều trên 75% (kém nhất dành cho Khoa YTCC, 75,1%; tốt nhất khoa YHLS, 82,8%).

**Bảng 3.6. Mức độ đánh giá của BS cử tuyển về môi trường đào tạo**

Các mặt	Điểm TB	SD	Tỷ lệ % $\geq$ Tốt
Cơ sở vật chất	2,01	1,209	56,4
Hoạt động hỗ trợ	1,66	1,022	69,7
Kỹ năng mềm	2,21	1,095	43,3
Hoạt động cộng đồng	1,83	1,102	62,6
Hoạt động khác	3,06	0,918	13,1

Nhận xét:

- Các BS cử tuyển đánh giá cơ sở vật chất, các hoạt động hỗ trợ cũng như các hoạt động tại cộng đồng hỗ trợ cho quá trình học tập tại trường đạt ở mức trung bình khá.

- Tuy nhiên, các hoạt động hỗ trợ phát triển kỹ năng mềm cũng như các hoạt động khác (tư vấn, định hướng nghề...) đều ở mức thấp.

### **3.1.3. Năng lực nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu**

#### **3.1.3.1. Giá trị và độ tin cậy của thang đo**

Nhóm nghiên cứu tham khảo từ một số công bố trong nước về chủ đề nghiên cứu tương tự cũng như từ quyết định 1854/QĐ-BYT ngày 18/5/2015 của Bộ Y tế về Chuẩn năng lực cơ bản của BS đa khoa (4 lĩnh vực, 90 tiêu chí) để xây dựng thang đo cho nghiên cứu này.

Với bảng hỏi tự đánh giá của BS cử tuyển, chúng tôi tạo bộ câu hỏi với 4 khía cạnh và 31 câu hỏi chi tiết. Với đánh giá của người quản lý trực tiếp, bộ câu hỏi tương tự với 3 khía cạnh (27 câu hỏi). Trước khi phân tích chi tiết, chúng tôi đánh giá giá trị và độ tin cậy của thang đo.

**Bảng 3.7. Kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo với 28 câu hỏi dành cho BS cử tuyển (lần thứ hai)**

Biến	Trung bình thang đo nếu loại biến	Phương sai thang đo nếu loại biến	Tương quan biến tổng hiệu chỉnh	Giá trị Cronbach's alpha nếu loại biến
NT1	Hệ số Cronbach's alpha = 0,920 (10 câu hỏi)			
NT1A	34,81	28,054	0,661	0,913
NT1B	34,72	27,956	0,681	0,912
NT1C	34,60	27,806	0,720	0,911
NT1D	34,77	26,786	0,798	0,906
NT1E	34,63	27,341	0,733	0,910
NT1F	35,63	27,033	0,606	0,918
NT1G	34,67	27,087	0,763	0,908
NT1H	35,17	26,716	0,737	0,909
NT1J	35,81	26,727	0,677	0,913
NT1K	35,31	26,911	0,658	0,914
NT2	Hệ số Cronbach's alpha = 0,920 (4 câu hỏi)			
NT2A	11,46	4,086	0,830	0,892
NT2B	11,72	3,838	0,817	0,896
NT2C	11,52	3,988	0,853	0,884
NT2D	11,61	4,149	0,767	0,912
NT3	Hệ số Cronbach's alpha = 0,961 (9 câu hỏi)			
NT3A	31,41	29,536	0,866	0,955
NT3B	31,39	28,910	0,859	0,956
NT3C	31,44	29,150	0,881	0,955
NT3D	31,55	29,330	0,819	0,958
NT3F	31,24	29,928	0,844	0,956



NT3G	31,36	29,405	0,850	0,956
NT3H	31,24	29,814	0,864	0,956
NT3I	31,22	30,079	0,805	0,958
NT3J	31,24	29,807	0,766	0,960
NT4	Hệ số Cronbach's alpha = 0,946 (5 câu hỏi)			
NT4A	16,43	6,912	0,801	0,942
NT4B	16,45	6,480	0,876	0,929
NT4C	16,43	6,513	0,876	0,929
NT4D	16,42	6,655	0,869	0,930
NT4E	16,41	6,716	0,835	0,936

Ghi chú: NT1A thuộc nhân tố 1, câu hỏi thứ nhất...

Nhận xét:

- 3 câu hỏi NT1I, NT2E và NT3E bị loại bỏ do có hệ số tin cậy lớn hơn hệ số tin cậy tổng (qua phân tích lần 1).

- Khi chạy hệ số tin cậy Cronbach's anpha lần thứ hai cho 28 câu hỏi cho thấy tất cả các câu hỏi còn lại đều đạt yêu cầu để có thể tiếp tục phân tích các bước tiếp theo.

**Bảng 3.8. Trật tự điểm trung bình chi tiết 28 câu dành cho BS cử tuyển**

Biến	Nội dung câu hỏi	Điểm TB	SD	Tỷ lệ $\geq 4$
NT1C	Luôn đặt lợi ích người bệnh làm trung tâm	4,30	0,669	90,4
NT1E	Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh	4,28	0,715	87,2
NT1G	Hành nghề tuân thủ theo các quy định pháp lý	4,23	0,721	86,5
NT1B	Tâm huyết với nghề đã lựa chọn	4,18	0,682	87,7
NT1D	Thực hành nghề trong phạm vi chuyên môn được cấp phép	4,13	0,728	82,5

NT4E	Xây dựng môi trường giao tiếp thân thiện, cởi mở	4,13	0,704	83,5
NT4A	Kỹ năng chia sẻ, cảm thông với người bệnh	4,11	0,684	87,7
NT4D	Lắng nghe đồng nghiệp với thái độ chân thành	4,11	0,696	87,7
NT4C	Phối hợp đồng nghiệp trong chuyên môn	4,10	0,722	86,0
NT1A	Tôn trọng phong tục, tập quán, tín ngưỡng của người bệnh	4,09	0,686	83,0
NT4B	Hướng dẫn thân nhân chăm sóc bệnh nhân	4,09	0,728	84,2
NT3I	Tuân thủ nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn	4,04	0,746	82,3
NT3F	Sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn	4,02	0,732	80,0
NT3H	Chuyển tuyến cho bệnh nhân kịp thời	4,02	0,728	84,2
NT3J	Thực hiện tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe	4,02	0,809	79,8
NT2A	Giải thích được với chẩn đoán bệnh	3,98	0,706	80,3
NT2C	Giải thích nguyên nhân, cách phòng bệnh	3,92	0,719	77,1
NT3G	Phối hợp hiệu quả trong sơ cứu, cấp cứu	3,90	0,781	77,8
NT3B	Chỉ định cận lâm sàng phù hợp và phân tích kết quả đúng	3,87	0,826	72,2
NT3A	Năng lực chẩn đoán và ra quyết định xử trí	3,85	0,755	74,4
NT2D	Khả năng nắm bắt mặt bệnh ở địa phương	3,83	0,728	71,7
NT3C	Chỉ định liệu trình điều trị hiệu quả	3,83	0,783	70,9
NT1H	Khả năng tự đánh giá bản thân, xây dựng kế hoạch học tập suốt đời	3,74	0,787	70,7
NT2B	Lập luận logic, khoa học với từng bệnh nhân cụ thể	3,72	0,782	65,8

NT3D	Kỹ năng thực hiện chuyên môn theo phân tuyến	3,71	0,815	64,3
NT1K	Kỹ năng khai thác thông tin chuyên môn liên quan	3,59	0,838	59,4
NT1F	Khả năng nghiên cứu khoa học và đạo đức trong nghiên cứu	3,27	0,877	39,2
NT1J	Trình độ tin học	3,09	0,843	25,9

Nhận xét:

- Có 15/28 câu có điểm trung bình  $\geq 4$  (trên thang đo 5 điểm), tập trung nhiều ở nhóm Nhân tố 1 (*Năng lực hành nghề chuyên nghiệp*) và nhóm Nhân tố 4 (*Năng lực giao tiếp, cộng tác*).

- 5 câu có điểm số trung bình thấp nhất liên quan nhiều khả năng sử dụng công nghệ thông tin cũng như các yếu tố thực hành tay nghề hàng ngày.

- Ba câu hỏi NT1I (*Trình độ ngoại ngữ*), NT2E (*Hiểu biết rõ về mô hình y tế của đơn vị, của địa phương, xu hướng phát triển*); NT3E (*Kỹ năng thực hiện chuyên môn vượt tuyến*) của bảng hỏi tự đánh giá BS cử tuyển ban đầu bị loại do hệ số tin cậy lớn hơn hệ số tin cậy tổng (không phù hợp cho các phân tích tiếp theo).

**Bảng 3.9. Kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo 26 câu hỏi với cán bộ quản lý đánh giá (lần thứ hai)**

Biến	Trung bình thang đo nếu loại biến	Phương sai thang đo nếu loại biến	Tương quan biến tổng hiệu chỉnh	Giá trị Cronbach's alpha nếu loại biến
NT5	Hệ số Cronbach's alpha = 0,930 (11 câu hỏi)			
NT5A	33,18	47,840	0,805	0,919
NT5B	33,88	47,415	0,623	0,928
NT5C	34,16	48,727	0,595	0,928

NT5D	33,63	47,529	0,732	0,922
NT5E	33,04	47,502	0,754	0,921
NT5F	33,19	47,846	0,804	0,919
NT5G	33,90	47,375	0,601	0,929
NT5H	33,42	48,288	0,694	0,924
NT5I	33,22	48,069	0,713	0,923
NT5J	33,26	46,127	0,846	0,917
NT5K	33,25	47,711	0,731	0,922
NT6	Hệ số Cronbach's alpha = 0,919 (6 câu hỏi)			
NT6A	17,26	14,517	0,770	0,904
NT6B	17,36	14,057	0,803	0,900
NT6C	17,68	14,662	0,730	0,910
NT6D	17,29	14,393	0,815	0,898
NT6E	17,78	14,300	0,721	0,912
NT6F	17,30	14,814	0,792	0,902
NT7	Hệ số Cronbach's alpha = 0,974 (9 câu hỏi)			
NT7A	30,99	43,076	0,890	0,971
NT7B	31,05	42,683	0,910	0,970
NT7C	31,07	43,228	0,871	0,972
NT7D	31,09	42,679	0,886	0,971
NT7E	31,05	43,177	0,889	0,971
NT7G	31,05	42,812	0,878	0,972
NT7H	31,11	43,158	0,868	0,972
NT7I	30,97	42,295	0,888	0,971
NT7J	30,97	42,653	0,901	0,971

Ghi chú: NT5A thuộc nhân tố 5, câu hỏi thứ nhất...

Nhận xét:

- Có 01 câu hỏi duy nhất, NT7F (*Chủ động giải quyết khó khăn phát sinh và thường có đóng góp cải tiến chung cho đơn vị*) bị loại do có hệ số tin cậy lớn hơn hệ số tổng.

- Tất cả 26 câu hỏi còn lại của 3 nhân tố dành cho cán bộ quản lý được phân tích hệ số tin cậy đều đạt yêu cầu.

**Bảng 3.10. Trật tự điểm trung bình chi tiết 26 câu hỏi qua đánh giá BS cử tuyển của cán bộ quản lý**

Biên	Nội dung câu hỏi	Điểm TB	SD	Tỷ lệ $\geq 4$
NT7I	Hiểu biết và tuân theo các chính sách, nội quy, quy định của đơn vị	3,95	0,943	77,6
NT7J	Thái độ thông cảm, chia sẻ với người bệnh/thân nhân	3,95	0,901	70,5
NT7A	Ý thức trách nhiệm với công việc, làm việc nhiệt tình, tích cực hỗ trợ đồng nghiệp	3,93	0,876	80,0
NT7G	Chấp nhận sự phân công của chủ quản, linh hoạt trong công việc không cần chỉ đạo liên tục	3,87	0,908	73,2
NT7B	Ý thức tiết kiệm (thời gian, điện nước....)	3,86	0,891	77,8
NT7E	Giao tiếp, ứng xử với đồng nghiệp. Xây dựng quan hệ công tác tốt, đóng góp ý kiến với đồng nghiệp	3,86	0,869	76,4
NT7C	Tinh thần cầu tiến, ham học hỏi, yêu nghề	3,85	0,879	76,8
NT7D	Giao tiếp, ứng xử với người bệnh	3,83	0,913	78,1

NT7H	Khả năng hợp tác/làm việc chung với đồng nghiệp	3,81	0,888	74,1
NT5E	Mức độ hiểu rõ công việc	3,77	0,869	76,4
NT6A	Năng suất công việc	3,68	0,884	66,3
NT6D	Mức độ tiến bộ trong công việc	3,65	0,865	68,5
NT5A	Kiến thức chung về chuyên môn	3,64	0,792	66,0
NT6F	Khả năng phối hợp thực hiện chuyên môn, kỹ thuật	3,63	0,820	67,0
NT5F	Kỹ năng thực hiện chuyên môn kỹ thuật theo phân tuyến	3,62	0,792	62,6
NT5I	Kỹ năng giải thích tình trạng bệnh	3,59	0,858	61,3
NT6B	Chất lượng công việc	3,58	0,926	63,3
NT5J	Kỹ năng chẩn đoán và ra quyết định xử trí	3,56	0,900	62,7
NT5K	Kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe với người bệnh/thân nhân	3,56	0,872	58,9
NT5H	Khả năng giải quyết các công việc phát sinh	3,39	0,856	62,8
NT6C	Tính sáng tạo trong công việc	3,25	0,898	56,4
NT5D	Năng lực về tin học	3,19	0,889	55,7
NT6E	Khả năng đề xuất kỹ thuật mới	3,15	0,964	57,4
NT5B	Năng lực nghiên cứu khoa học	2,93	1,027	62,8
NT5G	Kỹ năng thực hiện chuyên môn kỹ thuật vượt tuyến	2,91	1,061	57,6
NT5C	Năng lực về ngoại ngữ	2,65	0,927	52,7

Ghi chú: NT5A thuộc nhân tố 5, câu hỏi thứ nhất...

Nhận xét:

- Không có câu hỏi nào trong 26 câu có điểm trung bình  $\geq 4$  (trên thang đo 5 điểm) qua đánh giá của cán bộ quản lý đối với BS cử tuyển.

- Ba câu hỏi về nghiên cứu khoa học, chuyên môn vượt tuyển và năng lực ngoại ngữ đạt mức kém.

- Câu hỏi NT7F (*Chủ động giải quyết khó khăn phát sinh và thường có đóng góp cải tiến chung cho đơn vị*) của bảng hỏi dành cho cán bộ quản lý bị loại do hệ số tin cậy lớn hơn hệ số tin cậy tổng.

### 3.1.3.2. Phân tích nhân tố khám phá của thang đo

**Bảng 3.11. Kiểm định KMO và Bartlett's test của bảng hỏi dành cho BS cử tuyển**

Hệ số KMO		0,965
Kiểm định Bartlett	Giá trị $\chi^2$ xấp xỉ	11882,703
	Bậc tự do	378
	p	0,000

Nhận xét:

Hệ số KMO = 0,965 thỏa mãn điều kiện  $0,5 < \text{KMO} < 1$ , như vậy phân tích khám phá EFA là thích hợp cho dữ liệu thực tế. Tại bảng cũng cho thấy kiểm định Bartlett's có mức ý nghĩa  $p < 0,05$ , như vậy các biến quan sát có tương quan tuyến tính với nhân tố đại diện.

**Bảng 3.12. Tổng phương sai trích các nhân tố mới dành cho BS cử tuyển**

Nhân tố	Eigenvalues khởi tạo			Tổng vòng quay của hệ số tải		
	Tổng	% phương sai	% tích lũy	Tổng	% phương sai	% tích lũy
1	17,460	62,358	62,358	8,799	31,423	31,423
2	1,401	5,004	67,362	5,675	20,270	51,693
3	1,266	4,523	71,885	5,654	20,192	71,885

Nhận xét:

- Khi phân tích tổng phương sai trích của 28 câu hỏi dành cho BS cử tuyển, với hệ số Eigenvalues = 1,266 > 1 cho thấy nhân tố rút trích được có ý nghĩa tóm tắt thông tin tốt.

- Tổng phương sai trích = 71,885% (> 50%). Điều này cho thấy 3 nhân tố rút trích được giải thích 71,9% biến thiên của dữ liệu quan sát.

**Bảng 3.13. Ma trận xoay nhân tố 28 câu hỏi tự đánh giá năng lực**

Biến	Điểm trung bình	Nhân tố			Hệ số tin cậy	Tên nhân tố mới
		NT1 mới	NT2 mới	NT3 mới		
NT3F	4,02	0,751			0,970	Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công tác
NT4B	4,09	0,731				
NT4A	4,11	0,725				
NT3C	3,83	0,716				
NT3H	4,02	0,715				
NT3G	3,90	0,710				
NT3A	3,85	0,699				
NT3I	4,04	0,697				
NT4C	4,10	0,691				
NT4D	4,11	0,681				
NT3B	3,87	0,678				
NT3J	4,02	0,660				
NT3D	3,71	0,645				
NT2C	3,92	0,589				
NT1J	3,09		0,723		0,912	Năng lực nghề nghiệp,
NT1K	3,59		0,718			
NT1H	3,74		0,678			



NT1F	3,27		0,659		hoạt động bổ trợ
NT2A	3,98		0,595		
NT2B	3,72		0,581		
NT2D	3,83		0,577		
NT1C	4,30			0,767	0,923 Năng lực hoạt động chuyên nghệ
NT1E	4,28			0,756	
NT1D	4,13			0,719	
NT1G	4,23			0,662	
NT1A	4,09			0,661	
NT4E	4,13			0,617	
NT1B	4,18			0,552	

Ghi chú: NT1A thuộc nhân tố 1, câu hỏi thứ nhất...

Nhận xét:

- Dựa vào bảng ma trận xoay nhân tố Rotated Component Matrix ta thấy các hệ số tải nhân tố đều  $> 0,4$  đảm bảo ý nghĩa.

- Ma trận xoay cuối cùng của 28 câu hỏi chia thành 3 nhân tố mới, với trật tự các câu hỏi có thay đổi, được chúng tôi đặt tên mới lần lượt là:

- + *Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công tác;*
- + *Năng lực nghề nghiệp, hoạt động bổ trợ;*
- + *Năng lực hoạt động chuyên nghiệp.*

**Bảng 3.14. Kiểm định KMO và Bartlett's test của bảng hỏi dành cho cán bộ quản lý**

Hệ số KMO		0,959
Kiểm định Bartlett	Giá trị $\chi^2$ xấp xỉ	12834,658
	Bậc tự do	325
	p	0,000

Nhận xét:

- Số liệu bảng cho thấy hệ số  $KMO = 0,959$  thỏa mãn điều kiện  $0,5 < KMO < 1$ , như vậy phân tích khám phá EFA là thích hợp cho dữ liệu thực tế.

- Tại bảng cũng cho thấy kiểm định Bartlett's có mức ý nghĩa  $p < 0,05$ , như vậy các biến quan sát có tương quan tuyến tính với nhân tố đại diện.

**Bảng 3.15. Tổng phương sai trích nhân tố mới dành cho người quản lý**

Nhân tố	Eigenvalues khởi tạo			Tổng vòng quay của hệ số tải		
	Tổng	% phương sai	% tích lũy	Tổng	% phương sai	% tích lũy
1	16,523	63,549	63,549	12,746	49,024	49,024
2	2,627	10,104	73,63	6,404	24,629	73,653

Nhận xét:

- Khi phân tích tổng phương sai trích của 26 câu hỏi dành cho cán bộ quản lý, hệ số Eigenvalues  $> 1$  cho thấy nhân tố rút trích được có ý nghĩa tóm tắt thông tin tốt.

- Tổng phương sai trích  $> 50\%$ . Điều này cho thấy 2 nhân tố rút trích được giải thích 73,7% biến thiên của dữ liệu quan sát.

**Bảng 3.16. Ma trận nhân tố xoay 26 câu hỏi đánh giá năng lực BS cử tuyển của người quản lý**

Biến	Điểm trung bình	Nhân tố		Hệ số tin cậy	Tên nhân tố mới
		NT4 mới	NT5 mới		
NT5I	3,95	0,904		0,079	Thái độ trong công tác và năng suất lao động
NT7G	3,87	0,898			
NT7J	3,95	0,888			
NT7B	3,86	0,877			
NT7H	3,81	0,871			

NT7D	3,83	0,863			
NT7A	3,93	0,862			
NT7E	3,86	0,852			
NT7C	3,85	0,843			
NT5E	3,77	0,783			
NT6A	3,68	0,753			
NT6D	3,65	0,746			
NT5I	3,59	0,737			
NT5J	3,56	0,725			
NT5K	3,56	0,718			
NT6B	3,58	0,704			
NT6F	3,63	0,684			
NT5H	3,39	0,671			
NT5B	2,93		0,844		
NT5C	2,65		0,806		
NT5G	2,91		0,789		
NT6C	3,25		0,750		
NT6E	3,15		0,743		
NT5D	3,19		0,696		
NT5A	3,64		0,620		
NT5F	3,62		0,601		

Ghi chú: NT5A thuộc nhân tố 5, câu hỏi thứ nhất...

Nhận xét:

- Dựa vào bảng ma trận xoay nhân tố Rotated Component Matrix ta thấy các hệ số tải nhân tố đều  $> 0,6$  đảm bảo rất có ý nghĩa.

- Ma trận xoay cuối cùng của 26 câu hỏi chia thành 2 nhân tố mới, với trật tự các câu hỏi có thay đổi, được chúng tôi đặt tên mới lần lượt là:

- + *Thái độ trong công tác và năng suất lao động.*
- + *Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ.*

**Bảng 3.17. Tự đánh giá năng lực của BS cử tuyển qua năm nhân tố mới**

Nhân tố	Điểm TB	SD	Điểm TB $\geq 3,4$	
			Số lượng	Tỷ lệ %
NT1 mới	3,97	0,639	339	83,5
NT2 mới	3,60	0,644	285	70,2
NT3 mới	4,19	0,580	377	92,9
NT4 mới	3,68	0,743	316	77,8
NT5 mới	3,17	0,741	162	39,9

Nhận xét:

- NT3 mới có điểm trung bình cao nhất (4,19/5), với tỷ lệ điểm số  $\geq 3,4$  đạt tới 92,9%. NT2 mới chỉ đạt tỷ lệ 70,2% với điểm trung bình  $\geq 3,4$ .

- Nhân tố 5 mới có điểm số trung bình 3,17/5; với tỷ lệ điểm trung bình  $\geq 3,4$  chỉ đạt 39,9%; trong khi nhân tố 4 mới được cán bộ quản lý đánh giá mức tốt trở lên đạt 77,8%.

*3.1.3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển theo 5 nhân tố mới*

**Bảng 3.18. Liên quan giới tính với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới**

NT \ Giới	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
Nữ (n =236)	43 (18,2)	193 (81,8)	70 (29,7)	166 (70,3)	18 (7,6)	218 (92,4)	<b>42</b> <b>(17,8)</b>	<b>194</b> <b>(82,2)</b>	137 (58,1)	99 (41,9)
Nam (n = 170)	24 (14,1)	146 (85,9)	51 (30,0)	119 (70,0)	11 (6,5)	159 (93,5)	<b>48</b> <b>(28,2)</b>	<b>122</b> <b>(71,8)</b>	107 (62,9)	63 (37,1)
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		< <b>0,05</b>		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố), MD (mức độ), SL (số lượng), % (tỷ lệ %)

Nhận xét:

- Giới tính khi phân tích ghép cặp đôi test  $\chi^2$  với các nhân tố mới, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các NT1, NT2, NT3 và NT5.
- Tuy nhiên, với NT4 mới (do người quản lý đánh giá), chúng tôi thấy 82,2% nữ giới đạt mức độ mức 4-5 so với tỷ lệ 71,8% ở nam giới (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p = 0,012 < 0,05$ ).

**Bảng 3.19. Liên quan nhóm dân tộc với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới**

NT Nhóm DT	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
Chính (n = 253)	44 (17,4)	209 (82,6)	75 (29,6)	178 (70,4)	20 (7,9)	233 (92,1)	50 (19,8)	203 (80,2)	153 (60,5)	100 (39,5)
Còn lại (n = 153)	23 (15,0)	130 (85,0)	46 (30,1)	107 (69,9)	9 (5,9)	144 (94,1)	40 (26,1)	113 (73,9)	91 (59,5)	62 (40,5)
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố); SL (số lượng); % (tỷ lệ %), DT (dân tộc), chính (Tày, Nùng, Dao).

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các điểm số nhân tố năng lực khi so sánh 3 nhóm dân tộc chính (Tày, Nùng, Dao) so với các DTTS còn lại.

**Bảng 3.20. Liên quan nhóm vùng địa lý với đánh giá năng lực BS cử tuyển với năm nhân tố mới**

NT Vùng địa lý	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
Đông Bắc (n = 241)	43 (17,8)	198 (82,2)	70 (29,0)	171 (71,0)	20 (8,3)	221 (91,7)	<b>45</b> <b>(18,7)</b>	<b>196</b> <b>(81,3)</b>	147 (61,0)	94 (39,0)
Còn lại (n = 165)	24 (14,5)	141 (85,5)	51 (30,9)	114 (69,1)	9 (5,5)	156 (94,5)	<b>45</b> <b>(27,3)</b>	<b>120</b> <b>(72,7)</b>	97 (58,8)	68 (41,2)
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		<b>= 0,040</b>		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố); SL (số lượng), % (tỷ lệ %).

Nhận xét:

- Khi so sánh năng lực nghề nghiệp với vùng địa lý của các BS cử tuyển không thấy khác biệt có ý nghĩa ở NT1, NT2, NT3 và NT 5 mới.
- Duy nhất NT4 mới (phía người quản lý) thấy BS vùng Đông Bắc khác biệt rõ với BS vùng Tây Bắc.

**Bảng 3.21. Liên quan nhóm năm tốt nghiệp với năm nhân tố mới**

NT Năm TN	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
> 10 năm (n = 130)	19 (14,6)	111 (85,4)	<b>31</b> <b>(23,8)</b>	<b>99</b> <b>(76,2)</b>	6 (4,6)	124 (95,4)	26 (20,0)	104 (80,0)	73 (56,2)	57 (43,8)
≤ 10 năm (n = 276)	48 (17,4)	228 (82,6)	<b>90</b> <b>(32,6)</b>	<b>186</b> <b>(67,4)</b>	23 (8,3)	253 (91,7)	64 (23,2)	212 (76,8)	171 (62,0)	105 (38,0)
p	> 0,05		<b>= 0,072</b>		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố); SL (số lượng), % (tỷ lệ %).

Nhận xét:

Về thâm niên công tác duy nhất ở NT2 mới (phía BS cử tuyển tự đánh giá) thấy thâm niên công tác trên 10 năm dường như có kỹ năng tốt hơn so với BS kinh nghiệm dưới 10 năm ( $p = 0,072$ ).

**Bảng 3.22. Liên quan học lực THPT với năm nhân tố mới**

NT KQ THPT	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
< Khá (n = 252)	38 (15,1)	214 (84,9)	73 (29,0)	179 (71,0)	14 (5,6)	238 (94,4)	60 (23,8)	192 (76,2)	157 (62,3)	95 (37,7)
≥ Khá (n = 154)	29 (18,8)	125 (81,2)	48 (31,2)	106 (68,8)	15 (9,7)	139 (90,3)	30 (19,5)	124 (80,5)	87 (56,5)	67 (43,5)
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố); SL (số lượng); % (tỷ lệ %), THPT (Trung học phổ thông), KQ (kết quả).

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về điểm số các nhân tố năng lực khi so sánh xếp loại học tập giai đoạn THPT.

**Bảng 3.23. Liên quan xếp loại tốt nghiệp đại học với năm nhân tố mới**

Xếp loại bảng TN	NT1 mới		NT2 mới		NT3 mới		NT4 mới		NT5 mới	
	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%	1-3 SL/%	4-5 SL/%
< Khá (n = 252)	47 (15,3)	260 (84,7)	96 (31,3)	211 (68,7)	22 (7,2)	285 (92,8)	71 (23,1)	236 (76,9)	185 (60,3)	122 (39,7)
≥ Khá (n = 154)	20 (20,2)	79 (79,8)	25 (25,3)	74 (74,7)	7 (7,1)	92 (92,9)	19 (19,2)	80 (80,8)	59 (59,6)	40 (40,4)
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Ghi chú: 1-3: mức độ 1-3; 4-5: mức độ 4-5; NT (nhân tố); SL (số lượng); % (tỷ lệ %), THPT (Trung học phổ thông), KQ (kết quả).

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về điểm số các nhân tố năng lực khi so sánh xếp loại bằng tốt nghiệp đại học.

### **3.2. Đề xuất các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020**

Đối tượng phát vấn (thay cho thảo luận nhóm) nhận được 186/250 phiếu (74,4%) của các BS đang công tác BV huyện, trạm y tế có điện thoại, email rõ ràng.

Ngoài ra, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên tổ chức buổi Hội thảo với sự tham gia của 8 địa phương có sử dụng BS cử tuyển do Nhà trường đào tạo. Tổng số đại biểu trong và ngoài trường dự buổi hội thảo này là 60 người.

Chúng tôi cũng nhận được báo cáo của Sở Y tế 5 tỉnh về đào tạo cử tuyển: Điện Biên, Lai Châu, Lào Cai, Quảng Ninh và Yên Bái. Những thông tin từ các báo cáo này cũng được sử dụng trong việc đề xuất giải pháp nâng cao năng lực BS cử tuyển.

Bốn chủ đề được nhóm nghiên cứu gợi ý phát vấn cho các BS cử tuyển cũng như dành cho các Sở Y tế và chủ đề Hội thảo là: *Xét tuyển đầu vào và đầu ra; Tổ chức đào tạo; Phương pháp giảng dạy, lượng giá và Phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc.*

### **3.2.1. Về xét tuyển đầu vào và đầu ra**

96,8% (180/186) các phiếu phát vấn đều nhất trí cần xét tuyển kỹ lưỡng văn hóa đầu vào với đối tượng cử tuyển. Thực tế đào tạo cho thấy, có SV mặc dù được tính cho học 02 năm bổ sung kiến thức văn hóa nhưng vẫn không vượt qua kỳ thi cuối kỳ.

Tại buổi Hội thảo ngày 14/12/2018, hầu hết các đại biểu đều nhất trí xem xét kỹ lưỡng trình độ văn hóa lúc nhập học, nên chăng các địa phương cũng đề xuất tiêu chuẩn cụ thể về trình độ văn hóa THPT của các đối tượng vào học dự bị ở mỗi cơ sở đào tạo cũng như mỗi ngành học riêng biệt, tránh cào bằng ở tất cả các ngành học.

Như ý kiến đã nêu “*Kiến thức văn hóa rất quan trọng vì học y cần tiếp thu một khối lượng kiến thức khổng lồ*” (Lý Văn H.-Tuyên Quang). Khi rà soát kỹ lưỡng văn hóa đầu vào, sẽ có những nhân tố tốt, tích cực để đào tạo, rèn giũa. “*Lựa chọn đầu vào rất quan trọng. Việc lựa chọn kỹ sẽ giúp Nhà trường chọn đúng người tài có năng lực học tập và làm việc khi ra trường*” (Lương Văn T.-Lạng Sơn). Bên cạnh đó, một số ý kiến bổ sung thêm, ngoài lựa chọn kiến thức văn hóa cần xem xét nguyện vọng cá nhân, không học vì “phụ huynh”, cũng như cần lựa chọn đúng đối tượng ưu tiên, không lợi dụng chế độ Nhà nước để thu lợi cho một số cá nhân.



Gần 2/3 ý kiến được hỏi (112/186, chiếm 60,2%) nên xem xét đầu ra của đối tượng cử tuyển nên phục vụ tại tuyến cơ sở, vì theo họ cũng như căn cứ kết quả đào tạo hầu hết xếp loại trung bình nên rất khó thể hiện năng lực chuyên môn ở tuyến cao hơn. Do đó các ý kiến phát vấn cũng như 100% ý kiến các đại biểu tại Hội thảo đều cho rằng BS cử tuyển sau khi tốt nghiệp đại học nên chẳng phục vụ chăm sóc sức khỏe cho đồng bào các dân tộc từ tuyến huyện trở xuống và nếu BS cử tuyển khẳng định được năng lực nghề nghiệp sẽ có thể phục vụ ở tuyến tỉnh thậm chí tuyến trung ương.

*“Đầu ra của BS cử tuyển phục vụ ở tuyến cơ sở, vùng khó khăn, đặc biệt phục vụ địa phương sau khi ra trường ít nhất 3-5 năm”* (Long Văn S.-Quảng Ninh). Hay ý kiến của Dương Văn T.-Lạng Sơn: *“Nên định hướng đào tạo BS diện cử tuyển đáp ứng nhu cầu y tế tuyến cơ sở. Thực tế tại Trung tâm Y tế Tràng Định, 3-4 năm không tuyển được BS mới ra trường về công tác”*.

PGS.TS. Dương Hồng T. (Trưởng Bộ môn Lâm sàng) đã có ý kiến đề xuất về khía cạnh này *“Nên có chính sách phân bổ BS chính quy cho hợp lý, làm sao thu hút được các BS chính quy về vùng xa xôi hẻo lánh, làm sao luân phiên các BS về vùng sâu vùng xa, khi đó không nên tuyển các SV y có đầu vào quá thấp nó sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng đào tạo, chất lượng đầu ra. Nó sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng người dân. Tôi không thể nào yên tâm khi cho ra lò những sản phẩm không toàn vẹn”*.

Ý kiến của Sở Y tế Điện Biên về vấn đề này *“Lựa chọn kỹ lưỡng đầu vào, phải dựa vào nguyện vọng cá nhân và trình độ văn hóa không quá thấp. Cần có sự phối hợp giữa Nhà trường, địa phương trong sàng lọc, tuyển chọn trước khi gửi về trường đào tạo”*.

Sở Y tế Yên Bái cũng đồng tình quan điểm *“Việc lựa chọn và tuyển đầu vào (bác sĩ, dược sĩ) cần có khâu sơ tuyển cao hơn dựa vào kiến thức văn hóa, năng lực, nguyện vọng của cá nhân tương đương hệ chính quy”*.

Sở Y tế Quảng Ninh qua một thời gian dài sử dụng BS cử tuyển phục vụ công tác song do trình độ năng lực hạn chế do đó từ năm 2010, Sở Y tế đã kiến nghị với Ủy ban nhân dân tỉnh không triển khai đào tạo cử tuyển đối với ngành y tế. Sở Y tế đề xuất giải pháp “*Nâng cao chất lượng tuyển đầu vào cần thông qua tổ chức kỳ tuyển sinh riêng đối với những trường hợp được các địa phương đăng ký đào tạo cử tuyển tại Nhà trường (không thực hiện xét tuyển học bạ phổ thông như hiện nay)*”.

Ý kiến của Sở Y tế Lào Cai “*Nâng cao chất lượng tuyển sinh đầu vào: bổ sung thêm các tiêu chí khi xét tuyển, xem xét, sàng lọc những học viên không đáp ứng yêu cầu ngay sau năm học dự bị. Tăng cường truyền thông định hướng nghề nghiệp tương lai*”.

Sở Y tế Lai Châu thì cho rằng “*Tăng cường phối hợp giữa nhà trường và địa phương trong khâu sơ tuyển trước khi gửi học sinh về trường đào tạo. Lựa chọn kỹ lưỡng đầu vào căn cứ vào kiến thức văn hóa, năng lực, nguyện vọng của cá nhân*”.

### **3.2.2. Về tổ chức đào tạo**

145/186 (78,0%) phiếu phát vấn đồng ý đề nghị Nhà trường xếp đều SV cử tuyển vào các lớp chung với các đối tượng khác, tránh xếp một lớp chuyên biệt như trước để kích thích sự cố gắng của người học. Tuy nhiên, tại Hội thảo với sự tham gia của các nhà quản lý thì cho rằng, trong 2-3 năm đầu khi học khoa học cơ bản cũng như y học cơ sở (trước khi thực hành lâm sàng) nên xếp SV cử tuyển vào lớp riêng để các giảng viên có thể truyền đạt kiến thức y học nền tảng, tránh các hỏng khuyết cho các SV cử tuyển, sau đó khi học lâm sàng sẽ xếp chung với SV khác để rèn các kỹ năng cần thiết khác của ngành nghề qua việc học tập lẫn nhau của các đối tượng SV khác nhau.

Lý do bởi vì “*Nên xếp SV cử tuyển cùng với SV thuộc các đối tượng khác vì như vậy mới khuyến khích nỗ lực học tập cho SV hệ cử tuyển*” (Sùng A C.-

Điện Biên). Ý kiến trái chiều của Lý Thị N.-Cao Bằng) “*Nên xếp SV điện cử tuyển lớp riêng vì quá trình tiếp thu chậm hơn, các thầy cô sẽ giảng kỹ hơn*”.

178/186 (95,7%) các ý kiến được hỏi đều đề nghị Nhà trường cần mở thêm các lớp bổ túc kiến thức văn hóa, ngoại ngữ, tin học và kỹ năng mềm cho SV cử tuyển để thuận lợi hơn cho công tác sau này.

Thực tế tại buổi Hội thảo, các đại biểu đều thừa nhận những yếu điểm cố hữu của SV cử tuyển cũng như SV DTTS nói chung, song do quỹ thời gian học tập cũng như sự bận rộn của các giảng viên nên việc bổ túc thêm về văn hóa, cũng như ngoại ngữ tin học cho SV cử tuyển gặp khó khăn, có chăng là sự lồng ghép trong các hoạt động hỗ trợ của tổ chức Đoàn hay Hội SV thông qua hoạt động của các câu lạc bộ sở thích.

Hộp ý kiến của các Sở Y tế về tổ chức đào tạo:

Sở Y tế Điện Biên: *Việc xếp gộp lớp khi học tập tuy cũng có bất cập về nhận thức không đồng đều nhưng cũng tạo điều kiện để cho mỗi cá nhân tự chủ động cố gắng học tập phấn đấu và có cơ hội học hỏi kinh nghiệm, trao đổi cùng bạn bè.*

Sở Y tế Lai Châu: *Nên xếp chung lớp BS cử tuyển với các loại hình đào tạo khác để các em có sự giao lưu, học hỏi lẫn nhau, tạo môi trường học tập tốt hơn.*

Sở Y tế Quảng Ninh: *Cần có khung chương trình đào tạo riêng cho đối tượng đào tạo cử tuyển để phù hợp với trình độ văn hóa của học sinh. Nhà trường nên tổ chức lớp riêng cho đối tượng cử tuyển.*

Sở Y tế Lào Cai: *Việc xếp gộp lớp khi đào tạo là phù hợp, tạo điều kiện cho học viên cố gắng học tập, phấn đấu học hỏi kinh nghiệm, trao đổi kiến thức với bạn trong lớp.*

Sở Y tế Yên Bái: *Khi đào tạo nên bố trí học chung với các lớp chính quy khác để giao lưu học hỏi lẫn nhau.*

### 3.2.3. Về phương pháp giảng dạy, lượng giá

183/186 (98,4%) các ý kiến đề nghị Nhà trường cải tiến phương pháp giảng dạy, tập trung rèn luyện kỹ năng tay nghề vì các BS cử tuyển cho rằng kiến thức lý thuyết có thể đọc được, nhưng thực hành chuyên môn mới thực sự quan trọng cho nghề nghiệp tương lai. 100% ý kiến các đại biểu tại Hội thảo cũng đồng tình quan điểm này, đặc biệt khi học khối ngành sức khỏe, kỹ năng tay nghề là cực kỳ quan trọng.

BS Và A M.-Điện Biên “Nhà trường hạn chế kiểm tra kiến thức lý thuyết thuần túy là rất cần thiết vì sau khi ra trường SV rất cần các kỹ năng lâm sàng. Riêng tôi sau khi ra trường phải tự học rất nhiều kỹ năng lâm sàng mà trường không dạy”. Việc rèn luyện kỹ năng nên tập trung theo hướng lấy người học làm trung tâm, hướng dẫn chu đáo, tỉ mỉ “Cầm tay chỉ việc nên được thực hiện thường xuyên hơn và có thể cho học chuyên khoa từ năm thứ tư” (Tân Thị T.-Lào Cai). Ý kiến trái chiều của Giàng Thị S.-Yên Bái “Nên kiểm tra lý thuyết vì kiến thức lý thuyết chính là nền tảng để thực hành lâm sàng, thăm khám và điều trị, nếu nắm chắc lý thuyết sẽ giúp nhiều cho việc khác”.

Hộp ý kiến của các Sở Y tế về phương pháp giảng dạy:

Sở Y tế Điện Biên: Tăng cường phương pháp “cầm tay, chỉ việc”; hạn chế kiến thức lý thuyết, kiến thức quá sâu rộng không phù hợp; Đổi mới phương pháp giảng dạy tích cực, cập nhật kiến thức mới; Xem xét chuẩn năng lực phù hợp hơn với BS cử tuyển; Nhà trường có phương pháp giám sát, kiểm tra trong điều chỉnh nội dung giảng dạy; Tăng cường sơ kết, tổng kết đánh giá năng lực nghề nghiệp thông qua chất lượng đào tạo để có những thay đổi, chỉnh sửa phù hợp thực tế.

Sở Y tế Lai Châu: Tăng cường đào tạo bằng phương pháp “cầm tay, chỉ việc”, học lý thuyết đi đôi với thực hành, hạn chế kiến thức lý thuyết thuần túy.

Sở Y tế Quảng Ninh: *Cần đổi mới phương pháp đào tạo phù hợp và quan tâm đến hình thức “cầm tay, chỉ việc” để SV có thể lĩnh hội kiến thức tốt nhất; trong quá trình đào tạo, Nhà trường cần tiếp tục có giải pháp sàng lọc đối với SV cử tuyển để đảm bảo chất lượng đầu ra.*

Sở Y tế Lào Cai: *Tăng cường “cầm tay, chỉ việc”, hạn chế kiến thức lý thuyết thuần túy; xem xét chuẩn năng lực phù hợp hơn với SV diện cử tuyển.*

Sở Y tế Yên Bái: *Tăng cường đào tạo theo phương pháp “cầm tay, chỉ việc”, thời gian đào tạo lâu hơn, kỹ hơn.*

Về hình thức lượng giá, 174 (93,5%) các ý kiến đều nhất trí đề nghị Nhà trường đổi mới hình thức lượng giá theo chuẩn năng lực của BS đa khoa cũng như thường xuyên giám sát, kiểm tra các giảng viên về sự cập nhật chỉnh sửa nội dung, phương pháp giảng dạy, hình thức lượng giá.

“Cần chỉnh sửa hình thức lượng giá cho phù hợp hơn” (Phan Văn Q.-Bắc Kạn) hay “Ưu tiên lượng giá lâm sàng” (Lê Minh Đ.-Tuyên Quang).

Một giảng viên đã phát biểu trên Báo tuổi trẻ “Nói thật lòng là chúng tôi bị ép dạy số SV này nên phải rất cố gắng để làm sao các em tốt nghiệp ra trường đạt loại trung bình trở lên. Trong quá trình giảng dạy, chúng tôi phải truyền đạt ở mức thấp cho các em có thể hiểu được”.

Hộp ý kiến của các Sở Y tế về phương pháp lượng giá:

Sở Y tế Điện Biên: *Cần chỉnh sửa hình thức lượng giá cho phù hợp, đặc biệt với đối tượng sau đại học.*

Sở Y tế Lai Châu: *Hàng năm đánh giá lại năng lực chuyên môn của BS cử tuyển, chỉnh sửa hình thức lượng giá cho phù hợp với đối tượng là BS cử tuyển, BS chuyên khoa I.*

Sở Y tế Lào Cai: *Các đơn vị sử dụng lao động hàng năm đánh giá lại năng lực chuyên môn của BS cử tuyển nói riêng, BS khác nói chung từ đó đưa ra các giải pháp kịp thời nâng cao chất lượng tay nghề cho BS.*

### **3.2.4. Về phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc**

157 (84,4%) các ý kiến phát vấn đều đồng ý tăng cường trao đổi giữa Nhà trường-Các cơ sở y tế nói chung và nơi các BS cử tuyển công tác nói riêng. Thực tế cho thấy, thời gian vừa qua Nhà trường cũng quan tâm vấn đề đào tạo đáp ứng nhu cầu xã hội thông qua các cuộc kiểm tra, làm việc với các cơ sở có SV thực tập tốt nghiệp, tuy nhiên chưa rộng khắp và chưa đi vào chiều sâu.

Như ý kiến BS Hoàng Thị D.-Tuyên Quang “*Nên có các cuộc trao đổi vì một số đơn vị không được công bằng với đối tượng là BS cử tuyển, còn có sự phân biệt giữa cử tuyển và chính quy*”. Các ý kiến trái chiều cho rằng chính cơ sở sử dụng lao động sẽ thấy được những nhu cầu cần bồi dưỡng thêm cho BS cử tuyển bằng cách tăng cường “*cầm tay, chỉ việc*”, không nhất thiết qua cơ sở đào tạo lại được bổ sung nhiều kiến thức lý thuyết thuần túy.

Sở Y tế Quảng Ninh cho ý kiến “*Cần có chế tài bồi hoàn kinh phí đào tạo đối với các trường hợp không đáp ứng được chương trình đào tạo (ngừng học tập, bỏ học...) để gắn trách nhiệm của cá nhân, gia đình học sinh với việc học tập tại Nhà trường, tránh mất/lãng phí ngân sách tỉnh dành cho công tác đào tạo nhân lực cử tuyển. Những trường hợp không thể tiếp thu kiến thức được, xem xét chuyển hướng đào tạo*”.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Giá trị của bộ câu hỏi đánh giá chương trình, năng lực nghề nghiệp của BS đa khoa**

##### ***4.1.1. Các nghiên cứu trong nước và quốc tế***

Đến thời điểm hiện tại, chúng tôi chưa phát hiện được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước sử dụng bộ câu hỏi định lượng để đánh giá năng lực của BS nói chung và BS cử tuyển nói riêng.

Năm 2013, tác giả Trần Quốc Kham và cs sử dụng 11 nhóm năng lực của chương trình khung giáo dục sức khỏe của Bộ Y tế ban hành năm 2012 với thang đo Likert 4 mức độ khi đánh giá năng lực BS đa khoa mới tốt nghiệp, có điểm từ 2,28-1,56 [30]. Các cựu SV, các nhà tuyển dụng được yêu cầu đánh giá mức độ cần thiết và tính khả thi của 11 nhóm năng lực: 1. Năng lực kiến thức và hiểu biết chuyên ngành; 2. Năng lực hỏi bệnh; 3. Năng lực khám người bệnh; 4. Năng lực lập luận, phân tích, chẩn đoán ra quyết định dựa trên bằng chứng; 5. Năng lực thực hiện quy trình thăm khám. 6. Năng lực phát hiện và giải quyết các vấn đề; 7. Năng lực giao tiếp, truyền thông; 8. Năng lực tăng cường sức khỏe, dự phòng. 9. Năng lực quản lý thông tin y học; 10. Năng lực hành nghề phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội đạo đức, pháp lý và nhu cầu xã hội; 11. Khả năng tự học phát triển bản thân và nghề nghiệp; Các nhóm năng lực này được lựa chọn dựa trên sự phù hợp của chúng với mục tiêu đào tạo và chung của giáo dục y khoa trong chương trình khung của Bộ Y tế ban hành 2/2012 [6]. Tuy nhiên, tại nghiên cứu này, các tác giả đã không tiến hành phân tích độ tin cậy và giá trị của bộ công cụ, tuy nhiên qua khảo sát 415 cựu SV từ 9 trường Đại học Y, nhóm nghiên cứu đã đưa ra kết luận: “Kết quả nghiên cứu chất lượng chương trình đào tạo và nhu cầu xã

hội về năng lực thực tế của người tốt nghiệp qua việc khảo sát cựu SV có tham chiếu với những nhận xét lý giải của các nhà tuyển dụng cho thấy các trường đại học không nên chỉ quan tâm đến năng lực thực hành lâm sàng mà cả những năng lực khác như giao tiếp, khả năng tự học, đào tạo và nghiên cứu khoa học, [30]. Kể cả khi khảo sát SV Đại học Y Hà Nội (vốn được coi là điểm tuyển sinh cao nhất cả nước về y dược), song Cao Mạnh Long và cs (2018) đã báo cáo kết quả nghiên cứu 810 SV năm 1 đến năm 6 cho kết quả chỉ 26,2% SV đạt từ mức trung bình trở lên về nghiên cứu khoa học, đã từng nghiên cứu còn thấp hơn (13,3%), nguyên do được các tác giả nhận xét là khả năng đọc tài liệu ngoại văn, sự chủ động tìm hiểu kiến thức về nghiên cứu [31]. Các kết quả của các tác giả khác nhau này đều cho thấy năng lực nghiên cứu của SV y dược nói chung rất thấp, đây là sự gợi ý quan trọng cho các giảng viên phụ trách học phần nghiên cứu khoa học ở các trường đào tạo khối ngành sức khỏe nói chung về nội dung cũng như phương pháp giảng dạy.

Tác giả Bùi Mỹ Hạnh và cs (2013) đã công bố kết quả đánh giá chương trình đào tạo BS đa khoa với tiếp cận phát triển chương trình dựa trên năng lực [18]. Kết quả nghiên cứu đã công bố 12 tiêu chuẩn chương trình đào tạo dựa trên năng lực. Đó là: 1. Các năng lực cần thiết, đáp ứng nhu cầu; 2. Hệ thống chuẩn đầu ra phù hợp thực tế; 3. Thiết kế chương trình đào tạo tích hợp; 4. Module giới thiệu về năng lực nghề nghiệp; 5. Các trải nghiệm thực tế chăm sóc sức khỏe; 6. Cơ sở vật chất học thực nghiệm và lâm sàng; 7. Các trải nghiệm học tập tích hợp; 8. Tự học tập có hướng dẫn; 9. Năng lực chuyên môn giảng viên; 10. Năng lực giảng dạy giảng viên; 11. Lượng giá theo chuẩn đầu ra và 12. Đảm bảo cho kiểm định và hội nhập chương trình. Từ 12 tiêu chuẩn nói trên, các chuyên gia đã phân tích và thống nhất cho điểm từng tiêu chuẩn theo thang mô tả xếp hạng Likert để lượng giá chương trình đào tạo. Các phân tích này phải được xuất phát dựa trên bằng chứng từ những công cụ



rà soát chương trình đào tạo với tiếp cận phát triển chương trình dựa trên năng lực thực tế cần có, theo tiêu chuẩn mà Bộ Y tế đã ban hành năm 2006 [7].

Năm 2006, sản phẩm từ dự án Việt Nam-Hà Lan, với tên gọi “Tăng cường giảng dạy hướng cộng đồng trong tám trường Đại học Y Việt Nam, đã có những khái niệm rất rõ ràng về kiến thức, thái độ, kỹ năng cần đạt khi tốt nghiệp BS đa khoa [7]. Trong tài liệu gồm 360 trang đã khái niệm rõ về Kiến thức: “Kiến thức là những thông tin, sự kiện, quy luật thuộc lĩnh vực y học được tích lũy từ thực tế, từ các nguồn tư liệu hoặc từ các đồng nghiệp có kinh nghiệm,; Thái độ: “Thái độ là cách nhìn nhận về công việc, về nhiệm vụ, về bệnh nhân, về đồng nghiệp, về cộng đồng. Cách nhìn nhận này sẽ chi phối mọi hành vi, cách ứng xử, cách giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe cộng đồng,; Kỹ năng: “Kỹ năng là khả năng thực hiện các nhiệm vụ mang tính kỹ thuật, giải quyết các vấn đề tổ chức, quản lý, giao tiếp. Người BS muốn thực hành nghề nghiệp tốt không chỉ cần có khả năng thao tác mà phải có cả kỹ năng tư duy, kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng tổ chức-quản lý và kỹ năng giao tiếp. Kỹ năng là một phần thực hành y học. Kỹ năng cộng với thái độ sẽ ra khả năng thực hành, [7]. Mỗi khía cạnh trên sẽ được chia các mức độ thể hiện năng lực của mỗi BS khi thực hành nghề nghiệp. Đối với kiến thức sẽ từ nhớ lại, tới diễn giải và cuối cùng là giải quyết vấn đề. Đối với thái độ, từ cảm thực, đáp ứng tới nội tâm hóa. Đối với kỹ năng, từ thực hiện dưới hướng dẫn, tới thực hiện độc lập, làm chủ kỹ năng và cao nhất là thực hiện thành thạo [7].

Tác giả Zanten và cs (2008) đã có bài tổng quan về công nhận chương trình giáo dục y khoa đại học trên toàn thế giới, bài viết cho thấy mặc dù hơn một nửa trong số các quốc gia có trường y cho thấy rằng họ có quy trình quốc gia để công nhận các chương trình giáo dục y tế, nhưng bản chất ở các quốc gia sẽ khác nhau và mức độ thực thi cũng khác nhau đáng kể. Mặc dù xu

hướng toàn cầu cho thấy sự tập trung ngày càng tăng vào chất lượng của các chương trình giáo dục, song dữ liệu liên kết các quy trình công nhận với việc đào tạo các BS có tay nghề cao hơn và chăm sóc BN tốt hơn còn thiếu [70].

#### **4.1.2. Cơ sở xây dựng bộ công cụ khảo sát của nghiên cứu**

Những năm gần đây, Bộ Y tế đã nhận định, đội ngũ nhân lực y tế nước ta không ngừng phát triển cả về số lượng và chất lượng và đã cơ bản đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bên cạnh những kết quả quan trọng đã đạt được, công tác đào tạo nguồn nhân lực y tế vẫn còn nhiều bất cập. Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề này, Bộ Y tế đã chỉ đạo xây dựng Chuẩn năng lực cơ bản BS đa khoa Việt Nam với sự tham gia của tất cả các bên liên quan. Trong quá trình xây dựng, Ban soạn thảo đã tham khảo chuẩn năng lực BS của các nước trong khu vực và trên thế giới điều chỉnh cho phù hợp với hoàn cảnh thực tế Việt Nam [5]. Hai căn cứ rất quan trọng để Bộ Y tế ban hành quyết định này là Tiêu chuẩn nghiệp vụ Ngành công chức BS đa khoa theo Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV, ngày 22/4/2005 của Bộ Nội vụ và thỏa thuận khung thừa nhận lẫn nhau về dịch vụ BS đa khoa giữa các nước trong khu vực ASEAN do Chính phủ Việt Nam ký kết với ASEAN ngày 8/12/2006.

Tài liệu chuẩn năng lực cơ bản BS đa khoa được cấu trúc thành 4 lĩnh vực bao gồm 20 tiêu chuẩn và 90 tiêu chí. Mỗi lĩnh vực thể hiện một chức năng cơ bản của người BS đa khoa, gồm 4 lĩnh vực là: năng lực hành nghề chuyên nghiệp; năng lực ứng dụng kiến thức y học; năng lực chăm sóc bệnh nhân và năng lực giao tiếp, cộng tác. Mỗi tiêu chuẩn thể hiện một phần của lĩnh vực và bao hàm một nhiệm vụ người BS đa khoa.

Chúng tôi đã xây dựng bảng hỏi chia thành 4 lĩnh vực năng lực gồm 31 câu hỏi theo Likert 5 mức độ (5: Giỏi, 4: Khá, 3: Trung bình, 2: Kém và 1: Yếu): Hành nghề chuyên môn gồm 11 tiểu mục; Ứng dụng kiến thức y học

gồm 5 tiểu mục; Chăm sóc y khoa gồm 10 tiểu mục và Giao tiếp, cộng tác gồm 5 tiểu mục. Sau khi khảo sát thử, chúng tôi hiệu chỉnh lại câu hỏi rồi tiến hành khảo sát tổng thể sau khi tập huấn kỹ cho các cộng tác viên ở các Sở Y tế. Các bước tiến hành tiếp theo: (i) Đánh giá tính giá trị của thang đo. Bên cạnh việc đảm bảo tính giá trị về nội dung bằng phương pháp định tính, chúng tôi phân tích tính giá trị về cấu trúc của thang đo. Muốn đánh giá về giá trị cấu trúc, chúng tôi sử dụng phân tích nhân tố khám phá EFA sử dụng phương pháp phân tích thành tố chính PCA. Việc lựa chọn các nhân tố sau khi xoay ma trận dựa trên tổ hợp các tiêu chí: chọn các thành tố có giá trị riêng  $> 1$ , tỷ lệ % phương sai tích lũy được giải thích bởi các thành tố trong khoảng 50-70%, được xem là giá trị phổ biến của các thang đo trong các nghiên cứu và sự phân bố các thành tố của biểu đồ Scree với giá trị riêng  $> 1$ . Tiếp theo, dùng phương pháp xoay nhân tố trực giao Varimax để xác định các tiểu mục cho từng thành tố với tiêu chí giữ lại các tiểu mục có giá trị tương quan  $> 0,5$  và những cân nhắc phù hợp với y văn [66]. (ii) Đánh giá độ tin cậy của thang đo: Sử dụng hệ số Cronbach's Alpha để đánh giá sự nhất quán bên trong của cả thang đo và của từng tiểu mục với tiêu chí hệ số  $> 0,7$  được coi là chấp nhận được [69]. Hệ số Cronbach's Alpha của 4 thành tố và từng câu hỏi trong tổng số 31 câu hỏi đều đạt yêu cầu, với hệ số tin cậy  $> 0,7$  và tương quan tổng biến đều  $> 0,3$ . Nhân tố 3 có hệ số tin cậy tốt nhất ( $=0,937$ ). Hệ số Cronbach's Alpha của tổng thể 31 câu hỏi cũng đạt rất cao (0,970). Như vậy, có thể thấy bộ công cụ có sự nhất quán bên trong cao. Dựa vào bảng ma trận xoay nhân tố, chúng tôi thấy các hệ số tải nhân tố đều  $> 0,5$  đảm bảo ý nghĩa. Tuy nhiên, khi phân tích độ tin cậy lần 1 cho các biến có ma trận xoay, Ba câu hỏi NT1I (*Trình độ ngoại ngữ*), NT2E (*Hiểu biết rõ về mô hình y tế của đơn vị, của địa phương, xu hướng phát triển*); NT3E (*Kỹ năng thực hiện chuyên môn vượt trội*) của bảng hỏi tự đánh giá BS cử tuyển ban đầu bị loại do hệ số tin cậy

lớn hơn hệ số tin cậy tổng (không phù hợp cho các phân tích tiếp theo, do vậy ma trận xoay cuối cùng của 28 câu hỏi vẫn chia thành 4 nhân tố, thỏa mãn  $0,5 < KMO < 1$ . Hệ số Sig  $< 0,05$ : các biến quan sát có tương quan với nhau trong tổng thể. Hệ số Eigenvalue  $> 1$ , thì nhân tố rút trích được có ý nghĩa tóm tắt thông tin tốt. Tổng phương sai trích  $> 50\%$ . Điều này cho thấy 4 nhân tố rút trích được giải thích 68,9% biến thiên của dữ liệu quan sát. Kết quả phân tích độ tin cậy và giá trị của bảng hỏi đã được chúng tôi đăng báo tại Tạp chí Y học Việt Nam năm 2018 [37]. Bảng hỏi 31 câu ban đầu chia thành 4 lĩnh vực cũng như bảng hỏi 28 câu sau khi phân tích phân tích ma trận xoay xin xem ở phần phụ lục. Đây là nghiên cứu đầu tiên sử dụng bảng hỏi để đánh giá năng lực BS nói chung tại Việt Nam.

## **4.2. Thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ diện cử tuyển**

### **4.2.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Giai đoạn 1991-2015 có 536 SV cử tuyển được Nhà trường đào tạo đã tốt nghiệp BS đa khoa, trong đó 53,7% thuộc các tỉnh Đông Bắc bộ, 30,6% thuộc Tây Bắc bộ, 11,4% ở vùng Bắc Trung bộ, các vùng địa lý khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này phản ánh rõ nét tính chất vùng miền và vùng tuyển sinh của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên giai đoạn đó, những năm gần đây địa bàn tuyển sinh của Nhà trường đã phổ cập trong cả nước. Số lượng BS cử tuyển tốt nghiệp cũng tập trung nhiều ở các tỉnh thiếu hụt nhân lực y tế lớn, đúng theo tinh thần chỉ đạo của quyết định 1544 của Thủ tướng (về cử tuyển cho 3 “Tây,,), tỉnh Yên Bái, Bắc Kạn trong báo cáo này ít hơn nhưng trong những năm gần đây, theo dự án của tỉnh số lượng cử tuyển của tỉnh đã tăng lên nhiều, song do chưa tốt nghiệp và có số không nhỏ học tại Học viện Quân Y. Trên thực tế, mặc dù có chỉ tiêu cử tuyển song không phải địa phương nào cũng cử đủ và/hoặc SV không thể theo học được do năng lực tiếp thu kiến thức kém, như tại báo cáo của Trần Quốc Kham (2014): trong 5 năm (2007-

2011), 34 tỉnh trong cả nước chỉ cử được 91,3% số học sinh cử tuyển đi học đại học [29], số liệu của Vụ Đào tạo, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch (2017), tỷ lệ cử tuyển vào đại học vài năm gần đây chiếm 83,9% tổng chỉ tiêu, cao đẳng 16,1% tổng chỉ tiêu [32], tại khoa Y Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tuyển sinh dự bị trong 2 năm 2002, 2003 có tỷ lệ dự bị lần lượt là 13 và 22,4%, trong đó DTTS tổng số chỉ chiếm 13,5%, kết quả báo cáo của Lê Xuân Trường (2005) [41]. Báo cáo của Hội đồng dân tộc tạo kỳ họp của Quốc hội XIII năm 2011 cho biết: Sau 15 năm thực hiện cử tuyển (1990-2005), có 52 tỉnh với 20.590 học sinh thuộc 49/54 thành phần dân tộc được thụ hưởng chính sách. Từ năm 2007-2010 có 24,8% cơ cấu cử tuyển thuộc ngành y tế [19]. Chưa tính đến việc học sinh không thể tiếp thu kiến thức khi học tại Trường, ví dụ tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên trong 5 năm gần đây (2012-2017) số lượng SV cử tuyển không tham gia học hết khóa (do các nguyên nhân, trong đó chủ yếu do lực học) có tới 65 học sinh/SV (*số liệu từ Phòng Công tác học sinh SV*).

Trong 581 BS cử tuyển đã tốt nghiệp, có 406 BS phản hồi bằng hỏi (đạt 69,9%). Con số này chưa đạt như mong muốn nhưng cũng có thể có những bàn luận nhất định từ số liệu đã có. Một số tỉnh do cỡ mẫu quá bé và/hoặc sáp nhập tỉnh nên chúng tôi đã không gửi đề nghị phản hồi. Bên cạnh đó, một số địa phương (Thanh Hóa, Ninh Bình, Phú Thọ) mặc dù có số lượng không nhỏ BS cử tuyển đã tốt nghiệp, song chúng tôi không nhận được phiếu trả lời nào, đây cũng là hạn chế chung của các nghiên cứu điền phiếu và/hoặc trả lời phỏng vấn tại Việt Nam trong giai đoạn hiện tại.

Về phân bố dân tộc, chúng tôi thấy có 5,4% BS dân tộc Kinh, nhóm dân tộc thiểu số (Tày, Dao, Nùng) chiếm đại đa số (231 BS, chiếm 56,9%). Tỷ lệ này cũng không quá khó hiểu khi vùng tuyển trong giai đoạn 1991-2015 của Nhà trường chủ yếu ở vùng Bắc Bộ, do đó 3 dân tộc Tày, Nùng, Dao cũng

chiếm tỷ lệ cao ở các địa phương này. Kết quả này hơi khác chút ít so với báo cáo của Vụ Đào tạo, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch khi cho biết dân tộc Tày, Nùng, Mông có tỷ lệ cử tuyển nhiều hơn cả [32]. Đặc biệt, có tới 7 BS đã tốt nghiệp từ 7 dân tộc thiểu số rất ít người trong số 16 dân tộc theo quy định của Nhà nước (số dân dưới 10.000 người). Đây là tín hiệu vui cho Nhà trường cũng như các địa phương có các BS dân tộc rất ít người này đang phục vụ, cống hiến. Kết quả nghiên cứu cho thấy các địa phương đã chấp hành khá tốt quy định về cử học sinh đi học cử tuyển, khi văn bản hợp nhất Nghị định 134/2006 và Nghị định 49/2015 của Chính phủ được Bộ Giáo dục-Đào tạo cho tỷ lệ dân tộc Kinh không quá 15% [2].

Về phân bố giới tính, chúng tôi thấy có tới 236 BS nữ giới phản hồi, tỷ lệ nữ/nam là 1,39/1. Thực tế cho thấy, SV nữ luôn chiếm tỷ lệ nhỉnh hơn so với SV nam giới ở tất cả các loại hình đào tạo trong trường. Điều này phản ánh tình trạng chênh lệch trẻ nam/trẻ nữ ngay từ khi sinh ra, cũng như sự chịu khó học tập của học sinh nữ nói chung.

Kết quả học trung học phổ thông của đối tượng nghiên cứu thấy sự tiến bộ tăng dần đều: tăng dần về tỷ lệ khá giỏi, giảm dần với tỷ lệ trung bình khá. Kết quả thể hiện tỷ lệ học lực giỏi các năm lớp 10, 11, 12 tăng dần từ 0,7 lên 1,2 và 2,2%; tỷ lệ học lực khá theo các năm cũng tăng dần từ 55,4 lên 56,7 (lớp 11) và 58,6% (lớp 12), do đó hiển nhiên tỷ lệ học lực kém hơn cũng giảm dần đều qua các năm học trung học phổ thông.

#### **4.2.2. Thực trạng năng lực của bác sĩ cử tuyển**

##### **4.2.2.1. Tự đánh giá**

Như đã đề cập tại phần 4.1, phân tích hệ số tin cậy của bộ câu hỏi gốc 31 câu, có 3 câu bị loại bỏ do có hệ số Cronbach lớn hơn hệ số tin cậy tổng, còn lại 28 câu phù hợp được tiến hành các phân tích tiếp theo. Ba câu loại bỏ là NT1I: *Trình độ ngoại ngữ*; NT2E: *Hiểu biết rõ về mô hình y tế của đơn vị*,

*của địa phương, xu hướng phát triển; và NT3E: Kỹ năng thực hiện chuyên môn vượt tuyến.* Sau khi phân tích ma trận xoay, chúng tôi gộp lại thành 3 nhân tố mới được gọi tên lần lượt là: Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công tác; Năng lực nghề nghiệp, hoạt động hỗ trợ và Năng lực hoạt động chuyên nghiệp.

Có 15/18 câu có điểm trung bình  $\geq 4$  (trên thang đo 5 điểm), tập trung nhiều ở nhóm Nhân tố 1 (cũ) (*Năng lực hành nghề chuyên nghiệp*) và nhóm Nhân tố 4 (cũ) (*Năng lực giao tiếp, cộng tác*). Năm câu có điểm số trung bình cao nhất từ 4,13-4,30/5 điểm, đó là NT1C: *Luôn đặt lợi ích người bệnh làm trung tâm*; NT1E: *Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh*; NT1G: *Hành nghề tuân thủ theo các quy định pháp lý*; NT1B: *Tâm huyết với nghề đã lựa chọn*; và NT1D: *Thực hành nghề trong phạm vi chuyên môn được cấp phép*. Đây là tín hiệu đáng mừng khi kết quả cao về điểm số này đều thuộc lĩnh vực năng lực hành nghề chuyên môn, nhưng bên cạnh đó cũng làm cho xuất hiện những quan điểm “bảo thủ”, không chịu đổi mới, cách tân của nhóm BS này, đặc biệt với những trường hợp bệnh mới, bệnh hiếm, bệnh vượt quá khả năng chuyên môn. Năm câu có điểm số trung bình thấp nhất liên quan nhiều khả năng sử dụng công nghệ thông tin cũng như các yếu tố thực hành tay nghề hàng ngày. Nội dung cụ thể 5 câu này lần lượt thứ tự từ cao xuống thấp là NT2B: *Lập luận logic, khoa học với từng bệnh nhân cụ thể*; NT3D: *Kỹ năng thực hiện chuyên môn theo phân tuyến*; NT1K: *Kỹ năng khai thác thông tin chuyên môn liên quan*; NT1F: *Khả năng nghiên cứu khoa học và đạo đức trong nghiên cứu* và NT1J: *Trình độ tin học* (kết quả điểm số từ 3,09-3,72/5 điểm). Kết quả về các câu hỏi bị loại bỏ cũng như các câu có điểm số thấp và điểm số cao này đã phản ánh thực trạng rất phổ biến ở tuyến y tế cơ sở hiện nay. Mặc dù thông tư 10/2015 của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ quy định tiêu chuẩn ngoại ngữ bậc 2 hoặc chứng chỉ tiếng dân tộc và tiêu chuẩn tin học đạt cơ bản

theo quy định 03/2014/TT-BTTTT [10], tuy nhiên nếu các Sở Y tế cho kiểm tra thực chất sẽ rất khó đạt chuẩn, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở, khi tiếng Anh gần như không bao giờ sử dụng. Các SV cử tuyển được miễn đầu ra ngoại ngữ, các trạm y tế thiếu trang thiết bị công nghệ thông tin, mặt bệnh khám và điều trị không nhiều lý giải trình độ ngoại ngữ, tin học, nghiên cứu khoa học cũng như tìm kiếm thông tin trên mạng internet hạn chế ở phần đông BS cử tuyển nói riêng, cũng như các BS ở các tuyến huyện trở xuống tuyến xã. Từ hoạt động của đề tài, chúng tôi đã công bố kết quả tốt nghiệp của 227 BS cử tuyển, với kết quả loại giỏi, xuất sắc 1,2%; loại Khá 32,2%, Trung bình khá và Trung bình 66,6% [38]. Kết quả thấp hơn xếp loại tốt nghiệp tại Trường Đại học Y Hải Phòng năm học 2003-2004 cũng chỉ có 2,5% loại Giỏi, 56,6% loại Trung bình khá và Trung bình, tuy nhiên đây là xếp loại tốt nghiệp chung của các loại hình đào tạo tại Hải Phòng [28]. Báo cáo của Hội đồng dân tộc (2011) trình Quốc hội cho thấy tỷ lệ học sinh cử tuyển đạt học lực xuất sắc chỉ chiếm khoảng 2%, loại giỏi chiếm 5,7%, loại khá chiếm 18,7%, trung bình chiếm 54%, yếu chiếm 17,2%, kém chiếm 2,3% [19].

Tác giả Trần Quốc Kham và cs (2013) qua nghiên cứu tại 9 trường Y ở SV mới tốt nghiệp đã cho kết quả điểm số thể hiện năng lực chuyên môn ở cả 11 nhóm đạt mức khá cao, từ 1,56-2,28 điểm/4 điểm và khảo sát 415 nhà sử dụng lao động, nhóm nghiên cứu cũng có những kết luận xác đáng về BS mới tốt nghiệp nói chung “Các năng lực cần đặc biệt tăng cường là năng phát hiện và giải quyết các vấn đề cấp cứu thông thường; khả năng sử dụng công nghệ thông tin và khả năng sử dụng ngoại ngữ trong công việc thực tế” [30].

#### 4.2.2.2. Người quản lý đánh giá

Tương tự với bảng hỏi tự đánh giá dành cho BS cử tuyển, chúng tôi cũng xây dựng bảng hỏi gồm 27 câu, chia thành 3 lĩnh vực, đó là: Năng lực; Năng suất và chất lượng công việc; Thái độ trong công tác dành cho người quản lý



trực tiếp BS cử tuyển đánh giá để tăng thêm độ tin cậy của số liệu. Qua phân tích độ tin cậy, bảng hỏi 27 câu bị loại bỏ 1 câu NT7F (*Chủ động giải quyết khó khăn phát sinh và thường có đóng góp cải tiến chung cho đơn vị*) bị loại do có hệ số tin cậy lớn hơn hệ số tổng.

26 câu hỏi còn lại được các nhà quản lý theo các thang điểm thống nhất và kết quả thể hiện không có câu hỏi nào đạt điểm mức giỏi ( $\geq 4$  điểm). Các câu hỏi đạt mức điểm khá ( $3 < \text{điểm trung bình} < 4$ ) đều ở NT7 về thái độ trong công tác. Ba câu hỏi NT5B: *Năng lực nghiên cứu khoa học*; NT5G: *Kỹ năng thực hiện chuyên môn kỹ thuật vượt tuyển*; NT5C: *Năng lực về ngoại ngữ* có điểm số trung bình đạt mức thấp, dưới 3 điểm.

Kết quả đánh giá từ hai phía đều thừa nhận những yếu điểm “vốn có” của BS cử tuyển kể cả khi nhập học, quá trình học tập cũng như năng lực thực hành nghề nghiệp. Quan sát thực tế chúng tôi nhận thấy, SV nói chung đặc biệt SV diện cử tuyển rất thiếu các kỹ năng thúc đẩy học tập, luôn thụ động, ỉ lại và chỉ tập trung thi hết môn để có điểm số cao. Tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu An (2016) qua khảo sát 561 SV năm 1, năm 2 tại Cần Thơ cũng có nhận định: “*nhân tố thuộc về SV bao gồm kiến thức đạt được sau khi học, động cơ học tập, tính chủ động của SV có ảnh hưởng đến kết quả học tập cao hơn nhân tố thuộc về năng lực giảng viên*” [1]. Tác giả Trần Thị Lợi (2012) qua khảo sát 480 SV y đa khoa tại Huế cũng rút ra một số yếu tố liên quan kết quả học tập, đó là: Các yếu tố liên quan đến kết quả năm 1: giới, điểm rèn luyện, điểm trúng tuyển đại học, kết quả tốt nghiệp THPT, thời gian tự học, thất vọng sau khi học năm 1, mất phương hướng sau khi học năm 1. Các yếu tố liên quan đến kết quả năm 2: tuổi, kết quả năm 1, điểm rèn luyện năm 2, thời gian truy cập mạng vì mục đích khác ngoài học, có tham gia công tác quản lý lớp [35]. Tác giả Lê Thế Thụ (2004) nghiên cứu kết quả học tập của 150 SV năm 6 khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho thấy kết

quả học không đồng đều, nhóm tuyển thẳng do tốt nghiệp THPT giỏi và điểm tuyển  $\geq 21$  có kết quả tốt nhất và xấu nhất ở nhóm SV cử tuyển, các tác giả khuyến nghị cần lưu ý giai đoạn chuyển tiếp từ y học cơ sở sang giai đoạn y học chuyên ngành (vì sẽ là kỹ năng giao tiếp, suy đoán), đặc biệt năng lực học tập của nhóm cử tuyển mặc dù đã qua 1 năm dự bị, xem xét lựa chọn đầu vào??? [40]. Năm 2007, Lý Văn Xuân khảo sát 215 SV khóa Y2000 cũng cho thấy nhóm SV là học sinh tốt nghiệp THPT loại giỏi có điểm thi tuyển cao có kết quả học tập và xếp loại tốt nghiệp cao hơn cả nhóm tuyển thẳng và nhóm cộng thêm điểm thưởng [53]. Hay như báo cáo của Lý Văn Xuân (2008) qua khảo sát 98 SV mới tốt nghiệp ở Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2001 cho thấy: có 38,40% SV tốt nghiệp Khá - Giỏi và 44,56% SV tốt nghiệp Trung bình khá thực hiện các kỹ năng lâm sàng không đạt yêu cầu từ mức độ 2 trở lên [52]. Như vậy, có thể thấy rất cần tư vấn cho SV về phương pháp học tập và chiến lược ứng phó trong môi trường đại học. Giảng viên cần quan tâm hơn về nội dung và phương pháp giảng dạy.

Bên cạnh đó là các yếu tố liên quan tới nhà trường và giảng viên, như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Hiền (2013) khi đánh giá điều kiện đảm bảo chất lượng của 8 cơ sở đào tạo chuyên ngành y dược đi tới kết luận: Số lượng giảng viên thiếu một cách tương đối so với mức tăng tuyển sinh hàng năm, mức độ thiếu GV khác nhau giữa các trường, với xu hướng trường càng nhỏ mức thiếu càng nhiều. Các điều kiện cơ vật chất còn chưa đủ đáp ứng các quy định của Bộ GD&ĐT. Thiếu giảng đường, các đầu sách trong thư viện rất khác nhau giữa các trường. Tỷ lệ giường bệnh trên/1 SV thấp [23].

Chúng tôi tiếp tục phân tích nhân tố khám phá EFA theo hướng dẫn của Gorsuch (1997) [57] từ 28 câu hỏi dành cho BS cử tuyển và 26 câu dành cho người quản lý thu được 5 nhân tố mới đánh giá năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển, được đặt tên mới là *Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công*

*tác; Năng lực nghề nghiệp, hoạt động hỗ trợ; Năng lực hoạt động chuyên nghiệp* (dành cho BS) và *Thái độ trong công tác và năng suất lao động; Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ* (dành cho người quản lý). Kết quả điểm trung bình của 5 nhân tố mới với thang đo Likert 5 mức độ, tỷ lệ điểm  $\geq 3,4$  được xếp Khá trở lên lần lượt là 3,97 (83,5%); 3,60 (70,2%); 4,19 (92,9%); 3,68 (77,8%) và 3,17 (39,9%). Điều đáng quan tâm và quan ngại với NT5 mới từ phía người quản lý về năng lực chuyên môn, nghiệp vụ của 406 BS cử tuyển được khảo sát với gần 40% mức Khá trở lên, đây là con số biết nói không những dành riêng cho BS cử tuyển mà dành cho cả các đơn vị sử dụng trong việc tìm giải pháp nâng cao năng lực thực hành nghề nghiệp của nhóm BS này (vấn đề này chúng tôi tiếp tục thảo luận ở phần sau).

Tác giả Jardine và cs (2017) khảo sát 561 SV y khoa phát hiện 203 trường hợp có gặp một hoặc nhiều loại vấn đề khó khăn trong học tại trường y. Đó là: kỹ năng lâm sàng (67%), kiến thức (59%) và hành vi chuyên nghiệp (29%). Nguy cơ cao hơn cho tất cả các loại có liên quan đến: giới tính nam, nhập cảnh quốc tế và thất bại trong nửa đầu của khóa học, nhưng không phải với bất kỳ nhóm dân tộc thiểu số nào. Các vấn đề về kỹ năng lâm sàng ít xảy ra ở SV sau đại học [59]. Ngay tại khu vực đồng bằng sông Hồng (vùng đồng bằng) khi người quản lý đánh giá việc đáp ứng yêu cầu công việc của nhân lực y tế các tuyển cũng chỉ có 43,8% có đáp ứng, số còn lại có đáp ứng nhưng hạn chế từng mặt và chưa đáp ứng qua khảo sát 449 cán bộ quản lý, nguyên nhân của hiện tượng này là thiếu về số lượng (69,0%), hạn chế về chất lượng (73,4%) và cơ cấu chưa hợp lý (37,7%) [21].

Để có thể rút ra một số yếu tố liên quan tới năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển, chúng tôi tiếp tục phân tích ghép cặp đôi từng biến độc lập so với biến phụ thuộc là 5 nhân tố mới nêu trên. Chúng tôi thấy: BS cử tuyển là nữ có điểm số NT4 mới cao hơn có ý nghĩa so với nam giới, các NT khác không

thấy sự khác biệt, điều này cũng dễ hiểu vì BS nữ sẽ có thái độ nghiêm túc hơn trong thực hành công việc, dẫn tới năng suất lao động nhanh hơn. Khi so sánh về nhóm dân tộc giữa BS thuộc 3 dân tộc thiểu số “chính” (Tày, Dao, Nùng) với các BS dân tộc thiểu số khác không thấy sự khác biệt có ý nghĩa ở cả 5 NT. Về khu vực địa lý nơi các BS cử tuyển đang công tác có kết quả thú vị khi thấy sự khác biệt cao hơn ở BS vùng Đông Bắc so với vùng địa lý còn lại cũng rơi vào NT4 mới. Khi so sánh thâm niên công tác, tất nhiên chúng tôi nhận thấy biến số này không thực sự phù hợp vì nghề y là nghề tích lũy kinh nghiệm, nhưng cũng phát hiện ra kết quả có xu hướng BS cử tuyển trên 10 năm thực hiện NT2 mới tốt hơn so với BS cử tuyển số năm công tác thấp hơn. Chỉ tiếc, chúng tôi không đủ thông tin khác để có những phân tích đa biến sâu hơn.

Qua phân tích thực trạng năng lực nghề nghiệp, chúng tôi đồng tình quan điểm nhận định chung của ngành y tế về số lượng thiếu, chất lượng không cao của nguồn nhân lực BS chung ở Việt Nam chúng ta, ví dụ như báo cáo của Nguyễn Phương Hoa (2012) cho thấy Tỷ lệ bác sĩ/chức danh chuyên môn khác tại bệnh viện (đạt 19%) còn thấp so với yêu cầu ( $\geq 31\%$ ). Tỷ lệ này tại trung tâm y tế dự phòng đạt 13% (yêu cầu  $\geq 26\%$ ). Tất cả các trung tâm y tế dự phòng tuyển huyện đều thiếu kỹ thuật viên xét nghiệm. Chỉ có 45,3% số trạm y tế xã có bác sĩ và 32% trạm y tế xã có cán bộ dược [22]. Có lẽ do học ngành y dược “khó” nên các địa phương rất khó lựa chọn đối tượng, do đó chỉ có 24,8% các tỉnh cử đi học nhóm ngành y tế, một số dân tộc rất ít người không cử được học sinh học cử tuyển (Ngái, La hủ, Si la, Brâu, Ô đù) [19]. Tác giả Lương Ngọc Khuê (2011) đã cho biết: cơ cấu nhân lực y tế đã có thay đổi tích cực, các chỉ số cơ bản đã ban đầu đáp ứng được quy định theo thông tư liên tịch 08/2007, tuy nhiên mới tăng tỷ lệ trình độ dưới đại học so với đại học, ngoài ra trình độ nguồn lực còn chưa đồng đều ở các tuyển [27].

Yếu tố liên quan nữa là các BS tuyển cơ sở làm quá nhiều công việc cùng một thời điểm do thiếu hụt nhân lực trình độ cao (đại học trở lên), do đó họ phải kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ ảnh hưởng đáng kể tới chất lượng công việc chính của mình là khám, chữa bệnh. Điều này xảy ra ở nhiều cơ sở y tế trong và ngoài nước, đơn cử như ở Canada, tác giả Kraut và cs (2018) đã khảo sát trực tuyến 86 BS về thực hiện công việc của mình cho kết quả họ phải làm từ 6-12 nhiệm vụ trong cùng một thời điểm [61].

### **4.3. Đề xuất các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020**

Qua phiếu phản hồi của 186/250 BS cử tuyển (74,4%), kết quả Hội thảo tại Nhà trường với sự tham gia của 8 địa phương và báo cáo của 5 Sở Y tế các tỉnh, nổi bật lên 5 giải pháp lớn để nâng cao năng lực cho BS cử tuyển cũng như góp phần phát triển chương trình đào tạo y dược cho Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên. Đó là:

#### **4.3.1. Xét tuyển đầu vào và đầu ra**

Kết quả nghiên cứu cho thấy 96,8% (180/186) các phiếu phát vấn đều nhất trí cần xét tuyển kỹ lưỡng văn hóa đầu vào với đối tượng cử tuyển. Các địa phương cũng đề xuất tiêu chuẩn cụ thể về trình độ văn hóa THPT của các đối tượng vào học dự bị ở mỗi cơ sở đào tạo cũng như mỗi ngành học riêng biệt, tránh cào bằng ở tất cả các ngành học.

Tại điều 3 văn bản hợp nhất của Bộ Giáo dục-Đào tạo năm 2015 quy định rõ, việc thực hiện chế độ cử tuyển phải bảo đảm các nguyên tắc: 1. Đúng mục đích, đối tượng, tiêu chuẩn theo quy định. 2. Khách quan, công bằng, công khai, minh bạch. 3. Cơ quan cử người đi học theo chế độ cử tuyển có trách nhiệm tiếp nhận, xét tuyển vào vị trí việc làm cho người được cử đi học sau khi tốt nghiệp [2]. Tuy nhiên, vẫn còn số lượng đáng kể BS cử tuyển chưa được hoặc không đồng ý theo phân công công tác của các địa phương cử đi

học. Về vấn đề này, tác giả Đoàn Tiến Lộc (2017) sau khi phân tích thực trạng về đối tượng cử tuyển, cũng rút ra các kiến nghị: Việc tổ chức tuyển sinh, cử đi đào tạo theo chế độ cử tuyển phải đúng với quy định hiện hành và phù hợp yêu cầu thực tiễn của từng tỉnh; đảm bảo nguyên tắc khách quan, công khai và minh bạch. Sở Nội vụ, Sở ngành liên quan các tỉnh cần làm tốt việc tham mưu cho UBND tỉnh những công việc cụ thể như: cần có một bộ phận chuyên trách để phối hợp với các cơ sở đào tạo, cùng gia đình theo dõi, quản lý quá trình học tập, rèn luyện của SV diện cử tuyển; chuẩn bị xây dựng trước kế hoạch sử dụng ngay sau khi các em diện cử tuyển tốt nghiệp trở về quê hương [32].

Theo số liệu báo cáo của Đại học Thái Nguyên (2014), trong 4 năm (2010-2013) số lượng học sinh cử tuyển tới học tập tại Đại học Thái Nguyên là 635 người (riêng Trường Y Dược chiếm 54,0%, với 343 học sinh). Tại báo cáo này, Đại học Thái Nguyên cũng đã kiến nghị với Bộ Giáo dục-Đào tạo sớm giao chỉ tiêu, có kế hoạch xét tuyển và đào tạo cho các cơ sở giáo dục và xem xét cấp kinh phí xét tuyển và kinh phí đào tạo cho Đại học Thái Nguyên và các cơ sở giáo dục trực thuộc Đại học Thái Nguyên [17]. Cũng báo cáo tương tự của Đại học Đà Nẵng cho thấy, kết quả học tập của SV cử tuyển hàng năm có trên 30% đạt trung bình trở lên, khi SV học quá yếu, nhà trường cho dừng tiến độ và được học bổ sung để nâng cao trình độ hoặc buộc thôi học, mặc dù đã mềm dẻo được hưởng 3 lần cảnh báo học vụ liên tiếp [16].

Tác giả Ali và cs (2017) qua nghiên cứu ở 4 quốc gia châu Á (Trung Quốc, Ấn Độ, Oman và Việt Nam) cho thấy có những lỗ hổng trong đào tạo nghiên cứu về các nghiên cứu sức khỏe tại các trường đại học và viện nghiên cứu. Một số rào cản đối với nghiên cứu và đào tạo nghiên cứu chất lượng cao có thể được giải quyết bằng cách đào tạo nâng cao cho giám sát viên, xác định rõ tiêu chuẩn giám sát, tài chính cho SV và tăng cường sử dụng công nghệ

thông tin và truyền thông để tăng khả năng tiếp cận tài liệu giảng dạy [54]. Bài viết của Goto và cs (2005) đã mô tả các quá trình, kết quả và bài học từ dự án, để cho phép khóa đào tạo được lặp lại để tăng năng lực nghiên cứu cho các chuyên gia y tế ở Việt Nam và các nước đang phát triển khác dựa trên đánh giá nhu cầu, khóa học 9 tháng, bán thời gian đã đào tạo nâng cao về các kỹ năng nghiên cứu thực tế, bao gồm dịch tễ học, thống kê sinh học và phương pháp nghiên cứu định tính [58].

Gần 2/3 ý kiến được hỏi (112/186, chiếm 60,2%) nên xem xét đầu ra của đối tượng cử tuyển nên phục vụ tại tuyến cơ sở, vì theo họ cũng như căn cứ kết quả đào tạo hầu hết xếp loại trung bình nên rất khó thể hiện năng lực chuyên môn ở tuyến cao hơn. Vì kiến thức văn hóa phổ thông cùng với năng lực học tập tại Trường, do đó các ý kiến phát vấn cũng như 100% ý kiến các đại biểu tại Hội thảo đều cho rằng BS cử tuyển sau khi tốt nghiệp đại học nên phục vụ chăm sóc sức khỏe cho đồng bào các dân tộc từ tuyến huyện trở xuống sẽ là phù hợp, khi công tác tại các địa điểm này nếu BS cử tuyển khẳng định được năng lực nghề nghiệp sẽ có thể phục vụ ở tuyến tỉnh thậm chí tuyến trung ương.

Một số khó khăn, rào cản cho các BS cử tuyển thực hiện nhiệm vụ chuyên môn ở vùng khó khăn, nhiều DTTS sinh sống đó là: tỷ lệ sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người DTTS trung bình chỉ đạt 44,8%, người dân chỉ đến trạm y tế xã, hoặc ra đến huyện khi bệnh đã trở nên quá nặng, trong khi năng lực, điều kiện để điều trị của tuyến xã, huyện yếu; sự hiểu biết về lợi ích cũng như cách sử dụng thẻ trong một bộ phận người DTTS chưa đầy đủ; điều kiện kinh tế khó khăn; tâm lý ngại đi xa, trong khi khoảng cách đến các cơ sở y tế rất xa, đi lại gặp nhiều khó khăn, hạn chế về phương tiện... [20].

Tác giả Trần Thị Hạnh và cs (2010) đã báo cáo kết quả nghiên cứu và đề xuất giải pháp cho chính sách DTTS: Chính sách cử tuyển cũng cần được tiếp

tục thực hiện, nhưng cần tập trung ưu tiên cho các dân tộc có dân số ít. Để tránh tình trạng lãng phí nguồn lực như SV tốt nghiệp vùng dân tộc và miền núi về địa phương không tìm được việc làm, cần bổ sung các giải pháp nhằm giảm trách nhiệm của địa phương trong việc lựa chọn đối tượng và ngành học cử tuyển với việc bố trí sử dụng SV cử tuyển sau khi tốt nghiệp về công tác tại địa phương sau này. Thực tế cho thấy, số lượng BS là người DTTS hoặc từ các vùng dân tộc và miền núi được đào tạo theo chính sách cử tuyển tăng liên tục, nhưng ít SV tốt nghiệp y khoa muốn về công tác tại y tế cơ sở, địa bàn vùng sâu, vùng xa, trong khi đó nhiều cán bộ y tế công tác lâu năm từ tuyển dưới muốn chuyển về tuyển trên, từ các vùng khó khăn ra vùng kinh tế - xã hội phát triển [26]. Ngay cả việc giữ chân các BS liên thông (BS chuyên tu) ở các tuyến y tế cơ sở cũng gặp khó khăn, Trần Đức Thuận và cs (2017) khảo sát 354 BS liên thông tốt nghiệp 2006-2016 tại 6 tỉnh: Các BS liên thông có xu hướng chuyển công tác từ tuyến dưới lên tuyến trên, có 18,05% BS tốt nghiệp từ 2006-2011 và 5,05% BS tốt nghiệp từ 2012-2016 chuyển từ xã lên tuyến huyện và tỉnh. Ngoài ra, các BS này có xu hướng chuyển từ lĩnh vực dự phòng sang lĩnh vực điều trị. Tỷ lệ BS tốt nghiệp từ 2006-2011 làm công tác điều trị tăng từ 19,41% (33/170) lên 34,12% (58/170) [46]. Còn về chất lượng của BS liên thông, cũng tác giả này và cs (2017) công bố: Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau khi tốt nghiệp với hệ dự phòng, các BS liên thông được giao nhiệm vụ ngay. Với hệ điều trị, các BS cần phải bồi dưỡng thêm 2-3 năm. Các BS làm hệ dự phòng đáp ứng tốt ngay với công việc; BS làm hệ điều trị mới tốt nghiệp chưa đáp ứng ngay được công việc. Sau khi được bồi dưỡng thì đảm bảo công việc hệ nội còn hệ ngoại vẫn cần phải học tập bồi dưỡng thêm. Các BS chủ yếu công tác tại tuyến huyện (47,91%) và tuyến xã (28,44%). Đa số BS (53,05%) làm trong các cơ sở dự phòng và cơ sở khác (ngoài cơ quan quản lý và bệnh viện) [47].



### **4.3.2. Tổ chức đào tạo**

145/186 (78,0%) phiếu phát vấn đồng ý đề nghị Nhà trường xếp đều SV cử tuyển vào các lớp chung với các đối tượng khác, tránh xếp một lớp chuyên biệt như trước để kích thích sự cố gắng của người học. Tuy nhiên, tại Hội thảo với sự tham gia của các nhà quản lý thì cho rằng, trong 2-3 năm đầu khi học khoa học cơ bản cũng như y học cơ sở (trước khi thực hành lâm sàng) nên xếp SV cử tuyển vào lớp riêng để các giảng viên có thể truyền đạt kiến thức y học nền tảng, tránh các hỏng khuyết cho các SV cử tuyển, sau đó khi học lâm sàng sẽ xếp chung với SV khác để rèn các kỹ năng cần thiết khác của ngành nghề qua việc học tập lẫn nhau của các đối tượng SV khác nhau.

Tại một Hội nghị diễn ra tại Huế ngày 01/12/2018, Cục Khoa học công nghệ, Bộ Y tế đã mạnh dạn đề xuất các giải pháp phát triển năng lực nghề nghiệp của BS giai đoạn hiện nay, đó là: Làm rõ hai loại năng lực: nghiên cứu và khám, chữa bệnh => chỉ đào tạo/học các nội dung cần thiết; Quy định về cơ chế phối hợp điều kiện đào tạo và thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe; Xây dựng và ban hành các chuẩn quốc gia về năng lực cho nhân lực y tế => cơ sở đào tạo xây dựng chương trình phù hợp; Chuẩn hóa mô hình đào tạo phù hợp với khung trình độ quốc gia và hội nhập quốc tế, công nhận đặc thù đào tạo nhân lực y tế; Kỳ thi quốc gia cho chứng chỉ hành nghề: các chương trình đào tạo chuyên khoa chuẩn mực, Phát triển chương trình từ đào tạo thiên về cung cấp kiến thức thành đào tạo tạo ra năng lực giải quyết được các vấn đề cơ bản. Tất cả giải pháp này cần được đưa vào các văn bản quy phạm pháp luật mới hoặc được lồng ghép vào các quy định hiện hành [11].

Để đáp ứng nhu cầu nhân lực ngành y tế, Nhà nước đã rất quan tâm trong mở mới các trường đại học chuyên ngành sức khỏe, nêu đến năm 2008, theo báo cáo của Trương Việt Dũng mới có 19 cơ sở đào tạo nhân lực y tế đại học và sau đại học [13], năm 2015 theo nghiên cứu tại luận án tiến sĩ của Lê

Thúy Hương, cả nước có 28 trường đào tạo y dược (7 trường ngoài công lập) [21], thì tới năm 2018, theo số liệu Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, toàn quốc có 43 cơ sở đào tạo đại học về nhân lực y tế, trong đó có 18 cơ sở dân lập, riêng tại thủ đô Hà Nội đã có 11 cơ sở đào tạo [11].

#### **4.3.3. Về phương pháp giảng dạy, lượng giá**

183/186 (98,4%) các ý kiến đề nghị Nhà trường cải tiến phương pháp giảng dạy, tập trung rèn luyện kỹ năng tay nghề vì các BS cử tuyển cho rằng kiến thức lý thuyết có thể đọc được, nhưng thực hành chuyên môn mới thực sự quan trọng cho nghề nghiệp tương lai. 100% ý kiến các đại biểu tại Hội thảo cũng đồng tình quan điểm này, đặc biệt khi học khối ngành sức khỏe, kỹ năng tay nghề là cực kỳ quan trọng.

Về hình thức lượng giá, 174 (93,5%) các ý kiến đều nhất trí đề nghị Nhà trường đổi mới hình thức lượng giá theo chuẩn năng lực của BS đa khoa cũng như thường xuyên giám sát, kiểm tra các giảng viên về sự cập nhật chỉnh sửa nội dung, phương pháp giảng dạy, hình thức lượng giá.

Đúng như định nghĩa của Kirk năm 2007: Năng lực chuyên môn là việc sử dụng thường xuyên và thận trọng trong giao tiếp, sử dụng kiến thức, kỹ năng, lý luận lâm sàng, cảm xúc, giá trị và ứng dụng trong thực tiễn hàng ngày phục vụ cá nhân và cộng đồng [60]...Bài viết của Balakhonov và cs (2017) đưa ra định nghĩa ban đầu về học tập tương tác tích hợp và thảo luận về các phương pháp và cách đan xen giữa khoa học cơ bản và y học lâm sàng trong giảng dạy y học để đạt được năng lực pha trộn của bác sĩ y khoa và nhà nghiên cứu y sinh [55].

Ngoài các kỹ năng cứng, các kỹ năng mềm rất cần thiết với SV y dược nói chung, tuy nhiên kết quả nghiên cứu ở một số công bố cho kết quả khá xấu: Tác giả Tạ Văn Trâm (2011) qua khảo sát 240 SV Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm 2010 thu được kết quả: 30% SV không biết về kỹ năng mềm;

48,3% SV cho rằng kỹ năng mềm là quan trọng; đa số SV có kiến thức nhất định về các kỹ năng mềm cần thiết và cho rằng các câu lạc bộ là môi trường tốt nhất cho sự phát triển kỹ năng mềm, ngoài ra, các môi trường khác cũng quan trọng: lớp học, làm thêm... [49].

Tại một nghiên cứu ở Anh, tác giả Maisonneuve và cs (2014) đã phỏng vấn 1616 BS trên (trong đó 61% viết về năm đào tạo đầu tiên của họ). Khi những lo ngại được bày tỏ, họ thường nói về sự cân bằng trong cung cấp dịch vụ, công việc hành chính, đào tạo và giáo dục thường mâu thuẫn với nhu cầu cung cấp dịch vụ y tế, chất lượng của đào tạo thường phụ thuộc vào người giảng dạy cả lý thuyết, lâm sàng. Nhóm nghiên cứu đưa ra khuyến nghị: những lo ngại được các BS mới tốt nghiệp đưa ra sẽ được chuyển tới các giảng viên, tới các cơ sở sử dụng lao động tăng tương tác với người quản lý ở cơ sở [63].

Còn theo quan điểm các BS trẻ ở Thụy Điển, được Olsson và cs báo cáo năm 2019 cho biết 3 câu hỏi mà BS đòi hỏi cơ sở sử dụng trả lời là: Được lựa chọn chuyên khoa, đặc biệt là trong những năm đầu; Nhu cầu sử dụng phù hợp rất cần thiết để đưa ra lựa chọn nghề nghiệp bền vững; Ý muốn đóng góp cho lĩnh vực y tế mà họ đã chọn chứ không hoạt động hành chính khác [64].

Tác giả Phillips và cs (2019) báo cáo kết quả khảo sát 132 SV y khoa ngay từ năm thứ hai tại Hoa Kỳ về quan điểm thu nhập sau khi thành BS, họ đã thẳng thắn trả lời thu nhập và uy tín ảnh hưởng đến quyết định của họ khi lựa chọn địa điểm công tác sau này. Những quan điểm này có thể cung cấp các chiến lược về chính sách để giảm sự thiếu hụt nhân lực y tế [67].

Một ví dụ được nhóm giáo sư Đại học Duy Tân công bố năm 2015 là con số đáng để suy nghĩ “Ở Úc, các BS tốt nghiệp ở ngoài nước Úc có thể hành nghề y nếu họ qua một kỳ kiểm định về kiến thức và kỹ năng lâm sàng do Hội đồng Y khoa Úc điều hành. Kết quả kiểm định của các BS tốt nghiệp

từ Việt Nam không được khả quan. Chẳng hạn như năm 2009, có 19 BS thi về kiến thức y khoa và chỉ có 7 người (37%) đỗ. Tỷ lệ này tương đối thấp khi so với BS Miến Điện (100% đỗ), Ấn Độ (52%), Nam Phi (68%), và Trung Quốc (43%). Tỷ lệ BS tốt nghiệp từ Việt Nam đỗ về lâm sàng cũng chỉ dao động trong khoảng 30-50%, và thấp hơn các BS từ các nước như Philippines, Ấn Độ và Miến Điện” [34]. Ví dụ khác qua khảo sát 96 SV y khoa năm thứ 6 ở Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch so sánh với chuẩn đầu ra của Bộ Y tế năm 2006 và dự thảo sửa đổi năm 2010 (không phải của Bộ năm 2015 như của chúng tôi), tác giả Nguyễn Dũng Tuấn và cs (2013) cho kết quả: đánh giá chung đạt trên 75%, có 2/5 tiêu chí về kiến thức đạt trên 75%, có 5/8 tiêu chí về kỹ năng đạt trên 75%, kỹ năng giao tiếp rất thấp ở tiêu chuẩn 7.4 và 7.5. Các tác giả kết luận: kỹ năng vẫn cần được tập trung cải thiện thêm, đặc biệt là kỹ năng khám bệnh, kỹ năng lập luận, chẩn đoán và ra quyết định lâm sàng và kỹ năng giao tiếp [42].

Phương pháp giảng dạy lâm sàng mới, được Võ Minh Tuấn và cs (2010) báo cáo kết quả: có 259 SV Y4 tham gia nghiên cứu. Điểm kiểm tra cuối đợt trong nhóm câu hỏi học tập theo phương pháp tích cực cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm câu hỏi theo các bài giảng cổ điển (36,56 so với 32,55) ( $p < 0,05$ ). Do đó, phương pháp dạy học tích cực với PBL/EBM có hiệu quả tốt; Cần phát triển với quy mô lớn hơn trong Y khoa, với phương châm “giáo dục theo phương pháp tự đào tạo” [50]. Còn về giảng dạy lý thuyết, tác giả Đoàn Thị Anh Lê và cs (2011) qua khảo sát 175 SV cử nhân điều dưỡng liên thông, kết quả thu được: phương pháp giảng dạy lý thuyết theo nhóm nhỏ giúp SV chủ động tiếp thu kiến thức mới, nâng cao kỹ năng giải quyết tình huống, tư duy sáng tạo, kỹ năng làm việc nhóm và tự tin hơn khi phát biểu suy nghĩ của mình trước lớp mà trước đây chưa từng có. Tuy nhiên, do phương pháp này còn mới lạ, và mất nhiều thời gian tự học trong khi chương

trình học quá dày đặc do vậy một số SV chưa thật sự thích ứng [33]. Tác giả Vũ Thị Loan (2013) khảo sát 403 SV Đại học Y Dược Thái Bình về thực trạng học tích cực tại các bộ môn tiền lâm sàng đi tới kết luận: Hầu hết SV chưa được trang bị đầy đủ phương pháp học tích cực, trình độ ngoại ngữ còn yếu và chưa có đủ kỹ năng khai thác tài liệu tại thư viện và trên internet; Đa số SV thiếu kỹ năng hoạt động nhóm, phương pháp dạy của các bộ môn tiền lâm sàng chưa tích cực hóa được người học; Cơ sở vật chất phục vụ hoạt động học tập còn thiếu; Việc kiểm tra đánh giá chưa kích thích được SV chủ động học tập theo hướng tích cực [36]. Tại kết luận luận án tiến sĩ của Phạm Thị Hạnh (2018) về thực trạng dạy-học lâm sàng tại Đại học Y Hải Phòng cho kết quả: 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 SV từ 65,9% đến 83,7%. Kỹ năng giao tiếp, hỏi bệnh sử, tiền sử và kỹ năng làm bệnh án, kỹ năng khám lâm sàng đa số SV chỉ đạt ở mức trung bình. Một số yếu tố ảnh hưởng là: Số lượng SV 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 [25]. Tác giả Đặng Văn Phước và cs (2006) qua nghiên cứu cho biết: Theo 92,4% SV, lượng giá bằng OSCE thích hợp trong thực hành lâm sàng; tuy có 49,2% SV nhận thấy kỳ thi OSCE cần nhiều thời gian ôn tập hơn, nhưng 57,9% SV cho rằng phương pháp OSCE đánh giá khách quan và công bằng hơn làm bệnh án lâm sàng, Phương pháp OSCE ưu thế trong lượng giá các kỹ năng đặt vấn đề (70,6%) nêu chẩn đoán lâm sàng (67,1%), đọc và biện luận cận lâm sàng (77,1%) [39].

#### **4.3.4. Phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc**

157 (84,4%) các ý kiến phát vấn đều đồng ý tăng cường trao đổi giữa Nhà trường-Các cơ sở y tế nói chung và nơi các BS cử tuyển công tác nói riêng. Thực tế cho thấy, thời gian vừa qua Nhà trường cũng quan tâm vấn đề đào tạo đáp ứng nhu cầu xã hội thông qua các cuộc kiểm tra, làm việc với các cơ sở có SV thực tập tốt nghiệp, tuy nhiên chưa rộng khắp và chưa đi vào chiều sâu.

Tác giả Huỳnh Đào, trong luận văn thạc sĩ công bố năm 2014, đã mạnh dạn kết luận 4 khía cạnh bất cập về quản lý nhà nước trong đào tạo cử tuyển và đào tạo theo địa chỉ ở Cà Mau, đó là: Thứ nhất, trách nhiệm giải trình của các cơ quan quản lý nhà nước chưa đầy đủ do sự phân công trách nhiệm không rõ ràng, dẫn đến tình trạng một số nội dung Sở Giáo dục-Đào tạo quản lý, một số nội dung Sở Y tế quản lý; Thứ hai, thông tin đào tạo không công khai, minh bạch, làm cho người học thiếu thông tin, dẫn đến những nguy cơ tiềm ẩn những tiêu cực trong quá trình tuyển chọn, đào tạo và sử dụng nhân lực y tế; Thứ ba, còn thiếu những văn bản quy định chức năng nhiệm vụ của các cơ quan quản lý nhà nước về vấn đề này, nhu cầu sử dụng lao động và nguyện vọng của người học không phù hợp với nhau; Thứ tư, thiếu sự tham gia, phối hợp chặt chẽ trong quản lý đào tạo nhân lực y tế làm giảm hiệu quả quản lý nhân lực, người học và đơn vị quản lý chưa có ràng buộc chặt chẽ, chỉ căn cứ trên hợp đồng [15].

Một chương trình cố vấn ngang hàng thí điểm (PMP) nơi SV tốt nghiệp được đào tạo về kiến thức và thực hành giám sát đã được phát triển. Trọng tâm của PMP là phát triển các kỹ năng giám sát cơ bản ở SV tốt nghiệp tâm lý học lâm sàng nâng cao, cũng như đào tạo SV đang học về các kỹ năng lâm sàng và thực hành cơ bản đã được Foxwell và cs (2017) báo cáo, kết quả là chương trình này khả thi và được chấp nhận và dường như đã có tác động tích

cực đến các SV tốt nghiệp đã tham gia, SV đang theo học có sự hài lòng cao với chương trình cũng như sự gia tăng về nền tảng kiến thức và kinh nghiệm về các kỹ năng giám sát [56].

Nhận thức được tầm rất quan trọng của thực hành nghề nghiệp (kỹ năng tay nghề) đối với SV khối ngành sức khỏe, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt và thông qua Nghị định 111/2017 ngày 05/10/2017 về Quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe [45]. Ngay sau đó, Bộ Y tế cũng đã xây dựng Kế hoạch chi tiết số 5126/2017 ngày 10/11/2017 về Kế hoạch triển khai thi hành Nghị định 111/2017 của Chính phủ [3]. Thời gian tới, các trường đào tạo khối ngành sức khỏe và các cơ sở thực hành sẽ có nhiều việc phải làm để thực hiện đúng theo tinh thần của Nghị định quan trọng này. Từ tháng 9/2016, Bộ Y tế và ngành y tế Việt Nam nói chung đã được thụ hưởng từ dự án Liên minh nâng cao chất lượng đào tạo y khoa và quản lý các bệnh mới nổi (IMPACT MED) với tổng kinh phí gần 7 triệu đô la Mỹ, với 3 nội dung chính: Xây dựng phương pháp giảng dạy, học tập và sáng tạo trong đào tạo y khoa; Cải thiện công tác ứng phó với các mối đe dọa y tế mới nổi; Tăng cường sự đa dạng và thu hẹp khoảng cách [12]. Từ năm 2010, WHO đã có bản phân loại rõ các nhiệm vụ của nhân lực chăm sóc sức khỏe, trong đó có BS đa khoa và BS chuyên khoa, theo định nghĩa này Bác sĩ y khoa tổng quát (bao gồm cả BS gia đình và BS chăm sóc) được chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh tật, thương tích, thể chất khác, suy giảm trí tuệ và duy trì sức khỏe nói chung trong con người thông qua việc áp dụng các nguyên tắc của y học hiện đại. Họ lập kế hoạch, giám sát và đánh giá việc thực hiện chăm sóc và kế hoạch điều trị của các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác. Họ không giới hạn thực hành và có thể chịu trách nhiệm cho việc cung cấp chăm sóc y tế liên tục và toàn diện cho cá nhân, gia đình và cộng

đồng [65]. Nếu thực hiện chuẩn theo định nghĩa này, BS đa khoa tổng quát có thể làm việc tốt ở tuyến y tế cơ sở.

Về phát triển hệ thống cấp phép quốc gia cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, tại Lào đã có báo cáo kinh nghiệm của Sonoda và cs (2017), bao gồm 6 bước: (1) xây dựng hệ thống các chính sách và pháp luật có liên quan, (2) thành lập các tổ chức và phân công các nhà lãnh đạo có trách nhiệm, (3) thúc đẩy các nỗ lực phát triển để đáp ứng Hiệp hội công nhận lẫn nhau về các tiêu chuẩn, (4) tăng cường hệ thống giáo dục để thúc đẩy các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thẩm quyền, (5) giới thiệu một thành phần dịch vụ bắt buộc 3 năm ở khu vực nông thôn mới được tuyển dụng công chức chính phủ, và (6) đưa ra yêu cầu để có được chứng chỉ chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp để làm việc trong một bệnh viện tư nhân [68]. Tại Campuchia, tác giả Law và cs cũng cho biết khu vực trường đại học tư về y dược đã tăng đáng kể, với tiếng Anh ngày càng được sử dụng như ngôn ngữ giảng dạy. Pháp luật gần đây quy định thực thi thông qua tiền phạt và/hoặc phạt tù để đảm bảo tất cả các chuyên gia y tế thực hành giữ đăng ký ban đầu như một giấy phép để hành nghề và tiếp tục phát triển chuyên nghiệp là một yêu cầu bắt buộc để gia hạn giấy phép [62].

## **5. Hạn chế của đề tài**

Hạn chế lớn nhất của nghiên cứu này là sử dụng bảng hỏi tự điền cho đối tượng nghiên cứu kể cả khía cạnh định lượng cũng như định tính; các BS cử tuyển đã tốt nghiệp chênh lệch quá nhiều thời gian nên thiếu sự đồng nhất; việc không trực tiếp tham gia thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu (ngoại trừ buổi Hội thảo) nên chưa hẳn đã bao phủ hết các khía cạnh chuyên môn cũng như đề xuất giải pháp, chưa đủ nhiều kênh thông tin để đánh giá năng lực (còn thiếu so sánh với BS diện đào tạo khác, đánh giá từ người



dân/cộng đồng, đặc biệt chưa lượng giá năng lực BS cử tuyển bằng bảng kiểm của một số kỹ thuật).

Tuy nhiên, với kết quả thu nhận được cũng đã phác họa thực trạng chung về năng lực nghề nghiệp của BS cử tuyển cũng như đề xuất các giải pháp đáng suy nghĩ tới các cơ sở đào tạo y dược cho đối tượng học sinh cử tuyển nói chung.

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ hệ cử tuyển được đào tạo tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015

406 BS phản hồi/581 BS theo danh sách quản lý, đạt 69,9% (ba tỉnh không phản hồi là Phú Thọ, Thanh Hóa, Ninh Bình).

- Có 22 dân tộc theo học, trong đó dân tộc Kinh chiếm 5,4%; dân tộc thiểu số (DTTS) chính (Tày, Dao, Nùng) chiếm đại đa số (56,9%, 231 BS). Nhóm 16 DTTS rất ít người có 7 BS. 236 BS phản hồi là nữ (58,1%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,39/1.

- Xếp loại bằng tốt nghiệp: 1 SV bằng Giỏi (0,2%); 98 SV bằng Khá (24,1%). Số còn lại với 41,6% bằng Trung bình khá (169 SV) và 34,1% bằng Trung bình (138 SV).

- Có 28 câu hỏi đủ tin cậy tự đánh giá năng lực BS cử tuyển. Kết quả: 15/28 câu có điểm trung bình  $\geq 4$  (trên thang đo 5 điểm) ở nhóm NT1 (*Năng lực hành nghề chuyên nghiệp*) và nhóm NT4 (*Năng lực giao tiếp, cộng tác*). Năm câu có điểm số trung bình thấp nhất liên quan nhiều khả năng sử dụng công nghệ thông tin cũng như các yếu tố thực hành tay nghề hàng ngày. Ba câu hỏi NT1I (*Trình độ ngoại ngữ*), NT2E (*Hiểu biết rõ về mô hình y tế của đơn vị, của địa phương, xu hướng phát triển*); NT3E (*Kỹ năng thực hiện chuyên môn vượt tuyển*) của bảng hỏi tự đánh giá BS cử tuyển ban đầu bị loại.

- Có 26 câu hỏi phù hợp cho người quản lý đánh giá. Kết quả: Không có câu hỏi nào trong 26 câu có điểm trung bình  $\geq 4$  (trên thang đo 5 điểm). Ba câu hỏi về nghiên cứu khoa học, chuyên môn vượt tuyển và năng lực ngoại ngữ đạt mức kém.

- Phân tích EFA còn 5 nhân tố được đặt tên: NT1. Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ, phối hợp công tác; NT2. Năng lực nghề nghiệp, hoạt động hỗ trợ. NT3. Năng lực hoạt động chuyên nghiệp; NT4. Thái độ trong công tác và năng suất lao động; NT5. Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ.

- Kết quả điểm số 5 NT mới: NT3 có điểm trung bình cao nhất (4,19/5), với tỷ lệ điểm số  $\geq 3,4$  đạt tới 92,9%. NT2 chỉ đạt tỷ lệ 70,2% với điểm trung bình  $\geq 3,4$ . NT5 có điểm số trung bình 3,17/5; với tỷ lệ điểm trung bình  $\geq 3,4$  chỉ đạt 39,9%; trong khi NT4 được cán bộ quản lý đánh giá mức tốt trở lên đạt 77,8%.

- Một số khác biệt có ý nghĩa ở 5 NT mới: NT4: 82,2% nữ giới đạt mức độ mức 4-5 so với tỷ lệ 71,8% ở nam giới và BS vùng Đông Bắc khác biệt rõ với BS vùng Tây Bắc. NT2 thấy thâm niên công tác trên 10 năm dường như có kỹ năng tốt hơn so với BS kinh nghiệm dưới 10 năm ( $p = 0,072$ ). Các yếu tố khác ở các NT khác nhau không thấy sự khác biệt.

## **2. Đề xuất các giải pháp phát triển chương trình đào tạo Y Dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020**

Đối tượng phát vấn (thay cho thảo luận nhóm) nhận được 186/250 phiếu (74,4%). Hội thảo với sự tham gia của 8 địa phương có sử dụng BS cử tuyển do Nhà trường đào tạo. Báo cáo của Sở Y tế 5 tỉnh về đào tạo cử tuyển: Điện Biên, Lai Châu, Lào Cai, Quảng Ninh và Yên Bái. Đề xuất 4 nhóm giải pháp:

### ***- Về xét tuyển đầu vào và đầu ra:***

96,8% (180/186) các phiếu phát vấn đều nhất trí cần xét tuyển kỹ lưỡng văn hóa đầu vào với đối tượng cử tuyển.

Gần 2/3 ý kiến được hỏi (112/186, chiếm 60,2%) nên xem xét đầu ra của đối tượng cử tuyển nên phục vụ tại tuyển cơ sở.

**- Về tổ chức đào tạo:**

145/186 (78,0%) phiếu phát vấn đồng ý đề nghị Nhà trường xếp đều SV cử tuyển vào các lớp chung với các đối tượng khác, tránh xếp một lớp chuyên biệt như trước để kích thích sự cố gắng của người học.

178/186 (95,7%) các ý kiến được hỏi đều đề nghị Nhà trường cần mở thêm các lớp bổ túc kiến thức văn hóa, ngoại ngữ, tin học và kỹ năng mềm cho SV cử tuyển để thuận lợi hơn cho công tác sau này.

**- Về phương pháp giảng dạy, lượng giá:**

183/186 (98,4%) các ý kiến đề nghị Nhà trường cải tiến phương pháp giảng dạy, tập trung rèn luyện kỹ năng tay nghề.

100% ý kiến các đại biểu tại Hội thảo cũng đồng tình quan điểm này, đặc biệt khi học khối ngành sức khỏe, kỹ năng tay nghề là cực kỳ quan trọng.

Về hình thức lượng giá, 174 (93,5%) các ý kiến đều nhất trí đề nghị Nhà trường đổi mới hình thức lượng giá theo chuẩn năng lực của BS đa khoa cũng như thường xuyên giám sát, kiểm tra các giảng viên về sự cập nhật chỉnh sửa nội dung, phương pháp giảng dạy, hình thức lượng giá.

**- Về phối hợp Nhà trường-cơ sở làm việc:**

157/186 (84,4%) các ý kiến phát vấn đều đồng ý tăng cường trao đổi giữa Nhà trường-Các cơ sở y tế nói chung và nơi các BS cử tuyển công tác nói riêng.

**KHUYẾN NGHỊ**

Tiếp tục sử dụng bộ câu hỏi tự điền 31 câu dành cho bác sĩ và 27 câu dành cho người quản lý trực tiếp để đánh giá năng lực nghề nghiệp cho các BS với quy mô lớn hơn, nhiều loại hình đào tạo hơn, kết hợp với quan sát thực hiện kỹ thuật qua bảng kiểm để có thể xây dựng bộ công cụ chuẩn sử dụng toàn quốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Nguyễn Thị Thu An, Nguyễn Thị Ngọc Thứ, Đinh Thị Kiều Oanh và cs (2016), "Những nhân tố ảnh hưởng kết quả học tập của SV năm I-II Trường Đại học Kỹ thuật-Công nghệ Cần Thơ", *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*, 46, tr. 82-89.
2. Bộ Giáo dục-Đào tạo (2015), *Văn bản hợp nhất ND 134/2006/NĐ-CP ngày 14 tháng 11 năm 2006 và ND 49/2015/NĐCP ngày 15 tháng 5 năm 2015 của Chính phủ Quy định chế độ cử tuyển vào các cơ sở giáo dục trình độ ĐH, CĐ, Trung cấp thuộc hệ thống giáo dục quốc dân*, Số 03/VBHN-BGDĐT ngày 30/10/2015.
3. Bộ Y tế (2017), *Ban hành Kế hoạch triển khai thi hành Nghị định số 111/2017/NĐ-CP ngày 05/10/2017 của Chính phủ quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe*, Quyết định số 5126/QĐ-BYT ngày 10/11/2017.
4. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015-Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội, tháng 6/2016, 224 trang.
5. Bộ Y tế (2015), *Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa*, Quyết định số 1854/QĐ-BYT ngày 18/5/2015.
6. Bộ Y tế (2012), *Chương trình khung giáo dục đại học, khối ngành Khoa học sức khỏe, ngành Y đa khoa*, Thông tư 01/2012/TT-BGD-ĐT ngày 13/01/2012.
7. Bộ Y tế (2006), *Kiến thức- Thái độ - Kỹ năng cần đạt khi tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, 352 trang.

8. Bộ Y tế (2015), *Phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020*, Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/7/2015.
9. Bộ Y tế (2013), *Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013.
10. Bộ Y tế, Bộ Nội vụ (2015), *Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ*, Thông tư 10/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27/5/2015.
11. Cục Khoa học và Công nghệ, Bộ Y tế (2018), *Đổi mới đào tạo nhân lực y tế và đào tạo chuyên khoa tại Việt Nam*, Huế, ngày 01 tháng 12 năm 2018.
12. Dự án IMPACT-MED (2016), *Liên minh nâng cao chất lượng đào tạo y khoa và quản lý các bệnh mới nổi (IMPACT MED)*, [https://2012-2017.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FS\\_IMPACT-MED\\_Sept2016\\_Vie.pdf](https://2012-2017.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FS_IMPACT-MED_Sept2016_Vie.pdf),
13. Trương Việt Dũng, Phạm Xuân Viêt, Phạm Ngân Giang (2008), *Đào tạo nhân lực y tế nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội*, [http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/upload/info/attach/12496183371710\\_Dao\\_taoNLYT\\_nham\\_dap\\_ung\\_nhu\\_cau\\_xa\\_hoi.pdf](http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/upload/info/attach/12496183371710_Dao_taoNLYT_nham_dap_ung_nhu_cau_xa_hoi.pdf), 8 trang.
14. Bùi Minh Đức (2013), ""Năng lực" và vấn đề phân loại "năng lực" trong các nghiên cứu hiện nay", *Tạp chí Giáo dục*, 306, tr. 28-31.
15. Huỳnh Đào (2014), *Đánh giá hiệu quả quản lý nhà nước về đào tạo nhân lực y tế trình độ trung cấp chuyên nghiệp theo hình thức cử tuyển và đào tạo theo địa chỉ tỉnh Cà Mau*, Luận văn Thạc sĩ Chính sách công, Trường Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh, 50 trang.

16. Đại học Đà Nẵng (2014), *Báo cáo kết quả đào tạo trình độ cao đẳng, đại học theo chính sách cử tuyển, theo địa chỉ sử dụng, đối tượng 30a*, Số 6543/ĐHĐN-ĐT ngày 07/11/2014, 3 trang.
17. Đại học Thái Nguyên (2014), *Báo cáo kết quả đào tạo trình độ cao đẳng, đại học theo chính sách cử tuyển, theo địa chỉ sử dụng, đối tượng 30a*, Số 1497/ĐHTN-ĐT ngày 10/10/2014, 6 trang.
18. Bùi Mỹ Hạnh, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Đức Hình (2013), "Đánh giá chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa với tiếp cận phát triển chương trình dựa trên năng lực", *Tạp chí Y học thực hành*, 870 (5), tr. 89-93.
19. Hội đồng dân tộc (2011), *Báo cáo kết quả giám sát việc thực hiện chính sách tuyển sinh, đào tạo và sử dụng cán bộ theo hình thức cử tuyển*, Số 79/HĐDT13, ngày 11/11/2011.
20. Hội đồng dân tộc (2017), Tổng quan thực trạng kinh tế-xã hội 53 dân tộc thiểu số,  
<https://www.undp.org/content/dam/vietnam/docs/Publications/Bao%20cao%2053%20dan%20toc.pdf>, 97 trang.
21. Lê Thúy Hường (2015), *Nguồn nhân lực y tế vùng đồng bằng sông Hồng*, Luận án Tiến sĩ Kinh tế chính trị, Học viện quốc gia Hồ Chí Minh, 197 trang.
22. Nguyễn Phương Hoa, Bùi Thị Duyên (2012), "Khảo sát thực trạng nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Hòa Bình năm 2010", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 80 (3), tr. 178-185.
23. Nguyễn Thế Hiền, Tạ Đăng Hưng, Trương Việt Dũng và cs (2013), "Thực trạng đảm bảo chất lượng giáo dục tại các cơ sở đào tạo bác sĩ đa khoa năm 2013", *Tạp chí Y học thực hành*, 886 (11), tr. 66-69.



24. Hội nghị Hội đồng Hiệu trưởng (2014), *Hội nghị hội đồng hiệu trưởng các trường đại học y dược Việt Nam lần thứ XIII*, Đại học Y Hà Nội, ngày 10/10/2014.
25. Phạm Thị Hạnh (2018), *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 học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 190 trang.
26. Trần Thị Hạnh, Phạm Văn Hùng, Nguyễn Cao Thịnh và cs (2010), *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực vùng dân tộc thiểu số (DTTS) và đề xuất các giải pháp phát triển nguồn nhân lực vùng DT& MN*, Ủy ban Dân tộc, Tháng 11/2010, 61 trang.
27. Lương Ngọc Khuê (2011), "Thực trạng nguồn nhân lực bệnh viện tại Việt Nam giai đoạn 2008-2010", *Tạp chí Y học thực hành*, 760 (4), tr. 3-5.
28. Nguyễn Văn Khải (2004), *Một số biện pháp quản lý chủ yếu nhằm đảm bảo chất lượng đào tạo bác sĩ đa khoa hệ chính quy tại Trường Đại học Y Hải Phòng*, Luận văn Thạc sĩ Quản lý giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội, 122 trang.
29. Trần Quốc Kham, Đinh Hồng Dương (2014), "Đánh giá kết quả đào tạo cử tuyển nhân lực y tế tại 34 tỉnh (2007 - 2011)", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, 9, tr. 39-42.
30. Trần Quốc Kham, Bùi Mỹ Hạnh (2013), "Nghiên cứu mức độ đáp ứng năng lực về thực tế của bác sĩ đa khoa mới tốt nghiệp với nhu cầu xã hội", *Tạp chí Y học thực hành*, 868 (5), tr. 57-60.
31. Cao Mạnh Long, Đinh Thị Thu Trang, Vũ Quỳnh Phương và cs (2018), "Kiến thức và thực hành nghiên cứu khoa học của SV hệ bác sĩ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 110 (1), tr. 171-180.

32. Đoàn Tiến Lộc (2017), *Hiệu quả đào tạo hệ cử tuyển đối với nguồn nhân lực ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số*, Vụ Đào tạo, Bộ Văn hóa, thể thao và du lịch, Báo điện tử, ngày 16/11/2017.
33. Đoàn Thị Anh Lê, Nguyễn Thị Phương Lan, Trần Thị Hồng Thắm và cs (2011), "Khảo sát nhận thức và thái độ SV đối với phương pháp giảng dạy: hướng dẫn lý thuyết theo nhóm nhỏ", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (Phụ bản số 4), tr. 172-176.
34. Nguyễn Ngọc Lanh, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Hữu Tùng (2015), Tổng quan về đào tạo và hành nghề bác sĩ đa khoa một số nước, *Trường Đại học Duy Tân*, <http://med.duytan.edu.vn/vi-vn/tai-lieu-tham-khao/e-learning/e-learning-chuyen-de/mot-so-khai-niem-ve-bac-si-da-khoa/>.
35. Trần Thị Lợi, Trần Đức Lai (2016), "Nghiên cứu kết quả học tập và một số yếu tố liên quan ở năm thứ nhất và năm thứ hai của SV ngành Y đa khoa khóa học 2012-2018 Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế*, 32, tr. 85-94.
36. Vũ Thị Loan, Nguyễn Ngọc Sáng (2013), "Thực trạng học tích cực của SV Trường Đại học Y Thái Bình tại các bộ môn tiền lâm sàng", *Tạp chí Y học thực hành*, 878 (8), tr. 64-68.
37. Trần Bảo Ngọc, Lê Ngọc Uyển, Nguyễn Tiến Dũng và cs (2018), "Giá trị và độ tin cậy của bảng hỏi tự đánh giá năng lực của bác sĩ cử tuyển tại Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tháng 3, số 464 (1), tr. 147-151.
38. Trần Bảo Ngọc, Nguyễn Tiến Dũng và cs (2018), "Đánh giá của bác sĩ cử tuyển về môi trường đào tạo đại học tại Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 1071 (5), tr. 103-106.
39. Đặng Vạn Phước, Trần Ngọc Bảo, Trần Thị Bích Hương (2006), "Lượng giá kỹ năng lâm sàng SV y khoa năm thứ 4 bằng 2 phương pháp OSCE và

- bệnh án lâm sàng kinh điển", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10 (Phụ bản số 1), tr. 98.
40. Lê Thế Thự, Trần Thị Liên Minh, Cao Ngọc Nga (2004), "Đánh giá kết quả học tập của SV y khoa sau năm năm học tập", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (Phụ bản số 1), tr. 100-106.
41. Lê Xuân Trường (2005), "Nhận xét sơ bộ về cơ cấu vùng, ngành nghề, trình độ văn hóa và dân tộc của SV y khoa khóa 2002 và 2003", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 9 (Phụ bản số 1), tr. 152-154.
42. Nguyễn Dũng Tuấn, Trần Ngọc Thanh, Diệp Thắng và cs (2013), "Kết quả tự đánh giá so với dự thảo chuẩn đầu ra của Bộ Y tế của SV y khoa năm thứ 6 khóa 2007-2013 Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch", *Tạp chí Khoa học ĐHSP TPHCM*, 48, tr. 53-65.
43. Thủ tướng Chính phủ (2007), *Phê duyệt "Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển"*, Số 1544/2007/QĐ-TTG ngày 14/11/2007.
44. Thủ tướng Chính phủ (2006), *Quy định chế độ cử tuyển vào các cơ sở giáo dục trình độ đại học, cao đẳng, trung cấp thuộc hệ thống giáo dục quốc dân*, Số 134/2006/NĐ-CP ngày 14/11/2006.
45. Thủ tướng Chính phủ (2017), *Quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe*, Số 111/2017/NĐ-CP ngày 05/10/2017.
46. Thủ tướng Chính phủ (2015), *Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 134/2006/NĐ-CP ngày 14 tháng 11 năm 2006 của Chính phủ quy định chế độ cử tuyển vào các cơ sở giáo dục trình độ đại học, cao đẳng, trung cấp thuộc hệ thống giáo dục quốc dân*, Số 49/2015/NĐ-CP ngày 15/5/2015.

47. Trần Đức Thuận, Trương Việt Dũng, Tạ Đăng Hưng (2017), "Sự thay đổi tuyển công tác và lĩnh vực chuyên môn của bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2006-2016", *Tạp chí Y học thực hành*, 7 (1050), tr.18-20.
47. Trần Đức Thuận, Trương Việt Dũng, Tạ Đăng Hưng (2017), "Thực trạng tiếp nhận và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm tại 5 tỉnh trên toàn quốc", *Tạp chí Y học thực hành*, 6 (1049), tr.126-128.
48. Trần Thanh Thủy (2015), *Nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình*, Luận văn Thạc sĩ Quản trị nhân lực, Trường Đại học Lao động-Xã hội, 114 trang.
49. Tạ Văn Trâm, Trần Thanh Hải (2011), "Kiến thức, thái độ đối với kỹ năng mềm của học sinh-SV", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (Phụ bản số 4), tr. 183-188.
50. 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 SV y khoa năm thứ tư tại Bộ môn Phụ Sản, 2007-2008", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14 (Phụ bản số 1), tr. 290-298.
51. WHO, Khu vực châu Á Thái Bình Dương (2018), *Tổng quan quốc gia về nhân lực y tế Việt Nam*, 60 trang.
52. Lý Văn Xuân (2008), "Khả năng thực hiện các kỹ năng lâm sàng của SV y đa khoa khóa Y2001 và so sánh với khóa Y2000", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12 (Phụ bản số 1), tr. 43.
53. Lý Văn Xuân (2007), "Nhận xét về kết quả học tập của SV y đa khoa khóa tuyển sinh 2000", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11 (1), tr. 30-35.

### **Tiếng Anh**

54. Ali F, Shet A, Yan W, et al. (2017), "Doctoral level research and training capacity in the social determinants of health at universities and higher

- education institutions in India, China, Oman and Vietnam: a survey of needs", *Health Res Policy Syst*, 15 (1), pp. 76.
55. Balakhonov A.V, Churilov L.P, Erman M.V, et al. (2017), "Integration of Educational and Research Activities of Medical Students (Experience of the Medical Faculty of Saint Petersburg State University)", *Psychiatr Danub*, 29 (Suppl 4), pp. 742-758.
56. Foxwell A.A, Kennard B.D, Rodgers C, et al. (2017), "Developing a Peer Mentorship Program to Increase Competence in Clinical Supervision in Clinical Psychology Doctoral Training Programs", *Acad Psychiatry*, 41 (6), pp. 828-832.
57. Gorsuch R.L (1997), "Exploratory factor analysis: its role in item analysis", *J Pers Assess*, 68 (3), pp. 532-560.
58. Goto A, Nguyen T.N, Nguyen T.M, et al. (2005), "Building postgraduate capacity in medical and public health research in Vietnam: an in-service training model", *Public Health*, 119 (3), pp. 174-183.
59. Jardine D.L, McKenzie J.M, and Wilkinson T.J (2017), "Predicting medical students who will have difficulty during their clinical training", *BMC Med Educ*, 17 (1), pp. 43.
60. Kirk L.M (2007), "Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching", *Proc*, 20 (1), pp. 13-16.
61. Kraut A, Thompson A, Martin S, et al. (2018), "Practice patterns of occupational medicine physicians in Canada", *Arch Environ Occup Health*, 73 (2), pp. 102-106.
62. Law K.M, Te V, and Hill P.S (2019), "Cambodia's health professionals and the ASEAN Mutual Recognition Arrangements: registration, education and mobility", *Hum Resour Health*, 17 (1), pp. 14.

63. Maisonneuve J.J, Lambert T.W, and Goldacre M.J (2014), "Doctors' views about training and future careers expressed one year after graduation by UK-trained doctors: questionnaire surveys undertaken in 2009 and 2010", *BMC Med Educ*, 14, pp. 270.
64. Olsson C, Kalen S, Mellstrand Navarro C, et al. (2019), "Swedish doctors' experiences and personality regarding medical specialty choice: a qualitative study", *Int J Med Educ*, 10, pp. 36-42.
65. Organization World Health (2010), Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification, [https://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf).
66. Pett M.A, Beck S.L, Guo J.W, et al. (2013), "Confirmatory factor analysis of the pain care quality surveys (PainCQ(c))", *Health Serv Res*, 48 (3), pp. 1018-1038.
67. Phillips J.P, Wilbanks D.M, Rodriguez-Salinas D.F, et al. (2019), "Specialty income and career decision making: a qualitative study of medical student perceptions", *Med Educ*.
68. Sonoda M, Syhavong B, Vongsamphanh C, et al. (2017), "The evolution of the national licensing system of health care professionals: a qualitative descriptive case study in Lao People's Democratic Republic", *Hum Resour Health*, 15 (1), pp. 51.
69. Tavakol M, Dennick R (2011), "Making sense of Cronbach's alpha", *Int J Med Educ*, 2, pp. 53-55.
70. van Zanten M, Norcini J.J, Boulet J.R, et al. (2008), "Overview of accreditation of undergraduate medical education programmes worldwide", *Med Educ*, 42 (9), pp. 930-937.

**PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA KHẢO SÁT**

Ngày 19/6/2017

**Kính gửi: Các Sở Y tế các tỉnh****Các bác sĩ diện cử tuyển được đào tạo tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015.**

Chúng tôi là nhóm nghiên cứu thuộc Phòng Công tác học sinh sinh viên, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên. Hiện nay chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu về “**Khảo sát một số yếu tố năng lực nghề nghiệp của bác sĩ đa khoa hệ cử tuyển giai đoạn 1991-2015 và đề xuất giải pháp phát triển chương trình đào tạo y dược cho đối tượng cử tuyển của Đại học Thái Nguyên**”. Nghiên cứu này đã được Bộ Giáo dục-Đào tạo và Đại học Thái Nguyên phê duyệt.

Quý Bác sĩ/sinh viên và các Cơ sở được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu này. Vậy kính đề nghị quý bác sĩ/sinh viên và Cơ sở cung cấp thông tin cho chúng tôi một cách đầy đủ, chính xác nhất. Thông tin do bác sĩ và quý Cơ sở cung cấp sẽ chỉ sử dụng duy nhất cho mục đích nghiên cứu. Các thông tin về tên, địa chỉ và thông tin cá nhân trong nghiên cứu sẽ được giữ bảo mật. Trong trường hợp cần bổ sung thêm thông tin cho khảo sát, nhóm nghiên cứu sẽ liên hệ trực tiếp với bác sĩ/sinh viên. Sự tham gia nghiên cứu của bác sĩ/sinh viên và quý Cơ sở là hoàn toàn tự nguyện.

Nếu có bất kỳ câu hỏi hay thắc mắc liên quan tới nghiên cứu này, bác sĩ và quý Cơ sở có thể liên hệ với: TS. Trần Bảo Ngọc, Phòng CTHSSV, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, điện thoại 02083.840060, địa chỉ email: [pcthssvdhydtn@gmail.com](mailto:pcthssvdhydtn@gmail.com).

Việc ký tên vào phiếu chấp thuận này chứng thực rằng bác sĩ và quý Cơ sở tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Chúng tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này.

**Bác sĩ tham gia nghiên cứu***(Ký tên và đóng dấu)***Xác nhận của cơ quan công tác***(Ký tên và đóng dấu)*

PHỤ LỤC 2

**PHIẾU KHẢO SÁT**  
**THỰC TRẠNG MỘT SỐ NĂNG LỰC NGHỀ NGHIỆP BÁC SĨ ĐA KHOA HỆ CỬ**  
**TUYÊN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN**  
**GIẢI ĐOẠN 1991-2015**

Ngày 19/6/2017

**Một số ghi chú:** Trạm y tế xã, phường: trong mẫu phiếu này gọi tắt là Trạm Y tế xã; Bệnh viện quận, huyện: gọi tắt là BV huyện; Trung tâm y tế quận/huyện gọi tắt TTYT huyện.

**Cách thức điền thông tin:**

- Đối với câu hỏi cần cung cấp thông tin bằng chữ viết hoặc số lượng, đề nghị ghi cụ thể;
- Đối với câu hỏi chọn **một** phương án trả lời --> lựa chọn trả lời bằng đánh dấu x vào nút vuông bên phải đáp án mà bạn cho là đúng nhất;
- Đối với câu hỏi chọn **nhều** phương án trả lời --> lựa **chọn** trả lời bằng cách đánh dấu x vào các nút vuông bên phải câu trả lời các đáp án mà bạn cho là đúng.
- Đối với các câu hỏi mở, đề nghị các bạn cho các ý kiến theo cảm nhận chủ quan đúng nhất của mình.

**I. THÔNG TIN CHUNG**

1. Họ và tên:.....
- Mã số phiếu:.....
2. Ngày tháng năm sinh.....
3. Nơi sinh.....
4. Dân tộc.....
5. Quê quán của bố.....
6. Dân tộc của bố.....
7. Quê quán của mẹ.....
8. Dân tộc của mẹ.....
9. Nơi ở trước khi nhập trường.....
10. Nơi ở hiện nay.....
- .....
11. Điện thoại cá nhân (cố định, di động).....
12. Cơ quan công tác.....
- .....
13. Địa chỉ cơ quan.....
- .....
14. Điện thoại cơ quan.....
15. Năm nhập trường Y Dược Thái Nguyên.....
16. Năm tốt nghiệp đại học.....
17. Tên trường PTTH khi bạn học lớp 12 THPT.....
- .....
18. Kết quả học tập của bạn năm lớp 10:  
 Xuất sắc  Giỏi  Khá  TB  Trung bình khá
19. Kết quả học tập của bạn năm lớp 11:  
 Xuất sắc  Giỏi  Khá  TB  Trung bình khá
20. Kết quả học tập của bạn năm lớp 12:  
 Xuất sắc  Giỏi  Khá  TB  Trung bình khá
21. Bạn có bị lưu ban khi học THPT không? Có  Không



## II. THỰC TRẠNG ĐÀO TẠO CỬ TUYỂN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TN

### 1. Bạn có thông tin về nhà trường từ những nguồn thông tin nào (có thể nhiều lựa chọn)

- Thông qua bạn bè, người thân
- Thông qua Trung tâm hỗ trợ HSSV của Trường Đại học Y Dược
- Thông qua trường THPT nơi bạn theo học
- Thông qua thông báo tuyển dụng trên báo chí/truyền hình
- Thông qua sở giáo dục đào tạo
- Thông qua các trang web tuyển dụng
- Khác

### 2. Bạn lựa chọn ngành y để học là do: (có thể nhiều lựa chọn)

- Tự bản thân quyết định
- Thông qua bạn bè đồng viên
- Thông qua bố mẹ, họ hàng đồng viên
- Thông qua các thầy cô giáo THPT
- Thông qua Trung tâm hỗ trợ HSSV của trường Y Dược

### 3. Tài liệu học tập của bạn có được là do: (có thể nhiều lựa chọn)

- Tự mua
- Xin lại của bạn bè lớp trước
- Mượn thư viện của trường
- Lấy các thông tin từ các địa chỉ Website
- Thông qua Trung tâm hỗ trợ HSSV của trường Y Dược

### 4. Bạn có biết chương trình đào tạo của từng năm học ngay từ đầu năm không?

- Biết rất rõ  Biết sơ sơ  Biết rất ít
- Không biết  Không quan tâm

### 5. Bạn có biết kế hoạch giảng dạy, các tiêu chí đánh giá của từng môn học?

- Biết rất rõ  Biết sơ sơ  Biết rất ít
- Không biết  Không quan tâm

### 6. Các thông tin trên Website nhà trường có phong phú, đa dạng?

- Rất đầy đủ  Tương đối đầy đủ
- Không đủ  Thiếu  Rất thiếu

### 7. Giáo trình các môn học ở bộ môn và thư viện nhà trường?

- Rất đầy đủ  Tương đối đầy đủ
- Không đủ  Thiếu  Rất thiếu

### 8. Các tài liệu tham khảo ở thư viện nhà trường?

- Rất đầy đủ  Tương đối đầy đủ
- Không đủ  Thiếu  Rất thiếu

### 9. Bạn có đọc trước tài liệu trước khi lên lớp không?

- Đọc thường xuyên  Thỉnh thoảng  Đọc ít lần
- Hầu như không đọc  Không bao giờ đọc

### 10. Thời lượng các môn học Khoa học cơ bản là phù hợp?

- Đạt đa số là phù hợp  Đạt đa số là không phù hợp
- Có một số môn quá nhiều  Một số môn quá ít

Bạn có thể bớt thời lượng các môn nào:.....

Bạn có thêm thời lượng các môn nào:.....

**11. Thời lượng các môn học Y học cơ sở là phù hợp?**

- Đại đa số là phù hợp                       Đại đa số là không phù hợp   
 Có một số môn quá nhiều                       Một số môn quá ít

Bạn có thể bớt thời lượng các môn nào:.....

Bạn có thêm thời lượng các môn nào:.....

**12. Thời lượng các môn học Y học lâm sàng là phù hợp?**

- Đại đa số là phù hợp                       Đại đa số là không phù hợp   
 Có một số môn quá nhiều                       Một số môn quá ít

Bạn có thể bớt thời lượng các môn nào:.....

Bạn có thêm thời lượng các môn nào:.....

**13. Thời lượng các môn học Y học cộng đồng là phù hợp?**

- Đại đa số là phù hợp                       Đại đa số là không phù hợp   
 Có một số môn quá nhiều                       Một số môn quá ít

Bạn có thể bớt thời lượng các môn nào:.....

Bạn có thêm thời lượng các môn nào:.....

**14. Phương pháp giảng dạy của các giảng viên Khoa học cơ bản?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**15. Hầu hết các giảng viên Khoa học cơ bản đều đảm bảo giờ lên lớp?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**16. Hầu hết các giảng viên Khoa học cơ bản thể hiện sự quý mến, thân thiện với bạn?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**17. Hầu hết các giảng viên Khoa học cơ bản sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**18. Hầu hết các giảng viên Khoa học cơ bản kết hợp giáo dục nhân cách, đạo đức, lối sống cho HSSV?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**19. Hầu hết các giảng viên Khoa học cơ bản kết hợp tư vấn, hướng nghiệp cho HSSV?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**20. Các thắc mắc của HSSV được giảng viên Khoa học cơ bản giải đáp?**

- Tại lớp       Chỉ rõ các tài liệu cần tham khảo       Qua thư điện tử   
 Qua các địa chỉ Website       Không trả lời

**21. Phương pháp giảng dạy của các giảng viên Y học cơ sở?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**22. Hầu hết các giảng viên Y học cơ sở đều đảm bảo giờ lên lớp?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**23. Hầu hết các giảng viên Y học cơ sở thể hiện sự quý mến, thân thiện với bạn?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**24. Hầu hết các giảng viên Y học cơ sở sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**25. Hầu hết các giảng viên Y học cơ sở kết hợp giáo dục nhân cách, đạo đức, lối sống cho HSSV?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**26. Hầu hết các giảng viên Y học cơ sở kết hợp tư vấn, hướng nghiệp cho HSSV?**

- Rất tốt       Tốt       Khá       Trung bình       Dưới trung bình

**27. Các thắc mắc của HSSV được giảng viên Y học cơ sở giải đáp?**

Tại lớp  Chỉ rõ các tài liệu cần tham khảo  Qua thư điện tử   
 Qua các địa chỉ Website  Không trả lời

**28. Phương pháp giảng dạy của các giảng viên Y học lâm sàng?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**29. Hầu hết các giảng viên Y học lâm sàng đều đảm bảo giờ lên lớp?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**30. Hầu hết các giảng viên Y học lâm sàng thể hiện sự quý mến, thân thiện với bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**31. Hầu hết các giảng viên Y học lâm sàng sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**32. Hầu hết các giảng viên Y học lâm sàng kết hợp giáo dục nhân cách, đạo đức, lối sống cho HSSV?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**33. Hầu hết các giảng viên Y học lâm sàng kết hợp tư vấn, hướng nghiệp cho HSSV?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**34. Các thắc mắc của HSSV được giảng viên Y học lâm sàng giải đáp?**

Tại lớp  Chỉ rõ các tài liệu cần tham khảo  Qua thư điện tử   
 Qua các địa chỉ Website  Không trả lời

**35. Phương pháp giảng dạy của các giảng viên Y học cộng đồng?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**36. Hầu hết các giảng viên Y học cộng đồng đều đảm bảo giờ lên lớp?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**37. Hầu hết các giảng viên Y học cộng đồng thể hiện sự quý mến, thân thiện với bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**38. Hầu hết các giảng viên Y học cộng đồng sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**39. Hầu hết các giảng viên Y học cộng đồng kết hợp giáo dục nhân cách, đạo đức, lối sống cho HSSV?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**40. Hầu hết các giảng viên Y học cộng đồng kết hợp tư vấn, hướng nghiệp cho HSSV?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**41. Các thắc mắc của HSSV được giảng viên Y học cộng đồng giải đáp?**

Tại lớp  Chỉ rõ các tài liệu cần tham khảo  Qua thư điện tử   
 Qua các địa chỉ Website  Không trả lời

**42. Hệ thống mạng Internet trong trường?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**43. Giảng đường, bàn ghế, bảng, các phương tiện dạy học của trường?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**44. Các phòng học của trường có bàn ghế, ánh sáng, các thiết bị giảng dạy?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**45. Các phòng thực tập, thí nghiệm của nhà trường?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**46. Đề thi các môn học có sát với đề cương môn học?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**47. Bạn đề xuất một số ý kiến để nâng cao chất lượng giảng dạy, đào tạo của Trường:**

.....

.....

**48. Hoạt động tư vấn, giúp đỡ cải thiện phương pháp học tập?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**49. Hoạt động tư vấn, hướng nghiệp, định hướng việc làm?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**50. Hoạt động vui chơi giải trí lành mạnh?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**51. Việc giải quyết các khiếu nại, thắc mắc, thông tin từ HSSV của nhà trường?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**52. Dịch vụ về y tế, chăm sóc sức khỏe, cải thiện sức khỏe của nhà trường?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**53. Dịch vụ về nhà ăn sinh viên, câu lạc bộ sinh viên?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**54. Dịch vụ về ký túc xá của nhà trường?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**55. Việc giải quyết chế độ chính sách, học bổng học phí, khen thưởng kỷ luật của nhà trường?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**56. Các hoạt động ngoại khóa do Đoàn Thanh niên, Hội sinh viên của nhà trường?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**57. Độ chính xác của điểm rèn luyện của HSSV qua các năm học?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**58. Bạn đánh giá về tuần sinh hoạt công dân đầu năm học?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**59. Theo bạn, kết quả tuần sinh hoạt công dân đầu năm học đối với bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**60. Trong quá trình học tập tại trường, bạn đã có môi trường tốt để học tập, rèn luyện?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**61. Kỹ năng tự phát triển, tự học, tự nghiên cứu, suy nghĩ sáng tạo của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**62. Kỹ năng làm việc theo nhóm của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**63. Kỹ năng giải quyết vấn đề, xử lý thông tin của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**64. Kỹ năng giao tiếp của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**65. Kỹ năng giao tiếp bằng tiếng Kinh của bạn thế nào?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**66. Kỹ năng Tiếng Anh của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**67. Kỹ năng thuyết trình trước đám đông của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**68. Kỹ năng tiếp xúc người bệnh và thân nhân của họ của bạn?**

Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**69. Việc tham gia các hoạt động do Đoàn và Hội sinh viên tổ chức của bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**70. Việc tham gia các loại hình câu lạc bộ sở thích, câu lạc bộ học thuật của bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**71. Việc tham gia các hoạt động ngoại khóa cùng tập thể của bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**72. Việc tham gia các hoạt động chung sức cùng cộng đồng của bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**73. Việc tham gia các hoạt động học thêm, làm thêm giờ của bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**74. Bạn có gặp khó khăn trong việc học tập tại trường?**

Rất khó khăn  Tương đối khó khăn  Khó khăn

Bình thường  Không khó khăn

**75. Nếu có khó khăn, theo bạn là những khó khăn nào? (nhiều lựa chọn)**

Tiếng Việt hạn chế  Thầy cô giảng nhanh  Quên kiến thức cũ

Không đọc trước bài  Mặc cảm, tự ti, dẫu dốt

Khác:.....

**76. Theo bạn, khả năng học ngoại ngữ, tin học của bản thân?**

Rất khó khăn  Tương đối khó khăn  Khó khăn

Bình thường  Không khó khăn

**77. Bạn có gặp khó khăn trong việc tiếp thu kiến thức chuyên ngành bạn theo học từ năm thứ ba tại trường?**

Rất khó khăn  Tương đối khó khăn  Khó khăn

Bình thường  Không khó khăn

**78. Phong tục tập quán dân tộc bạn có cản trở trong việc học tập, rèn luyện tại trường?**

Rất khó khăn  Tương đối khó khăn  Khó khăn

Bình thường  Không khó khăn

**79. Bạn đánh giá Cố vấn học tập/Giáo viên chủ nhiệm trong thời gian học tại Trường?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**80. Bạn đánh giá các bạn cùng lớp, cùng khóa trong thời gian học tại Trường?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**81. Theo bạn, làm thế nào để có được sự gần gũi hơn của mọi người, làm bạn mạnh dạn hơn trong học tập rèn luyện của bản thân?**

.....

**81. Bạn đề xuất một số ý kiến với các cán bộ viên chức Trường trong việc đào tạo, giảng dạy, tiếp xúc với sinh viên diện cử tuyển:**

.....

**82. Bạn có thể viết các yêu cầu cần bổ xung đối với nhà trường, với tổ chức Đoàn, Hội sinh viên để bạn ngày càng hoàn thiện hơn bản thân mình trước khi ra trường?**

.....

.....

**83. Xếp loại bằng tốt nghiệp của bạn?**

Xuất sắc  Giỏi  Khá  Trung bình khá  Trung bình

**84. Trong thời gian học tại trường, bạn phải thi lại bao nhiêu môn?....., là những môn nào.....****III. THỰC TRẠNG NĂNG LỰC NGHỀ NGHIỆP BÁC SĨ ĐÀO TẠO CỬ TUYÊN TẠI CÁC ĐỊA PHƯƠNG****1. Sau bao nhiêu thời gian tốt nghiệp, bạn có việc làm?**

Dưới 6 tháng  6-12 tháng  12-24 tháng  Trên 24 tháng

**2. Lý do bạn có việc làm muộn sau 12 tháng?**

Sở Y tế chưa phân công  Công việc phân công không phù hợp   
Đơn vị được phân công không muốn nhận bạn  Bạn không thích chỗ làm

**3. Cơ sở y tế đầu tiên bạn đi làm?**

Trạm Y tế  BV huyện  BV tỉnh  Trung tâm y tế   
BV chuyên ngành  Khác

**4. Bạn đã chuyển vị trí làm việc mấy lần?.....  
Cụ thể những đơn vị nào?.....****5. Sau bao nhiêu thời gian đi làm bạn được đi học sau đại học?**

Dưới 6 tháng  6-12 tháng  12-24 tháng  Trên 24 tháng

**6. Lý do bạn đi học sau đại học muộn sau 12 tháng?**

Cơ quan không cho đi  Tự bạn cảm thấy chưa tự tin khi học thêm   
Cơ sở đào tạo chưa nhận đào tạo  Cơ quan không có người làm   
Khác .....

**7. Trình độ chuyên môn của bạn hiện nay là gì?**

Tiến sĩ  Thạc sĩ  BSCK I   
BSCK II  Chuyên khoa định hướng  Chưa có

**8. Địa điểm bạn được đào tạo sau đại học**

Đại học Y Hà Nội  Đại học Y Dược Thái Nguyên  Học viện quân y   
BV chuyên ngành (ghi cụ thể).....

**Nếu được đào tạo sau đại học tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, đề nghị bạn trả lời một số câu hỏi sau:**

**9. Nội dung đề thi sau đại học phù hợp với đề cương ôn thi?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**10. Chương trình đào tạo sau đại học có khối lượng hợp lý so với thời lượng quy định?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**11. Nội dung của chương trình phù hợp với mục tiêu của chuyên ngành đào tạo?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**12. Các môn học trong chương trình được sắp xếp hợp lý và bổ trợ lẫn nhau?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**13. Cấu trúc chương trình mềm dẻo và linh hoạt, thuận lợi cho học viên?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**14. Học viên được cung cấp đầy đủ thông tin về kế hoạch giảng dạy của khóa học?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

- 15. Học viên được cung cấp đầy đủ thông tin về các tiêu chí đánh giá kết quả học tập?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 16. Học viên được hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi trong học tập?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 17. Học viên được hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi trong nghiên cứu khoa học?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 18. Các lớp có số lượng học viên hợp lý, phù hợp với quy định chung của Bộ Giáo dục và Đào tạo?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 19. Các buổi học được bố trí thuận lợi cho học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 20. Cán bộ, nhân viên phòng ban, trung tâm có thái độ phục vụ học viên tốt?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 21. Giảng viên đảm bảo giờ lên lớp và kế hoạch giảng dạy?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 22. Giảng viên có kiến thức sâu rộng và cập nhật?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 23. Phương pháp giảng dạy của giảng viên phát huy được tính tích cực học tập của học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 24. Phương pháp giảng dạy của giảng viên phát huy được năng lực tự nghiên cứu của học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 25. Giảng viên sử dụng nhiều loại phương tiện kỹ thuật khác nhau mang lại hiệu quả cao trong giảng dạy?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 26. Giảng viên ứng dụng hiệu quả công nghệ thông tin vào giảng dạy?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 27. Giảng viên nhiệt tình trong giảng dạy?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 28. Giảng viên sẵn sàng chia sẻ kiến thức cùng kinh nghiệm chuyên môn với học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 29. Các nguồn tài liệu mà giảng viên giới thiệu rất hữu ích với học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 30. Giảng viên hướng dẫn học viên làm tiểu luận, luận văn/luận án một cách nhiệt tình và hiệu quả?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 31. Lượng giá đòi có tính phân tích, tổng hợp, khái quát cao và liên hệ nhiều với thực tế?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 32. Phòng thí nghiệm, thực hành, thực tập đáp ứng tốt việc thực hành, học lâm sàng của học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình
- 33. Mạng Wifi của Trường đáp ứng hiệu quả cho việc học tập và nghiên cứu khoa học của học viên?**  
 Rất tốt     Tốt     Khá     Trung bình     Dưới trung bình

**34. Các phòng máy tính của Trường đáp ứng tốt yêu cầu học tập và nghiên cứu khoa học của học viên?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**35. Thư viện Nhà trường có đầy đủ tài liệu học tập và nghiên cứu khoa học cho học viên?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**36. Bạn có hài lòng về chất lượng đào tạo sau đại học của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**37. Bạn cho biết có thể bớt và thêm thời lượng các môn học sau đại học là phù hợp?**

Bạn có thể bớt thời lượng các môn nào:.....

Bạn có thêm thời lượng các môn nào:.....

**38. Các thắc mắc của học viên giảng viên sau đại học giải đáp?**

Tại lớp  Chỉ rõ các tài liệu cần tham khảo  Qua thư điện tử

Qua các địa chỉ Website  Không trả lời

**39. Công việc thực hiện luận văn/luận án tốt nghiệp của bạn như thế nào?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**40. Giáo viên hướng dẫn luận văn/luận án tốt nghiệp của bạn như thế nào?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**41. Các kỹ năng lâm sàng chuyên sâu bạn được học tại Trường như thế nào?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**42. Các kiến thức chuyên ngành sâu được các giảng viên sau đại học chuyển tải tới bạn ra sao?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**43. Thủ tục hành chính trong việc bảo vệ luận văn/luận án của bạn ra sao?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**44. Bạn cho một số ý kiến nhằm nâng cao chất lượng đào tạo sau đại học của Trường (về trang thiết bị, thư viện, giảng viên...)**

**45. Bạn không học sau đại học tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên là do? (nhiều lựa chọn)**

Không có chuyên ngành đào tạo

Quản lý khoa, phòng, BV không cho phép

Tại Thái Nguyên ít có cơ hội thực hành tay nghề

Tại Thái Nguyên ít có bệnh nhân nghiên cứu, điều trị

Giảng viên nhà trường hướng dẫn kỹ năng chưa tốt

Không thích học tại Thái Nguyên

Khác.....

**46. Bạn đã tham gia đào tạo các khóa học nào dưới đây?**

Chính trị  Quản lý nhà nước  Tin học

Ngoại ngữ  Kỹ năng mềm  Không tham gia

Khác.....

**47. Bạn đã có văn bằng 2 nào chưa?.....**

Nếu có, ghi rõ.....

**48. Thu nhập bình quân một tháng của bạn hiện tại là bao nhiêu?**

Dưới 2 triệu  2-4 triệu  4-6 triệu  Trên 6 triệu

**49. Kiến thức được Trường đào tạo có ích với công việc hiện tại của bạn không?**



Rất có ích  Có ích khá  Có ích ít  Không có ích

**50. Kỹ năng được Trường đào tạo có ích với công việc hiện tại của bạn không?**

Rất có ích  Có ích khá  Có ích ít  Không có ích

**51. Lý do bạn hiện tại không làm việc liên quan đến y tế?**

Do tổ chức phân công  Công việc nghề y không phù hợp

Áp lực công việc lớn  Lý do gia đình

Thu nhập hàng tháng thấp  Môi trường làm việc không phù hợp

Năng lực không đáp ứng được công việc

Không được phát huy năng lực trong công việc

Không có cơ hội thăng tiến trong công việc

Lý do khác (nêu rõ).....

**52. Hiện tại, bạn tự đánh giá thực hiện bao nhiêu % danh mục kỹ thuật tương ứng với cơ sở y tế mà bạn đang làm việc?.....**

**53. Lý do bạn không thực hiện được 100% danh mục kỹ thuật theo đúng phân tuyến?**

Do năng lực hạn chế  Do chưa được đào tạo

Do không có bệnh nhân  Do lãnh đạo đơn vị không cho phép

Do thiếu máy móc trang thiết bị  Do chưa đủ nhân lực để triển khai

Do bệnh nhân không đồng ý

Lý do khác (nêu rõ).....

**54. Quan hệ của cán bộ quản lý với bác sĩ diện cử tuyến như bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**55. Quan hệ của các đồng nghiệp khác với bác sĩ diện cử tuyến như bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**56. Thái độ của bệnh nhân với bác sĩ diện cử tuyến như bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**57. Thái độ của người nhà bệnh nhân với bác sĩ diện cử tuyến như bạn?**

Rất tốt  Tốt  Khá  Trung bình  Dưới trung bình

**58. Bạn có ý định chuyển địa điểm làm việc cơ sở y tế khác không? Nếu có lý do là gì?**

Do tổ chức phân công  Ít áp lực công việc lớn

Thu nhập hàng tháng cao hơn  Môi trường làm việc phù hợp hơn

Được phát huy năng lực trong công việc

Có cơ hội thăng tiến trong công việc

Thuận lợi hơn đối với gia đình

Lý do khác (nêu rõ).....

**59. Phong tục tập quán địa phương có ảnh hưởng đến công việc của bạn không?**

Rất nhiều  Nhiều  Trung bình  Không ảnh hưởng

**60. Xếp loại bằng tốt nghiệp sau đại học của bạn?**

Xuất sắc  Giỏi  Khá  Trung bình khá  Trung bình

**61. Lý do bạn thích học tiếp nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, quản lý? (nhiều lý do, đây là câu hỏi mở)**

.....

**62. Lý do bạn không thích học tiếp nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, quản lý? (nhiều lý do, đây là câu hỏi mở)**

.....

*Xin cảm ơn bạn đã cung cấp thông tin!*

PHỤ LỤC 3

**PHIẾU TỰ ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CỦA BÁC SĨ  
(DÙNG LÀM SỔ LIỆU ĐỀ TÀI NĂNG LỰC BÁC SĨ CỬ TUYỂN)**

Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên đang tiến hành đề tài nghiên cứu về đánh giá năng lực của bác sĩ cử tuyển, từ đó đề xuất giải pháp phát triển chương trình đào tạo của nhà trường. Đề nghị anh (chị) bớt chút thời gian để tự đánh giá năng lực cá nhân thuộc các lĩnh vực. Mong anh (chị) đọc kỹ hướng dẫn tính điểm chi tiết trước khi cho điểm. Tất cả thông tin của anh (chị) cung cấp, chúng tôi cam kết đảm bảo giữ bí mật và sẽ là cơ sở quan trọng cho các nhà quản lý trực tiếp hoạch định chính sách phát triển nhân lực của đơn vị, của nhà trường.

Rất cảm ơn anh (chị) đã cung cấp thông tin một cách khách quan, trung thực nhất.

Họ và tên: .....

Giới:..... Tuổi:.....

Thâm niên công tác tại đơn vị:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Nơi làm việc:.....

\* Hướng dẫn thang điểm đánh giá năng lực, chất lượng, ý thức:

- Điểm 5: Giỏi, vượt yêu cầu.

- Điểm 4: Khá, đạt yêu cầu, đôi khi vượt yêu cầu.

- Điểm 3: Trung bình, đạt yêu cầu.

- Điểm 2: Kém, đạt yêu cầu nhưng không đạt thường xuyên.

- Điểm 1: Yếu, không đạt yêu cầu.

Thang điểm xếp loại sau khi tính điểm bình quân (ĐBQ):

- Giỏi:  $27 \leq \text{ĐBQ}$ . - Khá:  $21 \leq \text{ĐBQ} < 27$

- Trung bình:  $15 \leq \text{ĐBQ} < 21$  - Kém:  $10 \leq \text{ĐBQ} < 15$

- Yếu:  $\text{ĐBQ} < 10$

**I. Năng lực hành nghề chuyên nghiệp: điểm bình quân: ..... x hệ số 1**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Tôn trọng phong tục, tập quán, tín ngưỡng của người bệnh	
2. Tâm huyết với nghề đã lựa chọn	
3. Luôn đặt lợi ích người bệnh làm trung tâm	
4. Thực hành nghề trong phạm vi chuyên môn được cấp phép	
5. Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh	
6. Khả năng nghiên cứu khoa học và đạo đức trong nghiên cứu	
7. Hành nghề tuân thủ theo các quy định pháp lý.	
8. Khả năng tự đánh giá bản thân, xây dựng kế hoạch học tập suốt đời	
9. Trình độ ngoại ngữ	
10. Trình độ tin học	
11. Kỹ năng khai thác thông tin chuyên môn liên quan	

**II. Năng lực ứng dụng kiến thức y học: điểm bình quân: ..... x hệ số 2**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Giải thích được với chẩn đoán bệnh	
2. Lập luận logic, khoa học với từng bệnh nhân cụ thể	
3. Giải thích nguyên nhân, cách phòng bệnh	
4. Khả năng nắm bắt mặt bệnh ở địa phương	
5. Hiểu biết rõ về mô hình y tế của đơn vị, của địa phương, xu hướng phát triển	

**III. Năng lực chăm sóc y khoa: điểm bình quân: ..... x hệ số 2**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Năng lực chẩn đoán và ra quyết định xử trí	
2. Chỉ định cận lâm sàng phù hợp và phân tích kết quả đúng	
3. Chỉ định liệu trình điều trị hiệu quả	
4. Kỹ năng thực hiện chuyên môn theo phân tuyến	
5. Kỹ năng thực hiện chuyên môn vượt tuyến	
6. Sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn	
7. Phối hợp hiệu quả trong sơ cứu, cấp cứu	
8. Chuyển tuyến cho bệnh nhân kịp thời	
9. Tuân thủ nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn	
10. Thực hiện tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe	

**IV. Năng lực giao tiếp, cộng tác: điểm bình quân: ..... x hệ số 1**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Kỹ năng chia sẻ, cảm thông với người bệnh	
2. Hướng dẫn thân nhân chăm sóc bệnh nhân	
3. Phối hợp đồng nghiệp trong chuyên môn	
4. Lắng nghe đồng nghiệp với thái độ chân thành	
5. Xây dựng môi trường giao tiếp thân thiện, cởi mở	

**V. Đánh giá chung**

Tổng điểm bình quân đã nhân hệ số:.....

Xếp loại:.....

Một số ý kiến khác:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Người nhận xét  
(ký, ghi rõ họ tên, chức danh)

PHỤ LỤC 4

**PHIẾU ĐÁNH GIÁ NHÂN VIÊN CỦA CÁN BỘ QUẢN LÝ  
(DÙNG LÀM SỔ LIỆU ĐỀ TÀI NĂNG LỰC BÁC SĨ CỬ TUYỂN)**

Đề nghị ông (bà) bớt chút thời gian đánh giá cán bộ thuộc quyền quản lý của ông (bà) có tên dưới đây. Mong ông (bà) đọc kỹ hướng dẫn tính điểm chi tiết trước khi cho điểm. Tất cả thông tin của ông (bà) cung cấp đảm bảo được giữ bí mật và sẽ là cơ sở quan trọng cho các nhà quản lý trực tiếp hoạch định chính sách phát triển nhân lực của đơn vị.

Rất cảm ơn ông (bà) đã cung cấp thông tin một cách khách quan, trung thực nhất.

Họ và tên nhân viên:.....

Giới:..... Tuổi:.....

Thâm niên công tác tại đơn vị:.....

Trình độ chuyên môn:.....

Nơi làm việc:.....

\* Hướng dẫn thang điểm đánh giá năng lực, chất lượng, ý thức:

- Điểm 5: Giỏi, vượt yêu cầu.

- Điểm 4: Khá, đạt yêu cầu, đôi khi vượt yêu cầu.

- Điểm 3: Trung bình, đạt yêu cầu.

- Điểm 2: Kém, đạt yêu cầu nhưng không đạt thường xuyên.

- Điểm 1: Yếu, không đạt yêu cầu.

Thang điểm xếp loại sau khi tính điểm bình quân (ĐBQ):

- Giỏi:  $23 \leq \text{ĐBQ}$ .

- Khá:  $19 \leq \text{ĐBQ} < 23$

- Trung bình:  $15 \leq \text{ĐBQ} < 19$

- Kém:  $10 \leq \text{ĐBQ} < 15$

- Yếu:  $\text{ĐBQ} < 10$

**I. Năng lực: điểm bình quân: ..... x hệ số 2**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Kiến thức chung về chuyên môn	
2. Năng lực nghiên cứu khoa học	
3. Năng lực về ngoại ngữ	
4. Năng lực về tin học	
5. Mức độ hiểu rõ công việc	
6. Kỹ năng thực hiện chuyên môn kỹ thuật theo phân tuyến	
7. Kỹ năng thực hiện chuyên môn kỹ thuật vượt tuyến	
8. Khả năng giải quyết các công việc phát sinh	
9. Kỹ năng giải thích tình trạng bệnh	
10. Kỹ năng chẩn đoán và ra quyết định xử trí	
11. Kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe với người bệnh/thân nhân	

**II. Năng suất và chất lượng công việc: điểm bình quân: ..... x hệ số 2**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Năng suất	
2. Chất lượng công việc	
3. Tính sáng tạo trong công việc	
4. Mức độ tiến bộ trong công việc	
5. Khả năng đề xuất kỹ thuật mới	
6. Khả năng phối hợp thực hiện chuyên môn, kỹ thuật	

**III. Thái độ trong công tác: điểm bình quân: ..... x hệ số 1**

Nội dung đánh giá	Điểm
1. Ý thức trách nhiệm với công việc, làm việc nhiệt tình, tích cực hỗ trợ đồng nghiệp	
2. Ý thức tiết kiệm (thời gian, điện nước....)	
3. Tinh thần cầu tiến, ham học hỏi, yêu nghề.	
4. Giao tiếp, ứng xử với người bệnh	
5. Giao tiếp, ứng xử với đồng nghiệp. Xây dựng quan hệ công tác tốt, đóng góp ý kiến với đồng nghiệp	
6. Chủ động giải quyết khó khăn phát sinh và thường có đóng góp cải tiến chung cho đơn vị.	
7. Chấp nhận sự phân công của chủ quản, linh hoạt trong công việc không cần chỉ đạo liên tục	
8. Khả năng hợp tác/làm việc chung với đồng nghiệp	
9. Hiểu biết và tuân theo các chính sách, nội quy, quy định của đơn vị	
10. Thái độ thông cảm, chia sẻ với người bệnh/thân nhân	

**V. Đánh giá chung**

Tổng điểm bình quân đã nhân hệ số:.....

Xếp loại:.....

Một số nhận xét thêm:.....

.....

.....

.....

Người nhận xét  
(ký, ghi rõ họ tên, chức danh)