Socialist Republic of Vietnam
Ministry of Health

PROJECT COMPLETION REPORT
ON
PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES

MAY 2020

Japan International Cooperation Agency

(JICA)

HM
JR
20-069

Project Completion Report

I. Basic Information of the Project

1. Country

Vietnam

2. Title of the Project

Project for Strengthening Clinical Training System for New Graduate Nurses

3. Duration of the Project (Planned and Actual)

May 2016-May 2020 (both planned and actual)

4. Background (from Record of Discussions(R/D))

The nursing care remains the new concept and not adequately developed in Viet Nam, compared to other countries in the region and the world. The Vietnamese National Action Plan on Strengthening Nursing and Midwifery for the period 2013-2020 aims to develop human resources in nursing and midwifery in terms of both quantity and quality to meet the international standard and satisfy the requirements for implementing the Mutual Recognition Agreement in Nursing of ASEAN countries. However, there is still lack of nursing care staff with professional competency of taking care of patients.

Besides, although the Law on Examination and Treatment (2009) mandates nationalized licensing after nine months of clinical training for new-graduate nurses, currently there are neither standardized curricula nor system of implementing clinical training for new-graduate nurses. Thus, the quality and quantity of those trainings are quite different in health facilities and it is hard to guarantee the skills and competencies of their nursing. There is a strong need to standardize and strengthen the system of clinical training for new-graduate nurses to enhance the quality of nursing workforce.

As mentioned above, the urgency of implementation of the Project for Strengthening Clinical Training System for New-Graduate Nurses was found in order to develop the international-standard-met clinical training system of Viet Nam on nursing care.

5. Overall Goal and Project Purpose (from Record of Discussions(R/D))

1) Overall Goal

Quality of nursing services in Viet Nam improves, through nationwide scaling-up of clinical training system for new graduate nurses.

2) Project Purpose

Clinical training system for new-graduate nurses is strengthened in four pilot provinces and a pilot city, in anticipation of its nationwide scaling-up.

6. Implementing Agency

Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health (ASTT/MOH)

7. Definition of terms

1) Law of the medical examination and treatment (hereinafter, LET)

On the date of 23rd November 2009, the National Assembly approved the law named LET as the legislation related medical examination and treatment. LET is to standardize medical practice skills based on medical quality through regulating minimum conditions to grant license for professionals and for health facilities.

2) The basic competency standard for Vietnamese nurses (hereinafter, “competency standard”)

The documents issued in accordance with the decision numbered 1352/QĐ-BYT in April 2012 by the Ministry of Health. This defines required competencies for all Vietnamese nurses consisted with 3 domains, 25 competencies and 110 indicators. 3 domains are: (i) Patient care; (ii). Professional management and development; and (iii) Legal and ethics.

3) Qualified Health Facility

According to the operational guideline developed by the project, qualified health facilities were identified when health facility meets 5 following criteria;

(i) Hospital ranks in Grade III or divides technical expertise equivalent to Grade III and upper[1]; (ii) Having adequate teaching-learning equipment for

[1] Health facilities in Vietnam shall be classified based on technical and

theorical teaching and practical training in line with program; (iii) Having clinical departments so that trainees can practice all content of clinical curriculum (except in case of linking with other hospital); (iv) Assigning hospital leader to be in charge of training; having person in charge of training management; (v) Assigning nurse to be in charge of training and person in charge of clinical preceptor.

In addition, the qualified health facility where received new nurse were counted as denominator of indicators to evaluate achievement level.

4) Preceptor

Preceptor, in general, meant instructor, teacher, coach, or someone who trains people how to do a job.

Under the system developed by the project, a preceptor is defined as an experienced nurse who guides new nurse(s) during their clinical training, who evaluates and gives comment new nurses within their scope of work, who supports nurses in charge of training to implement clinical training for new nurses within their clinical department.

According to guideline developed by the project, adequate number of preceptors is at least 1 for 5 new nurses and nurse who met following 4 criteria were counted as one preceptor ; (i) Having nursing education at college level at least; (ii) Having professional license relating to the fields of training; (iii) Having 3 years of clinical experience at least and being capable to perform professional nursing technique; (vi)Having appointment from hospital's leaders to participate the training course and having been assigned as preceptor in clinical training for new nurses.

7. List of Abbreviations

ASTT	Administration of Science, Technology and Training Department of Ministry of Health
CPMU	Central Project Management Unit
DOH	Department of Health in province
JCC	Joint Coordination Committee

professional level, and grade of specialty. Grade of specialty shall be classified from I to IV according to quantity of hospital beds, labor composition, health worker qualifications, scope of specialties, infrastructure, health equipment, positions, functions and duties of health facilities.

LET	Law of the medical Examination and Treatment
MOH	Ministry of Health
MOET	Ministry of Education and Technology
MSA	Medical Service Administration Department of Ministry of Health
PPMU	Provincial Project Management Unit
VNA	Vietnam Nurses Association
VND	Vietnamese Dong (currency of Vietnam)

II. Results of the Project

1. Results of the Project

1-1 Input by the Japanese side (Planned and Actual)

Total amount of input by the Japanese side is 353 million yen

Hereafter, JPY was calculated with the rate of the timing when JICA headquarters transfer to JICA Vietnam office.

(1) Dispatch of Experts (Annex 1-1)

a. Long term experts

In total 6 long term experts were dispatched during 4 years. Basically 3 long term experts were assigned in one period (around 2 years).

b. Short term experts

In total 17 short term experts were dispatched. The subjects for which those experts were responsible include, (i) Training Management/ Training Planning, (ii) baseline/ endline survey, (iii) TOT / Clinical training.

(2) Training in Japan (Annex 1-2)

Training in Japan (Knowledge Co-creation Program) were organized for 4 times during the project term. In total 54 participants from MOH, MOET, VNA, Nursing University, DOH and health facilities participated.

(3) Cost of Operation (Annex 1-3)

Total amount of cost of operation from Japanese side is 24.66 Billion VND (approximate 118.7 Million JPY). This amount includes the expenses for training material development, TOT/ Preceptor training implementation, basic equipment for the clinical training, baseline/endline survey and project office operation cost, etc. Part of expenses for basic equipment for the clinical training covered by operation cost due to delay of process of equipment

provision (Medical Practice models for 19 health facilities in JFY2018, refer “Key factor affecting implementation” in III-2).

In order to organize the activities above, the project collaborated with local experts for technical support as follows: 1) in total 45 personnel for training material development for 4 years, 2) in total 5 personnel support endline survey in JFY2019. (Refer Annex 1-6)

(4) Provision of Equipment (Annex 1-4)

Japanese side input approximate 21.5 million JPY for medical practice model (e.g. Suction/tube feeding Simulator, injection models, Decubitus Treatment Model etc.) and will distribute them for 21 DOH/Health facilities by the end of March 2020.

1-2 Input by the Vietnamese side (Planned and Actual) (Annex 1-5)

(1) Central level:

Joint Coordinating Committee (JCC) meeting were organized 5 times during the project term. Although the director of ASTT (as Project Director) was vacant since middle of 2016 till Jan 2020, Vice Minister acted as Project Director during that time. JCC members from Vietnamese side consist of 19 members, from MOH, VNA, Bach Mai Hospital, St Paul Hospital and Pilot Provinces’ DOH and Provincial General Hospital.

The project document was approved in March 2018 and Central Project Management Unit (CPMU) was established consisting of 9 members from MOH (ASTT and MSA), VNA etc., in July 2018. CPMU secured the counter budget for the project activity since 2019. Total amount of the counter budget was 900 million VND and it was used for remuneration for the CPMU members, travel cost for the project activities, cost for workshop, etc. 200 million VND will be secured as counter budget for activities of 2020.

(2) Provincial level

Provincial Project Management Unit (PPMU) has been established in 2019 in Binh Dinh Province, consists of 8 members from Binh Dinh DOH, provincial general hospital etc., and secured the project activity cost in the province. (e.g. Preceptor training, travel cost for activities and remuneration for PPMU members.) The plan of establishment of provincial management board in

Dong Nai is in the progress. This board will work for not only project activities but also nursing activities in the province so that the function of the board could be sustained even after the project termination.

Although other provinces have not set up PPMU, DOH/health facilities of all pilot provinces secured budget for clinical training and preceptors training implementation from proper budget of health facility or nursing activities cost of the province to conduct activities related to the project outputs. (e.g. preceptor training, clinical training, advanced training and inter-provincial study tour, etc.)

1-3 Activities (Planned and Actual)

The project activities were implemented as described as below based on the PDM (ver.2）and Plan of Operation (ver.2) without significant delay.

Output 1: The standard curricula (incl. syllabi and modules) for competency-based clinical training for new-graduate nurses are developed and field-tested.

<table>
<tr><th>Planned</th><th>Actual</th></tr>
<tr><td>1.1 Organize a Technical Working Group (TWG) composed of the representatives from relevant institutions / organizations.</td><td rowspan="3">At early stage of the project period (September 2016), the project organized 6 working groups composed of nurse managers in pilot sites, a board member of nursing association and lecturers of nursing universities to edit training materials including standard curricula of clinical training and assessment tool based on the results of baseline survey and “competency standard". (Annex 1-6(5))</td></tr>
<tr><td>1.2 Based on the results of baseline survey, re-define the minimum professional requirements for new-graduate nurses in Viet Nam.</td></tr>
<tr><td>1.3 Build consensus on the feasible competency-based clinical training system among stakeholders at all levels by conducting workshops.</td></tr>
<tr><td>1.4 Develop and revise the standard curricula (incl. syllabi and modules) for competency-based clinical training for new-graduate</td><td>After one-year trial with 1st edition of the training material, the project identified the needs of revision of materials. The project formulated edition board with experienced</td></tr>
</table>

nurses.	local experts (lectures of nursing university, former staff of ASTT etc.), chaired by President of VNA. This edition board and Japanese experts reviewed and updated the set of clinical training materials during Oct-Dec 2018 and developed 2nd edition of training materials. (Annex 1-6 (5)) Principal of the revision were the following: - Re-edited all materials in accordance with targets and purpose. - Adjusted expected outcome, training contents and necessary units of curricula based on “competency standard”. - Integrated theory and practice parts of textbook and updated information according to the current regulations of the Ministry of Health and based on the principal of evidence-based nursing. These materials were officially approved by ASTT as pilot training materials and put on the ASTT official webpage and introduced in all pilot provinces. Clinical training has been implemented in health facilities for 1 year with the 2nd edition materials. The project finalized the materials based on the results of pilot training with 2nd edition and approved them by national appraisal committee and issued Decision of MOH (No.30/QD-K2DT, 03/03/2020). (Annex 1-6 (6)(7))
1.5 Develop the standard technical assessment tools for measuring clinical skills, knowledge and competencies of new-graduate	Competency-based assessment checklist was developed in line with “competency standards”, based on the monitoring and evaluation results. The project conducted

nurses.	complemental seminar for preceptors of health facilities in all pilot provinces. After trial, the project formulated technical expert team to produce instruction manual by using survey data. This manual was introduced as supplement materials of standard training program.
1.6 Arrange necessary environment (e. g. provision of equipment and materials) for the implementation of the curricula for competency-based clinical training for new-graduate nurses.	Through the monitoring, the project observed lack of medical equipment in health facility which obtained Grade III to facilitate evidence-based nursing. In order to acquire the nursing assessment capacity and practical skill based on the understanding of the anatomy of the human body, the project provided medical equipment for 19 health facilities in 2018 and for 21 DOH/health facilities in 2019.
1.7 Pilot the curricula and technical assessment tools of competency-based clinical training for new-graduate nurses in pilot provinces/city.	The trial training started with the curricula in all pilot provinces from January 2018. Trial trainings with 2nd edition which has competency-based assessment tools has been started in February 2019. 1080 new nurses in 21 qualified health facilities are going to complete clinical training by the end of the project.

Output 2: The preceptors training of competency-based clinical training for new-graduate nurses is developed and field-tested.

Planned	Actual
2.1 Develop the curricula and teaching materials for preceptor training of competency-based clinical training for new-graduate nurses.	The training program for trainers (so called TOT) was developed with the same process as the standard curricula of clinical training. After one-year trial, the project developed preceptor training program instead of TOT. Preceptor training developed by the project

	identified preceptor as target of the training so that the clinical training system could be sustainable because preceptor training would be conducted under the responsibility of each health facility. Under this preceptor training system, budget for implementation of training is integrated into health facility's proper budget, trainers of the preceptor training are charged by experienced nurses of each health facility. In case health facilities need technical advices, each health facility could ask educational institution of the province to dispatch nursing educator by coordination of DOH if necessary.
2.2 Pilot the preceptor training of competency-based clinical training for new-graduate nurses in pilot provinces/city.	This preceptor training program was introduced to all pilot provinces from February 2019. In addition to TOT conduced in 2018, 35 preceptor training was implemented for 1403 preceptors during the project period.

Output 3: Monitoring, evaluation and supportive supervision system of competency-based clinical training for new graduate nurses is developed and field-tested.

Planned	Actual
3.1 Develop the tools and guidelines for monitoring, evaluation and supportive supervision of competency-based clinical training for new-graduate nurses.	Concurrently with development of technical materials, the project supported to develop monitoring and evaluation guideline. After one-year trial, the guideline was improved in line with Vietnamese health administration system and developed 2nd edition. Main revision point was clear description on the role of different organizations of implementation in line with Vietnamese

	health administration system to realize PDCA cycle of clinical training management.
3.2 Pilot the monitoring, evaluation and supportive supervision system of competency-based clinical training for new-graduate nurses in targeted provinces/city.	The project regularly operated monitoring every month with local experts. According to the periodical monitoring, DOH of each province conducted various type of monitoring and supportive supervision through the periodical meeting for nurse manager and hospital quality management. These findings (good practices, issues and challenges) through the monitoring were reflected to revised materials. The information was shared through project newsletter and/or “Facebook” as well.

Output 4: The strategic plan for nationwide scaling-up of the clinical training system for new-graduate nurses is developed in an evidence-based manner.

Planned	Actual
4.1 Conduct a baseline survey for the clinical training system for new-graduate nurses.	Baseline survey to decide the design of the training program was implemented with support of a short-term expert and local consultant team in 2016. Results of the survey were reflected to 1st edition of the training materials.
4.2 Conduct an endline survey for the clinical training system for new-graduate nurses.	The project conducted quantitative survey with 915 nurses and qualitative survey with 96 nurses to elucidate the effectiveness of the clinical training system developed by the project from April 2019 to present (March 2020). The project involved nursing educators from different universities in conducting survey to raise awareness of evidence-based policy making and understanding of the situation in clinical

	setting. (Annex 1-6 (8))
4.3 Estimate impact and feasibility of clinical training system for new-graduate nurses from both technical and financial perspectives.	To estimate the impact of clinical training, the project conducted scientific study by the end of the project and tentative results have come out. In addition to the survey, the project conducted periodical monitoring to collect information concerning to the impact of the project from diverse aspects.
4.4 Prepare, present and submit strategic plan for nationwide scaling-up of the clinical training system for new-graduate nurses to the MOH senior management.	The project has already initiated activities related to nationwide scaling-up before development of strategic paper. It included policy advocacy activities such as training in Japan, participation to donor meeting, a series of presentations in domestic and international seminars and scientific conferences, administration of project's Facebook page, and participation to "Nursing Now" Campaign to raise the status and profile of nursing initiated by International Council of Nurses (ICN) and WHO. Towards clinical training system dissemination across country, the project uploaded training materials at ASTT web site, provided technical support for national level hospital (Hue and Cho Ray hospital) and 3 hospitals in Hanoi (Thanh Nhan Hospital, Duc Giang General Hospital, and Ha Dong General Hospital). In addition, the national appraisal committee for approving the training material was coordinated and issued Decision of MOH (No.30/QD-K2DT, 03/03/2020). Strategic paper was developed based on the project completion report and was

	submitted to MOH before JCC meeting in March 2020.

2. Achievements of the Project

Summary of the achievement throughout Output 1-4:

Clinical training system developed by the project is composed of Central, Provincial and health facility level which manage (plan, implement, and evaluate) preceptor training and clinical training coordinated by nurse managers in collaboration with related department.

To become fully functional this system, the project supported 1) Training materials development, 2) field-test of training for new nurses and preceptors, 3) capacity development of individual (preceptor and nursing manager in health facility and DOH etc.) and organization (health facility and provincial and central health administration office) regarding clinical training management, and 4) development of related policy and legislation.

1) Training materials: Clinical training materials which is one of the components of the clinical training system were developed. Materials consisted with clinical training curricula, standardized text book, preceptor training guide and management and operational guide. (Figure 1)

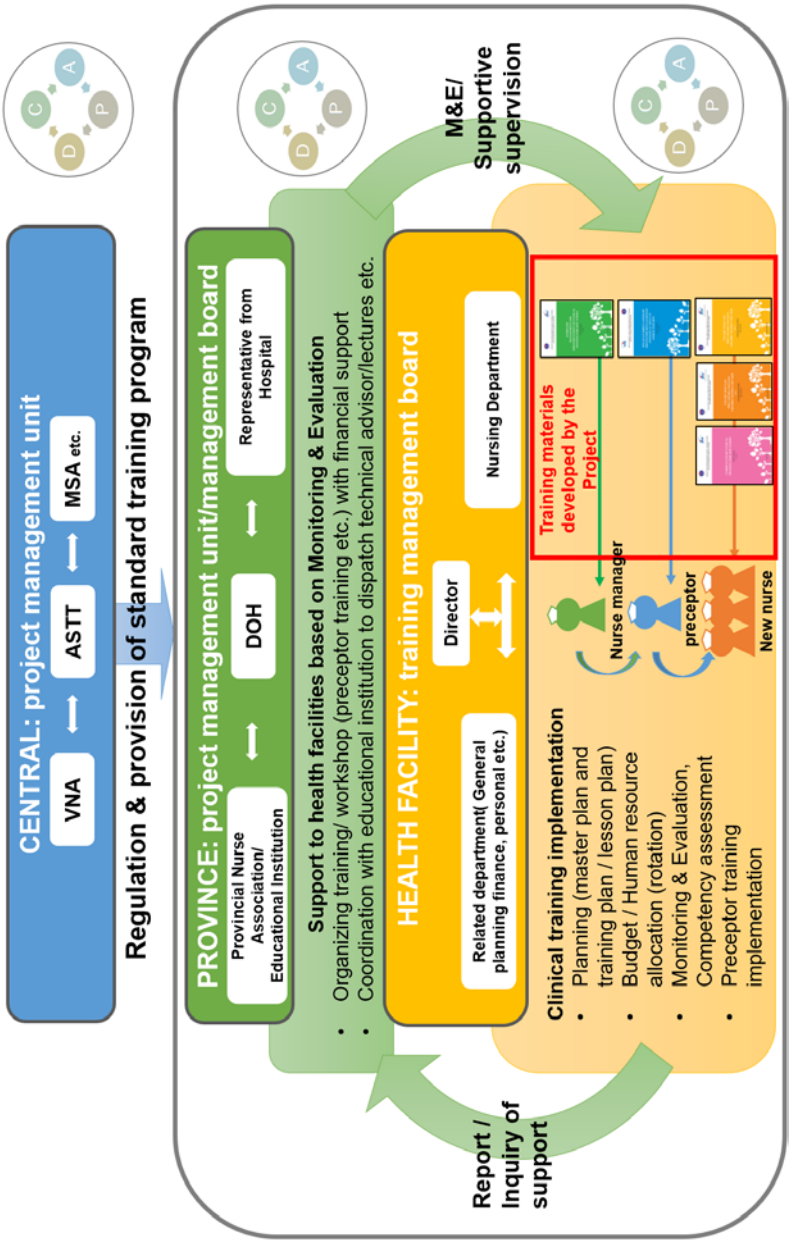


Figure 1: Clinical Training System

2) Training implementation: Clinical training and preceptor training were implemented with training materials developed by the project. In total, 1080 new nurses in 21 qualified health facilities and 1403 preceptors in 71 health facilities were trained. (Figure 2)

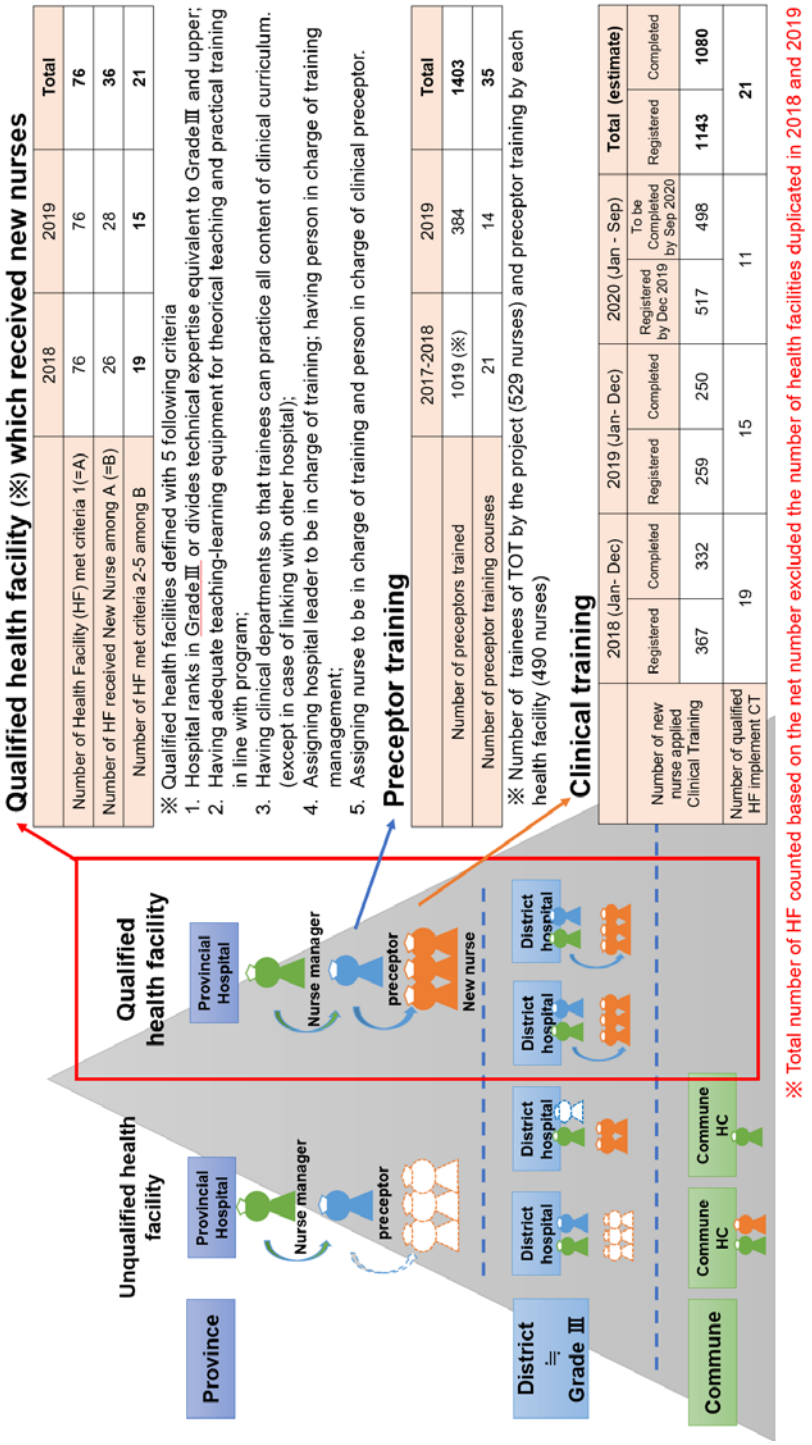


Figure 2: Clinical training implementation

3) Nurses and organizational competency: The scientific studies suggested that clinical training system contributed to improve new nurse's competency based on the "competency standard" and enhanced various capacities, including management and teaching skill of nurse manager, preceptor as well as new nurses. Clinical training system facilitated collaboration among different departments of health facility such as nursing department, general planning department and personnel department as well as inter-organizational collaboration among health facilities, DOH and medical institutions. Mutual learning culture was developed and produced collective impact to solve the issues they faced. In addition, clinical training was implemented with proper budget of health facilities and 2 out of 5 pilot provinces conducted preceptor training with budget from provincial people committee by integrating annual plan of health facility and DOH. (Figure 3)

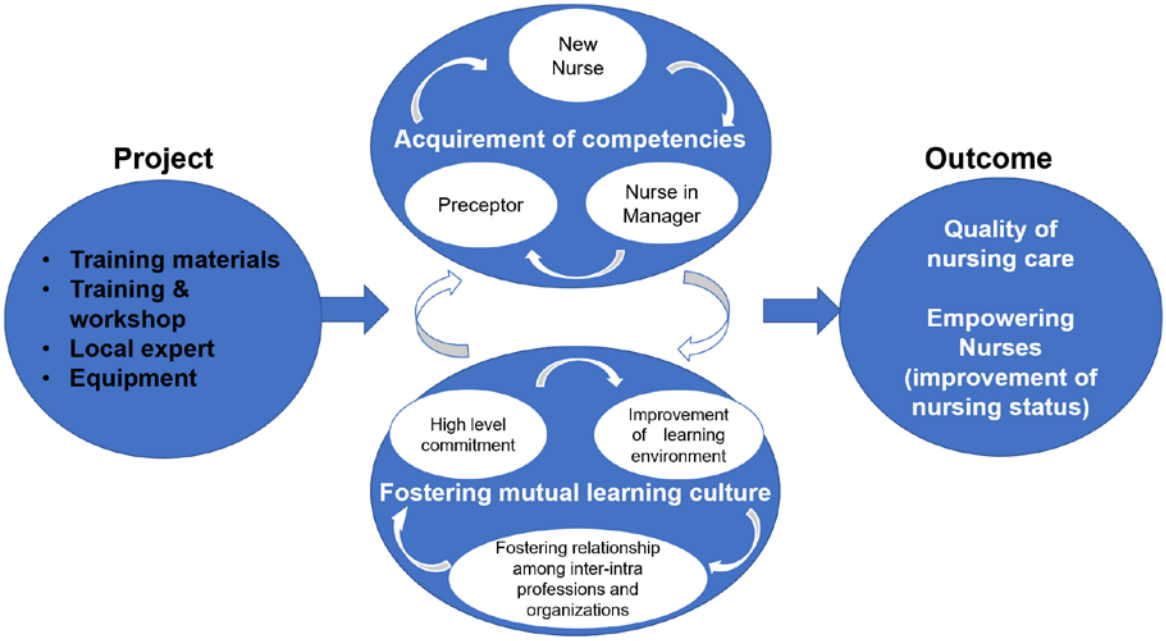


Figure 3: Changes brought by the Clinical training,

Sources: Tentative results of qualitative research conducted by the Project

4) Policy for institutionalization: As one of the strategies of nationwide scaling up of clinical training system, the project exerted an influence on legislation. As a result, MoH issued the Decision on the clinical training materials and clinical training would be stipulated in "Law of the medical examination and treatment (LET)" as one of the necessary process of granting nursing license.

2-1 Outputs and indicators[2]

2-1-1 Output 1: The standard curricula (incl. syllabi and modules) for competency-based clinical training for new-graduate nurses are developed and field-tested.

Indicators	Achievement
1.1 The standard curricula (incl. syllabi and modules) for Clinical Training for New Nurses are readily available at 100% of qualified health facilities which receive New Nurses before obtaining license.	Achieved: 100 percent (%) of qualified health facilities obtained standard curricula The training materials including standard curricula were distributed to all 21 qualified health facilities in pilot province. In addition, the project conducted seminar on materials introduction in all pilot provinces and distributed 2400 printing version to more than 80 health facilities bedsides of qualified health facilities in pilot provinces through these seminar and other occasions.
1.2 The standard curricula (incl. syllabi and modules) for Clinical Training for New Nurses are implemented at 90% at provincial level and 60% of district level of qualified health facilities which receive New Nurses before obtaining license.	Achieved: 100% at provincial level and 100% of district level of qualified health facilities which implemented clinical training 11 health facilities at national and provincial level and 4 health facilities at district level met criteria of qualified health facility in 2019 and all qualified health facilities conducted clinical training. In 2018, 13 health facilities at provincial level and 6 health facilities at district level met criteria of qualified health facility. Thus total 19 qualified health facilities conducted clinical training. As significant improvement comparing to year 2018, these training were implemented by using proper budget of health facility in 2019.
1.3 The standard technical assessment tools for measuring	Achieved: 100% of pilot health facilities obtained the standard technical assessment tools There are 76 health facilities which have potential to

[2] "provincial level" which used in indicator is defined as "upper than provincial level (national level and provincial level)"

competencies of New Nurses are readily available at 100% of pilot health facilities.	conduct clinical training (upper than Grade III）in pilot province and the project distributed 1500 materials for all 76 health facilities.
1.4 The standard technical assessment tools for measuring competencies of New Nurses are implemented at 90% at provincial level and 60% of district level of qualified health facilities which receive New Nurses before obtaining license.	Achieved: 85% in 2018 and 100% in 2019 was applied in national and provincial level. 100% implemented at district level both in 2018 and in 2019. Achievement level was improved from 2018 to 2019 because the project improved the assessment tool and provided advanced training. However, there is still great needs to improve assessment skill of preceptors and nurse managers in health facilities hence the project developed instruction manual as supplemental material.

Indicator	2018						2019					
	Registered		Completed		% of completion		Registered		Completed		% of completion	
	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District
Assessment tools are implemented	19		17		89%		15		15		100%	
	13	6	11	6	85%	100%	11	4	11	4	100%	100%

2-1-2 Output 2: The preceptors training of competency-based clinical training for new-graduate nurses is developed and field-tested.

Indicators	Achievement
2.1 The curricula and teaching materials for preceptor training of Clinical Training for New Nurses are readily available at 100% of qualified health facilities.	Achieved: 100% of qualified health facilities acquire materials for preceptors training. The project distributed 900 materials for all 76 health facilities of Grade III and higher in pilot provinces which would potentially conduct clinical training.
2.2 80% of health facilities which are conducting Clinical Training have an	Achieved: 100% of health facilities which are conducting Clinical Training have adequate number of preceptors comparing to 80% in target value.

adequate number of preceptors.	Adequate number of preceptors is at least 1 for 5 new nurses according to guideline developed by the project. All health facilities which conducted clinical training have met this criterion based on the evaluation report submitted by health facilities. Besides of the 21 qualified health facilities,71 health facilities conducted preceptor training and in total 1403 preceptors were newly developed during the project period. Most of health facilities aimed to update knowledge and skill of experienced nurses and secure enough number of preceptors for future training even though they have no recruitment of the year. As a significant improvement comparing to year 2018, these training were implemented by using proper budget of health facilities or provincial people's committee through DOH in 2019.

2-1-3 Output 3: Monitoring, evaluation and supportive supervision system of competency-based clinical training for new graduate nurses is developed and field-tested.

Indicators	Achievement
3.1 The standard tools and guidelines for monitoring, evaluation and supportive supervision are readily available at 100% of provincial /city DOH.	Achieved: The standard tools and guidelines for monitoring, evaluation and supportive supervision are readily available at 100% of provincial/city DOH. 76 health facilities had potential capacity to conduct clinical training (upper than Grade III） in pilot province and the project distributed 350 materials for these 76 health facilities.

<table>
<tr>
<td>3.2 100% of qualified health facilities conducting Clinical Training for New Nurses are monitored, evaluated and supportively supervised by DOH.</td>
<td>
<u>Achieved: 100% of qualified health facilities in 2019 were monitored, evaluated and supportively supervised by DOH comparing 39% in 2018.</u>
<table>
<tr><th rowspan="2">Indicators</th><th colspan="3">2018</th><th colspan="3">2019</th></tr>
<tr><th>Target</th><th>Submit</th><th>(%)</th><th>Target</th><th>Submit</th><th>(%)</th></tr>
<tr><td>No. of total reported facilities by DOH</td><td>18 (※)</td><td>7</td><td>39</td><td>14 (※)</td><td>14</td><td>100</td></tr>
</table>
※Number of health facility which conducted clinical training excluding national level hospital
Supportive supervision by DOH was successfully introduced in all pilot provinces. DOH conducted diverse type of support based on the identified needs and issues in the province, and each health facility conducted collective preceptor training and updated knowledge sharing meeting by their own budget.
</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 MOH and 100% of provincial/city DOH publish the annual report of implementation of Clinical Training for New Nurses.</td>
<td>
<u>Not achieved: 67% of MOH and provincial/city DOH reported in 2019 comparing 50% in 2018</u>
<table>
<tr><th rowspan="2">Indicators</th><th colspan="3">2018</th><th colspan="3">2019</th></tr>
<tr><th>Target</th><th>Submit</th><th>(%)</th><th>Target</th><th>Submit</th><th>(%)</th></tr>
<tr><td>MoH publish annual report</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>DoH publish annual report</td><td>5</td><td>3</td><td>60</td><td>5</td><td>4</td><td>80</td></tr>
</table>
Reporting system was not implemented spontaneously. One of the reasons of low achievement is that needs of supportive supervision was often identified and conducted based on the Social Networking Services (SNS) channel (for example, group of “Zalo” (local SNS App)) at real time.
Instead of paper-based reporting system,
</td>
</tr>
</table>

	alternative monitoring and evaluation system should be recommended in strategic paper as well as in order to reduce paper work.

2-1-4 Output 4: The strategic plan for nationwide scaling-up of the clinical training system for new-graduate nurses is developed in an evidence-based manner.

Indicators	Achievement
4.1 Baseline survey report is readily available.	Achieved: Baseline survey conducted in 2016 and the training materials were designed based on the results. The report was distributed to related parties such as ASTT, VNA and DOH and qualified health facilities in pilot sites.
4.2 Endline survey report is readily available.	Partially Achieved: The project conducted quantitative and qualitative study as endline survey. Quantitative study to estimate the impact of the clinical training and collected data from 910 nurses. Data collection will be completed in April 2020 and preliminary analysis will be shared before the last JCC in March 2020. Based on the cross-sectional study by using data of pre-intervention survey, the project found that the competency of new nurses was not equivalent and far from minimum requirement decided by "competency standard". The study provided meaningful evidence of the necessity of standard clinical training even after introduction of national examination. Preliminary analysis of endline survey results suggested to contribute the improvement of competency level of new nurses in the pilot sites.
4.3 The strategic plan for nationwide scaling-up of Clinical Training system for New Nurses is	Partially Achieved: It is planned to be submit before the last JCC in March 2020. Towards nationwide scaling-up of clinical training system, strategic plan was developed and

submitted for the MOH senior management.	submitted to MOH. Before elaborating strategic paper, the project conducted several nationwide scaling up activities and found that health facilities in neighbor provinces of pilot provinces applied this clinical training system and more than 200 people of 33 out of 64 provinces utilized this material according to downloading history from ASTT website. All training materials developed by the project approved by the national appraisal committee and MOH issued Decision. In addition, the clinical training was situated as one of the steps of granting licensing in the current draft of amended LET as of March 2020, which is facilitated with policy advocacy by the project. It has important meaning because stipulating in legal documents is one of the critical factors of scaling up as well as sustainability of this system.

2-2 Project Purpose and indicators: Clinical training system for new-graduate nurses is strengthened in four pilot provinces and a pilot city, in anticipation of its nationwide scaling-up.

Indicator	Achievement
1. 80% of New Nurses practicing as nurses in qualified health facilities in the pilot provinces/city complete the Clinical Training.	Achieved: 90% of new nurses completed clinical training in 2018 and 98% completed in 2019. Among the new nurses who registered as trainee of the clinical training, 7% of them could not complete the 9 months program (8% of registered new nurses could not complete in national and province hospitals, and 1% in district hospitals). The reason the nurses have not completed the training is that they move to other hospitals to obtain permanent post or other sector (business) to seek better income. Hence, drop out cases occurred due to social determinants in spite of quality of the training.

Indicator	2018 (Jan- Dec)						2019 (Jan- Dec)					
	Registered		Completed		% of completion		Registered		Completed		% of completion	
	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District	N+Prov	District
No. NN	313	54	279	53	89%	98%	228	31	219	31	96%	100%
Total	367		332		90%		259		250		97%	

2. 80% of qualified health facilities which receive New Nurses implement the Clinical Training for New Nurses.	<u>Achieved: 100% of qualified health facilities implemented clinical training both in 2018 and in 2019</u>

Indicator	2018 (Jan- Dec)		2019 (Jan- Dec)	
	N+Prov	District	N+Prov	District
No. qualified HF	13	6	11	4
Total	19		15	

19 health facilities in 2018 and 15 health facilities in 2019 were met criteria of qualified health facility and all these health facilities conducted clinical training.

In total, 1080 new nurses in 21 qualified health facilities are going to complete clinical training by the end of the project.

On the other hand, absolute number of health facilities is relatively low comparing to the total number of the health facilities of Grade III in pilot provinces (76 health facilities). This situation could be caused by:

1. Number of the health facilities which received the New Nurses was limited.
2. Recruitment process occurs at different time per year and health facilities recruit not only nurses without licensing but also those with licensing.

3. History of PDM Modification (Annex3)

1) Version 1, approved in 13th Nov, 2017.

To set up achievement level of the overall goal and project purpose, version 0 signed with Record of Discussion (R/D) was revised.

2) Version 2, approved in 30th May 2019

The narrative summery related Indicators changed were revised based on the result of discussions held in the Joint Coordinating Committee (JCC) meeting on March 20th, 2019. Refer correspondent table as detail modification (Annex 4).

4. Others

4-1 Results of Environmental and Social Considerations (if applicable)

Not applicable

4-2 Results of Considerations on Gender/Peace Building/Poverty Reduction (if applicable)

Not applicable

III. Results of Joint Review

1. Results of Review based on DAC Evaluation Criteria

(1) Relevance

Relevance was ensured because of the following aspects:

1) Consistency with related Vietnamese law and national program

The Law on Medical Examination and Treatment (LET, No.40/2009/QH12) mandates granting practical certificate after nine months of clinical training for new-graduate nurses. However, there are neither standardized curricula nor system of implementing clinical training for new-graduate nurses before starting the project. The project could address the need to standardize and strengthen the system of clinical training for new-graduate nurses to enhance the quality of nursing practice by improving quality of nurses who granted practical license. Furthermore, the project purpose meets the aim of the Vietnamese National Action Plan on Strengthening Nursing and Midwifery for the period 2013-2020 (1215/QĐ-BYT) to develop human resources in nursing and midwifery in terms of both quantity and quality in order to meet the international standard and to satisfy the requirements for implementing the Mutual Recognition Agreement in Nursing of ASEAN countries.

2) Contribution to acquirement of "competency standard" regulated by MoH in line with ASEAN nursing competency

Since the project developed training curricula and assessment tool based on

“competency standard” issued by MOH with decision (1352/QĐ-BYT), the project contributed to application of competency-based learning for nurses and acquirement of basic competency of nurses. These materials developed by the project is the first program in Vietnam to develop based on “competency standards”.
Because, in Vietnam, there is currently no measure such as national examination to evaluate the competency after graduation, the curricula developed by the project contributed as unique program to obtain minimum standard.

3) Development of the model for clinical trainer’s program newly setup in Vietnam
Training for clinical trainer has been being considered as one of the issues on medical professional development. Under this circumstance, MOH issued “Circular on regulating clinical teaching - learning method for practical trainer in health care training (11/2019/TT-BYT)” in June, 2019. Prior to the issuance of this circular, the project has developed the preceptor training and the contents described in the circular were almost covered in it.
The preceptor’s training program developed by the project became leading clinical trainer’s program because there is no training program besides of the project’s product so far.

(2) Effectiveness

Project purpose has almost been achieved. Therefore, effectiveness was evaluated “high”.

Clinical training and preceptor training were effectively implemented for more than 2500 nurses by introducing the training system including training materials which clearly described training management and role of different stakeholders.

The scientific study conducted by the project suggested the clinical training developed by the project contributed to improvement of competencies of new nurses. The study also revealed the capacities of nursing staff in different layer were strengthened during the process of clinical training implementation. Firstly, new nurses could obtain standardized knowledge

and skill in line with “competency standard” regardless educational institution where they graduated. Secondly, supportive skill and practical technic and knowledge of preceptors in health facilities were updated and enhanced. Thirdly, management and coordination capacity of nurse manager in health facilities and DOH were strengthened.

The study results also suggested the clinical training system affected organizational level change such as i) high level commitment including support by directors of health facilities to facilitate mutual learning culture and ii) effective collaboration among different departments of health facilities and different organizations such as health facilities, DOH and educational institutions. Thanks to enhancement of the capacity of nurses and improvement of relationship between nurses and different professions, quality of nursing care in health facilities was improved and contributed to patients’ trust to nurses.

In terms of Output 4, strategic paper to realize nationwide scaling up of clinical training was elaborated and submit to MOH. In addition, the project has already initiated activities related to nationwide scaling-up such as coordination of MOH Decision issuance.

(3) Efficiency

Efficiency of the project is “high” for the following reasons:

All activities were completed as planned during the project period in defiance of budget issue of JICA headquarters.

Long term experts in collaboration with senior technical advisor of JICA headquarters provided technical input beyond their TOR instead of dispatching numbers of short term experts, therefore, the project successfully reduced the cost for the activities and revealed the capacities of local experts as clues of sustainability. Activities related with Output 4, in particular, long terms experts in collaboration with local experts of nursing university conducted almost whole process of endline survey, hence, cost of the survey was less than one fifth (1/5) comparing the base line survey conducted by Japanese and local consultant team. Moreover, involvement of local experts

from nursing university affected the quality of study, enhancement of the research capacity of local experts and ownership of counterparts as well as contents of survey was adjusted more suitable into actual clinical setting with Vietnamese context.

Although one of long term experts shortened the term of assignment, there is no negative effect due to this change including additional budget for dispatching new experts because the successor took the place shortly after.

Training courses in Japan (Knowledge Co-creation Program) was successfully organized. Training on policy advocacy in August 2019 had notable results. The project invited senior officers of MoH, including Vise Minister, Director of legislation and Director of personnel, and the project deeply discussed with high level officer's further direction of nursing licensing and education system beyond the project scope during the stay in Japan.

Another significant factor of high efficiency is Vietnamese side input. In particular, ASTT team made great effort to implement the project despite the shortage of the human resources and absence of the project director, while Vice Minister directly support project manager until the end of the project. Furthermore, CPMU (central project management unit) and PPMU in Binh Dinh were successfully established in 2019 and secured the human and financial resources for the project implementation. In addition, each health facility made effort to design this training system to institutionalize with the perspective of sustainability. For example, health facilities which conducted clinical training in 2019 used their proper budget by integrating into their annual plan. Moreover, some of the health facilities collected tuition fee from new nurses for operational cost of Clinical training such as payment for preceptor's rewards.

(4) Impact

1) prospective of achievement of the Overall Goal.

It is prospective for the Project's effects to continue and to move towards achievement of the Overall Goal.

Health facilities in pilot sites made concrete action plans to implement the

clinical training continuously after the end of the project, and submitted them to DOH. Management capacity of nurse manager including financial and human resources management for training implementation has been strengthened hence possibility of realization of the action plans developed by the health facilities are high. In addition, beside of the pilot sites, formal and informal networking of nursing managers of different health facilities contributed to disseminate experiences and lessons learnt of clinical training system so that they could find solution for continues implementation of clinical training.

Furthermore, all training materials developed by the project approved by the national appraisal committee and MOH issued Decision on it (No.30/QD-K2DT, 03/03/2020). The project distributed approved materials to related department of MOH and MOET, all 63 provinces (DOH and provincial general hospital), nursing educational institutions and nursing association etc.

Under these circumstances, the overall goal is highly expected to be achieved as far as the clinical training would be situated as one of the process of granting of nursing license under draft of amended LET, because legislation is the most crucial factor to implement the administrative activities in Vietnam. Thanks to policy advocacy through different channels, clinical training system has been stipulated as one of the process of granting licensing of nurse in the latest updated draft of amended LET.

However, as mentioned in evaluation of project purpose, absolute number of new nurses who have taken clinical training is limited comparing to the students who graduated the nursing educational institution. Hence, it is necessary to be considered supplemental intervention to ensure the quality of nursing service in Vietnam.

2) positive impact beyond project purpose

The project found positive impact beyond project purpose in following 5 layers; (i)The project was implementing various activities related nationwide scaling up during project period beyond the project scope. Issuance of the Decision to approve the training materials is one of the remarkable results to facilitate

dissemination of this training system across the country.

(ii) The project provided technical support for the hospitals which were not in pilot site such as two national hospitals (Cho Ray and Hue central hospital) and three city hospitals in Hanoi. In addition, it was observed some of health facilities in non-pilot provinces intend to implement this clinical training system and training materials were already used by nurses and other professions beyond pilot sites of the project in 33 provinces out of 63 provinces in Vietnam. These results suggested scaling up across the country could be realized.

(iii) Under the framework of the project, preceptor training was expected to implement clinical training and train minimum preceptors to support new nurses. However, there was great needs of training for experience nurses, hence, some of province and hospital conducted preceptor training even though there was no new nurse in the hospital. This circumstance contributed to enhance capacity of nurses and to ensure qualified nursing care in each hospital.

(vi) It was expected to collaborate with MoH (ASTT, MSA), VNA and health facilities in pilot sites to achieve expected outcome. In addition, the project successfully involved various stakeholder to establish the system of clinical training. Notably, collaboration with nursing educators in different universities was one of the factors to realize sustainable training system because educators can be trainers of additional activities to implement clinical training including preceptor training. The collaboration with them contributed to faculty development of nursing university as well.

(v) The preceptor's training program developed by the project became leading clinical trainer's program which described in the Circular issued by MOH on "regulating clinical teaching - learning method for practical trainer in health care training (11/2019/TT-BYT)" in June, 2019.

(5) Sustainability

Sustainability of the project is "high" for the following reasons:

1) Policy and institutional aspect

As mentioned above, in the draft of amended LET, the clinical training was situated as one of the steps of granting licensing (at the timing of the final evaluation) hence all candidate who intend to work as nurse have to take the clinical training in the health facility. Under this circumstance, the training

materials including standard curricula and operational guideline developed by the project approved by the national appraisal committee and MOH issued Decision so that health facility across the country could apply this training system.

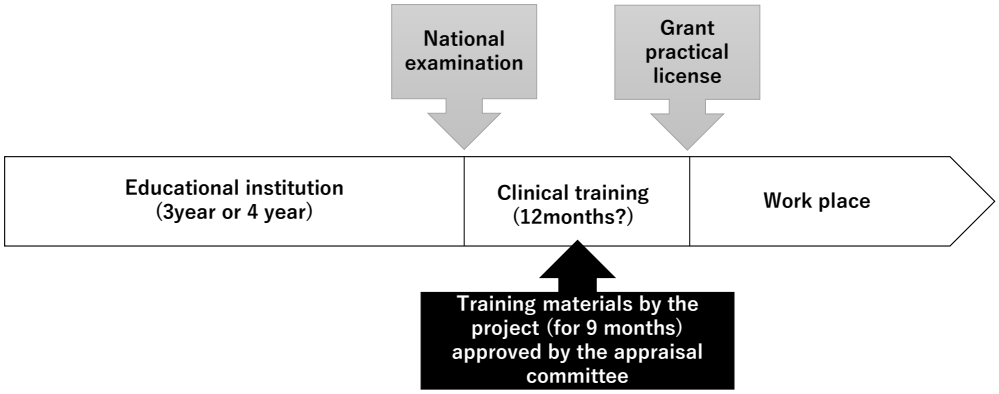


Figure 4　Steps of granting nursing practical license stipulated in amended LET

To ensure the sustainability, circular or any other regulation would be expected to be developed, in particular, to secure the human and financial resources to implement the clinical training in each health facility and to support by DOH. In addition, the period of training should be adjusted according to the amended LET. These strategies were described in strategic paper.

Legislation system in Vietnam

Constitution (National Assembly)
Law (National Assembly)
Decree (Government)
Decision (Prime Minister) *
Circular (Minister)

*The Decision “issued by Minister” is not stipulated in *Legislation Law*

2) Structure of the implementation agency

Implementation structure such as role of related parties including MOH, DOH, health facilities and other technical stakeholders (VNA (headquarters and provincial branch), educational institutions (Nursing university, medical college)) was well described in the guideline of the training developed by the project. The structure and role were well understood by related parties in central level and pilot provinces.

Although director of ASTT has newly assigned as project director in January 2020, he shows his understanding and commit to the clinical training system developed by the project because he participated to Training in Japan

(Knowledge Co-creation Program) of the project.
Members of ASTT who executing the project activities were limited, however, implementation of the training system established by the project almost completed within provincial level stakeholders. Therefore, training can be implemented once legislation and training materials introduced.

3) Capability of the implementation agency

Through a series of trial training, the capabilities of related parties on planning, implementation, monitoring and evaluation of clinical training system, including preceptor training were strengthened.
ASTT Management capacity of ASTT was enhanced through this project to generate synergistic effect of different activities although they are dealing with various activities related training for health professionals with limited number of members.
Health facilities which started clinical training from 2018, are continuously implementing clinical training and preceptor training without technical and financial support from the project. Furthermore, Dong Nai, one of the pilot provinces, is going to organize dissemination seminar based on the request of the neighbor province. Networking and mutual support culture among nurse managers of health facilities, DOH and MOH enable to realize these activities.
However, competency assessment skill of preceptor and manager of health facility is still needed to be enhanced toward sustainable system.

4) Finance of the implementation agency

As preconditions of clinical training system developed by the project, cost for clinical training implementation including preceptor training could be covered internal nursing activities cost by each health facility which receives new graduate nurses. Furthermore, rationale of collection of tuition fee is described in the guideline. As a result, most of health facilities in pilot sites successfully integrated clinical training plan into master plan of nursing department which would be allocated from health facility budget.

In case health facilities have no enough capacity to conduct preceptor training by themselves due to lack of financial and human resources, it is recommended to support by provincial DOH. The way of the support would

be explained in strategic plan based on the preceding experiences of pilot provinces which secured the proper budget during trial phase such as inter-organizational management board consisted with DOH, health facility and provincial nursing association in Dong Nai.

To sustain the approach above, it is recommended to develop legal document such as circular of MOH.

2. Key Factors Affecting Implementation and Outcomes

Social environments surrounding the project have been relatively stable.

In terms of the policy level, the project faced three major difficulties such as i) amendment of the related law; ii) delay of approval of project documents; and iii) issue on the tax exemption for ODA projects.

Firstly, during the project implementation period, MOH was undertaking to amend LET and changed the position of clinical training. Clinical practice for 9 months was stipulated in the current LET as one of the necessary process to grant practical certificate of nurses. However, during the process of elaboration, the clinical practice never addressed in the draft of LET. As a result, project had to advocate to related parties including authority of MOH and developing partners through training in Japan and seminar or other occasions. It became additional activities of the project which has not be supposed at the beginning.

Secondly, due to delay of the approval of “Project document” by Vietnamese government, Central and Provincial Project Management Unit (CPMU & PPMU) have not been set up till mid of 2018 and affected the project activities because of lack of counter budget.

At last, the issue of tax exemption affected the process of procurement of the medical equipment. Therefore, most of the health facilities in pilot sites could not utilize equipment for trial training.

3. Evaluation on the results of the Project Risk Management

In order to advocate necessity of clinical training and to have it stipulated into LET, the project advocated to counterpart at central level such as departments of legislation, personnel and ASTT in MOH, MOET and VNA

through seminars, donor meetings and training in Japan by using results of the trial training and opinions from the pilot sites.

As a measure against delay of equipment provision, the project purchased medical equipment with project activities cost for the health facility conducting clinical training to improve training environment during the approval process of project document.

4. Lessons Learnt

(1) Central level

1) Importance of stipulation in legal documents

It was effective for institutionalization of clinical training system to exert an influence on legislation because legal documents or stipulation in related regulations are required to implement administrative activities in Vietnam. Particularly, in order to secure human and financial resources for activities implementation.

In this context, the project advocated about importance and effectiveness of clinical training system for the related parties including those at policy level and at implementation level. Hence, the clinical training was integrated as one of the process of granting licensing of nurses in the draft of LET. Furthermore, the project has proceeded the appraisal process of the training materials as national standard training documents. The training system developed by the project would be disseminated across the nation because the set of training material including guideline to describe the human and financial resources issues was approved and issued MOH decision.

2) Recognition of positive impact at early stage of field-testing of training

Shortly after the introduction of the clinical training system, most of the stakeholders recognized the change in capacities of new nurses, preceptors and managers. In particular, standardized curricula gave positive effect to managers facing difficulty of training management for new nurses with different capacity from different educational institution.

It was effective for involvement of diverse stakeholder to recognize the

positive effect of clinical training system. In particular, commitment of director and nurse manager were ensured so that clinical training was well implemented in each health facility with necessary human and financial resources.

Furthermore, involvement of diverse actors including nurses in clinical setting was one of the factors to develop ownership of the stakeholders. In addition, stakeholders, especially nurse managers in the hospitals could understand the principal of the clinical training through the material development process. However, it was necessary for the experts such as nursing educator to finalize it who deeply understand the educational methodology in order to edit it systematically as formal materials of the training.

3) Implementation of scientific study in collaboration with nursing educators

The project implemented quantitative (interventional study) and qualitative surveys to elucidate the impact of the clinical training during the project period and strategically involved counterpart of central and provincial level and nursing educators in the process of some of the surveys. As a result, there are following two impacts. Firstly, officer MOH staff and it contributed to enhance capacity of research of nursing educators and to become opportunity to facilitate the collaboration between clinical setting and educational sector.

(2) Provincial level

Through the monitoring and evaluation including scientific study results, it was found that the following four main factors affecting implementation process and outcomes at provincial level. These factors fostered the mutual learning culture resulting in collective impact to find solution of challenges as well as to enhance nurses' competency in different layers.

1)Training materials enhance responsibility of different actors with clear description of each role

Training materials, in particular training guideline with clear description on the role of each stakeholder, facilitate effective clinical training implementation. In particular, nursing department of the health facilities,

nursing manager effectively implement not only clinical training program but also other nursing activities. Hence, nurses manager could have confidence through operating whole process of training including planning, budgeting, teaching and evaluation. As a result, nursing department capacity was enhanced and recognized by the others.

In addition, management capacity of nurse leaders of DOH was enhanced. Instead of one-direction supervision, supportive supervision was introduced by the project in line with existing health administration system. As a result, it enabled DOH to assess the issue of each health facility and to address common issues through securing budget and implementing provincial workshop including training occasion.

2) Improvement of learning environment
Through the project activities, learning environment was improved because of standardized training curricula and guideline, introduction of new teaching methodology, medical equipment and pre-clinical room, and increase of opportunity of training to obtain new knowledge.

For instance, new teaching methodology, such as active learning, supportive feedback based on periodical assessment, and competency-based learning, affected better learning environment in each health facility. Medical equipment could support to improve evidence based practical skills of not only new nurses but also of experienced nurses.

3) Fostering relationship among inter-intra professions
Standardized materials which describe clear role of each could contribute to efficient management and facilitate coordination among different organizations and departments so that inter and intra professional and organizational collaboration can be realized.

Firstly, preceptors of same health facilities are making network to update their knowledge and to improve supporting, teaching and assessment skill as self-initiative. Secondly, heads of nurses of different health facilities in the same province could learn experience through training program and workshop. Thirdly, nurse leaders from different organizations in different

provinces (MOH, DOH, hospitals, educational institutions, etc.) could learn each other about their management issues beyond clinical training implementation. They share most update information through not only training and workshop organized by the project but also SNS network by themselves.

In addition to relationship among nurses, relationship among nurses and other health professionals including medical doctors were improved. This change made nurses be proud as a nurse and recognize nurse's identities.

4) High level commitment

Because directors of health facilities understood importance of nursing role and capacity development, physical and emotional support from them was ensured. Such high-level commitment ensures not only effective clinical training implementation but also facilitating mutual learning. For instance, director's commitment realized to secure the necessary budget and to enable nursing department to be responsible department of nursing activity such as training for nurses.

IV. Achievement of Overall Goals after the Project Completion

1. Prospects to achieve Overall Goal

As far as the clinical training would be situated as one of the process of granting of nursing license under the draft of amended LET, the Overall Goal is expected to be achieved according to the level of achievement of the Project Purpose.

However, to ensure the prospect, the project developed strategic paper as Annex 2-2 (3) and its outline shall be in line with "3. Recommendations for the Vietnamese side" mentioned below.

2. Plan of Operation and Implementation Structure of the Vietnamese side to achieve Overall Goal

Described in strategic paper (Refer Annex 2-2 (3) and Annex 4 (6))

3. Recommendations for the Vietnamese side

As we mentioned above, the following points is recommended to be dealt with for sustainability of the clinical training system.

1) Set up regulation or stipulation into legal document about clinical training

As preconditions, to ensure the stipulation of clinical practice into LET, ASTT have to coordinate with related parties during discussion at the national assembly so that the following recommendations could be effective. Furthermore, the duration of clinical training would be modified from 9 months to 12 months and further adjustment could be applied for definitive version of the amended LET. Training system should be adjusted in accordance with the amended LET including modification of the training material if necessary.

To secure the human and financial resources for clinical training implementation, setting up legislation is recommended such as circular to be harmonized with the national examination system intended to be introduced from 2021.

In addition, recruitment and retention of trainees is one of crucial points of this system. Hence, it is recommended to set up measure to estimate necessary number of nurses nationwide and produce in nursing educational institutions, and to improve the status of nurses so that health facility's turn-over rate can be reduced.

2) Application of competency-based assessment in different health facilities' context

Competency-based assessment is one of the most difficult points for nurses in all layers. Although the project developed the instruction manual, interpretation must be done in different health facilities' context. It is recommended to apply continuous education in each health facility and to introduce the concept of competency in educational institution.

Furthermore, although the project developed assessment tool based on the current "competency standard", the standard would be amended in the near future. It is recommended for MOH to develop guideline for application of competency-based assessment and evaluation in collaboration with national nursing experts from different organizations such as nursing association, nursing university, etc. so that common understanding of competency will be disseminated and applied. Guideline is expected to be

included (i) level of achievement, (ii) indicators to evaluate the achievement level and (iii) the concrete explanation of indicators, etc.

4. Monitoring Plan from the end of the Project to Ex-post Evaluation

1) With the purpose for project sustainability, it will be needed to conduct Ex-Post Evaluation after three (3) years of project completion as one of requirements of the Japanese Official Development Assistance (ODA) scheme.

2) MOH and JICA will jointly monitor the activities stated in strategic plan as mentioned in IV-2 to achieve the Overall Goal.

3) MOH and JICA will jointly monitor the process of LET revision in the national assembly and implementation status of the circular issued by MOH to ensure clinical training implementation in the national examination system.

ANNEX 1: Results of the Project

1-1 List of Dispatched Experts
- (1) Long term experts
- (2) Short term experts

1-2 Training in Japan (Knowledge Co-creation Program)

1-3 Cost of Operation
- (1) Operation cost
- (2) Medical equipment (JFY 2018 - budget by activity operation cost)
- (3) Office equipment

1-4 List of Provision of Equipment
- (1) Medical equipment (JFY 2019 - budget by Provision equipment)

1-5 Vietnamese side Counterpart
- (1) List of Joint Coordinating Committee (JCC) member
- (2) List of CPMU/PPMU
- (3) List of Project Pilot site

1-6 List of Local Experts
- (1) Local consultant team of Baseline survey (JFY 2016)
- (2) Technical Working Group (JFY 2016, 2017)
- (3) Small Technical Working Group (JFY2016)
- (4) Small Technical Working Group (JFY 2017)
- (5) Expert team of training material edition (JFY 2018)
- (6) Expert team of training material edition (JFY 2019)
- (7) Member of national appraisal committee for training material (JFY 2019)
- (8) Experts team of endline survey (quantitative and qualitative survey) (JFY 2019)
- (9) Expert of online TOT seminar for teachers of nursing university (JFY 2020)
- (10) Expert of online seminar for clinical training system dissemination (JFY2020)

ANNEX 2: Achievement of the Project

2-1 Implementation of trial training developed by the Project
- (1) Clinical training for new nurse
- (2) Training of trainer (TOT) and preceptor training

2-2 Policy related document of the Project
- (1) Strategic paper (presented at JCC in Mar 2020)

(2) Preliminary summary of Quantitative and Qualitative survey (presented at JCC in Mar 2020)
(3) Decision on the training materials for clinical training (No.30/QD-K2DT, 03/03/2020) Vietnamese with English translation

2-3 List of Products produced by the Project
(1) Baseline survey report (JFY 2016)
(2) Training materials (Final version) (JFY 2019) Vietnamese/ English
(3) Supplemental materials for clinical training (JFY 2019)

ANNEX 3: PDM / PO (All versions)

3-1 PDM ver. 0, PO ver. 0
3-2 PDM ver. 1, PO ver. 1
3-3 PDM ver. 2, PO ver. 2

ANNEX 4: R/D, M/M of JCC (copy) (*)

(1) Record of Discussions (R/D) (2016)
(2) Minutes of Meeting(M/M) of the 1st Joint Coordinating Committee (2016)
(3) M/M of the 2nd Joint Coordinating Committee (2017)
(4) M/M of the 3rd Joint Coordinating Committee (2018)
(5) M/M of the 4th Joint Coordinating Committee (2019)
(6) M/M of the 5th Joint Coordinating Committee (2020)

ANNEX 5: Monitoring Sheet (copy) (*)

(1) 1st Monitoring Sheet
(2) 2nd Monitoring Sheet
(3) 3rd Monitoring Sheet
(4) 4th Monitoring Sheet
(5) 5th Monitoring Sheet
(6) 6th Monitoring Sheet
(7) 7th Monitoring Sheet
(8) 8th Monitoring Sheet
(9) 9th Monitoring Sheet

(*Remarks: ANNEX 4 and 5 are internal reference only)

Separate Volume: Copy of Products Produced by the Project

ANNEX 1 Results of the Project

1-1 List of Dispatched Expert
- (1) Long term experts
- (2) Short term experts

1-2 Training in Japan (Knowledge Co-creation Program)

1-3 Cost of Operation
- (1) Operation cost
- (2) Medical equipment (JFY 2018 - budget by activity operation cost)
- (3) Office equipment

1-4 List of Provision equipment
- (1) Medical equipment (JFY 2019 - budget by Provision equipment)

1-5 Vietnamese side Counterpart
- (1) List of Joint Coordinating Committee (JCC) member
- (2) List of CPMU/PPMU
- (3) List of Project Pilot site

1-6 List of Local Experts
- (1) Local consultant team of Baseline survey (JFY 2016)
- (2) Technical Working Group (JFY 2016, 2017)
- (3) Small Technical Working Group (JFY2016)
- (4) Small Technical Working Group (JFY 2017)
- (5) Expert team of training material edition (JFY 2018)
- (6) Expert team of training material edition (JFY 2019)
- (7) Member of national appraisal committee for training material (JFY 2019)
- (8) Expert team of endline survey (quantitative and qualitative survey) (JFY 2019)
- (9) Expert of online TOT seminar for teachers of nursing university (JFY 2020)
- (10) Expert of online seminar for clinical training system dissemination (JFY2020)

ANNEX 1-1: List of Dispatched Expert

- Total number of Long-term experts: 7
- Total number of Short-term experts: 17

(1) Long term experts

No	Starting date	Ending date	Expert name	Specialized subject	Working Months
1	5/18/2016	5/17/2018	Sugita Shio	Chief Advisor / Nursing policy	24
2	5/18/2016	5/17/2018	Ikarashi Megumi	Nursing Education	24
3	5/18/2016	7/7/2018	De Silva Tomomi	Project coordinator / Training Management (1st period)	25
4	5/2/2018	5/17/2020	Horii Satoko	Chief Advisor / Nursing policy	24
5	5/2/2018	1/31/2019	Fukatani Karin	Nursing Education	8
6	7/8/2018	5/17/2020	De Silva Tomomi	Project coordinator / Training Management (2nd period)	23
7	4/12/2019	5/17/2020	Amaike Naomi	Nursing Education	13

(2) Short term experts

No	Starting date	Ending date	Expert name	Specialized subject	Working days
1	6/12/2016	6/25/2016	Tsuruta Hirofumi	Planning / Implementation of Baseline Survey	13
2	6/19/2016	7/2/2016	Hashimoto Chiyoko	Training Management	13
3	9/11/2016	9/24/2016	Tsuruta Hirofumi	Planning / Implementation of Baseline Survey	13
4	10/9/2016	10/22/2016	Hashimoto Chiyoko	Training Management	13
5	12/4/2016	12/10/2016	Tsuruta Hirofumi	Planning / Implementation of Baseline Survey	6
6	1/15/2017	1/19/2017	Suenaga Yuri	Training System Advisor	4
7	1/15/2017	1/21/2017	Tsuruta Hirofumi	Planning / Implementation of Baseline Survey	6
8	8/29/2017	9/9/2017	Hashimoto Chiyoko	Training Management	11
9	10/8/2017	11/4/2017	Fukatani Karin	Training Plannning	27
10	11/22/2017	12/2/2017	Suenaga Yuri	Training of Trainers	10

11	11/22/2017	12/2/2017	Tokunaga Keiko	Clinical Training	10
12	4/4/2018	4/11/2018	Sato Nao	Clinical Training	7
13	10/21/2018	10/31/2018	Shimada (Koto) Kyoko	Clinical Training	10
14	3/17/2019	3/30/2019	Aiga Hirotsugu	Endline survey planning, Attending JCC	13
15	4/14/2019	4/27/2019	Osawa Eri	Endline Survey and analysis	13
16	11/17/2019	12/14/2019	Aiga Hirotsugu	Endline Survey and analysis	27
17	2/27/2020	3/14/2020	Aiga Hirotsugu	Endline Survey analysis, Attending JCC	17

ANNEX 1-2: Training in Japan (Knowledge Co-creation Program)

- Total number of participants of Japan Training: 54

No	Course name	Starting date	Ending date	No. of partici-pants
1	Development of Curricula for Clinical training of New Nurses	2016/10/31	2016/11/11	13
2	Hospital manager's training on Formulation of Clinical training system for New Nurses	2017/5/14	2017/5/20	7
3	Development on monitoring, supervision, auditing system and training tool for clinical training for New nurses.	2017/5/14	2017/5/27	11
4	Nursing management	2019/5/27	2019/6/5	12
5	Policy advocacy	2019/8/4	2019/8/10	11
Total				54

ANNEX 1-3 : Cost of Operation

(1) Operation cost

	JFY 2016 total	JFY 2017 total	JFY 2018 total	JFY 2019 total	JFY 2020 (Apr-May)	TOTAL
Total amount of activities cost (JPY)	22,111,766	32,383,336	31,106,274	29,247,047	3,830,041	118,678,464
Total amount of activities cost (VND)	4,579,623,209	6,542,667,479	6,493,755,569	6,205,638,747	839,921, 462	24,661,606,466

(2) Medical equipment (JFY 2018 - budget by activity operation cost)

No	Description	Model No.	Price (VND)	Unit	Price (VND)	Price (JPY)	Date of installation	Installed place
1	CPR practice model	Nasco LF03998U	50,000,000	2	100,000,000	483,000	11/30/2018	St Paul Hospital (1)
2	Advanced patient care male female catheterization Simulator	Gaumad S230.10.PK	30,000,000	1	30,000,000	144,900	11/30/2018	St Paul Hospital (1)
3	Suction/Tube Feeding Simulator	LM-097B	48,195,000	4	192,780,000	2,294,895	2019/2/21 ~3/1	BD PGH (1), DB PGH (1), DN PGH (1), VP PGH (1)
4	Male Catheterization and Enema Simulator	LM-109M	35,332,500	4	141,330,000		2019/2/21 ~3/1	BD PGH (1), DB PGH (1), DN PGH (1), VP PGH (1)
5	Female enema and catherization model	LM-109F	36,750,000	4	147,000,000		2019/2/21 ~3/1	BD PGH (1), DB PGH (1), DN PGH (1), VP PGH (1)
6	CPR Practice Model	Prestan PP-JTM-100M	11,495,000	1	11,495,000	856,363	3/25/2019	DB PGH (1)
7	CPR Practice Model	PP-JTM-400M-MS	36,003,000	4	144,012,000		3/25/2019	Total 16 sub unit. 3 PGH (BD,DN,VP) and other 13 health facilities
8	CPR Practice Model bag	bag for PP-JTM-400M-MS	2,002,000	12	24,024,000		3/25/2019	set for above equipment installed 12 hospitals out of above 16 HP

(3) Office equipment

No	Item of equipment	Model No.	Unit	Price (VND)	Price (JPY)	Date of Purchase	Place
1	DIGITAL COPIER	Canon IR2525	1	60,000,000	295,620	2016/6/10	Project office
2	PRINTER	Canon LBP7110CW	1	10,000,000	49,270	2016/6/10	Project office
3	Laptop 1	Lenovo Ideapad200-25IBD	1	11,490,000	56,611	2016/6/15	Project office
4	Laptop 2	Lenovo Ideapad200-25IBD	1	11,490,000	56,611	2016/6/15	Project office
5	Desktop PC 1	Dell Vostro 3650 MT PYYPD1 i5	1	10,889,000	53,650	2016/6/15	Project office
6	Desktop PC 2	Dell Vostro 3650 MT PYYPD1 i5	1	10,889,000	53,650	2016/6/15	Project office
7	Desktop PC 3	Dell Vostro 3650 MT PYYPD1 i5	1	10,889,000	53,650	2016/6/15	Project office
8	Windows Pro 10 64bit 1	Windows Pro 10 64bit	1	3,180,000	15,668	2016/6/22	Project office
9	Windows Pro 10 64bit 2	Windows Pro 10 64bit	1	3,180,000	15,668	2016/6/22	Project office
10	Windows Pro 10 64bit 3	Windows Pro 10 64bit	1	3,180,000	15,668	2016/6/22	Project office
11	Office 2016 1	Office Home and Business 2016	1	4,350,000	21,432	2016/6/22	Project office
12	Office 2016 2	Office Home and Business 2016	1	4,350,000	21,432	2016/6/22	Project office
13	Office 2016 3	Office Home and Business 2016	1	4,350,000	21,432	2016/6/22	Project office
14	Office 2016 4	Office Home and Business 2016	1	4,350,000	21,432	2016/6/22	Project office
15	Office 2016 5	Office Home and Business 2016	1	4,350,000	21,432	2016/6/22	Project office

16	NAS(HDD)	Western EX2 ultra 0TB, Red 2TB 3.5	1	10,630,000	50,663	2016/8/16	Project office
17	Daikin airconditioning	FTXS50GVMV/RXS50GVMV	1	27,871,500	140,556	2016/12/6	Project office
18	laptop PC (w/ Windows 10 pro)	Dell Latitude E5550	1	23,590,000	117,455	2017/3/15	Project office
19	Mobile projector	Vivitec Qumi Q3 plus - BK	1	13,500,000	67,217	2017/3/15	Project office
20	Microsoft office pro	MS office	1	4,290,000	21,150	2017/4/18	Project office
21	SPSS	IBM SPSS base_D0EJ9LL	1	65,171,000	321,293	2017/4/20	Project office
22	SPSS 24.0	IBM SPSS desiktops 24.0_B904MML	1	2,696,000	13,291	2017/4/20	Project office
23	Projector for training 4	Viewsonic PA502X	1	13,550,000	66,869	2017/12/26	Pilot site (BD DOH)
24	Projector for training 1	Viewsonic PA502X	1	13,550,000	66,869	2017/12/26	Pilot site (DB DOH)
25	Projector for training 2	Viewsonic PA502X	1	13,550,000	66,869	2017/12/26	Pilot site (DN DOH)
26	Projector for training 3	Viewsonic PA502X	1	13,550,000	66,869	2017/12/26	Pilot site (VP DOH)
27	Handycam	Sony Handycam HDRPJ675	1	14,990,000	70,693	2018/3/18	Project office
28	Laptop PC	HP Envy 13	1	22,290,000	106,992	2018/8/10	Project office

ANNEX 1-4: List of Provision equipment

(1) Medical equipment provision (JFY 2019 - budget by Provision equipment)

No	Description	Model number	Unit Cost (VND)	Unit	Total cost (VND)	Total cost (JPY)	Date of Purchase	Distribution par Province
1	Suction/ tube feeding Simulator	LM-097B	45,600,000	20	912,000,000	4,313,760	-	St Paul Hospital (1) BD (4) DB (3) DN (8) VP (4)
2	injection models	LM-074	66,600,000	20	1,332,000,000	6,300,360	-	St Paul Hospital (2) BD (5) DB (3) DN (7) VP (3)
3	catheter placement models (male)	LM-109M (Male model)	33,500,000	20	670,000,000	3,169,100	-	St Paul Hospital (1) BD (4) DB (3) DN (8) VP (4)
4	catheter placement models (female)	LM-109F (Female model)	34,600,000	20	692,000,000	3,273,160	-	St Paul Hospital (1) BD (4) DB (3) DN (8) VP (4)
5	Decubitus Treatment Model	M69	36,300,000	20	726,000,000	3,433,980	-	St Paul Hospital (2) BD (4) DB (3) DN (7) VP (4)
6	Pediatric injection model	M95	69,500,000	2	139,000,000	657,470	-	DN (1) VP (1) (Pediatric hospital)
7	Neonatal resuscitation model	LM-089	42,500,000	2	85,000,000	402,050	-	DN (1) VP (1) (Pediatric hospital)
Total cost of provision equipment					4,556,000,000	21,549,880		

Note: All equipment is planned to install by the end of March 2020

ANNEX 1-5: Vietnamese side Counterpart

(1) List of Joint Coordinating Committee (JCC) members

- 1st JCC held on 20 October 2016
- 2nd JCC held on 8 September 2017
- 3rd JCC held on 17 August 2018
- 4th JCC held on 20 March 2019
- 5th JCC held on 4 March 2020

Chairperson:

- Vice Minister, Ministry of Health

Members:

a) Vietnamese side

- Director of Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health (Vacant since Middle of 2016 till January 2020) (Project Director)
- Deputy Director, Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health (Project Manager)
- Director, Administration of Medical Service, Ministry of Health (Deputy Manager)
- President of VNA Vietnam Nurses Association (VNA), (Deputy Manager)
- Deputy Head of Nutrition and Dietetics Division, Administration of Medical Service, Ministry of Health
- Director, Bach Mai Hospital
- Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital
- Vice Director, Binh Dinh Provincial Department of Health
- Vice Director, Dien Bien Provincial Department of Health
- Vice Director, Dong Nai Provincial Department of Health
- Vice Director, Vinh Phuc Provincial Department of Health
- Vice Director, Hanoi City Department of Health

Other personnel invited by Chairperson

- Representative of Department of Planning and Finance, Ministry of Health
- Representative of Department of International Cooperation, Ministry of Health
- Director, Saint Paul General Hospital
- Director, Binh Dinh Provincial General Hospital
- Director, Dien Bien Provincial General Hospital
- Director, Dong Nai Provincial General Hospital
- Director, Vinh Phuc Provincial General Hospital

b) Japanese side

- Senior Representative of JICA Vietnam Office
- Chief Adviser/Nursing Care Policy and Administration Expert
- Long-term Expert/ Nursing Education Expert
- Project Coordinator / Training Management Expert
- Other personnel concerned, to be assigned by JICA, if necessary

c) Observers
- Representative of Embassy of Japan
- Other personnel appointed by the Chairperson

(2) List of Central Project Management Unit (CPMU)

No	Name	Position in CPMU	Belong organization/ Position
1	Mr. Pham Van Tac	Project Director of PMU (since January 2020)	Director of ASTT, MoH
2	Mr. Nguyen Minh Loi	Project Manager of PMU	Deputy Director of ASTT, MoH held position until January 2020
3	Ms. Pham Ngan Giang	Project Manager of PMU (since February 2020)	Cabinet of ASTT, MoH
4	Mr. Hoang Van Thanh	Deputy Manager of PMU	Deputy Director of MSA, MoH
5	Mr. Pham Duc Muc	Deputy Manager of PMU	President of VNA
6	Ms. Vu Thi Thu Phuong	Chief Accountant of PMU	Chief Accountant of ASTT, MoH
7	Mr. Lai Vu Kim	PMU Coordinator	Officer of Training Management Division, ASTT, MoH held position until February 2020
8	Mr. Pham Ngoc Bang	PMU Secretary	Officer of Training Management Division, ASTT, MoH
9	Ms. Pham Thi Kim Thanh	PMU member	Deputy Head of Administration Division of ASTT, MoH
10	Ms. Ha Thi Kim Phuong	PMU member	Deputy Head of Nutrition and Dietetics Division, MSA, MoH
11	Ms. Nguyen Hoai Thu	PMU member	Accountant of ASTT, MoH

Budget for CPMU in 2019: 900,000,000VND

List of Provincial Project Management Unit (PPMU) in Binh Dinh

No.	Name	Title	Organization
1	Ms. Nguyen Thi Tuyet Nhung	Deputy Director	Binh Dinh DOH
2	Mr. Ho Viet My	Director	Binh Dinh Provincial General Hospital
3	Ms. Nguyen Thi Nhu Tu	Deputy Head of Medical Profession Division	Binh Dinh Department of Health
4	Ms. Hoang Thi Phuong	Accountant	Binh Dinh Provincial General Hospital
5	Ms. To Quang Vinh	Treasurer	Binh Dinh Department of Health
6	Ms. Truong Thi Huong	Head of Nursing Department	Binh Dinh Province General Hospital
7	Ms. Tran Thi Xuan Tam	Staff of Nursing Department	Binh Dinh Provincial General Hospital
8	Ms. Le Ho Thi Huyen	Head Nurse of Pediatrics Department	Binh Dinh Province General Hospital

Budget for PPMU Binh Dinh in 2019: 300,000,000VND
Budget for PPMU Binh Dinh in 2020: 600,000,000VND

(1) List of Project Pilot site

No	Province/City	No. of hospital upper level of grade 3		
		National/Province	District	Total
1	Dien Bien province	5	10	15
2	Vinh Phuc province	6	10	16
3	Binh Dinh province	8	11	19
4	Dong Nai province	9	15	24
5	Hanoi city	1	0	1
6	Bach Mai hospital	1	0	1
Total		30	46	76

ANNEX 1-6: List of Local experts

(1) Baseline survey local consultant team (JFY 2019)

No.	Name	Title	Organization
1	Nguyen Thi Bach Yen, PhD	Team leader	The Center for Environment and Health Studies
2	Phan Thi Dung PhD	Research assistant	The Center for Environment and Health Studies
3	Tran Trong Khue, MPH	Research assistant	The Center for Environment and Health Studies
4	Hoang Thi Xuan Huong	Enumerator	The Center for Environment and Health Studies
6	Nguyen Thi Hong Anh, MSc	Enumerator	The Center for Environment and Health Studies
7	Trinh Huu Hiep, BA	Data-entry staff	The Center for Environment and Health Studies

(2)Technical Working Group (JFY 2016, 2017)

No.	Name	Title	Organization
1	Mr. Nguyen Minh Loi	Deputy Director, held position until January 2020	Administration of Science Technology and Training (ASTT), Ministry of Health
2	Mr. Nguyen Duc Muc	Chairman	Vietnam Nurses Association
3	Mr. Nguyen Thanh Duc	Former Head of Postgraduate Training and Continuing Medical Education Management Division	ASTT
4	Mr. Nguyen Quoc Huy	Deputy Head of Postgraduate Training and Continuing Medical Education Management Division	ASTT
5	Mr. Pham Ngoc Bang	Official	ASTT
6	Ms. Pham Thi Kim Thanh	Vice Chief of Cabinet	ASTT
7	Ms. Ha Thi Kim Phuong	Deputy Head of Nutrition and Dietetics Division	Medical Services Administration
8	Ms. Nguyen Thi Nhu Tu	Deputy Head Medical Profession Division	Binh Dinh Department of Health
9	Mr. Ta Van Hien	Nurse leader	Dien Bien Department of Health
10	Ms. Huynh Tu Anh	Nurse leader	Dong Nai Department of Health

11	Ms. Nguyen Dinh Khang	Nurse leader	Vinh Phuc Department of Health
12	Ms. Do Hong Thanh	Nurse leader	Hanoi Department of Health
13	Ms. Truong Thi Thu Huong	Vice President - Head of Training Department	Bach Mai Medical College
14	Ms. Bui Minh Thu	Head of Nursing Department	Bach Mai Hospital
15	Ms. Nguyen Thi Viet Nga	Head of Nursing Department	Saint Paul Hosptial
16	Ms. Truong Thi Huong	Head of Nursing Department	Binh Dinh Province General Hosptial
17	Ms. Dang Thi Tu Loan	Head of Nursing Department	Dien Bien Province General Hospital
18	Ms. Tran Thi Huong	Head of Nursing Department	Dong Nai Province General Hospital
19	Ms. Dinh Thi Ngoc Thuy	Head of Nursing Department	Vinh Phuc Province General Hosptial

(3) Small Technical Working Group (sTWG) (JFY2016)

No.	Name	Title	Organization
sTWG 1: Group for development of Guideline for Clinical training /Standard Technical Assessment tool/ Minimum Preinfectional requirement for New nurse			
1	Ms. To Thi Dien	Vice Chairwoman Group leader	Vietnam Nurses Association
2	Ms. Ha Thi Kim Phuong	Deputy Head of Nutrition and Dietetics Division	Medical Services Administration
3	Ms. Dinh Thi Ngoc Thuy	Head of Nursing Department	Vinh Phuc Province General Hospital
4	Ms. Truong Thi Huong	Head of Nursing Department	Binh Dinh Province General Hospital
5	Ms. Truong Thi Thu Huong	Vice President - Head of Training Department	Bach Mai Medical College
sTWG 2: Group for development of Guideline / Curricula /Teaching material for Training of Trainer (TOT)			
6	Ms. Nguyen Thi Viet Nga	Head of Nursing Department Group leader	Saint Paul Hospital
7	Ms. Phan Thi Dung	Former Head of Nursing Department	Viet Duc University Hospital
8	Ms. Huynh Tu Anh	President	Dong Nai Provincial Nurses Association
9	Ms. Tran Thi Huong	Deputy Head of Nursing Department	Dong Nai Province General Hospital

10	Ms. Huynh Thi Binh	Former Head of Nursing Faculty	Hai Duong Medical Technical University
sTWG 3: Group for development of Standard Curricula/ modules / Syllabi for Competency - based Clinical training for New Nurses			
11	Ms. Pham Thu Ha	Member of Committee Group leader	Vietnam Nurses Association
12	Ms. Bui Minh Thu	Head of Nursing Department	Bach Mai Hospital
13	Ms. Dang Thi Tu Loan	Head of Nursing Department	Dien Bien Province General Hospital
14	Ms. Nguyen Dinh Khang	Nurse leader	Vinh Phuc Department of Health
15	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director	Pre-clinical Practice Centre, Nam Dinh University of Nursing

(4) Small Technical Working Group (JFY 2017)

No.	Name	Title	Organization
sTWG 4: Group for development guideline of monitoring, supervision and auditing system and related report formats for Clinical training for New Nurses			
1	Ms. Nguyen Thi Viet Nga	Head of Nursing Department Group leader	Saint Paul Hospital
2	Ms. To Thi Dien	Vice Chairwoman	Vietnam Nurses Association
3	Mr. Huynh Tu Anh	Nurse leader	Dong Nai DoH
4	Mr. Ta Van Hien	Nurse leader	Dien Bien DoH
5	Ms. Dinh Thi Ngoc Thuy	Head of Nursing Department	Vinh Phuc Province General Hospital
sTWG 5: Group for development Textbook and related formats / Clinical training Handbook for Clinical training for New Nurses			
6	Ms. Phan Thi Dung	Membership Group leader	Vietnam Nurses Association
7	Ms. Cao Thi My	Official, Nursing Department	Dien Bien Province General Hospital
8	Ms. Le Ho Thi Huyen	Head Nurse of Pediatrics Department	Binh Dinh Province General Hospital
9	Ms. Truong Thi Thu Huong	Vice President - Head of Training Department	Bach Mai Medical College
10	Ms. Huynh Thi Binh	Former Head of Nursing Faculty	Hai Duong Medical Technical University

11	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director of Pre-clinical Practice Centre	Nam Dinh University of Nursing
sTWG 6: Group for Reporting/ Revising all output of small Technical Working Groups with consistency			
12	Ms. Nguyen Bich Luu	Vice Chairwoman Group leader	Vietnam Nurses Association
13	Ms. Nguyen Thi Nhu Tu	Nurse leader	Binh Dinh Department of Health
14	Ms. Nguyen Do Thi Ngan Trang	Head of Nursing Department	Thong Nhat General Hospital
15	Ms. Nguyen Thi Anh	Staff of Nursing Department	Bach Mai Hospital
16	Ms. Nguyen Thanh Thuy	Head of Nursing Department	Hanoi Medical College
17	Ms. Ly Thi Phuong Hoa	Former lecturer	Tra Vinh University
sTWG 1.2.3 joint team: Group for revision and updating outputs which is sTWG 1,2,3 had previously developed (in Version 1), based on comments and recommendations from sTWG 6, ASTT and Japanese experts.			
18	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director of Pre-clinical Practice Centre Group leader	Nam Dinh University of Nursing
19	Ms. To Thi Dien	Vice Chairwoman	Vietnam Nurses Association
20	Ms. Dinh Thi Ngoc Thuy	Head of Nursing Department	Vinh Phuc Province General Hospital
21	Ms. Nguyen Thi Viet Nga	Head of Nursing Department Group leader	Saint Paul Hospital

(5) Expert team of training material edition in JFY 2018

No	Name	Organization / Position	Role in the team
1	Mr. Nguyen Duc Muc	Chairman, Vietnam Nurses Association	Supervisor
2	Mr. Nguyen Thanh Duc	Former Head of Postgraduate Training and Continuing Medical Education Management Division, ASTT, MOH	Training Management Guideline
3	Ms. Huynh Thi Binh	Former Head Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University	Training Guideline of Clinical training for New Nurses/ Textbook (Theory and Practice)

4	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director, Pre-clinical Practice Centre, Nam Dinh University of Nursing	Training Guideline and Material for Preceptor training Management Guideline
5	Nguyen Minh Nguyet	Lecturer of Nursing, Nursing Department, Faculty of Clinical Medicine, Ha Noi University of Public Health	Training assessment tool (check list), case study development

(6) Expert team of training material edition in JFY 2019

No.	Name	Title	Organization
Material Finalization: Finalize all training material based on the result of monitoring of pilot training.			
1	Mr. Nguyen Thanh Duc	Former Head of Postgraduate Training and Continuing Medical Education Management Division	ASTT, MOH
2	Ms. Huynh Thi Binh	Former Head of Nursing Faculty	Hai Duong Medical Technical University
3	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director of Pre-clinical Practice Centre	Nam Dinh University of Nursing
Assessment tools development: Competency based assessment tool and its user manual.			
1	Ms. Pham Thi Thu Huong	Vice Dean of Faculty of Nursing	Phenikaa university
2	Ms. Nguyen Thi Lan Anh	Vice Dean of Faculty of Nursing and Midwifery	Hanoi Medical University
3	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director of Pre-clinical Practice Centre	Nam Dinh University of Nursing
4	Ms. Tran Thuy Khanh Linh	Vice Dean of Faculty of Nursing and Medical Technology	University of Medicine and Pharmacy in Ho Chi Minh City
5	Ms. Vuong Thi Nhat Le	Deputy head of Nursing Department	Cho Ray Hospital
Development of evidence-based basic nursing skills' video-clip for e-learning model			
1	Mr. Nguyen Quoc Minh	C.E.O, Founder	Dream Forest Pictures

(7) Training material national appraisal committee (JFY 2019)

No.	Name	Title	Organization / Position
1	Ms. Tran Thuy Hanh	Chairwoman	Former Director of Bach Mai Hospital
2	Mr. Nguyen Trong Khoa	Vice Chair	Deputy Director of MSA, MOH
3	Mr. Tran Quang Huy	Correspondent	Nursing Manager of Vinmec Hospital
4	Mr. Ngo Huy Hoang	Correspondent	Deputy Director of Nam Dinh Nursing University
5	Mr. Trinh Van Hung	Member	Officer of ASTT, MOH
6	Mr. Le Manh Hung	Member	Head of Nursing Department, Central Lung Hospital
7	Ms. Duong Thi Thanh Huyen	Member	Head Nurse of Nam Dinh Department of Health
8	Mr. Lai Vu Kim	Secretary	Officer of ASTT, MOH held position until January 2020
9	Mr. Pham Ngoc Bang	Secretary	Officer of ASTT, MOH

(8) Expert team of endline survey (quantitative and qualitative survey) (JFY 2019)

No.	Name	Title	Organization
Development of questionnaire, field survey for quantitative survey			
1	Ms. Ho Thi Hien	Deputy Head of Faculty of Clinical Medicine	Ha Noi University of Public Health
2	Ms. Pham Thi Thu Huong	Vice Dean of Faculty of Nursing	Phenikaa university
3	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director of Pre-clinical Practice Centre	Nam Dinh University of Nursing
4	Ms. Mai Thi Lan Anh	Vice director of Pre-clinical Practice Centre and Vice head of International cooperation department	Nam Dinh University of Nursing
5	Ms.Dang Tran Ngoc Thanh	Vice-Dean, Faculty of Nursing, Midwife and Medical Technology	Pham Ngoc Thach University of Medicine
Web-based questionnaire development for quantitative survey and data management			
1	Mr. Le Dang Trung	Director	Real-Time Analytics (RTA)

Field survey and analyzing for quantitative survey			
1	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director	Pre-clinical Practice Centre, Nam Dinh University of Nursing
2	Ms. Pham Thi Thu Huong	Vice Dean	Faculty of Nursing, Phenikaa university
3	Ms.Dang Tran Ngoc Thanh	Vice-Dean, Faculty of Nursing and Medical Technology	Pham Ngoc Thach University of Medicine

(9) Expert of online TOT seminar for teachers of nursing university (JFY 2020)

No.	Name	Title	Organization
Lecturers on covid-19 prevention and control			
1	Mr. Vu Quoc Dat	Lecturer at Department of Infectious Diseases	Hanoi Medical University
2	Ms. Hoang Thi Hai Van	Deputy Head of Biostatistics and Medical Informatics Department	School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University
3	Mr. Pham Quang Thai	Vice head of Statistic and Bio-informatic Department	Institute of Preventive medicine and public health, Hanoi medical university
Online seminar systems and solutions			
1	Mr. Le Dang Trung	Director	Real-Time Analytics (RTA)

(10) Expert of online seminar for clinical training system dissemination (JFY2020)

No.	Name	Title	Organization
Experts to introduce clinical training			
1	Mr. Nguyen Duc Muc	Chairman	Vietnam Nurses Association
2	Mr. Nguyen Thanh Duc	Former Head of Postgraduate Training and Continuing Medical Education Management Division	ASTT, MOH
3	Ms. Huynh Thi Binh	Former Head Nursing Faculty	Hai Duong Medical Technical University
4	Ms. Nguyen Thi Minh Chinh	Director, Pre-clinical Practice Centre	Nam Dinh University of Nursing
5	Ms. Huynh Tu Anh	Nurse leader	Dong Nai Department of Health

6	Ms.Cao Thi Hai Yen	Head of nursing department	Dong Nai provincial general hospital
Online seminar systems and solutions			
1	Mr. Le Dang Trung	Director	Real-Time Analytics (RTA)

ANNEX 2: Achievement of the Project

2-1 Implementation of trial training developed by the Project

(1) Clinical training for new nurse

(2) Training of trainer (TOT) and preceptor training

2-2 Policy related document of the Project

(1) Strategic paper (presented at JCC in Mar 2020) (Vietnamese with English translation for reference)

(2) Preliminary summary of Quantitative and Qualitative survey (presented at JCC in Mar 2020)

(3) Decision on promulgation of training curriculum and material (No.30/QD-K2DT, 03/03/2020) (Vietnamese with English translation for reference)

2-3 List of Products produced by the Project

(1) Baseline survey report (JFY 2016) *

(2) Training materials (Final version) (JFY 2019) (Vietnamese*/ English*)

(a) Curriculum of clinical training for new nurses

(b) Textbook of clinical training for new nurses

(c) Training Curriculum and Materials for preceptors

(d) Guidance on management and implementation of clinical training for new nurses

(3) Supplemental materials for clinical training (JFY 2019) *

(a) Model slides for preceptor training (orientation, lesson 1-5)

(b) Question bank of pre-, post-test for preceptor training

(c) Supportive materials for competency-based assessment

(d) Sample video-clip for preceptors

*Note: Soft copy of products produced by the project is attached as a separate volume

ANNEX 2-1. Implementation of trial training developed by the Project

- Total number of new nurses completed Clinical Training by Dec 2019: 626
- Total number of preceptors trained by ToT / Preceptor Training: 1403

(1) Clinical Training for new nurse

	2018	2019	2020	Total
No. of new nurses registered CT	367	259	517	1143
No. of new nurses trained (completed CT by year)	332	250	498*ongoing	626 (*)
No. of CT courses	18	14	14	46
No. of health facilities implement CT	19	15	11	21(※)

(*) excluded ongoing, (※) excluded duplication

Clinical Training (2018)

No	Province	Venue	Starting date	Ending date	No. NN Registered NN	No. NN Completed CT	No. NN Drop out
1	Ha Noi	Saint Paul Hospital (HP)	01/01/2018	31/12/2018	31	14	17
2	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	01/03/2018	30/11/2018	6	6	0
3	Vinh Phuc	Vinh Phuc Provincial General HP	01/03/2018	01/11/2018	18	18	0
4	Vinh Phuc	Phuc Yen Regional General HP	01/03/2018	01/11/2018	9	9	0
5	Vinh Phuc	Vinh Phuc Obstetrics & Pediatrics HP	01/03/2018	01/11/2018	24	24	0
6	Binh Dinh	Binh Dinh Provincial General HP	02/01/2018	01/09/2018	17	13	4
7	Binh Dinh	Binh Dinh Provincial General HP	01/04/2018	01/12/2018	29	29	0

8	Binh Dinh	Bong Son Regional General HP	01/02/2018	01/11/2018	14	13	1
9	Binh Dinh	Quy Nhon City Health Center	01/02/2018	01/10/2018	14	14	0
10	Dong Nai	Dong Nai Provincial General HP	01/03/2018	01/12/2018	100	90	10
11	Dong Nai	Thong Nhat Dong Nai General HP	01/02/2018	31/10/2018	27	27	0
12	Dong Nai	Long Thanh Regional General HP	01/02/2018	01/11/2018	10	10	0
13	Dong Nai	Long Khanh Regional General HP	01/02/2018	31/10/2018	28	26	2
14	Dong Nai	Trang Bom District Health Center	-	-	6	6	0
15	Dong Nai	Tan Phu District Health Center	-	-	15	15	0
16	Dong Nai	Xuan Loc District Health Center	-	-	5	5	0
17	Dong Nai	Vinh Cuu District Health Center	01/02/2018	31/10/2018	9	9	0
18	Dong Nai	Bien Hoa City Health Center	01/03/2018	30/11/2018	5	4	1
		2018 Total			367	332	35

Clinical Training (2019)

No	Province	Venue	Starting date	Ending date	No. Registered NN	No. NN Completed CT	No. NN Drop out
1	Central Level	Bach Mai HP	01/10/2018	30/06/2019	33	33	0
2	Central Level	Bach Mai HP	01/02/2019	10/01/2019	30	30	0
3	Ha Noi	Saint Paul HP	01/01/2019	30/12/2019	23	23	0

4	Vinh Phuc	Vinh Phuc Provincial General HP	01/04/2019	31/12/2019	10	10	0
5	Binh Dinh	Binh Dinh Provincial General HP	01/04/2019	31/12/2019	5	5	0
6	Binh Dinh	Bong Son Regional General HP	22/05/2018	21/02/2019	13	13	0
7	Binh Dinh	Bong Son Regional General HP	23/08/2018	22/05/2019	8	6	2
8	Binh Dinh	Bong Son Regional General HP	16/11/2018	15/08/2019	5	4	1
9	Binh Dinh	Quy Nhon City Health Center	01/08/2018	30/04/2019	9	9	0
10	Binh Dinh	Quy Nhon City Health Center	01/04/2019	31/12/2019	15	15	0
11	Dong Nai	Thong Nhat Dong Nai General HP	06/03/2019	05/12/2019	25	25	0
12	Dong Nai	Long Khanh Regional General HP	01/02/2019	30/10/2019	33	32	1
13	Dong Nai	Pediatrics Dong Nai HP	01/02/2019	30/10/2019	43	38	5
14	Dong Nai	Bien Hoa City Health Center	01/03/2019	30/11/2019	7	7	0
		2019 Total			259	250	9

Clinical Training (2020 *ongoing)

No	Province	Venue	Starting date	Ending date	No. NN Registered by Dec 2019	No. NN Estimated to be Complete CT	No. NN Drop out as of Dec 2019
1	Central Level	Bach Mai HP	13/05/2019	12/02/2020	30	30	0
2	Central Level	Bach Mai HP	13/06/2019	12/03/2020	215	215	0

3	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	15/08/2019	14/05/2020	28	25	3
4	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	16/09/2019	15/06/2020	31	29	2
5	Dien Bien	Tuan Giao District Health Center	04/09/2019	03/06/2020	10	10	0
6	Dien Bien	Tua Chua District Health Center	15/09/2019	14/06/2020	8	8	0
7	Vinh Phuc	Phuc Yen Regional General HP	15/05/2019	14/02/2020	7	7	0
8	Binh Dinh	Binh Dinh Provincial General HP	01/10/2019	30/06/2020	23	23	0
9	Binh Dinh	Bong Son Regional General HP	01/11/2019	31/07/2020	5	5	0
10	Binh Dinh	Quy Nhon City Health Center	01/11/2019	31/07/2020	12	12	0
11	Dong Nai	Dong Nai Provincial General HP	15/07/2019	14/04/2020	87	75	12
12	Dong Nai	Thong Nhat Dong Nai General HP	10/07/2019	09/04/2020	27	27	0
13	Dong Nai	Thong Nhat Dong Nai General HP	30/10/2019	29/07/2020	11	11	0
14	Dong Nai	Pediatrics Dong Nai HP	01/08/2019	29/04/2020	23	21	4
		2020 Total (*ongoing)			517	498*	21

(2) TOT and Preceptor Training

	2017-2018	2019	Total
No. of preceptors trained	1019 (※)	384	1403
No. of preceptor training courses	21	14	35

(※) included trainer of ToT (529 nurses) and preceptor training by each health facility (490 nurses)

TOT (2017-2018)

No	Province	Venue	Starting date	Ending date	Number of participants	Remarks
1	Saint Paul	Saint Paul HP	2017/4/12 2017/4/18	2017/4/14 2017/4/20	15	TOT trial
2	Dong Nai	Dong Nai Provincial General HP	2017/6/6 2017/6/12	2017/6/8 2017/6/14	16	TOT trial
3	Saint Paul Hospital	Saint Paul HP	9/11/2017	9/15/2017	25	TOT 1
4	Dong Nai	Dong Nai Provincial General HP	9/18/2017	9/22/2017	31	TOT 1
5	Binh Dinh	Quy Nhon City health facility	9/25/2017	9/30/2017	23	TOT 1
6	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	10/2/2017	10/6/2017	20	TOT 1
7	Vinh Phuc	Dam Vac Guest House	10/9/2017	10/13/2017	20	TOT 1
8	Bach Mai Hospital	Bach Mai Medical College	10/16/2017	10/20/2017	31	TOT 1
9	Binh Dinh	Binh Dinh Department of Health (DOH)	10/30/2017	11/3/2017	25	TOT 2
10	Vinh Phuc	Tam Giao Restaurant	10/30/2017	11/3/2017	21	TOT 2

11	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	11/6/2017	11/10/2017	22	TOT 2
12	Dong Nai	Dong Nai Pediatric HP	12/25/2017	12/29/2017	36	TOT 2
13	Bach Mai Hospital	Bach Mai Medical College	1/23/2018	1/27/2018	33	TOT 2, 4 from Hue Central Hp
14	Dong Nai	Thong Nhat Dong Nai General HP	2018/4/13 2018/4/16	4/19/2018	27	TOT 3
15	Saint Paul Hospital	Saint Paul HP	6/4/2018	6/8/2018	20	TOT 2
16	Dong Nai	Dong Nai Provincial General HP	6/11/2018	6/15/2018	28	TOT 4, (22) 6 from Cho Ray hp
17	Dien Bien	Dien Bien Provincial General HP	6/18/2018	6/22/2018	22	TOT 3
18	Binh Dinh	Center of HIV/AIDS Control/	6/18/2018	6/22/2018	26	TOT 3
19	Binh Dinh	Center of HIV/AIDS Control/	6/25/2018	6/29/2018	26	TOT 4
20	Vinh Phuc	Vinh Phuc Med. Secondary School	7/23/2018	7/27/2018	29	TOT 3
21	Vinh Phuc	Vinh Phuc Med. Secondary School	10/1/2018	10/5/2018	33	TOT 4
		2017- 2018 Total			529	-

Preceptor Training (2019)

No	Province	Venue	Starting date	Ending date	Number of participants	Remarks
1	Dong Nai	Long Khanh Regional General HP	2/1/2019	2/5/2019	7	Self-financing
2	Hue	Hue Central HP	7/05/2019	11/05/2019	32	Self-financing
3	Hue	Hue Central HP	20/05/2019	24/05/2019	33	Self-financing
4	Dien Bien	Dien Bien Province	13/05/2019	17/05/2019	24	DB PGH (3) Tuan Giao (4) Muong Cha (1) Tua Chua (3) Muong Nhe (4) DB Dong (3) Nam Po (3) Muong Ang (2) were attended (supported by Project (a part))
5	Binh Dinh	Binh Dinh Province	24/05/2019	24/05/2019	44	BD PGH (30) and from other hospitals (14) were attended, Self-financing
6	Dong Nai	Dong Nai Pediatric HP	6/1/2019	6/5/2019	26	DN Pediatric hp (20) and from other hospitals (6) were attended, Self-financing
7	Hanoi	Saint Paul HP	6/17/2019	6/21/2019	30	3 extended (Thanh Nhan (10), Ha Dong (10), Duc Giang (10),) hospitals attend (Funded by Hanoi DOH)
8	Hanoi	Duc Giang HP	7/25/2019	7/29/2019	24	Self-financing
9	HCMC	Cho Ray HP	8/26/2019	8/30/2019	23	Self-financing
10	HCMC	Cho Ray HP	9/16/2019	9/20/2019	25	Self-financing
11	Binh Dinh	Binh Dinh DOH	10/14/2019	10/18/2019	30	PPMU Binh Dinh financed and organized 4 courses with total 116 PCTs from 19 hospitals
12	Binh Dinh	Binh Dinh DOH	10/21/2019	10/25/2019	30	

13	Binh Dinh	Binh Dinh DOH	10/28/2019	11/1/2019	28	
14	Binh Dinh	Binh Dinh DOH	11/4/2019	11/8/2019	28	
		2019 Total			384	-

Preceptor Training by hospitals (2017-2018)

No	Province	Organized /Venue	Starting date	Ending date	Number of participants	Remarks
1	Dien Bien	Dien Bien Province	-	-	227	4 days training using Material ver.1
2	Vinh Phuc	Vinh Phuc Province	-	-	84	4 days training using Material ver.1
3	Binh Dinh	Binh Dinh Province	-	-	36	4 days training using Material ver.1
4	Dong Nai	Dong Nai Province	-	-	143	4 days training using Material ver.1
		Preceptor Training by hospitals (2017-2018) Total			490	-

Advanced Preceptor Training by hospital/DOH in 2019 (※)

No	Province	Organized /Venue	Starting date	Ending date	Number of participants	Remarks
1	Dien Bien	Dien Bien Province	-	-	59	3 days advanced training for existing preceptors organized by DOH
2	Binh Dinh	Binh Dinh General Hospital	-	-	67	1 day advanced training for existing preceptors
		Advanced Preceptor Training by hospital/DOH 2019 (※) Total			126	-

(※) Targets of training were duplicated with previous ToT and preceptor training

Dự án "Tăng cường hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp"

KẾ HOẠCH CHIẾN LƯỢC
Triển khai nhân rộng Hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp trên toàn quốc

I. Bối cảnh

Điều dưỡng là một trong những trụ cột của hệ thống dịch vụ y tế, có mặt ở mọi tuyến của hệ thống y tế và có vai trò quan trọng trong thực hiện các mục tiêu của hệ thống y tế như tăng cường sự tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản, bảo đảm tính phổ cập, công bằng, hiệu quả trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tại Việt Nam, hệ thống đào tạo điều dưỡng với khoảng 150 trường có đào tạo điều dưỡng các trình độ đại học, cao đẳng, trung cấp và cung cấp bình quân trên 30.000 điều dưỡng tốt nghiệp hàng năm. Tuy nhiên, so với các nước trong khu vực và trên thế giới, chăm sóc điều dưỡng ở Việt Nam vẫn còn mới và chưa phát triển, năng lực, kỹ năng chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng chưa đáp ứng được yêu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân cũng như hội nhập quốc tế.

Theo quy định của Luật Khám, chữa bệnh hiện hành của Việt Nam (năm 2009), trước khi được xét cấp chứng chỉ hành nghề, người điều dưỡng mới tốt nghiệp phải được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác nhận bằng văn bản quá trình thực hành nghề nghiệp trong thời gian 09 tháng về thời gian, năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có quy định về điều kiện cơ sở thực hành, về chương trình tài liệu đào tạo chuẩn, về đánh giá công nhận đủ điều kiện để cấp giấy chứng nhận thực hành, người hướng dẫn thực hành cũng chưa được chuẩn hóa. Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã xây dựng các chương trình đào tạo để đào tạo chính cho điều dưỡng viên mới tại cơ sở mình, tuy nhiên chất lượng và số lượng của các chương trình đào tạo rất khác nhau giữa các cơ sở y tế, khó đảm bảo chuẩn năng lực chung điều dưỡng. Việt Nam cũng chưa có quy định về thi quốc gia để xét cấp chứng chỉ hành nghề để có thể đảm bảo chất lượng nhân lực đầu vào của hệ thống y tế và quản lý hoạt động hành nghề.

Nhằm chuẩn hóa, nâng cao năng lực chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên một cách chuyên nghiệp, đáp ứng yêu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân và đáp ứng yêu cầu thực hiện thỏa thuận công nhận lẫn nhau về điều dưỡng trong khu vực ASEAN và hội nhập quốc tế, Dự án Tăng cường hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp sử dụng nguồn vốn ODA viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Nhật Bản đã được hình thành và triển khai giúp

Bộ Y tế Việt Nam xây dựng hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp.

Kể từ khi Dự án bắt đầu đi vào hoạt động năm 2016, Dự án đã xây dựng được hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng, bao gồm: 1) Tài liệu đào tạo; 2) Đào tạo cho điều dưỡng viên mới và người hướng dẫn; 3) Nâng cao năng lực về quản lý đào tạo lâm sàng cho cá nhân (người hướng dẫn, điều dưỡng cấp quản lý, điều dưỡng trưởng tại các Sở Y tế và các cơ sở y tế) và tổ chức (các cơ sở y tế, các cơ quan quản lý y tế cấp trung ương và cấp tỉnh); và 4) Đóng góp vào việc xây dựng các chính sách và qui định có liên quan. Bộ chương trình và tài liệu do Dự án xây dựng với sự tham gia của các chuyên gia JICA và chuyên gia trong nước đã được Bộ Y tế thẩm định và ban hành bao gồm: 1) Đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, 2) Đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, 3) Hướng dẫn tổ chức, quản lý đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

Chương trình đào tạo và bộ công cụ đánh giá dựa theo Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam do Dự án xây dựng đã đóng góp cho việc áp dụng không chỉ học tập dựa trên năng lực của điều dưỡng mà còn giúp họ đạt được chuẩn năng lực cơ bản. Chương trình đào tạo thực hành lâm sàng 09 tháng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp do Dự án xây dựng là chương trình đầu tiên của Việt Nam được xây dựng dựa trên chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam do Bộ Y tế ban hành. Dựa trên chương trình và tài liệu đào tạo được xây dựng, Dự án đã tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới và đào tạo người hướng dẫn tại 5 tỉnh/thành phố thí điểm. Theo thống kê, đã có 1.080 điều dưỡng viên mới tại 21 cơ sở y tế đủ điều kiện đào tạo và 1.403 người hướng dẫn tại 71 cơ sở y tế đã được đào tạo.

Hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng triển khai thí điểm tại 5 tỉnh/thành phố tham gia Dự án đã góp phần chuẩn hóa năng lực của điều dưỡng dựa trên "Chuẩn năng lực" và cũng nâng cao các năng lực khác nữa của điều dưỡng như kỹ năng quản lý và giảng dạy của đội ngũ lãnh đạo, người hướng dẫn và điều dưỡng. Hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng cũng đẩy mạnh sự phối hợp giữa các phòng ban có liên quan tại các cơ sở y tế như Phòng Điều dưỡng, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng Tổ chức cán bộ cũng như phối hợp giữa các cơ quan ban ngành: các cơ sở y tế, Sở Y tế và các trường đào tạo y tế. Theo đó, đào tạo thực hành lâm sàng đã được triển khai với kinh phí phù hợp tại một số cơ sở y tế và đã có những tỉnh triển khai đào tạo cho người hướng dẫn sử dụng nguồn ngân sách của tỉnh dựa trên kế hoạch hàng năm của các cơ sở y tế và Sở Y tế.

Trước thực tế này, mục tiêu tổng thể của Dự án dự kiến sẽ đạt được khi đào tạo thực hành lâm sàng sẽ được quy định là một bước trong quy trình cấp giấy phép hành nghề theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi. Tuy nhiên, cần phải xây dựng chiến lược để đảm bảo triển vọng đạt được của mục tiêu tổng thể và kế hoạch chiến lược thực sự cần thiết để giải quyết các vấn đề liên quan đến tính bền vững của Dự án.

II. Mục tiêu

1. Mục tiêu:

Chất lượng chăm sóc y tế của Việt Nam được nâng cao thông qua việc nhân rộng toàn quốc hệ thống đào tạo lâm sàng cho các điều dưỡng mới tốt nghiệp.

2. Chỉ số:

2.1. Đến năm 2025, 80% điều dưỡng mới tốt nghiệp ở Việt Nam hoàn thành chương trình đào tạo thực hành lâm sàng chuẩn dựa trên năng lực.

2.2. Đến năm 2025, 80% các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở Việt Nam triển khai thực hiện theo hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

3. Thời gian thực hiện: Từ năm 2020 đến 2025.

III. Nội dung

1. Xây dựng các quy định pháp lý về đào tạo thực hành lâm sàng

- Để đảm bảo hoạt động đào tạo thực hành lâm sàng được quy định trong dự thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi, Bộ Y tế cần phối hợp và thảo luận với các bên có liên quan để đệ trình lên Quốc hội xem xét, phê duyệt việc thực hiện đào tạo thực hành lâm sàng trước khi được hành nghề một cách độc lập đối với nhân viên y tế có cấp chứng chỉ hành nghề trong đó có điều dưỡng. Việc thể chế hóa hệ thống đào tạo lâm sàng bằng các văn bản pháp lý hoặc các điều khoản trong các quy định có liên quan sẽ đảm bảo hiệu lực thi hành đối với các hoạt động hành chính tại Việt Nam, đặc biệt để đảm bảo nguồn nhân lực và tài chính để triển khai hoạt động.

- Trên cơ sở Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi, Bộ Y tế cần xây dựng và ban hành Thông tư hướng dẫn tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, quy định cụ thể về điều kiện cơ sở tổ chức đào tạo, về người hướng dẫn thực hành, chương trình tài liệu đào tạo, về đánh giá, về kinh phí đào tạo… để có thể thống nhất triển khai trên toàn quốc.

2. Tiếp tục các hoạt động nhân rộng mô hình đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới do Dự án xây dựng trên quy mô toàn quốc

- Giới thiệu mô hình đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới trên toàn quốc (Hội thảo, hội nghị, tờ rơi, website, báo chí…)

- Tổ chức đợt làm việc chuyên đề với các Sở Y tế, các bệnh viện về triển khai tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

- Hỗ trợ các đơn vị/các tỉnh, thành phố trong quá trình triển khai mô hình đào tạo thực hành thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

3. Rà soát và điều chỉnh Chương trình và tài liệu đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp

- Chương trình và tài liệu đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp cần tiếp tục được rà soát và chỉnh sửa để phù hợp với Luật Khám bệnh,

chữa bệnh sửa đổi cũng như các văn bản quy phạm pháp luật liên quan.

4. Xây dựng hệ thống đánh giá dựa trên năng lực cho điều dưỡng

Hệ thống đánh giá dựa trên năng lực được xây dựng và phổ biến tới các cơ sở đào tạo, cơ sở y tế để đánh giá năng lực của điều dưỡng viên. Đồng thời sẽ được áp dụng vào kỳ thi quốc gia đánh giá năng lực của điều dưỡng mới theo chuẩn năng lực điều dưỡng làm điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề. Các hoạt động cụ thể bao gồm:

+ Rà soát, cập nhật chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam các trình độ.

+ Xây dựng tài liệu hướng dẫn đánh giá dựa trên năng lực của điều dưỡng viên mới (phương pháp đánh giá, hướng dẫn, đào tạo giảng viên…)

+ Thí điểm áp dụng tại các cơ sở y tế để xây dựng đa dạng các mô hình áp dụng.

+ Đánh giá kết quả và nhân rộng hệ thống đánh giá năng lực trên toàn quốc.

IV. Kinh phí

Sử dụng các nguồn ngân sách hợp pháp, bao gồm cả ngân sách nhà nước và ngân sách hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế.

V. Tổ chức thực hiện

1. Bộ Y tế:

- Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo làm đầu mối thực hiện chức năng quản lý, tham mưu, xây dựng chính sách liên quan và điều phối các hoạt động để thúc đẩy triển khai, nhân rộng hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp.

- Cục Quản lý Khám, chữa bệnh phối hợp với Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo xây dựng các chính sách liên quan và triển khai các hoạt động để thúc đẩy triển khai, nhân rộng hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp.

2. Hội Điều dưỡng Việt Nam:

- Phối hợp với các Vụ, Cục liên quan của Bộ Y tế trong rà soát, cập nhật Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam, rà soát, điều chỉnh Chương trình và tài liệu đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới và xây dựng hệ thống đánh giá giá năng lực cho điều dưỡng viên mới.

- Hỗ trợ kỹ thuật, tư vấn cho các cơ sở y tế trong quá trình triển khai tổ chức đào tạo thực hành thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

3. Sở Y tế các tỉnh, thành phố:

- Thực hiện quản lý, giám sát và chỉ đạo, điều phối các hoạt động hỗ trợ bệnh viện thuộc phạm vi quản lý tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

4. Các cơ sở y tế

- Tổ chức đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề điều dưỡng theo bộ Chương trình và tài liệu đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng viên mới do Bộ Y tế ban hành.

Project for "Strengthening clinical training systems for new graduate nurses"

STRATEGIC PLAN
for nationwide scaling-up of the clinical training system for new nurses

I. Background

Nursing is one of the core elements of health care system, is present at every level of health care system and take an important role in implementing target of health system such as enhancing access to basic health service, ensuring universal, fair, effectiveness of health care services.

In Vietnam, nursing education systems consists of 150 institutions including university, college and intermediate levels and provide around 30,000 nurses annually. However, in comparison with regional countries and over the world, nursing care is still new and underdeveloped. Patient care skills and competency are still not met people's health care requirements and international integration.

The Law on Medical Examination and Treatment (2009) mandates nationalized before granting practical certificate, new graduated nurses must be certified in writing by the heads of health facilities in the course of professional practice within 9 months of the time, competencies and professional ethics. However, up to now, there has been no regulation on conditions for practice, standard curriculum of training materials, assessment of competency for certification of practice, preceptors. Practice is also not standardized. Some health facilities have developed their owned curriculum to train their staff. Thus, the quality and quantity of those trainings are quite different in health facilities and it is hard to guarantee common competencies of nurses. Vietnam has also no regulations on national examination to consider issuing practical certificates to ensure the quality of human resources for entry into the health system and to manage professional activities.

In order to standardize, improve the competency of nurses to care for patients in a professional manner, to meet the requirements of protecting and taking care of people meet the international standard and satisfy the requirements for implementing the Mutual Recognition Agreement in Nursing of ASEAN countries and gradually integrate internationally. Hence, the Project for Strengthening Clinical Training System for New-Graduate Nurses set up to establish clinical training system to achieve standard competencies for nurses in

Viet Nam by using nonrefundable ODA of Japanese Government.

Since the project started in 2016, the project has developed clinical training system, including: 1) training materials; 2) training for new nurses and preceptors; 3) enhancing management, implementation capability for clinical training (preceptors, nursing manager, head nurses of DOHs and health facilities and 4) contributing to related policy and legislation. The developed set of curriculum, guideline and textbooks with the involvement of JICA and local experts have been appraised and approved by MOH, including: 1) Preceptor training in clinical training for new nurses; 2) Clinical training for new nurses; 3) Guideline on organization, management of clinical training for new nurses.

The training program and Basic Competency Standards for Vietnamese Nurses based evaluation checklist developed by the Project have contributed to the application of not only nursing competency-based learning but also helping them to achieve be basic competency standards. The 9-month clinical training program for newly graduated nurses developed by the Project is Vietnam's first program based on the basic competency standard of Vietnamese Nurses, issued by the Ministry of Health. Based on the curriculum and training materials developed, the Project organized clinical training for new nurses and training of preceptors in the 5 pilot provinces / cities. According to statistics, there were 1,080 new nurses at 21 health facilities eligible for training and 1,403 preceptors at 71 health facilities were trained.

The system of clinical training piloted in 5 provinces / cities has contributed to standardizing the capacity of nurses based on the "Competency Standards" and also improving other competencies of Nursing skills like management and teaching skills of leading team, preceptors and nurses. Clinical training system contributed to standardize new nurse’s competency based on the “competency standard” and enhanced various capacities, including management and teaching skill of nurse in manager level, preceptor and new nurses. Clinical training system facilitated collaboration among different departments of health facility such as nursing department, general planning department and personal department as well as inter-organizational collaboration among health facilities, DOH and medical institutions. As a result, clinical training was implemented with proper budget of some of health facilities and some pilot provinces conducted preceptor training with budget from provincial people committee by integrating annual plan of health facility and DOH.

Under this circumstance, the overall goal[1] of the project would be expected to be achieved as far as the clinical training would be situated as one of the process of granting of nursing license under the amended LET. However, it is necessary to develop the strategy in order to ensure the prospect of achievement of overall goal and the strategic paper were needed to address remaining issues

[1] Quality of nursing services in Vietnam improves, through nationwide scaling-up of clinical training system for new graduate nurses.

of sustainability of the project.

II. Objective

1. Objective

Quality of nursing services in Vietnam improves, through nationwide scaling-up of clinical training system for new graduate nurses

2. Indicator

2.1: By 2025, 80 percent of new graduated nurses practicing as nurses in Vietnam complete the standard competency-based clinical training

2.2: By 2025, 80 percent of qualified health facilities in Viet Nam implement the standard clinical training system for New Nurses.

3. Implementation schedule

from 2020 to 2025

III. Contents

1. Develop legal regulations on clinical training

- In order to ensure that clinical training is regulated in the revised Law on Examination and Treatment, the MOH should coordinate and discuss with relevant authorities to submit to the National Assembly for consideration and approvement of the implementation of clinical practice training before independently working for medical staff with practical certificates including nursing. The institutionalization of the clinical training system with legal documents or provisions in the relevant regulations will ensure the enforcement of administrative activities in Vietnam, especially to ensure human resources and finance to implement the training.

- Based on the revised Law on Examination and Treatment, the MOH should develop and issue a circular guiding the organization of clinical practice training for new nurses and specific regulations on implementation conditions, preceptors, training materials, training budget… so that it can adopt nationwide.

2. Continue scaling up the Project developed clinical training system for new nurses nationwide

- Introduction of clinical training for new nurse model nationwide (seminar, conference, leaflet, website, newspaper…)

- Organization of particular meeting with DOHs, hospitals over the country on the implementation of clinical training for new nurses.

- Support local provinces/cities during implementation clinical training for new nurses.

3. Review and adjust curriculum and materials of clinical training for

new nurses

- The curriculum and materials of clinical training for new nurses need to be reviewed and adjusted continuously in line with revised LET and other relevant regulations as well.

4. Develop competency-based assessment system for nurses

Competency-based assessment system is developed and disseminated to training facilities and health facilities to assess the competency of new nurses. At the same time, it will be applied in the national examination to assess the competency of new nurse based on the competency standard of nurses as a condition of issuing practice certificate. The specific activities are including:

- Review, update competency standards for Vietnamese nurse at all levels.

-Develop manual of competency-based assessment for new nurses (assessment method, guideline, TOT training…)

- Piloting at health facilities to develop a variety of applied models.

- Evaluate the result and scale up the competency-based assessment system nationwide.

IV. Budget

Use legal sources of funding, including state budget and propose financial support from international organizations.

V. Implementation

1. MOH

- The ASTT is the focal point to perform the function of managing, advising, developing relevant policies and coordinating activities to promote the implementation and scaling up of the clinical training system for nurses.

- The MSA collaborates with the ASTT to develop relevant policies and implements activities to promote the implementation and scaling up of the clinical training system for nurses.

2. VNA

- Collaborates with relevant Departments of MOH to review, update the Competency standard for Vietnamese nurses and to review Curriculum and materials of clinical training for new nurses and to develop competency-based assessment system for new nurses.

- Technically support, consult to health facilities in implementation of clinical training for new nurses.

3. DOHs

- Manage, supervise, direct and coordinate supportive activities for hospitals under the management to organize clinical training for new nurses

4. Health facilities

- Implement clinical training for new nurse before granting nursing practical certificate following the curriculum and materials of clinical training for new nurse issued by the MOH.

BỘ Y TẾ
CỤC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ VÀ ĐÀO TẠO

Số: 30 /QĐ-K2ĐT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 03 tháng 03 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành bộ chương trình và tài liệu đào tạo gồm: "Đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Hướng dẫn tổ chức, quản lý đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới"

CỤC TRƯỞNG CỤC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ VÀ ĐÀO TẠO

Căn cứ Quyết định số 1388/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo thuộc Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 về hướng dẫn việc đào tạo liên tục cán bộ y tế;

Căn cứ Quyết định số 14/QĐ-K2ĐT ngày 21 tháng 01 năm 2020 của Cục trưởng Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo về việc thành lập hội đồng thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo thuộc Dự án "Tăng cường hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp" do Chính phủ Nhật Bản hỗ trợ;

Căn cứ Biên bản họp ngày 11 tháng 02 năm 2020 của Hội đồng thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo theo Quyết định số số 14/QĐ-K2ĐT ngày 21 tháng 01 năm 2020 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Quản lý đào tạo,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành bộ chương trình và tài liệu đào tạo gồm: "Đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Hướng dẫn tổ chức, quản lý đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới" do dự án "Tăng cường hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tốt nghiệp" hỗ trợ xây dựng.

Điều 2. Bộ chương trình và tài liệu đào tạo có tên tại Điều 1 được sử dụng để đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề điều dưỡng.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các Ông (Bà) Chánh Văn phòng Cục, Trưởng phòng Quản lý đào tạo và các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- TT Nguyễn Trường Sơn (để báo cáo);
- Cục Quản lý KCB (để p/hợp chỉ đạo);
- Hội điều dưỡng Việt Nam;
- Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh/Tp trực thuộc trung ương;
- Lưu: VT, ĐT.

CỤC TRƯỞNG

Phạm Văn Tác

MINISTRY OF HEALTH
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence– Freedom – Happiness

No: 30/QĐ-K2ĐT

Hanoi, March 03, 2020

DECISION

ON PROMULGATION OF TRAINING CURRICULUM AND MATERIAL INCLUDING: TRAINING CURRICULUM AND MATERIALS FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES; CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES; GUIDELINE MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

DIRECTOR OF ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Pursuant to the Decision No.1388/QĐ-BYT dated 22 February2018 of Ministry of Health providing for the functions, duties, powers and organizational structure of Administration of Science Technology and Training;

Pursuant to the Circular No.22/2013/TT-BYT dated 09 August 2013 guiding on continuous training in health sector;

Pursuant to the Decision No.14/QĐ-K2ĐT dated 21 January 2020 of Director of Administration of Science Technology and Training on establishing material's Appraisal Committee for the "Project for Strengthening clinical training system for graduate nurses" that supported by Japan Government;

Pursuant to the Minutes of meeting dated 11 February 2020 of Project material's appraisal committee in accordance with Decision No. No.14/QĐ-K2ĐT dated 21 January 2020 of ASTT;

At the proposal of Head of Training Management Division,

DECIDES:

Article 1. Promulgating training curriculum and materials including: training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; clinical training for new nurses; guideline management and implementation of clinical training for new nurses which supported by *the "*Project for Strengthening clinical training system for graduate nurses"

Article 2. The training curriculum and materials named in Article 1 shall be used for new nurses before issuing practical certificate.

Article 3. This Decision takes effect from the day of signing.

Article 4. Head of Cabinet, Head of Training management division and relevant units shall implement this Decision.

Recipient:
- As Article 4;
- Vice Minister Nguyen Truong Son (reporting);
- MSA (coordinating and reporting);
- VNA;
- Hospitals belong to MoH;
- City/Provincial Department of Health;
- For filing

DIRECTOR

Pham Van Tac

RESULTS REPORT

DATA COLLECTION FOR BASELINE SURVEY TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES

Ha Noi, 2017

IMPLEMENTING AGENCY, SURVEY TEAM

Center for Environment and Health Studies

List of supervisors and surveyors:

Nguyen Thi Bach Yen, PhD

Phan Thi Dung, PhD

Tran Trong Khue, MPH

Asso.prof. Nguyen Duc Hong, PhD

Nguyen Thi Loan, MSc

Nguyen Thi Hong Anh, MSc

Trinh Huu Hiep, BA

The Center for Environment and Health Studies would like to thank the JICA Project Office, the Administration of Science, Technology and Training of Ministry of Health, Medical Services Administration, Vietnam Nurses Association, Provincial Health Departments of Vinh Phuc, Dien Bien, Binh Dinh and Dong Nai provinces, Bach Mai hospital, Saint Paul hospital and the provincial/district hospitals in the survey sites in providing list of target nurses, support for survey organization in the field.

We would like to thank Mr Hirofumi Tsuruta, Mrs Sugaita Shio, Mrs Desilva Tomomi for their valuable comments for the completion of proposal, toolkit and survey results report. Our sincere thank goes to the JICA office for giving opportunity for this survey.

Table of contents

EXECUTIVE SUMMARY 8

I. INTRODUCTION 12

1.1. Project overview 12

1.2. Necessity to conduct the baseline survey 12

II. OBJECTIVES 13

2.1. Overall objective 13

2.2. Specific objectives 13

III. METHODOLOGY 14

3.1. Survey design 14

3.2. Survey subjects 14

3.3. Duration and location 14

3.4. Sample size and sampling 15

3.5. Survey toolkit and survey procedures 16

3.6. Data process and analysis, report writing 18

3.7. Ethical considerations 18

3.8. Limitation of the survey 18

IV. SURVEY RESULTS 19

4.1. Perception, experience, and performance in clinical training among nurses who completing clinical training (Questionnaire Q1) 19

4.1.1. General information of respondents *19*

4.1.2. Situation of clinical practice of target nurses *23*

4.1.3. Assessing clinical practice of target nurses *27*

4.1.4. Assessing competency of care practice, competency of professional development and management, practicing competency following to the law and professional ethics according to basic competency standards of Vietnamese nurses *33*

4.2. Perception, experience and practice in training/guiding target nurses by preceptors in health facilities (Questionnaire Q4) 50

4.2.1. General information about the preceptor *50*

4.2.2. Preceptors Training Status *52*

4.2.3. Mechanisms and content for 9 months clinical practice *53*

4.2.4. Mechanism of Guidance *60*

4.2.5. Monitoring and evaluation system *62*

4.2.6. Capacity the preceptors should achieve *63*

4.2.7. Practical mechanism in the future *63*

4.3. Situation of clinical practice training activities for target nurses at the health facilities ... 65

4.3.1. Results of clinical practice following to the opinions of leaders of health facilities (Questionnaire Q2) *65*

4.3.2. Self administered interview results from nurse leaders in health facilities (Questionnaire Q3) *74*

4.4. Relationship between the level of achievements of competency standards of target nurses and related factors 94

V. CONCLUSION AND RECOMMENDATION 100

5.1. Conclusion 100

5.2. Recommendation 103

VI. LESSONS LEARNED FOR DATA COLLECTION 105

REFERENCES 106

ANNEX 108

List of tables

Table 1. Summary of sample size 16

Table 2. Percentage of education distribution of target nurses by level (Question C3) 20

Table 3. Percentage of health facility level that target nurses are working by province (Question C6)21

Table 4. Percentage of target nurses are working and clinical practice at the same facility (Question C8) 21

Table 5. Percentage of division/department target nurses implementing clinical practice and working by level (Questions C9 and C10) 22

Table 6. Proportion of target nurses being introduced about contents and received materials before clinical practice and opinions of target nurses on textbook, materials, medical equipment, consumable materials for 9-month clinical practice (Questions C11, C12 and C13) 23

Table 7. Percentage of methods applied for clinical practice of target nurses by level (Question C15, multi-choice question) 24

Table 8. Percentage of difference between 9-month clinical practice at health facilities and at the school target nurses graduated nursing program by level (Questions C16-C17) 26

Table 9. Proportion of target nurses pay for 9-month clinical practice (Question C18) 27

Table 10. Proportion of target nurses whose achievement of skill level were assessed (Question C19) 27

Table 11. Percentage of duration that target nurses assessed achievement skill level of clinical practice by level (Question C20) 28

Table 12. Percentage of time that target nurses are assessed achievement skill level of clinical practice by province (Question C20) 28

Table 13. Percentage of persons assessed achievement skill level of clinical practice of target nurses (Question C21) 29

Table 14. Proportion of target nurses satisfied on process of clinical practice (Question C22) 30

Table 15. Proportion of target nurses satisfied with some contents on process of clinical practice by level (Question C23, multi-choice question) 30

Table 16. Proportion of target nurses unsatisfied with some contents on process of clinical practice by level (Question C24, multi-choice question) 31

Table 17. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of the health status of individuals, families, population groups and/or communities (Standard 1) 33

Table 18. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of providing sound decision making in the care of patients/clients considering their belief and values (Standard 2) 34

Table 19. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of setting priorities in nursing care based on their need of health care (Standard 3) 34

Table 20. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of utilizing the nursing process as framework for nursing plan and interventions (Standard 4) 35

Table 21. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of promoting safety, comfort and privacy of patients (Standard 5) 35

Table 22. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of performing proper care techniques following nursing care process (Standard 6) 36

Table 23. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of administering medication safely and effectively (Standard 7) 36

Table 24. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of ensuring continuity of care (Standard 8) 37

Table 25. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of performing first aids and acts on emergencies (Standard 9) 37

Table 26. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing rapport with patients/clients, families and member of the health team (Standard 10), communicating with the patients/clients and families (Standard 11) utilizing formal and informal channels to facilitate communicating with patients/clients, families (Standard 12) 38

Table 27. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of providing appropriate information to the patients/clients on their health and fitness status (Standard 13).....39

Table 28. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of determining needs and performs health education for individuals, families and groups (Standard 14).....39

Table 29. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing collaborative relationship with colleagues and other members of health team (Standard 15) 40

Table 30. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maitaining accurate and updated documentation of patients/clients care prescribed by the ministry of health (Standard 16) 40

Table 31. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of managing patients/clients care (Standard 17) 41

Table 32. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing mechanism to ensure proper functioning of equipment (Standard 18).....41

Table 33. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of utilizing financial resources to support patients/clients care (Standard 19) 41

Table 34. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maitaining the safe environment (Standard 20).....42

Table 35. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of improving the quality of care and risk management in care environment (Standard 21) 42

Table 36. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of nursing research and evidence-based practice (Standard 22).....43

Table 37. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maintaining personal and professional (Standard 23).....43

Table 38. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of adherence to practice in accordance with the law and other relevant legislation documents (Standard 24) 44

Table 39. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of adherence to practice in accordance with ethico- moral responsibilities (Standard 25) 44

Table 40. Proportion of target nurses achieving basic competency standards of Vietnamese nurses by levels 48

Table 41. Proportion of target nurses achieving basic competency standards of Vietnamese nurses by types of standards 49

Table 42. General information on preceptors and distribution of preceptors by levels 50

Table 43. The rate of preceptors joined preceptor training classes by levels (Questions C8-C10) 52

Table 44. The percentage of method of guiding clinical practice for preceptors (Question C12, multiple choice question) 53

Table 45. The difference between the methods and content of practice during the period studied in the school and 9 months clinical practice by levels and by provinces 54

Table 46. Percentage time that practicing nurse involved directly in night shift by provinces and levels (Question C15) 55

Table 47. Percentage of Preceptors has arranged discussions on cases for nurses during clinical practice (Question C16) 56

Table 48. Percentage of Preceptors organized meetings, briefings to confirm the progress and problems encountered during practice guidance (Question C17) 57

Table 49. Time to evaluate their level of achievements of the nurses (Question C18) 58

Table 50. Percentage of facilities regulating specified methods for handling medical accidents or health incidents related to nurses undergoing clinical practice by levels and provinces (Question C19) 58

Table 51. Percentage of the facilities having Manual for preceptor use in guiding nursing practice (Question C21) 60

Table 52. Percentage of Preceptors evaluated about the trainers of university or college participated in clinical practice activities (Question C23) 61

Table 53. The rate of preceptors reported nurse leader on the progress and results of the clinical practice of target nurses by provinces and levels (Question C25) 62

Table 54. Percentage of Preceptors has a chance to share, discuss the clinical practice through the meetings of the preceptor in their facilities (Question C26) 62

Table 55. Percentage of preceptors who find it necessary to train staff to become preceptors by levels and by provinces (Question C30) 63

Table 56. The percentage preceptors satisfied with clinical practice by levels (Question C32) 64

Table 57. Percentage of issues related to the preceptor's clinical practice by levels (Question C33, multiple choice question) 64

Table 58. General information about leaders of surveyed health facilities 65

Table 59. General information about health facilities investigated 65

Table 60. Total number of employees of the surveyed health facilities by province (Question C9) 66

Table 61. Percentage of people who responsible for organizing clinical practice training at surveyed health facilities (Question C11) 67

Table 62. Percentage of health facilities having official decision to assign the preceptor to train/guide nurses in clinical practice (Question C12) 67

Table 63. Percentage of health facilities havingtraining for preceptors about clinical practice (Question C14) 68

Table 64. Percentage of health facilities having allowance for preceptors when guiding clinical practice (Question C16) 68

Table 65. Percentage of health facilities having guiding room, model and means for center–approach practicing in hospital (Question C18) 68

Table 66. Percentage of health facilities having training materials of clinical practice (Question C19) 69

Table 67. Percentage of health facilities implementing internal monitoring and evaluation of clinical practice (Question C20) 69

Table 68. Percentage of health facilities implementing by plan and auditting the results of clinical practice 70

Table 69. Percentage of health facilities with cost for clinical practice training (Questions C25-C26) 71

Table 70. Percentage of of the budget that is actually spent for clinical practice (Question C27) 71

Table 71. Percentage of leaders of health facilities satisfied with clinical practice (Question C28) 72

Table 72. Percentage of challenges related to clinical practice (Question C30) 73

Table 73. Percentage of necessary support of clinical practice at health facility is better (Question C28) 73

Table 74. General information on hospital's nurse leaders surveyed, by levels 74

Table 75. Proportion of HFs with training curriculum for clinical practice by hospital levels (Question C7) 75

Table 76. Where in-charge of developing clinical practice training curriculum that being applied in health facilities, by level (Question C8) 76

Table 77. Reference source for the hospital to developing clinical practice training curricular (Question C9) 76

Table 78. Methods for instructing clinical practice being applied in health facilities (Question C10) 76

Table 79. Proportion of HFs arranging discussions about the cases and organizing practice outside working hours (Questions C14 and C15) 79

Table 80. Frequency for performing assessment of achievement skill level of clinical practice of nurses at health facilities, by level (Question C16) 80

Table 81. Evaluators for achievement skills of clinical practice of nurses at health facilites, by level (Question C17) 80

Table 82. Proportion of HFs available in assessment tools for outcomes of clinical practice (Question C18) 81

Table 83. Decision makers for approving completion of 9-month clinical practice at health facilities, by level (Question C19) 81

Table 84. Proportion of HFs setting up committee/technical group for assessment of progress and improved clinical practice methods (Question C21) 82

Table 85. Proportion of HFs available in conditions for clinical practice by levels (Questions C22-C24) 82

Table 86. Proportion of HFs making official decisions to assign the preceptors for training clincial practice for nurses (Question C26) 84

Table 87. Proportion of HFs making regulations on competency required for a clinical practice preceptor (Question C28) 85

Table 88. Compentency required for clincial practice preceptors (Question C29) 85

Table 89. Proportion of HFs training for those who want to be a clinical practice preceptor (Question C32) 87

Table 90. Proportion of nurse leaders reported that the need for training for staff those who want to be a clinical training preceptor (Question C32) 87

Table 91. Proportion of HFs performing monitoring and evaluation of clinical practice in health facilities surveyed, by levels 88

Table 92. Proportion of nurse leaders from surveyed health facilites reporting on mechanism of clinical practice of nurses in the coming time, by levels (Questions C44-C48) 92

Table 93. Relationship between level of achievement of competency standards of nurses with frequency of implementation of target nurses 94

Table 94. Relationship between level of achievement of competency standards of nurses with at the school/intership 95

Table 95. Relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics of nurses with place of clinical practice 96

Table 96. Relationship between level of achievement of practicing competency following to the law and professional ethics with methods of teaching in clinical practice that the preceptors have used 97

List of figures

Figure 1. Percentage of gender of target nurses by level (Question C2) 19

Figure 2. Percentage of mean age of target nurses (Question C1) 19

Figure 3. Percentage of distribution of qualification of target nurses by province (Question C3) ..20

Figure 4. Percentage of methods of clinical practice by province (Question C15) 25

Figure 5. Mean percentage score of target nurses achieving the competency standards 46

Figure 6. Mean percentage score of target nurses achieving the competency standards by level ..47

Figure 7. Mean percentage score of of target nurses achieving the competency standards by province 48

Figure 8: Average age of preceptors for nursing clinical practice (Question C1) 50

Figure 9. Percentage of years of experience and years of nursing preceptor experience (Questions C5 and C6) 52

Figure 10. Proportion of health facilities available in "Manual on clinical practice for nurses" for preceptors 86

Abbreviation

DHC	District Health Center
CHC	Commune Health Center
FGD	Focus Group Discussion
HF	Health Facility
TOT	Training of Trainer
DOH	Department of Health
MOH	Ministry of Health
MSA	Medical Services Administration
ASTT	Administration of Science, Technology and Training

EXECUTIVE SUMMARY

Objectives

- The overall objective of the survey was to collect data and information of current situation of the clinical practice system aimed at providing the foundation for the Project implementatipon.
- The specific objectives of the survey were: To assess the perception, experience, and performance in clinical training among nurses who completing clinical training from 1st September 2015 to 31th August 2016 at health facilities; To examine the perception, experience, and performance in training/guiding target nurses of preceptors at health facilities; and To assess the current situation of clinical training activities for nurses at health facilities.

Methodology

- The design of a descriptive cross-sectional survey was applied in the survey, combined with a range of qualitative and quantitative methods. Self-administered questionnaires were conducted with 590 target nurses, 51 leaders of health facilities, 51 nurse leaders of health facilities and 99 preceptors at health facilities; and 20 focus group discussions were conducted with target nurses and preceptors.
- Location: The survey was implemented in 2 hospitals in Ha Noi; 12 provincial/district health facilities in Vinh Phuc province; 11 provincial/district health facilities in Dien Bien province; 12 provincial/district health facilities in Binh Dinh province; 16 provincial/district health facilities in Dong Nai province.

Some main findings

Perceptions, experiences and clinical practice of target nurses

- The main places for practice of target groups of nurses were internal medicine, surgery and emergency departments. Most nurses travel frotating around the main faculties and final round to the department where the nurses are working now. 100% of nurses are working at the facility where they conducted clinical practice.
- 88.6% target nurses have been introduced on program and contents of clinical practice. The method of teaching/learning was diversified, two most popular methods were learning by doing method and guidance in the form of observations of preceptor care performance. The practice conditions limited, lack of learning materials, consumable supplies and equipment for nursing learning during clinical practice, especially at the district level. There are differences in the content and methods between 9-month clinical practice with clinical practice at the school.

- 95.8% nurses were assesed on capability of achivement level of clinical practice, with many different forms and frequencies. Monthly assessment is most applicable in all levels, the highest at the central level. So far no uniform regulations in the timing and frequency to evaluate the achivement capability of 9 months nursing clinical practice. The person who honestly assess the capacity to practice nursing in 9 months mainly was the department nurse leader, followed by the preceptor and hospital nurse leader.
- The number of new nurses completed clinical practice meeting standards of basic capacity of Vietnam nurses (can do alone all 110 criteria under 25 standards) very little (0.3%); standard of care practice capacity (can do alone full 60 criteria of 15 standards) was also less (0.8%); standards on management capacity and professional development (can do alone enough 43 criteria of 8 standard) was 10 persons (1.7%); Capacity standard on practice under the law and professional ethics (can do alone enough 7 criteria of 2 standards) was 219 persons (37.1%).

Perception, experience and practice in training /guiding target nurses among preceptors at the health facilities

- The ability and experience of clinical practice guidance among the preceptors was limited. No specific provisions regarding preceptor must have a certificate of medical pedagogy (or equivalent certificate) only 43.3% were participating in training courses by the MOH and other organizational units and 19.2% of the preceptors attended the ToT workshop organized by their facilities. Preceptor shortage of opportunities for learning and updating new knowledge and skills, sharing the experiences with other units in the province and other provinces.
- Guidance conditions limited: Guiding by experience, lack of the standard and joint programs for different levels, lack of equipment, lack of documentation for guidance, lack of funding for training and lack of encouragement of the preceptors.
- The monitoring and evaluation of target nurses was made, but no specific regulations, have not been trained preceptor skills monitoring, especially monitoring support. There was a lack of tools to monitor and evaluate process of clinical practice.

Situation of clinical practice training activities for new nurses at the health facilities

- 64.7% of leaders of surveyed health facilities have issued the documental decision to assign the preceptors of clinical practice for new nurses.
- The interviewing results with leaders of health facilities show that in 47.1% of halth facilities all preceptors of clinical practice have not yet participated in training courses to become preceptors for new nurses inside or outside the health facilities.

- 72.5% of surveyed health facilities were not paid for preceptors because no regulations have stipulated on allowance for preceptors.
- 62.7% of surveyed health facilities have guiding rooms, models and materials for center-approach guiding.
- 25.5% of surveyed health facilities have no training materials for clinical practice at the hospitals. The curriculum for clinical practice currently used at the health facilities were not unified.
- Currently, implementing internal monitoring of progress and results of clinical practice of the health facilities were inconsistent. 45.1% of health facilities did not perform periodically and 25.5% of health facilities did not monitor the progress and results of clinical practice.
- 74.5% of hospital nurse leaders reported that their hospitals did not ensure sufficiently necessary equipment and materials for clinical practice.

Relationship between the level of achievement of comeptency standards of targer nurses and related factors

- The proportion of target nurses with very regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the standards of care practice, professional development and management, practicing competency following to the law and professional ethics and basic competency of Vietnamese nurses was significantly higher ($p<0.01$-0.001) compared to the lower frequency (1-3 times per month, 1-5 times every 6 months and never or less than 1 time per 6 months).
- The proportion of target nurses who implemented during intership achieving the competency standard of care practice, capacity management and career development, and professional capacity under the laws and ethics is significantly higher ($p <0.01$-0.001) than those have learned already or not learned yet.
- There is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) with some factors related to clinical practice such as methods of teaching in clinical practice that the preceptors have used; place of clinical practice; the preceptors trained on guiding clinical practice; the guiding room, model and means for center–approach practicing; the training materials of clinical practice; the internal monitoring and evaluation of clinical practice; arrangement of the discussion about the case during clinical practice organizing practice outside working hours during clinical practice; the equipment and materials necessary for clinical practice; the consumable materials (hygiene materials) for clinical practice; having “Manual on clinical practice of nurses” for preceptors, etc.

- There is no relationship between Competency of care practice (15 standards), Competency of professional development and management (8 standards) and Basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with most of factors related to clinical practice.

Recommendation

- Need develop a general training program of 9-month clinical practice for new nurses
- The health facilities need to have curriculum for 9-month clinical practice training for new nurses
- The health facilities need to strictly implement decision making of preceptor assignment
- Strengthen training for preceptors of clinical practice
- Need to have suitable allowance for preceptors of clinical practice
- Strengthen support of infrastructure, medical instruments and textbooks for facilities of clinical practice training
- Strengthen monitoring, supervision and auditting of clinical practice
- During clinical practice training for new nurses, the health facilities need to pay more attention to some of nursing competency standards with low mean percentage score.

I. Introduction

1.1. Project overview

Nursing is one of the important components of the health service system. It is a common and essential service, especially when the society develops, the needs of care is increasingly higher. Therefore if nursing care is not located in correct position, the health system will not be able to provide health care services with quality care. Therefore, the process of development of nursing in a professional manner is very essential and need to keep up with the development of medicine.

In the trend of development of economics, life, science and society, the objective of nursing training in the Southeast Asia and the world is to train the professional nurses with competency of evidence-based practice, competency in applying nursing care to meet needs of the people in health care, competency in working in multidisciplinary team and competency in life-long learning. In the general trend, the Vietnamese National Action Plan on Strengthening Nursing and Midwifery for the period 2013-2020 aims to develop human resources in nursing and midwifery in terms of both quantity and quality to meet the international standard and satisfy the requirements for implementing the Mutual Recognition Agreement in Nursing of ASEAN countries. However, there is still lack of nursing care staff with professional competency of taking care of patients.

Furthermore, although the Law on Examination and Treatment (2009) mandates nationalized licensing after nine months of clinical training for nurses, currently there are neither standardized curricula nor system of implementing the nine-month clinical training for nurses. Thus, the quality and quantity of those trainings are quite different in health facilities and it is hard to guarantee the skills and competencies of their nursing. There is a strong need to standardize and strengthen the system of the clinical training to enhance the quality of nursing workforce.

1.2. Necessity to conduct the baseline survey

The above mentioned fact proves the urgency and necessity of implementation of the Project for Strengthening Clinical Training System for New-Graduate Nurses (hereinafter referred to as “the Project”), in order to develop the international-standard-met clinical training system of Viet Nam on nursing care.

However, current situation surrounding the clinical training has not been well-studied yet. In order to develop effective clinical training system, it is essential to conduct situation analysis before commencing the Project activities. In addition, not only in Vietnam but also in the world, the theories and practices of similar program has not been established. The structure, process and outcomes of the project interventions should be well-analyzed. Such analysis could contribute to the elaboration of academic, practical and/or international discussion.

II. Objectives

2.1. Overall objective

To collect data and information of current situation of the clinical practice system in four pilot province (Vinh Phuc, Binh Dinh, Dien Bien and Dong Nai) and two hospitals (Bach Mai and Saint Paul) in Hanoi, aimed at providing the foundation for the Project implementation (development and introduction of standardized clinical training curricula, development and introduction of training of trainers, and development and introduction of monitoring and audit mechanism) as well as for prospective impact assessment.

2.2. Specific objectives

- To assess the perception, experience, and performance in clinical training among nurses who completing clinical training from 1st September 2015 to 31th August 2016 at health facilities;
- To examine the perception, experience, and performance in training/guiding target nurses of preceptors at health facilities;
- To assess the current situation of clinical training activities for nurses at health facilities.

III. Methodology

3.1. Survey design

The design of a descriptive cross-sectional survey was applied in the survey, combined with a range of qualitative and quantitative methods.

- Quantitative method: Using self-administered questionnaires to collect information about the situation of clinical practice system for new nurses, as basis for developing training program for licensing practitional certificates for new nurses. The information were collected from target nurses, leaders of health facilities, hospital's nurse leaders and preceptors at the health facilities.

- Qualitative method: Conducting focus group discussions with target nurses and preceptors at the health facilities to study more information about the situation of clinical practice system for new nurses.

3.2. Survey subjects

- Target nurses who received clinical training with and without regular employment[1] from lst September 2015 to 31st August 2016, and work in the target health facilities in the four pilot provinces and two hospitals in Ha Noi;
- Leaders of health facilities;
- Hospital's nurse leaders;
- Preceptors of health facilities.

3.3. Duration and location

- The survey duration was implemented between September 2016 and December 2016

- Location: Implementing the survey in 2 hospitals in Ha Noi; 12 provincial/district health facilities in Vinh Phuc province; 11 provincial/district health facilities in Dien Bien province; 12 provincial/district health facilities in Binh Dinh province; 16 provincial/district health facilities in Dong Nai province (see details in the Annex table 1).

[1] The target nurses without regular employment includes· the ones who completed clinical training with irregular employment and the ones who completed training without any employment such as trainees who paid all the cost for the training.

3.4. Sample size and sampling

Selection of survey health facilities:

The JICA project office in Ha Noi combined with the Administration of Science, Technology and Training (ASTT) of the Ministry of Health and provincial Departments of Health to make lists of health facilities and number of targets completed clinical practice in last three years (1st September 2013 to 31th October 2016) in four project provinces, Bach Mai hospital and Saint Paul hospital. So there are 58 health facilities and 2893 nurses expected for the survey.

Based on the list that the JICA project office provided, the survey team selected the health facilities receiving nurses who completed clinical training with regular employment from 1st September 2015 to 31st August 2016 and work in the health facilities, in order to complete the list of health facilities to be surveyed with self-administrated questionnaire method. In case that the health facilities did not have nurses satisfying the criteria mentioned above, the survey team did not conduct the survey there. The list made by the survey team consist of 51 health facilities from the district level upwards with a total of 739 target nurses. Besides, the survey team combined with four provincial Departments of Health to select 12 commune health center (CHCs) for the survey.

In the reality, the survey team only conducted the survey with 590 nurses who satisfied with the selection criteria, and 149 nurses were not selected for the survey because they did not satisfy the selection criteria. Most of the nurses, who were not selected for the survey, completed clinical practice before 1st September 2015 or a few nurses are still in process of clinical practice.

Sampling:

Self-administered questionnaires:

Target nurses: Selecting all target nurses who completed clinical practice after graduation at universities, colleges and intermediate nursing schools and satisfy the criteria mentioned above. The total number of target nurses is 590.

Leaders of health facilities where target nurses are working and hospital's nurse leaders: At each health facility, implementing one self-administered questionnaire with a leader (director or vice-director) and one self-administered questionnaire with hospital's nurse leader. The total number of leaders of health facilities is 51 and total number of hospital's nurse leaders is 51.

Preceptors: Each health facility selected 2 preceptors who have participated in guiding new nurses during clinical practice process for filling up questionnaires. The number of questionnaires collected after the survey is 102, however 3 questionnaires were

disqualified during data process. The reason is that one preceptor in Phuc Yen DHC (Vinh Phuc province) was from the commune level (because she is a staff of DHC but she is assigned to guide a new nurse at commune level). Two preceptors in Muong Nhe DHC (Dien Bien province) and Binh Xuyen DHC (Vinh Phuc province) have titles of department's doctor leaders, not nurses (preceptors). So there is a total of 99 self-administered questionnaires of preceptors collected at the health facilities.

Focus group discussions:

Implementing 10 focus group discussions with target nurses and 10 focus group discussions with preceptors (3 to 6 persons per FGD).

The sample size after completing the field survey is presented in the table below:

Table 1. Summary of sample size

No.	Subject	Quantity
	Self-administered questionnaires	
1	Target nurses	590
2	Leaders of health facilities	51
3	Hospital's nurse leaders	51
4	Preceptors	99
	Focus group dicussions	
1	Target nurses	10 FGDs
2	Preceptors	10 FGDs

3.5. Survey toolkit and survey procedures

Survey toolkit: including four types of self-administered questionnaires and two guidelines of focus group discussions:

Q1- Questionnaires for the target nurses consist of questions on demographic information, perception and experience, situation of clinical practice, assessment of clinical practice and and checklists of performance with self-assessment.

Q2- Questionnaires for the leaders of the health facilities consist of questions on demographic information, general information of health facilities, organization system and resources, monitoring, supervision and auditing system, fee of training of clinical practice at the health facilities.

Q3- Questionnaires for the hospital's nurse leaders consist of questions on demographic information, mechanism and contents of 9-month clinical practice, training for preceptors, monitoring, supervision and auditing system, needed competency of nurses and mechanism of clinical practice in the future.

Q4- Questionnaires for preceptors who directly train/guides target nurses consist of questions on demographic information, mechanism and contents of 9-month clinical practice, guiding mechanism, monitoring and supervision system, examination of clinical practice, needed competency of nurses and mechanism of clinical practice in the future.

The guidelines of focus group discussions with target nurses and preceptors consist of questions: story when the target nurses feel happy and challenges/bad during the clinical practice; assume the situation in the world of 10-year later.

Survey procedures:

The distribution and filling up self-administered questionnaire were as follows:

Step 1: In each selected health facility, the survey team required a separate room and invited in turn 30 target subjects to the room to fill up questionnaire. For the health facilities with less than 30 target subjects, the survey team invited all of them to the room to fill up questionnaire.

Step 2: The survey team checked the number and name of target subjects in the available list to ensure sufficient quantity and correct target subjects under the survey.

Step 3: The survey team distributed questionnaires to all target subjects in the room and explained clearly the purpose and contents of the survey, confidentiality, how to fill up questionnaire, regulated no discussion about answers each other, and time of filling up questionnaire within one hour.

Step 4: All the target subjects start to fill up questionnaire. At this step, any one had questions about contents of questionnaire or did not understand the questions, the team explained more. During the time of filling up questionnaire, the team observed and reminded no discussion each other about the answers.

Step 5: After the respondent completed the questionnaire, the team examined if the filled questionnaire had no errors, discordance and/or omission in his/her answers. For errors, discordance, and/or omission was found, the team requested respondent to correct his/her answers. At this step, the team checked again the number of collected questionnaires in order to ensure sufficiency with the target subjects available in the room as in the Step 2.

For focus group discussions: Each focus group discussion was conducted within 45 minutes with 3-6 nurses or with 3-6 preceptors, excluding the time of preparing a meeting place, gathering and waiting for participants, and orienting participants. Each focus group discussion was tape-recorded and typed.

3.6. Data process and analysis, report writing

The quantitative data were cleansed before being entered into computers by using the software Epidata 3.1 with 6 operators. Each data questionnaire was entered twice by 2 different data entry operators. After that, comparisons were made to detect and correct errors in order to minimise errors during data entry. SPSS 17.0 was used for analysing data

Data collected from focus group discussions were transcribed and typed by the data specialist, and the survey team checked again to avoid errors and missing information.

On the basis of the data, evidence for the survey results, the survey team has writen the survey results report with the descriptive (univariate) analysis as well as bivariate analysis to explore the relationship between the indicators/variables. In addition, the survey team also presents the definition and accurate interpretation of the data collected from the survey.

3.7. Ethical considerations

The survey proposal was approved by the Medical Ethics Council of Thai Binh Medicine and Pharmaceutics University as well as by the Ministry of Health. The survey was implemented only after receiving consent and signature of survey subjects.

All collected information were coded, kept confidentiality and used only for the study purposes but not for any other commercial purposes.

3.8. Limitation of the survey

Although the survey team explained very carefully about the purpose of the survey as well as the confidentiality of information, some nurses were still concerned about whether they may be underestimated if the information about assessing their competency in the administered questionnaires affect the promotion, permanent staff and emulation. So, the target nurses may have trend to self-assess their competency better than the reality.

Because the number of nurses who completed their clinical practice within one year before the survey time is very few. So, in order to ensure a sufficient number of samples for analysis, the survey team implemented self-administered questionnaires with all target nurses at the selected health facilities in 4 project provinces, Saint Paul hospital and Bach Mai hospital. Therefore, the sample size was not equal among the health facilities and survey sites.

In the initial design, the assessment of clinical practice was implemented with nurses at commune level. However, during the field survey, the survey team found that the nurses at commune level mainly performed their tasks of preventive medicine, not participated in clinical practice. Therefore, this report did not mention the survey results of clinical practice at the commune level.

IV. Survey results

4.1. Perception, experience, and performance in clinical training among nurses who completing clinical training (Questionnaire Q1)

4.1.1. General information of respondents

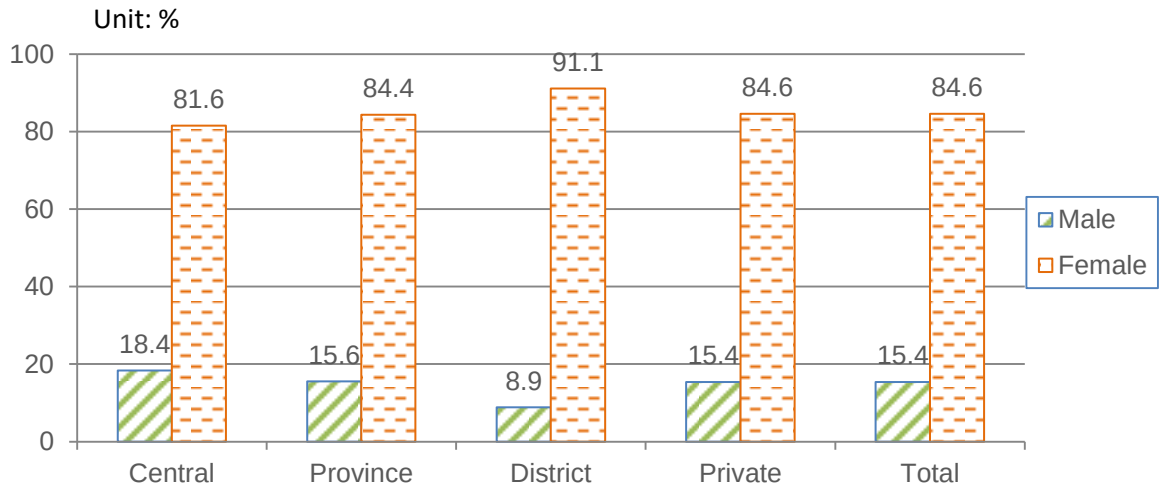


Figure 1. Percentage of gender of target nurses by level (Question C2)

The survey results with 590 target nurses by administered questionnaires show that the number of female target nurses accounted for 84.6% and only 15.4% of target nurses were male.

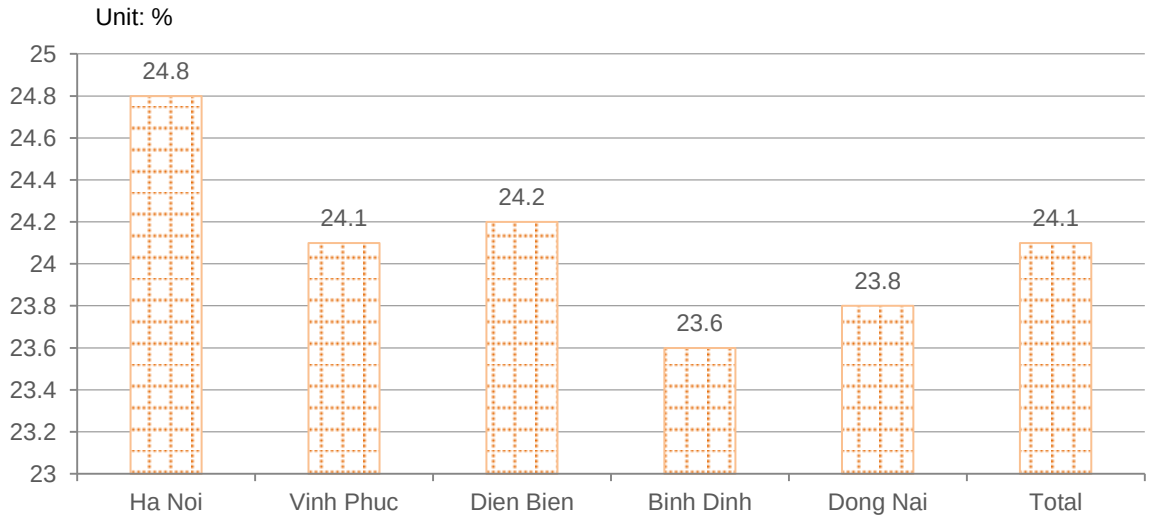


Figure 2. Percentage of mean age of target nurses (Question C1)

The average age of target nurses is 24.12 years old. This result is relatively consistent with the study subjects who consists of newly graduated nurses and have already spent time of clinical practice according the Law on emdical examination and treatment [3]. By province level, the average age of target nurses was found the

lowest in Binh Dinh province (23.6 years old), the highest in Ha Noi (24.8 years old). The lowest age was found at private health facilities (23.71 years old) and the highest at the central level (24.86 years old) (See details in Annex table 2).

Table 2. Percentage of education distribution of target nurses by level (Question C3)

Information	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Two-year program	74.3	25.4	36.7	28.8	39.8
Three-year program	20.4	68.7	51.9	63.5	53.6
Four-year program	5.3	5.9	11.4	7.7	6.6

The results presented in the Table 2 show that there was no uniformity in education through graduated training programs of surveyed target nurses. Most of them graduated nursing college with the studying period of 3 years (53.6%) and professional intermediate school with the studying period of 2 years (nearly 40%). Particularly, only 6.6% of surveyed target nurses have university education with the studying period of 4 years.

Regarding the highest professional qualification of target nurses by level, at the central health facilities, the proportion of nurses who studied two-year program was 2.5 times higher than that at provincial, district and private health facilities and vice versa the proportion of nurses who studied three-year program at the cental health facilities was also lower significantly than that at provincial, district and private health facilities.

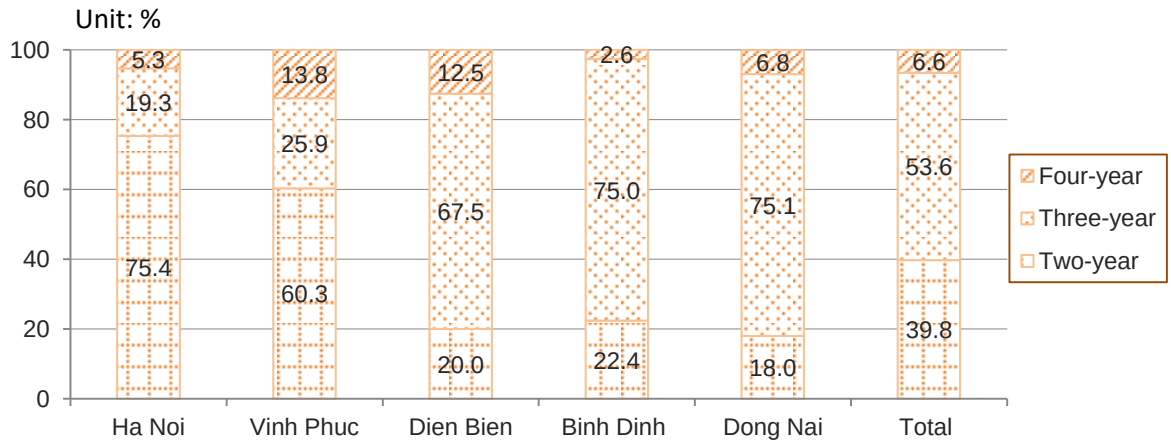


Figure 3. Percentage of distribution of qualification of target nurses by province (Question C3)

The figure 3 presenting the distribution of qualification of target nurses by province shows that the proportion of nurses completed the two-year program was ranged from 18% to 74.8%, the highest was found in Ha Noi city and the lowest in Dong Nai province and vice versa the highest of three-year program was found in Dong Nai and Binh Dinh provinces. In general, the target nurses having qualification of 4-year program remains low, from 2.6% (Binh Dinh province) to 13.8% (Vinh Phuc province).

The unequal professional qualifications is due to in previous years the nursing training program is mainly 2 years. However, in recent years, because the medical intermediate schools have been changed to nursing colleges and universities, so the nursing training curriculum has been changed accordingly. Thus, the number of nurses who completed 3-year and 4-year programs has been increased.

Most of target nurses completed clinical practice at least 9 months as stipulated by the Ministry of Health (98.3%) and 1.7% of target nurses completed clinical practice over 9 months. In which, 51.9% of target nurses had clinical practice at the provincial level, 25.9% at the central level, 13.4% at the district level and only 8.8% of target nurses had clinical practice at the private health facilities (See details in Annex table 2).

Table 3. Percentage of health facility level that target nurses are working by province (Question C6)

General inforamtion	Ha Noi (n=171)	Vinh Phuc (n=58)	Dien Bien (n=40)	Binh Dinh (n=116)	Dong Nai (n=205)	Total (n=590)
Central level	88.9	0.0	0.0	0.0	0.0	25.8
Provincial level	11.1	62.1	32.5	77.6	72.7	52.0
District level	0.0	25.9	67.5	22.4	5.4	13.4
Private	0.0	12.1	0.0	0.0	22.0	8.8

In Bach Mai hospital and Saint Paul hospital, the majority (88.9%) was the target nurses working at the Bach Mai hospital (central level). In Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai provinces, the majority of target nurses are working at the provincial level with the rate ranged from 62.1% to 77.6%. Particularly in Dien Bien province, most of target nurses are working at the district level (67.5%).

Table 4. Percentage of target nurses are working and clinical practice at the same facility (Question C8)

Province	Level	n	%
Ha Noi (n=171)	Central level	152	100.0
	Provincial level	19	100.0
Vinh Phuc (n=58)	Provincial level	36	100.0
	District level	15	100.0
	Private	7	100.0
Dien Bien (n=40)	Provincial level	13	100.0
	District level	27	100.0
Binh Dinh (n=116)	Provincial level	90	100.0
	District level	26	100.0
Dong Nai (n=205)	Provincial level	149	100.0
	District level	11	100.0
	Private	45	100.0
Total (n=590)	Central level	152	100.0
	Provincial level	307	100.0
	District level	79	100.0
	Private	52	100.0

The analysis results on the places of working and clinical practice show that 100% of target nurses are working at the facilities that they completed clinical practice at the provincial and district levels.

Table 5. Percentage of division/department target nurses implementing clinical practice and working by level (Questions C9 and C10)

Division	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Division of clinical practice (Question C9, multi-choice question)					
Internal medicine	73.0	28.7	41.8	30.8	42.0
Surgery	55.9	31.6	31.6	15.4	36.4
Obstetrics	25.0	6.2	6.3	9.6	11.4
Peadiatrics	34.2	11.7	19.0	9.6	18.3
Infection	38.8	3.9	12.7	3.8	14.1
Emergency	53.3	17.6	25.3	28.8	28.8
Consultation room	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Image diagnosis	2.0	0.7	3.8	7.7	2.0
Pharmaceutics	0.7	0.0	0.0	0.0	0.2
Testing	0.7	0.3	0.0	11.5	1.4
Traditional Medicine	5.3	1.0	2.5	1.9	2.4
Other	27.6	26.4	20.3	19.2	25.3
Division of working (Question C10)					
Internal medicine	25.7	23.8	25.3	21.2	24.2
Surgery	23.0	26.1	17.7	7.7	22.5
Obstetrics	2.0	2.3	0.0	3.8	2.0
Peadiatrics	3.3	6.2	12.7	3.8	6.1
Infection	1.3	3.3	7.6	0.0	3.1
Emergency	5.9	11.1	12.7	17.3	10.5
Consultation room	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Image diagnosis	0.0	0.3	3.8	7.7	1.4
Pharmaceutics	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Testing	0.0	0.3	0.0	11.5	1.2
Traditional Medicine	0.0	1.0	1.3	1.9	0.8
Other	45.4	27.0	25.3	26.9	31.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

The survey results about the location of clinical practice of target nurses show that the proportion of target nurses with clinical practice at the internal medicine faculty accounted for the highest (42%), followed by at the surgery faculty (36.4%), at the emergency department (28.8%) and the lowest was found at the pharmaceutics faculty (0.2%). The proportion of practice at each faculty is different among the levels, in which at the central level 73% of target nurses implemented clinical practice at the internal medicine faculty, while this is 28.7% at provincial level

The results of the nursing departments where the target nurses are working after graduation show that the percentage of target nurses who are working at the internal medicine faculty was the highest (24.2%), followed by the surgery faculty (22.5%) and the emergency department (10.5%).

4.1.2. Situation of clinical practice of target nurses

Regarding program and materials for clinical practice

Table 6. Proportion of target nurses being introduced about contents and received materials before clinical practice and opinions of target nurses on textbook, materials, medical equipment, consumable materials for 9-month clinical practice (Questions C11, C12 and C13)

Province	Level	Being introduced about program, objectives	Received materials	Textbook, materials, medical equipment, consumable materials		
				Sufficient	Insufficient	Unavailable
Ha Noi (n=171)	Central	100.0	99.3	96.1	3.9	0.0
	Provincial	100.0	100.0	68.4	26.3	5.3
Vinh Phuc (n=58)	Provincial	86.1	83.3	91.7	5.6	2.8
	District	53.3	46.7	53.3	13.3	33.3
	Private	100.0	57.1	42.9	42.9	14.3
Dien Bien (n=40)	Provincial	92.3	69.2	38.5	61.5	0.0
	District	77.8	74.1	66.7	29.6	3.7
Binh Dinh (n=116)	Provincial	90.0	91.1	85.6	14.4	0.0
	District	92.3	84.6	84.6	15.4	0.0
Dong Nai (n=205)	Provincial	75.2	69.1	65.8	30.9	3.4
	District	100.0	81.8	63.6	36.4	0.0
	Private	100.0	97.8	93.3	6.7	0.0
Total (n=590)	Central	100.0	99.3	96.1	3.9	0.0
	Provincial	83.1	79.2	73.6	24.1	2.3
	District	81.0	73.4	69.6	22.8	7.6
	Private	100.0	92.3	86.5	11.5	1.9
	Total	88.6	84.7	80.0	17.6	2.4

The results in the table above show that 88.6% of target nurses reported they were introduced about the contents before starting clinical practice, in which 100% of the target nurses at the central and private health facilities. At the provincial and district levels in 4 project provinces, still some health facilities have not introduced about the program, contents and required achievements for nurses before implementing clinical practice.

About providing materials for new nurses during clinical practice, the survey results show that 85% of target nurses received materials during clinical practice, in which the highest was found at the central level (99.3%) and the lowest at the district level (73.4%). At two hospitals in Ha Noi, nearly 100% of nurses were provided materials during clinical practice. In the four remaining provinces, there was a disparity among the health facilities and levels (53.3%-100%). For new nurses and health workers, the materials for clinical practice is very essential during clinical practice.

Although most of target nurses reported that they were introduced about the program of clinical practice and provided materials during clinical practice, the program of clinical practice at the health facilities have not yet been issued officially, the objectives of clinical practice have not been obvious and unified; even in one province, in some facilities the program of clinical practice has not yet been

introduced to new nurses and has not been officialized yet also. Some contents of clinical practice have been developed by preceptors themselves and require new nurses study during clinical practice.

Regarding the textbook, though the target nurses reported that they received the textbook, but in many health facilities, they are only materials issued by the Ministry of Health or the materials developed by the health facilities based on the documents collected from different training courses or guidelines. So, the lack of documentation for clinical practice, both in quantity and quality, will limit the process and results of clinical practice of new nurses. The development and implementation of the common standardized clinical practice program together with the textbook is very essential.

The survey results about materials, medical equipment, consumable materials for clinical practice show that still 20% of target nurses reported that the materials, medical equipment, consumable materials for clinical practice or completely lacked. Particularly, 61.5% of target nurses at provincial level, 29.6% of those at district level in Dien Bien province and over 30% of target nurses at provincial/district levels in Dong Nai province reported that the materials, medical equipment, consumable materials for clinical practice still lacked a lot.

The data collected from the questionnaires of target nurses only reflect the shortage of the programs, materials, medical equipment for clinical practice, evenly in some cases, they did not know about the shortage of documentation and supplies that they need to be equipped. To be able to develop and perform the clinical practice program effectively for new nurses, it needs more specific assessments.

Situation of teaching and learning methods in clinical practice

Table 7. Percentage of methods applied for clinical practice of target nurses by level (Question C15, multi-choice question)

Information	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Center-approach lecturing on practice in classroom	86.2	33.6	21.5	15.4	43.9
Center-approach technical practice on model	82.2	14.7	11.4	11.5	31.4
On-the-job training	82.2	82.7	91.1	82.7	83.7
Using documentation	79.6	43.3	27.8	34.6	49.8
Using checklist	80.9	39.4	22.8	19.2	46.1
Practice with faculty rotation	84.9	17.6	25.3	32.7	37.3
Guiding by observation of care guiders	73.0	65.5	65.8	61.5	67.1
Other	0.0	2.0	3.8	0.0	1.5

The method of teaching/learning applied in 9-month clinical practice is relatively diverse and often have combination. Some methods have been applied commonly but some methods have been only applied in a limited number of health facilities. The results in the Table 7 show that the method that the target nurses mentioned the

most is on-the-job training (83.7%), followed by guiding by observation of care guiders (67.1%). The other methods have been applied at the same. At the central health facilities, numerous methods have been applied with the same rates. Meanwhile at the provincial, district and private health facilities, the method that has been applied the most consist of on-the-job training.

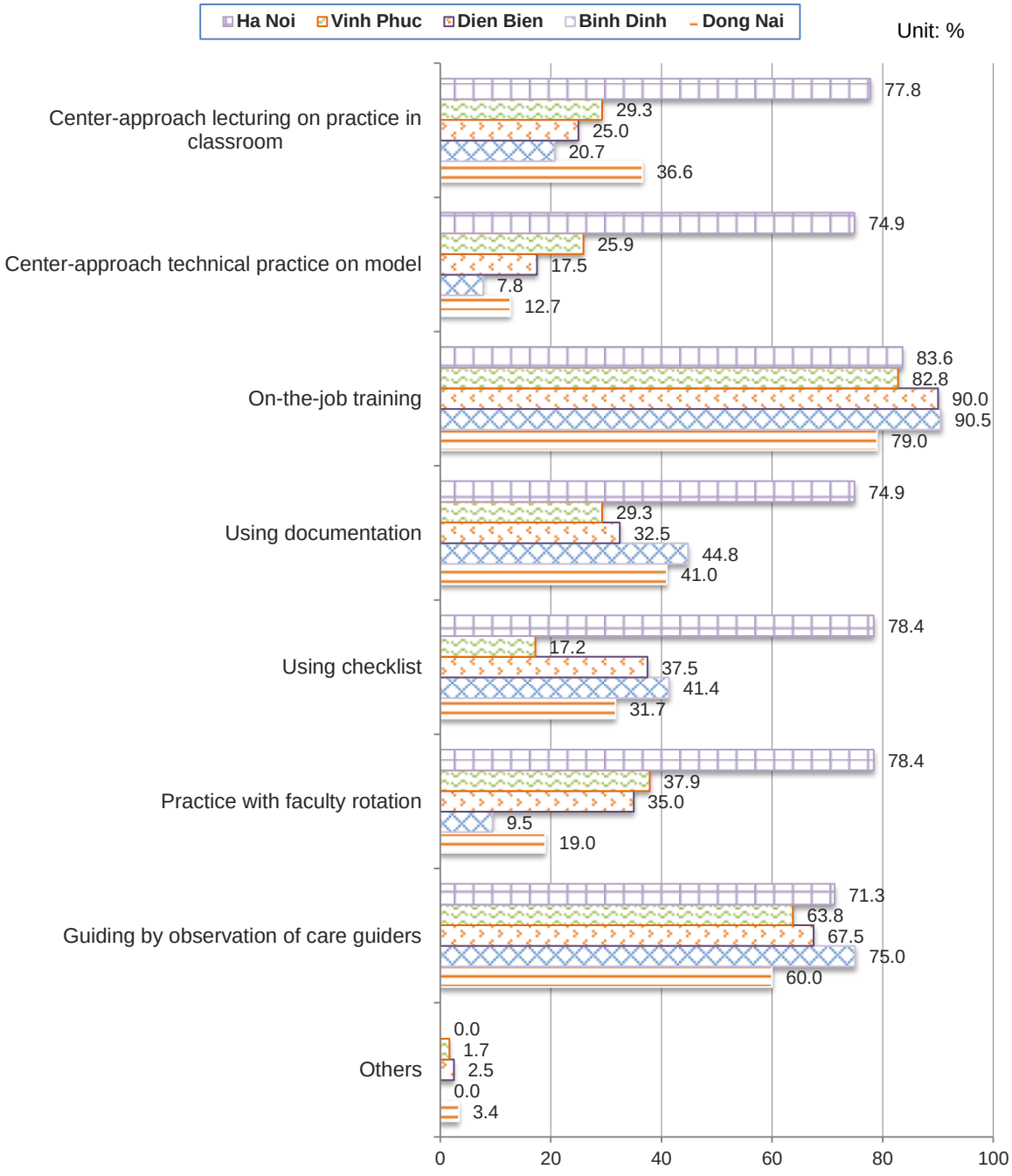


Figure 4. Percentage of methods of clinical practice by province (Question C15)

Regarding methods applied in clinical practice by province, two most common applied methods in all provinces consist of on-the-job training; this was found the lowest in Dong Nai province (79%), the highest was found in Binh Dinh province (90,5%); the method of guiding by observation of care guiders was found the lowest

in Dong Nai province (60,0%), the highest in Binh Dinh province (75%). Ha Noi has applied all methods with the same proportions ranged from 71 to 83%. Thus, the application of methods in clinical practice has been very different, not unified and synchronous in selecting methods applied in clinical practice in the provinces.

Table 8. Percentage of difference between 9-month clinical practice at health facilities and at the school target nurses graduated nursing program by level (Questions C16-C17)

Information	Central (n=112)	Province (n=262)	District (n=61)	Private (n=40)	Total (n=475)
Proportion of target nurses reported that 9-month clinical practice at health facilities different with the clinical practice at the school they graduated nursing program	73.7	85.3	77.2	76.9	80.5
Different contents between 9-month clinical practice at health facilities with the clinical practice at the school the nurses graduated nursing program:					
Practice methods	49.1	37.0	39.3	35.0	40.0
Assessment criteria of qualified capacity level of clinical practice	62.5	36.6	26.2	45.0	42.1
Difficulty and easiness level of experienced care techniques	70.5	58.8	65.6	55.0	62.1
Number of patients in charge	53.6	53.4	47.5	35.0	51.2
Severity level of patients in charge	60.7	48.1	44.3	30.0	49.1
Number of care skills taken by myself[2]	69.6	45.4	45.9	25.0	49.5
Other	0.0	3.4	3.3	2.5	2.5

The results in Table 8 show that 80.5% of target nurses reported about the difference between 9-month clinical practice at health facilities and at the school target nurses graduated nursing program, in which the proportion of target nurses reporting the difficulty and easiness level of experienced care techniques was found the highest (62.1%), number of patients in charge (51.2%) and severity level of patients in charge was also mentioned by 50% of target nurses.

The results above indicates that the clinical practice requires new nurses to master many skills that the achievement level at the school is still limited. This issue also needs to be paid attention when developing and implementing the clinical practice program.

[2] *Number of care skills taken alone following to level: level-1 care; level-1 care, level-3 care*

Table 9. Proportion of target nurses pay for 9-month clinical practice (Question C18)

Province	Level	n	%
Ha Noi (n=171)	Central	144	94.7
	Province	19	100.0
Vinh Phuc (n=58)	Province	0	0.0
	District	0	0.0
	Private	0	0.0
Dien Bien (n=40)	Province	0	0.0
	District	0	0.0
	Private	0	0.0
Binh Dinh (n=116)	Province	0	0.0
	District	0	0.0
	Private	0	0.0
Dong Nai (n=205)	Province	0	0.0
	District	0	0.0
	Private	0	0.0
Total (n=590)	Central	144	94.7
	Province	19	6.2
	District	0	0.0
	Private	0	0.0
	Total	163	27.6

During the 9-month clinical practice, most of target nurses at the central health facilities must pay for clinical practice (94.7%), whereas the target nurses at provincial, district and private health facilities must not pay for clinical practice.

In the provinces of Vinh Phuc, Dien Bien, Binh Dinh, Dong Nai, the target nurses must not pay for clinica practice at the health facilities . In Ha Noi, most of target nurses must pay for clinical practice (94.7%). The average cost that the target nurses must pay for clinical practice in Ha Noi is 4,500,000 dongs (See details in Annex table 15).

4.1.3. Assessing clinical practice of target nurses

Assessment is one of the important activities during clinical practice, especially practice of skills. The assessment of clinical practice of target nurses consists of forms and duration of assessment which are presented in the table below:

Table 10. Proportion of target nurses whose achievement of skill level were assessed (Question C19)

Province	Level	n	%
Ha Noi (n=171)	Central	150	98.7
	Province	19	100.0
Vinh Phuc (n=58)	Province	34	94.4
	District	14	93.3
	Private	7	100.0
Dien Bien (n=40)	Province	11	84.6
	District	27	100.0
Binh Dinh (n=116)	Province	89	98.9
	District	26	100.0
Dong Nai (n=205)	Province	135	90.6
	District	10	90.9
	Private	43	95.6
Total (n=590)	Central	150	98.7
	Province	288	93.8
	District	77	97.5
	Private	50	96.2
	Total	565	95.8

The results in the table 10 show that most of target nurses were assessed achievement skill level of clinical practice (95.8%). Still more than 4% of target nurses were not assessed during clinical practice as well as at the end of clinical practice, this was found scatteredly at all levels. The implementation of the assessment of achievement skill level of clinical practice in the provinces is different and evenly in one hospital, some units have implemented the assessment and some ones have not done yet, such as the Bach Mai hospital. Thus, the assessment of achievement of skill of clinical practice of target nurses has not been unified in the program of clinical practice.

Table 11. Percentage of duration that target nurses assessed achievement skill level of clinical practice by level (Question C20)

Duration	Central (n=150)	Province (n=288)	District (n=77)	Private (n=50)	Total (n=565)
Periodically (daily)	10.7	9.7	9.1	10.0	9.9
Periodically (monthly)	84.7	39.6	33.8	24.0	49.4
Periodically (every 2-3 months)	0.7	13.5	13.0	16.0	10.3
Periodically	2.0	6.9	7.8	10.0	6.0
Depend on level of achievement skill	0.7	14.9	23.4	24.0	13.1
No special regular regulation	1.3	17.4	13.0	16.0	12.4

The duration for assessing the achievement skill level of clinical practice is also relatively diverse. The survey results by level show that 49.9% (279/565) target nurses were assessed monthly, the highest was found at the central health facilities (84.7%), and the lowest at the private health facilities (24%). Still a small percentage of health facilities have implemented assessment of clinical practice of new nurses periodically at the different times, by week, by 5-6 months, and in some health facilities have implemented assessment of new nurses but have no special regulations.

Table 12. Percentage of time that target nurses are assessed achievement skill level of clinical practice by province (Question C20)

Time	Ha Noi (n=169)	Vinh Phuc (n=55)	Dien Bien (n=38)	Binh Dinh (n=115)	Dong Nai (n=188)	Total (n=565)
Periodically (daily)	12.4	12.7	13.2	0.9	11.7	9.9
Periodically (monthly)	76.9	25.5	44.7	43.5	36.2	49.4
Periodically (every 2-3 months)	1.8	18.2	13.2	12.2	13.8	10.3
Periodically	3.0	3.6	10.5	7.0	8.0	6.0
Depend on level of achievement skill	3.6	20.0	13.2	16.5	17.6	13.1
No special regular regulation	2.4	20.0	5.3	20.0	16.0	12.4

The analysis about the time for assessing achievement skill level of clinical practice by province shows that the periodically (monthly) assessment was applied the most in Ha Noi (76.9%), the lowest was found in Dong Nai province (25.5%). In the other provinces, the assessment of achievement skill level of clinical practice has been implemented at the different time.

The form of assessment of clinical practice is also different among the health facilities. As reported by deparment's and hospital's nurse leaders, the form of assessment was also different among the levels, the provinces and the hospitals/DHCs in the same province. Some health facilities have implemented the assessment very methodically, established the council, assessed both of theory and practice, this form has usually been implemented at central and provincial hospitals. Some health facilities have only implemented the assessment simply through the preceptors' comments, through department's leader, department's leader and

reported to the hospital before the new nurses are recognized to complete their clinical practice. (See details in Section 4.3.1. and 4.3.2).

Table 13. Percentage of persons assessed achievement skill level of clinical practice of target nurses (Question C21)

Province	Level	Department's nurse leader	Hospital's nurse leader	Preceptor	By myself	Other
Ha Noi (n=169)	Central	96.7	31.3	47.3	7.3	4.0
	Province	94.7	5.3	68.4	0.0	0.0
Vinh Phuc (n=55)	Province	79.4	17.6	61.8	23.5	5.9
	District	85.7	64.3	35.7	28.6	0.0
	Private	100.0	14.3	14.3	14.3	14.3
Dien Bien (n=38)	Province	90.9	54.5	36.4	45.5	9.1
	District	77.8	63.0	25.9	7.4	3.7
Binh Dinh (n=115)	Province	92.1	20.2	67.4	14.6	2.2
	District	76.9	23.1	61.5	0.0	0.0
Dong Nai (n=188)	Province	87.4	39.3	51.1	16.3	6.7
	District	100.0	30.0	50.0	30.0	10.0
	Private	88.4	25.6	46.5	9.3	2.3
Total (n=565)	Central	96.7	31.3	47.3	7.3	4.0
	Province	88.5	29.2	58.0	16.7	4.9
	District	81.8	45.5	42.9	11.7	2.6
	Private	90.0	24.0	42.0	10.0	4.0
	Total	89.9	31.5	51.7	12.9	4.2

According to the target nurses, the persons who assessed achievement skill level of clinical practice of new nurses were mostly department's nurse leaders (89.9%), the highest was found at the central level (96.7%), the lowest was found in the district level (81.8%). The assessment of clinical practice of preceptors was also relatively common (51.7%), in while the highest was found at the provincial health facilities (58%), the lowest was found in the district and and private health facilities (42%). The hospital's nurse leaders also involved in assessing achievement skill level of clinical practice of new nurses (31.5%). The other subjects accounted for the low rates. Still 12% of target nurses reported that they assessed the clinical practice process by themselves. So, the health facilities should not implement this form of assessment.

Table 14. Proportion of target nurses satisfied on process of clinical practice (Question C22)

Province	Level	Satisfied	Moderately satisfied	Partially satisfied	Not satisfied at all
Ha Noi (n=171)	Central	77.0	20.4	2.0	0.7
	Province	73.7	21.1	5.3	0.0
Vinh Phuc (n=58)	Province	41.7	52.8	5.6	0.0
	District	60.0	33.3	6.7	0.0
	Private	71.4	14.3	14.3	0.0
Dien Bien (n=40)	Province	46.2	46.2	7.7	0.0
	District	51.9	37.0	11.1	0.0
Binh Dinh (n=116)	Province	64.4	32.2	3.3	0.0
	District	92.3	7.7	0.0	0.0
Dong Nai (n=205)	Province	46.3	36.9	16.1	0.7
	District	63.6	27.3	9.1	0.0
	Private	71.1	22.2	6.7	0.0
Total (n=590)	Central	77.0	20.4	2.0	0.7
	Province	52.8	36.8	10.1	0.3
	District	68.4	25.3	6.3	0.0
	Private	71.2	21.2	7.7	0.0
	Total	62.7	29.7	7.3	0.3

More than 60% of target nurses were satisfied with the clinical practice process. The number of target nurses who were not satisfied accounted for only 2/590 (0.3%). The remaining number of target nurses who were satisfied normally (29.7%) or satisfied partially with clinical practice (7.3%).

Table 15. Proportion of target nurses satisfied with some contents on process of clinical practice by level (Question C23, multi-choice question)

Information	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Contents of practice	91.4	70.9	77.2	69.2	76.9
Duration of practice	61.6	44.4	50.6	48.1	50.0
Methods of practice	80.1	67.6	73.4	67.3	71.6
Curriculum	50.3	13.1	7.6	9.6	21.6
Materials for practice (textbook, medical equipment, consumable materials)	68.9	44.1	39.2	34.6	49.0
Appointing of preceptor and their capacity	41.1	41.8	35.4	26.9	39.5
Assessment methods	38.4	25.5	21.5	23.1	28.1
Other	0.7	1.0	1.3	0.0	0.9
Nothing	2.0	1.3	1.3	1.9	1.5

The target nurses were satisfied the most with the practice contents (76.9%). The proportion of satisfaction on practice contents was found the highest at the central health facilities (91.4%), the lowest at the private health facilities (69.2%), followed by the practice methods (71.6%). The proportion of satisfaction on the methods is the same to the contents, the highest was found at the central health facilities (80.1%), the

lowest was found at the private health facilities (67.3%). The results analyzed by province show that the proportion of satisfaction on practice contents was found the highest in Ha Noi (91.2%), the lowest in Dong Nai province (66.8%). Regarding the practice method, the highest was found in Ha Noi (80.6%), the lowest in Dien Bien province (60%). The level of satisfaction on the other related contents during clinical practice process accounted for a small rate (See details in Annex table 3).

Table 16. Proportion of target nurses unsatisfied with some contents on process of clinical practice by level (Question C24, multi-choice question)

Information	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Contents of practice	1.3	2.6	2.5	0.0	2.0
Duration of practice	13.8	6.8	7.6	7.7	8.8
Methods of practice	2.0	4.9	5.1	5.8	4.2
Curriculum	4.6	21.8	17.7	3.8	15.3
Materials for practice (textbook, medical equipment, consumable materials)	5.3	19.2	20.3	15.4	15.4
Appointing of preceptor and their capacity	4.6	7.5	3.8	0.0	5.6
Assessment methods	7.2	7.2	8.9	0.0	6.8
Other	0.0	1.0	0.0	0.0	0.5
Nothing	1.3	2.6	2.5	0.0	2.0

Curriculum and materials for practice are two contents that the target nurses were not satisfied the most (15.3% and 15.4% respectively). There is a disparity on the unsatisfied contents during clinical practice among the levels. Specifically as follows: At the central level, the target nurses were unsatisfied the most with the practice time (13.3%). The proportion of respondents unsatisfied with the materials for practice was high at the remaining levels, the highest was found at the district level (20.3%). The proportion of unsatisfaction on curriculum at provincial and district levels was still high (17.7% and 21.8% respectively).

Analysis by province shows that the proportion of unsatisfaction on curriculum was found the highest in Dien Bien province (27.5%), the lowest in Ha Noi (7.6%). The proportion of unsatisfaction on materials for practice was found the highest in Dien Bien province (30%) and the lowest in Ha Noi (7.0%) (See details in Annex table 4).

The analysis results of the unsatisfied contents during clinical practice by level and by province show that it needs to study, consider and assess the contents of curriculum to have suitable improvement, supplement of materials for practice to enhance effectiveness of clinical practice process.

When asking the target nurses about their expectation or which contents they want to be improved in clinical practice, the results summarized according to the contents related to the clinical practice program are as follows:

Regarding contents of clinical practice: It needs to increase the contents for practice, supplement contents of theory which are not studied at the schools, update new knowledge and skills regularly.

> *Need improvement in methods of practice, methods need to be realistic, focused on techniques that nurses do not have the opportunity to practice in school. The assessment, monitoring must be more often and more scientific* (A target nurse in Binh Dinh province).
>
> *The contents of practice and clinical guidelines should be practical because expression, psychology, behavior of the patients in reality are so different from learning* (A target nurse in Vinh Phuc province).

Regarding methods of teaching/learning: It needs to improve the methods, profesional techniques closer to clinical practice to reduce the distance between learning and working, improve the method of practice, strengthen medical equipment and time of teaching, strengthen interaction between preceptors and new nurses, and strengthen the teaching sessions on theory and increasing discussions.

> *Need improvement in practice, medical equipment, more time of teaching. There is an interaction between the preceptors and students more". "It is necessary to collect more information about the diseases and we need practice on the standard and modern models"* (A target nurse in Ha Noi).
>
> *"Need more time to learn the theory, oral examination between preceptors and practitioners. Need have tests to assess the ability of practitioners". "Need department rotation to learn new knowledge from different faculties"* (A target nurse in Dong Nai province).

Regarding materials for practice: it needs to have standard curriculum, materials and models for practice. The health facilities need to have sufficient materials and medical equipment for practice. The preceptors must understand the process of practice correctly and sufficiently. It is necessary to have a realistic regular assessment plan.

> *Must have more professional documents, expand knowledge and standard curriculum for clinical practice. Create more opportunities for new nurses practice in different departments. "* (A target nurse in Ha Noi).
>
> *The health facilities should have sufficient supplies and equipment, especially the modern equipment. The preceptors must understand the practicing procedures sufficiently and properly and must have regular and realistic evaluation plan"* (A target nurse in Vinh Phuc province).

"Provide additional equipment and facilities, have specific training program and curriculum and materials." "Methods of scientific practice are suitable to the district level, towards each separate specialty" (A target nurse in Dien Bien province).

Need to have a separate management training room of 9-month clinical practice. After the time of clinical practice, this room will assign work that is suitable to the nurses' capacity". "The preceptors must be trained carefully, the preceptors must follow closely 1-1 nurse to guid by the method of hands-on support". "Deploying the method of routine assessment every month to enhance competency level of clinical practice" (A target nurse in Dong Nai province).

Since the expectations of target nurses, the teaching in 9-month clinical practice for new nurses is still limited, especially in the provinces. Therefore, it is necessary to invest for development and implementation of the curriculum of 9-month clinical practice for new nurses.

4.1.4. Assessing competency of care practice, competency of professional development and management, practicing competency following to the law and professional ethics according to basic competency standards of Vietnamese nurses

4.1.4.1. Assessing competency of care practice of target nurses (assessed basing 15 compentency standards, from the standard 1 to standard 15 and 60 indicators).

The competency of care practice consists of 15 compentency standards and 60 indicators. The results of assessing each competency are as follows:

Table 17. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of the health status of individuals, families, population groups and/or communities (Standard 1)

Indicators	Could do alone		Could do if having guidance		Understand as knowledge		Don't understand	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Identify the health need of the individuals, families, population groups and/or communities	293	49.7	228	38.6	62	10.5	7	1.2
Explain the health status of the clients/groups	286	48.5	212	35.9	87	14.7	5	0.8

The standard 1 indicates an understanding of the health status of individuals, families and communities through 2 indicators. The survey results show that the proportion of target nurses "could do alone" only accounted for approximately 50%, still up to 1% of target nurses "don't understand" this competency and over 10% of those "could understand as knowledge".

In patient care, understanding and assessing the health status of the patients is very essential for the planning and implementing patient care, especially for nurses after completing clinical practice duration, according to the law they will officially perform

their functions and duties independently. The survey results show that along with improvement of the training program at the school, it needs a suitable curriculum of 9-month clinical practice for the new nurses will achieve the expected compentencies after they complete study at the school.

Table 18. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of providing sound decision making in the care of patients/clients considering their belief and values (Standard 2)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Collect the information and analyse to identify health problems of the individuals, families, population groups and/or communities	41.7	43.1	13.7	1.5
Provide sound decision making in the safe and effective care of the individuals, families, population groups and/or communities	33.9	46.9	17.6	1.5
Perform nursing interventions to support patients/clients meeting with their health problems /illness consistent with cultural beliefs of patients/clients	27.3	35.1	26.4	11.2
Monitor and observe development of nursing interventions	53.9	30.8	12.5	2.7

Standard 2: competency of providing sound decision making in the care of patients/clients considering their belief and values consists of 4 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" 4 indicators of this competency ranged from 27.3% to 53.9%, the lowest was the indicator "perform nursing interventions to support patients/clients meeting with their health problems /illness consistent with cultural beliefs of patients/clients". Perhaps these skills were less interested in the training programs at the school as well as in the clinical practice. The indicators "Collect the information and analyse to identify health problems of the individuals, families, population groups and/or communities"; "Provide sound decision making in the safe and effective care of the individuals, families, population groups and/or communities"; and "Provide sound decision making in the safe and effective care of the individuals, families, population groups and/or communities" are very necessary, especially in cases of emergency.

Table 19. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of setting priorities in nursing care based on their need of health care (Standard 3)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Identify and analyse the priority needs of patients/clients	58.0	30.7	10.2	1.2
Determine appropriate nursing care to address priority needs/problems	53.1	36.8	9.7	0.5

The competency 3 is setting priorities in nursing care based on their need of health care. This competency consits of 2 indicators. The proportion of target nurses who could do these two indicators independently is 53.1% and 58.0% respectively.

Still over 10% of target nurses only knew or did not know to determine, analyze and implement care interventions including with support of others.

Table 20. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of utilizing the nursing process as framework for nursing plan and interventions (Standard 4)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Perform comprehensive and systematic nursing assessment	51.4	38.5	8.3	1.9
Collect appropriate information from patients /clients and completes it into assessment form	80.2	14.6	4.1	1.2
Analyse and explain the information exactly	58.1	33.6	7.3	1.0
Formulate a plan of care in collaboration with patients/clients, their family and other members of the health team based on the priority issues, health needs and clients' expectation	64.6	28.8	6.1	0.5
Perform nursing activities effectively following the plan of care in a safe, effective and timely manner	77.8	17.6	4.4	0.2
Provide guides to clients and their families the appropriate self-care	86.8	9.5	3.4	0.3
Revise the care plan based on the patient's health condition and expected outcomes	55.1	37.6	6.8	0.5
Perform discharging for patients	74.7	18.6	5.8	0.8
Provide health education and inform patients on disease prevention during and after hospilitation	76.4	15.8	7.6	0.2

The standard 4 with 9 indicators is related to utilizing the nursing process as framework for nursing plan and interventions. The survey results show that, in general the proportion of target nurses achieving 6/9 indicators of the competency 4 was relatively high compared to the other indicators (64.6% - 86.8%). However for some indicators, still only 50% of target nurses could do alone. Although the proportion of target nurses who could do alone was relatively high, still some target nurses only knew or did not know about these indicators.

Table 21. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of promoting safety, comfort and privacy of patients (Standard 5)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Perform age-specific safety measures in all aspects of patients/clients care	76.8	15.4	7.1	0.7
Perform age-specific comfort measures in all aspects of patients/clients care	61.2	25.4	10.7	2.7
Perform age-specific measures to ensure privacy in all aspects of patients/clients care	88.0	6.3	5.4	0.3

The standard 5 consists of 3 indicators. The proportion of target nurses could implement independently these three indicators was from 61.2% to 88%. The indicator "Perform age-specific measures to ensure privacy in all aspects of

patients/clients care" that the target nurses could do themselves was found the highest proportion; this is a very essential, because if this issue is implemented well, it will help to improve the quality of treatment and create confidence for the patients.

Table 22. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of performing proper care techniques following nursing care process (Standard 6)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Decribe nursing process in the professional scopes	85.1	10.8	4.1	0.0
Implement nursing techniques fluently	73.7	22.2	4.1	0.0
Follow the rules of infection control	84.9	11.2	3.9	0.0

The standard 6 consists of 3 indicators. The proportion of target nurses could implement independently these three indicators was relatively high from 73.7% to 85.1%. Only a small proportion of target nurses knew about this competency and no ones reported "don't understand". It indicates that the indicators of this competency are so close to the daily work of target nurses, so the proportion of target nurses "could do meself" was higher.

Table 23. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of administering medication safely and effectively (Standard 7)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Take a complete patient drug history	90.8	5.8	3.2	0.2
Apply the 5-Right rules issued by the Ministry of Health. (Administer the right drug / right patient / right dose / right route/right time)	89.5	7.5	3.1	0.0
Teach the patient about the drugs he is receiving	88.5	8.8	2.7	0.0
Find out and perform necessary intervention if the patient had any drug allergies/side effects and report timely to doctors and nurses in shift	65.3	29.5	5.3	0.0
Be aware of potential drug – drug or drug-food interactions	29.5	50.0	16.3	4.2
Evaluate the effects of medication	50.7	33.2	14.6	1.5
Document and publicize each drug you administer	89.7	6.3	3.9	0.2

The standard 7 on administering medication safely and effectively consists of 7 indicators. 4/7 indicators had high proportions of target nurses "could do alone" (ranged from 65.3% to 90.8%). Particularly the indicator 5 and 6, the proportion of target nurses "could do alone" was lower, evenly the indicator 5 only accounted for 29.5% of target nurses "could do alone".

Table 24. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of ensuring continuity of care (Standard 8)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Hand over the patients status to the next care team in detailed, sufficient and accurate	82.4	13.6	3.7	0.3
Involve patients, families and other members of health team effectively to ensure continuity of care	76.4	17.5	5.8	0.3
Establish measures to implement continuous care for patients	47.1	40.7	9.5	2.7

The competency on ensuring continuity of care consist of 3 indicators. The indicator that the target nurses "could do alone" the highest was "Hand over the patients status to the next care team in detailed, sufficient and accurate" (82.4%). The lowest was the indicator "Establish measures to implement continuous care for patients" (47.1%). This result is also consistent with the reality, it is not easy for a new nurse to establish measures to implement continuous care for patients independently, it needs draw from experience in a long working process.

Table 25. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of performing first aids and acts on emergencies (Standard 9)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Find out sudden changes in health condition of patients/clients	73.6	19.5	6.8	0.2
Give decision on interventions and emergencies promptly and appropriately	42.2	47.6	9.2	1.0
Coordinate with other health team members	60.8	31.2	7.1	0.8
Perform first aid for patients/clients	53.6	39.8	6.3	0.3

In the health care, emergency care is one of the essential compentencies for doctors and nurses because it is related to the life of the patient. However, one of the important indicators of this competency is "Give decision on interventions and emergencies promptly and appropriately" accounted for only 42.2% of target nurses "could do alone".

Table 26. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing rapport with patients/clients, families and member of the health team (Standard 10), communicating with the patients/clients and families (Standard 11) utilizing formal and informal channels to facilitate communicating with patients/clients, families (Standard 12)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Establishing rapport with patients/clients, families and member of the health team (Standard 10)				
Create trust and confidence with patients/clients, families and health	85.6	8.6	5.6	0.2
Spend time with the client/significant others and members of the health team to facilitate interaction	87.6	6.6	5.6	0.2
Listen actively to patients/client's concerns/significant others and members of the health team	86.8	9.5	3.6	0.2
Communicating with the patients/clients and families (Standard 11)				
Validate patients/client's body language and facial expressions	73.9	17.6	6.8	1.7
Communicate effectively with individuals, families, groups who have communication problems due to disease, due to psychological problems	62.7	27.8	7.6	1.9
Express words, gestures that motivate, encourage safe treatment of patients	91.5	6.3	2.2	0.0
Utilizing formal and informal channels to facilitate communicating with patients/clients, families (Standard 12)				
Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and groups	49.8	32.2	14.4	3.6
Utilize effectively and appropriately communication with patients/clients, families and groups	65.8	24.6	8.1	1.5

Communication skill plays a very important role in the process of care, for the success of the treatment process. With a good and effective communication skill of medical practitioners in general and nurses in particular will create the cooperation of the patients during treatment process. In general, the proportion of target nurses "could implement communication with patients, patients' families and colleagues" was still high. The proportion of target nurses "could do alone" of the indicator "Express words, gestures that motivate, encourage safe treatment of patients" was very high treatment (91.5%). The indicator "Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and groups" was found the lowest (49.8%).

Table 27. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of providing appropriate information to the patients/clients on their health and fitness status (Standard 13)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Define appropriate information	69.3	23.2	7.3	0.2
Perform psychological preparation for patients/clients and families before providing the information "bad"	55.8	32.9	10.5	0.8

The competency on providing appropriate information to the patients/clients on their health and fitness status has influenced greatly on the psychology and the confidence of the patients to the health facilities. However, the proportion of target nurses "could do alone" two indicators of this competency was not high (55.8% and 69.3% respectively). Still more than 10% of target nurses "do not understand" or "understand as knowledge" on these two indicators but could not implement in clinical practice.

Table 28. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of determining needs and performs health education for individuals, families and groups (Standard 14)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Collect and analyze information on the needs of individuals, families, and groups of health	44.4	40.5	14.1	1.0
Identify priority needs	47.1	37.3	14.9	0.7
Develop health education plan including: setting the objectives, content, time, teaching facilities, methods and indicators	27.3	51.5	17.8	3.4
Develop health education materials suitable with the education of individuals, families, and groups of health	19.0	51.4	25.8	3.9
Perform health education suitably and effectively	43.1	41.2	15.1	0.7
Assess results of health education and adjust the plan of health education based on objectives and expected results	29.0	48.0	20.2	2.9

The competency on determining needs and performs health education for individuals, families and groups consists of 06 indicators. This competency was found the lowest proportion of target nurses "could do alone" among the compentencies and indicators under the competency group of care practice (ranged from 19.0% to 47.1%).

Table 29. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing collaborative relationship with colleagues and other members of health team (Standard 15)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Maintain a good relationship with the members of the team, consider the patients as a partner in care group	83.6	10.0	5.8	0.7
Recommend appropriate intervention to improve client care	74.9	18.8	5.9	0.3
Contribute to patients/clients care and treatment process, and perform given duties	80.0	14.2	5.4	0.3
Respect the role and ideas of other members of the health team	90.8	4.7	4.2	0.2
Share information with other members of the health teams	82.2	12.2	5.4	0.2
Act as liaison/advocate of the patients/clients	42.0	33.4	20.3	4.2

For effective care of patients, establishing collaborative relationship with colleagues and other members of health team is very important. The survey results show that, most of the nurses "could do alone" 6/7 indicators (ranged from 74.9% to 90.8%). Particularly the indicator "Act as liaison/advocate of the patients/clients" accounted for only 42% of target nurses "could do alone" and still 4.2% of target nurses "do not understand" this indicator.

4.1.4.2. Assessing competency of professional development and management (assessed basing on 8 compentency standards from standard 16 to standard 23 with 43 indicators).

Table 30. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maitaining accurate and updated documentation of patients/clients care prescribed by the ministry of health (Standard 16)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Apply principles of record management prescribed by the MOH	43.2	42.9	11.9	2.0
Maintain the patients/clients records in confident and privacy	81.5	12.9	5.1	0.5
Monitor and improves accuracy, completeness and reliability of nursing records	81.0	15.1	3.7	0.2
Make record readily accessible to facilitate patients/clients care and health policy making.	49.7	35.4	13.1	1.9

The standard 16 consists of 4 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" was not equal among the indicators. The indicator "Maintain the patients/clients records in confident and privacy" and "Monitor and improves accuracy, completeness and reliability of nursing records" was found a high proportion (81.5% and 81%, respectively). The remaining two indicators accounted for a lower proportion (43.2% and 49.7% respectively). The survey results also show that still more than 10% of target nurses only knew or did not understand this indicator.

Table 31. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of managing patients/clients care (Standard 17)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Manage individual tasks and time effectively	69.5	19.0	9.7	1.9
Plan the performance of tasks or activities based on priorities	71.7	20.8	7.3	0.2
Organize, coordinate, assign tasks for the member of the care group scientifically, appropriately and effectively	31.7	44.2	19.5	4.6
Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients	30.3	38.5	23.4	7.8
Utilize information technology in management of care as well as update their professional knowledge	55.3	33.2	10.0	1.5

The standard 17 consist of 5 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" the indicators under this competency ranged from 30.3% to 71.7%; in which the highest was found in the indicator "Plan the performance of tasks or activities based on priorities" and the lowest in the indicator "Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients".

Table 32. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of establishing mechanism to ensure proper functioning of equipment (Standard 18)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Establish mechanism to manage and function equipments used for patients/clients care and treatment	23.6	48.1	21.2	7.1
Make and implement the plan of maintenance of equipment assigned	38.1	40.8	16.3	4.7
Operate equipment used in care to ensure safety, effectiveness and prevent infection related to health care	48.5	41.7	7.8	2.0

The survey results with 590 target nurses show that nearly 50% of target nurses "could do if having guidance" three indicators of this competency (ranged from 41.7% to 48.1%). 21.2% of target nurses "understand as knowledge" and 7.1% of target nurses "do not understand" the indicator "Establish mechanism to manage and function equipments used for patients/clients care and treatment".

Table 33. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of utilizing financial resources to support patients/clients care (Standard 19)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Identify the cost-effectiveness in the utilization of resources	30.5	38.6	20.3	10.5
Develop budget considering existing resources for nursing care within assigned duty	26.6	41.5	22.4	9.5

Assessing the level of "could do alone" on the competency of utilizing financial resources to support patients/clients care shows that most of target nurses did not achieve. Less than 1/3 of target nurses "could do alone" two indicators of this competency (26.6% and 30.5%, respectively).

Table 34. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maitaining the safe environment (Standard 20)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Comply with standards and safety codes prescribed by laws	77.1	15.9	6.6	0.3
Adhere to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection	72.2	20.3	6.8	0.7
Observe protocols on pollution-control (water, air and noise)	66.3	21.5	11.0	1.2
Observe proper disposal of wastes	79.2	15.9	4.7	0.2
Define steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations	54.6	28.6	14.4	2.4
Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	40.0	35.6	19.5	4.9

The standard 20 consists of 6 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" the indicators of this competency ranged from 40% to 79.3%; in which the lowest is the indicator "Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment" and the highest is the indicator "Comply with standards and safety codes prescribed by laws".

Table 35. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of improving the quality of care and risk management in care environment (Standard 21)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	27.1	38.3	24.2	10.3
Detect and report environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	33.6	39.7	22.5	4.2
Solicit feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered	60.0	25.3	13.6	1.2
Apply proper methods	32.2	46.6	17.1	4.1
Participate in quality improvement activities in health care centre	36.3	41.5	18.0	4.2
Share with the team relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment	70.7	18.5	10.0	0.8
Make appropriate changes when existing technical and administrative procedure problems emerge	37.6	41.5	18.0	2.9
Make appropriate recommendations on the care and prevention of diseases	43.2	39.3	15.9	1.5
Know how to combine nursing consultants and available evidents to improve safety in patients/clients care	34.2	38.5	21.2	6.1

The self-assessment of competency of 590 target nurses on improving the quality of care and risk management in care environment shows that the proportion of target nurses "could do alone" these indicators was relatively low. 7/9 indicators have only less than 40% of target nurses "could do alone" (ranged from 27.1% to 43.2%). Only two indicators including "Share with the team relevant information regarding patients/clients'condition and significant changes in patients/clients' environment" and "Solicit feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered" achieved over 60% of target nurses "could do alone".

Table 36. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of nursing research and evidence-based practice (Standard 22)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Specify researchable problems regarding patient/client care	12.7	42.5	28.5	16.3
Identify appropriate methods of research on specific health problems of individuals, families, groups	12.4	43.2	28.5	15.9
Analyse and interpret data gathered using appropriate statistic	11.5	44.2	27.8	16.4
Recommend practical solutions appropriate to the problem based on the interpretation of significant findings	12.4	39.3	32.0	16.3
Present results of findings to colleagues/ patients/ clients/ family	26.9	31.5	29.5	12.0
Utilize the results of findings in the provision of nursing care to individuals/groups/ communities	13.6	42.4	31.0	13.1

The competency of nursing research and evidence-based practice is still very limited. Among 6 indicators of this competency, only 11.5% and 26.9% of target nurses "could do alone". Up to 1/3 of target nurses "do not understand" or "understand as knowledge" these indicators.

Table 37. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of maintaining personal and professional (Standard 23)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Identify own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	65.4	21.0	12.0	1.5
Pursue continuing education, participates in formal and non-formal education; Apply learned information for the improvement of care	70.5	20.8	7.5	1.2
Get involved in professional organizations and civic activities	63.7	23.1	10.5	2.7
Project a professional image of the nurse , demonstrates good manners and right conduct at all times	57.1	27.1	13.9	1.9
Possess positive attitude towards change and criticism, listens to suggestions and recommendations, tries new strategies or approaches and adapt to changes willingly	58.0	25.4	13.7	2.9
Perform function according to professional standards	69.3	23.7	6.3	0.7
Contribute to improve training and professional development for colleagues	40.0	32.2	24.2	3.6
Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society	38.8	35.8	21.0	4.4

The standard 23 consists of 8 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" ranged from 38.8% to 70.5%; in which the lowest is the indicator "Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society" and the highest is the indicator "Pursue continuing education, participates in formal and non-formal education; Apply learned information for the improvement of care".

4.1.4.3. Assessing practicing competency following to the law and professional ethics, including 02 compentencies and 07 indicators.

Table 38. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of adherence to practice in accordance with the law and other relevant legislation documents (Standard 24)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Fulfill legal requirements, rules prescribed by the MOH in nursing	63.9	24.2	10.3	1.5
Comply the provisions at the working place	86.9	9.5	3.6	0.0
Act in accordance with the terms of contract of employment and other rules and regulations	88.1	8.8	2.5	0.5
Record and preserve care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard practice	76.1	18.8	4.9	0.2

The proportion of target nurses "could do alone" the indicators of the competency of adherence to practice in accordance with the law and other relevant legislation documents is relatively high. The proportion of target nurses "could do alone" ranges from 63.9% to 88.1% and a lot of target nurses "could do if having guidance".

Table 39. Percentage of target nurses achieving indicators of the competency of adherence to practice in accordance with ethico- moral responsibilities (Standard 25)

Indicators	Could do alone	Could do if having guidance	Understand as knowledge	Don't understand
Accept responsibility and accountability for own decision and care interventions.	75.9	16.6	6.6	0.8
Adhere to the code of ethics for nurses in nursing practice	77.3	13.1	7.3	2.4
Report unethical and immoral incidents to proper authorities and be responsible for that report	57.8	24.2	16.1	1.9

The standard 25 on adherence to practice in accordance with ethico-moral responsibilities consists of 3 indicators. The proportion of target nurses "could do alone" the indicators of this competency ranges from 57.8% to 77.3%. The lowest is the indicator "Report unethical and immoral incidents to proper authorities and be responsible for that report".

4.1.4.4. General assessing basic competency of target nurses after 9-month clinical practice

To see the basic competency of nurses after 9-month target clinical practice, we calculated the mean percentage score. The mean percentage score is the level achievement (could do alone) on average according to the basic competency standards of Vietnamese nurses. Calculation: If the target nurse "could do alone" will score one point, while "could do if having guidance", "understand as knowledge", or "don't understand" will do zero point. The mean percentage score of each standard will be equal to the total number of points achieved to divide by the total number of indicators and total number of surveyed subjects and multiply by 100. For example: the standard 1 consists of 2 indicators, among 590 surveyed subjects, 293 ones could do alone the indicator 1 and 286 ones could do alone the indicator 2, so the mean percentage score of the standard 1 will be 293 + 286, divided by 2 indicators, divided by 590 surveyed subjects, multiplied by 100 = 49.07, rounded 49.1%.

The general mean percentage score for 25 standards will be equal to the total number of points achieved of all subjects to divide by the total number of indicators (110 indicators), divide by the total number of surveyed subjects, and multiply by 100. Here is the figure of the mean percentage score of nurses who achieved target:

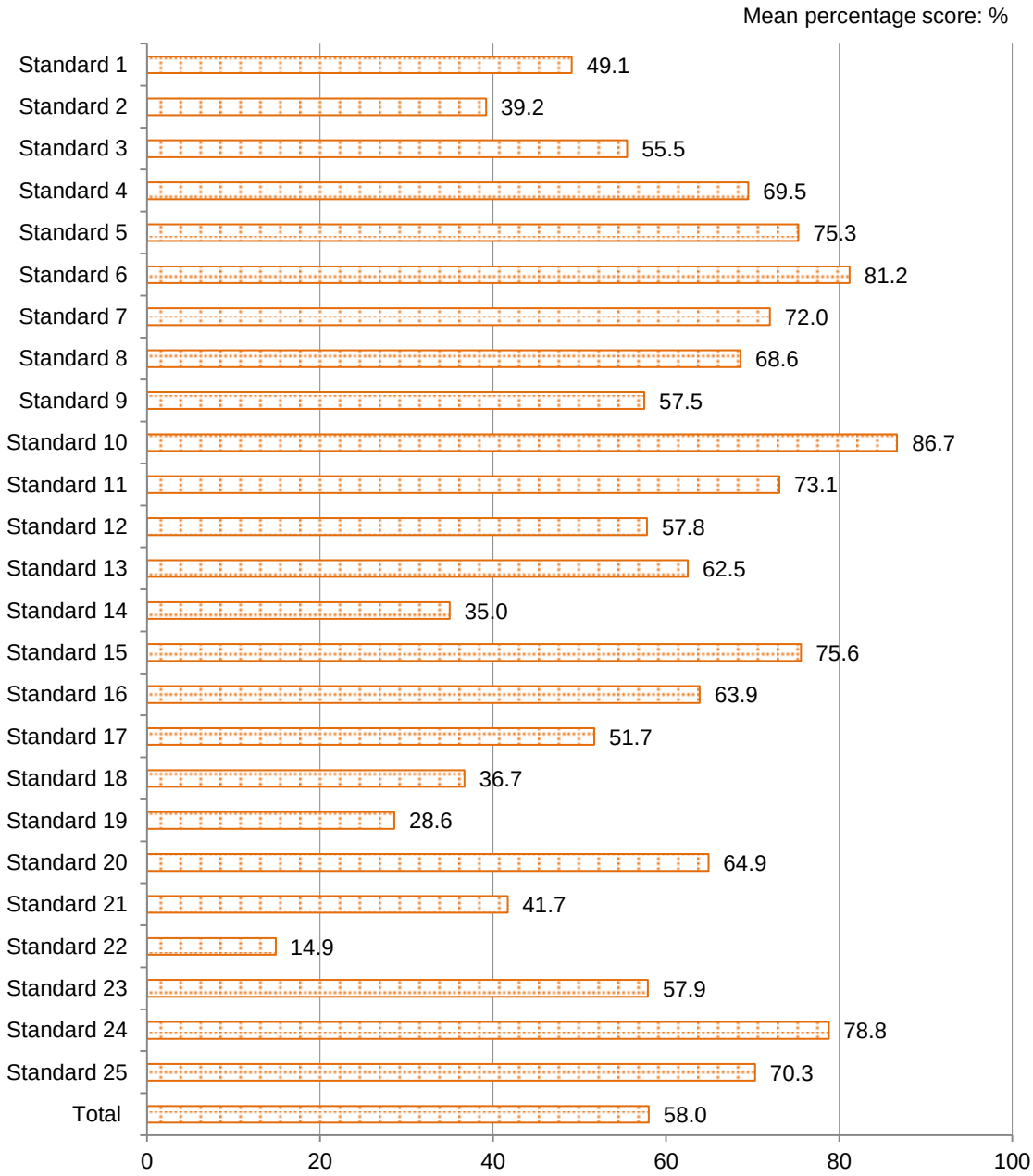


Figure 5. Mean percentage score of target nurses achieving the competency standards

The mean percentage score of target nurses achieved 58 points. It means that on average the target nurses "could do alone" 58 of indicators (110 indicators).

The standard with the lowest achieved mean percentage score is the competency standard 22 on nursing research and evidence-based practice (achieving 14.9 points). The standard with the highest achieved mean percentage score is the competency standard 10 on establishing rapport with patients/clients, families and member of the health team (achieving 86.7 points).

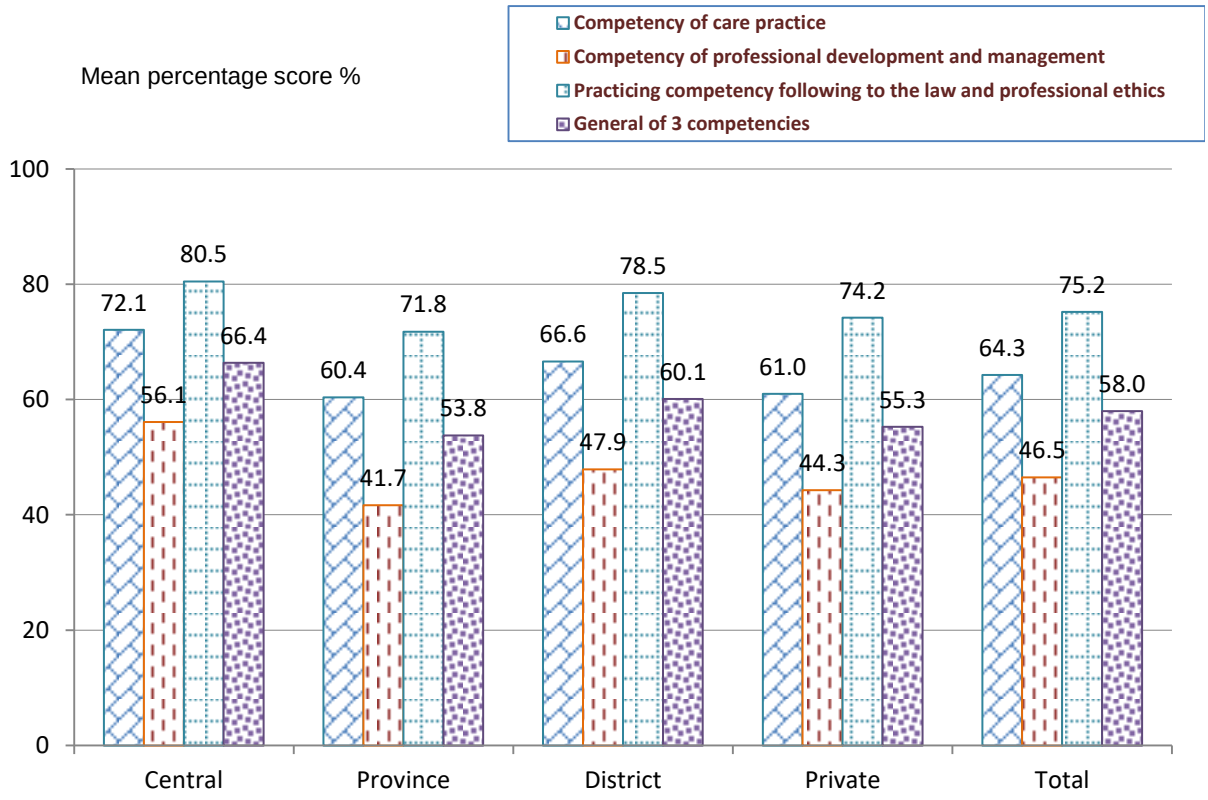


Figure 6. Mean percentage score of target nurses achieving the competency standards by level

The mean percentage score of target nurses who have practicing competency following to the law and professional ethics (including competency 24 and competency 25) is higher than the competency of care practice (including 15 compentencies from competency 1 to 15) and the competency of professional development and management (including 8 compentencies from competency 16 to 23). This trend is shown obviously at all levels.

The mean percentage score of target nurses who have practicing competency following to the law and professional ethics, competency of care practice, competency of professional development and management at the central health facilities (66.4 points) is higher than at the district ones (60.1 p oints) and private ones (55.3 points) and provincial ones (53.8 points).

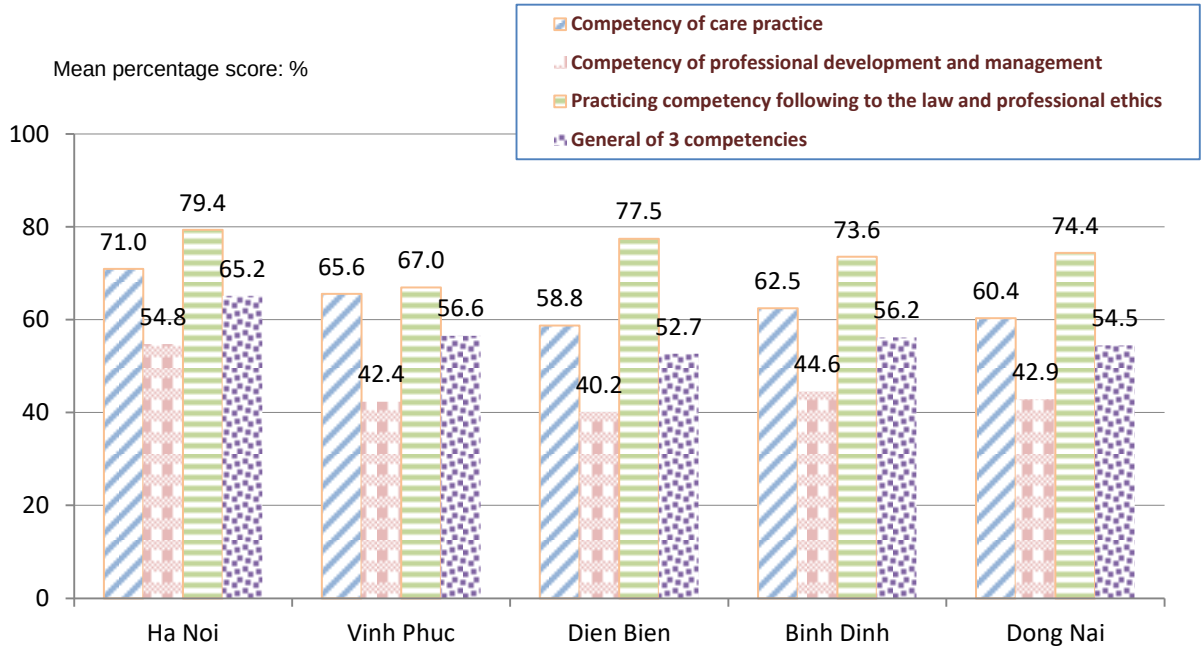


Figure 7. Mean percentage score of of target nurses achieving the competency standards by province

The mean percentage score of target nurses who have practicing competency following to the law and professional ethics (including competency 24 and competency 25) is higher than the competency of care practice (including 15 compentencies from competency 1 to 15) and the competency of professional development and management (including 8 compentencies from competency 16 to 23). This trend is shown obviously at all surveyed provinces.

The mean percentage score of target nurses who have practicing competency following to the law and professional ethics, competency of care practice, competency of professional development and management at the central health facilities (65.2 points) is higher than at ones in Vinh Phuc province (56.6 points), Binh Dinh province (56.2 points), Dong Nai province (54.5 points) and the lowest in Dien Bien province (52.7 points).

Table 40. Proportion of target nurses achieving basic competency standards of Vietnamese nurses by levels

Achievement	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
< 50% of 110 indicators was achieved	21.7	45.0	31.6	42.3	36.9
50-75% of 110 indicators was achieved	40.1	42.7	44.3	40.4	42.0
76-99% of 110 indicators was achieved	37.5	12.1	24.1	17.3	20.7
100% of 110 indicators was achieved	0.7	0.3	0	0	0.3

If dividing the level of achievement of compentency into 4 levels of achievement (achieving under 50 of indicators number following to the basic competency standards, achieveing 50-75% of indicators number, achieving 76-99% of indicators

number and achieving 100% of indicators number), 36.9% of target nurses achieved under 50% of indicators number, the highest was found in the provincial level (45%), followed private health facilities (42.3%), district level (31.6%) and the lowest at the central level (21.7%). 42% of target nurses achieved 50-75% of indicators number, 20.7% achieved 76-99% of indicators number and only 0.3% of target nurses achieved 100% indicators number (110 indicators) of the basic competency standards of Vietnamese nurses.

Table 41. Proportion of target nurses achieving basic competency standards of Vietnamese nurses by types of standards

Types of Standards	Central (n=152)	Province (n=307)	District (n=79)	Private (n=52)	Total (n=590)
Achieving competency standard of care practice (could do alone all 60 indicators of 15 compentencies)	1.3	0.7	1.3	0.0	0.8
Achieving competency standard of professional development and management (could do alone all 43 indicators of 8 compentencies)	3.3	1.3	0.0	1.9	1.7
Achieving practicing competency standard following to the law and professional ethics (could do alone all 7 indicators of 2 compentencies)	53.9	27.7	40.5	32.7	37.1
Achiecing basic competency standards of Vietnamese nurses (could do alone all 110 indicators of 25 compentency standards)	0.7	0.3	0.0	0.0	0.3

Very few target nurses achieved the basic competency standards of Vietnamese nurses (could do alone all 110 indicators of 25 compentencies), (2 target nurses = 0.3% of total surveyed target nurses). Also very few target nurses achieved the competency of care practice (could do alone 60 indicators of 15 compentencies), (5 target nurses = 0.8% of total surveyed target nurses). 10 target nurses achieved competency standard of professional development and management (could do alone 43 indicators of 8 compentencies), (accounting for 1.7% of total surveyed target nurses). 219 target nurses achieved practicing competency standard following to the law and professional ethics (could do alone 7 indicators of 2 compentencies), (accounting for 37.1% of total surveyed target nurses).

4.2. Perception, experience and practice in training/guiding target nurses by preceptors in health facilities (Questionnaire Q4)

4.2.1. General information about the preceptor

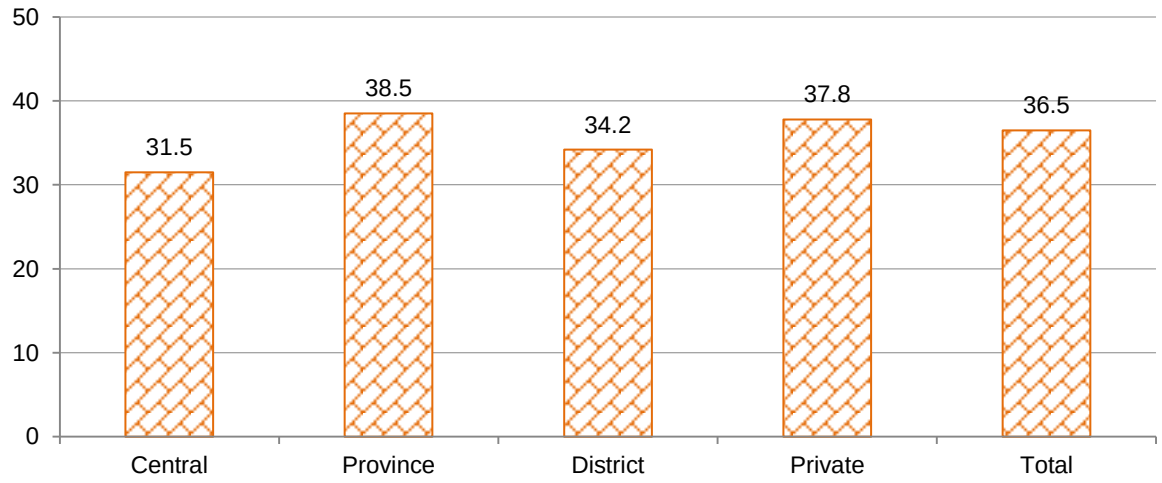


Figure 8: Average age of preceptors for nursing clinical practice (Question C1)

The results of survey conducted in 99 nurses who have been instructed and are instructing target nurses showed that the average age of the preceptors participating in the survey was 36.5. The average age of the preceptors was not so much different between the health facility levels, the lowest in the central (31.5 years old) and the highest at provincial levels (38.5 years old).

Table 42. General information on preceptors and distribution of preceptors by levels

General information	Central (n=2)	Province (n=44)	District (n=41)	Private (n=12)	Total (n=99)
Percentage of Sex (Question C2)					
• Male	50.0	27.3	24.4	33.3	27.3
• Female	50.0	72.7	75.6	66.7	72.7
Percentage of Highest Qualifications (Question C7)					
• Intermediate School	0.0	9.1	22.0	41.7	18.2
• College	0.0	11.4	22.0	25.0	17.2
• University (4 years)	100.0	77.3	56.1	25.0	62.6
• Master degree	0.0	2.3	0.0	8.3	2.0
Percentage of Title (Question C4)					
• Hospital's Nurse Leader	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
• Hospital's Deputy Nurse Leader	0.0	6.8	4.9	8.3	6.1
• Department's Nurse Leader	50.0	79.5	78.0	83.3	78.8
• Department's Deputy Nurse Leader	0.0	0.0	2.4	0.0	1.0
• Other	50.0	13.6	14.6	8.3	14.1
Percentage of Working Department: (Question C3)					
• Internal Medicine	0.0	22.7	17.1	8.3	18.2
• Surgery Dept	0.0	18.2	14.6	8.3	15.2
• Obstetric	0.0	.0	4.9	16.7	4.0

General information	Central (n=2)	Province (n=44)	District (n=41)	Private (n=12)	Total (n=99)
• Pediatrics	0.0	9.1	9.8	0.0	8.1
• Infectious	0.0	9.1	2.4	0.0	5.1
• Emergency	0.0	9.1	17.1	25.0	14.1
• Other	100.0	31.8	39.0	58.3	39.4

Findings from the table 42 also shows women made up the majority of 72% of preceptors have participanted in survey.

On the professional level, the survey results also indicate that there was no uniformity in the level of expertise among preceptors involved in research. Number of masters qualified preceptors was 2%; the preceptor have a university degree accounted for the highest proportion of 62.6%; still 35% were intermediate qualified preceptors. Although the clinical practice guidelines focus primarily on skills but with the changes in science and technology, especially in the medical technology, the qualifications of the preceptors also play an important role in supporting for newly graduated nursing capacity. The information about the preceptor education is essential for the design and implementation of training courses for teachers (ToT).

Research on the highest professional level of the preceptors by levels, the research results showed that at the central level, 100% preceptor had graduated from university; 77.3% preceptors at provincial level have already graduated from university and the lowest at private, only 25% of private preceptors graduated from university. In contrast, in the districts and private sector, the graduation rate of Intermediate School among preceptors accounted to 22%.

On the title of the preceptors, the survey results showed that 78.8% of nursing preceptors were the nurse leaders of the department having practicing nurses; 6.1% were the hospital's deputy nurse leader and 14.1% were nurses working in the departments.

Regarding preceptor distribution by place of work, study results showed a higher rate of preceptors was in the internal medicine (18,2%), surgery (15,2%) and emergency (14,1%). In other departments preceptor number had a negligible difference (ranging from 4-8,1%). The number of preceptors working in other departments accounted for 39.4%, which is mainly the departments such as clinics, rehabilitation, surgery, anesthesia, interdepartments.

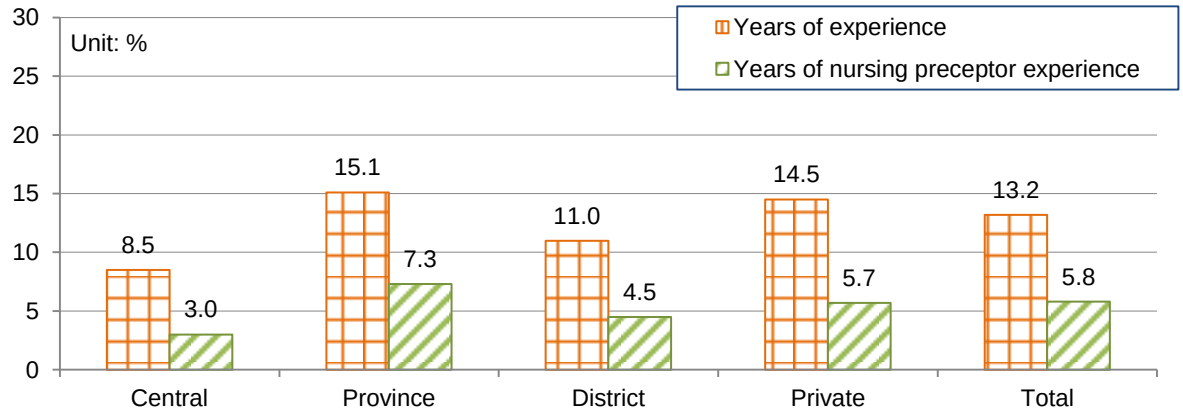


Figure 9. Percentage of years of experience and years of nursing preceptor experience (Questions C5 and C6)

Findings from the table also shows the average number of years of nursing experience was 13.2, relatively evenly between the provincial, district and private levels. Only at the central level, preceptors had less some years of nurses experience at 8.5.

In terms of years of experience as preceptors, the research results also showed that the average number of years was 5.8 as preceptor and the allocation between levels was also similar to the number of years in nursing experience.

4.2.2. Preceptors Training Status

Table 43. The rate of preceptors joined preceptor training classes by levels (Questions C8-C10)

General Information	Central (n=2)	Province (n=44)	District (n=41)	Private (n=12)	Total (n=99)
Joined clinical training for preceptors outside the hospital	100.0	34.1	34.1	25.0	34.3
Joined Training of Trainers (TOT) implemented by the agencies	50.0	27.3	9.8	16.7	19.2
Training Contents	(n=2)	(n=15)	(n=14)	(n=3)	(n=34)
• Medical pedagogy training course held by MOH	0.0	53.3	35.7	66.7	44.1
• Training course held by Vietnam Nursing Association	0.0	33.3	21.4	0.0	23.5
• Training course held by JICA	100.0	26.7	0.0	0.0	17.6
• Other	0.0	13.3	42.9	33.3	26.5

The preceptors' training including training courses implemented by the outside organizations/units or by the health care facilities themselves. Firstly for the preceptor training implemented by outside units/organizations, results showed 34.4% of the preceptors participating the study have been involved in training courses organized by the offices/units outside of the health facilities, the left 66,7% preceptors have not been involved in training. Number preceptors trained were level has been attended training courses from institutions outside the health services. At the provincial and district levels, only 34% of the preceptors was involved in training courses outside the hospital. The ones who participated in external training was lowest in the private health sector

Regarding organizational units/training contents, the research results also showed that only 44.1% of the preceptors attended training courses on medical pedagogy method by ASTT under MOH. A small percentage of preceptors attended the nursing training courses organized by Vietnam Nursing Association and JICA. Others attended courses offered by the different training institutions with different contents.

On the preceptor training implemented by the hospitals/health facilities, the research results showed that only 19% of the preceptor attended the courses organised by their medical facilities with different contents varied by health facilities such as teaching for adults, ToT for nurses to work at CHS and a number of professional training courses on the other topics.

The survey results for preceptor training by provinces showed that except Hanoi, rate of nurses participated in preceptor training made by the outside units/organizations was quite low, the lowest in the provinces of Binh Dinh and Dong Nai. Participation in each training organized by outsider units also changed according to the provinces, there are only preceptor training of 4 provinces attended only as training medical education method organized by the Department of Science and Technology MOH, Dien Bien province had not got any attendent there. Regarding the organization of ToT courses at health facilities, the research results also showed that the proportion of preceptors attended the ToT course was low at 19.2% and Dien Bien province has no preceptor attended the ToT training course held at their facility (See Annex table 11).

4.2.3. Mechanisms and content for 9 months clinical practice

Table 44. The percentage of method of guiding clinical practice for preceptors (Question C12, multiple choice question)

General Information	Central (n=2)		Province (n=44)		District (n=41)		Private (n=12)		Total (n=99)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Work together daily (on-site guiding)	2	100.0	40	90.9	34	82.9	7	58.3	83	83.8
Dealing when having questions	2	100.0	31	70.5	23	56.1	7	58.3	63	63.6
Oral guiding on-site if needed	2	100.0	33	75.0	26	63.4	8	66.7	69	69.7
Guiding on use of manual	2	100.0	13	29.5	7	17.1	1	8.3	23	23.2
Center-approach lecturing	2	100.0	24	54.5	13	31.7	5	41.7	44	44.4
Using model	1	50.0	13	29.5	2	4.9	2	16.7	18	18.2
Other	0	0.0	5	11.4	0	0.0	0	0.0	5	5.1
Total	2		44		41		12		99	

Practices have an important role in enhancing the knowledge and skills to students. Results from Table 44 showed that there were many different methods to be applied in clinical practice and usually in combination with other methods. Seperately review each method used in clinical practice guidelines, the results from table 39 showed the instructions through “Work together daily”was the most applied, 83% preceptors have used these measures, the lowest was the use of models.

The proportion of low users of model may due to lack of the necessary models for practical guidance. Manual for using handbook was so not common in clinical practice guidelines. Besides some other methods were applied but not yet as common as briefings between preceptors and target nurses, guidance based on direct situations on the patient and only to be done in the provincial hospitals.

Along with the method Guiding through working with every day, Dealing when having questions and Oral guiding on-site if needed were also commonly applied at all levels and the provinces. Clinical practice guidelines to help the newly graduated nurses perform the skills they need to reach more mature and standards so that after completion of practice, the nurses can confidently perform skills under regulations. We can say the methods of guiding through the work executed on the same day, explaining the questions and specific guidance when needed were those which are practical and very useful even if infrastructure constraints restricted.

Being sked about the content and which method is good for clinical practice, the preceptor answers varied but many supposed that the hands-on approach was an effective method. It was suggested that the need to prepare and guidance right on the patients. Also it was suggested that there should be guidelines on curriculum and practical and should update their knowledge and professional skills. There were briefings to share practical experience also supposed by preceptors as a helpful method, particularly in the rare cases. Some guidelines require regular monitoring based on the checklist to assess the level of skill attained. This is a very important activity for training, especially skills training, in other words, along with the training the support supervisions play a very important role for learners to improve practice capacity.

Table 45. The difference between the methods and content of practice during the period studied in the school and 9 months clinical practice by levels and by provinces

Province	Levels	Methods of Clinical practice		Contents of Clinical practice	
		Number	Propotion(%)	Number	Propotion(%)
Ha Noi (n=4)	Central	0	0.0	0	0.0
	Province	0	0.0	0	0.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	2	25.0	3	37.5
	District	2	20.0	4	40.0
	Private	0	0.0	1	50.0
Dien Bien (n=19)	Province	0	0.0	2	33.3
	District	3	23.1	7	53.8
Binh Dinh (n=26)	Province	3	21.4	5	35.7
	District	3	25.0	7	58.3
Dong Nai (n=30)	Province	4	28.6	3	21.4
	District	2	33.3	0	0.0
	Private	4	40.0	5	50.0
Total (n=99)	Central	0	0.0	0	0.0
	Province	9	20.5	13	29.5
	District	10	24.4	18	43.9
	Private	4	33.3	6	50.0
	General	23	23.3	37	37.3

Table 45 presents the opinions of preceptors on the method and practice content at the school and practice training at the hospitals. There are 23.3% of the total 99 preceptors said that there are differences in practices and 37.3% think that there are difference of practical content in which the proportion of preceptors said that there are differences in terms of approach and content between school and practice was highest in private sector at 33% for that difference in approach and 50% for the difference in content.

Learning more details about the difference in methods and contents to practice many ideas that the difference was mainly when in school the nurses practiced in models and during clinical practice in health care facilities, the target nursies directly practice on the patients, more realistically. Practicing on models was more theoretical while practicing on the patient was more practical, more concise and easier to remember and apply immediately. Studying clinical practice participants must comply with the technical process so they could be trained, the technical process was always updated, always supervised and directed.

In terms of content, the nurses practicing clinically assessed that the contents learnt at the school was so general, not so specific, learning during clinical practice was in more details, gone deep into the different aspects, had more time for practice.

Table 46. Percentage time that practicing nurse involved directly in night shift by provinces and levels (Question C15)

Province	Levels	1-2 months		3-8 months		9 months		After 9 months	
		Number	Rate (%)	Number	Rate (%)	Number	Rate (%)	Number	Rate (%)
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Province	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	4	50.0	3	37.5	0	0.0	1	12.5
	District	1	10.0	6	60.0	2	20.0	1	10.0
	Private	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dien Bien (n=19)	Province	0	0.0	3	50.0	0	0.0	3	50.0
	District	7	53.8	1	7.7	3	23.1	2	15.4
Binh Dinh (n=26)	Province	2	14.3	7	50.0	3	21.4	2	14.3
	District	0	0.0	4	33.3	5	41.7	3	25.0
Dong Nai (n=30)	Province	4	28.6	4	28.6	6	42.9	0	0.0
	District	2	33.3	1	16.7	2	33.3	1	16.7
	Private	2	20.0	6	60.0	2	20.0	0	0.0
Total (n=99)	Central	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Province	12	27.3	17	38.6	9	20.5	6	13.6
	District	10	24.4	12	29.3	12	29.3	7	17.1
	Private	4	33.3	6	50.0	2	16.7	0	0.0
	General	28	28.3	35	35.4	23	23.2	13	13.1

Results from Table 46 showed 28,3% of the preceptors said during clinical practice nurses participated in night shift after 1-2 months of practice; 35,4% preceptors said the nurses joined the night shift after 3-8 months and 23,2% at 9 months and 13,1% said the nurse participated in night shift after 9 months.

There are differences between the provinces of nursing time participating in the night-shift during clinical practice. In Hanoi 100% preceptors said the target nurses involved in night shift from the 1-2nd month of practice; 80% preceptors in Vinh Phuc said nurses participated in night shift before 9 months completed. Percentage of preceptors in Binh Dinh and Dong Nai participated in the night shift before 9 months completed was lower and meanwhile the rate of preceptors said the nursing performant at night shift at the time and after 9 months was higher.

Table 47. Percentage of Preceptors has arranged discussions on cases for nurses during clinical practice (Question C16)

Province	Level	Number	%
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0
	Province	2	100.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	7	87.5
	District	8	80.0
	Private	2	100.0
Dien Bien (n=19)	Province	6	100.0
	District	13	100.0
Binh Dinh (n=26)	Province	14	100.0
	District	12	100.0
Dong Nai (n=30)	Province	13	92.9
	District	5	83.3
	Private	8	80.0
Total (n=99)	Central	2	100.0
	Province	42	95.5
	District	38	92.7
	Private	10	83.3
	General	92	92,8

Discuss the case is considered as one of the active learning method for students that help to learn from shared experiences. Table 47 shows that approximately 93% preceptors said they held discussions about the cases and the highest proportion was in the central and lowest in the private accounted by levels and the highest in Ha Noi and lowest in Dong Nai accounted by provinces.

Table 48. Percentage of Preceptors organized meetings, briefings to confirm the progress and problems encountered during practice guidance (Question C17)

Level	Province	Periodic (daily)	Periodic (monthly)	Periodic (each 2-3 months)	Periodic organisation	Organised if needed	Not organised
Ha Noi (n=4)	Central	0.0	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0
	Province	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	12.5	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0
	District	10.0	10.0	0.0	0.0	80.0	0.0
	Private	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0
Dien Bien (n=19)	Province	50.0	16.7	0.0	0.0	33.3	0.0
	District	30.8	15.4	0.0	0.0	38.5	15.4
Binh Dinh (n=26)	Province	57.1	14.3	0.0	0.0	50.0	0.0
	District	41.7	8.3	8.3	0.0	41.7	8.3
Dong Nai (n=30)	Province	35.7	28.6	21.4	7.1	35.7	0.0
	District	0.0	50.0	0.0	16.7	33.3	0.0
	Private	0.0	30.0	10.0	10.0	60.0	0.0
Total (n=99)	Central	0.0	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0
	Province	40.9	20.5	6.8	6.8	43.2	0.0
	District	24.4	17.1	2.4	2.4	48.8	7.3
	Private	8.3	25.0	8.3	8.3	58.3	0.0

Table 48 presented the results of the preceptors organizing meetings, briefings to confirm the progress and problems encountered in the course of clinical practice guidance by levels and by provinces. The survey results showed that the organisation of group briefing meetings was also different between levels and by provinces. Reviewing each single form of briefings, the survey results showed that only 47.5% preceptors said only hold briefings as described above if necessary, 29% of nurses said had organized these meetings daily and 21% said they organized on a monthly basis. 3% preceptors at the district level in Dien Bien and Binh Dinh said no meetings held with the above content on their facilities.

Hold a briefing to confirm the progress and problems encountered during clinical practice is essential, to ensure the scheduled practice. The applicable time also depends on the working conditions in each level and in each province but should be combined with assessment of the work progress implemention so the briefings will bring better results.

Table 49. Time to evaluate their level of achievements of the nurses (Question C18)

Level	Province	Periodic (daily)	Periodic (monthly)	Periodic (each 2-3 months)	Periodic organisation	Organised if needed	Not organised
Ha Noi (n=4)	Central	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Province	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	12.5	25.0	12.5	12.5	25.0	12.5
	District	20.0	10.0	0.0	0.0	50.0	20.0
	Private	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0
Dien Bien (n=19)	Province	0.0	16.7	16.7	50.0	16.7	0.0
	District	15.4	15.4	30.8	7.7	30.8	0.0
Binh Dinh (n=26)	Province	14.3	28.6	0.0	7.1	50.0	0.0
	District	0.0	25.0	16.7	0.0	50.0	8.3
Dong Nai (n=30)	Province	7.1	7.1	28.6	0.0	35.7	21.4
	District	0.0	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0
	Private	10.0	0.0	40.0	20.0	30.0	0.0
Total (n=99)	Central	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Province	9.1	18.2	15.9	11.4	36.4	9.1
	District	9.8	24.4	14.6	2.4	41.5	7.3
	Private	8.3	8.3	41.7	16.7	25.0	0.0

Table 49 presents the survey results on the time of evaluation of the achievement level of the nurse. According to the preceptors, the implementation of assessment of the level of achievement of target nursing was also different between levels and provinces, of which 36.4% preceptors said the evaluation time for assessment of the achievement's degree of nurses depending on their level achieved by targer nurses. Still there are some units had no prescription of assessment of nursing achivement. The assessment of the level of achievement is very important in the training process, the information obtained from the study as a basis for planning of later training for clinical practice.

Table 50. Percentage of facilities regulating specified methods for handling medical accidents or health incidents related to nurses undergoing clinical practice by levels and provinces (Question C19)

Province	Level	Number	Rate %
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0
	Province	1	50.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	7	87.5
	District	3	30.0
	Private	0	0.0
Dien Bien (n=19)	Province	3	50.0
	District	11	84.6
Binh Dinh (n=26)	Province	14	100.0
	District	6	50.0
Dong Nai (n=30)	Province	10	71.4
	District	6	100.0
	Private	5	50.0
Total (n=99)	Central	2	100.0
	Province	35	79.5
	District	26	63.4
	Private	5	41.7
	General	68	68,7

Results from Table 50 showed that 68.7% preceptors said there were prescribed methods for handling medical accidents or health incidents related to nurses undergoing clinical practice in which 100% preceptors at central level said above rules have been stipulated and only approximately 42% of nurses in private health facilities know about this provision.

Researching on medical incidents reported by province, study results showed that, except in Hanoi provincial level, provincial employers in other provinces also pays great attention to

this problem and even in the districts also been very interested in the medical incident occurs to target nurses during clinical practice.

Regulations on reporting and resolving medical incidents though were different in forms but were similar in the facility. There were units required the reporting as prescribed by the Ministry of Health, the others regulated to report to the director, to nursing planning room, nursing leader room etc, all have provisions to monitor and resolve the case of exposure as like stabbing sharp objects, etc.

The identification and reporting of medical incidents, as well as provisions to solve this problem is necessary to ensure the quality of medical care at the health facility. Currently the Ministry of Health very concerned, these are issues that need to be taken into consideration in the formulation and implementation of training programs in 9 months clinical practice later.

When being asked about the challenges of nursing departments have been faced in the practice period, the results compiled of answer sheets fron Preceptor's self-administered quetionaire (Question C20, Q4) has said the department rooms were faced with many challenges as follows:

On the side of training facility in clinical practice: In the opinion of the preceptors from the self administered questionnaire o for that task to guide the newly graduated nurses work is part-time only, not the main job. Therefore, the preceptors' capacity is limited, especially the skills of teaching and guiding due to not fully trained or not trained (as there were no specific regulations for the preceptors). The updating of the knowledge, skills was restricted, especially at the district level, in remote areas such as in Dien Bien, Binh Dinh. In the hospitals of central and provincial levels due to patient overload so the preceptors could not be able to spend time for preparation and guiding new nurses in a thoughtful way. Facilities, documentation and manuals for preceptors also limited the clinical practice results. In many hospitals lack of machinery, patterns and materials, documents serving for nursing practice. Moreover no encouragement mode for preceptors. Lack of funding for training made clinical practice to be restricted.

> *"Preceptors have not been trained through the clinical guidance so that only conveyed instructions or hands-on supported for the tricks in the treatment dept., the skills of clinical practice that did not follow any process of any guideline documentation"* (a Preceptor at Dien Bien health facility).
>
> *"No specific guiding curriculum, not yet the clinical training for preceptors yet so no plans to guide more scientifically" a preceptor in Dong Nai health* facility
>
> *"Patients overloaded so employees do not have time for clinical practice guiding, old and broken equipments, difficult practice conditions*" (a Preceptor Binh Dinh health facility).

"Lack of tools and models and guiding documentation, many practices and procedures have no consensus in the clinical training " (a Preceptor in Vinh Phuc health facility).

On the side of the patient: Due to the development of social and economic life, the patient knows more and requires more. Hence the practice of target nurses in the patient was also limited, especially in the case if target nurse weak in communication skills hen they will get less cooperation from the patient, affecting the results of practice. The disagreement over the language especially in the upland and disadvantaged, ethnic minorities are also barriers to clinical practice.

"Due to the language barrier with the patient's ethnic minorities, should take more time to explain instructions to patients" (a Preceptor in Dien Bien health facility).

4.2.4. Mechanism of Guidance

Table 51. Percentage of the facilities having Manual for preceptor use in guiding nursing practice (Question C21)

Province	Level	Number	Rate %
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0
	Province	2	100.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	5	62.5
	District	6	60.0
	Private	2	100.0
Dien Bien (n=19)	Province	1	16.7
	District	6	46.2
Binh Dinh (n=26)	Province	11	78.6
	District	8	66.7
Dong Nai (n=30)	Province	5	35.7
	District	2	33.3
	Private	6	60.0
Total (n=99)	Central	2	100.0
	Province	24	54.5
	District	22	53.7
	Private	8	66.7
	Chung	56	56.6

Results from table 51 indicated only 56.6% of preceptors said their facilities have a handbook for the preceptors during clinical practice. Analysis by province showed in Hanoi 100% preceptors said there was a handbook for guidance in their health facilities. Except Dien Bien province, the proportion of private health services have handbook for clinical practice preceptors was relatively high. Although the survey results showed that many health services have handbook for guidance, but kind of handbook, level of use and the results of the use of the manual has not been explored in this study.

Table 52. Percentage of Preceptors evaluated about the trainers of university or college participated in clinical practice activities (Question C23)

Province	Level	Effective	Not Effective	Not know
Ha Noi (n=4)	Central	100.0	0.0	0.0
	Province	100.0	0.0	0.0
Vinh Phuc(n=20)	Province	75.0	12.5	12.5
	District	50.0	0.0	50.0
	Private	50.0	0.0	50.0
Dien Bien (n=19)	Province	66.7	16.7	16.7
	District	69.2	23.1	7.7
Binh Dinh (n=26)	Province	50.0	21.4	28.6
	District	83.3	0.0	16.7
Dong Nai(n=303)	Province	85.7	0.0	14.3
	District	83.3	16.7	0.0
	Private	80.0	10.0	10.0
Total (n=99)	Central	100.0	0.0	0.0
	Province	70.5	11.4	18.2
	District	70.7	9.8	19.5
	Private	75.0	8.3	16.7
	General	71.7	10.1	18.2

Results of the evaluation of the role of the trainers from university and colleges in clinical practice are presented in Table 52. There are 71.7% interviewed preceptor said that the trainers of universities or colleges engaged in clinical practice activities made it effective. 100% of the preceptors at the central level and in Hanoi agreed with this assessment. 18.2% preceptors were unclear about the role of teachers in this activity. Only 10% preceptor said that trainers of universities or colleges engaged in clinical practice operate were inefficiently and this claim was in some provincial hospitals in most provinces except Hanoi.

In fact in Vietnam, the medical education activities associated with medical care in the hospitals at all levels. Normally teaching staff often work in departments such as hospital staff with two functions of teaching and therapy. Perhaps some hospitals do not have a clear mechanism for the participation of clinical practice guidance for newly graduated nurses so the role of the university and colleges trainer in this activity was been assessed by preceptor as not so effective.

With the question how preceptor he/she wants to become? What will he/she do to be able to become such a preceptor, a lot of ideas supposed that they want to be a preceptor with good knowledge and professional skills, with a good pedagogy to better guide students, have good communication skills and professional ethics. And to be able to become a good preceptor majority opinion said that they need to be updated with the knowledge, skills and need to be trained in pedagogy and have conditions created for performing the tasks.

4.2.5. Monitoring and evaluation system

Table 53. The rate of preceptors reported nurse leader on the progress and results of the clinical practice of target nurses by provinces and levels (Question C25)

Province	Level	Periodic reporting	Not Periodic but reporting	No reporting
Ha Noi (n=4)	Central	100.0	0.0	0.0
	Province	0.0	100.0	0.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	37.5	62.5	0.0
	District	40.0	40.0	20.0
	Private	0.0	100.0	0.0
Dien Bien (n=19)	Province	66.7	33.3	0.0
	District	23.1	61.5	15.4
Binh Dinh (n=26)	Province	57.1	42.9	0.0
	District	16.7	83.3	0.0
Dong Nai(n=303)	Province	42.9	42.9	14.3
	District	50.0	50.0	0.0
	Private	40.0	50.0	10.0
Total(n=99)	Central	100.0	0.0	0.0
	Province	47.7	47.7	4.5
	District	29.3	61.0	9.8
	Private	33.3	58.3	8.3
	General	39.4	53.5	7.1

Results from table above showed that only 39.4% of preceptors had periodic reports on the progress of the clinical practice of target nurses. There still 7.1% of preceptors had no periodic reports on the progress of target nurses to the nursing leaders. Analysis by the levels showed 100% of the preceptors at the central level had reported to nursing managers on the progress and results of the target nurses. That rate at the other levels ranged from 29% to 47%. In the provinces the proportion of preceptots reporting on the status of the targer nurses learning also followed the general trend with the highest rates at the provincial level.

Table 54. Percentage of Preceptors has a chance to share, discuss the clinical practice through the meetings of the preceptor in their facilities (Question C26)

Province	Level	Number	Rate %
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0
	Province	2	100.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	5	62.5
	District	7	70.0
	Private	2	100.0
Dien Bien (n=19)	Province	3	50.0
	District	11	84.6
Binh Dinh (n=26)	Province	11	78.6
	District	11	91.7
Dong Nai (n=303)	Province	10	71.4
	District	3	50.0
	Private	8	80.0
Total (n=99)	Central	2	100.0
	Province	31	70.5
	District	32	78.0
	Private	10	83.3
	General	75	75%

Regarding opportunities for preceptor to share, discuss clinical practice through the meetings of the preceptors in their facilities, the survey results show that 75.8% of the preceptor said they had a chance to share, discuss the clinical practice through meetings of the preceptors in their facilities. This is activity is an opportunity for preceptors guiding discussion to share and reach a consensus on methods and regulations to improve the quality of practice at the facilities.

4.2.6. Capacity the preceptors should achieve

Capacity ensuring the nurses can give care for patients independently, most preceptors said the nurse must to have a good qualifications, proficient skills, they could be able to assess the patient's condition and make a care planning proactively. The preceptors must have good professional ethics, have good communication skills.

The preceptors participanting in survey answered that with an average of 1.2 to 2.3 years of experience, the nurses can do their job independently.

Regarding the expected capacity after the end of the training program of nurses at university, the opinions of the preceptors involved in the evaluation were quite scattered. Some preceptors answered that the nurses have mastered general knowledge and have the ability to practice. Some claim that after college nurses are capable to manipulate techniques. This result is just one of the information channels on nursing competencies required for certification, to have made the adequate comments to implement a more comprehensive survey.

According to the majority of preceptors answered that after completion of 9 months clinical practice the following capabilities should be achieved: 1) can do proficiently the patient care process, 2) have a good communication skills and behavior, 3) understand the nursing process, 4) do difficult tricks on the patient, 5) planning on patient care, 6) the ability to conduct communication, 7) guide the health education consultants to know and comply the circulars properly, 8) capable of handling situations in the course of patient care and so on.

4.2.7. Practical mechanism in the future

Table 55. Percentage of preceptors who find it necessary to train staff to become preceptors by levels and by provinces (Question C30)

Province	Level	Number (persons)	Rate %
Ha Noi (n=4)	Central	2	100.0
	Province	2	100.0
Vinh Phuc (n=20)	Province	8	100.0
	District	10	100.0
	Private	2	100.0
Dien Bien (n=19)	Province	6	100.0
	District	13	100.0
Binh Dinh (n=26)	Province	13	92.9
	District	9	75.0
Dong Nai (n=303)	Province	14	100.0
	District	6	100.0
	Private	9	90.0
Total (n=99)	Central	2	100.0
	Province	43	97.7
	District	38	92.7
	Private	11	91.7
	General	94	94.9

Table 55 presents the preceptors opinions on the necessity for training of preceptors. The research results showed 94.9% of the interviewees said that the preceptors should be trained. This was also evident in the contents as described above. Still 5% preceptors said that training for preceptors is not necessary and they were mainly from the districts and provinces of Binh Dinh and Dong Nai private sector.

In terms of content, the preceptors said to have to be trained in medical education, in particular the methods and skills of teaching and clinical practice guidelines.

The preceptors also prposed to be trained and updated of basic and advanced skills for nursing preceptors.

Table 56. The percentage preceptors satisfied with clinical practice by levels (Question C32)

General Information	Central (n=2)	Province (n=44)	District (n=41)	Private (n=12)	Total (n=99)
Satisfied	0.0	43.2	43.9	41.7	42.4
Moderately satisfied	100.0	25.0	36.6	33.3	32.3
Partially satisfied	0.0	31.8	19.5	16.7	24.2
Not satisfied at all	0.0	0.0	0.0	8.3	1.0

Table 56 presents the satisfaction levels of preceptors for clinical practice. Over 70% of the preceptors pleased and satisfied in the normal range. Still 24% of preceptors dissatisfied in some parts and one unsatisfied completely. This is important information for planning, tracking, and monitoring and evaluating the application of training programs for nursing clinical practice.

Table 57. Percentage of issues related to the preceptor's clinical practice by levels (Question C33, multiple choice question)

General Information	Central (n=2)	Provice (n=44)	District (n=41)	Private (n=12)	Total (n=99)
1. Text book for practicing nurses	100.0	61.4	48.8	58.3	56.6
2. Consumable materials and medical equipment for clinical practice	100.0	38.6	56.1	50.0	48.5
3. Competency and/or number of preceptors	100.0	65.9	53.7	41.7	58.6
4. Text book for preceptors	100.0	61.4	58.5	58.3	60.6
5. Training for preceptors	100.0	75.0	73.2	83.3	75.8
6. Budgeting	100.0	61.4	56.1	41.7	57.6
7. Others	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Results from Table 57 shows that 100% of central preceptors made consent on issues listed in the table above were associated to the challenges in clinical practice. Meanwhile in the provincial/district and private levels only 60-70% preceptors said that these are factors related to the challenges in clinical practice. The survey results also showed that the problem affects clinical practice guidance mostly due to the preceptors were not trained (75.8%) and lack of textbooks/materials (60.6%)

The expected support from JICA among preceptors:

- Training for the preceptors: the preceptors elected to attend external training courses, internal training and regular training to update the knowledge and skills for preceptors
- Provide equipment models for training
- Provide materials, the handbook for guidance
- Visiting and sharing of experience.

4.3. Situation of clinical practice training activities for target nurses at the health facilities

4.3.1. Results of clinical practice following to the opinions of leaders of health facilities (Questionnaire Q2)

General Information of respondents and surveyed health facilities

Table 58. General information about leaders of surveyed health facilities

Information	Ha Noi (n=2)	Vinh Phuc (n=11)	Dien Bien (n=10)	Binh Dinh (n=13)	Dong Nai (n=15)	Total (n=51)
Age (X±SD)	51.0±11.3	49.2±7.0	46.8±5.8	51.0±5.2	53.1±6.3	50.4±6.4
Gender						
Male	100.0	100.0	80.0	92.3	53.3	80.4
Female	0.0	0.0	20.0	7.7	46.7	19.6
Job category						
Doctor	100.0	100.0	90.0	100.0	93.3	96.1
Other	0.0	0.0	10.0	0.0	6.7	3.9

Among 51 surveyed health facilities, there were 2 ones in Ha Noi (3.9%), 11 ones in Vinh Phuc province (21.6%), 10 ones in Dien Bien province (19.7%), 13 ones in Binh Dinh (25.5%) and 15 ones in Dong Nai province (29.4%).

The average age of the leaders of health facilities surveyed 50.4 ± 6.4 years. Among leaders of health facilities surveyed, 80.4% were male, and most physicians (96.1%).

Table 59. General information about health facilities investigated

Information	Central (n=1)	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Classification of health facilities					
• General Hospital	100.0	63.6	100.0	80.0	82.4
• Specialization	0.0	36.4	0.0	20.0	17.6
Rank of health facilities					
• Special rank	100.0	0.0	0.0	0.0	2.0
• Rank 1	0.0	31.8	0.0	0.0	13.7
• Rank 2	0.0	36.4	8.7	0.0	19.6
• Rank 3	0.0	31.8	87.0	100.0	62.7
• Not yet categorized	0.0	0.0	4.3	0.0	2.0
Number of bed					
• Plan (X ± SD)	1900.0	464.1±376.7	118.9±47.7	105.6±69.5	301.4±378.0
• Reality (X ± SD)	2100.0	574.1±415.0	179.0±82.9	104.4±58.2	379.8±421.4
Code continuing medical education (CME)					
• Was granted	100.0	68.2	52.2	20.0	56.9
• Wasn't granted	.0	31.8	47.8	80.0	43.1

Among 51 health facilities surveyed, only 1 health facilities is at central level, 22 health facilities (43.1%) is the provincial grade, 23 health facilities (45, 1%) is the district grade and five health facilities (9.8%) is private grade.

Most of surveyed health facilities is the general hospital (82.4%), the remaining 17.6% is specialized hospital. One central hospital is a special class, 7 hospitals (13.7%) is in the grade 1, 10 hospitals (19.6%) were grade 2, 32 hospitals (62.7%) is in grade 3 and 1 hospital Dien Bien are not categorized.

Planned bed saverage number of the investigated hospitals fluctuated 301.4 ± 378 beds due to the scale of the hospital are very different (from grade 3 to particular grade). Number of actual beds in hospitals (379.8 ± 421.4 beds) higher than planned bed number. The average bed number of hospital Bach Mai Hospital is very large (1900 planned beds and 2100 actual beds) and larger than in provincial hospitals, district and private hospitals. The average planned bed number in Dong Nai is highest (402 ± 413.7), followed by Binh Dinh (235.4 ± 269.3), Vinh Phuc (230 ± 214.8) and lowest is Dien Bien (126 ± 152.8) (see Annex table 13).

More than half of health facilities were surveyed (56.9%) that were granted continuing medical education code. In contrast, the remaining 43.1% of the surveyed health facilities have not been granted the continuing medical education code, this isue made difficulty for health facilities in generaly and nursing in particularly update knowledge to circular 22/2013 / TT-BYT on continuing medical education in order to maintaining a practicing certificate which has been issued.

Table 60. Total number of employees of the surveyed health facilities by province (Question C9)

Information	Vinh Phuc (n=11)		Dien Bien (n=10)		Binh Dinh (n=13)		Dong Nai (n=15)		Total (n=51)	
	Regular oficial	Contract	Regular oficial	Contract	Regular oficial	Contract	Regular oficial	Contract	Regular oficial	Contract
Doctor	661	103	371	0	599	8	834	273	2465	384
Physician	210	86	626	0	231	65	116	32	1183	183
Nurse	859	493	526	1	1375	243	1773	448	4533	1185
Midwives	161	51	220	0	226	13	343	65	950	129
Technicians	113	45	99	0	294	51	300	88	806	184
Administrative staff	146	110	186	11	253	188	464	229	1049	538
Other	196	176	180	25	211	412	458	319	1045	932
Total (n)	2346	1064	2208	37	3189	980	4288	1454	12031	3535

At Bach Mai Hospital and Saint Paul Hospital (Hanoi) data on employees currently working at the hospital obtained incomplete. For the whole regular oficial and contracted employees, the average nursing and midwifery per a doctor is 2.4, the highest number is in Binh Dinh (3.1), followed by Dong Nai (2.4), low best in Vinh Phuc and Dien Bien (2.0). The ratio of nurses per doctor is so low because in some districts have includes two functional at district medical centers (hospitals and prevention). May be due to this that the ratio of administrative staff and other employees health who is not medical staff accounted rather high (22.9%), the highest in Dong Nai (25.6%), followed by Binh Dinh (25 , 5%), Vinh Phuc (18.4%) and lowest in Dien Bien (17.9%).

For the whole regular official staff and contracted staff, the average of nurses and midwifery per a doctor at the provincial grade is 2.5, higher than those at the district level (2.3) and lowest in private hospitals (1,9). The ratio of administrative staff and other employees who are not medical staff accounted rather high, the highest at provincial level (23.7%), followed by private hospitals (22.7%) and lowest in the district level (21.5%) (see Annex table 14).

Organization system and resources for clinical practice

Table 61. Percentage of people who responsible for organizing clinical practice training at surveyed health facilities (Question C11)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Director of hospital	0.0	54.5	52.2	40.0	51.0
Vice-director of hospital	100.0	18.2	26.1	40.0	25.5
Head of Personnel Organization Division	0.0	0.0	4.3	.0	2.0
Hospital's nurse leader	0.0	4.5	13.0	20.0	9.8
Head of training and level direction room	0.0	18.2	0.0	0.0	7.8
Other (head of general planning room)	0.0	4.5	4.3	0.0	3.9

The people who responsible for organizing clinical practice training that surveyed the most is Director or vice-director of the hostpital (76.5%), in some hospitals it was nurse leader (9.8%), Head of training and level direction room (7.8%), head of general planning room (2%). There are not much difference at other provinces and level.

Table 62. Percentage of health facilities having official decision to assign the preceptor to train/guide nurses in clinical practice (Question C12)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes, for all cases	0.0	72.7	60.9	60.0	64.7
Yes, for some cases	100.0	13.6	17.4	40.0	19.6
No	0.0	13.6	21.7	0.0	15.7

Regarding regulation, health facilities need to have official decision to assign the preceptor to train/guide new nurses in clinical practice, which has time to executed. However, there were still only 19.6% of health facilities which have official decision for some cases, and especially 15.7% of surveyed health facilities did not have official decision to assign the preceptor to train/guide new nurses in clinical practice, including 3 health facilities in provincial level (accouting for 13.6% of surveyed health facilities at provincial level) and 5 health facilities in district level (accouting for 21.7% of surveyed health facilities at distrcit level). Number of health facilities that did not issued official decision to assign the preceptor to train/guide new nurses in clinical practice concentrated in Dien Bien (60% of surveyed HFs in Dien Bien) and Dong Nai (13.3% of surveyed HFs in Dong Nai) (see Annex table 15).

Table 63. Percentage of health facilities havingtraining for preceptors about clinical practice (Question C14)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes, trained at their HFs	100.0	4.5	13.0	20.0	11.8
Yes, trained at other HFs	0.0	9.1	30.4	0.0	17.6
Yes, both	0.0	36.4	8.7	40.0	23.5
No training	0.0	50.0	47.8	40.0	47.1

One of the shortcomings in guiding clinical practice for new nurse at HFs is that up to 47.1% of surveyed HFs did not have training for preceptors about clinical practice. Number of HFs that did not have training for preceptors about clinical practice at provincial level, district level and private sector are almost the same (50%, 47.8% and 40% respectively). Number of HFs that did not have training for preceptors about clinical practice were highest at Binh Dinh (61.5%), followed by Dong Nai (53.3%), Dien Bien (50%), Vinh Phuc (27.3%) and lowest at Ha Noi (0%) (see Annex table 15).

Table 64. Percentage of health facilities having allowance for preceptors when guiding clinical practice (Question C16)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes	0.0	36.4	21.7	20.0	27.5
No	100.0	63.6	78.3	80.0	72.5

The survey results showed that, 72.5% of surveyed HFs did not have allowance for preceptors due to lack of regulation on allowance for preceptors.

Table 65. Percentage of health facilities having guiding room, model and means for center–approach practicing in hospital (Question C18)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes, sufficient	100.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Yes, insufficient	0.0	31.8	39.1	40.0	35.3
Don't have	0.0	68.2	60.9	60.0	62.7

Most of surveyed HFs did not have the guiding room, model and means for center–approach practicing (62.7%) or have but insufficient (35.3%). Bach Mai hospital is the only hospital that have sufficient guiding room, model and means for center–approach practicing.

Table 66. Percentage of health facilities having training materials of clinical practice (Question C19)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes, sufficient	100.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Yes, insufficient	0.0	31.8	39.1	40.0	35.3
Don't have	0.0	68.2	60.9	60.0	62.7
Yes, sufficient	100.0	18.2	13.0	40.0	19.6
Yes, sufficient	0.0	50.0	60.9	60.0	54.9
Don't have	0.0	31.8	26.1	0.0	25.5

Onyl 19.6% of surveyed HFs said that their hospital have sufficient training materials for clinical practice. In contrast, 25.5% of surveyed HFs admit that their hospitals did not have training materials for clinical practice and 54.9% of surveyed HFs said that they have but insufficient training materials for clinical practice. Number of HFs that did not have training materials for clinical practice focused at provincial level (31.8%) and district level (26.1%); at HFs of Dien Bien province (60%), Vinh Phuc (27.3%), Binh Dinh (23.1%) and Dong Nai (6.7%) (see Annex table 15).

Monitoring, supervision and auditting clinical practice

Table 67. Percentage of health facilities implementing internal monitoring and evaluation of clinical practice (Question C20)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Implement periodic	100.0	27.3	30.4	20.0	29.4
Implement unsheduledly	0.0	40.9	52.2	40.0	45.1
Not implement	0.0	31.8	17.4	40.0	25.5

Currently, implementing internal monitoring and evaluation of clinical practice at HFs were inconsistent. Only 29.4% of surveyed HFs implement periodic monitoring, 45.1% of HFs implement unsheduledly monitoring and especially 25.5% of HFs did not implement internal monitoring and evaluation of clinical practice. Number of HFs that did not implement internal monitoring and evaluation of clinical practice the most in private HFs (40%), followed by HFs at provincial level (31.8%) and HFs at district level (17.4%). Number of HFs that did not implement internal monitoring and evaluation of clinical practice the most in Dien Bien province (40%), followed by Binh Dinh (30.8%), Dong Nai (26.7%), Vinh Phuc (9.1%) (see Annex table 16).

Following are comments of leaders surveyed HFs about monitoring and supervision of clinical practice in the near future (Questions C21, C22):

> *"Continous monitoring and supervise before faculty rotation; supervise according to the process that Bach Mai hospital has constructed"* (a leader of the health facility in Ha Noi).

"Require to develop content of clinical practice for each phase 1,2,3. Have guiding document for preceptors in monitoring new nurse activities about skills, professional, proper implementation fo standard process by specialty; monitoring progress and effectiveness of clinical practice" (a leader of the health facility in Vinh Phuc).

"Departments with new nurse, as well as HFs need to have plan, specific assigned of periodic monitoring and supervise for the nurse" (a leader of the health facility in Dien Bien).

"HFs need to have specific clinical practice training program, have standard metarials, output checklist for nurse. The preceptors must be monitored closely on practice skill, communication skill, ability to record of medical record" (a leader of the health facility in Binh Dinh).

"Each HF needs to develop a specific program for periodic monitoring; assigned 1unit, that inchardge of training. Leader of facility need to monitoring regularly the implementation of preceptors. The results should report to department, board of directors and continuous during practice process" (a leader of the health facility in Dong Nai).

Table 68. Percentage of health facilities implementing by plan and auditting the results of clinical practice

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Implemented	100.0	81.8	69.6	100.0	78.4
Not implemented	0.0	18.2	30.4	0.0	21.6

With the question "*Does your faciliy carried out clinical practice as planned, audit the results of clinical practice*?" 78.4% of HFs said yes, but still 21.6% of HFs did not implement, focusing on district HFs (30.4%) and provincial HF (18.2%). Number of HFs that did not carried out clinical practice as planned and audit the results the most at HFs in Dien Bien (40%), followed by Binh Dinh (23.1%), Dong Nai (20%), Vinh Phuc (9.1%) (see Annex table 16).

Following are comments of leaders surveyed HFs about audit the results of clinical practice in the near future (Question C24):

"Should have testing tool with unified content for accurate assess of input, audit before faculty rotation must be reponsibled by nursing room (using checklist)" (a leader of the health facility in Ha Noi).

"Periodic audit to assess the progress in clinical practice of nurse; establish council or subcommittee to audit knowledge, skill, attitudes or skills of nurse. Requires the

training room and nursing room to contact with nurse from central to local level, clinical practice guiding at hospital" (a leader of the health facility in Vinh Phuc).

"Should audit the capacity of new nurse at the beginning, mid-term and final term, after guided or periodic audit 1 time per quarter. Audit method is combination with clinical practice; actual audit on the assume patients and actual patients about monitoring patients, use of drug..." (a leader of health facility in Dien Bien).

Fee of clinical practice training

Table 69. Percentage of health facilities with cost for clinical practice training (Questions C25-C26)

Information	Central (n=1)	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Total cost for training of each clinical practing nurse					
• Yes accounting	100.0	22.7	17.4	20.0	21.6
• No accounting	0.0	77.3	82.6	80.0	78.4
The total cost that each nurse has to pay for clinical practice per month					
• Regular nurse	100.0	4.5	4.3	0.0	5.9
• Contracted Nurse	100.0	9.1	4.3	0.0	7.8
• Any other nurse	0.0	13.6	8.7	0.0	9.8
• Not paid	0.0	81.8	91.3	100.0	86.3

Most of surveyed health facilities are not account training cost of clinical practing nurse (78,4%) because the health facilities is not collect money of clinical practice training (86,3%) including not regular nurses and not contracted nurses at that health facility.

Table 70. Percentage of of the budget that is actually spent for clinical practice (Question C27)

Information	Central (n=1)	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Textbook	0.0	45.5	39.1	20.0	39.2
Consumable materials	100.0	50.0	65.2	40.0	56.9
Medical equipment	0.0	45.5	47.8	20.0	43.1
Allowance for preceptors	100.0	68.2	43.5	0.0	51.0
Other	0.0	13.6	26.1	60.0	23.5

Although the health facilities are not account training cost for clinical practicing nurses but the leaders of health facilities said that they still have to spent for somethings. That was consumable materials(56.9% health facility paid for this content), allowance for preceptors (51% health facility paid for this), medical equipment (43.1% health facility paid for this), textbook (39.2% HFs paid for this) and others cost (23.5% HFs) such as: electricity, water, eating, rent model, professional training, receptions.

Other contents related to training of clinical practice

Table 71. Percentage of leaders of health facilities satisfied with clinical practice (Question C28)

Information	Central	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Satisfied	100.0	22.7	34.8	40.0	31.4
Moderately satisfied	0.0	40.9	30.4	20.0	33.3
Partially satisfied	0.0	27.3	30.4	20.0	27.5
Not satisfied at all	0.0	9.1	4.3	20.0	7.8

When asking about level of satisfaction with the clinical practice work, less than 1/3 (31.4%) of interviewees was satisfied, 33.3% of interviewees was moderately satisfied, 27.5% of interviewees was partially satisfied and 7.8% of interviewees was not satisfied. The proportion of interviewees was satisfied with the clinical practice work was the highest in central level (100%), followed by the private health facility (40%), the health facility at district level(34.8%) and lowest in the province level(22.7%). By province, the proportion of interviewees was satisfied with clinical practice work was the highest in Ha Noi(50%), followed by Dong Nai (40%), Binh Dinh (30.8%), Vinh Phuc (27.3%) and lowest in Dien Bien (20%) (See Annex table 16). In contrast, the proportion of interviewees was not satisfied with clinical practice work was the highest in private health facility (20%), followed by health facility at the province level (9.1%) and HFs at district (4.3%). By the proportion of interviewees was not satisfied with clinical practice work focused on Dong Nai (20%) and Dien Bien (10%) (See Annex table 17). The leader of HFs said the reason was not satisfied or only partially satisfied with the clinical practice work such as (Question C29):

> *"The content of specific requirements for clinical practice stages have not yet build; In clinical practise process is shortage of the materials, syllabi, model, equipment; lack of fund to pay for new nurses and probationary practitioners"* (a leader of the health facility inVinh Phuc)
>
> *"Due to HFs is still difficult in human resource, regular staff is not enough, especially at the district level, the preceptor does not have time to guild for new nurse because the patient number is crownded. There is also difficult due to the language barrier; or nursing qualification is trained at professional schools is still limited compared to the practical requirements of clinical practice "* (a leader of the health facility in Dien Bien).
>
> *"No plans for the contents of practice and results to be achieved; no standard documentation, modeling tools are incomplete; Nurses are not been a complete guide, no syllabi of practice guidelines; no guideline program on specific clinical practice, preceptor not been trained; preceptor is not whole-hearted, trainees is not positive, conditions is limited"* (a leader of the health facility in Binh Dinh).
>
> *"Preceptor of clinical practice is not enough, not experienced, not trained and it has no specific text for this activity"* (a leader of the health facility in Dong Nai).

Table 72. Percentage of challenges related to clinical practice (Question C30)

Information	Central	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Text book for practicing nurses	100.0	81.8	82.6	40.0	78.4
Consumable materials and medical equipment for clinical practice	100.0	86.4	95.7	80.0	90.2
Competency and/or number of preceptors	100.0	86.4	73.9	100.0	82.4
Text book for preceptors	100.0	77.3	82.6	40.0	76.5
Training for preceptors	100.0	90.9	78.3	40.0	80.4
Budgeting	100.0	95.5	87.0	40.0	86.3
Others	0.0	9.1	21.7	0.0	13.7

The table above also showed that: there are many challenges related to clinical practice that HFs are facing. That are consumable materials and medical equipment for clinical practice (90.2%), budget for practice (86.3%), Competency and/or number of preceptors (82.4%), Training for preceptors (80.4%), Textbook for practicing nurses (78.4%), Textbook for preceptors (76.5%). These problems are encountered in most of HFs at all levels and provinces.

Table 73. Percentage of necessary support of clinical practice at health facility is better (Question C28)

Information	Central	Province (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Text book for practicing nurses	100.0	86.4	60.9	60.0	72.5
Consumable materials and medical equipment for clinical practice	0.0	77.3	82.6	60.0	76.5
Competence and/or number of preceptors	100.0	72.7	60.9	80.0	68.6
Text book for preceptors	100.0	81.8	65.2	40.0	70.6
Training for preceptors	100.0	95.5	73.9	60.0	82.4
Budget for practitioners	100.0	95.5	73.9	40.0	80.4
Other	0.0	9.1	17.4	0.0	11.8

Most of HFs need support of clinical practice to make it better. That are support on Training for preceptors (82.4%), budget for practice (80.4%), consumable materials and medical equipment for clinical practice (76.5%), Textbook for practicing nurses (72.5%), Textbook for preceptors (70.6%), Competency and/or number of preceptors (68.6%).

To enhance the clinical practice in the near future, the aspirations of leaders at surveyed HFs (Question C32) shows that:

> *"The Ministry of Health has specific documental guidance for the health facilities strengthen the roles of preceptors; develop the training program for 9-month clinical practice following to the competency standards of nurses"* (a leader of the health facility in Ha Noi).

"Organize the training courses of clinical teaching methods for preceptors. Support medical equipment for practice, textbook and materials for preceptors, new nurses. The health facilities should regularly organize more continuous training courses for nurses, new nurses" (a leader of the health facility in Vinh Phuc province).

"Every profession has requirements of different skills of practice and has professional guidance, so it needs to specialize for each working position, particularly for the nurses who are assigned the tasks of guiding new nurses" (a leader of the health facility in Dien Bien province).

"The preceptors must be trained the pedagogical methods. The health facilities should have models for new nurses practice; develop materials and program for clinical practice; and should develop an unified checklist for monitoring and evaluation at all the health facilities" (a leader of the health facility in Binh Dinh province).

4.3.2. Self administered interview results from nurse leaders in health facilities (Questionnaire Q3)

General information on nurse leaders those who in-charge of nursing in HFs

Table 74. General information on hospital's nurse leaders surveyed, by levels

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Age (X ± SD)	46.0	43.5±8.2	39.7±7.0	47.2±17.7	42.2±9.0
Gender					
• Male	0.0	27.3	34.8	0.0	27.5
• Female	100.0	72.7	65.2	100.0	72.5
Main occupation					
• Nurse	100.0	95.5	100.0	80.0	96.1
• Other	0.0	4.5	0.0	20.0	3.9
Experience year					
• Nurse (X ± SD)	24.0	18.5±8.7	15.3±7.6	21.4±16.7	17.5±9.2
• Management/ nurse leader (X ± SD)	5.0	9.3±6.6	7.6±5.9	9.8±9.4	8.5±6.5
Receiving TOT training for preceptors					
• Ever	100.0	54.5	78.3	20.0	62.7
• Not ever	0.0	45.5	21.7	80.0	37.3
TOT training organizations for clinical practicial preceptors					
• MOH (held training in medical teaching methods)	100.0	58.3	50.0	0.0	53.1
• Nursing Association	0.0	50.0	22.2	100.0	34.4
• Jica	100.0	16.7	16.7	0.0	18.8
• Other	0.0	16.7	27.8	100.0	25.0

The mean age of nurse leaders in the surveyed health facilities was 40.2 ± 9.0 years, there is not much difference between levels and provinces. 72.5% of those were female and almost were nurses (96.1%).

The number years of experience as nurse of hospitals' nurse leaders was 17.5 ± 9.2. Also the number of years as their manager was 8.5 ± 6.5 years. However, 62.7% of those had ever participated in TOT training for preceptors. This proportion of nurse leaders have not ever partipicated was highest in private health facilities (80%), followed by provincial HFs (45.5%) and district HFs (21. 7%). By provinces, Dong Nai is a province with the highest figure for nurse leaders not ever participated in TOT training (46.7%), followed by Dien Bien (40%), Binh Dinh (38. 5%) and Vinh Phuc (27.3%). (Details see in Annex table 18).

Among nurse leaders had ever participated in TOT training for preceptors, 53.1% of them trained in medical teaching methods held by MOH, 34.4% trained by Vietnamese Nursing Association, 18.8% trained by JICA and 25% trained by other organizations such as Dien Bien Medicine College, Dien Bien Department of Health, Dong Nai DOH, The Orbis, American and Korean Nursing Association, etc.

Mechanism and topics on 9-month clinical practice in health facilities surveyed

Table 75. Proportion of HFs with training curriculum for clinical practice by hospital levels (Question C7)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Curriculum for clinical practice training					
• Yes	100.0	50.0	30.4	20.0	39.2
• No having curriculum, but the training contents prepared and shared within the health facility	0.0	31.8	47.8	80.0	43.1
• No having	0.0	18.2	21.7	0.0	17.6
Where developing the curriculum					
• MOH (ASTT, MSA under MOH)	0.0	36.4	42.9	0.0	35.0
• Vietnamese Nursing Association	0.0	54.5	28.6	100.0	45.0
• Other hospital	0.0	27.3	14.3	0.0	20.0
• Self-designed by the health facility	100.0	45.5	71.4	100.0	60.0
Materials rescoure for self-developing curriculum by the health facility					
• No references	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
• Rescoures from the programs of VN Nursing Association	0.0	80.0	40.0	100.0	58.3
• Other	100.0	20.0	60.0	0.0	41.7

According to reporting from nurse leaders, 39.2% of HFs are available in clinical practice training curriculum, 43.1% having no curriculum but the training contents were prepared and shared within the internal health facility. And 17.6% not currently available in training curriculum, of which, at district level (21.7%) and provincial level (18.2%). The proportion of health facilities without clinical practice training curriculum were seen in all of the 4 provices surveyed: Dien Bien (30%); Vinh Phuc (18.2%), Binh Dinh (15.4%) and Dong Nai (13.3%) (Details see in Annex table 19).

Table 76. Where in-charge of developing clinical practice training curriculum that being applied in health facilities, by level (Question C8)

Information	Central		Provincial		District		Private		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MOH (ASTT, MSA)	0	0.0	4	36.4	3	42.9	0	0.0	7	35.0
Vietnamese Nursing Association	0	0.0	6	54.5	2	28.6	1	100.0	9	45.0
Other hospital	0	0.0	3	27.3	1	14.3	0	0.0	4	20.0
Self-developed by hospital	1	100.0	5	45.5	5	71.4	1	100.0	12	60.0

Currently, health facilities still do not use uniform training curriculum for clinical practice. Among HFs available in training curriculum, 60% self-developing, 45% used the programs of Vietnamese Nursing Association, 35% used it from ASTT, MSA under MOH and 20% used the curriculum developed by other hospitals.

Table 77. Reference source for the hospital to developing clinical practice training curricular (Question C9)

Reference source for developing training curricular	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
No source (did by ourselves)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Used and referred the program of Vietnamese Nursing Association	0.0	80.0	40.0	100.0	58.3
Other	100.0	20.0	60.0	0.0	41.7

For hospitals self-developing the training curriculum for clinical practice, 58.3% of which used and referred from the programs of Vietnamese Nursing Association and 41.7% used other resources such as cirrculums of Nurisng training University, Central Pediatrics & Obstetrics Hospital; foreign cirrculums, etc.

Table 78. Methods for instructing clinical practice being applied in health facilities (Question C10)

Methods for instructing clinical practice	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Center-approach lecturing on practice in class room	100.0	59.1	43.5	100.0	56.9
Center-approach technical practice on model	100.0	22.7	8.7	60.0	21.6
On-the-job training	100.0	77.3	56.5	80.0	68.6
Using documentation	100.0	45.5	56.5	60.0	52.9
Using checklist	100.0	45.5	52.2	60.0	51.0
Practice with faculty rotation	100.0	36.4	34.8	60.0	39.2
Guiding by observation of care guiders	100.0	40.9	78.3	20.0	56.9

Training methods for clinical practice applied by hospitals are various. The method of on-the-training is most used often (68.6%), followed by center-approach teaching on practice in the classroom; and observation of role model instructor (both 56.9%). And the method being least used is “center-approach technical practice through simulation”. Notably, the nurse leader of Bach Mai Hospital has applied all of the 7 methods above.

The topics/contents for lecturing clinical practice in the classroom (Question C11) should focus on:

> *"Theories of medical law and professional ethics"* (nurse leader in a health setting in Ha Noi).
>
> *"Techniques of nursing care management; Nurse practice act, rules & regulations (nurse practice acts guide); Nursing care process, basic techniques for patient care; Practical knowledge, attitudes and skills; infections control, the principles and techniques of effective communication (develop skills in nurse-patient communication interactions), code of ethics and professional conduct, good manners of nurses; Applying classroom knowledge to clinical practice; The technical procedures and checklists for patient care"* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"Medical procedures of nurse; the machanism of commonly-used medications, types of medication action and procedure related to management of drug administration; Guidelines on patient care processes including practical knowledge and practice skills"* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).
>
> *"Technical procedures for patient care, emergency procedures, waste treatment processes; Identification and assessment of the health condition of patients; knowledge and theory of group practice demonstration and modeling; nursing process for clinical practices in ophthalmology; injection safety procedures, processes for changing dressings on a wound; blood safety, infection control and nursing care for patients with stroke"* (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).
>
> *"Clinical nursing skills & techniques, communication skills; the technical health care processes of nurse must be done, basic nursing techniques, detailed guidelines on the implementation of Circular No. 07/2011/TT-BYT guiding nursing work and patient care in hospitals; the guidance circular and regulations issued by the Ministry of Health on the technical procedures and nursing care processes for the sick; How to record and track in the medical records of patients, injection safety, anaphylaxis (symptoms and diagnosis; treatment and management); antepartum, intrapartum and postpartum care, caesarean care; Pathological cases: pre-eclampsia, eclampsia; Dissemination and introduction of guidance documents, rules & regulations that prescribed by the hospital"* (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

For the topics provided for teaching technical practice by simulation/model (Question C12)

> *"Practicial skills of basic care technical processes for nurses; and practical guides on good communication skills with patients and their families"* (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

"For practitioners/learners practising basic care processes through simulation and reflective models such as catheterization, dressing changes, intravenous infusion; technical manipulation in emergency situations such as chest cardiac compression" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"Basic nursing procedures, specialized theories, communicaiton skills for handling the day-to-day jobs; infusion techniques, nasogastric tube feeding procedure, techniques of changing bed sheets; and catheterization " (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

"Patient care basic processes, training of practical skills such as injection, intravenous infusion, dressing changes, catheterization, gastric tube feeding procedure, phlegm suction, assisting doctors to conduct endotracheal intubation technique" (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

"Normal techniques practised at the hospital including dressing change, infusion. Procedures for cardiovascular and respiratory emergencies, dressing change; bandages, sputum suction, infusion, urinary catheterization, gastric tube, anaphylaxis emergency; infusion, oxygen techniques, using electric syringes, infusion automatic machines and some other nursing procedures" (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

For best practices in developing the content and plan of clinical practice (Question C13):

"Based on the tasks of nurses need to do to design the contents on clinical practice, it will be effective and realistic for both practitioners and managers; lessons on real caring practice play a key role in training. Providing learning experiences by the real clinical situation and/or role-playing" (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

"Should have a standard guiding document issued by the Ministry of Health; to reinforce and apply knowledge into clincial practice helping for nurses acquire and do basic care techniques; Based on the actual situation of the health setting to plan appropriate teaching; Evaluate and test learners before training to find the gap and needs of learners, afterthat develop the specific content and clinical practice more suitable, this enables to better implementation, monitoring and, supervision in clinical practice training. The content of each practice lessons should be designed briefly and rather close to real clinical situations, use of on-the-job training methods are mainly; Practice by observing and imitating role model instructors to allow students have a positive learning attiude, quickly grasp skills and it is very practical; Developing the learning contents suitable for learners' conditions. Achievement skills mainly relies on the nursing instructors and the initiative nurses" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"Allow nurses remain accountable for the total care directly delivered to the patient, then they self-evaluate their performance achieved at any level, which steps made or not. Afterthat, the instructor will additional perform for finishing care procedure with that patient.; Compare knowledge learnt with the real life clinical experiences in the patients; Define the limits of nurses to develop training plans to clinical practice; develop specific plan to carry out monitoring and evaluation of achievement skills of learners for the next training preparation" (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

"Currently, the hospital has not developed the content and plans for clinical practice but there are still preceptors guiding directly to nursing students/or nurses during the implementation process, thanks to this, their practical skills are also more raised; Plans on clinical practice are specific and clear, also its contents are detailed and more realistically, selecting to develop basic contents for practice in collaboration with in disease patterns, real theory and the patients in hospital; Building details of guidance is given to learners in clinical practice; Should develop lecture plan prior to teaching in the classroom to help learners accquire better comprehension; The contents for clinical practice should be designed concise, easy to understand, easy to remember." (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

"Develop specific training plan, its content comes closer to the actual conditions of the hospital; Learners are well practised in care procedures on modeling before performing them on the patients in the clinical setting; Provide re-training in themes of clinical practice. Put theory into practice on the patients under the supervision of chief nurse and clinical department leader; Should use reliable references as medical documentations of University of Medicine and Pharmacy of Ho Chi Minh City and Hanoi Medical University. Encourage nursing learners to ask more questions about their shortcoming issues in practising care procedures for detailed guidance and retraining; Guiding and evluating periodically by the forms of oral tests and practice tests allow learners to reinforce clinical knowledge" (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

Table 79. Proportion of HFs arranging discussions about the cases and organizing practice outside working hours (Questions C14 and C15)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Arranging discussions about the cases (Question C14)					
• Yes	100.0	72.7	56.5	80.0	66.7
• No	0.0	27.3	43.5	20.0	33.3
Organizing practice outside working hours (Question C15)					
• Yes	100.0	13.6	4.3	40.0	13.7
• No	0.0	86.4	95.7	60.0	86.3

Two thirds of chief nurses (66.7%) reported that their health facilities arrange discussions about the cases between learners and preceptors in clinical practice process, the highest proportion is found at central hospitals (100%), followed by

private HFs (80%), provinical level (72.7%) and the least at district level (56.5%). All of the health settings surveyed in Ha Noi hold such discussions, followed by Dien Bien (90%), Dong Nai (66.7%), Binh Dinh (61.5%) and Vinh Phuc (45.5%) (Details see in Annex table 19).

Very few HFs (13.7%) hold practice sessions outside working hours (including nigh shift with a team of doctors and nurses, or role-modeling practice. This proportion is found highest at central level (100%), private level (40%), 13.6% at provinical hospitals and 4.3% at district hospitals.

Table 80. Frequency for performing assessment of achievement skill level of clinical practice of nurses at health facilities, by level (Question C16)

Frequency	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Periodically (daily)	100.0	9.1	8.7	40.0	13.7
Periodically (monthly)	0.0	18.2	17.4	60.0	21.6
Periodically (every 2-3 months)	0.0	18.2	13.0	20.0	15.7
Periodically (other)	0.0	40.9	13.0	40.0	27.5
Depending on level of achievement skills	0.0	13.6	26.1	0.0	17.6
No specific regulation	0.0	13.6	26.1	0.0	17.6

Periodical frequency of assessing achievement skill level of clinical practice of nurses is at many different times of the training courses, including daily (13.7%), monthly (21.6%), every 2-3 months (15.7%), other periodically (27.5%) as the point of completing the probationary period, depending on level of achievement skills (17.6%) and no special regulation (17.6%).

Table 81. Evaluators for achievement skills of clinical practice of nurses at health facilites, by level (Question C17)

Evaluators for achievement skills of nurses	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Nurse manager in-charge of one department	100.0	81.8	82.6	80.0	82.4
Nurse leader (the person in charge of nursing in a hospital)	100.0	36.4	73.9	100.0	60.8
Preceptor	100.0	63.6	39.1	80.0	54.9
By nurse himself/herself	100.0	9.1	13.0	.0	11.8
Other	0.0	31.8	13.0	20.0	21.6

Department's nurse leader is responsible for assessing level of achievement skills of target nurses during clinical practice, accounting for a highest proportion of 82.4%, followed by hospital's nurse leader (60.8%), preceptor (54.9%), due to nurse himself/herself (11.8%); and others (21.6%) such as leader or vice deputy of clinical department, staff in the nursing room, exam council of professional skills, etc. At Bach Mai hospital, the assessement of achievement skills during clinical practice relies on nurse leaders of the department and hospital, main preceptor and nurses themselves.

Table 82. Proportion of HFs available in assessment tools for outcomes of clinical practice (Question C18)

Assessment tools for outcomes of clinical practice	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes	100.0	77.3	73.9	100.0	78.4
No	0.0	22.7	26.1	0.0	21.6

The majority of surveyed HFs (78.4%) have assessment tools of clinical practice outcomes. While 26.1% of HFs at district level and 22.7% at provincial level not having these assessment tools. This proportion is found at Dien Bien (30%), Binh Dinh (23.1%), Dong Nai (20%), Vinh Phuc (18.2%) (Detail see in Annex table 19).

Table 83. Decision makers for approving completion of 9-month clinical practice at health facilities, by level (Question C19)

Decision makers for approving completion of 9-month clinical practice	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Department's nurse leader	0.0	68.2	39.1	60.0	52.9
Hospital's nurse leader	0.0	50.0	39.1	60.0	45.1
Director of hospital	100.0	45.5	43.5	100.0	51.0
Council of hospital's clinical assessment	0.0	40.9	47.8	20.0	41.2
Other	0.0	22.7	13.0	20.0	17.6

There is a range of decision makers for completing 9 month clinical practice training of nurses in health facilities, including nurse manager (52.9%), nurse leader (45.1%), director of hospital (51%), Council of hospital's clinical assessment (41.2%) and others (17.6%) such as nursing councils, head of clinical departments, preceptor, etc.

The approval of completing clinical practice training is conducted differently from health facilites (Question C20):

"Nurse manager is the person in charge of review of target nurse's practical competency based on the learning results of each month and each term eligible to participate in the final test for course completion." (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

> *"The contents of the graduation exam include both theory and practice, holding the final test at the hall and on the simulation model; Conducting assessment by the checklists on technical procedures; Nurse learners write review requests of their learning achievements to clinical departments and then will submit to the evaluation council of the hospital. Based on these and the basis of clinical practice outcomes of each learner, the hospital will recommend the Provinical Department of Health for final graduation approval; Nurse learners self-review their learning achievements, then their preceptors will review it and recommend directors for graduation decision making; Through tests and performing technical procedures on the patient of each learner, and the summary evaluation of nurse manager of the level of learner's*

achievement skills; then will report it to the board of directors for completion of clincial practice training course" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"The graduation decision making of clinical training for nurses is based on the evaluation of the professional council of health facility in term of the working and practical process of nurses themselves; after ending time for clinical practice training will hold final examinations on the patients; and will use checklists for this assessement; Holding exams for learners on theory, practice, information technology, communication skills" (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

Table 84. Proportion of HFs setting up committee/technical group for assessment of progress and improved clinical practice methods (Question C21)

Committee/technical Group for assessment of progress and improved clinical practice methods	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes	100.0	9.1	8.7	60.0	15.7
Not having official committee but holding meeting if needed	0.0	63.6	65.2	40.0	60.8
No	0.0	27.3	26.1	0.0	23.5

Only 15.7% of health facilities has set up committee/technical group for assessment of progress and improved clinical practice methods. The majority of HFs (60.8%) do not have official committee but hold meeting if needed. In particular, 23.5% not to establish this committee/technical group, focused at the provincial level (27.3%) and district level (26.1%). All of the four provinces surveyed are found no setting up of these facilities: 36.4% in Vinh Phuc, 10% in Dien Bien , 23.1% in Binh Dinh and 26.7% in Dong Nai. (Detail see in Annex table 19).

Table 85. Proportion of HFs available in conditions for clinical practice by levels (Questions C22-C24)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Availabilty of medical instruments and textbooks needed to clinical practice (Question C22)					
• Available and adequate	100.0	22.7	21.7	40.0	25.5
• Inadequate	0.0	77.3	78.3	60.0	74.5
Availability of medical disposables used for clinical practice (Question C23)					
• Available and adequate	100.0	86.4	73.9	80.0	80.4
• Inadequate	0.0	13.6	26.1	20.0	19.6
Regulations on handling adverse medical events relevant to nurse in the training period of clinical practice (Question C24)					
• Not regulated	0.0	54.5	65.2	40.0	56.9
• Yes, regulated	100.0	45.5	34.8	60.0	43.1

Only 25.5% of hospitals have adequate medical instruments and learning materials/textbooks necessary for clinical practice. In other words, there are 74.5% of

hospitals not available in medical instruments and textbooks for clinical practice, focused at the provincial level (77.3%), district level (78.3%) and private hospitals (60%). This proportion of HFs is seen hightest in Dien Bien (90%), Vinh Phuc (81.8%), Dong Nai (80%) and least in Binh Dinh (53.8%) (Details see in Annex table 18).

> *"A range of medical instruments and materials needed for clinical practice that are lacking in health facilities: anatomical model, textbooks for clinical practice"* (Hospital nurse's leader in Binh Dinh).
>
> *"No separate room for clinical teaching, lack of guidelines on clinical practice"* (Hospital nurse's leader Dien Bien).
>
> *practice models, textbooks and guidelines for preceptors, assessment checklists for clinical practices (Hospital nurse's leader in Dong Nai); training curricula and textbooks for training, simulation models, laptops, electronic pen* (Hospital nurse's leader in Vinh Phuc).

Notably, 80.4% of hospitals are available in medical disposables for clinical practice. In contrast, only 19.6% of those unavailable (including devices for infusion, kinds of cotton, dressings for medical use, pens, notebooks for learners and a number of other disposables not included in payment items, etc.), focused at the provincial level (13.6%), district level (26.1%) and private hospitals (20%). The number of HFs not ensuring adequate consumable supplies are found most in Dien Bien (40%), Vinh Phuc (27.3%), Binh Dinh (15.4%) and least in Dong Nai (6.7%) (Details see in Annex table 18).

More than a half of HFs (56.9%) do not regulate the management of adverse medical events relevant to nurse in the training period of clinical practice, this are found most at district level (65.2%), followed at provincial level (54.5%), private hospitals (40%).

Challenges faced in health facilities in clinical practice training are described below (Question C25):

> *"The quality of nursing training in some medical health facilities is limited, learners are not confident, there is a lack of teaching skilled instructors/preceptors; There is no coordination between division of healthcare activities direction, where in-charge of 9 month- clinical practice nurse training management, and the nursing room. The nursing room has no role in review, assessment of the quality of learners' achievements"* (hospital's nurse leaders in Ha Noi).
>
> *"Clinical practice room has not reached the standard of quality, learners is only carried out in patient wards and on the patients who being treated for normal diseases. So, this is one of the reasons not allowed nurses to be exposed to and practised with a variety of actual diseases; There is no specific teaching content, preceptors have still not been trained or not much in teaching skills, a lack of*

clinical practice models; current textbooks materials are not uniform. Nurse learners have limited practical knowledge, they were wrong about the injection of intravenous drug into muscles; Learners do not have enough medical instruments, disposables to practice due to the characteristics of district hospitals without patients for care procedures performance. Another challenges facing at health facilities are no having training curriculum and textbooks for learners, hospitals do not cover all learners and not obtain funding (to purchase consumable materials/disposables), no competency standards for preceptors" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"There is no specific training program and learning materials; Newly graduate nurses are very weak on either theory or practice; No models for clinical practice, lack of teaching facilities (projector, computer); preceptors are not intensively trained, mainly at the form of hands-on experience from long-tenure staff" (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

"Nurse learners were trained from different medical education facilities, so they possess uneven knowledge; Due to working overload of nursing in clinical practice at the hospital, so they must immediately work as a official nurse in a very short time, they are instructed to directly perform care on the patients; Neither professional medicine education settings or the Ministry of Health develop training curricula, textbooks in the uniformity in clinical practice training. Until now, there is no frequent update of learning materials in nursing care (remains used documents of nursing care process episode 1, episode 2 issued by the MOH); Currently, there is no any additonal allowance for preceptors, so they are less concerned in clincial practice training, in addition, they themselves are lack of textbooks as well as teaching experiences, lack of equipment for practical training. In general, there are many concerns in practice training in health facilities that needed to deal with" (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

Training for clinical practice preceptors

Table 86. Proportion of HFs making official decisions to assign the preceptors for training clincial practice for nurses (Question C26)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Assign the preceptor to train in clinical practice for nurses by official decision					
Yes, for all cases	0.0	45.5	21.7	40.0	33.3
Yes, for some cases	0.0	27.3	39.1	20.0	31.4
Not done	100.0	27.3	39.1	40.0	35.3
Number of clinical practice preceptors available in the health facility	-	17.1	3.9	3.1	13.2

According to nurse leaders in health facilities surveyed, 35.3% of HFs do not assign their preceptors to train nurses in clinical practice by official decision (this proportion is found higher than that of hospital leaders (15.7%). This task assignment by written decision done for some cases accounts for 31.4%, also higher than (19.6%) that from hospital leaders opinion. This means an unclear assignment of responsibility in clinical practice training for target nurses as defined in Circular 41/2011/ TT-BYT and Circular 41/2015/TT-BYT of the Ministry of Health regarding guiding the grant of practice certificates to medical examination and treatment practitioners and operation licenses to medical examination and treatment facilities.

The average figure for preceptors at HFs surveyed (except for Bach Mai Hospital) was 11.7 ± 13.2; at the provincial level (17.3 ± 17.1) higher than at the district level (6.1 ± 3.9) and private hospitals (7.3 ± 3.1).

Table 87. Proportion of HFs making regulations on competency required for a clinical practice preceptor (Question C28)

Regulation on required competency for a clinical practice preceptor	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes	0.0	18.2	13.0	20.0	15.7
No regulating, but having eligibility frame	100.0	45.5	56.5	80.0	54.9
Not done	0.0	36.4	30.4	0.0	29.4

Only 15.7% of HFs have required competency for a clinical practice preceptor. More a half of HFs (54.9%) having no these requirements but there is eligibility frame. Specifically, roughly one third of the surveyed HFs (29.4%) remains not developed the standard competency for preceptor in clinical practice training, focused at the provincial level (36.4%) and district level (30.4%).

Table 88. Compentency required for clincial practice preceptors (Question C29)

Compentency requirements for a clincial practice preceptor	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Nurse leader	100.0	71.4	75.0	80.0	75.0
Years of experience	100.0	57.1	75.0	40.0	63.9
Qualification/degree	0.0	71.4	75.0	40.0	66.7
Ever participated in TOT training for preceptors	100.0	50.0	68.8	40.0	58.3
Other	0.0	7.1	18.8	0.0	11.1

One of the compentency requirements for a clinical practice preceptor, that is most required is nurse leader (75%), 66.7% of HFs have requirements of qualification/degree, 63.9% regulating on the years of experience over 4 ± 11.1 years (30.4% of HFs have requirement of over 3-5 years and over 5-10 years (69.6%). More a half of HFs (58.3%) require ever participated in TOT training for preceptors to become a clinical practice preceptor.

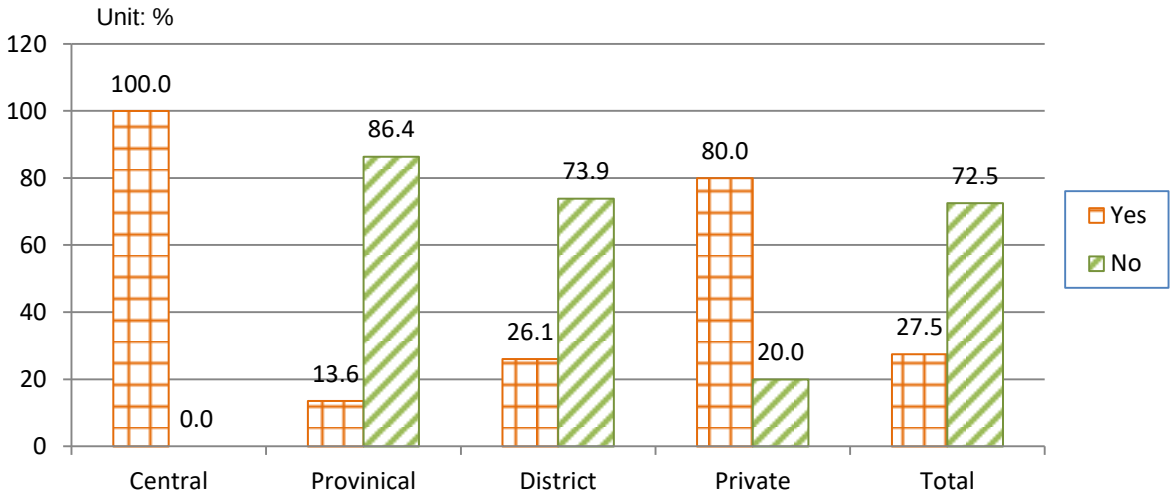


Figure 10. Proportion of health facilities available in "Manual on clinical practice for nurses" for preceptors

72.5% of HFs, currently, have no "manual on clinical practice training for nurses" for preceptors, of which, at the provincial level (86.4%), at the district level (73.9%) and at private hospitals (20%). All of the surveyed 4 provinces not available in this manual, mostly in Dien Bien (90%), followed in Vinh Phuc (81.8%), Binh Dinh (69.2%) and least in Dong Nai (60%) (details see in Annex table 20).

Techniques, knowledge and attitudes of a preceptor in clinical practice should have as follow (Question C31):

> *"Preceptors needs to accquire the legal documents related to nursing profession and health care, understand the relevant knowledge for patient care. They must have serious attitude to work, are serious about teaching in clincial practice."* (hospital's nurse leaders in Ha Noi).
>
> *"Have fully qualified professional qualifications, capable of training and instruction, have positive attitude and enthusiastic to help colleagues. The preceptor should have effective communication skills, ability to present understandable, know how to handle situations, apply skills in active teaching methods in clinical practice."* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"Should have many years of experience and has been involved in TOT training courses; competently perform technical processes. They should be equipped with adequate knowledge, be trained in clincial teaching skills."* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).
>
> *"Have extenisve experience in clinical practice and must possess at least tertiary qualifications"* (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

"Preceptors need professionals, accuracy, proficiency, patient in clinical practice training; They have proper attitude in the process of clincial instruction and providing care services for the sick; Have to teaching plans refered to training curricular and textbooks from reputable medical universities; comply with the knowledge as defined by the Ministry of Health, to understand the shortcomings of nurses to offer workable solutions" (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

Table 89. Proportion of HFs training for those who want to be a clinical practice preceptor (Question C32)

Training for staff who want to become a preceptor	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Training in hospital	100.0	27.3	0.0	40.0	17.6
No. of hours trained in hospital (X ± SD)	40.0	68.7±36.2	-	24.0±0.0	55.6±35.0
Training outsite hospital	100.0	31.8	34.8	40.0	35.3
No. Of hours trained outside hospital (X±SD)	48.0	72.0±34.9	66.0±20.4	114.0±93.3	72.7±37.1
No training	0.0	59.1	65.2	20.0	56.9

Regarding the current situation of training for becoming a clinical practice preceptor, 17.6% of HFs have training in hospital with an average of 55.6 ± 35 hours, 35.3% have training outside hospital with an average of 72.7 ± 37.1 hours. However, still 56.9% of HFs do not provide training in clinical practice, found mostly at district level (65.2%), provincial level (59.1%) and private hospitals (20%). The number of HFs not training is seen in all 4 provinces surveyed, mostly in Binh Dinh (76.9%), followed in Dien Bien (70%), Dong Nai (53.3%) and at least in Vinh Phuc (36.4%) (details see in Annex table 20).

Table 90. Proportion of nurse leaders reported that the need for training for staff those who want to be a clinical training preceptor (Question C32)

The need for training staff who want to become a preceptor	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Yes need	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. of hours trained (X ± SD)	40.0	61.8±49.5	60.3±31.8	80.0±62.4	62.5±42.8

All the chief nurses surveyed reported that the need for clinical practice training for those who want to become a preceptor, with an average of 62.5 ± 42.8 hours.

The contents of training for those who need to be preceptors are presented more specifically as follows (Question C34):

"TOT training should be focused in teaching methods in clinical practice, legal documents related to health care" (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

"Should supplement the general knowledge of management, clinical teaching, organization and planning for lectures; teaching skills and methods of designing lecture outlines as well as presentation skills " (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"Training in code of ethics and conduct for nurses, communication skills in health education, and lecture design, etc. " (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

"How to develop lectures in an understandable manner, convey the contents coherent, clear, how to conduct the final exams. Training in the act on health care, guideline circulars on care processes; skills on teaching and instruction in clinical practice, skills to assess learners' achievement after training; skills to handle emergency situations, to quickly detect and realize diseases, the prognosis of disease." (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

Monitoring and evaluation of clinical practice

Table 91. Proportion of HFs performing monitoring and evaluation of clinical practice in health facilities surveyed, by levels

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Implementing internal monitoring and evaluation of clinical practice (Question C35)					
• Yes, periodically	100.0	45.5	13.0	60.0	33.3
• Yes, unsheduledly	0.0	22.7	52.2	40.0	37.3
• Not done	0.0	31.8	34.8	0.0	29.4
Conducting audit of training results of clinical practice (Question C38)					
• Yes	100.0	77.3	65.2	100.0	74.5
• Not done	0.0	22.7	34.8	0.0	25.5
The need for exchanging information on clinical practice with other health facilities (Question C40)					
• Neccesary	100.0	95.5	100.0	100.0	98.0
• No need	0.0	4.5	0.0	0.0	2.0

As showed in Table 67, 33.3% of HFs carried out periodically internal monitoring and evaluation of clinical practice, health services performed 37.3% not done periodically, and 29.4% not performed. The number of HFs not implemented focused at district level (34.8%) and provincial level (31.8%). (Details see in Annex table 21).

Related to clinical practice, chief nurses suggested how to monitor and evaluate clinical practice for newly graduated nurses in the coming time as follows (Question C36):

"Nurse leaders of departments should perform periodically monitoring (internal control), also nursing rooms conduct external control" (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

"Need to build monitoring plan by periodic evaluation every 3 months; evaluate the practice of standard processes according to each professional, or monitor and supervise clinical practice at the patients' ward based checklist issued by the Minstry of Health for each professionals of nurses" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"Internal monitoring and evaluation can be done every 6 months in terms of professional, communication and conduct skills. Need to establish periodic monitoring network for new nurses in the compliance with professional processes, care procedures for the sick, regulations of the hospital" (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

"Conduct monitoring and check monthly or quarterly interm of clinical practice skills, nursing specialized knowledge, communication skills through checklists. Set up a monitoring system from nursing staff to nurse manager." (hospital's nurse leaders in Binh Dinh).

Conduct monitoring regularly or irregularly through clincial practice checklist/inventory to judge the implementation of and compliance with professional processes, as well as communication skills with patients (Question C37).

"The monitoring of nursing practice by clinical inventory regarding communication skills with patients and co-workers" (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

"Able to perform periodic or unscheduled monitoring; to write result evaluation report for submitting to leader board, or conduct direct supervision when nurses perform technical procedures and communication skills, provide health education counseling" (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

"Should have a set of standard monitoring tools to conduct effective monitoring, there are staff assigned to specific supervision (since the nurse managers responsible for a lot of works). The monitoring can be checked through the knowledge of professional processes or directly providing services for the patients" (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

74.5% of HFs conduct audit of training results of clinical practice. This means 25.5% of the remaining HFs not implemented, found at district level (34.8%) and provincial level (22.7%).

According to the opinion of nurse leaders of hospitals, the examination of clinical practice needs to be done regularly or unscheduled as planned (Question C39). The health facilities need to be clearly assigned in evaluation and monitoring through clinical practice checklist for this better implementation.

"Need supervision and inspection according to checklists, conduct evaluation of input and output knowledge of target nurses; test their knowledge of theory and practice on patient simulation models; Carry out tests on theory, clinical examination through providing directly care procedures on the patients." (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).

> *"Check regularly as scheduled or unscheduled when required; Develop plans to check weekly, the chief nurse is responsible for reviewing each department a week. And the hospital have a team of inspection for drawing experience."* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

Almost chief nurses (98%) considered that the need for clinical practice information exchanges between health facilities together.

Competency required for nurses

According to chief nurses surveyed, competency required for a graduate nurse to able to be independent of patient care at hospitals is demonstrated below (Question C40):

> *"Nurses can be independent of patient care if they meet the requirements of professional knowledge, skills, patient safety, confidence and effective communication "* (hospital's nurse leaders in Ha Noi).
>
> *"Must accquire the basics of knowledge in nursing, have proficiency in performing basic care techniques, good communication skills; meet the standard competency of Vietnamese nurses"* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"Should ensure observance of rules and regulations on hospitals, well observed in professional regulation, learn to share experiences with colleagues; be active at work"* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).
>
> *"To be self-sufficient in care, nurses must have clinical practice experience at least from 9 months to 1 year, master theoretical knowledge, clinical practice skills, ability to communicate effectively, treat patients and colleagues fairly; realize the health problem of patients and give appropriate interventions"* (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

When asked about how many years of experience required for a nurse that able to be independent of caring the patients (Question C42), the answer for this from the surveyed chief nurses is 2.8 ± 1.7 years, found highest at central hospitals (5 years), followed by district hospitals (3.0 ± 1.9 years), provincial level (2.7 ± 1.6 years), private hospitals (1.8 ± 0.8 years) .

Nurse leaders' judgment on the standard competency after graduate training curricular at nursing education facilities is described below (C43):

> *"Nurses, who newly graduated from schools, have only professional knowledge but their skills is quite limited"* (hospital's nurse leaders in Ha Noi).
>
> *"Newly graduated nurses are not independent of patient care. They only achieve the level of theory training completion, but their practical techniques and attitude are not required"* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"Newly graduated nurses are not trained in communication skills, they is good at theory, lack of practical experience"* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).

The expectation of chief nurses at the surveyed health facilities regarding competency of nurses after completing 9 month clinical practice training are shown as follow (Question C43):

"They are capable of caring the patients and competent at performing the basic care procedures for the sicks, just like a normal nurse" (hospital's nurse leaders in Ha Noi).

> *"Nurses can perform correctly, master the basic care techniques and serveral advanced procedures, they are able to apply some soft skills; In general, they are capable of practising care for the patients"* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"Know how to put knowledge into practice in a flexible way, nurses will have more experience in their professional; have the ability to work independently; able to develop care and follow-up plans for the patients, able to deal with clinical situations when necessary, and be active in their work"* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).
>
> *"Dare to do and dare to be responsible, getting more experiences and able to have a steady job at hospital; Nurses can be independent of patient care; master basic care procedures and techniques; realizing and handling emergency cases quickly, the prognosis of diseases."* (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

Practicial machanism in the future

Table 92. Proportion of nurse leaders from surveyed health facilites reporting on mechanism of clinical practice of nurses in the coming time, by levels (Questions C44-C48)

Information	Central (n=1)	Provincial (n=22)	District (n=23)	Private (n=5)	Total (n=51)
Feasiblity of applying clincial practice method in multiple clinical devisions/departments					
• Feasible	100.0	54.5	65.2	60.0	60.8
• To be feasible if the health facility can itself decide rotation between clinical departments/divisions	0.0	36.4	26.1	40.0	31.4
• Unfeasible	0.0	9.1	8.7	0.0	7.8
Ability of receiving nurses from other HFs for clinical practice					
• Yes	100.0	77.3	60.9	80.0	70.6
• No. of nurses able to receive more (X ± SD)	-	40.3±48.7	11.0±5.0	10.6±6.1	23.1±34.3
• Applicable under certain conditions	0.0	9.1	34.8	0.0	19.6
• No	0.0	13.6	4.3	20.0	9.8
Level of satisfaction on current clinical practice					
• Satisfied	100.0	18.2	4.3	40.0	15.7
• Moderately satisfied	0.0	36.4	56.5	20.0	43.1
• Partially satisfied	0.0	40.9	39.1	40.0	39.2
• Not satisfied at all	0.0	4.5	0.0	0.0	2.0
Challenges in clinical practice training					
• Textbooks for practicing	100.0	59.1	56.5	40.0	56.9
• Disposables and medical equipment, instruments for clinical practice	100.0	54.5	43.5	60.0	51.0
• Competency and/or number of preceptors	100.0	59.1	43.5	0.0	47.1
• Textbooks for preceptors	100.0	86.4	69.6	60.0	76.5
• Training for preceptors	100.0	86.4	78.3	60.0	80.4
• Budgeting for training	100.0	72.7	65.2	20.0	64.7
• Other	0.0	4.5	0.0	0.0	2.0

Most of chielf nurses (60.8%) reported that applying clincial practice method in multiple clinical devisions/departments to be feasible; and 31.4% said that to be able to feasible apply if the health facility can itself decide rotation between clinical departments/divisions. Only 7.8% said that this method to be unfeasible, found highest at the provinical level (9.1%) and at the district level (8.7%).

The majority of nurse leaders (70.6%) reported that their hospitals able to receive more nurses from other HFs for clinical practice and 19.6% said that this applicable under certain conditions such as adequate physical materials for practicing, availability of required preceptors, full-time traing model at the facility, etc. Only few (9.8%) of HFs unable to receive nurses, focused at provinical level (13.6%), district level (4.3%) and private hospitals (20%).

Except Bach Mai hospital, the additional number of target nurses for clinical practice that each hospital can receive outside of the figures for nurses in their contract and permanent staffing is about 23.1 ± 34.3 persons, especially found highest at provincial level (40.3 ± 48.7 persons), followed by district level (11 ± 5) and lowest in private hospitals (10.6 ± 6.1 persons). If divided by province, this number in Hanoi hospitals (100 persons), followed by Dong Nai (33.9 ± 54.5 persons), Thai Binh (20 ± 18), Vinh Phuc (14.5 ± 8) and at least in Dien Bien (11.4 ± 8.2 persons) (details see in Annex table 22).

Very few nurse leaders surveyed (15.7%) those who were satisfied with clinical practice in their hospitals, currently. 43.1% of those moderately satisfied and 39.2% partially satisfied and there was only one nurse leader at provincial hospital not satisfied.

There are many challenges facing in clinical practice training at health facilities, including training for preceptors (80.4%), textbooks for preceptors (76.5%), budget for practice training (64.7%), textbooks for nurse learners (56.9 %), disposables and medical equipment, instruments for clinical practice (51%). There have not much difference in this between HFs at all-levels and in provinces.

Opinions from the surveyed nurse leaders considered that it is nescessary to improve 9 month clinical practice training for newly graduated nurses (Question C49), including:

> *"Develop training curriculum for newly graduated nurses according to the standard competency for Vietnamese nurses; and should have specific, detailed instructions in writing to health facilities for implementation" (*hospital's nurse leaders in Ha Noi).
>
> *"Methods and training curriculum of continuing medical education for nurses should be frequently improved and updated. Provide references for preceptors and learners in clinical practice. Support to develop the full-time training model at the health facility, aiming at guiding clinical practice techniques for nurses; Provide more modern medical equipment to allow nursing learners nursing to access to the advanced technologies in order to meeting the client's satisfaction and improve the quality of medical services"* (hospital's nurse leaders in Vinh Phuc).
>
> *"There are guidelines on clinical practice, have decided to establish a team of the clinical instructors, and to assign tasks to individuals. Increase the training budget for clinical practice, open training courses for those who become clinical practice preceptors"* (hospital's nurse leaders in Dien Bien).
>
> *"Should develop training curriculum of clinical practice from low to high, the preceptors must be trained and granted certification. Health facilities should combine with education facilities in training on 9 months clinical practice for nurses when learners are still at universities. Upon which, to evaluate students' academic accomplishments"* (hospital's nurse leaders in Dong Nai).

4.4. Relationship between the level of achievements of competency standards of target nurses and related factors

To explore the relationship between the level of achievement ("could do alone" is considered as achieving) of the basic competency standards of Vietnamese nurses (all 110 indicators of 25 standards), the competency of care practice (all 60 indicators of 15 standards), competency standard of professional development and management (all 43 indicators of 8 standards), practicing competency standard following to the law and professional ethics (all 7 indicators of 2 standards) with some related factors through $\chi 2$.

Table 93. Relationship between level of achievement of competency standards of nurses with frequency of implementation of target nurses

Frequency of implementation / Competency	One time or more per day and 1-4 times per week		1-3 times per month, 1-5 times per 6 months, not implementing		$\chi 2$, p
	n	%	n	%	
Competency of care practice (15 standards)					
• Achieving	2	40.0	3	60.0	χ^2 =8.5,
• Not achieving	39	6.7	546	93.3	p<0.01
Competency of professional development and management (8 standards)					
• Achieving	4	40.0	6	60.0	χ^2 =22.8,
• Not achieving	29	5.0	551	95.0	p<0.001
Practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	132	60.3	87	39.7	χ^2 =91.0,
• Not achieving	79	21.3	292	78.7	p<0.001
Basic competency of Vietnamese nurses (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 =17.0,
• Not achieving	15	2.6	573	97.4	p<0.001

The survey results show that: The proportion of target nurses with regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the competency standard of care practice (15 standards) is significantly higher ($p < 0.001$) than that with lower frequency of implementation (1-3 times per month, 1-5 times per 6 months and 1 time per 6 months). Vice versa, the proportion of target nurses achieving the competency standard of care practice is also considerably lower ($p < 0.001$) if they implemented with lower frequency of implementation (1-3 times per month, 1-5 times per 6 months and 1 time per 6 months) compared to the regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week).

The proportion of target nurses with very regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the professional development and management (8 standards) is also significantly higher ($p < 0.001$)

than that with lower frequency of implementation (1-3 times per month, 1-5 times per 6 months, never and less than 1 time per 6 months).

The proportion of target nurses with very regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) is also significantly higher ($p < 0.001$) than that with lower frequency of implementation (1-3 times per month, 1-5 times per 6 months, never and less than 1 time per 6 months).

The proportion of target nurses with very regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) is also significantly higher ($p < 0.001$) than that with lower frequency of implementation (1-3 times per month, 1-5 times per 6 months, never and less than 1 time per 6 months). See details of comparison between the basic competency of target nurses with frequency of implementation by each competency standard in the (Annex table 28).

Table 94. Relationship between level of achievement of competency standards of nurses with at the school/intership

At the school / Competency	Implemented during intership		Learned already and Not learned yet		χ^2, p
	n	%	n	%	
Competency of care practice (15 standards)					
• Achieving	1	20.0	4	80.0	χ^2 =9.1,
• Not achieving	10	1.7	575	98.3	p<0.01
Competency of professional development and management (8 standards)					
• Achieving	5	50.0	5	50.0	χ^2 =40.9,
• Not achieving	26	4.5	554	95.5	p<0.001
Practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	99	45.2	120	54.8	χ^2 =39.3,
• Not achieving	77	20.8	294	79.2	p<0.001
Basic competency of Vietnamese nurses (25 standards)					
• Achieving	0	0.0	2	100.0	χ^2 =0.02,
• Not achieving	6	1.0	582	99.0	p>0.05

The results of comparison between the basic competency of target nurses with at the school/intership show that: the proportion of target nurses who implemented during intership achieving the competency standard of care practice is significantly higher ($p < 0.001$) than those have learned already or not learned yet.

The proportion of target nurses who implemented during intership achieving the competency of professional development and management is also significantly higher ($p < 0.001$) than those have learned already or not learned yet.

The proportion of target nurses who implemented during intership achieving the practicing competency following to the law and professional ethics is also significantly higher (p <0.001) than those have learned already or not learned yet.

The proportion of target nurses who implemented during intership achieving the practicing competency following to the basic competency of Vietnamese nurses is not significantly different (p>0.05) than those have learned already or not learned yet because the percentage of achievement of basic competency of Vietnamese nurses is too low (2/590 = 0,03%).

See details of comparison between the basic competency of target nurses with at the school/intership by each competency standard in the Annex table 7).

There is no relationship between the competency standard of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards), the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standard) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the highest nursing training program that the target nurses graduated ($\chi 2$ = 0.2-5.2 and p> 0.05) (See Annex table 8).

Table 95. Relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics of nurses with place of clinical practice

Place of clinical practice	Central (1)		Province (2)		District (3)		Private (4)		Total
Competency	n	%	n	%	n	%	n	%	
Achieving	82	37.4	88	40.2	32	14.6	17	7.8	219
Not achieving	70	18.9	219	59.0	47	12.7	35	9.4	371
Total	152	25.8	307	52.0	79	13.4	52	8.8	590

(1) vs. (2): χ^2 =27.87, p<0.001; (1) vs. (3): χ^2 =3.76, p>0.05; (1) vs. (4): χ^2 =7.01, p<0.01; (2) vs. (3): χ^2 =4.11, p<0.05; (2) vs. (4): χ^2 =0.35, p>0.05; (3) vs. (4): χ^2 =0.82, p>0.05

The percentage of target nurses who completed clinical practice at the central-level hospital achieved the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) is significantly higher than that at the provincial and private hospitals, but insignificantly higher than that at the district hospitals.

There is no difference in the percentage of target nurses achieving the practicing competency following to the law and professional ethics completed clinical practice at provincial hospitals with district and private hospitals. Also there is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of care practice (8 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the health facilities that the target nurses implemented clinical practice ($\chi 2$ = 0.9-4.0 and p> 0.05) (See Annex table 7).

There is no relationship between the competency of care practice, the competency of professional development and management, the practicing competency following to the law and professional ethics, and the basic competency of Vietnamese nurses with textbook, materials, medical equipment, consumable materials for clinical practice with $\chi 2$ = 0-1.0 and p>0.05 (See in Annex table 8).

Table 96. Relationship between level of achievement of practicing competency following to the law and professional ethics with methods of teaching in clinical practice that the preceptors have used

Competency of nurses	Achieving		Not achieving		
Methods of teaching in clinical practice	n	%	n	%	$\chi 2$, p
Center-approach lecturing on practice in classroom	107	48.9	152	4105	χ^2 =3.5. p>0.05
Center-approach technical practice on model	81	37.0	104	28.0	χ^2 =5.1. p<0.05
On-the-job training	177	80.8	317	85.4	χ^2 =2.2. p>0.05
Using documentation	122	55.7	172	46.4	χ^2 =4.8. p<0.05
Using checklist	113	51.6	159	42.9	χ^2 =4.2. p<0.05
Practice with faculty rotation	106	48.4	114	33.7	χ^2 =18.4. p<0.001
Guiding by observation of preceptors	153	69.9	243	67.1	χ^2 =1.2. p>0.05

There is no relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics with some methods of teaching in clinical practice that the preceptors have applied, specifically: center-approach technical practice on model, using documentation, using checklist, practice with faculty rotation with the higher proportion of target nurses achieving (p<0.05-0.001).

In contrast, there is no relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics with some methods of teaching in clinical practice that the preceptors have applied, specifically the methods of center-approach lecturing on practice in classroom, on-the-job training, guiding by observation of preceptors. Also there is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with methods of teaching in clinical practice that the preceptors have used. (see Annex table 9).

The results of linkage and comparison between the basic competency of target nurses (Q1) with some relevant factors collected from the questionnaires with leaders of health facilities (Q2) show that: there is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) with that the preceptors trained on guiding clinical practice (Question C14-Q2); the guiding room, model and means for center–approach practicing (Question C18-Q2); the training materials of clinical practice (Question C19-Q2); the internal monitoring and evaluation of clinical practice (Question C20-Q2). There is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of

professional development and management (8 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the factors mentioned above. Also there is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards), the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the auditting of the results of clinical practice (Question C23-Q2) (See details in Annex table 10, Annex table 11, Annex table 12, Annex table 13, Annex table 14).

The results of linkage and comparison between the basic competency of target nurses (Q1) with some relevant factors collected from the questionnaires with hospital's nurse leaders (Q3) show that: there is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) with the participation in TOT course of preceptors (Question C5-Q3); arrangement of the discussion about the case during clinical practice (Question C14-Q3); organizing practice outside working hours during clinical practice (Question C15-Q3); the equipment and materials necessary for clinical practice (Question C22-Q3); the consumable materials (hygiene materials) for clinical practice (Question C23-Q3); having "Manual on clinical practice of nurses" for preceptors (Question C30-Q3). There is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with six factors mentioned above. Also there is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards), the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the availability of curricula of clinical practice training at the health facility (Question C7-Q3) and the availability of technical assessment tools of clinical practice at the health facility (Question C18-Q3) (see details in from the Annex table 15 to the Annex table 22).

The results of linkage and comparison between the basic competency of target nurses (Q1) with some relevant factors collected from the questionnaires with preceptors (Q4) show that: there is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) with the participation of preceptors in training outside hospital to become preceptor (Question C8-Q4). There is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) and the competency of professional development and management (8 standards) with ever receiving any internal TOT training of preceptors (Question C10-Q4). There is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the participation of preceptors in training

outside hospital to become preceptor (Question C8-Q4). There is no relationship between the competency of care practice (15 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with ever receiving any internal TOT training of preceptors (Question C10-Q4). Also there is no relationship between the competency of care practice (15 standards), the competency of professional development and management (8 standards), the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) and the basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with the methods that preceptors have applied for 9-month clinical practice (Question C12-Q4); the preceptors' arrangement of a discussion about a case during clinical practice, (Question C16-Q4); having manual for preceptors to guide practicing nurses (guiding contents) (Question C21-Q4). (see details in from the Annex table 23 to the Annex table 27).

V. Conclusion and Recommendation

5.1. Conclusion

5.1.1. Perceptions, experiences and clinical practice of target nurses

Qualifications of 590 target nurses in research were uneven, 60.2% of nurses qualified from colleges and universities, 49.8% nurses from intermediate level. Central level have the nurses of intermediate school rate at 2.5 times greater than provincial, district and private health care sectors.

The main places for practice of target groups of nurses were internal medicine, surgery and emergency departments. Most nurses travel frotating around the main faculties and final round to the department where the nurses are working now. 100% of nurses are working at the facility where they conducted clinical practice.

88.6% target nurses have been introduced on program and contents of clinical practice. The method of teaching/learning was diversified, two most popular methods were learning by doing method and guidance in the form of observations of preceptor care performance. The practice conditions limited, lack of learning materials, consumable supplies and equipment for nursing learning during clinical practice, especially at the district level. There are differences in the content and methods between 9-month clinical practice with clinical practice at the school.

95.8% nurses were assesed on capability of achivement level of clinical practice, with many different forms and frequencies. Monthly assessment is most applicable in all levels, the highest at the central level. So far no uniform regulations in the timing and frequency to evaluate the achivement capability of 9 months nursing clinical practice. The person who honestly assess the capacity to practice nursing in 9 months mainly was the department nurse leader, followed by the preceptor and hospital nurse leader.

58% new nurses completed clinical practice can perform the basic job of a nurse (25 standards). Proportion of target nurses qualified to practice according to the law and professional ethics (75.2%) higher than the capacity of care practice (64.3%) and management capacity and career development (46.5%). This trend was evident at all levels.

The number of new nurses completed clinical practice meeting standards of basic capacity of Vietnam nurses (can do alone all 110 criteria under 25 standards) very little (0.3%); standard of care practice capacity (can do alone full 60 criteria of 15 standards) was also less (0.8%); standards on management capacity and professional development (can do alone enough 43 criteria of 8 standard) was 10 persons (1.7%); Capacity standard on practice under the law and professional ethics (can do alone enough 7 criteria of 2 standards) was 219 persons (37.1%).

5.1.2. Perception, experience and practice in training /guiding target nurses among preceptors at the health facilities

Qualifications of clinical practice preceptors were uneven between levels and provinces. 64% of preceptors had graduated from universities and post-graduates, 36% preceptors had highly qualified and intermidiate levels.

The ability and experience of clinical practice guidance among the preceptors was limited. No specific provisions regarding preceptor must have a certificate of medical pedagogy (or equivalent certificate) only 43.3% were participating in training courses by the MOH and other organizational units and 19.2% of the preceptors attended the ToT workshop organized by their facilities. Preceptor shortage of opportunities for learning and updating new knowledge and skills, sharing the experiences with other units in the province and other provinces.

Guidance conditions limited: Guiding by experience, lack of the standard and joint programs for different levels, lack of equipment, lack of documentation for guidance, lack of funding for training and lack of encouragement of the preceptors.

The monitoring and evaluation of target nurses was made, but no specific regulations, have not been trained preceptor skills monitoring, especially monitoring support. Lack of tools to monitor and evaluate process of clinical practice.

5.1.3. Situation of clinical practice training activities for new nurses at the health facilities

Nearly a half (43.1%) of surveyed health facilities have not been provided continuous training code, difficult for health workers in general and nurses in particular to update knowledge according to the Circular 22/2013/TT-BYT on continuous training to maintain the issued practicing certificates.

64.7% of leaders of surveyed health facilities have issued the documental decision to assign the preceptors of clinical practice for new nurses.

The interviewing results with leaders of health facilities show that in 47.1% of halth facilities all preceptors of clinical practice have not yet participated in training courses to become preceptors for new nurses inside or outside the health facilities.

72.5% of surveyed health facilities were not paid for preceptors because no regulations have stipulated on allowance for preceptors.

62.7% of surveyed health facilities have guiding rooms, models and materials for center-approach guiding.

25.5% of surveyed health facilities have no training materials for clinical practice at the hospitals and 54.9% of health facilities have training materials for clinical practice but insufficient.

The curriculum for clinical practice currently used at the health facilities were not unified. 60% of health facilities self-developed, 45% of health facilities used curriculum compiled by the Vietnam Nursing Association, 35% of health facilities used curriculum compiled by ASTT or MSA (Ministry of Health) and 20% of health facilities used curriculum compiled by the other hospitals.

72.5% of health facilities did not have "manual for nurses in clinical practice" for preceptors.

Currently, implementing internal monitoring of progress and results of clinical practice of the health facilities were inconsistent. 45.1% of health facilities did not perform periodically and 25.5% of health facilities did not monitor the progress and results of clinical practice.

74.5% of hospital nurse leaders reported that their hospitals did not ensure sufficiently necessary equipment and materials for clinical practice.

More than a half of surveyed health facilities (56.9%) did not have regulations on how to solve medical accidents related health nurses during clinical practice process.

5.1.4. Relationship between the level of achievement of comeptency standards of targer nurses and related factors

The proportion of target nurses with very regular frequency of implementation (1 time or more per day and 1-4 times per week) achieving the standards of care practice, professional development and management, practicing competency following to the law and professional ethics and basic competency of Vietnamese nurses was significantly higher ($p<0.01$-0.001) compared to the lower frequency (1-3 times per month, 1-5 times every 6 months and never or less than 1 time per 6 months).

The proportion of target nurses who implemented during intership achieving the competency standard of care practice, capacity management and career development, and professional capacity under the laws and ethics is significantly higher ($p <0.01$-0.001) than those have learned already or not learned yet.

There is a relationship between the practicing competency following to the law and professional ethics (2 standards) with some factors related to clinical practice such as methods of teaching in clinical practice that the preceptors have used; place of clinical practice; the preceptors trained on guiding clinical practice; the guiding room, model and means for center–approach practicing; the training materials of clinical practice; the internal monitoring and evaluation of clinical practice;

arrangement of the discussion about the case during clinical practice organizing practice outside working hours during clinical practice; the equipment and materials necessary for clinical practice; the consumable materials (hygiene materials) for clinical practice; having "Manual on clinical practice of nurses" for preceptors, etc.

There is no relationship between Competency of care practice (15 standards), Competency of professional development and management (8 standards) and Basic competency of Vietnamese nurses (25 standards) with most of factors related to clinical practice.

5.2. Recommendation

Recommendation 1: Need develop a general training program of 9-month clinical practice for new nurses.

Rationale: Currently, no general training program for 9-month clinical practice of new nurses is applied at the health facilities.

Recommendation 2: The health facilities need to have curriculum for 9-month clinical practice training for new nurses.

Rationale: 60.8% of surveyed health facilities did not have curriculum for 9-month clinical practice training for new nurses, in which 43.1% of surveyed health facilities had training contents prepared and shared within the health facility.

Recommendation 3: The health facilities need to strictly implement decision making of preceptor assignment

Rationale: Still 15.7% of surveyed health facilities did not have official decision to assign the preceptor to train/guide nurses in clinical practice and 19.6% of health facilities had only official decision for some cases. This may have affected the responsiblities of preceptors to training/guiding new nurses in clinical practice. On the other hand, this also may have caused the non-transparency in clinical practice training for new nurses as stipulated in the Circular 41/2011/TT-BYT[3] and Circular 41/2015/TT-BYT[4] of the Minister of the Ministry of Health.

Recommendation 4: Strengthen training for preceptors of clinical practice

Rationale: Only 34.3% of preceptors participated in training outside hospital to become preceptor and 19.2% of the preceptors attended the ToT workshop organized by their facilities. 94.9% of preceptors and 100% of hospital's nurse leaders at the surveyed health facilities reported that the preceptors should be trained to become preceptors.

[3] This circular is on guiding licence of practitioner certificates for health workers.
[4] This circular is on business certificates for health facilities.

Recommendation 5: Need to have suitable allowance for preceptors of clinical practice

Rationale: 72.5% of surveyed health facilities did not have allowance for preceptors, while for the work similar to guiding for new employees during probation period, the preceptors are received responsibility allowance equal to 0.3 minimum current wages (according to the Decree 29/2012/ND-CP).

Recommendation 6: Strengthen support of infrastructure, medical instruments and textbooks for facilities of clinical practice training

Rationale: 74.5% of hospital's nurse leaders reported that their hospitals did not have adequately medical instruments and textbooks needed to clinical practice. 72.5% of surveyed health facilities did not have "manual on clinical practice training for nurses" for preceptors.

Recommendation 7: Strengthen monitoring, supervision and auditting of clinical practice

Rationale: 29.4% of surveyed health facilities did not implement monitoring of progress and results of clinical practice and 25.5% of surveyed health facilities did not implement audit of training results of clinical practice.

Recommendation 8: During clinical practice training for new nurses, the health facilities need to pay more attention to some[5] of nursing competency standards with low mean percentage score

Rationale: Some standards showed low means percentage score. The standard with the lowest achieved mean percentage score is the competency standard 22 on nursing research and evidence-based practice (achieving 14.9 points). Standard 19: Utilizing financial resources to support patients/clients care (28.6 points). Standard 14: Determining needs and performs health education for individuals, families and groups (35.0 points). Standard 18: Establishing mechanism to ensure proper functioning of equipment (36.7 points). Standard 2: Providing sound decision making in the care of patients/clients considering their belief and values (39.2 points).

[5] Although the new nurses does not neccessarily achieve "can do alone" for all the standards because each standard has different difficulty during implementation. Thus, it still necessary to focus on the standard with the low score and make priorities to improve the achievement level of competencies.

VI. Lessons learned for data collection

There was a close collaboration between the JICA Project Office and the Center for Environment and Health, selected health facilities, so the contact and data collection in the field were advantageous, the technical problems were discussed and resolved timely.

There was a close collaboration between Mr. Hirofumi Tsuruta – the JICA technical expert and the Center for Environment and Health in development of proposal, survey tools, data collection and report writing, so the survey was implemented successfully, although it was later compared to the expected schedule due to the objective reasons in the approval process of the ethics application.

The dispatch sent to health facilities for making lists of target nurses should provide a clear definition or detailed instruction on the criteria of selection of target nurses to avoid confusion in selecting target nurses at the health facilities.

The organization of 9-month clinical practice training has been implemented only in two hospitals in Ha Noi and none of health facilities in 4 project provinces did this. Therefore, the health facilities may confuse the time of 9-month clinical practice of new nurses.

It needs to increase supporting staff for the team of data entry and processing, including translation from Vietnamese into English for transcription of focus group discussions, answers of open questions in the self-administered questionnaires .

The Center for Environment and Health are expected to continue the mid-term review and the end-line survey of the project in the future. If being selected for implementing the mid-term review and the end-line survey of the project in the future, the Center for Environment and Health will overcome the constraints and difficulties mentioned above.

References

1. Ministry of Health (2012), Decision No. 1352/QD-BYT dated 24/04/2012 on the basic competency standards of Vietnamese nurses.
2. Vietnam Nurses Association (2012) Decision No. 20/QD-HDD dated 10/9/2012 of the chairman of the Vietnam Nurses Association on professional ethics of nurses.
3. National Assembly (2009), Law on Medical Examination and Treatment No.40/2009/QH12.
4. Ministry of Health. Circular No.22/2013/TT-BYT on guiding continuous training for health workers.
5. Ministry of Health, Circular 41/2015/TT-BYT amending and supplementing some articles of Circular 41/2011/TT-BYT dated 14/11/2011 of the Minister of the Ministry of Health guiding on licensing of practitional certificates and operation business certificates for the health facilities.
6. Ministry of Health, Circular No. 41/2011/TT-BYT dated 14/11/2011 of the Minister of the Ministry of Health guiding on licensing of practitional certificates and operation business certificates for the health facilities
7. Vi Nguyet Ho and Pham Duc Muc, Human Resources Status of Nurses, and the challenges and future of the Vietnamese Nurses. Information of Nurses No. 24, March, page 5-11, 2005
8. Science and Training Department-MOH, Development orientation of training work on nursing human resource at Viet Nam in 2005-2010 and vision in 2020. Nursing information number 26, October, page 46-50, 2005.
9. Nguyen Thi Hong Anh, Framework Agreement on mutual recognition of nursing services among ASEAN countries. Nursing information, 2008 (35), page 14.
10. MOH, Basic competency Standard of Nursing at Viet Nam in 2012, Ha Noi, April, 2012.
11. World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives Nursing & Midwifery. 2009; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.

12. Do Dinh Xuan, et al. Assessment on actual situation of human resource about teacher at schools, the department of nursing training and nursing training work in our country. 2004.

13. Phi Thi Nguyet Thanh, Joy Notter and Do Dinh Xuan, the problem of nursing training at 7 provinces- how to improve quality? Journal of practical medicine,2009 (663):p.99-102.

14. Nguyen Truong Son, et al, Assessment of vocational practical skills of students at university of regular nursing II, Nam Dinh university of Nursing. Practical medicine, no.818-819/2012,2011.

15. Do Dinh Xuan,et al, Assessment on competency situation of Department's nurse leader at the hospitals. 2008.

16. Mau Tien Manh and Hoang Khanh Van, Survey on nursing human resource at the 103 hospital . Viet Nam medicine, december-no.2/2010,2010.

17. Nguyen Kim Ha and Pham Thi Hieu, Assessment on training programs of nursing bachelor of alumni in Nam Dinh university of Nursing in 2010.2010

18. Tran Tuan, Gray.A, and Van Thi Mai Dzung, Evaluation of advanced paediatric life support training of doctor and nurses in Vietnam 2004-2005. 2007: Ha Noi. p. tr. 19-20.

19. Le Vu Anh et al (2012), Assement on situation of health human training in Viet Nam.

Annex

Annex table 1. Table of survey sites

No.	Province/city	Central/provincial health facilities	District health facilities
1.	Ha Noi	Saint Paul Hospital	
		Bach Mai hospital	
2.	Vinh Phuc	Provincial general hospital	Phuc Yen general hospital
		Ob/Gyn hospital	Tam Duong district health center
		National Hospital of Traditional Medicine	Phuc Yen district health center
		LacViet Friendship Hospital	Vinh Tuong district health center
			Song Lo district health center
			Lap Thach district health center
			Vinh Yen district health center
			Binh Xuyen district health center
3.	Dien Bien	Provincial general hospital	Muong Nhe district health center
		Provincial psychiatric hospital	Dien Bien Phu district health center
			Dien Bien district health center
			Nam Po district health center
			Muong Cha district health center
			Muong Lay district health center
			Dien Bien Dong district health center
			Tua Chua district health center
			Tuan Giao district health center
4.	Binh Dinh	Provincial General Hospital	Tuy Phuong district health center
		Tuberculosis and lung disease Hospital	An Nhon district health center
		National Hospital of Traditional Medicine	Tay Son,Phu Phong general Hospital
		Institute Of Ophthalmology	Hoai Nhon district health center
			Bong Son general hospital
			Hoai An district health center
			Phu My district health center
			Phu Cat district health center
5.	Dong Nai	Provincial general hospital	Long Thanh general hospital
		Pediatrics Hospital	Dong Nai rubber general Hospital
		Thong Nhat general hospital	Long Khanh general hospital
		Tam Hong Phuoc general hospital	Dinh Quan general hospital
		Me Au Co hospital	Tan Phu district general hospital
		Sai Gon-Dong Nai ITO Hospital	Cam My district general hospital
		Provincial hospital of dermatology and venereology	Trang Bom district general hospital
		Dong Nai international general hospital	Nhon Trach district general hospital

Annex table 2. General information on target nurses BY LEVEL

General information	Central		Province		District		Private		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Age (X ± SD)	24.82	2.44	23.86	1.80	24.06	2.92	23.71	1.85	24.12	2.20
Sex										
• Male	28	18.4	48	15.6	7	8.9	8	15.4	91	15.4
• Female	124	81.6	259	84.4	72	91.1	44	84.6	499	84.6
Training course:										
• 2 years	113	74.3	78	25.4	29	36.7	15	28.8	235	39.8
• 3 years	31	20.4	211	68.7	41	51.9	33	63.5	316	53.6
• 4 years	8	5.3	18	5.9	9	11.4	4	7.7	39	6.6
• Others	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Duration of clinical practice										
• 9 months	152	100.0	298	97.1	78	98.7	52	100.0	580	98.3
• More than 9 months	0	0.0	9	2.9	1	1.3	0	.0	10	1.7
HF levels that the target nurse participated in clinical practice										
• Central level	152	100.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	153	25.9
• Provincial level	0	0.0	306	99.7	0	0.0	0	0.0	306	51.9
• District level	0	0.0	0	0.0	79	100.0	0	0.0	79	13.4
• Private	0	0.0	0	0.0	0	0.0	52	100.0	52	8.8
HF levels that the target nurse are currently working:										
• Central level	152	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	152	25.8
• Provincial level	0	0.0	307	100.0	0	0.0	0	0.0	307	52.0
• District level	0	0.0	0	0.0	79	100.0	0	0.0	79	13.4
• Private	0	0.0	0	0.0	0	0.0	52	100.0	52	8.8
The health facility is working at and completed clinical practice is the same:										
• Yes	152	100.0	302	98.4	76	96.2	52	100.0	582	98.6
• No	0	0.0	5	1.6	3	3.8	0	0.0	8	1.4
Total	152	100.0	307	100.0	79	100.0	52	100.0	590	100.0

Annex table 3. The proportion of nurses satisfied on contents of clinical practice process by province

Information	HaNoi (n=170)	Vinh Phuc (n=58)	Dien Bien (n=40)	Binh Dinh (n=116)	Dong Nai (n=204)	Total (n=588)
Contents of practice	91.2	75.9	82.5	72.4	66.8	76.8
Duration of practice	59.4	75.9	82.5	72.4	66.7	76.9
Methods of practice	80.6	36.2	52.5	39.7	51.5	50.0
Curriculum	45.3	75.9	60.0	71.6	65.2	71.6
Materials for practice (textbook, medical equipment, consumable materials)	67.1	13.8	12.5	6.0	14.7	21.6
Appointing of preceptor and their capacity	41.8	46.6	30.0	36.2	45.6	49.0
Assessment methods	36.5	39.7	42.5	47.4	32.4	39.5
Others	0.6	34.5	32.5	28.4	18.1	28.1
Nothing	1.8	0.0	0.0	0.0	2.0	0.9

Annex table 4. The proportion of nurses unsatisfied on contents of clinical practice process by province

Information	Ha Noi (n=171)	Vinh Phuc (n=58)	Dien Bien (n=40)	Binh Dinh (n=116)	Dong Nai (n=205)	Total (n=590)
Contents of practice	1.2	1.7	2.5	2.6	2.4	2.0
Duration of practice	12.9	13.8	7.5	9.5	3.9	8.8
Methods of practice	1.8	5.2	10.0	3.4	5.4	4.2
Curriculum	7.6	15.5	27.5	25.0	13.7	15.3
Materials for practice (textbook, medical equipment, consumable materials)	7.0	15.5	30.0	14.7	20.0	15.4
Appointing of preceptor and their capacity	4.1	10.3	2.5	1.7	8.3	5.6
Assessment methods	7.0	15.5	2.5	3.4	6.8	6.8
Others	0.0	1.7	2.5	0.0	0.5	0.5
Nothing	1.2	1.7	2.5	2.6	2.4	60.7

Annex table 5. Average payment for 9-month clinical practice

Payment	Ha Noi	Vinh Phuc	Dien Bien	Binh Dinh	Dong Nai
Average payment	4.500.000	Must not pay	Must not pay	Must not pay	Must not pay

Annex table 6. Relationship between practice competency of nurses and education degree

Competency \ Education	2 years		3 years		4 years		Total
	n	%	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)							
• Achieving	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5
• Not achieving	232	39.7	314	53.7	39	6.7	585
χ^2 =1.0, p>0.05							
Management capacity and Professional Development (8 standards)							
• Achieving	5	50.0	5	50.0	0	.0	10
• Not achieving	230	39.7	311	53.6	39	6.7	580
χ^2 =1.0, p>0.05							
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)							
• Achieving	99	45.2	104	47.5	16	7.3	219
• Not achieving	136	36.7	212	57.1	23	6.2	371
χ^2 =5.2, p>0.05							
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)							
• Achieving	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2
• Not achieving	234	39.8	315	53.6	39	6.6	588
χ^2 =0.2, p>0.05							

Annex table 7. Relationship between practice competency of nurses and place for clinical practice

Place for clinical practice / Competency	Central n	Central %	Province n	Province %	District n	District %	Private n	Private %	Total
Practice competency for (15 standards)									
• Achieving	2	40.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0	5
• Not achieving	150	25.6	305	52.1	78	13.3	52	8.9	585
	χ^2 =1.1, p>0.05								
Management capacity and Professional Development (8 standards)									
• Achieving	5	50.0	4	40.0	0	.0	1	10.0	10
• Not achieving	147	25.3	303	52.2	79	13.6	51	8.8	580
	χ^2 =4.0, p>0.05								
Basic competency of nurse in Viet Nam (25 standards)									
• Achieving	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2
• Not achieving	151	25.7	306	52.0	79	13.4	52	8.8	588
	χ^2 =0.9, p>0.05								

Annex table 8. Relationship between practice competency of nurses and materials for clinical practice

Materials / Competency	Sufficient n	Sufficient %	Insuffient and Unavailable n	Insuffient and Unavailable %	χ^2, p
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 0.0,
• Not achieving	468	80.0	117	20.0	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	9	90.0	1	10.0	χ^2 = 0.6,
• Not achieving	463	79.8	117	20.2	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	180	82.2	39	17.8	χ^2 = 1.0,
• Not achieving	292	78.7	79	21.3	p>0.05
Basic competency of nurse in Viet Nam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.5,
• Not achieving	470	79.9	118	20.1	p>0.05

Annex table 9. Relationship between practice competency of nurses and clinical practice method

Clinical practice method / Competency	Center-approach lecturing on practice in classroom		Center-approach technical practice on model		On-the-job training		Using documentation		Using checklist		Practice with faculty rotation		Observation of care guiders	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Practice competency for care (15 standards)														
Achieving	3	60.0	3	60.0	4	80.0	3	60.0	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Not achieving	256	43.8	182	31.1	490	83.8	291	49.7	270	46.2	217	37.1	391	66.8
p	p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	
Management capacity and Professional Development (8 standards)														
Achieving	5	50.0	4	40.0	6	60.0	5	50.0	4	40.0	8	80.0	6	60.0
Not achieving	254	43.8	181	31.2	488	84.1	289	49.8	268	46.2	212	36.6	390	67.2
	p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)														
Achieving	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0
Not achieving	259	44.0	185	31.5	493	83.8	293	49.8	272	46.3	219	37.2	394	67.0
p	p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	

Annex table 10. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and the preceptors trained on guiding clinical practice (Question C14-Q2)

Clinical preceptors / Competency	Yes, trained		No, trained		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 0.5,
• Not achieving	377	64.4	208	35.6	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	7	70.0	3	30.0	χ^2 = 1.3,
• Not achieving	374	64.5	206	35.5	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	155	70.8	64	29.2	χ^2 = 5.9,
• Not achieving	226	60.9	145	39.1	p<0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 1.1,
• Not achieving	379	64.5	209	35.5	p>0.05

Annex table 11. Relationship between practice competency of nurses (Q1) guiding room, model and means for center–approach practicing (Question C18- Q2)

Guiding room, model and means for center–approach practicing Competency	Yes, sufficient		Insufficient and no		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	2	40.0	3	60.0	χ^2 = 0.5,
• Not achieving	150	25.6	435	74.4	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	5	50.0	5	50.0	χ^2 = 3.1,
• Not achieving	147	25.3	433	74.7	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	82	37.4	137	62.6	χ^2 = 24.8,
• Not achieving	70	18.9	301	81.1	p<0.001
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.6,
• Not achieving	151	25.7	437	74.3	p>0.05

Annex table 12. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and materials of guiding clinical practice (Question C19- Q2)

Materials of guiding clinical practice Competency	Yes, sufficient		Insufficient and no		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0.3,
• Not achieving	275	47.0	310	53.0	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	5	50,0	5	50,0	χ^2 = 0.3,
• Not achieving	273	47,1	307	52,9	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	124	56.6	95	43.4	χ^2 = 12.6,
• Not achieving	154	41.5	217	58.5	p<0.001
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.0,
• Not achieving	277	47.1	311	52.9	p>0.05

Annex table 13. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and implement internal monitoring and result of clinical practice (Question C20- Q2)

Implement internal monitoring and result of clinical practice	Periodically and unsheduledly		Not implement		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 1.0,
• Not achieving	487	83.2	98	16.8	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	8	80.0	2	20.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	484	83.4	96	16.6	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	196	89.5	23	10.5	χ^2 = 9.4,
• Not achieving	296	79.8	75	20.2	p<0.01
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.4,
• Not achieving	490	83.3	98	16.7	p>0.05

Annex table 14. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and implement plan and audit the results of clinical practice (Question C23- Q2)

implement plan and audit the results of clinical practice	Yes, implemented		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	2	40.0	3	60.0	χ^2 = 4.8,
• Not achieving	466	79.7	119	20.3	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	8	80.0	2	20.0	χ^2 = 0.0,
• Not achieving	460	79.3	120	20.7	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	176	80.4	43	19.6	χ^2 = 0.2,
• Not achieving	292	78.7	79	21.3	p>0.05
Basic competency of nurse in Vietnam (25 criteria)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 1.1,
• Not achieving	467	79.4	121	20.6	p>0.05

Annex table 15. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and participated in TOT course for preceptors (Question C5-Q3)

ToT training	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 0.3,
• Not achieving	407	69.6	178	30.4	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	8	80.0	2	20.0	χ^2 = 0.5,
• Not achieving	403	69.5	177	30.5	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	167	76.3	52	23.7	χ^2 = 7.2,
• Not achieving	244	65.8	127	34.2	p<0.01
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.9,
• Not achieving	409	69.6	179	30.4	p>0.05

Annex table 16. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and participated in TOT course for preceptors (Question C7-Q3)

The curricula of clinical practice training	Yes and No but the training contents are prepared and shared in the facility		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 0.3,
• Not achieving	549	93.8	36	6.2	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	10	100.0	0	.0	χ^2 = 0.7,
• Not achieving	544	93.8	36	6.2	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	202	92.2	17	7.8	χ^2 = 0.7,
• Not achieving	352	94.9	19	5.1	p>0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	552	93.9	36	6.1	p>0.05

Annex table 17. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and arrange the discussion about the case (Question C14-Q3)

Discussion about the case	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 1.0,
• Not achieving	488	83.4	97	16.6	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	8	80.0	2	20.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	485	83.6	95	16.4	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	196	89.5	23	10.5	χ^2 = 8.9,
• Not achieving	297	80.1	74	19.9	p<0.01
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.4,
• Not achieving	491	83.5	97	16.5	p>0.05

Annex table 18. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and organize practice outside working hours (Question C15-Q3)

organize practice outside working hours	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0.9,
• Not achieving	227	38.8	358	61.2	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	7	70.0	3	30.0	χ^2 = 4.1,
• Not achieving	223	38.4	357	61.6	p<0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	105	47.9	114	52.1	χ^2 = 11.8,
• Not achieving	125	33.7	246	66.3	p<0.001
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	229	38.9	359	61.1	p>0.05

Annex table 19. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and result assessment tools of clinical practice (Question C18-Q3)

Result assessment tools of clinical practice	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 0.5,
• Not achieving	529	90.4	56	9.6	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	10	100.0	0	.0	χ^2 = 1.1,
• Not achieving	524	90.3	56	9.7	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	201	91.8	18	8.2	χ^2 = 0.7,
• Not achieving	333	89.8	38	10.2	p>0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	.0	χ^2 = 0.2,
• Not achieving	532	90.5	56	9.5	p>0.05

Annex table 20. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and ensure materials necessary for clinical practice (Question C22-Q3)

Ensure sufficient materials for clinical practice	Sufficient		Lacked		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	301	51.5	284	48.5	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 1.4,
• Not achieving	297	51,2	283	48,8	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	136	62.1	83	37.9	χ^2 = 15.6,
• Not achieving	168	45.3	203	54.7	p<0.001
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.0,
• Not achieving	303	51.5	285	48.5	p>0.05

Annex table 21. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and ensure consumable materials for clinical practice (Question C23-Q3)

Ensure sufficient consumable materials fod clinical practice / Competency	Sufficient		Lacked		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 0.4,
• Not achieving	546	93.3	39	6.7	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	10	100.0	0	.0	χ^2 = 0.7,
• Not achieving	541	93.3	39	6.7	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	211	96.3	8	3.7	χ^2 = 4.9,
• Not achieving	340	91.6	31	8.4	p<0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100,0	0	,0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	549	93,4	39	6,6	p>0.05

Annex table 22. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and manual on clinical practice of nurses (Question C30-Q3)

Manual on clinical practice of nurses / Competency	Yes		No		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	317	54.2	268	45.8	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	7	70.0	3	30.0	χ^2 = 1.0,
• Not achieving	313	54.0	267	46.0	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	132	60.3	87	39.7	χ^2 = 5.1,
• Not achieving	188	50.7	183	49.3	p<0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.2,
• Not achieving	319	54.3	269	45.7	p>0.05

Annex table 23. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and training preceptor outsite hospital (Question C8-Q4)

Training outside hospital to become preceptor	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 0.8,
• Not achieving	354	60.5	231	39.5	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	8	80.0	2	20.0	χ^2 = 1.6,
• Not achieving	350	60.3	230	39.7	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	147	67.1	72	32.9	χ^2 = 6.1,
• Not achieving	211	56.9	160	43.1	p<0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 1.3,
• Not achieving	356	60.5	232	39.5	p>0.05

Annex table 24. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and training internal TOT at hospital) (Question C8-Q4)

Training on guilding clinical practice at hospital	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 1.0,
• Not achieving	336	57.4	249	42.6	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	9	90.0	1	10.0	χ^2 = 4.4,
• Not achieving	331	57.1	249	42.9	p<0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	143	65.3	76	34.7	χ^2 = 8.4,
• Not achieving	197	53.1	174	46.9	p<0.01
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 1.5,
• Not achieving	338	57.5	250	42.5	p>0.05

Annex table 25. Relationship between practice competency of nurses and clinical practice methods (Question C12-Q4)

Clinical practice methods	Work together daily (on-site guiding)		Dealing when having questions		Oral guiding on-site if needed		Guiding on use of manual		Center-approach lecturing		Using model	
Competency	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Practice competency for care (15 standards)												
• Achieving	5	100.0	5	100.0	5	100.0	3	60.0	5	100.0	2	40.0
• Not achieving	568	97.1	482	82.4	496	84.8	332	56.8	476	81.4	224	38.3
p	p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	
Management capacity and Professional Development (8 standards)												
• Achieving	10	100.0	9	90.0	9	90.0	7	70,0	9	90,0	6	60,0
• Not achieving	563	97.1	478	82.4	492	84.8	328	56,6	472	81,4	220	37,9
	p>0,05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)												
• Achieving	216	98.6	197	90.0	199	90.9	134	61.2	185	84.5	94	42.9
• Not achieving	357	96.2	290	78.2	302	81.4	201	54.2	296	79.8	132	35.6
p	p>0,05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)												
• Achieving	2	100.0	2	100.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0
• Not achieving	571	97.1	485	82.5	499	84.9	334	56.8	479	81.5	225	38.3
p	p>0,05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05		p>0.05	

Annex table 26. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and arrange a discussion about a case (Question C16-Q4)

arrange a discussion about a case	Yes		No		χ^2, p
Competency	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	5	100.0	0	.0	χ^2 = 0.7,
• Not achieving	577	98.6	8	1.4	p>0.05
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	10	100.0	0	.0	χ^2 = 0.1,
• Not achieving	572	98.6	8	1.4	p>0.05
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	215	98.2	4	1.8	χ^2 = 0.6,
• Not achieving	367	98.9	4	1.1	p>0.05
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.3,
• Not achieving	580	98.6	8	1.4	p>0.05

Annex table 27. Relationship between practice competency of nurses (Q1) and manual for preceptors to guide practicing nurses (Question C21-Q4)

Manual for preceptors to guide practicing nurses Competency	Yes		No		χ^2, p
	n	%	n	%	
Practice competency for care (15 standards)					
• Achieving	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0.2, p>0.05
• Not achieving	401	68.5	184	31.5	
Management capacity and Professional Development (8 standards)					
• Achieving	7	70.0	3	30.0	χ^2 = 0.0, p>0.05
• Not achieving	397	68.4	183	31.6	
Professional capacity accordance with the law and professional ethics (2 standards)					
• Achieving	155	70.8	64	29.2	χ^2 = 0.9, p>0.05
• Not achieving	249	67.1	122	32.9	
Basic capacity of nurse in Vietnam (25 standards)					
• Achieving	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.3, p>0.05
• Not achieving	403	68.5	185	31.5	

Annex table 28. Relationship between the level of achievement and frequency of implementation

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Criteria 1. The health statement of the individuals, families, population groups and/or communities	Identifies the health need of the individuals, families, population groups and/or communities	Could do alone	149	50.9	64	21.8	49	16.7	27	9.2	4	1.4	293	
		Could do if having guidance	66	28.9	48	21.1	58	25.4	34	14.9	22	9.6	228	
		Understand as knowledge	11	17.7	5	8.1	15	24.2	14	22.6	17	27.4	62	
		Don't understand	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	5	71.4	7	
		TOTAL	227	38.5	118	20.0	122	20.7	75	12.7	48	8.1	590	
			χ^2=160.3. P<0.001											
	Explains the health status of the clients/groups	Could do alone	143	50.0	71	24.8	48	16.8	20	7.0	4	1.4	286	
		Could do if having guidance	53	25.0	56	26.4	50	23.6	33	15.6	20	9.4	212	
		Understand as knowledge	15	17.2	19	21.8	17	19.5	13	14.9	23	26.4	87	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	4	80.0	5	
		TOTAL	211	35.8	146	24.7	116	19.7	66	11.2	51	8.6	590	
			χ^2=126.5.P<0.001											
Criteria 2. Decision making in the care of patients	Collect the information and analyse to identify health problems of the individuals, families, population	Could do alone	129	52.4	53	21.5	35	14.2	23	9.3	6	2.4	246	
		Could do if having guidance	51	20.1	51	20.1	68	26.8	47	18.5	37	14.6	254	
		Understand as knowledge	8	9.9	9	11.1	18	22.2	20	24.7	26	32.1	81	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1	11.1	7	77.8	9	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	groups and/or communities	TOTAL	188	31.9	113	19.2	122	20.7	91	15.4	76	12.9	590	
			χ^2=160.3. P<0.001											
	Provides sound decision making in the safe and effective care	Could do alone	126	63.0	27	13.5	31	15.5	13	6.5	3	1.5	200	
		Could do if having guidance	82	29.6	72	26.0	53	19.1	38	13.7	32	11.6	277	
		Understand as knowledge	14	13.5	22	21.2	15	14.4	27	26.0	26	25.0	104	
		Don't understand	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0	7	77.8	9	
		TOTAL	222	37.6	123	20.8	99	16.8	78	13.2	68	11.5	590	
			χ^2= 159.1. P<0.001											
	Performs nursing interventions to support patients/clients meeting with their health problems /illness consistent with cultural beliefs of patients/clients	Could do alone	92	57.1	26	16.1	24	14.9	13	8.1	6	3.7	161	
		Could do if having guidance	31	15.0	50	24.2	47	22.7	39	18.8	40	19.3	207	
		Understand as knowledge	8	5.1	11	7.1	34	21.8	37	23.7	66	42.3	156	
		Don't understand	6	9.1	2	3.0	1	1.5	6	9.1	51	77.3	66	
		TOTAL	137	23.2	89	15.1	106	18.0	95	16.1	163	27.6	590	
			χ^2=277.1. P<0.001											
	Observing the improvement of nursing intervention	Could do alone	219	68.9	58	18.2	23	7.2	11	3.5	7	2.2	318	
		Could do if having guidance	52	28.6	47	25.8	38	20.9	31	17.0	14	7.7	182	
		Understand as knowledge	13	17.6	5	6.8	12	16.2	17	23.0	27	36.5	74	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	6.3	3	18.8	12	75.0	16	
		TOTAL	284	48.1	110	18.6	74	12.5	62	10.5	60	10.2	590	
			χ^2= 269.0. P<0.001											
Criteria 3. Determines appropriate nursing care to address priority needs	Identifies and analyses the priority needs of patients/clients	Could do alone	205	59.9	77	22.5	39	11.4	17	5.0	4	1.2	342	
		Could do if having guidance	47	26.0	57	31.5	33	18.2	28	15.5	16	8.8	181	
		Understand as knowledge	4	6.7	9	15.0	19	31.7	12	20.0	16	26.7	60	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	28.6	5	71.4	7	
		TOTAL	256	43.4	143	24.2	91	15.4	59	10.0	41	6.9	590	
			χ^2= 195.2. P<0.001											
	Perform nursing care to address priority needs	Could do alone	190	60.7	75	24.0	27	8.6	17	5.4	4	1.3	313	
		Could do if having guidance	60	27.6	66	30.4	37	17.1	34	15.7	20	9.2	217	
		Understand as knowledge	3	5.3	10	17.5	13	22.8	16	28.1	15	26.3	57	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		TOTAL	253	42.9	151	25.6	77	13.1	68	11.5	41	6.9	590	
			χ^2= 161.8. P<0.001											
Criteria 4. Formulates a plan of care	Performs comprehensive and systematic nursing assessment	Could do alone	214	70.6	58	19.1	21	6.9	9	3.0	1	0.3	303	
		Could do if having guidance	81	35.7	67	29.5	37	16.3	26	11.5	16	7.0	227	
		Understand as knowledge	11	22.4	6	12.2	9	18.4	13	26.5	10	20.4	49	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	3	27.3	2	18.2	6	54.5	11	
		TOTAL	306	51.9	131	22.2	70	11.9	50	8.5	33	5.6	590	
			χ^2= 186.7. P<0.001											
	Collects appropriate information from patients /clients and completes it into assessment form	Could do alone	394	83.3	44	9.3	19	4.0	8	1.7	8	1.7	473	
		Could do if having guidance	36	41.9	23	26.7	10	11.6	5	5.8	12	14.0	86	
		Understand as knowledge	8	33.3	3	12.5	2	8.3	3	12.5	8	33.3	24	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0	7	
		TOTAL	438	74.2	70	11.9	31	5.3	16	2.7	35	5.9	590	
			χ^2= 228.3. P<0.001											
	Analyses and explains the information exactly; Formulates a plan of care	Could do alone	251	73.2	63	18.4	20	5.8	6	1.7	3	0.9	343	
		Could do if having guidance	73	36.9	69	34.8	32	16.2	9	4.5	15	7.6	198	
		Understand as knowledge	8	18.6	10	23.3	6	14.0	7	16.3	12	27.9	43	
		Don't understand	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7	4	66.7	6	
		TOTAL	333	56.4	142	24.1	58	9.8	23	3.9	34	5.8	590	
			χ^2= 188.0. P<0.001											
	Formulates a plan of care in collaboration with patients/clients, their family and other members of the health team based on the priority issues, health needs and clients' expectation	Could do alone	267	70.1	75	19.7	25	6.6	11	2.9	3	0.8	381	
		Could do if having guidance	52	30.6	60	35.3	29	17.1	15	8.8	14	8.2	170	
		Understand as knowledge	10	27.8	8	22.2	8	22.2	5	13.9	5	13.9	36	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	
		TOTAL	329	55.8	143	24.2	62	10.5	31	5.3	25	4.2	590	
			χ^2= 173.7. P<0.001											
	Explain interventions for patients and their relatives; Performs nursing activities	Could do alone	344	74.9	80	17.4	20	4.4	10	2.2	5	1.1	459	
		Could do if having guidance	29	27.9	34	32.7	23	22.1	10	9.6	8	7.7	104	
		Understand as knowledge	8	30.8	4	15.4	4	15.4	5	19.2	5	19.2	26	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	effectively following the plan of care in a safe, effective and timely manner	Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	
		TOTAL	381	64.6	118	20.0	48	8.1	25	4.2	18	3.1	590	
			χ^2= 151.0. P<0.001											
	Provides guides to clients and their families the appropriate self-care	Could do alone	378	73.8	97	18.9	25	4.9	6	1.2	6	1.2	512	
		Could do if having guidance	19	33.9	16	28.6	5	8.9	6	10.7	10	17.9	56	
		Understand as knowledge	5	25.0	5	25.0	5	25.0	3	15.0	2	10.0	20	
		Don't understand	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2	
		TOTAL	403	68.3	118	20.0	35	5.9	15	2.5	19	3.2	590	
			χ^2= 125.9. P<0.001											
	Evaluate and Revises the care plan	Could do alone	229	70.5	66	20.3	20	6.2	8	2.5	2	0.6	325	
		Could do if having guidance	45	20.3	112	50.5	30	13.5	19	8.6	16	7.2	222	
		Understand as knowledge	5	12.5	11	27.5	9	22.5	8	20.0	7	17.5	40	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	
		TOTAL	279	47.3	189	32.0	59	10.0	35	5.9	28	4.7	590	
			χ^2= 243.9. P<0.001											
	Performs discharging for patients	Could do alone	320	72.6	85	19.3	20	4.5	11	2.5	5	1.1	441	
		Could do if having guidance	34	30.9	28	25.5	28	25.5	7	6.4	13	11.8	110	
		Understand as knowledge	4	11.8	8	23.5	10	29.4	1	2.9	11	32.4	34	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0	5	
		TOTAL	358	60.7	121	20.5	58	9.8	19	3.2	34	5.8	590	
			χ^2= 246.6. P<0.001											
	Provides health education	Could do alone	300	66.5	92	20.4	38	8.4	14	3.1	7	1.6	451	
		Could do if having guidance	20	21.5	24	25.8	19	20.4	17	18.3	13	14.0	93	
		Understand as knowledge	9	20.0	9	20.0	9	20.0	6	13.3	12	26.7	45	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
		TOTAL	329	55.8	125	21.2	66	11.2	37	6.3	33	5.6	590	
			χ^2= 163.3. P<0.001											
Criteria 5. Promotes safety, comfort and privatecy of patients	Performs age-specific safety measures in all aspects of patients/clients care.	Could do alone	361	79.7	62	13.7	18	4.0	7	1.5	5	1.1	453	
		Could do if having guidance	29	31.9	31	34.1	15	16.5	10	11.0	6	6.6	91	
		Understand as knowledge	14	33.3	6	14.3	8	19.0	5	11.9	9	21.4	42	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	
		TOTAL	404	68.5	99	16.8	42	7.1	25	4.2	20	3.4	590	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
			χ^2= 204.5. P<0.001										
	Create care environment	Could do alone	288	79.8	48	13.3	17	4.7	6	1.7	2	.6	361
		Could do if having guidance	53	35.3	51	34.0	27	18.0	8	5.3	11	7.3	150
		Understand as knowledge	11	17.5	13	20.6	15	23.8	9	14.3	15	23.8	63
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	6.3	3	18.8	12	75.0	16
		TOTAL	352	59.7	112	19.0	60	10.2	26	4.4	40	6.8	590
			χ^2= 311.6. P<0.001										
	Ensure privacy in all aspects of patients/clients care	Could do alone	393	75.7	77	14.8	29	5.6	10	1.9	10	1.9	519
		Could do if having guidance	13	35.1	9	24.3	5	13.5	7	18.9	3	8.1	37
		Understand as knowledge	4	12.5	11	34.4	5	15.6	5	15.6	7	21.9	32
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	50.0	0	.0	1	50.0	2
		TOTAL	410	69.5	97	16.4	40	6.8	22	3.7	21	3.6	590
			χ^2= 135.0. P<0.001										
Criteria 6. Performs proper nursing technique	Obey the steps of nursing care process	Could do alone	439	87.5	41	8.2	11	2.2	8	1.6	3	.6	502
		Could do if having guidance	35	54.7	13	20.3	9	14.1	3	4.7	4	6.3	64
		Understand as knowledge	7	29.2	10	41.7	1	4.2	4	16.7	2	8.3	24
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0
		TOTAL	481	81.5	64	10.8	21	3.6	15	2.5	9	1.5	590
			χ^2= 109.3. P<0.001										
	Implements nursing techniques fluently	Could do alone	380	87.4	33	7.6	10	2.3	10	2.3	2	.5	435
		Could do if having guidance	67	51.1	35	26.7	17	13.0	6	4.6	6	4.6	131
		Understand as knowledge	14	58.3	4	16.7	5	20.8	1	4.2	0	.0	24
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0
		TOTAL	461	78.1	72	12.2	32	5.4	17	2.9	8	1.4	590
			χ^2= 95.8. P<0.001										
	Follows the rules of infection control	Could do alone	446	89.0	28	5.6	14	2.8	10	2.0	3	.6	501
		Could do if having guidance	35	53.0	17	25.8	8	12.1	3	4.5	3	4.5	66
		Understand as knowledge	10	43.5	5	21.7	3	13.0	3	13.0	2	8.7	23
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
		TOTAL	491	83.2	50	8.5	25	4.2	16	2.7	8	1.4	590
			χ^2=90.0. P<0.001										
Criteria 7. Administer	Takes a complete patient drug history	Could do alone	450	84.0	55	10.3	18	3.4	7	1.3	6	1.1	536
		Could do if having	16	47.1	9	26.5	3	8.8	1	2.9	5	14.7	34

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
medication safety and effectively		guidance												
		Understand as knowledge	6	31.6	4	21.1	3	15.8	1	5.3	5	26.3	19	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
		TOTAL	472	80.0	68	11.5	24	4.1	9	1.5	17	2.9	590	
			χ^2=123..6. P<0.001											
	Applies the 5-Right rules issued by the Ministry of Health	Could do alone	472	89.4	36	6.8	10	1.9	4	.8	6	1.1	528	
		Could do if having guidance	27	61.4	10	22.7	3	6.8	2	4.5	2	4.5	44	
		Understand as knowledge	8	44.4	1	5.6	3	16.7	1	5.6	5	27.8	18	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	
		TOTAL	507	85.9	47	8.0	16	2.7	7	1.2	13	2.2	590	
			χ^2=102.6. P<0.001											
	Guide the patient how to use drugs correctly, saftely	Could do alone	471	90.2	31	5.9	10	1.9	5	1.0	5	1.0	522	
		Could do if having guidance	26	50.0	11	21.2	7	13.5	3	5.8	5	9.6	52	
		Understand as knowledge	7	43.8	2	12.5	2	12.5	3	18.8	2	12.5	16	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	
		TOTAL	504	85.4	44	7.5	19	3.2	11	1.9	12	2.0	590	
			χ^2=108.9. P<0.001											
	Finds out and perform necessary intervention if the patient had any drug allergies/side effects	Could do alone	242	62.9	63	16.4	36	9.4	23	6.0	21	5.5	385	
		Could do if having guidance	51	29.3	43	24.7	25	14.4	24	13.8	31	17.8	174	
		Understand as knowledge	7	22.6	4	12.9	5	16.1	4	12.9	11	35.5	31	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	
		TOTAL	300	50.8	110	18.6	66	11.2	51	8.6	63	10.7	590	
			χ^2=85.3. P<0.001											
	Be aware of potential drug – drug or drug-food interactions	Could do alone	125	71.8	24	13.8	12	6.9	9	5.2	4	2.3	174	
		Could do if having guidance	102	34.6	80	27.1	46	15.6	36	12.2	31	10.5	295	
		Understand as knowledge	12	12.5	16	16.7	19	19.8	13	13.5	36	37.5	96	
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0	23	92.0	25	
		TOTAL	239	40.5	120	20.3	77	13.1	60	10.2	94	15.9	590	
			χ^2=253.8. P<0.001											
	Evaluates the effects of medication	Could do alone	225	75.3	51	17.1	13	4.3	7	2.3	3	1.0	299	
		Could do if having guidance	77	39.3	64	32.7	26	13.3	15	7.7	14	7.1	196	
		Understand as knowledge	16	18.6	17	19.8	12	14.0	23	26.7	18	20.9	86	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		Don't understand	0	0.0	1	11.1	0	0.0	1	11.1	7	77.8	9
		TOTAL	318	53.9	133	22.5	51	8.6	46	7.8	42	7.1	590
			χ^2=239.3. P<0.001										
	Documents and publicizes each drug you administer	Could do alone	482	91.1	30	5.7	6	1.1	5	0.9	6	1.1	529
		Could do if having guidance	13	35.1	10	27.0	5	13.5	6	16.2	3	8.1	37
		Understand as knowledge	5	21.7	1	4.3	2	8.7	6	26.1	9	39.1	23
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1
		TOTAL	500	84.7	41	6.9	13	2.2	17	2.9	19	3.2	590
			χ^2=280.4. P<0.001										
Criteria 8. Ensure continuity of care	Hands over the patients status to the next care team in detailed and exactness	Could do alone	422	86.8	47	9.7	10	2.1	4	0.8	3	.6	486
		Could do if having guidance	37	46.3	23	28.8	8	10.0	4	5.0	8	10.0	80
		Understand as knowledge	2	9.1	4	18.2	5	22.7	2	9.1	9	40.9	22
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
		TOTAL	461	78.1	74	12.5	23	3.9	10	1.7	22	3.7	590
			χ^2=249.6. P<0.001										
	Involves patients, families and other members of health team effectively to ensure continuity of care	Could do alone	373	82.7	48	10.6	16	3.5	12	2.7	2	.4	451
		Could do if having guidance	40	38.8	37	35.9	15	14.6	3	2.9	8	7.8	103
		Understand as knowledge	4	11.8	9	26.5	7	20.6	6	17.6	8	23.5	34
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
		TOTAL	417	70.7	94	15.9	38	6.4	21	3.6	20	3.4	590
			χ^2=239.0. P<0.001										
	Establishes measures to implement continuous care for patients	Could do alone	224	80.6	40	14.4	10	3.6	3	1.1	1	.4	278
		Could do if having guidance	68	28.3	106	44.2	32	13.3	17	7.1	17	7.1	240
		Understand as knowledge	10	17.9	6	10.7	9	16.1	8	14.3	23	41.1	56
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	100.0	16
		TOTAL	302	51.2	152	25.8	51	8.6	28	4.7	57	9.7	590
			χ^2=406.6. P<0.001										
Criteria 9. Performs first aids and acts on emergencies	Finds out sudden changes in health condition of patients/clients	Could do alone	314	72.4	75	17.3	22	5.1	14	3.2	9	2.1	434
		Could do if having guidance	41	35.7	41	35.7	16	13.9	10	8.7	7	6.1	115
		Understand as knowledge	10	25.0	8	20.0	5	12.5	6	15.0	11	27.5	40
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1
		TOTAL	365	61.9	124	21.0	43	7.3	30	5.1	28	4.7	590
			χ^2=139.6. P<0.001										

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Gives decision on interventions and emergencies promptly	Could do alone	157	63.1	48	19.3	25	10.0	12	4.8	7	2.8	249
		Could do if having guidance	89	31.7	82	29.2	50	17.8	29	10.3	31	11.0	281
		Understand as knowledge	10	18.5	8	14.8	8	14.8	6	11.1	22	40.7	54
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	100.0	6
		TOTAL	256	43.4	138	23.4	83	14.1	47	8.0	66	11.2	590
			χ^2=163.1. P<0.001										
	Coordinates with other health team members	Could do alone	230	64.1	75	20.9	33	9.2	15	4.2	6	1.7	359
		Could do if having guidance	54	29.3	44	23.9	41	22.3	26	14.1	19	10.3	184
		Understand as knowledge	7	16.7	6	14.3	7	16.7	8	19.0	14	33.3	42
		Don't understand	1	20.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	5
		TOTAL	292	49.5	126	21.4	81	13.7	49	8.3	42	7.1	590
			χ^2=157.2. P<0.001										
	Performs first aid for patients/clients	Could do alone	197	62.3	63	19.9	33	10.4	20	6.3	3	.9	316
		Could do if having guidance	64	27.2	60	25.5	53	22.6	31	13.2	27	11.5	235
		Understand as knowledge	10	27.0	6	16.2	5	13.5	6	16.2	10	27.0	37
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
		TOTAL	271	45.9	129	21.9	91	15.4	57	9.7	42	7.1	590
			χ^2=133.0. P<0.001										
Cricteria 10. Establishes rapport with patients, families, and member of the health team	Creates trust and confidence with patients/clients, families and health staffs	Could do alone	394	78.0	74	14.7	21	4.2	11	2.2	5	1.0	505
		Could do if having guidance	14	27.5	21	41.2	11	21.6	1	2.0	4	7.8	51
		Understand as knowledge	7	21.2	6	18.2	7	21.2	5	15.2	8	24.2	33
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
		TOTAL	415	70.3	101	17.1	40	6.8	17	2.9	17	2.9	590
			χ^2=174.6. P<0.001										
	Spends time with the client/significant others and members of the health team to facilitate interaction	Could do alone	370	71.6	104	20.1	27	5.2	11	2.1	5	1.0	517
		Could do if having guidance	7	17.9	18	46.2	9	23.1	3	7.7	2	5.1	39
		Understand as knowledge	6	18.2	7	21.2	10	30.3	4	12.1	6	18.2	33
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1
		TOTAL	383	64.9	129	21.9	46	7.8	18	3.1	14	2.4	590
			χ^2=171.2. P<0.001										
	Listens actively to patients/client's concerns/significant	Could do alone	380	74.2	90	17.6	24	4.7	9	1.8	9	1.8	512
		Could do if having guidance	21	37.5	25	44.6	6	10.7	3	5.4	1	1.8	56

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	others and members of the health team	Understand as knowledge	6	28.6	4	19.0	5	23.8	1	4.8	5	23.8	21
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
		TOTAL	407	69.0	119	20.2	36	6.1	13	2.2	15	2.5	590
			χ^2=105.6. P<0.001										
Criteria 11. Effectively communicate with the patients and family	Validates patients/client's body language and facial expressions	Could do alone	318	72.9	80	18.3	24	5.5	8	1.8	6	1.4	436
		Could do if having guidance	34	32.7	40	38.5	19	18.3	6	5.8	5	4.8	104
		Understand as knowledge	10	25.0	13	32.5	6	15.0	3	7.5	8	20.0	40
		Don't understand	1	10.0	2	20.0	2	20.0	0	0.0	5	50.0	10
		TOTAL	363	61.5	135	22.9	51	8.6	17	2.9	24	4.1	590
			χ^2=165.0. P<0.001										
	Communicates effectively with individuals, families, groups who have communication problems due to disease, due to psychological problems	Could do alone	249	67.3	74	20.0	29	7.8	11	3.0	7	1.9	370
		Could do if having guidance	33	20.1	57	34.8	40	24.4	22	13.4	12	7.3	164
		Understand as knowledge	9	20.0	6	13.3	7	15.6	8	17.8	15	33.3	45
		Don't understand	1	9.1	0	.0	1	9.1	3	27.3	6	54.5	11
		TOTAL	292	49.5	137	23.2	77	13.1	44	7.5	40	6.8	590
			χ^2=230.5. P<0.001										
	Express words, gestures that motivate, encourage safe treatment of patients	Could do alone	421	78.0	73	13.5	30	5.6	9	1.7	7	1.3	540
		Could do if having guidance	9	24.3	11	29.7	11	29.7	6	16.2	0	.0	37
		Understand as knowledge	3	23.1	5	38.5	2	15.4	1	7.7	2	15.4	13
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0
		TOTAL	433	73.4	89	15.1	43	7.3	16	2.7	9	1.5	590
			χ^2=103.3. P<0.001										
	Demonstrating an understanding of culture, belief in communication with patients/clients, families and groups	Could do alone	260	68.8	73	19.3	25	6.6	11	2.9	9	2.4	378
		Could do if having guidance	31	24.6	41	32.5	31	24.6	12	9.5	11	8.7	126
		Understand as knowledge	7	10.1	15	21.7	19	27.5	16	23.2	12	17.4	69
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	11.8	2	11.8	13	76.5	17
		TOTAL	298	50.5	129	21.9	77	13.1	41	6.9	45	7.6	590
			χ^2=285.0. P<0.001										
Criteria 12. Utilizes formal and informal channels	Utilizes audio-visual facilities available to support communication with	Could do alone	182	61.9	60	20.4	24	8.2	16	5.4	12	4.1	294
		Could do if having guidance	24	12.6	72	37.9	46	24.2	29	15.3	19	10.0	190
		Understand as knowledge	6	7.1	5	5.9	19	22.4	16	18.8	39	45.9	85

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
to facilitate communicating with patients, families	patients/clients, families and groups	Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	3	14.3	18	85.7	21
		TOTAL	212	35.9	137	23.2	89	15.1	64	10.8	88	14.9	590
			χ^2=339.6. P<0.001										
	Utilizes effectively and appropriately communication with patients/clients, families	Could do alone	268	69.1	83	21.4	24	6.2	5	1.3	8	2.1	388
		Could do if having guidance	25	17.2	47	32.4	44	30.3	17	11.7	12	8.3	145
		Understand as knowledge	7	14.6	7	14.6	7	14.6	6	12.5	21	43.8	48
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	11.1	8	88.9	9
		TOTAL	300	50.8	137	23.2	75	12.7	29	4.9	49	8.3	590
			χ^2=136.0. P<0.001										
Criteria 13. Provides appropriate information to the patients on their health and fitness status	Defines appropriate information need to be deliver to the patients, families	Could do alone	269	65.8	101	24.7	20	4.9	10	2.4	9	2.2	409
		Could do if having guidance	41	29.9	44	32.1	31	22.6	13	9.5	8	5.8	137
		Understand as knowledge	10	23.3	11	25.6	8	18.6	9	20.9	5	11.6	43
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1
		TOTAL	320	54.2	156	26.4	59	10.0	32	5.4	23	3.9	590
			χ^2=136.0. P<0.001										
	Performs psychological preparation for patients/clients and families before providing the information "bad"	Could do alone	152	46.2	68	20.7	50	15.2	37	11.2	22	6.7	329
		Could do if having guidance	28	14.4	54	27.8	50	25.8	25	12.9	37	19.1	194
		Understand as knowledge	6	9.7	15	24.2	11	17.7	9	14.5	21	33.9	62
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5
		TOTAL	186	31.5	137	23.2	112	19.0	72	12.2	83	14.1	590
			χ^2=104.3. P<0.001										
Criteria 14. Determines needs and performs health education for individuals, families and communities	Collects and analyzes information on the needs of individuals, families, and communities of health	Could do alone	127	48.5	83	31.7	30	11.5	12	4.6	10	3.8	262
		Could do if having guidance	33	13.8	77	32.2	61	25.5	41	17.2	27	11.3	239
		Understand as knowledge	8	9.6	9	10.8	11	13.3	20	24.1	35	42.2	83
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	16.7	5	83.3	6
		TOTAL	168	28.5	169	28.6	102	17.3	74	12.5	77	13.1	590
			χ^2=216.6. P<0.001										
	Identifies priority needs and contents which need to be educated for individuals, families and communities	Could do alone	134	48.2	84	30.2	41	14.7	14	5.0	5	1.8	278
		Could do if having guidance	31	14.1	79	35.9	48	21.8	29	13.2	33	15.0	220
		Understand as knowledge	8	9.1	12	13.6	19	21.6	22	25.0	27	30.7	88
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	4	100.0	4
		TOTAL	173	29.3	175	29.7	108	18.3	65	11.0	69	11.7	590
			χ^2=186.2. P<0.001										

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Develops health education plan that is suitable with culture, social features, beliefs of individuals, families and communities	Could do alone	78	48.4	51	31.7	19	11.8	8	5.0	5	3.1	161
		Could do if having guidance	28	9.2	91	29.9	83	27.3	49	16.1	53	17.4	304
		Understand as knowledge	6	5.7	13	12.4	14	13.3	30	28.6	42	40.0	105
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.0	18	90.0	20
		TOTAL	112	19.0	155	26.3	116	19.7	89	15.1	118	20.0	590
			χ^2=257.0. P<0.001										
	Builds health education documents which are suitable with qualification of subjects	Could do alone	46	41.1	31	27.7	16	14.3	11	9.8	8	7.1	112
		Could do if having guidance	36	11.9	74	24.4	93	30.7	41	13.5	59	19.5	303
		Understand as knowledge	5	3.3	9	5.9	19	12.5	31	20.4	88	57.9	152
		Don't understand	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.3	22	95.7	23
		TOTAL	87	14.7	114	19.3	128	21.7	84	14.2	177	30.0	590
			χ^2=233.4. P<0.001										
	Performs properly, effectively health education for individuals, families and communities	Could do alone	125	49.2	67	26.4	40	15.7	9	3.5	13	5.1	254
		Could do if having guidance	29	11.9	61	25.1	57	23.5	52	21.4	44	18.1	243
		Understand as knowledge	5	5.6	8	9.0	15	16.9	20	22.5	41	46.1	89
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	25.0	3	75.0	4
		TOTAL	159	26.9	136	23.1	112	19.0	82	13.9	101	17.1	590
			χ^2=205.7. P<0.001										
	Evaluates results of health education program and revises health education plan base on objectives and respected results	Could do alone	81	47.4	53	31.0	23	13.5	6	3.5	8	4.7	171
		Could do if having guidance	37	13.1	72	25.4	78	27.6	55	19.4	41	14.5	283
		Understand as knowledge	6	5.0	14	11.8	24	20.2	24	20.2	51	42.9	119
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	5.9	2	11.8	14	82.4	17
		TOTAL	124	21.0	139	23.6	126	21.4	87	14.7	114	19.3	590
			χ^2=223.4. P<0.001										
Criteria 15. Colloborate with colleagues and other members of health team	Maintains relastionship with other member; pretend that patient is one member in this team	Could do alone	351	71.2	82	16.6	35	7.1	12	2.4	13	2.6	493
		Could do if having guidance	13	22.0	17	28.8	19	32.2	9	15.3	1	1.7	59
		Understand as knowledge	5	14.7	3	8.8	11	32.4	5	14.7	10	29.4	34
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	25.0	3	75.0	4
		TOTAL	369	62.5	102	17.3	65	11.0	27	4.6	27	4.6	590
			χ^2=213.7. P<0.001										
	Colloborate with members in care team to make	Could do alone	316	71.5	72	16.3	37	8.4	9	2.0	8	1.8	442
		Could do if having guidance	21	18.9	37	33.3	34	30.6	11	9.9	8	7.2	111

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	appropriate decisions to improve the quality of care	Understand as knowledge	7	20.0	4	11.4	11	31.4	7	20.0	6	17.1	35	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	100.0	0	.0	0	.0	2	
		TOTAL	344	58.3	113	19.2	84	14.2	27	4.6	22	3.7	590	
			χ^2=173.3. P<0.001											
	Colloborate well with members in care team to monitor, care, treat the patients and perform assigned tasks	Could do alone	352	74.6	70	14.8	27	5.7	13	2.8	10	2.1	472	
		Could do if having guidance	19	22.6	26	31.0	25	29.8	10	11.9	4	4.8	84	
		Understand as knowledge	8	25.0	3	9.4	5	15.6	6	18.8	10	31.3	32	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	50.0	0	.0	1	50.0	2	
		TOTAL	379	64.2	99	16.8	58	9.8	29	4.9	25	4.2	590	
			χ^2=193.8. P<0.001											
	Respects the role and ideas of other members of the health team	Could do alone	421	78.5	77	14.4	23	4.3	11	2.1	4	.7	536	
		Could do if having guidance	8	28.6	7	25.0	8	28.6	3	10.7	2	7.1	28	
		Understand as knowledge	6	24.0	8	32.0	3	12.0	3	12.0	5	20.0	25	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	0	.0	1	
		TOTAL	435	73.7	92	15.6	34	5.8	18	3.1	11	1.9	590	
			χ^2=150.6. P<0.001											
	Shares information with other members of the health teams	Could do alone	361	74.4	77	15.9	30	6.2	11	2.3	6	1.2	485	
		Could do if having guidance	18	25.0	25	34.7	14	19.4	12	16.7	3	4.2	72	
		Understand as knowledge	7	21.9	6	18.8	8	25.0	5	15.6	6	18.8	32	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1	
		TOTAL	386	65.4	108	18.3	52	8.8	28	4.7	16	2.7	590	
			χ^2=174.5. P<0.001											
	Acts as liaison / advocate of the patients/clients	Could do alone	157	63.3	50	20.2	21	8.5	10	4.0	10	4.0	248	
		Could do if having guidance	38	19.3	62	31.5	37	18.8	26	13.2	34	17.3	197	
		Understand as knowledge	8	6.7	16	13.3	27	22.5	23	19.2	46	38.3	120	
		Don't understand	0	.0	1	4.0	0	.0	0	.0	24	96.0	25	
		TOTAL	203	34.4	129	21.9	85	14.4	59	10.0	114	19.3	590	
			χ^2=295.2. P<0.001											
Criteria 16. Maintains accurate and updated documenta	Applies principles of record management prescribed by the MOH	Could do alone	192	75.3	32	12.5	18	7.1	5	2.0	8	3.1	255	
		Could do if having guidance	68	26.9	59	23.3	53	20.9	28	11.1	45	17.8	253	
		Understand as knowledge	5	7.1	9	12.9	9	12.9	11	15.7	36	51.4	70	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	12	100.0	12	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
tion of patients care prescribe b by the MOH		TOTAL	265	44.9	100	16.9	80	13.6	44	7.5	101	17.1	590	
			χ^2=277.4. P<0.001											
	Maintains the patients/clients records in confident and privacy	Could do alone	380	79.0	41	8.5	27	5.6	16	3.3	17	3.5	481	
		Could do if having guidance	19	25.0	16	21.1	16	21.1	12	15.8	13	17.1	76	
		Understand as knowledge	6	20.0	4	13.3	4	13.3	6	20.0	10	33.3	30	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	33.3	2	66.7	3	
		TOTAL	405	68.6	61	10.3	47	8.0	35	5.9	42	7.1	590	
			χ^2=167.5. P<0.001											
	Monitors and improves accuracy, completeness and reliability of patients' records	Could do alone	404	84.5	43	9.0	14	2.9	9	1.9	8	1.7	478	
		Could do if having guidance	38	42.7	23	25.8	13	14.6	4	4.5	11	12.4	89	
		Understand as knowledge	6	27.3	4	18.2	3	13.6	1	4.5	8	36.4	22	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1	
		TOTAL	448	75.9	70	11.9	30	5.1	14	2.4	28	4.7	590	
			χ^2=156.0. P<0.001											
	Makes record readily accessible to facilitate patients/clients care and health policy making	Could do alone	224	76.5	43	14.7	15	5.1	9	3.1	2	.7	293	
		Could do if having guidance	39	18.7	85	40.7	31	14.8	23	11.0	31	14.8	209	
		Understand as knowledge	5	6.5	11	14.3	17	22.1	16	20.8	28	36.4	77	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	18.2	0	.0	9	81.8	11	
		TOTAL	268	45.4	139	23.6	65	11.0	48	8.1	70	11.9	590	
			χ^2=332.1. P<0.001											
Criteria 17. Manages patients care	Manages individual tasks and time effectively	Could do alone	314	76.6	61	14.9	17	4.1	13	3.2	5	1.2	410	
		Could do if having guidance	35	31.3	34	30.4	23	20.5	8	7.1	12	10.7	112	
		Understand as knowledge	7	12.3	13	22.8	13	22.8	7	12.3	17	29.8	57	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	9.1	10	90.9	11	
		TOTAL	356	60.3	108	18.3	53	9.0	29	4.9	44	7.5	590	
			χ^2=291.0. P<0.001											
	Plans the performance of tasks or activities based on priorities	Could do alone	344	81.3	49	11.6	18	4.3	7	1.7	5	1.2	423	
		Could do if having guidance	29	23.6	47	38.2	25	20.3	11	8.9	11	8.9	123	
		Understand as knowledge	9	20.9	11	25.6	5	11.6	9	20.9	9	20.9	43	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1	
		TOTAL	382	64.7	107	18.1	48	8.1	27	4.6	26	4.4	590	
			χ^2=234.7. P<0.001											
	Verifies the	Could do alone	143	76.5	28	15.0	9	4.8	4	2.1	3	1.6	187	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	competency of the staff prior to delegating tasks	Could do if having guidance	61	23.4	91	34.9	40	15.3	33	12.6	36	13.8	261
		Understand as knowledge	14	12.2	20	17.4	15	13.0	17	14.8	49	42.6	115
		Don't understand	0	.0	1	3.7	3	11.1	4	14.8	19	70.4	27
		TOTAL	218	36.9	140	23.7	67	11.4	58	9.8	107	18.1	590
			χ^2=284.7. P<0.001										
	Demonstrates understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients	Could do alone	120	67.0	35	19.6	17	9.5	5	2.8	2	1.1	179
		Could do if having guidance	52	22.9	78	34.4	44	19.4	24	10.6	29	12.8	227
		Understand as knowledge	10	7.2	22	15.9	23	16.7	22	15.9	61	44.2	138
		Don't understand	0	.0	1	2.2	1	2.2	2	4.3	42	91.3	46
		TOTAL	182	30.8	136	23.1	85	14.4	53	9.0	134	22.7	590
			χ^2=344.0. P<0.001										
	Uses informatics technology in management and care of patients as well as updating proffessonal knowledge	Could do alone	248	76.1	45	13.8	21	6.4	8	2.5	4	1.2	326
		Could do if having guidance	60	30.6	56	28.6	40	20.4	19	9.7	21	10.7	196
		Understand as knowledge	3	5.1	14	23.7	8	13.6	10	16.9	24	40.7	59
		Don't understand	0	.0	1	11.1	0	.0	2	22.2	6	66.7	9
		TOTAL	311	52.7	116	19.7	69	11.7	39	6.6	55	9.3	590
			χ^2=259.6. P<0.001										
Criteria 18. Managers, performs, and use properly , effectively medical equipment	Establishes mechanism to manage and function equipments used for patients/clients care and treatment	Could do alone	95	68.3	25	18.0	5	3.6	8	5.8	6	4.3	139
		Could do if having guidance	63	22.2	89	31.3	59	20.8	26	9.2	47	16.5	284
		Understand as knowledge	6	4.8	16	12.8	19	15.2	25	20.0	59	47.2	125
		Don't understand	1	2.4	1	2.4	2	4.8	3	7.1	35	83.3	42
		TOTAL	165	28.0	131	22.2	85	14.4	62	10.5	147	24.9	590
			χ^2=293.2. P<0.001										
	Plans for preventive maintenance program	Could do alone	128	56.9	52	23.1	27	12.0	14	6.2	4	1.8	225
		Could do if having guidance	42	17.4	65	27.0	66	27.4	32	13.3	36	14.9	241
		Understand as knowledge	2	2.1	14	14.6	17	17.7	20	20.8	43	44.8	96
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	3	10.7	25	89.3	28
		TOTAL	172	29.2	131	22.2	110	18.6	69	11.7	108	18.3	590
			χ^2=296.8. P<0.001										
	Performs, checks proper functioning	Could do alone	202	70.6	45	15.7	20	7.0	10	3.5	9	3.1	286
		Could do if having	57	23.2	74	30.1	51	20.7	35	14.2	29	11.8	246

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	of equipment considering the: intended use, cost benefits, safety, infection control, waste creation and disposal storage.	guidance												
		Understand as knowledge	5	10.9	11	23.9	8	17.4	9	19.6	13	28.3	46	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	2	16.7	10	83.3	12	
		TOTAL	264	44.7	130	22.0	79	13.4	56	9.5	61	10.3	590	
			χ^2=234.6. P<0.001											
Criteria 19. Properly utilizes financial report to support patients care effectively	Identifies the cost-effectiveness in the utilization of resources	Could do alone	123	68.3	29	16.1	11	6.1	9	5.0	8	4.4	180	
		Could do if having guidance	32	14.0	79	34.6	55	24.1	29	12.7	33	14.5	228	
		Understand as knowledge	5	4.2	12	10.0	18	15.0	33	27.5	52	43.3	120	
		Don't understand	0	.0	0	.0	5	8.1	3	4.8	54	87.1	62	
		TOTAL	160	27.1	120	20.3	89	15.1	74	12.5	147	24.9	590	
			χ^2=420.0. P<0.001											
	Develops budget considering existing resources for nursing care within assigned duty	Could do alone	107	68.2	28	17.8	15	9.6	3	1.9	4	2.5	157	
		Could do if having guidance	36	14.7	97	39.6	54	22.0	26	10.6	32	13.1	245	
		Understand as knowledge	5	3.8	16	12.1	14	10.6	32	24.2	65	49.2	132	
		Don't understand	0	.0	1	1.8	2	3.6	5	8.9	48	85.7	56	
		TOTAL	148	25.1	142	24.1	85	14.4	66	11.2	149	25.3	590	
			χ^2=419.4. P<0.001											
Criteria 20. Maintains the safe environment	Complies with standards and safety codes prescribed by laws	Could do alone	356	78.2	64	14.1	17	3.7	9	2.0	9	2.0	455	
		Could do if having guidance	22	23.4	24	25.5	22	23.4	17	18.1	9	9.6	94	
		Understand as knowledge	8	20.5	5	12.8	10	25.6	8	20.5	8	20.5	39	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	2	100.0	2	
		TOTAL	386	65.4	93	15.8	49	8.3	34	5.8	28	4.7	590	
			χ^2=230.2. P<0.001											
	Adheres to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection	Could do alone	329	77.2	60	14.1	24	5.6	8	1.9	5	1.2	426	
		Could do if having guidance	18	15.0	50	41.7	24	20.0	14	11.7	14	11.7	120	
		Understand as knowledge	9	22.5	2	5.0	14	35.0	7	17.5	8	20.0	40	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	25.0	3	75.0	4	
		TOTAL	356	60.3	112	19.0	62	10.5	30	5.1	30	5.1	590	
			χ^2=272.0. P<0.001											
	Adheres to protocols on pollution-control (water, air and	Could do alone	298	76.2	56	14.3	22	5.6	11	2.8	4	1.0	391	
		Could do if having guidance	25	19.7	43	33.9	23	18.1	20	15.7	16	12.6	127	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	noise…)	Understand as knowledge	4	6.2	6	9.2	11	16.9	20	30.8	24	36.9	65
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	7	100.0	7
		TOTAL	327	55.4	105	17.8	56	9.5	51	8.6	51	8.6	590
			χ^2=354.1. P<0.001										
	Adheres to policies, procedures on proper disposal of wastes	Could do alone	381	81.6	49	10.5	21	4.5	11	2.4	5	1.1	467
		Could do if having guidance	33	35.1	33	35.1	15	16.0	6	6.4	7	7.4	94
		Understand as knowledge	6	21.4	3	10.7	9	32.1	5	17.9	5	17.9	28
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1
		TOTAL	420	71.2	85	14.4	45	7.6	22	3.7	18	3.1	590
			χ^2=186.8. P<0.001										
	Adheres to steps in case of fire, earthquake and other emergency situations	Could do alone	221	68.6	38	11.8	21	6.5	17	5.3	25	7.8	322
		Could do if having guidance	20	11.8	43	25.4	37	21.9	30	17.8	39	23.1	169
		Understand as knowledge	8	9.4	5	5.9	14	16.5	19	22.4	39	45.9	85
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	14	100.0	14
		TOTAL	249	42.2	86	14.6	72	12.2	66	11.2	117	19.8	590
			χ^2=290.7. P<0.001										
	Demonstrates understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	Could do alone	162	68.6	42	17.8	17	7.2	8	3.4	7	3.0	236
		Could do if having guidance	28	13.3	49	23.3	53	25.2	50	23.8	30	14.3	210
		Understand as knowledge	10	8.7	9	7.8	18	15.7	20	17.4	58	50.4	115
		Don't understand	1	3.4	0	.0	1	3.4	3	10.3	24	82.8	29
		TOTAL	201	34.1	100	16.9	89	15.1	81	13.7	119	20.2	590
			χ^2=363.5. P<0.001										
Criteria 21. Improves the quality of care and risk management in care environment	Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	Could do alone	69	43.1	39	24.4	24	15.0	18	11.3	10	6.3	160
		Could do if having guidance	21	9.3	60	26.5	59	26.1	41	18.1	45	19.9	226
		Understand as knowledge	3	2.1	17	11.9	20	14.0	33	23.1	70	49.0	143
		Don't understand	1	1.6	1	1.6	0	.0	4	6.6	55	90.2	61
		TOTAL	94	15.9	117	19.8	103	17.5	96	16.3	180	30.5	590
			χ^2=285.8. P<0.001										
	Detects and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	Could do alone	94	47.5	51	25.8	23	11.6	16	8.1	14	7.1	198
		Could do if having guidance	27	11.5	50	21.4	61	26.1	47	20.1	49	20.9	234
		Understand as knowledge	5	3.8	14	10.5	16	12.0	38	28.6	60	45.1	133
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	8.0	1	4.0	22	88.0	25

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		TOTAL	126	21.4	115	19.5	102	17.3	102	17.3	145	24.6	590	
			χ^2=243.5. P<0.001											
	Solicits feedback from patients/families and significant others regarding care rendered	Could do alone	211	59.6	62	17.5	40	11.3	29	8.2	12	3.4	354	
		Could do if having guidance	21	14.1	38	25.5	37	24.8	35	23.5	18	12.1	149	
		Understand as knowledge	3	3.8	8	10.0	14	17.5	24	30.0	31	38.8	80	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	7	100.0	7	
		TOTAL	235	39.8	108	18.3	91	15.4	88	14.9	68	11.5	590	
			χ^2= 261.5. P<0.001											
	Applies proper methods	Could do alone	115	60.5	35	18.4	16	8.4	15	7.9	9	4.7	190	
		Could do if having guidance	31	11.3	79	28.7	74	26.9	54	19.6	37	13.5	275	
		Understand as knowledge	5	5.0	14	13.9	18	17.8	22	21.8	42	41.6	101	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	3	12.5	21	87.5	24	
		TOTAL	151	25.6	128	21.7	108	18.3	94	15.9	109	18.5	590	
			χ^2 = 303.2. P<0.001											
	Participates in quality improvement activities in health care centre	Could do alone	102	47.7	34	15.9	36	16.8	34	15.9	8	3.7	214	
		Could do if having guidance	21	8.6	53	21.6	62	25.3	58	23.7	51	20.8	245	
		Understand as knowledge	4	3.8	11	10.4	14	13.2	34	32.1	43	40.6	106	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	2	8.0	23	92.0	25	
		TOTAL	127	21.5	98	16.6	112	19.0	128	21.7	125	21.2	590	
			χ^2 = 250.6. P<0.001											
	Shares with the team relevant information regarding patients' condition and significant changes in patients' environment	Could do alone	282	67.6	74	17.7	41	9.8	13	3.1	7	1.7	417	
		Could do if having guidance	18	16.5	27	24.8	29	26.6	20	18.3	15	13.8	109	
		Understand as knowledge	6	10.2	10	16.9	10	16.9	14	23.7	19	32.2	59	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	5	100.0	5	
		TOTAL	306	51.9	111	18.8	80	13.6	47	8.0	46	7.8	590	
			χ^2 = 261.5. P<0.001											
	Makes appropriate changes when existing technical and administrative procedure problems emerge	Could do alone	96	43.2	53	23.9	49	22.1	15	6.8	9	4.1	222	
		Could do if having guidance	25	10.2	55	22.4	89	36.3	40	16.3	36	14.7	245	
		Understand as knowledge	5	4.7	7	6.6	21	19.8	24	22.6	49	46.2	106	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	11.8	4	23.5	11	64.7	17	
		TOTAL	126	21.4	115	19.5	161	27.3	83	14.1	105	17.8	590	
			χ^2 = 220.3. P<0.001											
	Makes appropriate	Could do alone	129	50.6	64	25.1	38	14.9	17	6.7	7	2.7	255	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	recommendations on the treatment and prevention	Could do if having guidance	33	14.2	69	29.7	66	28.4	33	14.2	31	13.4	232	
		Understand as knowledge	6	6.4	16	17.0	17	18.1	22	23.4	33	35.1	94	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	2	22.2	7	77.8	9	
		TOTAL	168	28.5	149	25.3	121	20.5	74	12.5	78	13.2	590	
			$\chi^2 = 199.4$. P<0.001											
	Knows how to combine nursing consultants and available evidents to improve safety in patients/clients care	Could do alone	111	55.0	59	29.2	20	9.9	6	3.0	6	3.0	202	
		Could do if having guidance	35	15.4	63	27.8	63	27.8	31	13.7	35	15.4	227	
		Understand as knowledge	3	2.4	17	13.6	32	25.6	18	14.4	55	44.0	125	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	4	11.1	32	88.9	36	
		TOTAL	149	25.3	139	23.6	115	19.5	59	10.0	128	21.7	590	
			$\chi^2 = 315.1$. P<0.001											
Criteria 22. Performs nursing research and practice base on evidences	Identifies and choices appropriate areas and research topics which are necessary and possible	Could do alone	38	50.7	20	26.7	7	9.3	3	4.0	7	9.3	75	
		Could do if having guidance	25	10.0	49	19.5	63	25.1	44	17.5	70	27.9	251	
		Understand as knowledge	1	.6	6	3.6	28	16.7	40	23.8	93	55.4	168	
		Don't understand	1	1.0	3	3.1	3	3.1	5	5.2	84	87.5	96	
		TOTAL	65	11.0	78	13.2	101	17.1	92	15.6	254	43.1	590	
			$\chi^2 = 296.7$. P<0.001											
	Applies appropriate methods of research on specific health problems	Could do alone	31	42.5	19	26.0	15	20.5	4	5.5	4	5.5	73	
		Could do if having guidance	23	9.0	52	20.4	61	23.9	48	18.8	71	27.8	255	
		Understand as knowledge	3	1.8	6	3.6	23	13.7	32	19.0	104	61.9	168	
		Don't understand	0	.0	0	.0	3	3.2	6	6.4	85	90.4	94	
		TOTAL	57	9.7	77	13.1	102	17.3	90	15.3	264	44.7	590	
			$\chi^2 = 273.5$. P<0.001											
	Analyses and interprets data gathered using appropriate statistic	Could do alone	23	33.8	16	23.5	12	17.6	9	13.2	8	11.8	68	
		Could do if having guidance	16	6.1	60	23.0	58	22.2	51	19.5	76	29.1	261	
		Understand as knowledge	1	.6	9	5.5	22	13.4	33	20.1	99	60.4	164	
		Don't understand	0	.0	0	.0	6	6.2	5	5.2	86	88.7	97	
		TOTAL	40	6.8	85	14.4	98	16.6	98	16.6	269	45.6	590	
			$\chi^2 = 232.6$. P<0.001											
	Recommends appropriate practical solutions based on the interpretation of	Could do alone	33	45.2	12	16.4	13	17.8	8	11.0	7	9.6	73	
		Could do if having guidance	15	6.5	46	19.8	54	23.3	44	19.0	73	31.5	232	
		Understand as knowledge	1	.5	10	5.3	24	12.7	43	22.8	111	58.7	189	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	significant findings	Don't understand	2	2.1	1	1.0	2	2.1	4	4.2	87	90.6	96	
		TOTAL	51	8.6	69	11.7	93	15.8	99	16.8	278	47.1	590	
			$\chi^2 = 277.9$. P<0.001											
	Presents results of findings to colleagues/ patients/related people	Could do alone	63	39.6	36	22.6	25	15.7	20	12.6	15	9.4	159	
		Could do if having guidance	14	7.5	34	18.3	40	21.5	32	17.2	66	35.5	186	
		Understand as knowledge	1	.6	8	4.6	25	14.4	34	19.5	106	60.9	174	
		Don't understand	2	2.8	0	.0	2	2.8	2	2.8	65	91.5	71	
		TOTAL	80	13.6	78	13.2	92	15.6	88	14.9	252	42.7	590	
			$\chi^2 = 264.9$. P<0.001											
	Utilizes the results of findings in the provision of nursing care. Utilizes evidences from scientific research to enhance the quality of practical nursing care	Could do alone	40	50.0	15	18.8	8	10.0	10	12.5	7	8.8	80	
		Could do if having guidance	28	11.2	53	21.2	57	22.8	48	19.2	64	25.6	250	
		Understand as knowledge	2	1.1	9	4.9	21	11.5	43	23.5	108	59.0	183	
		Don't understand	2	2.6	0	.0	1	1.3	6	7.8	68	88.3	77	
		TOTAL	72	12.2	77	13.1	87	14.7	107	18.1	247	41.9	590	
			$\chi^2 = 273.5$. P<0.001											
Criteria 23. Maintains and develops the ability of individual and colleagues	Identifies own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	Could do alone	180	46.6	76	19.7	55	14.2	54	14.0	21	5.4	386	
		Could do if having guidance	5	4.0	34	27.4	30	24.2	29	23.4	26	21.0	124	
		Understand as knowledge	3	4.2	9	12.7	12	16.9	17	23.9	30	42.3	71	
		Don't understand	1	11.1	0	.0	0	.0	0	.0	8	88.9	9	
		TOTAL	189	32.0	119	20.2	97	16.4	100	16.9	85	14.4	590	
			$\chi^2 = 195.3$. P<0.001											
	Pursues continuing education, participates in formal and non-formal education; Applies learned information for the improvement of care	Could do alone	235	56.5	69	16.6	52	12.5	42	10.1	18	4.3	416	
		Could do if having guidance	14	11.4	30	24.4	31	25.2	36	29.3	12	9.8	123	
		Understand as knowledge	3	6.8	8	18.2	8	18.2	10	22.7	15	34.1	44	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	
		TOTAL	252	42.7	107	18.1	92	15.6	90	15.3	49	8.3	590	
			$\chi^2 = 166.6$. P<0.001											
	Gets involved in professional organizations and civic activities	Could do alone	161	42.8	70	18.6	63	16.8	60	16.0	22	5.9	376	
		Could do if having guidance	9	6.6	29	21.3	36	26.5	34	25.0	28	20.6	136	
		Understand as knowledge	3	4.8	5	8.1	12	19.4	15	24.2	27	43.5	62	

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	3	18.8	13	81.3	16
		TOTAL	173	29.3	104	17.6	111	18.8	112	19.0	90	15.3	590
			$\chi^2 = 187.9$. P<0.001										
	Advertises a professional image of the nurse , demonstrates good manners and right conduct at all times	Could do alone	196	58.2	49	14.5	42	12.5	33	9.8	17	5.0	337
		Could do if having guidance	17	10.6	33	20.6	41	25.6	34	21.3	35	21.9	160
		Understand as knowledge	4	4.9	7	8.5	14	17.1	23	28.0	34	41.5	82
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	9.1	10	90.9	11
		TOTAL	217	36.8	89	15.1	97	16.4	91	15.4	96	16.3	590
			$\chi^2 = 237.0$. P<0.001										
	Possesses positive attitude towards change and criticism, listens to suggestions and recommendations, tries new strategies or approaches and adapts to changes willingly	Could do alone	198	57.9	58	17.0	39	11.4	28	8.2	19	5.6	342
		Could do if having guidance	8	5.3	37	24.7	38	25.3	31	20.7	36	24.0	150
		Understand as knowledge	3	3.7	3	3.7	13	16.0	24	29.6	38	46.9	81
		Don't understand	0	.0	1	5.9	1	5.9	1	5.9	14	82.4	17
		TOTAL	209	35.4	99	16.8	91	15.4	84	14.2	107	18.1	590
			$\chi^2 = 281.0$. P<0.001										
	Performs function according to professional standards	Could do alone	284	69.4	63	15.4	35	8.6	16	3.9	11	2.7	409
		Could do if having guidance	18	12.9	42	30.0	38	27.1	23	16.4	19	13.6	140
		Understand as knowledge	6	16.2	4	10.8	7	18.9	9	24.3	11	29.7	37
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	25.0	3	75.0	4
		TOTAL	308	52.2	109	18.5	80	13.6	49	8.3	44	7.5	590
			$\chi^2 = 220.0$. P<0.001										
	Contributes to improve training and professional development for colleagues	Could do alone	123	52.1	43	18.2	33	14.0	17	7.2	20	8.5	236
		Could do if having guidance	22	11.6	52	27.4	50	26.3	43	22.6	23	12.1	190
		Understand as knowledge	6	4.2	6	4.2	22	15.4	41	28.7	68	47.6	143
		Don't understand	0	.0	1	4.8	2	9.5	3	14.3	15	71.4	21
		TOTAL	151	25.6	102	17.3	107	18.1	104	17.6	126	21.4	590
			$\chi^2 = 272.3$. P<0.001										
	Contributes to improve the role and status of nursing profession in the health sector	Could do alone	117	51.1	37	16.2	35	15.3	13	5.7	27	11.8	229
		Could do if having guidance	26	12.3	46	21.8	55	26.1	44	20.9	40	19.0	211
		Understand as knowledge	6	4.8	8	6.5	18	14.5	34	27.4	58	46.8	124

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	and in society	Don't understand	0	.0	1	3.8	2	7.7	1	3.8	22	84.6	26
		TOTAL	149	25.3	92	15.6	110	18.6	92	15.6	147	24.9	590
			χ^2 = 237.6. P<0.001										
Criteria 24. Adheres to practice in accordance with the law and other relevant legislation documents	Fulfills legal requirements, rules prescribed by the MOH in nursing	Could do alone	289	76.7	44	11.7	23	6.1	13	3.4	8	2.1	377
		Could do if having guidance	37	25.9	31	21.7	24	16.8	25	17.5	26	18.2	143
		Understand as knowledge	16	26.2	5	8.2	8	13.1	8	13.1	24	39.3	61
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	9	100.0	9
		TOTAL	342	58.0	80	13.6	55	9.3	46	7.8	67	11.4	590
			χ^2 = 256.7. P<0.001										
	Complies with regulations of health facility	Could do alone	438	85.4	37	7.2	15	2.9	17	3.3	6	1.2	513
		Could do if having guidance	18	32.1	17	30.4	11	19.6	6	10.7	4	7.1	56
		Understand as knowledge	7	33.3	2	9.5	5	23.8	3	14.3	4	19.0	21
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0
		TOTAL	463	78.5	56	9.5	31	5.3	26	4.4	14	2.4	590
			χ^2 = 137.7. P<0.001										
	Acts in accordance with the terms of contract of employment and other rules and regulations	Could do alone	441	84.8	43	8.3	18	3.5	12	2.3	6	1.2	520
		Could do if having guidance	12	23.1	11	21.2	18	34.6	8	15.4	3	5.8	52
		Understand as knowledge	5	33.3	2	13.3	0	.0	4	26.7	4	26.7	15
		Don't understand	0	.0	2	66.7	0	.0	0	.0	1	33.3	3
		TOTAL	458	77.6	58	9.8	36	6.1	24	4.1	14	2.4	590
			χ^2 = 218.4. P<0.001										
	Records and preserves care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard practice of care	Could do alone	370	82.4	39	8.7	22	4.9	12	2.7	6	1.3	449
		Could do if having guidance	37	33.3	32	28.8	22	19.8	12	10.8	8	7.2	111
		Understand as knowledge	4	13.8	4	13.8	4	13.8	8	27.6	9	31.0	29
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	100.0	1
		TOTAL	411	69.7	75	12.7	48	8.1	32	5.4	24	4.1	590
			χ^2 = 223.3. P<0.001										
Criteria 25. Adheres to practice in accordance with ethnic	Accepts responsibility and accountability for own decision and care	Could do alone	327	73.0	52	11.6	27	6.0	24	5.4	18	4.0	448
		Could do if having guidance	29	29.6	31	31.6	20	20.4	10	10.2	8	8.2	98
		Understand as knowledge	9	23.1	5	12.8	9	23.1	3	7.7	13	33.3	39
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	.0	1	20.0	4	80.0	5

List of criterias	General information	Achievement level	Frequency of implementation										n	
			1 time or higher each day		1-4 Time per week		1-3 Time per month		1-5 time each 6 months		Never or under 1 time each 6 months			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
moral responsibilities		TOTAL	365	61.9	88	14.9	56	9.5	38	6.4	43	7.3	590	
			χ^2 = 170.3. P<0.001											
	Adheres to the national code as well as international code of ethics for nurses in nursing practice	Could do alone	366	80.3	46	10.1	18	3.9	16	3.5	10	2.2	456	
		Could do if having guidance	18	23.4	23	29.9	20	26.0	11	14.3	5	6.5	77	
		Understand as knowledge	10	23.3	7	16.3	8	18.6	5	11.6	13	30.2	43	
		Don't understand	0	.0	1	7.1	0	.0	2	14.3	11	78.6	14	
		TOTAL	394	66.8	77	13.1	46	7.8	34	5.8	39	6.6	590	
			χ^2 = 302.5. P<0.001											
	Reports unethical and immoral incidents to proper authorities and be responsible for that report	Could do alone	179	52.5	32	9.4	28	8.2	21	6.2	81	23.8	341	
		Could do if having guidance	13	9.1	29	20.3	30	21.0	17	11.9	54	37.8	143	
		Understand as knowledge	4	4.2	7	7.4	10	10.5	9	9.5	65	68.4	95	
		Don't understand	2	18.2	1	9.1	1	9.1	0	.0	7	63.6	11	
		TOTAL	198	33.6	69	11.7	69	11.7	47	8.0	207	35.1	590	
			χ^2 = 164.2. P<0.001											

Annex table 29. Relationship between the level of achievement with learning at school

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
Criteria 1. The health statement of the individuals, families, population groups and/or communities	Identifies the health need of the individuals, families, population groups and/or communities	Could do alone	187	63.8	102	34.8	4	1,4	293	X2=46.7 P<0.001
		Could do if having guidance	109	47.8	106	46.5	13	5,7	228	
		Understand as knowledge	29	46.8	29	46.8	4	6,5	62	
		Don't understand	1	14.3	3	42.9	3	42,9	7	
		TOTAL	326	55.3	240	40.7	24	4,1	590	
	Explains the health status of the clients/groups	Could do alone	167	58.4	115	40.2	4	1,4	286	X2=15.1 P>0.05
		Could do if having guidance	115	54.2	83	39.2	14	6,6	212	
		Understand as knowledge	41	47.1	42	48.3	4	4,6	87	
		Don't understand	2	40.0	2	40.0	1	20,0	5	
		TOTAL	325	55.1	242	41.0	23	3,9	590	
Criteria 2. Decision making in the care of patients	Collect the information and analyse to identify health problems of	Could do alone	164	66.7	79	32.1	3	1,2	246	X2=98.7 P<0.001
		Could do if having guidance	108	42.5	134	52.8	12	4,7	254	
		Understand as	35	43.2	43	53.1	3	3,7	81	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	the individuals, families, population groups and/or communities	knowledge								
		Don't understand	2	22.2	2	22.2	5	55,6	9	
		TOTAL	309	52.4	258	43.7	23	3,9	590	
	Provides sound decision making in the safe and effective care	Could do alone	122	61.0	77	38.5	1	,5	200	X2=90.2
		Could do if having guidance	134	48.4	135	48.7	8	2,9	277	P<0.001
		Understand as knowledge	47	45.2	51	49.0	6	5,8	104	
		Don't understand	1	11.1	3	33.3	5	55,6	9	
		TOTAL	304	51.5	266	45.1	20	3,4	590	
	Performs nursing interventions to support patients/clients meeting with their health problems /illness consistent with cultural beliefs of patients/clients	Could do alone	99	61.5	60	37.3	2	1,2	161	X2=203.2
		Could do if having guidance	82	39.6	98	47.3	27	13,0	207	P<0.001
		Understand as knowledge	44	28.2	77	49.4	35	22,4	156	
		Don't understand	9	13.6	6	9.1	51	77,3	66	
		TOTAL	234	39.7	241	40.8	115	19,5	590	
	Observing the improvement of nursing intervention	Could do alone	209	65.7	105	33.0	4	1,3	318	X2=141.8
		Could do if having guidance	98	53.8	69	37.9	15	8,2	182	P<0.001
		Understand as knowledge	31	41.9	31	41.9	12	16,2	74	
		Don't understand	2	12.5	2	12.5	12	75,0	16	
		TOTAL	340	57.6	207	35.1	43	7,3	590	
Criteria 3. Determines appropriate nursing care to address priority needs	Identifies and analyses the priority needs of patients/clients	Could do alone	207	60.5	131	38.3	4	1,2	342	X2=146.8
		Could do if having guidance	88	48.6	86	47.5	7	3,9	181	P<0.001
		Understand as knowledge	20	33.3	32	53.3	8	13,3	60	
		Don't understand	0	.0	1	14.3	6	85,7	7	
		TOTAL	315	53.4	250	42.4	25	4,2	590	
	Perform nursing care to address priority needs	Could do alone	216	69.0	96	30.7	1	,3	313	X2=150.8
		Could do if having guidance	101	46.5	109	50.2	7	3,2	217	P<0.001
		Understand as knowledge	20	35.1	28	49.1	9	15,8	57	
		Don't understand	0	.0	0	.0	3	100,0	3	
		TOTAL	337	57.1	233	39.5	20	3,4	590	
Criteria 4. Formulates a plan of care	Performs comprehensive and systematic nursing assessment	Could do alone	187	61.7	116	38.3	0	,0	303	X2=86.5
		Could do if having guidance	122	53.7	98	43.2	7	3,1	227	P<0.001
		Understand as	11	22.4	34	69.4	4	8,2	49	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		knowledge								
		Don't understand	4	36.4	3	27.3	4	36,4	11	
		TOTAL	324	54.9	251	42.5	15	2,5	590	
	Collects appropriate information from patients /clients and completes it into assessment form	Could do alone	311	65.8	161	34.0	1	,2	473	X2=228.5
		Could do if having guidance	49	57.0	34	39.5	3	3,5	86	P<0.001
		Understand as knowledge	6	25.0	17	70.8	1	4,2	24	
		Don't understand	1	14.3	1	14.3	5	71,4	7	
		TOTAL	367	62.2	213	36.1	10	1,7	590	
	Analyses and explains the information exactly; Formulates a plan of care	Could do alone	197	57.4	146	42.6	0	,0	343	X2=39.7
		Could do if having guidance	109	55.1	87	43.9	2	1,0	198	P<0.001
		Understand as knowledge	13	30.2	29	67.4	1	2,3	43	
		Don't understand	1	16.7	4	66.7	1	16,7	6	
		TOTAL	320	54.2	266	45.1	4	,7	590	
	Formulates a plan of care in collaboration with patients/clients, their family and other members of the health team based on the priority issues, health needs and clients' expectation	Could do alone	255	66.9	126	33.1	0	,0	381	X2=312.0
		Could do if having guidance	97	57.1	72	42.4	1	,6	170	P<0.001
		Understand as knowledge	16	44.4	18	50.0	2	5,6	36	
		Don't understand	0	.0	0	.0	3	100,0	3	
		TOTAL	368	62.4	216	36.6	6	1,0	590	
	Explain interventions for patients and their relatives; Performs nursing activities effectively following the plan of care in a safe, effective and timely manner	Could do alone	305	66.4	154	33.6	0	,0	459	X2=19.5
		Could do if having guidance	63	60.6	39	37.5	2	1,9	104	P<0.05
		Understand as knowledge	11	42.3	14	53.8	1	3,8	26	
		Don't understand	0	.0	1	100.0	0	,0	1	
		TOTAL	379	64.2	208	35.3	3	,5	590	
	Provides guides to clients and their families the appropriate self-care	Could do alone	337	65.8	175	34.2	0	,0	512	X2=148.2
		Could do if having guidance	30	53.6	26	46.4	0	,0	56	P<0.001
		Understand as knowledge	5	25.0	13	65.0	2	10,0	20	
		Don't understand	1	50.0	0	.0	1	50,0	2	
		TOTAL	373	63.2	214	36.3	3	,5	590	
	Evaluate and Revises the care plan	Could do alone	208	64.0	117	36.0	0	,0	325	X2=304.3
		Could do if having	120	54.1	99	44.6	3	1,4	222	P<0.001

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		guidance								
		Understand as knowledge	18	45.0	22	55.0	0	,0	40	
		Don't understand	0	.0	0	.0	3	100,0	3	
		TOTAL	346	58.6	238	40.3	6	1,0	590	
	Performs discharging for patients	Could do alone	298	67.6	130	29.5	13	2,9	441	X2=91.0
		Could do if having guidance	68	61.8	34	30.9	8	7,3	110	P<0.001
		Understand as knowledge	11	32.4	22	64.7	1	2,9	34	
		Don't understand	1	20.0	0	.0	4	80,0	5	
		TOTAL	378	64.1	186	31.5	26	4,4	590	
	Provides health education	Could do alone	268	59.4	182	40.4	1	,2	451	X2=118.8
		Could do if having guidance	37	39.8	51	54.8	5	5,4	93	P<0.001
		Understand as knowledge	9	20.0	35	77.8	1	2,2	45	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	314	53.2	268	45.4	8	1,4	590	
Criteria 5. Promotes safety, comfort and privatecy of patients	Performs age-specific safety measures in all aspects of patients/clients care.	Could do alone	308	68.0	143	31.6	2	,4	453	X2=136.4
		Could do if having guidance	36	39.6	53	58.2	2	2,2	91	P<0.001
		Understand as knowledge	9	21.4	32	76.2	1	2,4	42	
		Don't understand	1	25.0	1	25.0	2	50,0	4	
		TOTAL	354	60.0	229	38.8	7	1,2	590	
	Create care environment	Could do alone	245	67.9	114	31.6	2	,6	361	X2=206.5
		Could do if having guidance	65	43.3	77	51.3	8	5,3	150	P<0.001
		Understand as knowledge	14	22.2	40	63.5	9	14,3	63	
		Don't understand	2	12.5	3	18.8	11	68,8	16	
		TOTAL	326	55.3	234	39.7	30	5,1	590	
	Ensure privacy in all aspects of patients/clients care	Could do alone	319	61.5	193	37.2	7	1,3	519	X2=51.1
		Could do if having guidance	15	40.5	21	56.8	1	2,7	37	P<0.001
		Understand as knowledge	6	18.8	24	75.0	2	6,3	32	
		Don't understand	0	.0	1	50.0	1	50,0	2	
		TOTAL	340	57.6	239	40.5	11	1,9	590	
Criteria 6. Performs proper nursing technique	Obey the steps of nursing care process	Could do alone	300	59.8	202	40.2	0	,0	502	X2=7.3
		Could do if having guidance	41	64.1	23	35.9	0	,0	64	P>0.05
		Understand as knowledge	8	33.3	16	66.7	0	,0	24	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	349	59.2	241	40.8	0	,0	590	
	Implements nursing techniques fluently	Could do alone	291	66.9	144	33.1	0	,0	435	X2=7.0
		Could do if having guidance	81	61.8	49	37.4	1	,8	131	P>0.05
		Understand as knowledge	12	50.0	12	50.0	0	,0	24	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	384	65.1	205	34.7	1	,2	590	
	Follows the rules of infection control	Could do alone	315	62.9	186	37.1	0	,0	501	X2=52.3
		Could do if having guidance	37	56.1	29	43.9	0	,0	66	P<0.001
		Understand as knowledge	10	43.5	11	47.8	2	8,7	23	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	362	61.4	226	38.3	2	,3	590	
Criteria 7. Administer medication safety and effectively	Takes a complete patient drug history	Could do alone	349	65.1	186	34.7	1	,2	536	X2=312.5
		Could do if having guidance	17	50.0	17	50.0	0	,0	34	P<0.001
		Understand as knowledge	4	21.1	15	78.9	0	,0	19	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	370	62.7	218	36.9	2	,3	590	
	Applies the 5-Right rules issued by the Ministry of Health	Could do alone	335	63.4	193	36.6	0	,0	528	X2=25.5
		Could do if having guidance	29	65.9	14	31.8	1	2,3	44	P<0.001
		Understand as knowledge	4	22.2	14	77.8	0	,0	18	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	368	62.4	221	37.5	1	,2	590	
	Guide the patient how to use drugs correctly, saftely	Could do alone	340	65.1	182	34.9	0	,0	522	X2=25.7
		Could do if having guidance	29	55.8	22	42.3	1	1,9	52	P<0.001
		Understand as knowledge	3	18.8	13	81.3	0	,0	16	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	372	63.1	217	36.8	1	,2	590	
	Finds out and perform necessary intervention if the patient had any drug allergies/side effects	Could do alone	236	61.3	148	38.4	1	,3	385	X2=18.6
		Could do if having guidance	82	47.1	90	51.7	2	1,1	174	P<0.01
		Understand as knowledge	10	32.3	21	67.7	0	,0	31	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	328	55.6	259	43.9	3	,5	590	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	Be aware of potential drug – drug or drug-food interactions	Could do alone	105	60.3	67	38.5	2	1,1	174	X2=129.1
		Could do if having guidance	119	40.3	147	49.8	29	9,8	295	P<0.001
		Understand as knowledge	19	19.8	59	61.5	18	18,8	96	
		Don't understand	0	.0	9	36.0	16	64,0	25	
		TOTAL	243	41.2	282	47.8	65	11,0	590	
	Evaluates the effects of medication	Could do alone	201	67.2	96	32.1	2	,7	299	X2=92.3
		Could do if having guidance	100	51.0	80	40.8	16	8,2	196	P<0.001
		Understand as knowledge	27	31.4	49	57.0	10	11,6	86	
		Don't understand	1	11.1	3	33.3	5	55,6	9	
		TOTAL	329	55.8	228	38.6	33	5,6	590	
	Documents and publicizes each drug you administer	Could do alone	387	73.2	139	26.3	3	,6	529	X2=105.8
		Could do if having guidance	22	59.5	12	32.4	3	8,1	37	P<0.001
		Understand as knowledge	6	26.1	15	65.2	2	8,7	23	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	415	70.3	166	28.1	9	1,5	590	
Criteria 8. Ensure continuity of care	Hands over the patients status to the next care team in detailed and exactness	Could do alone	354	72.8	124	25.5	8	1,6	486	X2=101.1
		Could do if having guidance	51	63.8	26	32.5	3	3,8	80	P<0.001
		Understand as knowledge	10	45.5	12	54.5	0	,0	22	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	100,0	2	
		TOTAL	415	70.3	162	27.5	13	2,2	590	
	Involves patients, families and other members of health team effectively to ensure continuity of care	Could do alone	321	71.2	127	28.2	3	,7	451	X2=127.0
		Could do if having guidance	61	59.2	38	36.9	4	3,9	103	P<0.001
		Understand as knowledge	14	41.2	18	52.9	2	5,9	34	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	100,0	2	
		TOTAL	396	67.1	183	31.0	11	1,9	590	
	Establishes measures to implement continuous care for patients	Could do alone	187	67.3	91	32.7	0	,0	278	X2=209.3
		Could do if having guidance	120	50.0	108	45.0	12	5,0	240	P<0.001
		Understand as knowledge	11	19.6	36	64.3	9	16,1	56	
		Don't understand	0	.0	4	25.0	12	75,0	16	
		TOTAL	318	53.9	239	40.5	33	5,6	590	
Criteria 9. Performs first aids and acts	Finds out sudden changes in health condition of	Could do alone	302	69.6	129	29.7	3	,7	434	X2=120.9
		Could do if having guidance	60	52.2	54	47.0	1	,9	115	P<0.001

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
on emergencies	patients/clients	Understand as knowledge	16	40.0	23	57.5	1	2,5	40	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	378	64.1	206	34.9	6	1,0	590	
	Gives decision on interventions and emergencies promptly	Could do alone	167	67.1	79	31.7	3	1,2	249	X2=163.9
		Could do if having guidance	157	55.9	119	42.3	5	1,8	281	P<0.001
		Understand as knowledge	19	35.2	31	57.4	4	7,4	54	
		Don't understand	0	.0	1	16.7	5	83,3	6	
		TOTAL	343	58.1	230	39.0	17	2,9	590	
	Coordinates with other health team members	Could do alone	263	73.3	90	25.1	6	1,7	359	X2=146.9
		Could do if having guidance	104	56.5	77	41.8	3	1,6	184	P<0.001
		Understand as knowledge	14	33.3	24	57.1	4	9,5	42	
		Don't understand	1	20.0	0	.0	4	80,0	5	
		TOTAL	382	64.7	191	32.4	17	2,9	590	
	Performs first aid for patients/clients	Could do alone	224	70.9	91	28.8	1	,3	316	X2=78.1
		Could do if having guidance	134	57.0	98	41.7	3	1,3	235	P<0.001
		Understand as knowledge	16	43.2	21	56.8	0	,0	37	
		Don't understand	0	.0	1	50.0	1	50,0	2	
		TOTAL	374	63.4	211	35.8	5	,8	590	
Cricteria 10. Establishes rapport with patients, families, and member of the health team	Creates trust and confidence with patients/clients, families and health staffs	Could do alone	368	72.9	134	26.5	3	,6	505	X2=127.9
		Could do if having guidance	24	47.1	24	47.1	3	5,9	51	P<0.001
		Understand as knowledge	7	21.2	25	75.8	1	3,0	33	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	399	67.6	183	31.0	8	1,4	590	
	Spends time with the client/significant others and members of the health team to facilitate interaction	Could do alone	383	74.1	132	25.5	2	,4	517	X2=62.0
		Could do if having guidance	14	35.9	22	56.4	3	7,7	39	P<0.001
		Understand as knowledge	11	33.3	21	63.6	1	3,0	33	
		Don't understand	0	.0	1	100.0	0	,0	1	
		TOTAL	408	69.2	176	29.8	6	1,0	590	
	Listens actively to patients/client's concerns/significant others and members of the health team	Could do alone	370	72.3	139	27.1	3	,6	512	X2=101.1
		Could do if having guidance	34	60.7	20	35.7	2	3,6	56	P<0.001
		Understand as knowledge	8	38.1	12	57.1	1	4,8	21	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		TOTAL	412	69.8	171	29.0	7	1,2	590	
Criteria 11. Effectively communicate with the patients and family	Validates patients/client's body language and facial expressions	Could do alone	309	70.9	126	28.9	1	,2	436	X2=98.4 P<0.001
		Could do if having guidance	62	59.6	37	35.6	5	4,8	104	
		Understand as knowledge	16	40.0	20	50.0	4	10,0	40	
		Don't understand	1	10.0	5	50.0	4	40,0	10	
		TOTAL	388	65.8	188	31.9	14	2,4	590	
	Communicates effectively with individuals, families, groups who have communication problems due to disease, due to psychological problems	Could do alone	258	69.7	112	30.3	0	,0	370	X2=164.4 P<0.001
		Could do if having guidance	84	51.2	65	39.6	15	9,1	164	
		Understand as knowledge	13	28.9	26	57.8	6	13,3	45	
		Don't understand	1	9.1	2	18.2	8	72,7	11	
		TOTAL	356	60.3	205	34.7	29	4,9	590	
	Express words, gestures that motivate, encourage safe treatment of patients	Could do alone	384	71.1	154	28.5	2	,4	540	X2=27.0 P<0.001
		Could do if having guidance	20	54.1	16	43.2	1	2,7	37	
		Understand as knowledge	3	23.1	9	69.2	1	7,7	13	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	407	69.0	179	30.3	4	,7	590	
	Demonstrating an understanding of culture, belief in communication with patients/clients, families and groups	Could do alone	258	68.3	113	29.9	7	1,9	378	X2=208.9 P<0.001
		Could do if having guidance	53	42.1	66	52.4	7	5,6	126	
		Understand as knowledge	15	21.7	39	56.5	15	21,7	69	
		Don't understand	2	11.8	2	11.8	13	76,5	17	
		TOTAL	328	55.6	220	37.3	42	7,1	590	
Criteria 12. Utilizes formal and informal channels to facilitate communicating with patients, families	Utilizes audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and groups	Could do alone	194	66.0	95	32.3	5	1,7	294	X2=235.4 P<0.001
		Could do if having guidance	79	41.6	100	52.6	11	5,8	190	
		Understand as knowledge	12	14.1	62	72.9	11	12,9	85	
		Don't understand	0	.0	5	23.8	16	76,2	21	
		TOTAL	285	48.3	262	44.4	43	7,3	590	
	Utilizes effectively and appropriately communication with patients/clients, families	Could do alone	267	68.8	115	29.6	6	1,5	388	X2=152.1 P<0.001
		Could do if having guidance	61	42.1	76	52.4	8	5,5	145	
		Understand as knowledge	10	20.8	33	68.8	5	10,4	48	
		Don't understand	0	.0	3	33.3	6	66,7	9	
		TOTAL	338	57.3	227	38.5	25	4,2	590	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
Criteria 13. Provides appropriate information to the patients on their health and fitness status	Defines appropriate information need to be deliver to the patients, families	Could do alone	275	67.2	130	31.8	4	1,0	409	X2=65.9
		Could do if having guidance	78	56.9	53	38.7	6	4,4	137	P<0.001
		Understand as knowledge	16	37.2	22	51.2	5	11,6	43	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	369	62.5	205	34.7	16	2,7	590	
	Performs psychological preparation for patients/clients and families before providing the information "bad"	Could do alone	208	63.2	116	35.3	5	1,5	329	X2=112.3
		Could do if having guidance	89	45.9	95	49.0	10	5,2	194	P<0.001
		Understand as knowledge	15	24.2	40	64.5	7	11,3	62	
		Don't understand	0	.0	1	20.0	4	80,0	5	
		TOTAL	312	52.9	252	42.7	26	4,4	590	
Criteria 14. Determines needs and performs health education for individuals, families and communities	Collects and analyzes information on the needs of individuals, families, and communities of health	Could do alone	169	64.5	90	34.4	3	1,1	262	X2=123.7
		Could do if having guidance	105	43.9	125	52.3	9	3,8	239	P<0.001
		Understand as knowledge	17	20.5	60	72.3	6	7,2	83	
		Don't understand	0	.0	2	33.3	4	66,7	6	
		TOTAL	291	49.3	277	46.9	22	3,7	590	
	Identifies priority needs and contents which need to be educated for individuals, families and communities	Could do alone	178	64.0	98	35.3	2	,7	278	X2=112.2
		Could do if having guidance	100	45.5	109	49.5	11	5,0	220	P<0.001
		Understand as knowledge	22	25.0	62	70.5	4	4,5	88	
		Don't understand	0	.0	1	25.0	3	75,0	4	
		TOTAL	300	50.8	270	45.8	20	3,4	590	
	Develops health education plan that is suitable with culture, social features, beliefs of individuals, families and communities	Could do alone	104	64.6	55	34.2	2	1,2	161	X2=248.9
		Could do if having guidance	107	35.2	177	58.2	20	6,6	304	P<0.001
		Understand as knowledge	18	17.1	78	74.3	9	8,6	105	
		Don't understand	0	.0	2	10.0	18	90,0	20	
		TOTAL	229	38.8	312	52.9	49	8,3	590	
	Builds health education documents which are suitable with qualification of subjects	Could do alone	67	59.8	43	38.4	2	1,8	112	X2=171.9
		Could do if having guidance	107	35.3	168	55.4	28	9,2	303	P<0.001
		Understand as knowledge	21	13.8	106	69.7	25	16,4	152	
		Don't understand	0	.0	4	17.4	19	82,6	23	
		TOTAL	195	33.1	321	54.4	74	12,5	590	
	Performs properly, effectively health education for	Could do alone	154	60.6	97	38.2	3	1,2	254	X2=106.6
		Could do if having guidance	104	42.8	128	52.7	11	4,5	243	P<0.001

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	individuals, families and communities	Understand as knowledge	15	16.9	66	74.2	8	9,0	89	
		Don't understand	0	.0	1	25.0	3	75,0	4	
		TOTAL	273	46.3	292	49.5	25	4,2	590	
	Evaluates results of health education program and revises health education plan base on objectives and respected results	Could do alone	109	63.7	60	35.1	2	1,2	171	X2=222.6
		Could do if having guidance	109	38.5	161	56.9	13	4,6	283	P<0.001
		Understand as knowledge	18	15.1	88	73.9	13	10,9	119	
		Don't understand	1	5.9	2	11.8	14	82,4	17	
		TOTAL	237	40.2	311	52.7	42	7,1	590	
Criteria 15. Colloborate with colleagues and other members of health team	Maintains relastionship with other member; pretend that patient is one member in this team	Could do alone	347	70.4	142	28.8	4	,8	493	X2=125.9
		Could do if having guidance	27	45.8	24	40.7	8	13,6	59	P<0.001
		Understand as knowledge	10	29.4	18	52.9	6	17,6	34	
		Don't understand	0	.0	1	25.0	3	75,0	4	
		TOTAL	384	65.1	185	31.4	21	3,6	590	
	Colloborate with members in care team to make appropriate decisions to improve the quality of care	Could do alone	315	71.3	122	27.6	5	1,1	442	X2=83.9
		Could do if having guidance	55	49.5	52	46.8	4	3,6	111	P<0.001
		Understand as knowledge	5	14.3	26	74.3	4	11,4	35	
		Don't understand	1	50.0	0	.0	1	50,0	2	
		TOTAL	376	63.7	200	33.9	14	2,4	590	
	Colloborate well with members in care team to monitor, care, treat the patients and perform assigned tasks	Could do alone	355	75.2	114	24.2	3	,6	472	X2=75.5
		Could do if having guidance	43	51.2	39	46.4	2	2,4	84	P<0.001
		Understand as knowledge	12	37.5	18	56.3	2	6,3	32	
		Don't understand	1	50.0	0	.0	1	50,0	2	
		TOTAL	411	69.7	171	29.0	8	1,4	590	
	Respects the role and ideas of other members of the health team	Could do alone	381	71.1	151	28.2	4	,7	536	X2=112.2
		Could do if having guidance	15	53.6	12	42.9	1	3,6	28	P<0.001
		Understand as knowledge	6	24.0	18	72.0	1	4,0	25	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	402	68.1	181	30.7	7	1,2	590	
	Shares information with other members of the health teams	Could do alone	353	72.8	129	26.6	3	,6	485	X2=110.5
		Could do if having guidance	34	47.2	35	48.6	3	4,2	72	P<0.001
		Understand as knowledge	9	28.1	19	59.4	4	12,5	32	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		TOTAL	396	67.1	183	31.0	11	1,9	590	
	Acts as liaison / advocate of the patients/clients	Could do alone	164	66.1	79	31.9	5	2,0	248	X2=245.1
		Could do if having guidance	95	48.2	71	36.0	31	15,7	197	P<0.001
		Understand as knowledge	20	16.7	77	64.2	23	19,2	120	
		Don't understand	0	.0	0	.0	25	100,0	25	
		TOTAL	279	47.3	227	38.5	84	14,2	590	
Criteria 16. Maintains accurate and updated documentation of patients care prescribleb by the MOH	Applies principles of record management prescribed by the MOH	Could do alone	150	58.8	97	38.0	8	3,1	255	X2=117.5
		Could do if having guidance	126	49.8	96	37.9	31	12,3	253	P<0.001
		Understand as knowledge	12	17.1	46	65.7	12	17,1	70	
		Don't understand	0	.0	2	16.7	10	83,3	12	
		TOTAL	288	48.8	241	40.8	61	10,3	590	
	Maintains the patients/clients records in confident and privacy	Could do alone	313	65.1	159	33.1	9	1,9	481	X2=72.2
		Could do if having guidance	34	44.7	37	48.7	5	6,6	76	P<0.001
		Understand as knowledge	7	23.3	20	66.7	3	10,0	30	
		Don't understand	0	.0	1	33.3	2	66,7	3	
		TOTAL	354	60.0	217	36.8	19	3,2	590	
	Monitors and improves accuracy, completeness and reliability of patients' records	Could do alone	313	65.5	160	33.5	5	1,0	478	X2=34.8
		Could do if having guidance	53	59.6	30	33.7	6	6,7	89	P<0.001
		Understand as knowledge	4	18.2	16	72.7	2	9,1	22	
		Don't understand	0	.0	1	100.0	0	,0	1	
		TOTAL	370	62.7	207	35.1	13	2,2	590	
	Makes record readily accessible to facilitate patients/clients care and health policy making	Could do alone	184	62.8	105	35.8	4	1,4	293	X2=113.8
		Could do if having guidance	99	47.4	94	45.0	16	7,7	209	P<0.001
		Understand as knowledge	17	22.1	49	63.6	11	14,3	77	
		Don't understand	0	.0	4	36.4	7	63,6	11	
		TOTAL	300	50.8	252	42.7	38	6,4	590	
Criteria 17. Manages patients care	Manages individual tasks and time effectively	Could do alone	275	67.1	120	29.3	15	3,7	410	X2=141.6
		Could do if having guidance	54	48.2	44	39.3	14	12,5	112	P<0.001
		Understand as knowledge	18	31.6	30	52.6	9	15,8	57	
		Don't understand	0	.0	1	9.1	10	90,9	11	
		TOTAL	347	58.8	195	33.1	48	8,1	590	
	Plans the	Could do alone	292	69.0	127	30.0	4	,9	423	X2=38.0

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	performance of tasks or activities based on priorities	Could do if having guidance	72	58.5	46	37.4	5	4,1	123	P<0.001
		Understand as knowledge	13	30.2	26	60.5	4	9,3	43	
		Don't understand	0	.0	1	100.0	0	,0	1	
		TOTAL	377	63.9	200	33.9	13	2,2	590	
	Verifies the competency of the staff prior to delegating tasks	Could do alone	129	69.0	55	29.4	3	1,6	187	X2=128.6
		Could do if having guidance	134	51.3	98	37.5	29	11,1	261	P<0.001
		Understand as knowledge	30	26.1	62	53.9	23	20,0	115	
		Don't understand	2	7.4	8	29.6	17	63,0	27	
		TOTAL	295	50.0	223	37.8	72	12,2	590	
	Demonstrates understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients	Could do alone	119	66.5	58	32.4	2	1,1	179	X2=243.2
		Could do if having guidance	111	48.9	94	41.4	22	9,7	227	P<0.001
		Understand as knowledge	32	23.2	76	55.1	30	21,7	138	
		Don't understand	2	4.3	5	10.9	39	84,8	46	
		TOTAL	264	44.7	233	39.5	93	15,8	590	
	Uses informatics technology in management and care of patients as well as updating proffessonal knowledge	Could do alone	218	66.9	95	29.1	13	4,0	326	X2=82.4
		Could do if having guidance	107	54.6	71	36.2	18	9,2	196	P<0.001
		Understand as knowledge	16	27.1	33	55.9	10	16,9	59	
		Don't understand	0	.0	3	33.3	6	66,7	9	
		TOTAL	341	57.8	202	34.2	47	8,0	590	
Criteria 18. Managers, performs, and use properly , effectively medical equipment	Establishes mechanism to manage and function equipments used for patients/clients care and treatment	Could do alone	97	69.8	36	25.9	6	4,3	139	X2=184.4
		Could do if having guidance	137	48.2	114	40.1	33	11,6	284	P<0.001
		Understand as knowledge	27	21.6	62	49.6	36	28,8	125	
		Don't understand	4	9.5	4	9.5	34	81,0	42	
		TOTAL	265	44.9	216	36.6	109	18,5	590	
	Plans for preventive maintenance program	Could do alone	149	66.2	61	27.1	15	6,7	225	X2=130.4
		Could do if having guidance	120	49.8	82	34.0	39	16,2	241	P<0.001
		Understand as knowledge	27	28.1	44	45.8	25	26,0	96	
		Don't understand	1	3.6	4	14.3	23	82,1	28	
		TOTAL	297	50.3	191	32.4	102	17,3	590	
	Performs, checks proper functioning of equipment	Could do alone	192	67.1	81	28.3	13	4,5	286	X2=96.8
		Could do if having guidance	128	52.0	97	39.4	21	8,5	246	P<0.001

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	considering the: intended use, cost benefits, safety, infection control, waste creation and disposal storage.	Understand as knowledge	16	34.8	24	52.2	6	13,0	46	
		Don't understand	0	.0	3	25.0	9	75,0	12	
		TOTAL	336	56.9	205	34.7	49	8,3	590	
Criteria 19. Properly utilizes financial report to support patients care effectively	Identifies the cost-effectiveness in the utilization of resources	Could do alone	112	62.2	61	33.9	7	3,9	180	X2=266.7 P<0.001
		Could do if having guidance	105	46.1	88	38.6	35	15,4	228	
		Understand as knowledge	23	19.2	60	50.0	37	30,8	120	
		Don't understand	0	.0	2	3.2	60	96,8	62	
		TOTAL	240	40.7	211	35.8	139	23,6	590	
	Develops budget considering existing resources for nursing care within assigned duty	Could do alone	107	68.2	41	26.1	9	5,7	157	X2=248.6 P<0.001
		Could do if having guidance	107	43.7	109	44.5	29	11,8	245	
		Understand as knowledge	29	22.0	67	50.8	36	27,3	132	
		Don't understand	1	1.8	4	7.1	51	91,1	56	
		TOTAL	244	41.4	221	37.5	125	21,2	590	
Criteria 20. Maintains the safe environment	Complies with standards and safety codes prescribed by laws	Could do alone	290	63.7	152	33.4	13	2,9	455	X2=79.9 P<0.001
		Could do if having guidance	38	40.4	48	51.1	8	8,5	94	
		Understand as knowledge	10	25.6	23	59.0	6	15,4	39	
		Don't understand	0	.0	0	.0	2	100,0	2	
		TOTAL	338	57.3	223	37.8	29	4,9	590	
	Adheres to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection	Could do alone	271	63.6	151	35.4	4	,9	426	X2=115.0 P<0.001
		Could do if having guidance	55	45.8	59	49.2	6	5,0	120	
		Understand as knowledge	9	22.5	26	65.0	5	12,5	40	
		Don't understand	0	.0	1	25.0	3	75,0	4	
		TOTAL	335	56.8	237	40.2	18	3,1	590	
	Adheres to protocols on pollution-control (water, air and noise…)	Could do alone	250	63.9	137	35.0	4	1,0	391	X2=144.0 P<0.001
		Could do if having guidance	56	44.1	58	45.7	13	10,2	127	
		Understand as knowledge	9	13.8	40	61.5	16	24,6	65	
		Don't understand	0	.0	2	28.6	5	71,4	7	
		TOTAL	315	53.4	237	40.2	38	6,4	590	
	Adheres to policies, procedures on proper disposal of wastes	Could do alone	298	63.8	166	35.5	3	,6	467	X2=105.8 P<0.001
		Could do if having guidance	46	48.9	46	48.9	2	2,1	94	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		Understand as knowledge	6	21.4	18	64.3	4	14,3	28	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	350	59.3	230	39.0	10	1,7	590	
	Adheres to steps in case of fire, earthquake and other emergency situations	Could do alone	201	62.4	117	36.3	4	1,2	322	X2=192.8
		Could do if having guidance	63	37.3	82	48.5	24	14,2	169	P<0.001
		Understand as knowledge	14	16.5	46	54.1	25	29,4	85	
		Don't understand	0	.0	1	7.1	13	92,9	14	
		TOTAL	278	47.1	246	41.7	66	11,2	590	
	Demonstrates understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	Could do alone	147	62.3	85	36.0	4	1,7	236	X2=166.0
		Could do if having guidance	71	33.8	112	53.3	27	12,9	210	P<0.001
		Understand as knowledge	27	23.5	63	54.8	25	21,7	115	
		Don't understand	3	10.3	5	17.2	21	72,4	29	
		TOTAL	248	42.0	265	44.9	77	13,1	590	
Criteria 21. Improves the quality of care and risk management in care environment	Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	Could do alone	91	56.9	57	35.6	12	7,5	160	X2=234.7
		Could do if having guidance	84	37.2	109	48.2	33	14,6	226	P<0.001
		Understand as knowledge	26	18.2	73	51.0	44	30,8	143	
		Don't understand	1	1.6	2	3.3	58	95,1	61	
		TOTAL	202	34.2	241	40.8	147	24,9	590	
	Detects and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	Could do alone	129	65.2	63	31.8	6	3,0	198	X2=163.5
		Could do if having guidance	94	40.2	113	48.3	27	11,5	234	P<0.001
		Understand as knowledge	26	19.5	81	60.9	26	19,5	133	
		Don't understand	1	4.0	5	20.0	19	76,0	25	
		TOTAL	250	42.4	262	44.4	78	13,2	590	
	Solicits feedback from patients/families and significant others regarding care rendered	Could do alone	252	71.2	93	26.3	9	2,5	354	X2=111.5
		Could do if having guidance	69	46.3	66	44.3	14	9,4	149	P<0.001
		Understand as knowledge	24	30.0	44	55.0	12	15,0	80	
		Don't understand	0	.0	2	28.6	5	71,4	7	
		TOTAL	345	58.5	205	34.7	40	6,8	590	
	Applies proper methods	Could do alone	141	74.2	43	22.6	6	3,2	190	X2=236.4
		Could do if having guidance	123	44.7	130	47.3	22	8,0	275	P<0.001

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		Understand as knowledge	21	20.8	59	58.4	21	20,8	101	
		Don't understand	0	.0	2	8.3	22	91,7	24	
		TOTAL	285	48.3	234	39.7	71	12,0	590	
	Participates in quality improvement activities in health care centre	Could do alone	149	69.6	50	23.4	15	7,0	214	X2=167.1
		Could do if having guidance	112	45.7	94	38.4	39	15,9	245	P<0.001
		Understand as knowledge	22	20.8	52	49.1	32	30,2	106	
		Don't understand	1	4.0	1	4.0	23	92,0	25	
		TOTAL	284	48.1	197	33.4	109	18,5	590	
	Shares with the team relevant information regarding patients' condition and significant changes in patients' environment	Could do alone	303	72.7	108	25.9	6	1,4	417	X2=187.4
		Could do if having guidance	49	45.0	51	46.8	9	8,3	109	P<0.001
		Understand as knowledge	14	23.7	40	67.8	5	8,5	59	
		Don't understand	0	.0	0	.0	5	100,0	5	
		TOTAL	366	62.0	199	33.7	25	4,2	590	
	Makes appropriate changes when existing technical and administrative procedure problems emerge	Could do alone	142	64.0	69	31.1	11	5,0	222	X2=112.8
		Could do if having guidance	135	55.1	84	34.3	26	10,6	245	P<0.001
		Understand as knowledge	25	23.6	64	60.4	17	16,0	106	
		Don't understand	1	5.9	4	23.5	12	70,6	17	
		TOTAL	303	51.4	221	37.5	66	11,2	590	
	Makes appropriate recommendations on the treatment and prevention	Could do alone	171	67.1	79	31.0	5	2,0	255	X2=98.8
		Could do if having guidance	113	48.7	99	42.7	20	8,6	232	P<0.001
		Understand as knowledge	28	29.8	57	60.6	9	9,6	94	
		Don't understand	0	.0	3	33.3	6	66,7	9	
		TOTAL	312	52.9	238	40.3	40	6,8	590	
	Knows how to combine nursing consultants and available evidents to improve safety in patients/clients care	Could do alone	130	64.4	68	33.7	4	2,0	202	X2=161.5
		Could do if having guidance	113	49.8	91	40.1	23	10,1	227	P<0.001
		Understand as knowledge	37	29.6	61	48.8	27	21,6	125	
		Don't understand	1	2.8	9	25.0	26	72,2	36	
		TOTAL	281	47.6	229	38.8	80	13,6	590	
Criteria 22. Performs nursing research and practice base on evidences	Identifies and choices appropriate areas and research topics which are necessary and possible	Could do alone	47	62.7	27	36.0	1	1,3	75	X2=245.7
		Could do if having guidance	84	33.5	123	49.0	44	17,5	251	P<0.001
		Understand as knowledge	26	15.5	90	53.6	52	31,0	168	
		Don't understand	5	5.2	5	5.2	86	89,6	96	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
		TOTAL	162	27.5	245	41.5	183	31,0	590	
	Applies appropriate methods of research on specific health problems	Could do alone	43	58.9	29	39.7	1	1,4	73	X2=244.7 P<0.001
		Could do if having guidance	90	35.3	121	47.5	44	17,3	255	
		Understand as knowledge	24	14.3	96	57.1	48	28,6	168	
		Don't understand	3	3.2	7	7.4	84	89,4	94	
		TOTAL	160	27.1	253	42.9	177	30,0	590	
	Analyses and interprets data gathered using appropriate statistic	Could do alone	31	45.6	36	52.9	1	1,5	68	X2=224.5 P<0.001
		Could do if having guidance	85	32.6	136	52.1	40	15,3	261	
		Understand as knowledge	19	11.6	101	61.6	44	26,8	164	
		Don't understand	4	4.1	11	11.3	82	84,5	97	
		TOTAL	139	23.6	284	48.1	167	28,3	590	
	Recommends appropriate practical solutions based on the interpretation of significant findings	Could do alone	43	58.9	27	37.0	3	4,1	73	X2=227.7 P<0.001
		Could do if having guidance	78	33.6	111	47.8	43	18,5	232	
		Understand as knowledge	21	11.1	104	55.0	64	33,9	189	
		Don't understand	5	5.2	7	7.3	84	87,5	96	
		TOTAL	147	24.9	249	42.2	194	32,9	590	
	Presents results of findings to colleagues/ patients/related people	Could do alone	102	64.2	52	32.7	5	3,1	159	X2=233.9 P<0.001
		Could do if having guidance	58	31.2	90	48.4	38	20,4	186	
		Understand as knowledge	27	15.5	96	55.2	51	29,3	174	
		Don't understand	3	4.2	9	12.7	59	83,1	71	
		TOTAL	190	32.2	247	41.9	153	25,9	590	
	Utilizes the results of findings in the provision of nursing care. Utilizes evidences from scientific research to enhance the quality of practical nursing care	Could do alone	53	66.3	25	31.3	2	2,5	80	X2=226.8 P<0.001
		Could do if having guidance	86	34.4	122	48.8	42	16,8	250	
		Understand as knowledge	30	16.4	106	57.9	47	25,7	183	
		Don't understand	3	3.9	8	10.4	66	85,7	77	
		TOTAL	172	29.2	261	44.2	157	26,6	590	
Criteria 23. Maintains and develops the ability of individual and colleagues	Identifies own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	Could do alone	255	66.1	110	28.5	21	5,4	386	X2=93.6 P<0.001
		Could do if having guidance	46	37.1	59	47.6	19	15,3	124	
		Understand as knowledge	19	26.8	37	52.1	15	21,1	71	
		Don't understand	1	11.1	2	22.2	6	66,7	9	
		TOTAL	321	54.4	208	35.3	61	10,3	590	
	Pursues continuing	Could do alone	285	68.5	122	29.3	9	2,2	416	X2=87.5

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	education, participates in formal and non-formal education; Applies learned information for the improvement of care	Could do if having guidance	49	39.8	65	52.8	9	7,3	123	P<0.001
		Understand as knowledge	10	22.7	28	63.6	6	13,6	44	
		Don't understand	1	14.3	3	42.9	3	42,9	7	
		TOTAL	345	58.5	218	36.9	27	4,6	590	
	Gets involved in professional organizations and civic activities	Could do alone	253	67.3	103	27.4	20	5,3	376	X2=133.4
		Could do if having guidance	53	39.0	58	42.6	25	18,4	136	P<0.001
		Understand as knowledge	18	29.0	31	50.0	13	21,0	62	
		Don't understand	0	.0	3	18.8	13	81,3	16	
		TOTAL	324	54.9	195	33.1	71	12,0	590	
	Advertises a professional image of the nurse , demonstrates good manners and right conduct at all times	Could do alone	212	62.9	114	33.8	11	3,3	337	X2=140.6
		Could do if having guidance	68	42.5	63	39.4	29	18,1	160	P<0.001
		Understand as knowledge	16	19.5	48	58.5	18	22,0	82	
		Don't understand	0	.0	1	9.1	10	90,9	11	
		TOTAL	296	50.2	226	38.3	68	11,5	590	
	Possesses positive attitude towards change and criticism, listens to suggestions and recommendations, tries new strategies or approaches and adapts to changes willingly	Could do alone	231	67.5	99	28.9	12	3,5	342	X2=146.5
		Could do if having guidance	58	38.7	66	44.0	26	17,3	150	P<0.001
		Understand as knowledge	20	24.7	39	48.1	22	27,2	81	
		Don't understand	2	11.8	2	11.8	13	76,5	17	
		TOTAL	311	52.7	206	34.9	73	12,4	590	
	Performs function according to professional standards	Could do alone	283	69.2	123	30.1	3	,7	409	X2=99.6
		Could do if having guidance	63	45.0	68	48.6	9	6,4	140	P<0.001
		Understand as knowledge	6	16.2	25	67.6	6	16,2	37	
		Don't understand	1	25.0	1	25.0	2	50,0	4	
		TOTAL	353	59.8	217	36.8	20	3,4	590	
	Contributes to improve training and professional development for colleagues	Could do alone	153	64.8	76	32.2	7	3,0	236	X2=131.1
		Could do if having guidance	75	39.5	87	45.8	28	14,7	190	P<0.001
		Understand as knowledge	36	25.2	73	51.0	34	23,8	143	
		Don't understand	1	4.8	5	23.8	15	71,4	21	
		TOTAL	265	44.9	241	40.8	84	14,2	590	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
Criteria 24. Adheres to practice in accordance with the law and other relevant legislation documents	Contributes to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society	Could do alone	150	65.5	72	31.4	7	3,1	229	X2=194.1 P<0.001
		Could do if having guidance	82	38.9	97	46.0	32	15,2	211	
		Understand as knowledge	21	16.9	84	67.7	19	15,3	124	
		Don't understand	0	.0	5	19.2	21	80,8	26	
		TOTAL	253	42.9	258	43.7	79	13,4	590	
	Fulfills legal requirements, rules prescribed by the MOH in nursing	Could do alone	233	61.8	132	35.0	12	3,2	377	X2=77.4 P<0.001
		Could do if having guidance	69	48.3	59	41.3	15	10,5	143	
		Understand as knowledge	24	39.3	32	52.5	5	8,2	61	
		Don't understand	0	.0	3	33.3	6	66,7	9	
		TOTAL	326	55.3	226	38.3	38	6,4	590	
	Complies with regulations of health facility	Could do alone	364	71.0	141	27.5	8	1,6	513	X2=12.1 P>0.05
		Could do if having guidance	29	51.8	26	46.4	1	1,8	56	
		Understand as knowledge	11	52.4	9	42.9	1	4,8	21	
		Don't understand	0	.0	0	.0	0	,0	0	
		TOTAL	404	68.5	176	29.8	10	1,7	590	
	Acts in accordance with the terms of contract of employment and other rules and regulations	Could do alone	368	70.8	148	28.5	4	,8	520	X2=50.2 P<0.001
		Could do if having guidance	29	55.8	21	40.4	2	3,8	52	
		Understand as knowledge	4	26.7	11	73.3	0	,0	15	
		Don't understand	0	.0	2	66.7	1	33,3	3	
		TOTAL	401	68.0	182	30.8	7	1,2	590	
	Records and preserves care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard practice of care	Could do alone	306	68.2	140	31.2	3	,7	449	X2=89.2 P<0.001
		Could do if having guidance	70	63.1	39	35.1	2	1,8	111	
		Understand as knowledge	11	37.9	15	51.7	3	10,3	29	
		Don't understand	0	.0	0	.0	1	100,0	1	
		TOTAL	387	65.6	194	32.9	9	1,5	590	
Criteria 25. Adheres to practice in accordance with ethnic moral responsibilities	Accepts responsibility and accountability for own decision and care	Could do alone	303	67.6	140	31.3	5	1,1	448	X2=92.7 P<0.001
		Could do if having guidance	52	53.1	43	43.9	3	3,1	98	
		Understand as knowledge	16	41.0	20	51.3	3	7,7	39	
		Don't understand	1	20.0	1	20.0	3	60,0	5	
		TOTAL	372	63.1	204	34.6	14	2,4	590	

List of criteria	General information	Achievement level	Learning at school						n	
			Implement during practice		Have trained		Haven't trained			
			n	%	n	%	n	%		
	Adheres to the national code as well as international code of ethics for nurses in nursing practice	Could do alone	303	66.4	148	32.5	5	1,1	456	X2=211.0 P<0.001
		Could do if having guidance	38	49.4	32	41.6	7	9,1	77	
		Understand as knowledge	9	20.9	27	62.8	7	16,3	43	
		Don't understand	1	7.1	2	14.3	11	78,6	14	
		TOTAL	351	59.5	209	35.4	30	5,1	590	
	Reports unethical and immoral incidents to proper authorities and be responsible for that report	Could do alone	197	57.8	131	38.4	13	3,8	341	X2=100.7 P<0.001
		Could do if having guidance	53	37.1	66	46.2	24	16,8	143	
		Understand as knowledge	17	17.9	55	57.9	23	24,2	95	
		Don't understand	2	18.2	2	18.2	7	63,6	11	
		TOTAL	269	45.6	254	43.1	67	11,4	590	

Annex table 30. Proportion of preceptors participated in training courses by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Bình Đình		Dong Nai		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participated in training outside hospital to become preceptor												
Yes	4	100.0	8	40.0	7	36.8	7	26.9	8	26.7	34	34.3
No	0	.0	12	60.0	12	63.2	19	73.1	22	73.3	65	65.7
Training course	4	100.0	20	100.0	19	100.0	26	100.0	30	100.0	99	100.0
Medical pedagogy training course held by MOH	1	25.0	7	87.5	0	.0	4	57.1	3	37.5	15	44.1
Training course held by Vietnam Nursing Association	1	25.0	1	12.5	2	28.6	3	42.9	1	12.5	8	23.5
Training course held by JICA	2	50.0	1	12.5	2	28.6	0	.0	1	12.5	6	17.6
Other	0	.0	1	12.5	3	42.9	1	14.3	4	50.0	9	26.5
n	4		8		7				8		34	
Participated in internal TOT training												
Yes	3	75.0	7	35.0	0	0.0	3	11.5	6	20.0	19	19.2
No	1	25.0	13	65.0	19	100.0	23	88.5	24	80.0	80	80.8
Total	4	100.0	20	100.0	19	100.0	26	100.0	30	100.0	99	100.0

Annex table 31. Information of surveyed health facility by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Level of health facility										
• Central	1	50.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
• Province	1	50.0	4	36.4	3	30.0	7	53.8	7	46.7
• District	0	0.0	6	54.5	7	70.0	6	46.2	4	26.7
• Private	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	4	26.7
Classification of health facility										
• General	2	100.0	9	81.8	9	90.0	10	76.9	12	80.0
• Specialty	0	0.0	2	18.2	1	10.0	3	23.1	3	20.0
Grade of health facility										
• Special	1	50.0	0	0.0	0	.0	0	0.0	0	0.0
• Grade 1	1	50.0	2	18.2	1	10.0	1	7.7	2	13.3
• Grade 2	0	0.0	3	27.3	1	10.0	3	23.1	3	20.0
• Grade 3	0	0.0	6	54.5	7	70.0	9	69.2	10	66.7
• Not yet grade	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0
Number of hospital beds										
• Planned beds (X ± SD)	1240,0±933,4		230.0±214.8		126.0±152.8		235.4±269.3		402.9±413.7	
• Actual beds (X ± SD)	1362,5±1043,0		344.1±318.1		180.6±180.6		363.8±340.3		421.6±441.0	
Continuous medical education code										
• Yes	2	100.0	11	100.0	1	10.0	12	92.3	3	20.0
• No	0	0.0	0	.0	9	90.0	1	7.7	12	80.0
Total	2	100.0	11	100.0	10	100.0	13	100.0	15	100.0

Annex table 32. Current number of staff at surveyed health facilities by level

Information	Central		Province		District		Private		Total	
	Full-time official	Contracted staff	Full-time offcial	Contracted staff	Full-time offcial	Contracted staff	Full-time offcial	Contracted staff	Full-time offcial	Contracted staff
Doctor	-	-	1672	206	754	26	39	152	2465	384
Assistant doctor	-	-	176	32	992	95	15	56	1183	183
Nurse	-	-	3398	655	1104	269	31	261	4533	1185
Mid-wife	-	-	508	59	425	18	17	52	950	129
Technician	-	-	592	76	200	37	14	71	806	184
Admin staff	-	-	597	261	418	112	34	165	1049	538
Other	-	-	708	719	337	204	0	9	1045	932
Total (n)	-	-	7651	2008	4230	761	150	766	12031	3535

Annex table 33. Some information of organizing clinical practice training at survey health facility by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Persons responsible for organizing clinical practice training in your health facility										
Director of hospital	0	0.0	2	18.2	6	60.0	10	76.9	8	53.3
Vice-director of hospital	1	50.0	4	36.4	3	30.0	1	7.7	4	26.7
Head of Personnel Organization Division	0	0.0	1	9.1	0	.0	0	0.0	0	0.0
Department's nurse leader	0	0.0	1	9.1	1	10.0	1	7.7	2	13.3
Head of training and level direction room	1	50.0	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Other	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	1	6.7
Official decision to assign the preceptor to train/guide nurses in clinical practice										
Yes, for all cases	1	50.0	8	72.7	3	30.0	11	84.6	10	66.7
Yes, for some cases	1	50.0	3	27.3	1	10.0	2	15.4	3	20.0
No	0	0.0	0	0.0	6	60.0	0	0.0	2	13.3
Preceptors at your facility trained on guiding clinical practice										
Yes, trained at our health facility	1	50.0	2	18.2	1	10.0	1	7.7	1	6.7
Yes, trained at the other health facility	0	0.0	3	27.3	3	30.0	1	7.7	2	13.3
Yes, both	1	50.0	3	27.3	1	10.0	3	23.1	4	26.7
No	0	0.0	3	27.3	5	50.0	8	61.5	8	53.3
Proportion of the preceptors of clinical practice received allowance by hospital										
Yes	1	50.0	7	63.6	1	10.0	5	38.5	0	0.0
No	1	50.0	4	36.4	9	90.0	8	61.5	15	100.0
Guiding room, model and means for centre-approach practicing at hospital										
Yes, sufficient	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No, insufficient	0	.0	7	63.6	1	10.0	3	23.1	7	46.7
No	1	50.0	4	36.4	9	90.0	10	76.9	8	53.3
Training materials of clinical practice at hospital										
Yes, sufficient	2	100.0	3	27.3	0	0.0	3	23.1	2	13.3
No, insufficient	0	0.0	5	45.5	4	40.0	7	53.8	12	80.0
No	0	0.0	3	27.3	6	60.0	3	23.1	1	6.7

Annex table 34. Some information on monitoring, supervision, audit of clinical practice at the surveyed health facilities by provinces

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Status of internal monitoring of progress and results of clinical practice										
• Periodic Implementation	2	100.0	4	36.4	3	30.0	3	23.1	3	20.0
• Not periodic implementation	0	0.0	6	54.5	3	30.0	6	46.2	8	53.3
• Not implemented	0	0.0	1	9.1	4	40.0	4	30.8	4	26.7
Status of plan implementation and results of clinical practice										
• Implemented	2	100.0	10	90.9	6	60.0	10	76.9	12	80.0
• Not implemented	0	.0	1	9.1	4	40.0	3	23.1	3	20.0

Annex table 35. Some other information related to clinical practice training at surveyed health facilities by provinces

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Level of satisfaction on clinical practice for nurses										
• Satisfied	1	50.0	3	27.3	2	20.0	4	30.8	6	40.0
• Moderately satisfied	0	.0	1	9.1	5	50.0	7	53.8	4	26.7
• Partially satisfied	1	50.0	7	63.6	2	20.0	2	15.4	2	13.3
• Not satisfied at all	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	3	20.0
Challenges related to clinical practice										
• Text book for practicing nurses	2	100.0	9	81.8	7	70.0	11	84.6	11	73.3
• Consumable materials and medical equipment for clinical practice	2	100.0	9	81.8	10	100.0	11	84.6	14	93.3
• Competence and/or number of preceptors	2	100.0	11	100.0	7	70.0	9	69.2	13	86.7
• Text book for preceptors	2	100.0	9	81.8	7	70.0	11	84.6	10	66.7
• Training for preceptors	2	100.0	9	81.8	8	80.0	10	76.9	12	80.0
• Financial support	2	100.0	9	81.8	10	100.0	11	84.6	12	80.0
• Others	1	50.0	2	18.2	1	10.0	2	15.4	1	6.7
Necessary support for health facility to make clinical practice better										
• Text book for practicing nurses	2	100.0	9	81.8	5	50.0	8	61.5	13	86.7
• Consumable materials and medical equipment for clinical practice	1	50.0	9	81.8	9	90.0	7	53.8	13	86.7
• Competence and/or number of preceptors	2	100.0	10	90.9	6	60.0	6	46.2	11	73.3
• Text book for preceptors	2	100.0	9	81.8	5	50.0	9	69.2	11	73.3
• Training for preceptors	2	100.0	10	90.9	7	70.0	10	76.9	13	86.7
• Financial support for preceptors	2	100.0	9	81.8	8	80.0	10	76.9	12	80.0
• Others	0	0.0	0	0.0	1	10.0	2	15.4	3	20.0

Annex table 36. General information about surveyed nurse leader at health facilities by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age (X ± SD)	47.5 ± 2.1		38.9 ± 8.0		38.0 ±9.1		44.5 ± 5.0		44.7± 11.5	
Gender										
• Male	0	0.0	1	9.1	6	60.0	6	46.2	1	6.7
• Female	2	100.0	10	90.9	4	40.0	7	53.8	14	93.3
Main occupation										
• Nurse	2	100.0	11	100.0	10	100.0	13	100.0	13	86.7
• Other	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	13.3
Number of experience years										
• Nurse (X ± SD)	22.0±2.8		12.9±7.0		13.5±8.3		20.4±5.8		20.3±12.1	
• Manager (X ± SD)	6.5±2.1		7.3±5.1		5.7±5.5		9.5±6.6		10.7±7.7	
TOT course for preceptors										
• Yes	2	100.0	8	72.7	6	60.0	8	61.5	8	53.3
• No	0	0.0	3	27.3	4	40.0	5	38.5	7	46.7
Place of that TOT course										
• Medical pedagogy training course held by MOH	2	100.0	6	75.0	1	16.7	5	62.5	3	37.5
• Training course held by Vietnam Nursing Association	0	0.0	4	50.0	1	16.7	3	37.5	3	37.5
• Training course held by JICA	2	100.0	0	0.0	3	50.0	1	12.5	0	0.0
• Other	0	0.0	1	12.5	2	33.3	2	25.0	3	37.5

Annex table 37. Some information about mechanism and contents of clinical practice training at surveyed health facilities by provinces

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Having curricula of clinical practice training										
• Yes	2	100.0	5	45.5	4	40.0	5	38.5	4	26.7
• There is no curricula but the training contents are prepared and shared in the facility	0	0.0	4	36.4	3	30.0	6	46.2	9	60.0
• Don't have	0	0.0	2	18.2	3	30.0	2	15.4	2	13.3
Information about curriculum development unit										
• Ministry of Health (ASTT, MSA)	0	0.0	0	0.0	2	50.0	3	60.0	2	50.0
• VNA	1	50.0	1	20.0	2	50.0	3	60.0	2	50.0
• Other hospitals	1	50.0	0	.0	0	.0	1	20.0	2	50.0
• Developed by our hospital	1	50.0	5	100.0	2	50.0	2	40.0	2	50.0
Source referred for development of curricula										
• No source	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
• The program of Vietnam Nursing Association	0	0.0	3	60.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0
• Other	1	100.0	2	40.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0
Methods that hospital applied for clinical practice										
• Center-approach lecturing on practice in classroom	1	50.0	7	63.6	2	20.0	8	61.5	11	73.3
• Center-approach technical practice on model	1	50.0	3	27.3	2	20.0	0	0.0	5	33.3
• On-the-job training	2	100.0	5	45.5	8	80.0	9	69.2	11	73.3
• Using documentation	1	50.0	5	45.5	4	40.0	8	61.5	9	60.0
• Using checklist	2	100.0	7	63.6	3	30.0	7	53.8	7	46.7
• Practice with faculty rotation	2	100.0	2	18.2	4	40.0	3	23.1	9	60.0
• Guiding by observation of care guiders	1	50.0	9	81.8	5	50.0	8	61.5	6	40.0
Arranging the discussion about the case between practitioners and teachers										
• Yes	2	100.0	5	45.5	9	90.0	8	61.5	10	66.7
• No	0	0.0	6	54.5	1	10.0	5	38.5	5	33.3
Organizing practice outside working hours										
• Yes	1	50.0	1	9.1	0	0.0	3	23.1	2	13.3
• No	1	50.0	10	90.9	10	100.0	10	76.9	13	86.7
The time assessing achievement skill level of clinical practice of nurses										
• Periodically (daily)	1	50.0	1	9.1	2	20.0	1	7.7	2	13.3
• Periodically (monthly)	0	0.0	1	9.1	3	30.0	3	23.1	4	26.7
• Periodically (every 2-3 months)	0	0.0	2	18.2	3	30.0	1	7.7	2	13.3
• Other periodically	1	50.0	4	36.4	2	20.0	3	23.1	4	26.7
• Depend on level of achievement skill	1	50.0	1	9.1	1	10.0	4	30.8	2	13.3
• No special regulation	0	0.0	4	36.4	1	10.0	1	7.7	3	20.0
The person in charge of assessing achievement skill level of clinical practice of nurses										
• Department's nurse leader	2	100.0	8	72.7	7	70.0	11	84.6	14	93.3
• Hospital's nurse leader	1	50.0	6	54.5	8	80.0	7	53.8	9	60.0

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
• Preceptor	1	50.0	4	36.4	4	40.0	10	76.9	9	60.0
• By nurse himself/herself	1	50.0	0	0.0	3	30.0	1	7.7	1	6.7
• Other	0	0.0	5	45.5	0	0.0	2	15.4	4	26.7
Technical assessment tools of clinical practice										
• Yes	2	100.0	9	81.8	7	70.0	10	76.9	12	80.0
• No	0	0.0	2	18.2	3	30.0	3	23.1	3	20.0
Persons approve completion of 9-month clinical practice										
• Department's nurse leader	1	50.0	3	27.3	4	40.0	10	76.9	9	60.0
• Hospital's nurse leader	0	0.0	1	9.1	5	50.0	9	69.2	8	53.3
• Director of health facility	2	100.0	3	27.3	3	30.0	8	61.5	10	66.7
• Assessment Committee of health facility	0	0.0	7	63.6	7	70.0	4	30.8	3	20.0
• Other	1	50.0	2	18.2	0	0.0	3	23.1	3	20.0
Establish Committee/Technical Working Group for progress assessment and improvement of clinical practice methods										
• Yes	1	50.0	2	18.2	1	10.0	1	7.7	3	20.0
• Not to have official committee but hold meeting if necessary	1	50.0	5	45.5	8	80.0	9	69.2	8	53.3
• No	0	0.0	4	36.4	1	10.0	3	23.1	4	26.7
Level of sufficiency of equipment and materials necessary for clinical practice										
• Yes, ensured sufficient	1	50.0	2	18.2	1	10.0	6	46.2	3	20.0
• Lacked	1	50.0	9	81.8	9	90.0	7	53.8	12	80.0
Level of sufficiency of consumable materials (hygiene materials) for clinical practice										
• Yes, ensured sufficient	2	100.0	8	72.7	6	60.0	11	84.6	14	93.3
• Lacked	0	0.0	3	27.3	4	40.0	2	15.4	1	6.7
Methods to address medical accidents related to nurses during clinical practice										
• No	1	50.0	10	90.9	4	40.0	6	46.2	8	53.3
• Yes	1	50.0	1	9.1	6	60.0	7	53.8	7	46.7

Annex table 38. Some information about training for preceptors on clinical practice at surveyed health facilities by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Health facilities having official decision to assign the preceptor to train/guide nurses in clinical practice										
Yes, all the cases	1	50.0	2	18.2	1	10.0	7	53.8	6	40.0
Yes, for some cases	0	0.0	6	54.5	3	30.0	4	30.8	3	20.0
No	1	50.0	3	27.3	6	60.0	2	15.4	6	40.0
Number of preceptors at the health facility (X ± SD)	1.0±-		7.8±5.1		5.0±1.6		14.3±18.4		16.1±12.8	
Regulation on conditions for becoming preceptors of clinical practice										
Have regulation	0	0.0	3	27.3	1	10.0	2	15.4	2	13.3
Don't have regulation but have standard framework	1	50.0	7	63.6	4	40.0	8	61.5	8	53.3
Don't have regulation	1	50.0	1	9.1	5	50.0	3	23.1	5	33.3
Criteria for becoming preceptors of clinical practice										
Nurse leader	1	100.0	6	60.0	4	80.0	8	80.0	8	80.0
Experienced	1	100.0	7	70.0	2	40.0	8	80.0	5	50.0
Number of years of experience (X ± SD)	4.0±-		4.7±.5		3.0±0.0		5.4±2.0		4.6±0.9	
Qualification	0	0.0	8	80.0	2	40.0	8	80.0	6	60.0
Ever participated in ToT of preceptors	1	100.0	6	60.0	1	20.0	7	70.0	6	60.0
Other	0	0.0	1	10.0	1	20.0	1	10.0	1	10.0
"Manual on clinical practice of nurses" for preceptors										
Yes	1	50.0	2	18.2	1	10.0	4	30.8	6	40.0
No	1	50.0	9	81.8	9	90.0	9	69.2	9	60.0
Training for staff who want to become preceptors										
Training in hospital	2	100.0	1	9.1	0	0.0	2	15.4	4	26.7
Assign training outside hospital	1	50.0	6	54.5	3	30.0	2	15.4	6	40.0
No training	0	0.0	4	36.4	7	70.0	10	76.9	8	53.3
Training in hospital (X ± SD hour)	44.0±5.7		24.0±.		-		100.0±28.3		47.0±34.0	
Assign training outside hospital (X ± SD) hour	48.0±.		66.7±15.7		65.3±38.4		100.0±28.3		77.3±56.1	
Necessity to train for staff who want to become preceptors										
Yes	2	100.0	11	100.0	10	100.0	13	100.0	15	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yes, need about (X ± SD) hour	48.0±11.3		76.4±39.1		65.2±48.7		43.7±31.1		68.8±50.2	

Annex table 39. Some information about monitoring, supervision and auditting clinical practice at surveyed health facilities by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Current status of implement internal monitoring and evaluation of clinical practice										
Implement periodic	1	50.0	4	36.4	4	40.0	3	23.1	5	33.3
Implement non-recurring	1	50.0	3	27.3	4	40.0	6	46.2	5	33.3
Not implement	0	0.0	4	36.4	2	20.0	4	30.8	5	33.3
Current status of implement by plan and auditting the results of clinical practice										
Implemented	2	100.0	8	72.7	8	80.0	9	69.2	11	73.3
Not implemented	0	0.0	3	27.3	2	20.0	4	30.8	4	26.7
Necessity to exchange information of clinical practice with other health facilities										
Necessary	2	100.0	11	100.0	10	100.0	12	92.3	15	100.0
Unnecessary	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0
Total	2	100.0	11	100.0	10	100.0	13	100.0	15	100.0

Annex table 40. Some information on the mechanism of clinical practice for nurse in the future by province

Information	Ha Noi		Vinh Phuc		Dien Bien		Binh Dinh		Dong Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feasibility of rotational training										
Feasibility	2	100.0	8	72.7	6	60.0	5	38.5	10	66.7
If the unit can decide about rotational training than it is feasible	0	0.0	2	18.2	4	40.0	6	46.2	4	26.7
Infeasible	0	0.0	1	9.1	0	.0	2	15.4	1	6.7
Receiving nurses from other health facilities for clinical practice										
Maybe	1	50.0	7	63.6	6	60.0	10	76.9	12	80.0
Maybe with certain conditions	1	50.0	3	27.3	3	30.0	2	15.4	1	6.7
Can not	0	0.0	1	9.1	1	10.0	1	7.7	2	13.3
Number of trainees can receive for clinical practics besides of contract nurse and regular nurse (X ± SD)	100.0		14.5±8.0		11.4±8.2		20.0±18.0		33.9±54.5	
Level of satisfaction on current clinical practice										
Satisfied	1	50.0	1	9.1	1	10.0	1	7.7	4	26.7
Normal satisfied	0	0.0	5	45.5	7	70.0	8	61.5	2	13.3
Satisfied a part	1	50.0	4	36.4	2	20.0	4	30.8	9	60.0
Unsatisfied	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Some challenges related to clinical practice										
Text book for practicing nurses	2	100.0	8	72.7	7	70.0	7	53.8	5	33.3
Consumable materials and medical equipment for clinical practice	2	100.0	7	63.6	6	60.0	4	30.8	7	46.7
Preceptors	2	100.0	6	54.5	5	50.0	3	23.1	8	53.3
Text book for preceptors	2	100.0	8	72.7	8	80.0	8	61.5	13	86.7
Training for preceptors	2	100.0	6	54.5	9	90.0	11	84.6	13	86.7
Budgeting	2	100.0	8	72.7	7	70.0	8	61.5	8	53.3
Other	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0

BÁO CÁO KẾT QUẢ ĐIỀU TRA ĐIỀU TRA BAN ĐẦU

DỰ ÁN HỢP TÁC TĂNG CƯỜNG HỆ THỐNG ĐÀO TẠO LÂM SÀNG CHO ĐIỀU DƯỠNG MỚI TỐT NGHIỆP

Hà Nội, 2017

CƠ QUAN, ĐIỀU TRA VIÊN, GIÁM SÁT VIÊN THAM GIA ĐIỀU TRA

Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe

Danh sách chuyên gia chính tham gia điều tra:

TS. Nguyễn Thị Bạch Yến

TS. Phan Thị Dung

ThS. Trần Trọng Khuê

PGS.TS. Nguyễn Đức Hồng

ThS. Nguyễn Thị Loan

ThS. Nguyễn Thị Hồng Anh

CN. Trịnh Hữu Hiệp

Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khoẻ trân trọng cảm ơn Văn phòng dự án JICA, Cục khoa học công nghệ và đào tạo - Bộ Y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh, Hội Điều dưỡng Việt Nam, Sở Y tế các tỉnh Vĩnh Phúc, Điện Biên, Bình Định, Đồng Nai, bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và các bệnh viện tỉnh/huyện thuộc địa bàn điều tra trong việc cung cấp danh sách điều dưỡng đích, hỗ trợ tổ chức điều tra tại thực địa.

Xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ông Hirofumi Tsuruta, Bà Sugaita Shio, Bà Desilva Tomomi chuyên gia JICA đã có nhiều ý kiến đóng góp quý báu cho việc hoàn thành đề cương và báo cáo kết quả điều tra. Xin chân thành cảm ơn Văn phòng dự án JICA đã hỗ trợ tài chính cho cuộc điều tra này.

Mục lục

TÓM TẮT BÁO CÁO 7

I. ĐẶT VẤN ĐỀ 10

1.1. Tổng quan dự án 10

1.2. Sự cần thiết phải tiến hành cuộc điều tra này 11

II. MỤC TIÊU ĐIỀU TRA 12

2.1. Mục tiêu chung 12

2.2 Mục tiêu cụ thể 12

III. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRA 13

3.1. Thiết kế điều tra 13

3.2. Đối tượng điều tra 13

3.3. Thời gian và địa bàn điều tra 13

3.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu 14

3.5. Bộ công cụ và quy trình điều tra 15

3.6. Xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo 17

3.7. Đạo đức nghiên cứu 17

3.8. Hạn chế của điều tra 17

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRA 18

4.1. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích (Q1) 18

4.1.1. Thông tin chung về điều dưỡng đích 18

4.1.2. Tình hình thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích 22

4.1.3. Đánh giá thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích 26

4.1.4. Đánh giá năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp theo chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam 31

4.2. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của người hướng dẫn tại các CSYT (Q4) 48

4.2.1. Thông tin chung về người hướng dẫn 48

4.2.2. Thực trạng đào tạo người hướng dẫn 51

4.2.3. Cơ chế, nội dung thực hành lâm sàng 9 tháng 52

4.2.4. Cơ chế hướng dẫn 59

4.2.5. Hệ thống theo dõi, giám sát 60

4.2.6. Năng lực người điều dưỡng cần đạt được 61

4.2.7. Cơ chế thực hành trong tương lai 62

4.3. Thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các CSYT 64
4.3.1. Kết quả thực hành lâm sàng theo ý kiến của Lãnh đạo bệnh viện (Phiếu Q2)..... 64
4.3.2. Kết quả phỏng vấn điều dưỡng trưởng bệnh viện (Phiếu Q3)..... 73
4.4. Mối liên quan giữa mức độ đáp ứng của các điều dưỡng đích theo chuẩn năng lực với một số một số yếu tố liên quan..... 95

V. KẾT LUẬN, KHUYẾN NGHỊ 100
5.1. Kết luận..... 100
5.2. Khuyến nghị 103

VI. BÀI HỌC KINH NGHIỆM CHO VIỆC THU THẬP SỐ LIỆU 105

TÀI LIỆU THAM KHẢO 106

PHỤ LỤC 108

Danh mục bảng

Bảng 1. Tóm tắt cỡ mẫu 15
Bảng 2. Tỷ lệ về phân bổ trình độ chuyên môn của điều dưỡng đích theo tuyến (C3) 19
Bảng 3. Tỷ lệ về tuyến cơ sở y tế đang làm việc của điều dưỡng phân theo tỉnh (C6) 20
Bảng 4. Tỷ lệ điều dưỡng hiện đang làm việc và THLS tại cùng 1 cơ sở (C8) 20
Bảng 5. Tỷ lệ khoa thực hành lâm sàng và đang làm việc của điều dưỡng theo tuyến (C9 và C10) 21
Bảng 6. Tỷ lệ ĐD đích được giới thiệu về nội dung và nhận được tài liệu trước khoá học và ý kiến điều dưỡng đích về vật dụng, TTB cho THLS 9 tháng (C11, C12 và C13) 22
Bảng 7. Tỷ lệ các phương pháp thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tuyến (C15, câu hỏi nhiều lựa chọn) 23
Bảng 8. Tỷ lệ về sự khác nhau giữa thực hành lâm sàng 9 tháng tại CSYT và tại trường theo tuyến (C16-C17) 25
Bảng 9. Tỷ lệ ĐD đích phải trả phí cho việc thực hành lâm sàng 9 tháng (C18) 25
Bảng 10. Tỷ lệ điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng (C19) 26
Bảng 11. Tỷ lệ về thời điểm điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS theo tuyến (C20) 26
Bảng 12. Tỷ lệ về thời điểm đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS cho ĐD theo tỉnh (C20) 27
Bảng 13. Tỷ lệ người đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS cho điều dưỡng (C21) 27
Bảng 14. Tỷ lệ điều dưỡng hài lòng trong THLS (C22) 28
Bảng 15. Tỷ lệ điều dưỡng hài lòng về nội dung trong quá trình THLS theo tuyến (C23, câu hỏi nhiều lựa chọn) 29
Bảng 16. Tỷ lệ điều dưỡng không hài lòng về nội dung trong quá trình THLS theo tuyến (C24, câu hỏi nhiều lựa chọn) 29
Bảng 17. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng (TC1) 32
Bảng 18. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn ra quyết định phương pháp chăm sóc (TC2) 32
Bảng 19. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu (TC3) 33
Bảng 20. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn lập quy trình, kế hoạch chăm sóc điều dưỡng (TC4) 33
Bảng 21. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tạo sự an toàn, thoải mái và riêng tư cho người bệnh (TC5) 34
Bảng 22. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tiến hành các kỹ thuật chăm sóc (TC6) 34
Bảng 23. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả (TC7) 34
Bảng 24. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn đảm bảo chăm sóc liên tục (TC8) 35

Bảng 25. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn sơ cứu và đáp ứng khi có tình huống cấp cứu (TC9) 35

Bảng 26. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chuẩn về mối quan hệ với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp (TC10), về giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh (TC11) về sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh (TC12) 36

Bảng 27. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn cung cấp thông tin cho người bệnh, người nhà về tình trạng sức khỏe hiệu quả và phù hợp (TC13) 37

Bảng 28. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng (TC14) 37

Bảng 29. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hợp tác với các thành viên nhóm chăm sóc (TC15) 38

Bảng 30. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý, ghi chép và sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy định (TC16) 38

Bảng 31. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý công tác chăm sóc người bệnh (TC17) 39

Bảng 32. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý, vận hành và sử dụng các trang thiết bị y tế có hiệu quả (TC18) 39

Bảng 33. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn sử dụng nguồn tài chính thích hợp để chăm sóc người bệnh hiệu quả (TC19) 40

Bảng 34. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn thiết lập môi trường làm việc an toàn và hiệu quả (TC20) 40

Bảng 35. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn cải tiến chất lượng chăm sóc và quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc (TC21) 41

Bảng 36. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng (TC22) 41

Bảng 37. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn duy trì và phát triển năng lực cho bản thân và đồng nghiệp (TC23) 42

Bảng 38. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hành nghề theo quy định của pháp luật (TC24) 43

Bảng 39. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp (TC25) 43

Bảng 40. Tỷ lệ điều dưỡng đích đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam theo các mức độ 47

Bảng 41. Tỷ lệ điều dưỡng đích đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam theo các loại tiêu chuẩn chuẩn 47

Bảng 42. Thông tin chung về người hướng dẫn và phân bổ người hướng dẫn theo tuyến 49

Bảng 43. Tỷ lệ người hướng dẫn THLS đã tham gia các lớp đào tạo theo tuyến (C8-C10) 51

Bảng 44. Tỷ lệ các phương pháp hướng dẫn THLS của người hướng dẫn theo tuyến (C12, câu hỏi nhiều lựa chọn) 52

Bảng 45. Sự khác nhau giữa phương pháp và nội dung thực tập trong giai đoạn đang học tại trường và thực hành lâm sàng 9 tháng theo tuyến và theo tỉnh 53

Bảng 46. Tỷ lệ về thời gian mà điều dưỡng thực hành được tham gia trực đêm theo tỉnh và tuyến (C15) 54

Bảng 47. Tỷ lệ người hướng dẫn có bố trí buổi thảo luận về ca bệnh cho điều dưỡng trong quá trình THLS (C16) 55

Bảng 48. Tỷ lệ người hướng dẫn có tổ chức các buổi họp, giao ban để xác nhận tiến độ và các vấn đề gặp phải trong quá trình hướng dẫn thực hành (C17, câu hỏi nhiều lựa chọn) 55

Bảng 49. Tỷ lệ về thời gian đánh giá mức độ thuần thục của diều dưỡng (C18) 56

Bảng 50. Tỷ lệ đơn vị có quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng theo tuyến và tỉnh (C19) 57

Bảng 51. Tỷ lệ CSYT có cẩm nang để sử dụng cho người hướng dẫn trong hướng dẫn điều dưỡng thực hành (C21) 59

Bảng 52. Tỷ lệ người hướng dẫn đánh giá về việc giảng viên các trường đại học hoặc cao đẳng tham gia vào hoạt động thực hành lâm sàng (C23) 59

Bảng 53. Tỷ lệ người hướng dẫn có báo cáo trưởng phòng điều dưỡng về tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tỉnh và tuyến (C25) 60

Bảng 54. Tỷ lệ người hướng dẫn có cơ hội chia sẻ, thảo luận về thực hành lâm sàng thông qua những buổi họp mặt của những người hướng dẫn tại đơn vị mình (C26) 61

Bảng 55. Tỷ lệ người hướng dẫn thấy cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành người hướng dẫn (C30) 62

Bảng 56. Tỷ lệ người hướng dẫn hài lòng về thực hành lâm sàng theo tuyến (C32) 62

Bảng 57. Tỷ lệ các vấn đề liên quan tới thực hành lâm sàng của người hướng dẫn theo tuyến (C33, câu hỏi nhiều lựa chọn) 63

Bảng 58. Thông tin chung về người lãnh đạo CSYT điền phiếu 64

Bảng 59. Thông tin chung về CSYT điều tra 64

Bảng 60. Số nhân viên hiện có của CSYT được điều tra theo tỉnh (C9) 65

Bảng 61. Tỷ lệ người chịu trách nhiệm chính tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng tại CSYT (C11) 66

Bảng 62. Tỷ lệ CSYT có Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng (C12) 66

Bảng 63. Tỷ lệ CSYT có đào tạo cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C14) 66

Bảng 64. Tỷ lệ CSYT có trả phụ cấp hướng dẫn cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C16) 67

Bảng 65. Tỷ lệ CSYT có phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung (C18) 67

Bảng 66. Tỷ lệ CSYT có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng (C19) 68

Bảng 67. Tỷ lệ CSYT có thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng (C20) 68

Bảng 68. Tỷ lệ CSYT có thực hiện kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng (C23) 69

Bảng 69. Tỷ lệ cơ sở y tế có tính chi phí đào tạo thực hành lâm sàng (C25-C26) 70

Bảng 70. Tỷ lệ các khoản chi phí cho thực hành lâm sàng tại CSYT (C27) 70

Bảng 71. Tỷ lệ lãnh đạo CSYT hài lòng về thực hành lâm sàng (C28) 71

Bảng 72. Tỷ lệ những vấn đề liên quan đến thực hành lâm sàng tại CSYT (C30) 72

Bảng 73. Tỷ lệ những hỗ trợ cần thiết cho thực hành lâm sàng tại CSYT (C28) 72

Bảng 74. Thông tin chung về điều dưỡng trưởng điền phiếu tại CSYT điều tra theo tuyến 73
Bảng 75. Tỷ lệ CSYT có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng theo tuyến (C7) 74
Bảng 76. Người/đơn vị xây dựng giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng được sử dụng tại CSYT điều tra theo tuyến (C8) 74
Bảng 77. Tỷ lệ loại tài liệu mà CSYT tham khảo để xây dựng chương trình thực hành lâm sàng (C9) 75
Bảng 78. Tỷ lệ các phương pháp hướng dẫn thực hành lâm sàng được áp dụng tại CSYT điều tra (C10) 75
Bảng 79. Tỷ lệ CSYT có tổ chức hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa các học viên và giáo viên và tổ chức thực hành ngoài giờ (C14 và C15) 79
Bảng 80. Tỷ lệ về thời điểm thực hiện đánh giá mức độ thành thục thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C16) 79
Bảng 81. Tỷ lệ về người đánh giá mức độ thành thục thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C17) 80
Bảng 82. Tỷ lệ CSYT có công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng (C18) 80
Bảng 83. Tỷ lệ người quyết định hoàn thành thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C19) 80
Bảng 84. Tỷ lệ CSYT có thành lập Ban/nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng (C21) 82
Bảng 85. Tỷ lệ CSYT có các điều kiện thực hành lâm sàng theo tuyến (C22-C24) 83
Bảng 86. Tỷ lệ CSYT có quyết định bằng văn bản của CSYT phân công nhiệm vụ hướng dẫn cho người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng (C26) 85
Bảng 87. Tỷ lệ CSYT có quy định về điều kiện người trở thành người hướng dẫn đào tạo THLS (C28) 86
Bảng 88. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng đánh giá về các tiêu chuẩn để trở thành người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng (C29) 86
Bảng 89. Tỷ lệ CSYT có đào tạo cho người trở thành người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C32) 88
Bảng 90. Tỷ lệ điều trưởng trưởng bệnh viện cho rằng cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành Người hướng dẫn (C32) 88
Bảng 91. Tỷ lệ CSYT có thực hiện theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng 89
Bảng 92. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng của CSYT cho biết về các cơ chế thực hành lâm sàng trong thời gian tới theo tuyến (C44-C48) 93
Bảng 93. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực của điều dưỡng với tần suất thực hiện của điều dưỡng đích 95
Bảng 94. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực của điều dưỡng với nơi học/thực tập của điều dưỡng đích 96
Bảng 95. Mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp của ĐD (2TC) và nơi thực hành lâm sàng 97
Bảng 96. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng với phương pháp hướng dẫn THLS mà người hướng dẫn sử dụng 98

Danh mục biểu đồ

Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính của điều dưỡng đích theo tuyến (C2) 18
Biểu đồ 2. Tỷ lệ về tuổi trung bình của điều dưỡng đích (C1) 18
Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân bổ trình độ chuyên môn của các điều dưỡng đích theo tỉnh (C3) 19
Biểu đồ 4. Tỷ lệ các phương pháp thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tỉnh (C15) 24
Biểu đồ 5. Điểm trung bình phần trăm đạt các tiêu chuẩn năng lực của điều dưỡng đích 45
Biểu đồ 6. Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng đích đạt các tiêu chuẩn năng lực chia theo tuyến 46
Biểu đồ 7. Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng đích đạt các tiêu chuẩn năng lực chia theo tỉnh..... 46
Biểu đồ 8: Độ tuổi trung bình của người hướng dẫn điều dưỡng THLS (C1) 48
Biểu đồ 9. Tỷ lệ về số năm kinh nghiệm làm điều dưỡng và số năm kinh nghiệm hướng dẫn (C5 và C6)..... 50
Biểu đồ 10. Tỷ lệ CSYT có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS" sử dụng cho Ngư ời hướng dẫn (C30) 87

Danh mục chữ viết tắt

BYT	Bộ Y tế
ADB	Ngân hàng thế giới
ĐD	Điều dưỡng
TLN	Thảo luận nhóm
CSYT	Cơ sở y tế
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
SYT	Sở Y tế
TC	Tiêu chuẩn
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm Y tế
BV	Bệnh viện
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
BV ĐKKV	Bệnh viện đa khoa khu vực
TTTT	Thu thập thông tin
THLS	Thực hành lâm sàng

Tóm tắt báo cáo

Mục tiêu

Thu thập thông tin về hiện trạng hệ thống thực hành lâm sàng nhằm mục đích cung cấp thông tin ban đầu cho thực hiện dự án.

- Đánh giá nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng – những người hoàn thành đào tạo lâm sàng từ 1/9/2015 đến 31/8/2016 tại các CSYT;
- Đánh giá nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của những người hướng dẫn tại các CSYT;
- Đánh giá thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các cơ sở y tế.

Phương pháp

- Thiết kế điều tra mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp với định tính. Thực hiện phiếu tự điền với 590 Điều dưỡng đích, 51 giám đốc các CSYT, 51 điều dưỡng trưởng các CSYT và 99 người hướng dẫn/đào tạo tại các CSYT và 20 cuộc thảo luận nhóm với điều dưỡng và người hướng dẫn.
- Địa bàn điều tra: Thực hiện điều tra tại 2 bệnh viện tại Hà Nội; 12 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Vĩnh Phúc; 11 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Điện Biên; 12 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Bình Định; 16 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Đồng Nai

Một số kết quả chính

Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích

- Nơi thực hành chủ yếu của điều dưỡng đích là khoa nội, khoa ngoại và khoa cấp cứu. Hầu hết điều dưỡng đi luân vòng qua các khoa chính và vòng cuối về khoa mà điều dưỡng đang làm việc hiện tại. 100% điều dưỡng viên đều làm việc tại cơ sở đã từng thực hành hành lâm sàng.
- 88,6% điều dưỡng đích được giới thiệu chương trình và nội dung thực hành lâm sàng. Phương pháp dạy/học phổ biến nhất là vừa làm vừa hướng dẫn và hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc. Điều kiện thực hành hạn chế, thiếu tài liệu học tập, vật tư tiêu hao và trang thiết bị học tập cho điều dưỡng, đặc biệt là tuyến huyện. Có sự khác nhau về nội dung và phương pháp giữa thực hành lâm sàng 9 tháng với thực hành lâm sàng tại trường.
- 95,8% điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành, với hình thức và tần suất khác nhau. Hiện chưa có quy định thống nhất về thời điểm, tần xuất đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng của điều dưỡng. Người đánh giá năng lực thực hành 9 tháng của điều dưỡng chủ yếu là điều dưỡng trưởng khoa.

- Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (có thể làm một mình tất cả 110 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) rất ít (0,3%); đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (có thể làm một mình đủ 60 tiêu chí thuộc 15 tiêu chuẩn) cũng ít (0,8%); đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 43 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) là 10 người (1,7%); đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 7 tiêu chí thuộc 2 tiêu chuẩn) là 219 người (37,1%).

Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của người hướng dẫn tại các CSYT

- Khả năng và kinh nghiệm hướng dẫn thực hành lâm sàng của người hướng dẫn còn hạn chế. Chưa có quy định cụ thể về việc người hướng dẫn phải có chứng chỉ về sư phạm y học (hoặc chứng chỉ tương đương), chỉ có 43,3% đã được tham gia các khoá đào tạo do BYT và các đơn vị khác tổ chức.
- Điều kiện hướng dẫn hạn chế: Hướng dẫn theo kinh nghiệm, thiếu chương trình chung, chuẩn cho các tuyến, thiếu trang thiết bị, thiếu tài liệu hướng dẫn cho người hướng dẫn, thiếu kinh phí cho đào tạo và thiếu sự động viên khuyến khích người hướng dẫn.
- Việc theo dõi giám sát và đánh giá điều dưỡng đích đã được thực hiện, tuy nhiên chưa có quy định cụ thể, thiếu công cụ cho theo dõi giám sát đánh giá quá trình thực hành lâm sàng.

Thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các CSYT

- 64,7% lãnh đạo CSYT được điều tra cho biết có ban hành Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.
- Tại 47,1% CSYT, tất cả người hướng dẫn thực hành lâm sàng chưa tham gia các lớp đào tạo người hướng dẫn lâm sàng cho điều dưỡng. 72,5% số CSYT điều tra không trả phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng. 62,7% CSYT được điều tra chưa có phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung.
- 25,5% số CSYT được điều tra chưa có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng. Giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng hiện được sử dụng tại các CSYT không thống nhất.
- Hiện tại việc thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng của các CSYT chưa nhất quán. 45,1% CSYT thực hiện không định kỳ và 25,5% CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng.
- 74,5% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình không đảm bảo đầy đủ trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng.

Mối liên quan giữa mức độ đáp ứng của các điều dưỡng đích theo chuẩn năng lực với một số một số yếu tố liên quan

- Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp, năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam cao hơn đáng kể (p<0,01-0,001) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng).
- Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp, năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp cao hơn đáng kể (p<0,01-0,001) so với số điều dưỡng đã được học và chưa được học ở trường.
- Đã thấy có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với một số yếu tố có liên quan đến THLS như: phương pháp hướng dẫn thực hành mà người hướng dẫn áp dụng; nơi THLS; người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng; phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung có đầy đủ; tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng có đầy đủ; CSYT có thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả; trong quá trình THLS, CSYT có bố trí buổi thảo luận về ca bệnh; trong quá trình THLS, CSYT có tổ chức thực hành ngoài giờ làm việc; trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho THLS có được đảm bảo đầy đủ; vật tư tiêu hao dùng cho THLS có được đảm bảo đầy đủ; có cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS cho người hướng dẫn sử dụng....
- Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn)và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với hầu hết các yếu tố có liên quan đến THLS.

Khuyến nghị

- Cần xây dựng chương trình đào tạo chung cho thực hành lâm sàng 9 tháng của điều dưỡng mới tốt nghiệp áp dụng cho các cơ sở y tế
- Các CSYT cần có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp
- Các cơ sở y tế cần thực hiện nghiêm túc việc ra quyết định phân công người hướng dẫn
- Tăng cường công tác đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng
- Cần có chế độ phù hợp cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng
- Tăng cường hỗ trợ CSVC, TTB, tài liệu cho các cơ sở đào tạo thực hành lâm sàng
- Tăng cường hoạt động theo dõi, giám sát và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng
- Trong quá trình đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, các CSYT cần quan tâm nhiều hơn đến một số tiêu chuẩn năng lực điều dưỡng có điểm phần trăm trung bình thấp.

I. Đặt vấn đề

1.1. Tổng quan dự án

Điều dưỡng là một trong các thành phần rất quan trọng của hệ thống dịch vụ y tế. Dịch vụ do điều đưỡng thực hiện là dịch vụ phổ biến và thiết yếu không thể thiếu, đặc biệt khi xã hội phát triển, nhu cầu chăm sóc càng cao. Do vậy nếu dịch vụ chăm sóc điều dưỡng không được đặt đúng vị trí thì hệ thống y tế sẽ không thể cung cấp được các dịch vụ y CSSK có chất lượng. Vì vậy, quá trình phát triển của điều dưỡng một cách chuyên nghiệp là rất cần thiết và cần theo kịp sự phát triển của Y học.

Trong xu thế phát triển chung về kinh tế, đời sống, khoa học và xã hội, mục tiêu đào tạo điều dưỡng trên thế giời và khu vực Đông Nam Á là đào tạo ra những điều dưỡng chuyên nghiệp có khả năng thực hành nghề dựa trên bằng chứng, có khả năng áp dụng chăm sóc điều dưỡng nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe của người dân, có khả năng làm việc trong nhóm đa ngành và có khả năng học tập suốt đời. Trong xu hướng chung, kế hoạch hành động quốc gia về phát triển điều dưỡng và nữ hộ sinh của Việt Nam giai đoạn 2013-2020 cũng nhằm phát triển nguồn nhân lực về điều dưỡng và nữ hộ sinh, cả số lượng và chất lượng đạt tiêu chuẩn quốc tế, đáp ứng các yêu cầu nhằm thực hiện Thỏa thuận công nhận lẫn nhau về điều dưỡng trong các nước ASEAN. Tuy nhiên cho đến nay, Việt Nam vẫn thiếu còn các điều dưỡng có trình độ chăm sóc bệnh nhân một cách chuyên nghiệp.

Luật Khám chữa bệnh được ban hành năm 2009 đã đưa ra yêu cầu cấp chứng chỉ hành nghề cấp cấp quốc gia cho điều dưỡng mới tốt nghiệp sau khi hoàn thành 9 tháng đào tạo thực hành lâm sàng. Mặc dù việc đào tạo thực hành cho điều dưỡng trước khi cấp chứng chỉ hành nghề đã và đang được thực nhiện nhưng cho đến nay vẫn chưa có chương trình đào tạo chuẩn chung cho toàn quốc và cũng chưa có hệ thống chính thức đào tạo lâm sàng cho các điều dưỡng mới tốt nghiệp. Chất lượng và số lượng của chương trình đào tạo cũng như việc đào tạo rất khác nhau giữa các cơ sở y tế và khó để đảm bảo sau khi tham gia khoá thực hành lâm sàng các điều dưỡng đạt được những kỹ năng và năng lực như mong đợi. Điều này đặt ra nhu cầu ngày càng tăng đối với việc chuẩn hóa và tăng cường hệ thống đào tạo lâm sàng cho các điều dưỡng mới tốt nghiệp nhằm nâng cao chất lượng của đội ngũ điều dưỡng.

1.2. Sự cần thiết phải tiến hành cuộc điều tra này

Từ các thực tiễn nêu trên đã cho thấy việc thực hiện Dự án Tăng cường hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, nhằm xây dựng một hệ thống đào tạo lâm sàng đạt tiêu chuẩn quốc tế của Việt Nam về điều dưỡng do tổ chức JICA hỗ trợ là rất cấp thiết và cần thiết. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá thực trạng về đào tạo lâm sàng tại các CSYT.

Để có thể xây dựng và thực hiện chương trình đào tạo thực hành lâm sàng hiệu quả trong khuôn khổ của Dự án, dưới sự hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính của JICA, việc thực hiện phân tích thực trạng đào tạo thực hành lâm sàng giai đoạn đầu dự án là rất cần thiết. Do trên thế giới chưa có nước nào xây dựng chương trình thực hành như mong đợi của Việt Nam nên việc xây dựng các can thiệp, quy trình và kết quả của các can thiệp dự án cần phân tích đầu đủ. Kết quả phân tích này có thể góp phần cho những phiên thảo luận trong diễn đàn giáo dục y học quốc tế.

II. Mục tiêu điều tra

2.1. Mục tiêu chung

Thu thập thông tin về hiện trạng hệ thống thực hành lâm sàng tại 4 tỉnh thí điểm (Vĩnh Phúc, Điện Biên, Bình Định và Đồng Nai) và 2 bệnh viện (Bạch Mai, Xanh Pôn) tại Hà Nội, nhằm mục đích cung cấp thông tin ban đầu cho thực hiện dự án (phát triển và giới thiệu các chương trình đào tạo lâm sàng chuẩn, phát triển và giới thiệu đào tạo giảng viên, phát triển và giới thiệu cơ chế giám sát và kiểm định) cũng như đánh giá tác động tiềm năng.

2.2 Mục tiêu cụ thể

- Đánh giá nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng – những người hoàn thành đào tạo lâm sàng từ 1/9/2015 đến 31/8/2016 tại các CSYT;
- Đánh giá nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của những người hướng dẫn tại các CSYT;
- Đánh giá thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các cơ sở y tế.

III. Phương pháp điều tra

3.1. Thiết kế điều tra

Thiết kế điều tra: Mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp với định tính.

- Phương pháp định lượng: Sử dụng phiếu tự điền thu thập thông tin về thực trạng hệ thống đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, làm cơ sở cho xây dựng chương trình đào tạo và cấp chỉ hành nghề cho điều dưỡng. Thông tin sẽ được thu thập từ nhóm điều dưỡng đích, giám đốc/PGĐ các CSYT, điều dưỡng trưởng các CSYT và người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng đích tại các CSYT.

- Phương pháp định tính: Thực hiện thảo luận nhóm với các điều dưỡng đích và những người hướng dẫn/đào tạo tại các CSYT nhằm tìm hiểu sâu hơn về thực trạng đào tạo thực hành lâm sàng tại các CSYT.

3.2. Đối tượng điều tra

- Điều dưỡng đích – những người đã hoàn thành khoá đào tạo thực hành lâm sàng có và không có việc làm thường xuyên[1] từ 1/9/2015 đến 31/8/2016, và làm việc trong các cơ sở y tế đích tại bốn tỉnh thí điểm và hai bệnh viện ở thành phố Hà Nội;

- Giám đốc các CSYT;

- Điều dưỡng trưởng các CSYT;

- Người hướng dẫn/đào tạo tại các CSYT.

3.3. Thời gian và địa bàn điều tra

- Thời gian điều tra: Cuộc điều tra được thực hiện từ 9/2016 đến 12/2016.

- Địa bàn điều tra: Thực hiện điều tra tại 2 bệnh viện tại Hà Nội; 12 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Vĩnh Phúc; 11 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Điện Biên; 12 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Bình Định; 16 CSYT tuyến tỉnh/huyện tại Đồng Nai (Chi tiết xem Bảng PL 1).

[1] Điều dưỡng đích mà không làm việc thường xuyên là những người đã hoàn thành thực hành lâm sàng mà không có bất kỳ việc làm nào, ví dụ như các học viên phải trả chi phí đào tạo.

3.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn CSYT điều tra:

Văn phòng dự án JICA tại Hà Nội đã phối hợp với Cục Khoa học công nghệ và đào tạo và SYT các tỉnh lập danh sách các cơ sở y tế và số điều dưỡng đã hoàn thành thực hành lâm sàng trong 3 năm (từ 1/9/2013 đến 31/10/2016) tại 4 tỉnh dự án và Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Xanh Pôn. Tổng số cơ sở y tế là 58 CSYT và 2893 điều dưỡng.

Dựa trên danh sách do Văn phòng dự án cung cấp, nhóm điều tra lựa chọn các cơ sở y tế có tiếp nhận điều dưỡng đã hoàn thành đào tạo lâm sàng và việc làm thường xuyên từ 1/9/2015 đến 31/8/2016 và đang làm việc tại các cơ sở y tế, để hoàn thành danh sách các cơ sở y tế điều tra. Những CSYT nào không có điều dưỡng đích theo đúng tiêu chí, thì đơn vị tư vấn sẽ không thực hiện điều tra. Danh sách đơn vị tư vấn lập được là 51 cơ sở y tế từ tuyến huyện trở lên với tổng số 739 điều dưỡng đích. Ngoài ra đơn vị tư vấn phối hợp với SYT 4 tỉnh lựa chọn 12 trạm y tế xã để điều tra.

Thực tế nhóm tư vấn chỉ điều tra được 590 điều dưỡng đích đáp ứng các tiêu chuẩn của dự án, còn 149 điều dưỡng không được điều tra do chưa đáp ứng các tiêu chuẩn quy định. Hầu hết những điều dưỡng không dược điều tra chủ yếu do hoàn thành thực hành lâm sàng trước thời gian 1/9/2015, một số ít điều dưỡng vẫn đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng.

Chọn mẫu:

Phiếu tự điền:

Điều dưỡng đích: Chọn toàn bộ điều dưỡng đích đã hoàn thành khoá thực hành lâm sàng sau khi tốt nghiệp tại các trường đại học, cao đẳng và trung cấp điều dưỡng đáp ứng các tiêu chuẩn nêu trên tại các cơ sở y tế đã được chọn. Tổng số là 590 đối tượng.

Lãnh đạo CSYT nơi điều dưỡng làm việc và điều dưỡng trưởng của CSYT: Tại mỗi CSYT thực hiện 1 phiếu tự điền với lãnh đạo và 1 phiếu tự điền với điều dưỡng trưởng CSYT. Tổng số có 51 lãnh đạo và 51 điều dưỡng trưởng của CSYT tham gia điền phiếu.

Người hướng dẫn: mỗi CSYT chọn 2 người hướng dẫn là người đã tham gia hướng dẫn các điều dưỡng trong quá trình thực hành lâm sàng tham gia điền phiếu tự điền. Số phiếu thu về sau điều tra là 102 phiếu, tuy nhiên có 3 phiếu bị loại trogn quá trình xử lý số liệu. Lý do là 1 phiếu người hướng dẫn của TTYT Phúc Yên (Vĩnh Phúc) là do đơn vị mời cán bộ đang làm việc tại tuyến xã (vì họ là cán bộ biên chế tại Trung tâm và hiện đang hướng dẫn 1 điều dưỡng mới tốt nghiệp về xã làm việc). Có 2 phiếu của TTYT huyện Mường Nhé (Điện Biên) và BVĐK huyện Bình Xuyên (Vĩnh Phúc) có chức danh là bác sỹ trưởng khoa, không phải điều dưỡng (người hướng dẫn). Tổng số có 99 phiếu tự điền của người hướng dẫn tại các cơ sở y tế.

Thảo luận nhóm tập trung: Thực hiện 10 cuộc thảo luận nhóm với điều dưỡng đích và 10 cuộc thảo luận nhóm với người hướng dẫn (3-6 người/cuộc thảo luận nhóm).

Cỡ mẫu điều tra trong thực tế được trình bày ở bảng sau:

Bảng 1. Tóm tắt cỡ mẫu

STT	Đối tượng	Số lượng
	Bảng hỏi tự điền	
1	Điều dưỡng đích	590
2	Lãnh đạo CSYT	51
3	Điều dưỡng trưởng	51
4	Người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng đích	99
	Thảo luận nhóm	
1	Điều dưỡng đích	10 cuộc
2	Người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng đích	10 cuộc

3.5. Bộ công cụ và quy trình điều tra

Bộ công cụ điều tra: bao gồm bốn loại bảng hỏi tự điền và hai hướng dẫn thảo luận nhóm:

Q1- Phiếu tự điền cho điều dưỡng đích người mà được đào tạo lâm sàng có hoặc không có việc làm thường xuyên trong thời gian từ 1/9/2015 đến 31/7/2016, và làm việc tại các cơ sở y tế được chọn, bao gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân, nhận thức và kinh nghiệm, tình hình thực hành lâm sàng, đánh giá thực hành lâm sàng và kiểm thực hành do người trả lời tự đánh giá;

Q2- Phiếu tự điền cho lãnh đạo cơ sở y tế, bao gồm các câu hỏi về thông tin chung về cá nhân, thông tin chung về cơ sở y tế, hệ thống tổ chức và nguồn lực, theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng, chi phí đào tạo thực hành lâm sàng tại cơ sở;

Q3- Phiếu tự điền cho điều dưỡng trưởng tại các cơ sở y tế được chọn, bao gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân, cơ chế, nội dung thực hành lâm sàng 9 tháng, đào tạo người hướng dẫn, theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng, năng lực cần có của điều dưỡng và cơ chế thực hành lâm sàng trong thời gian tới;

Q4- Phiếu tự điền cho người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng đích, bao gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân, cơ chế, nội dung thực hành lâm sàng 9 tháng, cơ chế hướng dẫn, hệ thống theo dõi, giám sát và kiểm tra, năng lực cần có của điều dưỡng và cơ chế thực hành lâm sàng trong thời gian tới;

Khung hướng dẫn thảo luận nhóm với điều dưỡng đích và người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng đích bao gồm các câu hỏi: Kể câu chuyện thoải mái và không thoải

mái trong quá trình thực hành lâm sàng. Giả định tình huống sau 10 năm của thực hành lâm sàng và đưa ra những vấn đề đã được giải quyết trong thời gian đó.

Quy trình điều tra:

Việc tổ chức phát và điền bảng hỏi được diễn ra theo các bước như sau:

Bước 1: Tại mỗi cơ sở y tế được chọn, nhóm tư vấn yêu cầu một phòng riêng biệt và mời lần lượt 30 đối tượng đích vào phòng để thực hiện điền bảng hỏi. Đối với các cơ sở có số lượng đối tượng đích từ 30 người trở xuống, nhóm điều tra sẽ mời toàn bộ vào phòng để thực hiện điền bảng hỏi.

Bước 2: Nhóm điều tra kiểm tra lại số lượng và họ tên theo danh sách có sẵn để đảm bảo đủ số lượng và đúng đối tượng đích cần điều tra.

Bước 3: Nhóm điều tra lần lượt phát bảng hỏi tự điền và giải thích rõ mục đích, nội dung cuộc điều tra, tính bảo mật, đồng thời hướng dẫn cách điền phiếu, qui định không trao đổi với nhau về các phương án trả lời, và thời gian điền, hoàn thành phiếu là 1 giờ.

Bước 4: Toàn bộ các đối tượng đích bắt đầu tự điền các câu trả lời cho từng câu hỏi trong bảng hỏi. Tại bước này, đối tượng đích có thắc mắc gì về câu hỏi hoặc chưa hiểu câu hỏi, điều tra viên có giải thích thêm. Trong suốt thời gian điền phiếu, điều tra viên có quan sát, nhắc nhở những trường hợp trao đổi với nhau về các phương án trả lời.

Bước 5: Sau khi các đối tượng đích hoàn thành việc tự điền bảng hỏi, nhóm điều tra đã kiểm tra lần lượt các bảng hỏi xem điền có bị lỗi hoặc thiếu thông tin không. Với những bảng hỏi thiếu thông tin, nhóm điều tra yêu cầu người trả lời sửa lại. Tại bước này, nhóm điều tra đã kiểm tra lại số lượng bảng hỏi nhằm đảm bảo đúng với số lượng đối tượng đích có trong phòng như ở Bước 2.

Đối với thảo luận nhóm tập trung: Mỗi cuộc thảo luận nhóm tập trung được thực hiện trong thời gian 45 phút với 3-6 điều dưỡng hoặc với 3-6 người hướng dẫn/đào tạo điều dưỡng, không kể thời gian chuẩn bị địa điểm, tập hợp và chờ đợi người tham gia, và định hướng người tham gia vào cuộc thảo luận. Mỗi cuộc thảo luận nhóm tập trung đã được ghi âm và đánh máy lại.

3.6. Xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo

Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính bằng chương trình Epidata 3.1. Tổng số cán bộ nhập liệu là 6 người, mỗi một phiếu tự điền thì được nhập độc lập 2 lần bởi 2 cán bộ nhập liệu khác nhau. Sau đó được đối chiếu so sánh để sửa lỗi, hạn chế sai số trong quá trình nhập liệu. Sử dụng chương trình SPSS 17.0 để phân tích số liệu.

Những thông tin thu được từ các thảo luận nhóm sẽ các chuyên viên nhập liệu gỡ băng và đánh máy lại, nhóm tư vấn đã kiểm tra lại để tránh sai lệch và thiếu hụt thông tin. Trên cơ sở các số liệu, minh chứng cho kết quả điều tra, nhóm nghiên cứu viết bản báo cáo kết quả điều tra với những phân tích mô tả cũng như các đơn biến để tìm kiếm mối liên hệ giữa các chỉ số/các biến. Ngoài ra, nhóm tư vấn sẽ trình bày các định nghĩa và giải thích chính xác của dữ liệu thu thập được trong cuộc điều tra.

3.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương đánh giá đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y dược Thái Bình và Bộ Y tế thông qua. Đánh giá chỉ được thực hiện sau khi có sự chấp nhận và chữ ký vào phiếu tự điền của các đối tượng tham gia.

Mọi thông tin được mã hoá và được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích đánh giá mà không phục vụ cho mục đích thương mại nào khác.

3.8. Hạn chế của điều tra

Mặc dù đã được giải thích rất kỹ về mục đích của cuộc đánh giá, cũng như tính bảo mật của thông tin nghiên cứu, nhưng một số điều dưỡng vẫn lo ngại về việc họ có thể bị đánh giá thấp nếu các thông tin đánh giá năng lực của họ trong phiếu tự điền ảnh hưởng đến việc thăng tiến, biên chế, thi đua. Vì vậy các điều dưỡng đích có thể có xu hướng tự đánh giá năng lực của bản thân tốt hơn so với thực tế.

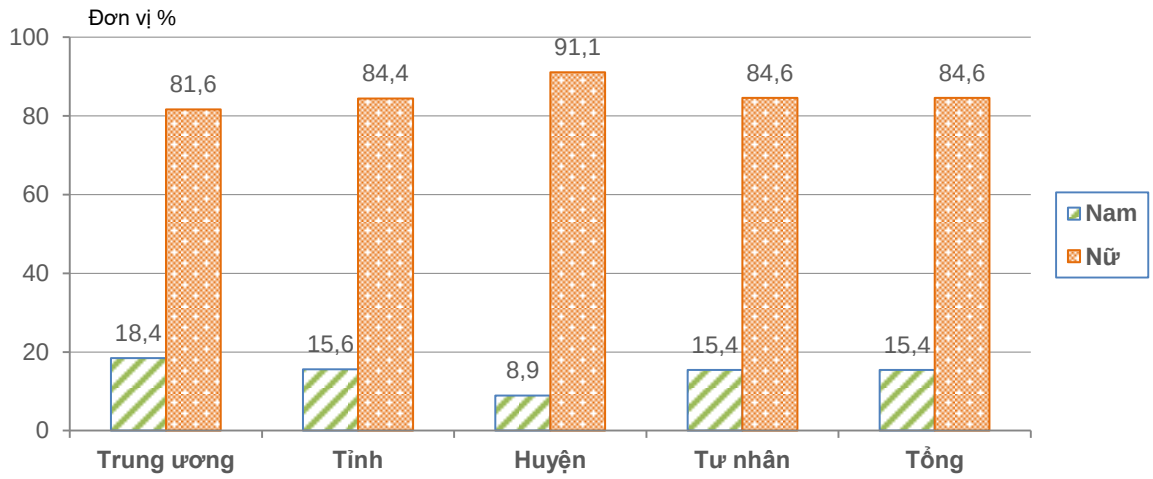
Do số lượng đối tượng điều dưỡng hoàn thành thực hành lâm sàng trong vòng một năm trước thời điểm điều tra rất ít. Do đó, để đảm bảo đủ số mẫu phân tích, nhóm điều tra đã thực hiện phiếu tự điền với tất cả số điều dưỡng đích tại của các CSYT đã được chọn tại 4 tỉnh dự án và bệnh viện Xanh Pôn, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội. Do đó, cỡ mẫu đối tượng không đồng đều giữa các CSYT và địa phương điều tra.

Trong thiết kế ban đầu có hoạt động đánh giá thực hành lâm sàng đối với điều dưỡng tại tuyến xã. Tuy nhiên, trong quá trình thực địa nhóm nghiên cứu phát hiện các điều dưỡng này chủ yếu thực hiện nhiệm vụ về y học dự phòng, không tham gia thực hành lâm sàng. Do đó, trong báo cáo này không đề cập đến kết quả của hoạt động điều tra thực hành lâm sàng tại tuyến xã.

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRA

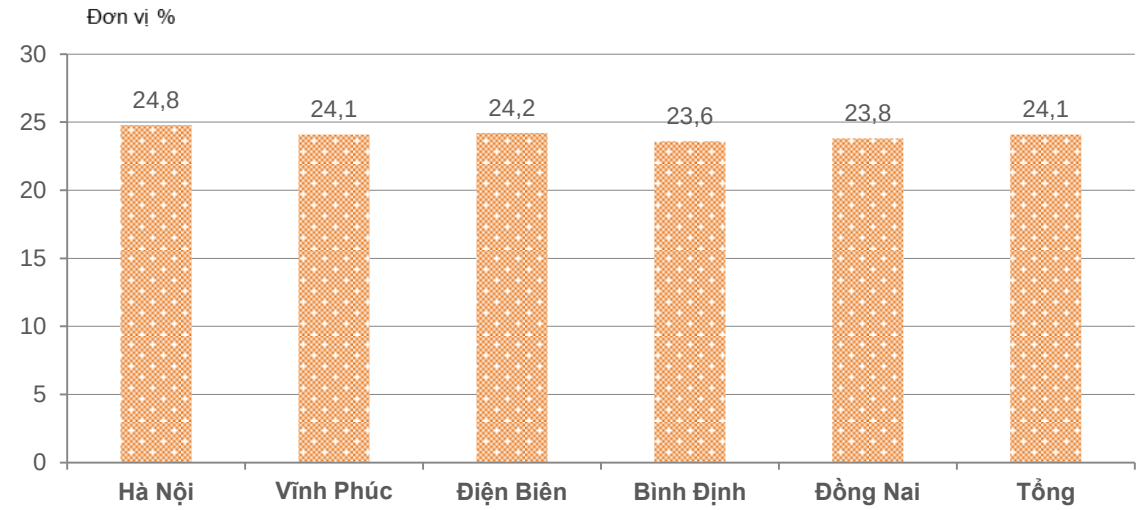
4.1. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích (Q1)

4.1.1. Thông tin chung về điều dưỡng đích



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính của điều dưỡng đích theo tuyến (C2)

Điều tra trên 590 điều dưỡng đích bằng phiếu tự điền, kết quả điều tra đã cho thấy số điều dưỡng đích là nữ giới chiếm tỷ lệ 84,6% và chỉ có 15,4% điều dưỡng đích là nam.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ về tuổi trung bình của điều dưỡng đích (C1)

Độ tuổi trung bình chung của điều dưỡng đích là 24,1 tuổi. Kết quả này khá phù hợp với đối tượng nghiên cứu là những điều dưỡng mới tốt nghiệp đã qua thời gian thực hành lâm sàng theo luật khám bệnh, chữa bệnh [3]. Phân theo tỉnh, tuổi trung bình của điều dưỡng đích thấp nhất ở Bình Định (23,6 tuổi), cao nhất tại Hà Nội (24,8

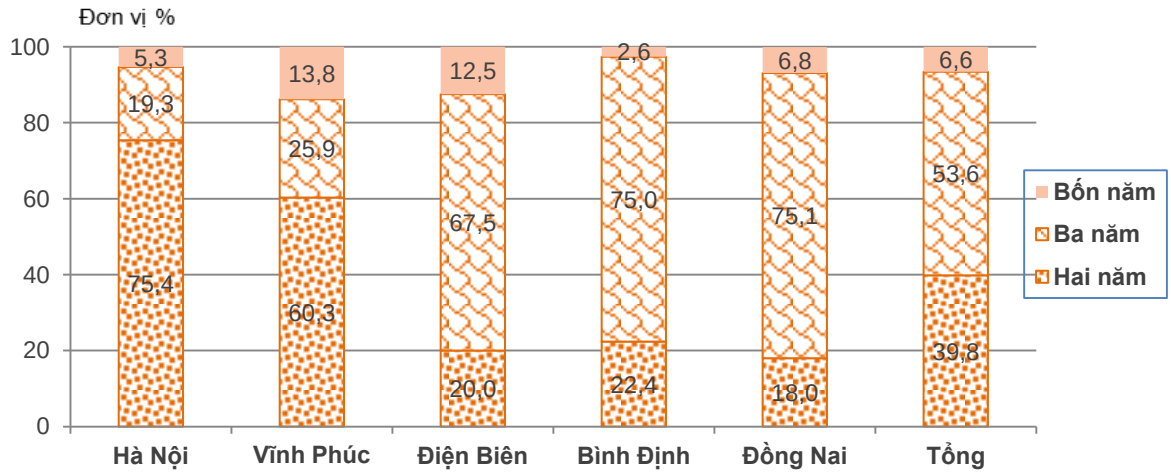
tuổi). Độ tuổi thấp nhất thuộc nhóm CSYT tư nhân (23,71) và cao nhất ở tuyến trung ương (24,86) (Xem Bảng PL 2).

Bảng 2. Tỷ lệ về phân bổ trình độ chuyên môn của điều dưỡng đích theo tuyến (C3)

Thông tin chung	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
Hai năm (Trung cấp chuyên nghiệp)	74,3	25,4	36,7	28,8	39,8
Ba năm (Cao đẳng điều dưỡng)	20,4	68,7	51,9	63,5	53,6
Bốn năm (cử nhân đại học)	5,3	5,9	11,4	7,7	6,6

Kết quả nghiên cứu từ bảng 2 cho thấy có sự không đồng đều về trình độ học vấn thông qua các chương trình đào tạo đã tốt nghiệp của các điều dưỡng viên đích tham gia điều tra. Phần lớn trong số họ có trình độ tốt nghiệp hệ cao đẳng điều dưỡng có thời gian đào tạo là 3 năm (53,6%) và hệ trung cấp chuyên nghiệp với thời gian đào tạo là 2 năm (gần 40%). Đặc biệt chỉ có 6,6 % số điều đưỡng đích được điều tra có trình độ đại học là các cử nhân điều dưỡng, với khung chương trình đào tạo có thời gian là 4 năm.

Nghiên cứu về trình độ chuyên môn cao nhất của điều dưỡng theo tuyến, một kết quả đáng ngạc nhiên là tuyến trung ương có tỷ lệ điều dưỡng học chương trình đào tạo hai năm lớn gấp 2,5 lần tuyến tỉnh, tuyến huyện và y tế tư nhân và ngược lại tỷ lệ điều dưỡng theo chương trình học 3 năm cũng thấp hơn các tuyến này một cách đáng kể.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân bổ trình độ chuyên môn của các điều dưỡng đích theo tỉnh (C3)

Biểu đồ 3 trình bày phân bố trình độ chuyên môn của điều dưỡng đích theo tỉnh đã cho thấy tỷ lệ điều dưỡng hoàn thành chương trình đào tạo hệ 2 năm dao động từ 18% đến 74,8%, cao nhất ở Hà Nội và thấp nhất tại Đồng Nai và ngược lại hệ 3 năm cao nhất ở Đồng Nai và Bình Định. Nhìn chung điều dưỡng có trình độ chuyên môn thuộc hệ đào tạo 4 năm còn thấp dao động từ 2,6% (Bình Định) đến 13,8% (Vĩnh Phúc).

Sự không đồng đều về trình độ chuyên môn là do trong những năm trước đây chương trình đào tạo điều dưỡng chủ yếu là 2 năm. Tuy nhiên, trong những năm gần đây do các trường trung học y tế chuyển thành các trường cao đẳng và đại học điều dưỡng do vậy chương trình đào tạo điều dưỡng đã chuyển đổi. Chính vì vậy số điều dưỡng hoàn thành chương trình học 3 năm và 4 năm ngày càng tăng.

Hầu hết điều dưỡng đã hoàn thành thực hành lâm sàng ít nhất là 9 tháng theo quy định của Bộ Y tế (98,3%) và có 1,7% điều dưỡng thực hành lâm sàng trên 9 tháng. Trong đó có 51,9% điều dưỡng thực hành lâm sàng ở tuyến tỉnh, 25,9% thực hành tại tuyến trung ương, 13,4% tại tuyến huyện và chỉ có 8,8% điều dưỡng mới tốt nghiệp thực hành tại các cơ sở y tế tư nhân (xem Bảng PL 2).

Bảng 3. Tỷ lệ về tuyến cơ sở y tế đang làm việc của điều dưỡng phân theo tỉnh (C6)

Thông tin chung	Hà Nội (n=171)	Vĩnh Phúc (n=58)	Điện Biên (n=40)	Bình Định (n=116)	Đồng Nai (n=205)	Tổng (n=590)
Tuyến trung ương	88,9	0,0	0,0	0,0	0,0	25,8
Tuyến tỉnh	11,1	62,1	32,5	77,6	72,7	52,0
Tuyến huyện	0,0	25,9	67,5	22,4	5,4	13,4
Tư nhân	0,0	12,1	0,0	0,0	22,0	8,8

Tại Hà Nội điều tra tại bệnh viện Xanh Pôn và bệnh viện Bạch Mai, số điều dưỡng được điều tra tại bệnh viện Bạch Mai (tuyến trung ương) là chủ yếu (88,9%). Tại các tỉnh Vĩnh Phúc, Bình Định, Đồng Nai tỷ lệ điều dưỡng tham gia nghiên cứu chủ yếu làm việc tại tuyền tỉnh, tỷ lệ này dao động từ 62,1% đến 77,6%. Riêng tại Điện Biên, phần lớn điều dưỡng làm việc tại tuyến huyện (67,5%).

Bảng 4. Tỷ lệ điều dưỡng hiện đang làm việc và THLS tại cùng 1 cơ sở (C8)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=171)	Trung ương	152	100,0
	Tỉnh	19	100,0
Vĩnh Phúc (n=58)	Tỉnh	36	100,0
	Huyện	15	100,0
	Tư nhân	7	100,0
Điện Biên (n=40)	Tỉnh	13	100,0
	Huyện	27	100,0
Bình Định (n=116)	Tỉnh	90	100,0
	Huyện	26	100,0
Đồng Nai (n=205)	Tỉnh	149	100,0
	Huyện	11	100,0
	Tư nhân	45	100,0
Tổng (n=590)	Trung ương	152	100,0
	Tỉnh	307	100,0
	Huyện	79	100,0
	Tư nhân	52	100,0

Kết quả phân tích về nơi thực hành lâm sàng và nơi làm việc hiện tại của điều dưỡng cho thấy 100% điều dưỡng viên đều làm việc tại cơ sở đã từng thực hành hành lâm sàng ở tất cả các tuyến và tỉnh.

Bảng 5. Tỷ lệ khoa thực hành lâm sàng và đang làm việc của điều dưỡng theo tuyến (C9 và C10)

Khoa	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
Khoa thực hành lâm sàng (C9, câu hỏi nhiều lựa chọn)					
• Nội	73,0	28,7	41,8	30,8	42,0
• Ngoại	55,9	31,6	31,6	15,4	36,4
• Sản	25,0	6,2	6,3	9,6	11,4
• Nhi	34,2	11,7	19,0	9,6	18,3
• Truyền nhiễm	38,8	3,9	12,7	3,8	14,1
• Cấp cứu	53,3	17,6	25,3	28,8	28,8
• Phòng tư vấn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Chẩn đoán hình ảnh	2,0	0,7	3,8	7,7	2,0
• Khoa dược	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2
• Xét nghiệm	0,7	0,3	0,0	11,5	1,4
• Y học cổ truyền	5,3	1,0	2,5	1,9	2,4
• Khác	27,6	26,4	20,3	19,2	25,3
Khoa đang làm việc (C10)					
• Nội	25,7	23,8	25,3	21,2	24,2
• Ngoại	23,0	26,1	17,7	7,7	22,5
• Sản	2,0	2,3	0,0	3,8	2,0
• Nhi	3,3	6,2	12,7	3,8	6,1
• Truyền nhiễm	1,3	3,3	7,6	0,0	3,1
• Cấp cứu	5,9	11,1	12,7	17,3	10,5
• Phòng tư vấn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Chẩn đoán hình ảnh	0,0	0,3	3,8	7,7	1,4
• Khoa dược	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Xét nghiệm	0,0	0,3	0,0	11,5	1,2
• Y học cổ truyền	0,0	1,0	1,3	1,9	0,8
• Khác	45,4	27,0	25,3	26,9	31,5
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kết quả điều tra về nơi thực hành lâm sàng của điều dưỡng cho thấy tỷ lệ điều dưỡng thực hành lâm sàng tại khoa nội chiếm tỷ lệ cao nhất (42%), thứ hai là khoa ngoại (36,4%), thứ ba là khoa cấp cứu (28,8%) và thấp nhất là khoa dược (0,2%). Tỷ lệ thực hành ở mỗi khoa khác nhau giữa các tuyến, trong đó tuyến trung ương có 73% điều dưỡng thực hành tại khoa nội, tuyến tỉnh chỉ có 28,7%.

Kết quả về khoa điều dưỡng đang làm việc sau khi tốt nghiệp cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng đang làm việc tại khoa nội chiếm tỷ lệ cao nhất (24,2%), thứ hai là khoa ngoại (22,5%), thứ ba khoa cấp cứu (10,5%).

4.1.2. Tình hình thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích

Về chương trình và tài liệu phục vụ cho thực hành

Bảng 6. Tỷ lệ ĐD đích được giới thiệu về nội dung và nhận được tài liệu trước khoá học và ý kiến điều dưỡng đích về vật dụng, TTB cho THLS 9 tháng (C11, C12 và C13)

Tỉnh	Tuyến	Được giới thiệu về chương trình, mục tiêu	Nhận được tài liệu	Vật dụng, TTB, vật tư tiêu hao		
				Đầy đủ	Thiếu	Hoàn toàn không có
Hà Nội (n=171)	Trung ương	100,0	99,3	96,1	3,9	0,0
	Tỉnh	100,0	100,0	68,4	26,3	5,3
Vĩnh Phúc (n=58)	Tỉnh	86,1	83,3	91,7	5,6	2,8
	Huyện	53,3	46,7	53,3	13,3	33,3
	Tư nhân	100,0	57,1	42,9	42,9	14,3
Điện Biên (n=40)	Tỉnh	92,3	69,2	38,5	61,5	0,0
	Huyện	77,8	74,1	66,7	29,6	3,7
Bình Định (n=116)	Tỉnh	90,0	91,1	85,6	14,4	0,0
	Huyện	92,3	84,6	84,6	15,4	0,0
Đồng Nai (n=205)	Tỉnh	75,2	69,1	65,8	30,9	3,4
	Huyện	100,0	81,8	63,6	36,4	0,0
	Tư nhân	100,0	97,8	93,3	6,7	0,0
Tổng (n=590)	Trung ương	100,0	99,3	96,1	3,9	0,0
	Tỉnh	83,1	79,2	73,6	24,1	2,3
	Huyện	81,0	73,4	69,6	22,8	7,6
	Tư nhân	100,0	92,3	86,5	11,5	1,9
	Chung	88,6	84,7	80,0	17,6	2,4

Kết quả từ bảng trên cho thấy 88,6% điều dưỡng đích cho biết họ đã được giới thiệu chương trình và nội dung học khi bắt đầu khoá thực hành lâm sàng, trong đó 100% điều dưỡng đích ở các cơ sở y tế thuộc tuyến trung ương và tuyến tư nhân. Ở tuyến tỉnh và huyện của 4 tỉnh dự án vẫn còn có một số cơ sở y tế chưa được giới thiệu về chương trình và nội dung học, các chỉ tiêu cần đạt cho điều dưỡng trước đợt thực hành lâm sàng.

Về việc cung cấp tài liệu cho điều dưỡng trong quá trình thực hành lâm sàng, kết quả điều tra cho thấy có 85% điều dưỡng đích nhận được tài liệu học tập khi theo học chương trình thực hành lâm sàng, trong đó cao nhất là tuyến trung ương (99,3%) và thấp nhất ở tuyến huyện (73,4%). Tại hai bệnh viện của Hà Nội, gần 100% các điều dưỡng đã được cấp tài liệu sử dụng trong quá trình thực hành lâm sàng. Ở 4 tỉnh còn lại có sự khác nhau giữa các cơ sở y tế và các tuyến, dao động từ 53,3% đến 100%. Với điều dưỡng mới tốt nghiệp và cán bộ y tế, tài liệu thực hành lâm sàng rất cần thiết đặc biệt trong giai đoạn thực hành lâm sàng.

Mặc dù hầu hết các điều dưỡng đích đã cho biết được giới thiệu về chương trình thực hành lâm sàng và được cấp tài liệu trong quá trình học tuy nhiên chương trình học ở rất nhiều cơ sở chưa được chính thức ban hành, các chỉ tiêu thực hành chưa thật rõ và thống nhất, ngay cả trong một tỉnh, có những nơi chương trình chưa được giới

thiệu cho điều dưỡng đích chưa được chính thức hoá. Có những nội dung do người hướng dẫn tự soạn và yêu cầu điều dưỡng đích học trong quá trình thực hành.

Về tài liệu học tập, mặc dù các điều dưỡng đích cho biết đã nhận được tài liệu nhưng ở nhiều cơ sở y tế chỉ là những tài liệu do Bộ Y tế ban hành hoặc những tài liệu do chính bệnh viện biên soạn dựa trên những tài liệu thu thập từ các khoá tập huấn hoặc các hướng dẫn. Như vậy việc thiếu tài liệu cho thực hành, cả về số lượng và chất lượng sẽ làm hạn chế quá trình và kết quả thực hành của điều dưỡng. Việc xây dựng và thực hiện chương trình thực hành chuẩn chung cùng với các tài liệu học tập là rất cần thiết.

Kết quả điều tra về những vật tư, TTB thiết yếu cho quá trình thực hành lâm sàng cho thấy, vẫn còn 20% điều dưỡng cho rằng các vật dụng, TTB, vật tư tiêu hao cho thực hành lâm sàng thiếu hoặc hoàn toàn không có. Đặc biệt có 61,5% điều dưỡng tuyến tỉnh, 29,6% tại tuyến huyện của tỉnh Điện Biên và trên 30% điều dưỡng tuyến tỉnh/huyện của Đồng Nai cho rằng rất thiếu các vật dụng, TTB, và vật tư tiêu hao để thực hành lâm sàng.

Thông tin thu được từ phiếu tự điền của điều dưỡng đích chỉ phản ánh được bề nổi của sự thiếu hụt chương trình, tài liệu, dụng cụ và TTB cho dạy học, thậm chí trong một số trường hợp họ không biết thiếu những tài liệu và vật dụng họ cần dược trang bị. Để có thể xây dựng và triển khai chương trình thực hành lâm sàng hiệu quả cho điều dưỡng thì cần những đánh giá chi tiết hơn.

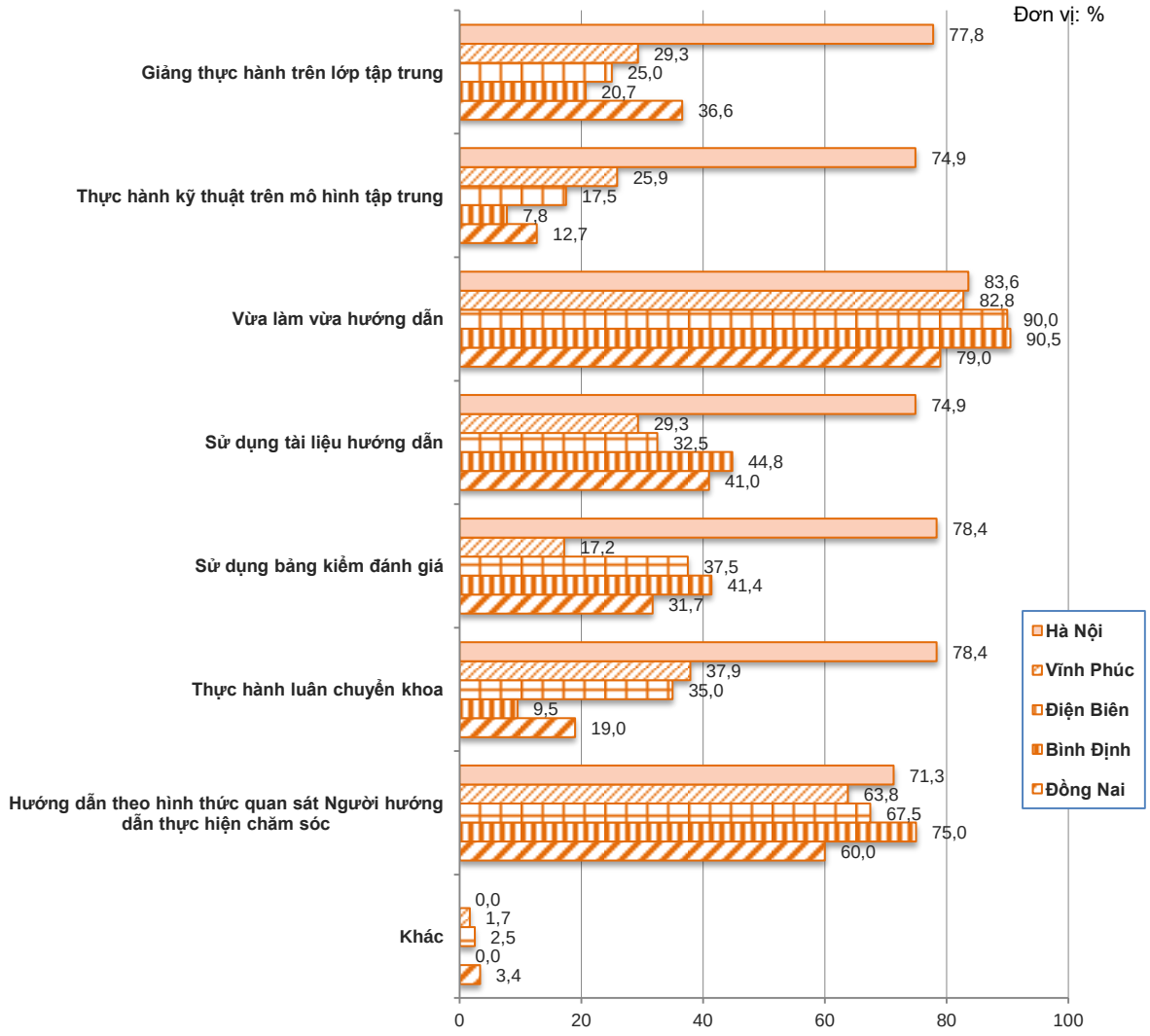
Thực trạng về phương pháp dạy/học thực hành lâm sàng

Bảng 7. Tỷ lệ các phương pháp thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tuyến (C15, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Phương pháp thực hành lâm sàng	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
Giảng thực hành trên lớp tập trung	86,2	33,6	21,5	15,4	43,9
Thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung	82,2	14,7	11,4	11,5	31,4
Vừa làm vừa hướng dẫn	82,2	82,7	91,1	82,7	83,7
Sử dụng tài liệu hướng dẫn	79,6	43,3	27,8	34,6	49,8
Sử dụng bảng kiểm đánh giá	80,9	39,4	22,8	19,2	46,1
Thực hành luân chuyển khoa	84,9	17,6	25,3	32,7	37,3
Hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc	73,0	65,5	65,8	61,5	67,1
Khác	0,0	2,0	3,8	0,0	1,5

Các phương pháp dạy/học áp dụng trong thực hành lâm sàng 9 tháng khá đa dạng và thường có sự phối hợp. Có những phương pháp được áp dụng phổ biến và cũng có phương pháp chỉ được áp dụng ở một số ít các cơ sở y tế. Nghiên cứu riêng từng phương pháp, kết quả từ bảng 7 cho thấy phương pháp được điều dưỡng đề cập tới nhiều nhất là vừa làm vừa hướng dẫn (83,7%), tiếp theo là hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc (67,1%). Các phương pháp khác đã

được sử dụng ở mức tương đương nhau. Tại tuyến trung ương, sử dụng nhiều các phương pháp giảng thực hành với tỷ lệ tương đương nhau. Trong khi đó tại tuyến tỉnh, huyện và tư nhân chủ yếu áp dụng phương pháp vừa làm vừa hướng dẫn.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ các phương pháp thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tỉnh (C15)

Tỷ lệ các phương pháp thực hành theo tỉnh, hai phương pháp phổ biến nhất ở tất cả các tỉnh là phương pháp vừa làm vừa hướng dẫn, thấp nhất tại Đồng Nai (79%), cao nhất tại Bình Định (90,5%), phương pháp hướng dẫn theo hình thức quan sát, thấp nhất tại Đồng Nai (60,0%), cao nhất tại Bình Định (75%). Hà Nội là tỉnh áp dụng tất cả các hình thức với tỷ lệ tương đương nhau dao động từ 71 -83%. Như vậy, việc áp dụng các phương pháp thực hành lâm sàng khá đa dạng, chưa có sự thống nhất đồng bộ trong việc lựa chọn phương pháp thực hành lâm sàng tại các tỉnh.

Bảng 8. Tỷ lệ về sự khác nhau giữa thực hành lâm sàng 9 tháng tại CSYT và tại trường theo tuyến (C16-C17)

Thông tin	Trung ương (n=112)	Tỉnh (n=262)	Huyện (n=61)	Tư nhân (n=40)	Tổng (n=475)
Tỷ lệ điều dưỡng cho rằng THLS 9 tháng tại CSYT khác TH tại trường	73,7	85,3	77,2	76,9	80,5
Những điểm khác giữa THLS 9 tháng và học tại trường					
Phương pháp thực hành	49,1	37,0	39,3	35,0	40,0
Tiêu chuẩn đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng	62,5	36,6	26,2	45,0	42,1
Độ khó dễ của kỹ thuật chăm sóc đã có kinh nghiệm	70,5	58,8	65,6	55,0	62,1
Số người bệnh phụ trách	53,6	53,4	47,5	35,0	51,2
Mức độ nặng của Người bệnh phụ trách	60,7	48,1	44,3	30,0	49,1
Số kỹ năng chăm sóc tự bản thân thực hiện[2]	69,6	45,4	45,9	25,0	49,5
Khác	0,0	3,4	3,3	2,5	2,5

Về sự khác nhau giữa thực hành tại CSYT và tại trường, kết quả bảng 8 cho thấy 80,5% điều dưỡng cho biết sự khác biệt giữa thực hành lâm sàng 9 tháng tại CSYT với thực hành tại trường, trong đó tỷ lệ điều dưỡng cho rằng độ khó dễ của kỹ thuật chăm sóc mà đòi hỏi kinh nghiệm cao nhất (62,1%), số người bệnh phụ trách (51,2%) và mức độ nặng của người bệnh phụ trách cũng là những vấn đề mà có tới 50% điều dưỡng đề cập tới.

Từ kết quả nêu trên có thể thấy thực hành lâm sàng đòi hỏi điều dưỡng phải thuần thục khá nhiều kỹ năng mà khi học ở trường mức độ đạt được hạn chế. Vấn đề này cũng cần được lưu ý khi xây dựng và triển khai chương trình thực hành lâm sàng.

Bảng 9. Tỷ lệ ĐD đích phải trả phí cho việc thực hành lâm sàng 9 tháng (C18)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=171)	Trung ương	144	94,7
	Tỉnh	19	100,0
Vĩnh Phúc (n=58)	Tỉnh	0	0,0
	Huyện	0	0,0
	Tư nhân	0	0,0
Điện Biên (n=40)	Tỉnh	0	0,0
	Huyện	0	0,0
Bình Định (n=116)	Tỉnh	0	0,0
	Huyện	0	0,0
Đồng Nai (n=205)	Tỉnh	0	0,0
	Huyện	0	0,0
	Tư nhân	0	0,0
Tổng (n=590)	Trung ương	144	94,7
	Tỉnh	19	6,2
	Huyện	0	0,0
	Tư nhân	0	0,0
	Chung	163	27,6

Trong quá trình thực hành lâm sàng 9 tháng, hầu hết điều dưỡng thực hành tại tuyến trung ương phải trả chi phí (94,7%), ngược lại thực hành tại tuyến tỉnh, huyện và tư nhân điều dưỡng không phải trả chi phí.

Tại các tỉnh Vĩnh Phúc, Điện Biên, Bình Định, Đồng Nai điều dưỡng không phải trả chi phí thực hành lâm sàng tại các cơ sở y tế. Tại Hà Nội, hầu như điều dưỡng phải trả chi phí cho việc thực hành lâm sàng (94,7%). Chi phí trung bình điều dưỡng phải chi trả tại Hà Nội lần lượt là 4.500.000 đồng (Xem Bảng PL 5).

[2] *Số kỹ năng chăm sóc tự bản thân thực hiện theo phạm vi các cấp: Chăm sóc cấp 1;, chăm sóc cấp 2 và chăm sóc cấp 3*

4.1.3. Đánh giá thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích

Đánh giá (lượng giá) là một phần quan trọng trong quá trình học và thực hành các kỹ năng. Việc đánh giá thực hành lâm sàng của điều dưỡng bao gồm hình thức và thời điểm đánh giá, được trình bày trong bảng sau:

Bảng 10. Tỷ lệ điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng (C19)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=171)	Trung ương	150	98,7
	Tỉnh	19	100,0
Vĩnh Phúc (n=58)	Tỉnh	34	94,4
	Huyện	14	93,3
	Tư nhân	7	100,0
Điện Biên (n=40)	Tỉnh	11	84,6
	Huyện	27	100,0
Bình Định (n=116)	Tỉnh	89	98,9
	Huyện	26	100,0
Đồng Nai (n=205)	Tỉnh	135	90,6
	Huyện	10	90,9
	Tư nhân	43	95,6
Tổng (n=590)	Trung ương	150	98,7
	Tỉnh	288	93,8
	Huyện	77	97,5
	Tư nhân	50	96,2
	Chung	565	95,8

Kết quả thu được từ bảng 10 cho thấy hầu hết điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng (95,8%). Vẫn còn hơn 4% số điều dưỡng không được đánh giá trong quá trình học cũng như kết thúc quá trình học, rải rác ở các tuyến. Việc thực hiện đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành tại các tỉnh cũng khác nhau và thậm chí ngay cả trong một bệnh viện có đơn vị thực hiện việc đánh giá điều dưỡng có đơn vị chưa thực hiện đánh giá điều dưỡng như tại bệnh viện Bạch Mai. Như vậy việc đánh giá năng lực thực hành của điều dưỡng trong quá trình thực hành lâm sàng chưa được thống nhất trong chương trình học.

Bảng 11. Tỷ lệ về thời điểm điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS theo tuyến (C20)

Thời điểm đánh giá mức độ thành thục THLS	Trung ương (n=150)	Tỉnh (n=288)	Huyện (n=77)	Tư nhân (n=50)	Tổng (n=565)
Định kỳ (hàng ngày)	10,7	9,7	9,1	10,0	9,9
Định kỳ (hàng tháng)	84,7	39,6	33,8	24,0	49,4
Định kỳ (mỗi 2-3 tháng)	0,7	13,5	13,0	16,0	10,3
Định kỳ	2,0	6,9	7,8	10,0	6,0
Phụ thuộc mức độ thành thục đạt được	0,7	14,9	23,4	24,0	13,1
Không quy định đặc biệt	1,3	17,4	13,0	16,0	12,4

Thời điểm đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành của điều dưỡng cũng khá đa dạng. Kết quả điều tra theo tuyến cho thấy 49,9% (279/565) điều dưỡng được đánh giá định kỳ hàng tháng, cao nhất tại tuyến trung ương (84,7%), thấp nhất tại cơ sở tư nhân (24%). Vẫn còn một tỷ lệ nhỏ các CSYT thực hiện đánh giá thực hành lâm sàng của điều dưỡng định kỳ ở các thời điểm khác nhau, theo tuần, theo 5 -6 tháng và có CSYT mặc dù có thực hiện đánh giá điều dưỡng nhưng không có quy định đặc biệt.

Bảng 12. Tỷ lệ về thời điểm đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS cho ĐD theo tỉnh (C20)

Thời điểm đánh giá mức độ thành thục THLS	Hà Nội (n=169)	Vĩnh Phúc (n=55)	Điện Biên (n=38)	Bình Định (n=115)	Đồng Nai (n=188)	Tổng (n=565)
Định kỳ (hàng ngày)	12,4	12,7	13,2	0,9	11,7	9,9
Định kỳ (hàng tháng)	76,9	25,5	44,7	43,5	36,2	49,4
Định kỳ (mỗi 2-3 tháng)	1,8	18,2	13,2	12,2	13,8	10,3
Định kỳ	3,0	3,6	10,5	7,0	8,0	6,0
Phụ thuộc mức độ thành thục đạt được	3,6	20,0	13,2	16,5	17,6	13,1
Không quy định đặc biệt	2,4	20,0	5,3	20,0	16,0	12,4

Phân tích thời điểm đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS theo tỉnh cho thấy, đánh giá định kỳ hàng tháng được áp dụng nhiều nhất tại Hà Nội (76,9%), thấp nhất tại Đồng Nai (25,5%). Các tỉnh thành khác thực hiện việc đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành với nhiều thời điểm khác nhau.

Về hình thức đánh giá thực hành lâm sàng cũng khác nhau giữa các cơ sở y tế. Theo phản ánh từ nhiều điều dưỡng trưởng khoa và điều dưỡng trưởng bệnh viện hình thức đánh giá cũng khác nhau giữa các tuyến, các tỉnh và cả giữa các bệnh viện/TTYT thuộc một tỉnh. Có nơi tổ chức rất quy củ, có thành lập hội đồng, có đánh giá cả lý thuyết và thực hành, hình thức này thường được thực hiện ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh. Có nơi chỉ được thực hiện đơn giản, qua nhận xét của người hướng dẫn, thông qua điều dưỡng trưởng khoa, lãnh đạo khoa và báo cáo lên bệnh viện trước khi điều dưỡng được công nhận hết thời gian thực hành lâm sàng. (Xem phân tích chi tiết ở phần 4.3.1. và 4.3.2).

Bảng 13. Tỷ lệ người đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS cho điều dưỡng (C21)

Tỉnh	Tuyến	Điều dưỡng trưởng của khoa	Điều dưỡng trưởng bệnh viện	Người hướng dẫn	Tự mình	Khác
Hà Nội (n=169)	Trung ương	96,7	31,3	47,3	7,3	4,0
	Tỉnh	94,7	5,3	68,4	0,0	0,0
Vĩnh Phúc (n=55)	Tỉnh	79,4	17,6	61,8	23,5	5,9
	Huyện	85,7	64,3	35,7	28,6	0,0
	Tư nhân	100,0	14,3	14,3	14,3	14,3
Điện Biên (n=38)	Tỉnh	90,9	54,5	36,4	45,5	9,1
	Huyện	77,8	63,0	25,9	7,4	3,7
Bình Định (n=115)	Tỉnh	92,1	20,2	67,4	14,6	2,2
	Huyện	76,9	23,1	61,5	0,0	0,0
Đồng Nai (n=188)	Tỉnh	87,4	39,3	51,1	16,3	6,7
	Huyện	100,0	30,0	50,0	30,0	10,0
	Tư nhân	88,4	25,6	46,5	9,3	2,3
Tổng (n=565)	Trung ương	96,7	31,3	47,3	7,3	4,0
	Tỉnh	88,5	29,2	58,0	16,7	4,9
	Huyện	81,8	45,5	42,9	11,7	2,6
	Tư nhân	90,0	24,0	42,0	10,0	4,0
	Chung	89,9	31,5	51,7	12,9	4,2

Theo điều dưỡng đích, tỷ lệ người đánh giá mức độ thành thực năng lực thực hành 9 tháng của điều dưỡng chủ yếu là điều dưỡng trưởng khoa (89,9%), cao nhất tại tuyến trung ương (96,7%), thấp nhất tại tuyến huyện (81,8%). Người hướng dẫn đánh giá quá trình thực hành cũng khá phổ biến (51,7%) trong đó cao nhất tại tuyến tỉnh (58%), thấp nhất tại tuyến huyện và tư nhân khoảng 42%. Điều dưỡng trưởng bệnh viện cũng tham gia đánh giá mức độ thành thực năng lực thực hành 9 tháng của điều dưỡng chiếm 31,5%. Các đối tượng khác chiếm tỷ lệ thấp. Vẫn còn 12% điều dưỡng tham gia điều tra cho rằng tự mình đánh giá quá trình thực hành lâm sàng. Vì vậy, các CSYT không nên sử dụng hình thức đánh giá này.

Bảng 14. Tỷ lệ điều dưỡng hài lòng trong THLS (C22)

Tỉnh	Tuyến	Hài lòng	Hài lòng bình thường	Hài lòng một phần	Không hài lòng
Hà Nội (n=171)	Trung ương	77,0	20,4	2,0	0,7
	Tỉnh	73,7	21,1	5,3	0,0
Vĩnh Phúc (n=58)	Tỉnh	41,7	52,8	5,6	0,0
	Huyện	60,0	33,3	6,7	0,0
	Tư nhân	71,4	14,3	14,3	0,0
Điện Biên (n=40)	Tỉnh	46,2	46,2	7,7	0,0
	Huyện	51,9	37,0	11,1	0,0
Bình Định (n=116)	Tỉnh	64,4	32,2	3,3	0,0
	Huyện	92,3	7,7	0,0	0,0
Đồng Nai (n=205)	Tỉnh	46,3	36,9	16,1	0,7
	Huyện	63,6	27,3	9,1	0,0
	Tư nhân	71,1	22,2	6,7	0,0
Tổng (n=590)	Trung ương	77,0	20,4	2,0	0,7
	Tỉnh	52,8	36,8	10,1	0,3
	Huyện	68,4	25,3	6,3	0,0
	Tư nhân	71,2	21,2	7,7	0,0
	Chung	62,7	29,7	7,3	0,3

Hơn 60% điều dưỡng hài lòng về quá trình thực hành lâm sàng. Số điều dưỡng không hài lòng chỉ có 2/590 (0,3%). Số điều dưỡng còn lại hài lòng bình thường (29,7%) hoặc hài lòng một phần về thực hành lâm sàng (7,3%).

Bảng 15. Tỷ lệ điều dưỡng hài lòng về nội dung trong quá trình THLS theo tuyến (C23, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Thông tin	Trung ương (n=151)	Tỉnh (n=306)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Chung (n=588)
Nội dung thực hành	91,4	70,9	77,2	69,2	76,9
Thời gian thực hành	61,6	44,4	50,6	48,1	50,0
Phương pháp thực hành	80,1	67,6	73,4	67,3	71,6
Giáo trình	50,3	13,1	7,6	9,6	21,6
Vật dụng để thực hành (sách giáo khoa, TTB y tế, vật tư tiêu hao)	68,9	44,1	39,2	34,6	49,0
Chọn người hướng dẫn và năng lực của họ	41,1	41,8	35,4	26,9	39,5
Phương pháp đánh giá	38,4	25,5	21,5	23,1	28,1
Khác	0,7	1,0	1,3	0,0	0,9
Không có nội dung gì	2,0	1,3	1,3	1,9	1,5

Các điều dưỡng hài lòng nhất về nội dung thực hành (76,9%). Tỷ lệ hài lòng về nội dung cao nhất tại tuyến trung ương (91,4%), thấp nhất tại tuyến tư nhân (69,2%). Thứ hai là phương pháp thực hành (71,6%). Tỷ lệ hài lòng về phương pháp tương tự về nội dung, cao nhất tại tuyến trung ương (80,1%), thấp nhất tại tuyến tư nhân (67,3%). Nếu phân tích theo tỉnh thì kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng về nội dung thực hành cao nhất tại Hà Nội (91,2%), thấp nhất tại Đồng Nai (66,8%). Thứ hai là phương pháp thực hành, cao nhất tại Hà Nội (80,6%), thấp nhất tại Điện Biên (60%). Mức độ hài lòng về các nội dung liên quan khác trong quá trình thực hành lâm sàng chiếm tỷ lệ nhỏ (Xem Bảng PL 3).

Bảng 16. Tỷ lệ điều dưỡng không hài lòng về nội dung trong quá trình THLS theo tuyến (C24, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Thông tin	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
Nội dung thực hành	1,3	2,6	2,5	0,0	2,0
Thời gian thực hành	13,8	6,8	7,6	7,7	8,8
Phương pháp thực hành	2,0	4,9	5,1	5,8	4,2
Giáo trình	4,6	21,8	17,7	3,8	15,3
Vật dụng để thực hành (sách giáo khoa, TTB y tế, vật tư tiêu hao)	5,3	19,2	20,3	15,4	15,4
Chọn người hướng dẫn và năng lực của họ	4,6	7,5	3,8	0,0	5,6
Phương pháp đánh giá	7,2	7,2	8,9	0,0	6,8
Khác	0,0	1,0	0,0	0,0	0,5
Không có nội dung gì	1,3	2,6	2,5	0,0	2,0

Giáo trình, vật dụng để thực hành là hai nội dung mà điều dưỡng không hài lòng nhất lần lượt chiếm 15,3% và 15,4%. Có sự khác biệt về nội dung không hài lòng trong quá trình thực hành giữa các tuyến. Cụ thể tại các tuyến như sau: Tại tuyến trung ương điều dưỡng không hài lòng nhất về thời gian thực hành (13,3%). Không hài lòng về vật dụng

để thực hành chiếm tỷ lệ cao ở các tuyến còn lại, cao nhất là tuyến huyện (20,3%). Tỷ lệ không hài lòng về giáo trình ở tuyến huyện, tỉnh cao lần lượt 17,7% và 21,8%.

Phân tích theo tỉnh thì kết quả cho thấy tỷ lệ không hài lòng về giáo trình cao nhất tại Điện Biên (27,5%), thấp nhất tại Hà Nội (7,6%). Tỷ lệ không hài lòng về vật dụng để thực hành cũng cao nhất tại Điện Biên (30%) và thấp nhất tại Hà Nội (7,0%) (xem Bảng PL 4).

Kết quả phân tích các nội dung không hài lòng trong quá trình thực hành lâm sàng theo cả tuyến và theo tỉnh cho thấy cần tìm hiểu xem xét, đánh giá nội dung giáo trình để có những cải tiến phù hợp, bổ sung vật dụng thực hành nhằm nâng cao hiệu quả quá trình thực hành lâm sàng.

Khi hỏi nhóm điều dưỡng đích về nguyện vọng hoặc nội dung nào muốn cải tiến trong thực hành lâm sàng, kết quả được tổng hợp theo các nội dung liên quan tới chương trình đào tạo thực hành lâm sàng như sau:

Về nội dung đào tạo: Cần tăng thêm nội dung cho thực hành, bổ sung những nội dung lý thuyết chưa được học tại trường, cập nhật thêm kiến thức và kỹ năng mới thường xuyên.

> *Cần cải tiến về phương pháp thực hành, phương pháp cần phải sát thực tế, tập trung vào các kỹ thuật mà điều dưỡng chưa có cơ hội thực hành thực hành khi ở trường. Việc đánh giá, giám sát cũng phải thường xuyên hơn khoa học hơn" (Điều dưỡng đích tại Bình Định).*
>
> *"Các nội dung thực hành và hướng dẫn lâm sàng cần thực tế hơn vì biểu hiện, tâm lý, cách ứng xử của người bệnh thực tiễn khác xa với học tập" (Điều dưỡng đích tại Vĩnh Phúc).*

Phương pháp dạy/học: cần cải thiện phương pháp, cải thiện quy trình kỹ thuật sát với thực hành lâm sàng nhằm rút ngắn khoảng cách giữa việc học thi và thực tế làm việc, tăng cường sự tương tác giữa người hướng dẫn và học viên, tăng cường những buổi giảng dạy về lý thuyết, tăng các buổi thảo luận….

> *"Cần cải tiến phương pháp thực hành, trang thiết bị y tế, thời gian giảng dạy được nhiều hơn, có sự tương tác giữa người hướng dẫn và học viên nhiều hơn". "Cần thu thập nhiều thông tin về bệnh và được thực hành trên mô hình chuẩn, hiện đại". (Điều dưỡng đích tại Hà Nội).*
>
> *"Có thêm thời gian học lý thuyết, vấn đáp giữa người hướng dẫn và thực hành, có bài kiểm tra để đánh giá năng lực của người thực hành". "Cần luân chuyển khoa để học thêm kiến thức mới từ các khoa khác cách nhau" (Điều dưỡng đích tại Đồng Nai).*

Tài liệu, công cụ học tập và kế hoạch theo dõi, giám sát: Cần có giáo trình chuẩn, có tài liệu học tập, mô hình để thực tập. Cơ sở thực hành cần có đầy đủ trang thiết bị vật dụng, dụng cụ y tế phục vụ học. Người hướng dẫn phải nắm được các quy trình thực hành lâm sàng đúng và đủ. Phải có kế hoạch đánh giá thường xuyên, mang tính thực tế…

> *Phải có thêm nhiều tài liệu chuyên môn, mở rộng kiến thức và giáo trình chuẩn cho thực hành lâm sàng. Tạo nhiều cơ hội cho điều dưỡng thực hành tại nhiều khoa khác nhau". (Điều dưỡng đích tại Hà Nội).*
>
> *Cơ sở thực hành cần có đầy đủ trang thiết bị vật dụng, đặc biệt là những TTB hiện đại. Người hướng dẫn phải nắm được các quy trình thực hành đúng đủ và phải có kế hoạch đánh giá thường xuyên mang tính thực tế" (Điều dưỡng đích tại Vĩnh Phúc).*
>
> *"Cung cấp thêm trang thiết bị, cơ sở vật chất, có chương trình đào tạo cụ thể cũng như giáo trình, tài liệu". "Phương pháp thực hành khoa học phù hợp với tuyến huyện, hướng tới từng chuyên khoa riêng biệt" (Điều dưỡng đích tại Điện Biên).*
>
> *Cần có phòng đào tạo quản lý riêng về thực hành lâm sàng 9 tháng, sau thời gian này phòng đào tạo sẽ phân công công việc phù hợp với năng lực từng điều dưỡng". "Đội ngũ giảng viên hướng dẫn phải được đào tạo vững, người hướng dẫn theo sát học viên 1-1 theo phương pháp cầm tay chỉ việc". "Triển khai phương pháp đánh giá theo định kỳ mỗi tháng để nâng cao mức độ thành thực năng lực thực hành lâm sàng" (Điều dưỡng đích tại Đồng Nai).*

Từ những mong đợi của điều dưỡng, có thể nói việc giảng dạy thực hành lâm sàng 9 tháng cho điều dưỡng còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở các tỉnh. Do vậy cần những đầu tư cho thiết kế và triển khai những chương trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp.

4.1.4. Đánh giá năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp theo chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam

4.1.4.1. Đánh giá Năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng (được đánh giá dựa trên 15 tiêu chuẩn, từ tiêu chuẩn 1 đến tiêu chuẩn 15 và 60 tiêu chí).

Năng lực chăm sóc gồm có 15 tiêu chuẩn và 60 tiêu chí cụ thể. Kết quả điều tra từng tiêu chuẩn năng lực cụ thể như sau:

Bảng 17. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng (TC1)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình		Làm được nếu có hướng dẫn		Hiểu như kiến thức		Không hiểu	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Xác định nhu cầu về sức khỏe và tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	293	49,7	228	38,6	62	10,5	7	1,2
Giải thích tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	286	48,5	212	35,9	87	14,7	5	0,8

Tiêu chuẩn 1 thể hiện sự hiểu biết về tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng thông qua 2 tiêu chí. Kết quả thu được từ đợt điều tra cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có thể làm được một cách độc lập chỉ chiếm xấp xỉ 50%, vẫn còn tới 1% số điều dưỡng không hiểu về năng lực này và trên 10% chỉ nắm được kiến thức.

Trong chăm sóc người bệnh, hiểu và đánh giá được tình trạng sức khoẻ của người bệnh là rất cần thiết cho lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh, đặc biệt là với điều dưỡng sau khi kết thúc đợt thực hành lâm sàng, về luật sẽ chính thức thực hiện các chức năng và nhiệm vụ của họ một cách độc lập. Kết quả thu được từ điều tra đã cho thấy cùng với việc cải thiện chương trình đào tạo tại trường thì cần có chương trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng phù hợp để điều dưỡng sau khi hoàn thành chương trình học sẽ đạt được những năng lực như mong đợi.

Bảng 18. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn ra quyết định phương pháp chăm sóc (TC2)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thu thập thông tin và phân tích các vấn đề về sức khỏe, bệnh tật để xác định các vấn đề về sức khỏe và bệnh tật của cá nhân, gia đình và cộng đồng	41,7	43,1	13,7	1,5
Ra các quyết định về chăm sóc cho người bệnh, gia đình và cộng đồng an toàn và hiệu quả	33,9	46,9	17,6	1,5
Cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa, tín ngưỡng	27,3	35,1	26,4	11,2
Theo dõi quan sát sự tiến triển của các can thiệp điều dưỡng	53,9	30,8	12,5	2,7

Tiêu chuẩn 2: khả năng ra quyết định phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu của các cá nhân, gia đình và cộng đồng gồm có 4 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể một mình làm 4 tiêu chí của tiêu chuẩn này dao động từ 27,3% đến 53,9%, trong đó thấp nhất là tiêu chí cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa, tín ngưỡng, cao nhất là theo dõi quan sát sự tiến triển của các can thiệp điều dưỡng. Có lẽ những kỹ năng này ít được quan tâm trong chương trình đào tạo tại trường cũng như chương trình thực hành lâm sàng. Mặc dù có thể thấy kỹ năng tổng hợp tình trạng bệnh, kỹ năng ra quyết định chăm sóc và theo dõi người bệnh là rất cần thiết, đặc biệt trong những trường hợp cấp cứu.

Bảng 19. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu (TC3)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Phân tích và xác định được những nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	58,0	30,7	10,2	1,2
Thực hiện các can thiệp chăm sóc đáp ứng nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	53,1	36,8	9,7	0,5

Tiêu chuẩn 3 xác định được phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu gồm 02 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể tự làm 2 tiêu chí lần lượt là 53,1% và 58,0%. Vẫn còn tới trên 10% điều dưỡng hoặc chỉ biết hoặc chưa biết xác định, phân tích và thực hiện các can thiệp chăm sóc kể cả dưới sự hỗ trợ của người khác.

Bảng 20. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn lập quy trình, kế hoạch chăm sóc điều dưỡng (TC4)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thực hiện nhận định người bệnh toàn diện và có hệ thống	51,4	38,5	8,3	1,9
Tập hợp và ghi đầy đủ thông tin thích hợp vào hồ sơ điều dưỡng	80,2	14,6	4,1	1,2
Phân tích và diễn giải các thông tin về người bệnh một cách chính xác, lập kế hoạch chăm sóc.	58,1	33,6	7,3	1,0
Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng dựa trên nhận định người bệnh và có sự thống nhất với đồng nghiệp, người nhà người bệnh về các vấn đề ưu tiên, sự mong muốn và kết quả mong đợi cho người bệnh	64,6	28,8	6,1	0,5
Giải thích các can thiệp điều dưỡng cho người bệnh, gia đình người bệnh và thực hiện chăm sóc điều dưỡng, bảo đảm an toàn, thoải mái, hiệu quả cho người bệnh	77,8	17,6	4,4	0,2
Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh các phương pháp tự chăm sóc một cách phù hợp	86,8	9,5	3,4	0,3
Đánh giá quá trình chăm sóc và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc	55,1	37,6	6,8	0,5
Thực hiện các công việc cần thiết để hỗ trợ người bệnh xuất viện	74,7	18,6	5,8	0,8
Tuyên truyền giáo dục sức khỏe	76,4	15,8	7,6	0,2

Tiêu chuẩn 4 với 9 tiêu chí liên quan đến việc lập quy trình, kế hoạch chăm sóc điều dưỡng. Kết quả điều tra cho thấy nhìn chung tỷ lệ điều dưỡng đạt được 6/9 tiêu chí thuộc tiêu chuẩn 4 tương đối cao so với các tiêu chí khác (dao động từ 64,6% đến 86,8%). Tuy nhiên với một số tiêu chí vẫn chỉ có trên 50% số điều dưỡng có thể thực hiện được một cách độc lập. Mặc dù tỷ lệ điều dưỡng làm được độc lập khá cao nhưng vẫn còn có những điều dưỡng hoặc chỉ biết đến và thậm chí không biết tới các năng lực như vậy.

Bảng 21. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tạo sự an toàn, thoải mái và riêng tư cho người bệnh (TC5)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thực hiện các biện pháp an toàn	76,8	15,4	7,1	0,7
Tạo môi trường chăm sóc	61,2	25,4	10,7	2,7
Đảm bảo sự riêng tư cá nhân	88,0	6,3	5,4	0,3

Tiêu chuẩn 5 gồm 03 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể tự làm 03 tiêu chí này từ 61,2% đến 88%. Tiêu chí đảm bảo sự riêng tư cá nhân có tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình đạt cao nhất, đây là một năng lực rất cần thiết, bởi nếu vấn đề này được thực hiện tốt sẽ giúp cho nâng cao chất lượng điều trị, tạo lòng tin đối với người bệnh

Bảng 22. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn tiến hành các kỹ thuật chăm sóc (TC6)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Tuân thủ các bước của quy trình điều dưỡng	85,1	10,8	4,1	0,0
Thực hiện thành thạo kỹ thuật điều dưỡng trong phạm vi chuyên môn	73,7	22,2	4,1	0,0
Tuân thủ các quy định về vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn	84,9	11,2	3,9	0,0

Tiêu chuẩn 6 gồm 03 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể tự làm 03 tiêu chí này khá cao từ 73,7% đến 85,1%. Chỉ còn một tỷ lệ nhỏ điều dưỡng biết về những năng lực này và không có điều dưỡng nào cho rằng không hiểu. Có thể nói đây là những tiêu chí khá gần gũi với công việc thường ngày của điều dưỡng, nên tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một cách độc lập cao hơn.

Bảng 23. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả (TC7)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh	90,8	5,8	3,2	0,2
Tuân thủ quy tắc khi dùng thuốc	89,5	7,5	3,1	0,0
Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đúng và an toàn	88,5	8,8	2,7	0,0
Phát hiện và xử trí ban đầu các dấu hiệu của phản ứng có hại của thuốc	65,3	29,5	5,3	0,0
Nhận biết sự tương tác giữa thuốc với thuốc và thuốc với thức ăn	29,5	50,0	16,3	4,2
Đánh giá hiệu quả của việc dùng thuốc	50,7	33,2	14,6	1,5
Ghi chép và công khai việc sử dụng thuốc cho người bệnh	89,7	6,3	3,9	0,2

Tiêu chuẩn 7 về dùng thuốc đảm bảo an toàn hiệu quả có 07 tiêu chí. Có 4/7 tiêu chí đạt tỷ lệ điều dưỡng có thể làm độc lập hầu hết các tiêu chí khá cao (dao động từ 65,3% đến 90,8%). Riêng tiêu chí 5 và 6 tỷ lệ điều dưỡng có thể thực hiện được độc lập thấp hơn, thậm chí tiêu chí thứ năm chỉ 29,5% số điều dưỡng thực hiện độc lập.

Bảng 24. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn đảm bảo chăm sóc liên tục (TC8)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Bàn giao tình trạng của người bệnh với nhóm chăm sóc kế tiếp một cách cụ thể, đầy đủ và chính xác	82,4	13,6	3,7	0,3
Phối hợp hiệu quả với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp để đảm bảo chăm sóc liên tục cho người bệnh	76,4	17,5	5,8	0,3
Thiết lập các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh	47,1	40,7	9,5	2,7

Tiêu chuẩn về đảm bảo chăm sóc liên tục gồm 03 tiêu chí. Tiêu chí mà điều dưỡng có thể tự làm một mình cao nhất là bàn giao tình trạng của người bệnh với nhóm chăm sóc kế tiếp một cách cụ thể, đầy đủ và chính xác (82,4%). Thấp nhất là tiêu chí thiết lập các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh (47,1%). Kết quả này cũng phù hợp với thực tế, một điều dưỡng trẻ, để có thể thiết lập được các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh một cách độc lập không phải dễ mà cần được đúc kết từ kinh nghiệm trong quá trình làm việc lâu dài.

Bảng 25. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn sơ cứu và đáp ứng khi có tình huống cấp cứu (TC9)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Phát hiện sớm những thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe người bệnh	73,6	19,5	6,8	0,2
Ra quyết định xử trí sơ cứu, cấp cứu kịp thời và phù hợp	42,2	47,6	9,2	1,0
Phối hợp hiệu quả với các thành viên nhóm chăm sóc trong sơ cứu, cấp cứu	60,8	31,2	7,1	0,8
Thực hiện sơ cứu, cấp cứu hiệu quả cho người bệnh	53,6	39,8	6,3	0,3

Trong chăm sóc y tế, cấp cứu là một trong những năng lực rất cần thiết đối với bác sĩ và điều dưỡng vì liên quan tới tính mạng người bệnh. Tuy nhiên, một trong những tiêu chí quan trọng của tiêu chuẩn này là ra quyết định xử trí sơ cứu, cấp cứu kịp thời và phù hợp thì chỉ có 42,2% điều dưỡng có thể làm một mình.

Bảng 26. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chuẩn về mối quan hệ với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp (TC10), về giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh (TC11) về sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh (TC12)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp (TC 10)				
Tạo dựng niềm tin đối với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	85,6	8,6	5,6	0,2
Dành thời gian cần thiết để giao tiếp với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	87,6	6,6	5,6	0,2
Lắng nghe và đáp ứng thích hợp những băn khoăn, lo lắng của người bệnh và người nhà người bệnh	86,8	9,5	3,6	0,2
Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh (TC11)				
Nhận biết tâm lý và nhu cầu của người bệnh qua những biểu hiện nét mặt và ngôn ngữ cơ thể của người bệnh	73,9	17,6	6,8	1,7
Giao tiếp hiệu quả với các cá nhân, gia đình, cộng đồng có các trở ngại về giao tiếp do bệnh tật, do những khó khăn về tâm lý	62,7	27,8	7,6	1,9
Thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị	91,5	6,3	2,2	0,0
Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh (TC12)				
Sử dụng các phương tiện nghe nhìn sẵn có để truyền thông và hỗ trợ giao tiếp với người bệnh, người nhà và cộng đồng	49,8	32,2	14,4	3,6
Sử dụng các phương pháp, hình thức giao tiếp hiệu quả và thích hợp với người bệnh, người nhà người bệnh	65,8	24,6	8,1	1,5

Kỹ năng giao tiếp đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình chăm sóc, cho sự thành công của quá trình điều trị. Với kỹ năng giao tiếp tốt và hiệu quả của thày thuốc nói chung và điều dưỡng nói riêng sẽ tạo được sự hợp tác của người bệnh trong quá trình điều trị. Nhìn chung tỷ lệ điều dưỡng, bằng hình thức này hay hình thức khác có thể thực hiện việc giao tiếp với bệnh nhân, với gia đình người bệnh và đồng nghiệp cao. Tỷ lệ điều dưỡng có khả năng độc lập trong thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị rất cao (91,5%). Tiêu chí thể hiện sự hiểu biết về văn hóa, tín ngưỡng trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và nhóm người và tiêu chí sử dụng các phương tiện nghe nhìn sẵn có để truyền thông và hỗ trợ giao tiếp với người bệnh, người nhà và cộng đồng thấp nhất (49,8%).

Bảng 27. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn cung cấp thông tin cho người bệnh, người nhà về tình trạng sức khỏe hiệu quả và phù hợp (TC13)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Xác định những thông tin cần cung cấp cho người bệnh và gia đình	69,3	23,2	7,3	0,2
Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp những thông tin "xấu"	55,8	32,9	10,5	0,8

Tiêu chuẩn về cung cấp thông tin cho người bệnh, người nhà về tình trạng sức khỏe hiệu quả và phù hợp có ảnh hưởng rất lớn tới tâm lý người bệnh và lòng tin của người bệnh đối với cơ sở y tế. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng tự làm một mình được 2 tiêu chí của tiêu chuẩn này vẫn chưa cao (55,8% và 69,3%). Vẫn còn trên 10% các điều dưỡng không hiểu hoặc chỉ hiểu như kiến thức về 2 tiêu chí này mà chưa thể thực hiện được nếu gặp phải trong thực hành lâm sàng.

Bảng 28. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng (TC14)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thu thập và phân tích thông tin về nhu cầu hiểu biết của cá nhân, gia đình, và cộng đồng về hướng dẫn, giáo dục sức khỏe	44,4	40,5	14,1	1,0
Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng	47,1	37,3	14,9	0,7
Xây dựng kế hoạch giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa, xã hội và tín ngưỡng của cá nhân, gia đình và cộng đồng	27,3	51,5	17,8	3,4
Xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe phù hợp với trình độ của đối tượng	19,0	51,4	25,8	3,9
Thực hiện tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, hiệu quả	43,1	41,2	15,1	0,7
Đánh giá kết quả giáo dục sức khỏe và điều chỉnh kế hoạch giáo dục sức khỏe dựa trên mục tiêu và kết quả mong chờ	29,0	48,0	20,2	2,9

Tiêu chuẩn về xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng gồm có 06 tiêu chí. Đây là tiêu chuẩn có tỷ lệ điều dưỡng có thể tự mình thực hiện các tiêu chí thấp nhất trong các tiêu chuẩn và tiêu chí thuộc nhóm năng lực về chăm sóc, dao động từ 19,0% đến 47,1%.

Bảng 29. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hợp tác với các thành viên nhóm chăm sóc (TC15)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Duy trì tốt mối quan hệ với các thành viên trong nhóm, coi người bệnh như một cộng sự trong nhóm chăm sóc	83,6	10,0	5,8	0,7
Hợp tác tốt với các thành viên trong nhóm chăm sóc để đưa ra các quyết định phù hợp nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc	74,9	18,8	5,9	0,3
Hợp tác tốt với các thành viên nhóm chăm sóc trong việc theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện nhiệm vụ được giao	80,0	14,2	5,4	0,3
Tôn trọng vai trò và quan điểm của đồng nghiệp	90,8	4,7	4,2	0,2
Chia sẻ thông tin một cách hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc	82,2	12,2	5,4	0,2
Thực hiện vai trò đại diện hoặc biện hộ cho người bệnh để bảo đảm các quyền, lợi ích và vì sự an toàn của người bệnh	42,0	33,4	20,3	4,2

Để việc chăm sóc bệnh nhân đạt hiệu quả thì duy trì tốt mối quan hệ, hợp tác tốt hay chia sẻ thông tin một cách hiệu quả với các thành viên trong nhóm có ý nghĩa rất quan trọng. Kết quả tự đánh giá của các điều dưỡng cho thấy, hầu hết các điều dưỡng đã có thể tự làm một mình 6/7 tiêu chí của tiêu chuẩn này (dao động từ 74,9% đến 90,8%). Riêng tiêu chí thực hiện vai trò đại diện hoặc biện hộ cho người bệnh để bảo đảm các quyền, lợi ích và vì sự an toàn của người bệnh mới chỉ có 42% điều dưỡng thực hiện được một mình và vẫn còn 4,2% điều dưỡng không hiểu tiêu chí này.

4.1.4.2. Đánh giá Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp của điều dưỡng (được đánh giá dựa trên 8 tiêu chuẩn từ 16 đến 23 với 43 tiêu chí).

Bảng 30. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý, ghi chép và sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy định (TC16)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thực hiện các quy chế quản lý, lưu giữ hồ sơ bệnh án theo quy định luật pháp và của Bộ Y tế	43,2	42,9	11,9	2,0
Bảo mật thông tin trong hồ sơ bệnh án và Phiếu chăm sóc của người bệnh	81,5	12,9	5,1	0,5
Ghi chép hồ sơ điều dưỡng bảo đảm tính khách quan, chính xác, đầy đủ và kịp thời	81,0	15,1	3,7	0,2
Sử dụng các dữ liệu thu thập được về tình trạng sức khỏe người bệnh làm cơ sở để xây dựng chính sách và tạo thuận lợi cho việc chăm sóc người bệnh.	49,7	35,4	13,1	1,9

Tiêu chuẩn 16 có 04 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một minh không đồng đều giữa các tiêu chí. Tiêu chí về bảo mật thông tin trong hồ sơ bệnh án và phiếu chăm sóc của người bệnh và ghi chép hồ sơ điều dưỡng bảo đảm tính khách quan, chính

xác, đầy đủ và kịp thời chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 81,5% và 81%. Hai tiêu chí còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn với tỷ lệ là 43,2% và 49,7%. Kết quả điều tra cũng cho thấy vẫn còn tới trên 10% số điều dưỡng chỉ biết đến nội dung này hoặc không hiểu tiêu chí này.

Bảng 31. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý công tác chăm sóc người bệnh (TC17)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Quản lý công việc, thời gian của cá nhân hiệu quả và khoa học	69,5	19,0	9,7	1,9
Xác định các công việc hoặc nhiệm vụ cần hoàn thành theo thứ tự ưu tiên	71,7	20,8	7,3	0,2
Tổ chức, điều phối, phân công và ủy quyền nhiệm vụ cho các thành viên của nhóm chăm sóc một cách khoa học, hợp lý và hiệu quả	31,7	44,2	19,5	4,6
Thể hiện sự hiểu biết về mối quan hệ giữa quản lý và sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để đảm bảo chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh	30,3	38,5	23,4	7,8
Sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý và chăm sóc người bệnh cũng như cập nhật kiến thức chuyên môn	55,3	33,2	10,0	1,5

Tiêu chuẩn 17 gồm có 05 tiêu chí. Tỷ lệ có thể tự mình thực hiện các tiêu chí thuộc tiêu chuẩn này dao động từ 30,3% đến 71,7%. Trong đó cao nhất là tiêu chí xác định các công việc hoặc nhiệm vụ cần hoàn thành theo thứ tự ưu tiên và thấp nhất là tiêu chí thể hiện sự hiểu biết về mối quan hệ giữa quản lý và sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để đảm bảo chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh.

Bảng 32. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn quản lý, vận hành và sử dụng các trang thiết bị y tế có hiệu quả (TC18)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Thiết lập các cơ chế quản lý, phát huy tối đa chức năng hoạt động của các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho chăm sóc và điều trị	23,6	48,1	21,2	7,1
Lập và thực hiện kế hoạch bảo trì phương tiện, trang thiết bị do mình phụ trách	38,1	40,8	16,3	4,7
Vận hành các trang thiết bị, phương tiện sử dụng trong chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả và phòng tránh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế	48,5	41,7	7,8	2,0

Kết quả tự đánh giá của 590 điều dưỡng cho thấy gần 50% điều dưỡng chưa thể tự làm một mình được, mà chỉ làm được nếu có hướng dẫn với 3 tiêu chí của tiêu chuẩn này (dao động từ 41,7% đến 48,1%). Có đến 21,2% điều dưỡng chỉ hiểu như kiến thức và 7,1% điều dưỡng không hiểu về tiêu chí thiết lập các cơ chế quản lý, phát huy tối đa chức năng hoạt động của các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho chăm sóc và điều trị.

Bảng 33. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn sử dụng nguồn tài chính thích hợp để chăm sóc người bệnh hiệu quả (TC19)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Nhận biết được hiệu quả kinh tế khi sử dụng các nguồn lực sẵn có tại nơi làm việc để sử dụng thích hợp, hiệu quả	30,5	38,6	20,3	10,5
Xây dựng và thực hiện kế hoạch sử dụng các nguồn lực trong chăm sóc người bệnh thuộc phạm vi phân công hiệu quả	26,6	41,5	22,4	9,5

Đánh giá mức độ có thể làm một mình về tiêu chuẩn sử dụng nguồn tài chính thích hợp để chăm sóc người bệnh hiệu quả cho thấy hầu hết điều dưỡng không đạt. Chưa đến 1/3 số điều dưỡng có thể làm một mình các tiêu chí thuộc tiêu chuẩn này (26,6% và 30,5%).

Bảng 34. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn thiết lập môi trường làm việc an toàn và hiệu quả (TC20)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Tuân thủ các tiêu chuẩn và quy tắc về an toàn lao động	77,1	15,9	6,6	0,3
Tuân thủ các chính sách, quy trình về phòng ngừa cách ly và kiểm soát nhiễm khuẩn	72,2	20,3	6,8	0,7
Tuân thủ các quy định về kiểm soát môi trường chăm sóc (tiếng ồn, không khí, nguồn nước…)	66,3	21,5	11,0	1,2
Tuân thủ quy định về quản lý, xử lý chất thải	79,2	15,9	4,7	0,2
Tuân thủ các bước về an toàn phòng cháy chữa cháy, động đất hoặc các trường hợp khẩn cấp khác	54,6	28,6	14,4	2,4
Thể hiện sự hiểu biết về những khía cạnh có liên quan đến sức khỏe nghề nghiệp và luật pháp về an toàn lao động	40,0	35,6	19,5	4,9

Tiêu chuẩn 20 gồm có 6 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình các tiêu chí thuộc tiêu chuẩn này dao động từ 40% đến 79,3%. Thấp nhất là tiêu chí thể hiện sự hiểu biết về những khía cạnh có liên quan đến sức khỏe nghề nghiệp và luật pháp về an toàn lao động, cao nhất là tuân thủ quy định về quản lý, xử lý chất thải.

Bảng 35. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn cải tiến chất lượng chăm sóc và quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc (TC21)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Nhận thức được sự cần thiết về các hoạt động bảo đảm chất lượng, cải tiến chất lượng thông qua sự nghiên cứu, phản hồi và đánh giá thực hành thường xuyên	27,1	38,3	24,2	10,3
Phát hiện, báo cáo và đưa ra các hành động khắc phục phù hợp các nguy cơ trong môi trường chăm sóc người bệnh	33,6	39,7	22,5	4,2
Nhận phản hồi từ người bệnh, gia đình và các đối tượng liên quan để cải tiến chất lượng các hoạt động chăm sóc	60,0	25,3	13,6	1,2
Áp dụng các phương pháp cải tiến chất lượng phù hợp	32,2	46,6	17,1	4,1
Tham gia các hoạt động cải tiến chất lượng tại cơ sở	36,3	41,5	18,0	4,2
Chia sẻ các thông tin liên quan đến tình trạng người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc	70,7	18,5	10,0	0,8
Bình phiếu chăm sóc để cải tiến và khắc phục những tồn tại về chuyên môn và thủ tục hành chính	37,6	41,5	18,0	2,9
Đưa ra những đề xuất phù hợp về các biện pháp chăm sóc và phòng ngừa bệnh	43,2	39,3	15,9	1,5
Sử dụng bằng chứng áp dụng vào thực hành chăm sóc để tăng cường sự an toàn trong chăm sóc người bệnh	34,2	38,5	21,2	6,1

Theo đánh giá năng lực của 590 điều dưỡng về tiêu chuẩn cải tiến chất lượng chăm sóc và quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình các tiêu chí này khá thấp. Có 7/9 tiêu chí chỉ có dưới 40% điều dưỡng tự làm được một mình (dao động từ 27,1% đến 43,2%). Chỉ có hai tiêu chí là chia sẻ các thông tin liên quan đến tình trạng người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc và nhận phản hồi từ người bệnh, gia đình và các đối tượng liên quan để cải tiến chất lượng các hoạt động chăm sóc đạt trên 60% điều dưỡng có thể tự làm.

Bảng 36. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng (TC22)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Xác định và lựa chọn các lĩnh vực và vấn đề nghiên cứu phù hợp,cần thiết và khả thi	12,7	42,5	28,5	16,3
Áp dụng các phương pháp phù hợp để tiến hành nghiên cứu những vấn đề đã lựa chọn	12,4	43,2	28,5	15,9
Sử dụng phương pháp thống kê thích hợp để phân tích và diễn giải dữ liệu thu thập được	11,5	44,2	27,8	16,4
Đề xuất các giải pháp thích hợp dựa trên kết quả nghiên cứu	12,4	39,3	32,0	16,3
Trình bày, chia sẻ kết quả nghiên cứu với đồng nghiệp, người bệnh và những người có liên quan	26,9	31,5	29,5	12,0
Ứng dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào thực hành điều dưỡng. Sử dụng các bằng chứng từ nghiên cứu khoa học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	13,6	42,4	31,0	13,1

Tiêu chuẩn nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng đối với điều dưỡng sau thực hành lâm sàng 9 tháng còn rất hạn chế. Trong số 6 tiêu chí của tiêu chuẩn này, chỉ có 11,5% đến 26,9% điều dưỡng có thể một mình thực hiện được các tiêu chí. Có đến 1/3 số điều dưỡng không hiểu hoặc hiểu như kiến thức về các tiêu chí này.

Bảng 37. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn duy trì và phát triển năng lực cho bản thân và đồng nghiệp (TC23)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Xác định rõ mục tiêu, nguyện vọng phát triển nghề nghiệp, nhu cầu học tập, điểm mạnh, điểm yếu của bản thân	65,4	21,0	12,0	1,5
Học tập liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng và ứng dụng kiến thức đã học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	70,5	20,8	7,5	1,2
Tham gia vào các hoạt động của tổ chức nghề nghiệp	63,7	23,1	10,5	2,7
Quảng bá hình ảnh của người điều dưỡng, thể hiện tác phong và tư cách tốt, trang phục phù hợp, lời nói thuyết phục và cách cư xử đúng mực	57,1	27,1	13,9	1,9
Thể hiện thái độ tích cực với những đổi mới và những quan điểm trái chiều, thể hiện sự lắng nghe các kiến nghị và đề xuất, thử nghiệm những phương pháp mới và thích nghi với những thay đổi	58,0	25,4	13,7	2,9
Thực hiện chăm sóc theo các tiêu chuẩn thực hành điều dưỡng	69,3	23,7	6,3	0,7
Đóng góp vào việc đào tạo nâng cao trình độ và phát triển nghề nghiệp cho đồng nghiệp	40,0	32,2	24,2	3,6
Đóng góp vào việc nâng cao vai trò, vị thế của người điều dưỡng, ngành điều dưỡng trong ngành y tế và trong xã hội	38,8	35,8	21,0	4,4

Tiêu chí 23 gồm có 08 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể thực hiện làm một mình dao động từ 38,8% đến 70,5%. Trong đó thấp nhất là tiêu chí đóng góp vào việc nâng cao vai trò, vị thế của người điều dưỡng, ngành điều dưỡng trong ngành y tế và trong xã hội và cao nhất là tiêu chí học tập liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng và ứng dụng kiến thức đã học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng.

4.1.4.3. Đánh giá năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp gồm 02 tiêu chuẩn với 07 tiêu chí.

Bảng 38. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hành nghề theo quy định của pháp luật (TC24)

Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Hành nghề theo quy định của pháp luật liên quan đến y tế, quy định của Bộ Y tế và thực hành điều dưỡng	63,9	24,2	10,3	1,5
Tuân thủ các quy định của cơ sở nơi làm việc.	86,9	9,5	3,6	0,0
Thực hiện tốt quy tắc ứng xử của đơn vị/tổ chức và luật định.	88,1	8,8	2,5	0,5
Ghi chép và bảo quản hồ sơ chăm sóc và tài liệu liên quan đến người bệnh, các vấn đề sức khỏe của người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành chăm sóc	76,1	18,8	4,9	0,2

Tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình với các tiêu chí của tiêu chuẩn về hành nghề theo quy định của pháp luật khá cao. Tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình dao động từ 63,9% đến 88,1% và nhiều điều dưỡng đều có thể làm được khi được hướng dẫn.

Bảng 39. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chí của tiêu chuẩn hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp (TC25)

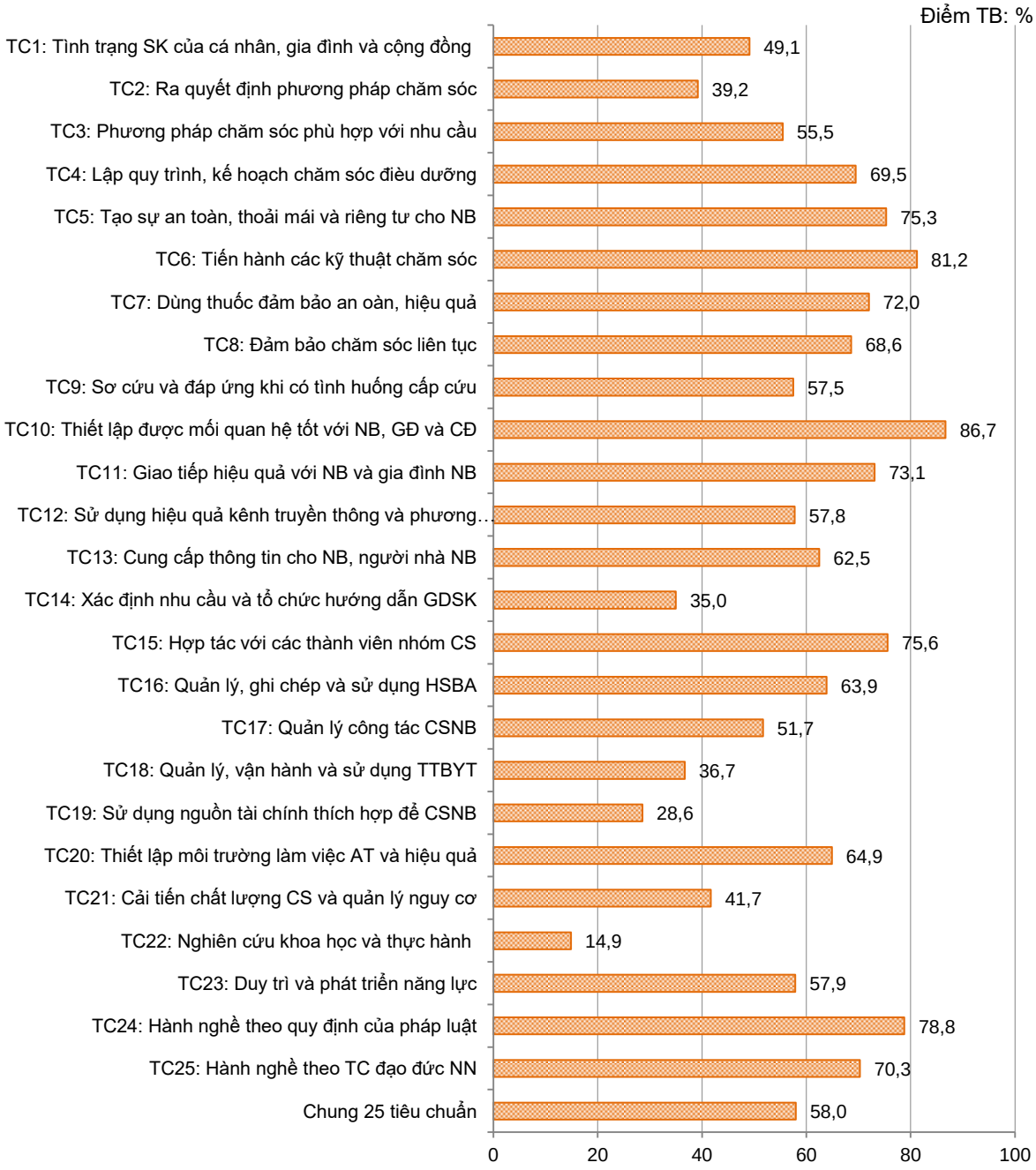
Các tiêu chí	Có thể làm một mình	Làm được nếu có hướng dẫn	Hiểu như kiến thức	Không hiểu
Chịu trách nhiệm cá nhân khi đưa ra các quyết định và can thiệp chăm sóc.	75,9	16,6	6,6	0,8
Tuân thủ Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của quốc gia và quốc tế trong thực hành điều dưỡng.	77,3	13,1	7,3	2,4
Báo cáo các hành vi vi phạm với cơ quan có thẩm quyền và chịu trách nhiệm cá nhân với báo cáo đó.	57,8	24,2	16,1	1,9

Tiêu chuẩn 25 về hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp gồm 03 tiêu chí. Tỷ lệ điều dưỡng có thể làm một mình các tiêu chí trong tiêu chuẩn này dao động từ 57,8% đến 77,3%. Thấp nhất là tiêu chí báo cáo các hành vi vi phạm với cơ quan có thẩm quyền và chịu trách nhiệm cá nhân với báo cáo đó.

4.1.4.4. Đánh giá chung về năng lực cơ bản của điều dưỡng đích sau thực hành lâm sàng 9 tháng

Để nhìn thấy năng lực cơ bản của các điều dưỡng đích sau thực hành lâm sàng 9 tháng, chúng tôi tính điểm trung bình phần trăm. Điểm trung bình phần trăm là mức độ đạt được "có thể làm một mình" trung bình theo chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam. Cách tính: Nếu đối tượng tích " có thể làm một mình" cho mỗi tiêu chí thì cho 1 điểm, trong khi "làm được nếu có hướng dẫn", " hiểu như kiến thức", hoặc "không hiểu" thì sẽ được 0 điểm. Điểm trung bình phần trăm của mỗi tiêu chuẩn sẽ bằng tổng điểm đạt được chia cho số tiêu chí và tổng số người được điều tra rồi nhân với 100. Thí dụ: tiêu chuẩn 1 có 2 tiêu chí, trong 590 người điều tra có 293 người có thể làm một mình tiêu chí 1 và 286 người có thể làm một mình tiêu chí 2, như vậy điểm trung bình phần trăm của tiêu chuẩn 1 sẽ là 293 + 286, chia cho 2 tiêu chí, chia cho 590 người được điều tra, nhân với 100 = 49,07, làm tròn là 49,1%.

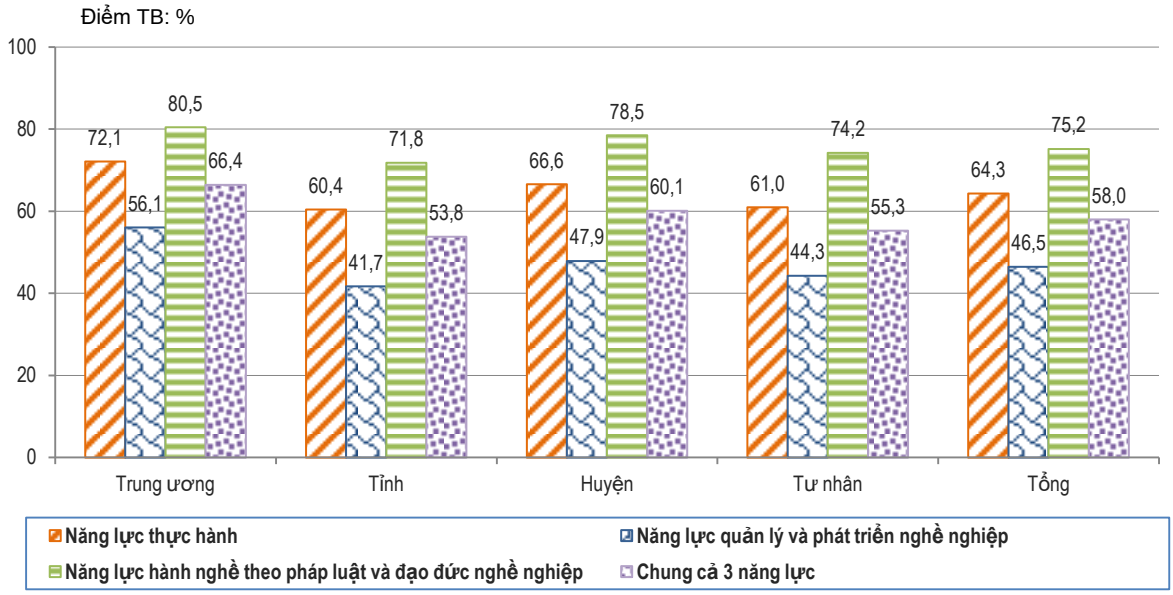
Điểm trung bình phần trăm chung cho 25 tiêu chuẩn sẽ bằng tổng điểm đạt được của tất cả đối tượng chia cho tổng số tiêu chí (110 tiêu chí), chia cho tổng số người điều tra, nhân với 100. Dưới đây là biểu đồ điểm trung bình phần trăm điều dưỡng viên đích đạt được.



Biểu đồ 5. Điểm trung bình phần trăm đạt các tiêu chuẩn năng lực của điều dưỡng đích

Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt được là 58 điểm. Điều đó có nghĩa là trung bình các điều dưỡng viên có thể làm một mình 58% số tiêu chí (tổng số 110 tiêu chí).

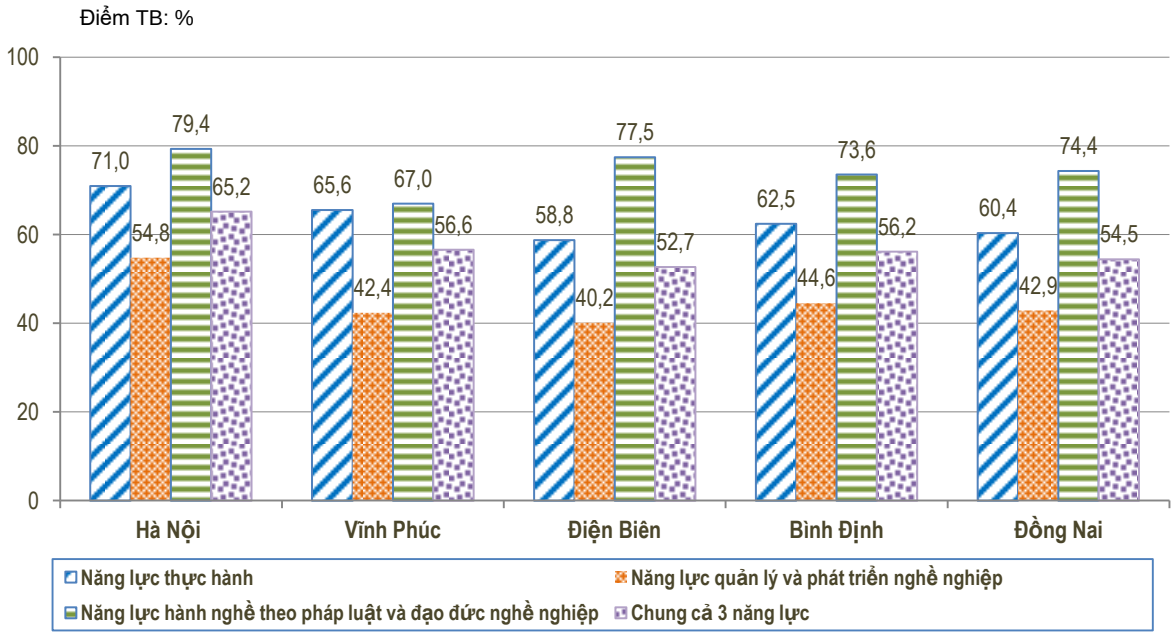
Tiêu chuẩn có điểm trung bình đạt thấp nhất là tiêu chuẩn số 22 về nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng (đạt 14,9 điểm). Tiêu chuẩn có điểm trung bình đạt cao nhất là tiêu chuẩn số 10 "Thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và cộng đồng" (đạt 86,7 điểm).



Biểu đồ 6. Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng đích đạt các tiêu chuẩn năng lực chia theo tuyến

Điểm trung bình phần trăm của điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng có năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (gồm 2 tiêu chuẩn từ TC24-25) cao hơn so với năng lực thực hành chăm sóc (gồm 15 tiêu chuẩn từ TC1-15) và năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (gồm 8 tiêu chuẩn từ TC16-TC23). Xu hướng này được thể hiện rõ ở tất cả các tuyến.

Điểm trung bình phần trăm của điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng có năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp, năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp ở tuyến trung ương (66,4 điểm) cao hơn ở tuyến huyện (60,1 điểm), tư nhân (55,3 điểm) và tuyến tỉnh (53,8 điểm).



Biểu đồ 7. Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng đích đạt các tiêu chuẩn năng lực chia theo tỉnh

Điểm trung bình phần trăm của điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng có năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (gồm 2 tiêu chuẩn từ TC24-25) cao hơn so với năng lực thực hành chăm sóc (gồm 15 tiêu chuẩn từ TC1-15) và năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (gồm 8 tiêu chuẩn từ TC16-TC23). Xu hướng này được thể hiện rõ ở tất cả các tỉnh điều tra.

Điểm trung bình phần trăm của điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng có năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp, năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp trong các CSYT ở Hà Nội (65,2 điểm) cao hơn ở Vĩnh Phúc (56,6 điểm), Bình Định (56,2 điểm), Đồng Nai (54,5 điểm) và thấp nhất ở Điện Biên (52,7 điểm).

Bảng 40. Tỷ lệ điều dưỡng đích đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam theo các mức độ

Mức độ đạt	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
< 50% của 110 tiêu chí đạt được	21,7	45,0	31,6	42,3	36,9
50-75% của 110 tiêu chí đạt được	40,1	42,7	44,3	40,4	42,0
76-99% của 110 tiêu chí đạt được	37,5	12,1	24,1	17,3	20,7
100% của 110 tiêu chí đạt được	0,7	0,3	0,0	0,0	0,3

Nếu chia mức đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam thành 4 mức: đạt dưới 50% số tiêu chí theo chuẩn năng lực cơ bản, đạt 50-75% số tiêu chí, đạt 76-99% số tiêu chí và đạt 100% số tiêu chí (110 tiêu chí) thì 36,9% số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt dưới 50% số tiêu chí, cao nhất ở tuyến tỉnh (45%), tiếp đến là CSYT tư nhân (42,3%), tuyến huyện (31,6%) và thấp nhất là tuyến trung ương (21,7%). Có 42% số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt từ 50-75% số tiêu chí, 20,7% đạt từ 76-99% số tiêu chí và chỉ có 0,3% số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt 100% số tiêu chí (110 tiêu chí) của chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam.

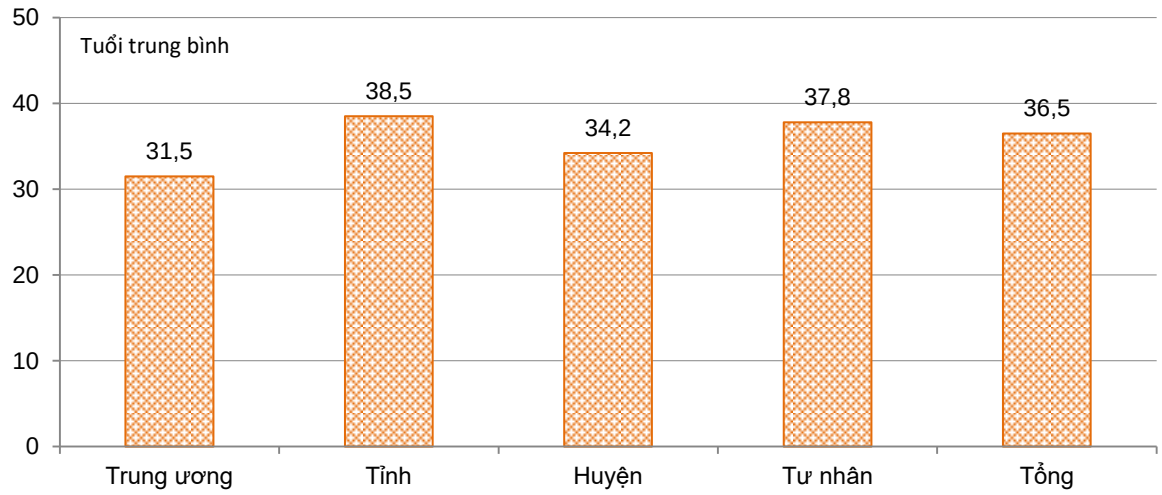
Bảng 41. Tỷ lệ điều dưỡng đích đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam theo các loại tiêu chuẩn chuẩn

Các loại tiêu chuẩn	Trung ương (n=152)	Tỉnh (n=307)	Huyện (n=79)	Tư nhân (n=52)	Tổng (n=590)
Đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (có thể làm một mình tất cả 60 tiêu chí thuộc 15 tiêu chuẩn)	1,3	0,7	1,3	0	0,8
Đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (có thể làm một mình tất cả 43 tiêu chí thuộc 8 tiêu chuẩn)	3,3	1,3	0	1,9	1,7
Đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (có thể làm một mình tất cả 7 tiêu chí thuộc 2 tiêu chuẩn)	53,9	27,7	40,5	32,7	37,1
Đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng viên Việt Nam (có thể làm một mình tất cả 110 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn)	0,7	0,3	0	0	0,3

Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng viên Việt Nam (có thể làm một mình cả 110 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) rất ít (2 điều dưỡng viên = 0,3% số điều dưỡng viên điều tra). Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (có thể làm một mình đủ 60 tiêu chí thuộc 15 tiêu chuẩn) cũng ít (5 điều dưỡng viên = 0,8% số điều dưỡng viên điều tra). Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 43 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) là 10 người (chiếm 1,7% số điều dưỡng viên điều tra). Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 7 tiêu chí thuộc 2 tiêu chuẩn) là 219 người (chiếm 37,1% số điều dưỡng đích điều tra).

4.2. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của người hướng dẫn tại các CSYT (Q4)

4.2.1. Thông tin chung về người hướng dẫn



Biểu đồ 8: Độ tuổi trung bình của người hướng dẫn điều dưỡng THLS (C1)

Điều tra 99 điều dưỡng đã và đang hướng dẫn điều dưỡng đích, kết quả cho thấy tuổi trung bình của người hướng dẫn tham gia nghiên cứu là 36,5 tuổi. Tuổi trung bình của người hướng dẫn chênh nhau không đáng kể giữa các tuyến, thấp nhất ở tuyến trung ương (31,5 tuổi) và cao nhất ở tuyến tỉnh (38,5 tuổi).

Bảng 42. Thông tin chung về người hướng dẫn và phân bổ người hướng dẫn theo tuyến

Thông tin chung	Trung ương (n=2)	Tỉnh (n=44)	Huyện (n=41)	Tư nhân (n=12)	Tổng (n=99)
Tỷ lệ % giới tính (C2)					
• Nam	50,0	27,3	24,4	33,3	27,3
• Nữ	50,0	72,7	75,6	66,7	72,7
Tỷ lệ về trình độ chuyên môn cao (C7)					
• Tốt nghiệp trung cấp	0,0	9,1	22,0	41,7	18,2
• Tốt nghiệp cao đẳng	0,0	11,4	22,0	25,0	17,2
• Tốt nghiệp đại học (4 năm)	100,0	77,3	56,1	25,0	62,6
• Tốt nghiệp thạc sỹ	0,0	2,3	0,0	8,3	2,0
Tỷ lệ về Chức danh (C4)					
• Điều dưỡng trưởng bệnh viện	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Phó ĐD trưởng bệnh viện	0,0	6,8	4,9	8,3	6,1
• Điều dưỡng trưởng khoa	50,0	79,5	78,0	83,3	78,8
• Phó ĐD trưởng khoa	0,0	0,0	2,4	0,0	1,0
• Khác	50,0	13,6	14,6	8,3	14,1
Tỷ lệ về khoa đang làm việc (C3)					
• Nội	0,0	22,7	17,1	8,3	18,2
• Ngoại	0,0	18,2	14,6	8,3	15,2
• Sản	0,0	0,0	4,9	16,7	4,0
• Nhi	0,0	9,1	9,8	0,0	8,1
• Truyền nhiễm	0,0	9,1	2,4	0,0	5,1
• Cấp cứu	0,0	9,1	17,1	25,0	14,1
• Khác	100,0	31,8	39,0	58,3	39,4

Kết quả điều tra từ bảng 42 cũng cho thấy nữ chiếm đa số, tới 72% tổng số người hướng dẫn tham gia nghiên cứu.

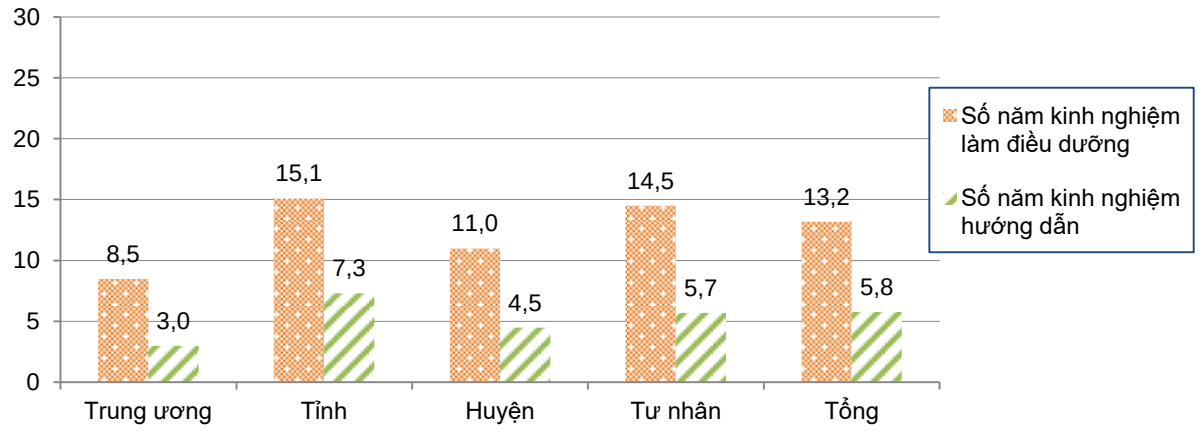
Về trình độ chuyên môn, kết quả điều tra cũng cho thấy có sự không đồng đều về trình độ chuyên môn trong tổng số người hướng dẫn tham gia nghiên cứu. Số người hướng dẫn có trình độ thạc sĩ là 2%; số người hướng dẫn có trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao nhất, 62,6 %; vẫn còn 35,4% số người hướng dẫn có trình độ cao đẳng/trung cấp. Mặc dù việc hướng dẫn thực hành lâm sàng tập trung chủ yếu vào kỹ năng nhưng với sự thay đổi về khoa học kỹ thuật, đặc biệt các công nghệ y tế thì trình độ chuyên môn của người hướng dẫn cũng đóng vai trò quan trọng trong hỗ trợ cho các điều dưỡng mới tốt nghiệp nâng cao năng lực. Những thông tin về trình độ học vấn của người hướng dẫn rất cần thiết cho việc thiết kế và triển khai các khoá đào tạo giảng viên (ToT).

Nghiên cứu về trình độ chuyên môn cao nhất của người hướng dẫn theo tuyến, kết quả nghiên cứu cho thấy tại tuyến trung ương, 100% người hướng dẫn đã tốt nghiệp đại học; tuyến tỉnh có 77,3% số người hướng dẫn đã tốt nghiệp đại học và thấp nhất

là tuyến tư nhân chỉ có 25% người hướng dẫn đã tốt nghiệp đại học. Ngược lại tại tuyến huyện và tuyến tư nhân tỷ lệ người hướng dẫn tốt nghiệp trung cấp chiến 22%.

Về chức danh của người hướng dẫn, kết quả điều tra cho thấy có 78,8% số người hướng dẫn là điều dưỡng trưởng ở các khoa có điều dưỡng đang thực hành; 6,1% là phó phòng điều dưỡng bệnh viện và 14,1% là các điều dưỡng đang làm việc tại các khoa.

Phân bố người hướng dẫn theo nơi công tác, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người hướng dẫn cao hơn ở các khoa nội (18,2%), ngoại (15,2%) và cấp cứu (14,1%). Tại các khoa khác số lượng người hướng dẫn chênh lệch không đáng kể (dao động từ 4% đến 8,1%). Số người hướng dẫn làm việc tại khoa khác chiếm 39,4%, trong đó chủ yếu là các khoa như: khoa khám bệnh, phục hồi chức năng, phẫu thuật gây mê hồi sức, liên khoa...



Biểu đồ 9. Tỷ lệ về số năm kinh nghiệm làm điều dưỡng và số năm kinh nghiệm hướng dẫn (C5 và C6)

Kết quả nghiên cứu từ bảng cũng cho thấy số năm kinh nghiệm làm điều dưỡng trung bình là 13,2 năm, tương đối đồng đều giữa các tuyến tỉnh, huyện và tư nhân. Chỉ có ở tuyến trung ương, người hướng dẫn có số năm kinh nghiệm điều dưỡng thấp hơn là 8,5 năm.

Về số năm kinh nghiệm làm người hướng dẫn, kết quả nghiên cứu cũng đã cho thấy số năm trung bình làm người hướng dẫn là 5,8 năm và sự phân bổ giữa các tuyến cũng tương tự như số năm kinh nghiệm làm điều dưỡng.

4.2.2. Thực trạng đào tạo người hướng dẫn

Bảng 43. Tỷ lệ người hướng dẫn THLS đã tham gia các lớp đào tạo theo tuyến (C8-C10)

Thông tin chung	Trung ương (n=2)	Tỉnh (n=44)	Huyện (n=41)	Tư nhân (n=12)	Tổng (n=99)
Tham gia tập huấn người hướng dẫn LS đào tạo ngoài bệnh viện	100,0	34,1	34,1	25,0	34,3
Tham gia đào tạo giảng viên (TOT) do đơn vị thực hiện	50,0	27,3	9,8	16,7	19,2
Nội dung đào tạo người hướng dẫn lâm sàng được đào tạo ngoài viện (chỉ hỏi những người được đào tạo)	**(n=2)**	**(n=15)**	**(n=14)**	**(n=3)**	**(n=34)**
Phương pháp sư phạm y học do BYT tổ chức	0,0	53,3	35,7	66,7	44,1
Khóa do Hội Điều dưỡng tổ chức	0,0	33,3	21,4	0,0	23,5
Khóa do JICA tổ chức	100,0	26,7	0,0	0,0	17,6
Khác	0,0	13,3	42,9	33,3	26,5

Việc đào tạo cho người hướng dẫn gồm cả các khoá đào tạo do các tổ chức/đơn vị bên ngoài hoặc do chính cơ sở y tế thực hiện. Trước hết, với các khoá đào tạo người hướng dẫn do các đơn vị/tổ chức bên ngoài thực hiện, kết quả điều tra đã cho thấy chỉ có 34,4% số người hướng dẫn đã được tham gia các khoá đào tạo do các tổ chức/đơn vị ngoài cơ sở y tế tổ chức, còn lại 66,7% người hướng dẫn chưa được tham gia đào tạo. Số người hướng dẫn được đào tạo cũng khác nhau giữa các tuyến. 100% người hướng dẫn tham gia điều tra thuộc tuyến trung ương đã được tham dự các khoá đào tạo từ các tổ chức ngoài CSYT. Tại tuyến tỉnh, huyện, chỉ có 34% số người hướng dẫn đã được tham gia các khoá tập huấn ngoài viện. Số hướng dẫn được tham gia các khoá tập huấn bên ngoài thấp nhất là ở khối y tế tư nhân.

Về đơn vị tổ chức/nội dung tập huấn, kết quả điều tra cũng cho thấy chỉ có 44,1% số người hướng dẫn được tham dự các khoá đào tạo phương pháp giáo dục y học do Cục khoa học công nghệ BYT tổ chức. Một tỷ lệ nhỏ người hướng dẫn được tham dự các kháo đào tạo do Hội điều dưỡng hoặc do tổ chức JICA tổ chức. Một số khác tham dự các khoá học do các đơn vị, các tổ chức khác nhau đào tạo với các nội dung khác nhau.

Về việc tập huấn cho người hướng dẫn do chính bệnh viện/cơ sở y tế thực hiện, kết quả điều tra cho thấy chỉ có 19% số người hướng dẫn được tham dự khoá đào tạo do chính cơ sở y tế của họ tổ chức với các nội dung khac nhau tuỳ theo cơ sở y tế ví dụ như giảng dạy cho người lớn, ToT cho đào tạo điều dưỡng làm việc tại TYT xã và một số các khoá tập huấn về chuyên môn khác.

Điều tra việc đào tạo cho người hướng dẫn theo tỉnh kết quả cho thấy ngoại trừ Hà Nội tỷ lệ điều dưỡng tham gia các khoá đào tạo người hướng dẫn do các Đơn vị/tổ chức bên ngoài thực hiện khá thấp, thấp nhất ở tỉnh Bình Định và Đồng Nai. Việc tham gia từng khoá tập huấn do các đơn vị tổ chức cũng thay đổi theo các tỉnh, có những khoá tập huấn chỉ có người hướng dẫn của 4 tỉnh tham dự như khoá đào tạo Phương pháp giáo dục y học do Cục khoa học công nghệ BYT tổ chức, tỉnh Điện Biên không có hội thảo viên nào. Về việc tổ chức các khoá ToT tại các cơ sở y tế, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ người hướng dẫn được tham dự các khoá ToT thấp, 19,2% và có

tỉnh như Điện Biên không có người hướng dẫn nào được tham dự các khoá đào tạo ToT tổ chức tại cơ sở y tế của họ (Xem Bảng PL 30).

4.2.3. Cơ chế, nội dung thực hành lâm sàng 9 tháng

Bảng 44. Tỷ lệ các phương pháp hướng dẫn THLS của người hướng dẫn theo tuyến (C12, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Thông tin chung	Trung ương (n=2)		Tỉnh (n=44)		Huyện (n=41)		Tư nhân (n=12)		Tổng (n=99)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cùng làm nghiệp vụ hàng ngày (hướng dẫn tại chỗ)	2	100,0	40	90,9	34	82,9	7	58,3	83	83,8
Xử lý khi có thắc mắc	2	100,0	31	70,5	23	56,1	7	58,3	63	63,6
Hướng dẫn bằng miệng tại chỗ khi cần	2	100,0	33	75,0	26	63,4	8	66,7	69	69,7
Hướng dẫn sử dụng Cẩm nang	2	100,0	13	29,5	7	17,1	1	8,3	23	23,2
Giảng tập trung	2	100,0	24	54,5	13	31,7	5	41,7	44	44,4
Sử dụng mô hình	1	50,0	13	29,5	2	4,9	2	16,7	18	18,2
Khác	0	0,0	5	11,4	0	0,0	0	0,0	5	5,1

Phương pháp thực hành có vai trò quan trọng trong nâng cao kiến thức và kỹ năng cho học viên. Kết quả từ bảng 44 cho thấy có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng trong thực hành lâm sàng và thường là có sự phối hợp nhiều phương pháp. Xét đơn lẻ từng phương pháp được sử dụng trong hướng dẫn thực hành lâm sàng, kết quả từ bảng 43 đã cho thấy việc hướng dẫn qua cách cùng làm hàng ngày được áp dụng nhiều nhất, 83% người hướng dẫn đã sử dụng biện pháp này, thấp nhất là việc sử dụng mô hình. Tỷ lệ người sử dụng mô hình thấp có thể do thiếu các mô hình cần thiết cho hướng dẫn thực hành. Hướng dẫn sử dụng cẩm nang cũng không thật phổ biến trong hướng dẫn thực hành lâm sàng. Bên cạnh đó còn một số phương pháp khác đã được áp dụng nhưng chưa được phổ biến như các buổi giao ban giữa người hướng dẫn với điều dưỡng đích, hướng dẫn dựa trên các tình huống hoặc trực tiếp trên người bệnh và chỉ được thực hiện ở các bệnh viện tuyến tỉnh.

Cùng với phương pháp hướng dẫn qua cách làm cùng hàng ngày, phương pháp xử lý khi có thắc mắc và hướng dẫn bằng miệng khi cần thiết cũng được áp dụng phổ biến ở tất cả các tuyến và các tỉnh. Hướng dẫn thực hành lâm sàng nhằm giúp cho các điều dưỡng mới tốt nghiệp thực hiện các kỹ năng cần đạt thuần thục và chuẩn mực hơn để sau khi kết thúc khoá thực hành, các điều dưỡng có thể tự tin thực hiện các kỹ năng theo quy định. Có thể nói phương pháp hướng dẫn qua cùng thực thi các công việc cùng ngày, giải thích những thắc mắc và hướng dẫn cụ thể khi cần là những phương pháp có tính thực tiễn cao và rất hữu ích ngay cả khi bị hạn chế về cơ sở vật chất.

Được hỏi về những nội dung và phương pháp thực hành nào tốt cho thực hành lâm sàng, câu trả lời của người hướng dẫn cũng khác nhau. Tuy nhiên nhiều ý kiến cho

rằng học theo phương pháp cầm tay chỉ việc là phương pháp hữu hiệu. Có ý kiến cho rằng cần chuẩn bị và hướng dẫn ngay trên bệnh nhân. Cũng có ý kiến cho rằng cần có giáo trình và hướng dẫn trên thực tế và thường xuyên cập nhật các kiến thức và kỹ năng chuyên môn. Có những buổi giao ban chia sẻ những kinh nghiệm thực tế cũng là một phương pháp mà các cán bộ hướng dẫn cho rằng hữu ích, đặc biệt những trường hợp hiếm gặp. Một số hướng dẫn cho rằng cần có theo dõi giám sát thường xuyên dựa trên bảng kiểm để đánh giá các mức độ kỹ năng đạt được. Đây là một hoạt động rất quan trọng đối với các khoá đào tạo, đặc biệt là đào tạo kỹ năng. Nói cách khác cùng với tập huấn, việc giám sát hỗ trợ đóng vai trò rất quan trọng cho người học nâng cao năng lực thực hành.

Bảng 45. Sự khác nhau giữa phương pháp và nội dung thực tập trong giai đoạn đang học tại trường và thực hành lâm sàng 9 tháng theo tuyến và theo tỉnh

Tỉnh	Tuyến	Phương pháp thực hành lâm sàng		Nội dung THLS	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=4)	Trung ương	0	0,0	0	0,0
	Tỉnh	0	0,0	0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	2	25,0	3	37,5
	Huyện	2	20,0	4	40,0
	Tư nhân	0	0,0	1	50,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	0	0,0	2	33,3
	Huyện	3	23,1	7	53,8
Bình Định (n=26)	Tỉnh	3	21,4	5	35,7
	Huyện	3	25,0	7	58,3
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	4	28,6	3	21,4
	Huyện	2	33,3	0	0,0
	Tư nhân	4	40,0	5	50,0
Tổng (n=99)	Trung ương	0	0,0	0	0,0
	Tỉnh	9	20,5	13	29,5
	Huyện	10	24,4	18	43,9
	Tư nhân	4	33,3	6	50,0
	Chung	23	23,3	37	37,3

Bảng 45 trình bày ý kiến của người hướng dẫn về phương pháp và nội dung thực hành khi học ở trường và lúc học thực hành tại bệnh viện. Có 23,3% trong tổng số 99 người hướng dẫn cho rằng có sự khác biệt về phương pháp thực hành và 37,3% cho rằng có sự khác biệt về nội dung thực hành trong đó tỷ lệ người hướng dẫn cho rằng có sự khác biệt về phương pháp và nội dung giữa học ở trường và nơi thực hành cao nhất ở tuyến y tế tư nhân là 33% cho rằng khác biệt về phương pháp và 50% cho rằng có sự khác biệt về nội dung.

Tìm hiểu chi tiết hơn về sự khác biệt về phương pháp và nội dung thực hành nhiều ý kiến cho rằng sự khác biệt chủ yếu là khi học ở trường chủ yếu điều dưỡng được thực hành trên mô hình còn trong thời gian thực hành lâm sàng tại cơ sở y tế, điều dưỡng đích được trực tiếp trên người bệnh, thực tế hơn. Thực hành trên mô hình mang tính chất lý thuyết nhiều còn thực hành trên người bệnh thì thực tế hơn, ngắn gọn hơn và dễ nhớ hơn, có thể ứng dụng được ngay. Học thực hành lâm sàng, học

viên phải tuân thủ theo quy trình kỹ thuật nên được rèn luyện, các quy trình kỹ thuật cũng luôn được cập nhật, luôn có người giám sát và hướng dẫn.

Về nội dung, những điều dưỡng hướng dẫn thực hành lâm sàng cho rằng nội dung học ở trường chung chung, không cụ thể, học trong thời gian thực hành lâm sang cụ thể hơn, đi sâu vào các bệnh khác nhau, có nhiều thời gian dành cho thực hành hơn.

Bảng 46. Tỷ lệ về thời gian mà điều dưỡng thực hành được tham gia trực đêm theo tỉnh và tuyến (C15)

Tỉnh	Tuyến	1-2 tháng		3-8 tháng		9 tháng		Sau 9 tháng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Tỉnh	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	4	50,0	3	37,5	0	0,0	1	12,5
	Huyện	1	10,0	6	60,0	2	20,0	1	10,0
	Tư nhân	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	0	0,0	3	50,0	0	0,0	3	50,0
	Huyện	7	53,8	1	7,7	3	23,1	2	15,4
Bình Định (n=26)	Tỉnh	2	14,3	7	50,0	3	21,4	2	14,3
	Huyện	0	0,0	4	33,3	5	41,7	3	25,0
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	4	28,6	4	28,6	6	42,9	0	0,0
	Huyện	2	33,3	1	16,7	2	33,3	1	16,7
	Tư nhân	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Tỉnh	12	27,3	17	38,6	9	20,5	6	13,6
	Huyện	10	24,4	12	29,3	12	29,3	7	17,1
	Tư nhân	4	33,3	6	50,0	2	16,7	0	0,0
	Chung	28	28,3	35	35,4	23	23,2	13	13,1

Kết quả bảng 46 đã cho thấy 28,3 % tổng số người hướng dẫn cho biết trong thời gian thực hành lâm sàng điều dưỡng tham gia trực đêm khi đi thực hành được từ 1-2 tháng; 35,4% điều dưỡng tham gia trực đêm khi thực hành được từ 3-8 tháng và 23,2% cho biết điều dưỡng tham gia trực đêm khi được 9 tháng. Chỉ có 13,1% điều dưỡng được tham gia trực đêm khi đã thực hành sau 9 tháng.

Có sự khác biệt giữa các tỉnh về thời gian điều dưỡng tham gia trực đêm trong thời gian học thực hành lâm sàng. Tại Hà Nội 100% người hướng dẫn cho biết các điều dưỡng đích tham gia trực đêm trước thời điểm từ 1-2 tháng; 80% người hướng dẫn ở Vĩnh Phúc cho biết điều dưỡng tham gia trực đêm trước 9 tháng. Tại Bình Định và Đồng Nai điều tỷ lệ dưỡng trực đêm vào thời điểm trước 9 tháng có tỷ lệ thấp hơn và thời điểm 9 tháng hoặc sau 9 tháng cao hơn.

Bảng 47. Tỷ lệ người hướng dẫn có bố trí buổi thảo luận về ca bệnh cho điều dưỡng trong quá trình THLS (C16)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	2	100,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	7	87,5
	Huyện	8	80,0
	Tư nhân	2	100,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	6	100,0
	Huyện	13	100,0
	Tư nhân	0	0,0
Bình Định (n=26)	Tỉnh	14	100,0
	Huyện	12	100,0
	Tư nhân	0	0,0
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	13	92,9
	Huyện	5	83,3
	Tư nhân	8	80,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	42	95,5
	Huyện	38	92,7
	Tư nhân	10	83,3
	Chung	92	92,8

Thảo luận về ca bệnh được coi là một trong những phương pháp học tích cực để người học có thể học hỏi chia sẽ kinh nghiệm. Kết quả từ bảng 47 cho thấy xấp xỉ 93% người hướng dẫn cho biết đã tổ chức các buổi thảo luận về ca bệnh và tỷ lệ này cao nhất ở tuyến trung ương và thấp nhất ở tuyến tư nhân nếu xét theo tuyến và cao nhất ở Hà Nội và thấp nhất ở Đồng Nai nếu xét theo tỉnh.

Bảng 48. Tỷ lệ người hướng dẫn có tổ chức các buổi họp, giao ban để xác nhận tiến độ và các vấn đề gặp phải trong quá trình hướng dẫn thực hành (C17, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Tuyến	Tỉnh	Định kỳ (hàng ngày)	Định kỳ (hàng tháng)	Định kỳ (mỗi 2-3 tháng)	Tổ chức định kỳ	Tổ chức nếu cần thiết	Không tổ chức
Hà Nội (n=4)	Trung ương	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	Tỉnh	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	12,5	25,0	0,0	25,0	50,0	0,0
	Huyện	10,0	10,0	0,0	0,0	80,0	0,0
	Tư nhân	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	50,0	16,7	0,0	0,0	33,3	0,0
	Huyện	30,8	15,4	0,0	0,0	38,5	15,4
Bình Định (n=26)	Tỉnh	57,1	14,3	0,0	0,0	50,0	0,0
	Huyện	41,7	8,3	8,3	0,0	41,7	8,3
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	35,7	28,6	21,4	7,1	35,7	0,0
	Huyện	0,0	50,0	0,0	16,7	33,3	0,0
	Tư nhân	0,0	30,0	10,0	10,0	60,0	0,0
Tổng (n=99)	Trung ương	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	Tỉnh	40,9	20,5	6,8	6,8	43,2	0,0
	Huyện	24,4	17,1	2,4	2,4	48,8	7,3
	Tư nhân	8,3	25,0	8,3	8,3	58,3	0,0
	Chung	29,3	21,2	5,1	5,1	47,5	3,0

Bảng 48 trình bày kết quả việc người hướng dẫn tổ chức các buổi họp, giao ban để xác nhận tiến độ và các vấn đề gặp phải trong quá trình hướng dẫn thực hành lâm sàng theo tuyến và theo tỉnh. Kết quả điều tra cho thấy việc tổ chức các buổi họp giao

ban như trên cũng khác nhau giữa các tuyến và các tỉnh. Xét đơn lẻ từng hình thức giao ban cho thấy 47,5% người hướng dẫn cho biết chỉ tổ chức các buổi họp giao ban như đã nêu trên nếu thấy cần thiết, 29% điều dưỡng cho biết đã tổ chức các buổi họp này hàng ngày và 21% cho biết tổ chức định kỳ hàng tháng. Có 3% người hướng dẫn ở tuyến huyện ở Điện Biên và Bình Định cho biết không tổ chức các buổi họp với nội dung nêu trên tại cơ sở của mình.

Tổ chức giao ban để xác nhận tiến độ và các vấn đề gặp phải trong quá trình thực hành lâm sang là rất cần thiết, đảm bảo cho việc thực hành theo đúng tiến độ thời điểm áp dụng cũng phụ thuộc vào điều kiện làm việc ở từng tuyến và từng tỉnh tuy nhiên cần kết hợp với đánh giá tiến độ thực thi các công việc thì buổi giao ban sẽ mang lại kết quả tốt hơn.

Bảng 49. Tỷ lệ về thời gian đánh giá mức độ thuần thục của diều dưỡng (C18)

Tuyến	Tỉnh	Định kỳ (hàng ngày)	Định kỳ (hàng tháng)	Định kỳ (mỗi 2-3 tháng)	Tổ chức định kỳ	Tổ chức nếu cần thiết	Không tổ chức
Hà Nội (n=4)	Trung ương	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tỉnh	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	12,5	25,0	12,5	12,5	25,0	12,5
	Huyện	20,0	10,0	0,0	0,0	50,0	20,0
	Tư nhân	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	0,0	16,7	16,7	50,0	16,7	0,0
	Huyện	15,4	15,4	30,8	7,7	30,8	0,0
Bình Định (n=26)	Tỉnh	14,3	28,6	0,0	7,1	50,0	0,0
	Huyện	0,0	25,0	16,7	0,0	50,0	8,3
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	7,1	7,1	28,6	0,0	35,7	21,4
	Huyện	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	0,0
	Tư nhân	10,0	0,0	40,0	20,0	30,0	0,0
Tổng (n=99)	Trung ương	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tỉnh	9,1	18,2	15,9	11,4	36,4	9,1
	Huyện	9,8	24,4	14,6	2,4	41,5	7,3
	Tư nhân	8,3	8,3	41,7	16,7	25,0	0,0
	Chung	9,1	21,2	18,2	8,1	36,4	7,1

Bảng 49 trình bày kết quả điều tra về thời điểm đánh giá mức độ thuần thục của diều dưỡng. Theo người hướng dẫn, việc thực hiện đánh giá mức độ thuần thục của điều dưỡng đích cũng khác nhau giữa các tuyến và các tỉnh, trong đó có 36,4% người hướng dẫn cho biết thời điểm đánh giá mức độ thuần thục của điều dưỡng phụ thuộc vào mức độ thuần thục đạt được. Vẫn còn có những đơn vị chưa có quy định về đánh giá mức độ thuần thục của điều dưỡng đích. Việc đánh giá các mức độ đạt được rất quan trọng trong quá trình đào tạo, thông tin thu được từ điều tra là cơ sở cho xây dựng kế hoạch đào tạo thực hành lâm sàng sau này.

Bảng 50. Tỷ lệ đơn vị có quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng theo tuyến và tỉnh (C19)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	1	50,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	7	87,5
	Huyện	3	30,0
	Tư nhân	0	0,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	3	50,0
	Huyện	11	84,6
Bình Định (n=26)	Tỉnh	14	100,0
	Huyện	6	50,0
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	10	71,4
	Huyện	6	100,0
	Tư nhân	5	50,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	35	79,5
	Huyện	26	63,4
	Tư nhân	5	41,7
	Chung	68	68,7

Kết quả từ bảng 50 cho thấy 68,7% người hướng dẫn tại các CSYT cho biết có quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng, trong đó 100% ở tuyến trung ương và chỉ có xấp xỉ 42% ở cơ sở y tế tư nhân.

Nghiên cứu về việc báo cáo sự cố y khoa theo tỉnh, kết quả nghiên cứu cho thấy, ngoại trừ tuyến tỉnh ở Hà Nội, tuyến tỉnh ở các tỉnh khác cũng đã rất chú trọng đến vấn đề này và ngay cả tuyến huyện tại các tỉnh cũng đã và đang rất quan tâm tới những sự cố y khoa xảy ra cho điều dưỡng đích trong quá trình thực hành lâm sàng.

Quy định báo cáo và giải quyết sự cố y khoa mặc dù khác nhau về hình thức, nhưng tương tự như nhau ở các đơn vị. Có đơn vị yêu cầu báo cáo theo quy định của Bộ Y tế, có đơn vị quy định báo cáo tới giám đốc, tới phòng kế hoạch điều dưỡng, tới phòng điều dưỡng trưởng... Tất cả các CSYT đều có quy định theo dõi và xử lý những trường hợp có phơi nhiễm như đâm phải vật sắc nhọn...

Việc nhận biết và báo cáo sự cố y khoa cũng như quy định giải quyết những sự cố này là cần thiết, đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Hiện tại đang được Bộ y tế rất quan tâm, đây là vấn đề cần được lưu ý trong xây dựng và thực hiện chương trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng sau này.

Khi được hỏi về những thách thức các khoa phòng có điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành đã phải đối mặt, kết quả tổng hợp từ các phiếu tự điền của người hướng dẫn (Câu hỏi số 20, phiếu Q4) đã cho biết khoa phòng đã phải đối mặt với nhiều thách thức như sau:

Về phía cơ sở y tế đào tạo thực hành lâm sàng: Theo ý kiến của người hướng dẫn từ các phiếu tự điền cho rằng nhiệm vụ hướng dẫn các điều dưỡng mới tốt nghiệp chỉ là công việc kiêm nhiệm, không phải công việc chính. Do đó năng lực hướng dẫn của họ hạn chế, đặc biệt là các kỹ năng về giảng dạy, hướng dẫn do chưa được tập huấn đầy đủ hoặc không được tập huấn (do chưa có quy định cụ thể cho người hướng dẫn). Việc cập nhật các kiến thức, kỹ năng cũng bị hạn chế đặc biệt là ở tuyến huyện, ở các vùng sâu xa như ở Điện Biên, Bình Định. Ở các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh do bệnh nhân quá tải, nên người hướng dẫn không dành được thời gian việc hướng dẫn điều dưỡng mới một cách chu đáo và bài bản. Cơ sở vật chất, tài liệu hướng dẫn, cẩm nang cho hướng dẫn cũng hạn chế kết quả thực hành lâm sàng. Ở

nhiều bệnh viện thiếu máy móc, mô hình và các vật tư, tài liệu phục vụ cho điều dưỡng thực hành. Hơn nữa chưa có chế độ động viên khuyến khích người hướng dẫn. Thiếu kinh phí cho đào tạo nên việc thực hành lâm sàng bị hạn chế.

> *"Người hướng dẫn không được đào tạo qua lớp hướng dẫn lâm sàng, do đó chỉ truyền đạt hướng dẫn hoặc cầm tay chỉ việc những thủ thuật tại khoa điều trị, các kỹ năng thực hành về lâm sàng mà không theo một quy trình tài liệu hướng dẫn nào"*- Người hướng dẫn CSYT Điện Biên.
>
> *"Chưa có giáo trình hướng dẫn cụ thể, chưa đào tạo người hướng dẫn lâm sàng, nên chưa có kế hoạch để hướng dẫn cho khoa học hơn"* – Người hướng dẫn CSYT Đồng Nai.
>
> *"Bệnh nhân quá tải nhân viên không có thời gian hướng dẫn thực hành lâm sàng, trang thiết bị cũ hỏng, điều kiện thực hành khó khăn"* – Người hướng dẫn cơ sở y tế Bình Định.
>
> *Thiếu dụng cụ và mô hình tài liệu hướng dẫn chuẩn nên nhiều khi thực hành và quy trình chưa có sự thống nhất trong đào tạo lâm sàng"* – Người hướng dẫn cơ sở y tế Vĩnh Phúc.

Về phía điều dưỡng: Kiến thức, kỹ năng còn hạn chế, đặc biệt là các kỹ năng chuyên sâu. Kỹ năng giao tiếp cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới kết quả thực hành, ngoài ra nhiều điều dưỡng tinh thần trách nhiệm yếu kém, lòng nhiệt tình đối với nghề nghiệp hạn chế, ý thức học tập ở nhiều điều dưỡng trẻ còn kém. Đối với những điều dưỡng mới tốt nghiệp thì kiến thức và kỹ năng không đồng đều cũng đã khiến cho người hướng dẫn gặp khó khăn trong quá trình hướng dẫn lâm sàng.

> *"Kiến thức chuyên môn của điều dưỡng từ các trường sau khi tốt nghiệp không đồng bộ về cách thực hiện các quy trình chuyên môn, phẩm chất đạo đức chưa đạt yêu cầu, nên việc đào tạo thực hành lâm sàng cũng gặp khó khăn"*– Người hướng dẫn CSYT Đồng Nai.
>
> *Tâm lý của điều dưỡng viên mới ra trường chưa đủ vững, chưa đủ tự tin khi giao tiếp, cũng như khi thực hiện các kỹ thuật chuyên môn"* – Người hướng dẫn CSYT Vĩnh Phúc.

Về phía người bệnh: Do sự phát triển của đời sống kinh tế xã hội, người bệnh hiểu biết hơn, yêu cầu cao hơn. Do đó việc thực hành của điều dưỡng đích trên người benh cũng bị hạn chế, đặc biệt trong trường hợp điều dưỡng đích yếu kém về kỹ năng giao tiếp thì sẽ nhận được sự thiếu hợp tác từ phía người bệnh, ảnh hưởng tới kết quả thực hành. Sự bất đồng về ngôn ngữ đặc biệt là ở những vùng cao, vùng khó khăn, vùng dân tộc thiểu số cũng là rào cản đối với thực hành lâm sàng.

> *"Do có sự bất đồng ngôn ngữ với người bệnh là dân tộc thiểu số, nên mất nhiều thời gian hướng dẫn giải thích cho bệnh nhân"* - Người hướng dẫn cơ sở y tế Điện Biên.

4.2.4. Cơ chế hướng dẫn

Bảng 51. Tỷ lệ CSYT có cẩm nang để sử dụng cho người hướng dẫn trong hướng dẫn điều dưỡng thực hành (C21)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	2	100,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	5	62,5
	Huyện	6	60,0
	Tư nhân	2	100,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	1	16,7
	Huyện	6	46,2
Bình Định (n=26)	Tỉnh	11	78,6
	Huyện	8	66,7
Đồng Nai (n=30)	Tỉnh	5	35,7
	Huyện	2	33,3
	Tư nhân	6	60,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	24	54,5
	Huyện	22	53,7
	Tư nhân	8	66,7
	Chung	56	56,6

Kết quả bảng 51 cho biết chỉ có 56,6% số người hướng dẫn cho biết đơn vị có cẩm nang cho người hướng dẫn sử dụng trong quá trình thực hành lâm sàng. Phân tích theo tỉnh cho thấy tại Hà Nội 100% người hướng dẫn cho biết có cẩm cho hướng dẫn tại CSYT của họ. Trừ Điện Biên, ở các tỉnh tỷ lệ các CSYT tư nhân có cẩm nang cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng khá cao. Mặc dù kết quả điều tra đã cho thấy nhiều CSYT đã có cẩm nang cho người hướng dẫn, tuy nhiên loại cẩm nang, mức độ sử dụng và kết quả của việc sử dụng cẩm nang chưa được tìm hiểu trong nghiên cứu này.

Bảng 52. Tỷ lệ người hướng dẫn đánh giá về việc giảng viên các trường đại học hoặc cao đẳng tham gia vào hoạt động thực hành lâm sàng (C23)

Tuyến	Tỉnh	Có hiệu quả	Không hiệu quả	Không biết
Hà Nội (n=4)	Trung ương	100,0	0,0	0,0
	Tỉnh	100,0	0,0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	75,0	12,5	12,5
	Huyện	50,0	0,0	50,0
	Tư nhân	50,0	0,0	50,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	66,7	16,7	16,7
	Huyện	69,2	23,1	7,7
Bình Định (n=26)	Tỉnh	50,0	21,4	28,6
	Huyện	83,3	0,0	16,7
Đồng Nai (n=303)	Tỉnh	85,7	0,0	14,3
	Huyện	83,3	16,7	0,0
	Tư nhân	80,0	10,0	10,0
Tổng (n=99)	Trung ương	100,0	0,0	0,0
	Tỉnh	70,5	11,4	18,2
	Huyện	70,7	9,8	19,5
	Tư nhân	75,0	8,3	16,7
	Chung	71,7	10,1	18,2

Kết quả việc đánh giá vai trò của giảng viên các trường đại học và cao đẳng trong thực hành lâm sàng được trình bày trong Bảng 52. Có 71,7 % người hướng dẫn được phỏng vấn cho rằng việc giảng viên các trường đại học hoặc cao đẳng tham gia vào các hoạt động thực hành lâm sàng là có hiệu quả. 100% người hướng dẫn ở tuyến

Trung ương và ở Hà Nội đồng ý với nhận định này. Có 18,2% người hướng dẫn không rõ về vai trò của giảng viên trong hoạt động này. Chỉ có 10% người hướng dẫn cho rằng giảng viên các trường đại học hoặc cao đẳng tham gia vào các hoạt động thực hành lâm sàng không có hiệu quả và nhận định này ở một số bệnh viện tuyến tỉnh ở hầu hết các tỉnh trừ Hà Nội.

Trên thực tế Việt Nam, việc đào tạo y khoa gắn liền với các hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện các tuyến. Thông thường cán bộ giảng dạy thường làm việc tại các khoa phòng như cán bộ bệnh viện với hai chức năng giảng dạy và điều trị. Có lẽ tại một số bệnh viện chưa có cơ chế rõ ràng đối với việc tham gia hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, nên vai trò của giảng viên các trường đại học, cao đẳng trong hoạt động này đã được người hướng dẫn cho rằng không có hiệu quả.

Được hỏi anh/chị muốn trở thành người hướng dẫn như thế nào? Anh/Chị sẽ làm gì để có thể trở thành người hướng dẫn như vậy, rất nhiều ý kiến cho rằng muốn thành người hướng dẫn có kiến thức và kỹ năng chuyên môn tốt, có phương pháp sư phạm tốt để có thể hướng dẫn tốt cho học viên, có kỹ năng giao tiếp tốt và đạo đức nghề nghiệp. Và để có thể trở thành người hướng dẫn tốt, đa số ý kiến cho rằng cần được cập nhật các kiến thức, kỹ năng và cần được đào tạo về phương pháp sư phạm và được tạo điều kiện cho thực hiện nhiệm vụ.

4.2.5. Hệ thống theo dõi, giám sát

Bảng 53. Tỷ lệ người hướng dẫn có báo cáo trưởng phòng điều dưỡng về tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích theo tỉnh và tuyến (C25)

Tỉnh	Tuyến	Báo cáo định kỳ	Không định kỳ nhưng có báo cáo	Không báo cáo
Hà Nội (n=4)	Trung ương	100,0	0,0	0,0
	Tỉnh	0,0	100,0	0,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	37,5	62,5	0,0
	Huyện	40,0	40,0	20,0
	Tư nhân	0,0	100,0	0,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	66,7	33,3	0,0
	Huyện	23,1	61,5	15,4
Bình Định (n=26)	Tỉnh	57,1	42,9	0,0
	Huyện	16,7	83,3	0,0
Đồng Nai (n=303)	Tỉnh	42,9	42,9	14,3
	Huyện	50,0	50,0	0,0
	Tư nhân	40,0	50,0	10,0
Tổng (n=99)	Trung ương	100,0	0,0	0,0
	Tỉnh	47,7	47,7	4,5
	Huyện	29,3	61,0	9,8
	Tư nhân	33,3	58,3	8,3
	Chung	39,4	53,5	7,1

Kết quả bảng trên cho thấy chỉ có 39,4% số người hướng dẫn có báo cáo định kỳ về tiến độ thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích. Vẫn còn 7,1% số người hướng dẫn không báo cáo định kỳ về tiến độ thực hành của điều dưỡng đích với trưởng phòng điều dưỡng. Phân tích theo tuyến cho thấy, 100% số người hướng dẫn ở tuyến trung ương có báo cáo tới trưởng phòng điều dưỡng về tiến độ và kết quả học tập của điều dưỡng đích. Các tuyến khác có tỷ lệ người hướng dẫn báo cáo trưởng phòng điều dưỡng trong khoảng dao động từ 29% đến 47%. Tại các tỉnh tỷ lệ người hướng dẫn có báo cáo về tình hình học tập của điều dưỡng đích cũng theo xu hướng chung với tỷ lệ cao nhất ở tuyến tỉnh.

Bảng 54. Tỷ lệ người hướng dẫn có cơ hội chia sẻ, thảo luận về thực hành lâm sàng thông qua những buổi họp mặt của những người hướng dẫn tại đơn vị mình (C26)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ %
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	2	100,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	5	62,5
	Huyện	7	70,0
	Tư nhân	2	100,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	3	50,0
	Huyện	11	84,6
Bình Định (n=26)	Tỉnh	11	78,6
	Huyện	11	91,7
Đồng Nai (n=303)	Tỉnh	10	71,4
	Huyện	3	50,0
	Tư nhân	8	80,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	31	70,5
	Huyện	32	78,0
	Tư nhân	10	83,3
	Chung	75	75%

Về cơ hội cho người hướng dẫn chia sẻ, thảo luận về thực hành lâm sàng thông qua những buổi họp mặt của những người hướng dẫn tại đơn vị mình, kết quả điều tra cho thấy có 75,8% số người hướng dẫn cho biết có cơ hội chia sẻ, thảo luận về thực hành lâm sàng thông qua những buổi họp của những người hướng dẫn tại đơn vị mình. Hoạt động này là cơ hội để người hướng dẫn thảo luận chia sẻ và đi đến thống nhất những phương pháp, quy định nhằm nâng cao chất lượng thực hành tại đơn vị.

4.2.6. Năng lực người điều dưỡng cần đạt được

Về năng lực để người điều dưỡng có thể chăm sóc người bệnh một cách độc lập, hầu hết người hướng dẫn cho rằng điều dưỡng phải có trình độ chuyên môn tốt, kỹ năng thành thạo, có thể đánh giá được tình trạng bệnh nhân và lập kế hoạch chăm sóc, chủ động. Người điều dưỡng phải có đạo đức nghề nghiệp tốt, có kỹ năng giao tiếp tốt.

Những người hướng dẫn tham gia điều tra cho rằng với trung bình là 1,2 đến 2,3 năm kinh nghiệm, người điều dưỡng có thể thực hiện công việc một cách độc lập.

Về năng lực mong đợi sau khi kết thúc chương trình đào tạo của điều dưỡng ở trường đại học, ý kiến của người hướng dẫn tham gia đánh giá khá tản mạn. Một số người hướng dẫn cho rằng điều dưỡng đã nắm vững kiến thức chung và có khả năng thực hành. Một số cho rằng điều dưỡng sau khi ra trường có khả năng thao tác các kỹ thuật. Kết quả này cũng chỉ là một trong những kênh thông tin về những năng lực điều dưỡng cần đạt, để có thể đưa ra nhận định một cách đầy đủ cần thực hiện một điều tra toàn diện hơn.

Theo đa số người hướng dẫn cho rằng điều dưỡng sau khi hoàn thành 9 tháng thực hành lâm sàng cần đạt được các năng lực sau: 1)có thể thực hiện thành tạo các quy trình chăm sóc người bệnh, 2) có kỹ năng giao tiếp ứng xử tốt, 3) nắm rõ các quy trình điều dưỡng, 4) làm được những thủ thuật khó trên người bệnh, 5) lập kế hoạch chăm sóc trên người bệnh, 6) có khả năng ứng xử giao tiếp, 7) hướng dẫn tư vấn giáo dục sức khỏe biết và thực hiện đúng các thông tư, 8) có khả năng xử lý tình huống trong quá trình chăm sóc bệnh nhân v.v..

4.2.7. Cơ chế thực hành trong tương lai

Bảng 55. Tỷ lệ người hướng dẫn thấy cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành người hướng dẫn (C30)

Tỉnh	Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ %
Hà Nội (n=4)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	2	100,0
Vĩnh Phúc (n=20)	Tỉnh	8	100,0
	Huyện	10	100,0
	Tư nhân	2	100,0
Điện Biên (n=19)	Tỉnh	6	100,0
	Huyện	13	100,0
Bình Định (n=26)	Tỉnh	13	92,9
	Huyện	9	75,0
Đồng Nai (n=303)	Tỉnh	14	100,0
	Huyện	6	100,0
	Tư nhân	9	90,0
Tổng (n=99)	Trung ương	2	100,0
	Tỉnh	43	97,7
	Huyện	38	92,7
	Tư nhân	11	91,7
	Chung	94	94,9

Bảng 55 trình bày ý kiến của người hướng dẫn về sự cần thiết đào tạo cho người hướng dẫn. Kết quả điều tra đã cho thấy có 94,9% số người được phỏng vấn cho rằng người hướng dẫn cần được đào tạo. Điều này cũng đã thể hiện rõ ở những nội dung như đã trình bày ở trên. Vẫn còn 5% số người hướng dẫn cho rằng đào tạo cho người hướng dẫn là không cần thiết, tập trung ở tuyến huyện và tuyến tỉnh của Bình Định và tuyến tư nhân ở Đồng Nai.

Về nội dung, người hướng dẫn cho rằng cần được đào tạo về giáo dục y học, cụ thể là các phương pháp và kỹ năng giảng dạy và hướng dẫn thực hành lâm sàng. Người hướng dẫn cũng đề xuất được đào tạo và cập nhật về các kỹ năng chuyên môn cơ bản và nâng cao cho người hướng dẫn điều dưỡng.

Bảng 56. Tỷ lệ người hướng dẫn hài lòng về thực hành lâm sàng theo tuyến (C32)

Thông tin chung	Trung ương (n=2)	Tỉnh (n=44)	Huyện (n=41)	Tư nhân (n=12)	Tổng (n=99)
Hài lòng	0,0	43,2	43,9	41,7	42,4
Hài lòng bình thường	100,0	25,0	36,6	33,3	32,3
Hài lòng một phần	0,0	31,8	19,5	16,7	24,2
Không hài lòng	0,0	0,0	0,0	8,3	1,0

Bảng 56 trình bày về mức độ hài lòng của người hướng dẫn đối với thực hành lâm sàng. Trên 70% số người hướng dẫn hài lòng và hài lòng ở mức bình thường. Vẫn còn 24% số người hướng dẫn không hài lòng ở 1 số phần và chỉ có 1 người hướng dẫn là

hoàn toàn không hài lòng về thực hành lâm sàng. Đây là thông tin quan trọng cho việc lập kế hoạch, theo dõi và giám sát và đánh giá việc áp dụng chương trình đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng.

Bảng 57. Tỷ lệ các vấn đề liên quan tới thực hành lâm sàng của người hướng dẫn theo tuyến (C33, câu hỏi nhiều lựa chọn)

Thông tin chung	Trung ương (n=2)	Tỉnh (n=44)	Huyện (n=41)	Tư nhân (n=12)	Tổng (n=99)
Sách giáo khoa cho người thực hành	100,0	61,4	48,8	58,3	56,6
Vật tư y tế tiêu hao và trang thiết bị y tế cho thực hành	100,0	38,6	56,1	50,0	48,5
Năng lực và/hoặc số lượng người hướng dẫn	100,0	65,9	53,7	41,7	58,6
Sách giáo khoa cho người hướng dẫn	100,0	61,4	58,5	58,3	60,6
Đào tạo cho người hướng dẫn	100,0	75,0	73,2	83,3	75,8
Ngân sách dùng cho thực hành	100,0	61,4	56,1	41,7	57,6

Kết quả từ bảng 57 cho thấy 100% người hướng dẫn ở tuyến trung ương đồng ý những vấn đề liệt kê ở bảng trên có liên qaun tới những thách thức trong thực hành lâm sàng. Trong khi đó ở tuyến tỉnh/huyện và tư nhân chỉ có 60-70% số người hướng dẫn cho rằng đây là những yếu tố có liên quan tới những thách thức trong thực hành lâm sàng. Kết quả điều tra cũng cho thấy, vấn đề ảnh hưởng tới thực hành lâm sàng chủ yếu là người hướng dẫn chưa được đào tạo (75,8%) và thiếu sách giáo khoa/tài liệu (60,6%).

Những mong đợi hỗ trợ từ JICA:

- Đào tạo cho người hướng dẫn: cử người hướng dẫn tham dự các khoá đào tạo bên ngoài, đào tạo bên trong và đào tạo thường xuyên để cập nhật các kiến thức, kỹ năng cho người hướng dẫn
- Cung cấp mô hình TTB cho đào tạo.
- Cung cấp tài liệu, các cẩm nang cho hướng dẫn .
- Thăm quan chi sẻ kinh nghiệm.

4.3. Thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các CSYT

4.3.1. Kết quả thực hành lâm sàng theo ý kiến của Lãnh đạo bệnh viện (Phiếu Q2)

Thông tin chung của người điền phiếu và CSYT điều tra

Bảng 58. Thông tin chung về người lãnh đạo CSYT điền phiếu

Thông tin	Hà Nội (n=2)	Vĩnh Phúc (n=11)	Điện Biên (n=10)	Bình Định (n=13)	Đồng Nai (n=15)	Tổng (n=51)
Tuổi (X±SD)	51,0±11,3	49,2±7,0	46,8±5,8	51,0±5,2	53,1±6,3	50,4±6,4
Giới tính						
• Nam	100,0	100,0	80,0	92,3	53,3	80,4
• Nữ	0,0	0,0	20,0	7,7	46,7	19,6
Nghề nghiệp chính						
• Bác sỹ	100,0	100,0	90,0	100,0	93,3	96,1
• Khác	0,0	0,0	10,0	0,0	6,7	3,9

Trong số 51 CSYT được điều tra, có 2 CSYT ở Hà Nội (3,9%), 11 CSYT ở Vĩnh Phúc (21,6%), 10 CSYT ở Điện Biên (19,7%), 13 CSYT ở Bình Định (25,5%) và 15 CSYT ở Đồng Nai (29,4%).

Tuổi trung bình của lãnh đạo CSYT được điều tra là 50,4 ± 6,4 năm. Trong số lãnh đạo CSYT được điều tra, 80,4% là nam giới và hầu hết là bác sỹ (96,1%).

Bảng 59. Thông tin chung về CSYT điều tra

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Phân loại CSYT					
• Đa khoa	100,0	63,6	100,0	80,0	82,4
• Chuyên khoa	0,0	36,4	0,0	20,0	17,6
Hạng CSYT					
• Hạng đặc biệt	100,0	0,0	0,0	0,0	2,0
• Hạng 1	0,0	31,8	0,0	0,0	13,7
• Hạng 2	0,0	36,4	8,7	0,0	19,6
• Hạng 3	0,0	31,8	87,0	100,0	62,7
• Chưa phân hạng	0,0	0,0	4,3	0,0	2,0
Số giường bệnh					
• Kế hoạch (X ± SD)	1900,0	464,1±376,7	118,9±47,7	105,6±69,5	301,4±378,0
• Thực kê (X ± SD)	2100,0	574,1±415,0	179,0±82,9	104,4±58,2	379,8±421,4
Mã số đào tạo liên tục					
• Đã được cấp	100,0	68,2	52,2	20,0	56,9
• Chưa được cấp	0,0	31,8	47,8	80,0	43,1

Trong số 51 CSYT được điều tra, chỉ có 1 CSYT thuộc tuyến trung ương, 22 CSYT (43,1%) là CSYT tuyến tỉnh, 23 CSYT (45,1%) là CSYT tuyến huyện và 5 CSYT (9,8%) tư nhân.

Hầu hết CSYT được điều tra là BVĐK (82,4%), còn lại 17,6% là BV chuyên khoa. Một BV tuyến trung ương là hạng đặc biệt, 7 BV (13,7%) thuộc hạng 1, 10 BV (19,6%) là hạng 2, 32 BV (62,7%) là hạng 3 và 1 BV ở Điện Biên chưa phân hạng.

Số giường bệnh kế hoạch trung bình của các BV điều tra dao động khá lớn 301,4 ± 378 giường do quy mô của các bệnh viện rất khác nhau (từ hạng 3 đến hạng đặc biệt). Số giường bệnh thực kê ở các bệnh viện (379,8 ± 421,4 giường) cao hơn so với số giường kế hoạch. Số giường bệnh trung bình của BV Bạch Mai rất lớn (1900 giường bệnh theo kế hoạch và 2100 giường bệnh thực kê) và lớn hơn nhiều so với các BV ở tuyến tỉnh, tuyến huyện và tư nhân. Số giường bệnh trung bình theo kế hoạch cao nhất ở Đồng Nai (402±413,7), tiếp đến là ở Bình Định (235,4±269,3), Vĩnh Phúc (230±214,8) và thấp nhất là ở Điện Biên (126±152,8) (Xem Bảng PL 31).

Mới hơn một nửa số CSYT được điều tra (56,9%) đã được cấp mã số đào tạo liên tục. Ngược lại, còn 43,1% số CSYT được điều tra chưa được cấp mã số đào tạo liên tục, khó khăn cho CBYT nói chung và điều dưỡng nói riêng cập nhật kiến thức theo Thông tư 22/2013/TT-BYT về đào tạo liên tục để duy trì chứng chỉ hành nghề đã được cấp.

Bảng 60. Số nhân viên hiện có của CSYT được điều tra theo tỉnh (C9)

Thông tin	Vĩnh Phúc (n=11)		Điện Biên (n=10)		Bình Định (n=13)		Đồng Nai (n=15)		Tổng (n=51)	
	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng
Bác sỹ	661	103	371	0	599	8	834	273	2465	384
Y sỹ	210	86	626	0	231	65	116	32	1183	183
Điều dưỡng	859	493	526	1	1375	243	1773	448	4533	1185
Hộ sinh	161	51	220	0	226	13	343	65	950	129
Kỹ thuật viên	113	45	99	0	294	51	300	88	806	184
Nhân viên hành chính	146	110	186	11	253	188	464	229	1049	538
Khác	196	176	180	25	211	412	458	319	1045	932
Tổng (n)	2346	1064	2208	37	3189	980	4288	1454	12031	3535

Tại BV Bạch Mai và BV Xanh Pôn (Hà Nội) số liệu về nhân viên hiện đang làm việc tại BV thu được không đầy đủ. Tính chung cả biên chế và hợp đồng, tỷ lệ trung bình điều dưỡng và hộ sinh trên một bác sỹ là 2,4, cao nhất ở Bình Định (3,1), tiếp đến là Đồng Nai (2,4), thấp nhất ở Vĩnh Phúc và Điện Biên (2,0). Tỷ lệ điều dưỡng trên một bác sỹ như vậy là thấp do tại một số huyện còn bao gồm TTYT hai chức năng (bệnh viện và dự phòng). Cũng có thể do điều này mà tỷ lệ nhân viên hành chính và các nhân viên khác không phải là y tế chiếm khá cao 22,9%, cao nhất ở Đồng Nai (25,6%), tiếp đến là Bình Định (25,5%), Vĩnh Phúc (18,4%) và thấp nhất là ở Điện Biên (17,9%).

Tính chung cả biên chế và hợp đồng, tỷ lệ trung bình điều dưỡng và hộ sinh trên một bác sỹ ở tuyến tỉnh là 2,5, cao hơn ở tuyến huyện (2,3) và thấp nhất ở các BV tư nhân (1,9). Tỷ lệ nhân viên hành chính và các nhân viên khác không phải là y tế chiếm khá cao và cao nhất ở tuyến tỉnh (23,7%), tiếp đến là BV tư nhân (22,7%) và thấp nhất ở tuyến huyện (21,5%) (xem Bảng PL 32).

Hệ thống tổ chức và nguồn lực cho thực hành lâm sàng

Bảng 61. Tỷ lệ người chịu trách nhiệm chính tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng tại CSYT (C11)

Người chịu trách nhiệm chính tổ chức đào tạo THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Giám đốc BV	0,0	54,5	52,2	40,0	51,0
Phó giám đốc BV	100,0	18,2	26,1	40,0	25,5
Trưởng phòng TCCB	0,0	0,0	4,3	,0	2,0
Điều dưỡng trưởng	0,0	4,5	13,0	20,0	9,8
Trưởng phòng đào tạo & chỉ đạo tuyến	0,0	18,2	0,0	0,0	7,8
Khác (trưởng phòng KHTH)	0,0	4,5	4,3	0,0	3,9

Người chịu trách nhiệm chính về tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng tại các CSYT được điều tra nhiều nhất là giám đốc hoặc phó giám đốc bệnh viện (76,5%), một số ít BV là điều dưỡng trưởng (9,8%), trưởng phòng đào tạo & chỉ đạo tuyến (7,8%), trưởng phòng TCCB (2%). Tình trạng này ở các tỉnh và các tuyến sai khác không nhiều.

Bảng 62. Tỷ lệ CSYT có Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng (C12)

Quyết định	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có, tất cả các trường hợp	0,0	72,7	60,9	60,0	64,7
Có, một số trường hợp	100,0	13,6	17,4	40,0	19,6
Không	0,0	13,6	21,7	0,0	15,7

Về chính sách, CSYT cần có Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, trong đó có ghi rõ thời gian cần thực hiện. Tuy nhiên vẫn có 19,6% CSYT chỉ có Quyết định đối với một số trường hợp và đặc biệt còn 15,7% số CSYT được điều tra không ban hành quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới trong đó có 3 CSYT tuyến tỉnh (chiếm 13,6% số CSYT tuyến tỉnh điều tra) và 5 CSYT tuyến huyện (chiếm 21,7% số CSYT tuyến huyện điều tra). Số CSYT không ban hành quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tập trung ở Điện Biên (60% CSYT ở Điện Biên được điều tra) và Đồng Nai (13,3% CSYT ở Đồng Nai được điều tra) (xem Bảng PL 33).

Bảng 63. Tỷ lệ CSYT có đào tạo cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C14)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có, đào tạo tại đơn vị	100,0	4,5	13,0	20,0	11,8
Có, đào tạo bên ngoài đơn vị	0,0	9,1	30,4	0,0	17,6
Có, cả 2	0,0	36,4	8,7	40,0	23,5
Không được đào tạo	0,0	50,0	47,8	40,0	47,1

Một trong những bất cập trong hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới tại các CSYT hiện nay là còn có tới 47,1% số CSYT được điều tra mà người hướng dẫn lâm sàng chưa được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng trong hoặc ngoài đơn vị. Số CSYT mà người hướng dẫn lâm sàng chưa được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng ở tuyến tỉnh, tuyến huyện và tư nhân gần như nhau (50%, 47,8% và 40% theo thứ tự). Số CSYT mà người hướng dẫn lâm sàng chưa được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng nhiều nhất ở Bình Định (61,5%), tiếp đến là Đồng Nai (53,3%), Điện Biên (50%), Vĩnh Phúc (27,3%) và thấp nhất là ở Hà Nội (0%) (xem Bảng PL 33).

Bảng 64. Tỷ lệ CSYT có trả phụ cấp hướng dẫn cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C16)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có	0,0	36,4	21,7	20,0	27,5
Không	100,0	63,6	78,3	80,0	72,5

Kết quả điều tra cho thấy, 72,5% số CSYT điều tra không trả phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng do chưa có điều luật nào quy định về chế độ phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng.

Bảng 65. Tỷ lệ CSYT có phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung (C18)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có, đầy đủ	100,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Chưa đầy đủ	0,0	31,8	39,1	40,0	35,3
Chưa có	0,0	68,2	60,9	60,0	62,7

Hầu hết CSYT được điều tra chưa có phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung (62,7%) hoặc có nhưng chưa đầy đủ (35,3%). Bạch Mai là BV duy nhất có đủ phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung.

Bảng 66. Tỷ lệ CSYT có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng (C19)

Tài liệu đào tạo hướng dẫn THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có, đầy đủ	100,0	18,2	13,0	40,0	19,6
Chưa đầy đủ	0,0	50,0	60,9	60,0	54,9
Chưa có	0,0	31,8	26,1	0,0	25,5

Chỉ có 19,6% số CSYT được điều tra cho rằng tại BV có đầy đủ tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng. Ngược lại, 25,5% số CSYT được điều tra thừa nhận chưa có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng tại BV cùng với 54,9% số CSYT được điều tra cho rằng có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng nhưng chưa đầy đủ. Số CSYT chưa có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng tập trung tại các CSYT tuyến tỉnh (31,8%) và tuyến huyện (26,1%); tại các CSYT của tỉnh Điện Biên (60%), Vĩnh Phúc (27,3%), Bình Định (23,1%) và Đồng Nai (6,7%) (xem Bảng PL 33).

Theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng

Bảng 67. Tỷ lệ CSYT có thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng (C20)

Thời điểm	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Thực hiện định kỳ	100,0	27,3	30,4	20,0	29,4
Thực hiện không định kỳ	0,0	40,9	52,2	40,0	45,1
Không thực hiện	0,0	31,8	17,4	40,0	25,5

Hiện tại việc thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng của các CSYT chưa nhất quán. Chỉ có 29,4% CSYT điều tra thực hiện theo dõi định kỳ, 45,1% CSYT thực hiện không định kỳ và đặc biệt là còn 25,5% CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng. Số CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng nhiều nhất ở các CSYT tư nhân (40%), tiếp đến là CSYT tuyến tỉnh (31,8%) và CSYT tuyến huyện (17,4%). Số CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng nhiều nhất ở các CSYT thuộc tỉnh Điện Biên (40%), tiếp đến là tỉnh Bình Định (30,8%), Đồng Nai (26,7%), Vĩnh Phúc (9,1%) (xem Bảng PL 34).

Ý kiến của lãnh đạo các CSYT được điều tra về cách theo dõi và giám sát thực hành lâm sàng trong thời gian tới (Câu hỏi 21, 22) như sau:

> *"Theo dõi, giám sát liên tục định kì trước khi chuyển khoa; giám sát theo quy trình mà BV Bạch Mai đã xây dựng" (lãnh đạo các CSYT ở Hà Nội).*
>
> *"Cần xây dựng yêu cầu nội dung thực hành lâm sàng theo từng giai đoạn 1,2,3. Có văn bản quy định cho người hướng dẫn trong công theo dõi sát các hoạt động của điều dưỡng viên mới về kỹ năng, chuyên môn, việc thực hiện đúng các quy trình chuyên môn chuẩn theo chuyên khoa chuyên khoa; theo dõi tiến độ và hiệu quả của thực hành lâm sàng" (lãnh đạo các CSYT ở Vĩnh Phúc).*

"Các khoa có điều dưỡng mới, cũng như CSYT cần lập kế hoạch, phân công cụ thể theo dõi, giám sát thường xuyên, định kỳ đánh giá đối với điều dưỡng" (lãnh đạo các CSYT ở Điện Biên).

"CSYT cần có chương trình đào tạo thực hành lâm sàng cụ thể, có tài liệu chuẩn, có bảng kiểm tra đầu ra đối với điều dưỡng. Người hướng dẫn phải theo dõi chặt chẽ về kỹ năng thực hành, giao tiếp, khả năng ghi chép hồ sơ bệnh án" (lãnh đạo các CSYT ở Bình Định).

"Mỗi CSYT nên xây dựng chương trình cụ thể thực hiện theo dõi, giám sát định kỳ theo bảng kiểm; có phân công 1 đơn vị, đầu mối chuyên trách công tác đào tạo. Lãnh đạo các đơn vị cần phải thường xuyên theo dõi, giám sát việc thực hiện nhiệm vụ của người hướng dẫn. Việc theo dõi cần được báo cáo kết quả từ khoa phòng, ban giám đốc và thường xuyên liên tục trong suốt quá trình thực hành" (lãnh đạo các CSYT ở Đồng Nai).

Bảng 68. Tỷ lệ CSYT có thực hiện kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng (C23)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có thực hiện	100,0	81,8	69,6	100,0	78,4
Không thực hiện	0,0	18,2	30,4	0,0	21,6

Với câu hỏi "*Thực hành lâm sàng có được thực hiện theo kế hoạch tại đơn vị của ông/bà hay không, có kiểm tra kết quả hay không*?" 78,4% trả lời CSYT có thực hiện, nhưng còn 21,6% trả lời không thực hiện, tập trung ở CSYT tuyến huyện (30,4%) và CSYT tuyến tỉnh (18,2%). Số CSYT không thực hiện theo kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng nhiều nhất ở các CSYT thuộc tỉnh Điện Biên (40%), tiếp đến là tỉnh Bình Định (23,1%), Đồng Nai (20%), Vĩnh Phúc (9,1%) (xem Bảng PL 34).

Ý kiến của lãnh đạo các CSYT được điều tra về cách kiểm tra thực hành lâm sàng trong thời gian tới (C24) như sau:

"Cần phải có công cụ kiểm tra nội dung thống nhất để có thể đánh giá chính xác đầu việc, kiểm tra trước khi chuyển khoa phải do phòng điều dưỡng bệnh viện (sử dụng bảng kiểm)" (lãnh đạo các CSYT ở Hà Nội).

"Kiểm tra định kỳ để đánh giá được kết quả sự tiến bộ trong thực hành lâm sàng của điều dưỡng; thành lập hội đồng hoặc tiểu ban kiểm tra kiến thức, kỹ năng, thái độ thực tế hay thi tay nghề cho điều dưỡng. Yêu cầu phòng đào tạo, phòng điều dưỡng liên hệ với ngành điều dưỡng từ trung ương đến địa phương, hướng dẫn thực hành lâm sàng tại bệnh viện" (lãnh đạo các CSYT ở Vĩnh Phúc).

"Nên kiểm tra năng lực của điều dưỡng mới ở thời điểm đầu kỳ, giữa kỳ và cuối kỳ, sau khi được hướng dẫn hoặc kiểm tra định kỳ 1 lần/ quý. Cách thức kiểm tra là kết hợp với thực hành lâm sàng; kiểm tra thực tế trên người bệnh giả

định và người bệnh thực tế về việc theo dõi bệnh nhân, sử dụng thuốc..." (lãnh đạo các CSYT ở Điện Biên).

Chi phí đào tạo thực hành lâm sàng

Bảng 69. Tỷ lệ cơ sở y tế có tính chi phí đào tạo thực hành lâm sàng (C25-C26)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Tổng chi phí cho một điều dưỡng THLS (C25)					
• Có hạch toán	100,0	22,7	17,4	20,0	21,6
• Không hạch toán	0,0	77,3	82,6	80,0	78,4
Chi phí điều dưỡng thực hành lâm sàng phải trả mỗi tháng (C26)					
• Điều dưỡng biên chế	100,0	4,5	4,3	0,0	5,9
• Điều dưỡng hợp đồng	100,0	9,1	4,3	0,0	7,8
• Điều dưỡng khác	0,0	13,6	8,7	0,0	9,8
• Không phải tra	0,0	81,8	91,3	100,0	86,3

Đa số CSYT được điều tra không hạch toán chi phí đào tạo cho điều dưỡng viên thực hành lâm sàng (78,4%) do hầu hết các CSYT không thu tiền đào tạo thực hành lâm sàng (86,3%) kể cả những điều dưỡng không phải là biên chế hay hợp đồng của CSYT đó.

Bảng 70. Tỷ lệ các khoản chi phí cho thực hành lâm sàng tại CSYT (C27)

Nội dung chi phí chính	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Sách giáo khoa	0,0	45,5	39,1	20,0	39,2
Vật tư tiêu hao	100,0	50,0	65,2	40,0	56,9
Trang TBYT	0,0	45,5	47,8	20,0	43,1
Trợ cấp người hướng dẫn	100,0	68,2	43,5	0,0	51,0
Khác	0,0	13,6	26,1	60,0	23,5

Mặc dù không hạch toán chi phí đào tạo cho điều dưỡng viên thực hành lâm sàng nhưng theo lãnh đạo các cơ sở y tế thì vẫn phải chi phí. Đó là chi phí cho vật tư tiêu hao (56,9% CSYT chi cho nội dung này), trợ cấp người hướng dẫn (51% CSYT có chi), trang thiết bị y tế (43,1% CSYT có chi), sách giáo khoa (39,2% CSYT có chi) và các chi phí khác (23,5% CSYT có chi) như: điện nước, ăn ở, thuê mô hình, tập huấn nghiệp vụ, tiếp khách...

Các nội dung khác liên quan đến đào tạo thực hành lâm sàng

Bảng 71. Tỷ lệ lãnh đạo CSYT hài lòng về thực hành lâm sàng (C28)

Mức độ hài lòng	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Hài lòng	100,0	22,7	34,8	40,0	31,4
Hài lòng bình thường	0,0	40,9	30,4	20,0	33,3
Hài lòng một phần	0,0	27,3	30,4	20,0	27,5
Không hài lòng	0,0	9,1	4,3	20,0	7,8

Khi được hỏi về mức độ hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng, chỉ có chưa đến 1/3 (31,4%) số người được hỏi hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng, 33,3% hài lòng bình thường, 27,5% hài lòng một phần và 7,8% không hài lòng. Tỷ lệ người cảm thấy hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng cao nhất ở tuyến trung ương (100%), tiếp đến là CSYT tư nhân (40%), CSYT tuyến huyện (34,8%) và thấp nhất là ở tuyến tỉnh (22,7%). Chia theo tỉnh thì tỷ lệ người cảm thấy hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng cao nhất ở Hà Nội (50%), tiếp đến là ở Đồng Nai (40%), Bình Định (30,8%), Vĩnh Phúc (27,3%) và thấp nhất là ở Điện Biên (20%) (xem Bảng PL 35). Ngược lại, tỷ lệ người không hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng cao nhất ở CSYT tư nhân (20%), tiếp đến là CSYT tuyến tỉnh (9,1%) và CSYT tuyến huyện (4,3%). Chia theo tỉnh thì tỷ lệ người không hài lòng đối với công tác thực hành lâm sàng tập trung ở Đồng Nai (20%) và Điện Biên (10%) (xem Bảng PL 35). Lý do không hài lòng hoặc chỉ hài lòng một phần đối với công tác đào tạo thực hành lâm sàng được lãnh đạo của các CSYT đưa ra như sau (C29):

> *"Chưa xây dựng nội dung yêu cầu cụ thể cho giai đoạn thực hành lâm sàng. Trong quá tình thực hành còn thiếu tài liệu, giáo trình, mô hình, TTB, thiếu kinh phí chi trả cho người hướng dẫn điều dưỡng mới và học viên thử việc"* (lãnh đạo các CSYT ở Vĩnh Phúc).
>
> *"Do các CSYT còn khó khăn về nhân lực, biên chế cán bộ chưa đủ, đặc biệt là tuyến huyện, mặt khác lượng bệnh nhân đông cũng khiến cho người hướng dẫn không có nhiều thời gian cho việc đào tạo điều dưỡng mới. Ngoài ra còn có khó khăn do bất đồng ngôn ngữ; hoặc trình độ điều dưỡng được đào tạo tại trường chuyên nghiệp còn hạn chế so với yêu cầu thực tiễn thực hành lâm sàng"* (lãnh đạo các CSYT ở Điện Biên).
>
> *"Chưa có kế hoạch về nội dung thực hành và kết quả cần đạt; chưa có tài liệu chuẩn, dụng cụ mô hình chưa đầy đủ; điều dưỡng chưa được hướng dẫn đầy đủ, chưa có giáo trình hướng dẫn thực hành; chưa có chương trình hướng dẫn thực hành lâm sàng cụ thể, người hướng dẫn chưa được đào tạo; người hướng dẫn chưa tận tình, học viên chưa tích cực, điều kiện hướng dẫn hạn chế"* (lãnh đạo các CSYT ở Bình Định).

"Cán bộ hướng dẫn về thực hành lâm sàng chưa đủ, chưa có kinh nghiệm, chưa được đào tạo bài bản và chưa có văn bản cụ thể cho hoạt động này" (lãnh đạo các CSYT ở Đồng Nai).

Bảng 72. Tỷ lệ những vấn đề liên quan đến thực hành lâm sàng tại CSYT (C30)

Những vấn đề liên quan đến THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Sách giáo khoa cho người thực hành	100,0	81,8	82,6	40,0	78,4
Vật tư y tế tiêu hao và TTBYT cho thực hành	100,0	86,4	95,7	80,0	90,2
Năng lực hoặc số lượng người hướng dẫn	100,0	86,4	73,9	100,0	82,4
Sách giáo khoa cho người hướng dẫn	100,0	77,3	82,6	40,0	76,5
Đào tạo cho người hướng dẫn	100,0	90,9	78,3	40,0	80,4
Ngân sách dung cho người thực hành	100,0	95,5	87,0	40,0	86,3
Khác	0,0	9,1	21,7	0,0	13,7

Bảng trên còn cho thấy: Có khá nhiều những vấn đề liên quan đến thực hành lâm sàng mà các CSYT đang phải đối mặt. Đó là vật tư y tế tiêu hao và trang thiết bị y tế cho thực hành (90,2%), ngân sách dung cho thực hành (86,3%), năng lực và/hoặc số lượng người hướng dẫn (82,4%), đào tạo cho người hướng dẫn (80,4%), sách giáo khoa cho người thực hành (78,4%) và sách giáo khoa cho người hướng dẫn (76,5%). Những vấn đề này gặp ở hầu hết các CSYT ở các tuyến và các tỉnh.

Bảng 73. Tỷ lệ những hỗ trợ cần thiết cho thực hành lâm sàng tại CSYT (C28)

Những hỗ trợ cần thiết cho THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Sách giáo khoa cho người thực hành	100,0	86,4	60,9	60,0	72,5
Vật tư y tế tiêu hao và TTBYT cho thực hành	0,0	77,3	82,6	60,0	76,5
Năng lực hoặc số lượng người hướng dẫn	100,0	72,7	60,9	80,0	68,6
Sách giáo khoa cho người hướng dẫn	100,0	81,8	65,2	40,0	70,6
Đào tạo cho người hướng dẫn	100,0	95,5	73,9	60,0	82,4
Ngân sách dung cho người thực hành	100,0	95,5	73,9	40,0	80,4
Khác	0,0	9,1	17,4	0,0	11,8

Phần lớn các CSYT cần được hỗ trợ những vấn đề liên quan đến thực hành lâm sàng để công tác thực hành lâm sàng tốt hơn. Đó là hỗ trợ đào tạo cho người hướng dẫn (82,4%), ngân sách dùng cho thực hành (80,4%), vật tư y tế tiêu hao và trang thiết bị y tế cho thực hành (76,5%), sách giáo khoa cho người thực hành (72,5%), sách giáo khoa cho người hướng dẫn (70,6%), năng lực và/hoặc số lượng người hướng dẫn (68,6%).

Để tăng cường công tác thực hành lâm sàng trong thời gian tới, nguyện vọng của lãnh đạo các CSYT được điều tra (C32) cũng cho thấy:

"Bộ Y tế có hướng dẫn cụ thể bằng văn bản để các CSYT thực hiện tăng cường vai trò của người hướng dẫn thực hành. Xây dựng chương trình đào tạo cho điều dưỡng 9 tháng theo chuẩn năng lực" (lãnh đạo các CSYT ở Hà Nội).

"Tổ chức các lớp đào tạo về phương pháp giảng dạy lâm sàng cho người hướng dẫn. Hỗ trợ trang thiết bị y tế cho thực hành, sách giáo khoa, tài liệu cho người hướng dẫn, người thực hành lâm sàng. Các cơ sở y tế nên thường xuyên tổ chức thêm các lớp đào tạo liên tục cho điều dưỡng, điều dưỡng mới ra trường, học việc tại các đơn vị" (lãnh đạo các CSYT ở Vĩnh Phúc).

"Mỗi chuyên môn có yêu cầu kỹ năng thực hành khác nhau và có hướng chuyên sâu, vì vậy cần chuyên khoa hóa cho mỗi vị trí công tác, đặc biệt đối với điều dưỡng được phân công nhiệm vụ hướng dẫn những điều dưỡng mới tốt nghiệp (lãnh đạo các CSYT tại Điện Biên).

"Người hướng dẫn thực hành lâm sàng phải được đào tạo phương pháp sư phạm. Các cơ sở y tế nên có mô hình để hướng dẫn học viên; thiết kế tài liệu, chương trình học cho điều dưỡng. Tiến hành xây dựng bảng kiểm để kiểm tra, giám sát thống nhất ở tất cả các đơn vị" (lãnh đạo các CSYT ở Bình Định).

4.3.2. Kết quả phỏng vấn điều dưỡng trưởng bệnh viện (Phiếu Q3)

Thông tin chung của người điền phiếu tại CSYT điều tra

Bảng 74. Thông tin chung về điều dưỡng trưởng điền phiếu tại CSYT điều tra theo tuyến

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Tuổi (X ± SD)	46,0	43,5±8,2	39,7±7,0	47,2±17,7	42,2±9,0
Giới tính					
• Nam	0,0	27,3	34,8	0,0	27,5
• Nữ	100,0	72,7	65,2	100,0	72,5
Nghề nghiệp chính					
• Điều dưỡng	100,0	95,5	100,0	80,0	96,1
• Khác	0,0	4,5	0,0	20,0	3,9
Số năm kinh nghiệm					
• Điều dưỡng (X ± SD)	24,0	18,5±8,7	15,3±7,6	21,4±16,7	17,5±9,2
• Quản lý (X ± SD)	5,0	9,3±6,6	7,6±5,9	9,8±9,4	8,5±6,5
Đào tạo (TOT) người hướng dẫn					
• Đã từng	100,0	54,5	78,3	20,0	62,7
• Chưa từng	0,0	45,5	21,7	80,0	37,3
Nơi đào tạo (TOT) người hướng dẫn					
• BYT tổ chức đào tạo PPSP y học	100,0	58,3	50,0	0,0	53,1
• Hội điều dưỡng tổ chức	0,0	50,0	22,2	100,0	34,4
• Jica tổ chức	100,0	16,7	16,7	0,0	18,8
• Khác	0,0	16,7	27,8	100,0	25,0

Tuổi trung bình của điều dưỡng trưởng tại các CSYT được điều tra là 40,2 ± 9,0 năm, chênh lệch không nhiều giữa các tuyến và các tỉnh. Trong số điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra, 72,5% là nữ giới và hầu hết là điều dưỡng (96,1%).

Số năm kinh nghiệm làm điều dưỡng viên của các điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra là 17,5 ± 9,2 năm. Số năm làm công tác quản lý của các điều dưỡng trưởng

bệnh viện được điều tra là 8,5 ± 6,5 năm. Tuy nhiên, mới có 62,7% điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra đã được tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn (TOT). Số điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra chưa được tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn cao nhất ở các CSYT tư nhân (80%), tiếp đến là CSYT tuyến tỉnh (45,5%) và CSYT tuyến huyện (21,7%). Chia theo tỉnh, số điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra chưa được tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn cao nhất ở Đồng Nai (46,7%), tiếp đến là Điện Biên (40%), Bình Định (38,5%), Vĩnh Phúc (27,3%) (xem Bảng PL 36).

Trong số điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra đã tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn thì 53,1% đã tham gia khóa đào tạo phương pháp sư phạm y học do BYT tổ chức, 34,4% tham gia khóa đào tạo do Hội Điều dưỡng tổ chức, 18,8% tham dự khóa đào tạo do JICA tổ chức và 25% tham gia các khóa do các tổ chức/đơn vị khác tổ chức, như: trường cao đẳng y tế Điện Biên, Sở Y tế Điện Biên, Sở Y tế Đồng Nai, The Orbis, Hội điều dưỡng Mỹ, Hàn Quốc,…

Thông tin về cơ chế, nội dung thực hành lâm sàng 9 tháng tại CSYT điều tra

Bảng 75. Tỷ lệ CSYT có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng theo tuyến (C7)

Giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có	100,0	50,0	30,4	20,0	39,2
Không có giáo trình nhưng nội dung đào tạo được chuẩn bị và chia sẻ trong đơn vị	0,0	31,8	47,8	80,0	43,1
Không có	0,0	18,2	21,7	0,0	17,6

Theo các điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra, 39,2% CSYT có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng, 43,1% CSYT không có giáo trình nhưng nội dung đào tạo được chuẩn bị và chia sẻ trong đơn vị và 17,6% CSYT hiện không có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng. Số CSYT hiện không có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng tập trung ở tuyến huyện (21,7%) và tuyến tỉnh (18,2%); nhưng tồn tại ở cả 4 tỉnh: Điện Biên (30%), Vĩnh Phúc (18,2%), Bình Định (15,4%) và Đồng Nai (13,3%) (xem Bảng PL 37).

Bảng 76. Người/đơn vị xây dựng giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng được sử dụng tại CSYT điều tra theo tuyến (C8)

Thông tin	Trung ương		Tỉnh		Huyện		Tư nhân		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
BYT (cục KHCNĐT, cục QLKCB)	0	0,0	4	36,4	3	42,9	0	0,0	7	35,0
Hội điều dưỡng VN	0	0,0	6	54,5	2	28,6	1	100,0	9	45,0
Bệnh viên khác	0	0,0	3	27,3	1	14,3	0	0,0	4	20,0
BV tự xây dựng	1	100,0	5	45,5	5	71,4	1	100,0	12	60,0

Giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng hiện được sử dụng tại các CSYT không thống nhất. Trong số CSYT có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng, 60% CSYT tự xây

dựng, 45% CSYT sử dụng giáo trình do Hội Điều dưỡng biên soạn, 35% CSYT sử dụng giáo trình do Cục KHCNĐT hoặc Cục QLKCB (Bộ Y tế) biên soạn và 20% CSYT sử dụng giáo trình của BV khác xây dựng.

Bảng 77. Tỷ lệ loại tài liệu mà CSYT tham khảo để xây dựng chương trình thực hành lâm sàng (C9)

Tài liệu mà BV tham khảo	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Không tham khảo nguồn nào	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chương trình của hội ĐDVN	0,0	80,0	40,0	100,0	58,3
Khác	100,0	20,0	60,0	0,0	41,7

Đối với các bệnh viện tự xây dựng giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng, 58,3% BV sử dụng và tham khảo chương trình của Hội Điều dưỡng Việt Nam và 41,7% BV đã sử dụng và tham khảo các tài liệu khác, như: giáo trình của trường Đại học điều dưỡng, bệnh viện sản nhi, nhi trung ương, quy trình điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn của nhà xuất bản y học Hà Nội, Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức sinh sản, tài liệu nước ngoài...

Bảng 78. Tỷ lệ các phương pháp hướng dẫn thực hành lâm sàng được áp dụng tại CSYT điều tra (C10)

Phương pháp hướng dẫn THLS được áp dụng	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Giảng thực hành trên lớp tập trung	100,0	59,1	43,5	100,0	56,9
Thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung	100,0	22,7	8,7	60,0	21,6
Vừa làm vừa hướng dẫn	100,0	77,3	56,5	80,0	68,6
Sử dụng tài liệu hướng dẫn	100,0	45,5	56,5	60,0	52,9
Sử dụng bảng kiểm đánh giá	100,0	45,5	52,2	60,0	51,0
Thực hành luân chuyển khoa	100,0	36,4	34,8	60,0	39,2
Hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện CS	100,0	40,9	78,3	20,0	56,9

Phương pháp đào tạo thực hành lâm sàng được các điều dưỡng trưởng BV được điều tra áp dụng khá phong phú. Phương pháp được nhiều đối tượng phỏng vấn áp dụng nhất là vừa làm vừa hướng dẫn (68,6%), tiếp đến là giảng thực hành trên lớp tập trung và hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc (56,9%), sử dụng tài liệu hướng dẫn (52,9%), sử dụng bảng kiểm đánh giá (51%), thực hành luân chuyển khoa (39,2%) và thấp nhất là thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung (21,6%). Điều dưỡng trưởng BV Bạch Mai đã áp dụng cả 7 phương pháp trên. Phương pháp vừa làm vừa hướng dẫn được BV các tuyến và các tỉnh áp dụng phổ biến hơn cả.

Về nội dung khi giảng thực hành tập trung trên lớp tập trung (C11):

> *"Lý thuyết về pháp luật và đạo đức nghề nghiệp"* (điều dưỡng trưởng của CSYT ở Hà Nội).

"Các kỹ thuật điều dưỡng, một số quy định về công tác điều dưỡng; các quy trình điều dưỡng, kỹ thuật cơ bản; kiến thức thực hành, kỹ năng thực hành, thái độ; kỹ thuật chăm sóc, kiểm soát nhiễm khuẩn, tư thế, tác phong, đạo đức của những kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng; lý thuyết liên quan đến thực hành, các quy trình kỹ thuật, bảng kiểm" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).

"Các thủ thuật của điều dưỡng, cơ chế 1 số loại thuốc thường dung, xử lý tình huống; hướng dẫn quy trình thực hành lý thuyết, quy trình chăm sóc" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên).

"Các quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh, quy trình cấp cứu, quy trình xử lý rác thải, nhận định và đánh giá được tình trạng người bệnh; lý thuyết trình diễn làm mẫu thực hành nhóm; quy trình điều dưỡng thực hành chuyên khoa mắt; quy trình tiêm an toàn, quy trình thay băng vết thương; tiêm an toàn, an toàn truyền máu, kiểm soát nhiễm khuẩn và chăm sóc 1 số bệnh, tai biến mạch máu não" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định).

"Các kỹ thuật điều dưỡng, kỹ năng giao tiếp; các quy trình kỹ thuật chăm sóc của điều dưỡng phải thực hiện được, các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, các nội dung theo hướng dẫn của Thông tư 07/2011; các thông tư do bộ y tế ban hành về các quy trình kỹ thuật điều dưỡng và các quy trình chăm sóc người bệnh; cách ghi chép và theo dõi trên hồ sơ bệnh án, tiêm an toàn, sốc phản vệ, chăm sóc trước sinh và sau sinh thường, sinh mổ, các trường hợp bệnh lý: tiền sản giật, sản giật; phổ biến hướng dẫn các văn bản, quy định của nội quy, quy chế, quy định của bệnh viện" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai).

Về nội dung khi tổ chức thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung (C12):

> *"Quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản thực hành khả năng giao tiếp"* (điều dưỡng trưởng CSYT ở Hà Nội).
>
> *"Cho học viên thực hành quy trình kỹ thuật cơ bản; QTKT trên mô hình kỹ thuật như thông tiểu, thay băng, tiêm truyền tĩnh mạch; thao tác kỹ thuật thực hành xử lý tình huống cáp cứu như ép tim"* (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).
>
> *"Các thủ thuật điều dưỡng cơ bản, lý thuyết chuyên môn kỹ năng giao tiếp xử lý công việc; kỹ thuật tiêm truyền, kỹ thuật cho ăn qua sonele, kỹ thuật thay ga trải giường, kỹ thuật thông tiểu*" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên).
>
> *"Các quy trình kỹ thuật điều dưỡng hiện đã chăm sóc người bệnh; đào tạo các kỹ năng thực hành chăm sóc bệnh nhân; kỹ thuật tiêm, truyền thay băng, sinh tiểu; qui trình đặt sond tiểu, qui trình đặt sond dạ dày, qui trình hút đờm dãi, qui trình phụ bác sỹ đặt nội khí quản"* (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định).
>
> *"Các kỹ thuật thực hành tại bệnh viện, thay băng, truyền dịch; các kỹ thuật về cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp, thay băng vết thương, hút đờm nhớt, tiêm truyền, đặt sonde tiểu, sonde dạ dày, cấp cứu sốc phản vệ; kỹ thuật tiêm truyền, thở oxy, hút đờm nhớt, sử dụng bơm tiêm điện, máy truyền dịch tự động, cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn, thay băng, thông tiểu; kỹ thuật truyền dịch, kỹ thuật cho ăn bằng ống, kỹ thuật truyền dịch, một số kỹ thuật điều dưỡng"* (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai).

Về những bài học kinh nghiệm tốt trong quá trình xây dựng nội dung và kế hoạch thực hành lâm sàng (C13):

> *"Dựa vào nhiệm vụ của điều dưỡng viên cần phải làm để xây dựng nội dung thực hành lâm sàng thì sẽ có tính hiệu quả và thực tế hơn cho cả học viên và nhà quản lý; thực hành chăm sóc là cơ bản, đào tạo bằng tình huống, đóng vai"* (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Hà Nội).
>
> *"Có tài liệu chuẩn chung nhất do Bộ Y tế ban hành; củng cố và áp dụng kiến thức và thực tế giúp cho các điều dưỡng hiểu và làm được các kỹ thuật cơ bản, cập nhật được thông tin thường xuyên; dựa vào tình hình thực tế của đơn vị để lên kế hoạch giảng dạy cho phù hợp; đánh giá học viên về nội dung trước khi đào tạo làm test tìm những điểm yếu của học viên sau đó làm nội dung và kế hoạch thực hành lâm sàng; nếu có nội dung và kế hoạch cụ thể sẽ dễ dàng hơn trong việc thực hiện theo dõi, giám sát, kiểm tra đánh giá; nội dung ngắn gọn sát kỹ thuật thực hành, vận dụng kinh nghiệm lâm sàng, vận dụng phương pháp cầm tay chỉ việc là chủ yếu; thực hành bằng cách quan sát người hướng dẫn làm mẫu học viên quan sát giúp học viên nắm bắt nhanh và rất thực tế, học viên có*

thái độ học tập tích cực, chuẩn bị kỹ; xây dựng nội dung học tập phù hợp với điều kiện học viên, kết quả thực hành phụ thuộc vào người hướng dẫn và sự chủ động của điều dưỡng thực hành" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).

"Cho điều dưỡng tự thực hiện trên người bệnh rồi tự đánh giá kết quả thực hiện xem bản thân đã làm được tốt bước nào bước nào chưa thực hiện tốt rồi người hướng dẫn bổ sung cho hoàn thiện quy trình; so sánh lý thuyết đã được học với thực tế trên bệnh nhân; người hướng dẫn nắm chắc kiến thức, có kỹ năng thực hành điêu luyện, có uy tín với đồng nghiệp và bệnh nhân, có thâm niên công tác và kinh nghiệm lâm sàng; xác định rõ những hạn chế của điều dưỡng viên để xây dựng kế hoạch tiến hành đào tạo thực hành lâm sàng, xây dựng bảng kiểm chưa theo các tài liệu chính thống và phù hợp với thực tiễn công việc của đơn vị; xây dựng kế hoạch cụ thể khi tiến hành kiểm tra giám sát sẽ biết được công việc mình đã làm được và khi chưa làm được sẽ có kế hoạch tiếp để thực hiện sau" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên).

"Hiện tại bệnh viện chưa xây dựng nội dung và kế hoạch thực hành lâm sàng nhưng người hướng dẫn trực tiếp cho các em trong quá trình thực hiện quy trình, kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng rèn tay nghề của các em cũng được nâng lên; kế hoạch cụ thể rõ ràng, chi tiết nội dung thực hành phải đầy đủ sát với thực tế, chọn nội dung cơ bản liên quan đến quá trình thực hành; nội dung phối hợp với điều kiện mô hình bệnh tật tại bệnh viện giữa lý thuyết và trên bệnh nhân; vừa làm vừa hướng dẫn đánh giá thực hành bằng bảng kiểm; xây dựng bảng kiểm, xây dựng nội dung chi tiết cần hướng dẫn thực hành; xây dựng kế hoạch bài giảng trên lâm sàng trước khi hướng dẫn giúp việc hướng dẫn tốt hơn; xây dựng kế hoạch cụ thể triển khai kế hoạch và áp dụng đúng đối tượng giám sát kiểm tra theo kế hoạch đề ra báo cáo chính xác, thực tế; xây dựng nội dung ngắn ngọn, xúc tích, dễ hiểu, dễ nhớ xây dựng kế hoach chi tiết, cụ thể" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định).

"Xây dựng kế hoạch đào tạo cụ thể, xây dựng nội dung sát với điều kiện thực tế của đơn vị; có kế hoạch chương trình cụ thể giúp cho việc tổ chức lớp hoạt động hiệu quả và có cơ sở đánh giá, kết quả học tập của học viên; có kế hoạch để thực hiện cụ thể, học trực tiếp trên mô hình để học viên nắm vững trước khi thực hành trên người bệnh; đào tạo lại 1 số chuyên đề thực hành lâm sàng cập nhật kiến thức mới mà nhà trường không có định hướng điều dưỡng mới trở thành viên chức nhà nước; đi vào thực hành thực tế trên người bệnh dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng trưởng và bác sĩ trưởng khoa; tham khảo thêm nhiều tài liệu đáng tin cậy như tài liệu của bộ y tế của các trường đại học y dược tp Hồ Chí Minh và đh y Hà Nội khuyến khích các học viên đặt câu hỏi nói các vấn đề còn tồn tại ở đơn vị để chấn chỉnh, khắc phục; tổ chức hướng dẫn và thường xuyên kiểm tra đánh giá các em theo hình thức vấn đáp và định kỳ thực hiện bài test sẽ góp phần giúp các em củng cố được kiến thức lâm sàng" (điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai).

Bảng 79. Tỷ lệ CSYT có tổ chức hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa các học viên và giáo viên và tổ chức thực hành ngoài giờ (C14 và C15)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Bố trí buổi hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa các học viên và giáo viên (C14)					
• Có	100,0	72,7	56,5	80,0	66,7
• Không	0,0	27,3	43,5	20,0	33,3
Tổ chức thực hành ngoài giờ làm việc (C15)					
• Có	100,0	13,6	4,3	40,0	13,7
• Không	0,0	86,4	95,7	60,0	86,3

Có 2/3 số điều dưỡng trưởng của các CSYT được điều tra (66,7%) có bố trí hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa học viên và giáo viên trong quá trình thực hành lâm sàng, nhiều nhất ở tuyến trung ương (100%), tiếp đến là các CSYT tư nhân (80%), CSYT tuyến tỉnh (72,7%) và ít nhất là CSYT tuyến huyện (56,5%). Hà Nội là địa phương có nhiều CSYT có bố trí hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa học viên và giáo viên trong quá trình thực hành lâm sàng nhất (100%), tiếp đến là Điện Biên (90%), Đồng Nai (66,7%), Bình Định (61,5%) và Vĩnh Phúc (45,5%) (xem Bảng PL 37).

Rất ít CSYT (13,7%) phải tổ chức cho người thực hành lâm sàng thực hành ngoài giờ làm việc trong quá trình thực hành lâm sàng như cho trực kèm, thực hành trên mô hình hoặc đóng giả người bệnh. Số CSYT phải tổ chức thực hành ngoài giờ tập trung ở tuyến trung ương (100%), 40% số BV tư nhân, 13,6% BV tuyến tỉnh và 4,3% BV tuyến huyện.

Bảng 80. Tỷ lệ về thời điểm thực hiện đánh giá mức độ thành thục thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C16)

Thời điểm	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Định kỳ hàng ngày	100,0	9,1	8,7	40,0	13,7
Định kỳ hàng tháng	0,0	18,2	17,4	60,0	21,6
Định kỳ mỗi 2-3 tháng	0,0	18,2	13,0	20,0	15,7
Định kỳ khác	0,0	40,9	13,0	40,0	27,5
Phụ thuộc vào mức độ thành thục đạt được	0,0	13,6	26,1	0,0	17,6
Không quy định đặc biệt	0,0	13,6	26,1	0,0	17,6

Thời điểm thực hiện đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng mới trong quá trình thực hành lâm sàng khá dàn trải tại nhiều thời điểm khác nhau. Đó là định kỳ hàng ngày (13,7%), định kỳ hàng tháng (21,6%), định kỳ mỗi 2-3 tháng (15,7%), định kỳ khác (27,5%) như thời điểm hết thử việc hoặc hết tập sự, phụ thuộc vào mức độ thành thục đạt được (17,6%) và không quy định đặc biệt (17,6%).

Bảng 81. Tỷ lệ về người đánh giá mức độ thành thục thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C17)

Người đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Điều dưỡng trưởng của khoa	100,0	81,8	82,6	80,0	82,4
Điều dưỡng trưởng BV	100,0	36,4	73,9	100,0	60,8
Người hướng dẫn	100,0	63,6	39,1	80,0	54,9
Do chính điều dưỡng đó	100,0	9,1	13,0	0,0	11,8
Khác	0,0	31,8	13,0	20,0	21,6

Người thực hiện đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng mới trong quá trình thực hành lâm sàng phổ biến nhất là điều dưỡng trưởng của khoa (82,4%), tiếp đến là điều dưỡng trưởng bệnh viện (60,8%), người hướng dẫn (54,9%), do chính điều dưỡng đó (11,8%) và người khác (21,6%) như trưởng phó khoa lâm sàng, nhân viên phòng điều dưỡng, hội đồng thi tay nghề,... Tại BV Bạch Mai, việc đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng mới trong quá trình thực hành lâm sàng được thực hiện đồng thời bởi cả điều dưỡng trưởng của khoa, điều dưỡng trưởng bệnh viện, người hướng dẫn và chính điều dưỡng đó.

Bảng 82. Tỷ lệ CSYT có công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng (C18)

Công cụ đánh giá kết quả THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có	100,0	77,3	73,9	100,0	78,4
Không	0,0	22,7	26,1	0,0	21,6

Đa số CSYT được điều tra (78,4%) có công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, còn 26,1% CSYT tuyến huyện và 22,7% CSYT tuyến tỉnh chưa có công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng. Có 30% CSYT thuộc tỉnh Điện Biên, 23,1% CSYT thuộc tỉnh Bình Định, 20% CSYT thuộc tỉnh Đồng Nai và 18,2% CSYT thuộc Vĩnh Phúc chưa có công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng (xem Bảng PL 37).

Bảng 83. Tỷ lệ người quyết định hoàn thành thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tuyến (C19)

Người quyết định hoàn thành THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Điều dưỡng trưởng của khoa	0,0	68,2	39,1	60,0	52,9
Điều dưỡng trưởng BV	0,0	50,0	39,1	60,0	45,1
Giám đốc BV	100,0	45,5	43,5	100,0	51,0
Hội đồng đánh giá cơ sở y tế	0,0	40,9	47,8	20,0	41,2
Khác	0,0	22,7	13,0	20,0	17,6

Người quyết định hoàn thành thực hành lâm sàng của điều dưỡng tại các CSYT cũng khác nhau, bao gồm điều dưỡng trưởng khoa (52,9%), điều dưỡng trưởng BV (45,1%), giám đốc BV (51%), Hội đồng đánh giá của CSYT (41,2%) và người khác (17,6%) như: hội đồng điều dưỡng, cán bộ phòng tổ chức hành chính, tập thể khoa phòng, trưởng khoa, người hướng dẫn...

Việc quyết định hoàn thành thực hành lâm sàng tại các CSYT (C20) được tiến hành không giống nhau:

"Điều dưỡng trưởng khoa nhận xét theo năng lực thực hành của điều dưỡng thực hành; dựa vào kết quả từng tháng và kỳ kiểm tra cuối cùng" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Hà Nội).

"Đưa nội dung thi cả lý thuyết và thực hành tổ chức thi tập trung tại hội trường trên mô hình; kiểm tra đánh giá bằng bảng kiểm trên các quy trình kỹ thuật; người thực hành lâm sàng viết đơn đề nghị khoa, phòng làm biên bản nhận xét đề nghị hội đồng đánh giá căn cứ 2 đơn trên và thực tế lâm sàng xét và đề nghị Sở Y tế ra quyết định; người thực hành viết kiểm điểm đánh giá quá trình thực hành, sau đó người giáo viên hướng dẫn sẽ nhận xét, hội đồng thi đua khen thưởng kỷ luật xét, giám đốc ra quyết định; qua bài test và thực hiện thủ thuật trên người bệnh; tổng hợp đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng, hội đồng (đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng) xét xem có đạt được không? -> quyết định; trên cơ sở nhận xét đánh giá của điều dưỡng trưởng khoa đề xuất báo cáo trưởng khoa và điều dưỡng trưởng bệnh viện, sau đó báo cáo ban giám đốc công nhận đủ thời gian thực hành" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).

"Được đưa ra hội đồng chuyên môn của đơn vị để đánh giá nhận xét quá trình làm việc của điều dưỡng đó; sau khi hết thời gian thực hành lâm sàng tổ chức sát hạch trên người bệnh đánh giá bằng bảng kiểm; tổ chức thi tay nghề cho các điều dưỡng mới về lý thuyết, thực hành, tin học, kỹ năng giao tiếp ứng xử" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên).

"Căn cứ thời gian thực hành, nhận xét của người hướng dẫn thực hành, nhận xét của lãnh đạo bệnh viện; dựa vào phiếu điều tra hàng tháng, nhận xét của người hướng dẫn; đánh giá tay nghề qua kỹ thuật thực hành, khoa phòng có nhận xét quá trình thực hành, trình lãnh đạo đơn vị; đủ các tiêu chuẩn thời gian theo qui định Bộ Y tế trên trình độ chuyên môn của từng người thực hiện trong lĩnh vực lâm sàng; hết thời gian thử việc, người hướng dẫn báo cáo điều dưỡng trưởng, trưởng khoa trình ban giám đốc nhận xét gởi tổ chức, cán bộ tổ chức và quyết định công nhận quá trình thực hành lâm sàng; kiểm tra lý thuyết kiến thức chuyên môn kiểm tra thực hành thao tác chăm sóc trên người bệnh; người hướng dẫn đánh giá trước, điều dưỡng trưởng khoa đánh giá, người hướng dẫn đánh giá học viên đạt hoặc không đạt đến người phòng tổ chức cán bộ; sau thời gian thực hành 9 tháng điều dưỡng được hướng dẫn có sự nhận xét đánh giá của khoa phòng và người hướng dẫn; trong quá trình thực hành tại khoa, thì khoa có nhận xét đánh giá nếu đạt kết quả thì chuyển cho hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện xem xét và giám đốc ra quyết định công nhận" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định).

"Cá nhân làm bản thu hoạch, trưởng khoa phòng nhận xét, chuyển lên ban giám đốc và phòng nhân sự; cá nhân tự đánh giá, điều dưỡng trưởng khoa kiểm tra

đánh giá, điều dưỡng trưởng bệnh viện và ban lãnh đạo bệnh viện nhận xét đánh giá; điều dưỡng làm bản tự kiểm về quá trình thực hành, người hướng dẫn nhận xét, khoa họp làm biên bản nhận xét, ban giám đốc họp, giám đốc ban hành quyết định; điều dưỡng mới tự làm bản thu hoạch, điều dưỡng trưởng khoa đánh giá mức độ hoàn thành, hội đồng bệnh viện quyết định có hoàn thành thực hành hay không; điều dưỡng thực hành làm bảng thu hoạch điều dưỡng trưởng khoa nhận xét và bác sỹ trưởng khoa chứng thực, giám đốc bệnh viện ký duyệt (điều dưỡng trưởng khoa đánh giá thực tế trước khi nhận xét); điều dưỡng trưởng hướng dẫn đánh giá năng lực, bác sĩ trưởng khoa đánh giá năng lực, ban giám đốc đánh giá năng lực; điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng trưởng bệnh viện kiểm tra đánh giá và báo cáo ban giám đốc; khoa tổ chức họp đánh giá nhận xét sau đó hội đồng đánh giá họp và giám đốc bệnh viện quyết định nhận xét của điều dưỡng trưởng; lý thuyết trắc nghiệm, thực hành phương sách kỹ thuật chăm sóc sử dụng trang thiết bị trong khoa; phòng tổ chức hành chính căn cứ vào thời gian điều dưỡng viên tham gia thực hành tại đơn vị và căn cứ vào nhận xét của điều dưỡng trưởng khoa đế quyết định hoàn thành thực hành; sau 9 tháng thực hành điều dưỡng viên làm bản tự kiểm gửi khoa, người hướng dẫn nhận xét, tổ chức họp ban giám đốc, phòng điều dưỡng và phòng tổ chức xét gửi sở y tế; sau quá trình thực hành, học viên sẽ có bản tự báo cáo đánh giá bản thân, điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng được phân công giá sát hướng dẫn sẽ kiểm tra lại phần thực hành, sau đó có bản đánh giá cụ thể gửi lên phòng khám" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai).

Bảng 84. Tỷ lệ CSYT có thành lập Ban/nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng (C21)

Thành lập Ban/ nhóm đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp THLS tại đơn vị	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có	100,0	9,1	8,7	60,0	15,7
Không có ban chính thức nhưng có họp khi cần thiết	0,0	63,6	65,2	40,0	60,8
Không	0,0	27,3	26,1	0,0	23,5

Rất ít CSYT (15,7%) thành lập Ban/nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng tại đơn vị. Đa số CSYT (60,8%) không có ban chính thức nhưng có họp khi cần thiết. Đặc biệt, có 23,5% CSYT không thành lập Ban/ nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng tại đơn vị, tập trung ở tuyến tỉnh (27,3%) và tuyến huyện (26,1%). Ở cả 4 tỉnh điều tra đều có các CSYT không thành lập Ban/ nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng tại đơn vị: 36,4% CSYT ở Vĩnh Phúc, 10% CSYT ở Điện Biên, 23,1% CSYT ở Bình Định và 26,7% CSYT ở Đồng Nai (xem Bảng PL 37).

Bảng 85. Tỷ lệ CSYT có các điều kiện thực hành lâm sàng theo tuyến (C22-C24)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Mức độ đầy đủ của trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho THLS (C22)					
• Có đảm bảo đầy đủ	100,0	22,7	21,7	40,0	25,5
• Thiếu	0,0	77,3	78,3	60,0	74,5
Mức độ đầy đủ của vật tư tiêu hao (vật tư vệ sinh…) dùng cho THLS (C23)					
• Có đảm bảo đầy đủ	100,0	86,4	73,9	80,0	80,4
• Thiếu	0,0	13,6	26,1	20,0	19,6
Quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn/sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn THLS (C24)					
• Không quy định	0,0	54,5	65,2	40,0	56,9
• Có quy định	100,0	45,5	34,8	60,0	43,1

Chỉ có 25,5% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình có đầy đủ trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng. Ngược lại, có 74,5% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình không đảm bảo đầy đủ trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng, tập trung ở tuyến tỉnh (77,3%), tuyến huyện (78,3%) và BV tư nhân (60%). Số CSYT không đảm bảo đầy đủ thiết bị và tài liệu cần thiết cho THLS nhiều nhất ở Điện Biên (90%), Vĩnh Phúc (81,8%), Đồng Nai (80%) và ít nhất ở Bình Định (53,8%) (xem Bảng PL 37).

> *"Các trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng mà các CSYT còn thiếu là: mô hình giải phẫu người bệnh, giáo trình thực hành lâm sàng"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định)
>
> *"Không có phòng giảng dậy lâm sàng riêng, thiếu tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên)
>
> *"Các mô hình thực hành, các tài liệu cho người hướng dẫn, chưa có bộ tài liệu dành riêng cho tuyến cơ sở hướng dẫn, mô hình máy chiếu, bảng kiểm đánh giá thực hành"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai)
>
> *"Chương trình, giáo trình, mô hình đào tạo, mô hình học tập, máy tính xách tay, bút chỉ điện tử, mô hình giả định"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).

Khả quan hơn là có 80,4% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình có đầy đủ vật tư tiêu hao dùng cho thực hành lâm sàng. Ngược lại, chỉ có 19,6% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình không đảm bảo đầy đủ vật tư tiêu hao dùng cho thực hành lâm sàng (như dây truyền dịch, các loại bông băng, bút, vở cho học viên và một số vật tư tiêu hao không đưa vào mục thanh toán…), tập trung ở tuyến tỉnh (13,6%), tuyến huyện (26,1%) và BV tư nhân (20%). Số CSYT không đảm bảo đầy đủ vật tư tiêu hao dùng cho thực hành lâm sàng nhiều

nhất ở Điện Biên (40%), Vĩnh Phúc (27,3%), Bình Định (15,4%) và ít nhất ở Đồng Nai (6,7%) (xem Bảng PL 37).

Hơn một nửa số CSYT được điều tra (56,9%) không có quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng, nhiều nhất ở tuyến huyện (65,2%), tiếp theo tuyến tỉnh (54,5%), Bv tư nhân (40%) và ít nhất ở tuyến trung ương (0%).

Những vấn đề mà các CSYT đã gặp trong thực hành lâm sàng (C25) như sau:

> *"Chất lượng dạy nghề, học viên chưa tự tin, thiếu người hướng dẫn giỏi sư phạm; phòng chỉ đạo tuyến phụ trách công tác quản lý học viên điều dưỡng 9 tháng, chưa có sự phối hợp với phòng điều dưỡng, phòng điều dưỡng không có vai trò trong việc nhận xét, đánh giá chất lượng của học viên"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Hà Nội).
>
> *"Chưa đủ tiêu chuẩn 1 phòng thực hành lâm sàng do chưa đảm bảo về địa điểm làm việc, mà chỉ tiến hành tại buồng bệnh và trên người bệnh đang điều trị bệnh thông thường nên mặt bệnh không nhiều để điều dưỡng được tiếp xúc nhiều mặt bệnh; chưa có nội dung giảng dạy cụ thể, cán bộ giảng dạy chưa được đào tạo nhiều hay tập huấn về nghiệp vụ sư phạm, thiếu mô hình để thực hành lâm sàng; do các trường đào tạo nhiều giáo trình không được thống nhất, kiến thức thực hành chưa tốt, học viên còn tiêm nhầm thuốc tiêm tĩnh mạch vào bắp thịt; học viên không có đủ phương tiện, TTB để thực hành do đặc thù của tuyến huyện không có bệnh nhân, tình trạng bệnh nhân để tiến hành 1 số kỹ thuật; khó khăn vì không có chương trình, giáo trình, không quản lý được học viên, không thu được kinh phí (vật tư tiêu hao) không có tiêu chuẩn cho giảng viên; năng lực còn hạn chế do bệnh nhân còn đông nên thời gian giảng dạy còn hạn chế; thực hiện quy trình: thứ tự các bước đảo lộn dụng cụ chuẩn bị thiếu"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Vĩnh Phúc).
>
> *"Điều dưỡng ra trường chưa đi làm việc ngay nên việc thực hành các quy trình kỹ thuật theo dõi bệnh nhân còn hạn chế, điều dưỡng cũ vẫn phải làm kèm một thời gian dài thì điều dưỡng mới quen việc; điều dưỡng thực hiện chưa đúng quy trình, bỏ làm tắt nhiều bước trong khi làm thủ thuật; năng lực sư phạm và phương pháp giảng dạy còn yếu, cơ sở vật chất còn thiếu, thiếu nhân lực, chưa có các quy định cụ thể cho giaos viên lâm sàng; người hướng dẫn trong thực hành lâm sàng còn ít kinh nghiệm trong quản lý lâm sàng, điều dưỡng trong thực hành lâm sàng chuyên môn còn hạn chế, khối lượng công việc nhiều, bệnh nhân đông; thiếu giáo trình đào tạo lâm sàng, thiếu nhân viên có chứng chỉ đào tạo lâm sàng; thiếu TTB, dụng cụ y tế, mô hình bệnh tật của bệnh nhân chưa đa dạng, chưa có nhiều ca bệnh nặng mang tính chất nguy kịch, kinh phí để đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng còn hạn chế; xử lý tình huống trước diễn biến*

bất thường của người bệnh chưa được linh hoạt còn phụ thuộc nhiều vào y lệnh của bác sỹ" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Điện Biên).

"Chưa có chương trình tài liệu cụ thể; điều dưỡng ra trường còn rất yếu về lý thuyết, yếu về thao tác thực hành; không có mô hình thực hành tiền lâm sàng, thiếu phương tiện giảng dạy (máy chiếu, vi tính); một số thủ thuật rất ít được thực hiện do bệnh viện YHCT mô hình bệnh tật không đa dạng nên chỉ có thể thao tác lúng túng; người hướng dẫn chưa được tập huấn, các lớp hướng dẫn hầu hết theo kiểu người đi trước cầm tay chỉ việc cho người mới ra trường theo kinh nghiệm; sai sót chuyên môn, sự cố y khoa không mong muốn, áp xe, tiêm nhầm" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Bình Định).

"Các em được đào tạo từ các trường khác nhau nên kiến thức không đồng đều; do công việc của điều dưỡng quá tải nên trong thực hành lâm sàng các em phải tiếp cận ngay với công việc trong thời gian rất ngắn, các em vừa được hướng dẫn thực hiện ngay trên người bệnh; không có sự thống nhất về chương trình đào tạo qua các trường chuyên nghiệp hoặc chưa có sự thống nhất chương trình do bộ y tế ban hành, chưa cập nhật kiến thức mới (tài liệu quá lâu như quy trình chăm sóc tập 1, tập 2); không có tiền hướng dẫn nên người hướng dẫn ít quan tâm, thiếu trang thiết bị tài liệu hướng dẫn; kinh nghiệm ít, số nhân viên thực hành còn bị hạn chế do số lượng nhân viên thực hành đông, một số máy móc trang thiết bị làm trong quá trình thực hành nắm bắt chưa tốt nên trong quá trình thực hành còn gặp khó khăn; người hướng dẫn lâm sàng chưa được đào tạo qua lớp hướng lâm sàng, chỉ thực hiện hướng dẫn theo tài liệu hướng dẫn chăm sóc và kinh nghiệm cơ bản; thao tác thực tế và lý thuyết mà nhà trường dạy khác (do áp lực công việc và bệnh nhân đông) với thực hành trên người bệnh nên khó giảng dạy hơn mô hình" (Điều dưỡng trưởng các CSYT ở Đồng Nai).

Thông tin về đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng

Bảng 86. Tỷ lệ CSYT có quyết định bằng văn bản của CSYT phân công nhiệm vụ hướng dẫn cho người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng (C26)

Có Quyết định bằng văn bản	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có, tất cả các trường hợp	0,0	45,5	21,7	40,0	33,3
Có, một số trường hợp	0,0	27,3	39,1	20,0	31,4
Không	100,0	27,3	39,1	40,0	35,3

Theo các điều dưỡng trưởng BV được điều tra, còn 35,3% CSYT không có quyết định bằng văn bản của CSYT phân công nhiệm vụ hướng dẫn cho người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng, cao hơn so với ý kiến của lãnh đạo BV (15,7%). Số CSYT có Quyết định đối với một số trường hợp theo điều dưỡng trưởng là 31,4%, cũng cao hơn so với ý kiến của lãnh đạo BV (19,6%). Rất khó có thể khẳng định số liệu nào

chính xác hơn, nhưng thực trạng không có Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới và chỉ có Quyết định đối với một số trường hợp đang hiện hữu.

Trung bình số lượng người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng của các đơn vị được điều tra (trừ BV Bạch Mai) là 11,7 ± 13,2 người, ở tuyến tỉnh (17,3 ± 17,1) cao hơn ở tuyến huyện (6,1 ± 3,9) và BV tư nhân (7,3 ± 3,1).

Bảng 87. Tỷ lệ CSYT có quy định về điều kiện người trở thành người hướng dẫn đào tạo THLS (C28)

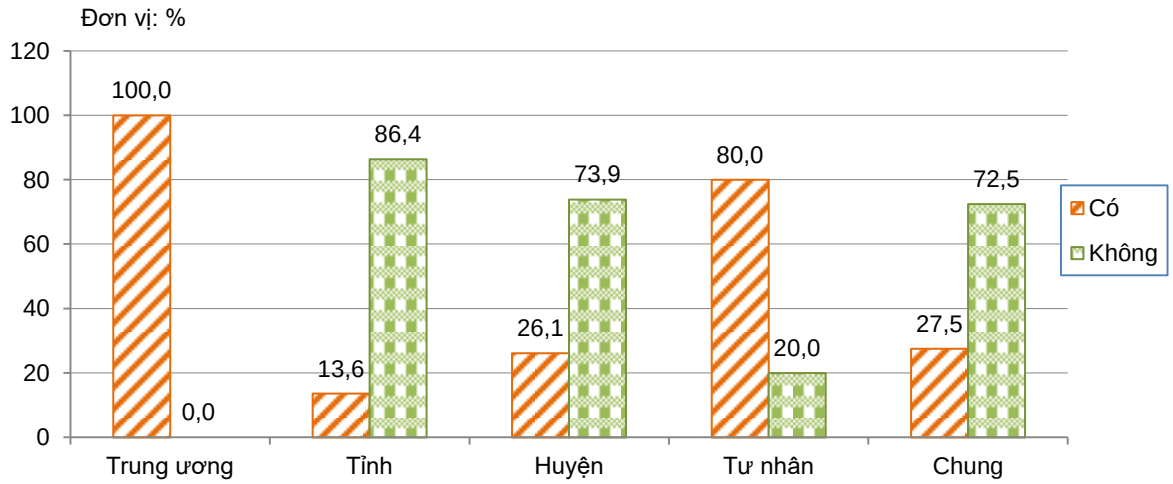
Quy định về điều kiện người trở thành Người hướng dẫn đào tạo THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có quy định	0,0	18,2	13,0	20,0	15,7
Không quy định nhưng có tiêu chuẩn khung	100,0	45,5	56,5	80,0	54,9
Không quy định	0,0	36,4	30,4	0,0	29,4

Theo các điều dưỡng trưởng BV được điều tra, chỉ 15,7% CSYT có quy định về điều kiện người trở thành Người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng, 54,9% CSYT không có quy định nhưng có tiêu chuẩn khung. Đặc biệt, 29,4% CSYT được điều tra không có quy định về điều kiện người trở thành Người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng, tập trung ở tuyến tỉnh (36,4%) và tuyến huyện (30,4%).

Bảng 88. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng đánh giá về các tiêu chuẩn để trở thành người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng (C29)

Tiêu chuẩn trở thành người hướng dẫn đào tạo THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Điều dưỡng trưởng	100,0	71,4	75,0	80,0	75,0
Số năm kinh nghiệm	100,0	57,1	75,0	40,0	63,9
Trình độ chuyên môn	0,0	71,4	75,0	40,0	66,7
Đã tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn	100,0	50,0	68,8	40,0	58,3
Khác	0,0	7,1	18,8	0,0	11,1

Đối với các CSYT có quy định hoặc không nhưng có tiêu chuẩn khung thì tiêu chuẩn trở thành Người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng phổ biến nhất là điều dưỡng trưởng (75%), 66,7% CSYT có quy định về trình độ (thường là có bằng cấp trên hoặc thấp nhất là bằng với bằng cấp của người thực hành lâm sàng), 63,9% CSYT có quy định về số năm kinh nghiệm trung bình trên 4 ± 11,1 năm (30,4% CSYT quy định trên 3-5 năm và 69,6% CSYT quy định trên 5-10 năm), 58,3% CSYT có quy định đã tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn.



Biểu đồ 10. Tỷ lệ CSYT có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS" sử dụng cho Người hướng dẫn (C30)

Theo các điều dưỡng trưởng BV được điều tra, hiện 72,5% CSYT không có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng" sử dụng cho Người hướng dẫn, tập trung ở tuyến tỉnh (86,4%), tuyến huyện (73,9%) và BV tư nhân (20%). Số CSYT không có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng" sử dụng cho Người hướng dẫn hiện hữu ở cả 4 tỉnh điều tra, nhiều nhất ở Điện Biên (90%), tiếp đến là ở Vĩnh Phúc (81,8%), Bình Định (69,2%) và ít nhất ở Đồng Nai (60%) (xem Bảng PL 38).

Theo những điều dưỡng trưởng được phỏng vấn thì kỹ thuật, kiến thức và thái độ mà Người hướng dẫn cần có (C31) như sau:

> *"Người hướng dẫn cần hiểu về các văn bản pháp qui liên quan đến nghề điều dưỡng, khám chữa bệnh, hiểu về các kiến thức chuyên môn liên quan chăm sóc người bệnh. Trong công việc phải có thái độ nghiêm túc với công việc, nghiêm túc trong việc giảng dạy"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Hà Nội)
>
> *"Có trình độ chuyên môn kỹ thuật vững, có khả năng đào tạo hướng dẫn, có tinh thần thái độ giúp đỡ đồng nghiệp nhiệt tình niềm nở. Người hướng dẫn cần có kỹ năng giao tiếp tốt, khả năng diễn đạt dễ hiểu, biết cách xử lý tình huống, áp dụng kỹ năng phương pháp giảng dạy tích cực trong thực hành lâm sàng"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc)
>
> *"Cần có nhiều năm kinh nghiệm và đã được tham gia lớp hướng dẫn; thực hiện thành thạo chính xác các quy trình kỹ thuật, được trang bị kiến thức đầy đủ, được đào tạo nghiệp vụ sư phạm giảng viên lâm sàng"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).
>
> *"Có thời gian kinh nghiệm thực hành lâm sàng ở chức danh hiện có và phải có trình độ cao đẳng trở lên"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Bình Định).

"Người hướng dẫn cần phải chuyên nghiệp, chính xác, thành thạo, kiên nhẫn,; kinh nghiệm về thực hành lâm sàng, kỹ năng thành thạo, thái độ đúng mực trong quá trình hướng dẫn và phục vụ người bệnh; phải có kế hoạch bài bản từ các chương trình đại học có uy tín; phải có kiến thức đúng theo quy định của Bộ y tế, hiểu được những vấn đề còn tồn tại của các điều dưỡng để đưa ra giải pháp" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Đồng Nai).

Bảng 89. Tỷ lệ CSYT có đào tạo cho người trở thành người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C32)

Đào tạo cho người trở thành người hướng dẫn THLS	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
• Đào tạo trong BV	100,0	27,3	0,0	40,0	17,6
• Thời gian đào tạo trong BV (X ± SD giờ)	40,0	68,7±36,2	-	24,0±0,0	55,6±35,0
• Đào tạo ngoài viện	100,0	31,8	34,8	40,0	35,3
• Thời gian đào tạo ngoài viện (X±SD)giờ	48,0	72,0±34,9	66,0±20,4	114,0±93,3	72,7±37,1
• Không đào tạo	0,0	59,1	65,2	20,0	56,9
Sự cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành người hướng dẫn					
• Có	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Thời gian đào tạo khoảng (X ± SD) giờ	40,0	61,8±49,5	60,3±31,8	80,0±62,4	62,5±42,8

Về hiện trạng đào tạo cho người trở thành người hướng dẫn thực hành lâm sàng, 17,6% CSYT có đào tạo trong bệnh viện với trung bình 55,6 ± 35 giờ, 35,3% CSYT có cử đi đào tạo ngoài viện với trung bình 72,7 ± 37,1 giờ. Tuy nhiên, còn 56,9% CSYT chưa đào tạo được, tập trung ở tuyến huyện (65,2%), tuyến tỉnh (59,1%) và BV tư nhân (20%). Số CSYT chưa đào tạo được người hướng dẫn lâm sàng có ở cả 4 tỉnh điều tra, nhiều nhất ở Bình Định (76,9%), tiếp đến là ở Điện Biên (70%), Đồng Nai (53,3%) và ít nhất ở Vĩnh Phúc (36,4%) (xem Bảng PL 38).

Bảng 90. Tỷ lệ điều trưởng trưởng bệnh viện cho rằng cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành Người hướng dẫn (C32)

Sự cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành người hướng dẫn	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Có	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Thời gian đào tạo khoảng (X ± SD) giờ	40,0	61,8±49,5	60,3±31,8	80,0±62,4	62,5±42,8

Tất cả các điều dưỡng trưởng BV được điều tra đều cho rằng cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành Người hướng dẫn với thời gian trung bình là 62,5 ± 42,8 giờ.

Theo những điều dưỡng trưởng được phỏng vấn thì một số nội dung cần đào tạo cho những người trở thành Người hướng dẫn (C34) như sau:

"Đào tạo TOT về phương pháp giảng dạy thực hành lâm sàng, văn bản pháp qui liên quan đến khám chữa bệnh" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Hà Nội).

"Bổ sung các kiến thức chung về công tác quản lý, công tác giảng dạy lâm sàng, công tác tổ chức, lập kế hoạch cho bài giảng; kỹ năng giảng dạy, phương pháp

xây dựng nội dung bài giảng, kỹ năng thuyết trình" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).

"Đào tạo về giao tiếp ứng xử, hay kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe, giao tiếp ứng xử, thiết kế bài giảng,…" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Bình Định).

"Cách soạn bài giảng dễ hiểu dễ nhớ, truyền đạt nội dung mạch lạc, rõ ràng, kiểm tra cuối khóa. Đào tạo về luật khám chữa bệnh, các thông tư; đào tạo về kỹ năng hướng dẫn thực hành lâm sàng, kỹ năng đánh giá kết quả sau đào tạo; kỹ năng xử lý tình huống cấp cứu, phát hiện bệnh diễn biến kịp thời" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Đồng Nai).

Thông tin về theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng

Bảng 91. Tỷ lệ CSYT có thực hiện theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Hiện trạng thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả THLS (C35)					
• Thực hiện định kỳ	100,0	45,5	13,0	60,0	33,3
• Thực hiện không định kỳ	0,0	22,7	52,2	40,0	37,3
• Không thực hiện	0,0	31,8	34,8	0,0	29,4
Hiện trạng thực hiện theo kế hoạch và kiểm tra kết quả THLS (C38)					
• Có thực hiện	100,0	77,3	65,2	100,0	74,5
• Không thực hiện	0,0	22,7	34,8	0,0	25,5
Sự cần thiết phải trao đổi thông tin về THLS với các CSYT khác (C40)					
• Cần thiết	100,0	95,5	100,0	100,0	98,0
• Không cần thiết	0,0	4,5	0,0	0,0	2,0

Theo các điều dưỡng trưởng BV được điều tra, 33,3% CSYT hiện có thực hiện định kỳ theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng, 37,3% CSYT thực hiện không định kỳ và 29,4% CSYT không thực hiện. Số CSYT không thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng tập trung ở tuyến huyện (34,8%) và tuyến tỉnh (31,8%). Số CSYT không thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng có ở cả 4 tỉnh điều tra, nhiều nhất ở Vĩnh Phúc (36,4%), tiếp đến là Đồng Nai (33,3%), Bình Định (30,8%) và ít nhất ở Điện Biên (20%) (xem Bảng PL 39).

Liên quan đến thực hành lâm sàng, điều dưỡng trưởng của các CSYT được điều tra đã đề xuất cách theo dõi thực hành lâm sàng đối với các điều dưỡng mới tốt nghiệp trong thời gian tới (C36)như sau:

"Cần thực hiện theo dõi định kỳ phải của điều dưỡng trưởng khoa (nội kiểm), phòng điều dưỡng (ngoại kiểm)" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Hà Nội).

"Cần xây dựng kế hoạch theo dõi bằng hình thức đánh giá thực hành định kỳ 3 tháng 1 lần; đánh giá việc thực hành các quy trình chuẩn theo từng chuyên môn hoặc theo dõi, giám sát thực hành tại buồng bệnh dựa trên quy trình bằng bảng kiểm của bộ y tế đối với từng điều dưỡng" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).

"Có thể thực hiện theo dõi 6 tháng/lần về chuyên môn, kỹ năng giao tiếp. Cần thành lập mạng lưới theo dõi định kỳ đối với điều dưỡng mới trong việc tuân thủ quy trình chuyên môn, quy trình kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân, tuân thủ nội quy bệnh viện" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).

"Thực hiện theo dõi và kiểm tra hàng tháng hoặc hàng quý/lần về kỹ năng thực hành lâm sàng, kiến thức chuyên môn của điều dưỡng, kỹ năng giao tiếp ứng xử của điều dưỡng thông qua bảng kiểm. Cần có chế độ theo dõi một cách hệ thống từ phòng điều dưỡng đến các điều dưỡng trưởng khoa và điều dưỡng viên trong khoa" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Bình Định).

Liên quan đến thực hành lâm sàng, điều dưỡng trưởng của các CSYT được điều tra đã đề xuất cách giám sát thực hành lâm sàng trong thời gian tới (C37) là thực hiện giám sát định kỳ hoặc đột xuất thông qua hệ thống bảng kiểm, để đánh giá việc thực hiện và tuân thủ các quy trình chuyên môn, cũng như các kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân.

"Việc giám sát điều dưỡng thông qua bảng kiểm thực hành, giám sát cách tiếp cận, giao tiếp với người bệnh với đồng nghiệp" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).

"Có thể thực hiện giám sát định kỳ hoặc đột xuất; giám sát thường xuyên và có bản đánh giá, báo cáo lãnh đạo hoặc giám sát trực tiếp khi điều dưỡng thực hiện quy trình kỹ thuật, kỹ năng giao tiếp, tư vấn giáo dục sức khỏe; giám sát trực tiếp tại các khoa" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).

"Có bộ công cụ giám sát chuẩn để thực hiện việc giám sát có hiệu quả, có người được phân công giám sát cụ thể (vì điều dưỡng trưởng khoa quá tải công việc). Việc giám sát có thể thông qua kiểm tra kiến thức về các quy trình hoặc trực tiếp khi điều dưỡngthực hành trên người bệnh" (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Đồng Nai).

Theo các điều dưỡng trưởng BV được điều tra, 74,5% CSYT hiện có thực hiện theo kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng; ngược lại, 25,5% CSYT không thực hiện, tập trung ở tuyến huyện (34,8%) và tuyến tỉnh (22,7%).

Theo ý kiến của điều dưỡng trưởng tại các CSYT thì việc kiểm tra thực hành lâm sàng (C39) cũng cần phải được thực hiện theo kế hoạch, kiểm tra định kỳ hoặc đột xuất.

Các CSYT cần có sự phân công rõ ràng trong công tác kiểm tra và xây dựng bảng kiểm để công tác kiểm tra đạt hiệu quả hơn.

> *"Giám sát, kiểm tra theo bảng kiểm, quy trình kỹ thuật; kiểm tra kiến thức đầu vào và đầu ra; kiểm tra kiến thức về lý thuyết và thực hành trên mô hình bệnh nhân; kiểm tra lý thuyết qua bài test, kiểm tra lâm sàng bằng thủ thuật trực tiếp trên người bệnh; tổ chức ban, hội đồng kiểm tra các năng lực cơ bản định kỳ"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).

> *"Kiểm tra thường xuyên theo kế hoạch hoặc kiểm tra đột xuất khi cần; lên kế hoạch kiểm tra từng tuần, mỗi tuần 1 khoa điều dưỡng trưởng các khoa kiểm tra chéo, bệnh viện có 1 tổ kiểm tra lại rút kinh nghiệm"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).

Hầu hết các điều dưỡng trưởng (98%) cho rằng cần thiết phải trao đổi thông tin về thực hành lâm sàng với các CSYT khác.

Thông tin về năng lực cần có của điều dưỡng

Theo các điều dưỡng trưởng bệnh viện được điều tra, năng lực mà người điều dưỡng cần phải có để có thể tự lập trong chăm sóc (C40) như sau:

> *"Người điều dưỡng có thể tự lập trong chăm sóc phải đảm bảo có kiến thức, kỹ năng chuyên môn, tư duy, an toàn người bệnh, sự tự tin, giao tiếp chuyên nghiệp"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Hà Nội).

> *"Cần nắm chắc kiến thức cơ bản của điều dưỡng, nắm chắc và thực hành thành thạo kỹ thuật, kỹ năng giao tiếp tốt; đáp ứng theo chuẩn năng lực điều dưỡng"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).

> *"Cần có ý thức chấp hành tốt nội quy, quy chế bệnh viện, chấp hành tốt quy chế trong chuyên môn, học hỏi chia sẻ kinh nghiệm với đồng nghiệp; chủ động trong công việc"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).

> *"Để có thể tự lập trong chăm sóc, điều dưỡng phải có thời gian kinh nghiệm thực hành lâm sàng ít nhất từ 9 tháng đến 1 năm, nắm vững kiến thức lý thuyết, kỹ năng thực hành lâm sàng, khả năng giao tiếp, ứng xử với đồng nghiệp và người bệnh; tự nhận định được vấn đề của bệnh nhân và có biện pháp can thiệp thích hợp"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Đồng Nai).

Với câu hỏi điều dưỡng có thể tự lập trong chăm sóc tương đương với bao nhiêu năm kinh nghiệm trong chăm sóc (C42), các điều dưỡng trưởng BV được điều tra cho rằng cần 2,8 ± 1,7 năm, cao nhất ở BV tuyến trung ương (5 năm), tiếp đến là BV tuyến huyện (3,0 ± 1,9 năm), BV tuyến tỉnh (2,7 ± 1,6 năm), BV tư nhân (1,8 ± 0,8 năm).

Ý kiến đánh giá của các điều dưỡng trưởng CSYT được điều tra về năng lực khi tốt nghiệp chương trình đào tạo tại các trường điều dưỡng (C43) như sau:

> *"Các điều dưỡng mới chỉ hiểu về lý thuyết chuyên môn cơ bản trong chăm sóc người bệnh, kỹ năng còn hạn chế"* (Điều dưỡng trưởng các bệnh viện tại Hà Nội).
>
> *"Một số văn bản pháp quy chưa được cập nhật, chưa thể tự lập trong chăm sóc; hoàn thành chương trình đào tạo về lý thuyết, nhưng kỹ thuật thực hành và thái độ chưa tốt"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).
>
> *"Điều dưỡng mới tốt nghiệp chưa được đào tạo nhiều về kỹ năng giao tiếp ứng xử, kiến thức chuyên môn nặng về lý thuyết, thiếu kinh nghiệm thực tế"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).

Kỳ vọng của các điều dưỡng trưởng CSYT được điều tra về năng lực ở điều dưỡng khi hoàn thành quá trình thực hành lâm sàng 9 tháng tại các CSYT (C43) như sau:

> *"Chủ động chăm sóc người bệnh, thực hiện tốt các kỹ thuật chăm sóc người bệnh cơ bản, có khả năng tham gia chăm sóc người bệnh theo nhóm như 1 thành viên"* (Điều dưỡng trưởng các bệnh viện tại Hà Nội).
>
> *"Điều dưỡng có thể thực hiện đúng, thành thạo các kỹ thuật cơ bản của điều dưỡng và 1 số kỹ thuật nâng cao, áp dụng được 1 số kỹ năng mềm; có kỹ năng thực hành chăm sóc bệnh nhân"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).
>
> *"Biết cách vận dụng linh hoạt kiến thức vào thực tiễn, có nhiều kinh nghiệm hơn trong chuyên môn; có khả năng độc lập trong công việc; biết lập kế hoạch chăm sóc theo dõi diễn biến bệnh nhân, biết xử lý tình huống khi cần thiết, chủ động trong công việc của mình"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).
>
> *"Dám làm và dám chịu trách nhiệm, được nhiều kinh nghiệm và có thể làm việc vững trãi hơn; điều dưỡng có thể tự lập trong chăm sóc người bệnh; thành thục các kỹ thuật chăm sóc và quy trình chăm sóc cơ bản; phát hiện xử lý tốt các trường hợp cấp cứu, bệnh diễn biến"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Đồng Nai).

Cơ chế thực hành trong thời gian tới

Bảng 92. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng của CSYT cho biết về các cơ chế thực hành lâm sàng trong thời gian tới theo tuyến (C44-C48)

Thông tin	Trung ương (n=1)	Tỉnh (n=22)	Huyện (n=23)	Tư nhân (n=5)	Tổng (n=51)
Tính khả thi về phương pháp thực hành luân chuyển nhiều khoa phòng					
• Khả thi	100,0	54,5	65,2	60,0	60,8
• Khả thi nếu đơn vị có thể tự quyết định khoa phòng luân chuyển	0,0	36,4	26,1	40,0	31,4
• Không khả thi	0,0	9,1	8,7	0,0	7,8
Khả năng tiếp nhận điều dưỡng từ cơ sở khác vào THLS					
• Có thể	100,0	77,3	60,9	80,0	70,6
• Số lượng điều dưỡng THLS có thể tiếp nhận thêm (X ± SD)	-	40,3±48,7	11,0±5,0	10,6±6,1	23,1±34,3
• Có thể nếu có điều kiện nhất định	0,0	9,1	34,8	0,0	19,6
• Không thể	0,0	13,6	4,3	20,0	9,8
Mức độ hài lòng về THLS					
• Hài lòng	100,0	18,2	4,3	40,0	15,7
• Hài lòng bình thường	0,0	36,4	56,5	20,0	43,1
• Hài lòng một phần	0,0	40,9	39,1	40,0	39,2
• Không hài lòng	0,0	4,5	0,0	0,0	2,0
Một số vấn đề liên quan tới THLS thường gặp					
• Tài liệu cho người thực hành	100,0	59,1	56,5	40,0	56,9
• Vật tư y tế tiêu hao và TTB dùng cho thực hành	100,0	54,5	43,5	60,0	51,0
• Người hướng dẫn	100,0	59,1	43,5	,0	47,1
• Tài liệu cho người hướng dẫn	100,0	86,4	69,6	60,0	76,5
• Đào tạo cho người hướng dẫn	100,0	86,4	78,3	60,0	80,4
• Ngân sách cho thực hành	100,0	72,7	65,2	20,0	64,7
• Khác	0,0	4,5	0,0	0,0	2,0

Đa số các điều dưỡng trưởng (60,8%) cho rằng phương pháp thực hành luân chuyển nhiều khoa phòng có khả thi và 31,4% điều dưỡng trưởng cho rằng nếu đơn vị có thể tự quyết định khoa phòng luân chuyển thì có khả thi. Chỉ có 7,8% điều dưỡng trưởng cho rằng phương pháp thực hành luân chuyển nhiều khoa phòng không khả thi, tập trung ở tuyến tỉnh (9,1%) và tuyến huyện (8,7%).

Đa số các điều dưỡng trưởng (70,6%) cho rằng BV của họ có thể tiếp nhận điều dưỡng từ cơ sở khác vào thực hành lâm sàng và 19,6% điều dưỡng trưởng cho là có thể nếu có điều kiện nhất định, như cơ sở vật chất để thực hành, có giáo viên đạt yêu cầu, có mô hình tập trung tại đơn vị….. Chỉ có một số ít CSYT (9,8%) không thể tiếp nhận điều dưỡng từ cơ sở khác vào thực hành lâm sàng, tập trung ở tuyến tỉnh (13,6%), tuyến huyện (4,3%) và BV tư nhân (20%).

Trừ BV Bạch Mai, số lượng điều dưỡng thực hành lâm sàng mà mỗi BV có thể tiếp nhận ngoài số điều dưỡng biên chế và điều dưỡng hợp đồng là 23,1 ± 34,3 người, cao nhất ở tuyến tỉnh (40,3 ± 48,7 người), tiếp đến là tuyến huyện (11 ± 5 người) và thấp nhất ở BV tư nhân (10,6 ± 6,1 người). Chia theo tỉnh, số lượng điều dưỡng thực hành

lâm sàng mà mỗi BV có thể tiếp nhận ngoài số điều dưỡng biên chế và điều dưỡng hợp đồng nhiều nhất ở Hà Nội (100 người), tiếp đến là ở Đồng Nai (33,9 ± 54,5 người), Bình Dương (20 ± 18 người), Vĩnh Phúc (14,5 ± 8 người) và ít nhất ở Điện Biên (11,4 ± 8,2 người) (xem Bảng PL 40).

Rất ít điều dưỡng trưởng các BV được điều tra (15,7%) hài lòng với công tác đào tạo thực hành lâm sàng của Bv hiện nay, 43,1% hài lòng bình thường, 39,2% hài lòng một phần và 1 điều dưỡng trưởng ở BV tuyến tỉnh không cảm thấy hài lòng.

Còn nhiều vấn đề liên quan tới thực hành lâm sàng mà các CSYT gặp phải. Đó là đào tạo cho người hướng dẫn (80,4%), tài liệu cho người hướng dẫn (76,5%), ngân sách cho thực hành (64,7%), tài liệu cho người thực hành (56,9%), vật tư y tế tiêu hao và TTB dùng cho thực hành (51%) và thiếu người hướng dẫn hoặc không có người hướng dẫn chính xác (47,1%). Những vấn đề liên quan tới thực hành lâm sàng này gặp ở CSYT các tuyến cũng như các tỉnh.

Nguyện vọng hoặc nội dung cần cải tiến để tăng cường công tác thực hành lâm sàng 9 tháng của điều dưỡng trưởng của các CSYT được phỏng vấn (C49) bao gồm:

> *"Cải tiến phương pháp, chương trình đào tạo liên tục cho các điều dưỡng. Cung cấp tài liệu cho người hướng dẫn và người thực hành. Hỗ trợ xây dựng mô hình đào tạo tập trung tại đơn vị để hướng dẫn điều dưỡng kỹ thuật thực hành; trang bị thêm trang thiết bị y tế hiện đại để điều dưỡng được tiếp cận với các kỹ thuật tiên tiến, để phục vụ người bệnh và đáp ứng được sự hài lòng của bệnh nhiều hơn"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Vĩnh Phúc).
>
> *"Có văn bản hướng dẫn về công tác thực hành lâm sàng, có quyết định thành lập tổ hướng dẫn lâm sàng, và có quyết định giao nhiệm vụ cho từng cá nhân. Tăng cường ngân sách cho đào tạo thực hành lâm sàng, mở các khóa đào tạo cho người trở thành người hướng dẫn"* (Điều dưỡng trưởng các CSYT tại Điện Biên).
>
> *"Cần có chương trình đào tạo thực hành lâm sàng từ thấp đến cao, người tham gia hướng dẫn phải được đào tạo và cấp giấy chứng nhận. Các CSYT nên kết hợp với nhà trường để có thể tiến hành thực hiện đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng khi học viên đang còn học tại trường và dựa vào đó để đánh giá học viên xem đã ra trường được chưa" (Điều dưỡng trưởng các* CSYT *tại Đồng Nai).*

4.4. Mối liên quan giữa mức độ đáp ứng của các điều dưỡng đích theo chuẩn năng lực với một số một số yếu tố liên quan

Để tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ đạt được (có thể làm một mình được coi là đạt) về năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (110 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn), năng lực thực hành chăm sóc (60 tiêu chí thuộc 15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (43 tiêu chí thuộc 8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (7 tiêu chí thuộc 2 tiêu chuẩn) với một số yếu tố liên quan qua chuẩn $\chi 2$.

Bảng 93. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực của điều dưỡng với tần suất thực hiện của điều dưỡng đích

Tần suất thực hiện / Năng lực	Một lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng, chưa thực hiện		χ2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	2	40,0	3	60,0	χ^2 =8,5, p<0,01
• Không đạt	39	6,7	546	93,3	
Năng lực quản lý và phát triển NN (8 TC)					
• Đạt	4	40,0	6	60,0	χ^2 =22,8, p<0,001
• Không đạt	29	5,0	551	95,0	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức NN (2 TC)					
• Đạt	132	60,3	87	39,7	χ^2 =91,0, p<0,001
• Không đạt	79	21,3	292	78,7	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50,0	1	50,0	χ^2 =17,0, p<0,001
• Không đạt	15	2,6	573	97,4	

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn) cao hơn đáng kể (p<0,01) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng). Ngược lại, tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc thấp hơn đáng kể (p<0,01) nếu thực hiện với tần suất thấp (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng) so với tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần).

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) cũng cao hơn đáng kể (p<0,001) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng).

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) cũng cao hơn đáng kể (p<0,001) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng).

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (cả 25 tiêu chuẩn) cũng cao hơn đáng kể (p<0,001) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng). Xem chi tiết kết quả so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng với tần suất thực hiện theo từng tiêu chuẩn tại Bảng PL 28).

Bảng 94. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực của điều dưỡng với nơi học/thực tập của điều dưỡng đích

Học tại trường	Thực hiện khi thực tập		Đã học và chưa học		
Năng lực	**n**	**%**	n	%	χ^2, p
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	1	20,0	4	80,0	χ^2 =9,1,
• Không đạt	10	1,7	575	98,3	p<0,01
Năng lực quản lý và phát triển NN (8 TC)					
• Đạt	5	50,0	5	50,0	χ^2 =40,9,
• Không đạt	26	4,5	554	95,5	p<0,001
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức NN (2 TC)					
• Đạt	99	45,2	120	54,8	χ^2 =39,3,
• Không đạt	77	20,8	294	79,2	p<0,001
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	0	0,0	2	100,0	χ^2 =0,02,
• Không đạt	6	1,0	582	99,0	p>0,05

Kết quả so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng với nơi học/thực tập cho thấy: Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn) cao hơn đáng kể (p<0,01) so với số điều dưỡng đã được học và chưa được học ở trường.

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) cao hơn đáng kể (p<0,001) so với số điều dưỡng đã được học và chưa được học ở trường.

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) cũng cao hơn đáng kể (p<0,001) so với số điều dưỡng đã được học và chưa được học ở trường.

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 tiêu chuẩn) chênh lệch không nhiều (p>0,05) so với số điều dưỡng đã được học ở trường và chưa được học do tỷ lệ đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng VN quá thấp (2/590 = 0,03%).

Xem chi tiết kết quả so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng với nơi học/thực tập theo từng tiêu chuẩn tại Bảng PL 29).

Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với chương trình đào tạo điều dưỡng cao nhất mà người thực hành lâm sàng đã tốt nghiệp (χ2 =0,2-5,2 và p>0,05) (Xem Bảng PL 6).

Bảng 95. Mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp của ĐD (2TC) và nơi thực hành lâm sàng

Nơi thực hành LS	Trung ương (1)		Tỉnh (2)		Huyện (3)		Tư nhân (4)		Tổng
Năng lực	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đạt	82	37,4	88	40,2	32	14,6	17	7,8	219
Không đạt	70	18,9	219	59,0	47	12,7	35	9,4	371
Tổng	152	25,8	307	52,0	79	13,4	52	8,8	590

(1) so sánh (2): χ^2 =27,87, p<0.001; (1) so sánh (3): χ^2 =3.76, p>0,05; (1) so sánh (4): χ^2 =7,01, p<0,01; (2) so sánh (3): χ^2 =4,11, p<0.05; (2) so sánh (4): χ^2 =0.35, p>0,05; (3) so sánh (4): χ^2 =0,82, p>0,05

Tỷ lệ điều dưỡng đích đã thực hành lâm sàng tại BV tuyến trung ương đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) cao hơn ở các BV tuyến tỉnh và BV tư nhân, nhưng lại cao hơn không đáng kể so với ở các BV tuyến huyện. Không có sự khác biệt về tỷ lệ điều dưỡng đích đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp đã thực hành lâm sàng tại BV tuyến tỉnh với tuyến huyện và BV tư nhân. Cũng chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với CSYT mà người thực hành lâm sàng đã thực hành lâm sàng (χ2 = 0,9 – 4,0 và p>0,05) (Chi tiết xem Bảng PL 7).

Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với vật dụng (sách giáo khoa, tài liệu, trang thiết bị y tế, vật tư tiêu hao) cho thực hành lâm sàng với χ2 = 0-1.0 và p>0,05 (Xem Bảng PL 8).

Bảng 96. Mối liên quan giữa mức độ đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng với phương pháp hướng dẫn THLS mà người hướng dẫn sử dụng

Năng lực của điều dưỡng / PP thực hành lâm sàng	Đạt		Không đạt		χ2, p
	n	%	n	%	
Giảng thực hành trên lớp tập trung	107	48,9	152	4105	χ^2 =3,5, p>0,05
Thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung	81	37,0	104	28,0	χ^2 =5,1, p<0,05
Vừa làm vừa hướng dẫn	177	80,8	317	85,4	χ^2 =2,2, p>0,05
Sử dụng tài liệu hướng dẫn	122	55,7	172	46,4	χ^2 =4,8, p<0,05
Sử dụng bảng kiểm đánh giá	113	51,6	159	42,9	χ^2 =4,2, p<0,05
Thực hành luân chuyển khoa	106	48.4	114	33,7	χ^2 =18,4, p<0,001
Hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc	153	69,9	243	67,1	χ^2 =1,2, p>0,05

Có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với một số phương pháp giảng thực hành mà người hướng dẫn áp dụng. Đó là: Thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung, sử dụng tài liệu hướng dẫn, sử dụng bảng kiểm đánh giá và thực hành luân chuyển khoa có tỷ lệ điều dưỡng đích đạt cao hơn (p<0,05-0,001).

Ngược lại, chưa thấy mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với một số phương pháp giảng thực hành mà người hướng dẫn áp dụng: Giảng thực hành trên lớp tập trung, vừa làm vừa hướng dẫn và hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc. Cũng chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hiện chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với các phương pháp giảng thực hành mà người hướng dẫn áp dụng (Chi tiết xem Bảng PL 9).

Kết quả link và so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng (phiếu Q1) với một số yếu tố có liên quan thu được qua phiếu tự điền của lãnh đạo các CSYT điều tra (phiếu Q2) cho thấy: có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với việc người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng (C14-Q2); phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung (C18-Q2); tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng (C19-Q2); CSYT có thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả THLS (C20-Q2). Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với các yếu tố trên. Cũng chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với việc THLS có được thực hiện theo kế hoạch tại đơn vị và có kiểm tra kết quả THLS (C23-Q2) (xem chi tiết ở Bảng PL 10, Bảng PL 11, Bảng PL 12, Bảng PL 13, Bảng PL 14).

Kết quả link và so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng (phiếu Q1) với một số yếu tố có liên quan thu được qua phiếu tự điền của điều dưỡng trưởng các CSYT điều tra (phiếu Q3) cho thấy: có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với việc người điều dưỡng trưởng đã được tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn ToT (C5-Q3); trong quá trình THLS, CSYT có bố trí buổi thảo luận về ca bệnh giữa học viên và giáo viên (C14-Q3); trong quá trình THLS, CSYT có tổ chức thực hành ngoài giờ làm việc (C15-Q3); trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho THLS (C22-Q3); vật tư tiêu hao dùng cho THLS (C23-Q3); có cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS cho người hướng dẫn (C30-Q3). Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với 6 yếu tố trên. Cũng chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với việc CSYT có giáo trình đào tạo THLS (C7-Q3) và đơn vị có công cụ đánh giá kết quả THLS (C18-Q3) (xem chi tiết từ Bảng PL 15 đến Bảng PL 22).

Kết quả link và so sánh giữa năng lực cơ bản của điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng (phiếu Q1) với một số yếu tố có liên quan thu được qua phiếu tự điền người hướng dẫn lâm sàng của các CSYT điều tra (phiếu Q4) cho thấy: có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với việc người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo ngoài viện về nội dung đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C8-Q4). Có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) với việc người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo nội bộ tại viện về nội dung đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C10-Q4). Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với việc người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo ngoài viện về nội dung đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C8-Q4). Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với việc người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo nội bộ tại viện về nội dung đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng (C10-Q4). Cũng chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn), năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với các phương pháp mà người hướng dẫn THLS đã sử dụng (C12-Q4); trong quá trình THLS, người hướng dẫn có bố trí buổi thảo luận về ca bệnh (C16-Q4); có cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS cho người hướng dẫn sử dụng (C21-Q4). (xem chi tiết từ Bảng PL 23 đến Bảng PL 27).

V. Kết luận, khuyến nghị

5.1. Kết luận

5.1.1. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành lâm sàng của điều dưỡng đích

Trình độ chuyên môn của 590 điều dưỡng đích trong nghiên cứu không đồng đều, 60,2% điều dưỡng có trình độ cao đẳng và đại học, 49,8% điều dưỡng có trình độ trung cấp. Tuyến trung ương có tỷ lệ điều dưỡng trung học lớn gấp 2,5 lần tuyến tỉnh, tuyến huyện và y tế tư nhân.

Nơi thực hành chủ yếu của điều dưỡng đích là khoa nội, khoa ngoại và khoa cấp cứu. Hầu hết điều dưỡng đi luân vòng qua các khoa chính và vòng cuối về khoa mà điều dưỡng đang làm việc hiện tại. 100% điều dưỡng viên đều làm việc tại cơ sở đã từng thực hành hành lâm sàng.

88,6% điều dưỡng đích được giới thiệu chương trình và nội dung thực hành lâm sàng. Các phương pháp dạy/học đa dạng, hai phương pháp phổ biến nhất là phương pháp vừa làm vừa hướng dẫn và hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hiện chăm sóc. Điều kiện thực hành hạn chế, thiếu tài liệu học tập, vật tư tiêu hao và trang thiết bị học tập cho điều dưỡng trong thời gian thực hành lâm sàng, đặc biệt là tuyến huyện. Có sự khác nhau về nội dung và phương pháp giữa thực hành lâm sàng 9 tháng với thực hành lâm sàng tại trường.

95,8% điều dưỡng được đánh giá mức độ thành thục năng lực thực hành lâm sàng, với nhiều hình thức và tần suất khác nhau. Đánh giá định kỳ hàng tháng được áp dụng nhiều nhất tại tất cả các tuyến, nhiều nhất tại tuyến trung ương. Cho đến nay chưa có quy định thống nhất về thời điểm, tần xuất đánh giá mức độ thành thục năng lực THLS 9 tháng của điều dưỡng. Người đánh giá mức độ thành thực năng lực thực hành 9 tháng của điều dưỡng chủ yếu là điều dưỡng trưởng khoa, tiếp đó là người hướng dẫn, điều dưỡng trưởng bệnh viện.

Điểm trung bình phần trăm điều dưỡng mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt được là 58 điểm. Điểm trung bình phần trăm của điều dưỡng viên mới hoàn thành đạt năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (75,2 điểm) cao hơn so với năng lực thực hành chăm sóc (64,3 điểm) và năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (46,5 điểm). Xu hướng này được thể hiện rõ ở tất cả các tuyến.

Số điều dưỡng viên mới hoàn thành thực hành lâm sàng đạt chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (có thể làm một mình tất cả 110 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) rất ít (0,3%); đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc (có thể làm một mình đủ 60 tiêu chí thuộc 15 tiêu chuẩn) cũng ít (0,8%); đạt chuẩn năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 43 tiêu chí thuộc 25 tiêu chuẩn) là

10 người (1,7%); đạt chuẩn năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (có thể làm một mình đủ 7 tiêu chí thuộc 2 tiêu chuẩn) là 219 người (37,1%).

5.1.2. Nhận thức, kinh nghiệm và thực hành về đào tạo/hướng dẫn các điều dưỡng đích của những người hướng dẫn tại các CSYT

Trình độ chuyên môn của người hướng thực hành lâm sàng không đồng đều giữa các tuyến, các tỉnh. 64% số người hướng dẫn đã tốt nghiệp đại học và sau đại học, 36% người hướng dẫn có trình độ cao đẳng và trung cấp.

Khả năng và kinh nghiệm hướng dẫn thực hành lâm sàng của người hướng dẫn còn hạn chế. Chưa có quy định cụ thể về việc người hướng dẫn phải có chứng chỉ về sư phạm y học (hoặc chứng chỉ tương đương) chỉ có 43,3% đã được tham gia các khoá đào tạo do BYT và các đơn vị khác tổ chức và 19,2% số người hướng dẫn theo học các khoá tập huấn ToT do chính đơn vị tổ chức. Người hướng dẫn thiếu hụt các cơ hội để học tập, cập nhật các kiến thức kỹ năng mới, chia sẻ kinh nghiệm với các đơn vị khác trong địa bàn tỉnh và các tỉnh bạn.

Điều kiện hướng dẫn hạn chế: Hướng dẫn theo kinh nghiệm, thiếu chương trình chung, chuẩn cho các tuyến, thiếu trang thiết bị, thiếu tài liệu hướng dẫn cho người hướng dẫn, thiếu kinh phí cho đào tạo và thiếu sự động viên khuyến khích người hướng dẫn.

Việc theo dõi giám sát và đánh giá điều dưỡng đích đã được thực hiện, tuy nhiên chưa có quy định cụ thể, người hướng dẫn chưa được đào tạo về kỹ năng theo dõi giám sát, đặc biệt là giám sát hỗ trợ. Thiếu các công cụ cho theo dõi giám sát đánh giá quá trình thực hành lâm sàng.

5.1.3. Thực trạng các hoạt động đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng tại các CSYT

Gần một nửa (43,1%) số CSYT được điều tra chưa được cấp mã số đào tạo liên tục, khó khăn cho CBYT nói chung và điều dưỡng nói riêng cập nhật kiến thức theo Thông tư 22/2013/TT-BYT về đào tạo liên tục để duy trì chứng chỉ hành nghề đã được cấp.

64,7% lãnh đạo CSYT được điều tra cho biết có ban hành Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới.

Kết quả phỏng vấn lãnh đạo các CSYT cho thấy tại 47,1% CSYT tất cả người hướng dẫn thực hành lâm sàng chưa tham gia các lớp đào tạo người hướng dẫn lâm sàng cho điều dưỡng trong hoặc ngoài đơn vị.

72,5% số CSYT điều tra không trả phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng do chưa có văn bản nào quy định về chế độ phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng.

62,7% CSYT được điều tra chưa có phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung.

25,5% số CSYT được điều tra chưa có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng tại BV và 54,9% số CSYT có tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng nhưng chưa đầy đủ.

Giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng hiện được sử dụng tại các CSYT không thống nhất. 60% CSYT tự xây dựng, 45% CSYT sử dụng giáo trình do Hội Điều dưỡng biên soạn, 35% CSYT sử dụng giáo trình do Cục KHCNĐT hoặc Cục QLKCB (Bộ Y tế) biên soạn và 20% CSYT sử dụng giáo trình của BV khác xây dựng.

72,5% CSYT không có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng" sử dụng cho Người hướng dẫn.

Hiện tại việc thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng của các CSYT chưa nhất quán. 45,1% CSYT thực hiện không định kỳ và 25,5% CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng.

74,5% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình không đảm bảo đầy đủ trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng.

Hơn một nửa số CSYT được điều tra (56,9%) không có quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng.

5.1.4. Mối liên quan giữa mức độ đáp ứng của các điều dưỡng đích theo chuẩn năng lực với một số một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng có tần suất thực hiện rất thường xuyên (1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày và 1-4 lần mỗi tuần) đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp, năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam cao hơn đáng kể ($p<0,01$-$0,001$) so với tần suất thực hiện thấp hơn (1-3 lần mỗi tháng, 1-5 lần mỗi 6 tháng và chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng).

Tỷ lệ điều dưỡng vừa hoàn thành thực hành lâm sàng được thực hiện khi thực tập đạt chuẩn năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp, năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp cao hơn đáng kể ($p<0,01$-$0,001$) so với số điều dưỡng đã được học và chưa được học ở trường.

Đã thấy có mối liên quan giữa năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 tiêu chuẩn) với một số yếu tố có liên quan đến THLS như: phương pháp hướng dẫn thực hành mà người hướng dẫn áp dụng; nơi THLS; người hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng hay không; phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung có đầy đủ hay không; tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng có đầy đủ hay không; CSYT có thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả hay không; trong quá trình

THLS, CSYT có bố trí buổi thảo luận về ca bệnhhay không; trong quá trình THLS, CSYT có tổ chức thực hành ngoài giờ làm việc hay không; trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho THLS có được đảm bảo đầy đủ hay không; vật tư tiêu hao dùng cho THLS có được đảm bảo đầy đủ hay không; có cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS cho người hướng dẫn sử dụng hay không....

Chưa thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc (15 tiêu chuẩn), năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 tiêu chuẩn)và năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (25 tiêu chuẩn) với hầu hết các yếu tố có liên quan đến THLS.

5.2. Khuyến nghị

Khuyến nghị 1: Cần xây dựng chương trình đào tạo chung cho thực hành lâm sàng 9 tháng của điều dưỡng mới tốt nghiệp áp dụng cho các cơ sở y tế.

Lý do: Hiện nay chưa có chương trình đào tạo chung cho thực hành lâm sàng 9 tháng của điều dưỡng mới tốt nghiệp áp dụng cho các cơ sở y tế.

Khuyến nghị 2: Các CSYT cần có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp

Lý do: 60,8% CSYT không có giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng 9 tháng, trong đó 43,1% các CSYT có nội dung đào tạo được chuẩn bị và chia sẻ trong đơn vị.

Khuyến nghị 3: Các cơ sở y tế cần thực hiện nghiêm túc việc ra quyết định phân công người hướng dẫn

Lý do: Vẫn còn 15,7% số CSYT được khảo sát không ban hành quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới và có 19,6% CSYT chỉ có Quyết định đối với một số trường hợp. Điều này có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của người hướng dẫn đối với nhiệm vụ hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp. Mặt khác, cũng có thể gây nên tình trạng thiếu minh bạch về đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới theo quy định trong Thông tư 41/2011/TT-BYT[3] và Thông tư 41/2015/TT-BYT[4] của Bộ trưởng Bộ Y tế.

[3] *Bộ Y tế, Thông tư số 41/2011/TT-BYT của Bộ Y tế: Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ngày 14 tháng 11 năm 2011.*

[4] *Bộ Y tế, Thông tư số 41/2015/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ngày 16 tháng 11 năm 2015.*

Khuyến nghị 4: Tăng cường công tác đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng

Lý do: Chỉ có 34,3% người hướng dẫn được tham gia đào tạo người hướng dẫn lâm sàng ngoài bệnh viện và 19,2% người hướng dẫn tham gia đào tạo giảng viên do đơn vị thực hiện. 94,9% số người hướng dẫn lâm sàng và 100% điều dưỡng trưởng của các CSYT được phỏng vấn cho rằng người hướng dẫn cần được đào tạo để trở thành người hướng dẫn.

Khuyến nghị 5: Cần có chế độ phù hợp cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng

Lý do: 72,5% số CSYT điều tra không trả phụ cấp cho người hướng dẫn lâm sàng, trong khi đó với công việc tương tự như hướng dẫn tập sự cho viên chức mới thì trong thời gian hướng dẫn tập sự, người hướng dẫn được hưởng phụ cấp trách nhiệm bằng 0,3 mức lương tối thiểu hiện hành (Theo Nghị định 29/2012/NĐ-CP).

Khuyến nghị 6: Tăng cường hỗ trợ CSVC, TTB, tài liệu cho các cơ sở đào tạo thực hành lâm sàng

Lý do: Có 74,5% điều dưỡng trưởng các BV được điều tra cho rằng BV của mình không đảm bảo đầy đủ trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng. 72,5% CSYT không có "Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng" sử dụng cho người hướng dẫn.

Khuyến nghị 7: Tăng cường hoạt động theo dõi, giám sát và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng

Lý do: 29,4% CSYT không thực hiện theo dõi tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng và 25,5% không thực hiện kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng.

Khuyến nghị 8: Trong quá trình đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, các CSYT cần quan tâm nhiều hơn đến một số[5] tiêu chuẩn năng lực điều dưỡng có điểm phần trăm trung bình thấp

Lý do: Một số tiêu chuẩn có điểm phần trăm trung bình đạt thấp: tiêu chuẩn có điểm phần trăm trung bình thấp nhất là tiêu chuẩn số 22 về nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng (đạt 14,9 điểm). Tiêu chuẩn 19: sử dụng nguồn tài chính thích hợp để CSBN (28,6 điểm). Tiêu chuẩn 14: xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn giáo dục sức khỏe (35,0 điểm). Tiêu chuẩn 18: quản lý, vận hành và sử dụng TTBYT (36,7 điểm). Tiêu chuẩn 2: ra quyết định phương pháp chăm sóc (39,2 điểm).

[5] *Điều dưỡng mới không nhất thiết cần phải đạt được mức độ "có thể làm một mình" cho tất cả các tiêu chuẩn, bởi vì mỗi tiêu chuẩn có những khó khăn khác nhau trong việc thực hiện. Do vậy, cần tập trung vào những tiêu chuẩn có điểm phần trăm trung bình thấp để cải thiện mức đạt chuẩn năng lực của điều dưỡng mới tốt nghiệp.*

VI. Bài học kinh nghiệm cho việc thu thập số liệu

Có sự phối hợp chặt chẽ giữa Dự án và Trung tâm Nghiên cứu môi trường và sức khỏe, các CSYT tham gia nghiên cứu, nên việc liên hệ và điều tra gặp thuận lợi, những vướng mắc về kỹ thuật được trao đổi và giải quyết kịp thời.

Có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên gia kỹ thuật Ông Tsuruta và Trung tâm từ giai đoạn xây dựng đề cương, bộ công cụ, trong quá trình triển khai điều tra và khi viết báo cáo, nên cuộc điều tra đã được triển khai thành công, mặc dù bị chậm so với kế hoạch do nguyên nhân khách quan trong quá trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức.

Công văn để lập danh sách đối tượng điều tra cần đưa ra định nghĩa hoặc hướng dẫn chi tiết về tiêu chuẩn chọn đối tượng đánh giá, để tránh nhầm nhẫn khi chọn đối tượng đích tại các cơ sở y tế.

Việc tổ chức lớp đào tạo 9 tháng hiện nay chỉ có tại 2 bệnh viện tại Hà Nội và chưa có tại các cơ sở y tế của 4 tỉnh dự án. Do đó, các CSYT có thể nhầm lẫn về thời gian thực hành lâm sàng 9 tháng của điều dưỡng mới tốt nghiệp.

Cần bổ sung thêm nhân lực vào nhóm nhập và xử lý số liệu, bao gồm cả việc dịch tài liệu từ tiếng Việt sang tiếng Anh cho các thông tin thảo luận nhóm, phần trả lời câu hỏi mở trong bộ phiếu tự điền.

Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe rất mong muốn được tiếp tục thực hiện điều tra giữa kỳ và cuối kỳ của dự án cho hoạt động này. Nếu được lựa chọn, đơn vị tư vấn sẽ khắc phục tốt những hạn chế, khó khăn trên.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 24/4/2012 về Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam
2. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2012) QĐ số: 20/QĐ–HĐD ngày 10/9/2012của Chủ tịch Hội ĐDVN về Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên
3. Quốc hội (2009), Luật khám bệnh, chữa bệnh Số: 40/2009/QH12.
4. Bộ Y tế. Thông tư 22/2013/TT-BYT về Hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
5. Bộ Y tế, Thông tư 41/2015/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. Bộ Y tế, Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
7. Vi Nguyệt Hồ and Phạm Đức Mục, *Hiện trạng nguồn nhân lực Điều dưỡng, những thách thức và tương lai của người Điều dưỡng Việt Nam.* Thông tin Điều dưỡng số 24 tháng 3, trang 5 – 11, 2005.
8. Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế, *Phương hướng phát triển công tác đào tạo nguồn nhân lực Điều dưỡng Việt Nam 2005 – 2010 và tầm nhìn 2020.* Thông tin Điều dưỡng số 26 tháng 10, trang 46-50., 2005.
9. Nguyễn Thị Hồng Anh, *Hiệp định khung thừa nhận lẫn nhau về dịch vụ điều dưỡng giữa các nước ASEAN.* thông tin Điều dưỡng, 2008(35): p. 14.
10. Bộ Y tế, *Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam*. 2012, Hà Nội, tháng 4 năm 2012.
11. World Health Organization. *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives Nursing & Midwifery*. 2009; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
12. Đỗ Đình Xuân, et al. *Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực giáo viên của các trường, các khoa đào tạo điều dưỡng và công tác đào tạo điều dưỡng ở nước ta*. 2004.

13. Phí Thị Nguyệt Thanh, Joy Notter, and Đỗ Đình Xuân, *Vấn đề đào tạo điều dưỡng tại 7 tỉnh -Làm thế nào để nâng cao chất lượng.* tạp chí y học thực hành, 2009(663): p. 99-102.

14. Nguyễn Trường Sơn, et al., *Đánh giá kỹ năng thực hành nghề của sinh viên đại học Điều dưỡng chính quy khóa II, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.* Y học thực hành số 818-819/2012, 2011.

15. Đỗ Đình Xuân, et al., *Đánh giá thực trạng năng lực của điều dưỡng trưởng khoa tại các bệnh viện.* 2008.

16. Mầu Tiến Mạnh and Hoàng Khánh Vân, *Khảo sát nguồn nhân lực điều dưỡng bệnh viện 103.* Y học Việt Nam tháng 12-số 2/2010, 2010.

17. Nguyễn Kim Hà and Phạm Thị Hiếu, *Đánh giá chương trình đào tạo cử nhân điều dưỡng hệ VLVH của cựu sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2010*. 2010.

18. Tran Tuan, Gray.A, and Van Thi Mai Dzung, *Evaluation of advanced paediatric life support training of doctor and nurses in Vietnam 2004-2005*. 2007: Ha Noi. p. tr. 19-20.

19. Đánh giá hiện trạng đào tạo nhân lực y tế tại việt nam, đề tài cấp bộ năm 2012, Lê Vũ Anh và cộng sự

Phụ lục

Bảng PL 1. Bảng tổng hợp địa bàn điều tra

STT.	Tỉnh	Trung ương/Tỉnh	Huyện
1.	Hà Nội	Bệnh viện Xanh Pôn	
		BV Bạch Mai	
2.	Vĩnh Phúc	BVĐK tỉnh	BV ĐKKV Phúc Yên
		Bệnh viện Sản Nhi	TTYT huyện Tam Dương
		BV Y học cổ truyền	TTYT thị xã Phúc Yên
		BV Hữu Nghị Lạc Việt	TTYT huyện Vĩnh Tường
			TTYT huyện Sông Lô
			TTYT huyện Lập Thạch
			TTYT Thành phố Vĩnh Yên
			TTYT huyện Bình Xuyên
3.	Điện Biên	BV ĐK tỉnh	TTYT huyện Mường Nhé
		BV Tâm thần tỉnh	TTYT Thành phố Điện Biên Phủ
			TTYT huyện Điện Biên
			TTYT huyện Nậm Pồ
			TTYT huyện Mường Chà
			TTYT thị xã Mường Lay
			TTYT huyện Điện Biên Đông
			TTYT huyện Tủa Chùa
			TTYT huyện Tuần Giáo
4.	Bình Định	BV ĐK tỉnh	TTYT huyện Tuy Phước
		Bệnh viện Lao và bệnh phổi	TTYT thị xã An Nhơn
		BV Y học cổ truyền	BVĐK KV Phú Phong, Tây Sơn
		BV mắt	TTYT huyện Hoài Nhơn
			BV ĐKKV Bồng Sơn
			TTYT huyện Hoài Ân
			TTYT huyện Phù Mỹ
			TTYT huyện Phù Cát
5.	Đồng Nai	BV đa khoa tỉnh	BV ĐKKV Long Thành
		BV Nhi đồng	BV ĐK cao su Đồng Nai,
		BVĐK Thống Nhất	BV ĐKKV Long Khánh,
		BVĐK Tâm Hồng Phước	BV ĐKKV Định Quán
		BV Mẹ Âu Cơ	BVĐK huyện Tân Phú
		BV quốc tế Chấn thương – Chỉnh hình Sài Gòn – Đồng Nai (ITO),	BVĐK huyện Cẩm Mỹ
		BV da liễu tỉnh	BV ĐK huyện Trảng Bom
		BV ĐK quốc tế Đồng Nai	BV ĐK huyện Nhơn Trạch

Bảng PL 2. Thông tin chung về nhóm điều dưỡng đích THEO TUYẾN

Thông tin chung	Trung ương		Tỉnh		Huyện		Tư nhân		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Tuổi (X ± SD)	24,82	2,44	23,86	1,80	24,06	2,92	23,71	1,85	24,12	2,20
Giới tính										
Nam	28	18,4	48	15,6	7	8,9	8	15,4	91	15,4
Nữ	124	81,6	259	84,4	72	91,1	44	84,6	499	84,6
Chương trình đào tạo:										
Hai năm	113	74,3	78	25,4	29	36,7	15	28,8	235	39,8
Ba năm	31	20,4	211	68,7	41	51,9	33	63,5	316	53,6
Bốn năm	8	5,3	18	5,9	9	11,4	4	7,7	39	6,6
Khác	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thời gian THLS										
9 tháng	152	100,0	298	97,1	78	98,7	52	100,0	580	98,3
Trên 9 tháng	0	0,0	9	2,9	1	1,3	0	,0	10	1,7
Tuyến CSYT mà ĐD đích thực hành lâm sàng:										
Tuyến trung ương	152	100,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	153	25,9
Tuyến tỉnh	0	0,0	306	99,7	0	0,0	0	0,0	306	51,9
Tuyến huyện	0	0,0	0	0,0	79	100,0	0	0,0	79	13,4
Tư nhân	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	100,0	52	8,8
Tuyến CSYT mà ĐD đích đang làm việc:										
Tuyến trung ương	152	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	152	25,8
Tuyến tỉnh	0	0,0	307	100,0	0	0,0	0	0,0	307	52,0
Tuyến huyện	0	0,0	0	0,0	79	100,0	0	0,0	79	13,4
Tư nhân	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	100,0	52	8,8
Cơ sở đang làm việc và THLS có là 1 không:										
Có	152	100,0	302	98,4	76	96,2	52	100,0	582	98,6
Không	0	0,0	5	1,6	3	3,8	0	0,0	8	1,4
Tổng	152	100,0	307	100,0	79	100,0	52	100,0	590	100,0

Bảng PL 3. Tỷ lệ điều dưỡng hài lòng về nội dung quá trình THLS theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội (n=170)	Vĩnh Phúc (n=58)	Điện Biên (n=40)	Bình Định (n=116)	Đồng Nai (n=204)	Tổng (n=588)
Nội dung thực hành	91,2	75,9	82,5	72,4	66,8	76,8
Thời gian thực hành	59,4	75,9	82,5	72,4	66,7	76,9
Phương pháp thực hành	80,6	36,2	52,5	39,7	51,5	50,0
Giáo trình	45,3	75,9	60,0	71,6	65,2	71,6
Vật dụng để thực hành (sách giáo khoa, TTB y tế, vật tư tiêu hao)	67,1	13,8	12,5	6,0	14,7	21,6
Chọn người hướng dẫn và năng lực của họ	41,8	46,6	30,0	36,2	45,6	49,0
Phương pháp đánh giá	36,5	39,7	42,5	47,4	32,4	39,5
Khác	0,6	34,5	32,5	28,4	18,1	28,1
Không có nội dung gì	1,8	0,0	0,0	0,0	2,0	0,9

Bảng PL 4. Tỷ lệ điều dưỡng không hài lòng về với các nội dung quá trình THLS theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội (n=171)	Vĩnh Phúc (n=58)	Điện Biên (n=40)	Bình Định (n=116)	Đồng Nai (n=205)	Tổng (n=590)
Nội dung thực hành	1,2	1,7	2,5	2,6	2,4	2,0
Thời gian thực hành	12,9	13,8	7,5	9,5	3,9	8,8
Phương pháp thực hành	1,8	5,2	10,0	3,4	5,4	4,2
Giáo trình	7,6	15,5	27,5	25,0	13,7	15,3
Vật dụng để thực hành (sách giáo khoa, TTB y tế, vật tư tiêu hao)	7,0	15,5	30,0	14,7	20,0	15,4
Chọn người hướng dẫn và năng lực của họ	4,1	10,3	2,5	1,7	8,3	5,6
Phương pháp đánh giá	7,0	15,5	2,5	3,4	6,8	6,8
Khác	0,0	1,7	2,5	0,0	0,5	0,5
Không có nội dung gì	1,2	1,7	2,5	2,6	2,4	60,7

Bảng PL 5. Chi phí trung bình cho 9 tháng thực hành

Chi phí	Hà Nội	Vĩnh Phúc	Điện Biên	Bình Định	Đồng Nai
Chi phí trung bình	4.500.000	Không phải trả	Không phải trả	Không phải trả	Không phải trả

Bảng PL 6. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của ĐD và trình độ học vấn

Năng lực \ Trình độ	2 năm		3 năm		4 năm		Tổng
	n	%	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)							
• Đạt	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5
• Không đạt	232	39,7	314	53,7	39	6,7	585
χ^2 =1.0, p>0.05							
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)							
• Đạt	5	50,0	5	50,0	0	,0	10
• Không đạt	230	39,7	311	53,6	39	6,7	580
χ^2 =1.0, p>0.05							
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)							
• Đạt	99	45,2	104	47,5	16	7,3	219
• Không đạt	136	36,7	212	57,1	23	6,2	371
χ^2 =5.2, p>0.05							
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)							
• Đạt	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
• Không đạt	234	39,8	315	53,6	39	6,6	588
χ^2 =0.2, p>0.05							

Bảng PL 7. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của ĐD và nơi thực hành lâm sàng

Nơi thực hành LS	Trung ương		Tỉnh		Huyện		Tư nhân		
Năng lực	n	%	n	%	n	%	n	%	Tổng
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)									
• Đạt	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	5
• Không đạt	150	25,6	305	52,1	78	13,3	52	8,9	585
χ^2 =1,1, p>0.05									
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)									
• Đạt	5	50,0	4	40,0	0	,0	1	10,0	10
• Không đạt	147	25,3	303	52,2	79	13,6	51	8,8	580
χ^2 =4.0, p>0.05									
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)									
• Đạt	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2
• Không đạt	151	25,7	306	52,0	79	13,4	52	8,8	588
χ^2 =0.9, p>0.05									

Bảng PL 8. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của ĐD và vật dụng cho thực hành lâm sàng

Năng lực / Vật dụng	Đầy đủ		Thiếu và hoàn toàn không có		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	4	80.0	1	20.0	χ^2 = 0.0, p>0.05
• Không đạt	468	80.0	117	20.0	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	9	90.0	1	10.0	χ^2 = 0.6, p>0.05
• Không đạt	463	79.8	117	20.2	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	180	82.2	39	17.8	χ^2 = 1.0, p>0.05
• Không đạt	292	78.7	79	21.3	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100.0	0	0.0	χ^2 = 0.5, p>0.05
• Không đạt	470	79.9	118	20.1	

Bảng PL 9. Mối liên quan giữa năng lực của ĐD và Phương pháp thực hành lâm sàng

PP thực hành LS	Giảng TH trên lớp tập trung		Trên mô hình tập trung		Vừa làm vừa hướng dẫn		Sử dụng tài liệu hướng dẫn		Sử dụng bảng kiểm đánh giá		Luân chuyển khoa		Quan sát người hướng dẫn thực hiện QS	
Năng lực	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)														
• Đạt	3	60,0	3	60,0	4	80,0	3	60.0	2	40.0	3	60.0	5	100.0
• Không đạt	256	43,8	182	31,1	490	83,8	291	49.7	270	46.2	217	37.1	391	66.8
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)														
• Đạt	5	50,0	4	40,0	6	60,0	5	50,0	4	40,0	8	80,0	6	60,0
• Không đạt	254	43,8	181	31,2	488	84,1	289	49,8	268	46,2	212	36,6	390	67,2
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)														
• Đạt	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	100,0
• Không đạt	259	44,0	185	31,5	493	83,8	293	49,8	272	46,3	219	37,2	394	67,0
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Bảng PL 10. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với người hướng dẫn thực hành lâm sàng có được đào tạo hay không (C14- Q2)

Năng lực / Người hướng dẫn lâm sàng	Được đào tạo		Chưa được đào tạo		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	4	80,0	1	20,0	χ^2 = 0.5, p>0.05
• Không đạt	377	64,4	208	35,6	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 1.3, p>0.05
• Không đạt	374	64,5	206	35,5	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	155	70.8	64	29.2	χ^2 = 5.9, p<0.05
• Không đạt	226	60.9	145	39.1	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 1.1, p>0.05
• Không đạt	379	64,5	209	35,5	

Bảng PL 11. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung (C18- Q2)

Phòng, mô hình, phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung / Năng lực	Có đầy đủ		Thiếu và chưa có		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	2	40,0	3	60,0	χ^2 = 0.5, p>0.05
• Không đạt	150	25,6	435	74,4	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	5	50,0	5	50,0	χ^2 = 3.1, p>0.05
• Không đạt	147	25,3	433	74,7	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	82	37,4	137	62,6	χ^2 = 24.8, p<0.001
• Không đạt	70	18,9	301	81,1	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0.6, p>0.05
• Không đạt	151	25.7	437	74.3	

Bảng PL 12. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với tài liệu hướng dẫn THLS (C19- Q2)

Tài liệu hướng dẫn THLS / Năng lực	Có đầy đủ		Thiếu và chưa có		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	3	60,0	2	40,0	χ^2 = 0,3, p>0,05
• Không đạt	275	47,0	310	53,0	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	5	50,0	5	50,0	χ^2 = 0,3, p>0,05
• Không đạt	273	47,1	307	52,9	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	124	56,6	95	43,4	χ^2 = 12,6, p<0,001
• Không đạt	154	41,5	217	58,5	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50,0	1	50,0	χ^2 = 0,0, p>0,05
• Không đạt	277	47,1	311	52,9	

Bảng PL 13. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với việc theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả THLS (C20- Q2)

Năng lực \ Theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả THLS	Có thực hiện định kỳ và không định kỳ		Không thực hiện		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	,0	χ^2 = 1.0, p>0.05
• Không đạt	487	83,2	98	16,8	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	8	80,0	2	20,0	χ^2 = 0.1, p>0.05
• Không đạt	484	83,4	96	16,6	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	196	89.5	23	10.5	χ^2 = 9.4, p<0.01
• Không đạt	296	79.8	75	20.2	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.4, p>0.05
• Không đạt	490	83,3	98	16,7	

Bảng PL 14. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với kế hoạch thực hiện và kiểm tra kết quả THLS (C23- Q2)

Năng lực \ Kế hoạch thực hiện và kiểm tra kết quả THLS	Có thực hiện		Không thực hiện		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	2	40,0	3	60,0	χ^2 = 4.8, p>0.05
• Không đạt	466	79,7	119	20,3	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	8	80,0	2	20,0	χ^2 = 0.0, p>0.05
• Không đạt	460	79,3	120	20,7	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	176	80.4	43	19.6	χ^2 = 0.2, p>0.05
• Không đạt	292	78.7	79	21.3	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 1.1, p>0.05
• Không đạt	467	79.4	121	20.6	

Bảng PL 15. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với việc tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn ToT (C5-Q3)

Đào tạo ToT / Năng lực	Đã từng		Chưa từng		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	4	80,0	1	20,0	χ^2 = 0.3, p>0.05
• Không đạt	407	69,6	178	30,4	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	8	80,0	2	20,0	χ^2 = 0.5, p>0.05
• Không đạt	403	69,5	177	30,5	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	167	76,3	52	23.7	χ^2 = 7.2, p<0.01
• Không đạt	244	65,8	127	34.2	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.9, p>0.05
• Không đạt	409	69,6	179	30,4	

Bảng PL 16. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với việc tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn ToT (C7-Q3)

Giáo trình đào tạo THLS / Năng lực	Có và không nhưng nội dung đào tạo được chuẩn bị và chia sẻ trong đơn vị		Không có		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.3, p>0.05
• Không đạt	549	93,8	36	6,2	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	10	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.7, p>0.05
• Không đạt	544	93,8	36	6,2	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	202	92,2	17	7,8	χ^2 = 0.7, p>0.05
• Không đạt	352	94,9	19	5,1	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.1, p>0.05
• Không đạt	552	93,9	36	6,1	

Bảng PL 17. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với tổ chức thảo luận về ca bệnh giữa giáo viên và học viên (C14-Q3)

Thảo luận về ca bệnh / Năng lực	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	0,0	χ^2 = 1,0, p>0,05
• Không đạt	488	83,4	97	16,6	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	8	80,0	2	20,0	χ^2 = 0,1, p>0,05
• Không đạt	485	83,6	95	16,4	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	196	89.5	23	10.5	χ^2 = 8,9, p<0,01
• Không đạt	297	80.1	74	19.9	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 0,4, p>0,05
• Không đạt	491	83,5	97	16,5	

Bảng PL 18. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với tổ chức thực hành ngoài giờ (C15-Q3)

Tổ chức thực hành ngoài giờ / Năng lực	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	3	60.0	2	40.0	χ^2 = 0,9, p>0,05
• Không đạt	227	38,8	358	61,2	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 4,1, p<0,05
• Không đạt	223	38,4	357	61,6	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	105	47,9	114	52,1	χ^2 = 11,8, p<0,001
• Không đạt	125	33,7	246	66,3	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50.0	1	50.0	χ^2 = 0,1, p>0,05
• Không đạt	229	38.9	359	61.1	

Bảng PL 19. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với công cụ đánh giá kết quả THLS (C18-Q3)

Công cụ đánh giá kết quả THLS / Năng lực	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	,0	χ^2 = 0,5, p>0,05
• Không đạt	529	90,4	56	9,6	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	10	100,0	0	,0	χ^2 = 1,1, p>0,05
• Không đạt	524	90,3	56	9,7	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	201	91,8	18	8,2	χ^2 = 0,7, p>0,05
• Không đạt	333	89,8	38	10,2	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	,0	χ^2 = 0,2, p>0,05
• Không đạt	532	90,5	56	9,5	

Bảng PL 20. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với đảm bảo tài liệu cần thiết cho THLS (C22-Q3)

Đảm bảo đầy đủ tài liệu cho THLS / Năng lực	Đủ		Thiếu		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	3	60,0	2	40,0	χ^2 = 0,1, p>0,05
• Không đạt	301	51,5	284	48,5	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 1,4, p>0,05
• Không đạt	297	51,2	283	48,8	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	136	62,1	83	37,9	χ^2 = 15,6, p<0,001
• Không đạt	168	45,3	203	54,7	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50,0	1	50,0	χ^2 = 0,0, p>0,05
• Không đạt	303	51,5	285	48,5	

Bảng PL 21. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với đảm bảo vật tư tiêu hao cho THLS (C23-Q3)

Đảm bảo đầy đủ vật tư tiêu hao cho THLS	Đủ		Thiếu		χ^2, p
Năng lực	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.4, p>0.05
• Không đạt	546	93,3	39	6,7	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	10	100,0	0	,0	χ^2 = 0.7, p>0.05
• Không đạt	541	93,3	39	6,7	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	211	96,3	8	3,7	χ^2 = 4.9, p<0.05
• Không đạt	340	91,6	31	8,4	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	,0	χ^2 = 0.1, p>0.05
• Không đạt	549	93,4	39	6,6	

Bảng PL 22. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS (C30-Q3)

Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS	Có		Không		χ^2, p
Năng lực	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	3	60,0	2	40,0	χ^2 = 0,1, p>0,05
• Không đạt	317	54,2	268	45,8	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 1,0, p>0,05
• Không đạt	313	54,0	267	46,0	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	132	60,3	87	39,7	χ^2 = 5,1, p<0,05
• Không đạt	188	50,7	183	49,3	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50,0	1	50,0	χ^2 = 0,2, p>0,05
• Không đạt	319	54,3	269	45,7	

Bảng PL 23. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với đào tạo người hướng dẫn ngoài bệnh viện (C8-Q4)

Đào tạo ngoài BV về hướng dẫn THLS	Có		Không		χ^2, p
Năng lực	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	4	80,0	1	20,0	χ^2 = 0.8, p>0,05
• Không đạt	354	60,5	231	39,5	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	8	80,0	2	20,0	χ^2 = 1.6, p>0,05
• Không đạt	350	60,3	230	39,7	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	147	67,1	72	32.9	χ^2 = 6.1, p<0,05
• Không đạt	211	56,9	160	43.1	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 1.3, p>0,05
• Không đạt	356	60,5	232	39,5	

Bảng PL 24. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với đào tạo người hướng dẫn nội bộ tại bệnh viện (C8-Q4)

Đào tạo tại BV về hướng dẫn THLS	Có		Không		χ^2, p
Năng lực	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	4	80,0	1	20,0	χ^2 = 1.0, p>0.05
• Không đạt	336	57,4	249	42,6	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	9	90,0	1	10,0	χ^2 = 4.4, p<0.05
• Không đạt	331	57,1	249	42,9	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	143	65.3	76	34.7	χ^2 = 8.4, p<0.01
• Không đạt	197	53.1	174	46.9	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 1.5, p>0.05
• Không đạt	338	57,5	250	42,5	

Bảng PL 25. Mối liên quan giữa năng lực của điều dưỡng với phương pháp thực hành lâm sàng (C12-Q4)

PP thực hành LS / Năng lực	Cùng làm nghiệp vụ hàng ngày (hướng dẫn tại chỗ)		Xử lý khi có thắc mắc		Hướng dẫn bằng miệng tại chỗ khi cần		Hướng dẫn sử dụng Cẩm nang		Giảng tập trung		Sử dụng mô hình	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)												
• Đạt	5	100,0	5	100,0	5	100,0	3	60,0	5	100,0	2	40,0
• Không đạt	568	97,1	482	82,4	496	84,8	332	56,8	476	81,4	224	38,3
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)												
• Đạt	10	100,0	9	90,0	9	90,0	7	70,0	9	90,0	6	60,0
• Không đạt	563	97,1	478	82,4	492	84,8	328	56,6	472	81,4	220	37,9
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)												
• Đạt	216	98,6	197	90,0	199	90,9	134	61,2	185	84,5	94	42,9
• Không đạt	357	96,2	290	78,2	302	81,4	201	54,2	296	79,8	132	35,6
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)												
• Đạt	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0
• Không đạt	571	97,1	485	82,5	499	84,9	334	56,8	479	81,5	225	38,3
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Bảng PL 26. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với việc tổ chức thảo luận về ca bệnh (C16-Q4)

Tổ chức thảo luận về ca bệnh / Năng lực	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	5	100,0	0	,0	χ^2 = 0.7, p>0,05
• Không đạt	577	98,6	8	1,4	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	10	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.1, p>0,05
• Không đạt	572	98,6	8	1,4	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	215	98,2	4	1,8	χ^2 = 0.6, p>0,05
• Không đạt	367	98,9	4	1,1	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	2	100,0	0	0,0	χ^2 = 0.3, p>0,05
• Không đạt	580	98,6	8	1,4	

Bảng PL 27. Mối liên quan giữa năng lực thực hành của điều dưỡng (Q1) với cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS (C21-Q4)

Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng THLS / Năng lực	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
Năng lực thực hành chăm sóc (15 TC)					
• Đạt	3	60,0	2	40,0	χ^2 = 0,2, p>0,05
• Không đạt	401	68,5	184	31,5	
Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp (8 TC)					
• Đạt	7	70,0	3	30,0	χ^2 = 0,0, p>0,05
• Không đạt	397	68,4	183	31,6	
Năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp (2 TC)					
• Đạt	155	70,8	64	29,2	χ^2 = 0,9, p>0,05
• Không đạt	249	67,1	122	32,9	
Năng lực cơ bản của điều dưỡng VN (25 TC)					
• Đạt	1	50,0	1	50,0	χ^2 = 0,3, p>0,05
• Không đạt	403	68,5	185	31,5	

Bảng PL 28. Tương quan giữa mức độ đạt được và tần suất thực hiện

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tiêu chuẩn 1. Tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Xác định nhu cầu về sức khỏe và tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	149	50,9	64	21,8	49	16,7	27	9,2	4	1,4	293	
		Làm được nếu có hướng dẫn	66	28,9	48	21,1	58	25,4	34	14,9	22	9,6	228	
		Hiểu như kiến thức	11	17,7	5	8,1	15	24,2	14	22,6	17	27,4	62	
		Không hiểu	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	5	71,4	7	
		TỔNG	227	38,5	118	20,0	122	20,7	75	12,7	48	8,1	590	
			χ^2=160,3, P<0.001											
	Giải thích tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	143	50,0	71	24,8	48	16,8	20	7,0	4	1,4	286	
		Làm được nếu có hướng dẫn	53	25,0	56	26,4	50	23,6	33	15,6	20	9,4	212	
		Hiểu như kiến thức	15	17,2	19	21,8	17	19,5	13	14,9	23	26,4	87	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	4	80,0	5	
		TỔNG	211	35,8	146	24,7	116	19,7	66	11,2	51	8,6	590	
			χ^2=126.5,P<0.001											
Tiêu chuẩn 2. Ra quyết định phương pháp chăm sóc	Thu thập thông tin và phân tích các vấn đề về sức khỏe, bệnh tật để xác định các vấn đề về sức khỏe và bệnh tật của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	129	52,4	53	21,5	35	14,2	23	9,3	6	2,4	246	
		Làm được nếu có hướng dẫn	51	20,1	51	20,1	68	26,8	47	18,5	37	14,6	254	
		Hiểu như kiến thức	8	9,9	9	11,1	18	22,2	20	24,7	26	32,1	81	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	11,1	7	77,8	9	
		TỔNG	188	31,9	113	19,2	122	20,7	91	15,4	76	12,9	590	
			χ^2=160.3, P<0.001											
	Ra các quyết định về chăm sóc cho người bệnh, gia đình và cộng đồng an toàn và hiệu quả	Có thể làm 1 mình	126	63,0	27	13,5	31	15,5	13	6,5	3	1,5	200	
		Làm được nếu có hướng dẫn	82	29,6	72	26,0	53	19,1	38	13,7	32	11,6	277	
		Hiểu như kiến thức	14	13,5	22	21,2	15	14,4	27	26,0	26	25,0	104	
		Không hiểu	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	7	77,8	9	
		TỔNG	222	37,6	123	20,8	99	16,8	78	13,2	68	11,5	590	
			χ^2= 159.1, P<0.001											
	Cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa, tín ngưỡng	Có thể làm 1 mình	92	57,1	26	16,1	24	14,9	13	8,1	6	3,7	161	
		Làm được nếu có hướng dẫn	31	15,0	50	24,2	47	22,7	39	18,8	40	19,3	207	
		Hiểu như	8	5,1	11	7,1	34	21,8	37	23,7	66	42,3	156	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		kiến thức												
		Không hiểu	6	9,1	2	3,0	1	1,5	6	9,1	51	77,3	66	
		TỔNG	137	23,2	89	15,1	106	18,0	95	16,1	163	27,6	590	
			χ^2=277.1, P<0.001											
	Theo dõi quan sát sự tiến triển của các can thiệp điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	219	68,9	58	18,2	23	7,2	11	3,5	7	2,2	318	
		Làm được nếu có hướng dẫn	52	28,6	47	25,8	38	20,9	31	17,0	14	7,7	182	
		Hiểu như kiến thức	13	17,6	5	6,8	12	16,2	17	23,0	27	36,5	74	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	6,3	3	18,8	12	75,0	16	
		TỔNG	284	48,1	110	18,6	74	12,5	62	10,5	60	10,2	590	
			χ^2= 269.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn 3. Phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu	Phân tích và xác định được những nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	205	59,9	77	22,5	39	11,4	17	5,0	4	1,2	342	
		Làm được nếu có hướng dẫn	47	26,0	57	31,5	33	18,2	28	15,5	16	8,8	181	
		Hiểu như kiến thức	4	6,7	9	15,0	19	31,7	12	20,0	16	26,7	60	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	5	71,4	7	
		TỔNG	256	43,4	143	24,2	91	15,4	59	10,0	41	6,9	590	
			χ^2= 195.2, P<0.001											
	Thực hiện các can thiệp chăm sóc đáp ứng nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	190	60,7	75	24,0	27	8,6	17	5,4	4	1,3	313	
		Làm được nếu có hướng dẫn	60	27,6	66	30,4	37	17,1	34	15,7	20	9,2	217	
		Hiểu như kiến thức	3	5,3	10	17,5	13	22,8	16	28,1	15	26,3	57	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	
		TỔNG	253	42,9	151	25,6	77	13,1	68	11,5	41	6,9	590	
			χ^2= 161.8, P<0.001											
Tiêu chuẩn 4. Lập quy trình, kế hoạch chăm sóc điều dưỡng	Thực hiện nhận định người bệnh toàn diện và có hệ thống	Có thể làm 1 mình	214	70,6	58	19,1	21	6,9	9	3,0	1	0,3	303	
		Làm được nếu có hướng dẫn	81	35,7	67	29,5	37	16,3	26	11,5	16	7,0	227	
		Hiểu như kiến thức	11	22,4	6	12,2	9	18,4	13	26,5	10	20,4	49	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	3	27,3	2	18,2	6	54,5	11	
		TỔNG	306	51,9	131	22,2	70	11,9	50	8,5	33	5,6	590	
			χ^2= 186.7, P<0.001											
	Tập hợp và ghi đầy đủ thông tin thích hợp vào hồ sơ điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	394	83,3	44	9,3	19	4,0	8	1,7	8	1,7	473	
		Làm được nếu có	36	41,9	23	26,7	10	11,6	5	5,8	12	14,0	86	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện											
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng		n	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	8	33,3	3	12,5	2	8,3	3	12,5	8	33,3	24	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	7	
		TỔNG	438	74,2	70	11,9	31	5,3	16	2,7	35	5,9	590	
			χ^2= 228.3, P<0.001											
	Phân tích và diễn giải các thông tin về người bệnh một cách chính xác, lập kế hoạch chăm sóc.	Có thể làm 1 mình	251	73,2	63	18,4	20	5,8	6	1,7	3	0,9	343	
		Làm được nếu có hướng dẫn	73	36,9	69	34,8	32	16,2	9	4,5	15	7,6	198	
		Hiểu như kiến thức	8	18,6	10	23,3	6	14,0	7	16,3	12	27,9	43	
		Không hiểu	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	6	
		TỔNG	333	56,4	142	24,1	58	9,8	23	3,9	34	5,8	590	
			χ^2= 188.0, P<0.001											
	Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng dựa trên nhận định người bệnh và có sự thống nhất với đồng nghiệp, người nhà người bệnh về các vấn đề ưu tiên, sự mong muốn và kết quả mong đợi cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	267	70,1	75	19,7	25	6,6	11	2,9	3	0,8	381	
		Làm được nếu có hướng dẫn	52	30,6	60	35,3	29	17,1	15	8,8	14	8,2	170	
		Hiểu như kiến thức	10	27,8	8	22,2	8	22,2	5	13,9	5	13,9	36	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	
		TỔNG	329	55,8	143	24,2	62	10,5	31	5,3	25	4,2	590	
			χ^2= 173.7, P<0.001											
	Giải thích các can thiệp điều dưỡng cho người bệnh, gia đình người bệnh và thực hiện chăm sóc điều dưỡng, bảo đảm an toàn, thoải mái, hiệu quả cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	344	74,9	80	17,4	20	4,4	10	2,2	5	1,1	459	
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	27,9	34	32,7	23	22,1	10	9,6	8	7,7	104	
		Hiểu như kiến thức	8	30,8	4	15,4	4	15,4	5	19,2	5	19,2	26	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	
		TỔNG	381	64,6	118	20,0	48	8,1	25	4,2	18	3,1	590	
			χ^2= 151.0, P<0.001											
	Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh các phương pháp tự chăm sóc một cách phù hợp	Có thể làm 1 mình	378	73,8	97	18,9	25	4,9	6	1,2	6	1,2	512	
		Làm được nếu có hướng dẫn	19	33,9	16	28,6	5	8,9	6	10,7	10	17,9	56	
		Hiểu như	5	25,0	5	25,0	5	25,0	3	15,0	2	10,0	20	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		kiến thức												
		Không hiểu	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	
		TỔNG	403	68,3	118	20,0	35	5,9	15	2,5	19	3,2	590	
			χ^2= 125.9, P<0.001											
	Đánh giá quá trình chăm sóc và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc	Có thể làm 1 mình	229	70,5	66	20,3	20	6,2	8	2,5	2	0,6	325	
		Làm được nếu có hướng dẫn	45	20,3	112	50,5	30	13,5	19	8,6	16	7,2	222	
		Hiểu như kiến thức	5	12,5	11	27,5	9	22,5	8	20,0	7	17,5	40	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	
		TỔNG	279	47,3	189	32,0	59	10,0	35	5,9	28	4,7	590	
			χ^2= 243.9, P<0.001											
	Thực hiện các công việc cần thiết để hỗ trợ người bệnh xuất viện	Có thể làm 1 mình	320	72,6	85	19,3	20	4,5	11	2,5	5	1,1	441	
		Làm được nếu có hướng dẫn	34	30,9	28	25,5	28	25,5	7	6,4	13	11,8	110	
		Hiểu như kiến thức	4	11,8	8	23,5	10	29,4	1	2,9	11	32,4	34	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	
		TỔNG	358	60,7	121	20,5	58	9,8	19	3,2	34	5,8	590	
			χ^2= 246.6, P<0.001											
	Tuyên truyền giáo dục sức khỏe	Có thể làm 1 mình	300	66,5	92	20,4	38	8,4	14	3,1	7	1,6	451	
		Làm được nếu có hướng dẫn	20	21,5	24	25,8	19	20,4	17	18,3	13	14,0	93	
		Hiểu như kiến thức	9	20,0	9	20,0	9	20,0	6	13,3	12	26,7	45	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	
		TỔNG	329	55,8	125	21,2	66	11,2	37	6,3	33	5,6	590	
			χ^2= 163.3, P<0.001											
Tiêu chuẩn 5. Tạo sự an toàn, thoải mái và riêng tư cho người bệnh	Thực hiện các biện pháp an toàn	Có thể làm 1 mình	361	79,7	62	13,7	18	4,0	7	1,5	5	1,1	453	
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	31,9	31	34,1	15	16,5	10	11,0	6	6,6	91	
		Hiểu như kiến thức	14	33,3	6	14,3	8	19,0	5	11,9	9	21,4	42	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	
		TỔNG	404	68,5	99	16,8	42	7,1	25	4,2	20	3,4	590	
			χ^2= 204.5, P<0.001											
	Tạo môi trường chăm sóc	Có thể làm 1 mình	288	79,8	48	13,3	17	4,7	6	1,7	2	,6	361	
		Làm được nếu có	53	35,3	51	34,0	27	18,0	8	5,3	11	7,3	150	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	11	17,5	13	20,6	15	23,8	9	14,3	15	23,8	63	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	6,3	3	18,8	12	75,0	16	
		TỔNG	352	59,7	112	19,0	60	10,2	26	4,4	40	6,8	590	
			χ^2= 311.6, P<0.001											
	Đảm bảo sự riêng tư cá nhân	Có thể làm 1 mình	393	75,7	77	14,8	29	5,6	10	1,9	10	1,9	519	
		Làm được nếu có hướng dẫn	13	35,1	9	24,3	5	13,5	7	18,9	3	8,1	37	
		Hiểu như kiến thức	4	12,5	11	34,4	5	15,6	5	15,6	7	21,9	32	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	50,0	0	,0	1	50,0	2	
		TỔNG	410	69,5	97	16,4	40	6,8	22	3,7	21	3,6	590	
			χ^2= 135.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn 6. Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc	Tuân thủ các bước của quy trình điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	439	87,5	41	8,2	11	2,2	8	1,6	3	,6	502	
		Làm được nếu có hướng dẫn	35	54,7	13	20,3	9	14,1	3	4,7	4	6,3	64	
		Hiểu như kiến thức	7	29,2	10	41,7	1	4,2	4	16,7	2	8,3	24	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	481	81,5	64	10,8	21	3,6	15	2,5	9	1,5	590	
			χ^2= 109.3, P<0.001											
	Thực hiện thành thạo kỹ thuật điều dưỡng trong phạm vi chuyên môn	Có thể làm 1 mình	380	87,4	33	7,6	10	2,3	10	2,3	2	,5	435	
		Làm được nếu có hướng dẫn	67	51,1	35	26,7	17	13,0	6	4,6	6	4,6	131	
		Hiểu như kiến thức	14	58,3	4	16,7	5	20,8	1	4,2	0	,0	24	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	461	78,1	72	12,2	32	5,4	17	2,9	8	1,4	590	
			χ^2= 95.8, P<0.001											
	Tuân thủ các quy định về vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn	Có thể làm 1 mình	446	89,0	28	5,6	14	2,8	10	2,0	3	,6	501	
		Làm được nếu có hướng dẫn	35	53,0	17	25,8	8	12,1	3	4,5	3	4,5	66	
		Hiểu như kiến thức	10	43,5	5	21,7	3	13,0	3	13,0	2	8,7	23	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
		TỔNG	491	83,2	50	8,5	25	4,2	16	2,7	8	1,4	590	
			χ^2=90.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn	Khai thác tiền sử dị ứng thuốc của	Có thể làm 1 mình	450	84,0	55	10,3	18	3,4	7	1,3	6	1,1	536	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
7. Dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả	người bệnh	Làm được nếu có hướng dẫn	16	47,1	9	26,5	3	8,8	1	2,9	5	14,7	34	
		Hiểu như kiến thức	6	31,6	4	21,1	3	15,8	1	5,3	5	26,3	19	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	
		TỔNG	472	80,0	68	11,5	24	4,1	9	1,5	17	2,9	590	
			χ^2=123..6, P<0.001											
	Tuân thủ quy tắc khi dùng thuốc	Có thể làm 1 mình	472	89,4	36	6,8	10	1,9	4	,8	6	1,1	528	
		Làm được nếu có hướng dẫn	27	61,4	10	22,7	3	6,8	2	4,5	2	4,5	44	
		Hiểu như kiến thức	8	44,4	1	5,6	3	16,7	1	5,6	5	27,8	18	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
		TỔNG	507	85,9	47	8,0	16	2,7	7	1,2	13	2,2	590	
			χ^2=102.6, P<0.001											
	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đúng và an toàn	Có thể làm 1 mình	471	90,2	31	5,9	10	1,9	5	1,0	5	1,0	522	
		Làm được nếu có hướng dẫn	26	50,0	11	21,2	7	13,5	3	5,8	5	9,6	52	
		Hiểu như kiến thức	7	43,8	2	12,5	2	12,5	3	18,8	2	12,5	16	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
		TỔNG	504	85,4	44	7,5	19	3,2	11	1,9	12	2,0	590	
			χ^2=108.9, P<0.001											
	Phát hiện và xử trí ban đầu các dấu hiệu của phản ứng có hại của thuốc	Có thể làm 1 mình	242	62,9	63	16,4	36	9,4	23	6,0	21	5,5	385	
		Làm được nếu có hướng dẫn	51	29,3	43	24,7	25	14,4	24	13,8	31	17,8	174	
		Hiểu như kiến thức	7	22,6	4	12,9	5	16,1	4	12,9	11	35,5	31	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
		TỔNG	300	50,8	110	18,6	66	11,2	51	8,6	63	10,7	590	
			χ^2=85.3, P<0.001											
	Nhận biết sự tương tác giữa thuốc với thuốc và thuốc với thức ăn	Có thể làm 1 mình	125	71,8	24	13,8	12	6,9	9	5,2	4	2,3	174	
		Làm được nếu có hướng dẫn	102	34,6	80	27,1	46	15,6	36	12,2	31	10,5	295	
		Hiểu như kiến thức	12	12,5	16	16,7	19	19,8	13	13,5	36	37,5	96	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	23	92,0	25	
		TỔNG	239	40,5	120	20,3	77	13,1	60	10,2	94	15,9	590	
			χ^2=253.8, P<0.001											

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Đánh giá hiệu quả của việc dùng thuốc	Có thể làm 1 mình	225	75,3	51	17,1	13	4,3	7	2,3	3	1,0	299	
		Làm được nếu có hướng dẫn	77	39,3	64	32,7	26	13,3	15	7,7	14	7,1	196	
		Hiểu như kiến thức	16	18,6	17	19,8	12	14,0	23	26,7	18	20,9	86	
		Không hiểu	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	11,1	7	77,8	9	
		TỔNG	318	53,9	133	22,5	51	8,6	46	7,8	42	7,1	590	
			χ^2=239.3, P<0.001											
	Ghi chép và công khai việc sử dụng thuốc cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	482	91,1	30	5,7	6	1,1	5	0,9	6	1,1	529	
		Làm được nếu có hướng dẫn	13	35,1	10	27,0	5	13,5	6	16,2	3	8,1	37	
		Hiểu như kiến thức	5	21,7	1	4,3	2	8,7	6	26,1	9	39,1	23	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	
		TỔNG	500	84,7	41	6,9	13	2,2	17	2,9	19	3,2	590	
			χ^2=280.4, P<0.001											
Tiêu chuẩn 8. Đảm bảo chăm sóc liên tục	Bàn giao tình trạng của người bệnh với nhóm chăm sóc kế tiếp một cách cụ thể, đầy đủ và chính xác	Có thể làm 1 mình	422	86,8	47	9,7	10	2,1	4	0,8	3	,6	486	
		Làm được nếu có hướng dẫn	37	46,3	23	28,8	8	10,0	4	5,0	8	10,0	80	
		Hiểu như kiến thức	2	9,1	4	18,2	5	22,7	2	9,1	9	40,9	22	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	
		TỔNG	461	78,1	74	12,5	23	3,9	10	1,7	22	3,7	590	
			χ^2=249.6, P<0.001											
	Phối hợp hiệu quả với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp để đảm bảo chăm sóc liên tục cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	373	82,7	48	10,6	16	3,5	12	2,7	2	,4	451	
		Làm được nếu có hướng dẫn	40	38,8	37	35,9	15	14,6	3	2,9	8	7,8	103	
		Hiểu như kiến thức	4	11,8	9	26,5	7	20,6	6	17,6	8	23,5	34	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	
		TỔNG	417	70,7	94	15,9	38	6,4	21	3,6	20	3,4	590	
			χ^2=239.0, P<0.001											
	Thiết lập các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	224	80,6	40	14,4	10	3,6	3	1,1	1	,4	278	
		Làm được nếu có hướng dẫn	68	28,3	106	44,2	32	13,3	17	7,1	17	7,1	240	
		Hiểu như kiến thức	10	17,9	6	10,7	9	16,1	8	14,3	23	41,1	56	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	16	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		TỔNG	302	51,2	152	25,8	51	8,6	28	4,7	57	9,7	590	
			χ^2=406.6, P<0.001											
Tiêu chuẩn 9. Sơ cứu và đáp ứng khi có tình huống cấp cứu	Phát hiện sớm những thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe người bệnh	Có thể làm 1 mình	314	72,4	75	17,3	22	5,1	14	3,2	9	2,1	434	
		Làm được nếu có hướng dẫn	41	35,7	41	35,7	16	13,9	10	8,7	7	6,1	115	
		Hiểu như kiến thức	10	25,0	8	20,0	5	12,5	6	15,0	11	27,5	40	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	
		TỔNG	365	61,9	124	21,0	43	7,3	30	5,1	28	4,7	590	
			χ^2=139.6, P<0.001											
	Ra quyết định xử trí sơ cứu, cấp cứu kịp thời và phù hợp	Có thể làm 1 mình	157	63,1	48	19,3	25	10,0	12	4,8	7	2,8	249	
		Làm được nếu có hướng dẫn	89	31,7	82	29,2	50	17,8	29	10,3	31	11,0	281	
		Hiểu như kiến thức	10	18,5	8	14,8	8	14,8	6	11,1	22	40,7	54	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6	
		TỔNG	256	43,4	138	23,4	83	14,1	47	8,0	66	11,2	590	
			χ^2=163.1, P<0.001											
	Phối hợp hiệu quả với các thành viên nhóm chăm sóc trong sơ cứu, cấp cứu	Có thể làm 1 mình	230	64,1	75	20,9	33	9,2	15	4,2	6	1,7	359	
		Làm được nếu có hướng dẫn	54	29,3	44	23,9	41	22,3	26	14,1	19	10,3	184	
		Hiểu như kiến thức	7	16,7	6	14,3	7	16,7	8	19,0	14	33,3	42	
		Không hiểu	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	5	
		TỔNG	292	49,5	126	21,4	81	13,7	49	8,3	42	7,1	590	
			χ^2=157.2, P<0.001											
	Thực hiện sơ cứu, cấp cứu hiệu quả cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	197	62,3	63	19,9	33	10,4	20	6,3	3	,9	316	
		Làm được nếu có hướng dẫn	64	27,2	60	25,5	53	22,6	31	13,2	27	11,5	235	
		Hiểu như kiến thức	10	27,0	6	16,2	5	13,5	6	16,2	10	27,0	37	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	
		TỔNG	271	45,9	129	21,9	91	15,4	57	9,7	42	7,1	590	
			χ^2=133.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn 10. Thiết lập được	Tạo dựng niềm tin đối với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	394	78,0	74	14,7	21	4,2	11	2,2	5	1,0	505	
		Làm được nếu có hướng dẫn	14	27,5	21	41,2	11	21,6	1	2,0	4	7,8	51	
		Hiểu như	7	21,2	6	18,2	7	21,2	5	15,2	8	24,2	33	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp		kiến thức												
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	
		TỔNG	415	70,3	101	17,1	40	6,8	17	2,9	17	2,9	590	
			χ^2=174.6, P<0.001											
	Dành thời gian cần thiết để giao tiếp với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	370	71,6	104	20,1	27	5,2	11	2,1	5	1,0	517	
		Làm được nếu có hướng dẫn	7	17,9	18	46,2	9	23,1	3	7,7	2	5,1	39	
		Hiểu như kiến thức	6	18,2	7	21,2	10	30,3	4	12,1	6	18,2	33	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	
		TỔNG	383	64,9	129	21,9	46	7,8	18	3,1	14	2,4	590	
			χ^2=171.2, P<0.001											
	Lắng nghe và đáp ứng thích hợp những băn khoăn, lo lắng của người bệnh và người nhà người bệnh	Có thể làm 1 mình	380	74,2	90	17,6	24	4,7	9	1,8	9	1,8	512	
		Làm được nếu có hướng dẫn	21	37,5	25	44,6	6	10,7	3	5,4	1	1,8	56	
		Hiểu như kiến thức	6	28,6	4	19,0	5	23,8	1	4,8	5	23,8	21	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	
		TỔNG	407	69,0	119	20,2	36	6,1	13	2,2	15	2,5	590	
			χ^2=105.6, P<0.001											
Tiêu chuẩn 11. Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh	Nhận biết tâm lý và nhu cầu của người bệnh qua những biểu hiện nét mặt và ngôn ngữ cơ thể của người bệnh	Có thể làm 1 mình	318	72,9	80	18,3	24	5,5	8	1,8	6	1,4	436	
		Làm được nếu có hướng dẫn	34	32,7	40	38,5	19	18,3	6	5,8	5	4,8	104	
		Hiểu như kiến thức	10	25,0	13	32,5	6	15,0	3	7,5	8	20,0	40	
		Không hiểu	1	10,0	2	20,0	2	20,0	0	0,0	5	50,0	10	
		TỔNG	363	61,5	135	22,9	51	8,6	17	2,9	24	4,1	590	
			χ^2=165.0, P<0.001											
	Giao tiếp hiệu quả với các cá nhân, gia đình, cộng đồng có các trở ngại về giao tiếp do bệnh tật, do những khó khăn về tâm lý	Có thể làm 1 mình	249	67,3	74	20,0	29	7,8	11	3,0	7	1,9	370	
		Làm được nếu có hướng dẫn	33	20,1	57	34,8	40	24,4	22	13,4	12	7,3	164	
		Hiểu như kiến thức	9	20,0	6	13,3	7	15,6	8	17,8	15	33,3	45	
		Không hiểu	1	9,1	0	,0	1	9,1	3	27,3	6	54,5	11	
		TỔNG	292	49,5	137	23,2	77	13,1	44	7,5	40	6,8	590	
			χ^2=230.5, P<0.001											
	Thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an	Có thể làm 1 mình	421	78,0	73	13,5	30	5,6	9	1,7	7	1,3	540	
		Làm được nếu có	9	24,3	11	29,7	11	29,7	6	16,2	0	,0	37	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	tâm điều trị	hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	3	23,1	5	38,5	2	15,4	1	7,7	2	15,4	13	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	433	73,4	89	15,1	43	7,3	16	2,7	9	1,5	590	
			χ^2=103.3, P<0.001											
	Thể hiện sự hiểu biết về văn hóa, tín ngưỡng trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và nhóm người	Có thể làm 1 mình	260	68,8	73	19,3	25	6,6	11	2,9	9	2,4	378	
		Làm được nếu có hướng dẫn	31	24,6	41	32,5	31	24,6	12	9,5	11	8,7	126	
		Hiểu như kiến thức	7	10,1	15	21,7	19	27,5	16	23,2	12	17,4	69	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	11,8	2	11,8	13	76,5	17	
		TỔNG	298	50,5	129	21,9	77	13,1	41	6,9	45	7,6	590	
			χ^2=285.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn 12. Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh	Sử dụng các phương tiện nghe nhìn sẵn có để truyền thông và hỗ trợ giao tiếp với người bệnh, người nhà và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	182	61,9	60	20,4	24	8,2	16	5,4	12	4,1	294	
		Làm được nếu có hướng dẫn	24	12,6	72	37,9	46	24,2	29	15,3	19	10,0	190	
		Hiểu như kiến thức	6	7,1	5	5,9	19	22,4	16	18,8	39	45,9	85	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	3	14,3	18	85,7	21	
		TỔNG	212	35,9	137	23,2	89	15,1	64	10,8	88	14,9	590	
			χ^2=339.6, P<0.001											
	Sử dụng các phương pháp, hình thức giao tiếp hiệu quả và thích hợp với người bệnh, người nhà người bệnh	Có thể làm 1 mình	268	69,1	83	21,4	24	6,2	5	1,3	8	2,1	388	
		Làm được nếu có hướng dẫn	25	17,2	47	32,4	44	30,3	17	11,7	12	8,3	145	
		Hiểu như kiến thức	7	14,6	7	14,6	7	14,6	6	12,5	21	43,8	48	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	11,1	8	88,9	9	
		TỔNG	300	50,8	137	23,2	75	12,7	29	4,9	49	8,3	590	
			χ^2=136.0, P<0.001											
Tiêu chuẩn 13. Cung cấp thông tin cho người	Xác định những thông tin cần cung cấp cho người bệnh và gia đình	Có thể làm 1 mình	269	65,8	101	24,7	20	4,9	10	2,4	9	2,2	409	
		Làm được nếu có hướng dẫn	41	29,9	44	32,1	31	22,6	13	9,5	8	5,8	137	
		Hiểu như kiến thức	10	23,3	11	25,6	8	18,6	9	20,9	5	11,6	43	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
bệnh, người nhà về tình trạng sức khỏe hiệu quả và phù hợp		**TỔNG**	320	54,2	156	26,4	59	10,0	32	5,4	23	3,9	590	
			χ^2=136.0, P<0.001											
	Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp những thông tin "xấu"	Có thể làm 1 mình	152	46,2	68	20,7	50	15,2	37	11,2	22	6,7	329	
		Làm được nếu có hướng dẫn	28	14,4	54	27,8	50	25,8	25	12,9	37	19,1	194	
		Hiểu như kiến thức	6	9,7	15	24,2	11	17,7	9	14,5	21	33,9	62	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	
		TỔNG	186	31,5	137	23,2	112	19,0	72	12,2	83	14,1	590	
			χ^2=104.3, P<0.001											
Tiêu chuẩn 14. Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng	Thu thập và phân tích thông tin về nhu cầu hiểu biết của cá nhân, gia đình, và cộng đồng về hướng dẫn, giáo dục sức khỏe	Có thể làm 1 mình	127	48,5	83	31,7	30	11,5	12	4,6	10	3,8	262	
		Làm được nếu có hướng dẫn	33	13,8	77	32,2	61	25,5	41	17,2	27	11,3	239	
		Hiểu như kiến thức	8	9,6	9	10,8	11	13,3	20	24,1	35	42,2	83	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	16,7	5	83,3	6	
		TỔNG	168	28,5	169	28,6	102	17,3	74	12,5	77	13,1	590	
			χ^2=216.6, P<0.001											
	Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	134	48,2	84	30,2	41	14,7	14	5,0	5	1,8	278	
		Làm được nếu có hướng dẫn	31	14,1	79	35,9	48	21,8	29	13,2	33	15,0	220	
		Hiểu như kiến thức	8	9,1	12	13,6	19	21,6	22	25,0	27	30,7	88	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	100,0	4	
		TỔNG	173	29,3	175	29,7	108	18,3	65	11,0	69	11,7	590	
			χ^2=186.2, P<0.001											
	Xây dựng kế hoạch giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa, xã hội và tín ngưỡng của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	78	48,4	51	31,7	19	11,8	8	5,0	5	3,1	161	
		Làm được nếu có hướng dẫn	28	9,2	91	29,9	83	27,3	49	16,1	53	17,4	304	
		Hiểu như kiến thức	6	5,7	13	12,4	14	13,3	30	28,6	42	40,0	105	
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	18	90,0	20	
		TỔNG	112	19,0	155	26,3	116	19,7	89	15,1	118	20,0	590	
			χ^2=257.0, P<0.001											
	Xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe phù hợp với trình độ của đối tượng	Có thể làm 1 mình	46	41,1	31	27,7	16	14,3	11	9,8	8	7,1	112	
		Làm được nếu có hướng dẫn	36	11,9	74	24,4	93	30,7	41	13,5	59	19,5	303	
		Hiểu như	5	3,3	9	5,9	19	12,5	31	20,4	88	57,9	152	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		kiến thức												
		Không hiểu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	22	95,7	23	
		TỔNG	87	14,7	114	19,3	128	21,7	84	14,2	177	30,0	590	
			χ^2=233.4, P<0.001											
	Thực hiện tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, hiệu quả	Có thể làm 1 mình	125	49,2	67	26,4	40	15,7	9	3,5	13	5,1	254	
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	11,9	61	25,1	57	23,5	52	21,4	44	18,1	243	
		Hiểu như kiến thức	5	5,6	8	9,0	15	16,9	20	22,5	41	46,1	89	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	159	26,9	136	23,1	112	19,0	82	13,9	101	17,1	590	
			χ^2=205.7, P<0.001											
	Đánh giá kết quả giáo dục sức khỏe và điều chỉnh kế hoạch giáo dục sức khỏe dựa trên mục tiêu và kết quả mong chờ	Có thể làm 1 mình	81	47,4	53	31,0	23	13,5	6	3,5	8	4,7	171	
		Làm được nếu có hướng dẫn	37	13,1	72	25,4	78	27,6	55	19,4	41	14,5	283	
		Hiểu như kiến thức	6	5,0	14	11,8	24	20,2	24	20,2	51	42,9	119	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	5,9	2	11,8	14	82,4	17	
		TỔNG	124	21,0	139	23,6	126	21,4	87	14,7	114	19,3	590	
			χ^2=223.4, P<0.001											
Tiêu chuẩn 15. Hợp tác với các thành viên nhóm chăm sóc	Duy trì tốt mối quan hệ với các thành viên trong nhóm, coi người bệnh như một cộng sự trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	351	71,2	82	16,6	35	7,1	12	2,4	13	2,6	493	
		Làm được nếu có hướng dẫn	13	22,0	17	28,8	19	32,2	9	15,3	1	1,7	59	
		Hiểu như kiến thức	5	14,7	3	8,8	11	32,4	5	14,7	10	29,4	34	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	369	62,5	102	17,3	65	11,0	27	4,6	27	4,6	590	
			χ^2=213.7, P<0.001											
	Hợp tác tốt với các thành viên trong nhóm chăm sóc để đưa ra các quyết định phù hợp nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc	Có thể làm 1 mình	316	71,5	72	16,3	37	8,4	9	2,0	8	1,8	442	
		Làm được nếu có hướng dẫn	21	18,9	37	33,3	34	30,6	11	9,9	8	7,2	111	
		Hiểu như kiến thức	7	20,0	4	11,4	11	31,4	7	20,0	6	17,1	35	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	100,0	0	,0	0	,0	2	
		TỔNG	344	58,3	113	19,2	84	14,2	27	4,6	22	3,7	590	
			χ^2=173.3, P<0.001											
	Hợp tác tốt với các thành viên nhóm chăm sóc trong việc theo	Có thể làm 1 mình	352	74,6	70	14,8	27	5,7	13	2,8	10	2,1	472	
		Làm được nếu có	19	22,6	26	31,0	25	29,8	10	11,9	4	4,8	84	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện nhiệm vụ được giao	hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	8	25,0	3	9,4	5	15,6	6	18,8	10	31,3	32	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	50,0	0	,0	1	50,0	2	
		TỔNG	379	64,2	99	16,8	58	9,8	29	4,9	25	4,2	590	
			χ^2=193.8, P<0.001											
	Tôn trọng vai trò và quan điểm của đồng nghiệp	Có thể làm 1 mình	421	78,5	77	14,4	23	4,3	11	2,1	4	,7	536	
		Làm được nếu có hướng dẫn	8	28,6	7	25,0	8	28,6	3	10,7	2	7,1	28	
		Hiểu như kiến thức	6	24,0	8	32,0	3	12,0	3	12,0	5	20,0	25	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	0	,0	1	
		TỔNG	435	73,7	92	15,6	34	5,8	18	3,1	11	1,9	590	
			χ^2=150.6, P<0.001											
	Chia sẻ thông tin một cách hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	361	74,4	77	15,9	30	6,2	11	2,3	6	1,2	485	
		Làm được nếu có hướng dẫn	18	25,0	25	34,7	14	19,4	12	16,7	3	4,2	72	
		Hiểu như kiến thức	7	21,9	6	18,8	8	25,0	5	15,6	6	18,8	32	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	386	65,4	108	18,3	52	8,8	28	4,7	16	2,7	590	
			χ^2=174.5, P<0.001											
	Thực hiện vai trò đại diện hoặc biện hộ cho người bệnh để bảo đảm các quyền, lợi ích và vì sự an toàn của người bệnh	Có thể làm 1 mình	157	63,3	50	20,2	21	8,5	10	4,0	10	4,0	248	
		Làm được nếu có hướng dẫn	38	19,3	62	31,5	37	18,8	26	13,2	34	17,3	197	
		Hiểu như kiến thức	8	6,7	16	13,3	27	22,5	23	19,2	46	38,3	120	
		Không hiểu	0	,0	1	4,0	0	,0	0	,0	24	96,0	25	
		TỔNG	203	34,4	129	21,9	85	14,4	59	10,0	114	19,3	590	
			χ^2=295.2, P<0.001											
Tiêu chuẩn 16. Quản lý, ghi chép và sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy	Thực hiện các quy chế quản lý, lưu giữ hồ sơ bệnh án theo quy định luật pháp và của Bộ Y tế	Có thể làm 1 mình	192	75,3	32	12,5	18	7,1	5	2,0	8	3,1	255	
		Làm được nếu có hướng dẫn	68	26,9	59	23,3	53	20,9	28	11,1	45	17,8	253	
		Hiểu như kiến thức	5	7,1	9	12,9	9	12,9	11	15,7	36	51,4	70	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	12	100,0	12	
		TỔNG	265	44,9	100	16,9	80	13,6	44	7,5	101	17,1	590	
			χ^2=277.4, P<0.001											
	Bảo mật thông tin trong hồ sơ	Có thể làm 1 mình	380	79,0	41	8,5	27	5,6	16	3,3	17	3,5	481	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
định	bệnh án và Phiếu chăm sóc của người bệnh.	Làm được nếu có hướng dẫn	19	25,0	16	21,1	16	21,1	12	15,8	13	17,1	76	
		Hiểu như kiến thức	6	20,0	4	13,3	4	13,3	6	20,0	10	33,3	30	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	33,3	2	66,7	3	
		TỔNG	405	68,6	61	10,3	47	8,0	35	5,9	42	7,1	590	
			χ^2=167.5, P<0.001											
	Ghi chép hồ sơ điều dưỡng bảo đảm tính khách quan, chính xác,đầy đủ và kịp thời	Có thể làm 1 mình	404	84,5	43	9,0	14	2,9	9	1,9	8	1,7	478	
		Làm được nếu có hướng dẫn	38	42,7	23	25,8	13	14,6	4	4,5	11	12,4	89	
		Hiểu như kiến thức	6	27,3	4	18,2	3	13,6	1	4,5	8	36,4	22	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	448	75,9	70	11,9	30	5,1	14	2,4	28	4,7	590	
			χ^2=156.0, P<0.001											
	Sử dụng các dữ liệu thu thập được về tình trạng sức khỏe người bệnh làm cơ sở để xây dựng chính sách và tạo thuận lợi cho việc chăm sóc người bệnh.	Có thể làm 1 mình	224	76,5	43	14,7	15	5,1	9	3,1	2	,7	293	
		Làm được nếu có hướng dẫn	39	18,7	85	40,7	31	14,8	23	11,0	31	14,8	209	
		Hiểu như kiến thức	5	6,5	11	14,3	17	22,1	16	20,8	28	36,4	77	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	18,2	0	,0	9	81,8	11	
		TỔNG	268	45,4	139	23,6	65	11,0	48	8,1	70	11,9	590	
			χ^2=332.1, P<0.001											
Tiêu chuẩn 17. Quản lý công tác chăm sóc người bệnh	Quản lý công việc, thời gian của cá nhân hiệu quả và khoa học	Có thể làm 1 mình	314	76,6	61	14,9	17	4,1	13	3,2	5	1,2	410	
		Làm được nếu có hướng dẫn	35	31,3	34	30,4	23	20,5	8	7,1	12	10,7	112	
		Hiểu như kiến thức	7	12,3	13	22,8	13	22,8	7	12,3	17	29,8	57	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	9,1	10	90,9	11	
		TỔNG	356	60,3	108	18,3	53	9,0	29	4,9	44	7,5	590	
			χ^2=291.0, P<0.001											
	Xác định các công việc hoặc nhiệm vụ cần hoàn thành theo thứ tự ưu tiên	Có thể làm 1 mình	344	81,3	49	11,6	18	4,3	7	1,7	5	1,2	423	
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	23,6	47	38,2	25	20,3	11	8,9	11	8,9	123	
		Hiểu như kiến thức	9	20,9	11	25,6	5	11,6	9	20,9	9	20,9	43	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	382	64,7	107	18,1	48	8,1	27	4,6	26	4,4	590	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
			χ^2=234.7, P<0.001										
	Tổ chức, điều phối, phân công và ủy quyền nhiệm vụ cho các thành viên của nhóm chăm sóc một cách khoa học, hợp lý và hiệu quả	Có thể làm 1 mình	143	76,5	28	15,0	9	4,8	4	2,1	3	1,6	187
		Làm được nếu có hướng dẫn	61	23,4	91	34,9	40	15,3	33	12,6	36	13,8	261
		Hiểu như kiến thức	14	12,2	20	17,4	15	13,0	17	14,8	49	42,6	115
		Không hiểu	0	,0	1	3,7	3	11,1	4	14,8	19	70,4	27
		TỔNG	218	36,9	140	23,7	67	11,4	58	9,8	107	18,1	590
			χ^2=284.7, P<0.001										
	Thể hiện sự hiểu biết về mối quan hệ giữa quản lý và sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để đảm bảo chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	120	67,0	35	19,6	17	9,5	5	2,8	2	1,1	179
		Làm được nếu có hướng dẫn	52	22,9	78	34,4	44	19,4	24	10,6	29	12,8	227
		Hiểu như kiến thức	10	7,2	22	15,9	23	16,7	22	15,9	61	44,2	138
		Không hiểu	0	,0	1	2,2	1	2,2	2	4,3	42	91,3	46
		TỔNG	182	30,8	136	23,1	85	14,4	53	9,0	134	22,7	590
			χ^2=344.0, P<0.001										
	Sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý và chăm sóc người bệnh cũng như cập nhật kiến thức chuyên môn	Có thể làm 1 mình	248	76,1	45	13,8	21	6,4	8	2,5	4	1,2	326
		Làm được nếu có hướng dẫn	60	30,6	56	28,6	40	20,4	19	9,7	21	10,7	196
		Hiểu như kiến thức	3	5,1	14	23,7	8	13,6	10	16,9	24	40,7	59
		Không hiểu	0	,0	1	11,1	0	,0	2	22,2	6	66,7	9
		TỔNG	311	52,7	116	19,7	69	11,7	39	6,6	55	9,3	590
			χ^2=259.6, P<0.001										
Tiêu chuẩn 18. Quản lý, vận hành và sử dụng các trang thiết bị y tế có hiệu quả	Thiết lập các cơ chế quản lý, phát huy tối đa chức năng hoạt động của các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho chăm sóc và điều trị	Có thể làm 1 mình	95	68,3	25	18,0	5	3,6	8	5,8	6	4,3	139
		Làm được nếu có hướng dẫn	63	22,2	89	31,3	59	20,8	26	9,2	47	16,5	284
		Hiểu như kiến thức	6	4,8	16	12,8	19	15,2	25	20,0	59	47,2	125
		Không hiểu	1	2,4	1	2,4	2	4,8	3	7,1	35	83,3	42
		TỔNG	165	28,0	131	22,2	85	14,4	62	10,5	147	24,9	590
			χ^2=293.2, P<0.001										
	Lập và thực hiện kế hoạch bảo trì phương tiện, trang thiết bị do mình phụ trách	Có thể làm 1 mình	128	56,9	52	23,1	27	12,0	14	6,2	4	1,8	225
		Làm được nếu có hướng dẫn	42	17,4	65	27,0	66	27,4	32	13,3	36	14,9	241
		Hiểu như kiến thức	2	2,1	14	14,6	17	17,7	20	20,8	43	44,8	96

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	3	10,7	25	89,3	28	
		TỔNG	172	29,2	131	22,2	110	18,6	69	11,7	108	18,3	590	
			χ^2=296.8, P<0.001											
	Vận hành các trang thiết bị, phương tiện sử dụng trong chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả và phòng tránh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế	Có thể làm 1 mình	202	70,6	45	15,7	20	7,0	10	3,5	9	3,1	286	
		Làm được nếu có hướng dẫn	57	23,2	74	30,1	51	20,7	35	14,2	29	11,8	246	
		Hiểu như kiến thức	5	10,9	11	23,9	8	17,4	9	19,6	13	28,3	46	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	2	16,7	10	83,3	12	
		TỔNG	264	44,7	130	22,0	79	13,4	56	9,5	61	10,3	590	
			χ^2=234.6, P<0.001											
Tiêu chuẩn 19. Sử dụng nguồn tài chính thích hợp để chăm sóc người bệnh hiệu quả	Nhận biết được hiệu quả kinh tế khi sử dụng các nguồn lực sẵn có tại nơi làm việc để sử dụng thích hợp, hiệu quả	Có thể làm 1 mình	123	68,3	29	16,1	11	6,1	9	5,0	8	4,4	180	
		Làm được nếu có hướng dẫn	32	14,0	79	34,6	55	24,1	29	12,7	33	14,5	228	
		Hiểu như kiến thức	5	4,2	12	10,0	18	15,0	33	27,5	52	43,3	120	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	5	8,1	3	4,8	54	87,1	62	
		TỔNG	160	27,1	120	20,3	89	15,1	74	12,5	147	24,9	590	
			χ^2=420.0, P<0.001											
	Xây dựng và thực hiện kế hoạch sử dụng các nguồn lực trong chăm sóc người bệnh thuộc phạm vi phân công hiệu quả	Có thể làm 1 mình	107	68,2	28	17,8	15	9,6	3	1,9	4	2,5	157	
		Làm được nếu có hướng dẫn	36	14,7	97	39,6	54	22,0	26	10,6	32	13,1	245	
		Hiểu như kiến thức	5	3,8	16	12,1	14	10,6	32	24,2	65	49,2	132	
		Không hiểu	0	,0	1	1,8	2	3,6	5	8,9	48	85,7	56	
		TỔNG	148	25,1	142	24,1	85	14,4	66	11,2	149	25,3	590	
			χ^2=419.4, P<0.001											
Tiêu chuẩn 20. Thiết lập môi trường làm việc an toàn và hiệu quả	Tuân thủ các tiêu chuẩn và quy tắc về an toàn lao động	Có thể làm 1 mình	356	78,2	64	14,1	17	3,7	9	2,0	9	2,0	455	
		Làm được nếu có hướng dẫn	22	23,4	24	25,5	22	23,4	17	18,1	9	9,6	94	
		Hiểu như kiến thức	8	20,5	5	12,8	10	25,6	8	20,5	8	20,5	39	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	2	100,0	2	
		TỔNG	386	65,4	93	15,8	49	8,3	34	5,8	28	4,7	590	
			χ^2=230.2, P<0.001											
	Tuân thủ các chính sách, quy trình về phòng ngừa cách ly và	Có thể làm 1 mình	329	77,2	60	14,1	24	5,6	8	1,9	5	1,2	426	
		Làm được nếu có	18	15,0	50	41,7	24	20,0	14	11,7	14	11,7	120	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	kiểm soát nhiễm khuẩn	hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	9	22,5	2	5,0	14	35,0	7	17,5	8	20,0	40	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	356	60,3	112	19,0	62	10,5	30	5,1	30	5,1	590	
			χ^2=272.0, P<0.001											
	Tuân thủ các quy định về kiểm soát môi trường chăm sóc (tiếng ồn, không khí, nguồn nước…)	Có thể làm 1 mình	298	76,2	56	14,3	22	5,6	11	2,8	4	1,0	391	
		Làm được nếu có hướng dẫn	25	19,7	43	33,9	23	18,1	20	15,7	16	12,6	127	
		Hiểu như kiến thức	4	6,2	6	9,2	11	16,9	20	30,8	24	36,9	65	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	7	100,0	7	
		TỔNG	327	55,4	105	17,8	56	9,5	51	8,6	51	8,6	590	
			χ^2=354.1, P<0.001											
	Tuân thủ quy định về quản lý, xử lý chất thải	Có thể làm 1 mình	381	81,6	49	10,5	21	4,5	11	2,4	5	1,1	467	
		Làm được nếu có hướng dẫn	33	35,1	33	35,1	15	16,0	6	6,4	7	7,4	94	
		Hiểu như kiến thức	6	21,4	3	10,7	9	32,1	5	17,9	5	17,9	28	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	420	71,2	85	14,4	45	7,6	22	3,7	18	3,1	590	
			χ^2=186.8, P<0,001											
	Tuân thủ các bước về an toàn phòng cháy chữa cháy, động đất hoặc các trường hợp khẩn cấp khác	Có thể làm 1 mình	221	68,6	38	11,8	21	6,5	17	5,3	25	7,8	322	
		Làm được nếu có hướng dẫn	20	11,8	43	25,4	37	21,9	30	17,8	39	23,1	169	
		Hiểu như kiến thức	8	9,4	5	5,9	14	16,5	19	22,4	39	45,9	85	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	14	100,0	14	
		TỔNG	249	42,2	86	14,6	72	12,2	66	11,2	117	19,8	590	
			χ^2=290.7, P<0,001											
	Thể hiện sự hiểu biết về những khía cạnh có liên quan đến sức khỏe nghề nghiệp và luật pháp về an toàn lao động	Có thể làm 1 mình	162	68,6	42	17,8	17	7,2	8	3,4	7	3,0	236	
		Làm được nếu có hướng dẫn	28	13,3	49	23,3	53	25,2	50	23,8	30	14,3	210	
		Hiểu như kiến thức	10	8,7	9	7,8	18	15,7	20	17,4	58	50,4	115	
		Không hiểu	1	3,4	0	,0	1	3,4	3	10,3	24	82,8	29	
		TỔNG	201	34,1	100	16,9	89	15,1	81	13,7	119	20,2	590	
			χ^2=363.5, P<0,001											
Tiêu chuẩn	Nhận thức được sự cần thiết về	Có thể làm 1 mình	69	43,1	39	24,4	24	15,0	18	11,3	10	6,3	160	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
21. Cải tiến chất lượng chăm sóc và quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc	các hoạt động bảo đảm chất lượng, cải tiến chất lượng thông qua sự nghiên cứu, phản hồi và đánh giá thực hành thường xuyên	Làm được nếu có hướng dẫn	21	9,3	60	26,5	59	26,1	41	18,1	45	19,9	226	
		Hiểu như kiến thức	3	2,1	17	11,9	20	14,0	33	23,1	70	49,0	143	
		Không hiểu	1	1,6	1	1,6	0	,0	4	6,6	55	90,2	61	
		TỔNG	94	15,9	117	19,8	103	17,5	96	16,3	180	30,5	590	
			χ^2=285.8, P<0,001											
	Phát hiện, báo cáo và đưa ra các hành động khắc phục phù hợp các nguy cơ trong môi trường chăm sóc người bệnh	Có thể làm 1 mình	94	47,5	51	25,8	23	11,6	16	8,1	14	7,1	198	
		Làm được nếu có hướng dẫn	27	11,5	50	21,4	61	26,1	47	20,1	49	20,9	234	
		Hiểu như kiến thức	5	3,8	14	10,5	16	12,0	38	28,6	60	45,1	133	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	8,0	1	4,0	22	88,0	25	
		TỔNG	126	21,4	115	19,5	102	17,3	102	17,3	145	24,6	590	
			χ^2=243.5, P<0,001											
	Nhận phản hồi từ người bệnh, gia đình và các đối tượng liên quan để cải tiến chất lượng các hoạt động chăm sóc	Có thể làm 1 mình	211	59,6	62	17,5	40	11,3	29	8,2	12	3,4	354	
		Làm được nếu có hướng dẫn	21	14,1	38	25,5	37	24,8	35	23,5	18	12,1	149	
		Hiểu như kiến thức	3	3,8	8	10,0	14	17,5	24	30,0	31	38,8	80	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	7	100,0	7	
		TỔNG	235	39,8	108	18,3	91	15,4	88	14,9	68	11,5	590	
			χ^2= 261.5, P<0,001											
	Áp dụng các phương pháp cải tiến chất lượng phù hợp	Có thể làm 1 mình	115	60,5	35	18,4	16	8,4	15	7,9	9	4,7	190	
		Làm được nếu có hướng dẫn	31	11,3	79	28,7	74	26,9	54	19,6	37	13,5	275	
		Hiểu như kiến thức	5	5,0	14	13,9	18	17,8	22	21,8	42	41,6	101	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	3	12,5	21	87,5	24	
		TỔNG	151	25,6	128	21,7	108	18,3	94	15,9	109	18,5	590	
			χ^2 = 303.2, P<0,001											
	Tham gia các hoạt động cải tiến chất lượng tại cơ sở	Có thể làm 1 mình	102	47,7	34	15,9	36	16,8	34	15,9	8	3,7	214	
		Làm được nếu có hướng dẫn	21	8,6	53	21,6	62	25,3	58	23,7	51	20,8	245	
		Hiểu như kiến thức	4	3,8	11	10,4	14	13,2	34	32,1	43	40,6	106	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	2	8,0	23	92,0	25	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		TỔNG	127	21,5	98	16,6	112	19,0	128	21,7	125	21,2	590	
			χ^2 = 250.6, P<0,001											
	Chia sẻ các thông tin liên quan đến tình trạng người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	282	67,6	74	17,7	41	9,8	13	3,1	7	1,7	417	
		Làm được nếu có hướng dẫn	18	16,5	27	24,8	29	26,6	20	18,3	15	13,8	109	
		Hiểu như kiến thức	6	10,2	10	16,9	10	16,9	14	23,7	19	32,2	59	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	5	100,0	5	
		TỔNG	306	51,9	111	18,8	80	13,6	47	8,0	46	7,8	590	
			χ^2 = 261.5, P<0,001											
	Bình phiếu chăm sóc để cải tiến và khắc phục những tồn tại về chuyên môn và thủ tục hành chính	Có thể làm 1 mình	96	43,2	53	23,9	49	22,1	15	6,8	9	4,1	222	
		Làm được nếu có hướng dẫn	25	10,2	55	22,4	89	36,3	40	16,3	36	14,7	245	
		Hiểu như kiến thức	5	4,7	7	6,6	21	19,8	24	22,6	49	46,2	106	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	11,8	4	23,5	11	64,7	17	
		TỔNG	126	21,4	115	19,5	161	27,3	83	14,1	105	17,8	590	
			χ^2 = 220.3, P<0,001											
	Đưa ra những đề xuất phù hợp về các biện pháp chăm sóc và phòng ngừa bệnh	Có thể làm 1 mình	129	50,6	64	25,1	38	14,9	17	6,7	7	2,7	255	
		Làm được nếu có hướng dẫn	33	14,2	69	29,7	66	28,4	33	14,2	31	13,4	232	
		Hiểu như kiến thức	6	6,4	16	17,0	17	18,1	22	23,4	33	35,1	94	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	2	22,2	7	77,8	9	
		TỔNG	168	28,5	149	25,3	121	20,5	74	12,5	78	13,2	590	
			χ^2 = 199.4, P<0,001											
	Sử dụng bằng chứng áp dụng vào thực hành chăm sóc để tăng cường sự an toàn trong chăm sóc người bệnh	Có thể làm 1 mình	111	55,0	59	29,2	20	9,9	6	3,0	6	3,0	202	
		Làm được nếu có hướng dẫn	35	15,4	63	27,8	63	27,8	31	13,7	35	15,4	227	
		Hiểu như kiến thức	3	2,4	17	13,6	32	25,6	18	14,4	55	44,0	125	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	4	11,1	32	88,9	36	
		TỔNG	149	25,3	139	23,6	115	19,5	59	10,0	128	21,7	590	
			χ^2 = 315.1, P<0,001											
Tiêu chuẩn 22. Nghiên cứu khoa	Xác định và lựa chọn các lĩnh vực và vấn đề nghiên cứu phù hợp,cần thiết và khả thi	Có thể làm 1 mình	38	50,7	20	26,7	7	9,3	3	4,0	7	9,3	75	
		Làm được nếu có hướng dẫn	25	10,0	49	19,5	63	25,1	44	17,5	70	27,9	251	
		Hiểu như	1	,6	6	3,6	28	16,7	40	23,8	93	55,4	168	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện											
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng		n	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
học và thực hành dựa vào bằng chứng		kiến thức												
		Không hiểu	1	1,0	3	3,1	3	3,1	5	5,2	84	87,5	96	
		TỔNG	65	11,0	78	13,2	101	17,1	92	15,6	254	43,1	590	
			χ^2 = 296.7, P<0,001											
	Áp dụng các phương pháp phù hợp để tiến hành nghiên cứu những vấn đề đã lựa chọn	Có thể làm 1 mình	31	42,5	19	26,0	15	20,5	4	5,5	4	5,5	73	
		Làm được nếu có hướng dẫn	23	9,0	52	20,4	61	23,9	48	18,8	71	27,8	255	
		Hiểu như kiến thức	3	1,8	6	3,6	23	13,7	32	19,0	104	61,9	168	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	3	3,2	6	6,4	85	90,4	94	
		TỔNG	57	9,7	77	13,1	102	17,3	90	15,3	264	44,7	590	
			χ^2 = 273.5, P<0,001											
	Sử dụng phương pháp thống kê thích hợp để phân tích và diễn giải dữ liệu thu thập được	Có thể làm 1 mình	23	33,8	16	23,5	12	17,6	9	13,2	8	11,8	68	
		Làm được nếu có hướng dẫn	16	6,1	60	23,0	58	22,2	51	19,5	76	29,1	261	
		Hiểu như kiến thức	1	,6	9	5,5	22	13,4	33	20,1	99	60,4	164	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	6	6,2	5	5,2	86	88,7	97	
		TỔNG	40	6,8	85	14,4	98	16,6	98	16,6	269	45,6	590	
			χ^2 = 232.6, P<0,001											
	Đề xuất các giải pháp thích hợp dựa trên kết quả nghiên cứu	Có thể làm 1 mình	33	45,2	12	16,4	13	17,8	8	11,0	7	9,6	73	
		Làm được nếu có hướng dẫn	15	6,5	46	19,8	54	23,3	44	19,0	73	31,5	232	
		Hiểu như kiến thức	1	,5	10	5,3	24	12,7	43	22,8	111	58,7	189	
		Không hiểu	2	2,1	1	1,0	2	2,1	4	4,2	87	90,6	96	
		TỔNG	51	8,6	69	11,7	93	15,8	99	16,8	278	47,1	590	
			χ^2 = 277.9, P<0,001											
	Trình bày, chia sẻ kết quả nghiên cứu với đồng nghiệp, người bệnh và những người có liên quan	Có thể làm 1 mình	63	39,6	36	22,6	25	15,7	20	12,6	15	9,4	159	
		Làm được nếu có hướng dẫn	14	7,5	34	18,3	40	21,5	32	17,2	66	35,5	186	
		Hiểu như kiến thức	1	,6	8	4,6	25	14,4	34	19,5	106	60,9	174	
		Không hiểu	2	2,8	0	,0	2	2,8	2	2,8	65	91,5	71	
		TỔNG	80	13,6	78	13,2	92	15,6	88	14,9	252	42,7	590	
			χ^2 = 264.9, P<0,001											
	Ứng dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào thực hành điều dưỡng.	Có thể làm 1 mình	40	50,0	15	18,8	8	10,0	10	12,5	7	8,8	80	
		Làm được nếu có	28	11,2	53	21,2	57	22,8	48	19,2	64	25,6	250	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Sử dụng các bằng chứng từ nghiên cứu khoa học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	2	1,1	9	4,9	21	11,5	43	23,5	108	59,0	183	
		Không hiểu	2	2,6	0	,0	1	1,3	6	7,8	68	88,3	77	
		TỔNG	72	12,2	77	13,1	87	14,7	107	18,1	247	41,9	590	
			χ^2 = 273.5, P<0,001											
Tiêu chuẩn 23. Duy trì và phát triển năng lực cho bản thân và đồng nghiệp	Xác định rõ mục tiêu, nguyện vọng phát triển nghề nghiệp, nhu cầu học tập, điểm mạnh, điểm yếu của bản thân	Có thể làm 1 mình	180	46,6	76	19,7	55	14,2	54	14,0	21	5,4	386	
		Làm được nếu có hướng dẫn	5	4,0	34	27,4	30	24,2	29	23,4	26	21,0	124	
		Hiểu như kiến thức	3	4,2	9	12,7	12	16,9	17	23,9	30	42,3	71	
		Không hiểu	1	11,1	0	,0	0	,0	0	,0	8	88,9	9	
		TỔNG	189	32,0	119	20,2	97	16,4	100	16,9	85	14,4	590	
			χ^2 = 195.3, P<0,001											
	Học tập liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng và ứng dụng kiến thức đã học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	235	56,5	69	16,6	52	12,5	42	10,1	18	4,3	416	
		Làm được nếu có hướng dẫn	14	11,4	30	24,4	31	25,2	36	29,3	12	9,8	123	
		Hiểu như kiến thức	3	6,8	8	18,2	8	18,2	10	22,7	15	34,1	44	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	
		TỔNG	252	42,7	107	18,1	92	15,6	90	15,3	49	8,3	590	
			χ^2 = 166.6, P<0,001											
	Tham gia vào các hoạt động của tổ chức nghề nghiệp	Có thể làm 1 mình	161	42,8	70	18,6	63	16,8	60	16,0	22	5,9	376	
		Làm được nếu có hướng dẫn	9	6,6	29	21,3	36	26,5	34	25,0	28	20,6	136	
		Hiểu như kiến thức	3	4,8	5	8,1	12	19,4	15	24,2	27	43,5	62	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	3	18,8	13	81,3	16	
		TỔNG	173	29,3	104	17,6	111	18,8	112	19,0	90	15,3	590	
			χ^2 = 187.9, P<0,001											
	Quảng bá hình ảnh của người điều dưỡng, thể hiện tác phong và tư cách tốt, trang phục phù hợp, lời nói thuyết phục và cách cư xử đúng mực	Có thể làm 1 mình	196	58,2	49	14,5	42	12,5	33	9,8	17	5,0	337	
		Làm được nếu có hướng dẫn	17	10,6	33	20,6	41	25,6	34	21,3	35	21,9	160	
		Hiểu như kiến thức	4	4,9	7	8,5	14	17,1	23	28,0	34	41,5	82	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	9,1	10	90,9	11	
		TỔNG	217	36,8	89	15,1	97	16,4	91	15,4	96	16,3	590	
			χ^2 = 237.0, P<0,001											

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Thể hiện thái độ tích cực với những đổi mới và những quan điểm trái chiều, thể hiện sự lắng nghe các kiến nghị và đề xuất, thử nghiệm những phương pháp mới và thích nghi với những thay đổi	Có thể làm 1 mình	198	57,9	58	17,0	39	11,4	28	8,2	19	5,6	342	
		Làm được nếu có hướng dẫn	8	5,3	37	24,7	38	25,3	31	20,7	36	24,0	150	
		Hiểu như kiến thức	3	3,7	3	3,7	13	16,0	24	29,6	38	46,9	81	
		Không hiểu	0	,0	1	5,9	1	5,9	1	5,9	14	82,4	17	
		TỔNG	209	35,4	99	16,8	91	15,4	84	14,2	107	18,1	590	
			χ^2 = 281.0, P<0,001											
	Thực hiện chăm sóc theo các tiêu chuẩn thực hành điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	284	69,4	63	15,4	35	8,6	16	3,9	11	2,7	409	
		Làm được nếu có hướng dẫn	18	12,9	42	30,0	38	27,1	23	16,4	19	13,6	140	
		Hiểu như kiến thức	6	16,2	4	10,8	7	18,9	9	24,3	11	29,7	37	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	308	52,2	109	18,5	80	13,6	49	8,3	44	7,5	590	
			χ^2 = 220.0, P<0,001											
	Đóng góp vào việc đào tạo nâng cao trình độ và phát triển nghề nghiệp cho đồng nghiệp	Có thể làm 1 mình	123	52,1	43	18,2	33	14,0	17	7,2	20	8,5	236	
		Làm được nếu có hướng dẫn	22	11,6	52	27,4	50	26,3	43	22,6	23	12,1	190	
		Hiểu như kiến thức	6	4,2	6	4,2	22	15,4	41	28,7	68	47,6	143	
		Không hiểu	0	,0	1	4,8	2	9,5	3	14,3	15	71,4	21	
		TỔNG	151	25,6	102	17,3	107	18,1	104	17,6	126	21,4	590	
			χ^2 = 272.3, P<0,001											
	Đóng góp vào việc nâng cao vai trò, vị thế của người điều dưỡng, ngành điều dưỡng trong ngành y tế và trong xã hội	Có thể làm 1 mình	117	51,1	37	16,2	35	15,3	13	5,7	27	11,8	229	
		Làm được nếu có hướng dẫn	26	12,3	46	21,8	55	26,1	44	20,9	40	19,0	211	
		Hiểu như kiến thức	6	4,8	8	6,5	18	14,5	34	27,4	58	46,8	124	
		Không hiểu	0	,0	1	3,8	2	7,7	1	3,8	22	84,6	26	
		TỔNG	149	25,3	92	15,6	110	18,6	92	15,6	147	24,9	590	
			χ^2 = 237.6, P<0,001											
Tiêu chuẩn 24.	Hành nghề theo quy định của pháp luật liên	Có thể làm 1 mình	289	76,7	44	11,7	23	6,1	13	3,4	8	2,1	377	
		Làm được	37	25,9	31	21,7	24	16,8	25	17,5	26	18,2	143	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hành nghề theo quy định của pháp luật	quan đến y tế, quy định của Bộ Y tế và thực hành điều dưỡng	nếu có hướng dẫn												
		Hiểu như kiến thức	16	26,2	5	8,2	8	13,1	8	13,1	24	39,3	61	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	9	100,0	9	
		TỔNG	342	58,0	80	13,6	55	9,3	46	7,8	67	11,4	590	
			χ^2 = 256.7, P<0,001											
	Tuân thủ các quy định của cơ sở nơi làm việc.	Có thể làm 1 mình	438	85,4	37	7,2	15	2,9	17	3,3	6	1,2	513	
		Làm được nếu có hướng dẫn	18	32,1	17	30,4	11	19,6	6	10,7	4	7,1	56	
		Hiểu như kiến thức	7	33,3	2	9,5	5	23,8	3	14,3	4	19,0	21	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	463	78,5	56	9,5	31	5,3	26	4,4	14	2,4	590	
			χ^2 = 137.7, P<0,001											
	Thực hiện tốt quy tắc ứng xử của đơn vị/tổ chức và luật định.	Có thể làm 1 mình	441	84,8	43	8,3	18	3,5	12	2,3	6	1,2	520	
		Làm được nếu có hướng dẫn	12	23,1	11	21,2	18	34,6	8	15,4	3	5,8	52	
		Hiểu như kiến thức	5	33,3	2	13,3	0	,0	4	26,7	4	26,7	15	
		Không hiểu	0	,0	2	66,7	0	,0	0	,0	1	33,3	3	
		TỔNG	458	77,6	58	9,8	36	6,1	24	4,1	14	2,4	590	
			χ^2 = 218.4, P<0,001											
	Ghi chép và bảo quản hồ sơ chăm sóc và tài liệu liên quan đến người bệnh, các vấn đề sức khỏe của người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành chăm sóc	Có thể làm 1 mình	370	82,4	39	8,7	22	4,9	12	2,7	6	1,3	449	
		Làm được nếu có hướng dẫn	37	33,3	32	28,8	22	19,8	12	10,8	8	7,2	111	
		Hiểu như kiến thức	4	13,8	4	13,8	4	13,8	8	27,6	9	31,0	29	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	411	69,7	75	12,7	48	8,1	32	5,4	24	4,1	590	
			χ^2 = 223.3, P<0,001											
Tiêu chuẩn 25. Hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức	Chịu trách nhiệm cá nhân khi đưa ra các quyết định và can thiệp chăm sóc.	Có thể làm 1 mình	327	73,0	52	11,6	27	6,0	24	5,4	18	4,0	448	
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	29,6	31	31,6	20	20,4	10	10,2	8	8,2	98	
		Hiểu như kiến thức	9	23,1	5	12,8	9	23,1	3	7,7	13	33,3	39	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	1	20,0	4	80,0	5	
		TỔNG	365	61,9	88	14,9	56	9,5	38	6,4	43	7,3	590	
			χ^2 = 170.3, P<0,001											

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Tần suất thực hiện										n	
			1 lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày		1-4 lần mỗi tuần		1-3 lần mỗi tháng		1-5 lần mỗi 6 tháng		Chưa bao giờ hoặc ít hơn 1 lần mỗi 6 tháng			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
nghề nghiệp	Tuân thủ Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của quốc gia và quốc tế trong thực hành điều dưỡng.	Có thể làm 1 mình	366	80,3	46	10,1	18	3,9	16	3,5	10	2,2	456	
		Làm được nếu có hướng dẫn	18	23,4	23	29,9	20	26,0	11	14,3	5	6,5	77	
		Hiểu như kiến thức	10	23,3	7	16,3	8	18,6	5	11,6	13	30,2	43	
		Không hiểu	0	,0	1	7,1	0	,0	2	14,3	11	78,6	14	
		TỔNG	394	66,8	77	13,1	46	7,8	34	5,8	39	6,6	590	
			χ^2 = 302.5, P<0,001											
	Báo cáo các hành vi vi phạm với cơ quan có thẩm quyền và chịu trách nhiệm cá nhân với báo cáo đó.	Có thể làm 1 mình	179	52,5	32	9,4	28	8,2	21	6,2	81	23,8	341	
		Làm được nếu có hướng dẫn	13	9,1	29	20,3	30	21,0	17	11,9	54	37,8	143	
		Hiểu như kiến thức	4	4,2	7	7,4	10	10,5	9	9,5	65	68,4	95	
		Không hiểu	2	18,2	1	9,1	1	9,1	0	,0	7	63,6	11	
		TỔNG	198	33,6	69	11,7	69	11,7	47	8,0	207	35,1	590	
			χ^2 = 164.2, P<0,001											

Bảng PL 29. Tương quan giữa mức độ đạt được và nơi học/thực tập

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
Tiêu chuẩn 1. Tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Xác định nhu cầu về sức khỏe và tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	187	63,8	102	34,8	4	1,4	293	X2=46.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	109	47,8	106	46,5	13	5,7	228	
		Hiểu như kiến thức	29	46,8	29	46,8	4	6,5	62	
		Không hiểu	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	
		TỔNG	326	55,3	240	40,7	24	4,1	590	
	Giải thích tình trạng sức khỏe của các cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	167	58,4	115	40,2	4	1,4	286	X2=15.1 P>0.05
		Làm được nếu có hướng dẫn	115	54,2	83	39,2	14	6,6	212	
		Hiểu như kiến thức	41	47,1	42	48,3	4	4,6	87	
		Không hiểu	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	
		TỔNG	325	55,1	242	41,0	23	3,9	590	
Tiêu chuẩn 2. Ra quyết định phương pháp chăm sóc	Thu thập thông tin và phân tích các vấn đề về sức khỏe, bệnh tật để xác định các vấn đề về sức khỏe và bệnh	Có thể làm 1 mình	164	66,7	79	32,1	3	1,2	246	X2=98.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	108	42,5	134	52,8	12	4,7	254	
		Hiểu như kiến thức	35	43,2	43	53,1	3	3,7	81	
		Không hiểu	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	
		TỔNG	309	52,4	258	43,7	23	3,9	590	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	tật của cá nhân, gia đình và cộng đồng									
	Ra các quyết định về chăm sóc cho người bệnh, gia đình và cộng đồng an toàn và hiệu quả	Có thể làm 1 mình	122	61,0	77	38,5	1	,5	200	X2=90.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	134	48,4	135	48,7	8	2,9	277	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	47	45,2	51	49,0	6	5,8	104	
		Không hiểu	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	
		TỔNG	304	51,5	266	45,1	20	3,4	590	
	Cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa, tín ngưỡng	Có thể làm 1 mình	99	61,5	60	37,3	2	1,2	161	X2=203.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	82	39,6	98	47,3	27	13,0	207	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	44	28,2	77	49,4	35	22,4	156	
		Không hiểu	9	13,6	6	9,1	51	77,3	66	
		TỔNG	234	39,7	241	40,8	115	19,5	590	
	Theo dõi quan sát sự tiến triển của các can thiệp điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	209	65,7	105	33,0	4	1,3	318	X2=141.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	98	53,8	69	37,9	15	8,2	182	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	31	41,9	31	41,9	12	16,2	74	
		Không hiểu	2	12,5	2	12,5	12	75,0	16	
		TỔNG	340	57,6	207	35,1	43	7,3	590	
Tiêu chuẩn 3. Phương pháp chăm sóc phù hợp với nhu cầu	Phân tích và xác định được những nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	207	60,5	131	38,3	4	1,2	342	X2=146.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	88	48,6	86	47,5	7	3,9	181	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	20	33,3	32	53,3	8	13,3	60	
		Không hiểu	0	,0	1	14,3	6	85,7	7	
		TỔNG	315	53,4	250	42,4	25	4,2	590	
	Thực hiện các can thiệp chăm sóc đáp ứng nhu cầu chăm sóc ưu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	216	69,0	96	30,7	1	,3	313	X2=150.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	101	46,5	109	50,2	7	3,2	217	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	20	35,1	28	49,1	9	15,8	57	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	3	100,0	3	
		TỔNG	337	57,1	233	39,5	20	3,4	590	
Tiêu chuẩn 4. Lập quy trình, kế hoạch chăm sóc điều dưỡng	Thực hiện nhận định người bệnh toàn diện và có hệ thống	Có thể làm 1 mình	187	61,7	116	38,3	0	,0	303	X2=86.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	122	53,7	98	43,2	7	3,1	227	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	11	22,4	34	69,4	4	8,2	49	
		Không hiểu	4	36,4	3	27,3	4	36,4	11	
		TỔNG	324	54,9	251	42,5	15	2,5	590	
	Tập hợp và ghi đầy đủ thông tin thích hợp vào hồ sơ điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	311	65,8	161	34,0	1	,2	473	X2=228.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	49	57,0	34	39,5	3	3,5	86	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	6	25,0	17	70,8	1	4,2	24	
		Không hiểu	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	
		TỔNG	367	62,2	213	36,1	10	1,7	590	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
	Phân tích và diễn giải các thông tin về người bệnh một cách chính xác, lập kế hoạch chăm sóc.	Có thể làm 1 mình	197	57,4	146	42,6	0	,0	343	X2=39.7
		Làm được nếu có hướng dẫn	109	55,1	87	43,9	2	1,0	198	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	13	30,2	29	67,4	1	2,3	43	
		Không hiểu	1	16,7	4	66,7	1	16,7	6	
		TỔNG	320	54,2	266	45,1	4	,7	590	
	Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng dựa trên nhận định người bệnh và có sự thống nhất với đồng nghiệp, người nhà người bệnh về các vấn đề ưu tiên, sự mong muốn và kết quả mong đợi cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	255	66,9	126	33,1	0	,0	381	X2=312.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	97	57,1	72	42,4	1	,6	170	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	44,4	18	50,0	2	5,6	36	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	3	100,0	3	
		TỔNG	368	62,4	216	36,6	6	1,0	590	
	Giải thích các can thiệp điều dưỡng cho người bệnh, gia đình người bệnh và thực hiện chăm sóc điều dưỡng, bảo đảm an toàn, thoải mái, hiệu quả cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	305	66,4	154	33,6	0	,0	459	X2=19.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	63	60,6	39	37,5	2	1,9	104	P<0.05
		Hiểu như kiến thức	11	42,3	14	53,8	1	3,8	26	
		Không hiểu	0	,0	1	100,0	0	,0	1	
		TỔNG	379	64,2	208	35,3	3	,5	590	
	Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh các phương pháp tự chăm sóc một cách phù hợp	Có thể làm 1 mình	337	65,8	175	34,2	0	,0	512	X2=148.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	30	53,6	26	46,4	0	,0	56	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	5	25,0	13	65,0	2	10,0	20	
		Không hiểu	1	50,0	0	,0	1	50,0	2	
		TỔNG	373	63,2	214	36,3	3	,5	590	
	Đánh giá quá trình chăm sóc và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc	Có thể làm 1 mình	208	64,0	117	36,0	0	,0	325	X2=304.3
		Làm được nếu có hướng dẫn	120	54,1	99	44,6	3	1,4	222	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	18	45,0	22	55,0	0	,0	40	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	3	100,0	3	
		TỔNG	346	58,6	238	40,3	6	1,0	590	
	Thực hiện các công việc cần thiết để hỗ trợ người bệnh xuất viện	Có thể làm 1 mình	298	67,6	130	29,5	13	2,9	441	X2=91.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	68	61,8	34	30,9	8	7,3	110	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	11	32,4	22	64,7	1	2,9	34	
		Không hiểu	1	20,0	0	,0	4	80,0	5	
		TỔNG	378	64,1	186	31,5	26	4,4	590	
	Tuyên truyền giáo	Có thể làm 1 mình	268	59,4	182	40,4	1	,2	451	X2=118.8

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
	dục sức khỏe	Làm được nếu có hướng dẫn	37	39,8	51	54,8	5	5,4	93	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	9	20,0	35	77,8	1	2,2	45	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	314	53,2	268	45,4	8	1,4	590	
Tiêu chuẩn 5. Tạo sự an toàn, thoải mái và riêng tư cho người bệnh	Thực hiện các biện pháp an toàn	Có thể làm 1 mình	308	68,0	143	31,6	2	,4	453	X2=136.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	36	39,6	53	58,2	2	2,2	91	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	9	21,4	32	76,2	1	2,4	42	
		Không hiểu	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	
		TỔNG	354	60,0	229	38,8	7	1,2	590	
	Tạo môi trường chăm sóc	Có thể làm 1 mình	245	67,9	114	31,6	2	,6	361	X2=206.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	65	43,3	77	51,3	8	5,3	150	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	14	22,2	40	63,5	9	14,3	63	
		Không hiểu	2	12,5	3	18,8	11	68,8	16	
		TỔNG	326	55,3	234	39,7	30	5,1	590	
	Đảm bảo sự riêng tư cá nhân	Có thể làm 1 mình	319	61,5	193	37,2	7	1,3	519	X2=51.1
		Làm được nếu có hướng dẫn	15	40,5	21	56,8	1	2,7	37	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	6	18,8	24	75,0	2	6,3	32	
		Không hiểu	0	,0	1	50,0	1	50,0	2	
		TỔNG	340	57,6	239	40,5	11	1,9	590	
Tiêu chuẩn 6. Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc	Tuân thủ các bước của quy trình điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	300	59,8	202	40,2	0	,0	502	X2=7.3
		Làm được nếu có hướng dẫn	41	64,1	23	35,9	0	,0	64	P>0.05
		Hiểu như kiến thức	8	33,3	16	66,7	0	,0	24	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	349	59,2	241	40,8	0	,0	590	
	Thực hiện thành thạo kỹ thuật điều dưỡng trong phạm vi chuyên môn	Có thể làm 1 mình	291	66,9	144	33,1	0	,0	435	X2=7.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	81	61,8	49	37,4	1	,8	131	P>0.05
		Hiểu như kiến thức	12	50,0	12	50,0	0	,0	24	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	384	65,1	205	34,7	1	,2	590	
	Tuân thủ các quy định về vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn	Có thể làm 1 mình	315	62,9	186	37,1	0	,0	501	X2=52.3
		Làm được nếu có hướng dẫn	37	56,1	29	43,9	0	,0	66	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	10	43,5	11	47,8	2	8,7	23	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	362	61,4	226	38,3	2	,3	590	
Tiêu chuẩn 7. Dùng thuốc đảm	Khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh	Có thể làm 1 mình	349	65,1	186	34,7	1	,2	536	X2=312.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	17	50,0	17	50,0	0	,0	34	P<0.001

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
bảo an toàn, hiệu quả		Hiểu như kiến thức	4	21,1	15	78,9	0	,0	19	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	370	62,7	218	36,9	2	,3	590	
	Tuân thủ quy tắc khi dùng thuốc	Có thể làm 1 mình	335	63,4	193	36,6	0	,0	528	X2=25.5 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	65,9	14	31,8	1	2,3	44	
		Hiểu như kiến thức	4	22,2	14	77,8	0	,0	18	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	368	62,4	221	37,5	1	,2	590	
	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đúng và an toàn	Có thể làm 1 mình	340	65,1	182	34,9	0	,0	522	X2=25.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	55,8	22	42,3	1	1,9	52	
		Hiểu như kiến thức	3	18,8	13	81,3	0	,0	16	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	372	63,1	217	36,8	1	,2	590	
	Phát hiện và xử trí ban đầu các dấu hiệu của phản ứng có hại của thuốc	Có thể làm 1 mình	236	61,3	148	38,4	1	,3	385	X2=18.6 P<0.01
		Làm được nếu có hướng dẫn	82	47,1	90	51,7	2	1,1	174	
		Hiểu như kiến thức	10	32,3	21	67,7	0	,0	31	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	328	55,6	259	43,9	3	,5	590	
	Nhận biết sự tương tác giữa thuốc với thuốc và thuốc với thức ăn	Có thể làm 1 mình	105	60,3	67	38,5	2	1,1	174	X2=129.1 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	119	40,3	147	49,8	29	9,8	295	
		Hiểu như kiến thức	19	19,8	59	61,5	18	18,8	96	
		Không hiểu	0	,0	9	36,0	16	64,0	25	
		TỔNG	243	41,2	282	47,8	65	11,0	590	
	Đánh giá hiệu quả của việc dùng thuốc	Có thể làm 1 mình	201	67,2	96	32,1	2	,7	299	X2=92.3 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	100	51,0	80	40,8	16	8,2	196	
		Hiểu như kiến thức	27	31,4	49	57,0	10	11,6	86	
		Không hiểu	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	
		TỔNG	329	55,8	228	38,6	33	5,6	590	
	Ghi chép và công khai việc sử dụng thuốc cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	387	73,2	139	26,3	3	,6	529	X2=105.8 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	22	59,5	12	32,4	3	8,1	37	
		Hiểu như kiến thức	6	26,1	15	65,2	2	8,7	23	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	415	70,3	166	28,1	9	1,5	590	
Tiêu chuẩn 8. Đảm bảo chăm sóc liên tục	Bàn giao tình trạng của người bệnh với nhóm chăm sóc kế tiếp một cách cụ thể, đầy đủ và chính	Có thể làm 1 mình	354	72,8	124	25,5	8	1,6	486	X2=101.1 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	51	63,8	26	32,5	3	3,8	80	
		Hiểu như kiến thức	10	45,5	12	54,5	0	,0	22	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	100,0	2	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
	xác	TỔNG	415	70,3	162	27,5	13	2,2	590	
	Phối hợp hiệu quả với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp để đảm bảo chăm sóc liên tục cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	321	71,2	127	28,2	3	,7	451	X2=127.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	61	59,2	38	36,9	4	3,9	103	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	14	41,2	18	52,9	2	5,9	34	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	100,0	2	
		TỔNG	396	67,1	183	31,0	11	1,9	590	
	Thiết lập các biện pháp để thực hiện chăm sóc liên tục cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	187	67,3	91	32,7	0	,0	278	X2=209.3
		Làm được nếu có hướng dẫn	120	50,0	108	45,0	12	5,0	240	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	11	19,6	36	64,3	9	16,1	56	
		Không hiểu	0	,0	4	25,0	12	75,0	16	
		TỔNG	318	53,9	239	40,5	33	5,6	590	
Tiêu chuẩn 9. Sơ cứu và đáp ứng khi có tình huống cấp cứu	Phát hiện sớm những thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe người bệnh	Có thể làm 1 mình	302	69,6	129	29,7	3	,7	434	X2=120.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	60	52,2	54	47,0	1	,9	115	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	40,0	23	57,5	1	2,5	40	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	378	64,1	206	34,9	6	1,0	590	
	Ra quyết định xử trí sơ cứu, cấp cứu kịp thời và phù hợp	Có thể làm 1 mình	167	67,1	79	31,7	3	1,2	249	X2=163.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	157	55,9	119	42,3	5	1,8	281	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	19	35,2	31	57,4	4	7,4	54	
		Không hiểu	0	,0	1	16,7	5	83,3	6	
		TỔNG	343	58,1	230	39,0	17	2,9	590	
	Phối hợp hiệu quả với các thành viên nhóm chăm sóc trong sơ cứu, cấp cứu	Có thể làm 1 mình	263	73,3	90	25,1	6	1,7	359	X2=146.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	104	56,5	77	41,8	3	1,6	184	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	14	33,3	24	57,1	4	9,5	42	
		Không hiểu	1	20,0	0	,0	4	80,0	5	
		TỔNG	382	64,7	191	32,4	17	2,9	590	
	Thực hiện sơ cứu, cấp cứu hiệu quả cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	224	70,9	91	28,8	1	,3	316	X2=78.1
		Làm được nếu có hướng dẫn	134	57,0	98	41,7	3	1,3	235	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	43,2	21	56,8	0	,0	37	
		Không hiểu	0	,0	1	50,0	1	50,0	2	
		TỔNG	374	63,4	211	35,8	5	,8	590	
Tiêu chuẩn 10. Thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và	Tạo dựng niềm tin đối với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	368	72,9	134	26,5	3	,6	505	X2=127.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	24	47,1	24	47,1	3	5,9	51	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	7	21,2	25	75,8	1	3,0	33	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	399	67,6	183	31,0	8	1,4	590	
	Dành thời gian cần	Có thể làm 1 mình	383	74,1	132	25,5	2	,4	517	X2=62.0

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
đồng nghiệp	thiết để giao tiếp với người bệnh, người nhà và thành viên trong nhóm chăm sóc	Làm được nếu có hướng dẫn	14	35,9	22	56,4	3	7,7	39	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	11	33,3	21	63,6	1	3,0	33	
		Không hiểu	0	,0	1	100,0	0	,0	1	
		TỔNG	408	69,2	176	29,8	6	1,0	590	
	Lắng nghe và đáp ứng thích hợp những băn khoăn, lo lắng của người bệnh và người nhà người bệnh	Có thể làm 1 mình	370	72,3	139	27,1	3	,6	512	X2=101.1
		Làm được nếu có hướng dẫn	34	60,7	20	35,7	2	3,6	56	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	8	38,1	12	57,1	1	4,8	21	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	412	69,8	171	29,0	7	1,2	590	
Tiêu chuẩn 11. Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh	Nhận biết tâm lý và nhu cầu của người bệnh qua những biểu hiện nét mặt và ngôn ngữ cơ thể của người bệnh	Có thể làm 1 mình	309	70,9	126	28,9	1	,2	436	X2=98.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	62	59,6	37	35,6	5	4,8	104	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	40,0	20	50,0	4	10,0	40	
		Không hiểu	1	10,0	5	50,0	4	40,0	10	
		TỔNG	388	65,8	188	31,9	14	2,4	590	
	Giao tiếp hiệu quả với các cá nhân, gia đình, cộng đồng có các trở ngại về giao tiếp do bệnh tật, do những khó khăn về tâm lý	Có thể làm 1 mình	258	69,7	112	30,3	0	,0	370	X2=164.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	84	51,2	65	39,6	15	9,1	164	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	13	28,9	26	57,8	6	13,3	45	
		Không hiểu	1	9,1	2	18,2	8	72,7	11	
		TỔNG	356	60,3	205	34,7	29	4,9	590	
	Thể hiện lời nói, cử chỉ động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị	Có thể làm 1 mình	384	71,1	154	28,5	2	,4	540	X2=27.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	20	54,1	16	43,2	1	2,7	37	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	3	23,1	9	69,2	1	7,7	13	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	407	69,0	179	30,3	4	,7	590	
	Thể hiện sự hiểu biết về văn hóa, tín ngưỡng trong giao tiếp với người bệnh, gia đình và nhóm người	Có thể làm 1 mình	258	68,3	113	29,9	7	1,9	378	X2=208.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	53	42,1	66	52,4	7	5,6	126	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	15	21,7	39	56,5	15	21,7	69	
		Không hiểu	2	11,8	2	11,8	13	76,5	17	
		TỔNG	328	55,6	220	37,3	42	7,1	590	
Tiêu chuẩn 12. Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với	Sử dụng các phương tiện nghe nhìn sẵn có để truyền thông và hỗ trợ giao tiếp với người bệnh, người nhà và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	194	66,0	95	32,3	5	1,7	294	X2=235.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	79	41,6	100	52,6	11	5,8	190	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	12	14,1	62	72,9	11	12,9	85	
		Không hiểu	0	,0	5	23,8	16	76,2	21	
		TỔNG	285	48,3	262	44,4	43	7,3	590	
	Sử dụng các phương pháp, hình	Có thể làm 1 mình	267	68,8	115	29,6	6	1,5	388	X2=152.1
		Làm được nếu có	61	42,1	76	52,4	8	5,5	145	P<0.001

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
người bệnh và gia đình người bệnh	thức giao tiếp hiệu quả và thích hợp với người bệnh, người nhà người bệnh	hướng dẫn								
		Hiểu như kiến thức	10	20,8	33	68,8	5	10,4	48	
		Không hiểu	0	,0	3	33,3	6	66,7	9	
		TỔNG	338	57,3	227	38,5	25	4,2	590	
Tiêu chuẩn 13. Cung cấp thông tin cho người bệnh, người nhà về tình trạng sức khỏe hiệu quả và phù hợp	Xác định những thông tin cần cung cấp cho người bệnh và gia đình	Có thể làm 1 mình	275	67,2	130	31,8	4	1,0	409	X2=65.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	78	56,9	53	38,7	6	4,4	137	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	37,2	22	51,2	5	11,6	43	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	369	62,5	205	34,7	16	2,7	590	
	Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp những thông tin "xấu"	Có thể làm 1 mình	208	63,2	116	35,3	5	1,5	329	X2=112.3
		Làm được nếu có hướng dẫn	89	45,9	95	49,0	10	5,2	194	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	15	24,2	40	64,5	7	11,3	62	
		Không hiểu	0	,0	1	20,0	4	80,0	5	
		TỔNG	312	52,9	252	42,7	26	4,4	590	
Tiêu chuẩn 14. Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng	Thu thập và phân tích thông tin về nhu cầu hiểu biết của cá nhân, gia đình, và cộng đồng về hướng dẫn, giáo dục sức khỏe	Có thể làm 1 mình	169	64,5	90	34,4	3	1,1	262	X2=123.7
		Làm được nếu có hướng dẫn	105	43,9	125	52,3	9	3,8	239	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	17	20,5	60	72,3	6	7,2	83	
		Không hiểu	0	,0	2	33,3	4	66,7	6	
		TỔNG	291	49,3	277	46,9	22	3,7	590	
	Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	178	64,0	98	35,3	2	,7	278	X2=112.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	100	45,5	109	49,5	11	5,0	220	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	22	25,0	62	70,5	4	4,5	88	
		Không hiểu	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	300	50,8	270	45,8	20	3,4	590	
	Xây dựng kế hoạch giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa, xã hội và tín ngưỡng của cá nhân, gia đình và cộng đồng	Có thể làm 1 mình	104	64,6	55	34,2	2	1,2	161	X2=248.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	107	35,2	177	58,2	20	6,6	304	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	18	17,1	78	74,3	9	8,6	105	
		Không hiểu	0	,0	2	10,0	18	90,0	20	
		TỔNG	229	38,8	312	52,9	49	8,3	590	
	Xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe phù hợp với trình độ của đối tượng	Có thể làm 1 mình	67	59,8	43	38,4	2	1,8	112	X2=171.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	107	35,3	168	55,4	28	9,2	303	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	21	13,8	106	69,7	25	16,4	152	
		Không hiểu	0	,0	4	17,4	19	82,6	23	
		TỔNG	195	33,1	321	54,4	74	12,5	590	
	Thực hiện tư vấn, truyền thông giáo	Có thể làm 1 mình	154	60,6	97	38,2	3	1,2	254	X2=106.6
		Làm được nếu có	104	42,8	128	52,7	11	4,5	243	P<0.001

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	dục sức khỏe phù hợp, hiệu quả	hướng dẫn								
		Hiểu như kiến thức	15	16,9	66	74,2	8	9,0	89	
		Không hiểu	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	273	46,3	292	49,5	25	4,2	590	
	Đánh giá kết quả giáo dục sức khỏe và điều chỉnh kế hoạch giáo dục sức khỏe dựa trên mục tiêu và kết quả mong chờ	Có thể làm 1 mình	109	63,7	60	35,1	2	1,2	171	X2=222.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	109	38,5	161	56,9	13	4,6	283	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	18	15,1	88	73,9	13	10,9	119	
		Không hiểu	1	5,9	2	11,8	14	82,4	17	
		TỔNG	237	40,2	311	52,7	42	7,1	590	
Tiêu chuẩn 15. Hợp tác với các thành viên nhóm chăm sóc	Duy trì tốt mối quan hệ với các thành viên trong nhóm, coi người bệnh như một cộng sự trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	347	70,4	142	28,8	4	,8	493	X2=125.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	27	45,8	24	40,7	8	13,6	59	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	10	29,4	18	52,9	6	17,6	34	
		Không hiểu	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	384	65,1	185	31,4	21	3,6	590	
	Hợp tác tốt với các thành viên trong nhóm chăm sóc để đưa ra các quyết định phù hợp nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc	Có thể làm 1 mình	315	71,3	122	27,6	5	1,1	442	X2=83.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	55	49,5	52	46,8	4	3,6	111	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	5	14,3	26	74,3	4	11,4	35	
		Không hiểu	1	50,0	0	,0	1	50,0	2	
		TỔNG	376	63,7	200	33,9	14	2,4	590	
	Hợp tác tốt với các thành viên nhóm chăm sóc trong việc theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện nhiệm vụ được giao	Có thể làm 1 mình	355	75,2	114	24,2	3	,6	472	X2=75.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	43	51,2	39	46,4	2	2,4	84	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	12	37,5	18	56,3	2	6,3	32	
		Không hiểu	1	50,0	0	,0	1	50,0	2	
		TỔNG	411	69,7	171	29,0	8	1,4	590	
	Tôn trọng vai trò và quan điểm của đồng nghiệp	Có thể làm 1 mình	381	71,1	151	28,2	4	,7	536	X2=112.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	15	53,6	12	42,9	1	3,6	28	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	6	24,0	18	72,0	1	4,0	25	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	402	68,1	181	30,7	7	1,2	590	
	Chia sẻ thông tin một cách hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	353	72,8	129	26,6	3	,6	485	X2=110.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	34	47,2	35	48,6	3	4,2	72	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	9	28,1	19	59,4	4	12,5	32	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	396	67,1	183	31,0	11	1,9	590	
	Thực hiện vai trò	Có thể làm 1 mình	164	66,1	79	31,9	5	2,0	248	X2=245.1

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	đại diện hoặc biện hộ cho người bệnh để bảo đảm các quyền, lợi ích và vì sự an toàn của người bệnh	Làm được nếu có hướng dẫn	95	48,2	71	36,0	31	15,7	197	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	20	16,7	77	64,2	23	19,2	120	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	25	100,0	25	
		TỔNG	279	47,3	227	38,5	84	14,2	590	
Tiêu chuẩn 16. Quản lý, ghi chép và sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy định	Thực hiện các quy chế quản lý, lưu giữ hồ sơ bệnh án theo quy định luật pháp và của Bộ Y tế	Có thể làm 1 mình	150	58,8	97	38,0	8	3,1	255	X2=117.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	126	49,8	96	37,9	31	12,3	253	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	12	17,1	46	65,7	12	17,1	70	
		Không hiểu	0	,0	2	16,7	10	83,3	12	
		TỔNG	288	48,8	241	40,8	61	10,3	590	
	Bảo mật thông tin trong hồ sơ bệnh án và Phiếu chăm sóc của người bệnh.	Có thể làm 1 mình	313	65,1	159	33,1	9	1,9	481	X2=72.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	34	44,7	37	48,7	5	6,6	76	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	7	23,3	20	66,7	3	10,0	30	
		Không hiểu	0	,0	1	33,3	2	66,7	3	
		TỔNG	354	60,0	217	36,8	19	3,2	590	
	Ghi chép hồ sơ điều dưỡng bảo đảm tính khách quan, chính xác,đầy đủ và kịp thời	Có thể làm 1 mình	313	65,5	160	33,5	5	1,0	478	X2=34.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	53	59,6	30	33,7	6	6,7	89	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	4	18,2	16	72,7	2	9,1	22	
		Không hiểu	0	,0	1	100,0	0	,0	1	
		TỔNG	370	62,7	207	35,1	13	2,2	590	
	Sử dụng các dữ liệu thu thập được về tình trạng sức khỏe người bệnh làm cơ sở để xây dựng chính sách và tạo thuận lợi cho việc chăm sóc người bệnh.	Có thể làm 1 mình	184	62,8	105	35,8	4	1,4	293	X2=113.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	99	47,4	94	45,0	16	7,7	209	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	17	22,1	49	63,6	11	14,3	77	
		Không hiểu	0	,0	4	36,4	7	63,6	11	
		TỔNG	300	50,8	252	42,7	38	6,4	590	
Tiêu chuẩn 17. Quản lý công tác chăm sóc người bệnh	Quản lý công việc, thời gian của cá nhân hiệu quả và khoa học	Có thể làm 1 mình	275	67,1	120	29,3	15	3,7	410	X2=141.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	54	48,2	44	39,3	14	12,5	112	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	18	31,6	30	52,6	9	15,8	57	
		Không hiểu	0	,0	1	9,1	10	90,9	11	
		TỔNG	347	58,8	195	33,1	48	8,1	590	
	Xác định các công việc hoặc nhiệm vụ cần hoàn thành theo thứ tự ưu tiên	Có thể làm 1 mình	292	69,0	127	30,0	4	,9	423	X2=38.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	72	58,5	46	37,4	5	4,1	123	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	13	30,2	26	60,5	4	9,3	43	
		Không hiểu	0	,0	1	100,0	0	,0	1	
		TỔNG	377	63,9	200	33,9	13	2,2	590	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
	Tổ chức, điều phối, phân công và ủy quyền nhiệm vụ cho các thành viên của nhóm chăm sóc một cách khoa học, hợp lý và hiệu quả	Có thể làm 1 mình	129	69,0	55	29,4	3	1,6	187	X2=128.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	134	51,3	98	37,5	29	11,1	261	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	30	26,1	62	53,9	23	20,0	115	
		Không hiểu	2	7,4	8	29,6	17	63,0	27	
		TỔNG	295	50,0	223	37,8	72	12,2	590	
	Thể hiện sự hiểu biết về mối quan hệ giữa quản lý và sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để đảm bảo chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh	Có thể làm 1 mình	119	66,5	58	32,4	2	1,1	179	X2=243.2
		Làm được nếu có hướng dẫn	111	48,9	94	41,4	22	9,7	227	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	32	23,2	76	55,1	30	21,7	138	
		Không hiểu	2	4,3	5	10,9	39	84,8	46	
		TỔNG	264	44,7	233	39,5	93	15,8	590	
	Sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý và chăm sóc người bệnh cũng như cập nhật kiến thức chuyên môn	Có thể làm 1 mình	218	66,9	95	29,1	13	4,0	326	X2=82.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	107	54,6	71	36,2	18	9,2	196	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	27,1	33	55,9	10	16,9	59	
		Không hiểu	0	,0	3	33,3	6	66,7	9	
		TỔNG	341	57,8	202	34,2	47	8,0	590	
Tiêu chuẩn 18. Quản lý, vận hành và sử dụng các trang thiết bị y tế có hiệu quả	Thiết lập các cơ chế quản lý, phát huy tối đa chức năng hoạt động của các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho chăm sóc và điều trị	Có thể làm 1 mình	97	69,8	36	25,9	6	4,3	139	X2=184.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	137	48,2	114	40,1	33	11,6	284	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	27	21,6	62	49,6	36	28,8	125	
		Không hiểu	4	9,5	4	9,5	34	81,0	42	
		TỔNG	265	44,9	216	36,6	109	18,5	590	
	Lập và thực hiện kế hoạch bảo trì phương tiện, trang thiết bị do mình phụ trách	Có thể làm 1 mình	149	66,2	61	27,1	15	6,7	225	X2=130.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	120	49,8	82	34,0	39	16,2	241	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	27	28,1	44	45,8	25	26,0	96	
		Không hiểu	1	3,6	4	14,3	23	82,1	28	
		TỔNG	297	50,3	191	32,4	102	17,3	590	
	Vận hành các trang thiết bị, phương tiện sử dụng trong chăm sóc bảo đảm an toàn, hiệu quả và phòng tránh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế	Có thể làm 1 mình	192	67,1	81	28,3	13	4,5	286	X2=96.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	128	52,0	97	39,4	21	8,5	246	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	34,8	24	52,2	6	13,0	46	
		Không hiểu	0	,0	3	25,0	9	75,0	12	
		TỔNG	336	56,9	205	34,7	49	8,3	590	
Tiêu chuẩn 19. Sử dụng nguồn tài	Nhận biết được hiệu quả kinh tế khi sử dụng các nguồn	Có thể làm 1 mình	112	62,2	61	33,9	7	3,9	180	X2=266.7
		Làm được nếu có hướng dẫn	105	46,1	88	38,6	35	15,4	228	P<0.001

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
chính thích hợp để chăm sóc người bệnh hiệu quả	lực sẵn có tại nơi làm việc để sử dụng thích hợp, hiệu quả	Hiểu như kiến thức	23	19,2	60	50,0	37	30,8	120	
		Không hiểu	0	,0	2	3,2	60	96,8	62	
		TỔNG	240	40,7	211	35,8	139	23,6	590	
	Xây dựng và thực hiện kế hoạch sử dụng các nguồn lực trong chăm sóc người bệnh thuộc phạm vi phân công hiệu quả	Có thể làm 1 mình	107	68,2	41	26,1	9	5,7	157	X2=248.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	107	43,7	109	44,5	29	11,8	245	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	29	22,0	67	50,8	36	27,3	132	
		Không hiểu	1	1,8	4	7,1	51	91,1	56	
		TỔNG	244	41,4	221	37,5	125	21,2	590	
Tiêu chuẩn 20. Thiết lập môi trường làm việc an toàn và hiệu quả	Tuân thủ các tiêu chuẩn và quy tắc về an toàn lao động	Có thể làm 1 mình	290	63,7	152	33,4	13	2,9	455	X2=79.9
		Làm được nếu có hướng dẫn	38	40,4	48	51,1	8	8,5	94	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	10	25,6	23	59,0	6	15,4	39	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	2	100,0	2	
		TỔNG	338	57,3	223	37,8	29	4,9	590	
	Tuân thủ các chính sách, quy trình về phòng ngừa cách ly và kiểm soát nhiễm khuẩn	Có thể làm 1 mình	271	63,6	151	35,4	4	,9	426	X2=115.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	55	45,8	59	49,2	6	5,0	120	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	9	22,5	26	65,0	5	12,5	40	
		Không hiểu	0	,0	1	25,0	3	75,0	4	
		TỔNG	335	56,8	237	40,2	18	3,1	590	
	Tuân thủ các quy định về kiểm soát môi trường chăm sóc (tiếng ồn, không khí, nguồn nước…)	Có thể làm 1 mình	250	63,9	137	35,0	4	1,0	391	X2=144.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	56	44,1	58	45,7	13	10,2	127	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	9	13,8	40	61,5	16	24,6	65	
		Không hiểu	0	,0	2	28,6	5	71,4	7	
		TỔNG	315	53,4	237	40,2	38	6,4	590	
	Tuân thủ quy định về quản lý, xử lý chất thải	Có thể làm 1 mình	298	63,8	166	35,5	3	,6	467	X2=105.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	46	48,9	46	48,9	2	2,1	94	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	6	21,4	18	64,3	4	14,3	28	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	350	59,3	230	39,0	10	1,7	590	
	Tuân thủ các bước về an toàn phòng cháy chữa cháy, động đất hoặc các trường hợp khẩn cấp khác	Có thể làm 1 mình	201	62,4	117	36,3	4	1,2	322	X2=192.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	63	37,3	82	48,5	24	14,2	169	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	14	16,5	46	54,1	25	29,4	85	
		Không hiểu	0	,0	1	7,1	13	92,9	14	
		TỔNG	278	47,1	246	41,7	66	11,2	590	
	Thể hiện sự hiểu biết về những khía cạnh có liên quan đến sức khỏe nghề	Có thể làm 1 mình	147	62,3	85	36,0	4	1,7	236	X2=166.0
		Làm được nếu có hướng dẫn	71	33,8	112	53,3	27	12,9	210	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	27	23,5	63	54,8	25	21,7	115	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	nghiệp và luật pháp về an toàn lao động	Không hiểu	3	10,3	5	17,2	21	72,4	29	
		TỔNG	248	42,0	265	44,9	77	13,1	590	
Tiêu chuẩn 21. Cải tiến chất lượng chăm sóc và quản lý nguy cơ trong môi trường chăm sóc	Nhận thức được sự cần thiết về các hoạt động bảo đảm chất lượng, cải tiến chất lượng thông qua sự nghiên cứu, phản hồi và đánh giá thực hành thường xuyên	Có thể làm 1 mình	91	56,9	57	35,6	12	7,5	160	X2=234.7
		Làm được nếu có hướng dẫn	84	37,2	109	48,2	33	14,6	226	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	26	18,2	73	51,0	44	30,8	143	
		Không hiểu	1	1,6	2	3,3	58	95,1	61	
		TỔNG	202	34,2	241	40,8	147	24,9	590	
	Phát hiện, báo cáo và đưa ra các hành động khắc phục phù hợp các nguy cơ trong môi trường chăm sóc người bệnh	Có thể làm 1 mình	129	65,2	63	31,8	6	3,0	198	X2=163.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	94	40,2	113	48,3	27	11,5	234	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	26	19,5	81	60,9	26	19,5	133	
		Không hiểu	1	4,0	5	20,0	19	76,0	25	
		TỔNG	250	42,4	262	44,4	78	13,2	590	
	Nhận phản hồi từ người bệnh, gia đình và các đối tượng liên quan để cải tiến chất lượng các hoạt động chăm sóc	Có thể làm 1 mình	252	71,2	93	26,3	9	2,5	354	X2=111.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	69	46,3	66	44,3	14	9,4	149	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	24	30,0	44	55,0	12	15,0	80	
		Không hiểu	0	,0	2	28,6	5	71,4	7	
		TỔNG	345	58,5	205	34,7	40	6,8	590	
	Áp dụng các phương pháp cải tiến chất lượng phù hợp	Có thể làm 1 mình	141	74,2	43	22,6	6	3,2	190	χ2=236.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	123	44,7	130	47,3	22	8,0	275	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	21	20,8	59	58,4	21	20,8	101	
		Không hiểu	0	,0	2	8,3	22	91,7	24	
		TỔNG	285	48,3	234	39,7	71	12,0	590	
	Tham gia các hoạt động cải tiến chất lượng tại cơ sở	Có thể làm 1 mình	149	69,6	50	23,4	15	7,0	214	χ2=167.1
		Làm được nếu có hướng dẫn	112	45,7	94	38,4	39	15,9	245	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	22	20,8	52	49,1	32	30,2	106	
		Không hiểu	1	4,0	1	4,0	23	92,0	25	
		TỔNG	284	48,1	197	33,4	109	18,5	590	
	Chia sẻ các thông tin liên quan đến tình trạng người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc	Có thể làm 1 mình	303	72,7	108	25,9	6	1,4	417	X2=187.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	49	45,0	51	46,8	9	8,3	109	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	14	23,7	40	67,8	5	8,5	59	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	5	100,0	5	
		TỔNG	366	62,0	199	33,7	25	4,2	590	
	Bình phiếu chăm sóc để cải tiến và	Có thể làm 1 mình	142	64,0	69	31,1	11	5,0	222	X2=112.8
		Làm được nếu có	135	55,1	84	34,3	26	10,6	245	P<0.001

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường						n	
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học			
			n	%	n	%	n	%		
	khắc phục những tồn tại về chuyên môn và thủ tục hành chính	hướng dẫn								
		Hiểu như kiến thức	25	23,6	64	60,4	17	16,0	106	
		Không hiểu	1	5,9	4	23,5	12	70,6	17	
		TỔNG	303	51,4	221	37,5	66	11,2	590	
	Đưa ra những đề xuất phù hợp về các biện pháp chăm sóc và phòng ngừa bệnh	Có thể làm 1 mình	171	67,1	79	31,0	5	2,0	255	$\chi2$=98.8 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	113	48,7	99	42,7	20	8,6	232	
		Hiểu như kiến thức	28	29,8	57	60,6	9	9,6	94	
		Không hiểu	0	,0	3	33,3	6	66,7	9	
		TỔNG	312	52,9	238	40,3	40	6,8	590	
	Sử dụng bằng chứng áp dụng vào thực hành chăm sóc để tăng cường sự an toàn trong chăm sóc người bệnh	Có thể làm 1 mình	130	64,4	68	33,7	4	2,0	202	$\chi2$=161.5 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	113	49,8	91	40,1	23	10,1	227	
		Hiểu như kiến thức	37	29,6	61	48,8	27	21,6	125	
		Không hiểu	1	2,8	9	25,0	26	72,2	36	
		TỔNG	281	47,6	229	38,8	80	13,6	590	
Tiêu chuẩn 22. Nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng	Xác định và lựa chọn các lĩnh vực và vấn đề nghiên cứu phù hợp,cần thiết và khả thi	Có thể làm 1 mình	47	62,7	27	36,0	1	1,3	75	$\chi2$=245.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	84	33,5	123	49,0	44	17,5	251	
		Hiểu như kiến thức	26	15,5	90	53,6	52	31,0	168	
		Không hiểu	5	5,2	5	5,2	86	89,6	96	
		TỔNG	162	27,5	245	41,5	183	31,0	590	
	Áp dụng các phương pháp phù hợp để tiến hành nghiên cứu những vấn đề đã lựa chọn	Có thể làm 1 mình	43	58,9	29	39,7	1	1,4	73	$\chi2$=244.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	90	35,3	121	47,5	44	17,3	255	
		Hiểu như kiến thức	24	14,3	96	57,1	48	28,6	168	
		Không hiểu	3	3,2	7	7,4	84	89,4	94	
		TỔNG	160	27,1	253	42,9	177	30,0	590	
	Sử dụng phương pháp thống kê thích hợp để phân tích và diễn giải dữ liệu thu thập được	Có thể làm 1 mình	31	45,6	36	52,9	1	1,5	68	$\chi2$=224.5 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	85	32,6	136	52,1	40	15,3	261	
		Hiểu như kiến thức	19	11,6	101	61,6	44	26,8	164	
		Không hiểu	4	4,1	11	11,3	82	84,5	97	
		TỔNG	139	23,6	284	48,1	167	28,3	590	
	Đề xuất các giải pháp thích hợp dựa trên kết quả nghiên cứu	Có thể làm 1 mình	43	58,9	27	37,0	3	4,1	73	X2=227.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	78	33,6	111	47,8	43	18,5	232	
		Hiểu như kiến thức	21	11,1	104	55,0	64	33,9	189	
		Không hiểu	5	5,2	7	7,3	84	87,5	96	
		TỔNG	147	24,9	249	42,2	194	32,9	590	
	Trình bày, chia sẻ kết quả nghiên cứu với đồng nghiệp, người bệnh và	Có thể làm 1 mình	102	64,2	52	32,7	5	3,1	159	$\chi2$=233.9 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	58	31,2	90	48,4	38	20,4	186	
		Hiểu như kiến thức	27	15,5	96	55,2	51	29,3	174	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	những người có liên quan	Không hiểu	3	4,2	9	12,7	59	83,1	71	
		TỔNG	190	32,2	247	41,9	153	25,9	590	
	Ứng dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào thực hành điều dưỡng. Sử dụng các bằng chứng từ nghiên cứu khoa học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	53	66,3	25	31,3	2	2,5	80	χ2=226.8
		Làm được nếu có hướng dẫn	86	34,4	122	48,8	42	16,8	250	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	30	16,4	106	57,9	47	25,7	183	
		Không hiểu	3	3,9	8	10,4	66	85,7	77	
		TỔNG	172	29,2	261	44,2	157	26,6	590	
Tiêu chuẩn 23. Duy trì và phát triển năng lực cho bản thân và đồng nghiệp	Xác định rõ mục tiêu, nguyện vọng phát triển nghề nghiệp, nhu cầu học tập, điểm mạnh, điểm yếu của bản thân	Có thể làm 1 mình	255	66,1	110	28,5	21	5,4	386	χ2=93.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	46	37,1	59	47,6	19	15,3	124	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	19	26,8	37	52,1	15	21,1	71	
		Không hiểu	1	11,1	2	22,2	6	66,7	9	
		TỔNG	321	54,4	208	35,3	61	10,3	590	
	Học tập liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng và ứng dụng kiến thức đã học để nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	285	68,5	122	29,3	9	2,2	416	χ2=87.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	49	39,8	65	52,8	9	7,3	123	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	10	22,7	28	63,6	6	13,6	44	
		Không hiểu	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	
		TỔNG	345	58,5	218	36,9	27	4,6	590	
	Tham gia vào các hoạt động của tổ chức nghề nghiệp	Có thể làm 1 mình	253	67,3	103	27,4	20	5,3	376	χ2=133.4
		Làm được nếu có hướng dẫn	53	39,0	58	42,6	25	18,4	136	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	18	29,0	31	50,0	13	21,0	62	
		Không hiểu	0	,0	3	18,8	13	81,3	16	
		TỔNG	324	54,9	195	33,1	71	12,0	590	
	Quảng bá hình ảnh của người điều dưỡng, thể hiện tác phong và tư cách tốt, trang phục phù hợp, lời nói thuyết phục và cách cư xử đúng mực	Có thể làm 1 mình	212	62,9	114	33,8	11	3,3	337	χ2=140.6
		Làm được nếu có hướng dẫn	68	42,5	63	39,4	29	18,1	160	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	16	19,5	48	58,5	18	22,0	82	
		Không hiểu	0	,0	1	9,1	10	90,9	11	
		TỔNG	296	50,2	226	38,3	68	11,5	590	
	Thể hiện thái độ tích cực với những đổi mới và những quan điểm trái	Có thể làm 1 mình	231	67,5	99	28,9	12	3,5	342	χ2=146.5
		Làm được nếu có hướng dẫn	58	38,7	66	44,0	26	17,3	150	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	20	24,7	39	48,1	22	27,2	81	

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	chiều, thể hiện sự lắng nghe các kiến nghị và đề xuất, thử nghiệm những phương pháp mới và thích nghi với những thay đổi	Không hiểu	2	11,8	2	11,8	13	76,5	17	
		TỔNG	311	52,7	206	34,9	73	12,4	590	
	Thực hiện chăm sóc theo các tiêu chuẩn thực hành điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	283	69,2	123	30,1	3	,7	409	χ2=99.6 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	63	45,0	68	48,6	9	6,4	140	
		Hiểu như kiến thức	6	16,2	25	67,6	6	16,2	37	
		Không hiểu	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	
		TỔNG	353	59,8	217	36,8	20	3,4	590	
	Đóng góp vào việc đào tạo nâng cao trình độ và phát triển nghề nghiệp cho đồng nghiệp	Có thể làm 1 mình	153	64,8	76	32,2	7	3,0	236	χ2=131.1 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	75	39,5	87	45,8	28	14,7	190	
		Hiểu như kiến thức	36	25,2	73	51,0	34	23,8	143	
		Không hiểu	1	4,8	5	23,8	15	71,4	21	
		TỔNG	265	44,9	241	40,8	84	14,2	590	
	Đóng góp vào việc nâng cao vai trò, vị thế của người điều dưỡng, ngành điều dưỡng trong ngành y tế và trong xã hội	Có thể làm 1 mình	150	65,5	72	31,4	7	3,1	229	χ2=194.1 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	82	38,9	97	46,0	32	15,2	211	
		Hiểu như kiến thức	21	16,9	84	67,7	19	15,3	124	
		Không hiểu	0	,0	5	19,2	21	80,8	26	
		TỔNG	253	42,9	258	43,7	79	13,4	590	
Tiêu chuẩn 24. Hành nghề theo quy định của pháp luật	Hành nghề theo quy định của pháp luật liên quan đến y tế, quy định của Bộ Y tế và thực hành điều dưỡng	Có thể làm 1 mình	233	61,8	132	35,0	12	3,2	377	χ2=77.4 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	69	48,3	59	41,3	15	10,5	143	
		Hiểu như kiến thức	24	39,3	32	52,5	5	8,2	61	
		Không hiểu	0	,0	3	33,3	6	66,7	9	
		TỔNG	326	55,3	226	38,3	38	6,4	590	
	Tuân thủ các quy định của cơ sở nơi làm việc.	Có thể làm 1 mình	364	71,0	141	27,5	8	1,6	513	χ2=12.1 P>0.05
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	51,8	26	46,4	1	1,8	56	
		Hiểu như kiến thức	11	52,4	9	42,9	1	4,8	21	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	0	,0	0	
		TỔNG	404	68,5	176	29,8	10	1,7	590	
	Thực hiện tốt quy tắc ứng xử của đơn vị/tổ chức và luật định.	Có thể làm 1 mình	368	70,8	148	28,5	4	,8	520	X2=50.2 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	29	55,8	21	40,4	2	3,8	52	
		Hiểu như kiến thức	4	26,7	11	73,3	0	,0	15	
		Không hiểu	0	,0	2	66,7	1	33,3	3	
		TỔNG	401	68,0	182	30,8	7	1,2	590	
	Ghi chép và bảo	Có thể làm 1 mình	306	68,2	140	31,2	3	,7	449	χ2=89.2

Số thứ tự tiêu chí	Thông tin chung	Mức độ đạt được	Học tại trường							
			Thực hiện khi thực tập		Đã học		Chưa học		n	
			n	%	n	%	n	%		
	quản hồ sơ chăm sóc và tài liệu liên quan đến người bệnh, các vấn đề sức khỏe của người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành chăm sóc	Làm được nếu có hướng dẫn	70	63,1	39	35,1	2	1,8	111	P<0.001
		Hiểu như kiến thức	11	37,9	15	51,7	3	10,3	29	
		Không hiểu	0	,0	0	,0	1	100,0	1	
		TỔNG	387	65,6	194	32,9	9	1,5	590	
	Chịu trách nhiệm cá nhân khi đưa ra các quyết định và can thiệp chăm sóc.	Có thể làm 1 mình	303	67,6	140	31,3	5	1,1	448	χ2=92.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	52	53,1	43	43,9	3	3,1	98	
		Hiểu như kiến thức	16	41,0	20	51,3	3	7,7	39	
		Không hiểu	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	
		TỔNG	372	63,1	204	34,6	14	2,4	590	
Tiêu chuẩn 25. Hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp	Tuân thủ Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp của quốc gia và quốc tế trong thực hành điều dưỡng.	Có thể làm 1 mình	303	66,4	148	32,5	5	1,1	456	χ2=211.0 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	38	49,4	32	41,6	7	9,1	77	
		Hiểu như kiến thức	9	20,9	27	62,8	7	16,3	43	
		Không hiểu	1	7,1	2	14,3	11	78,6	14	
		TỔNG	351	59,5	209	35,4	30	5,1	590	
	Báo cáo các hành vi vi phạm với cơ quan có thẩm quyền và chịu trách nhiệm cá nhân với báo cáo đó.	Có thể làm 1 mình	197	57,8	131	38,4	13	3,8	341	χ2=100.7 P<0.001
		Làm được nếu có hướng dẫn	53	37,1	66	46,2	24	16,8	143	
		Hiểu như kiến thức	17	17,9	55	57,9	23	24,2	95	
		Không hiểu	2	18,2	2	18,2	7	63,6	11	
		TỔNG	269	45,6	254	43,1	67	11,4	590	

Bảng PL 30. Tỷ lệ người hướng dẫn THLS đã tham gia các lớp đào tạo theo tỉnh

Thông tin chung	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Đình		Đồng Nai		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tham gia đào tạo ngoài viện về nội dung đào tạo người hướng dẫn lâm sàng												
Có	4	100,0	8	40,0	7	36,8	7	26,9	8	26,7	34	34,3
Không	0	,0	12	60,0	12	63,2	19	73,1	22	73,3	65	65,7
Khóa đào tạo	4	100,0	20	100,0	19	100,0	26	100,0	30	100,0	99	100,0
Khóa đào tạo phương pháp sư phạm y học do BYT tổ chức	1	25,0	7	87,5	0	,0	4	57,1	3	37,5	15	44,1
Khóa do Hội Điều dưỡng tổ chức	1	25,0	1	12,5	2	28,6	3	42,9	1	12,5	8	23,5
Khóa do JICA tổ chức	2	50,0	1	12,5	2	28,6	0	,0	1	12,5	6	17,6
Khác	0	,0	1	12,5	3	42,9	1	14,3	4	50,0	9	26,5
n	4		8		7				8		34	
Đào tạo giảng viên (TOT) nội bộ tại đơn vị												
Có	3	75,0	7	35,0	0	0,0	3	11,5	6	20,0	19	19,2
Không	1	25,0	13	65,0	19	100,0	23	88,5	24	80,0	80	80,8
Tổng	4	100,0	20	100,0	19	100,0	26	100,0	30	100,0	99	100,0

Bảng PL 31. Thông tin chung về CSYT điều tra chia theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phân tuyến CSYT										
• Trung ương	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	,0
• Tỉnh	1	50,0	4	36,4	3	30,0	7	53,8	7	46,7
• Huyện	0	0,0	6	54,5	7	70,0	6	46,2	4	26,7
• Tư nhân	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	4	26,7
Phân loại CSYT										
• Đa khoa	2	100,0	9	81,8	9	90,0	10	76,9	12	80,0
• Chuyên khoa	0	0,0	2	18,2	1	10,0	3	23,1	3	20,0
Hạng CSYT										
• Hạng đặc biệt	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
• Hạng 1	1	50,0	2	18,2	1	10,0	1	7,7	2	13,3
• Hạng 2	0	0,0	3	27,3	1	10,0	3	23,1	3	20,0
• Hạng 3	0	0,0	6	54,5	7	70,0	9	69,2	10	66,7
• Chưa phân hạng	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
Số giường bệnh										
• Kế hoạch (X ± SD)	1240,0±933,4		230,0±214,8		126,0±152,8		235,4±269,3		402,9±413,7	
• Thực kê (X ± SD)	1362,5±1043,0		344,1±318,1		180,6±180,6		363,8±340,3		421,6±441,0	
Mã số đào tạo liên tục										
• Đã được cấp	2	100,0	11	100,0	1	10,0	12	92,3	3	20,0
• Chưa được cấp	0	0,0	0	,0	9	90,0	1	7,7	12	80,0
Tổng	2	100,0	11	100,0	10	100,0	13	100,0	15	100,0

Bảng PL 32. Số nhân viên hiện có của CSYT được điều tra theo tuyến

Thông tin	Trung ương		Tỉnh		Huyện		Tư nhân		Tổng	
	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng	Biên chế	Hợp đồng
Bác sỹ	-	-	1672	206	754	26	39	152	2465	384
Y sỹ	-	-	176	32	992	95	15	56	1183	183
Điều dưỡng	-	-	3398	655	1104	269	31	261	4533	1185
Hộ sinh	-	-	508	59	425	18	17	52	950	129
Kỹ thuật viên	-	-	592	76	200	37	14	71	806	184
Nhân viên hành chính	-	-	597	261	418	112	34	165	1049	538
Khác	-	-	708	719	337	204	0	9	1045	932
Tổng (n)	-	-	7651	2008	4230	761	150	766	12031	3535

Bảng PL 33. Một số thông tin về tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Người chịu trách nhiệm chính về tổ chức đào tạo thực hành lâm sàng										
Giám đốc BV	0	0,0	2	18,2	6	60,0	10	76,9	8	53,3
Phó giám đốc BV	1	50,0	4	36,4	3	30,0	1	7,7	4	26,7
Trưởng phòng TCCB	0	0,0	1	9,1	0	,0	0	0,0	0	0,0
Điều dưỡng trưởng	0	0,0	1	9,1	1	10,0	1	7,7	2	13,3
Trưởng phòng đào tạo & chỉ đạo tuyến	1	50,0	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Khác	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	6,7
Quyết định bằng văn bản phân công người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng										
Có, tất cả các trường hợp	1	50,0	8	72,7	3	30,0	11	84,6	10	66,7
Có, một số trường hợp	1	50,0	3	27,3	1	10,0	2	15,4	3	20,0
Không	0	0,0	0	0,0	6	60,0	0	0,0	2	13,3
Tình hình đào tạo cho người hướng dẫn thực hành lâm sàng										
Có, đào tạo tại đơn vị	1	50,0	2	18,2	1	10,0	1	7,7	1	6,7
Có, đào tạo bên ngoài đơn vị	0	0,0	3	27,3	3	30,0	1	7,7	2	13,3
Có, cả 2	1	50,0	3	27,3	1	10,0	3	23,1	4	26,7
Không được đào tạo	0	0,0	3	27,3	5	50,0	8	61,5	8	53,3
Tỷ lệ người hướng dẫn thực hành lâm sàng được BV trả phụ cấp hướng dẫn										
Có	1	50,0	7	63,6	1	10,0	5	38,5	0	0,0
Không	1	50,0	4	36,4	9	90,0	8	61,5	15	100,0
Phòng hướng dẫn, mô hình và các phương tiện phục vụ hướng dẫn tập trung tại BV										
Có, đầy đủ	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chưa đầy đủ	0	,0	7	63,6	1	10,0	3	23,1	7	46,7
Chưa có	1	50,0	4	36,4	9	90,0	10	76,9	8	53,3
Tài liệu đào tạo hướng dẫn thực hành lâm sàng tại BV										
Có, đầy đủ	2	100,0	3	27,3	0	0,0	3	23,1	2	13,3
Chưa đầy đủ	0	0,0	5	45,5	4	40,0	7	53,8	12	80,0
Chưa có	0	0,0	3	27,3	6	60,0	3	23,1	1	6,7

Bảng PL 34. Một số thông tin về theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiện trạng thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng										
• Thực hiện định kỳ	2	100,0	4	36,4	3	30,0	3	23,1	3	20,0
• Thực hiện không định kỳ	0	0,0	6	54,5	3	30,0	6	46,2	8	53,3
• Không thực hiện	0	0,0	1	9,1	4	40,0	4	30,8	4	26,7
Hiện trạng thực hiện theo kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng										
• Có thực hiện	2	100,0	10	90,9	6	60,0	10	76,9	12	80,0
• Không thực hiện	0	,0	1	9,1	4	40,0	3	23,1	3	20,0

Bảng PL 35. Một số thông tin khác liên quan đến đào tạo thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ hài lòng về thực hành lâm sàng cho điều dưỡng										
• Hài lòng	1	50,0	3	27,3	2	20,0	4	30,8	6	40.0
• Hài lòng bình thường	0	,0	1	9,1	5	50,0	7	53,8	4	26.7
• Hài lòng một phần	1	50,0	7	63,6	2	20,0	2	15,4	2	13.3
• Không hài lòng	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	3	20.0
Những vấn đề liên quan đến thực hành lâm sàng										
• Sách giáo khoa cho người thực hành	2	100,0	9	81,8	7	70,0	11	84,6	11	73.3
• Vật tư y tế tiêu hao và TTBYT cho thực hành	2	100,0	9	81,8	10	100,0	11	84,6	14	93.3
• Năng lực hoặc số lượng người hướng dẫn	2	100,0	11	100,0	7	70,0	9	69,2	13	86.7
• Sách giáo khoa cho người hướng dẫn	2	100,0	9	81,8	7	70,0	11	84,6	10	66.7
• Đào tạo cho người hướng dẫn	2	100,0	9	81,8	8	80,0	10	76,9	12	80.0
• Ngân sách dung cho người thực hành	2	100,0	9	81,8	10	100,0	11	84,6	12	80.0
• khác	1	50,0	2	18,2	1	10,0	2	15,4	1	6.7
Những hỗ trợ cần thiết cho thực hành lâm sàng tại CSYT tốt hơn										
• Sách giáo khoa cho người thực hành	2	100,0	9	81,8	5	50,0	8	61,5	13	86.7
• Vật tư y tế tiêu hao và TTBYT cho thực hành	1	50,0	9	81,8	9	90,0	7	53,8	13	86.7
• Năng lực hoặc số lượng người hướng dẫn	2	100,0	10	90,9	6	60,0	6	46,2	11	73.3
• Sách giáo khoa cho người hướng dẫn	2	100,0	9	81,8	5	50,0	9	69,2	11	73.3
• Đào tạo cho người hướng dẫn	2	100,0	10	90,9	7	70,0	10	76,9	13	86.7
• Ngân sách dung cho người thực hành	2	100,0	9	81,8	8	80,0	10	76,9	12	80.0
• khác	0	0,0	0	0,0	1	10,0	2	15,4	3	20.0

Bảng PL 36. Thông tin chung về điều dưỡng trưởng điền phiếu tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tuổi (X ± SD)	47,5 ± 2,1		38,9 ± 8,0		38,0 ±9,1		44,5 ± 5,0		44,7± 11,5	
Giới tính										
• Nam	0	0,0	1	9,1	6	60,0	6	46,2	1	6,7
• Nữ	2	100,0	10	90,9	4	40,0	7	53,8	14	93,3
Nghề nghiệp chính										
• Điều dưỡng	2	100,0	11	100,0	10	100,0	13	100,0	13	86,7
• Khác	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13,3
Số năm kinh nghiệm										
• Điều dưỡng (X ± SD)	22,0±2,8		12,9±7,0		13,5±8,3		20,4±5,8		20,3±12,1	
• Quản lý (X ± SD)	6,5±2,1		7,3±5,1		5,7±5,5		9,5±6,6		10,7±7,7	
Đào tạo (TOT) người hướng dẫn										
• Đã từng	2	100,0	8	72,7	6	60,0	8	61,5	8	53,3
• Chưa từng	0	0,0	3	27,3	4	40,0	5	38,5	7	46,7
Nơi đào tạo (TOT) người hướng dẫn										
• BYT tổ chức đào tạo PPSP y học	2	100,0	6	75,0	1	16,7	5	62,5	3	37,5
• Hội điều dưỡng tổ chức	0	0,0	4	50,0	1	16,7	3	37,5	3	37,5
• Jica tổ chức	2	100,0	0	0,0	3	50,0	1	12,5	0	0,0
• Khác	0	0,0	1	12,5	2	33,3	2	25,0	3	37,5

Bảng PL 37. Một số thông tin về cơ chế, nội dung đào tạo thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giáo trình đào tạo thực hành lâm sàng										
• Có	2	100,0	5	45,5	4	40,0	5	38,5	4	26.7
• Không có giáo trình nhưng nội dung đào tạo được chuẩn bị và chia sẻ trong đơn vị	0	0,0	4	36,4	3	30,0	6	46,2	9	60.0
• Không có	0	0,0	2	18,2	3	30,0	2	15,4	2	13.3
Thông tin về đơn vị xây dựng giáo trình										
• BYT (cục KHCNĐT, cục QLKCB)	0	0,0	0	0,0	2	50,0	3	60,0	2	50.0
• Hội điều dưỡng VN	1	50,0	1	20,0	2	50,0	3	60,0	2	50.0
• Bệnh viên khác	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	50.0
• BV tự xây dựng	1	50,0	5	100,0	2	50,0	2	40,0	2	50.0
Tài liệu mà BV tham khảo để xây dựng chương trình thực hành lâm sàng										
• Không tham khảo nguồn nào	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
• Chương trình của hội ĐDVN	0	0,0	3	60,0	1	50,0	2	100,0	1	50.0
• Khác	1	100,0	2	40,0	1	50,0	0	0,0	1	50.0
Phương pháp hướng dẫn thực hành lâm sàng mà BV áp dụng										
• Giảng thực hành trên lớp tập trung	1	50,0	7	63,6	2	20,0	8	61,5	11	73.3
• Thực hành kỹ thuật trên mô hình tập trung	1	50,0	3	27,3	2	20,0	0	0,0	5	33.3
• Vừa làm vừa hướng dẫn	2	100,0	5	45,5	8	80,0	9	69,2	11	73.3
• Sử dụng tài liệu hướng dẫn	1	50,0	5	45,5	4	40,0	8	61,5	9	60.0
• Sử dụng bảng kiểm đánh giá	2	100,0	7	63,6	3	30,0	7	53,8	7	46.7
• Thực hành luân chuyển khoa	2	100,0	2	18,2	4	40,0	3	23,1	9	60.0
• Hướng dẫn theo hình thức quan sát người hướng dẫn thực hành CS	1	50,0	9	81,8	5	50,0	8	61,5	6	40.0

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bố trí buổi hội thảo/thảo luận về các ca bệnh giữa các học viên và giáo viên										
• Có	2	100,0	5	45,5	9	90,0	8	61,5	10	66.7
• Không	0	0,0	6	54,5	1	10,0	5	38,5	5	33.3
Tổ chức thực hành ngoài giờ làm việc										
• Có	1	50,0	1	9,1	0	0,0	3	23,1	2	13.3
• Không	1	50,0	10	90,9	10	100,0	10	76,9	13	86.7
Thời điểm thực hiện đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng										
• Định kỳ hàng ngày	1	50,0	1	9,1	2	20,0	1	7,7	2	13.3
• Định kỳ hàng tháng	0	0,0	1	9,1	3	30,0	3	23,1	4	26.7
• Định kỳ mỗi 2-3 tháng	0	0,0	2	18,2	3	30,0	1	7,7	2	13.3
• Định kỳ khác	1	50,0	4	36,4	2	20,0	3	23,1	4	26.7
• Phụ thuộc vào mức độ thành thục đạt được	1	50,0	1	9,1	1	10,0	4	30,8	2	13.3
• Không quy định đặc biệt	0	0,0	4	36,4	1	10,0	1	7,7	3	20.0
Người đánh giá mức độ thành thục của điều dưỡng										
• Điều dưỡng trưởng của khoa	2	100,0	8	72,7	7	70,0	11	84,6	14	93.3
• Điều dưỡng trưởng BV	1	50,0	6	54,5	8	80,0	7	53,8	9	60.0
• Người hướng dẫn	1	50,0	4	36,4	4	40,0	10	76,9	9	60.0
• Do chính điều dưỡng đó	1	50,0	0	0,0	3	30,0	1	7,7	1	6.7
• Khác	0	0,0	5	45,5	0	0,0	2	15,4	4	26.7
Công cụ đánh giá kết quả thực hành lâm sàng										
• Có	2	100,0	9	81,8	7	70,0	10	76,9	12	80.0
• Không	0	0,0	2	18,2	3	30,0	3	23,1	3	20.0
Người quyết định hoàn thành thực hành lâm sàng của điều dưỡng										
• Điều dưỡng trưởng của khoa	1	50,0	3	27,3	4	40,0	10	76,9	9	60.0
• Điều dưỡng trưởng BV	0	0,0	1	9,1	5	50,0	9	69,2	8	53.3
• Giám đốc BV	2	100,0	3	27,3	3	30,0	8	61,5	10	66.7
• Hội đồng đánh giá cơ sở y tế	0	0,0	7	63,6	7	70,0	4	30,8	3	20.0
• Khác	1	50,0	2	18,2	0	0,0	3	23,1	3	20.0
Thành lập Ban/ nhóm công tác đánh giá tiến độ và cải tiến phương pháp thực hành lâm sàng tại đơn vị										
• Có	1	50,0	2	18,2	1	10,0	1	7,7	3	20.0
• Không có ban chính thức nhưng có họp khi cần thiết	1	50,0	5	45,5	8	80,0	9	69,2	8	53.3
• Không	0	0,0	4	36,4	1	10,0	3	23,1	4	26.7
Mức độ đầy đủ của trang thiết bị và tài liệu cần thiết cho thực hành lâm sàng										
• Có đảm bảo đầy đủ	1	50,0	2	18,2	1	10,0	6	46,2	3	20.0
• Thiếu	1	50,0	9	81,8	9	90,0	7	53,8	12	80.0
Mức độ đầy đủ của vật tư tiêu hao (vật tư vệ sinh...) dùng cho thực hành lâm sàng										
• Có đảm bảo đầy đủ	2	100,0	8	72,7	6	60,0	11	84,6	14	93.3
• Thiếu	0	0,0	3	27,3	4	40,0	2	15,4	1	6.7
Quy định phương pháp giải quyết đối với tai nạn y tế hoặc sự cố y tế liên quan điều dưỡng đang trong giai đoạn thực hành lâm sàng										
• Không quy định	1	50,0	10	90,9	4	40,0	6	46,2	8	53.3
• Có quy định	1	50,0	1	9,1	6	60,0	7	53,8	7	46.7

Bảng PL 38. Một số thông tin về đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quyết định bằng văn bản của CSYT phân công nhiệm vụ hướng dẫn cho người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng										
Có, tất cả các trường hợp	1	50,0	2	18,2	1	10.0	7	53.8	6	40.0
Có, một số trường hợp	0	0,0	6	54,5	3	30.0	4	30.8	3	20.0
Không	1	50,0	3	27,3	6	60.0	2	15.4	6	40.0
Số lượng người hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng của đơn vị hiện nay (X ± SD)	1,0±-		7,8±5,1		5,0±1,6		14,3±18,4		16,1±12,8	
Quy định về điều kiện người trở thành Người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng										
Có quy định	0	0,0	3	27,3	1	10.0	2	15.4	2	13.3
Không quy định nhưng có tiêu chuẩn khung	1	50,0	7	63,6	4	40.0	8	61.5	8	53.3
Không quy định	1	50,0	1	9,1	5	50.0	3	23.1	5	33.3
Tiêu chuẩn trở thành Người hướng dẫn đào tạo thực hành lâm sàng										
Điều dưỡng trưởng	1	100,0	6	60,0	4	80.0	8	80.0	8	80.0
Có kinh nghiệm	1	100,0	7	70,0	2	40.0	8	80.0	5	50.0
Số năm kinh nghiệm (X ± SD)	4,0±-		4,7±,5		3,0±0,0		5,4±2,0		4,6±0,9	
Trình độ	0	,0	8	80,0	2	40.0	8	80.0	6	60.0
Đã tham gia khóa đào tạo người hướng dẫn	1	100,0	6	60,0	1	20.0	7	70.0	6	60.0
Khác	0	0,0	1	10,0	1	20.0	1	10.0	1	10.0
"Cẩm nang hướng dẫn điều dưỡng thực hành lâm sàng" sử dụng cho Người hướng dẫn										
Có	1	50,0	2	18,2	1	10.0	4	30.8	6	40.0
Không	1	50,0	9	81,8	9	90.0	9	69.2	9	60.0
Đào tạo cho người trở thành Người hướng dẫn thực hành lâm sàng										
Đào tạo trong bệnh viện	2	100,0	1	9,1	0	.0	2	15.4	4	26.7
Cử đi đào tạo ngoài viện	1	50,0	6	54,5	3	30.0	2	15.4	6	40.0
Không đào tạo	0	0,0	4	36,4	7	70.0	10	76.9	8	53.3
Đào tạo trong BV (X ± SD giờ)	44,0±5,7		24,0±,		-		100,0±28,3		47,0±34,0	
Cử đi đào tạo ngoài viện (X ± SD) giờ	48,0±,		66,7±15,7		65,3±38,4		100,0±28,3		77,3±56,1	
Sự cần thiết phải đào tạo cho những người trở thành Người hướng dẫn										
Có	2	100,0	11	100,0	10	100.0	13	100.0	15	100.0
Không	0	0,0	0	0,0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Có, cần khoảng (X ± SD) giờ	48,0±11,3		76,4±39,1		65,2±48,7		43,7±31,1		68,8±50,2	

Bảng PL 39. Một số thông tin về theo dõi, giám sát, kiểm tra thực hành lâm sàng tại CSYT điều tra theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiện trạng thực hiện theo dõi nội bộ tiến độ và kết quả thực hành lâm sàng										
Thực hiện định kỳ	1	50,0	4	36,4	4	40,0	3	23,1	5	33,3
Thực hiện không định kỳ	1	50,0	3	27,3	4	40,0	6	46,2	5	33,3
Không thực hiện	0	0,0	4	36,4	2	20,0	4	30,8	5	33,3
Hiện trạng thực hiện theo kế hoạch và kiểm tra kết quả thực hành lâm sàng										
Có thực hiện	2	100,0	8	72,7	8	80,0	9	69,2	11	73,3
Không thực hiện	0	0,0	3	27,3	2	20,0	4	30,8	4	26,7
Sự cần thiết phải trao đổi thông tin về thực hành lâm sàng với các CSYT khác										
Cần thiết	2	100,0	11	100,0	10	100,0	12	92,3	15	100,0
Không cần thiết	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Tổng	2	100,0	11	100,0	10	100,0	13	100,0	15	100,0

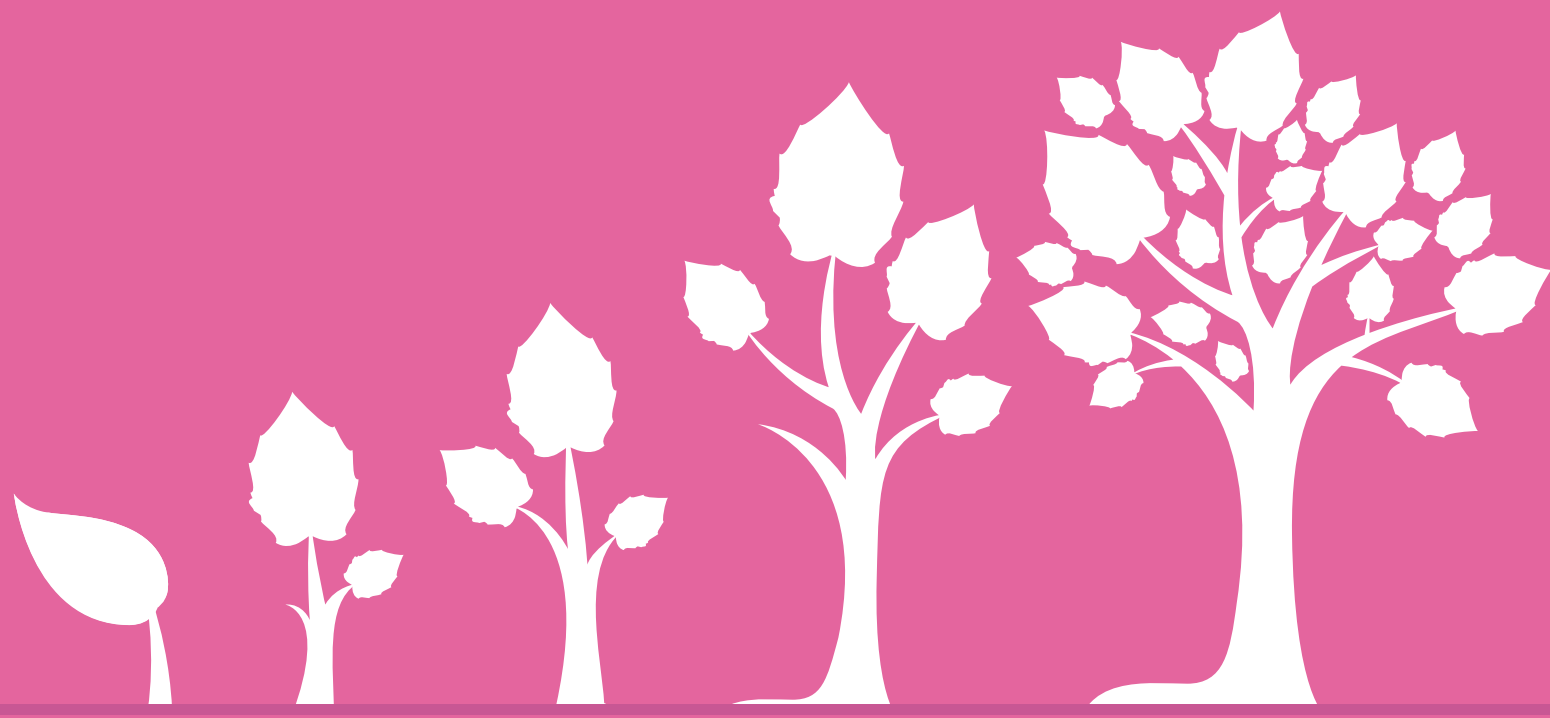
Bảng PL 40. Một số thông tin về cơ chế thực hành lâm sàng của điều dưỡng trong thời gian tới theo tỉnh

Thông tin	Hà Nội		Vĩnh Phúc		Điện Biên		Bình Định		Đồng Nai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tính khả thi về phương pháp thực hành luân chuyển nhiều khoa phòng										
Khả thi	2	100,0	8	72,7	6	60,0	5	38,5	10	66,7
Nếu đơn vị có thể tự quyết định khoa phòng luân chuyển thì có khả thi	0	0,0	2	18,2	4	40,0	6	46,2	4	26,7
Không khả thi	0	0,0	1	9,1	0	,0	2	15,4	1	6,7
Việc tiếp nhận điều dưỡng từ cơ sở khác vào thực hành lâm sàng										
Có thể	1	50,0	7	63,6	6	60,0	10	76,9	12	80,0
Có thể nếu có điều kiện nhất định	1	50,0	3	27,3	3	30,0	2	15,4	1	6,7
Không thể	0	0,0	1	9,1	1	10,0	1	7,7	2	13,3
Số lượng ĐD thực hành lâm sàng có thể tiếp nhận ngoài số điều dưỡng biên chế và điều dưỡng hợp đồng (X ± SD)	100,0		14,5±8,0		11,4±8,2		20,0±18,0		33,9±54,5	
Mức độ hài lòng về thực hành lâm sàng										
Hài lòng	1	50,0	1	9,1	1	10,0	1	7,7	4	26,7
Hài lòng bình thường	0	0,0	5	45,5	7	70,0	8	61,5	2	13,3
Hài lòng một phần	1	50,0	4	36,4	2	20,0	4	30,8	9	60,0
Không hài lòng	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Một số vấn đề liên quan tới thực hành lâm sàng thường gặp										
Tài liệu cho người thực hành	2	100,0	8	72,7	7	70,0	7	53,8	5	33,3
Vật tư y tế tiêu hao và TTB dùng cho thực hành	2	100,0	7	63,6	6	60,0	4	30,8	7	46,7
Người hướng dẫn	2	100,0	6	54,5	5	50,0	3	23,1	8	53,3
Tài liệu cho người hướng dẫn	2	100,0	8	72,7	8	80,0	8	61,5	13	86,7
Đào tạo cho người hướng dẫn	2	100,0	6	54,5	9	90,0	11	84,6	13	86,7
Ngân sách cho thực hành	2	100,0	8	72,7	7	70,0	8	61,5	8	53,3
Khác	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM
FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

CURRICULUM OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

CURRICULUM OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

LIST OF AUTHORS

EDITORS

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*

AUTHOR GROUP

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*
Msc. Nguyen Bich Luu	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
BSN. To Thi Dien	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
PhD. Phan Thi Dung	*President of the Vietnam Surgical Nursing Branch, Vietnam Nurses Association*

Msc. Pham Thu Ha	*Standing member of Executive Committee, Vietnam Nurses Association*
Msc. Ha Thi Kim Phuong	*Head of Division of Nursing - Nutrition - Infection Control Division, Medical Services Administration, Ministry of Health*
Msc. Bui Minh Thu	*Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Anh	*Officer of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Viet Nga	*Head of Nursing Department, Saint Paul General Hospital*
Msc. Nguyen Dinh Khang	*Officer of Practice Management Division, Vinh Phuc Department of Health*
NSI. Dinh Thi Ngoc Thuy	*Head of Cursing Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital*
Msc. Nguyen Thi Nhu Tu	*Deputy Head of Medical Services Department, Binh Dinh Department of Health*
NSI. Truong Thi Huong	*Head of Nursing Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
NSI. Le Ho Thi Huyen	*Head Nurse of Pediatrics Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
Msc. Huynh Tu Anh	*Deputy Head of Medical Services Department, Dong Nai Department of Health*
BSN. Tran Thi Huong	*Deputy Head of Nursing Department, Dong Nai General Hospital*
MSc. Nguyen Do Thi Ngan Trang	*Head of Nursing Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai province*
NSI. Ta Van Hien	*Deputy Head of Medical Services Department, Dien Bien Department of Health*
BSN. Dang Thi Tu Loan	*Head of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
BSN. Cao Thi My	*Officer of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
NSII. Truong Thi Thu Huong	*Vice President, Bach Mai Medical College*

Msc. Nguyen Thanh Thuy	*Head of Nursing Faculty, Hanoi Medical College*
Msc. Ly Thi Phuong Hoa	*Vice Head of Medicine Faculty, Tra Vinh University*

REVISION, CORRECTION GROUP

Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*

CONTRIBUTORS

Assoc. Prof. PhD. Nguyen Quoc Huy	*Head of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Ngoc Bang	*Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Thi Kim Thanh	*Officer of General Office, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
MPH. Amaike Naomi	*Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Desilva Tomomi	*Coordinator, JICA Nursing Project*
BSN. Fukatani Karin	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*

Msc. Sugita Shio	*Former Chief Advisor, JICA Nursing Project*
BSN. Ikarashi Megumi	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Tran Thu Huong	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Thu Hien	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Ngoc Lan	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Tran Thi Duyen	Project Officer, JICA Nursing Project

LIST OF ACKNOWLEDGEMENT

PhD. Kurosu Hitomi	*Expert on Infection Control / Nursing ManagementJICA Project for Improvement of Hospital Management Competency*
Msc. Moriyama Jun	*National Center for Global Health and Medicine, International Cooperation Department, Human Resources Division, Capacity Development*
PhD. Suenaga Yuri	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Yokoyama Miki	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Adachi Yoko	*Assistant Professor, School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Kawano Megumi	*Candidate of Master of Science in Nursing, Graduate School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Sakai Shima	*Associate professor, school of nursing, Tokyo Women's Medical University*

INTRODUCTION

According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. However, current legal documents have not specified training program, materials, implementation, teaching and evaluation method before issuance of practical certificate.

The Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses, hereafter as JICA Nursing Education project, aims to enhance healthcare quality in Vietnam through nationwide scaling-up clinical training system for new nurses. Japan International Cooperation Agency (JICA) provides both technical and financial assistance. Ministry of Health's leader assigned the Administration of Science Technology and Training to act as implementing agency. Bach Mai Hospital, Saint Paul Hospital in Hanoi together with Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai province are selected as pilot sites from 2016 to 2020.

The clinical training program and materials for new graduate nurses including 04 modules that developed by JICA Nursing Education project in coordinated with local and international experts, management officers, lecturers and Vietnam Nurses Association. After a series of revisions through collecting training result in pilot provinces, the material set has approved by Appraisal Committee under Ministry of Health (MoH).

Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health would like to highly appreciate the leader of MoH, effective support from JICA especially Japanese experts work in Vietnam; extend thankful to Editing board and all concerned people for contributing efforts in material set development; last but not least, warmest thanks to our colleagues.

Sincerely thanks!

DIRECTOR
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Dr. Pham Van Tac

PREFACE

Nurse plays an important role in the people's health care and there are many specialties in nursing and education levels from intermediate, college, university to postgraduate. In Vietnam, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from different levels of intermediate, college and university. According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. These training materials were developed to facilitate the implementation of clinical training in health facility to meet these legal documents and to ensure the quality of the training.

The materials consisted of: (1) Curriculum of clinical training for new nurses; (2) Textbook of clinical training for new nurses (Vol.1&2); (3) Training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; (4) Guideline on management and implementation of clinical training for new nurses.

Each book aims to improve necessary nursing competencies at different level because nursing manager's competencies on planning, monitoring and evaluation of training and preceptors' competencies on teaching, supporting and evaluation of trainees are crucial to implement clinical training for new nurse. The training materials could also support all related people who involved in clinical training implementation including Department of Health who manage the training program, nursing professional association and educational institution to support this training and the role of each are clarified in the Guideline. Furthermore, we updated and relating to regulation and expertise, together with application of learning through case-studies reflected theory and practical contents.

We, the members of edition team, do hope that these material as a set could facilitate all stakeholder involved clinical training to enhance necessary capacities to implement the clinical training so that standardized and qualified training can be provided for new nurses to obtain basic competency for nurses in Vietnam.

Lastly, the editing team would express our gratitude to the efforts, contributions and leaderships of the Administration of Science, Technology and Training - Ministry of Health, JICA Nursing Education Project, local and international experts, teachers/lecturers of nursing educational institutions, leaders of provincial Department of Health/Hospital, Head Nurses of provincial Department of Health/Hospitals involved this activities, members of Appraisal Committee of MOH to fulfill this material set.

Thank you very much!

ON BE HALF OF EDITION TEAM

JICA NURSING PROJECT

HORII Satoko
Project Chief Advisor
(Signed)

EDITION TEAM LEADER

Pham Duc Muc
President of Vietnam Nurses Association
(Signed)

ABBREVIATION

MOH	Ministry of Health
DOH	Department of Health
ASTT	Administration of Science Technology and Training
JICA	Japan International Cooperation Agency

TABLE OF CONTENTS

	List of authors	3
	Introduction	7
	Preface	8
	Abbreviation	9
1	General introduction of the training	11
2	Curriculum objectives	12
3	Target trainee, input requirement of trainee	13
4	Curriculum	13
5	Teaching – learning materials	21
6	Teaching – learning method	21
7	Criteria and obligations of preceptor for new nurses	22
8	Equipment, facilities for the training	22
9	Implementation of the training	22
10	Evaluation and issuance of practical certificate	24
	Annex	25
	Annex 1: Clinical training course plan	25
	Annex 2: Checklist of competency based evaluation for vietnamese nurses	26
	Annex 3: Periodical assessment form	36
	Annex 4: Care plan/clinical case/casestudy	39
	Annex 5: Health consultation, education	41
	Annex 6: Basic competency standards for Vietnam nurses	44

CURRICULUM OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

1. GENERAL INTRODUCTION OF THE TRAINING

The Law on Examination and Treatment No.40/2009/QH12 dated November 23, 2009 stipulated new graduated nurses must have 9 months clinical practice (Article 24). Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016 guided on granting medical practice license and operation license for medical examination and treatment facilities that have stipulated the practice implementation (Article 16). However, the current legal documents do not have specific regulations on clinical training program, materials and examination, evaluation methods before granting practical certificate.

Regarding the health statistic data, Vietnam has more than 30,000 new nurses annually with intermediate, college and university levels. The examination and treatment facilities involve in clinical training for new nurses have not had standardized training curriculum and materials, not enough trained preceptors and not set up the system of management, monitoring and evaluation of clinical training quality.

Therefore, Ministry of Health (MOH) cooperated with the Japan International Cooperation Agency (JICA) to implement the Project for "Strengthening clinical training system for new graduated nurses". The Project has developed the first version of training materials in April 2017. After the trial term in 5 provinces and cities, had collected widely opinions to revise in line with Vietnamese context.

The revised materials including 4 books: Curriculum of clinical training for new nurses, Curriculum and materials for preceptor training, Theory and practical training materials for new nurses, Guideline on training implementation and management for new nurses.

Training Curriculum for new nurses has been compiled under the regulations of the Circular 22/2013/TT-BYT guiding continuous training for medical officials combine with training experience for new graduated nurses of Japan and ASEAN region. Target users are examination and treatment facilities involve in new nurse training, training managers, preceptors and new nurses. The content of curriculum including 30 lessons (thesis) are designed to focus on patient care practice, basic nursing technique practice, patient safety, communication skill and professional ethics.

It is required for trainee after 9-month clinical training to acquire the basic Vietnam nurse's competency standards (competency standards) expressed as the following outcomes:

1. ***To provide evidence-based fundamental nursing skills in nursing care.***
2. ***To provide nursing care based on the principles of patient safety and infection control.***
3. ***To provide effective and proper communication, team working, health education to patients and families.***
4. ***To engage in quality improvement and effective resource management.***
5. ***To provide nursing care complying with related regulations and professional ethics.***

2. CURRICULUM OBJECTIVES

2.1. Overall objective

After the training, new nurses achieve necessary competency standards of Vietnam nurses and be able to practice caring for the patient actively, safety and effectively at the health care facilities.

2.2. Specific objectives

Knowledge

1. Explain the steps of the nursing process *(Competency standard: 4, 6)*
2. Present the regulations on management, operation, maintenance and utilization of patient care resources *(Competency standard: 18)*
3. Identify situations applying standard precaution in patient care *(Competency standard 20)*
4. Identify risk behaviors and solutions to ensure patient safety related to nursing activities *(Competency standard 20)*
5. Identify proper health consultation, education needs of the patient and family *(Competency standards 11, 12, 13, 14)*
6. Present relevant legal document, regulations to nursing activities in the hospital *(Competency standard 24, 25)*

Skills

1. Apply nursing process and evidence-based practice in patient care (identifying patient and determining proper caring issues; making care plan, implementing plan and proper assessing patient) *(Competency standard: 2; 3; 4; 5; 6; 10; 11; 15; 16; 17; 18; 20; 21; 22)*
2. Implement basic nursing techniques to the patient ensuring safety and effectiveness *(Competency standard: 4; 5; 6; 7; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 20; 21; 22; 23; 24; 25)*
3. Early detect abnormalities of the patient, anaphylaxis, circulatory, respiratory), decide initial management and cooperate with team members for implementing timely and effective first aid, emergency *(Competency standard: 9; 6; 7; 8; 16; 17; 18; 20; 21; 22)*
4. Properly implement standard precautions and hospital infection control *(Competency standard: 13; 14; 15; 17; 18; 19; 20; 21; 24; 25)*
5. Properly implement regulations on patient safety in caring practice and medical adverse event report *(Competency standard: 4; 5; 7; 14; 15; 16; 18; 20; 21; 22; 24; 25)*
6. Business communication/patient and family communication suitable with culture and beliefs; communicate with patients with obstacles (coma, mental, hearing-impaired, visually impaired) *(Competency standard: 10, 11, 12, 14)*
7. Provide caring related information to patient/family fully and timely; health education properly to patient/family *(Competency standard: 10, 11, 12, 13, 14)*
8. Operate and maintain official working equipment in accordance with procedures, regulations, ensure the safety and effectiveness *(Competency standard 18, 20)*

9. Record and manage medical records according to regulations *(Competency standard: 16, 17, 20)*
10. Perform team work in patient care *(Competency standard: 15, 24, 25)*
11. Apply IT in patient care *(Competency standard 17)*
12. Apply basic competency standards in patient care *(competency standard: 23)*

Attitude

1. Comply with the provisions of the relevant Laws and ethical standards while practicing professions *(Competency standard: 24, 25)*
2. Self-leaning continuously to maintain and develop self-capability and profession *(Competency standard: 23)*
3. Careful behavior; meticulous; honest; respect, cooperate with patients and colleagues; ensure safety when caring for patients; take personal responsibility while practicing profession *(Competency standard: 24, 25)*

3. TARGET TRAINEE, INPUT REQUIREMENT OF TRAINEE

Trainees are nurses meet with the following requirements:

- Having a diploma of nursing school and upper;
- Not yet received the Nursing license (in according to Law on Medical Examination and Treatment in 2009);
- Voluntary participation in training.

4. CURRICULUM

4.1. General Curriculum

No.	Contents	Total units
1	Theory and practice (OFF-JT)	76
2	Clinical studying at departments	1,324
3	Review, self-study, test, evaluation	120
Total		**1,520**

4.2. Detail curriculum *(50 mins for each unit)*

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
4.2.1. Orientation and nursing regulations			
1	**Lesson 1:** Introduction of organization, regulations of the hospital Implementing clinical training, training program, clinical learning method for new nurses	1. Describe hospital organization structure and identify positions of departments, professional areas, technical logistics in the hospital 2. Present hospital's regulations 3. Present training objectives of clinical training for new nurses 4. Present requirements and contents of clinical training for new nurses 5. Perform effectively skills, learning method and self-evaluation during clinical training 6. Draft report: awareness on roles, obligations of new nurses to the hospital during pre-practice internship process	**2**
2	**Lesson 2:** Basic competency standards for Vietnamese nurses	1. Present the contents of basic competency standards for Vietnamese nurses 2. Apply standards/indicators of "Competency standard for Vietnamese nurses" in patient care practice 3. Utilize Checklist of competency standards for Vietnamese nurses	**2**
3	**Lesson 3:** Applying professional ethics for Vietnamese nurses to the practice of patient care	1. Identify situations relating to professional ethics in the practice of patient care 2. Apply "Professional ethics for Vietnamese nurses" to the practice of patient care	**2**
4	**Lesson 4:** Regulations on nursing and patient care	1. Present regulations on principles for medical practice and prohibited acts in medical examination and treatment and care for patients 2. Present regulations on rights and obligations of patients and nursing practitioners 3. Analyze the tasks and scope of professional activities of nurses by levels 4. Apply and implement hospital regulations and regulations on nursing practice and patient care	**4**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
4.2.2. Patient safety			
5	**Lesson 5:** Application of standard precautions in patient care practice	1. Present the definition, principle and contents of Standard precaution 2. Identify the situations which standard precaution should be applied in patient care 3. Perform correctly the standard precaution regulations suitable with reality of the hospital 4. Select and use conformity personal protective equipment in the situation of patient care 5. Category properly medical solid waste	**8**
6	**Lesson 6:** Prevention of medical adverse events	1. Present the definition, frequency and common medical adverse events 2. Classify medical adverse events 3. Strictly comply with medical adverse events prevention regulations/procedures 4. Voluntary reporting of medical adverse events, and learning lessons from errors	**8**
4.2.3. Basic nursing & patient care techniques			
7	**Lesson 7:** Pain relief care	1. Recognize the factors influenced to the pain. 2. Be able to use the pain assessment tool to assess patients 3. Be able to perform pain control measures during patient care provision and to instruct patient/ patient family to take part in pain control	**2**
8	**Lesson 8:** Application of nursing process in patient care	1. Explain procedures of the nursing proces 2. Describe the concept, meaning and application of evidence-based practice to patient care 3. Apply nursing process in making care plan and performing patient care at clinical departments – suitable with patient status and care timing 4. Use evidences in patient care	**4**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
9	**Lesson 9:** Receiving, transferring and discharging patients	1. Correctly follow the procedure of receiving patient at out-patient department/ clinical department, procedure of referral patient to other department or other hospital and procedure of discharge from the hospital 2. Demonstrate appropriate communication skills, attentive behavior, complying with regulations when receiving, transferring and discharging patients	**0**
10	**Lesson 10:** Vital sign monitoring	1. Perform the techniques for monitoring pulses, respiratory rate, blood pressure, body temperature properly and suitable with patient's condition 2. Be able to assess abnormal vital signs and make suitable decision for dealing with 3. Give consultancy to patients and patient families how to monitor and take care in case of abnormal vital signs	**0**
11	**Lesson 11:** Specimen collection for testing (blood, sputum, stool, urine)	1. Perform specimen collection techniques for testing properly and effectively as procedure 2. Be able to give guidance for patients/ patient families to collect some kinds of specimens (sputum, stool, urine) properly according to technical requirements	**0**
12	**Lesson 12:** Hygiene care of patient	1. Determining patients' needs of hygiene care 2. Performing proper pesonal hygiene care of patients in accordance with correct procedures and actual situation of the patients 3. Guiding patients and their families to perform proper hygiene care of patients according to the needs of the patients	**0**
13	**Lesson 13:** Patient movement support	1. Idenfy patient; select means of transport in accordance with techniques of patient moving assistance 2. Perform / coordinate implementation of techniques supporting patients with moving that ensure proper procedure and safety	**0**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
14	**Lesson 14:** Feeding support to patients	1. Identify demand of the patient on feeding measures 2. Perform supporting the patient to eat/drink: secure the procedure, safety and correspondence with patient's clinical condition 3. Instruct the patient's family to support the patient eat/drink in a proper manner and in compliance with technical requirements	**0**
15	**Lesson 15:** Medication practice to patients	1. Identify patients before giving medication 2. Effectively, safely and properly perform the techniques of giving medication, including injection to patients 3. Early detection of abnormal manifestations on patients when taking drugs and making appropriate treatment decisions	**0**
16	**Lesson 16:** Fluid infusion – blood transfusion techniques	1. Perform properly fluid infusion, blood transfusion techniques 2. Perform effectively, safely, properly technical procedure of fluid infusion, blood transfusion in patients 3. Be able to monitor patient during and after fluid, blood transfusion, to detect early abnormal manifestations of patient and give decision for suitable management	**0**
17	**Lesson 17:** Monitoring volume of in and out fluid	1. Be able to assess patients who need to monitor in, out fluid 2. Perform properly technical procedure for in, out fluid monitoring 3. Be able to give instruction to patient/ patient family to monitor in - out fluid properly as technical requirements	**0**
18	**Lesson 18:** Wound and drainage tube care techniques	1. Assess and classify wounds 2. Perform properly and safety clean wound care techniques	**2**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
19	**Lesson 19:** Pressure ulcer prevention and care for patients	1. Be able to assess the stage s of pressure ulcer 2. Use Braden scale to assess level of pressure ulcer risk of patient 3. Perform pressure ulcer nursing care levels I, II for patients properly and safery according to technical procedure 4. Instruct patients and patient family preventive measure for pressure ulcer	**2**
20	**Lesson 20:** Excretion care	1. Assess the needs of patient about application of excretion care 2. Perform techniques for excretion support, urinary catheterization, urinary drainage, enema: ensure procedure compliance, safety and suitable with patient's conditions 3. Instruct patients and patient family use bed pan, urinal, Uridom for draining urine suitable with excretion needs of patients	**2**
4.2.4. Patient care management			
21	**Lesson 21:** Regulations on recording, managing medical records and care templates	1. Present the regulations on recording, using, preserving, keeping medical records and care templates 2. Explain patients' rights to be briefly informed in medical records 3. Follow the regulations and rules in recording, using, keeping patients' medical history	**2**
22	**Lesson 22:** Medical equipment usage and management: monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph	1. Use vital sign monitors and patient care equipments (monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph) to ensure proper process, efficiency and safety 2. Identify abnormal signs when performing patient care and follow up; offer appropriate treatment 3. Manage vital sign monitors and patient care equipments in accordance with regulation	**2**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
23	**Lesson 23:** Management of medicines and medical consumable supplies	1. Present regulations and procedures for managing medicines used for patients by nurses (enter information, receive, hand over, conduct medication to patients, preserve and report medicine use) 2. Present the management process of medical consumable supplies by nurses (estimate, receive, allocate and preserve) 3. Be properly and personally responsible for managing medicines and consumable supplies	**2**
4.2.5. First aid, emergency			
24	**Lesson 24:** Evaluate of comatose patient based on Glasgow Coma Scale	1. Explain patient evaluation steps based on Glasgow scale 2. Be able to implement patient evaluation steps based on Glasgow scale	**0**
25	**Lesson 25:** Respiratory support and airway management techniques	1. Identify cases when the patients need to have airway clearance, oxygen breathing or breath stacking ambu bag 2. Effectively carry out respiratory ventilation, oxygen breathing and breath stacking ambu bag 3. Become quick, accurate and safe when carrying out respiratory support techniques	**4**
26	**Lesson 26:** Basic emergency care for sudden cardiac arrest	1. Detect early victim, who suffer from cardiac arrest 2. Perform skillfully emergency technique; monitor, take care patient of cardiac arrest 3. Show urgent, accurate and effective cooperation for the emergency cases of cardiac arrest	**4**
27	**Lesson 27:** Prevention and management of anaphylaxis	1. Detect early symptoms and levels of anaphylaxis 2. Be able to prevent anaphylaxis in patient before administering medication 3. Perform primary emergency management for anaphylaxis level 1, 2 4. Show urgent, accurate working attitude and collaboration in teamwork to give emergency for anaphylaxis	**4**

No.	Lesson title	Lesson objectives	No. of OFF-JT
4.2.6. Communication, Consultation and Teamwork			
28	**Lesson 28:** Communication skills in patient care	1. Describe basic communication skills and some remarks in communication of the nurses 2. Describe the content of bad news notification 3. Make comments on communication cases of nurses in care practice 4. Perform appropriate and effective communication in patient care (communicate with patient, patient's family, colleague including skills of bad news notification	**8**
29	**Lesson 29:** Health education	1. Describe some fundamental features about communication skills in health education which is related to nursing activities: the meanings of communication in health education, all communication skills and requirements to communicate effectively 2. Develop a suitable and effective plan for patient, patient's families after discharging from hospital 3. Have good knowledge about health consultation and health education; with friendly attitude, open-hearted and respectful performance during health educating period	**8**
30	**Lesson 30:** Teamwork skill in health care	1. Present 6 benefits of the team in health care 2. Analyze 4 stages of team establishment and development 3. Discuss measures to enhance team work effectiveness	**4**

Notes: Studying time for lessons without Off-JT shall include in the total time of 1,324 hours for practicing at the clinical departments. The preceptor shall base on each trainee's achievement level and actual technical expertise of each training facility to arrange suitable schedule.

4.3. Review, self-study, test and evaluation

No.	Contents	Time (Unit)
1	Review	40
2	Health education, caring procedure development, reporting	40
3	Examination and evaluation	32
4	Completion, closing	8
Total		**120**

5. TEACHING – LEARNING MATERIALS

5.1. Main material:

- Ministry of Health / Project for strengthening clinical training systems for new nurses (2020), Training curriculum for new nurses
- Ministry of Health / Project for strengthening clinical training systems for new nurses (2020), Training materials for new nurses
- Ministry of Health / Project for strengthening clinical training systems for new nurses (2020), Guideline on new nurses training implementation and management

5.2. Reference documents:

- Ministry of Health (2012), Basic competency standards for Vietnam nurses
- Ministry of Health (2014), Training material of patient safety
- Ministry of Health (2012), Standard precaution guideline
- Ministry of Health (2017), Routine hand hygiene instruction
- Nam Dinh Nursing University (2018). Basic nursing
- National Assembly (2009), Law on Examination and Treatment No.40/2009/QH12
- Ministry of Health (2013). Circular No.22/2013/TT-BYT guiding on continuous training for medical officials
- Government (2016). Decree 109/2016/NĐ-CP stipulating on issuing professional license for practitioners and operational license for medical examination and treatment facilities

6. TEACHING – LEARNING METHOD

- Taking trainees as centered, taking the importance of self-study and practice of trainees
- Applying active teaching-learning methods such as group discussion, case study, competency-based teaching, group discussion, role play, mentoring, briefing, go to patient bed, medical record discussion, care note discussion.

- Combining training method at the clinical departments (so-called OJT) with gathering training (so-called Off-JT) to optimize the result.
- Utilizing media equipment, active teaching- learning methods.

7. CRITERIA AND OBLIGATIONS OF PRECEPTOR FOR NEW NURSES

7.1. Criteria

- Having nursing practical license
- Having expertise operational service suitable with trainees' qualifications, having equal or higher qualification with trainees'
- Having practiced medical examination and treatment for 3 years or more continuously
- Completing the training course for preceptor for new nurses or having certificate of clinical teaching-learning method.

7.2. Responsibilities of preceptors

- Providing practical guidance to the trainees
- Commenting on practical results and responsible for the comments
- Being responsible for the case trainee causing technical mistake while practicing, affecting to the patient's health due to the preceptor's faults.
- Following the preceptor's schedule to the new nurses according to training plan of the hospital.

8. EQUIPMENT, FACILITIES FOR THE TRAINING

Having classroom, audio devices, lights and the facilities such as: computer, projector, medical equipment, medical supplies for practicing.

9. IMPLEMENTATION OF THE TRAINING

9.1. Acceptance of trainee

- Receiving the trainees: Trainee has to submit a practical application and valid copies of expertise qualifications relating to health to the health facility where registering for practical studying; after receiving the practical application, if it is accepted, the leader of the health facility is responsible for signing the practical contract with the trainee.
- Assigning preceptor: The leader of health facility issues the decision on preceptor assignment. A preceptor is allowed to provide guidance for maximum 5 trainees at the same time.

9.2. Development of overall training plan

- The process of clinical training for new nurses will divide into 3 stages: stage I (from 1st – 3rd month), stage II (from 4th – 6th month), stage III (from 7th – 9th month). Refer to the Annex 1 for overall training plan development.

- Number of trainees in a course at a facility shall not exceeding 30 trainees. Depending on the capability of the facility and trainee's demand, it is possible to organize many courses a year but must ensure the requirements of training quality, such as having sufficient number of preceptors, clinical departments/patient beds, facilities…
- Training duration: make sure studying period of full 9 months continuously.

9.3. Theorical teaching-learning implementation

Theorical teaching-learning implementation must ensure the principles:

- Promoting the autonomy and self-study of new nurses, especially for theorical lessons which have learned at school, the trainee has to self-study, find additional materials for deeper understanding and better utilization.
- The preceptor is responsible for supporting to consolidate theorical parts during practice of the trainees
- Updating the latest knowledge, legal documents, suitable with reality.
- Enhancing group discussion method and using patient case in teaching-learning, avoiding theory re-presentation.
- The preceptor is responsible for updating patient care procedures, techniques according to regulations of the hospital or MOH to provide guidance for the new nurses.

9.4. Clinical learning implementation

**** Clinical learning implementation must ensure the following requirements:***

- Arranging pre-clinical learning before entering clinical learning. The hospital where pre-clinical department is not available or not enough, it is better to cooperate with nursing school to implement training program.
- Each new nurse has to practice all contents of the program at the clinical departments. It is necessary to arrange suitable department rotation for new nurses upon the actual circumstance of the hospital, encourage the department rotation for learning clinical cases and techniques.
- At each clinical department, the Head Nurse needs assign preceptor who regularly support and encourage new nurse to learn confidently and engross.
- Through the daily practice monitoring of the new nurses, the training manager and preceptor make plan for arranging and supporting new nurse to fulfill training contents and targets at the department.
- The new nurses practicing at each department shall be grouped and working together with other staff. In addition, new nurses should promote the self-control, self-study and apply learned experiences in patient care.
- While studying clinical and practice, the preceptor requests new nurses to read in advance, raise the discussion points about relevant theorical issues, procedures, checklist. After that, new nurses will practice under the guidance and supports of preceptor. During clinical training,

new nurses will use the checklist for self-assessment by group.

- After each practical lesson, preceptor requests trainee/group practice under the observation of preceptor and other trainees, then discussing, commenting to assist trainee/group study continuously to fulfill the skills.

10. EVALUATION AND ISSUANCE OF PRACTICAL CERTIFICATE

10.1. Evaluation method

- Based on the competency checklist following basic competency standards of Vietnam nurses (Annex 2). Each competency indicator shall category into 3 levels:
  - + 0 level: can not do
  - + 1 level: can do with support, need to be improved
  - + 2 level: can do independently

  ** Competency indicators marked (*) in the Annex 2* are not introduced under the training curriculum for new nurses. However, these indicators are stipulated by the MOH, it is used for general evaluation but not used for evaluating the trainee's studying results
- Complete at least 5 case studies applied nursing process in the care reality, including health consultation and education contents (Annex 4)

10.2. Practical Certificate:

- The trainees after completing clinical training, achieving the requirements mentioned at above 10.1
- After having written evaluation of preceptor, the Head of health facility shall grant the Practical Certificate according to Article 16, Decree 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016 guiding on issuance of practice certificate to the practitioner and operational certificate to the health examination and treatment facilities.

ANNEX

ANNEX 1: CLINICAL TRAINING COURSE PLAN

<table>
<tr><td colspan="2">Period
Content</td><td colspan="9">Implementation period</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3">Stage I (first 3 months)</td><td colspan="3">Stage II (from 4th month to 6th month)</td><td colspan="3">Stage III (from 7th month to 9th month)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Orientation</td><td>Introduction of training program, training plan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Auxiliary theory</td><td>Relevant legal documents of practicing and patient care</td><td>- Basic nursing competency, nursing ethic competency
- Communication skills</td><td>Nursing process, patient safety and infection control</td><td>Health consultation, education</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Patient care and basic nursing techniques at a department or rotation</td><td colspan="3">Patient care and practicing basic nursing techniques under the guidance, support of preceptor</td><td colspan="3">- Gradually expanding caring scope, practicing more difficult techniques, patient safety with support/supervision of preceptor.
- Practicing health consultation and education skills to patient/patient family</td><td colspan="3">- Applying clinical knowledge and skills in identification, care implementation, prognosing the changes of patient's health - Having care competency
- Practicing health consultation and education skills to patient/patient family</td></tr>
<tr><td colspan="2">Patient case study</td><td></td><td></td><td colspan="2">Applying nursing process in care plan development and implementation</td><td colspan="4">Patient case study</td><td>Patient case study completion</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Evaluation</td><td>Achievement level of competency standard for Vietnam nurses</td><td>Pre-test</td><td></td><td colspan="2">Assessment after 3 months</td><td></td><td>Assessment after 6 months</td><td></td><td></td><td>Evaluation after 9 months (final evaluation)</td></tr>
<tr><td colspan="10">Trainee's self-assessment, preceptor's assessment based on basic competency standards for Vietnam nurses</td></tr>
<tr><td colspan="10">Complete at least 5 case studies applied nursing process in the patient care reality. Including health consultation and education contents</td></tr>
</table>

ANNEX 2: CHECKLIST OF COMPETENCY BASED EVALUATION FOR VIETNAMESE NURSES

(Using for trainee's evaluation during clinical training for new nurses)

Remark: NN: New nurse
Pre: Preceptor

<table>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">EVALUATION INSTRUCTION
- Annex 2 used for trainee and preceptor
- Column 4: Category into 3 expected competency level based on the competency standard (level *, level 1 and level 2).
- 110 indicators are categorized achievement levels of trainees as follows:
o 15 indicators (*) are not covered by the clinical training for new nurse program.
o 35 indicators require level 1
o 60 indicators require level 2
o There is no indicator of level 0 (cannot do)
- Columns from (5) to (11), trainee shall self-assess and preceptor shall assess trainees by 3 levels (0; 1; 2) at the timings (baseline, end of 3th months, end of 6th months and end of 9th months) by each competency indicator.
- 15 indicators marked (*) are the indicators which are not covered by the clinical training for new nurse program, they are still evaluated but not taken into account to assess trainee's learning results.
- Each competency indicator is categorized into 3 performance levels:
+ 0: Cannot do
+ 1: Can do with support/need to be improved
+ 2: Can do independently</td><td rowspan="2">Achievement level after 9 months</td><td>Baseline assessment</td><td colspan="2">First 3 months assessment (1st time)</td><td colspan="2">Middle 3 months evaluation (2nd time)</td><td colspan="2">Final evaluation</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">After 3 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 6 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 9 months (DD/ MM)</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>NN</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td></tr>
<tr><td>(1)</td><td colspan="2">(2)</td><td colspan="2">(3)</td><td>(4)</td><td>(5)</td><td>(6)</td><td>(7)</td><td>(8)</td><td>(9)</td><td>(10)</td><td>(11)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Domain</td><td colspan="2" rowspan="2">Competency standard</td><td colspan="2">Competency indicator</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>No.</td><td>Competency indicator (order is in line with standard)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. PATIENT CARE COMPETENCIES</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">DEMONSTRATES KNOWLEDGE BASE ON THE HEALTH/ ILLNESS STATUS OF INDIVIDUAL / GROUPS / COMMUNITIES.</td><td>1</td><td>Indicator 1: Identify the health need of the individuals, families, population groups and/or communities (hereafter refers to patients/clients)</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Indicator 2: Explain the health status of the clients/groups.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

	2	PROVIDE SOUND DECISIONS OF CARE APPROPRIA TELY TO PATIENTS'/ CLIENTS NEEDS	3	*Indicator 1:* Collect and analyze information about health issues, disease to determine health problem and illness of individuals, families and communities	1							
			4	*Indicator 2:* Make decisions of care for patients, families and communities safely and effectively.	1							
			5	*Indicator 3:* Perform nursing interventions to support individuals, families and communities to respond to the problem health/disease in accordance with cultural beliefs of the patient, patient family.	2							
			6	*Indicator 4:* Monitor the evolution of nursing interventions performed	1							
	3	SET UP PRIORITIES IN NURSING CARE BASED ON PATIENTS'/CLIENTS NEEDS OF HEALTH CARE	7	*Indicator 1:* Analyze and identify priority patients/clients' needs of care	1							
			8	*Indicator 2:* Carry out appropriate nursing care to respond to priority needs/problems.	2							
	4	UTILIZE THE NURSING PROCESS AS FRAMEWORK FOR MAKING NURSING PLAN AND INTER VENTIONS.	9	*Indicator 1:* Perform comprehensive and systematic nursing assessment	2							
			10	*Indicator 2:* Collect and record patients'/clients' information appropriately	2							
			11	*Indicator 3:* Analyze and explain the information exactly.	2							
			12	*Indicator 4:* Formulate a health needs based care plan on the basis of collaboration and agreement with patients/clients, their family and team other members on the priority issues and clients' expectations	2							
			13	*Indicator 5:* Explain nursing interventions for patients, families and implement planned nursing care in a manner that ensures safety, comfort and efficiency for patients	2							

			14	*Indicator 6:* Instruct patient/family to perform appropriate self-care	2							
			15	*Indicator 7:* Evaluate and adjust care plan based on the patient's health condition and expected outcomes	1							
			16	*Indicator 8:* Perform necessary support for discharged patients	2							
			17	*Indicator 9:* Provide health education on disease prevention to patients	2							
	5	PROMOTE SAFETY, COMFORT AND PRIVACY OF PATIENTS / CLIENTS	18	*Indicator 1:* Deploy safety measures in all aspects of patients/ clients care	2							
			19	*Indicator 2:* Create a convenient environment for patients	2							
			20	*Indicator 3:* Ensure privacy while providing care to patients	2							
	6	PERFORM PROPER CARE TECHNIQUES FOLLOWING NURSING CARE PROCESS	21	*Indicator 1:* Comply with steps of nursing process in the professional scopes	2							
			22	*Indicator 2:* Implement nursing techniques skillfully	1							
			23	*Indicator 3:* Follow the rules of infection control	2							
	7	ADMINISTER MEDICATION SAFELY AND EFFECTIVELY	24	*Indicator 1:* Take a complete patient's drug history	2							
			25	*Indicator 2:* Comply with rules while administering medication to patients	2							
			26	*Indicator 3:* Explain and instruct patient about the drugs that is given to her/him	2							
			27	*Indicator 4:* Detect and perform necessary intervention if the patient had any drug reactions and report promptly to doctor and nurse in charge	1							

			28	*Indicator 5:* Be aware of potential drug - drug or drug-food interactions	1							
			29	*Indicator 6:* Evaluate the effects of medication	1							
			30	*Indicator 7:* Document and inform well drugs administered to patient	2							
	8	ENSURE CONTINUITY OF CARE	31	*Indicator 1:* Hand over the patient's status to the next care team appropriately	2							
			32	*Indicator 2:* Collaborate with patients, families and other team members effectively to ensure continuity of care	2							
			33	*Indicator 3:* Set up necessary measures to implement continuous care for patients	1							
	9	PERFORM FIRST AIDS AND ACTS ON EMERGENCIES	34	*Indicator 1:* Detect in time sudden changes in health condition of patients/clients	2							
			35	*Indicator 2:* Give emergency interventions promptly and appropriately	1							
			36	*Indicator 3:* Coordinate with other health team members effectively	2							
			37	*Indicator 4:* Perform effective first aid for patients/clients	1							
	10	ESTABLISH GOOD RAPPORT WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND TEAM MEMBER	38	*Indicator 1:* Create trust and confidence for patients/clients, families and team members	2							
			39	*Indicator 2:* Spend adequate time for communication with client/ significant others and team members	2							
			40	*Indicator 3:* Listen actively to patients/family's concerns, complaints	2							

	11	COMMUNICATE WITH THE PA TIENTS/ CLIENTS AND FAMILIES EFFECTIVELY	41	*Indicator 1:* Identify patients/client's feelings and psychological needs through his/her body language and facial expressions	1							
			42	*Indicator 2:* Communicate effectively with individuals, families and communities that have limitations in communication due to disease or psychological problems	2							
			43	*Indicator 3:* Express words, gestures that motivate, encourage and comfort patients/clients.	2							
			44	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of culture, belief of patients/clients, families and community when communicate with them.	1							
	12	UTILIZE COMMUNICATING CHANNELS AND AUDIO-VISUAL MEANS EFEECTIVELY TO FACILITATE CONTACT AND COMMUNICATE WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND COMMUNITIES	45	*Indicator 1:* Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and communities	1							
			46	*Indicator 2:* Utilize effectively and appropriately communication methods with patients/clients, families and communities	1							
	13	PROVIDE APPROPRIATE INFORMATION REGARDING HEALTH STATUS TO PATIENTS/CLIENTS	47	*Indicator 1:* Define appropriate information needed to inform to patient/family	2							
			48	*Indicator 2:* Make psychological preparation for patients/clients and families before inform them the "bad" news.	1							

	14	DETERMINE NEEDS AND PERFORM HEALTH EDUCATION FOR INDIVIDUALS, FAMILIES AND COMMUNITIES.	49	*Indicator 1:* Collect and analyze information on the needs of health education of individuals, families and communities.	2							
			50	*Indicator 2:* Identify needs and content of information needed to provide to patients, families and communities.	2							
			51	*Indicator 3:* Develop health education plan fitting with socio-cultural features, beliefs of patients, families and communities.	2							
			52	*Indicator 4:* Develop health education materials fitting with patients, families and communities.	*							
			53	*Indicator 5:* Perform health education for individuals, families and groups appropriately and effectively.	2							
			54	*Indicator 6:* Perform evaluation effects of health education and adjust it necessarily.	1							
	15	ESTABLISH COLLABORATIVE RELATIONSHIP WITH COLLEAGUES AND OTHER TEAM MEMBERS	55	*Indicator 1:* Maintain good relationship with other team members, consider patient as a team member	2							
			56	*Indicator 2:* Collaborate well with team member in order to make appropriate decisions for quality improvement								
			57	*Indicator 3:* Recommend appropriate intervention to improve client care.	2							
			58	*Indicator 4:* Respect the role and views/opinions of other team members	2							
			59	*Indicator 5:* Share information with other team members	2							
			60	*Indicator 6:* Act as representative and advocacy role to protect	1							

2. PROFESSIONAL MANGEMENT AND DEVELOPMENT COMPETENCIES	16	MANAGEMENT, RECORDING AND USE OF MEDICAL RECORDS A CCORDING TO REGULATIONS	61	*Indicator 1:* Apply principles of management and storage of medical records regulated by the law and by MOH	2							
			62	*Indicator 2:* Keep information written in medical records confidentially	2							
			63	*Indicator 3:* Record information in medical record accuracy and timely	2							
			64	*Indicator 4:* Use collected data about patient's health status as the basis to develop policy and to facilitate care activities provided to patients	*							
	17	MANAGEMENT OF PA TIENTS/CLIENTS CARE	65	*Indicator 1:* Manage individual tasks and time scientifically and effectively	2							
			66	*Indicator 2:* Identify tasks or activities need be done based on degree of priority	2							
			67	*Indicator 3:* Organize, coordinate, delegate tasks for team member scientifically and effectively	*							
			68	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients/clients.	1							
			69	*Indicator 5:* Use informatics technology for management, for care of patients and for updated information.	1							
	18	ESTABLISHES MECHANISM TO ENSURE PROPER FUNCTIONING OF EQUIPMENT	70	*Indicator 1:* Establish mechanism to manage and operate equipment for patients/clients care and treatment	*							
			71	*Indicator 2:* Plan for preventive maintenance program	1							
			72	*Indicator 3:* Operate equipment, facilities used for nursing care to ensure safety, effectiveness and prevent health care associated infections	2							

	19	UTILIZE FINANCIAL RESOURCES TO SUPPORT PATIENTS/CLIENTS CARE	73	*Indicator 1:* Identify the cost-effectiveness in the utilization of resources	*							
			74	*Indicator 2:* Develop budget proposal and deploy the plan to use resources for patient's care needs effectively.	*							
	20	MAITAINS THE SAFE ENVIRONMENT	75	*Indicator 1:* Comply with standards and safety codes prescribed by laws	2							
			76	*Indicator 2:* Adhere to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection.	2							
			77	*Indicator 3:* Comply to rules and regulations regarding care environment (water, air and noise)	*							
			78	*Indicator 4:* Comply with regulations regarding management and treatment of wastes.	2							
			79	*Indicator 5:* Define steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations.	*							
			80	*Indicator 6:* Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	1							
	21	IMPROVE THE QUALITY OF CARE AND RISK MANAGEMENT IN CARE ENVIRONMENT.	81	*Indicator 1:* Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	1							
			82	*Indicator 2:* Detect and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	1							
			83	*Indicator 3:* Solicits feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered	1							
			84	*Indicator 4:* Apply proper methods to improve quality of care	1							

			85	*Indicator 5:* Participate in quality improvement activities in health care centre	1							
			86	*Indicator 6:* Share with the team member relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment	2							
			87	*Indicator 7:* Review nursing care plan to improve quality of care as well as minimize potential shortcomings	1							
			88	*Indicator 8:* Make appropriate proposals of means for care and preventions	1							
			89	*Indicator 9:* Apply scientific evidences in nursing care to improve safety for patients.	1							
	22	CONDUCT NURSING RESEARCH AND IMPLEMENT EVIDENCE BASED PRACTICE	90	*Indicator 1:* Define and select research areas or research questions that are necessary, reasonable and feasible	*							
			91	*Indicator 2:* Apply appropriate methods to conduct selected research issues	*							
			92	*Indicator 3:* Apply appropriate statistical methods to analyze and interpret collected	*							
			93	*Indicator 4:* Recommend appropriate research result based solutions	*							
			94	*Indicator 5:* Present research findings to colleagues, patients and related persons	*							
			95	*Indicator 6:* Utilize research findings in nursing practice to improve quality of nursing practice	1							
	23	MAINTAIN PERSONAL AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT	96	*Indicator 1:* Identify own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	2							
			97	*Indicator 2:* Pursue continuing education, participates in formal and non- formal education; Apply learned information for the improvement of care	2							

			98	*Indicator 3:* Get involved in professional organizations and civic activities	1							
			99	*Indicator 4:* Project a professional image of the nurse, demonstrate good manners and right conduct at all times	2							
			100	*Indicator 5:* Possess positive attitude towards change and criticism, listen to suggestions and recommendations, try new strategies or approaches and adapt to changes willingly	2							
			101	*Indicator 6:* Perform function according to professional standards	2							
			102	*Indicator 7:* Contribute to improve training and professional development for colleagues	*							
			103	*Indicator 8:* Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society	*							
LEGAL AND ETHICS COMPETENCIES	24	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	104	*Indicator 1:* Practice in accordance with the laws related to health, regulations of the Health Ministry and nursing practice	2							
			105	*Indicator 2:* Compliance with the provisions of the work base	2							
			106	*Indicator 3:* Implement codes of conduct of the unit/organization and law	2							
			107	*Indicator 4:* Record and keep care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard care practices	2							
	25	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	108	*Indicator 1:* Accept responsibility and accountability for own decision and care interventions.	2							
			109	*Indicator 2:* Compliance with national and international standards of professional ethics in nursing practice.	2							
			110	*Indicator 3:* Report the violation to the competent agencies and take responsible for that report	2							

ANNEX 3: PERIODICAL ASSESSMENT FORM

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 03 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: ..... = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: ..... = ?/35 List of indicators reach level 0: ..... = ?
Trainee's self-assessment	*Comment of trainee: (preceptor writes down clearly about reach or unreachable result, and action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result. and recommendation for next step)* *Signature:*

Note:

Indicators with (*) will not count on this evaluation result.

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 06 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: ..... = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: ..... = ?/35 List of indicators reach level 0: ..... = ?
Trainee's self-assessment	*Comment of trainee: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result, action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor: (preceptor writes down clearly about reach or unreachable result, and recommendation)* *Signature:*

Note:

Indicators with (*) will not count on this evaluation result.

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 09 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: ..... = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: ..... = ?/35 List of indicators reach level 0: ..... = ?
Trainee's self-evaluation	*Comment of trainee: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*
Preceptor's evaluation	*Comment of preceptor:(preceptor writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*

Note:

Evaluation sheet after 9months of preceptor will be used as basis for person/department in charge of general training to submit results to the Hospital director in order to issue "Practice Certificate" for new nurse after completed training.

ANNEX 4
CARE PLAN
CLINICAL CASE/CASESTUDY

(for trainee's self-administered)

Full name: .....

Class: ..... Subject: .....

1. Administrative information

- Name of patient: ..... Age: .....
- Gender: Male/female
- Nationality:.....
- Address: .....
- Occupation: .....
- Care people /for necessary case: .....
- Hospitalized date:.....
- Department:.....

2. Health information

- Reason of hospitalization: .....
- Medical diagnosis: .....
- Treatment method: .....
- Prescribed medication:.....

Identification

☼ ***Illness history (tóm tắt):***

.....

.....

.....

.....

☼ ***Health history:***

.....

.....

☼ ***Subjective information (ask patient)***

.....

.....

.....

.....

.....

☼ ***Objective information: (Clinical examination, relevant test result)***

.....

.....

.....

.....

Care plan

Care problem/ care diagnosis	**Making care plan** (plan, expected result)	**Care implementation**	**Care evaluation/ Result**

Self-assessment of trainee

.....

.....

.....

.....

Comments/feedbacks and confirmation of preceptor

.....

.....

.....

.....

.....

Date..... Month..... Year.....

ANNEX 5
HEALTH CONSULTATION, EDUCATION
(for trainee's self-administered)

Full name: .....
Class: ..... Subject:.....

1. Patient basic information
- Name of patient: ..... Age: .....
- Gender: Male/female
- Address: .....
- Occupation: .....
- Care people /for necessary case .....
- Hospitalized date:.....
- Department:.....

2. Health information
- Hospitalized reason: .....
- Medical diagnosis: .....
- Illness history: .....

.....
.....

3. Identification
Patient's culture, religious factors:

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

Reading, understanding ability of patient/family

.....
.....

Knowledge, skills of patient/family about current health

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

Current habits: helpful and harmful

.....
.....

Difficulties of patient/family: Physical, awareness problems

.....
.....

Languages and communication method to patient/family

.....

.....

Consultation contents

Consultation issue	**Consultation plan** (Solutions)	**Expectation target**	**Implementation**	**Evaluation**

Self-assessment of trainee

Achieved contents

.....

.....

Not achieved contents

.....

.....

Need to be supported issues

.....

.....

Comments/feedbacks and confirmation of preceptor

.....

.....

.....

.....

Date..... Month..... Year .....

GUIDANCE OF HEALTH CONSULTATION, EDUCATION FORMAT

1. **Basic information, health information:** based on patient record
2. **Identification:** Based on the direct question to patient/family to collect information; write down fully, shortly collected information filling.
3. **Consultation contents:**

    3.1. Consultation issue: Depending on each patient to determine suitable consultation issues, arranging in priorities: for example, nutrition, medication, personal hygiene, exercise …

    3.2. Consultation plan: based on the consultation issues to make suitable consultation plan

    3.3. Expectation results: Setup expectation result for each issue

    3.4. Implementation: State specifically implementation plan for each issue

    3.5. Evaluation: After implementing plan, give evaluation for each issue.

ANNEX 6

MINISTRY OF HEALTH

No.: 1352/QĐ-BYT

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence – Freedom – Happiness

Hanoi, 24 April 2012

DECISION

On the approval of "Basic competency standards for Vietnamese nurses"

MINISTER OF HEALTH

Pursuant to Decree No. 188/2007/ND-CP dated December 27, 2007 of the Government stipulating functions, obligations, rights and structure organization of the Ministry of Health.

On the proposals of Director of Personnel and Organization Department, Director of Medical Services Administration – Ministry of Health.

DECIDES

Article 1. Approved the "Basic competency standards for Vietnamese nurses" in conjunction with this Decision.

Article 2. This Decision takes into effect since signing date, issuance.

Article 3. The Directors of General Office of MoH, Personnel and Organization Department, Medical Services Administration; Directors of provincial/city Departments of Health; Directors of Institutes, Principals of nursing educational Universities/Colleges/Schools; Heads of relevant Units are in charge of implementing this Decision./.

Receipts:
- Same as Article 3;
- Minister (for reporting)
- Vice Ministers (for information)
- Archives in Documentation, Personnel

ON BE HALF OF MINISTER
VICE MINISTER

Nguyen Viet Tien
(Signed and sealed)

BASIC COMPETENCY STANDARDS FOR VIETNAMESE NURSES

(issued in accordance with the decision numbered 1352/QĐ-BYT dated on the 24th, April 2012 by the Ministry of Health)

PART 1

INTRODUCTION

1. PREFACE

Since 1990, with great support from the Government and the Ministry of Health, Nursing profession in Vietnam has been developed rapidly in the fields of management, training, practice and nursing research. In the trend of regional and international integration, the government has signed a framework agreement on mutual recognition with the 10 ASEAN countries on the recognition of nursing services in the region. To enhance the quality of nursing human resources as a basis for curriculum development and use of nursing personnel to effectively meet the requirements of integration into countries in the region, with the support of the Canadian nurses Association and nursing experts from the, Queensland University of Technology (QUT), Australia, the Ministry of Health in collaboration with the Vietnam Nurses Association (VNA) has developed basic competencies of nurse in Vietnam. The document has been developed by the national nursing professionals, the medical managers and nursing educators who participated in compilation of the document on the basis of reference to the common regional and international nursing competencies.

Based on the conclusions of the appraisal of the professional committee established under the Decision No. 1352/QD-BYT dated on the 24th April 2012, the Ministry of Health issued the set of Basic Competencies for Vietnamese Nurses in order to let training institutions and organizations recruiting nurses study and apply it, as well as to inform it to countries in the region and over the World.

1.1. General context of nursing profession

1.1.1 International context

Nursing profession has been growing into a multi scientific discipline, with many graduate programs. Its development is in parallel with the development of specialized Medical, Pharmacy, and Public Health in health sector.

Nursing profession is becoming a necessary public service for people, for families. In many countries, especially in developed countries, the population is getting older and older that requires an increasingly high need of care at home as well at health facilities.

Nursing qualification is getting higher and higher. Requirement for nurse registration & licensing and for being recognized professional nurse is at least 3-year training (college nurse) or 4-year training (bachelor of nurse) in ASEAN as well as all over the world.

Nursing shortage is rising in many countries, especially in developed countries. There are many reasons: population is growing old, nurses quit job because of hard work, stress and they

find other jobs more interesting for example: clerk, office staff... ; nurses just want to be hired part-time, and spend rest of the day to take care for their children, family. In the United States, Canada, United Kingdom, there aren't enough nurses for new-opening health care centers, so these countries have to attracted qualified nurses from developing countries by some policies: expanding visa, increasing salary...

Nursing migration is happening on a global scale. Nurses migrate from less developed countries to developing countries and from developing countries to developed ones.

Mutual Recognition Agreements (MRA) are supporting for the nursing migration in the regional level and worldwide level. Many nations are considering MRA the important concerning and make it the governmental commitment and indispensable in the integration process. The Asian South East Nations (10 countries) signed the ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical, Nursing and Dental Services. This Arrangement allows people in ASEAN countries who hold a legal Medical/Nursing/Dental registration and/or license having right to work in others countries within the regional. ASEAN Coordinating Committee on Nursing Service is discussing core competency standards of registered nurses as the basis for the recognition nursing staffs among the countries. They are building the ASEAN Nursing Web page to track Persons who move abroad to practice nursing in each country.

The uneven development and diversity of nursing profession in the integration process of ASEAN region and world inevitably leads to needs of standardizing the nursing training system, standardized nursing qualification to facilitate the Nursing migration and the mutual recognition of nursing qualifications between countries in the ASEAN region.

Vietnam Nursing profession in the general context of health care system

At present, there are 75891 nurses throughout the country, accounting for 45% of workforce of the health sector (Health Statistics 2009). Care provided by nurses is one of the pillars of the health service system, plays a very important role in improving the quality of health services. With the attention of the Ministry of

Health, the Nursing profession had a breakthrough development in the following areas:

Establishment of nursing management system from the Ministry of Health to Hospitals and the system has collaborated well with nursing association at all levels to support each other for mutual development. Nursing manager system has promoted the role in management of care and participates in developing policies related to nursing practice in patient care. The position and role of nursing manager is confirmed, they have allowances equivalent to vice chief of the department or office; several nursing managers have been appointed deputy chief of the medical professional of the health bureau or deputy director of hospitals.

Nursing has become a discipline with multiple levels of qualifications, from intermediate to college, university and master's degrees in nursing. Nursing education system now has many training facilities, including undergraduate and post graduate training.

The policies regarding nurses and standards of nursing practice are gradually developed and completed: The Ministry of Health has issued legal documents, national guidelines on nursing practice; the nation has decisions to recognize the title as excellent health worker and People's

health worker for nurses, midwives member. The current policies have opened the future for nurses and nursing profession to develop and nurses can be assured to strive and progress in their careers.

Quality of patient care has many significant changes through innovation of care models, deliver comprehensive care and standardize nursing techniques. The role and professional status of nurses have been changed fundamentally.

However, the nursing profession is facing many challenges of development: lack of teachers and lack of top experts resulted in 70% of teachers of nursing education are medical doctors; nursing science has not kept pace with the development progress of international nursing; nurses have not been educated to be more active and professional in delivering care; structure of nursing manpower in term of level of training is imbalance leading to unclear distinguish of scope of practice of nurses even they have different level of education; position and image of nurses in society is changed somehow but not much

2. NECESSITY

The formulation and promulgation of the basic competencies for nurses of Vietnam is very important because of the following basic reasons:

2.1. For Nursing schools and training centers

The set of basic competency standards is the basis for:

- distinguishing the competencies of Bachelor of Nurses with other levels of nurses (College nurse, Diploma nurse);
- the development of training programs and content to ensure nursing students after graduation has required competencies.
- nursing teachers to define the objectives and content of training for Bachelor of Nurses;
- nursing students to strive to learn and self-assessment of professional competence;
- comparing the output capacity of Vietnam nurses with other countries, accelerating the process of integration and recognition of training levels across countries in the region and the world;

2.2. For the health centers/nurse workforce users

The set of basic competency standards is the basis for:

- defining the scopes of practice between different levels of nurse.
- assigning tasks and responsibilities for Bachelor of nurse;
- developing the Standards of practice for all levels of nurses;
- determining responsibility and obligation of nurses and resolve violations of Nursing ethics and practice.

2.3. For Nursing management agencies

The set of basic competences standards is the basis for:

- for countries to recognize the equivalence of nursing qualifications between countries;
- the cooperation and exchange nurses between countries;
- formulating programs for foreign nursing training;
- determining capacity, nursing standards in each country and region.

3. BACKGROUND FOR FORMULATION OF BASIC COMPETENCY STANDARDS

- Law of examination and treatment No 40/QH 12 enacted on 23rd, November, 2009 by the Assembly of the Socialist Republic of Vietnam.
- ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical, Nursing and Dental Services that Vietnam government signed with ASEAN nations in December 8,2006;
- Decision No 41/2005/QD-BNV, issued on the 22nd April 2007 by Ministry of Interior on Professional Standards for nurses;
- Competency standards for registered nurses recommended by World Health Organization Western Pacific Regional;
- Competency standards for Professional Nurse by International Nursing Council (ICN, 2003);
- Competency standards for Nurses of Philippines.

4. DEVELOPMENT PROCESS

4.1. Preparation process of the Vietnam Nurses Association

- Setting up a group to compile basic competency standards for Vietnamese nurses, that consisting of: educators, managers and policy makers and with support of foreign nursing experts;
- Task force group reviewed, studied internal and external documents related to nurse competencies;
- Taskforce group compiled and developed drafts to get comments from participants at different workshops;
- Receiving comments and ideas from nursing experts - who have experiences in nursing management and training, the draft was launched into the VNA website to get comments from VNA members;
- VNA Board approved the set of the basic competency standards. The President of the VNA signed and enacted the basic competencies to use it as a reference and submitted it to MoH the first time in 2009 and continued to update it for the second submission to MoH in October 2011.

4.2. The process for approval of the Ministry of Health

- On the basis of the proposal made by the VNA, after the guidance of the Minister of Health, the Personnel Department - Ministry of Health has served as a focal point body to complete the set of basic competences of Vietnam nurses in accordance with regulation of the Ministry of Health.
- The Minister of Health has set up a professional committee to appraise the proposed basic competency standards for Vietnamese nurses. The committee consisted of 15 members and chaired by Associate Nguyen Viet Tien, Vice Minister of Health.
- The Personnel Department, Ministry of Health issued a written to request final comments of the various departments of the Ministry of Health to complete the set of basic competences of Vietnam nurses.
- The Minister of the MOH signed the Decision No 1352/QD-BYT dated 24th, April in 2012 to issue the basic competences of Vietnam nurses.

5. SUMMARY OF THE DOCUMENT

The set of basic competency standards for Vietnamese nurses is generally structured as that of Asia Pacific and ASEAN regions to meet the requirements of the region and to facilitate comparison with the basic competences of nurses in other countries. The set of basic competences of Vietnam nurses has been divided into 3 domains, 25 competencies and 110 indicators.

Each domain represents a crucial nursing function and covers a task. The basic competences were divided into 3 domains such as: Nursing care practice; nursing care management and development of nursing care profession; Legal and ethics.

Each competence is a domain component and is a task of a nurse.

Each indicator is a competency component. One indicator might apply to competencies and other areas.

The set of basic competency standards for Vietnamese nurses is carefully written, referred to many valuable resources, and received lots of good comments through multiple communication channels to adjust it suitable for the current status of the nursing professional in Vietnam nurses and integration trends.

PART TWO

BASIC COMPETENCES OF NURSES OF VIETNAM

DOMAIN 1: PATIENT CARE COMPETENCIES

COMPETENCY 1: DEMONSTRATES KNOWLEDGE BASE ON THE HEALTH/ ILLNESS STATUS OF INDIVIDUAL / GROUPS / COMMUNITIES.

1. **Indicator 1:** Identify the health need of the individuals, families, population groups and/or communities (hereafter refers to patients/clients).
2. **Indicator 2:** Explain the health status of the clients/groups.

COMPETENCY 2: PROVIDE SOUND DECISIONS OF CARE APPROPRIA TELY TO PATIENTS '/CLIENTS NEEDS

3. **Indicator 1:** Collect and analyze information about health issues, disease to determine health problem and illness of individuals, families and communities.
4. **Indicator 2:** Make decisions of care for patients, families and communities safely and effectively.
5. **Indicator 3:** Perform nursing interventions to support individuals, families and communities to respond to the problem health/disease in accordance with cultural beliefs of the patient, patient family.
6. **Indicator 4:** Monitor the evolution of nursing interventions performed.

COMPETENCY 3: SET UP PRIORITIES IN NURSING CARE BASED ON PATIENTS'/ CLIENTS NEEDS OF HEALTH CARE

7. **Indicator 1:** Analyze and identify priority patients/clients' needs of care.
8. **Indicator 2:** Carry out appropriate nursing care to respond to priority needs/problems.

COMPETENCY 4: UTILIZE THE NURSING PROCESS AS FRAMEWORK FOR MAKING NURSING PLAN AND INTER VENTIONS.

9. **Indicator 1:** Perform comprehensive and systematic nursing assessment.
10. **Indicator 2:** Collect and record patients'/clients' information appropriately
11. **Indicator 3:** Analyze and explain the information exactly.
12. **Indicator 4:** Formulate a health needs based care plan on the basis of collaboration and agreement with patients/clients, their family and team other members on the priority issues and clients' expectations.
13. **Indicator 5:** Explain nursing interventions for patients, families and implement planned nursing care in a manner that ensures safety, comfort and efficiency for patients.
14. **Indicator 6:** Instruct patient/family to perform appropriate self-care.
15. **Indicator 7:** Evaluate and adjust care plan based on the patient's health condition and expected outcomes.
16. **Indicator 8:** Perform necessary support for discharged patients.
17. **Indicator 9:** Provide health education on disease prevention to patients.

COMPETENCY 5: PROMOTE SAFETY, COMFORT AND PRIVACY OF PATIENTS / CLIENTS

18. **Indicator 1:** Deploy safety measures in all aspects of patients/clients care.
19. **Indicator 2:** Create a convenient environment for patients.
20. **Indicator 3:** Ensure privacy while providing care to patients.

COMPETENCY 6: PERFORM PROPER CARE TECHNIQUES FOLLOWING NURSING CARE PROCESS

21. **Indicator 1:** Comply with steps of nursing process in the professional scopes.
22. **Indicator 2:** Implement nursing techniques skillfully.
23. **Indicator 3:** Follow the rules of infection control.

COMPETENCY 7: ADMINISTER MEDICATION SAFELY AND EFFECTIVELY

24. **Indicator 1:** Take a complete patient's drug history.
25. **Indicator 2:** Comply with rules while administering medication to patients.
26. **Indicator 3:** Explain and instruct patient about the drugs that is given to her/him
27. **Indicator 4:** Detect and perform necessary intervention if the patient had any drug reactions and report promptly to doctor and nurse in charge.
28. **Indicator 5:** Be aware of potential drug - drug or drug-food interactions.
29. **Indicator 6:** Evaluate the effects of medication.
30. **Indicator 7:** Document and inform well drugs administered to patient.

COMPETENCY 8: ENSURE CONTINUITY OF CARE

31. **Indicator 1:** Hand over the patient's status to the next care team appropriately.
32. **Indicator 2:** Collaborate with patients, families and other team members effectively to ensure continuity of care.
33. **Indicator 3:** Set up necessary measures to implement continuous care for patients.

COMPETENCY 9: PERFORM FIRST AIDS AND ACTS ON EMERGENCIES

34. **Indicator 1:** Detect in time sudden changes in health condition of patients/clients.
35. **Indicator 2:** Give emergency interventions promptly and appropriately.
36. **Indicator 3:** Coordinate with other health team members effectively.
37. **Indicator 4:** Perform effective first aid for patients/clients.

COMPETENCY 10: ESTABLISH GOOD RAPPORT WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND TEAM MEMBER.

38. **Indicator 1:** Create trust and confidence for patients/clients, families and team members.
39. **Indicator 2:** Spend adequate time for communication with client/significant others and team members.
40. **Indicator 3:** Listen actively to patients/family's concerns, complaints.

COMPETENCY 11: COMMUNICATE WITH THE PA TIENTS/CLIENTS AND FAMILIES EFFECTIVELY

41. **Indicator 1:** Identify patients/client's feelings and psychological needs through his/her body language and facial expressions.
42. **Indicator 2:** Communicate effectively with individuals, families and communities that have limitations in communication due to disease or psychological problems.
43. **Indicator 3:** Express words, gestures that motivate, encourage and comfort patients/clients.
44. **Indicator 4:** Demonstrate understanding of culture, belief of patients/clients, families and community when communicate with them.

COMPETENCY12: UTILIZE COMMUNICATING CHANNELS AND AUDIO-VISUAL MEANS EFEECTIVELY TO FACILITATE CONTACT AND COMMUNICATE WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND COMMUNITIES.

45. **Indicator 1:** Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and communities.
46. **Indicator 2:** Utilize effectively and appropriately communication methods with patients/clients, families and communities.

COMPETENCY 13: PROVIDE APPROPRIATE INFORMATION REGARDING HEALTH STATUS TO PATIENTS/CLIENTS

47. **Indicator 1:** Define appropriate information needed to inform to patient/family.
48. **Indicator 2:** Make psychological preparation for patients/clients and families before inform them the "bad" news.

COMPETENCY 14: DETERMINE NEEDS AND PERFORM HEALTH EDUCATION FOR INDIVIDUALS, FAMILIES AND COMMUNITIES.

49. **Indicator 1:** Collect and analyze information on the needs of health education of individuals, families and communities.
50. **Indicator 2:** Identify needs and content of information needed to provide to patients, families and communities.
51. **Indicator 3:** Develop health education plan fitting with socio-cultural features, beliefs of patients, families and communities.
52. **Indicator 4:** Develop health education materials fitting with patients, families and communities.
53. **Indicator 5:** Perform health education for individuals, families and groups appropriately and effectively.
54. **Indicator 6:** Perform evaluation effects of health education and adjust it necessarily.

COMPETENCY 15: ESTABLISH COLLABORATIVE RELATIONSHIP WITH COLLEAGUES AND OTHER TEAM MEMBERS

55. **Indicator 1:** Maintain good relationship with other team members, consider patient as a team member.
56. **Indicator 2:** Collaborate well with team member in order to make appropriate decisions for quality improvement.
57. **Indicator 3:** Recommend appropriate intervention to improve client care.
58. **Indicator 4:** Respect the role and views/opinions of other team members.
59. **Indicator 5:** Share information with other team members.
60. **Indicator 6:** Act as representative and advocacy role to protect patients '/clients ' right and safety.

DOMAIN 2: MANAGEMENT AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT COMPETENCIES

COMPETENCY 16: MANAGEMENT, RECORDING AND USE OF MEDICAL RECORDS A CCORDING TO REGULATIONS

61. **Indicator 1:** Apply principles of management and storage of medical records regulated by the law and by MOH.
62. **Indicator 2:** Keep information written in medical records confidentially.
63. **Indicator 3:** Record information in medical record accuracy and timely.
64. **Indicator 4:** Use collected data about patient's health status as the basis to develop policy and to facilitate care activities provided to patients.

COMPETENCY 17: MANAGEMENT OF PA TIENTS/CLIENTS CARE

65. **Indicator l:** Manage individual tasks and time scientifically and effectively.
66. **Indicator 2:** Identify tasks or activities need be done based on degree of priority.
67. **Indicator 3:** Organize, coordinate, delegate tasks for team member scientifically and effectively.
68. **Indicator 4:** Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients/clients.

69. **Indicator 5:** Use informatics technology for management, for care of patients and for updated information.

COMPETENCY 18: ESTABLISHES MECHANISM TO ENSURE PROPER FUNCTIONING OF EQUIPMENT

70. **Indicator 1:** Establish mechanism to manage and operate equipment for patients/clients care and treatment.
71. **Indicator 2:** Plan for preventive maintenance program.
72. **Indicator 3:** Operate equipment, facilities used for nursing care to ensure safety, effectiveness and prevent health care associated infections.

COMPETENCY 19: UTILIZE FINANCIAL RESOURCES TO SUPPORT PATIENTS/ CLIENTS CARE.

73. **Indicator 1:** Identify the cost-effectiveness in the utilization of resources.
74. **Indicator 2:** Develop budget proposal and deploy the plan to use resources for patient's care needs effectively.

COMPETENCY 20: MAITAINS THE SAFE ENVIRONMENT

75. **Indicator 1:** Comply with standards and safety codes prescribed by laws.
76. **Indicator 2:** Adhere to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection.
77. **Indicator 3:** Comply to rules and regulations regarding care environment (water, air and noise)
78. **Indicator 4:** Comply with regulations regarding management and treatment of wastes.
79. **Indicator 5:** Define steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations.
80. **Indicator 6:** Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment.

COMPETENCY 21: IMPROVE THE QUALITY OF CARE AND RISK MANAGEMENT IN CARE ENVIRONMENT.

81. **Indicator 1:** Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice.
82. **Indicator 2:** Detect and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action.
83. **Indicator 3:** Solicits feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered.
84. **Indicator 4:** Apply proper methods to improve quality of care.
85. **Indicator 5:** Participate in quality improvement activities in health care centre
86. **Indicator 6:** Share with the team member relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment.
87. **Indicator 7:** Review nursing care plan to improve quality of care as well as minimize potential shortcomings.
88. **Indicator 8:** Make appropriate proposals of means for care and preventions.
89. **Indicator 9:** Apply scientific evidences in nursing care to improve safety for patients.

COMPETENCY 22: CONDUCT NURSING RESEARCH AND IMPLEMENT EVIDENCE BASED PRACTICE

90. **Indicator 1.** Define and select research areas or research questions that are necessary, reasonable and feasible.
91. **Indicator 2:** Apply appropriate methods to conduct selected research issues.
92. **Indicator 3:** Apply appropriate statistical methods to analyze and interpret collected.
93. **Indicator 4:** Recommend appropriate research result based solutions.
94. **Indicator 5:** Present research findings to colleagues, patients and related persons.
95. **Indicator 6:** Utilize research findings in nursing practice to improve quality of nursing practice.

COMPETENCY23: MAINTAIN PERSONAL AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT

96. **Indicator 1:** Identify own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations.
97. **Indicator 2:** Pursue continuing education, participates in formal and non- formal education; Apply learned information for the improvement of care.
98. **Indicator 3:** Get involved in professional organizations and civic activities.
99. **Indicator 4:** Project a professional image of the nurse, demonstrate good manners and right conduct at all times.
100. **Indicator 5:** Possess positive attitude towards change and criticism, listen to suggestions and recommendations, try new strategies or approaches and adapt to changes willingly.
101. **Indicator 6:** Perform function according to professional standards.
102. **Indicator 7:** Contribute to improve training and professional development for colleagues.
103. **Indicator 8:** Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society.

DOMAIN 3: LEGAL AND ETHICS COMPETENCIES

COMPETENCY 24: ADHERE TO PRACTICE IN ACCORDANCE WITH THE LAW AND OTHER RELEVANT LEGISLATION DOCUMENTS.

104. **Indicator 1:** Practice in accordance with the laws related to health, regulations of the Health Ministry and nursing practice.
105. **Indicator 2:** Compliance with the provisions of the work base.
106. **Indicator 3:** Implement codes of conduct of the unit/organization and law.
107. **Indicator 4:** Record and keep care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard care practices.

COMPETENCY 25: PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES

108. **Indicator 1.** Accept responsibility and accountability for own decision and care interventions.
109. **Indicator 2:** Compliance with national and international standards of professional ethics in nursing practice.
110. **Indicator 3:** Report the violation to the competent agencies and take responsible for that report.

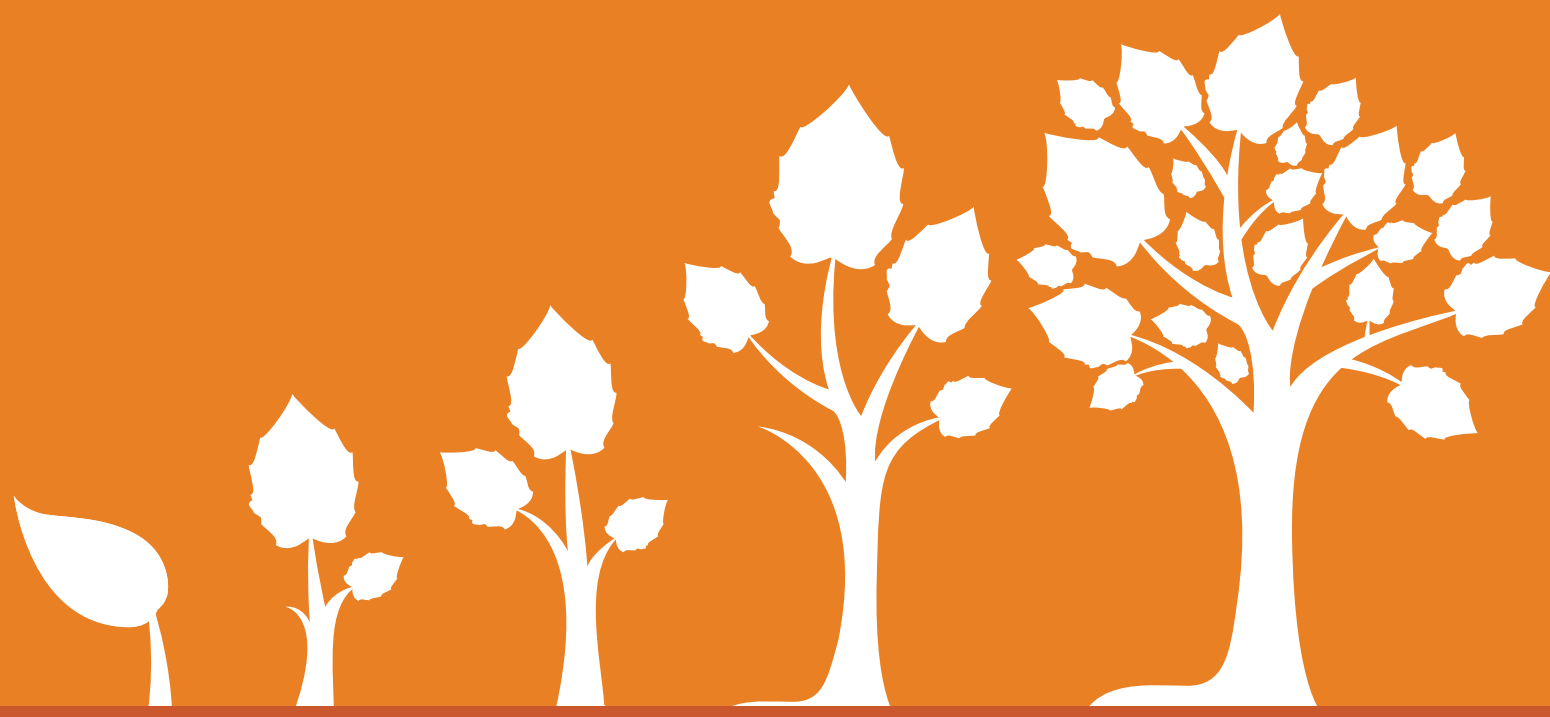


MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM
FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TEXTBOOK OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Vol 1



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TEXTBOOK OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Vol 1

HANOI - 2020

LIST OF AUTHORS

EDITORS

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*

AUTHOR GROUP

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*
Msc. Nguyen Bich Luu	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
BSN. To Thi Dien	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
PhD. Phan Thi Dung	*President of the Vietnam Surgical Nursing Branch, Vietnam Nurses Association*

Msc. Pham Thu Ha	*Standing member of Executive Committee, Vietnam Nurses Association*
Msc. Ha Thi Kim Phuong	*Head of Division of Nursing - Nutrition - Infection Control Division, Medical Services Administration, Ministry of Health*
Msc. Bui Minh Thu	*Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Anh	*Officer of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Viet Nga	*Head of Nursing Department, Saint Paul General Hospital*
Msc. Nguyen Dinh Khang	*Officer of Practice Management Division, Vinh Phuc Department of Health*
NSI. Dinh Thi Ngoc Thuy	*Head of Cursing Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital*
Msc. Nguyen Thi Nhu Tu	*Deputy Head of Medical Services Department, Binh Dinh Department of Health*
NSI. Truong Thi Huong	*Head of Nursing Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
NSI. Le Ho Thi Huyen	*Head Nurse of Pediatrics Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
Msc. Huynh Tu Anh	*Deputy Head of Medical Services Department, Dong Nai Department of Health*
BSN. Tran Thi Huong	*Deputy Head of Nursing Department, Dong Nai General Hospital*
MSc. Nguyen Do Thi Ngan Trang	*Head of Nursing Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai province*
NSI. Ta Van Hien	*Deputy Head of Medical Services Department, Dien Bien Department of Health*
BSN. Dang Thi Tu Loan	*Head of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
BSN. Cao Thi My	*Officer of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
NSII. Truong Thi Thu Huong	*Vice President, Bach Mai Medical College*

Msc. Nguyen Thanh Thuy	*Head of Nursing Faculty, Hanoi Medical College*
Msc. Ly Thi Phuong Hoa	*Vice Head of Medicine Faculty, Tra Vinh University*

REVISION, CORRECTION GROUP

Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*

CONTRIBUTORS

Assoc. Prof. PhD. Nguyen Quoc Huy	*Head of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Ngoc Bang	*Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Thi Kim Thanh	*Officer of General Office, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
MPH. Amaike Naomi	*Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Desilva Tomomi	*Coordinator, JICA Nursing Project*
BSN. Fukatani Karin	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*

Msc. Sugita Shio	*Former Chief Advisor, JICA Nursing Project*
BSN. Ikarashi Megumi	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Tran Thu Huong	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Thu Hien	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Ngoc Lan	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Tran Thi Duyen	Project Officer, JICA Nursing Project

LIST OF ACKNOWLEDGEMENT

PhD. Kurosu Hitomi	*Expert on Infection Control / Nursing ManagementJICA Project for Improvement of Hospital Management Competency*
Msc. Moriyama Jun	*National Center for Global Health and Medicine, International Cooperation Department, Human Resources Division, Capacity Development*
PhD. Suenaga Yuri	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Yokoyama Miki	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Adachi Yoko	*Assistant Professor, School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Kawano Megumi	*Candidate of Master of Science in Nursing, Graduate School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Sakai Shima	*Associate professor, school of nursing, Tokyo Women's Medical University*

INTRODUCTION

According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. However, current legal documents have not specified training program, materials, implementation, teaching and evaluation method before issuance of practical certificate.

The Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses, hereafter as JICA Nursing Education project, aims to enhance healthcare quality in Vietnam through nationwide scaling-up clinical training system for new nurses. Japan International Cooperation Agency (JICA) provides both technical and financial assistance. Ministry of Health's leader assigned the Administration of Science Technology and Training to act as implementing agency. Bach Mai Hospital, Saint Paul Hospital in Hanoi together with Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai province are selected as pilot sites from 2016 to 2020.

The clinical training program and materials for new graduate nurses including 04 modules that developed by JICA Nursing Education project in coordinated with local and international experts, management officers, lecturers and Vietnam Nurses Association. After a series of revisions through collecting training result in pilot provinces, the material set has approved by Appraisal Committee under Ministry of Health (MoH).

Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health would like to highly appreciate the leader of MoH, effective support from JICA especially Japanese experts work in Vietnam; extend thankful to Editing board and all concerned people for contributing efforts in material set development; last but not least, warmest thanks to our colleagues.

Sincerely thanks!

DIRECTOR
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Dr. Pham Van Tac

PREFACE

Nurse plays an important role in the people's health care and there are many specialties in nursing and education levels from intermediate, college, university to postgraduate. In Vietnam, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from different levels of intermediate, college and university. According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. These training materials were developed to facilitate the implementation of clinical training in health facility to meet these legal documents and to ensure the quality of the training.

The materials consisted of: (1) Curriculum of clinical training for new nurses; (2) Textbook of clinical training for new nurses (Vol.1&2); (3) Training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; (4) Guideline on management and implementation of clinical training for new nurses.

Each book aims to improve necessary nursing competencies at different level because nursing manager's competencies on planning, monitoring and evaluation of training and preceptors' competencies on teaching, supporting and evaluation of trainees are crucial to implement clinical training for new nurse. The training materials could also support all related people who involved in clinical training implementation including Department of Health who manage the training program, nursing professional association and educational institution to support this training and the role of each are clarified in the Guideline. Furthermore, we updated and relating to regulation and expertise, together with application of learning through case-studies reflected theory and practical contents.

We, the members of edition team, do hope that these material as a set could facilitate all stakeholder involved clinical training to enhance necessary capacities to implement the clinical training so that standardized and qualified training can be provided for new nurses to obtain basic competency for nurses in Vietnam.

Lastly, the editing team would express our gratitude to the efforts, contributions and leaderships of the Administration of Science, Technology and Training - Ministry of Health, JICA Nursing Education Project, local and international experts, teachers/lecturers of nursing educational institutions, leaders of provincial Department of Health/Hospital, Head Nurses of provincial Department of Health/Hospitals involved this activities, members of Appraisal Committee of MOH to fulfill this material set.

Thank you very much!

ON BE HALF OF EDITION TEAM

JICA NURSING PROJECT

HORII Satoko
Project Chief Advisor
(Signed)

EDITION TEAM LEADER

Pham Duc Muc
President of Vietnam Nurses Association
(Signed)

ABBREVIATION

MOH	Ministry of Health
DOH	Department of Health
ASTT	Administration of Science Technology and Training
JICA	Japan International Cooperation Agency

TABLE OF CONTENT

List of authors 3

Introduction 7

Preface 8

Abbreviation 9

Chapter 1: Orientation and nursing regulations 11

Lesson 1: Introduction of organization, regulations of the hospital implementing clinical training, training program, clinical learning method for new nurses 13

Lesson 2: Basic competency standards for Vietnamese nurses 25

Lesson 3: Applying professional ethics for Vietnamese nurses to the practice of patient care 35

Lesson 4: Regulations on nursing and patient care 42

Chapter 2: Patient safety 57

Lesson 5: Application of standard precautions in patient care practice 59

Lesson 6: Prevention of medical adverse events 87

Chapter 3: Basic nursing technique and patient care (Part 1) 107

Lesson 7: Pain relief care 109

Lesson 8: Application of nursing process in patient care 125

Lesson 9: Receiving, transferring and discharging patients 146

Lesson 10: Vital sign monitoring 161

Lesson 11: Specimen collection for testing (blood, sputum, stool, urine) 186

Lesson 12: Hygiene care of patient 209

Lesson 13: Patient movement support 230

Lesson 14: Feeding support to patients 246

Lesson 15: Medication practice to patientss 262

CHAPTER 1

ORIENTATION AND NURSING REGULATIONS

LESSON 1

INTRODUCTION OF ORGANIZATION, REGULATIONS OF THE HOSPITAL IMPLEMENTING CLINICAL TRAINING, TRAINING PROGRAM, CLINICAL LEARNING METHOD FOR NEW NURSES

OBJECTIVES

1. Describe hospital organization structure and identify positions of departments, professional areas, technical logistics in the hospital
2. Present hospital's regulations
3. Present training objectives of clinical training for new nurses
4. Present requirements and contents of clinical training for new nurses
5. Perform effectively skills, learning method and self-evaluation during clinical training (Competency 23.1; 23.2)
6. Make report: awareness on roles, obligations of new nurses to the hospital during pre-practice internship process.

CONTENT

1. Introduction the organizational structure and regulations of the hospital

- Scale and organizational system of the hospital
- Hospital regulations
- Functions and tasks of the hospital

….

2. Introduction the curriculum and plan of clinical training for new nurses

2.1. Objectives of clinical training for new nurses

After 9 months of clinical practice, trainees required to reach all indicators in Competency Standards for Vietnam Nurses. It focuses on outcomes as follows: (1) To provide evidence-based fundamental nursing skills in nursing care. (2) To provide nursing care based on the principles of patient safety and infection control. (3) To provide effective and proper communication, team working, health education to patients and families. (4) To engage in quality improvement and effective resource management. (5) To provide nursing care complying with related regulations and professional ethics.

2.1.1. General objective

After the training, new nurses achieve necessary competency standards of Vietnamese nurses and be able to practice caring for the patient actively, safety and effectively at the health care facilities.

2.1.2. Specific objectives

*** Knowledge**

1. Explain the steps of the nursing process.
2. Present the regulations on management, operation, maintenance and utilization of patient care resources.
3. Identify situations applying necessary standard precaution in patient care.
4. Identify risk behaviors and solutions to ensure patient safety related to nursing activities.
5. Identify proper health consultation, education needs of the patient and family.
6. Present relevant legal document, regulations to nursing activities in the hospital.

*** Skill**

1. Apply nursing process and evidence-based practice in patient care (identifying patient and determining proper caring issues; making care plan, implementing plan and proper assessing patient).
2. Implement basic nursing techniques to the patient ensuring safety and effectiveness.
3. Early detect abnormalities of the patient, anaphylaxis, circulatory, respiratory), decide initial management and cooperate with team members for implementing timely and effective first aid, emergency.
4. Properly implement standard preventions and hospital infection control.
5. Properly implement regulations on patient safety in caring practice and medical adverse event report.
6. Communicate with patients, their family and colleague taking into account of their culture and belief.
7. Provide enough and timely information and implement proper health education for patients and their family.
8. Operate and maintain official working equipment in accordance with procedures, regulations, ensure the safety and effectiveness.
9. Record and manage medical records according to regulations.
10. Perform team work in patient care.
11. Apply IT in patient care.
12. Apply basic competency standards in patient care.

*** Attitude**

1. Comply with the provisions of the relevant Laws and ethical standards while practicing professions.
2. Continue self-learning for personal and professional development
3. Behave carefully, meticulously and honestly, and respect and cooperate with patients and colleague, and taking personal and professional responsibility to ensure patient safety

2.2. Clinical training plan for new nurses

(*Annex 1:* Overall training plan – Clinical training plan for new nurses)

2.3. Clinical training content for new nurses

Total clinical training time for new nurses is 38 weeks (1520 hours) that covering Theory and practice (OFF-JT); Clinical studying at departments (OJT); and Review, self-study, test and evaluation (*General curriculum in below table*)

No.	Content	No.of unit
1	Theory and practice (OFF-JT)	76
2	Clinical studying at departments (OJT)	1,324
3	Review, self-study, test, evaluation	120
TOTAL		**1,520**

The curriculum of clinical training for new nurses includes 30 contents (30 lessons) and each practical lesson covers technique group of basic nursing skills and patient care.

Chapter/lesson grouping 1: *Orientation and nursing regulations*

- *Lesson 1:* Introduction of organization, regulations of the hospital Implementing clinical training, training program, clinical learning method for new nurses
- *Lesson 2:* Basic competency standards for Vietnamese nurses
- *Lesson 3:* Applying professional ethics for Vietnamese nurses to the practice of patient care
- *Lesson 4:* Regulations on nursing and patient care

Chapter/lesson grouping 2: *Patient safety*

- *Lesson 5:* Application of standard precautions in patient care practice
- *Lesson 6:* Prevention of medical adverse events

Chapter/lesson grouping 3: *Basic nursing technique and patient care*

- *Lesson 7:* Pain relief care
- *Lesson 8:* Application of nursing process in patient care
- *Lesson 9:* Receiving, transferring and discharging patients
- *Lesson 10:* Vital sign monitoring

- *Lesson 11:* Specimen collection for testing (blood, sputum, stool, urine)
- *Lesson 12:* Hygiene care of patient
- *Lesson 13:* Patient movement support
- *Lesson 14:* Feeding support to patients
- *Lesson 15:* Medication practice to patients
- *Lesson 16:* Fluid infusion – blood transfusion techniques
- *Lesson 17:* Monitoring volume of in and out fluid
- *Lesson 18:* Wound and drainage tube care techniques
- *Lesson 19:* Pressure ulcer prevention and care for patients
- *Lesson 20:* Excretion care

Chapter/ lesson grouping 4: *Patient care management*

- *Lesson 21:* Regulations on recording, managing medical records and care templates
- *Lesson 22:* Medical equipment usage and management: monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph
- *Lesson 23:* Management of medicines and medical consumable supplies

Chapter/ lesson grouping 5: *First aid, emergency*

- *Lesson 24:* Evaluation of comatose patient based on Glasgow Coma Scale
- *Lesson 25:* Respiratory support and airway management techniques
- *Lesson 26:* Basic emergency care for cardiac arrest
- *Lesson 27:* Prevention and management of anaphylaxis

Chapter/ lesson grouping 6: *Communication, education and teamwork*

- *Lesson 28:* Communication skills in patient care
- *Lesson 29:* Health education
- *Lesson 30:* Teamwork skills in health care

3. Clinical training methodology

3.1. Types of clinical training methods

3.1.1. On-job-training (OJT)

- This is the most common training methods in clinical training. Trainees are divided into small groups (3-7 members in each group). Each group will contact, communicate, take clinical examination, make care plan/patient profile for the selected patient by the trainer/preceptor.
- At the time of lesson, all members need to come to patient's bed side. Group in charge of care plan will make presentation/proposal. Trainer/preceptor delivers the lecture directly on patient.

3.1.2. At patient's room without real patient

- In some clinical lecture, there is no real patient due to several reasons: no patient with relating-diseases which needs to be trained in patient's room, patient in serious condition, patient out of room for tests/operation… or sensitive contents to discuss some points of the lesson with appearance of patient.
- Trainer/preceptor can deliver the lecture with fake patient, models, simulators or other tools such as: X-ray film, photo of patient…

3.1.3. In night shift

- In the night shift, number of trainees and medical staff in the hospital is smaller than day shift, thus trainees have more opportunities and time to contact, examine and take care of patient. When participating in contact, examination, operation and emergency cases, trainees can receive support, explanation and lecture directly on the real patient. Trainees also have more chances to observe doctors, nurses in team work.
- Active learning in night shift (out of working hours) will help trainees gain valuable experiences and clinical skills.

3.1.4. When visiting patient's room

- This is a good chance for trainee to know well about condition of the patient.
- Doctor/nurse in charge will brief health condition of the patient and care activities, especially to patient in serious situation, trainee can understand basic condition of patient, make assessment and develop appropriate care plan.
- To patient with rare disease or appropriate disease with study of new nurses, experienced doctor and nurses will guide new nurses how to study it on the patient.

3.1.5. Through regular meetings in department, hospital

- In the morning at each department, regular meeting will be held when all relating professional issues will be shared among all staffs in the department. In those meetings, trainees can get much information on treatment and care plan to all patients staying in the department, during emergency, transfer, death and other special activities within a day.

3.1.6. Through patient care and monitoring

- Each trainee is assigned to accompany a trainer/preceptor or a nurse and will be in charge of monitoring 1-2 patients. The duties of the trainee are daily (normally in the morning) visiting patient's room, communicating, taking clinical examination, recording actual situation of the patient into profile, making care plan and then submitting to the trainer/preceptor for comments and approval.
- When learning through patient care, trainee has chance to practice as a nurse of the hospital with real patients and can participate in patient care. This activity will help trainees to apply obtained knowledge, skills and attitude into actual work, receive timely feedback from preceptor-in-charge, at the same time, aware of the role and responsibility of a nurse.

3.1.7. At operating room

- Many techniques are implemented for the patients at operating room or patient's rooms. For the techniques which should be fulfilled by nurses, at the beginning stage, new nurse observe how experienced nurse processes steps of the technique on the patient (follow standard procedure), new nurse also can participate in operation under support and supervision of the preceptor. New nurse needs to follow strictly hygiene procedure at operating room, seriously observe performance of the technique. New nurse should pay attention to not obstruct or interrupt performance of the nurse-in-charge.
- When learning technique on the real patient, new nurse must read and understand clearly all procedure of the technique, should learn by groups with at least 2 members. Whenever performing the technique, one new nurse implements, the other one observes, and then discuss on unsuccessful performance of any step/content in order to develop learning plan for improvement in the future.

3.1.8. Self-study in clinical department

- Self-study is an active learning method which aims to apply obtained knowledge into practice positively and effectively.
- Self-study can be implemented by a small group with particular patient that new nurse can conduct health examination, health check, give nursing diagnosis and make care plan by herself. And then, that nurse can share and get comments from other members in the group.

3.2. Assessment methods

3.2.1. Self-assessment of clinical learning

- Trainee uses checklist (which is introduced in each lesson of training material to make self-assessment by group); use competency-based evaluation checklist to assess her/his capacity by each learning period.

3.2.2. Clinical test

* *Clinical test with patient:* is a main assessment method applied in clinical teaching-learning.

- Procedure of clinical test:

  Trainee is requested to randomly select patient with information of name, bed number, room number.

  Fulfill the tasks of test: contact, collect related-disease information, make care plan, perform care technique, implement health education… (depend on time of assessment). Trainee will communicate with patient to fulfill the test.

  Preceptor/ trainer observes, makes additional questions, makes comments and put score.

* *OSCEs Objective Structured Clinical Exams*

- OSCEs has been developed into common assessment to clinical skills which are now used in many Medical Universities in the world and becomes important method for professional certificate issuance for doctors and nurses in many countries.

- Organization and implementation of OSPEs is similar as in Skills lab. Trainees have perform many contents and requirements of exam (each content is implemented in one station. It depends on regulations that 10 or more than 10 stations will be established).
- Final score is based on checklist and is average of points of stations.

3.3. Clinical learning skills

3.3.1. Building safe environment to access and communicate with patient

- Access to patient is the first important step in clinical learning. If new nurse can have good access to patient, good first expression to patient and family, the next steps such as: collecting information, medical examination, making care plan/medical profile… will be carried out more comfortably.
- Clothes: as per regulations, name tag, hat, mask (if needed), neat hair, short cut nails.
- The best environment for communication with patient is at separated room with sufficient professional equipment for medical check/examination. However, due to usually crowded situation in hospital, communication with patient is often performed at patient's bed side.
- In case gender of patient is different from new nurse's one, especially for female patient, it is necessary to have third person to be witness of communication, examination and treatment, usually nurses, colleagues (of same group) or patient's family.
- When patient feels safe and friendly environment for communication, he/she will open and coordinate to share information with nurses.

3.3.2. Communicating with patient

- Objective of communication is to create good relationship with patient: if patient trusts in friendliness and competencies of trainees/new nurses, he/she will be willing to provide personal and medical information to new nurses/trainee and medical staff to receive health care services.
- Psychological appearance of patient is very complicated. Each patient is a person with different thinking and behavior to a same issue. Generally, patient has limitation in communication with others because of pains or worries about diseases… In any cases, communication skill of medical staff is a key factor to access to patient and collect necessary information from patient.
- Using effective communication skills to contact with patient and family to get information on medical history and develop care plan. Subject of communication appeared in several lessons, especially in lesson on communication skills and at Skills lab when having clinical practice. Communication with patients and parents includes:
  + Verbal communication: greetings, introduce oneself, asking for patient's name, listening, raising open and close questions, explaining, feedback, persuading, encouraging…
  + Non-verbal communication: using eyes contact, facial expression, behavior, clothes… to show friendliness and sympathy to patient.

- For conscious patient who can communicate and is 18 years old or older, it is needed to communicate directly with the patient in order to get sufficient information on illness development until present.
- For unconscious patient or in emergency case, immediately communicate with patient's family, at the same time, carry out necessary procedure of patient receiving and first aid.
- For patients in vulnerable groups such as young children, pregnant and elderly people…, patients with mental diseases or lack communication capacity, communication with these patient must be based on current regulations applied for this type of patient only.
- Patients who are in a state of agitation can endanger medical staff. In this case, medical staff needs to be protected when having communication with patient, such as calling for help from colleagues, asking family to control patient. Even when the patient is too emotional, or aggressive, can affect negatively to his health, nurse should temporarily stop communicating and wait for the patient to calm down.

3.3.3. Collecting information from patient

- Greeting, self-introduce name, inform reason for communication and encourage patient to accept this and agree to provide information.
- Ask for permission to add collected information into medical profile, and the medical profile will be kept confidential according to regulations.
- Information collecting starts by personal information such as: full name, age, gender, address, occupation, marriage status….
- Collect health information: medical history and disease development process.
- Disease development process: is pathological development process that patient needs to come to the hospital for health check until time of asking. This matter can start just several days or several hours before, or long time ago.
    + It is necessary to ask for disease development in detail: Why does patient need to go to the hospital? When does the disease start? Changes/developments? Any treatment/health examination before? Which drugs have been used before? Content, dosage, time of use? Any other symptoms? …
    + Using polite and professional questions: There are 2 main types of questions that are often used including: open question and close question.
    + Should start by open question to collect more information. Open question usually start with these phases: Can you share about…? Or How…? *(for example: Can you tell me the development of your illness? How is your fever condition?)*
    + Information provided by patient can be complicated and disordered. In this case, it is necessary to make close questions to confirm that information and move to a new topic. Close questions usually start with: *Did you….?* Or ended with *"..., right? (for example: did you get illness 1 week ago? You used 2 tablets of Efferalgan 500mg to improve your fever condition yesterday, right?)*

+ In case new nurse does not have much experience in collecting information on medical history, there are 2 common issues: (1) Patient does not cooperate to answer all questions, therefore nurse cannot collect sufficient information to complete medical profile. (2) Patient provides many unconcentrated information that it is hard for nurse to get accurate information.

+ Thus, it is necessary to practice communication skills to show sympathize, friendliness and make accurate and professional questions in order to have effective communication with patient.

- Medical history: are health problems that patient have experienced before getting illness this time. History includes personal history, family history and special relationship.

  + Personal history: it is necessary to know whether patient has ever suffered from this disease before? Other experienced diseases? Any previous treatment? Drugs in use for treatment of chronic disease?...

  + Special relationship that may relate to the disease: for infectious diseases, it is needed to know about previous relationship between patient and others who suffered from that disease or risk of illness: flu; hand, foot and mouth disease; prostitutes girls, addicted person,...

  + Family history: may relate to genetic diseases, family diseases or transmitted diseases: any member of family has same disease with patient? Or related disease?

  + Epidemiology: can be diseases relating to epidemiological area such as: malaria, acute diarrhea, flu,… The questions are: Have patient or family ever come to epidemiological area recently? Any neighbor have same diseases? …

  + Disease-related habits: swimming or having bath in pond, lake; having addiction to drugs and other addictive substances; gaming addiction; addicted to watching violent movies; eat raw meat and fish,…

  + History of drug allergy?

- Family condition: finance, culture, belief… relating to patient care.

3.3.4. Clinical examination

- Clinical examination is the most important step to recognize the physical signs and support to provide initial diagnosis.

- Trainees must have physical examination skills on simulator and throughout role-play in Skills lab before performing on real patient.

- Each technique (liver examination, spleen examination, lung examination etc.) will have its own learning-teaching checklist. It needs to follow checklist procedure in order to well perform techniques.

- Clinical examination is normally conducted at the bed side. It's better to have curtain to separate the examination area with other part of room in order to ensure privacy and avoid curiousness especially for female patients. Nurses stand near the patients' bed while delivering clinical examination (do not sit on patient's bed).

- Nurses always use communication skills with patient before conducting clinical examination.
  + Nurses explain purpose of the clinical examination and request for acceptance and cooperation from patients. Please notice that we must not perform if patient disagree.
  + Serious and polite attitude must be shown.
- Many proper postures in clinical examination support to symptom identification so it's better to request patient sitting/laying correctly.
- Clinical examination on certain areas of the body
  + We pay attention to pathological area of the body. The patient is requested to take off pants/shirts and fold up the pants/shirts in order to conduct clinical examination (please do not take off patient's pants/shirts by yourself).
  + Clinical examination is conducted gently, accurately and with appropriate professional manner. If the weather is cold, it's better to keep hands, stethoscope warm and provides warm blanket to patients before the examination.
  + During examination, questions are given to patients in order to obtain pathological information.
  + Clinical signs are diagnosed fully and accurately.
- General clinical examination
  + The systemic manifestation is observed in order to identify combined symptoms such as: pale skin; pale mucosa; leg edema; collateral circulation; erythema; purple fingertips, etc…
  + Vital signs is monitored such as pulse rate, blood pressure, body temperature, respiratory rate etc..
  + Other body parts are examined such as: cardiovascular; respiratory; abdominal; musculoskeletal; urinary tract…
- After performing clinical examination, please do not forget to say Thank you and remind/help patients wear cloths and comeback to comfort posture.

3.3.5. Care plan development

- Trainees need to have analytical skills and synthesize information to select accurate information regarding to patient care's issues so that they can develop care plan.
- The disease progression can occur continuously or in short periods but relating to others. The recorded information in patient medical history shall complete, accurate and valuable to develop patient care in the future.
- Nursing intervention should be recorded clearly and specifically as well as evaluation the effective of after-care.
- Nurses only need to record what they implemented directly on patients in order to avoid mistakes or misunderstanding.

3.3.6. Participating in clinical lessons

- It is valuable opportunity for trainees when they participate in clinical lessons. They communicate with real patients and trainers deliver lessons basing specific patient cases.
- It needs to comply trainer's lesson requirements such as group formation, care plan development and punctual etc…
- Care plan is developed in detail and accurate way. Issues of patient care is identified and nursing interventions may be performed on patients.
- Always be punctual and having serious attitude. It is better to raise questions during lessons. Trainers are ready to answer and guide students/trainees.

3.4. Attitude toward clinical training

- Medical ethics always go in line with medical practice. Knowledge of Medical ethnics will help trainees having good attitude in clinical learning and considering as important basis to achieve better learning results.
- Show respects to "Patient rights". Knowledge on patient rights and professional relationship among doctors, nurses and patients in Medical Ethics' Subject are reviewed for better application.
- Strictly comply with professional regulations and medical ethics when communicate with and provide clinical examination on patients.
- Must not provide professional information to patient without the authorization of assigned nurse.
- Respect patients and their involvement during clinical lessons.

LESSON TEST

Question 1:

Please describe the objectives of clinical training for new nurses; Please indicate unclear objectives; Please discuss with your classmate and preceptor on objective of the curriculum.

Question 2:

As a new nurse who attended in clinical training of the hospital, how do you comply hospital's regulations? (Please briefly describe your responsibilities and how do you comply regulations while study at the hospital).

Question 3: Case study

A group of new nurses assign to Internal Medicine Department in the Hospital A for clinical practice. In the first week of clinical study, this group want to choose the most proper and effective clinical learning method.

QUESTIONS:

1. Please select one effective learning method among those options:
   A. At night shift
   B. Visiting patient with Chief Nurse
   C. Through patient care and monitoring
   D. During operation

   Please explain why do you choose this learning method in order to convince group of new nurses.
2. In order to evaluate your clinical training process, which evaluation method do you apply?
   A. Self-evaluation
   B. Self-evaluation; Evaluated by classmate and get feedback.
   C. Evaluated by preceptor and get feedback.
   D. Self-evaluation; Evaluated by classmate and preceptors; get feedback from them.

   Please explain your selection.
3. Please share some good experience when you communicate with patient and during provide clinical examination for patient.
4. Please share with your group member on how do trainee study the clinical training effectively.

ANSWER: Case study:

Question 1: Trainees can select any answer basing on their experience. The key point is that they will explain the answer in appropriate way.

Question 2: D.

REFERENCES

1. BYT – JICA, 2018, Clinical Practice Training Program for New Nurses.
2. Truong Viet Dung and Phi Van Tham, 2010. Medical – Pharmaceutical Methods, Ministry of Health.
3. Government (2016). Decree 109/2016/NĐ-CP stipulates on the issuance of practical license for practitioners and operational license for medical examination and treatment facilities.
4. Ministry of Health (2013). Circular 22/2013/TT-BYT dated August 9, 2013 guiding on continuous training for medical officials.
5. Ministry of Health (2012). Basic competency standards for Vietnamese nurses.

LESSON 2

BASIC COMPETENCY STANDARDS FOR VIETNAMESE NURSES

OBJECTIVES

1. Present the contents of basic competency standards for Vietnamese nurses (Competency: 23.6)
2. Apply standards/indicators of "Competency standard for Vietnamese nurses" in patient care practice (Competency: 23.6; 24.1)
3. Utilize Checklist of competency standards for Vietnamese nurses (Competency: 23.2)

CONTENTS

1. Introduction

Since 1990, Vietnam Nursing industry has been supported by the Government and Ministry of Health developed rapidly in the areas of practice, management, training and scientific research. In order to enhancing the quality of nursing human resources as basis for developing training program and effectively utilizing human resources to meet the requirement of integration with regional countries and global. The Ministry of Health cooperated with the Vietnam Nursing Association has developed "Basic competency standard for Vietnamese nurses" with the supports from Canada Nursing Association and Nursing Experts from Queensland – Australia. This material has been compiled by the local nursing experts, health manager and nursing education with referencing nursing competency standards f other regional countries and over the world.

2. Brief contents of "Basic competency standard for Vietnamese nurses"

The competency standard for Vietnamese nurses was structured under the common pattern of nurses in the Asia Pacific region and ASEAN to meet the requirement of the area and easy to compare with other country's competency standards. The competency standard for Vietnamese nurses was structured by 3 domains, 25 competencies and 110 indicators.

Of which, 3 domains are: clinical competency includes 15 standards; management and professional development competency includes 8 standards and legal and ethics competency includes 2 standards.

Each competency represents a part of domain and cover 1 obligation of the nurse. One indicator can commonly apply for competencies and domains.

Basic competency standard was compiled elaborately with referring to many valuable materials. The Basic competency standard for Vietnamese nurses has been approved and issued under the Decision No.1352/QD-BYT dated April 24, 2012 by the Ministry of Health.

3. 3. Contents of "Basic competency standard for Vietnamese nurses"

Domain 1

PATIENT CARE COMPETENCIES

Competency 1: Demonstrate knowledge based on the health, illness status of individuals, groups and communities

1. Indicator 1: Identifies the health need of the individuals, families, population groups and/or communities
2. Indicator 2: Explains the health status of the clients/groups

Competency 2: Provides proper decision making in the care of patients considering their belief and values

3. Indicator 1: Collect the information and analyze to identify health problems of the individuals, families, population groups and/or communities
4. Indicator 2: Provides sound decision making in the safe and effective care of patients.
5. Indicator 3: Performs nursing interventions to support patients/clients meeting with their health problems /illness consistent with cultural beliefs of patients/clients and their family.
6. Indicator 4: Monitor patient's process after proving nursing interventions

Competency 3: Sets priorities in nursing care based on their needs of health care

7. Indicator 1: Identifies and analyses the priority needs of patients/clients, families and communities
8. Indicator 2: Determines appropriate nursing care/interventions to address priority needs/ problems

Competency 4: Utilizes nursing process as framework for making nursing plan and intervention

9. Indicator 1: Performs holistic and systematic nursing assessment
10. Indicator 2: Collects appropriate information from patients /clients and completes it into assessment form
11. Indicator 3: Analyses and explains the information exactly.
12. Indicator 4: Formulates a plan of care in collaboration with patients/clients, their family and other members of the health team based on the priority issues, health needs and clients' expectation.
13. Indicator 5: Explain the nursing interventions to clients, families and performs nursing activities effectively following the plan of care in a safe, effective and timely manner.
14. Indicator 6: Provides guides to clients and their families the appropriate self-care methods
15. Indicator 7: Evaluate the nursing care process and revises the care plan based on the patient's health condition and expected outcomes.
16. Indicator 8: Performs necessary things to support clients who is going to discharge
17. Indicator 9: Provides health educations and preventions.

Competency 5: Promote safety, comfort and privacy for the patients

18. Indicator 1: Performs age-specific safety measures in all aspects of patients/clients care
19. Indicator 2: Performs age-specific comfort measures in all aspects of patients/clients care
20. Indicator 3: Performs age-specific measures to ensure privacy in all aspects of patients/clients care

Competency 6: Performs proper care techniques following nursing care process

21. Indicator 1: Follow every steps of the nursing process in the professional scopes
22. Indicator 2: Implements nursing techniques fluently
23. Indicator 3: Follows the rules of infection control

Competency 7: Administer medication safety and effectively

24. Indicator 1: Takes a complete patient drug history
25. Indicator 2: Applies rules of the medication safe use
26. Indicator 3: Teaches the patient about the drugs he is receiving.
27. Indicator 4: Finds out and perform necessary intervention if the patient had any drug allergies/side effects and report timely to doctors and nurses in shift
28. Indicator 5: Be aware of potential drug – drug or drug-food interactions
29. Indicator 6: Evaluates the effects of medication
30. Indicator 7: Documents and publicizes each drug you administer.

Competency 8: Ensures continuity of care

31. Indicator 1: Hands over the patients status to the next care team in detailed and accurately
32. Indicator 2: Involves patients, families and other members of health team effectively to ensure continuity of care.
33. Indicator 3: Establishes measures to implement continuous care for patients.

Competency 9: Performs first aids and acts on emergency

34. Indicator 1: Finds out sudden changes in health condition of patients/clients
35. Indicator 2: Gives decision on interventions and emergencies promptly and appropriately
36. Indicator 3: Coordinates with other health team members.
37. Indicator 4: Performs first aid for patients/clients

Competency 10: Establishes rapport with patients/clients, families and member of the health team

38. Indicator 1: Creates trust and confidence with patients/clients, families and health team members
39. Indicator 2: Spends time with the client/significant others and members of the health team to facilitate interaction

40. Indicator 3: Listens actively to patients/client's concerns/significant others and members of the health team

Competency 11: Effectively communicates with patients and families

41. Indicator 1: Validates patients/client's body language and facial expressions.
42. Indicator 2: Communicates effectively with individuals, families, groups who have communication problems due to disease, due to psychological problems.
43. Indicator 3: Express words, gestures that motivate, encourage safe treatment of patients/clients.
44. Indicator 4: Demonstrating an understanding of culture, belief in communication with patients/clients, families and groups

Competency 12: Utilizes formal and informal channels to facilitate communicating with patients/clients, families and groups

45. Indicator 1: Utilizes audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and groups.
46. Indicator 2: Utilizes effectively and appropriately communication with patients/clients, families and groups.

Competency 13: Provides appropriate information to the patients/clients on their health and fitness status

47. Indicator 1: Defines appropriate information to provide clients and their families
48. Indicator 2: Performs psychological preparation for patients/clients and families before informing "bad news"

Competency 14: Determines needs and performs health education for individuals, families and communities

49. Indicator 1: Collects and analyzes information on the needs of individuals, families, and groups of health
50. Indicator 2: Identifies priority needs and appropriate education content
51. Indicator 3: Develops health education plan which is suitable to cultural, social and religious aspects for clients, families and communities
52. Indicator 4: Develops health education documents which is suitable to clients' qualifications
53. Indicator 5: Performs relevant health consultation, education properly and effectively for individuals, families and groups.
54. Indicator 6: Evaluate health education result and revised the health education plan if needed based on outcomes

Competency 15: Cooperates with colleagues and other care team members

55. Indicator 1: Well maintains the relationship with other team members, considers patient as a partner in the team

56. Indicator 2: Well collaborates with other team members to make relevant decisions to improve health care quality
57. Indicator 3: Well collaborate with other team members to monitor, take care, treat the patients and complete assigned duties
58. Indicator 4: Respects roles and opinions of other members of the health team
59. Indicator 5: Effectively shares information with other care team members
60. Indicator 6: Acts as liaison or advocate of the patients to ensure patients' benefits, rights for the patient's safe.

Domain 2

MANGEMENT AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT COMPETENCIES

Competency 16: Manages, updates and uses patient's documents according to regulations

61. Indicator 1: Applies principles of record management prescribed by the MOH
62. Indicator 2: Maintains the patients/clients records in confident and privacy.
63. Indicator 3: Monitors and improves accuracy, completeness and reliability of relevant data
64. Indicator 4: Makes record readily accessible to facilitate patients/clients care and health policy making

Competency 17: Patient care activity management

65. Indicator 1: Manages individual's tasks and time effectively
66. Indicator 2: Plans the performance of tasks or activities based on priorities
67. Indicator 3: Verifies the competency of the staff prior to delegating tasks
68. Indicator 4: Demonstrates understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients/clients.
69. Indicator 5: uses IT/computer in management, nursing care and updating professional knowledge

Competency 18: Manages, operates and maintains medical equipment effectively

70. Indicator 1: Establishes mechanism to manage and function equipment used for patients/ clients care and treatment
71. Indicator 2: Plans for preventive maintenance program
72. Indicator 3: operate equipment safely, effectively, following infection control rules

Competency 19: Uses resources in patient care properly and effectively

73. Indicator 1: Identifies the cost-effectiveness in the utilization of available resources properly and effectively
74. Indicator 2: Develops and implements plans using considering resources effectively within assigned duty

Competency 20: Establishes working environment safety and effectively

75. Indicator 1: Complies with standards and safety codes prescribed by laws
76. Indicator 2: Adheres to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection
77. Indicator 3: Observes protocols on pollution-control (water, air and noise)
78. Indicator 4: Observes proper disposal of wastes
79. Indicator 5Defines steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations.
80. Indicator 6: Demonstrates understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment.

Competency 21: Quality improves and risk management in caring environment

81. Indicator 1: Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through research, feedback and evaluation of regular practice
82. Indicator 2: Detects and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action
83. Indicator 3: Solicits feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered
84. Indicator 4: Applies proper quality improvement measures
85. Indicator 5: Participates in quality improvement activities in health care centre yourself
86. Indicator 6: Shares with the team relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment
87. Indicator 7: Makes appropriate changes when existing technical and administrative procedure problems emerge
88. Indicator 8: Makes appropriate recommendations on the treatment and preventions
89. Indicator 9: Apply evidence based to nursing practice to improve safety in patients/clients care

Competency 22: Science researches and evidence-based practice

90. Indicator 1: Identify and choose appropriate, necessary and achievable research areas
91. Indicator 2: Identifies appropriate methods to conduct the chosen research.
92. Indicator 3: Analyses and interprets data gathered using appropriate statistic methods.
93. Indicator 4: Recommends practical solutions appropriate to the problem based on the interpretation of significant findings.
94. Indicator 5: Presents, shares results of findings to colleagues/ patients/ clients/ family and to others
95. Indicator 6: Utilizes the results of findings as an evidence in nursing practice to improve health care quality.

Competency 23: Maintains and develops personal and colleague competencies

96. Indicator 1: Identifies own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations.
97. Indicator 2: Pursues continuing education, participates in formal and non-formal education; Applies learned information for the improvement of care.
98. Indicator 3: Gets involved in professional organizations and civic activities
99. Indicator 4: Projects a professional image of the nurse, demonstrates good manners and right conduct at all times.
100. Indicator 5: Possesses positive attitude towards change and criticism, listens to suggestions and recommendations, tries new methods and adapts to changes willingly
101. Indicator 6: Performs function according to professional standards
102. Indicator 7: Contributes to improve training and professional development for colleagues
103. Indicator 8: contributes to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society.

Domain 3

LEGAL AND ETHICS COMPETENCIES

Competency 24: Adheres to practice in accordance with the law

104. Indicator 1: Fulfills legal requirements, rules prescribed by the MOH in nursing practice
105. Indicator 2: Follow workplace rules
106. Indicator 3: Implements code of treatment set by the units / organizations / health centre and law
107. Indicator 4: Records and preserves care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard practice of care.

Competency 25: Adheres to practice in accordance with ethics standards of Vietnamese nurses

108. Indicator 1: Accepts responsibility and accountability for own decision and actions
109. Indicator 2: Adheres correctly to the code of ethics for nurses in nursing practice
110. Indicator 3: Reports unethical and immoral incidents to competent authorities and be responsible for that report.

4. Application of "Basic competency standards for Vietnamese nurses" in patient care

4.1. Practice: Application of "Basic competency standards for Vietnamese nurses" in patient care

4.4.1. Homework

- Trainee/group of trainees give an example of a nursing technique
- Trainee/group of trainees think and discuss: What competencies do nurses need to perform effectively, safety the nursing techniques on specific patients?

- Uses *"Basic competency standards for Vietnamese nurses"* to confirm each competency (mentioned above) equalize (link) with which competency, indicator?
- Presents home works by group/individual
- Discusses

4.1.2. <u>Illustration example:</u> Sputum suction technique

*** Required competencies (of a nurse) when suctioning for the patient**

When performing sputum suction for the patient the following competencies are required:

+ Clearly understands patient's disease

+ Communication, explanation skills to patients/families

+ Identifies patient's conditions before performing the technique

+ Identifies equipment, equipment sterilization requirements

+ Clearly understands about procedure, perform or proficient in sputum suction process

+ Identification skills to detect abnormal changes when suctioning sputum; Choose the necessary remedies

+ Records data, reports/shares information of patient with team members

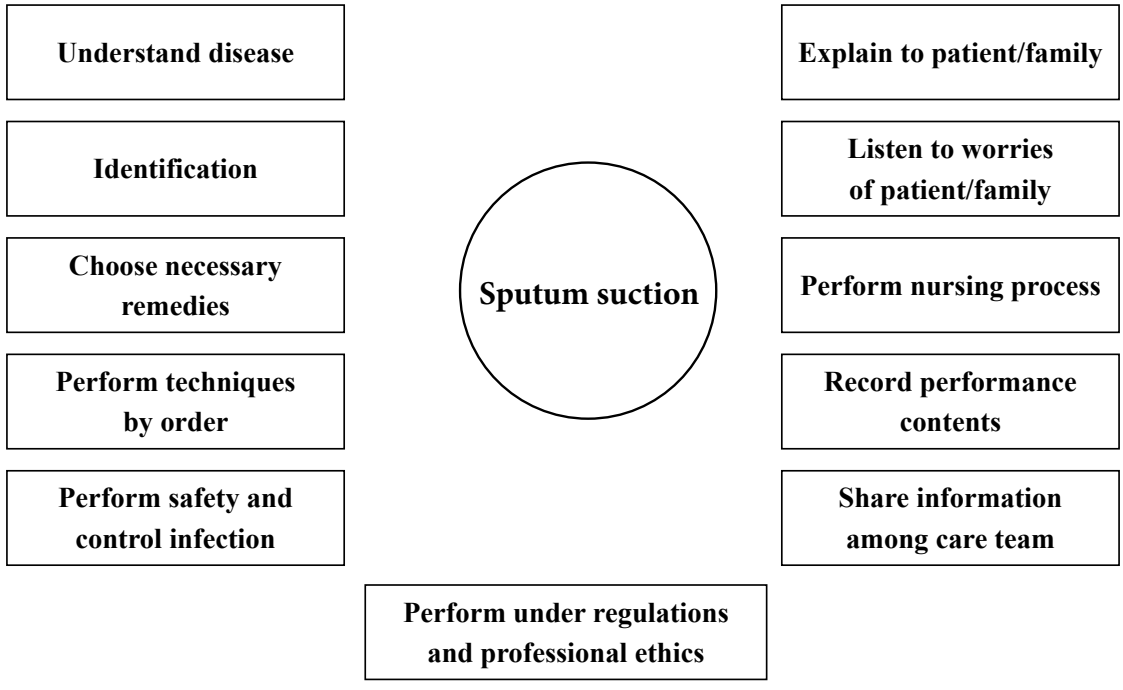
+ Legal regulations on nursing technique performance

+ Professional ethics regulations on technique performance.

…

<u>Important points:</u> If nurse has long experience shall perform high level of "competency". Nurses with short experience (new) can only show some necessary competencies. (at the bottom of figure)

Figure 1: Necessary competencies when performing sputum suction technique



***** Uses "Basic competency standards for Vietnamese nurses"*** to confirm each required competency of nurse when performing sputum suction technique (listed up above) equalizes with (link) which competency, indicator in the ***"Basic competency standards for Vietnamese nurses"?***

+ Clearly understands patient's disease (Competency standard 1.1)
+ Communication, explanation skills to patients/families (Competency standards: 4.5; 4.6; 10.2; 11.3)
+ Identifies patient's conditions before performing the technique; risky factor, infection when performing suction (Competency standards: 2.1; 4.1; 4.3; 6.1)
+ Identifies equipment, equipment sterilization requirements, safety machine usage (Competency standards: 5.1; 6.3; 20.4)
+ Clearly understands about procedure, perform or proficient in sputum suction process (Competency standards: 6.2; 18.3; 20.4)
+ Identification skills to detect abnormal changes when suctioning sputum; Choose the necessary remedies (Competency standards: 4.7; 9.1; 9.2)
+ Records data, reports/shares information of patient with team members (Competency standards: 4.2; 15.3; 16.3)
+ Legal regulations on nursing technique performance (Competency standard: 24.1)
+ Professional ethics regulations on technique performance (Competency standards: 25.1; 25.2

Important points: It is possible that some contents/competencies in some techniques cannot link with any equivalent competencies/indicator in ***"Basic competency standards for Vietnamese nurses"***, it doesn't matter, trainee needs to understand that "care" includes/is made up of different competencies/indicators.

5. Applies "Basic competency standards for Vietnamese nurses" in evaluation of nurse's competency:

5.1. Guides trainees use ***competency-based Checklist***

5.2. Trainees read, discuss unclear contents of ***competency-based Checklist*** (*Annex 2 – Curricula of clinical training for new nurses*)

5.3. Each trainee will self-assess following the ***Self-assessment competency-based Checklist***

5.4. Discussion after self-assessment.

LESSON TEST

Trainee/group of trainees take an example of nursing technique determine required competencies to perform that technique after that compare with the Competency-based Checklist to confirm the relevant required competencies.

REFERENCES

Ministry of Health (2012). Decision No.1352/QĐ-BYT dated April 24, 2012 on the approval of "Basic competency standard for Vietnamese nurses"

LESSON 3

APPLYING PROFESSIONAL ETHICS FOR VIETNAMESE NURSES TO THE PRACTICE OF PATIENT CARE

OBJECTIVES

1. Identify situations relating to professional ethics in the practice of patient care (Competency 11.1; 20.6)
2. Apply "Professional ethics for Vietnam nurses" to the practice of patient care (Competency 5; 7.2; 10.1; 10.3; 11.3; 13.2; 15; 16.1; 16.2; 16.3; 20.1; 20.2; 20.3; 20.4; 21.2; 23.2; 23.4; 23.5; 24.3; 25)

CONTENTS

1. Introduction

Healthcare in general and nursing in particular is discriminated from other occupations by specific professionally ethical obligations, including: To care, to treat, to rescue, to relieve the pain provoked by diseases and medical interventions. In order to complete professional obligations up to the social delegation, nurses are expected to possess technical excellence, as well as professional ethics. Professional characteristics and ethics are the foundation of nursing.

Professional ethics for Vietnam nurses are developed according to: (1) Juridical basis: Article 42 of Anti-corruption Code; (2) Nurses' professional obligations are regulated by: Relationships with patients, colleagues, professions and society; (3) Medical ethics challenges in the market mechanism: Conflicts to arise in the enforcement of nursing obligations; (4) International integration facility: Referring to "The ICN Code of Ethics for Nurses" (2000) and "Medical Ethics manual of the World Medical Association" (2005)

Code of ethics for nurses are the principles, professional values, standards to guide nurses in order to give ethical decisions during the nursing process. Professional ethics are also the basis for patients, residents and managers to supervise and judge the implementation of members nationwide. Every nurse is required to commit applying every time, everywhere of occupation and medical facilities.

Professional ethics for Vietnam nurses are issued according to Decision No.20/QĐ-HĐD, September 10th, 2012 by Vietnam Nurses Association.

2. Professional Ethics for Nurses *(details in the below annex)*

8 principles of Professional Ethics for Nurses:

- Ensure safety for patients;
- Show respect at the patients and their relatives;
- Be friendly with the patients and their family;
- Prove honesty during working process;
- Maintain and improve professional abilities;
- Occupational dignity;
- Provide loyalty and unite among colleagues;
- Commit to society and community.

3. Applying "Professional Ethics for Vietnam Nurses" in the practice of patient care.

3.1. Discussion questions on the applying "Professional Ethics for Vietnam Nurses" in the practice of patient care.

Using your personal experiences of studying in hospitals, as well as visiting the sick acquaintances at hospital, please:

- List down ethically inappropriate behaviors of the nurses/medical officers (that you have witnessed);
- Discuss about the listed problems.

3.2. Discuss about situations relating to professional ethics in the practice of patient care.

3.2.1. Case 1:

*** Description:**

Mr. Le Van M, 64 years old, was a patient under treatment at room no.6, Surgery Department in C Hospital, diagnosed a soft-tissue wound at the left foot as a result of the laborl accident on Monday. Nurse T was walking past the room entrance when Mr. M asked her:

Mr.M: Can you inform me of the nurse in charge of room no.6?

Nurse T: Her name is already on the door's board, and when she works, she always wears her name tag, you have been here for days yet still don't know?

Mr.M was not satisfied! Thank you, I got it!

On the fifth day of treatment,

Mr.M's injuries were infected, nurse H (in charge of room no.6) came into the room and announced that Mr.M would be transferred to room no.10.

Mr.M: I want to stay here in this room, we roommates are close, I don't want to move into another room!

Nurse H: The doctor has assigned, you have to follow professional regulations, please inform your family to prepare all personal belongings, I will take care of your transference this afternoon.

The patient was very uncomfortable and questionable about the treatment room transference.

*** Discussion requirements:**

- Give comments on the nurses' behaviors (true/false) in the situation (according to Professional Ethics for Nurses);
- Suggest appropriate behaviors according to Professional Ethics for Nurses in the situation.

3.2.2. Case 2:

*** Description:**

A woman carried her husband with leg injuries to the emergency room of local hospital X, at around 12:15. Nurse A was on duty at the examination room, he welcomed the patient and asked the doctor for a diagnosis. After the check-up, the doctor requested a X-ray examination.

The wife leads the patient by her hand to the X-ray section; nurse A was taking notes when he noticed the patient's complaint on his severely hurting leg making it hard for him to move.

Nurse A pointed at the stretcher and told the wife: "The stretcher is over there, take it and lift him to the place, he is hurt as you make him walk there!". The wife guided the patient onto the stretcher, suffered to keep it in the right direction. Another patient's family came to help her deliver the patient to the X-ray section.

*** Discussion requirements:**

- Give comments on the nurse's behaviors (true/false) in the situation (according to Professional Ethics for Nurses);
- Suggest appropriate behaviors according to Professional Ethics for Nurses in the situation.

3.2.3. Situation 3:

*** Description:**

Nurse L (treatment room), transfer a patient from Outpatient Department to General Surgery Department. Nurse B (General Surgery Department) refused to take the case because of the lack of some administrative procedures; the nurses arguing for a while made the patient and family anxious!

*** Discussion requirements:**

- Give comments on the nurses' behaviors (true/false) in the situation (according to Professional Ethics for Nurses);
- Suggest appropriate behaviors according to Professional Ethics for Nurses in the situation.

3.2.4. Situation 4:

*** Description:**

A patient was urgently carried into the hospital at past 1 a.m. hardly breathing, the family delivered him directly into Internal Medicine Department, not going through the Emergency Department (as the patient had been treated in Internal Medicine a few times before). Nurse N (on duty of Internal Medicine Dept.) did not let the patient into the department, instructed the patient to the Outpatient Dept. to complete the hospital admission procedures; the patient's family reacted and threatened to sue the nurse; as then nurse N was even more determined in requesting procedures from Examination Department to ensure regulations obedience.

*** Discussion requirements:**

- Give comments on the nurse's behaviors (true/false) in the situation (according to Professional Ethics for Nurses);
- Suggest appropriate behaviors according to Professional Ethics for Nurses in the situation.

3.2.5. Situation 5:

*** Description:**

On a night at Pediatrics Department, a mother of a 5-year-old child (under treatment at the Dept.) demanded a nurse on duty to feed her child fever reliever, according to his high body temperature.

Nurse H (on duty) immediately take measure of the temperature, the result turned out 39°C. The pediatric patient cried, the mother was anxious, urging the nurse to feed him fever reliever. The nurse took a pack of Efferalgan (in the duty cabinet) to feed the patient, and inform the doctor on duty right after.

The doctor disagreed with the settlement of nurse H, criticized her for disobeying the regulations; Nurse H did not take the charge, insisting on her work as not to awaken the doctor; on the other hand, Efferalgan was general medicine, which could be used and reported afterwards!

*** Discussion requirements:**

- Give comments on the nurse's behaviors, conduct of professional duties and co-operation (true/false) in the situation (according to Professional Ethics for Nurses);
- Suggest appropriate solutions according to Professional Ethics for Nurses in the situation.

3.3. Students/Groups present, discuss the questions and situations.

Conclusion: "Professional Ethics for Vietnamese Nurses" was enforced by Vietnam Nurses Association according to Decision No.20/QĐ-HĐD, September 10th, 2012. Professional Ethics for nurses are the principles, professional values, standards to guide nurses in order to give ethical decisions during the practice process. Professional ethics are also the basis for patients, residents and managers to supervise and evaluate the practice of nurses nationwide. Every nurse needs to understand deeply and apply appropriately the ethics to occupational practice.

Annex:

ETHICAL STANDARDS FOR VIETNAMESE NURSES

Chapter I: GENERAL PROVISIONS

Article 1. Scope of regulation and subject of application

These ethical standards are applicable to all members of the Vietnam Nurse Association, Nursing Teachers and Chief Nurses at different levels (hereinafter referred to as Nurse).

Article 2. Objectives

1. To educate nurses about the self-application of ethical standards in nursing services;
2. To assist nurses in making appropriate decisions in each situation, in line with ethical standards;
3. To disseminate ethical standards for Vietnamese nurses, on which monitoring and evaluation activities of people, patients, and management authorities are based;
4. To disseminate ethical standards for Vietnamese nurses, which are aligned with the implementation of the Mutual Recognition Arrangement in Nursing Services, adopted by Vietnam and other ASEAN Member States.

Chapter II. ETHICAL STANDARDS OF NURSES

Article 3. Ensure safety of patients

1. Maintain best practices at work.
2. Be responsible for all decisions and clinical practices in patient care.
3. Take timely interventions and report to responsible persons when experiencing clinical practices of professionals unsafe for patients.

Article 4. Respect patients and their family's members

1. Respect patients' age, gender, ethnicity, religion.
2. Respect patients' autonomy when taking care of them.
3. Respect patients' dignity, self-respect, self-esteem and ensure their privacy and confidentiality when taking care of them.
4. Provide adequate information about their treatments.
5. Safeguard patients' secrets related to their diseases and personal lives.
6. Treat all patients fairly and equally.

Article 5. Be friendly with patients and their family's members

1. Provide self-introduction and greetings to patients and their family's members in a friendly way.
2. Listen to patients and their family's members and reply in a caring and polite way.
3. Take care of patients with a friendly smile.
4. Help patients relieve their pains caused by their diseases and surgeries.

Article 6. Be honest at work

1. Be honest in managing and using medicines and other treatment materials.
2. Be honest in practicing professional care for patients and prescriptions.
3. Be honest in providing information to their medical records.

Article 7. Maintain and enhance professional capacity

1. Fully perform responsibilities of a nurse.
2. Follow technical processes, clinical instructions when taking care of patients.
3. Study on a continuous basis to update knowledge and professional skills.
4. Participate in research and evidence-based practice.

Article 8. Promote the profession's ethical standards

1. Maintain and preserve the profession's reputation when its values and standards are threatened and harmed by others.
2. Be dedicated to patient care and follow working regulations.
3. Refuse to receive money or other benefits from patients, their family's members for being prioritized in examination and treatment.
4. Respect Regulations of the Vietnam Nurse Association and participate in activities of the Association at different levels.

Article 9. Be candid and united with colleagues

1. Cooperate and assist colleagues in fulfilling tasks.
2. Respect and protect dignity and reputation of colleagues.
3. Share professional experiences and lessons learnt with colleagues.

Article 10. Commit oneself to community and society

1. Talk and act in accordance with legal regulations.
2. Be exemplary in community and at place of residence.
3. Participate in philanthropy and environment protection.

Chapter III. PROVISIONS OF IMPLEMENTATION

Article 11. Responsibility of the Central Executive Committee of the Vietnam Nurse Association

1. Collaborate with the Ministry of Health and the Vietnam Medical Association in promoting the implementation of these ethical standards.
2. Develop an implementation plan of the Ethical Standards for nurses at provincial/city level and branches of the Vietnam Nurse Association.

3. Monitor and evaluate the implementation of Ethical Standards for nurses at different levels of the Vietnam Nurse Association.
4. Organize preliminary and summary meetings to disseminate experience, lessons learnt, and case studies for replication to the whole system of the Vietnam Nurse Association.
5. Provide recommendations on timely rewards for branches of the Vietnam Nurse Association at different levels and individuals who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.

Article 12. Responsibility of Chairperson of Provincial Nurse Associations and Heads of Branches

1. Chairperson of Provincial/City Nurse Association
   a) Collaborate with the Department of Health, Chief Nurse of the Department of Health, related departments at local levels to promote the implementation of Ethical Standards for nurses and develop an implementation plan for all branches of the Vietnam Nurse Association.
   b) Monitor and evaluate the implementation of Ethical Standards for nurses at branches under direct management.
   c) Organize preliminary and summary meetings to disseminate experience, lessons learnt, and case studies for replication to all branches of the Vietnam Nurse Association.
   d) Provide recommendations on timely rewards for branches of the Vietnam Nurse Association and individuals who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.
2. Heads of branches
   a) Collaborate with leaders of related departments, Chief Nurses of hospitals to develop an implementation plan and to organize trainings on Ethical Standards for nurses so that they will follow in their profession.
   b) Provide instructions for each member to fill out the self-evaluation form in accordance with the Ethical Standards (Annex 1).
   c) Collaborate with Chief Nurses to evaluate the implementation of Ethical Standards of members and provide feedbacks to each of them based on instructions of the Vietnam Nurse Association (Annex 2).
   d) Report the implementation of Ethical Standards of all members to the Vietnam Nurse Association and healthcare management agencies at the same level.
   e) Provide recommendations on timely rewards for members who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.

REFERENCES

Vietnam Nurses Association (2012). Decision No.20/QĐ-HĐD dated September 10, 2012 on the issuance of Ethical Standards for Vietnamese Nurses

LESSON 4

REGULATIONS ON NURSING AND PATIENT CARE

OBJECTIVES

1. Present regulations on principles for medical practice and prohibited acts in medical examination and treatment and care for patients (Competency standard: 24)
2. Present regulations on rights and obligations of patients and nursing practitioners (Competency standard: 24)
3. Analyze the tasks and scope of professional activities of nurses by levels (Competency standard: 24)
4. Apply and implement hospital regulations and regulations on nursing practice and patient care (Competency standard: 24)

CONTENT

1. INTRODUCTION

As citizens, we must exercise our rights and fulfil obligations to the society, the state and the people. As nurses, we need to have professional competence, legal knowledge, and ethics which are essential to ensure the quality of care for patients, the safety of service users and health care providers.

The understanding of nurses' legal regulations on medical examination and treatment must be displayed in actions including legal compliance, law enforcement, law using and law application in nursing practice. The concepts are interpreted as the followings to help nurses understand well:

- Legal compliance means not to take actions prohibited by law
- Law enforcement means to fulfil the obligations prescribed by law
- Law using means to exercise the rights as prescribed by law
- Law application means to perform the functions, tasks and rights prescribed by law.

The content of the lesson will focus on issues related to principles of the nursing practices, rights, and obligations of nursing practitioners, the rights and responsibilities of patients, regulations on granting practice certificates and professional activities of nurses in caring for patients.

2. GENERAL REGULATIONS ON MEDICAL PRACTICE

2.1 Principles for medical practice:

According to the Article 3 of the Law on Medical Examination and Treatment:

1. To ensure equality, fairness and non-discrimination for patients.

2. To respect patients' rights; to keep confidential information on the health status and privacy of patients indicated in their case history dossiers, except the cases specified in Clause 2 Article 8; Clause 1 Article 11; and Clause 4 Article 59 of this Law.
3. To promptly and properly observe professional and technical regulations.
4. To prioritize medical examination and treatment for cases of emergency, under-6 children, sufferers of serious disabilities, people aged at 80 or older; people with contributions to the revolution; and pregnant women.
5. To guarantee professional ethics of practitioners.
6. To respect, cooperate with, and protect practitioners on duty.

2.2 Prohibited acts

According to the Article 6 of the Law on Medical Examination and Treatment:

- Refusing to provide or intentionally delaying first aid for patients.
- Providing medical examination and treatment without a medical practice certificate or during the time subject to suspension from professional practice; providing medical examination and treatment services without an operation license or during the time subject to suspension from operation.
- Practicing medical examination and treatment or providing medical examination and treatment services outside the scope of professional operation under a medical practice certificate or operation license, except cases of emergency.
- Hiring, borrowing, leasing or lending medical practice certificates or operation licenses.
- Practitioners selling drugs to patients in any forms, except herb doctors, herb assistant doctors, herbalists and owners of family remedies.
- Applying medical professional methods and techniques which have not been recognized and using drugs which have not been licensed for circulation, in medical examination and treatment.
- Advertising professional capacity and qualifications untruthfully or beyond the scope of professional operation under medical practice certificates or operation licenses; abusing traditional herbal medicine knowledge or other medical knowledge to advertise treatment methods or drugs untruthfully.
- Using superstitions in medical examination and treatment.
- Practitioners drinking alcohol or beer or smoking or having an alcoholic concentration in blood or breath when providing medical examination and treatment.
- Infringing upon patients' rights; failing to observe professional and technical regulations in medical examination and treatment; taking advantage of positions and powers in medical examination and treatment: abusing the profession to harm the honor, dignity and body of patients: erasing and modifying case history dossiers to falsify information on medical examination and treatment.

- Harming the health, life, honor and dignity of practitioners.
- Obstructing patients in need of compulsory treatment in admitting to medical examination and treatment establishments or intentionally providing treatment for those not in need of compulsory treatment.
- Medical cadres, civil servants and public employees establishing, engaged in the establishment or management and administration of private hospitals or medical examination and treatment establishments set up and operating under the Enterprise Law or the Law on Cooperatives, unless they are assigned by competent state agencies to manage and administer state-funded medical examination and treatment establishments.
- Bribery giving, taking and broking in medical examination and treatment.

2.3 Rights of patients

7 rights of patients are regulated in Articles 7 to 13 of the Law on Medical Examination and Treatment:

- Rights to medical examination and treatment with quality suitable to actual conditions.
- Rights to respect for privacy.
- Rights to respect for honor and protection of health in medical examination and treatment.
- Rights to choose in medical examination and treatment.
- Rights to obtainment of information on case history dossiers and medical examination and treatment expenses.
- Rights to refusal of medical treatment and discharge from medical examination and treatment establishments.
- Rights of patients losing civil act capacity, or without civil act capacity or with restricted civil act capacity, or being juveniles aged between full 6 years and under full 18 years. Lawful representatives of the patients decide medical examination and treatment for the patients. In cases of emergency, to protect the life and health of a patient, the head of a medical examination and treatment establishment may decide medical examination and treatment for the patient when his/her lawful representative is absent.

2.4 Obligations of patients

Obligations of patients are regulated in Articles 14 to 16 of the Law on Medical Examination and Treatment:

To respect practitioners: To respect and commit no act of harming the honor, dignity, health and life of practitioners and other health workers.

To observe regulations on medical examination and treatment: (1) To truthfully provide information related to their health status and fully cooperate with practitioners and medical examination and treatment establishments. (2) To follow practitioners' instructions on diagnosis and treatment, except the cases specified in Article 12 of this Law. (3) To observe and request their

relatives to observe rules of medical examination and treatment establishments and the law on medical examination and treatment.

To pay medical examination and treatment expenses: To pay medical examination and treatment expenses, except cases of exemption or reduction under law. For insured patients, payment of medical examination and treatment expenses complies with the law on health insurance.

2.5 Rights of practitioners

Rights of practitioners are regulated in Articles 31 to 35 of the Law on Medical Examination and Treatment as follows:

Rights to professional practice: (1) To professionally practice within the scope of professional operation; To decide on and take responsibility for diagnosis and treatment methods within the scope of professional operation indicated in their medical practice certificates; (2) To sign contracts with medical examination and treatment establishments to provide medical examination and treatment, but to be in charge of professional and technical operations at only one medical examination and treatment establishment. (3) To join socio-professional organizations.

Rights to refusal of medical examination and treatment: (1) To refuse to provide medical examination and treatment when, in the course of medical examination and treatment, anticipating that treatment of a disease goes beyond their capacity or is outside the scope of their professional operation, but to report such to a competent person or introduce patients to other medical examination and treatment establishments for treatment. In this case, practitioners shall still provide first aid, supervision, care and treatment for the patients until they are transferred to other medical examination and treatment establishments. (2) To refuse to provide medical examination and treatment when the examination and treatment is contrary to law or professional ethics.

Rights to improvement of professional capacity: (1) To receive training, re-training and continued updating of medical knowledge relevant to their professional practice level. (2) To participate in refresher training and sharing information on professional operation and the health law.

Rights to protection upon occurrence of incidents to patients: (1) To be protected by law and take no responsibility when properly observing professional and technical regulations but incidents still occur. (2) To request agencies, organizations and professional associations to protect their lawful rights and interests upon occurrence of incidents to patients.

Rights to assurance of safety during professional practice: (1) To be equipped with means of labor protection and sanitation to prevent and mitigate risks for infection and occupational accidents. (2) To have their health, life, honor and body protected. (3) To temporarily leave work places when having their life threatened by others, but then to report such to heads of medical examination and treatment establishments or administrations of nearest localities.

2.6 Obligations of practitioners

5 obligations of practitioners are regulated in Articles 36 to 40 of the Law on Medical Examination and Treatment as follows:

Obligations toward patients: (1) To provide timely first aid, emergency aid and medical examination and treatment for patients; (2) To respect rights of patients; (3) To give counseling

and provide information under law; (4) To equally treat patients, not to let personal interests or discrimination affect their professional decisions. (5) To request patients to pay only expenses for medical examination and treatment posted up under law.

Professional obligations: (1) To observe professional and technical regulations; (2) To take responsibility for their medical examination and treatment; (3) To regularly study and update medical knowledge to improve their professional capacity under the Health Minister's regulations; (4) To be devoted in medical examination and treatment; (5) To keep confidential the health status of patients, information provided by patients and case history dossiers; (6) To report on practitioners deceiving patients or colleagues; (7) Not to prescribe or instruct the use of medical examination and treatment services for patients or recommend them to move to other medical examination and treatment establishment for self-seeking interests.

Obligations toward colleagues: (1) To cooperate and respect colleagues in medical examination and treatment; (2) To protect the honor and prestige of colleagues.

Obligations toward the society: (1) To participate in community health protection and education; (2) To participate in supervising the professional capacity and ethics of other practitioners; (3) To observe assignment decisions of their managing agencies; (4) To observe mobilization decisions of competent state agencies upon occurrence of natural disasters, catastrophes or dangerous epidemics.

Professional ethics obligations: Practitioners are obliged to perform professional ethics obligations under the Health Minister's regulations.

2.7 Professional and technical mistakes in medical examination and treatment

According to the Article 73 of the Law on Medical Examination and Treatment, a practitioner makes professional and technical mistakes when he/she is determined by a professional council to commit any of the following acts:

a. Violating regulations on responsibilities for care for and treatment of patients:

b. Violating professional and technical regulations and professional ethics:

c. Infringing upon the rights of patients.

According to the Clause 2 Article 73 of the Law on Medical Examination and Treatment, a practitioner makes no professional and technical mistakes when he/she is determined to fall into either of the following cases:

a. Having observed properly professional and technical regulations in medical examination and treatment but incidents still occur to patients:

b. Cases of emergency in which incidents occur to patients due to an unsolvable lack of technical means and equipment and practitioners under law or the unavailability of professional regulations on a disease and other force majeure cases resulting in such incidents.

2.8 Responsibilities of practitioners upon occurrence of incidents

The Article 76 of the Law on Medical Examination and Treatment regulates responsibilities of practitioners and medical examination and treatment establishments upon occurrence of incidents as follows:

- The insurer from which the medical examination and treatment establishment buys insurance shall pay damages to the patient. In case of the the medical examination and treatment establishment fails to buy insurance, it have to pay damages to the patient by itself under law.
- Apart from paying damages to patients, a medical examination and treatment establishment and a practitioner making professional and technical mistakes resulting in an incident to a patient shall take other legal responsibilities under law.
- An incident occurs in medical examination and treatment but practitioners make no professional and technical mistake, the medical examination and treatment establishment and practitioners are not required to pay damages.

3. REGISTER OF PRACTICE AND SCOPE OF PROFESSIONAL OPERATION

3.1 Initial issuance of a practice certificate for a nurse

According to the Article 5 of the Decree No.109/NĐ-CP dated 01 July 2016, composition of applications for issuance of the practice certificates to Vietnamese nurses includes:

- Application form for practice certificate
- Valid copies of nursing qualifications
- A certificate of completion of internship
- A Certificate of Health
- A criminal record
- A CV
- Two photos of 04 cm x 06 cm

Note: All forms must be same as the forms enclosed with the Decree No.109/NĐ-CP

3.2 Requirements for issuance of operation licenses for injection, dressing change, pulse counting and temperature and blood pressure measurement service providers

The Article 33 of the Decree 109/NĐ-CP dated 01 July 2016 regulates requirements for operation licenses for injection, dressing change, pulse counting and temperature and blood pressure measurement service providers as follows:

1. Facilities:
   a. The location must be permanent, bright enough and separated from places for daily-life activities;
   b. A room for injection or dressing change must have an area of at least 10 m2;

c. Electricity, and water supply must be sufficient and other sanitation conditions must be satisfied for patient care.

2. Medical equipment:

a. Having sufficient medical equipment and instruments suitable to the registered scope of operation;

b. Having anti-shock first aid kits.

3. Personnel:

a. Any person engaged in providing medical examination and treatment must have a practice certificate and be assigned proper tasks which stated in his/her practice certificate.

b. A staff responsible for providing injection, dressing change, pulse counting and temperature and blood pressure measurement services shall satisfy the following requirements:

- Having a two-year medical degree and a practice certificate;
- Having experience in performing injection, dressing change, pulse counting and temperature and blood pressure measurement for at least 45 months.
- Being a full-time practitioner at a healthcare facility.

3.3 Requirements for issuance of operation licenses to home healthcare service providers

The Article 34 of the Decree 109/NĐ-CP dated 01 July 2016 regulates requirements for issuance of operation licenses to home healthcare service providers as follows:

Any facility providing home healthcare services including dressing change, suture removal; physical therapy, rehabilitation; pregnant women and baby care; collection of blood samples for testing, result return; care of patients with cancer and other home nursing services must satisfy the following requirements:

1. Medical equipments:

Having sufficient medical equipment and instruments suitable to the registered scope of operation.

2. Personnel:

a. Any person engaged in providing medical examination and treatment must have a practice certificate and be assigned proper tasks which stated in his/her practice certificate.

b. A staff responsible for providing professional techniques in a home healthcare facility must have a two-year medical degree and a practice certificate and have performed medical examination and treatment for at least 45 months.

- Being a fulltime practitioner at a healthcare facility.

3.4 Scope of professional operation of nurses

Currently, the Ministry of Health regulates the scope of nursing operations under the provisions of Circular No. 26/2015 / TTLTBYT-BNV dated October 7, 2015 regulating codes and standards of proficiency of nurses, midwives, medical technicians as follows:

3.4.1 Nurses level II

Tasks:

a. Patient care in healthcare facilities:

- Examine, identify, and determine health problems of patients, make a care plan, implement this plan, assess the results of the health care;
- Assess the health situation of patients, indicate suitable care and supervision for patients;
- Check and assess the daily progress of patients; identify and cooperate with doctors to provide timely treatment to any abnormal situation of patients;
- Provide, monitor and assess palliative care for end of life patients and psychological support for patients' families;
- Implement, check, and assess basic nursing techniques, intensive nursing techniques, and functional rehabilitation techniques for patients;
- Cooperate with doctors to decide functional rehabilitation and proper nutrition for patients;
- Implement, check, and assess nutritional care for patients;
- Implement, check and assess medical records of patient as required;
- Participate in developing and following patient care procedures.

b. First aid and emergency aid:

- Prepare medicine and emergency aid equipment;
- Implement first aid, medical emergency techniques or specialist first aid and emergency techniques;
- Organize, check, assess, and implement emergencies in diseases and disasters.

c. Health communication, counselling, and education:

- Make plan, provide counselling service, and education about health care for patients.
- Participate in developing contents, programs, materials of health care, and implement communication, counselling, and education about health care.
- Assess activities of health care communication and education.

d. Community health care:

- Communicate and educate patients on disease prevention at healthcare facilities and community;
- Implement primary health care and national target programs;
- Identify, decide and implement nursing care techniques at home: injecting, transmitting, wound caring, caring for patients with the drainage tube and rehabilitation care.

e. Protect the rights of patients:

- Assure that the rights of patients are protected according to the provisions of law;
- Take measures and assess the effectiveness of these measures to ensure safety for patients.

f. Cooperate and support treatment:

- Classify levels of care for patients;
- Cooperate with doctors to support for patients in the process of transferring to other departments or other hospitals or hospital discharge;
- Support, supervise and be responsible for the performance of lower-level nurses;
- Manage patient records, their case history dossiers, patient rooms, patients, medicines, medical equipment, and consumables;

g. Training, research, and career development:

- Organize training activities and provide practical guidance for students, nursing staffs;
- Conduct scientific research, develop technical innovations in patient health care, and improve the quality of patient health care services;
- Update, evaluate and apply evidence-based method in practicing health care for patients;
- Participate in designing continuous training programs and materials for nursing officers.

Requirements for qualifications:

a. Degree of specialist level I or Master's degree in nursing

b. Foreign language certificate of 3 level or higher according to the Circular No. 01/2014 / TT-BGDT dated January 24, 2014 of the Ministry of Education and Training promulgating the 6-level foreign language competence framework for Vietnamese. Or Ethnic language certificate for the position that requires the use of ethnic languages;

c. Basic IT skills in accordance with Circular No. 03/2014 / TT-BTTTT dated March 11, 2014 of the Ministry of Information and Communications regulating IT skills.

d. Certificate in training for nurses level II.

Requirements for professional competence:

a. Understand the Party's views, undertakings and guidelines, policies and laws of the State on protecting, caring and improving the people's health;

b. Understand health and disease of individuals, families and the community, give diagnosis of care, classify levels of care, determine health care, and decide nursing intervention to ensure safety for patients and the community;

c. Implement basic nursing techniques, first aid, and emergency techniques and effectively respond to emergencies, epidemics and disasters;

d. Have skills in counselling and educating health care and effectively communicating with patients and the community;

đ. Have skills in training, practicing, researching, and coordinating with colleagues and promoting nursing careers;

e. To be a head or a secretary or a main participant (participated in over 50% of project time) of grassroots level scientific research project, or have scientific initiatives/inventions which have been approved to improve nursing techniques;

f. To level up to a nurse level II, the nurse must have 9 year experience of working as the nurse level III, and the most recent time to work as a nurse level III requires at least 2 years.

3.4.2 Nurses level III

Tasks

a. Patient care in healthcare facilities:
   - Examine, identify, and determine health problems of patients, make a care plan, implement this plan, assess the results of the health care;
   - Monitor, identify, and decide suitable care and report timely abnormal situations of patients;
   - Provide, check and assess palliative care for end of life patients and psychological support for patients' families;
   - Implement basic nursing techniques, intensive and complex nursing techniques, and functional rehabilitation techniques for patients;
   - Identify nutrition need of patients, implement, check, and evaluate nutritional care for patients;
   - Implement medical records of patient as required;
   - Participate in developing and following patient care procedures.

b. First aid and emergency aid:
   - Prepare medicine and emergency equipment;
   - Implement first aid, medical emergency techniques or respond to emergency situations such as anaphylactic shock, cardiac arrest, respiratory arrest, and specialist first aid, and medical emergency techniques;
   - Implement emergencies in diseases and disasters.

c. Health communication, counselling, and education:
   - Evaluate the demand of counselling, and education about health care of patients;
   - Guide patients to health care and disease prevention;
   - Participate in developing contents, programs, materials of health care, and implement communication, provide counselling service, and education about health care;
   - Assess activities of health care communication and education.

d. Community health care:
   - Communicate and educate patients on disease prevention at healthcare facilities and community;
   - Implement primary health care and national target programs;
   - Implement nursing care techniques at home: injecting, transmitting, wound care, caring for patients with the drainage tube and rehabilitation care.

đ. Protect the rights of patients:

- The legal rights of patients are assured and protected according to the provisions of law;
- Take measures to ensure safety for patients.

e. Cooperate and support treatment:

- Cooperate with doctors to classify levels of care and provide health care for patients;
- Cooperate with doctors to support for patients in the process of transferring to other departments or other hospitals or hospital discharge;
- Support, supervise and be responsible for the performance of lower-level nurses;
- Manage patient records, their case history dossiers, patient rooms, patients, medicines, medical equipment, and consumables;

g. Training, research, and career development:

- Organize training activities and provide practical guidance for students, nursing staffs;
- Conduct scientific research, develop technical innovations in patient health care, and improve the quality of patient health care services;
- Participate in designing continuous training programs and materials for nursing officers.

Requirements for qualifications:

a. Bachelor's degree in nursing

b. Foreign language certificate of A2 level or higher according to the Circular No. 01/2014 / TT-BGDT dated January 24, 2014 of the Ministry of Education and Training promulgating the 6-level foreign language competence framework for Vietnamese. Or Ethnic language certificate for the position that requires the use of ethnic languages;

c. Basic IT skills in accordance with Circular No. 03/2014 / TT-BTTTT dated March 11, 2014 of the Ministry of Information and Communications regulating IT skills.

Requirements for professional competence:

a. Understand the Party's views, undertakings and guidelines, policies and laws of the State on protecting, caring and improving the people's health;

b. Understand health and disease of individuals, families and the community, give diagnosis of care, classify levels of care, determine health care, and decide nursing intervention to ensure safety for patients and the community;

c. Implement basic nursing techniques, first aid, and emergency techniques and effectively respond to emergencies, epidemics and disasters;

d. Have skills in counselling and educating health care and effectively communicating with patients and the community;

đ. Have skills in training, practicing, researching, and coordinating with colleagues and promoting nursing careers;

e. To level up to a nurse level III, the nurse must have 2 year experience of working as the nurse level IV and have a three year degree in nursing at the first recruitment; or 3 year experience of working as the nurse level IV who has a two year degree in nursing at the first recruitment.

3.4.3 Nurses level IV

Tasks

a. Patient care in healthcare facilities:
   - Examine, identify, and determine health problems of patients, make a care plan, implement this plan, assess the results of the health care;
   - Monitor, evaluate daily the progress of patients; and report timely abnormal situations of patients;
   - Provide palliative care for end of life patients and psychological support for patients' families;
   - Implement basic nursing techniques as directed and assigned;
   - Identify nutrition need of patients, implement nutritional care for patients as directed;
   - Implement medical records of patient as required;

b. First aid and emergency aid:
   - Prepare medicine and emergency equipment;
   - Implement first aid, medical emergency techniques;
   - Participate in emergencies in diseases and disasters.

c. Health communication, counselling, and education:
   - Evaluate the demand of consultancy, and education about health care of patients;
   - Guide patients to health care and disease prevention;
   - Implement communication, provide counselling service, and education about health care.

d. Community health care:
   - Communicate and educate patients on disease prevention at health facilities and community;
   - Participate in primary health care and national target programs;
   - Provide nursing care services at home: injecting, wound care, caring for patients with the drainage tube and rehabilitation care, and personal care (shower, shampoo and dressing change) for patients as required.

đ. Protect the rights of patients:
   - The legal rights of patients are assured and protected according to the provisions of law;
   - Take measures to ensure safety for patients.

e. Coordinate and support treatment:
   - Participate in classifying levels of care;
   - Prepare and support for patients in the process of transferring to other departments or other hospitals or hospital discharge;

- Manage patient records, their case history dossiers, patient rooms, patients, medicines, medical equipment, and consumables;

g. Training, research, and career development:
   - Provide practical guidance for students, nursing staffs as assigned;
   - Participate in applying innovations in patient health care, and improving the quality of health care services;

Requirements for qualifications:

a. Diploma's degree in nursing. For those who graduated as midwives or assistant doctors are required to have the certificate in nursing according to the regulations of the MOH.

b. Foreign language certificate of 1 level or higher according to the Circular No. 01/2014 / TT-BGDT dated January 24, 2014 of the Ministry of Education and Training promulgating the 6-level foreign language competence framework for Vietnamese or Ethnic language certificate for the position that requires the use of ethnic languages;

c. Basic IT skills in accordance with Circular No. 03/2014/TT-BTTTT dated March 11, 2014 of the Ministry of Information and Communications regulating IT skills.

Requirements for professional competence:

a. Understand the Party's views, undertakings and guidelines, policies and laws of the State on protecting, caring and improving the people's health;

b. Understand health and disease of individuals, families and the community, give diagnosis of care, classify levels of care, determine health care, and decide nursing intervention to ensure safety for patients and the community;

c. Implement basic nursing techniques, first aid, and emergency techniques;

d. Have skills in educating health care and effectively communicating with patients and the community.

LESSON TEST

Case 1

You are a nurse in the Infectious Diseases Department, you receive a phone call from outside the hospital when you are in the shift. She asks you if there is a patient named Nguyen Van A, 50 years old, coming from Tu Liem, Cau Giay, Hanoi. She informs that her name is Lan and she is the sister of the patient. You are the nurse taking care of patient Nguyen Van A

Q1. Choose the correct answer:

A. There is a patient named Nguyen Van A, 50 years old, coming from Tu Liem Cau Giay, Ha Noi.

B. There is no patient named Nguyen Van A, 50 years old, coming from Tu Liem Cau Giay, Ha Noi.

C. You have an appointment with Mrs. Lan to call back after 15 minutes.

You talked with Mr. Nguyen Van A and he said he did not want to inform to relatives about his situation in the hospital.

Q2. Choose the correct answer when Mrs Lan calls again

A. You supply the phone number of on-call room to Mrs Lan and advise her to ask doctors there.

B. You answer that there is no patient with name, age and address as information which Mrs Lan asked.

C. You answer that there is a patient named Nguyen Van A, 50 years old and coming from Tu Liem, Cau Giay, Ha Noi. However, he did not want to meet her because he is tired.

Mr. Nguyen Van A suffered from hepatitis B. After two week of treatment, he is allowed to leave the hospital by the doctor. Mr. A meet you to ask for making photo of his medical documents for the next hospitalization.

Q3. Choose the correct answer:

A. You tell Mr. A that you will ask the doctor

B. You tell Mr. A that he must write the request of being supplied his summary medical records.

C. You tell Mr. A that you have no right to supply information as his request.

Case 2.

You have Bachelor's degree in nursing, you have worked in the Department of Neurology for 8 years. The Department is still applying the principles of pressure ulcers care: massage the area of pressure ulcers to prevent extension of the ulcers, wash ulcers with physiological saline 9‰, use 70° alcohol for antiseptic. In a training course on pressure ulcers management organized by the Vietnam Nurses Association, you are advised by international and national experts not to massage the area of pressure ulcers, and not to use antiseptic such as alcohol to clean the sores. You want to apply the new knowledge in the department. However, after discussing with the doctor who is responsible for treatment and care for patients, you are asked to follow him strictly.

Q1. Choose the most appropriate solution in the following ways:

A. Happily follow the doctor's orders and give up the idea of applying new knowledge learned.

B. Collect more research evidence and continue to discuss with the doctor.

C. Report to the Head of the Department and suggest a new method of caring for patients with ulcers.

When using 70^0 alcohol as antiseptic on the pressure ulcers area, you often hear patients complain about pain and slow improvement of ulcers.

Q2. Choose the most appropriate solution in the following ways:

A. Encourage the patient to endure pains.

B. Continue to follow the doctor's instructions correctly.

C. Talk to the treating doctor in the meeting of the department.

Case 3

You have a three-year degree in nursing, you are working at a district hospital. A person living next to the house had a traffic accident, he was hospitalized for surgery due to a broken leg. He was left the hospital early. You are asked to perform care services at his home such as: infusion of 10% glucose solution, antibiotic injection, dressing change, removing stitches as ordered by the doctor, and rehabilitation care for the leg of the patient.

Q1. According to the regulations of the Ministry of Health, which of the following activities are in your nursing scope.

A. Injecting antibiotics according to your doctor's order

B. Dressing change according to doctor's order

C. Remove stitches according to the doctor's order

D. Rehabilitate the leg of the patient

E. Perform infusion at home

Answers

Case 1: 1.C, 2.B, 3.B

Case 2: 1.B, 2.C

Case 3: 1. A, B, D

REFERENCES

1. National Assembly (2009). Law on Medical Examination and Treatment No.40/2009/QH12.
2. Government (2016). Decree No. 109/NĐ-CP dated July 1, 2016
3. Ministry of Health and Ministry of Home Affairs (2015). Circular 26/2015/TTLT-BYT-BNV dated October 7, 2015 stipulating codes,professional title standards for nurses, midwifes, technicians

CHAPTER 2

PATIENT SAFETY

LESSON 5

APPLICATION OF STANDARD PRECAUTIONS IN PATIENT CARE PRACTICE

OBJECTIVES

1. Present the definition, principle and contents of Standard precaution;
2. Identify the situations which standard precaution should be applied in patient care;
3. Perform correctly the standard precaution regulations suitable with reality of the hospital (Competency: 20.2);
4. Select and use conformity personal protective equipment in the situation of patient care (Competency: 17.4; 20.1)
5. Category properly medical solid waste (Competency: 20.4)

CONTENTS

1. Definition of hospital infection

Hospital infection also known as medical care related infection (Healthcare Associated Infection - HAI) is infection that occur during the patients'care and treatment are taken in a health care facility without showing or incubated when hospital admission. In general, infections occurring 48 hours (2 days) after hospitalization are normally considered as hospital infection.

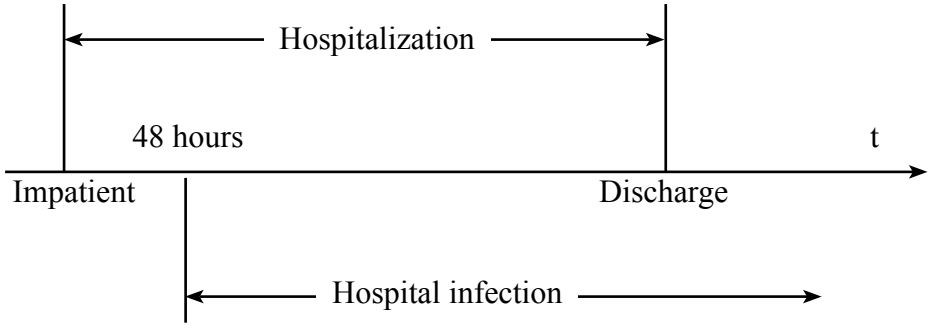


Chart 1. Demonstration the relationship between hospital admission time and hospital infection

2. Evidence relating to hospital infection

According to the Center for Disease Control of America (CDC), in around 31 hospital patients has at least one healthcare-associated infection in US. Annually, there are 1.7 millions people

suffered from hospital infection, patients with hospital infection must extend 17.6 days in hospital and increase the treatment cost of US$ 1100/patient.

In Vietnam, common ratio of hospital infection of the hospitalized patients is from 5% - 10% upon the chrateristic and scale of the hospital. General hospital infections are hospital pneumonia, septicemia, surgical cut infection, urinary infection.

Number of bacteria in 1 cm^2 healthy skin of the patient changes from 10^2 to 106, the most localized areas are groin, armpit, elbow, hand. There are 25% of normal human skin bearing S. *Aureus*. The skins of glycorrhea patients, dialysis cycle patients and chronic dermatitis patients bear higher S. *Aureus* localization.

Many researches in Vietnam show that ratio of medical staff compliant with infection control procedure in patient care generally and in surgical patients particulally is usually only 50% - 70%4. The researches have proved that hand hygiene compliance shall decrease 30% - 50% hospital infections. Current bacteria spectrum is the main culprit cause hospital infection, it is easy to remove by routine hand hygiene (wash hand with water and normal soap or rub hands with alcohol-based hand sanitizer for 20 – 30 seconds).

3. Standard precaution

3.1 Definition

Standard precaution are basic preventive measures applicable to all patients regardless of diagnosis, infection situation and timing of examination, treatment and care based on the principle of blood, secretion and excreta of patient shall be considered as disease contamination risk

3.2 Standard prevention principle

- Principles of standard precaution is to consider all blood, biofluid, secretions, excretas (except sweat) as infectious disease risks.
- Standard precaution is basic practices applicable to all the time, everywhere in every health facility.
- Standard precaution compliance is the most important strategy to reduce health care related infections for the patient, reduce occupational exposure to medical staff.
- Standard precaution application in the patient care are based on the nature of the interaction between medical staff with patients, exposure possibility of blood, biofluid and secretions from the body to select proper personal protective equipment and performances.

3.3 Blood and body secretions are able to transmit pathogenic agents

- All blood and blood products
- All secretions containing blood
- Vaginal fluid
- Sperm

- Pleural fluid
- Pericardium fluid
- Cerebrospinal fluid
- Peritoneum fluid
- Joint fluid
- Amniotic fluid

Note: The above mentioned blood and secretions are not only transmited disease from patient but also transmitted from bloody, secretion, excreta environments.

3.4 Additional precaution

Along with standard precaution commonly applied for blood and fluid of patients, WHO and Center for Disease Control of America also recommend the following additional precaution measures:

- Airborne infection precaution: Applied parallelly with standard precaution to those patients who suspect from infectious disease pathogens which is possibly transmitted by airborne such as Measles, Chickenpox, Herpes Zoster, Varicella Zoster, Tuberculosis, SARS, H5N1 from aerosols technique, medical staff has to wear special respiratory mask.
- Droplet infection precaution: applied parallelly with standard precaution to those patients who suspect from infectious disease which is possibly transmitted through droplet such as Haemophilus influenza type B, Neisseria meningitis, meningococcus, Whooping cough, diphtheria, pneumonia caused by Mycoplasma; some serious viral infections like mumps and rubella.

  Contact infection precaution: applied parallelly with standard precaution to those patients who suspect from infectious disease which is possibly transmitted through touching such as skin infection, Intestinal infections caused by multidrug-resistant bacteria, Diphtheria, Herpes simplexvirus.

3.5 Contents of standard precaution

- Hand hygiene
- Personnal protective equipment usage
- Respiratory hygiene and cough hygiene
- Patient arrangement
- Safety injection and sharp injury risky prevention
- Envirnmental sanitation
- Equipment handling
- Fabric processing
- Waste treatment

4. Routine hand hygiene

4.1 Routine hand hygiene timing

(1) Before directly contacting with patient.

(2) Before performing each clean/sterilized procedure.

(3) Right after contacting with blood and/or body fluids.

(4) After directly contacting with patient.

(5) After contacting with furniture's and equpment's surfaces in the patient room.

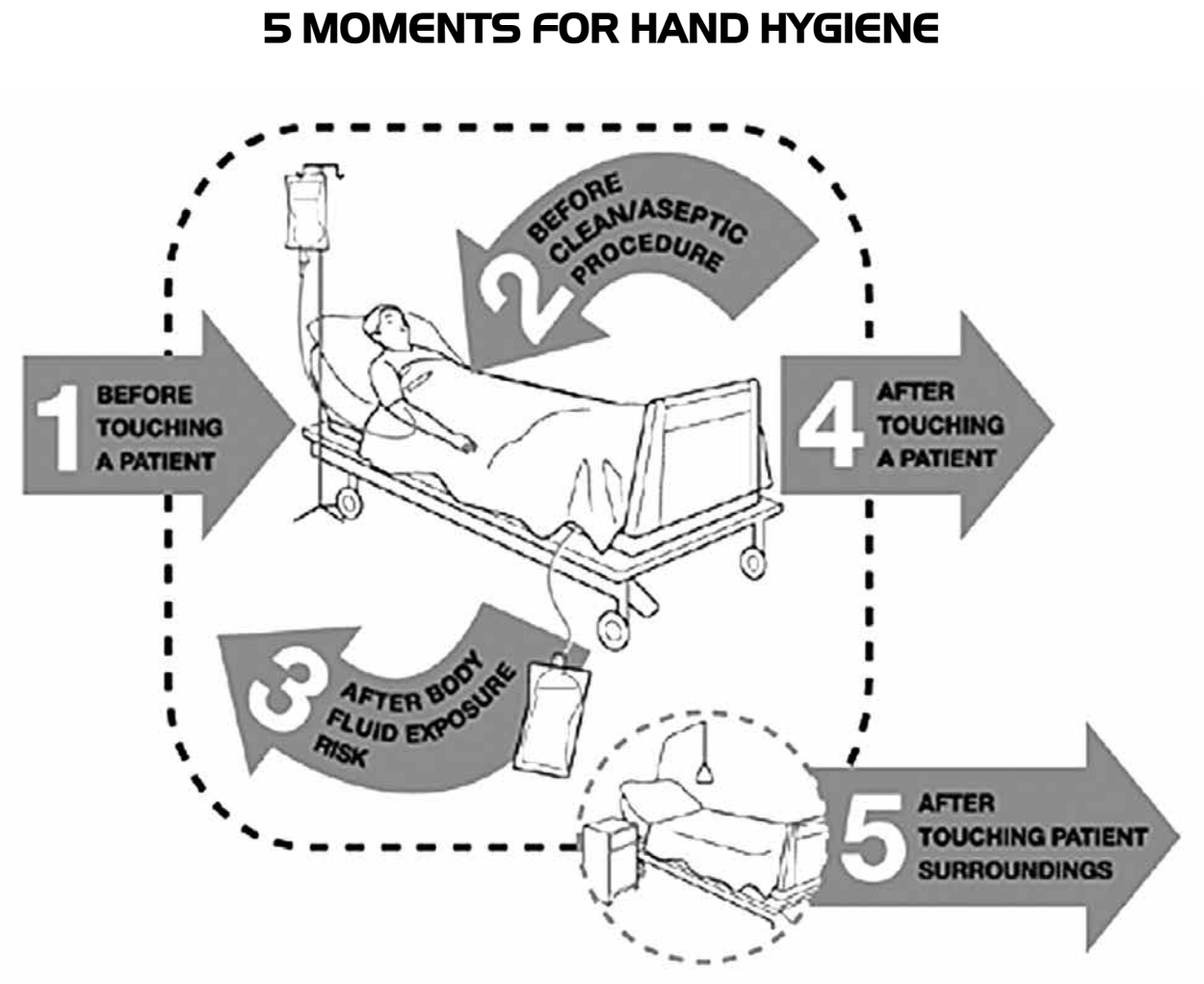


Figure 1. Demonstration of hand higiene timing

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012

In addition, the following care timing needs to have hand higiene:

- Once changing from dirty care to clean care on the same patient.
- Before wearing and removing gloves.
- Before entering and leaving patient room.

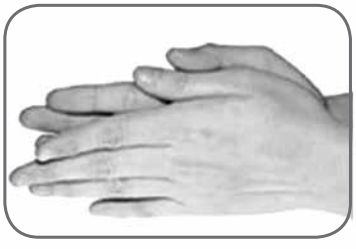
- Every medical staff working in operation room even not directly touch on the patient (anesthesia supporter, assitant, trainee…) needs to clean hands before entering the operation room. In the operation room, whenever the hand touches on equipment's surface, hands need to be cleaned with alcohol based hand sanitizer.
- Medical staff who working in testing room needs to strictly follow the 3rd and 5th step of hand higiene to prevent infection for themselves.

4.2 Routine hand higiene technique

Although, clean hand by wáter and soap or rub the hands with alcohol based hand sanitizer, it needs to follow 6-steps procedures:

- Step 1: Rub the hollows together.
- Step 2: Rub this hollow on the back of the other hand and vice versa.
- Step 3: Rub the hollows together, squeezing fingers onto interstitial.
- Step 4: Rub the fingers on the hollows of the other hand and viceversa (the fingers should fit with the hollows).
- Step 5: Rub the thumb of the hand on the hollow of the other hand and viceversa (the hollow should cover the thumb).
- Step 6: Rub the tips of the fingers on the hollow of the other hand and viceversa.

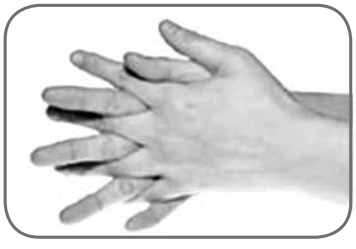
HAND HYGIENE STEPS



Step 1: Wet hands with water and soap, palm to palm



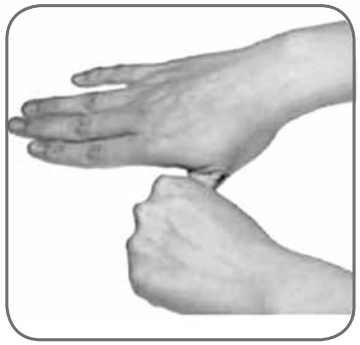
Step 2: Right palm over left dorsum and left palm over right dorsum



Step 3: Palm to palm, fingers interlaced



Step 4: Back of fingers to opposing palms with fingers interlocked



Step 5: Rotational rubbing of right thumb clasped over left palm and left thumb over right palm



Step 6: Rotational rubbing backwards and forwards with clasped fingers of right hand in palm of left hand and vice-versa. Cleaning hand with water and drying.

Figure 2. Demonstration of hand hygiene steps

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012.

4.3 Attentions to routine hand hygiene

- If the hand is exposed to dirty or stick with body fluids, wash the hand by soap and water.
- Rub the hands by alcohol-based hand sanitizer when do not see dirty on the hand, after removing gloves or examining the patients.
- Fully take 3ml – 5ml hand hygiene sanitizer for each time.
- Properly follow hand hygiene techniques. Rub the hands with hand hygiene sanitizer following the procedure from step 1 to step 6, each step 5 times
- Properly follow hand hygiene time: rubbing time of 6 steps must be from 20 seconds to 30 seconds.
- Avoid hand contamination after hand hygiene.
- Do not use hand dryer to dry the hands.
- Consider to select the type of glove free from talc powder to facilitate the disinfection with alcohol-based hand sanititzer.

4.4 Some hand sanitizers

Table 1: characteristics of hand sanitizers

Characters	Alcohol	Iodine	Chlorhexidine
Effects	Protein degradation of microorganisms	Oxidize	Increase penetration of microbial cell membranes
Bacterial killer spectrum	Gr (+), Gr (-), tuberculosis	Gr (+), Gr (-)	Gr (+), Gr (-), tuberculosis
Mycosis	Good	Good	Good
Virus	Neutral	Weak	Good
Dermatologist	Non	Yes	Non
Effect duration	Quick	Slow	Quick, last long
Inactivated by organic matter	Little	Many	Little
Side effects	Dry skin	Skin allergy, may cause hypothyroidism in newborn	Skin irritation

Source: Guideline of hand hygiene at health facilities, Ministry of Health, 2017

5. Personal protective equipment usage

5.1 Types of personal protective equipment

Personal preventive equpment includes:

- Glove,
- Mask,
- Isolation gown,
- Apron,
- Cap,
- Glass/mask
- Boot or shoe cover

5.2 Selection of personal protective equipment

It should be a reasonable selection of the personal protective equipment as a part of standard precaution. Once selecting the personal protective equipment, medical staff should consider an assessment of the exposure risk of infectious diseases related to technical processes intended to do for the daily patient cares. The selection of personal protective equipment should be undertaken the followings:

- Type of technique
- Exposure possibility to the blood or body fluid and other fluids

- Hand skin of medical staff is scratched
- Have sufficient personal protective equipment to use.

The below table guides the selection of personal protective equipment for different situations:

Table 2. Selection of personal protective equipment

Practical cases	Hand hygiene	Glove	Isolation Gown	Medical mask	Protective glass
Always use before and after contacting with patients and after touching the infected environment	×				
If directly touching with blood, body fluids, excreta, phlegm, rheum, not healthy skin	×	×			
If there is a risk of shooting fluid to the body of medical staff	×	×	×		
If there is a risk of shooting fluid to the body and face of medical staff	×	×	×	×	×

Source: Summary from infection control documents - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012.

5.3 Glove wearing

5.3.1. Purpose

- Protecting patient from contamination of pathogens when medical staff performing sterilized procedures.
- Protecting the hands of medical staff by setting up a barrier preventing the blood and fluids from contacting the skin of the hands of medical staff, and separating the chemical agents causing skin irritation to maintain the healthy skin feeling.

5.3.2. Glove wearing procedure

- Hand hygiene.
- Selecting proper size of glove.
- Opening the glove container.
- Using a hand without glove to put on the inside of the wrist glove fold to wear for the other hand.
- Using 4 fingers of gloved hand to put the outside of the other glove fold to wear for the remain hand.
- Adjusting the gloves for fitting with the hands.
- Note: Gloves should cover the sleeve of blouse while taking care of patient
- While wearing stearilized gloves, do not touch on the outside of the gloves

5.3.3. Glove removing procedure

- Using a gloved hand hold the wrist of the other hand to pull the glove overtirned and remove..
- The removed glove is kept by gloved hand.
- The removed glove hand enters the inside the wrist of the other hand, pull the glove overturned so that the glove is covered in the other glove (two in one).
- Put dirty gloves into the infectious waste bag.
- Routine hand hygiene right after removing the gloves.

a. Glove wearing *b. Glove removing*

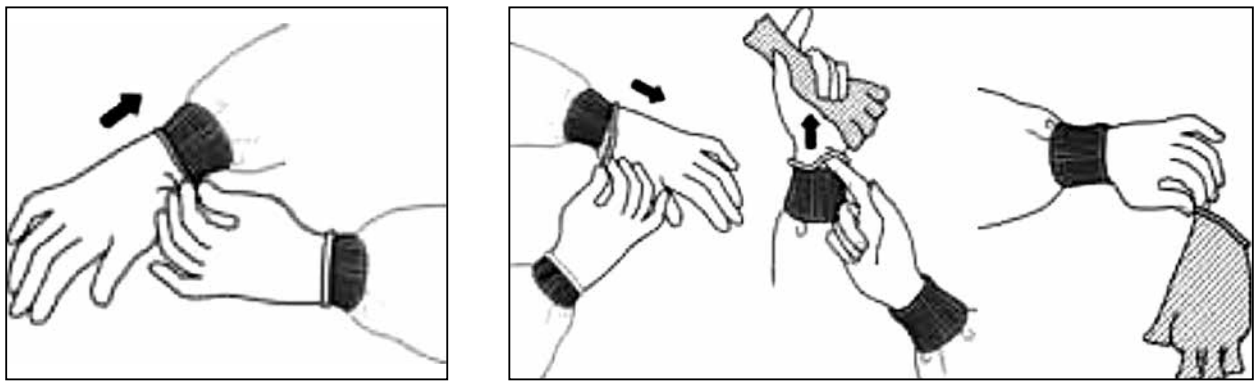


Figure 3: How to wear and remove gloves

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012.

5.3.4 Attentions to wearing gloves

- Wearing gloves can not replace hand hygiene.
- Each pair of gloves is for one patient only
- Disposable gloves are not recommended to reuse.
- No need to wear glove in normal care if contact is on the healthy skin only.

5.4 Medical mask wearing

5.4.1 Purpose

- Protecting patient: to prevent drops from medical staff's mouth onto the surgery cut, skin and mucosa are of the patient where need to be sterilized protection, when medical staff suspected of having repiratory contaminated disease.
- Protecting medical staff: when there is repiratory disease; when performing procedure which having risk of bleeding from the patient; when washing medical instruments, infectious patient care instruments; when collecting fabrics, medical wastes...

5.4.2 When wearing medical mask

- Might be shot by blood, fluid during taking care of patient.
- When working in the surgery area or other stearilization required areas.

- When taking care patient with a respiratory suspected or infection or when medical staff suffered from a respiratory disease.

5.4.3 Mask wearing technique

- Step 1: Put the mask fully cover mouth and chin; metal rod cross horizontally the nose, the fold will be placed as downward direction, the elastic will be inside, the absorbtive side contacts with the face, the non-absorbtive side will be outside.
- Step 2: Tie the upper and lower strings behind the head or strap over the ears.
- Step 3: Use the fingers fasten the metal rod on two sides of the nose.
- Step 4: Adjust the mask rim to fit the face.
- Step 5: Test the breath-in if the air is filtered through the mask and breath-out if the air escaped through the openings. If wearing glasses that are blurry, it means the mask is not technically wearing.

5.4.4 How to remove mask and respirator:

When removing the mask, do not touch on the outside of the mask, unplug the strings and drop into the infected waste bin (Figure 4)

a. Mask and respirator wearing *b. Mask and respirator removing*



Figure 4: How to wear and remove the mask and respirator

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012

5.5 Using protective glasses and facial cap

5.5.1 When protective glasses are used

Wear protective glasses and facial cap when performing technique with blood and fluid fly into eye as: delivery, abortion, endotracheal placement, sunction, teeth removal

5.5.2 How to wear protective glasses

Place glasses or facial cap on the face and adjust for proper fit (figure 3)

5.5.3 How to remove protective glasses

Do not touch on the outside of the glasses or facial cap, use hand to hold the strap of glasses or cap. Put it in the designated bin for the reprocessing (figure 3).

a. How to wear glasses/facial cap *b. How to remove glasses/ facial cap*

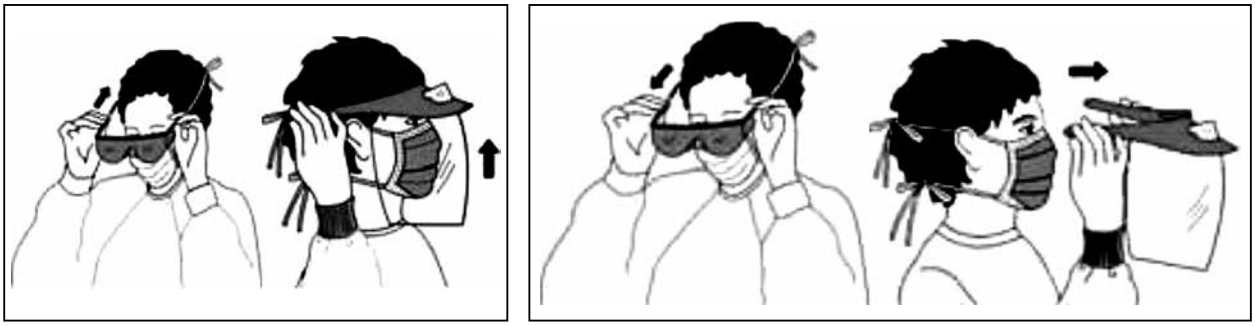


Figure 5: How to wear and remove glasses/facial cap

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012

5.6 Wearing protective cloth and apron

5.6.1. Selection of protective cloth, apron

Wearing protective waterproof cloth/apron when performing technique with prediction of patient's blood and secretion potentiallyflying into the medical staff's uniform. For example, wen performing the procedure of gastric lavage, endotracheal placement, deadbody operation, medical equipment cleaning, bloody fabrics collection.

5.6.2 How to wear protective cloth

Protective cloth is covered from neck to feet, from hand to wrist and cover the back. Tie the strings at neck and belt.

5.6.3 How to remove protective cloth

- Do not touch on the front and sleeve.
- Unplug the strings at neck and belt, pull the cloth from each shoulder toward the same side hand.
- Place the outside in, take the cloth away from the body, roll it up and put into the infection waste bin (Figure 4)

a. How to wear cloth *b. How to remove cloth*

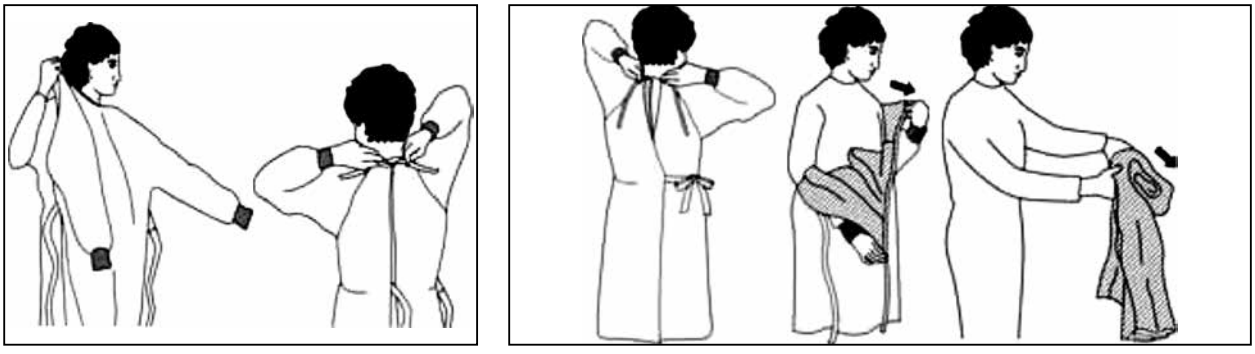


Figure 6: How to wear and remove protective cloth

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, Ministry of Health, 2012

6. Respiratory hygiene /cough etiquette

6.1 Purpose

- Preventing cross-respiratory infection.
- Preventing hands from being infected.

6.2 Application

- During infected respiratory disease time, the people who have symptoms of respiratory disease need to take the measure to control the source of infection and contact exposure.

6.3 Implment respiratory hygiene /cough etiquette rules

- Managing all patients who have active respiratory symptoms , providing medical masks, hand disinfection at the area of examination and treatment for the patient with respiratory symptoms.
- There should be a warning system and instruction at the patient receiving area to category patients with respiratory symptoms.
- All patients with respiratory symptoms must comply with the following rules on respiratory hygine and cough hygiene:
- Cover the mouth and nose with a towel and put the towel into the waste bin or wash if reuse, hand hygiene soon after. Use the elbow to cover when coughing without towel, do not use hand.
- Wear medical mask.
- Hand hygiene right after touching secretions.
- Keep proper distance from other people to prevent droplet spreading infection.

6.4 Patient arrangement rules

- It is advisabble to arrange patients who are unable to control the secretions excreta, fluids in the separated room (especially children with respiratory disease, digestive disease)
- Arrange patient based on the following principles:
  + Transmission pathway of pathogen.
  + Risk factors of transmission.
  + The posibility of hospital infection.

7. Medical equipment processing for reusing

7.1 Terminology

- Sterilization: is the process of killing or removing all kinds of living microorganisms, including bacterial spores.
- Disinfection: is the process of removing the most of all pathogens on the equipment but do not kill bacterial spores.
- High-level disinfection: is the process of killing all microorganisms and some bacterial spores.

- Intermediate-level disinfection: is the process of killing M. tuberculosis, vegetative bacterias, viruses and fungi, but cannot kill bacterial spores.
- Low-level disinfection: is the process of killing common bacteria as several viruses and fungi, can not kill bacterial spores.
- Cleaning: is the process of using mechanical and chemical measures to remove pathogens and organic matters that remaining on the equipment, but can not kill/remove all pathogens.

7.2 Equipment classification and Spaulding method of sterilization/disinfection

Table 3: Spaulding classification

Sterilized equipment (Critical Items):	equipment used to insert to tissues, organs under the skin, blood vessels and sterilize spaces. For example, surgical equipments, catheters, interventional cardiology catheters, implants and ultrasound transducers
High-level disinfection (Semi- critical Items):	equipment exposed to mucosa or injured skin, must be minimally high-level disinfected by disinfectant.
Intermediate, low-level disinfection (Non critical items):	equipment exposed to healthy skin, not exposed to mucosa.

Source: Decision 3671/QĐ-BYT on the approval of infection control guidances - Ministry of Health, 2012

Table 4. Sterilization/Disinfection methods and application

Method	Disinfection level	Applicable equipment
Sterilization	Destroy all microorganisms including bacterial spores	- Patient care critical heat-resistant equipments (surgical equipment) and semi-critical equipment used for patient care. - Critical non heat-resistant and semi-critical equipment. - non heat-resistant and semi-critical equipment which are able to soak.
High level disinfection	Destroy all microorganisms except some bacterial spores	Semi-critical non heat-resistant equipment (respiratory equipment, gastrointestinal endoscopy and bronchial endoscopy equipment.
Intermediate level disinfection	Destroy common bacteria, almost viruses and fungi, but can not kill Mycobacteria and bacterial spores	Some semi-critical and non critical equipment (blood pressure band) or surface (bedside cabinet) bloody.
Low level disinfection	Destroy common bacteria and some viruses and fungi, but can not kill Mycobacteria and bacterial spores	Some non critical equipment (blood pressure band) or surface (bedside cabinet) bloody

Source: Decision 3671/QĐ-BYT on the approval of infection control guidances - Ministry of Health, 2012

7.3 High-level disinfectant selection

Table 5. High-level disinfectant selection

Name of chemical	Hydrogen Peroxide	Peracetic Acid	Glutaralde-hyde	Ortho-phthaladehyde	Hydrogen peroxide/ Peracetic acid
Concentration	7,5%	0,1% - 0,2%	≥ 2,0%	0,55%	7,35%/0,23%
Soaking time and temperature for high-leel disinfection	30 mins at 20^0C	12 mins at 50^0C by using disinfection machine or soaking	20 mins - 90 mins at 20^0C - 25^0C	5 mins - 12 mins at 20^0C5 mins at 25^0C in a disinfection machine or soaking	15 mins at 20^0C
Activation	No	No	Yes	No	No
Using period after activation /open	21 days	1 time use	14 days - 30 days	14 days	14 days
Tool compatibility	Good	Good	Very good	Very good	Uncleared
Regular effect	Eye	Eye	Respiration	Eye, skin	Eye

Note: Daily assessment of the bactericidal effect of high-level disinfectant is recommended.

Source: Decision 3671/QĐ-BYT on the approval of infection control guidances - Ministry of Health, 2012

7.4 Disinfectant selection

Table 6: Disinfectants can be used to soak endoscopy equipment

Name of chemical	**Concentration**	**Soaking time for disinfection**
Glutaraldehyde	≥ 2%	10 hours at 20^0C - 25^0C
Peracetic acid	3.100-3.400ppm, equal 0,31 - 0,34%	2 hours at 20^0C
	0,1% - 0,2%	12 mins at 50^0C - 56^0C using a disinfection machine
Hydrogen Peroxide	7,5%	6 hours at 20^0C
Hydrogen Peroxide/Peracetic acid	7,35%/0,23%	3 hours at 20^0C
Hydrogen Peroxide/ Peracetic acid	1,0%/0,08%	8 hours at 20^0C
Glutaraldehyde/ isopropanol	3,4%/20,1%	8-10 hours at 20^0C 6 giờ ở 25^0C using a disinfection machine

Name of chemical	Concentration	Soaking time for disinfection
Glutaraldehyde/phenol-phenate	1,12%/1,93%	12 hours at 25^0C

Source: Decision 3671/QĐ-BYT on the approval of infection control guidances - Ministry of Health, 2012

Table 7: Criteria of disinfectant selection

1. Must have wide spectrum of antibacteria.
2. Quick effect.
3. Not affected by environmental factors.
4. Non-toxic.
5. Not harmful to the metal equipment and rubber, plastic as well.
6. Long lasting effect on the treated equipment surface.
7. Easy to use.
8. Non odor or pleasant odor.
9. Economic.
10. Can be diluted.
11. Having stable concentration even when diluted.
12. Able to clean well.

Source: Decision 3671/QĐ-BYT on the approval of infection control guidances - Ministry of Health, 2012

7.5 Disinfection quality control

- Monitoring the operational parameters of sterilizer: temperature, presssure and sterilization time.
- Monitoring the status of sterilizer: door system, steam tube, water tube must be absolutely closed.
- Recording book and labelling the disinfected equipment. The information including: lot number, disinfected date and time, disinfected temperature, person in charge.
- Check the status of indicators of sterilization quality used: biological indicators containing bacterial spores, if bacterial spores are killed, it is evidence of sterilized equipment or chemical indicator bands changed color as manufacturer's regulations.

7.6 Preservation of sterilized equipment

- Keep all sterilized equipment in the original cover.
- Store sterilized equipment on the clean shelve or in the dry cabinet: having space between equipment pack and wall/cabinet side, equipment cabinet must be far from ceiling 50cm and floor 20cm to avoid moisture, equipment cabinet must be dry and having door to avoid dust.
- Daily check to find out expired date.
- Sterilized quipment boxes, packs must be placed far from ground.
- Do not place other equipment on the sterilized equipment box, pack.

7.7 Expiry date of sterilized equipment

- Equipment sterilized by wet steam and covered by fabric package can be used within maximally 72 hours at room temperature of 25^0C. If packed in a standard sterilization, package can be used in 1 month.
- All sterilized equipment in the damaged, wet package must be resterilized.
- The opened package but not used, it needs to sterilize again after 1 day.

8. Fabric treatment

8.1 General provisions of classification and collection of fabrics

- Fabrics must be collected and transfered to laundry during the day.
- Patient's fabrics must be collected into two types and put into different bags: dirty fabrics and infected fabrics (bloody, fluid, body waste). Infected fabrics put into yellow waterproof bag. Tighten the bag when filled with ¾.
- Do not mark the fabrics of HIV/AIDS patients for classification and wash separately.
- Do not shake fabrics when changing or receiving, handing over at the laundry area.
- Do not put dirty fabrics on the floor or to the next bed.
- Do not place clean fabrics with dirty ones
- Car carrying fabrics must be sealed, the cover must be cleaned well every dirty fabric carying.
- The fabric collector must wear sanitary gloves, aprons, mask.
- The fabrics must be washed under the procedure upon the infection level and material.
- Clean fabrics must be stored in fully shelves or in clean cabinets

9. Environment sanitation

9.1 Environmental surface classification

9.1.1. Classified by infection level and coding system

- High sterilization required area (white color)
- High contaminant risk area (red color)
- Medium contaminant risk area (yellow color)
- Low contaminant risk area (green color)

9.1.2 Classified by exposure level and frequency of cleaning

- Regular exposure surface (score = 3): clean once a day and when needed
- Less exposure surface (score = 1): weekly cleaning and when needed

9.2 Cleaning procedure:

- From the less contaminated area to the most contaminated area
- From less exposure surface to the regular exposure surface
- From high surface to the lower one.
- From the inside out.

9.3. Cleaning technique

- Eliminate the waste, dust, scrab, visible dirt before cleaning/disinfecting. Using waste collector.
- Minimize dust diffuse or other pollutants during cleaning: Do not use brash in the patient rooms and office area. Do not turn on the fan while collecting waste, dust before cleaning, do not shake the rag while cleaning.
- Use disposable towel, if used repeatedly, wash regularly. Do not immerse dirty towel into cleaning/disinfection solution. Use separated towels for each area and each patient bed.
- Change the cleaning/disinfection solution as recommended by the manufacturer, increase frequency of solution replacement in area with high risk of contamination; when seeing cloudy, dirt and right after cleaning blood/fluid on the surface.

9.4. Cleaning quality requirement:

Every surface is always clean when observe with eye (no dust, dirt, marked or other contaminants) and no unpleasant odor.

10. Classification and management of medical solid waste

10.1 Regulation on medical waste classification

(1) Infectious waste

- Sharp infectious waste
- Non sharp infectious waste
- Waste with high risk of infection
- Surgical waste

(2) Non infectious harmful waste

- Disposed chemical waste including or containing harmful elements;
- Disposed pharmaceuticals that belonging to a cytotoxic or harmful-warning from manufacturer;
- Broken damaged, disposed medical equipment containing mercury and heavy metals;
- Disposed amalgam for teeth healing elements;
- Other harmful waste

(3) Common medical waste

- Daily-life solid waste arisen in daily human activities and external waste in health facility;

10.2 Regulation on classification collection and temporary store in the department

- Waste must be classified immediately at the occured place by the prescribed color codes;
- Harmful and non harmful waste can not be mixed together during collection, transportation and storage;
- Each type of waste is gathered into the bin or colletion equipment by the stipulated color codes.
- Waste bin or bag must not contain more than ¾. If full, the bin will be closed for collection. Bin/bag must be replaced right after collection. A string should be used to seal a plastic bag, and staples should not be used.
- Daily collection waste, for each kind of waste must consider the suitable collection time in line with the generation of waste, avoid long stay in the area.
- Collection time and frequency are scheduled suitable with volum of waste generated in the area. Minimum frequency must be once a day or collected as soon as required.
- High risk infectious waste must be preliminarily treated before collecting, tranporting.

10.3 Regulation on color

- Yellow for package, tools, equipment containing contaminantion waste;
- Black for package, equipment containing non cotamination waste;
- Green for package, tool, equipment containing normal medical waster;
- White for package, tool, equipment containing recycle waste

10.4 Regulation on waste symbol

- Yellow bag, bin for contaminated waste with the symbol of biological danger;
- Black bag, bin for cytotoxic waste with the symbol of cytotoxic and letter of "CYTOTOXIC SUBSTANCE";
- Black bag, box containing radioactive waste with radioactive substance symbol and the letter of 'RADIOACTIVE WASTE';
- White bag, box containing recycle waste with the recycleable symbol.



a) Biological danger | b) Cytotoxic substance | c) Radioactive | d) Recycleable waste

Figure 8: several waste symbols at the health facility

Source: Infection control document - Administration of Science, Technology and Training, 2012

10.5 Regulation on temporaty storage at the department

- Medical waste at the departments, rooms are stored at temporary storage before collected and transported to warehouse. Each department, division needs arrange the temporary space for waste keeping , having enough facility to store waste with proper kinds of waste.
- If there is no temporary storage, waste can be stored at the designated location nearby the department, division but away from patient area and common pathway. It is posible to temporary keep waste in the closed container, put in the department, division.

CHECKLIST

Annex 1. Checklist of routine hand hygiene

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Rub the hollows together			
2	Rub this hollow on the back of the other hand and vice versa			
3	Rub the hollows together, squeezing fingers onto interstitial.			
4	Rub the fingers on the hollows of the other hand and vice versa (the fingers should fit with the hollows)			
5	Rub the thumb of this hand on the hollow of the other hand and vice versa (the hollow should cover the thumb)			
6	Rub the tips of the fingers on the hollow of the other hand and vice versa			

Annex 2. Checklist of wearing mask procedure

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Put the mask fully cover mouth and chin; metal rod cross horizontally the nose, the fold will be placed as downward direction, the elastic will be inside, the absorbtive side contacts with the face, the non-absorbtive side will be outside			
2	Tie the upper and lower strings behind the head or strap over the ears			
3	Use the fingers fasten the metal rod on two sides of the nose			
4	Adjust the mask rim to fit the face.			

5	Test the breath-in if the air is filtered through the mask and breath-out if the air escaped through the openings. If wearing glasses that are blurry, it means the mask is not technically wearing.			

Annex 3. Checklist of wearing glove procedure

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Hand hygiene			
2	Selecting proper size of glove			
3	Opening the glove container			
4	Using a hand without glove to put on the inside of the wrist glove fold to wear for the other hand			
5	Adjusting the gloves for fitting with the hands			

Note: Gloves should cover the sleeve of blouse while taking care of patient. While wearing stearilized gloves, do not touch on the outside of the gloves

Annex 4. Checklist of department surface cleaning

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Wear personal protective equipment, prepare enough equipment for surface cleaning, put warning signboard as regulated			
2	Dilute the cleaning chemicals and environmental disinfectant following the guidance on concentration and dilution			
3	Place a signboard **"Wet floor"** at the door			
4	Arrange furnitures and remove the unnecessary, broken things in the patient room.			
5	Clean/wet sweep dust and clear the waste, pay attention to the conners and under the bed, desk and chair...			
6	**For non infection area** + 1st cleaning with detergent (soap). + 2nd cleaning with clean water and dry **For infection area** + 1st cleaning with detergent (soap) + 2nd cleaning with clean water. + 3rd cleaning with disinfection solution (prepared well as regulation in advance of the working shift)			

7	Rearrange the moved furniture to the right place.			
8	Collect the waste and move out the room			
9	Remove gloves and clean hands			

Annex 5. Checklist of surgery room cleaning at the beginning of the working day

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Hand hygiene, wear personal protective equipment as regulated			
2	Prepare sanitation equipment, dilute surface cleaning solution and environmental disinfection solution regarding concentration and ratio of the manufacturer			
3	Place a signboard **"Wet floor"** at the door.			
4	Clean the surface of machine: using dried, cleaned, disinfectant absorbed towel to clean surface of the surgical room when seeing dirt and dust on the wall, surgical light, machine surface, internal furniture			
5	Clean the floor of surgical room: using dried, cleaned, disinfectant absorbed towel to clean the floor. Floor cleaning technique: split up the floor, wipe the zigzag line, the following cleaning line does not coincide with the previous wipe, Replace the cloth for each $10m^2$ area.			
6	Clean up the sanitation equipment, arrange well the equipment. Remove gloves and put into the medical contaminated waste bin and clean hands			

Annex 6. Checklist of surgery room cleaning between two operations

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Hand hygiene, wear personal protective equipment as regulated.			
2	Prepare sanitation equipment, dilute surface cleaning solution and environmental disinfection solution regarding concentration of the manufacturer			
3	Place a signboard **"Wet floor"** at the door.			

4	Handle the blood and fluid stains by dry tissue paper after that pour the recommended disinfectant solution, Cover by the above disinfection absorbed cloth and keep at least 10 mín before continuing normal cleaning procedure.			
5	Collect all dirty fabrics into the fabric containing bag, do not put dirty fabrics mixed with contaminated fabrics			
6	Pour solution, clean inside and outside of the vacuum by disinfection solution or replaced by the new vacuum. Replace by new gloves if continue working.			
7	Clean the surface of equipment and machine by using colored towels as regulated			
8	Move machines, equipment into sides of the room to make space for cleaning the floor			
9	Clean wall, floor and surface of the surgical room at least twice.			
10	Rearrange the surgical desk, machines, equipments in the room tidy, neaty			
11	Use new plastic bag to lining the waste bin			
12	Remove gloves and put into the medical waste bag/bin as regulated, clean and dry hands			

Annex 7. Checklist of surgery room cleaning at the end of the working day

No.	Procedures	Achieved	Not achieve	Remark
1	Hand hygiene, wear personal protective equipment as regulated.			
2	Prepare sanitation equipment, dilute cleaning solution regarding concentration of the manufacturer			
3	Place a signboard **"Wet floor"** at the door.			
4	Handle the blood and fluid stains by dry tissue paper after that pour the recommended disinfectant solution, Cover by the above disinfection absorbed cloth and keep at least 10 mín before continuing normal cleaning procedure.			
5	Collect the waste on the floor by a wet mop into the medical waste bag/bin. Collect all dirty fabrics into the fabric containing bag, do not put dirty fabrics mixed with contaminated fabrics			

6	Pour solution, clean inside and outside of the vacuum by disinfection solution or replaced by the new vacuum. Replace by new gloves if continue working.			
7	Clean the surface of equipment and machine by using colored towels as regulated.			
8	Move machines, equipment into sides of the room to make space for cleaning the floor.			
9	Clean wall, floor and surface of the surgical room at least twice.			
10	Rearrange the surgical desk, machines, equipments in the room tidy, neaty			
11	Use new plastic bag to lining the waste bin			
12	Remove gloves and put into the medical waste bag/bin as regulated, clean and dry hands.			

LESSON TEST

1.1. Case

Case 1. *Patient Nguyen Van Nam, 35 years old, has history of using drug. Mr. Nam hospitalized in a status of tired, anorexia, his skin and eye mucosa were lightly yellow. In addition, patient has persistent cough and mild fever at 38^{0C}. Mr. Nam was hospitalized with the initial diagnosis of hepatitis B. He was prescribed to test CTM, HBV, HCV, lung X-ray. You are the nurse assigned to take care Mr. Nam.*

Question 1. When taking care of the patient, what following precautions would you take and why?

A. Prevention of exposure

B. Standard precaution

C. Prevention of spreading by shot droplets

D. Prevention of air transmission

Question 2. When taking blood for testing, which following personal protective equipment will you select?

A. Cap, medical mask, sterilized gloves

B. Cap, respiration mask, clean gloves

C. Cap, medical mask, clean gloves

D. Medical mask, clean gloves, sharp object container

After getting the test: HbsAg-positive, lung X-ray with image of left upper lung injury. Mr. Nam was diagnosis with hepatitis B and pulmonary tuberculosis. Then, doctor appointed to do sputum smear test and result was BK (++).

Question 3. From the test results and doctor's diagnosis, which following contamination preventive methos will you select when taking care of Mr. Nam?

A. Prevention of exposure by touching and air

B. Standard precaution and air contamination

C. Standard precaution, droplet and air prevention

D. Standard precaution, touching and droplet prevention

Question 4. When taking technical performance for Mr. Nam with the potential of gas creating, blood, fluid shooting, which following personal protective equipment will you select and why?

A. Medical mask

B. Respiratory mask

C. Clean gloves

D. Sterilized gloves

E. Long-sleeve gown

F. Protective glasses

Question 5. What the most important tuberculosis prevention method for patient's family and medical staff should you advice to Mr. Nam?

A. Compliance with medication

B. Changing of respiratory hygiene behavious of the patient

C. Proper classification of medical solid waste

D. Keep the room clean when coughing and sputuming

Case 2. *Recently, the Women's Newspaper has published series of article about non-gloves blood taking or use the same glove for taking bloods of patients. Have look on the photo and video and give your opinion about the following issues:*



Source: Phu Nu Newspaper dated October 27, 2018

Discussion questions:

Question 1. Your opinion about nurses using the same glove for taking bloods of patients.

Question 2. Your opinion about non-gloves wearing when taking blood of patient for the test

Question 3. Which practice recorded in the video are correct and incorrect regarding the current regulations of the MOH ?

Question 4. Guideline on hand hygiene in the health facilities has issued by the Decision No.3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017 states that "Gloves are not recommended when carrying out some clean/sterilized cares (injection, blooding, bandage replacement…) if the medical staff himself does not see the possibility of being exposed to the blood/fluids. Do you think this regulation suitable with actual circumstance? Why?

1.2 Questions for standard precaution in patient care knowledge and application assessment

Select the appropriate below phrase to fill in the blank

Question 1. Hospital infection also referred to as medical-related infections, are the infections that occur during hospitalization of patient, and these infections are …(1)…. or… (2)…. upon admission to the hospital. The infections occurred after …(3)…. Hospitalized so called hospital infections.

A. Showed
B. Not present
C. Not during incubation period
D. 24 hours
E. 48 hours

Circle the most correct answer from 2 to 4

Question 2. Airborne transmission occurs due to droplets containing pathogens with dimension of:

A. < 5 µm
B. < 10 µm
C. < 15 µm
D. < 20 µm

Question 3. The following blood and secretions are able to transmit the pathogens, EXCEPT:

A. All blood and its products
B. Sweat
C. The secretions containing visible blood
D. Vaginal fluid
E. Gastric Fluid
F. Semen
G. Cerebrospinal fluid
H. Peritoneal fluid
I. Muscosal membrane
J. Amniotic fluid
K. Pleural fluid
L. Peripheral fluid

Select the right and wrong sentences from 4 to 5

Question 4. Prevention methods of contamination of exposure, droplets and Airborn are so called additional prevention.

A. Correct
B. Incorrect

Question 5. During respiratory disease, patients who have respiratory symptoms need to take application of controlling methods for respiratory and droplet.

A. Correct
B. Incorrect

Circle the most correct answer from Question 6 to 12

Question 6. Select the most suitable practice if you do not have tissue or towel to cover the mouth when coughing

A. Use hand to cover the mouth
B. Cough in the empty place
C. Use your elbow to cover the mouth
D. Stand about 1m away from people

Question 7. Cleaning is the method of:

A. Removing all microorganisms
B. Removing most of bacteria but not all
C. Removing bacteria and spores
D. Removing dirts from equipment

Question 8. Disinfection is the technical method to:

A. Remove dirts from equipment
B. Kill almost bacteria and viruses
C. Kill bacteria
D. Kill bacteria except spores

Question 9. Equipment needs to be sterilized:

A. Equipment touching with intact skin
B. Equipment touching with intact lining
C. Equipment toching with blood and sterilized tissues
D. All are correct

Question 10. Unused equipment, of which package is open, should:

A. Wrap again and reuse
B. Wrap again and redisinfect at low levevl
C. Wrap again and redisinfect at high level
D. Wrap again and sterilize

Question 11. The patient's fabrics are collected and classified into 2 types:

A. White and color fabrics
B. Patient's clothes and bed sheets
C. Normal fabrics and contaminated fabrics
D. Bloody and contaminated fabrics

Question 12. The followings are contaminated waste, EXCEPT:

A. Sharp contaminated waste
B. Non sharp contaminated waste
C. Surgical waste
D. Disposal chemicals

Question 13. fill in detail identifications of 3 medical solid waste groups

A. Contamination waste
B. Non contamination hazard waste
C. Normal waste…….

Question 14. White plastic bag used for containing recyce waste

A. Correct
B. Incorrect

ANSWER LESSON 1

Case 1.

Question 1: B
Question 2: D
Question 3: A
Question 1.4: B, C, E, F
Question 1.5: A, B

Case 2.

Question 1. Violate expertise regulation

Question 2. Is practice at risk

Question 3. Common use gloves for patients,

Question 4. This regulation is not really suitable and need to concider to update the regulations

Part of knowledge asseement of Standard precaution application

Question 1: 1=B, 2=C, 3=48 hours
Question 2. A
Question 3. B
Question 5. B
Question 6. A
Question 7. C
Question 8. B
Question 9. D

Question 10. C

Question 11. D

Question 12. C

Question 13. D

Question 14. C

1.3 Competency based assessment checklist for Application of standard prevention in patient care

No.	Assessment content	Can do independently (2)	Can do with support (1)	Can not do or do wrongly (0)
1	Present the definition, principle and contents of standard precaution			
2	Apply the practical guidance on standard precaution suitable with reality of the hospital (20.76);			
3	Select and use conformity personal protective equipment in the situation of patient care (17.68; 20.75)			
4	Category properly medical solid waste (20.78)			

REFERENCES

1) Centers for Disease Control and Prevention, Healthcare-associated Infections https://www.cdc.gov/hai/data/index.html
2) Ministry of Heal, Guidance on Infection control at health facilities according to the Circular 16/2018/TT-BYT
3) Ministry of Health, Guidance on hospital infection supervision at the health facilities, Decision No. 3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017
4) Ministry of Health, Guidance on standard precaution at the health facilities. Decision 3671/QĐ-BYT dated 26/9/2012
5) Ministry of Health, Guidance on hand hygiene at the health facilities. Decision No. 3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017
6) Ministry of Health, Guidance on equipment disinfection and sterilization at the health facilities. Decision 3671/QĐ-BYT dated 26/9/2012
7) Ministry of Health, Guidance on handling endoscopic surgical equipment and soft endoscopic tube at the health facilities. Decision No. 3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017
8) Ministry of Health, Guidance on surface cleaning at the health facilities. Decision No. 3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017
9) Ministry of Health – Ministry of Environment and Resourses, Stipulation on medical waste management. Inteministerial Circular No.58/2015/TTLT-BYT-BTNMT dated 31/12/2015

LESSON 6

PREVENTION OF MEDICAL ADVERSE EVENTS

OBJECTIVES

1. Present the definition, frequency and common medical adverse events
2. Classification of medical adverse events
3. Strictly comply with the regulation and procedure on medical adverse events prevention (Competency 21.2)
4. Voluntary report medical adverse events, and learning lessons from errors (Competency 21.2; 25.3)

CONTENT

1. Definition

There are various terminologies used for a medical adverse event such as: Iatrogenic, Medical Error, Patient Safety, and Medical Adverse Events.

According to Institute Of Medicine-IOM, patient safety is the prevention of harm to patients.

Patient safety program focuses on 3 significant issues including:

(a) prevents errors;

(b) learns from the errors that do occur;

(c) built on a culture of safety that involves health care professionals, organizations, and patients.

According to WHO and IOM: a medical adverse event is an incident that result in harm to the patient harm such as disabling the patient temporarily or permanently, prolonging hospital stay or causing patient death. Such events may be related to health care management other than disease complication itself of the patient. A medical adverse event can be preventable or unpreventable.

2. Frequency and common types of medical adverse event

2.1 Common medical adverse event

- Wrong diagnosis,
- Wrong order, late order
- Prescribing fault
- Equipment error
- Wrong patient

- Wrong surgery (wrong site, wrong methodology)
- Gossypiboma
- Wrong medicine, blood transfusion
- Wrong testing result
- Wrong specimen
- Hospital infection
- Patient falls
- Patient suicides
- Babies switched at birth
- Kidnapping
- Vaccine mis-injection
- Environment (fire, explosion, electronic shock, etc..)
- Hospital charge mistake
- Medical staff violence
- Sexual abuse.

2.2 Frequency of common medical adverse events

Table 1. Frequency of common medical adverse eventss in developed countries [8-13]

Study	Year	Number of patients in study	Number of medical adverse events	(%)
1. US (Harvard Medical Practice Study)	1984	30,195	1,133	3.7
2. US (Utah-Colorado Study)*	1992	14,565	787	5.4
3. Australia (Quality in Australia Health Case Study)**	1992	14,179	1,499	10.6
4. UK (Adverse event in British hospitals)	2000	1,014	119	10.8
5. Canada (The incidence of adverse events among hospital patients in Canada)	2000	3,745	255	7.5
6. Denmark	1998	1,097	176	9.0
7. Netherlands (Adverse Events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals)	2004	7,926		5.7

** Applied study method of Australia; ** Applied study method of US.*

Table 2. Hospital infection

Study	Year	Hospital infection (%)
Pham Duc Muc and colleagues. Hospital infection in 11 Central hospitals.	2005	5.8
Nguyen Thanh Ha and colleagues. Hospital infection in 6 Southern hospitals.	2005	5.6
Nguyen Viet Hung. Hospital infection in 36 Northern hospitals.	2006	7.8
Tran Huu Luyen. Incision infection monitoring on 1000 surgical patients in Hue Central Hospital.	2008	4.3
Le The Anh Thu. Monitoring of pneumonia related to mechanical ventilation on 170 patients in Cho Ray hospital.	2011	39.4

Note: Figures in table 2 were published in Journal of Clinical Medicine and Vietnam Journal of Nursing

3. Trend of medical adverse events

More than a decade since Institute of Medicine-IOM and countries in the worlds announced reports on medical adverse events, have they been able to reduce medical adverse events after huge researching effort, financial and resource investment

According to a report of US Office of Inspector General studying 780 random medical records of patients in October 2008, 13,5% of patients experienced medical adverse events (1 out of 7 patients who discharged from hospital experienced adverse event meeting at least 1 criteria of medical adverse event definition); 51% of events were unpreventable; 44% of events were preventable and 5% were undetermined.

An overall study by John T Jame on Lippincott William & Wilkin which used Global Trigger Tool of the Institute for Healthcare Improvement estimated a lower limit of 210.000 death/year due to medical adverse event while a study of IOM in 1999 estimated an annual number of 98.000 death/year resulted from medical adverse events.

A retrospective study of the Netherlands which was carried on 11.883 medical records of 20 hospitals, of which 7,787 of medical records were in 2004 and 3,966 were in 2008, showed an increasing rate of medical adverse events from 4.1% (2004) to 6.2% (2008). Medical adverse events went up among surgical patients representing 50% of all medical adverse eventss19. Medical adverse events were determined by the authors to be sustainable and difficult to change therefore it was necessary to get patients involved in the process of minimizing medical adverse events.

The 9th medical report of Minesota-United State of America in January 2013 recorded an increase of medical adverse events in 2012 compared to previous years. There was a monthly average number of 26,1 events in which 28% of events caused harm to patients and 4% of events resulted in death; Medical adverse events related to wrong surgical procedure and wrong-site surgery slightly increased.

The results of studies proved that the target of no medical adverse events or "medical adverse events = 0" is an impossible target. Since 2000s, advanced nations in America, Europe and Japan have initiated patient safety programs and deployed various solutions to prevent medical adverse events but have not achieved remarkable results.

4. 4. Criteria of medical adverse event identification and classification of medical adverse events

4.1 Criteria of medical adverse event identification

Criteria used in the identification of medical adverse events in US and other countries are:

(1) Medical adverse events in the list of serious adverse events to report under US regulations;

(2) Medical adverse events in the list of adverse events to be denied a high claim by health insurance agencies;

(3) Medical adverse events cause harm to patients ranging from level 1 to level 4: lengthy hospital stay, permanent health damage; emergency intervention and death.

4.2 Classification of medical adverse events

4.2.1 Classification by professional characteristics

World Alliance for Patient Safety classified medical adverse events into 6 categories:

- Wrong patient name
- Insufficient handover to the next shift
- Wrong medicine including prescribing fault, wrong administration, wrong dose, wrong usage.
- Wrong site surgery, wrong patient, wrong procedure.
- Hospital infection
- Patient falls during treatment period at medical facilities.

4.2.2 Classification by active errors and latent adverse events

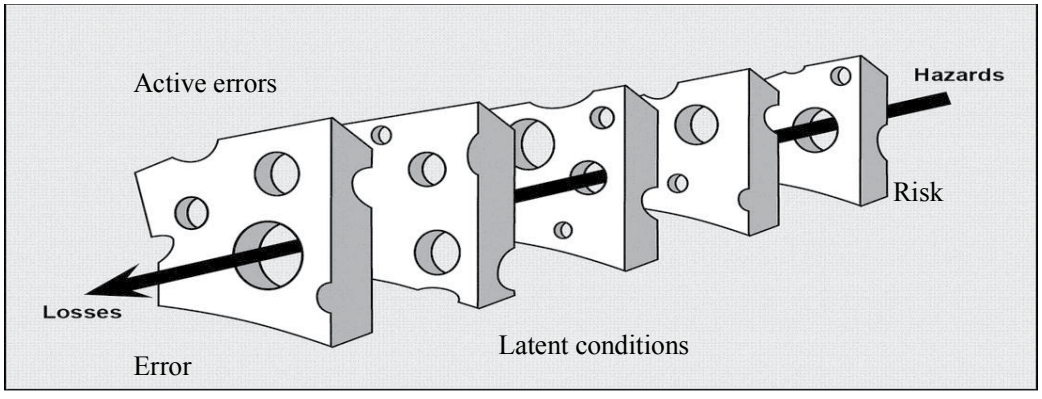


Diagram 1. Layers of defense of medical adverse event prevention system

Source: Reason J. Carthey, Diagnosing vulnerable system syndrome

In health care sector, professional processes and activities of doctors such as examination, diagnosis, prescription, procedure intervention and other indirect administrative procedures possibly cause risks directly and indirectly to patients. Therefore, all working procedures must be designed to enable the entire system capability to detect and prevent medical adverse events.

Analysis of medical adverse events related factors.

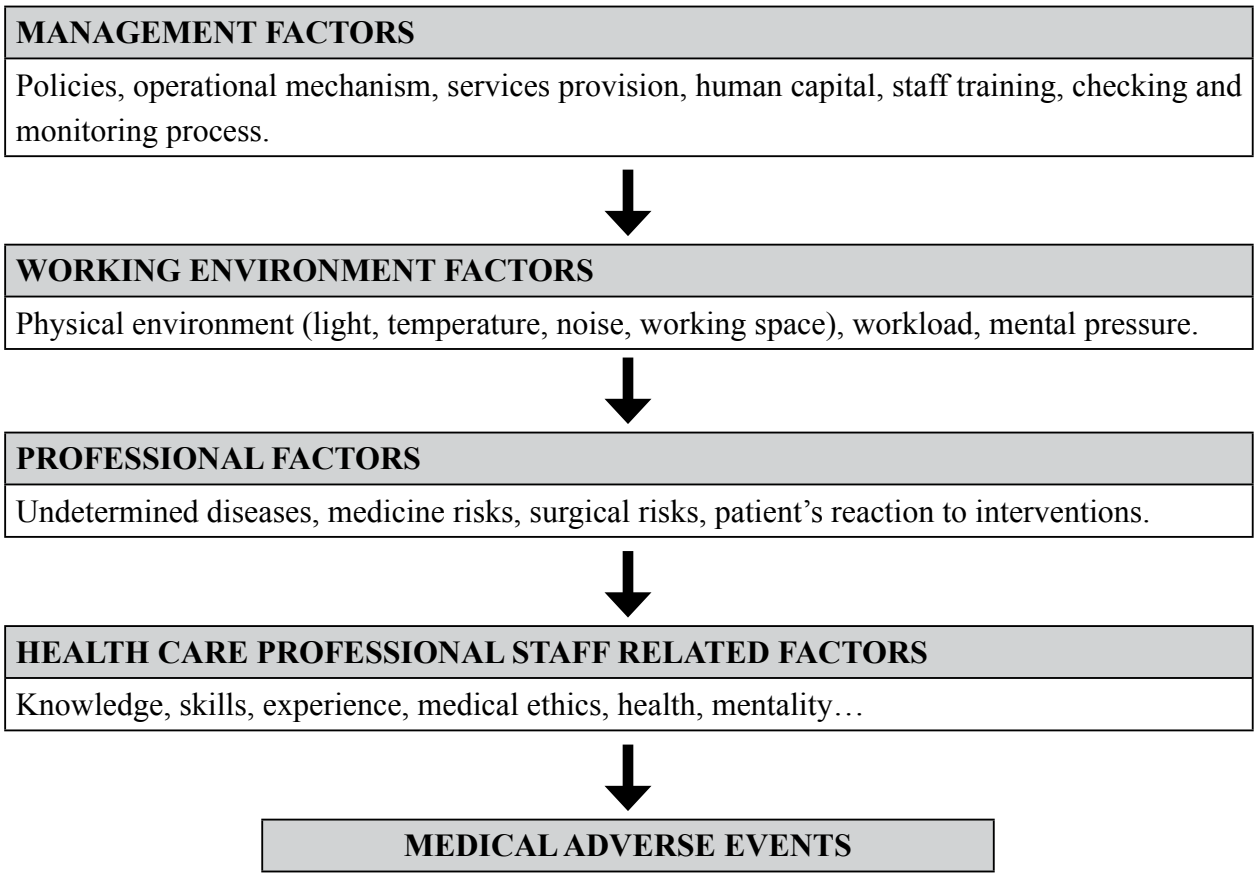


Diagram 2: Connection between latent factors and active errors

(Source: Continuous training material of patient safety, Medical Services Administration, Ministry of Health – 2014)

Errors caused by health care professionals or active errors relate directly to doctors and nurses who are on the front line interacting directly with patients. When a medical adverse event occurs, health care professionals (doctor, nurse, midwife…) often have to take accountability for the error. In fact, many active errors are caused by system. 70% of medical adverse events are latent factors and only 30% of medical adverse events are active one. Individual accountability will lead to truth hiding culture and influences long term consequences.

Latent factors related to a medical adverse event likely include: inappropriate policies, non-patient centered professional regulations, lack of human resources, over workload, lack of patient serving devices, self-management mechanism, etc. Even though, these factors are hardly taken into consideration when analyzing causes of a medical adverse event. Thus, if we only focus on individual accountability, original causes of the event are not settled yet and a similar medical adverse event possibly still happens.

Researchers introduced a Vulnerable System Syndrome which consists of 3 main symptoms: (1) Individual accountability (doctor, nurse, midwife…); (2) Negation of the existence of systematic weakness; (3) Profit pursuit leads to abuse of professional orders, forgetting of patient-centered goal (see diagram 1).

4.2.3 Classification of relevant factors

a. Factors of health care professionals

Unintentional errors such as: (1) Separate task allocation among health care professionals such as: one staff in charge of drug dosage, one injects; one implements order; (2) Late medical recording after examining and nursing the patient, etc; (3) Forget taking testing specimens, forget hand-overing to the next shift, late medication use, verbal medication instruction without recording, etc..; (4) Physical and mental health of health care professionals…; (5) Knowledge and experience of health care professionals.

Intentional errors: (1) Incompliance with professional regulations and procedures (such as hygiene regulations.); (2) Violation of professional ethics, patient centered care is not put on the first leading to abuse of drug and advanced technology or usage of low quality medical devices for patients.

b. Professional factors

There is a high level of probability and uncertainty in medical science. Patients in medical facilities undergo many surgical interventions, surgery and inhale drugs and chemicals into their body which possibly cause reactions leading to force majeure risks. So it is important to understand that not all of medical adverse events are caused by poor accountability and ethics of health care professionals.

Limitations of medical science. Medical achievements have helped to detect diseases at early stage and many people with terminal diseases have been successfully treated. However, in some cases, limitations of medical science cause a serious errors. Such as a medical adverse event in Taiwan in 2012, where HIV-infected organs were transplanted into 5 other patients, this medical adverse event happened due to lack of capability to identify the HIV-infected donor at the screening stage.

Examination process is complicated with participation of many individuals, departments while internal connection is impaired and incomplete in term of information.

c. Health care working environment factor

Health care working environment has many pressures due to overload, working time (health care professionals often have to work at night) together with noisy and narrow working place which requires health care professionals to work with very high intensity and cope with stressful mentality pressure.

d. Policy and management factor

- Some medical policies and regulations need to be revised to remove negative impacts on patient safety namely: regulation on administering drugs for 2-3days period; regulation on

registering initial medical facility for medical examination and treatment causing difficulties for patients to transfer to central medical facilities; regulation on paying hospital charges by service item leading to abuse of drug, test, high technology, etc.

- Hospital autonomy mechanism also carries potential implications that need to be controlled such as: reduction in initial costs and number of nursing staffs; decrease in usage of medical devices; requirement for doctors to consider payment capacity of patients before prescribing or ordering test, etc.
- Medical examination and treatment are not well-organized such as: extended work shift (24h/day) while on-duty health care professionals on weekends, public holidays have not fully implemented the principle: hospital works 24h/day and 7days/week.

4.2.4 Classification of Medication Errors by level of harm

no error	A	events that have the capacity to cause error
Error with no harm	B	Error that did not reach the patient
	C	Error that reached the patient but did not cause patient harm
	D	Error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or required intervention to preclude harm
error with harm or death	E	Error may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention
	F	Error may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient requiring initial or prolonged hospitalization.
	G	Error occurred may have contributed to or resulted in permanent patient harm
	H	Error required intervention necessary to sustain life
	I	Error may have contributed to or resulted in the Patient's death.

Source: NCC MERP Index, National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention , June 12,2001..

5. Principles of medical adverse event prevention

- Recognize and effectively prepare for medical adverse event
- Do not simplify, combine or shorten professional process
- Maintain renewal process
- Respect different professional opinions regardless of professional title
- Pay attention to all aspects of hospital operation.

6. Master solutions

1) Implement 6 patient safety goals of Joint Commission International (JCI)

2) Build patient safety instructions, regulations and processes
3) Deploy voluntary and compulsory medical adverse events reporting system
4) Implement professional insurance
5) Improve working environment
6) Enhance works of monitoring, evaluating, training and communicating on medical adverse events.
7) Renew culture of patient safety

7. Specific solutions

7.1 Implement 6 patient safety goals of JCI

Goal 1. Identify patients correctly

Solutions:

Regulations on patient identification timing

- Before transferring patients to surgery department; pre-anesthesia and before slitting skin
- Before providing treatments and procedures: bandage replacement, medical thread cutting, sonde placement and withdrawal…
- Before administering medications
- Before taking blood and other specimens for clinical testing
- Before blood and blood products transfusion.

Regulations on using patient identifiers

- According to WHO, patients should be identified using two patient identifiers such as full name, medical record number. In Vietnam, the author advises to use at least 3 identifiers including full name, date of birth and medical record number.
- Information of patient identifiers must be recorded consistently in all professional records (medical record, treatment form, nursing form, testing order, testing specimens label, medication book, etc) and patient identifying bracelet.
- For testing and X-ray department: it is required to identify and record sufficiently patient identifiers before taking specimens for testing, x-ray or administering drugs and blood products. Labelling testing specimens must be done at the witness of patients.

Regulations on patient identifier collection

- To identify patients correctly means identifying correctly the patients themselves and all relevant information such as medical record, prescription, testing order, blood, blood products, medications, testing specimens, etc.
- It is recommended to ask open questions when identifying patients and not to affirm patient's name.

- Health care professionals must verify patient identifiers by comparing information provided by patients and their families with information in medical record or patient identifying bracelet. In case, the patient can't speak or is in unconscious condition or is unable to provide information correctly, it is necessary to cross check with recorded information on medical record and patient identifying bracelet.
- If the patient is in a coma, their relatives should provide patient identifiers. If the patient is unconscious and is carried to the hospital by police or emergency service without patient identifiers, hospital admission number or emergency number will be recorded in patient profile.

Goal 2. Improve effective communication

Solutions:

- Verbal order is not encouraged. In case of emergency where verbal order is needed, the individual who gives the order and the receiver must comply following instructions: (1) The receiver writes down order or reads back so that the order giver can listen to and confirm verbally that the order is understood correctly. This requirement is applicable to all medical orders by verbal way not only medication order; (2) When receiving abnormal testing result, the receiver verifies testing result by reading back; (3) The order giver confirms that the order is understood correctly and write down the verbal order in medical record.
- Standardize abbreviation list: (1) the hospital reviews abbreviation list with the participation of doctors for consistent application to all order givers. (2) Print out list of abbreviation and place in proper position so that everyone can see whenever needed or enclose abbreviation list to treatment form or nursing form.
- Improve cooperation between clinical department and testing department: (1) professionals of testing department will inform abnormal testing results to professionals of clinical department on timely basis; (2) The hospital will issue regulations on receipt time of testing results for the purpose of timely diagnosis and treatment.

Goal 3. Improve the safety of high-alert medication

Common types of adverse drug events

- Wrong patient
- Wrong medication
- Wrong dosage
- Wrong type of drugs
- Wrong route
- Wrong frequency
- Wrong timing or interval
- Wrong drug preparation
- Wrong technique of drug taking
- Prescribing fault for the patient with allergy history.

Adverse drug events preventive solutions

- Provide sufficient and correct information of the patient.
- Provide sufficient information of medications for doctor and nurse
- Ensure effective communication between doctor, pharmacist and nurse
- Label drug and container in right manner.
- Store drugs in a place that can easily be seen, reached and found.
- Store drugs of similar name and package in a separate place.
- Provide drug usage supporting equipment (infusion pump,..)
- Ensure working environment for health care professionals (light, noise and shift)
- Organize training course on drug and drug usage for health care professionals.
- Advise the patient on drug information and encourage the patient to finish drug order.
- Develop medication risk management process.

Remarks for nursing staffs

- Check drugs (drug name, dosage, content, frequency/day, timing, interval and route). Check expiry date and quality of drug via its color, odor, integrity of drug and container.
- Instruct the patient to follow treatment procedure such as: impacts and drug usage process and inform treating doctor if the patient denies treatment.
- Check history of drug allergy
- Implement the "five-right" of drug usage
- Make the patient aware of drugs
- Observe drug usage of the patient

Table 3: Example of confused drug name

Group	Similarities and differences	Example
Look-alike and sound-alike	Same manufacturer, same ingredients, same form, different content, different package	**DD Glucose 5%** **DD Glucose 10%**
	Same manufacturer, same ingredients, same form, different content	**Crestor 5mg** (Rosuvastatin) **Crestor 10mg** (Rosuvastatin)
	Same manufacturer, same form, different ingredients	**INSUNOVA - R** (Insulin mixture) **INSUNOVA - 30/70** (Insulin mixture)
	Same manufacturer, same ingredients, different form, different content	**CELLCEPT 250mg** (Mycophenolat) **CELLCEPT 500mg** (Mycophenolat)

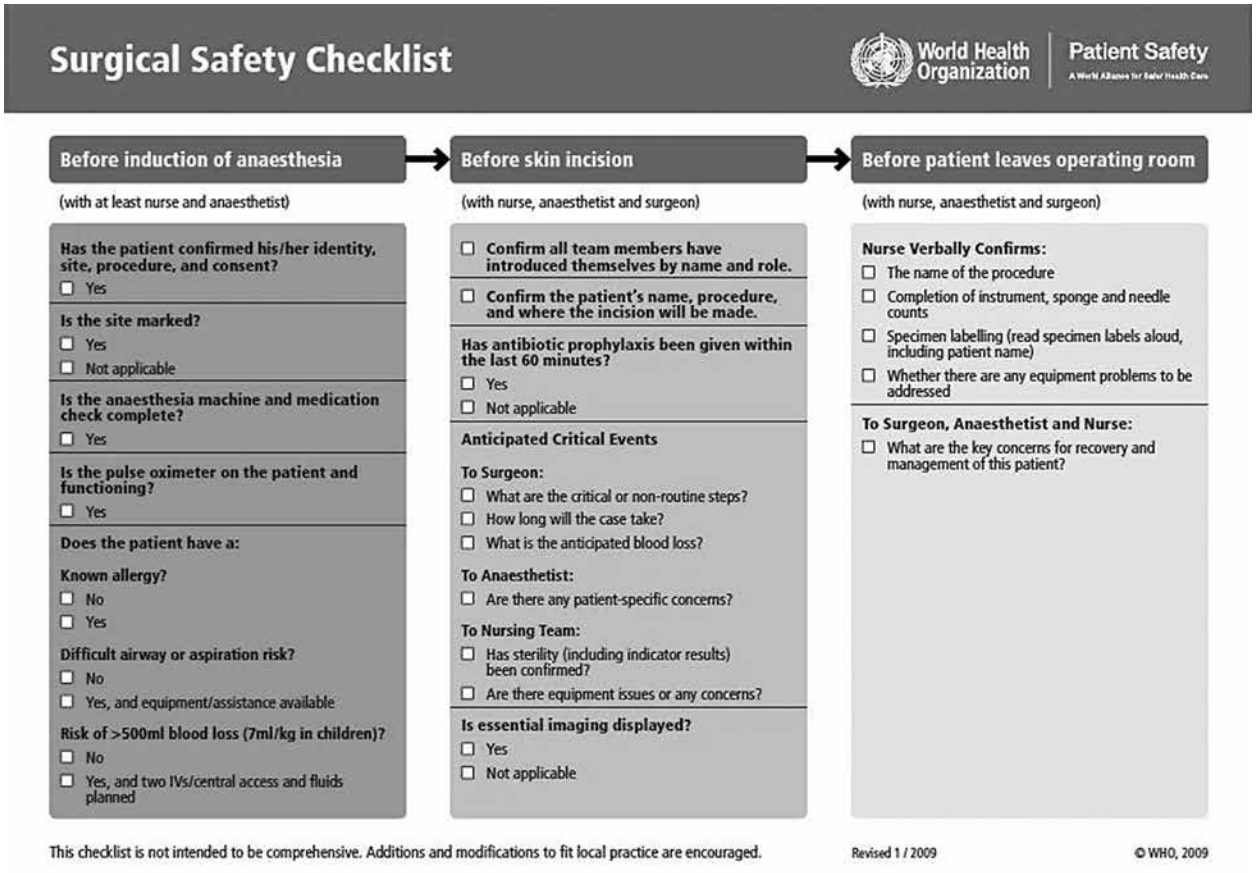
Look-alike	Different ingredients	**Gentamicin 80mg/2ml** (Gentamicin) **Lidocain 40mg/2ml** (Lidocaine)
	Same manufacture, different ingredients	**Panangin 400mg + 452mg** (Magnesi aspartat + Kali aspartate) **DIAPHYLLIN Venosum 240mg** (Aminophylin)
	Same ingredients, different content	**Augmentin 250/31.25** (Amoxicilin + acid clavulanic) **Augdibil 500/62.5** (Amoxicilin + acid clavulanic)
Same name but different content or form	Different content, different form	**Morphin 10mg/ml** (Morphin) **Morphin 30mg** (Morphin)
		Voltaren injection 75mg/3ml (Diclofenac) **Voltaren tablet 75mg** (Diclofenac)
Sound-alike	Same ingredients, different content	**Fen**tanyl 0,5mg - Rotexmedica **Fen**ilham-HAMELN 50MCG/ML
	Different ingredient	**Partamol** (Paracetamol) **Paratramol** (Paracetamol + Tramadol)
	Same manufacturer, different ingredients	**Nol**vadex (Tamoxifen citrate) **Zol**adex (Goserelin)
	Same ingredients, different manufacturer	**Sevorane** (Sevoflurane) **Sevoflurane** (Sevoflurane)
	Same ingredients, different content	**Cisplatin** Bidiphar 10mg/20ml (Cisplatin) DBL **Cisplatin** Injection 50mg/50ml (Cisplatin)

Source: ISMP's List of Confused Drug Names

Goal 4. Ensure safe surgery

Solutions:

a) Implement surgical safety checklist



Surgical Safety Checklist

World Health Organization | Patient Safety

Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?
- ☐ Yes

Is the site marked?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?
- ☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?
- ☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?
- ☐ No
- ☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?
- ☐ No
- ☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
- ☐ No
- ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)
- ☐ **Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**
- ☐ **Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:
- ☐ What are the critical or non-routine steps?
- ☐ How long will the case take?
- ☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:
- ☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:
- ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?
- ☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:
- ☐ The name of the procedure
- ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts
- ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
- ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
- ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Source: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/

b) Implement ten goals for safe surgery, intervention procedure by WHO:

- Operate on the correct patient and correct site
- Use appropriate methods to prevent harm from administration of anaesthetics while protecting the patient from pain.
- Recognize and effectively prepare for life threatening loss of airway or respiratory function
- Recognize and effectively prepare for risk of blood loss.
- Avoid inducing allergic drugs or drug products for the patient with drug allergy history.
- Consistently use methods known to minimize the risk for surgical site infection.
- Prevent inadvertent retention of instruments and sponges in surgical wounds
- Secure and accurately identify all surgical specimens.
- Effectively communicate and exchange critical information with surgeon for the safe conduct of the operation.
- Hospitals and public health care system will establish routine surveillance of surgical capacity, volume and results.

Goal 5. Reduce the risk of health care-associated infections

Solutions:

a) Perform infection control standard precautions

- Hand hygiene
- Use personal protective equipment
- Respiratory hygiene and cough etiquette
- Patient arrangement
- Safe injection and prevention of needle stick injuries
- Environmental cleaning
- Medical equipment
- Linen laundering
- Waste disposal

b) Perform infection control additional precautions

- Precautions of infection by droplet
- Precautions of infection by airborne

Goal 6. Reduce the risk of patient harm resulting from falls

Solution:

- Place bed in lowest position
- Bed with rails
- Un-slippery floor
- Appropriate lighting for patient room
- Bathroom and toilet door with handles
- Risk assessment of falls
- FALL RISK medical bracelet
- Paste fall risk alert card in patient room, patient bed, etc
- Inform patients at risk for falling to the next shift
- Arrange patient room appropriately to avoid fall risk
- Arrange all items in patient room within patient's reach.
- Install call bell within reach
- Avoid opening window to lower risk
- Educate the patient and their family about risk of falls.

7.2 Install medical adverse event reporting system

Goals

- Set up database of medical adverse events

- Lessons learnt from medical adverse events
- Find out solutions to reduce medical adverse events

General regulations

- Medical adverse event reporting is applied at all clinical, subclinical and specialized departments.
- All health care professionals involved in a serious medical adverse event will compulsory report the error using standard form of the hospital (Appendix 1. List of serious medical adverse events. Appendix 2. Medical adverse event mandatory reporting form)
- All health care professionals directly involved or witnessed a medical adverse event which nearly happened or happened but caused no harm to the patient are encouraged to report the adverse event voluntarily (Appendix 3: Medical adverse event voluntary reporting form)
- Information on medical adverse event reporting system will be used for lessons learned not for the assessment of individual accountability related to the adverse event.
- All information in the reporting form should be honest, objective and timely.

Installment rules of medical adverse event reporting system

- All health care professionals are encouraged to voluntarily report medical adverse events for the purpose of recognizing types and causes of medical adverse events as well as error precautions.
- Medical adverse event reporting system will be managed confidentially and not for the assessment of individual accountability.
- Reporting medical adverse events is the obligation of all health care professionals working in medical facilities.
- Voluntary reporters of medical adverse events will be recognized and secured safety.

7.3. Improve working environment of health care professionals

- Health care working environment of doctors and nurses carries many risks of latent factors such as: (1) Patient overload; (2) shortage of professional resources resulting in quick examination and contact with patients; (3) lack of medical equipment for patient treatment; (4) mental pressure due to inadequate legislation to protect health care professionals.
- Nursing staffs and midwives play significant roles in reducing medical errors because: (1) Services provided by nursing staffs and midwives are considered by WHO as one of pillars of health care provision system (highest staffing number, patient contact and largest number of services provided); (2) Most of doctor's orders are carried out by nursing staffs; (3) Nursing works are required before and after treatment and ensure the safety of treatment process.

7.4. Implement professional insurance as per Law on Medical Examination and Treatment

- Experiences from recent issues in health care sector are very complicated for both health care professionals and providers requiring attention of the whole system as well as opinion of public media to prevent negative social impacts.
- It is required to implement professional insurance as soon as possible to directly reduce pressure for health care staffs and providers. Professional insurance system will enhance patient trust

and lower pressure for health care staffs when contacting with patients and their families. In the event of medical adverse events, insurance agency will work with patients and their families on behalf of health care professionals and providers.

7.5 Patient safety culture

- Awareness and opinion of management level about patient safety culture will decisively contribute to the success of patient safety program. Firstly, management level needs to pay attention to fix latent factors. In fact, medical adverse events now have been recognized as a public issue which requires improvement of the whole health care system as well as relevant sectors in addition to the improvement health care professionals. Assessment of individual accountability will lead to truth hiding culture which has been proved un-effective for long term results.
- Taking initiative in assessing risks and reviewing information in official and unofficial medical adverse event reports will enable necessary interventions.
- Renewing checking and assessment culture: Health care facilities will actively apply patient safety culture and implement performance self-checking based on standard quality protocols; eliminate "achievement disease" and conduct real assessment. It is encouraged to set up and operate independent assessment agencies in compliance with Law on Medical Examination and Treatment.

LESSON TEST

Case study

1. Case study 1

Description: *A patient named Nam was staying at Pediatrics Department, last Friday, treating doctor prescribed antibiotics for Nam for 3 days from Saturday to next Monday. On Saturday, his mother informed the nurse that Nam had history of drug allergy and asked not to inject antibiotics. Though this information was recorded in his medical record but was not handovered to the next shift on Sunday so right after being injected antibiotics as prescribed, Nam was transferred to intensive care department for Emergency treatment of anaphylactic reactions. After his situation was getting worse, his family went back to Pediatrics Department and assaulted the health care professionals.*

Question 1. List down active errors and latent factors in the medical adverse event mentioned above.

Active errors:

.....

.....

.....

Latent factors:

.....

.....

Question 2. Based on what you learnt, classify the above medical adverse events by following basis:

By professional knowledge:

.....

.....

.....

By level of harm to the patient:

.....

.....

.....

By active and latent factors:

.....

.....

.....

Question 3. If you were a member of Disciplinary Council, who would be assessed for individual accountability in this medical adverse event for professional violation.

.....

.....

Question 4. What is lesson learnt from the medical adverse event?

.....

.....

.....

2. Case study 2

At 7h30 in the morning of 20 July 2013, Nurse A at local district health center performed doctor's order to inject hepatitis B vaccine for 3 newborns. Due to a power outage, Nurse A turned on his cell phone flashlight and opened the fridge and wrongly took 3 bottles of Esmeron – a drug for muscle relaxant and injected for 3 babies. Previously, the chief nurse of clinical department had agreed for an anesthesiologist from operating department to store remaining bottles of Esmeron from an operation in the fridge of hepatitis B vaccine.

Question 1. List down at list 5 adverse events in managing and using drug from this case study.

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

After being mistakenly injected Esmeron muscle relaxants, 3 babies got cyanotic, hiccuped and were taken to the emergency room. All 3 children died after 30 minutes of emergency.

Question 2. Analyze the causes of this serious wrong drug leading to the death of 3 children? What do you learn from this adverse event?

2.1 Why did the 3 children die at the same time? .....

.....

2.2 Lessons learnt? .....

.....

After the error, Nurse A retrieved and discarded 3 used Esmeron vials then he secretly took 3 new hepatitis B vaccine bottles and absorbed the content and left vials in the waste container of injection trolley. Additionally, Nurse A has not yet attended training course on the expanded program on immunization and did not have vaccination certificate but he still vaccinated the children.

Question 3. What nursing ethics did Nurse A violate?

.....

Question 4: What clauses of Law of medical examination and treatment did Nurse A violate?

.....

ANSWERS

Case study 1

Question 1.

Students list down at least 3 out of 4 active errors and 2 latent factors from the medical adverse event.

Active errors: *(1) The treating doctor did not check drug allergy history of the patient; (2) Nursing staff on Saturday did not handover sufficiently to on-duty nursing staff on Sunday; (3) Nursing staff on Sunday did not check drug allergy history before injection; (4) On-duty doctor on Saturday did not timely order to stop antibiotics injection for the patient.*

Latent factors: (1) Medical record and injection book are not consistent "Information provided by the patient's family was recorded in medical record while nursing staff performed injection based on injection book"; (2) The hospital has not applied drug allergy bracelet for patients yet.

Answers to question 2.

a) Classification by professional knowledge: the cause of the adverse event is incomplete handover to the next shift.

b) Classification by level of harm to the patient: serious level

c) Classification by active and latent errors: including both active errors and latent factors.

Answers to question 3.

Students are required to recognize not only individuals who directly involved in the adverse event but also individuals managing department/hospital due to latent factors.

Not only treating doctor, on-duty doctor and nurse on Saturday, on-duty nurse on Sunday, but also the leader of the hospital/department/chief nurse are considered responsibility due to latent factor.

Answers to question 4. Students list down at least 3 out of 4 following lessons:

a. Know about drug allergy history of patients before injecting antibiotics

b. Timely update into medical record and injection book to alert allergy situation of the patient.

c. Timely communicate among relevant health care professionals

d. Instruct the patient's family to use drug for the patient.

Case study 2.

Answers to question 1.

1. Lack of regulations on managing vaccine fridge
2. Store hepatitis B vaccine at the same place with anesthetic drugs
3. Lack of handover between drug managing person and nurse A
4. Nurse A did not check drug name before injection
5. Combine the drug preparation for 3 syringes at the same time

Answer to question 2.1:

The death of 3 babies at the same time was because nurse A combined the drug preparation of Esmeron for 3 syringes at the same time then injected them constantly.

Answer to question 2. Lessons learnt are:

- Do not shorten, combine, simplify professional procedures
- Strictly follow the 5 rights when using drug for the patient
- Double check when delivering and receiving drug.

Answer to question 3:

List down 1 out of 2 following contents:

- Article 1 and 2 Clause 3
- Article 1 and 2 Clause 6

Answer to question 4:

List down 1 out of 2 following contents:

- Clause 3 (article 3 and 5)
- Clause 6 (article 3)

- Clause 37 (article 1 and 2)
- Clause 40

REFERENCES

1. Ministry of Health. Circular # 19 /2013/TT-BYT instructing the implementation of quality management in medical examination and treatment in hospital.
2. Medical Services Administration, Ministry of Health (2014). Continuous training material of Patient safety.
3. Nguyen Thanh Ha (2005), *"Hospital infection control in 6 Southern hospitals"*.
4. Nguyen Viet Hùng (2005). *"Situation of hospital infection in Northern hospitals"*.
5. Tran Huu Luyen. *"Hospital infection on surgical patients"*.
6. Pham Duc Muc and colleagues (2005). *"Hospital infection in hospitals under Ministry of Health in 2005"*.
7. Le Anh Thu. *"Hospital infections on patients with mechanical ventilation"*.
8. Pamela H. Mitchell. Defining Patient Safety and Quality Care
9. Results of Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine, 1991,323:377.384.
10. Wilson, R.M., Runciman W.B., Gibberd R.w., Newby,L., & Hamilton, J.D. (1995). The quality in Australia health care Study. The medical Journal of Australia,163 (9), 458-471.
11. Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych,M. (2001). An adverse events in British hyospitals: Preliminary retrospective record review. British Medical Journal, 322 (7285), 517-519.
12. Baker, G.R., Norton P.G., Flintoft, W., Blais, R., Cox,J., et al. (2004). The Canadian adverse event study: The incident of adverse events among hospital patient in Canada, CMA,170 (11), 1678-1686
13. Mette Lundgaard, Louise Raboel, Elizabeth Broegger Jensen. Danish Society for patient Safety. The Danish patient experience: the Act on patient safety in the Danish health care system.
14. M Zegers, M C de Bruijne, C Wagner. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals. Results of retrospective patient record review study.
15. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context.
16. Daniel R. Levinson. Adverse events in hospitals: National incident among medical beneficiaries. Office of Investigator General.
17. Trends in adverse events over time: why are we not improving Adverse health events in Minnesota. Ninth Annual Report/January 2013.
18. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide (2011)https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/ ; and http://origin.wpro.who.int/health_services/documents/wpro_patient_safety_curriculum_guide/en/
19. Circular No.43/2018/TT-BYT dated 26 December 2018 providing guidelines for prevention of adverse events in health facilities.

CHAPTER 3

BASIC NURSING TECHNIQUE AND PATIENT CARE (PART 1)

LESSON 7

PAIN RELIEF CARE

OBJECTIVES

1. explain the factors influenced to the pain. (competency: 1.1; 1.2, 3.1, 4.1, 4.3).
2. Be able to use the pain assessment tool to assess patients. (competency: 2.1; 2.4; 3.1, 4.1; 21.9).
3. Be able to perform pain control measures during patient care provision and to instruct patient/ patient family to take part in pain control. (competency 2.2; 2.3; 3.2; 4.2, 4.3; 4.4; 4.5;4.6; 4.7;5.2; 5.3; 6;7.1,7.2;8.2;10.1, 10.3, 11, 12.2; 13.1;15.1;16.3; 18.3; 23.6, 24.1; 24.4; 25.1; 25.2).

CONTENTS

Introduction

Pain is the most common sign in a number of diseases and it is also one of reasons that patient has to visit hospital for examination and treatment. According to Bonica J.J. (1978), 58% cancer patients have major sign of pain. Pain is seen in every age from children to elder. There are 5% - 15% of children and adolescences; it is more common in elderly accounting for nearly 30%; and the rate of patients who have chronic pain and have to use pain relief drug like morphine accounts 20% – 30% (Dawn A. M., 2005). Pain also becomes an obsession of postoperative patients. The study of Nguyen Thi Kim Thu (2010) showed that 100% patients have pain after abdominal surgery... Pain relief is to help patient to have better quality of life. This is also a responsibility of healthcare workers including nursing staff.

Pain is a feeling which gives signal of a physical harm and it seems to be subjective and psychological. Pain thresthold depends on each patient, only patient is able to identify his/ her painful level. There are several factors that affect to the pain thresthold such as age, occupation, awareness, personal experiences; other factors such as: culture, personal character, ethnic group, emotion, physical and health conditions also affect to pain level. However, patients are not responsible for persuading the nurse that they are painful. The nurses should take the responsibility for listening when patient have pain.

In order to pain control, nurses should collaborate with patients and patient family to identify the causes, characteristics and influenced factors of the pain. Base on that, effective pain control intervention plan will be developed. There are many pain control methods including drug or non drug usage and exclusion of influenced factors.

1. Pain definition, cause and physiology of pain

1.1. Pain definition

Pain is an unpleasant subjective experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. (International Association for the Study of Pain (1980 - IASP)

Therefore, pain associates to physical aspect and it is a sensory feeling that gives signal of tissue damage. Pain is also a psychological subjective aspect, including imagined pain or unknown cause pain.

1.2. Pain classification

1.2.1. Mechanical classification

- Nociceptive pain: is a pain due to stimulus of nociceptive tips of intact or damaged nerves that sensitive with central or peripheral pain relief drugs and nerve block methods. This is a common mechanism in acute pain (trauma, infection, degeneration etc) or in the diseases having persistent damages (cancer, rheumatologic diseases etc).
- Neuropathic pain: is a pain caused by damage of central or peripheral nerves. It is often described as burring, shooting pain caused by damaged nerves.
- Pain due to psychological factor: it is an obsession feeling rather than physical pain. Patients describe unclearly or they always change description with atypical symptoms. Pain disappears only when patients focus on a certain issue. Pain relief drug is not effective with this kind of pain. It is common seen in the cases such as hysteria disease, distress, auto - suggestion of disease, schizophrenia etc.

1.2.2. Classification by time and painful characteristics

- Acute pain is a newly appeared pain having strong intensity as a useful alert symptom. Acute pain helps to identify the symptom of pain having tissue damage or not. Acute pain is commonly seen after surgery, trauma, burn and obstetrics.
- Chronic pain is a persistent manifestation that relapse several times. It destroys the body in physical, psychological and social aspects causing worry for patient and affecting to quality of life. Chronic pain includes back pain, neck pain, muscle pain or pain due to neurological cause, pain due to scar etc.
- Cancer pain may be acute or chronic pain due to invasion and pressure of cancer cells to normal tissues causing tissue damage and stimulus of sensory perception of the body and organs. Cancer pain is described as throbbing, sharp, aching; or neuropathic pain (central or peripheral pain): burning, shooting, tingling etc.

1.3. Cause of pain

1.3.1. Damage of tissues: due to infection, inflammation reaction, tumor, ischemia, trauma, medical intervention procedure, toxicity of drug etc.

1.3.2. Potential tissue damage: due to the diseases having no tissue damage but still cause pain.

1.3.3. Psychological – social factors

- Mental disorders such as depression, anxiety disorder may cause pain or it make more severe of physical pain. Vise versa, physical pain also causes mental disorders such as depression or anxiety disorder.
- Other psychological syndromes also cause chronic pain such as prolonged psychological pain cause real physical pain or post trauma psychological disorder, delusion or pain sensory disorder due to metal illness. Psychological syndromes also cause pain or make pain more severe.
- In some cases, pain relief treatment will not have good result if basic causes of depression, anxiety disorder or other psychological issues are not diagnosed and treated.

2. Influenced factors to pain sensory

2.1. Physical factors

- Age: pain sensation may be seen at every age. According to a survey on the rate of chronic pain in Denmark: the rate of chronic pain increases with the older age of – approximate 10% in 16 – 24 years old, more than 10% in 25 – 44 years old, more than 20% in 45 – 66 years old and it reaches nearly 30% from 67 years old or older (Eriksen J., 2003)
- Physical condition: the rate of muscle and bone pain increases in obesity patients. According to Dawn A. M. (2005), when obesity patients lost weight (approximate 12% of body weight), who have knee pain, the rate of pain decrease 30%. The weight loss in obesity women also make the rate of knee join pain and foot pain decreased.
- Gender: Roger B. F. (2000) recognized that women often have more severe chronic pain than man. They are also more sensitive with toxic in the laboratory than man. Some reasons are given to explain this difference: socio psychological factors such as believe in the role of man, affection of generations in the family, female hormone etc.

2.2. Social factor

- Attention: pain sensation will be increased when patients pay too much attention to it and it will be decreased if less attention is paid (Carroll and Seers, 1999). Therefore, when providing pain relief care, nurses should change the patient's attention by giving guidance for relax, massage or point acupuncture, etc.
- Experiences of patient: Each patient has his/ her own individual experiences in pain sensation. For example, if a patient has chronic pain that repeat many times he or she may gain experience for pain prevention effectively.
- The support of family and surrounding people: the appearance of family members helps patient feel less pain and anxiety, especially children.

2.3. Spiritual factor: is understood in wider meaning about religion, "Why does God force me like this?" "Why do I have pain?"...

Some other factors also make pain sensation increase such as loss of control, dependence on family or to be burden of the family therefore nurses should consider to take care this aspect, especially for the chronic cases.

2.4. Psychological factor:

- Anxiety: Anxiety often causes increase of pain and pain is also a cause of anxiety. Therefore, it is necessary to combine pain control and reassure patient using drug or psychological therapy.
- Reaction of patient: People, who are sensitive often, feel excessively the events in their life therefore their pain threshold is low. Nurses should have experience about patient's reaction to make suitable interventional plan: support patient family, exercise to help patient relief pain.

3. Pain assessment

3.1. Ask patients about pain: Contents of questions and assessment

- Age, gender, general condition
- The causes promote pain or relates to pain
- Pain position and special position of pain, time of pain.
- Radiating pain: local or radiated pain? Radiating pain to which area?
- Pain characteristics: aching pain, soreness, stabbing, tearing pain etc.
- Type and time of pain: persistent aching pain, when does the pain increase? Is it improved when relaxing or not? Does patient have sleep disorder?
- Pain intensify
- Underlying symptoms: numbness, weak, paresthesia, limitation of movement.
- Progress of pain: increased, decreased, not increased but not decreased.
- The undergone treatment: medication, physiotherapy, operation: how is effect of treatment?

One simple method to avoid missing information is to use tips to memory the following OPQRST letters:

O1: Onset (Onset and progression over the time). How long has the pain been? How to start? Slowly or suddenly? Progression and change throughout the day.

O2: Origin. Pain due to pathology or injury? If due to injury, carefully exploit the mechanism causing the injury

P1: Position. Pain in one place or many places. Pain on the spot or spread from somewhere else. Shallow or deep

P2: Pattern, Continuous or periodical pain? Active or at rest pain? Pain when moving? Actions caused pain increase or decrease? Pain has changed? More serious, the same or less?

Q1: Quality. Features of pain: Pain such as pressure, burning, numbness, cutting?

Q2: Quantity (pain intensity)

R: Radiation. Radiate to where? What cause radiation pain?

S: Signs & Symptoms. Morning stiffness, crackle sound in the joint, limitation of movement?

T: Treatment. Current and past treatments as well as its result, including medications and other methods. It should also assess the patient's reaction and expectation of the treatment.

3.2. Pain assessment tool:

Identifying pain intensity is an essential component of initial pain assessment and follow-up monitoring. There are many useful pain scales that help measure pain intensity

3.2.1. Pain assessment scale:

Commonly used scales include Verbal Rating Scale (VRS), Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analog Scale (VAS) and Image Rating Scale

- Verbal Rating Scale is the simplest measure, it contains the least information. This Scale may be less reliable than the others because used adjectives might not have same meanings to the different people.
- Numeric Rating Scale: This Scale is simple to use in clinical context and being the most commonly used measure to assess the pain. Patient indicates their pain intensity on a scale from 0 to 10: 0 indicates no pain and 10 indicates most imaginable painfulness. This scale is more accurate than the Verbal Rating Scale. Numeric Rating Scale is easier to use for people who are disabled due to illness or who have low education. Its downside is missing some information, because many people can distinguish more than 10 levels of pain. Another downside, it is a hierarchical scale rather than a true distance scale, so there is no fixed relationship between the points, even if they are divided equally spaced. This means that point 4 pain is not twice as severe as point 2.
- Visual Analog Scale: is another valuable scale to measure pain intensity and rather similar to the Numeric Rating Scale. It is a 100 mm long line with two heads: one end is no pain and the other is unbearable pain. Patient will indicate on the line at the point that best describes their pain intensity. The length of the line until patient's mark will be measured and recorded by mm. The advantage of this scale is not limit by 10 separated levels of pain intensity, it allows to measure more details. The main disadvantage is that it is sometimes hard to understand for some patients. If it is applied correctly, VAS is a reliable scale, means its ends are margins and the double score reflects exactly double pain level.
- Image Rating Scale (Facial Scale): describe different faces in pain. This scale sometimes used for kid patients, low perception patients or language barrier

3.2.2. General pain assessment tools

- The McGill Pain Questionnaire (MPQ) was developed by Melzack from assessing three separated components of a patient's pain experience (sensory, affective and evaluative aspect). It is the one of the most widely tested pain assessment tools and has become a "golden standard" for other tools. Patients are introduced 80 grouped adjectives and patients have to select one word from each group which is most suitable to indicate their pains. To complete, each MPQ

take 15-20 mins, therefore it causes burden for patient in comparison with VAS and NRS, Due to such burden, the author later developed a short form tool (MPQ-Short Form), including 15 selected adjectives and patient shall indicate on the 4 levels scale.

- The Memorial Pain Assessment Card (MPAC): is a tool developed to assess to quickly assess pain in cancer patients, using 3 visual scales to assess pain, pain relief and mood and include a set of pain intensity adjectives. The advantage of this assessment tool is taking less time and its results correspond to longer assessment tools. The card can be folded and put into the pocket and each scale is presented for patient individually.
- The Brief Pain Inventory (BPI): is a comprehensive pain assessment tool whose value and reliability have been certified in cancer, AIDS and arthritis patients. It takes 5 – 15 mins to complete this Inventory, consist of 11 scores of pain intensity assessment as well as aspect of pain to the general activity, mood, movability, working, relationship, sleep and comfortability. Unlike MPQ or MPAC, BPI also provides information on the functional status of the patient. Re-assessment of pain after treatment may show an improvement in sensory or mood scale but patient may still report no improvement in physical activity. A simultaneous assessment of function is more complete in assessing the effectiveness of chronic pain treatment. BPI is a good selection to measure pain in patient whose illness become worse.

3.2.3. Utilization of VAS: the scale length is 100 mm, and fixed at both sides.

Visual Analog Scale (VAS) is a visual pain assessment tool which has been used by number of healthcare establishments because it is simple, easy to understand and apply.

There are 2 sides of scale:

- One side shows the faces, the left side with laugh face indicates no pain and the right side with cry face indicates unprecedented pain.
- Another side consists of number from 0 to 10.

A slide bar can be moved to choose painful intensity.

The pain level from 0 to 10 has been described as follows:

0- No pain

1- Slight mild pain, almost cannot feel and think of it, sometimes patient feels slight pain

2- mild pain, sometimes patient feels strong shooting.

3- Pain makes patient pay attention and cannot focus to work. But patient is adaptable with pain.

4- Moderate pain, patient can forget pain if he or she is working.

5- More pain, patient cannot forget pain in several minutes, patient still is able to work.

6- More moderate pain, affects to daily activities and it is difficult to concentrate to a certain work.

7- Severe pain affects to the sensations and limits much daily activities of patient; it also influent to patient's sleep.

8- Excruciate pain, limits activities, it requires great efforts.

9- Terrible pain, patient cries, moans, uncontrolled.

10- Pain makes patient not able to talk, lie on bed and may be unconscious.

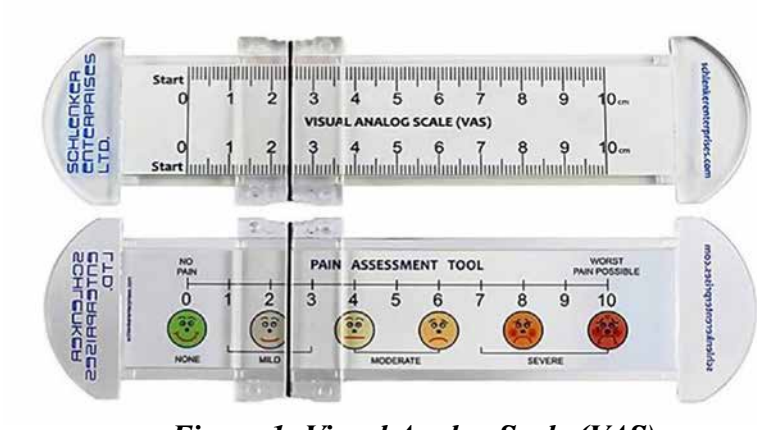


Figure 1: Visual Analog Scale (VAS)

(Sourse: Schlenker enterprise.com)

Instruction for pain assessment:

* Applied to conscious patients, whose awareness able to understand and listen to instruction of VAS; it is applied for conscious patient from 15 years old, who is able to use the slide bar of the scale *(some cases, patients understand how to use the scale to identify the hurt intensity, are able to ask other person to slide the bar – when their fingers are injured)*.

* Steps for pain assessment by VAS

  - Nurses explain to patient about purpose and usage of VAS
  - Patients lie or sit
  - Turn the red side to patients.
  - Nurses instruct patients to observe, identify the red side of VAS, instruct how to slide the bar and stop sliding.
  - Patients assess his hurt by sliding the bar.
  - Nurses interpret hurt at the opposite side of VAS; write down number of centimeter at stop of the bar.
  - Assess pain intensity of patients according to result assessment table.

Result of pain intensity assessment

Result	Pain intensity
0 – 0.5 cm	No pain
0.6 – 4.4 cm	mild pain
4.5 – 7.4 cm	Moderate pain
> 7.5 cm	Severe pain

4. Role of nurses in pain control

- Assess most objectively the pain of the patient
- Provide timely pain interventions for the patient
- Report patient's changes as well as patient's response to doctors, the doctor may adjust dose based on the pain assessment (by using pain assessment scale) or other signs of pain.
- When the patient's pain is controlled, nurse shall support:

  + To optimize the patient's comfort, sleep and activity

  + To reduce worries and enhance the recovery.

5. Application of pain control in clinical setting

Pain control has been widely applied in chronic pain (back ache, join pain, chest pain and cancer pain) and acute pain (postoperative pain, postnatal pain, pain due to acute lung oedema and myocardial infraction etc).

Pain control method should not be applied for the pain with unknown cause, surgical pain (due to perforation of empty organ, break of solid organ, ileus, appendicitis, bile duct obstruction, calculus of ureter, peritonitis etc)

Pain control principle:

- Patient who has pain need to be controlled in order to improve quality of life in every stage of disease.
- Pain control is to reduce pain intensity and prevent the relapse of pain. Pain control is successful when patients feel not pain, comfortable and able to maintain normal activities.
- Pain control can be performed at the healthcare establishments, at home or in community.
- Respect and record patient's description about pain and effects of pain relief interventional methods, including when patients use opium drugs. The description of pain should be recorded as soon as the patient is admitted to the hospital, responding after taking the medication and implementing interventions; even the smallest changes in pain. The first pain assessment needs to conduct for all items, but the subsequence needs not to conduct all as the first time.
- Do not only use drug for pain relief, it requires combining non – drug method and attention should be paid to psychological aspect.
- Pain relief methods and dose of medicine depends on each patient.

6. Pain control methods

Purpose of pain control is to make patient reduce pain, comfortable, collaborate and rely in healthcare workers during examination, nursing care and treatment process, it facilitates the following examinations and limits the adverse events caused by pain. It consists of following major methods:

6.1. Reduction of factors causing pain:

Remove painful agents, the stimulus factors causing pain. These methods can be applied firstly when conduct pain relief for patients, including: keep warm, reduction of noise in the patient ward, change patient's position every 2 hours, place patient at comfortable posture, instruct patients to relax etc.

6.2. Pain relief by drugs

6.2.1. Drugs for pain relief:

The drugs used in pain control are non-steroid (NSAIDs), steroid and central pain relief drug (morphine); Pain relief by local anesthesia method also has been used widely.

- NSAIDs take effect to the nerves receiving peripheral pain sensation. It is good for slight to moderate pain. Some common drugs are ketorolac, Piroxicam, Ibuprofene... Some side effects of this drug groups are digestive tract stimulation, decreased platelet adhesion, decreased kidney perfusion and it may cause more severity of previous kidney disease. The successful criteria after using the drug, pain level of patient reduces more than 3 scores or pain level < 4/10.
- Opioid pain relief drugs, is effective for both peripheral and central pains. Some common used drugs are morphine, dolargan, fentanyl.... Pain relief effect is good but opioid pain relief drugs have some side effects (addictive, nausea, vomit, itchy, constipation, urine retention, respiratory inhibition etc.) therefore the usage of those drugs should be limited. The drugs are indicated in moderate and severe pain, chest pain due to heart problems, acute lung oedema. Use of Opioid pain relief drugs according to 3 steps of World Health Organization:

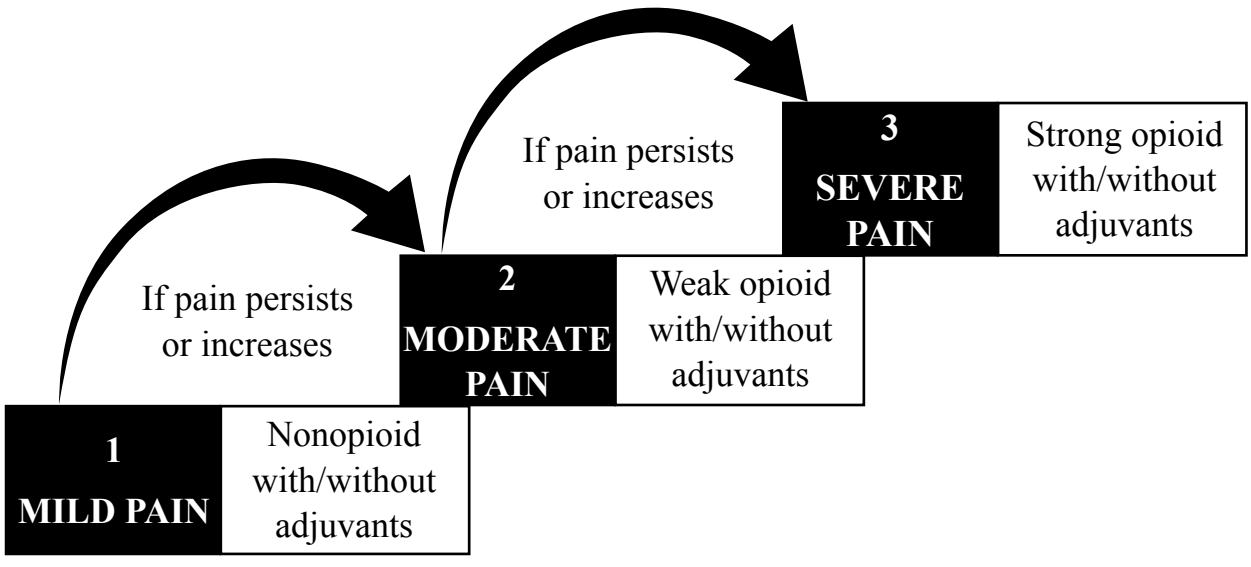


Figure 2: Pain relief ladder of World Health Organization

Source: https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/

- Local anesthetic is effective to block nervous conduction, and desensitize an area of the body therefore it is helpful for pain relief. Some desensitizers such as lidocain, bupivacain... can be used in combination with local anesthesia, plexus block.

6.2.2. Pain control techniques

* Usage of drugs administered by oral route, subcutaneous, intramuscular, intravenous injection - common for NSAIDs, opiod pain relief drugs.
  - Priority is given for oral administration, except when patient is not able to take medicine.
  - It requires monitoring the respond of patients to the drugs;
  - Use correct drug, sufficient dose (as indication) for each patient,
  - Monitor to detect side effects of drugs.

This is a pain control method using drug that allows patient control the pain by him/ herself by managing the dose of pain relief drug. Patient only needs to press a button in a special device so called as PCA, a pump contains the amount of pain relief drug prepared by physician, and this pump is connected to a small tube that allows drug going to the vein, subcutaneously. The overdose can be prevented by interval lock.

Advantage of this method is to achieve expected pain relief level with minimal dose of pain relief drug depending on pain threshold of each patient.

Some common mistakes when using PCA: patient presses wrong button, broken pump, alarm or out of battery. Some other mistakes are broken interval lock, improper pump installation etc.

* Local anesthesia – includes methods: continuous injection at the surgical site; epidural anesthesia etc. Nurses should understand well side effects of anesthesia techniques, especially epidural anesthesia to explain to patients and prevent those adverse effects.

6.2.3. Non – drug used pain control:

Some interventions help to relief pain and can be used in acute or level 1 care at home or health recovery establishment. These interventions include behavioral and physical perception or relaxation:

* *Education:* explain to patient know about pain and pain control method help patient believe in treatment method to achieve expected effects early. This method is not applied for the cases that want to terminate pain in a short time.

* *Instruction using pictures:* is a relaxation by imagining beautiful pictures such as river, mountain, interesting relax places that patients used to experience, focus on breath to feel the air exchange of lung or pay attention to number to reduce pain. Do not cut thinking flow of patients during relaxation.

* *Entertainment:* is a muscular and mind relaxation method that helps to reduce pain, anxiety and make the brain comfortable. Such relaxation reduces tension.

* *Use heat (hot/ cold):* there are some pain positions which need to use heat require physician's indication. Do not use this method in sensitive areas. Utilization of hot or cold heat should not prolong more than 20 minutes. Nurses should observe and monitor patient during nursing care process.

- Hot, cold compress (Learners should learn the lesson hot, cold compress)
- Infrared radiation: infrared radiation is a high heat so called as heat radiation. Effects of infrared radiation mainly cause vasodilatation, red skin during treatment therefore it is effective for control of chronic inflammation and muscular relaxation. The depth of infrared radiation in the body is about 1 – 3 mm.
- Short wave: effective for heat generation at deep tissue (2 – 3 cm), therefore it is often applied for chronic pain, muscular pain, and neuropathic pain.
- Ultrasound: may make temperature increased at deeper tissue (may be up to 8cm) and scope of contraindications is narrower.
- Electrical pulses: depending frequency and type of electrical pulses, electricity stimulate to skin and inhibit pain. It often lasts from 4 – 6 hours after treatment.

* *Transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS): This is a method use the electricity to stimulate nerve number V subcutaneously. Patients feel comfortable thanks to vibration. TENS lasts in 15 to 30 minutes or longer if patient needs. This method is used for chronic pain and cosmetic surgery.

* *Massage:* use the hands to make direct effect to the body and help to relief the pain. Massage helps to relax muscle, excrete the stagnant substances inside the muscle; enrich oxygen, circulate blood, then stimulate relaxation of nervous system, reduce neurological tension and muscle pain.

* *Acupuncture and point acupuncture:* This method stimulates the body to generate Endorphin; twisting and vibration of acupuncture needle and pressure from skin make pain reduced.

* *Hypnotization:* is a therapy method by taking a person to an unexpected status to change perception and memory. During hypnotization, insinuation helps painful sensation of patient disappeared or patient feel more comfortable.

* *Psychological treatment:* this is a safety method that relieves pain by reduction of physiological tension.

Nurses should understand the role of psychology in generation, development of disease, affection of psychology to patient; also, it is possible to apply principles regarding contact with patients, patient family during treatment and nursing care process.

Psychology impacts greatly to effectiveness of treatment and nursing care process. Patients, who have comfortable psychology, receive quicker treatment method and recovery. To be comfortable, patient should remove all agents, uncomfortable symptoms for patient including pain symptoms. Pain control management should be maintained during hospital stay process and lasted to the end stage of life. Nurses should play the role as person, who accompany with patient and provide the most comfortableness.

6.3. Pain care of nurses

To provide pain relief nursing care for patient, nurses (or collaboration with nursing team) should have collaboration of patient and patient family to assess the causes, characteristics and

influenced factors of pain; assessment of pain level. Based on that, pain control plan will be made for patient.

6.3.1. Acute pain care

Pain identification:

- Ask patient about pain symptoms, pain level and characteristics; relevant factors
- Exam and assess pain (use pain assessment pain –VAS etc.)
- General examination, identify the cause of pain, assess influenced factors to pain control methods.
- Restlessness, discomfort, depression
- Change of body weight
- amyotrophic lateral sclerosis
- Less communication with others
- Sympathetic reaction
- Patient has physical reactions against pain such as sweating, shrinking ...
- Decreased taste buds
- Excessive expression of emotions: crying, screaming ...
- Face of pain
- Sleep disorder

Nursing diagnose:

Pain relating to damage to organs (respiratory, digestive, urinary ....)

Nursing intervention:

Nursing interventions	Reason
Implement pain assessment. Identify position, feature, starting point, time, frequency, severe level	To identify objectively the patient's response to pain management measures
Observe patient's nonverbal reactions as: moaning, crying, grimacing, protection posture...	Evaluate objectively pain level
Accept the patient's describes on pain	Evaluate pain subjectively
Record vital signs	Changes of vital signs can reflect the severity of pain
Evaluate patient's current medication	Adjust or maintain the patient's medication
Predict the need for pain control of patient	Make quickly, timely decision on patient's pain control, especially for the case of reduce pain relief drug dose

Create silent environment for patient	Help patient's comfort and reduce stressful factors cause more painful
Use non-medication pain relief methods (relax, breathing exercises, music therapy).	Non-medication pain relief methods can support and enhance the effects of pain relief drugs
Carry out optimal pain relief methods as using drug for patient	In some cases, other therapies are ineffective or less effective, drug is mandatory
Record patient's pain control methods	Identify effectiveness of medication
Record patient's reaction of pain control methods	Assist other medical staff and patient understand patient's pain control status

Evaluation

Evaluate pain level and other related factors

Evaluate patient's response level with pain relief methods

6.3.2. Chronic pain care

Pain identification:

- Ask patient about pain symptoms, pain level and characteristics; relevant factors
- Exam and assess pain (use pain assessment pain –VAS etc.)
- General examination, identify the cause of pain, assess influenced factors to pain control methods.
- Restlessness, discomfort, depression
- Change of body weight
- amyotrophic lateral sclerosis
- Less communication with others
- Sympathetic reaction
- Patient has physical reactions against pain such as sweating, shrinking ...
- Decreased taste buds
- Excessive expression of emotions: crying, screaming ...
- Face of pain
- Sleep disorder

Nursing diagnose:

Pain relating chronic diseases

Pain relating to damage to organs (respiratory, digestive, urinary....)

Nursing interventions:

Nursing interventions	Reason
Implement pain assessment. Identify position, feature, starting point, time, frequency, severe level	To identify objectively the patient's response to pain management measures
Check current pain relief medication	Understand more about patient's medication history
Record patient's expectation of pain relief methods	Understand patient's expectation for effective coordination
Encourage patient apply breathing therapy and confirm the effectiveness	Non-medication pain relief methods can support and enhance the effects of pain relief drugs
Understanding of patient on the need for analgesics: NSAIDS, addictive and non-addictive drugs	These are addictive drugs and can cause sleep disorders.
Assess the status of decreased taste, urination and sleep disorders of patient	Monitor side effects of pain relief drug
Use non-medication pain relief methods (relax, breathing exercises, music therapy).	Non-medication pain relief methods can support and enhance the effects of pain relief drugs
Evaluate effectiveness of pain relief drugs and make questions about increasement or decrease of dose, if necessary	Adjust medication timely, if necessary

Evaluation

Evaluate pain level and other related factors

Evaluate patient's response level with pain relief methods

LESSON TEST

1. Select the most correct answer

1.1. Contraindications of pain control method:

A. Unknown cause abdominal pain B. Acute sciatic pain

C. Pain due to acute lung oedema D. Knee join pain

1.2. Pain control principle:

A. Pain control needs to be done in every patient

B. Pain control needs to be done in the healthcare establishment

C. Combine different methods in pain control

D. Do not use morphine in pain control because it causes addictive

1.3. Pain control methods:

A. Lessen factors causing pain

B. Use drugs

C. Massage, point acupuncture, hypnotization, psychology...

D. All the above-mentioned methods

1.4. Drugs used in pain control:

A. NSAID B. Central pain relief drug

C. Anesthetic D. 3 above mentioned groups

1.5. Which self pain control method will be realized?

A. Intravenous injection B. Intramuscular injection

C. Epidural injection D. 3 methods

2. Practical scenario

Patient Hoang Trong L; 35 years old, IT engineer; he is single and the son of a family. He has healthy medical history, and does not smoke. He admitted in the hospital with diagnosis of femoral bone fracture due to traffic accident. Patient underwent operation for joining bone and he receives treatment at Trauma department and postoperative care in the first day. Patient condition: conscious; Mr. L said that he feels severe pain at surgical site. Pulse 85 rates/ minute, blood pressure 135/ 83 mmHg, body temperature 36.60C, breath rate 19 times/ minute.

Questions:

Assess symptoms relating to pain in patient L.

Use VAS to assess pain intensity of patient L *(apply role play method)*

Please point out pain control measures for patient L at this moment.

After 10 days, general conditions and surgical site of patient become stable. Doctor indicates suture cut and exercise according to instruction of rehabilitation staff. Mr. L said to nurse that he still feels pain at surgical site, difficult to sleep, does not want to move as instruction of doctor. Mr. L requests to use opiod pain relief drug.

As a nurse, would you please explain and give consultancy to patient L how to take care and relieve pain at this time? *(apply role play method)*

Answer:

Question 1.1: A; Question 1.2: C; Question 1.3: D;

Question 1.4: D; Question 1.5: D

Clinical scenario

Instructor select a patient in clinical department having pain symptom (due to different causes...), request learner to assess patient, assess pain by VAS, make plan and implement pain nursing care plan for patient. Then, instructor and other learners give feedback comments.

Competency based assessment checklist for Pain relief care

No	Contents	Achievement level		
		Can do independently (2)	**Can do with support (1)**	**Can not do or do wrongly (0)**
1	To recognize the factors influenced to the pain.			
2	Be able to use the pain assessment tool to assess patients.			
3	Be able to perform pain control measures during patient care provision and to instruct patient/ patient family to take part in pain control.			

REFERENCES

1. Prof. Pham Thi Minh Duc, Physiology (for medical education), Medical Publishing House 2011
2. Prof. Pham Thi Minh Duc, Physiology (for education of bachelor of nurse), Education Publishing House 2007
3. benhvien103.vn – Treatment principles and palliative care for cancer
4. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. Philadelphia: F.A. Davis.
5. TS. Jensen, G. Cruccu, P. Anand (2006), "Assessment of neuropathic pain", European handbook of neurological management, Blackwell publishing, pp:109-123.

LESSON 8

APPLICATION OF NURSING PROCESS IN PATIENT CARE

OBJECTIVES

1. Explain procedures of the nursing proces (Competency 1.2; 4.5)
2. Describe the concept, meaning and application of evidence-based practice to patient care; (Competency 21.9; 22.6)
3. Apply nursing process in making care plan and performing patient care at clinical departments – suitable with patient status and care timing (Competency 2; 3; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8; 4.9; 5; 6; 8; 10; 11; 14; 16.3; 18.3; 20; 24.1; 24.4; 25.1; 25.2)
4. Use evidences in patient care. (Competency 21.9; 22.6)

CONTENTS

PART ONE: THEORY

1. Nursing process

**** Concept***

- Nursing process includes many steps where the nurse has to pass in patient care activties.
- Nursing process is a seri of activities following the advance determined plan, directly towarding a separated care result.

**** The importance of nursing process***

- Being the guidance for all activities of the nurse
- Assist to patient care activities comprehensively
- Assist to care activities continuously and not missed
- Being document that provide information of patient, care activities to other colleagues

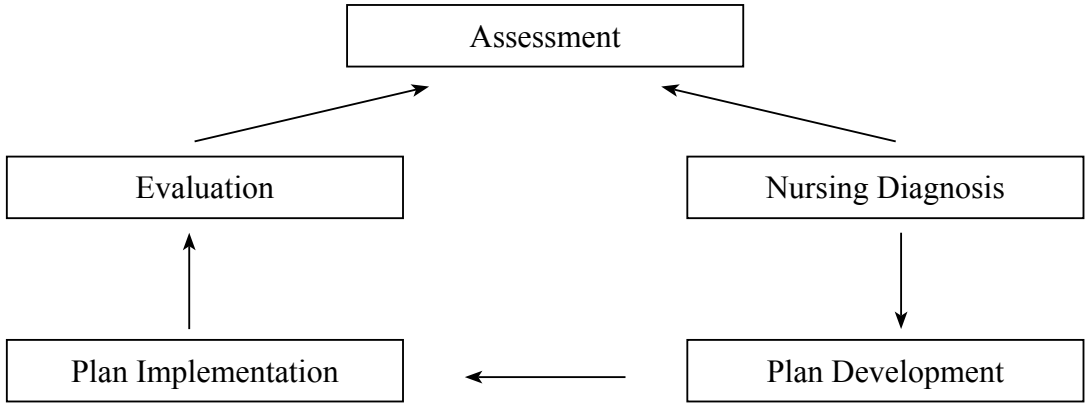
**** Nursing process is utilized for:***

- Identifying actual situation and health care issues for each person
- Developing plans properly with patient's difficulties and meeting with the patient's needs.

**** Nursing process consists of 5 steps:***

- Identification
- Nursing diagnosis
- Plan development

- Plan implementation
- Evaluation



2. Steps of nursing process

2.1. Assessment

2.1.1. Definition

- Assessment is a process of organized and systematic information collection which is used to assess individual's health condition
- Assessment is the collection, evaluation, examination and record exactly of the information according to the current situation of patient.
- Nursing assessment is basis for developing quality care plan for each person.

2.1.2. Items of assessment

Assessment contents have to include: physical, mental/emaotional assessment; economi and social status; adtitude, culture and environment identification. The obtained information from the assessment should be described shortly, accurately and should not explain.

- Physical assessment: the actual assessment of respiratory, circulatory, temperature, skin, nutrition, excretion, movement, hearing, vision, speech, hygiene, previous diseases, current illnesses, the risk factors, signs and symptoms of the disease ..
- Mental/emotional assessment: the response by verbal, non-verbal, personality, behavioral, thinking ability, attention, memory (long or short), fear, understanding of illness, language, actions of patient.
- Social, economic and cultural assessment:
  + Education qualification, social understanding, how is culture influence to the patient?
  + Structure, family background, working status, financial matter...
  + Assessment of the relationship between religious belief and the educational level of the patient

+ Assessment of living condition, working place effecting to disease causes? Possible to prevent disease?

2.1.3. Assess information for classification

The obtained information can be categorized into two types: objective information and subjective information

- Objective information: Objective information is the type of information that other people can see in a person. Objective information is collected through physical examination such as high / low temperature, fast / slow pulse, skin condition, urine output, movement limitation... These are signs of diseases or changes of patient conditions.
- Subjective information: is the information which the patient feels and tells. Other people may not aware, including: Patient's complaints about pain, patient's feelings about illness, worrries.. those are responses of the patient, These information also plays an important role in correct identification of a patient's problem. For example: a patient told the increase of pain after 3 days of operation, this will suggest that something may happen?
  + When describing subjective information it should be specific, clear and accurate; If the patient complains of pain: it is necessary to describe the intensity, duration, location, and other problems relating to the pain.
  + In necessary case, it can extract the words of the patient but without being interpreted in the subjective sense of the nurse.

2.1.4. Information source

- Patient: In almost cases, the patient will be the best information source. Patient can provide the most realiable information based on their own health conditions.

  Just using information from other sources subjectively when the patient is not able to recognize to answer the questions. For example, for the case that patient is confused, cannot manage, unable to explain necessary information.
- Patient's family and relatives: can provide information of current issues, used medications, allergy history, new disease or previous diseases of the patient.
- Other medical officials: Doctors, physiotherapists can provide objective suitable, necessary and useful information in some cases.
- Patient's records: Not only provide curent and passed information but also help verify the information provided by the patient and also show us the direction of treatment used effectively or not.

2.1.5. Information clollection method

• Initial interview (asking disease, checking medical history, illness history)

- Interview between nurses and patients is the very improtant factor in establishing relationship in care. During the interview the patient to collect information, the nurse must focus on information given by the patient and keep them confidentially. The ensure of confidential

information will encourage the patient to provide more information to medical officials. More information more valuable for nurses, because based on such information will assist for making accurate nursing diagnosis.

- Improtant meaning of initial interview:
  + Allows the patient and nurse to establish relationships.
  + Collects information about the patient.
  + Allows the nurse to observe the patient.
  + Allows the patient to ask questions.
  + Assist nurses identify problems of the patients
  + Provides information used for making care plan appropriately.
- The good relationship between nurses and patients has high value in care. Their interactions are based on the belief that nurse of which the nurse shows their professional abilities in care and expressing sympathy to the patient's situation. The nurse needs to make patient understand their responsibility in making patient's care plan.

• Physical examination

- Patient examination is usually conducted immediately after the interview. The obtained information during the interview can be verified through physical examination.
- Physical examination is conducted systematically, collected basic information such as vital signs, weight, height, next is top-to-toe examination, based on the structure, function of the body for examination.
- When conducting physical examination should use the skills:
  + Observation
  + Touching: Use hands to touch, manipulate and collect information such as pulse, temperature, and pinch skin to assess its elasticity.
  + Knocking: knock the body's organs to identify the abnormals
  + Listening: used for examination and identification of the sound of respiratory system, circulatory and digestion. The stethoscopes are instruments used very commonly.
- Notable points when performing patient physical examination:
  + Clearly explains to patient for understanding what nurse is doing during examination and can only examine when they allow.
  + Have enough light, the natural light is the best.
  + Ensure the privacy while examining, can only reveal the part of body where to be examined and lasting for a necessary time to complete the examination.
  + During examination process, it is necessary to compare collected information with the "normal values".

+ The collected information during examination should be recoded, because if waiting until completion of examination, some information may not maintain accurately.

+ Completing examination process should identify abnormal points which may indicate patient's previous, current and future health conditions.

+ When finishing the examination, nurse should help patient dress up, leave the patient at the comfortable position.

• Testing results

- Tests is prescribed by doctor, testing results will be used supplementary to nursing diagnosis by the nurse.

- Tests can verify collected information and support for developing proper patient's care plan.

2.2. Nursing diagnosis

- After assessment of patient, the nurse must provide nursing diagnosis or identify the caring issues to patients.

- Definition: Nursing diagnosis is to address the current or potential issues of patients which require the intervention of nurses to solve together with its reasons if it is known.

+ Current issue is the existing issues at the time of identification.

+ Potential issue is the possible issues/risks in the future.

- Nursing diagnosis formula:

Nursing diagnosis = Patient's issues + Reason (if any)

- Nursing diagnosis must be accurated based on the real fact relating to patient's issue, shortly and specifically based on the patient's information

- Nursing diagnosis is not medical diagnosis. For example:

Problems	Nursing diagnosis	Medical diagnosis
- Breast cancer	Not a nursing diagnosis	Be a medical diagnosis
- Poor looks due to myopia	*Be a nursing diagnosis::* - Problem: poor look - Reason: myopia	
- Difficult moving due to after surgery	*Be a nursing diagnosis:* - Problem: difficult moving - Reason: after surgery	
- There is a tendency for infections due to open drainage	*Be a nursing diagnosis:* - Problem: infection tendency - Reason: open wound	

- The difference between medical diagnosis and nursing diagnosis

Medical diagnosis *(Treatment diagnosis)*	**Nursing diagnosis** *(caring diagnosis)*
- Describe a particular disease process, it is the same for all sick people.	- Describe the patient's disease response, which is different for each patient.
- Towards identification of disease.	- Towards the individual needs of the patient.
- Maintain unchanged during illness.	- Change when the patient's reaction changes.
- Complementary to care.	- Complementary to treatment.

- It should base on the following criteria to evaluate whether caring diagnosis is correct or not?
  + Is nursing diagnosis clear?
  + Are used technical terms correct?
  + Is the 2nd part of nursing diagnosis correct? Does it reflect the specific factor involved in the diagnosis?
  + Does nursing diagnosis reflect the situation which nurses can provide main, necessary interventions?
  + Do nursing diagnosises reflect fully and accurately curent, potential issues consistent with clinical symptoms of patients?

2.3. Making care plan

- Making care plan is necessary to enable nurses implement patient care properly.
- In order to make patient care plan effectively:
  + Nursing diagnosis must be clear and detail
  + Priotizing the given issues
  + Objectives must be achieved within a specific time
  + Given objectives must be realistic and achievable
  + Collaborating with patients
  + Easy to evaluate plan regularly
- There are 3 steps to develop care plan: Set up priority issues, write down objectives, write down care plan.

2.3.1 Setting up priority issues

It is necessary to consider the following matters when setting up priorities:

- Identify which nursing diagnosis is patient potentially life-threatening, Those situations must be the most emphasized
- The basic needs of patient must be settled first.

- Consult with patient to find out which issues must be more prioritized to follow if it does not interfere the treatment plan.

2.3.2. Writing down objectives

- Given objectives are written in achievable, measurable technical terms. The objectives mention patient's issues not actions of nurses
  + Objectives must be written clearly and specifically
  + Each objective is for one care diagnosis
  + Each objective has a certain time to complete
- Objective development needs to have fully 4 main components
  + Subject: patient
  + Action: Showing the action to be taken to the patient
  + Implementation standard: how long, how far, how many? It indicates the degsinated time to complete. For example, until discharge, at the end of shift, at 2pm thí afternoon...
  + Condition: under the certain situations, behaviour can be carried. For example, with support of crutch (walking, with supports from family)

Subject + Action + Standard + Condition = Given objectives

For example:

Subject	Action	Standard	Condition
Patient	Will walk	Up and down by stairs, when discharge	With support of crutch
Patient	Will urinate	At least 100ml at 6pm this afternoon	After removing urinate sonde

2.3.3. Writing down care plan

- Care plan shows personaliation according to the needs of a specific patient. The patient should involve in drafting their care plan when necessary.
- Language used in the care plan should be clear for all users can understand.
- Care plan must be realistic, it should be available at the care time and used for handover.

2.4. Care plan implementation

- Plan implementation is the necessary actions to fulfill described nursing interventions. It has consecutively and interaction aspect with other components of nusing process
- In theory, the implementation of care plan complies with the components of the nursing process, but in the emergency case it is done right from the assessment.
- During the plan implementation, nurse will reidentify patient and can revise the care plan
- Care plan implementation becomes actions caused by nursing interventions.

2.4.1. Types of Nursing intervention:

There are 3 types: dependent, independent, interdependent

** Dependent intervention:*

+ Dependent interventions are developed based on the instructions or demands of other medical officials, normally of the doctor. For example, medication, sonde placement, thread remove...
+ Dependent intervention: the nurses follow the instruction, orders. However, the nurses have to take judgement abilities while performing their duties, must have abilities to identify suitable, proper doctor's order before performing. For example: checking medication dose following order, do not perform the order passively, just because doctor indicates the medical orders.
+ Nurses must understand the expectation results and side effects of all kinds of drugs used for patient and acquire care actions, follow-up to ensure patient safe.
+ If treatment order or mediation seems not suitable or proper, nurses must check the medical order with the owner before performing required nursing activities.
+ Simply performing medical order without checking ít validity is extremely negligent. The careless can lead to consequence of nurse caused serious damages to patients.

* *Independent intervention:* Independent intervetion covers specific aspects of nursing practice which are legally permitted and without any supervision and instruction of othe medical officials such as skin care to prevent dermatitis, bandgage replacement, health eduation, patient hygiene...

* *Interdependent intervention:*

+ Interdependent intervention are the nurisng interventions in order to reponse treatment plan of doctors in some special cases.
+ This intervention can be performed immediately without refer to the owner of the order when necessary. This intervention type is popular in emergency faciities. For example: medication performance with specific dosage for arrhythmia patients, high fever convulsions...

2.4.2. Steps of care plan imlementation:

During implementation the nurse must pass through the following steps: reidentify patient, reconsider and revise care plan, idenntify the points needed for support, communicate about care plan to other nurses, to patients and their famiies.

** Reidentify patients*

- During nursing care process, it covers patient idetification and reidentification. The physical, knowledge, emotional, social and mental needs of patients as well as their activities become emphasizes of nurses.
- The patient reidentification process is to check the correctness of initial identification to determine the changes of patient conditions. For example, there was a special problem or a situation of patient has been changed, do we need to change plan?
- A new nursing diagnosis may be necessary to ensure the care is performed properly and correctly. Any change, addition or cancellation regarding care must be recorded in patient profile.

** Care plan consideration and revision*

The care plan consideration and revision should be made at least once a day if possible, in special case, it can immediately revise right after having patient's condition changed to ensure the care plan timely performed.

** Communication of care plan*

Communication of care plan há made to patients/families and other nurses will improve the compliance with given care plan. During the care plan communication, it is neccessary to explain to patients/families that care plan will be a good chance to both nurses and patients understand each other well.

2.5. Evaluation

- Evaluation of nursing process is used to measure the response of patients to the cares of nurses which have been conducted.
- Evaluation is identification of improvement of patient conditions towarding the achievement of care plan objectives. The response of patient to the plan has been evaluated based on given objective: which improvements or failures orccured in comparison with objectives' expectation results.
- This evaluation is used to evaluate both shorterm and longterm objectives and also clearly identify new arisen health problems. The consideration and evaluation process determine the possible necessaries of the care plan.
- The evaluation covers 4 steps:
  + Setting up evaluation criteria
  + Comparing the patient's response to the evaluation criteria
  + Checking any difference in objective completion that affect to the expected results.
  + Revising care plan.

3. Evidence-based practice

3.1. Concept: Evidence-Based Practice (EBP) requires that decisions about health care are based on the best available, current, valid and relevant evidence. These decisions should be made by the patient, informed by the informed by medical staff who have clear expertise and thorough consideration, within the context of available resources.

Dawes M. Summerskill W. Glasziou P. Cartabellotta A. Martin J. Hopayian K. Porzsolt F. Burls A. Osborne J. Second International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers and Developers. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Medical Education. 5(1):1, 2005.

3.2. Meanings

Assiting nurses update constantly knowledge in care practice, carefully evaluate sourse and realibility of information. Evidence will spplement what nurses have not studied. Evidence can

make nurse to change the methods, even that used for a long time if there is evidence that contradicts what they study at school or what has been practiced for many years. With proven results, evidence can improve patient care results, can help nurses save time, work more effectively.

3.3. Steps of evidence-based practice application

Evidence-based practice consists of 5 steps:

- Making question (possible to answer) based on clinical issues
- Finding out evidence: Scientific evidence is often collected and summarized from scientific studies published in scientific journals with a system of critical approval.
- Evaluating evidence level: speech of expert or result of scientific research such as Randomized Controlled Trial (RCT) or equipvalent.
- Analyzing evidence: base on reliability and authenticity of the researches, results,...
- Utilizing evidence in care practice and taking level of evidence, professional qualification, priority and benifits of patient into consideration.
- Evaluating effectiveness after utilizing evidence in care practice.

PART 2: PRACTICE

1. Practical steps applying nursing process in patient care

No.	Practical steps	Reason
1	**Preparation** - Equipment for medical examination: blood pressure monitor, thermometer, stethoscope, ... - Patient care facilities - Depending on the care, appropriate equipment will be prepared - Sample of case study/clinical case (attached Annex)	Sample of casestudy will assist trainess in recording learnt contents (identification, care plan), demonstrating and discussing with stidying team, submiting to preceptor once required.
2	**Patient communication:** greeting, self-introduction	
3	**Identification:** - Asking patients/families - Physical identification: examining - Emotional, mental identification: asking and examining - Economical, culture, social identification: asking patients/families - Environmental identification: asking patients/families the relevant/influence factors to patients	- Collecting subjective information, exercising illness asking skills. - Collecting objective information. Exercising health examination skills.

4	**Determination of care issues/care diagnosis** - Determining patient care issues at the time after examination; - Arranging care issues under the prioritized orders	Determining prioritized care issues to perform proper care to patient's conditions, timely response to emergency conditions (if any)
5	**Development of care plan** Setting up goals, plan for each care issue	Clearly determining achieved objectives ad proper care plan
6	**Care plan implementation** - Listing up detail care activities for each care issue according to the care plan - Performing care activities to patient	Ensure continuity of care in order, not missed
7	**Evaluation** - Evaluating during and after performing care activities. - Evaluating the patient's cooperation, results/ good or bad developments after performing care plan for each care issue	Identify the cooperation of the patients/ families when taking care; Identify good or bad development or abnormal of the patient during and after performing care plan
8	**Record** case study/clinical case: following format (Annex 3)	- Practicing writing and thinking skills - Saving information and submitting to preceptor (when required)
9	**Present** case study/clinical case	- Discussing in the team, practicing presentation skill

2. Practical checklist applying Nursing process in patient care

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remarks**
1	Preparation			
2	Communicating with patient			
3	Identification: - Asking patient - Physical identification - Mental, emotional identification - Economic, cultural, social identification - Environmental factor identification			
4	Determining care issues/care diagnosis			
5	Care plan development			
6	Care plan implementation			
7	Evaluation			

8	Recording case study/clinical case			
9	Presenting case study/clinical case			

3. Example of practical case; applying nursing process in developing and implementing patient care plan (by using case study format)

3.1. Practical case

Nguyen Van Viet, 62, is the owner of Pho, located at No. 15, Lane 8, Tran Phu, Ba Dinh, Hanoi. Mr. Viet was falled down by a motorcycle and was admitted to the hospital on November 24, 2018. Doctors examined and diagnosed Femoral fracture (left side)., Mr. Viet was operated on bone connection on November 25, 2018.

On November 28, 2018 is the forth day after surgery; he was completely awake, he answered when nurse comes to see:

- "Sometimes I feel a little pain!
- "Last night, I went to the toilet myself!
- "Today is a beautiful sunny day, I want to down the cafeteria to drink coffee!
- "I want to go back to my restaurant because I have been away for a long time"
- "I have not had a shower because afraid of wound infection caused by water"
- "I eat normally, have a good appetite"

The patient's bed is next to the door, near the balcony. His wife was his caregiver all day from hospitalized, she looked tired;

Vital sign on November 28, 2018: Temperature 36.8^{0}C, pulse 80 time/min, blood pressure 123/65 mmHg, SpO_2 96%. The surgery wound is not red, not hot, not swollen, slightly painful

Treatment indication: drop infusion twice/day and take painkillers. From tomorrow (November 28, 1818) will perform rehabilitation. Gauze is humour absorbent. The patient is required to take rest in bed in the patient room, limit moving, when moving it needs the supports from nurse or family and must use crutch.

Question: Applying nursing process to identify, develop and implement care plan based on the above case (writing plan as case study format (see annex at the end of lesson))

3.2. Care plan

Content of patient care plan in 3.1 has been recorded as the following format:

CASESTUDY FORMAT

Name of trainee: **Hoàng Thuý Nga**

Class: *New nurses, 2nd course in 2018* Subject: *Nursing practice*

3.2.1. Administrative information *(of patient)*

- Name of patient: Nguyễn Văn Việt age : 62
- Gender: Male
- Nation: Kinh
- Address: No.15, lane 8, Trần Phú, Ba Đình, Hà Nội
- Occupation: Pho restaurant owner
- Caregiver/contact when needed: Wife: Phạm Thị Hoa, Telephone 0904125356
- Hospitalized date: 24 /11 / 2018
- Department: Orthopaedic Surgery

3.2.2. Medical information *(of patient)*

- Hospitalize reason: Traffic accident
- Medical diagnosis: *Femoral fracture (left side).*
- Treatment method: Surgical
- Drug prescribed: antibiotic drops infusion twice a day and take painkillers

3.2.3. Identification

- ***Illness History (summary):***

When he delivers Pho by bike in the rain, he slipped away. He was admitted to the hospital on 24th November. As a result of examination, diagnosis was Femoral fracture, and surgical operation was done on 25th November

- ***Disease history :*** *Diabetes, high blood pressure.*
- ***Subjective information (question):***

** The patient is awake and responds to nurse's questions:*

- "Sometimes I feel a little pain!

  "Last night, I went to the toilet myself!

  "Today is a beautiful sunny day, I want to down the cafeteria to drink coffee!
- "I want to go back to my restaurant because I have been away for a long time"

  "I have not had a shower because afraid of wound infection caused by water."
- "I eat normally, have a good appetite"

- ***Objective information (clinical examination, relevant testing results)***

** Real conditions of patient:*

- Patient was sufferd from Femoral fracture (left side) and was operated on bone connection on November 25, 2018
- Today is the 4th day after surgery
- Vital sign on 28.11.2018: Temperature 36.8^0C, pulse 80 time/min, blood pressure 123/65 mmHg, SpO_2 96%.
- The surgery wound is not red, not hot, not swollen, slightly painful
- Gauze is humour absorbent

** Treatment order:*

+ Infusion of antibiotics twice a day and take painkiller.
+ Rehabilitation will be started tomorrow (November 28, 1818)
+ The patient is required to take rest in bed in the patient room, limit moving, when moving it needs the supports from nurse or family and must use crutch

Identification summary:

** Physical identification:*

- Subjective information:
  + 62 years old, fall down from motorbike; diabetes, high blood pressure history
  + slightly pain sometimes
- Objective information:
  + Femoral fracture (left side) and was operated for 4 days
  + Vital sign on 28.11.2018: Temperature 36.8^0C, pulse 80 time/min, blood pressure 123/65 mmHg, SpO_2 96%.
  + The surgery wound is not red, not hot, not swollen, slightly painful
  + Gauze is humour absorbent
  + Treatment order: Infusion of antibiotics twice a day and take painkiller, taking rest on bed in patient room, limit moving, when moving needs the supports and must use crutch, rehabilitation starts tomorrow.

** Mental, emotional identification:*

- Patient himself went to toilet, wants to go out
- does not want to take shower

** Economical, cultural, social identifications*

- Family status: His wife takes care all day (24 hours), she looks rather tired

** Environmental factors identification*

- Location of patient bed is next the door, near the balcony

Through collected information, the patient's problems are: it may not be understood well about his current conditions, so the patient went to toilet himself and wanted to go out; it may not be clear if not good hygiene caused incision infection;

.....

3.2.4. Care plan

Care Issues	**Care plan development** (plan, expected results)	**Caring implementation**	**Evaluation of care / results**
The risk of falls relating to lack of knowledge about the necessity of rest after surgery.	- Examine the incision and joint motion	8:30 : - Checked the incision, it is not red, not hot, not swollen, slightly painful, normal joint movement.	- Normal signs - monitoring continuously
	- Checking patient's movement with crutch support	10:00 - Checked the patient's movements. The patient's crutches are rather tall so the posture is slightly hang up. It was recommended to change the crutch size to fit the patient	- Crutches adjustment is very important to move easily and safely. After adjustment, the patient is more comfortable Need to monitor continuously
	- Checking height of bed	- Checked and adjusted the height of bed to fit the patient	- Risk of falling: Medium
	- Checking the risk of fall with using scoring checklist	- Fall risk score: 11 (age: 1, fall down history: 0, stool/urine: 0, medication: 1, caring equipment: 1, movement: 4, consciousness 4)	
	- Perform the medical order of using painkiller to the patient	- Patient was given painkiller medication as prescribed	- The patient took medication as directed by the nurse.

	- Consultancy plan Talk to the patient and his wife about the support request as needed. - Explain the need for support and use crutches while moving, patient needs to limit movement	14:00 - Explained the need for taking rest and limit moving after surgery and the risk of fall to the patient and his wife. Explained that when he wanted to go toilet, do not hesitate to call for help from nurse - Explained to his wife for necessity of taking rest	- Patient/wife accepted the consultations - The patient seems a little reluctant to ask for support from others.
The risk of wound infection relating to lack of knowledge about hygiene	- Check the vital signs, incision pain - Checking the wound - Ask the patient about self-care hygiene	8:30 : - Body temperature: 36.5^{0}C, pulse: 76 / min, blood pressure: 110/60 mmHg, spO_2: 97% - Checked incision: not red, not hot, not swollen, slightly painful, gauze is humour absorbent. - Asked the patient about hygiene: the patient afraid of shower will make wet the bandage causing infection of the incision!	- Normal signs, monitoring continuously - Poor hygiene, - There is a risk of incision infection
	- Change bandage of incision. - Properly administer antibiotic drops infusion twice a day	9:00 - Perform bandage replacement, disinfect the incision, dress the incision with sterilized gauze - perform the antibiotic infusion as directed after changing the gauze.	- No redness, no swelling, no fluid - Patients co-op when taking medications; stable condition.
	- Discuss and explain to the patient and his wife about the needs to ensure sterilization of the incision area and body hygiene, to prevent incision infection.	- Explained to the patient and his wife about the need to keep the incision area clean; - He needs his wife's support when showering	- Patient and his wife receive consultation

	- Explain to the patient the need for bathing support.		
…	….	…..	….
…	….	….	….

November 28, 2018

Comments of trainee:

I felt difficult to explain about fall risk, I was not confident in consultation with patient about hygiene. Since tomorrow, the rehabilitation will start, I want to observe and will share more to patient's family.

Comments/feedbacks of preceptor

Trainee could make rather detail the patient's care plan, she could practice and get experiences of patient care. Explanation and consultation skills are difficult issues, we have to get correct information about patient's conditions and more improve communication skill. Tomorrow, we will observe whether the patient can understand through his behaviors.

LESSON TEST

1. Select the most correct answers:

Question 1: The source of information for patient identification of nurse including:

A. patient, families, relatives

B. Patients, families, medical staff

C. Patients, relatives, medical staff, medical records

D. Patients, family members and relatives, medical staff, medical records

Question 2: Nurses collect information from patients through:

A. Asking patient, examination and test results

B. Asking patient and examination

C. Asking patient, relatives, medical staff,

D. Asking and referring medical records

Question 3: The role of nursing process in patient care

A. Helps the patient care activities comprehensively

B. Helps the patient care activities comprehensively, continuously and not missed

C. Helps to ensure patient safety

D. Helps the patient care activities continuously and not missed

Question 4: Evaluation when performing nursing process

A. Evaluate the patient's response to the nursing care which they received.
B. Evaluate the patient's condition development in care.
C. Evaluate the patient's response to the nursing care which they received; Include the cooperation and development of the patient during and after care.
D. Evaluate the patient's response to the nursing care which they received; Include the cooperation and development of the patient after care.

Answers: Question 1: D; Question 2: A; Question 3: B; Question 4: C;

2. Clinical Case homework

Case 1:

Vu Thanh Ha, 9 years old, hospitalized in pediatric Department for 2 days. Disease diagnosis: virus fever; current condition of patient (December 5, 2018 – at 8:00 am): she awakes, weight 22 kg, body temperature 39^0C, pulse 130 times/minute, breath rate 28 times/minute; no cough, no shortness of breath; little urine, normal defecation; Mother often takes care of her baby at the hospital, she tells that the patient often eats little, does not want to drink Oresol and loves to suck candy very much.

Doctor's prescription:

- Fever reduction: Efferalgan 250mg x 3 pack - for morning, noon, evening; 1 pack each

- Oresol baby x 4 pack, mixed with water (1 packet mixed with 200 ml water), for drinking

Question: Utilizing nursing process to identify, develop and implement care plan for above patient.

Case 2:

Pham Thi N, 32 years old, teacher; her hospitalization (December 14, 2018) was diagnosed with bowel obstruction; The patient was opearated, she is taken care by the Department of External Surgery after surgery on 2nd day.

The patient had a history of caesarean birth two times, her second child is 24 months old.

Patient condition: Weight 58 kg, height 1m56

- The patient is awake; skin, mucosa are normal; survival sign: pulse 80 times / min; Blood pressure 120/80 mmHg; temperature 37.2^0C; breath rate 18 times / min,
- Abdomen slightly distention, not yet fart, the incision is about 12 cm, three pores slightly swollen, red; no humour on gauze.
- The patient feels pain of the incision, pain of all body, not dare to move for fear of surgery incision broken.
- The patient is well-cared by the family, urinating in bed.
- Medical treatment: fluid infusion, injectable antibiotics (twice a day), daily bandage replacement.

Question: Utilizing nursing process to identify, develop and implement care plan for above patient.

3. Clinical Case handling homework

Perform when trainees study at the clinical departments.

Preceptor selects patient in the Department (at least 01 patient/week, with available kind of diseases in the clinical department - depending on the duration of training provided to trainees, it can select the simple/complicated level ascendingly. The preceptor will request the trainees/ group to perform the steps of the nursing process for the patient. When the trainee/group take the steps: asking patient , examining and performing the care plan - other trainees will observe, the preceptor will supervise and support (if necessary). After that, trainee/group are requested to present prepared care plan (in the form of a case study). - The group will give comments and discussions with the support of the preceptor.

(For the objectives 1, 2, 3)

Competency based assessment checklist for Application of nursing process in patient care

No.	Content	Achievement level		
		Can do independently, without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong (0)**
1	Explain procedures of the nursing proces			
2	Describe the concept, meaning of evidence-based practice; The steps of applying evidence-based practice to patient care			
3	Apply nursing process in making care plan and performing patient care at clinical departments – suitable with patient status and care timing			
4	Use evidences in patient care			

REFERENCES

1. Bộ Y tế - Đỗ Đình Xuân & Trần Thị Thuận, (2010), *Kỹ năng thực hành điều dưỡng,* tập I, II, Nhà Xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế - Đỗ Đình Xuân, (2007), Điều dưỡng cơ bản - dành cho Cao đẳng điều dưỡng, tập I, Nhà xuất bản Y học
3. Bộ Y tế - Trần Thị Thuận, (2008), Điều dưỡng cơ bản- dành cho Cử nhân điều dưỡng, tập I, Nhà xuất bản Y học
4. Phạm Đức Mục – Hội Điều dưỡng Việt Nam, (2012), Nghiên cứu Điều Dưỡng, Nhà xuất bản Y học
5. Perry, A.G., & Potter, P.A., (2006), *Clinical nursing skills & techniques*, Ed 6th, Elsevier Mosby, Philadelphia.

ANNEX

CARE PLAN
CLINICAL CASE/CASESTUDY

(for trainee)

Full name: .....

Class: ..... Subject .....

1. Administrative information

- Name of patient: ..... Age: .....
- Gender: Male/female
- Nation .....
- Address: .....
- Career: .....
- Care people /for necessary case .....
- Hospitalized date: .....
- Department: .....

2. Health information

- Reason of hospitalization: .....
- Medical diagnosis: .....
- Treatment method: .....
- Prescribed medication: .....

.....

3. Identification

o Illness history (summary):

.....

.....

.....

.....

o Health history .....

o Subjective information (ask patient)

.....

.....

.....

.....

o Objective information: (Clinical examination, relevant test result)

.....

.....

.....

.....

Care plan

Care problem/ care diagnosis	**Making care plan** (plan, expected result)	**Care implementation**	**Care evaluation/ Result**

Date ..... Month ..... Year .....

Self-assessment of trainee

.....

.....

.....

.....

Comments/feedbacks and certification of preceptor

.....

.....

.....

Date ..... Month ..... Year .....

LESSON 9

RECEIVING, TRANSFERRING AND DISCHARGING PATIENTS

OBJECTIVES

1. Correctly follow the procedure of receiving patient at out-patient department/ clinical department, procedure of referral patient to other department or other hospital and procedure of discharge from the hospital (Competency 1; 2; 3; 4; 6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16.3; 17.5; 18.3; 20.1; 20.2; 24.2, 24.4)
2. Demonstrate appropriate communication skills, attentive behavior, complying with regulations when receiving, transferring and discharging patients (Competency 5; 10; 11; 12; 24.3; 24.1; 25.2)

CONTENT

1. Introduction

The more the society is developing, the more people pay attention to their health and their family's one. Therefore, medical services are also developing accordingly not only in the big cities but also in countryside and remote areas. There are more chance to people to access to medical services. When patient comes to hospital as inpatient or referral patient, depending on their health situation, each patient as well as his/her family has different thoughts and aspirations. Normally, patient is worry about his/her health condition when coming to the hospital (worry about whether he/she can recover? Is it serious? Does it recur?). On the other hand, most of patients are not familiar with hospital environment and face up with difficulties when processing hospitalization procedure. When patient can discharge from the hospital, the patient and his/her family also do not know well and fully about discharge procedure, patient's care at home and disease prevention in the community. Therefore, it is necessary that nurses must understand the situation of the patient, show their kindness, thoughtfulness and sympathy with worries of the patients, support and help them feel more comfortable and trustable in treatment and medical care that creates good impression at the first sight. Besides that, nurses also need to cooperate with colleagues to provide care services to the patient continuously, safely and effectively since receiving the patients until they discharge from the hospital or transfer to other hospitals. When patients discharge from the hospital, nurses also need to provide fully health education that patient can take care of their health and monitor their health condition at home by themselves.

Group of skills when receiving, transferring and discharging patients includes:

- Receiving patient to the hospital
- Processing necessary procedure when transferring patient to other department or other hospital.
- Preparing for patient's discharge from the hospital.

2. Receiving patient to the hospital

Nurse needs to understand clearly and fully about regulations, rules and policies of the hospital and departments, then he/she can explain correctly to the patients and their family when hospitalizing.

2.1. Administrative procedure of hospitalization

* Emergency case:
  - Move the patient immediately to Emergency department; Record name, family name, age, address, organization and family's information of the patient with date, time and reason for hospitalization; Record name and address of person who takes patient to the hospitals, transportation mean and condition of the patient.
  - List up property of the patient in order to hand-over to his/her family or clinical department which receiving the patient.
* Non-emergency case: when coming to the hospital, the patient needs to take following necessary documents:
  - Referral letter from lower-level health facility;
  - Certificate of exemption from hospital fees and medical insurance card;
  - Making patient's profile (need to fulfill all necessary information into first part of patient's profile): full name, age, address, reason for hospitalization, etc.…
  - Receipt of retained property of the patient.

Nurses need to have observation and assessment skill when receiving the patient in order to evaluate health conditions and needs of the patient.

2.2. Preparing equipment, tools and infrastructure to receive patients

2.2.1. Preparing waiting room

- Clean, cool and quiet;
- Enough seats for all patients during waiting time;
- Preparing leaflet, brochure, pictures on health education as reference that patients can see and read during waiting time;
- Preparing drinking water;
- Having notification on regulation and rules of the hospital/department;
- Ticketing for health examination by ordinal number;

2.2.2. Preparing examination department

- Arranging neat and clean space for health examination; ensuring coolness in the summer and warm in the winter;
- Preparing protection screen, bed, table and chairs for medical examination;

- Preparing enough necessary tools for the doctors to take medical examination:
  + General tools: stethoscope, lamp, reflector hammer, thermometer, sphygmomanometer, stopwatch...
  + Specialized medical equipment
- Preparing all necessary administrative documents (medical documents, hospitalization record, test results, vital sign monitoring sheets, etc.…)

2.2.3. Preparing reception room

- Related documents for hospitalization of the patients

2.2.4. Patient's room

- Patient's bed which is proper with condition of the patient;
- Alarming system to call medical staff;
- Uniform of patient and family during hospitalization period;
- Towels, soaps, toothpaste and toothbrushes, pots...
- Cup with lid;
- Bedpan...

2.3. Procedure

No.	Implementation	Reasons
Receiving patient in out-patient department		
1.	Nurse communicates with the patient: - Greeting, introduce yourself to the patient, call the patient's name appropriately in line with custom; For older patient, it is not allowed to call their names only, but to call their name and ranks depending on their age (Mr., Uncle…) - Showing friendly attitude; - Guiding and explaining necessary procedure before having medical examination; - Arranging seats to patients in waiting room; inviting patient to have medical examination by ordinal order. *<u>Remark:</u> Give priorities to emergency cases, patients in serious condition, elder patients and childs.*	- Making a good impression to patient and his/her family when they come to the hospital for the first time. - Helping patient to overcome initial difficulties when they come to the hospital for the first time.

2.	Assessment: - Finding medical history of the patient through interview with him/her or their family about time of getting disease, current situation and medical history. - Observing and taking nursing assessment: checking vital signs, weight, height…	- Overall assessment of the patient's condition in order to have timely countermeasure; - Supporting diagnosis of the doctors.
3.	Examination by doctor and diagnosis: - Helping doctors to examine - Performing professional techniques as directed	Supporting doctors and performing direction
4.	In case the patient is not hospitalized: - Nurse reminds patients to strictly implement medical treatment direction of the doctor; - Instructing patients on how to take care of their health and how to prevent disease at home	
5.	In case the patient is hospitalized: - Taking necessary procedure of hospitalization; - Guiding patient to have personal sanitation; helping them to wear hospital's uniform if they cannot do by themselves; - Taking patient to clinical department for treatment: using a stretcher or wheelchair to transfer the patient if the patient is at risk of falling or unable to walk by himself.	Supporting patient and family when hospitalization
Receiving patient at clinical department		
6.	Receiving hand-over: - Patient and his condition when coming to the clinical department; - Medical documents	As per regulations.
7.	Guiding patient to his/her room: - Arranging bed to patient and help them have peaceful and safe environment; - Closing door or protection screen if the patient uses separated room; - Providing personal tools (in need); lifting up the bed to ensure safety for patients (if any) - Arranging personal tools and equipment appropriately;	Helping patient feels safe and comfortable

8.	Taking health examination and assessing health condition of the patient (especially patient is child): pulse, temperature, blood pressure, breathing rate, weight; mental condition which is drowsy or loose; skin condition ..., prosthetics (dentures, artificial eyes, artificial anus ...) - Listening comments or worries of the patients. - Encouraging patient and his/her family to raise questions	- Making appropriate care plan - Creating an opportunity to clarify the wrong wishes and understandings about the illness of patients and families
9.	Informing patient and his family on detail of treatment and patient's care	Reducing the anxiety of patients and families to help them understand and coordinate with nurses to improve care effectiveness.
10.	Assessing knowledge on patient's care, hospital regulation on patient and the family	Identifying necessary information to provide to patient and family
11.	Providing explanation to patient and his family: - How to use the facilities of the faculty: electrical switches, fans, television (if any), bathrooms, toilets ... - Instructing patients and their relatives to strictly follow the internal regulations of clinical department: the time of medical examination, the time of visiting ... - Instructing patients and their relatives: to the patient's room clean, not to smoke, not to make noise in the patient's room, to dispose of garbage in accordance with regulations. - Instructing on how to call nurses when needed.	Helping patients know how to use the common facilities, no sense of alien in comparison with home, creating peace of mind in treatment. - As per regulation Ensuring safety of the patient
12.	Advising patient and his family on how to take care of his heath by themselves	Helping patient and family to follow direction of the treatment and care
13.	Reporting to head nurse and doctor: after finishing necessary procedure of hospitalization in clinical department and unusual signs of patients (if any). - Supporting doctor in health examination and taking necessary tests; - Perform medical treatment orders.	Coordinating in care and treatment to the patient
14.	Recording medical profile: - Date and time of patient receiving; - Condition of the patient; - Monitoring factors; - Implemented treatment orders;	Ensuring legality

Technical checklist on receiving patient to the hospital

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
Receiving patient at examination department				
1	Nurse communicates with patient			
2	Patient assessment			
3	Health examination by doctor and having treatment orders			
4	In case patient is not hospitalized			
5	In case patient is hospitalized			
Receiving patient at clinical department				
6	Receiving hand-over			
7	Guiding patient to his room			
8	Assessing, observing condition of the patient			
9	Informing detail of treatment orders and care to the patient and his family.			
10	Assessing knowledge of care of the patient			
11	Explaining and guiding to the patient and his family			
12	Providing health education on nursing care to the patient and his family			
13	Reporting to head nurse and doctors;			
14	Supporting doctor in health examination, testing and performing treatment orders.			
15	Recording medical profile			

3. Transferring patient to other department/hospital

During hospital stay period for treatment, depending on condition of patient and improvement of disease, the doctor may decide to transfer the patient to another department or to another hospital that makes the patient and his family feel worry. Therefore, it is necessary that nurse has to support them and explain to them that it will bring better nursing care and medical treatment to the patient after transferring.

3.1. Necessary procedure of transferring to other department/hospital

3.1.1. Transferring to another department:

- Contacting to receiving department to arrange proper time for transferring patient;
- Informing department of general planning to implement necessary procedure to transfer patient and preparing transportation mean for transferring if needed;
- Providing explanation on reason and schedule of transferring to patient and his family;
- Handing over all medical documents of the patient to the receiving department; Informing characters of thoughts and activities of the patient to the receiving department for continuous management; Guiding patient to his new room, and then back to work;

3.1.2. Transferring to another hospital:

- Contacting to the receiving hospital to arrange proper time for transferring; In case of emergency, it is necessary to make a call in advance;
- Informing department of general planning to implement necessary procedure to transfer patient and preparing transportation mean for transferring;
- Preparing medical profile including: summary of medical records and treatment documents (results of ultrasounds, functional exploration and tests, etc.…)
- Informing patient and his family about the date and time of hospital transfer, clearly explaining the reasons for hospital transfer that helps the patient to feel secure;
- When transferring patient to another hospital; nurses have to accompany him and prepare necessary site aids equipment (emergency box…)
- When arriving, nurse has to hand over all medical documents of the patient to the receiving hospital; Informing characters of thoughts and activities of the patient to the receiving hospital for continuous management and treatment; Guiding patient to his new room, signing for confirmation, and then back to work;

3.2. Procedure of transferring patient to another department/hospital

- Medical profile: referral letter, summary of medical record…
- Register book to hand-over patient and drugs
- Transportation means: Stretchers, wheelchairs, cars
- Emergency supplies: oxygen bottles, emergency medicine

3.3. Procedure

No.	Procedure	Reasons
1	Informing, explaining reasons for department/ hospital transfer to patient and his family Guiding transfer procedure to patient and his family	Helping patient understand the situation and reduce their worries
2	- Completing procedure of hospital/department transfer according to current regulations of the hospital	- Helping receiving department/hospital have appropriate nursing care and treatment direction to the patient; - Facilitating department/hospital transfer activity; Transferring all necessary information to the receiving unit.
3	Updating information to receiving department/ hospital	Ensuring effective treatment and care for patients in new departments / hospitals, reducing the risk of errors in treatment and care
4	Managing personal care tools of the patient: clothes, blankets, valuable items.	Avoiding losing assets of the patient
5	Assessing the patient's condition: spirit, vital signs, respiratory obstruction ... and record in the medical profile	Ensuring safety when transferring patient
6	Checking medical tools, equipment and drugs before transferring the patient	Đảm bảo an toàn khi vận chuyển người bệnh
7	Foreseeing possibility/ risks may occur to the patient during transferring.	Knowing how to take precautions to minimize the risk of complications during transport
8	Helping patient to take stretchers or wheelchair to move to the car.	Creating friendship and warms with the patient, then help them feel secure.
9	Transferring patient to the new medical facility	Monitoring patient's condition and timely taking action to unusual signs.
10	Handing-over patient to the receiving medical unit: - Condition of the patient, administrative procedure and technical procedure, assets of patient. - Signing to confirm hand-over to receiving department/hospital.	Ensuring legality

11	Reporting to head nurse/ head of department: - Patient has been transferred to the new department safely; - Date and time of transfer; - Condition of the patient when transferring	Ensuring legality

Technical checklist on transferring patient to another department/hospital

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
1	Inform and guide procedure of hospital/department transfer to the patient;			
2	Complete necessary administrative procedure for department/hospital transfer			
3	Transfer updated information on treatment to the receiving department/hospital			
4	Manage personal tools for patient's care			
5	Evaluate condition of the patient			
6	Check medical tools, equipment and drugs before transferring			
7	Foreseeing possibility/ risks may occur to the patient during transferring.			
8	Helping patient to take stretchers or wheelchair to move to the car.			
9	Transferring patient to the new medical facility			
10	Handing-over patient to receiving unit			
11	Reporting to head nurse/ head of department			

4. Hospital discharge

Hospital discharge plan requires the participation of all health care workers and requires discussion with patients and their families. Nurse needs to determine the needs of patients when discharged from the hospital and check available care facilities in community in accordance with the situation of the patient. Nurse needs to contact the services and monitor the progress of the patient after discharge.

4.1. Procedure of hospital discharge:

- Preparing medical documents of the patient with clear note on date and time of hospital discharge, result of treatment and care.

- Transferring documents of the patient to General Planning Department to finish hospital discharge procedure;
- Informing condition of patient, date and time of hospital discharge, administration procedure to the patient, his family or his organization for greeting him and finishing payment for medical fees;
- Transferring information on treatment, care and prevention to the patient in order to maintain treatment effectiveness. If patient needs to come back to hospital periodically for re-check, it is necessary to inform them the schedule of re-check clearly and solve the patients' questions if any;
- Providing detail explanation on treatment result, treatment method, up-coming treatment at home, feeding and exercise to improve health condition;
- Processing payment procedure for medical fee and informing detail of payment to the patient.

4.2. Necessary documents and tools for hospital discharge

- Medical profile
- Means of transportation and proper supportive tools
  + Means of transportation: wheelchair / stretcher, car
  + Emergency facilities: oxygen bottle, ball squeeze, medicine (in case of serious illness, needs of coming back home from family)

4.3. Procedure

No.	Procedure	Reasons
Preparation for discharge		
1	Advising, providing health education to patient and family on signs/symptoms, complications, information on drug use, medical equipment, feeding and exercise mechanism, nursing care at home or delivering brochure of health education to patient and his family	- Identifying feedbacks from patient and his family timely - Helping patient and his family understand about the disease; - Help patient make self-care at home
2	Informing and explaining reasons for hospital discharge, date and time of discharge to patient and his family	Helping patient prepare for hospital discharge
3	Informing detail of expenses to patients, time and venue for payment	
4	Contacting to heath care service in community	Help them feel secure after discharge
On the date of discharge		
5	Encouraging patient and his family to make questions and discuss on related care issues at home	Helping patient and family understand the way of health care at home.

6	Checking whether patient receives letter of discharge, home treatment orders, re-check schedule from the doctors. Reminding them on re-check schedule and periodic health check schedule.	Supporting patient timely Patient has re-check on schedule
7	Supporting patient to check personal assets, return borrowing tools to the hospital; Guiding patient/ his family to make payment for medical fee	Completing discharge procedure Avoid to forget. Pushing up discharge procedure
8	Assessing patient's condition when discharge	Health monitoring
9	Support to arrange appropriate transportation means in line with patient's condition Say goodbye and wish good health	Ensuring safety of the patient Patient satisfies when discharge
10	Transferring medical profile of the patient to General Planning Department of the hospital Reporting to head nurse on completion of hospital discharge procedure	Maintaining medical record; Ensuring legality
11	Hygiene and disinfection of patient rooms, individual beds after patients leave the hospital.	Creating clean and safe environment in patient's room; preparing to receive new patient.

Technical checklist on hospital discharge

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
Preparation for discharge				
1	Advising, providing health education			
2	Informing and explaining reasons for hospital discharge, date and time of discharge to patient and his family			
3	Informing detail of expenses to patients, time and venue for payment			
4	Contacting to heath care service in community			
On the day of discharge				
5	Encouraging patient and his family to make questions and discuss on related care issues at home			

6	Checking whether patient receives letter of discharge, home treatment orders, re-check schedule from the doctors.			
7	Supporting patient to check personal assets, return borrowing tools to the hospital; Guiding patient/ his family to make payment for medical fee			
8	Assessing patient's condition when discharge			
9	Support to arrange appropriate transportation means in line with patient's condition Say goodbye and wish good health			
10	Transferring medical profile of the patient to General Planning Department of the hospital Reporting to head nurse on completion of hospital discharge procedure			
11	Hygiene and disinfection of patient rooms, individual beds after patients discharge from the hospital.			

LESSON TEST

1. Select right answer:

Question 1: When receiving patient at the department, nurse has following duties:

A. Preparing room, equipment and tools; supporting doctor during health examination
B. Inviting all patient to enter for examination
C. Prescribe medication after the doctor finishes examination
D. Providing health education to patient

Question 2: After receiving patient in the department, the first work of nurse is:

A. Communicating with patient
B. Checking vital signs
C. Inviting doctor to come for examination
D. Taking blood test

Question 3: When patient is transferred to another department, what should nurse do to support mentally to the patient?

A. Contacting to head nurse, up-coming patient
B. Explaining and informing to help them feel secure
C. Preparing medical documents
D. Preparing transportation means for transferring

Question 4: In case of emergency, when does nurse must complete documents?

A. After coming to emergency
B. Before coming to emergency
C. Before moving patient to clinical department
D. After moving patient to clinical department

Question 5: When arriving to receiving hospital, nurse needs to transfer information to receiving hospital except:

A. Condition of the patient before transferring
B. Condition of the patient during transferring
C. Time of transferring
D. Any treatment action during transferring if any

Question 6: When patient discharges from the hospital, nurse need to do some works except:

A. Checking discharge letter, prescription
B. Instructing patient on issues that need care, monitoring and treatment after discharge from hospital
C. Informing patient/family detail of expenses, date and time of discharge
D. Introducing hospital's regulation

Question 7: Plan of health education for discharged patient, except:

A. Kind of drug, how to use it, need to purchase more if disease returns.
B. Mechanism of feeding, drinking and exercise
C. Sanitation
D. Prevention

2. Case study

Case study 1

Male patient, 50 years old, having peptic ulcer during 5 years. When he came to the hospital, he had blood vomit, black stool, pulse 100 times/minute, blood pressure 85/60 mmHg, breathing rate 24 times/minute, testing red blood cell 3.0T/L; The doctor diagnosed the patient with gastrointestinal bleeding.

1. Can you raise your assessment on the patient's condition?
2. If you are nurse in charge of receiving patients, can you perform how you receive patient in the hospital? (by role play)
3. The patient is transferred from Department of Examination to Internal Department on the 4th floor. Which factors should you pay attention in order to ensure safety of the patient when transferring him to 4th floor? Explain clearly your points.

Case study 2

The patient named H is suffered from a whole-body convulsive fit and signs of respiratory failure, then the doctor decided to transfer him to Resuscitation department. You are nurse who is appointed to transfer him, please clarify:

1. Which action should you take before transferring in order to ensure continuous care to the patient?
2. The distance from Emergency department to Resuscitation department is 200m, which is appropriate transportation mean as you think?

Case study 3

Female patient, 55 years old, weight 65kg, height 1,52m; she often has headache at home. When hospitalization, doctor diagnosed the patient with hypertension disease (blood pressure at the time of hospitalization is 185/95 mmHg. After 15 days with treatment at the hospital, the current condition of the patient is as following: conscious, body temperature 36.3^0C, pulse 70 times/minute, arterial blood pressure 135/85 mmHg, breathing rate 17 times/minute, no headache, having a good appetite. The doctor appoints the patient to discharge from the hospital. In case you are the nurse who directly take care of patients:

1. Give advice to the patient how to use drug and diet at home?
2. Instruct patients about symptoms of disease that need to pay attention at home and when he needs to go to the hospital?

Answers:

1. Select right answer:

Question 1: A	Question 2: A
Question 3: B	Question 4: A
Question 5: C	Question 6: D
Question 7: A	

Competency based assessment checklist for Receiving, transferring and discharging patients

No.	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or do wrongly (0)**
1	Strictly follow the process when receiving patients at the examination department/at the clinical department			
2	Strictly follow the process of patient's transfer to another department, another hospital			
3	Strictly follow the process of hospital discharge			
4	Demonstrate appropriate communication skills, attentive behavior, complying with regulations when receiving, transferring and discharging patients.			

REFERENCES

1. Bộ Y tế (2010). *Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam
2. Bộ Y tế (2012). *Bài giảng kỹ năng điều dưỡng,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

LESSON 10

VITAL SIGN MONITORING

OBJECTIVE

1. Perform the techniques for monitoring pulses, respiratory rate, blood pressure, body temperature properly and suitable with patient's condition (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.3; 4.5; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 16.3; 18.3; 24.4; 25.2)
2. Be able to assess abnormal vital signs and make suitable decision for dealing with (competency 4.1; 3.2; 9.1; 9.2; 9.4)
3. Give consultancy to patients and patient families how to monitor and take care in case of abnormal vital signs (competency 4.6).

CONTENTS

1. Introduction

Vital signs is a term that mentions vital functional indicators in human body including: body temperature, pulse, blood pressure, respiratory rate and oxygen saturation concentration in the blood, aiming at assessing functions of circulation system, respiratory of the body. Vital signs need to be assessed when patient visits to receive examination, treatment in the healthcare settings and during home care.

Nurses should make the nursing intervention suitable with patient's conditions and monitor patient's response to therapeutic and nursing care methods based on results of vital sign assessment. When providing home care service, nurse should give instruction to patient and patient family to monitor basic vital signs by themselves to help them monitor their health status at home.

Vital signs are affected by a number of factors such as age, gender, weather, environment etc. Therefore, nurses have to record all the relevant factors when assessing vital signs.

2. Monitor body temperature

2.1. Concept of body temperature:

Body temperature is a temperature of the body, it differs depending on each part of the body.

- Central body temperature: is a temperature in the parts located deeply inside the body that directly affect to biological reactions happened inside the body. It does not change according to the temperature of environment. Central body temperature is often measured at three positions:
  + At the rectum: the most stable, it varies from 36.3 - 37.1^{0}C in normal condition.
  + At the mouth: body temperature is lower than at the rectum 0.2 – 0.6^{0}C.

+ At the armpit: lower than at the rectum 0.5 - 1^0C, large variant, convenient for monitoring patient's body temperature.

- Peripheral body temperature: is a skin temperature, it is affected by environment temperature, peripheral body temperature also changes depending on measurement position. For example, it is 33.5^{0}C at the forehead, 32^{0}C on the palm, 28^{0}C on instep.

2.2. The factors influenced to the body temperature

- Age: the higher age the more decreased body temperature.
- Gender: female's body temperature increases 0.3 – 0.5^{0}C during middle period of menstrual cycle, end stage of pregnancy, body temperature may increase 0.5 – 0.8^{0}C.
- Muscular movement: the more muscular movement status the more increase of body temperature.
- Environment temperature: it is too hot or too cold, body temperature also increases or decreases.
- Disease condition: body temperature increases in almost infection (in cholera, viral hepatitis, body temperature may reduce at acute phase).

2.3. Disorder of body temperature: it is a consequence of imbalance between thermal generation and discharge, this imbalance may cause two conditions: hyperthermia or hypothermia.

2.3.1. Hypothermia: a thermal loss condition of the body that cause disorder of thermal generation and discharge makes body temperature decreased. There are 3 kinds of hypothermia:

- Physiological hypothermia: it is seen in hibernated animals.
- Artificial hypothermia: active induced hypothermia.
- Pathological hypothermia: due to low environment temperature or disease status of the body. In clinical setting, patients have the sign of hypothermia when rectal temperature is less than 36^{0}C.

2.3.2. Hyperthermia: hyperthermia is a condition that the body accumulates heat, limits thermal discharge to the environment or increase of thermal generation, sometimes, it combines these two conditions, including:

* Heat acquisition: it is a condition of hyperthermia due to too high temperature of the environment causing limitation of thermal discharge: it is commonly seen in heat stroke or sun stroke.
* Fever: is a condition of hyperthermia due to disorder of body temperature regulation center under effects of damaged factors, usually due to infection: in clinical setting, fever is a status that patient's body temperature increases higher than normal range (more than 370C measured at the rectum). There are 4 levels of fever
  + Slight fever: when body temperature is from 37 - 38^{0}C.
  + Medium fever: when body temperature is from 38 - 39^{0}C.
  + High fever: when body temperature is from 39 - 40^{0}C.
  + Extremely high fever: when body temperature is more than 40^{0}C.

2.4. Basic principles when measure body temperature:

2.4.1. Carry out principles of vital sign measurement

- Before measuring vital signs, patient should take rest at least 15 minutes
- Check devices, tools before implementing the technique.
- When vital signs are measured, do not perform any procedure on patient.
- Normally, monitor vital signs twice per day: in the morning and afternoon, interval of 8 hours. Special case, monitoring time may be every 15 minutes, 1 hour, 2 hours, 3 hours etc.
- If results of patient's vital signs are not normal, take care and report physician to deal with timely.
- Record results in monitoring sheet to ensure honest and privacy according to regulation
  + Pulse: red color
  + Temperature: blue color
  + Blood pressure: red color or blue color
  + Respiratory rate: blue color or black color

2.4.2. For measurement of body temperature:

- Place thermometer in proper position, follow regulation on body temperature measurement time for each kind of thermometer.
- Consider relevant factors that make wrong result of body temperature measurement: environment temperature, measurement position, type of thermometer.
- Ensure privacy and comfortableness when measure body temperature in patient (in anus).
- Select suitable and safe body temperature measurement position for patient:
  + Do not perform oral temperature measurement in infants, mental illness patients and old patients.
  + Do not perform anal temperature measurement for those, who suffer from diarrhea, constipation, injury at anal site and hemorrhoid.
- Read result accurately right after measuring body temperature.
- If there is a suspicion with the result, reassess patient or use another device to measure temperature at another position for comparison.

2.5. Some common positions for body temperature measurement

Body temperature measurement position	Advantages	Limitation/ disadvantages
Armpit	- Safe, cheap device - Applied to all patients	- Longer measurement time - Thermometer must be kept at proper position
Skin	- Not costly - Safety, not invasive - Applied to newborn babies	- May be affected by environment temperature
Mouth	- Easy to measure - Convenient for patient - Accurate result	- Not applicable for patients having oral injury, trauma, epilepsy, chill, infants, small children, patients with conscious disorder, incorporative patient.
Anus	Give accurate result	- Not applicable for those, who suffer from diarrhea, injury/ surgery, bleeding in anus, sphincteric disorder. - It is not recommended to measure daily vital signs for newborn.
Ear	- Easy to access measurement site - Give accurate result because tympanum is close to body temperature regulation center - Quick measurement time (from 2-5 seconds)	- Patients, who have media otitis or sticky cerumen may cause wrong result. - Difficult to place at correct position in newborn, infants and children less than 3 years old.

2.6. Practical procedure for body temperature measuring skills

No	Implementation steps	Reasons
1	Nurse: wear uniform, hand rub/ washing.	
2	Prepaare, arrange devices properly: Thermometer suitable for patient, recording sheet, pens, ruller; gauge, dry cotton, etc - Curtain: if any	
3	Patient assessment and preparation - Identify correct patient, inform and explain to make patient feel secure. - Assess patient: Cooperation, measurement site, influenced factors - Say necessary things to patient: take rest 15 minutes before measurement, patient should defecate in case of anal measurement.	- Patient understand benefits of body temperature measurement; correct preparation to ensure accurate measurement result

	Body temperature measurement by mercury – in – glass thermometer	
4	Take thermometer out of box, shake thermometer down in the way that mercury marking is lower than 35^0C.	Avoid wrong result
5 *	Patient's posture, placement of thermometer and length of measurement for positions	
	Axillary body temperature measurement - Patient sits or lies down - Nurse dry the armpit using dry gauge - Place thermometer under patient's arm, thermometer towards to breast side, close the arm along the body, place forearm on abdomen. - Keep thermometer within 10 minutes	- Not make wrong result - Ensure accurate measurement of body temperature.
	Oral body temperature measurement - Patient sits or lies down - Nurse wear clean gloves (if necessary) - Ask patient open his/ her mouth, curl his tongue, place mercury bulb under the tongue or next to the cheek. - Ask patient do not curl the tongue, use the lips to keep thermometer in 5 minutes.	- To prevent infection via excretion - Ensure to measure accurate body temperature measurement.
	Anal body temperature measurement - Patient lies on the left side - Apply lubricant on the tip of thermometer - Nurse stands opposite to the patient's hip, exposure the measurement site - Place thermometer in patient's anus towards to umbilical side, insert gently inside with the depth of: + Infant: 1.5 cm + Small children: 2.5 cm + Adult: 3.7 cm - Keeping thermometer in 5 minutes	- Do not harm patient's anus - Ensure accurate of body temperature measurement.
6	Take out thermometer and read result accurately (do not hold mercury bulb).	- Hold mercury bulb will affect the result of measurement
7	Use cotton/ gauge to clean mercury bulb Put thermometer in astray/ cup containing disinfectant	
8	Assess body temperature	Assess whether body temperature is normal or abnormal
9	Inform results and help patient come back comfortable posture	
10	Support nursing interventional measures (if patient has abnormal body temperature – fever or hypothermia)	Nursing management

11	Write down in record/ monitoring sheet Write down date, time measuring body temperature result in medical record /monitoring sheet Report physician, healthcare worker abnormal result	- Keep to monitor progress of patient's body temperature - Collaborate for management and nursing care
	Measurement of body temperature by electrical thermometer	
4	Take thermometer out of box, press start button within 7 seconds until having the sound "beep"	To turn on thermometer
5 *	Place patient at suitable posture depending on measurement position Place thermometer in measurement site: in the mouth, armpit (same as measurement position using mercury thermometer) or forehead. Keep thermometer in position sufficient length of measurement (about 20 – 25 seconds), until hearing the sound "beep, beep, beep) and temperature indicator appears on the screen	Correct position according to the type of thermometer Ensure accurate body temperature measurement
6	Reading results	
7	Clean, disinfect thermometer	To prevent infection
8	Assess body temperature	- Assess body temperature normal or abnormal
9	Inform result and help patient comeback comfortable posture	
10	Provide nursing care and consultancy (if patient has abnormal body temperature, fever or hypothermia)	Management of nurse
11	Write down the result in record: - Write date, time, result of body temperature measurement in medical record/ nursing care sheet - Report physician, relevant healthcare workers if there is abnormal result	- Keep to monitor progress of patient's body temperature - Collaborate to manage, provide nursing care

Note: If step 5 is not implemented properly, technical requirements will not be attained

2.7. Checklist for body temperature measurement

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Nurse: wear uniform, hand rub/ washing.			
2	Prepare, arrange devices Curtain			
3	Patient assessment and preparation			
4	Take thermometer out of the box, prepare thermometer			
5	Patient's posture, the way of thermometer placement and measurement time for different type of thermometers and measurement site			
6	Take thermometer out, read result			
7	Do hygiene of thermometer, Put thermometer in astray/ glass/ bag			
8	Assess body temperature			
9	Inform result, help patient come back comfortable posture			
10	Provide nursing care and consultancy			
11	Write down in medical record/ nursing care sheet - Report when there is abnormal result			

3. Pulse monitoring

3.1. Concept: pulse is a rebound feeling when put a finger in the artery (pulse beats). Pulse beats not because of blood flows to the pulse touching site. It causes by vibration generated from aortic when the heart is at systolic phase.

The more vibration wave spreads the weaker wave will be and it is no longer exist at capillary system. Therefore, it is impossible to see the pulse beat in the vein.

- ***Pulse rate:*** Normally, pulse rate is equivalent to contraction rate of the heart. Pulse rate may be different between this person to another one and it is influenced by a number of factors:
- Normal pulse rate: 70-80 beats per minute in adult.

  Newborn: 120 – 140 beats/minute; one year old child: 100 – 130 rate per minute; 5 – 6 year old children: 90 – 100 beats/ minute;; 10 – 15 years old: 80 – 90 beat/ minute; elderly: 60 - 70 beats/ minute.
- ***Rhythm of pulse:*** is an interval between beatings; normal rhythm is normal if the interval of beats is the same and regular.

3.2. Influenced factors: Some factors influences to the pulse

- Psychological status, feeling and activity of the body influence to pulse rate. The pulse often increases when patient is moved.
- Age: pulse rate reduces gradually from birth to the old age.
- Gender: pulse of female is quicker than male ((7 - 8 beats/ minute).
- Activity, exercise: pulse rate increases when having activity, exercise because of more heart contraction to meet the needs of energy consumption.
- Eating: pulse rate increases after eating due to increase of metabolic process.
- Time: pulse rate in the afternoon is quicker than in the morning.
- Medicine: Some medicine may make pulse rate increased or decreased, for example, narcotic drug makes pulse rate decreased, Atropine makes pulse rate increased.

3.3. Abnormal pulse:

- Rapid pulse: pulse rate is more than 90 beats/ minute, it is seen in infections, heart disease, Basedow, administration of atropine sulfate...
- Slow pulse: pulse rate is less than 60 beats/ minute, it is seen in heart disease, digitalin poison, jaundice due to cholestasis ...
- Irregular pulse: it is seen in heart failure, …

3.4. Principles in taking pulse

3.4.1 Principle for monitoring vital signs (refer 2.4.1)

When taking pulse, it is necessary to follow principles for monitoring vital signs

3.4.2. Principles of counting pulse

- Use 2 - 3 fingers (forefinger, middle finger and ring finger) to count the pulse, do not use the thumb to count the pulse.
- Pulse must be counted fully in one minute
- When counting the pulse, note the frequency, intensity, rhythm
- Monitor pulse before and after usage of medication affecting to cardiovascular.
- When irregular or abnormal pulse is measured, count the pulse and compare especially those, who have cardiovascular disease.
- Identify the necessity for evaluating short pulse:
  + When count radial artery, heart rate is not regular.
  + Patient has the signs of cardiac output decrease: dyspnea, extremely tired, chest pain, and palpitation. Those signs show abnormality of heart function.
- Ensure privacy during counting heart rate and auscultation of heart.
- If pulse is not regular, combine pulse palpation and heart auscultation.

3.5. Position of pulse palpation:

Pulse can be palpated at any position that has peripheral artery located under the skin and on a firm tissue. Pulse can be palpated clearly at following positions:

- Temporal artery: is common to take pulse in children if radial artery cannot be palpated.
- Carotid artery: when taking pulse in this position, it is easy to stimulate carotid sinus leading to slow pulse rate, especially in elderly, who have heart disease. Therefore, pulse should be taken at one side of neck by slight pressing on artery
- Apex cordis: pulse is taken at apex cordis's position, it is an actual contraction frequency of heart.
- Brachial artery: is usually used in measurement technique of arterial blood pressure.
- Femoral artery: pulse is taken at the middle of the line connecting incisura vertebralis superior and pubis in inguinale. It is used when radial artery cannot be taken and to evaluate lower limb's circulation.
- Popliteal artery: when taking pulse at this position, patient's leg at stretched position.
- Posteria tibia artery: take pulse at interior corn.
- Dorsal artery of foot: pulse is taken at connection line between interior and exterior corns with the middle line between big toe and the second toe.
- Radial artery: is the most commonly used because it is easy to identify, convenient in most of patients.

3.6. Practical procedure for counting pulse/heart rate

Procedure for counting radial artery and heart rate

No	Implementation steps	Reasons
1	- Nurse wears uniform, wash hands. - Check, arrange devices: timekeeper, monitoring sheet, red ball poinpen, ruler, stethoscope.	
2	Patient assessment and preparation - Identify correct patient, inform and explain to make patient feel secure. - Assess patient: cooperation, influenced factors - Tell patients necessary things: take rest before taking pulse 15 minutes.	- Patient understand about the purpose of pulse monitoring; well prepare to ensure accurate result.
Counting radial artery		
3	Patient position: - Sit: comfortable, keep hand straight, place hand on the desk/ chair equivalent to the height of chest. - Supine: place hands along to the body	Help patient comfortable, nurse perform technique easily and give acurate result.

4	Place a pillow under forearm – wrist of patient	Hand of patient is not painful due to pressing hand on the desk/ chair
5	Identify the position for taking pulse, place 3 típ of fingers on patient's adial artery NB (index finger, middle finger and ring finger; do not use a thumb to take pulse), press slightly	To take pulse clearly and accurately
6 *	Count pulse: when touching beat of pulse, look at timekeeper and take pulse in one minute: assess frequency, intensity, rhythm, and tension.	- Count and assess pulse
Count heart rate		
3	Patient's posture: supine or sitting, exposure sternum and left chest	Convenient to identify the position for auscultation the heart rate
4	Identify the position of heart apex: place fingers along intercostal cavity 4,5 at the right side of chest, feel slight beating in the area 1 to 2 cm at heart apex position	The clearest heart sound can be listened at this position
5	Wear the ear tip of stethoscope, make warm of diaphragm (using 2 palms) within 5 – 10 seconds (in cold weather);	
6 *	- Place diaphragm at heart apex position on the left chest wall. - Concentrate to hear heart sound T1, T2 (normal sound) After listening clearly 2 heart sounds T1 and T2, use time keeper to count within 1 minute.	Listen and realize heart sound
7	Assess pulse/heart rate	Identify normal or abnormal pulse/heart rate
8	Inform result and help patient comeback comfortable posture	- Patient know about his/ her pulse/heart rate
9	Provide nursing care and consultancy (if patient as abnormal pulse /heart rate)	Nursing management
10	Write down results on medical record/ nursing care sheet - Write down time, date, result of pulse/heart rate in medical record/ monitoring sheet - Inform physician, relevant healthcare workers when there is abnormal result	- File and monitor progress of pulse/heart rate of patient - Collaborate to manage and provide nursing care

Notice: If step is not implemented, requirement will not be attained.*

3.7. Checklist for counting pulse technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Patient assessment and preparation			
2	Patient's posture			
3	Place a pillow under the arm – wrist of patient			
4	Identify the site for taking pulse			
5	Count pulse in 1 minute: assess frequency, intensity, rhythm, tension.			
6	Assess pulse			
7	Inform result and help patient comeback comfortable posture			
8	Provide nursing care and consultancy (if patient has abnormal pulse)			
9	Write down results on medical record/ nursing care sheet			
10	Ghi kết quả vào hồ sơ/ phiếu theo dõi			

Checklist for skill counting heart rate

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	- Nurse wears uniform, wash hands. - Check, arrange devices			
2	Patient assessment and preparation			
3	Patient's posture			
4	Identify the position for taking pulse and count heart rate			
5	Warm up diaphragm, wear ear tip			
6	Count heart rate in 1 minute: assess frequency, rhythm etc.			
7	Assess heart rate			
8	Inform result and help patient comeback comfortable posture			
9	Provide nursing care and consultancy (if patient has abnormal heart rate)			
10	Write down results on medical record/ nursing care sheet			

4. Monitor respiratory rate

4.1. Concept:

Respiratory rate (or respiratory frequency) is a number of breath (including inspiration and expiration) in every minute. Normal respiratory rate: smooth, regular respiration without sensation and it is done via nose gradually.

- Breathing frequency in adult normally from 16 - 20 beats/ minute, regular rhythm, average amplitude, respiratory intensity is stronger during inspiration phase but time is shorter during expiration.
- In children: breathing frequency change by the ages.

Newborn period: 40 – 60 times/ minute; < 6 months: 35 – 40 times/ minute; 7 – 12 months : 30 – 35 times/ minute; 2 – 3 years old : 25 – 30 times/ minute; 4 – 6 years old : 20 – 25 times/ minute; 7 – 15 years old : 18 – 20 times/ minute.

4.2. Influenced factors to respiratory rate: Respiratory rate changes when a person is still healthy, it calls as physiological change of respiratory rate.

- Tachypnea: respiratory rate is more rapid and deeper than normal and it is commonly seen in following case: exercise, hot weather, hot and muggy, moved.
- Bradypnea: owing to have sport exercise, QiGong exercise, some people have slower respiratory rate than normal person.
- Due to intension of a person: respiratory rate also can be slower or quicker.

4.3 Respiratory rate disorder: In almost disease cases, respiratory rate changes in terms of frequency, amplitude, so called as dyspnea. Breathing becomes heavy, patient feels uncomfortable, they have to pay attention to breath, it is a sign of dyspnea.

- Rapid difficult breathing
- Slow difficult breathing
- Irregular breathing

* Cheyne – Stokes respiration: common seen in cerebral hemorrhage, brain tumor, poison, hypeureamia etc.

* Kussmaul respiration: common seen in coma induced by diabetes mellitus.

4. 4. Principle of respiratory rate monitoring

4.4.1 Principle of monitoring vital signs (refer 2.4.1)

When monitor respiratory rate, it requires to follow principles of monitoring vital signs

4.4.2. Principle of respiratory rate monitoring:

- Do not let patient know that you are counting respiratory rate. For children, respiratory rate count should be done when children lie still, ideally when they sleep.

- Count respiratory rate in children before taking other vital signs.
- Ensure patient in comfortable posture.
- Count respiratory rate in full one minute. Pay attention to intensity, rhythm when patient has respiratory rate disorder, heart and respiratory diseases,
- It is necessary to consider history, factors relating to patient's tachypnea, bradypnea, irregular breathing.

4.5. Practical procedure for monitoring respiratory rate skill.

No	Implementation steps	Reasons
1	Nurse washes hands. Check, arrange devices: timekeeper, monitoring sheet, color ball point pen	
2	Patient assessment and preparation - Identify correct patient, inform and explain to make patient feel secure. - Assess patient: Cooperation, Influenced factors - Tell patient necessary things: take rest before monitoring 15 minutes	- Patient understands the purpose of monitoring; prepare properly to ensure accurate result
3	Comfortable posture: sitting or lying with bed head elevated at angle of 45 - 60^0 Exposure chest, abdomen (if necessary) – when counting respiratory rate in children	Observe clearly chest and abdomen when monitoring respiratory rate
4	Place patient's hand cross on abdomen or lower part of chest, nurse holds the patient's hand similar like taking pulse	To let patient does not pay attention during monitoring respiratory rate.
5	Observe a cycle of inspiration – expiration as a breath rate: count breath rate in 1 minute	
6	Assess rhythm, superficial, breathing type, mobilization of auxiliary breathing muscle	Know normal or pathological breathing status
7	Inform result and help patient comeback comfortable posture	- Patient know about his/ her respiratory rate
8	Provide nursing care and consultancy (if patient has abnormal respiratory rate)	Management of nurse
9	Write down results on medical record/ nursing care sheet - Write down date, time of monitoring, result of monitoring in medical record/ monitoring sheet - Report relevant doctors, healthcare workers if the result is abnormal	- File and monitor progress of patient's respiratory rate - Collaboration in management, nursing care

4.6. Checklist of respiratory rate monitoring

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Nurse washes hands. Check, arrange devices:			
2	Patient assessment and preparation			
3	Posture, exposure chest, abdomen (if necessary)			
4	Place patient's hands crossing on abdomen or lower part of chest, nurse's hand put on patient's hand.			
5	Observe, count in 1 minutes			
6	Assess rhythm, superficial, deep level, respiratory style, etc.			
7	Inform result			
8	Provide nursing care and consultancy			
9	Write down results on medical record/ nursing care sheet			

5. Arterial blood pressure measurement.

5.1. Definition:

* Arterial blood pressure is a pressure of blood on arterial wall, it is formed by following factors:
  - Contraction of heart.
  - Blood output in the artery.
  - Peripheral resistance.
* Arterial blood pressure has two values.
  - Systolic blood pressure (maximal blood pressure): is the highest blood pressure inside artery when the heart contracts.
  - Diastolic blood pressure (minimal blood pressure): is a minimal pressure of blood when the heart is at diastolic phase.
  - Blood pressure measurement unit is a mercury millimeter (mmHg).
* Normal indicator of blood pressure: for adult
  - Normal range of maximal blood pressure (systolic blood pressure): 90 – < 140 mmHg
  - Normal range of minimal blood pressure (diastolic blood pressure): 60 – < 90 mmHg

5.2. Influenced factors to blood pressure:

- Age: blood pressure trends increased by age, children often have low blood pressure measurement, it gradually increases in adults, blood pressure in the elderly is often higher than younger one.
- Gender: at the same age, blood pressure in female is lower than in male.
- Exercise: may make blood pressure increased immediately.
- When contact with healthcare workers, systolic blood pressure of patient may increase more 20 – 30mmHg, diastolic blood pressure increases more 5 – 10mmHg, it is called as "white coat hypertension".
- Emotion: worry, afraid, excited feeling also causes hypertension.
- Blood pressure is higher in an obesity person than average stature one.
- Environment: noisy, crowded, narrow may cause temporary hypertension.
- Drugs:
  + Vasoconstrictor causes hypertension.
  + Vasodilator causes hypotension.
  + Narcotic drugs cause hypotension.

5.3. Pathological changes of blood pressure

5.3.1. Hypertension:

When measure blood pressure according to Krotkof method in adult, if systolic blood pressure ≥ 140mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90mmHg, it is called as hypertension.

Hypertension is defined when average blood pressure ≥ 110mmHg, or when measuring continuous blood pressure in 24 hours ≥ 135/85mmHg.

+ When blood pressure increases ≥ 220/120mmHg it is called as "paroxysmal hypertension attack".

WHO (2003), classification of hypertension in adult (from 18 years old) as follows

Blood pressure and hypertension level	**Systolic blood pressure (mmHg)**	**Diastolic blood pressure (mmHg)**
- Optimal - Normal - Normal - high	< 120 < 130 130 - 139	< 80 < 85 85 - 89
- Hypertension level 1 - Hypertension level 2	140 – 159 and/ or Diastolic blood pressure is 90 – 99 ≥ 160 – 179 and/ or Diastolic blood pressure is 100 - 109	
- Hypertension level 3	≥ 180 and/ or Diastolic blood pressure is 110	

5.3.2. Hypotension:

Systolic blood pressure< 90mmHg and Diastolic blood pressure < 60mmHg is called as Hypotension.

Some people always have hypotension < 95/60mmHg without any signs of disease.

Hypotension accompanied with pulse collapse or shock (Systolic blood pressure ≤ 80 mmHg) is a critical condition, it should be treated timely otherwise patient's life will be threatened.

5.3.3. Low pulse pressure:

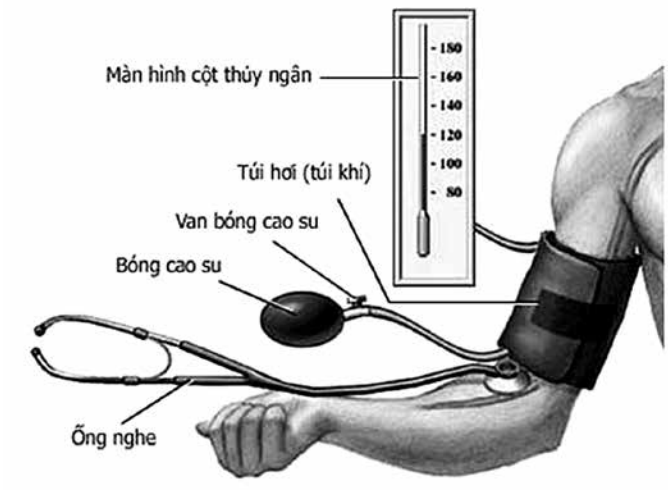
Discrepancy between systolic blood pressure and diastolic blood pressure decreases ≤ 20mmHg is called as low pulse pressure.

5.4. Principle of blood pressure measurement

5.4.1. Perform principles of monitoring vital signs (refer 2.4.1)

5.4.2. For measurement of blood pressure

- Select suitable position for blood pressure measurement
- Put the arm same height with heart
- Size of cuff must be fit the limb:
  + The width of cuff must be larger more than 20% of measured limb or 40% of measured limb circumference and 2/3 length of measured limb



Mercury sphygmomanometer

- Notice for patients, who has the risk of standing position hypertension
- Blood pressure should be measured regularly in those, who have heart and respiratory diseases
- Report abnormal blood pressure result to physician, nurse on duty.
- If patient uses cafein, measurement should be done after 30 minutes.
- Prepare suitable device, correct measurement technique, posture to avoid wrong result of blood pressure.
- Make timetable for patient to measure blood pressure.

5.5. Sites for blood pressure measurements and types of sphygmomanometer.

5.5.1. Sites for blood pressure measurement

- **Arm:** is the most common site for measurement of blood pressure.
- **Wrist:** device is smaller, suitable for fat person because the size of wrist does not change much.
- **Calf:** cuff is placed on the calf, stethoscope is placed on posteria tibia artery.
- **Thigh:** patient at lying prone position, cuff is placed on middle of thigh, stethoscope is placed on popliteal site.

The site of IV route , dialysis bypass arm should not be used for measurement Blood pressure.

5.5.2. Types of sphygmomanometer: there are a number of sphygmomanometer types used in clinical setting. Each type of sphygmomanometer has its advantages and limitations. Nurse should know in order to choose suitable sphygmomanometer to measure blood pressure for patient.

Type of sphygmomanometer	Advantages	Limitations
Mercury sphygmomanometer	- High accurate level, it is a standard medical device to calibrate quality of other sphygmomanometers	- Bulky - Easy broken mercury column causes harm and dangerous hazard
Manual sphygmomanometer	- Popular, not heavy - The result is not as accurate as mercury sphygmomanometer	- Careful preservation should be done, springs inside sphygmomanometer will be decreased and causes inaccurate result.
Electronic sphygmomanometer 	- Easy for usage - It is effective when performing several measurements - No need stethoscope - Patient can measure blood pressure conveniently at home.	- High cost - There must be electrical source - Sensitive with movement outside, it should not be used for convulsion patient - There might be error

5.6. Technical procedure for measurement of arterial blood pressure.

5.6.1. Procedure for measurement of arterial blood pressure on the arm using mercury or manual sphymamonameter

No	Implementation steps	Reasons
1	Nurse wears uniform, wash hands. Check, arrange devices: Sphymamonameter, stethoscope, monitoring sheet, color ball point pen	

2	Patient assessment and preparation - Identify correct patient, inform and explain to make patient feel secure. - Assess patient: Cooperation, Influenced factors - Ask patient necessary things: Take rest before measuring blood pressure 15 minutest, do not drink coffee etc…	- Identify correct patient - Ensure accurate result
3	Suitable posture: - Supine with straight head (do not use pillow), place measured arm along the body or spread arm, roll up sleeve to the armpit. - Comfortable sitting position, place hand on the desk equivalent to the height of hear	Correct posture will give accurate result
4	- Wrap cuff far from the site of stethoscope 3 - 5 cm; - Place sphygmomanometer equal to the heart if it is a mercury one; if it is a manual sphygmomanometer manometer should be placed on the cuff.	
5	- Identify pulseless moment: use one hand to palpate pulse at elbow, use another hand to inflate the cuff until there is no pulse tension – read the number of mmHg at pulseless moment . - Place diaphragm of stethoscope on artery at ben of elbow; wear ear tips of stethoscope in 2 ears	- Identify inflation level
6	Inflate the BP cuff: twist the valve of elastic bulb, inflate BP cuff until pulseless point, inflate 30 mmHg more	Do not overinflate BP cuff, it cause uncomfortable condition for patient
7	- Deflate BP cuff gradually, hear and observe mercury column or look at manometer until listen to the first beat. It is maximal à blood pressure (systolic blood pressure). - Continue to deflate BP cuff until listen to the change of tone or the last beat sound. It is minimal blood pressure. Deflate BP cuff totally (manometer become zero number) after taking minimal blood pressure	Identify maximal blood pressure (systolic blood pressure) Identify minimal blood pressure (diastolic blood pressure)
8	Measure blood pressure in second time, after the first time from 1 – 2 minutes; measurement method is the same as the first time	To redefine blood pressure
9	Remove BP cuff, fold the mercury box Tidy up devices	
10	Assess blood presure, compare with previous measured data	To assess normal or abnormal blood pressure
11	Inform result and help patient comeback comfortable posture	- Patient knows his/ her own blood pressure

12	Provide nursing care and consultancy (if patient has abnormal blood pressure)	Management of nurse
13	Write down results on medical record/ nursing care sheet - Write down date, time of monitoring, result of monitoring in medical record/ monitoring sheet - Report physician, healthcare worker when there is an abnormal result	- File and monitor blood pressure progress of patient - Collaborate to provide management and nursing care

Note: If * is performed incorrectly,it will not meet the technical requirement

5.6.2. Procedure for measurement of arterial blood pressure by electronic sphygmomanometer

No	Implementation steps	Reasons
1	Nurse wears uniform, wash hands. Check, arrange devices: Sphymamonameter, stethoscope, monitoring sheet, color ball point pen	
2	Patient assessment and preparation - Identify correct patient, inform and explain to make patient feel secure. - Assess patient: Cooperation, Influenced factors - Ask patient necessary things: Take rest before measuring blood pressure 15 minutest, do not drink coffee…	- Identify correct patient - Ensure accurate result
3	Posture: patient sits or lies; Place device equally to position of heart	Correct posture will provide accurate result
4	- Check electrical resource of the device	
5	- Wrap the cuff on the upper arm or twist (depend on type of sphygmomanometer)	
6	- Turn on Start button, the device will automatically measure and disappear the result of blood pressure.	
7 to 12	The following steps are similar to steps 8 to step 13 of the procedure for blood pressure measurement using manual sphygmomanometer	

5.7. Checklist for measurement of brachial blood pressure by mercury and manual Sphygmomanometers

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
1	Nurse wears uniform, wash hands. Check, arrange devices:			
2	Patient assessment and preparation			
3	Suitable posture: supine or sitting			

4	- Place cuff - Position sphygmomanometer			
5	- Identify pulseless point: - Place diaphragm of stethoscope on brachial artery, wear stethoscope			
6	Inflate BP cuff until pulseless point, inflate 30 mmHg more			
7	- Deflate cuff, identify maximal, minimal blood pressure, deflate BP cuff totally			
8	Measure blood pressure second time			
9	Tidy up devices			
10	Assess blood pressure			
11	Inform result and help patient comeback comfortable posture			
12	Provide nursing care and consultancy			
13	Write down results on medical record/ nursing care sheet			

Checklist for measurement of arterial blood pressure by electronic sphymamonameter

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
1	Nurse wears uniform, wash hands. Check, arrange devices:			
2	Patient assessment and preparation			
3	Posture: patient sits or lies; Place device equal to heart position			
4	- Check the electrical source of the device			
5	- Wrap BP cuff on upper arm or wrist of patient (depending on type of device)			
6	- Turn on Start button, the device will automatically measure and display the result of quả blood pressure.			
7	Measure blood pressure second time			
8	Tidy up devices			
9	Assess blood pressure			
10	Inform result and help patient comeback comfortable posture			

11	Provide nursing care and consultancy			
12	Write down results on medical record/ nursing care sheet			

LESSON TEST

1. Select the most correct answer

Question 1. Risk of hyperthermia will be thought of in which following cases

A. Result of taking axillary body temperature of 37.3^0C, right after full eating

B. Result of taking axillary body temperature of 37.5^0C, right after exercise

C. Result of taking axillary body temperature of 37.4^0C, right after waking up

D. Result of taking axillary body temperature of 37.4^0C, in noon time of summer.

Question 2. A five – years – old baby Nguyen Thi Lan suffered from cough and fever at home. She was taken by her mother to visit hospital. Nurse in reception room take body temperature. She cries, struggles and does not allow to measure her body temperature. In this case, which is the site for taking body temperature chosen by nurse?

A. Axillary body temperature measurement

B. Anal body temperature measurement

C. Oral body temperature measurement

D. Forehead body temperature measurement

Question 3. What is a prioritized measure to carry out when patient has high fever and convulsion

A. Use medication for reducing body temperature, cool compression

B. Place anti-febrile medication in anus

C. Use antibiotics and anti-convulsion medications

D. Wipe cool towel, use antibiotics

Question 4. Where should you take pulse in patients who are in emergency condition and having rapid pulse

A. Carotid artery

B. Temporal artery

C. Dorsal artery

D. Radial artery

Question 5. Eating, leaving regime helps to prevent hypertension, EXCLUDE

A. Eating by habit, dividing into several small meals

B. Weight loss (in case of overweight)

C. Regular exercise

D. Stop smoking, drinking

Question 6. When do you count the most accurate respiratory rate in children

A. After measuring body temperature

B. After giving injection

C. After measuring blood pressure

D. Before performing procedure and taking other vital signs

2. Assess vital signs

Result of vital sign monitoring of some patients at Internal Medicine department of hospital X as follows:

No	Name of patient	Gender/ Years old	Vital signs			
			Pulse	HAĐM	Body temperature	Respiratory rate
1	Doan Ngoc Hai	Male 67 years old	90 beats/ minute	140/87 mmHg	36.7^0C (axilliary measurement)	18 times/ minute
2	Hoang Van Nga	Female 6 years old	130 beats/ minute	Not measure	37.2^0C (anal measurement)	30 times/ minute
3	Nguyen Hai Nam	Nam 35 years old	58 beats/ minute	117/70 mmHg	36.5^0C (axilliary measurement)	15 times/ minute

Question: Would you please assess vital signs of the above mentioned patients.

3. Practical scenario.

Scenario 1:

65 years old Le Anh M; history of chronic bronchitis, she often admits in the hospital due to acute attack of chronic bronchitis. This time, she visit hospital for regular health check. She walks from the first to the fourth floor and enters Internal Medicine consultation room to request nurse allow her to be examined (at that time, there is no patient in this consultation room). Nurse invites her to enter the room and takes her vital signs. The results of vital sign taking of Ms. M are as follows: Pulse 86 times/ minute; respiratory rate 24 beats/ minute; Blood pressure 140/85 mmHg; body temperature 37.2^0C (auxillary measurement).

Question:

1.1. Please give your evaluation on professional principles when measuring vital signs performed by a nurse of Internal Medicine Consultation room.

1.2. Select one of the most correct assessment about Ms. M's vital signs

A. Vital sign result increases

B. Vital sign result is normal

C. Vital sign result is normal, it requires re-measure to have accurate result

D. Vital sign result: Normal blood pressure, rapid pulse and breath rate

1.3. Perform skills for counting pulse, respiratory rate, taking blood pressure and body temperature for Ms. M? (Use role play method)

Scenario 2.

Ms. Do Thi T, a 30 years old teacher, felt tired and vertigo during giving lecture. She was taken to the health station. Nurse in health station received her and took her vital signs. The results are as follows:

Pulse 62 beats/ minute; respiratory rate 22 beats/ minute; brachial blood pressure 80/55 mmHg

Some information about Ms. T: height: 1.60 m. Body weight: 52 kg; she often follows dietetic regime and she does not have annual health check before.

Question:

2.1. Please tell your assess about Ms. T's vital signs? Please identify prioritized nursing care issue for Ms. T.

2.2. Select the most correct answer about nursing management for Ms. T.

A. Tell her about her blood pressure status, it requires treatment

B. Let her lie down on the bed with lower head position, invite physician to conduct examination

C. Let her lie down on the bed with lower head position, let her drink warm drinking water

D. Tell Ms. T about her low blood pressure condition, give her medication for administration

Scenario 3.

Ms. Pham Thi V, 62 years old woman was retired. Her consciousness is good. She had history of hypertension 2 years ago (the highest blood pressure is 175/ 100 mmHg), she was prescribed medication for outpatient treatment, sometimes, she visits commune health station to check blood pressure. She wants to be consulted about monitoring and caring her blood pressure at home.

Question: Please select the most correct answer

3.1. Consultancy of nurse to Ms. V about her blood pressure monitoring

A. Tell her that she should visit health station frequently to measure blood pressure because she has time

B. Tell her that she should ask the nurse of commune health station to visit her house to measure her blood pressure

C. Tell her that she should buy a sphygmomanometer to monitor her blood pressure by herself

D. Tell her that she should buy a sphygmomanometer and instruct her how to measure to monitor blood pressure by herself

3.2. When she has abnormal hypertension and she visits a health station, what should nurse manage?

A. Let patient lie in quiet atmosphere, explain to make her feel secure, measure her blood pressure again, invite physician to conduct examination

B. Measure blood pressure, invite physician to conduct examination immediately

C. Let patient lie in quiet atmosphere, explain to patient, ask patient about her medication administration at home

D. Let patient lie in quiet atmosphere, explain to make her feel secure, give her medication for reducing blood pressure

Keys for answer: Question 1.; C, Question 2.; D, Question 2.; B, Question 4.; A, Question 5.; A, Question 6.; D

Scenario: 1.2; C, 2.2; B, 3.1; D, 3.2; A

4. Scenario/case study

Instructor selects some patients in clinical departments, who need to monitor and assess vital signs. Ask learners/ group of learners to assess patients, make nursing care plan and perform techniques for measuring body temperature, blood pressure, counting pulse and respiratory rate. Instructor observes and support when necessary. After that, let the group of learners to discuss and give your feedback comments.

Competency based assessment checklist for Vital sign monitoring

No	Contents	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Can not do or do wrongly (0)**
1	Assess abnormal vital signs and give decision for suitable management			
2	Perform pulse monitoring technique properly and suitably with patient's condition			
3	Perform respiratory rate monitoring technique, suitable with patient's condition			
4	Perform proper body temperature monitoring technique, suitable with patient's condition			
5	Perform proper blood pressure measurement, suitable with patient condition			
6	Provide consultancy for patient and patient family how to monitor and take care of abnormal vital signs			

REFERENCES

1. The Ministry of Health, (2010). Guideline for practicing 55 basic nursing care techniques volume 1, Viet Nam Education Publishing House
2. The Ministry of Health, (2012). Lectures on nursing skills, Medical Publishing House
3. The Ministry of Health- Do Dinh Xuan, (2007), Basic Nursing - for Nursing college, volume I, Medical Publishing House
4. The Ministry of Health- Tran Thi Thuan, (2008), Basic Nursing - for Bachelor of Nurse, volume I, Medical Publishing House
5. http://www.benhvien103.vn

LESSON 11

SPECIMEN COLLECTION FOR TESTING (BLOOD, SPUTUM, STOOL, URINE)

OBJECTIVES

1. Perform specimen collection techniques for testing properly and effectively as procedure (competency 1.2; 2.3;2.4; 3.2; 4.2; 4.5; 5.1; 5.3;6.1; 6.2; 6.3; 8.2; 16.3; 18.3; 20.2; 20.4; 24.4; 25.2)
2. Be able to give guidance for patients/ patient families to collect some kinds of specimens (sputum, stool, urine) properly according to technical requirements (competency 2.3; 4.5; 4.6; 8.2, 14.5)

CONTENTS

1. Introduction

Specimen collection is a technique that take an amount of blood, excretion fluid or tissue of patient and transfer to laboratory.

The result of test plays important role in diagnosis, treatment and taking care and monitoring patient. In some cases, testing plays important role in making decision for diagnosis, especially in diagnosis of disease in early stage and some diseases having poor/ unclear clinical symptoms. The results of para-clinical tests such as urine, blood, stool, sputum, excretion etc. are useful for physicians not only to make accurate and proper diagnosis but also to provide information about patient's conditions helpful for making nursing diagnosis, identifying the risks, making plan and evaluating the effectiveness of nursing care activities. Implementation of order for specimen collection is one of the collaborative functions of nurses is to carry out the orders of tests made by physicians. In addition to effective implementation of specimen collection procedure, assurance of accuracy of testing result is really necessary. The more development of science the more modern and high specialized interpretation of testing result is required. Therefore, the principle of specimen collection must be ensured. The nurses must be equipped with sufficient knowledge, skills in preparation, proper specimen collection and preservation according to regulation.

The group of skills for collection laboratory testing specimens consists of:

- Blood collection for testing
- Sputum collection for testing
- Stool collection for testing
- Urine collection for testing

2. Blood collection for testing

2.1. Purpose

- To support disease diagnosis
- To monitor response of treatment
- To provide information on nutrition, metabolic, hematological, immunological, biochemistry status of patient.
- To screen disease in early stage even without clinical manifestations.

2.2. Types of blood testing

2.2.1. Biochemistry tests:

- Electrolyte test, Urea, creatinine, protein, Glucose, lipid
- Enzyme: GOT, GPT, CK, CK-MB, Troponin T…
- Total bilirubin, direct Bilirubin, indirect Bilirubin.
- Lipid testing: Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL.

2.2.2. Physical testing:

Bleeding time and clotting time, erythrocyte sedimentation rate, pH, hematocrit …

2.2.3. Cell testing:

Blood typing, red blood count, white blood count, platelet count, shape of blood cells.

2.2.4. Microbiological – parasitological test:

- Quick diagnostic test: HBsAg (viral hepatitis B), HIV, Anti-HCV (viral hepatitis C), Chlamydia (vaginitis caused by Chlamydia), flue A/B, Dengue (dengue fever)
- Bacterial culture, sensitivity testing
- Finding malaria parasite etc.

2.3. Methods of blood collection

- Take capillary blood
- Venipuncture
- Arterial blood

2.4. Noticed points

- Blood collection is an invasive technique causing pain for patient and it makes patient worried, afraid, especially children. Nurses should explain clearly to patient to ease their worry.
- When collecting blood specimen, nurse should limit injury for vein. Do not take specimen via fistula because of bleeding and clotting risk.
- When collecting blood to identify the substances, specimen should be collected in the morning before eating.

- Blood culture to find bacteria in the blood:
  + There should at least 2 culture specimens at two different positions. If bacteria appears in 2 specimens blood contains bacteria, if bacteria only appears in a blood specimen, it means that the specimen is contaminated and causes wrong result.
  + Blood culture must be done before using antibiotics for patient because antibiotic may kill bacteria and cause wrong result due to not able to detect bacteria in the cultured blood. If patient used antibiotic previously, it should be noted and inform to laboratory.
- Some tests that require special blood specimen collection such as not using tourniquet for testing acid lactic, avoid testing tube to contact with light in testing vitamin concentration …
- The testing tubes provided by laboratory has two types:
  + Testing tube containing coagulant substance.
  + Testing tube without coagulant substance (natrium citrate, calcium oxalate, heparin, EDTA)

2.5. Blood sampling technical procedure

2.5.1. Assessment

- Assessment of patient's understanding about the purpose and blood sampling procedure
- Identification of conditions need to be done before blood sampling
- Assessment of risk factors before taking venous blood sample: usage of coagulation agents, thrombocytopenia, coagulation disorder (history of hemophilia).
- Assessment of patient's medical history
- Assessment of contraindications of venous blood sampling: site of fluid transfusion, risk of venous embolism due to thrombosis, arteriovenous fistula in hemodialysis, arm of patients with breast removal.
- Check again physician's indication about type of tests.

2.5.2. Devices

* Capillary blood sampling:
  - 3 clean, dry glass slides, of which one plain glass for pulling slides.
  - Alcohol moistened cotton, dry cotton
  - Clean gloves
  - Sterile needle, size of needle 25 - 26G, length of needle 1-1.5 cm
  - Bag for containing medical waste
* Venous blood sampling:
  - Alcohol 70^0
  - Clean gloves
  - Arm rest pillow

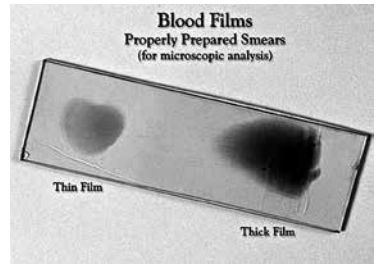
- Tourniquet
- Personal bandage
- Testing tube suitable for test: write down the name of patient on label
- Testing tube container
- Testing order form
- Sterile syringe suitable with the amount of blood sampling
- Sterile needle, needle size 20 -21 for adult, 23 -25 for child
- Blood sampling via central venous catheter: 2 sterile syringes 10ml, 1 syringe 10 ml containing physiological saline solution.
- Blood culture: 2 sterile syringe 20ml, sterile needle (needle size 20 -21G for adult, 23 -25G for child), testing tubes for anaerobic and aerobic bacteria.



Figure: types of testing tube

2.5.3. Steps for implementation

No	Implementation	Reason
1	Check and rearrange device in appropriate manner	Convenient for performing skills
2	Patient preparation - Check patient's record - Inform and explain to patients - Keep patient at convenient position	Create good collaboration of patients
3	Wash hand, bring devices to the patient's bed	
A. Capilary blood sampling		
1 - 3	Perform steps from 1 – 3 above	
4	Slightly press the 4th finger or ear lobe	Blood concentrates to the tip of finger and ear lobe, it reduces pain for patient

5	Clean the tip of finger or ear lobe by alcohol.	To prevent infection
6	Use a sterile needle to puncture with the depth of 2 mm, withdraw needle	
7	Use the dry cotton to remove the first drop of blood	To prevent infection
8	- *Blood taking:* Keep the glass slide by forefinger and thumb, apply the slide slightly to the puncture parasite site. Take 2 drops of blood with 5 mm diameter in 2 different slides.(about 1/3 of the outside) - *Making template:* + Make thick drops: use 1 corner of glass leaves to stir in a wide circle gradually making the area of blood droplets wider or double, remove the fibrin fibers from the blood droplets + Make thin drops: take the edge of the glass leaf and place it on the second drop of blood gently to spread the blood throughout the glass, then gently pull the glass along the slide, pulling it evenly so that the glass and glass are always created At an angle of about 300, the blood is spread evenly, the beveled tail is like a tongue-shaped shape, with no horizontal or broken marks - To make the lamella dry completely, fix the thin droplet with 900 alcohol, thick drop to leave, wait for the alcohol to dry fixed, send to the laboratory as soon as possible	To make slide for detecting malaria 
9	Place alcohol moistened cotton at puncture site	Stop bleeding
10	Send the sample to the laboratory	Timely and accurate result
11	Remove gloves	To prevent super-infection
12	Write down in medical record	To ensure legal aspect
B. Venous blood sampling		
1 - 3	Perform steps from 1 – 3 above	
4	Patient lies with head up position 30^0, exposure the arm, keep the arm straight. Place the arm rest pillow under his/ her arm	To make patient be comfortable and to exposure the vein
5	Apply the tourniquet at upper part of puncture site about 5 – 10 cm.	To stop the blood and to make vein clear and convenient for blood collection

6	Identify blood sampling position	To perform easily and do not break the vein.
7	Disinfect the skin as spiral shape from the entry site with the width of 5cm and let it dry	To prevent infection
8	Use the thumb of reversed hand to pull slightly under puncture site, dominant hand keeps the needle and punctures at angle 15 – 300 collect suitable amount of blood as requirement of test	Take sufficient blood amount, do not cause blood loss
9	Remove tourniquet and withdraw needle quickly	Avoid long application of tourniquet. It makes obstacle of circulation
10	Press dry cotton on puncture site	To stop bleeding
11	Remove needle, put the blood in test tube, gently shake the tube from top to bottom about 8 - 10 times if it has anticoagulant agent	To prevent broken red blood cell
12	Remove gloves, help patient to come back comfortable posture	Patient is comfortable
13	Clean devices, wash the hands	To prevent secondary-infection
14	Write down in medical record	To ensure legal aspect

Checklist for blood sampling procedure

No	**Contents**	**Achievement level**		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Check the device			
2	Patient preparation			
3	Wash the hand, bring devices to the patient's bed			
A. Capillary blood sampling				
1 - 3	*Perform steps from 1 – 3 above*			
4	Gently press the top of 4th finger or ear lob			
5	Disinfection			
6	Use sterile needle to puncture with the depth of 2 mm, withdraw needle			
7	Remove the first drop of blood			
8	Take blood on glass slide			
9	Stop bleeding			
10	Send the blood sample to the laboratory			

11	Remove gloves, clean and tidy up devices			
12	Write down in medical record			
B. Venous blood sampling technique				
1 – 3	*Perform steps 1 – 3 above*			
4	Let patient lie on suitable posture			
5	Apply tourniquet			
6	Identify entry site			
7	Disinfection			
8	Insert the needle into the vein; take sufficient amount of blood as requirement of test.			
9	Remove tourniquet, quickly withdraw needle			
10	Stop bleeding			
11	Put the blood into test tube			
12	Remove gloves, help patient to come back comfortable posture			
13	Clean and tidy up device, wash hand			
14	Write down in medical record			

3. Urine specimen collection

Urine is an important excretion that contains most of residue of the body via urological tract. Level of excretion depends on:

- Blood volume and pressure through kidney
- Excretion capacity through kidney
- Water provision for the body

The changes in quantity, characteristic and chemical components of urine show abnormality of the body. Therefore, urinary test plays important role to support diagnosis of liver, kidney diseases, pregnancy or infection etc.

3.1. Types of urinary testing

3.1.1. Physical test:

- Urine volume: normal adult 1.2 – 1.4 litters/ 24h.
  + Physiological change: more urine in cold weather or when drinking more water. Less urine when drinking less water, working more, hot weather etc.
  + Pathological changes: large volume of urine is seen in diabetes mellitus, diabetes insipidus. Small volume of urine or anuria are seen in kidney, heart failure etc.

- Colour of urine:
  + It is normal if its colour is slight yellow.
  + Red colour: hematuria
  + Dark yellow: infection.

However, history of patients in usage of medication, food, drinking should be exploited because some medicines can make urine colour change. Such as:

  + Anti-TB drug Rifampycin, some soft drink stained with red colour make urine become red,
  + Mistasolblue make urine become blue
  + Vitamin B2 makes it become yellow…

- Smell of urine:
  + Newly excreted urine has no smell. If it remains long time in the air, there will be urine smell due to urea transformation to NH3.
  + Abnormal urine with stinking smell is commonly seen in infection disease or acetone smell in diabetes mellitus.
- Painful urination: normally, there is no painful or pitting sensation during urination. However, patient with urinary infection feels painful, pitting, strangury or cloudy urine.

3.1.2. Biochemistry test:

Table of urine biochemical indicators in a normal person.

Basic urine indicators	Normal
Glucose	Negative (-)
Protein	(-)
Bilirubin	(-)
Ketone (ceton)	(-)
Specific gravity (density)	1.010 – 1.020
pH	5 – 8
Urobilinogen	< 0.2 EU/l
Nitrite	(-)
Red blood cell	(-)
White blood cell	(-)

3.1.3. Cell testing:

- To find out the red blood cell in urine
- To find out granular cast
- Inorganic substances: acid uric, calcium, urate, phosphate ...

3.1.4. Microbiological testing: culture for finding bacterial and sensitivity testing.

- The most common urine test is culture and sensitivity testing. Result interpretation within 24 – 48 hours is the best and it should not exceed 72 hours. If there are bacteria in the urine, sensitivity testing shows what kind of antibiotic resist that bacterium.
- When patient is able to urinate by him/ herself, collect midstream urine to perform culture and sensitivity testing.
- Patient having urinary catheter: use the absolute sterile collection technique to avoid invasion of bacteria to catheter. Do not collect urine specimen in the drainage bag for culture except collection of urine specimen in the first time of urinary catheterization. Bacteria quickly develop in the drainage bag and it causes the incorrect result.

3.2. Urine specimen collection method:

- Collect midstream urine specimen, the first portion of the urine stream should be voided to perform measurement of 10 parameters, 2 parameters and 3 parameters. If urinary glucose is suspected, urine specimen should be collected in 2 hours after eating.
- 24h (or12h) urinary collection for measure concentration of some substances, urine should be collected in an sterile container and use the thymol solution 10% (5 ml) for reservation in a cold place.
- Collect urine specimen from urinary catheter.

3.3. Urine specimen collection technical procedure

3.3.1 Assessment

- Assessment patients and patient families' understanding about the purpose of test and specimen collection method.
- Assess urinary infection signs and symptoms: sudden, acute onset, haematuria, cloudy urine, strange smell urine, burning feeling urination, strangury or urine remained in the bladder.
- Hygiene status of perineum
- Check again requirements of laboratory about urine specimen collection technique.
- Assessment of abilities of movement, perineum self hygiene and usage of toilet.

3.3.2. Devices

- Testing order sheet filled in with the name of patients and testing orders, which have been checked accurately.
- Test tube written the date, time, name of specimen and name of patient.
- Clean gloves
- Test tube container
- Sterile cotton
- Disinfectant solution

- Physiological saline
- Soap, clean towel
- Bed (if patient cannot move)
- Alcohol, chlorhexidine, sterile cotton bud
- Sterile syringe 5 ml, 20ml

3.2.3. Implementation steps

No	Implementation	Reasons
1	Check and rearrange device suitably Stick label on the test tube	To be convenient for skill performance
2	Patient preparation - Check and identify patient accurately - Explain, guide techniques for patient and patient family to avoid stool or other tissue mixing - Explain to patient/ patient family the reason why the drainage tube should be clamped 30 minutes before collecting specimen - Create close space for patient: use partition around patient bed, close the door or inside the toilet (if patient is able to walk) - Provide drinking water for patient (if necessary) before collecting urine specimen	 - Ensure correct patient - Create good collaboration of patient - Explain to make patient understand the purpose of urine specimen collection from bladder - Ensure privacy for patient - Help to excrete urine easily
3	Write down the name of patient on test tube	Avoid to forget or wrong specimens
A. Collect midstream urine specimen		
1 - 3	Perform steps 1 – 3 above	
4	Instruct patient to perform perineum hygiene, disinfection of urethral meatus	To avoid contaminated urine due to flow urinary tract
5	Instruct patient to open the cap of sterile tube, do not touch the lumen of tube	Dirty test tube will cause incorrect testing result
6	Instruct patient how to collect urine specimen: the first portion of the urine stream should be voided, put the tube directly to collect midstream urine (about 30 – 50 ml). Take out the tube before finishing urination.	The first portion of urine flush bacteria out of urinary tract and does not contaminate urine specimen.
7	Put the cap of tube (only hold outside). Wash the tube. Label the tube.	To avoid infection
8	Bring to laboratory about 15 – 20 minutes, or keep in cold place within 20 hours	Result of test will be accurate and timely
9	Remove gloves, wash hands and tidy up devices	To prevent infection

10	Write down medical record - Date, time of urine collection - Nature, characteristics of urine	Surely carry out physician's order This data may help to confirm some special issues
B. 24 hours urine specimen collection		
1 - 3	Perform steps 1 – 3 above	
4	Prepare urine collection container having cap, preservative substances and write down the name of patient	To prevent contamination of urine
5	Let patient finish urinate and write down the time (for example from 6 am)	Calculate starting time
6	Ask patient to collect all the urine in container (including defecation)	Ensure accurate amount of urine within 24 hours
7	Keep the container at airy place, put the cap, avoid falling down	Avoid disintegration of substances in urine
8	After 24h (in 6am next day), ask patient to urinate last time in container	
9	Measure the amount of urine, write down and take specimen as requirement	
10	Perform steps 7 – 10 similar as midstream urine specimen collection skill	
C. Urine specimen collection from urinary catheter (for the patient who placed urinary catheter)		
1 - 3	Perform steps 1 – 3 above	
4	Clamp urinary catheter before 30 minutes. Prepare syringe	To collect newly excreted urine specimen
5	Wash hand, wear clean gloves	To reduce bacteria infection
6	Place patient on posture that easy to contact with catheter	Easy to perform technique
7	Disinfect entry point, wait until disinfectant dry	To prevent contamination of specimen from outside
8	Insert needle at angle 45^0 in connection position between catheter and drainage bag (rubber part), aspirate about 5 ml of urine (for urinary culture) or 20 ml of urine (for biochemical test)	Collect sufficient urine specimen necessary for testing
9	Release urine in sterile test tube (for urinary culture) or clean test tube (for ordinary test)	Prevent infection during transferring urine from syringe to test tube
10	Remove clamp and let urine going to drainage bag	Avoid stagnant urine inside bladder
11	Perform steps 7 – 10 similar as midstream urine specimen collection	

Checklist for urine specimen collection technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Check device			
2	Prepare patient			
3	Write the name of patient on test tube			
A. Midstream specimen collection				
1-3	Perform steps 1 – 3 above			
4	Perform perineum hygiene, disinfection of urethral meatus			
5	Open cap of sterile test tube			
6	Midstream urine specimen collection (about 30 - 50ml)			
7	Put the cap and wash outside of test tube. Label the test tube			
8	Bring to laboratory			
9	Wash hand, tidy up devices			
10	Write down in medical record			
B. Urine specimen collection in 24 hours				
1-3	Perform steps 1 – 3 above			
4	Prepare urine container			
5	Let patient urinate and record time			
6	Ask patient to collect urine in the container			
7	After 24 hours, let patient urinate last time in container			
8	Measure the amount of collected urine, record and collect specimen as requirement			
9	Perform steps from 7 – 10 similar as midstream urine specimen collection			
C. Urine specimen collection from catheter				
1-3	Perform steps 1 – 3 above			
4	Clamp catheter before 30 minutes. Prepare syringe			
5	Wash hand, wear clean gloves			
6	Place patient at suitable posture			
7	Disinfection puncture site			

8	Insert needle and aspirate urine			
9	Release urine to test tube			
10	Remove clamp to let urine go to drainage bag			
11	Perform from 7 -10 similar as midstream specimen collection skill			

4. Stool specimen collection

4.1. Purpose

- Biochemical testing: find out blood, bile pigments and fat in the stool.
- Finding bacteria and parasite in intestine.

4.2. Application:

In digestive diseases and relevant organs such as liver, pancreas etc.

4.3. Primary assessment of stool colour change:

- Stool colour: slight yellow or brown yellow
- Black stool
  + Stool stays long time in the intestine and it is affected by digestive enzyme. The change of colour may be observed after digestion of blood such as blood pudding.
  + Some medicines such as bismuth subsalicylate
  + Supplemented iron regime or the root of liquorices.
- Blue or green stool:
  + Stool crosses quickly through colon.
  + In sick children, stool may change colour to be blue or green.
  + Eating blue or green food, vegetable may lead to green colour of stool. When children digest solid food at the beginning, they also have green colour and it will no longer exist.
- Stool may have white colour due to bile duct obstruction (congenital bile duct obstruction, bile duct tumour etc).

4.4. Some notices when collecting stool specimen:

- Test for finding blood in the stool is often sent to laboratory and the result will be available within several hours.
- For testing of amoeba and giardial, temperature should be kept at 37^0C.
- For testing egg of parasite, the specimen must be preserved by dropping amount of formol 5% in to stool vial.

- In case finding blood in the stool, patient should not eat lean meat or administer medicine containing iron or bismuth within 48 hours.
- Notice: do not take specimen from genitals, especially woman during menstrual period.
- Do not collect stool specimen mixed with urine.

4.5. Stool specimen collection technical procedure

4.5.1 Assessment

- Assessment of patient about:
  + Understanding of patients and patient families about necessity of stool specimen collection
  + Collaborative capacity for specimen collection
  + Diseases: haemorrhoid, digestive disorder, digestive haemorrhage
  + Menstrual cycle
- Medicine have been used by patients
- Consider indications for stool specimen collection ordered by physician

4.5.2. Device

- Bed pan
- Specimen container
- Stick for stool specimen collection
- Clean gloves
- Soap, water
- Toilet paper

4.5.3. Implementation steps

No	Implementation	Reason
1	Check and rearrange device appropriately	Convenient for performing technique
2	Prepare patient: inform and explain to patient and patient family about technique	To avoid environment contamination
3	Let patient urinate and take urine separately. If culture bacteria use the large and sterilized bean shape astray and wash anus	To avoid mixing of urine and stool To avoid contamination from device or from anus to specimen
4	Let patient defecate on bed pan	
5	Use the stick for stool specimen collection (10 - 15g) at the middle of stool or suspected place such as mucus, blood, pus. Put the stool in the container and put on the lid.	Help to preserve specimen and avoid contamination to surrounding place.

6	In case of testing egg of pinworm: use the cotton bud, take the substances on anus interstice, put the cotton bud in the container and put on the lid.	Pinworm often lays egg at anus interstice.
7	Send to laboratory quickly	To avoid damage of specimen
8	Remove gloves, wash hand	To prevent infection
9	Write down in medical record: - Date, time of specimen collection - Nature, characteristics of stool - Uncomfortable condition of patient during stool specimen collection process	To ensure legal aspect

Checklist of stool specimen collection technical procedure

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Check devices			
2	Prepare patient			
3	Let patient urinate and take urine separately.			
4	Let patient defecate on bed pan			
5	Use the stick for stool specimen collection and put on the lid			
6	In case of testing egg of pinworm: use the cotton bud, take the substances on anus interstice, put the cotton bud in the container and put on the lid.			
7	Early send specimen to laboratory			
8	Remove gloves, wash hand, tidy up devices			
9	Write down in medical record			

5. Sputum specimen collection

Sputum is excreted by the cells coated respiratory tract with daily minimal amount. Some respiratory diseases may cause increased amount or change of sputum characteristic. Sputum testing supports diagnosis and treatment of some diseases from bronchiolitis to lung cancer.

Sputum suction often use to collect sputum specimen when patient is not able to spit. Sometimes, sputum suction with strong pressure may cause cough, vomit, and contraction of muscles in throat, larynx, and bronchus. In addition, sputum suction may cause lack of oxygen and intracranial hypertension.

5.1. Types of sputum specimens

- Pathological test may detect ectopic cells or cancer cells
- Bacterial testing: direct smear for detecting bacteria or perform culture and sensitivity test

5.2. Changes of sputum characters:

- Colour
  + Yellow, green colour: infection status
  + Red brown colour: typical colour of pneumonia
- Smell:
  + Stinking: lung cancer.
  + Addle egg: infection due to aerobic microorganism

5.3. Some notices when collecting sputum specimen:

- Sputum specimen should be collected in early morning, after patient cleans his/ her teeth.
- Sputum specimen should be collected after eating 1 -2 hours
- If collect specimen for AFB testing, specimens should be collected in 3 days continuously. The result of sputum culture may be available up to 8 weeks

5.4. Technical procedure for sputum specimen collection

5.4.1. Assessment

- Check again physician's indications for sputum testing: amount of sputum, number of test, time and specimen collection method.
- Assessment of patient's understanding about purposes and procedures of sputum collection
- Assessment of the nearest eating time of patient or gastric tube feeding status. Perform the technique in 1 – 2 hours after patient eats
- Assess respiratory status of patient, respiratory frequency, characteristics, superficial or deep breathing, colour of skin and mucous
- Identify necessary measures to support patient in sputum specimen collection

5.4.2. Devices

- Sterile sputum container
- Sterile sputum suction devices and suction unit (sputum culture)
- Tube for containing sterile swab (if patient can not spit)
- Sputum container with cap
- Clean gloves and sterile gloves
- Oxygen system, (if necessary)

5.4.3. Steps of implementation

No	Implementation	Reasons
1	Check and rearrange device suitably	Convenient in performing skills
2	Prepare patients - Identify patient's name, inform and explain to patients, patient families - Suitable patient's posture - Instruct patient to breath normally during sputum suction to prevent too rapid breathing	Create good collaboration of patient Perform technique in convenient manner
3	Create privacy space for patient (close the door, curtain etc.)	
A. Sputum specimen collection by spitting		
1-3	Perform steps 1 – 3 above	
4	Explain and instruct patient how to cough and spit sputum.	Do not spit fluid in throat and saliva
5	Ask patient clean his/ her teeth and gargle the month by clean water	Toothpaste and mouthwash should not be used because they may change the result of culture
6	Wear clean gloves, keep container for sputum specimen collection and ask patient do not touch his/ her hand inside container	To prevent contamination from outside
7	Instruct patient to breathe deeply 3 – 4 times; remember to breathe slowly with full expiration. After full expiration, ask patient to cough, spit sputum strongly to the container	
8	Repeat again until collecting about 5 - 10 ml of sputum (not mixed with saliva)	
9	Cover the lid of container, clean the sputum if it is stained to outside by alcohol immersed cotton	
10	Give clean towel to patient in order to clean his/ her month	
11	Write down the name of patient on the specimen container	Wrong specimen will cause wrong diagnosis and treatment
12	Put specimens in special container and send to laboratory	Sputum specimen is collected properly, avoid super-infection
13	Remove gloves, wash hand, tidy up devices	To prevent infection
14	Let patient at comfortable and convenient posture	Patient is taken care and paid attention

15	Write down in medical record: - Date, time of sputum specimen collection - Nature, characteristic of sputum - Capacity for realizing procedure of patient	To ensure legal aspect
B. Sputum specimen collection by suctioning		
1-3	Perform steps 1 – 3 above	
4	Place patient at upper head position or semi Fowler position	To help the lung expand maximally and patient is able to cough
5	Wash hand, wear clean gloves on of inversion hand. Prepare suction device to ensure the machine in good operation	Well preparation of machine to aspirate sputum
6	Connect suction unit with sputum container	Facilitate sputum specimen collection
7	Wear sterile gloves on dominant hand	To avoid respiratory infection
8	Use sterile gloves to connect sterile catheter with elastic tube of suction unit	Put sputum directly to the specimen container
9	Gently insert the tip of suction tube through pharynx, endotracheal tube or tracheotomy site (not turn on suction unit)	Avoid damage airway until performance of procedure
10	Insert catheter in the trachea gently and quickly	Insert catheter in the trachea gently and quickly to limit patient's cough reflection
11	Ask patient cough, turn on suction unit in 5-10 seconds, take about 2 - 10ml of sputum	Ensure to collect sputum from bronchus. If suction is done over 10 seconds it will cause hypoxia and membrane damage
12	Withdraw catheter from sputum container and turn of suction unit	Suction unit may damage membrane during catheter withdrawal
13	Cover the lid of container, clean the sputum if it is stained to outside by alcohol immersed cotton	To avoid infection for person, who collect and process specimen
14	Remove suction tube with connector and perform disinfection	To reduce the risk of organism spread
15	Give clean towel to patient in order to clean his/ her month	Help patient feel clean and comfortable
16	Perform from steps 11 – 15 same as sputum specimen collection skill by spiting	

Checklist for technical procedure for sputum specimen collection

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not Achieve**	**Remark**
1	Check devices			
2	Prepare patient			
A. Sputum specimen collection by spiting				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Ask patient clean his/ her teeth and gargle the month by clean water			
4	Wear clean gloves, hold container for sputum specimen collection			
5	Ask patient cough strongly and spit sputum directly to the container			
6	Cover the lid closely			
7	Clean patient's mouth			
8	Write down the name of patient on specimen container			
9	Send to laboratory			
10	Remove gloves, wash hand, tidy up devices			
11	Place patient on comfortable posture			
12	Write down in medical record			
B. Sputum specimen collection by sputum suction				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Place patient on upper head position			
4	Wash hand, wear clean gloves at introversion hand. Connect suction unit with sputum container part			
5	Wear sterile gloves on dominant hand			
6	Insert catheter into trachea			
7	Ask patient cough, turn on suction unit for sputum specimen collection			
8	Withdraw catheter, turn off device			
9	Perform steps from 4.6 – 4.12 same as sputum specimen collection technique by spiting sputum			

LESSON TEST

1. Select the most correct answers

Question 1: Blood specimen collection to find malaria parasite need to be done by nurse when:

A. Before patient has fever

B. After patient has fever

C. During patient has fever

D. Specimen collection time is not important

Question 2: A diabetic patient who needs to undergo blood glucose test, which position for blood specimen will be collected by nurse:

A. Capillary blood sampling

B. Venous blood sampling

C. Arterial blood sampling

D. Capillary blood and Venous blood samplings

Question 3: Urinary culture for detecting bacteria, what kind of method should be done

A. Collect clean midstream urine

B. Collect midstream urine, ensure sterile devices for urinary specimen collection

C. Collect urinary specimen in 24 hours

D. Get urine through the catheter

Question 4: Patient A, 65 years old, 2 days recently, he has intermittent urination and complaints lower abdominal pain. When visiting hospital, physician makes diagnosis of urinary tract infection and indicates urine specimen collection for testing. Patient rejects specimen collection. Management of nurse at that time:

A. Report physician

B. No need to collect urinary sample and patient can be treated

C. Ask patient family try different ways to collect urinary sample

D. Explain clearly, precisely all necessary information and support patient if necessary

Question 5: Patient agrees to take urinary specimen but it is impossible to collect urine because he just urinated, no urine. Doctor allows collecting urine at home. Nurse instructs patient to sampling the urine, except:

A. Midstream specimen collection method

B. Patient has to drink a lot of water

C. Hygiene of genitalia before collecting specimen

D. After collecting specimen, keep in room temperature and bring immediately to the laboratory.

Question 6: The things patient need to do before taking sputum specimen, except:

A. Drinking much water

B. Exercise to cough and spit sputum

C. Taking sputum in early morning

D. It is possible to collect sputum mixed with saliva if there is not so much sputum.

Question 7: When collecting sputum, how much sputum should be collected:

A. 2-10 ml.

B. >10 ml.

C. Amount of sputum is not important

D. 30 ml.

Question 8: 4 years old patient suspected with TB infection. He does not know how to spit the sputum. Sputum collection method in this case is:

A. Comfort baby try to spit sputum

B. Waiting until having sputum

C. Collect pharyngeal fluid

D. Collect blood specimen

Scenario for practice

Scenario 1

Patient Nguyen Van M. 65 years old, he has a health check and current his status: body weight 80kg, height 1.65m, pulse 80 rates/ min, blood pressure 175/95 mmHg, body temperature 36.5^0C, normal eating. Mr. M is indicated by physician at Outpatient department to take fasting blood specimen collection.

Question:

1. Please tell your assessment about status of patient M?
2. Please communicate and explain to patient M. about purpose of blood collection for testing *(using role play method?)*
3. Perform blood specimen collection technique for patient M? *(perform on simulator or instructor select a patient in a clinical department who have indication for blood specimen collection)*

Scenario 2

A 25 years old female patient, she feels tired several days recently, little and dark urine, she did not take any treatment at home and admits in the hospital. She has history of glomerulonephritis treatment when she was a child. Patient's condition at admission time: normal physical status, conscious, tired. Vital signs: breathing: 18 rates/ min, pulse about 85 rates/ min, arterial blood pressure 160/95 mmHg, body temperature 37.1^0C. Patient urinates about 400 ml/day, dark yellow color, mild edema at eyelid, poor eating. Physician indicates urine specimen collection for testing. She feels really worry because of small amount of urine and she does not know how to collect urine.

Question:

1. Please tell your assessment about status of patient?
2. Please explain to patient to reduce her worry and understand the purpose of the technique? *(using role play method)*
3. Instruct patient the way of collecting urine specimen for testing? *(using role play method)*

Scenario 3

60 years old female patient admits hospital because of prolonged cough and sputum spitting. At present, patient is conscious, pale skin and membrane, vital signs: pulse: 85 rates/ min, body temperature 37^0C, blood pressure 120/80 mmHg, breathing 20 rates/ min; height 1m50, body weight 36 kg. Patient has cough and spits white and green sputum in the morning about 20 ml, she is tired, poor eating and sometimes has mild fever in the afternoon. She is indicated to collect sputum specimen collection for testing.

Question:

1. Please tell your assessment about status of patient?
2. Instruct patient the way for collecting sputum specimen for testing? *(using role play method)*

Scenario 4

Patient B, a female patient, 46 years old, her height is 156 cm, body weight is 43 kg, occupation: farmer. She has a history of mucus defecation and she often has abdominal pain and loss appetite, difficult digestion and visits hospital for examination. In order to make diagnosis, physician indicates stool specimen collection for testing.

Question:

1. Select the correct instruction of stool specimen collection:
   A. Stool specimen collection in the morning
   B. Take abnormal stool (viscous part…)
   C. Take any part of stool
   D. Take stool mixed with urine
2. Instruct patient to collect stool specimen for testing (using role play method)?

Answer

1. Select the most correct answer

Question 1: C	Question 2: D
Question 3: B	Question 4: D
Question 5: B	Question 6: D
Question 7: A	Question 8: C

2. Scenario for practice
   Scenario for practice

Competency based assessment checklist for Specimen collection for testing (blood, sputum, stool, urine)

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	Can do with support (1)	Cannot do or do wrong (0)
1	Perform blood specimen collection technique properly and effectively			
2	Perform urine specimen collection technique properly and effectively			
3	Perform stool specimen collection technique properly and effectively			
4	Perform sputum specimen technique properly and effectively			
5	Instruct patient/ patient family to collect some kinds of specimen (sputum, stool, urine) according to technical requirements			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *Guidance for practice of 55 basic nursing techniques, volume II,* Viet Nam Education Publishing House
2. Ministry of Health (2012). *Lecture on nursing skill,* Medical Publishing House, Ha Noi
3. The Ministry of Health (2007). *Basic nursing 2.* Viet Nam Education Publishing House
4. The Ministry of Health (2012). *Basic nursing 2.* Medical Publishing House, Ha Noi
5. www.benhvien103.vn

LESSON 12

HYGIENE CARE OF PATIENT

OBJECTIVES

1. Identify patients' needs of hygiene care (Competency: 1.1; 2.1; 2.2; 2.3; 3.1; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 6.1; 18.3)
2. Perform proper personal hygiene care of patients in accordance with correct procedures and actual situation of the patients (Competency 2.2, 2.3, 3.2, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1;6.2; 6.3; 16.3; 20.1; 20.4; 24.1; 25.1; 25.2)
3. Guide patients and their families to perform proper hygiene care of patients according to the needs of the patients (Competency 4.6; 4.9; 13.1; 14.1; 14.2; 14.3; 14.5)

CONTENTS

1. Introduction

When people are ill, their resistance to outside factors become weak, the risk of bacterial infection is higher than that of healthy persons. Hygiene care of sick people is a basic daily need, especially of the patients who are in bed for a long time, or limited in movement, and unable to take self-care. Poor personal hygiene can lead to bacterial infection through skin, mucosa, causing superinfection, negatively affecting the treatment. On the other hand, good personal hygiene helps strengthen body circulatory system, sweating and the body's resistance. The relationship between nurses and patients is also improved through hygiene care, and this helps nurses to detect abnormal signs of patients early and prevent complications due to poor hygiene.

Hygiene care of patients including:

- Oral care
- Shampoo
- Skin care (bathing)
- Clothing

2. Oral care

2.1. Common diseases in the mouth

- Candida fungal infection (Oral thrush)
- Inflammation of one or both corners of the mouth (Angular cheilitis)
- Throat ulcers

- Viral infection
- Epithelial carcinoma

2.2. Application

2.2.1. Normal oral care

Provide normal care to patients who are conscious but unable to move.

2.2.2. Special oral care

- Patients can drink water but cannot do it by themselves (due to high fever, serious disease ...)
- Patients cannot self-drink water (broken jaw bone ...)
- Unconscious patients
- Patients with mouth wounds

2.3. Principles of oral care

- Take oral care in parallel with introducing oral care techniques and benefits to the patient and their family.
- Brush teeth in vertical motions
- Follow a certain procedure to avoid missing any step.
- If the patient's mouth is too dirty and has much tartar on the tongue, use glycerine solution and lemon juice to clean the mouth and tongue, after 15-20 minutes, start to take oral care steps.
- For the mouth with injury, guarantee sterilization when taking care.
- For dentures, it is necessary to guide the patient/family with some cautions as follows:
  + After eating, remove and brush dentures gently and rinse clearly, avoid brushing the inside of the jaw (the side connecting with gum, and palate) to prevent abrasion of the dentures.
  + Eat liquid diet or soft food when starting the use of dentures.
  + Before going to bed, remove the dentures, soak them in a water cup with a lid, avoid leaving the dentures in a dry and hot place, avoid dropping the dentures because they can crack or break.
  + Every day, rinse the mouth thoroughly with saline or mouthwash solutions to care gums and palate.
  + Try to chew by both sides of the jaw to avoid any pain in jaw joints.
  + Avoid using toothpicks while wearing the dentures.

2.4. Oral care of some special patients

- Avoid dropping water into the respiratory system of the unconscious patient. Use a suction apparatus in the process of oral hygiene for the patient.

- Make oral assessment to the patient with diabetes. Oral hygiene techniques must be performed gently to avoid causing injuries in gums and oral mucosa.
- Use oral analgesic gel to help reduce the pain of the patient with oral infection during care.

2.5. Oral care procedure

2.5.1. Oral care (for patient without consciousness disorder)

No	Procedure	Reason
1	Prepare equipment: - Brush; toothpaste - Mouthwash: Mouthwash added Fluor or 0.9% sodium chloride solution. - Towels; Clean gloves - Tongue depressor; Warm water cup; kidney tray - Dental floss	Convenient to take care.
2	Identify, prepare for the patient - Inform, explain oral care techniques to the patient - Put the patient sitting or lying with his/her head on a pillow (30^0 - 45^0), his face turns to the side of the care provider.	- To help the patient understand and cooperate well. - To have a comfortable position for caring. - To avoid entering water in the lung.
A. Oral care with a toothbrush		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	Raise the bed and its side rails.	- To make the patient safe and comfortable.
4	Put a towel on the patient's chest.	- To prevent dirty water from pouring on clothes of the patient.
5	The nurse: dress as required Wash the hands Wear clean gloves.	- To reduce the risk of cross contamination
6	Wet the toothbrush, place toothpaste on the brush.	- To help spread evenly toothpaste on the teeth.
7	To brush teeth for the patient - Put the toothbrush at an angle of 450 from the gum surface so that the toothbrush touch and penetrate underneath the gum line. - Brush the inner and outer surfaces of the teeth from the gums. - Hold the toothbrush in parallel with the teeth and gently brush the chewing surface of the teeth.	- To brush all surfaces of the teeth to clean plaque and tartar. Remove food particles stuck between the teeth and on the chewing surface.

8	Instruct the patient how to brush their teeth properly (if the patient can brush his teeth by himself). Instruct the patient to place the brush at 45^0 angle, and gently clean the chewing surface and sides of the teeth.	- To help the patient brush the teeth by himself
9	Gargling: to instruct the patient to gargle carefully with water, then spit in a kidney tray. - Give mouthwash solution to the patient for gargle for 30 seconds.	- To clean the patient's mouth. - To remove plaque and prevent gum diseases
10	Assist the patient to wipe his lips and face	- To promote cleanliness and comfort for the patient.
11	Use dental floss to clean the teeth. - Put dental floss into the interdental area then pull up and down. - Explain to the patient/ his family about the effects of using dental floss daily.	- To remove plaque, prevent gum diseases and kill bacteria that cause tooth decay.
12	Help the patient to gargle with water, spit in the kidney tray.	- To remove plaque and tartar in the oral cavity.
13	Put the patient in a comfortable position, lower the bed.	- To create comfort and safety for the patient.
14	Dispose of equipment, and discharge dirty water, clean the toothbrush.	- To ensure hospital hygiene and safety - To prevent cross infection.
15	Wash hands as required	- To reduce microbial transmission.
16	Write records: The oral abnormalities of the patient: injury, bleeding, inflammation ...	- To manage performance of the procedure. - To monitor and manage the dental condition of the patient.
B. Oral hygiene for the patient with dentures		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	Pour warm water into a basin	- To brush and clean the dentures.
4	The nurse: dress as required Wash the hands Wear clean gloves.	- To reduce risk of cross infection.
5	Remove the dentures from the patient's mouth - Use gauze to pull down gently the upper jaw or lift up slightly the lower jaw. - Guide the patient to do by himself	- To remove the dentures from the patient's mouth easily

6	Check oral cavity: Place the dentures in a cup Use a pen torch and a tongue depressor to fully examine oral condition.	- To assess the oral mucosal moisture, the cleanness of the patient's mouth. To detect problems, bleeding or ulcers...
7	Use toothpaste or suitable hygiene solution to clean the dentures - Brush inside horizontally, outside and top of the false teeth. - Brush vertically to clean proximal surfaces and contact areas of the teeth Brush the upper jaw, then the lower jaw. Brush the upper jaw from top to bottom, while lower jaw from bottom to top.	- To clean the dentures effectively - To remove plaque from contact areas of the teeth
8	Ask the patient to gargle Clean the dentures with warm water	- To clean the mouth and remove food particles from the false teeth
9	Put the dentures back into the patient's mouth firmly; Ask the patient if it is comfortable and fit.	- To make the patient feel comfortable with the dentures
10	Some patients do not want to use the dentures (when not needed). The nurse should put the patient's dentures into a cup of warm water, leave the cup in a safe place, write down the name, age of the patient, number of the patient's room and bed.	- To prevent loss
11	Dispose of equipment, and discharge dirty water, clean the toothbrush Remove dirty gloves	- To ensure hospital hygiene and safety - To prevent cross infection.
12	Wash hands as required	- To reduce microbial transmission.
13	Write records: Oral abnormalities of the patient: injury, bleeding, inflammation ...	- To manage performance of the procedure. - To monitor and manage the dental condition of the patient.

Checklist of the procedure for oral care(for patient without consciousness disorder)

No	**Steps**	**Achievement level**		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Prepare and check equipment			
2	Prepare for the patient			

A. Oral care with a toothbrush				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Raise the bed and its side rails.			
4	Put a towel on the patient's chest.			
5	Wash the hands Wear clean gloves.			
6	Wet the toothbrush, place toothpaste on the brush.			
7	Give the toothbrush to the patient and instruct him to brush his teeth by himself			
8	Brush the patient's teeth if he cannot do it by himself			
9	Help the patient gargle and spit in a kidney tray			
10	Clean the mouth of the patient			
11	Help the patient use dental floss to clean his teeth			
12	Help the patient gargle carefully with water and spit in a kidney tray			
13	Put the patient in a comfortable position			
14	Remove equipment			
15	Wash hands as required			
16	Write records			
B. Patients with dentures				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Pour warm water into a basin			
4	Wash the hands; Wear clean gloves			
5	Remove the dentures from the patient's mouth, place dentures in a cup			
6	Use a pen torch and tongue depressor to fully examine oral condition			
7	Use toothpaste or suitable hygiene solution to clean the dentures			
8	Clean the dentures with warm water			
9	Put the dentures back into the patient's mouth, or put in a cup with warm water			
10	Dispose of equipment			

11	Wash hands as required			
12	Write records			

2.5.2 oral care (for patient with consciousness disorder)

No	Procedure	Reason
1	Prepare equipment *and others such as follow* - Mouth gag; gauze - Glycerin solution; Lemon juice; Vaselin	To ensure comfortable oral hygiene process.
2	Prepare for the patient - Explain the procedure to the patient's family - Lower the head of the patient on the bed with his face turns toward the care provider (if possible)	- The patient's family is ready to cooperate. - To prevent water from entering in the lung of the patient
3	The nurse: Dress and wash hands properly, wear clean gloves	- To reduce the risk of cross infection
4	Place a towel under the patient's chin Keep the kidney tray under the patient's cheek	- To prevent water from wetting the bed - To use the kidney tray to get the patient's vomit and secretion
5	- Keep the patient's mouth open: Use tongue depressor/mouth gag - Teeth cleaning: use NaCl 0.9% solution or mouthwash with gauze, brush the upper and lower jaws, inner, outer and chewing surfaces of the patient's teeth. Brush the upper jaw from top to bottom, the lower jaw from bottom to top	- To clean the false teeth; Remove materials from interdental areas.
6	Clean the palate, tongue. Use a cleansing cloth to clean the patient's mouth	- To clean the tongue and palate
7	Use glycerin gel, lemon juice for the oral mucosa, gums and Vaseline for the lips	- To avoid lips and oral mucosa from becoming unmoistured
8	Dispose of equipment and wash hands - Take the towel from the patient, clean the kidney tray; remove gloves, wash hands	- To kill bacteria on hands, prevent cross infection
9	Write records: - Time of taking oral hygiene - Oral abnormalities of the patient: injury, bleeding, inflammation,...	- To manage performance of the procedure. - To monitor and manage the dental condition of the patient.

Checklist of the procedure of oral care (for patient with consciousness disorder)

No	Steps	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Prepare equipment			
2	Prepare for the patient			
3	The nurse needs to wash hands and wear clean gloves			
4	Place a towel under the patient's chin Keep the kidney tray under the patient's cheek			
5	Open the patient'mouth; Clean the patient's teeth			
6	Clean the palate			
7	Use glycerin gel, lemon juice and vaselin			
8	Dispose of equipment and wash hands - Take the towel from the patient, clean the kidney tray; - Remove gloves, wash hands			
9	Write records			

3. Wash patients' hair

3.1. Some common diseases and injures in hair and scalp

- Dandruff
- Lice
- Hair loss

3.2. Shampoo and not shampoo

- Shampoo all patients who stay in the bed for a long time, do not wash their hair by themselves
- Do not shampoo patients who have:
  + High fever, delirium or convulsions
  + Acute pain, respiratory failure
  + Suffered from cardiovascular collapse, abnormal blood pressure, increased intracranial pressure

3.3. Principles of shampooing the patient

- Avoid getting cold for the patient.
- Avoid entering soapy water in the eyes and ears of the patient.
- Use vaseline gauze for the patient with a wound in his head. Wash his hair then take care of the wound.

- Avoid shaking the head of the patient while washing, help the patient feel comfortable, and safe when lying for shampoo.
- If the bedspread or clothes of the patient is wet, replace it immediately after washing.

3.4. Practical procedure for washing patients' hair in the bed

No	Procedure	Reason
1	Prepare necessaries: - Shampoo; Warm water; a thermometer - Waterproof cotton, towels, - Safety pin - Hair washing tray - Dirty water container - Comb - Clinical waste bag - Hair dryer	Convenient to take care
2	Prepare for the patient: Inform and explain the hair washing procedure for the patient/ his family	The patient understands and cooperates well
3	Turn off the fan, close the door, and the curtains	To ensure privacy for the patient and to avoid drafts
4	The patient's posture Put the head of the patient at lower posture than his shoulders, put a nylon covered pillow under his shoulders, wrap a towel around the patient's neck and nape, and fix this with a safety pin. Put patient's head laying in the hair washing tray (a towel under the tray)	- To avoid wetting - To use a towel for the hair after finishing shampoo
5	Use a small towel to cover the patient's eyes and put cotton plugs into ears of the patient	- To protect the eyes of the patient while undertaking shampoo. - To avoid water coming into the ears of the patient.
6	Comb the patient's hair smoothly from the root to the end (divide into small parts to comb if the hair is long). Use vaseline gauze to protect the wound in the head before washing	- To help comb hair easily after washing - To avoid dirty water in the wound

7	- Wet the patient's hair - Rub a small amount of shampoo in to the patient's hair - Use fingertips to rub the head of the patient (avoid scratching and shaking the patient's head) - Rinse the hair with warm water and repeat the stage until all of the lather from shampoo has been washed away	 - To wet the hair and scalp of the patient - To massage the head to improve blood circulation in the scalp - To make the patient feel comfortable - To clean hair and scalp
8	- Remove the cotton ear plugs, remove the eye cover, pull the towel in the patient's neck to wrap the hair. - Remove the washing tray, ensure the patient is in the comfortable posture in the bed - Use a towel and hair dryer to dry the hair - Comb the hair, braid the patient's hair (if necessary).	- Avoid wetting pillows - Make the hair dry after shampooing, avoid getting cold for the patient
9	Measure the amount of hair loss, assess the condition of the hair and the scalp	- To detect early diseases of the hair and scalp
10	Dispose of equipment Wash hands as required	- To ensure hygiene and safety - To avoid the risk of cross infection
11	Write records: - The condition of the patient's hair - Problem areas in the scalp: position, and situation - Cooperation and satisfaction of the patient/family	- To monitor and manage patients - To record the progress of patients to provide continuing care

Checklist of the procedure for washing patients' hair in the bed

No	Steps	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Prepare equipment			
2	Prepare for the patient			
3	Turn off the fan, close the door, and the curtains			
4	Put the patient's head in to the washing tray			

5	Use a small towel to cover the eyes and use the cotton ear plugs			
6	Comb the hair from the root to the end			
7	Wet the hair Rub shampoo in to the hair and wash the head Rinse the hair to remove all of lather from shampoo			
8	Ensure the patient is in the comfortable posture in the bed, dry the hair with a clean towel and a hair dryer			
9	Measure the amount of hair loss, assess the condition of the hair and the scalp			
10	Dispose of equipment; write records			

4. Skin hygiene (bathing) for patients

4.1. Bathing types and application

- *Bath with water*
  - + Full-body bathing in the bed: for patients who stay in bed all time due to broken bones, paralysis, coma, surgery ...
  - + Partial bathing in the bed means bathing some parts of the patient's body such as hands, face, armpits, and perineal area that are likely to cause discomfort, superinfection if not bathed. The bathing is used for patients who are weak but still able to carry out partially their own hygiene needs or with the nurses assisting as require.
- *Waterless bath:* A bath with a solution without water

  To support for patients who are unable to have a normal bathing in a tub or a shower, but they can regularly clean their bodies easily and comfortably, preventing the growth of harmful microorganisms on their skin.
- *Tub bath:*
  - + The patients sit or lie in the tub.
  - + For patients who can bathe by themselves but still need the support of the nurses.
- *Shower bath:*
  - + The patients sit or stand under the flows of water. A shower bath can make the patients feel cleaner.
  - + For all patients who can bathe independently without the support from the nurses.

4.2. Do not apply for

- The patients in serious situations
- The patients with multiple wounds

4.3. Principles of skin hygiene

- Ensure privacy for the patient during bathing.
- Provide skin care in the order of priority of the patient.
- Avoid getting cold for the patient
- Check water temperature before bathing the patient, use low pH soaps.
- Ensure safety for patients: elderly people should bathe too carefully because their skin becomes dry. Do not take a bath with hot water after dinner to avoid heart attack or bleeding in the brain...
- Consider the patient's cultural needs of bathing.
- Consider the patient's habits of personal hygiene, using hygiene products and appropriate time for daily personal hygiene.

4.4. Practical procedure for bathing a patient

No	Procedure	Reason
1	Prepare equipment: - Washbowl with warmwater - Thermometer - Gauze sponges - Kocher forceps - Soap / shower gel - Towels - Clean clothes - Covering clothes - Bedspread - Nylon sheets - Bath mat - Clean gloves - Bedpan - Curtains	Convenient to perform
2	Prepare for the patient - Inform and explain to the patient/his family the need of bathing. - Guide the comfortable position of bathing to the patient - Offer toileting (if necessary)	The patient understands and cooperates well
A. Assist the patient to bathe in a tub or with a shower (identify the possibility of patient's self-care)		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	Prepare a safe bathroom: - Check the cleanliness of the shower, bathtub. - Place a mat in the bathtub	- To prevent the risk of slipping or falling due to the slippery tub
4	Display "in use" sign on the bathroom door.	- To ensure privacy for the patient
5	Assist the patient as needed in bathing. Assist the patient to put on his bathrobe and slippers in the bathroom.	- To avoid falling - To avoid getting cold

6	Instruct the patient on how to use the signals when they need support and help. Instruct the patient on how to use bath tools: hot / cold faucets	- To take precaution of incidents - To avoid hurt the patient (skin burning due to hot water)
7	Adjust the water temperature	- To prevent skin burning or to avoid getting cold
8	Guide the patient to use grab bars in the bathroom. Warn the patient not to use the bath oil in the tub because it can make the surface of the tub slippery.	- To prevent the risk of slipping and falling
9	Ask the patient not to stay in the tub for more than 20 minutes. Check the safety of the patient every 5 minutes.	- Soaking the body in warm water for a long time can lead to vasodilation and circulatory stasis, cause the patient become dizzy or faint.
10	The nurse comes back to the bathroom when receiving the signal of the patient and knock the door before entering.	- To ensure privacy for the patient.
11	For the weak patient, it is necessary to drain out all water before the patient gets out of the tub, assist the patient to get out (if needed).	- To prevent the patient from falling
12	Cover the patient with a towel and help dry the body of the patient	- To avoid getting cold
13	Assist the patient to wear clean clothes, slippers and cover the patient with a dry towel	- To keep the body of the patient warm
14	Assist the patient to return to bed, lie or sit in a comfortable position	- To provide relaxation after bathing
15	Clean the bathtub or shower. Dispose of equipment	- To reduce the risk of microbial transmission
16	Wash hands	- To reduce the risk of microbial transmission
17	Observe the patient's condition of skin, pay attention to existing pains or problem areas	- To assess the cleanness of skin and skin condition after bathing
18	Assess the comfort and feeling of the patient	- To assess the effectiveness of bathing
19	Write records: - Date and time of bathing. - Water temperature, bath gel or soap, bathing time. - The condition of the patient's skin before and after bathing. - The health status of the patient before, during and after bathing. - Name of the nurse.	- To monitor the progress of the patient's health - To record the progress of the patient to support for continuing care

B. Bathe the patient in the bed		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	Turn off the fan, close the door and the curtains	To avoid getting cold for the patient, ensure the patient's privacy and do not affect other patients.
4	The nurse washes her hands as required or quickly cleans hands with sanitizer solution, wears clean gloves	- To reduce the risk of microbial transmission
5	Lower the bed side which near to the nurse, assist the patient to stay nearby the nurse. Adjust the patient's bed in the appropriate position	- To avoid the patient falling when changing positions. - To help the nurse easily and smoothly bathe the patient.
6	Replace the covering cloth for patients. Check the temperature of the water.	- To prevent dirty materials in the old cloth from the patient after bathing - To avoid getting cold for the patient
7	Collect dirty bedding as regulated	- To minimize the transmission of microorganisms.
8	- Undress the patient (start with the side is free for movements then the side in restricted condition) - Put a towel under the patient's head.	- To help remove clothes for the patient easily and avoid further hurting the patient. - To avoid wetting the bedspread.
9	Wash the patient's eyes: - Use warm water, do not use soap. - Wrap a hand of the nurse with a towel to form a washing mitt. Dip it into water and squeeze it well. Use the two upper corners of the washing mitt to clean the patient's eyes. Wash from the head of the eyes to the end. Use a warm towel to wash away scales in the eyelids. Moisten the scaly areas with the warm towel for 2-3 minutes and then clean the areas. Dry eyes gently.	 - Soap can cause the patient's eyes irritation - The washing mitt can keep moistness and warmness for longer time than a towel. The edges of the towel are prevented from rubbing the patient's eyes, and prevent water from dropping on the patient's covering cloth or on the bedspread. Washing the eyes from the head to the end helps prevent substances from entering the lacrimal glands. Avoid strong washing because it can cause inside damage of the patient's eyes.

10	***Wash and dry forehead, cheeks, nose, neck and ears.*** (shaving if needed) After using cleanser, wash the face of the patient with clean water	- To clean the face, neck and ears of the patient - To promote comfort of the patient
11	***Wash the forearms of the patient:*** - Arms and forearms: Uncover the patient's forearms, put a nylon sheet and a towel under the forearms. Wash the forearms from wrists to the armpits with a towel, warm water, soap/ shower gel, then clean again with water and dry (same steps for both forearms). - Two hands: Cover the bed with a nylon sheet then put a basin of water on the bed to wash the hands and fingers (from wrists), then dry hands.	- To avoid wetting and making the bed dirty - To clean hands - To promote circulation
12	Change water, check the temperature of the water.	To provide clean water, the suitable temperature for the patient.
13	***Wash the chest*** - Uncover the chest, abdomen, and armpits. - Cover the abdomen, and chest with a towel - Lift up the towel by one hand while another hand carries out washing the chest and armpits of the patient (be careful with the chest skinfolds) - Dry the patient's chest and cover it with a towel.	- To reveal bathing area - To ensure privacy and keep warm for the patient. - To clean the chest area - To ensure privacy and keep warm for the patient.
14	***Wash the abdomen*** - Lift up the towel by one hand while another hand carries out washing the abdominal and umbilical areas (pay special attention to the skinfolds in the areas). Clean one side, then move to another side in the direction of the abdominal muscles. - Dry the abdominal and umbilical areas with a clean towel and cover the areas with a cloth	- To clean the abdomen - To ensure privacy and keep warm for the patient.

15	***Wash the legs*** - Bathe the patient's legs: uncover the legs of the patient, put a nylon sheet and a cotton towel under the legs, use a cleansing cloth to wash from ankles to groins with warm water and soap / shower gel, wipe again with clean water and dry the legs (same steps for both legs) - *Bathe the patient's feet:* place the nylon sheet and a basin of water on the bed, put each foot in the basin and rinse the foot and toes. - Dry the feet and change the water.	- To clean the feet of the patient - To make the patient feel comfortable - To avoid getting cold
16	***Wash buttocks and back*** - Assist the patient to prone or lie on one side. Place a towel under the patient's buttocks - Uncover buttocks (to ensure privacy for the patient). Bathing from the waist up to the shoulder, then from the waist to the buttocks with warm water, soap/shower gel, wipe with clean water, dry the area (pay attention to the folds in the area of buttocks and anus).	- Convenient for bathing the back and buttocks - To clean the buttocks and the back - To make the patient feel comfortable - To clean the folds of the buttocks and anus, which containing bacteria and retaining feces, urine.
17	Change water, wear clean gloves	- To prevent hand infections and to avoid carrying substances excreted by the patient's body.
18	***Genital hygiene*** - *The patient cleans by himself:* + Assist the patient to lie on his back + Cover the patient's body with a towel + Uncover the genital area + Assist the patient to wash by himself - *The patient cannot wash by himself:* + Place the nylon sheet and a bedpan under the patient's buttocks + Uncover the perineum of the patient + The male patient: Lift up the penis slightly with gauze, wash the glans and the penis. Clean the foreskin carefully. + The female patient: Leave the patient on her back and legs.	- To ensure privacy for the patient - Some patients with partial bathing ability often prefer to wash their genitals by themselves. - To prevent water discharge from making the bed dirty - Convenient to proceed - To eliminate dirt and bacteria in the folds.

	Use forceps and gauze sponges to clean the folds thoroughly, wash from front to back, from outside to inside (do not do the opposite), rinse the area under the flows of water, apply soap/skin cleaning solution, wash again with water (every washing must replace the new gauze) and finally rinse the anus and dry the area of the perineum. - Remove the bedpan	- To make the patient feel comfortable
19	Remove gloves	- To prevent cross infection
20	Apply lotion or cream for the patient (if he asks it)	- Moisturize the skin, prevent skin become dry, cracked
21	Assist the patient to wear clothes. Brush the patient's hair	- To make the patient feel comfortable.
22	Write records: - Date and time of bathing. - Water temperature, the type of lotion, bathing time. - The condition of the patient's skin before and after bathing. - The health status of the patient before, during and after bathing. - Name of the nurse.	- To monitor and manage patients - To record the progress of patients to provide continuing care

Checklist of the procedure for bathing a patient

No	Steps	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Prepare and check equipment			
2	Prepare for the patient			
Assist the patient to bathe in a tub or with a shower				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Prepare a safe bathroom			
4	Display "in use" sign on the bathroom door			
5	Assist the patient to put on his bathrobe and slippers in the bathroom			
6	Instruct the patient on how to use bath tools: hot / cold faucets			

7	Adjust the water temperature			
8	Ask the patient not to stay in the tub for more than 20 minutes			
9	The nurse comes back to the bathroom when receiving the signal of the patient			
10	Assist the patient to get out of the tub			
11	Cover the patient with a towel and help dry the body of the patient			
12	Assist the patient to wear clean clothes, slippers			
13	Assist the patient to return to bed, lie or sit in a comfortable position			
14	Dispose of equipment			
15	Assess the comfort and feeling of the patient			
16	Write records			
Bathe the patient in the bed				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Turn off the fan, close the door and the curtains			
4	Wash hands and wear clean gloves			
5	Adjust the patient's bed in the appropriate position			
6	Replace the covering cloth for patients Check the temperature of the water			
7	Collect dirty covering cloths as regulated			
8	Undress the patient Put a towel under the patient's head			
9	Wash the patient's eyes with warm water			
10	Wash and dry forehead, cheeks, nose, neck and ears			
11	Wash the forearms of the patient			
12	Change water, check the temperature of the water.			
13	Wash the chest of the patient			
14	Wash the abdomen of the patient			
15	Wash the legs of the patient			
16	Wash buttocks and back of the patient			
17	Change water, wear clean gloves			

18	Genital hygiene for the patient			
19	Remove gloves, and dispose of equipment			
20	Assist the patient to wear clothes.			
21	Write records			

LESSON TEST

1. Choose the best answer:

Question 1: Purpose of hygiene care of patients:

A. Reduce the risk of hospital infection
B. Promote the comfort of the patient, and prevent infection
C. Prevent complications
D. Support treatment of diseases

Question 2: Before bathing for the patient in bed, the nurse must:

A. Explain the procedure to the patient for his consent
B. Prepare necessary equipment as needed
C. Identify the patient's overall condition
D. Explain the overall condition to the patient

Question 3: Take oral care of unconscious patients, special attention should be paid to:

A. Avoid water entering in the lung
B. Clean all surfaces of the teeth
C. Clean the tongue and palate
D. Apply aseptic techniques

Question 4: Apply bed shampoo to the patient who has

A. Brain injury causing increased intracranial pressure
B. High fever
C. Broken thighbone
D. All hospitalized patients

Question 5: Not bathing the patient with

A. Broken forearm
B. Paralysis
C. Dermatitis
D. Shock

Question 6: Not apply bed shampoo to the patient who has

A. High fever, delirium or convulsions
B. head injury
C. Acute pain, respiratory failure
D. Cardiovascular collapse, abnormal blood pressure, increased intracranial pressure

Question 7: Procedure for bed bathing for patients:

A. Forearms, legs, chest, abdomen, back and buttocks
B. Chest, abdomen, forearms, legs, back and buttocks
C. Forearms, chest, abdomen, legs, back and buttocks
D. Forearms, chest, abdomen, back, buttocks, and legs

2. Case study

Case 1

The patient Nguyen Thi A, 76 years old, had a stroke, suffering from paralysis in the left side of her body. She has taken hospital treatment for ten days, now she is the stable condition. The nurse identifies the appearance of scaly patches on the skin; long nails and toenails; oily scalp, dirty hair.

Question:

1. Identify and determine care services for the patient A?
2. Provide appropriate hygiene care interventions for the patient A?
3. Perform hygiene care for the patient A: shampooing at bed, supporting for oral hygiene, assisting to have a bath tub or shower *(playing role of assumed patients in assumed situations)*

Case 2

Ms. Le Thi N., 42 years old, a tailor; She had a traffic accident that broke her right leg bones. She had surgery after 4 days in the hospital. Current situation: the patient is awake and some facial wounds is healing. She wants to take a bath and wash her hair.

Question:

1. As a nursing care provider, please choose the appropriate way to care of the patient N?
2. Describe and explain which contents of nursing care to help Ms. N., which contents the nurse guide the patient to take selfcare?

Case 3

Mr. Nguyen Van Nam, 50 years old, suffered from pains in the lumbar spine III-IV and spinal cord injury. He has been treated at the Neurology Department for 6 days. At the moment, Mr. Nam has suffered from pneumonia due to prolonged lying.

Question:

1. What should the nurse pay attention to perform oral hygiene for Mr. Nam?

2. Mr Nam does not want to brush his teeth after meals because at home he did not have the habit of brushing, only using toothpicks and rinsing his mouth after eating. What should the nurse do before taking oral care of the patient? *(present in details)*
3. When the nurse is providing oral hygiene to Mr Nam, he says that he has difficulty in breathing and feels uncomfortable; How will the nursing care provider handle?
4. Clean eyes, face, neck, ears for the patient *(perform on assumed patients or situations)*

Answers

1. Choose the correct answer

Question 1: B
Question 2: D
Question 3: A
Question 4: C
Question 5: D
Question 6: B
Question 7: C

Competency based assessment checklist for Hygiene care of patient

No	Practice	Achievement level		
		Can do independently (2)	**Can do with support (1)**	**Can not do or do wrongly (0)**
1	Identify the needs of the patient on hygiene care			
2	Perform oral care techniques under the proper procedure in accordance with the patient's condition.			
3	Perform bathing techniques under the proper procedure in accordance with the patient's condition.			
4	Perform shampooing techniques under the proper procedure in accordance with the patient's condition.			
5	Guide the patient/his family to take selfcare in accordance with the needs of the patient.			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *Guide to practice 55 basic nursing techniques, Volume I,* Education Publishing House, Vietnam.
2. Ministry of Health (2012). *Lectures on nursing skills,* Medical Publishing House, Hanoi.

LESSON 13

PATIENT MOVEMENT SUPPORT

OBJECTIVES

1. Identify patient, select means of transport in accordance with techniques of patient moving assistance (Competency 1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 3.1; 4.1; 4.3)
2. Perform / coordinate implementation of techniques supporting patients with moving that ensure proper procedure and safety (Competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 5.1; 6.1; 6.2; 8.1; 8.2; 15.2; 16.3; 18.3; 20.1; 24.1; 25.2)

CONTENT

1. Introduction

Movement of the body is a combination of musculoskeletal system and nervous system to maintain balance of the body when lifting, folding, moving, carrying out daily activities and enabling human to perform activities without effort of the muscles.

The level of movement has a great influence on physiology and development process of each individual. When the level of movement is limited, many functional systems in the body will be at risk of impairment. Poor mobility may lead to changes in function of cardiovascular system, decline in normal metabolic function, increase risks of pulmonary complications, tumor growth and changes in the urinary system. The severity of mobility decline depends on the age, health status, diet and level of immobility that the patient has previously experienced. These adverse effects are more influential in the elderly patients suffering from chronic diseases than younger patients.

Nurses often take care of patients in a state of inactivity or limited movement, thus playing an important role in taking care of posture, moving patients safely, and minimizing the risks caused by immobility or movement restriction. Maintaining the -functional posture, applying a technique of rotating and moving patient safety will help the patient being active in movement and also not hurt the nurse during nursing care.

Skills to support patients for moving include:

- Carrying the patient.
- Moving the patient from bed to stretcher and vice versa.
- Transporting the patient by wheelchair, stretcher or brancard.
- Moving the patient stretcher into / out of car.

2. General principles to move patients

- Only move the patient when indicated, and the time and date of moving must be recorded. Must bring full documents, medical records to hand over the patient to the receiving place.
- When moving, make sure to be gentle and careful, especially for those who are seriously ill, such as cardiovascular disease, patient after surgery, patient with spinal fractures, patient with broken femur... to avoid for patient from pain and from more being annoyed.
- Must prepare documents in advance when moving patient from this department to another department, taking them for testing, radiography… In case of moving to another room, it is required to inform the related department to prepare bed for patient.
- When moving, patient must be covered with blanket or cloth and protected from rain and sunshine.
- When moving patient by stretcher, trolley,.., cushion for patient is required.

3. Application

All seriously patients who cannot move by themselves (move patients from one department to another, the elderly, the disabled ...) as directed by the doctor.

4. Techniques for supporting to move patients

4.1. Identification

- Whole conditions of patients: perception, vital signs (stability of pulse, blood pressure)
- Muscle strength (two legs, two arms)
- Action of joints and muscle systems
- Medical condition:
  + Vertigo, dizziness, postural hypotension ...
  + Paralysis or no movement (spasticity or weakness of the muscle)
  + In case of fracture or amputation
  + Acute or chronic disease
- Endurance level: pain, discomfort
- The degree of fatigue in moving
- Symptoms that are dangerous to the lives of patients
- Keep the balance while sitting on the bed or at the bedside: being tend to swing or fall to one side
- Risk factor:
  + Risk of falls when moving: people with neurological diseases, weak mobility, osteoporosis, cognitive disorder, vision disorder and balance changes.

+ Risk of shock, fainting when moving.
+ Risk of injury
+ Risk of displacement of transmission system and drainage system ...

4.2. Equipment

- Transportation means:
  + Car
  + Stretcher or brancard
  + Chair
  + Hand wheelchair
  + Bed
  + Patient moving devices
  + Slider board
- Prepare emergency medicine and tools depending on the state of the patient
- Personal items: Drinking water, drinking cup, pot, basin, spittoon ...
- Nylon against rain, blanket, pillow

4.3. Procedure

4.3.1. Helping patients get up and get out of bed

- Applicable to cases where the patient has lain for a long time, after surgery as directed by the doctor.

No.	Implementation steps	Reason
1	***Preparation of patient***	
	Patient gets dressed, not let the patient get cold.	To keep the patient warm.
	Explain for patient and the patient's family to understand clearly reasons for sitting up and getting out of bed.	To put the patient and the family at ease. The patient, the family know the benefits and cooperate well with the nurse.
	Remind the patient and the family members what is needed.	
Helping patient get up and get out of bed		
2	Check the records, observe the patient's condition to make sure the patient could get out of bed.	To avoid postural hypotension.
3	*Helping patient sit upright in bed*	
	The patient lies on his back, one arm of the nurse is placed under patient's shoulder to support his/her neck and spine, the other arm against the bed surface then help the patient sit up gently by pushing the arm on the bed surface.	To make sure the patient gets up safely.

4	*Helping patient get out of bed*	
	The patient is close to the bedside, turn the patient to the side facing the nurse.	To prepare patient to slowly move to the edge of the bed and prevent falls.
	The nurse stands opposite, near the patient's hips, legs spread out and one leg near the top of the bed. One arm placed under the shoulder lifts head and neck, one arm supports the thigh for the legs to hang down on the bed. Observe facial expressions, count pulse, ask patient, have the patient warmly get dressed.	The position of the firmly standing nurse with centre of gravity towards the patient to maintain balance while moving.
	Support the patient to stand up, the nurse's left hand rests on the patient's left armpit, the right arm slips through the hips, hold the patient for walk. After walk, take the patient back to bed, let him lie comfortably. Observe the situation of patient.	To help patient movement safely.
5	*Carrying the patient from bed to chair*	
	The nurse stands in front of patient, one leg in front of the other, two hands rest on patient's armpits, the patient put his/her hands on the nurse's shoulder (if there is no contra-indication, the patient can lean his/her arms when standing up).	To help patient balance blood pressure and reduce the risk of dizziness or fainting when the patient moves to the chair.
	The nurse slightly bend over to take the patient out of bed, turn to place the patient on the chair.	To make sure the nurse moves in the same direction as the patient.
	Let patient sit comfortably. Observe the situation of patient.	Let patient sit comfortably. Observe the situation of patient.

Technical Checklist for supporting patient get up and get out of bed

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Identify patient			
2	Prepare equipment and means			
3	Check records			
A. Helping patient stay upright in bed				
1-3	Perform steps 1 – 3 above			
4	The patient lies on his/her back			
5	The nurse places one arm under the shoulder to support the neck and cervical spine, the nurse's other arm leans against on the bed surface.			

6	Support patient to sit up gently			
B. Carrying patient get out of bed				
1-3	Perform steps from 1 – 3 above			
4	The patient is close to the bedside, turn the patient to the side facing the nurse.			
5	The nurse helps the patient sit up with the legs hanging down on the bed.			
6	Observe facial expressions, count pulse, ask patient, have the patient warmly get dressed.			
7	Help the patient stand up, carry him for walk.			
8	After walk, take the patient back to bed, put him lie comfortably.			
9	Observe the situation of patient.			
C. Moving patient from bed to chair				
1-3	Perform steps from 1 – 3 above			
4	The nurse stands in front of the patient, one leg in front of the other, two arms assist the patient's armpits.			
5	The patient put his/her arms on the nurse's shoulder.			
6	The nurse slightly bend over to take the patient out of bed, turn to place the patient on the chair.			
7	Let the patient sit comfortably.			
8	Observe the situation of patient.			

4.3.2. Moving patient from bed to stretcher

Applicable to patients who move to another department/room, the elderly, patients with paralyzed legs, patients with broken legs.

No.	Implementation steps	Reason
1	***Preparation of patients***	
	The patient gets dressed well, not leave him cold while moving.	To keep the patient warm.
	For the patient with bone fractures, burn, severe injuries that need to be bandaged, fixed with a front brace to limit pain, prevent shock - faint while moving.	To prevent shock-faint.
	If the patient is under infusion due to the fact that the patient has just completed surgery or post-operation, the related infusion item must be carried while moving.	

	Explain to the patient and the family to understand the reasons for the change of department/room.	To leave the patients and their families at ease. The patient, the patient's family know the benefits and cooperate well with the nurse.
	Remind the patient and the family members what is needed.	
	Before moving, patient must be identified and re-examined carefully.	To apply appropriate transfer method.
A. Moving patient from bed to stretcher		
1	Perform step 1 above	
2	Lock the wheels and bed carefully.	To ensure safety for patient.
3	Position the stretcher parallel at least 1m away from the bed or place it perpendicular to the bottom or top	
4	*Supporting patient with 2-3 nurses*	
	The strongest and highest nurse stands at the head of the patient: - The first person supports the patient's neck, shoulders and back; - The second person supports the patient's waist and buttocks; - The third person supports the patient's thighs and legs;	
	On the count of three, lift the patient up, hold him/her against the chest.	To ensure safety for patient.
	Turn half way to gently place the patient on the stretcher.	
5	*Stretcher is placed parallel and close to bed* With 2 persons or 4 persons (patient lies on the rubber drawsheet)	
	One person stands on the side of the stretcher, one person on the other side of the bed.	It is convenient for the nurse to easily carry out movement of patient.
	Both roll the drawsheet in hand to keep the heaviest parts.	To ensure safety for patient.
	A person lifts the patient slowly onto the stretcher.	
B. Moving patient onto handy stretcher		
1	Perform step 1 above	
2	Two persons carry top and bottom of stretcher respectively, stand close to the patient' bed, position surface of stretcher alongside edge of bed.	

3	Two or three nurses stand close to the bed at the same side with the nurse carrying the stretcher, lift the patient up from the bed surface, and step back together.	
4	Two nurses who are carrying stretcher quickly place the stretcher to keep the patient.	
5	All three nurses gently place the patient on the stretcher.	
C. Moving patient from bed to stretcher by slider board		
	The slider board creates a flat surface under the patient so the nurse must least bend his back, thus ensuring safety for patient and nurse.	
		

Technical checklist on patient moving support from bed to stretcher

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Identify patient			
2	Prepare equipment and means			
A. Moving patient from bed to stretcher				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Lock the wheels and the bed			
4	Position stretcher parallel at least 1m from the bed			

Helping patient with two-three nurses				
1-4	Perform steps 1 – 4 above			
5	- The first person supports the patient's neck, shoulders and back; - The second person supports the patient's waist and buttocks; - The third person support the patient's thighs and legs;			
6	On a count of three, lift the patient up and hold him against their chest.			
7	Turn a half of round to gently place the patient on the stretcher.			
Stretcher is placed parallel and close to bed				
1-4	Perform steps 1 – 4 above			
5	One person stands on the side of the stretcher, one person stands on the other side of the bed			
6	Both roll the drawsheet in hand to keep the heaviest parts.			
7	A person lifts the patient slowly onto the stretcher.			
B. Moving patient from bed to handy stretcher				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Two nurses carry top and bottom of the stretcher, stand close to the patient's bed, position surface of stretcher alongside edge of the bed.			
4	Two or three nurses stand close to the bed at the same side with the nurse carrying the stretcher, lift the patient up off the bed surface, and step back together.			
5	Two nurses carrying stretcher quickly place the stretcher to keep the patient.			
6	Two nurses carrying stretcher quickly place the stretcher to keep the patient.			

4.3.3. Transporting patient's stretcher

No.	Implementation steps	Reason
A. Method of stretcher carriage by walk		
Carrying stretcher with two persons		
1	Two persons sit, one leg kneel, one leg contract.	To avoid shaking the patient while moving.
2	The person walking ahead raises the patient's head.	
3	The lead person behind carries the patient's feet.	
4	The lead person counts to three then both stand up together and carry the patient's stretcher away.	
Carrying stretcher with three persons		
1	Similar steps as carrying with 2 persons.	
2	The third person standing outside on the left side of the patient is the lead person and takes turns with the two carriers.	
Carrying stretcher with four persons		
	Each nurse stands outside at each handle of stretcher and following commands to lift and move the patient.	
B. Carrying patient's stretcher into car		
Three-person Method		
1	One nurse in car to catch the stretcher.	To ensure safety, avoid falling, shaking the patients.
2	Two nurses carry the stretcher closely to the car then bring top of stretcher ahead.	
3	The nurse in car catches the stretcher.	
4	The nurse carrying bottom of stretcher gradually moves the stretcher into car.	
5	Both nurses lift the stretcher up then keep it balance to place the stretcher on floor of the car.	
6	Tie the string (if any) to keep the stretcher safe when transporting.	
Four-person Method		
1	One nurse in car to catch the stretcher.	
2	Two nurses carry the stretcher near the car, bring top of stretcher ahead.	
3	The nurse in car catch the stretcher.	

4	The nurse moves top of the stretcher; the fourth nurse gets in car to catch the stretcher then along with the person on car transfer the stretcher into the car.	
C. Carrying patient's stretcher out of car		
Three-person Method		
1	Two nurses beneath, one nurse in car.	
2	The nurse in car removes string fixing the stretcher (if any).	
3	One of the two nurses beneath moves the bottom of stretcher.	
4	The nurse in car moves the top of stretcher.	
5	The other nurse holds top of the stretcher when it is fully out of floor of car then carry the stretcher away.	
Four-person Method		
1	Two nurses in car slowly transfer the stretcher with feet of the patient down first.	
2	Two nurses on the ground keep the stretcher when it is taken out of car.	
3	When the stretcher is moved almost, one nurse in car get off to keep the stretcher passed by the person in car.	

Technical checklist for transporting patient's stretcher

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Identify patients			
2	Prepare equipment and means			
A. Method of stretcher carriage by walk				
Two persons sit, one leg kneel, one leg contract				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	The person walking ahead raises the patient's head.			
4	The lead person behind carry the patient's feet.			
5	The lead person counts to three then both stand up together and carry the patient's stretcher away			
With three persons				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			

3	The person who walks ahead raises the patient's head.			
4	The person behind carries the patient's feet.			
5	The third person standing outside on the left side of the patient is the lead person and takes turns with the two carriers.			
6	The lead person counts to three then both stand up together and carry the patient's stretcher away.			
With four persons				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Each nurse stands outside at each handle of stretcher			
4	Following commands to lift and move the patient.			
B. Carrying patient's stretcher into car				
Three-person Method				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	One nurse in car to catch stretcher			
4	Two nurses carry the stretcher closely to the car then bring top of stretcher ahead.			
5	The nurse in car catches the stretcher			
6	The nurse carrying bottom of stretcher gradually moves the stretcher into car.			
7	Both nurses lift the stretcher up then keep it balance to place the stretcher on floor of the car.			
8	Tie the string to keep the stretcher.			
Four-person Method				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	One nurse in car to catch the stretcher.			
4	Two nurses carry the stretcher near the car, bring top of stretcher ahead			
5	The nurse in car catches the stretcher.			
6	The nurse moves top of the stretcher; the fourth nurse gets in car to catch the stretcher then along with the person on car transfer the stretcher into the car.			

C. Carrying patient's stretcher out of car				
Three-person Method: Two nurses beneath, one nurse in car.				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	The nurse in car removes string fixed with the stretcher.			
4	One nurse beneath moves the bottom of stretcher.			
5	The nurse in car moves the top of stretcher.			
6	The other nurse holds the top of stretcher when it is fully out of floor of car.			
7	Two nurses carry stretcher away.			
Four-person Method: Two nurses beneath, two nurses in car.				
1-2	Perform steps 1 and 2 above			
3	Two nurses in car slowly transfer the stretcher with feet of the patient down first			
4	Two nurses on the ground hold the stretcher when it is taken out of car.			
5	When the stretcher is moved almost, one nurse in car get off to catch the stretcher passed by the person in car.			
6	Two nurses carry the stretcher away.			

4.3.4. Moving patients from bed to wheelchair

No.	Implementation steps	Reason
1	***Preparation of patients***	
	The patient gets dressed attentively, not leave the patient cold while traveling.	To keep the patient warm
	If the patient is under infusion due to the fact that he has just completed surgery or after operation, the related infusion item must be carried while moving.	
	Explain to patient and his family the reasons for moving.	To leave patients and their families at ease The patient, the patient's family know the benefits and cooperate well with the nurse.
	Remind the patient and family members what is needed.	
	Before moving, patient must be identified and re-examined carefully.	To apply appropriate transfer method.

2	Wheelchair is placed 1m from the end of bed and its face towards the headboard. Lock the wheel, kick the pedal.	To ensure lightness and safety for patients.
Helping patient with one nurse		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	The nurse helps the patient to sit up and carry the patient gently to put on the wheelchair.	
4	Lower the pedal for the patient to put their feet on.	
Helping patient with two nurses		
1-2	Perform steps 1 and 2 above	
3	Support the patient to sit up with hanging down feet on the bed.	
4	Two persons stand on either side of the bed hold hands each other: one under patient's knees, one wraps the patient's middle of the back, two hands of patient grasp the two nurses' necks.	
5	Two nurses together pick the patient up and turn a half of round then gently put the patient on wheelchair.	

Technical checklist on supporting patient for moving from bed to wheelchair

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not Achieve**	**Remark**
1	Identify patients			
2	Prepare equipment and means			
3	Wheelchair is placed 1m from the end of bed and its face towards the headboard.			
4	Lock the wheel, kick the pedal.			
A. Support the patient with one nurse				
1-4	Perform steps 1 - 4 above			
5	The nurse helps the patient to sit up			
6	The nurse carries the patient then gently put the patient on the wheelchair.			
7	Lower the pedal for patient to put his feet on.			
B. Support patient with two nurses				
1-4	Perform steps 1 - 4 above			

5	Support the patient to sit up with hanging down feet on the bed.			
6	Two persons stand on either side of the bed hold hands each other.			
7	Two hands of patient grasp the two nurses' necks.			
8	Two nurses together pick the patient up and turn a half of round then gently put the patient on wheelchair.			

LESSON TEST

1. Choose the correct answer

Question 1: When moving the patient, please note:

A. Move as fast as possible.

B. Keep safe for patient in all aspects.

C. In the case of patient with heavy weight, the nurse supports the head first and then the legs.

D. The nurse must stand on the left to support the patient for favor of her dominant hand.

Question 2: When lifting the patient, the nurse needs to:

A. Try to lift the patient if he is too heavy.

B. Call for assistance if the person is too heavy.

C. Instruct family members to change position for the patient when he wants.

D. It is possible to position the patient optionally while supporting.

Question 3: When transporting patient, need to pay attention to:

A. Survival signs

B. Urine

C. Spirit

D. Movement function

Question 4: How to position a patient with abdominal injuries during transportation:

A. The patient lies on his back with his legs straight.j.

B. The patient lies on his side, upper legs contract and lower legs stretches.

C. The patient lies on his back, two legs contract.

D. The patient lies on his belly.

Question 5: Note when carrying the stretcher up the slope, onto the vehicle:

A. Carry head behind, lower legs

B. Carry head ahead, lower legs

C. Carry head behind, raise legs

D. Carry head ahead, raise legs

2. Select True (T) – False (F) in the following sentences:

No.	Content	True	False
1	When moving patient to wheelchair need to lock the front wheel to ensure safety for patient.		
2	Supporting patient must be gentle.		
3	When two people supporting the patient, there is no need to do the same rhythm.		
4	Wheelchair is only used for coma patient.		
5	When lifting, holding and moving patient, nurses should pay attention to survival signs of patient.		

3. Case study

Case 1

Patient Nguyen Van A., 25 years old, on the 1st day after surgery due to appendicitis. The patient complains of pain in the abdomen and incision. The patient is assigned to be moved from the recovery room after surgery to the Surgery Department 3 of hospital. As a nurse in charge of caring for patient A at the recovery room after surgery, please:

1. Identify condition of the patient
2. Determine suitable means to transport the patient. Explain.
3. Implement the techniques of transporting patient A from the recovery room after surgery to Surgery Department 3.

Case 2

Patient Tran Van T., 75 years old, is receiving treatment at the Internal Medicine Department on the 5^{th} day with a diagnosis of pneumonia. Currently, the patient is conscious, stops dyspnea, manages cough and sputum. Survival signs: pulse 96 times / minute, temperature 37^0C, blood pressure 140 / 85mmHg, breath rate 22 times / minute, SPO_2 93%. The body is thin, weak, unable to walk on his own because of pain in both legs. The patient is assigned to have a chest x-ray. As a nurse in charge of caring for patient, please:

1. Identify status of the patient B?
2. Determine suitable means to transport the patient? Explain?
3. Perform techniques transporting the patient to take chest X-rays?

Answers

1. Choose the correct answer

Question 1: B Question 2: B

Question 3: A Question 4: C

Question 5: D

3. Select True (T) – False (F)

2.1: T; 2.2: T; 2.3: F; 2.4: F; 2.5: T

Competency based assessment checklist for Patient movement support

No.	Competencies	Achievement Level		
		Can do independently (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or do wrongly (0)**
1	Identify patient; select transport means in accordance with techniques of assisting the patient on moving.			
2	Implement/coordinate the implementation of techniques on patient carriage that ensure proper procedures and safety.			
3	Perform/coordinate the implementation of techniques on support of patient for moving from bed to stretcher that ensure proper procedures and safety.			
4	Perform/coordinate the implementation of techniques on carriage of patient stretcher that ensure proper procedures and safety.			
5	Implement/coordinate the implementation of techniques on assistance of patient on moving from bed to wheelchair that ensure proper procedures and safety.			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *Guidelines for practice of 55 basic nursing techniques, Vol I,* Vietnam Education Publishing House
2. Ministry of Health (2012). *Lecture on nursing skills,* Medical Publishing House, Hanoi

LESSON 14

FEEDING SUPPORT TO PATIENTS

OBJECTIVES

1. Identify demand of the patient on feeding measures. (Competency 1.1; 2.2 ;2.3; 3.1; 4.1)
2. Perform supporting the patient to eat/drink: secure the procedure, safety and correspondence with patient's clinical condition (Competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.9; 5; 6; 8.2; 8.3; 16.3, 20.2; 20.4; 24.1; 25.2)
3. Instruct the patient's family to support the patient eat/drink in a proper manner and in compliance with technical requirements (Competency 2.3; 4.6; 8.2)

CONTENT

1. Introduction

Nutrition is a main factor to maintain and improve health condition. Even when your body is at a complete rest without any exercise it still burns a certain amount of energy for activities insides your body to maintain life. When the body gets ill, nutritional demand becomes more important to help the body cope with illness and recover. Except for the patient who suffers from some diseases causing movement disorders, absorption, intestinal excretion (such as mechanical intestinal obstruction, intestinal paralysis, acute pancreatitis, ...), enteral feeding is often chosen, because it is suitable for gastrointestinal physiology and functions, low cost and has low risk of complications. Enteral feeding helps maintain the anatomical structure and functions of the intestinal mucosa, enables the digestive system to recover its normal condition, prevents the spread of bacteria and endotoxins from the gastrointestinal tract to circulatory system, sustains the function of other digestive organs such as pancreas and liver.

The role of a nurse is to evaluate nutritional condition, identify malnutritional risk to set up plan and provide nutritional support for the patient in a safe and effective way; Nurses have to work with the care team to check daily pathological diet as directed by doctor; actively invites officers of nutrition department to participate in nutritional consultation for related pathological cases to build up proper diet for the patient's clinical, cultural and religious condition; coordinates with infection control department to ensure food safety and hygiene.

Below are some nutritional support practices:

- Supporting the patient to eat/drink by mouth
- Nasogastric tube feeding

2. Support the patient to eat/drink by mouth

2.1. Application

Applicable to the patient with normal chewing and swallowing ability, no wound in mouth and having normal intuition.

2.2. Requirements

- Communication skills: showing good communication skill with considerate and cheerful attitude to encourage the patient to finish his/her diet.
- Nutrition knowledge:
  + Selecting food which are suitable with the patient's clinical condition, hobbies, religion; Plating food in a colorful and eyes catching way to encourage appetite of the patient.
  + Creating a funny, comfortable and suitable atmosphere for eating.
  + Instructing the patient and family on basic knowledge of nutrition and feeding procedure.

2.3. Practice supporting the patient to eat/drink by mouth

No	Procedure	Reason
1	Nurse washes hands	To prevent risk of infection
2	Devices preparation: - Feeding tray, food as designated. - A big cotton towel and 2 small cotton towels. - Bowl, plate, spoon, chopstick, cup of water. - Medical tray. - Pot of clean water. - Nylon sheet	To limit interruption during the feeding process
3	Get the patient prepared: - Explain to the patient feeding procedure, importance of nutritional elements in diet, and encourage him/her to finish diet. - Put the patient in semi upright position or let them sit to eat	To help the patient understand and cooperate To avoid reflux
4	Lay nylon sheet near to bed and place the clean water pot at convenient position to wash hands	To avoid food falling off the bed.
5	Place the medical tray in a favorable position.	To collect mouth washing water
6	Put on cotton towel ahead, clean teeth and face for the patient.	To stimulate taste and help the patient eat well.
7	If the patient uses denture, it is required to put denture in the right place and get it cleaned before eating.	To secure safety when eating, help the patient chew well and eat better.

8	Take food to the plate, rice to the bowl, check food temperature, add spices to food (if necessary).	To make it easy for the patient to eat and eat better.
9	Support the patient to eat. Use a small spoon to feed the patient (if needed). Observe the patient swallowing.	The patient has a safe and effective feeding
10	Create an enjoyable atmosphere and encourage the patient to finish diet.	Comfortable mood helps the patient eat more
11	After feeding: Instruct and support the patient to wash and wipe mouth.	To ensure hygiene for the patient.
12	Keep the patient in 30^0 - 45^0 position in 30- 60 minutes after meal.	To avoid reflux
13	Instruct the patient/family to have a rest in the bed and promptly inform medical staffs when having abnormal symptoms such as vomiting, choking, cyanosis…	To prevent and early detect complications after feeding.
14	Clean up devices - Pour leftover into container. - Wash tray and other devices with water and soap. - Hang to dry and place in specified place.	To prepare devices for next feeding.
15	Make record: - Feeding date/hour; diet - Self-eating or support needed. - Reasons why the patient eats little or does not eat. - Which food the patient cannot eat. - Name of feeding nurse.	To manage and keep track on the patient. To demonstrate compliance with current legislation.

Checklist for supporting the patient to eat/drink by mouth

No	Implementation	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
1	Hand washing.			
2	Devices preparation.			
3	Identification of the patient's clinical condition and get the patient prepared.			
4	Lay the nylon sheet near to bed and place the clean water pot at convenient position to wash hand.			
5	Place medical tray in a favorable position.			
6	Put on cotton towel ahead, clean teeth and face for the patient.			

7	Check denture hygiene and put in right place.			
8	Take rice, food and check food temperature.			
9	Support the patient to eat. Observe the patient swallowing.			
10	Create enjoyable atmosphere and encourage the patient eating.			
11	Instruct and support the patient to wash and wipe mouth.			
12	Keep the patient in 30^0 - 45^0 position in 30 - 60 minutes after meal.			
13	Instruct the patient to have a rest and inform when having abnormal symptoms.			
14	Clean up devices.			
15	Make record.			

3. Nasogastric tube feeding

3.1. Definition

- Nasogastric tube feeding is a technique in which a plastic tube will be inserted through nose or mouth down to stomach to give nutriment to the patient who is in emergency or serious condition with self-eating ability loss.

3.2. Application

- The patient who cannot chew, swallow or has choking risk when swallowing.
- The patient who is in the process of endotracheal intubation, or tracheostomy.
- Prematurely baby born with cleft palate, cleft lip and impaired sucking.

3.3. Non-application:

- The patient with esophageal lesions such as acid, alkaline burns, throat abscess, esophageal vesicles.
- The patient with intestinal obstruction, small intestinal obstruction, pyloric stenosis.
- The patient of emesis.
- The patient with diarrhea after peritonitis or after perforation of hollow organs.

3.4 Safety principles when using nasogastric tube feeding

- Nursing staff needs to ensure that tube is located in the stomach: The method of using litmus paper is the best way to confirm the nasogastric tube is correctly placed. In case of using syringe test to check the placement of the tube, the amount of air injected into the patient's stomach is not allowed to exceed 30ml for adults and 10ml for infants.

- The placement of nasogastric tube may result to X-reflex which makes heart rate dropped so the patient's heart rate must be checked before and after tube placement.
- It is necessary to verify the tube placement and gastric content before a feeding.
- Moisture the patient's lip with water and practice swallowing reflex better as well as facilitate tube removal
- Nasogastric tube can be kept up to 7 days or be replaced after 48-72h or when tube is contaminated.
- It is not recommended to use PVC nasogastric tube in intestinal tract because this kind of material is stiff and may cause gastric erosions and ulceration, esophageal-endotracheal leak in the patient whose breathing is supported by artificial mechanical ventilation
- Tooth brushing twice a day is recommended for the patient.
- Nasogastric tube cannot be inserted when the patient suffers from rhinitis, nosebleed, and nasal polyps.

3.5 How to confirm correct tube placement in stomach (3 ways):

- Attach syringe to the tube and test gastric content.
- Immerse the tip of the tube into water to confirm the tube placement (if there are bubbles, then the tube is in the respiratory tract).
- Use a syringe and inject air into the patient's stomach then use a stethoscope to listen to the whooshing sound.

3.6 How to give nutriment into tube

- Use feeding syringe: Slowly pour the nutriment into syringe and do not rush feeding. The interval between each feeding is 4-6 hours.
- Use feeding bag: if the patient suffers from dyspepsia, food reflux, use feeding bag with roller clamp to control the drop rate to feed the patient. The patient can be fed 6-8 times/day. Feeding bag must be replaced after 24 hours.

3.7. Practice nasogastric tube feeding

3.7.1. Identification of the patient's clinical condition

- Nasal condition, nasal mucosa
- Esophagus, abdomen condition
- Condition of tube hygiene, tube storage time (if prepared for the next feeding)
- Condition of gastric content (if prepared for the next feeding)
- Tube position (if prepared for the next feeding).
- Awareness and cooperation of the patient and family.
- Identify risks.
    + Risk of misplacing tube into trachea because the patient loses swallowing reflex.
    + Risk of suffering pneumonia after tube placement.

+ Risk of tube slippery or tube removal by the patient
+ Risk of gastrointestinal infection due to impaired tube hygiene.

3.7.2. Devices

- Sterile tray
- Levine catheter (Nelaton catheter for children)

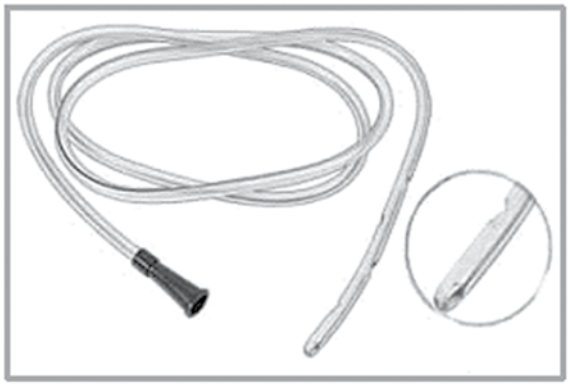


Figure 1: Nasogastric tube

Size	
6	
8	
10	
12	
14	
16	
18	
20	
22	
24	

Figure 2: Sizes of tube

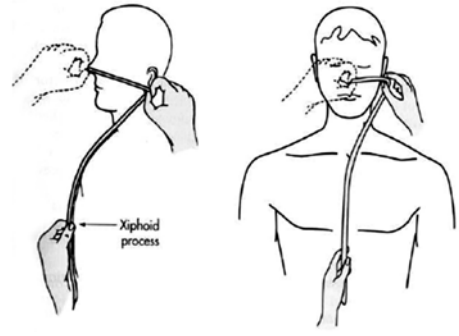
- Gauze pads
- Tongue blade
- Syringe or ascepto-syringe
- Lubricant

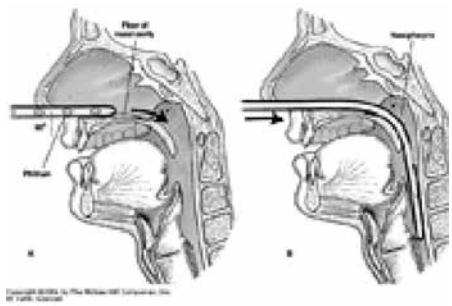


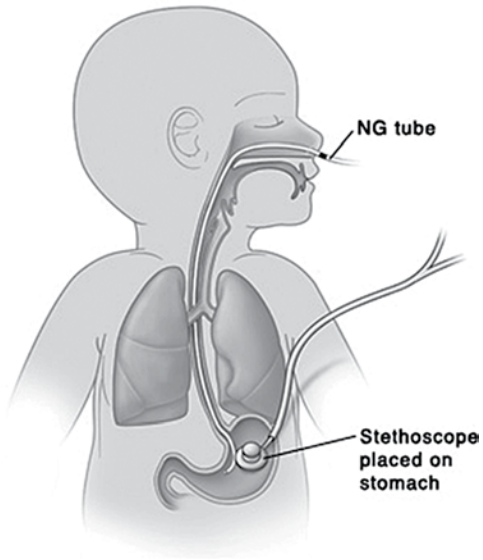
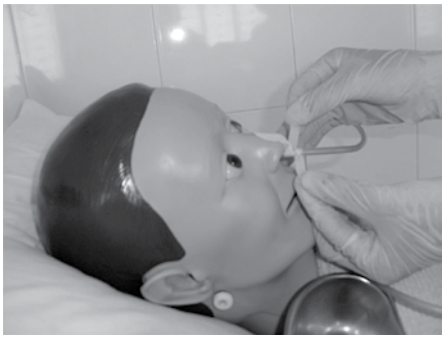
Figure 3: Syringe, asepto-syringe

- Clean tray
- Medical forceps keeper
- Nutriment pot – nutriment quantity depends on the patient's clinical condition and doctor's order; nutriment can be milk, soup, fruit juice, liquid food…at the degree of 370C
- Water glass
- Clean bowl
- Cotton swaps
- Large cotton towel
- Nylon sheet
- Clean gloves
- Lubricant
- Stethoscope; testing paper
- Hand sanitizer
- Adhesive tape, medical scissor
- Pin; elastics
- Medical tray
- Drainage bag
- Partition (if perform on the patient's bed)

3.7.3. Procedure

No	Procedure	Reason
1	Get the patient prepared - Explain to the patient and his/her family the procedure of tube placement and encourage the patient to follow nurse's instruction during tube placement. - Set up apron - Put the patient in 30 - 60^0 position with one side turned face or sit. Put infants, unconscious patients in side - lying position and lower head of bed.	To ensure the patient understand and cooperate with the procedure To ensure privacy for the patient without affecting other patients. This position makes it easy to place tube and avoids food reflux.
2	Nurse: washes hands, checks and arranges devices properly.	Infection control; To avoid interruption during implementation and make it convenient to execute.
3	Put on nylon sheet and cotton towel for the patient.	To keep hygiene for the patient.
A. Tube placement		
1-3	Perform steps from 1 – 3 above	
4	Gently clean 2 nostrils (if placing tube through nose), avoid irritation of nasal mucus production	To prevent cross infection from nose to stomach during tube placement.
5	Place medical tray next to the patient's cheek.	To collect fluid flowing out.
6	Put on gloves.	To prevent infection.
7	Measure tubing (do not let tube touch the patient when measuring.). • From bridge of nose to earlobe, from earlobe to the sternum. • From molar tooth to the navel.	To correctly measure the length from nose to sternum   *Figure 4: Measure tube*

8	Mark measured length with adhesive tape.	To make sure tube is correctly positioned  *Figure 5: Mark with adhesive tape*
9	Lubricate 7-10cm of tube with lubricant or immerse tube into water.	To facilitate the passage of the tube. To avoid damaging the gastrointestinal mucosa
10	Pass tube via nose (or mouth) to the pharynx in upper direction. Instruct the patient to swallow small sips of water (if possible).	To facilitate tube passage to pharynx  *Picture 6: Pass tube via nose*  *Picutre 7: Swallow sips of water*
11	Check the tube's pharynx passage.	To mark passed position 
		 *Figure 8: Check the tube's pharynx passage by tongue blade*

12	Advance the tube into esophagus then to stomach: instruct the patient to swallow, and advance the tube as the patient swallows (2,5 -5 cm tube per swallowing) until marked position is reached.	To reduce patient irritation and avoid coughing/vomiting and tube misplacement into trachea.
13	Confirm tube positioning: + Aspirate sample of gastric content, assess color and characteristics of aspirated content by litmus paper.  + Inject 20-30 ml air bolus into stomach and use stethoscope to listen to the sound (infants < 10 ml.) 	To confirm the right tube position in the stomach 
14	Secure tube with adhesive tape.	To avoid tube pulled out  *Picture 9: Use tape to fix tube position*
		 *Picture 10: Secure tube position on nose*

		
B. Tube Feeding		
1	Attach syringe or asepto-syringe to the feeding tube. Flush water through the tube.	To facilitate nutriment feeding. To lubricate tube and avoid nutriment leftover in the tube.
2	Feeding: Place syringe 20cm higher than stomach. Slowly pour some of the nutriment into the syringe and keep slowly pouring nutriment into the syringe until the required amount of nutriment has been given. Nurse can instruct family to feed the patient. * *If the feeding tube is already in place from last feeding:* - Before feeding, use a 50ml syringe to check and remove nutriment leftover from last feeding to quantify amount of nutriment for this feeding.	To limit gastric irritation and vomiting. To avoid air entering into stomach.  *Picture 11: Pour nutriment into syringe*
3	Flush tube by 20ml warm water.	To remove nutriment leftover and nutriment fermentation in the tube.
4	Clamp the tube. Disconnect the syringe from the tube. Allow to dry and close the cap.	To prevent air and insects from entering into the tube.
5	Secure the tube to the patient's close if he/she can walk or to pillow if the patient needs to be secured to the bed).	To make it convenient and tidy for the patient.
6	Clean mouth and nose of the patient.	To keep hygiene for the patient.
7	Keep the patient in 30 - 60^0 posture during 30 - 60 minutes after feeding. Observe the patient condition and symptoms after feeding (pay attention to reflux symptom).	To prevent reflux.
8	Put the patient lying in a comfortable posture	To comfort the patient.
9	Clean devices, wash and allow to dry.	To maintain devices and prepare for next feeding.

10	Make record: - Feeding date/time. - Tube placement time - Quantity, color, characteristics of aspirated gastric content. - Nutriment type and quantity - Patient's clinical condition when inserting tube, during and after feeding. - Other interventions during tube placement - Name of nurse in charge	To follow up and take care of the patient. To demonstrate compliance with current legislation.
C. Tube removal *(Change tube or stop tube feeding)*		
1	Remove adhesive tape on nose/cheek of the patient.	To facilitate tube removal
2	Clamp the tube, use gauze pad to slowly remove the tube.	To avoid gastric content falling into trachea
3	Wipe the patient's mouth and nose.	To help the patient be comfortable
4	Clean devices and wash hands.	To control contamination
5	Make record: - Tube removal time - Other interventions when removing tube	To assess nurse in charge To demonstrate compliance to current legislation

Technical checklist for nasogastric tube feeding

No	Procedure	Achievement Level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Get the patient prepared			
2	Nurse washes hands, Check and arrange devices			
3	Put on nylon sheet and cotton towel to cover neck and chest for the patient.			
Tube placement				
4	Clean nostrils			
5	Put medical tray next to the patient's cheek.			
6	Put on non-sterile gloves.			
7	Measure tube			
8	Mark measured tube position			
9	Lubricate tube			
10	Insert tube via nose (or mouth) to pharynx			

11	Check the tube's pharynx passage			
12	Advance the tube into esophagus then to stomach			
13	Confirm tube positioning			
14	Fix the tube			
Feeding				
15	Connect syringe to the tube, flush the tube			
16	Pour nutriment slowly, constantly into the syringe. ** Check leftover/the remaining content before feeding (if prepared for the next feeding)*			
17	Wash the tube with warm water			
18	Clamp or cap the tube.			
19	Fix the tube's position after feeding			
20	Wipe and wash the patient's mouth & nose.			
21	Keep the patient in the feeding position in 30' And follow up after feeding			
22	Put the patient lying in a comfortable position			
23	Clean devices, wash and allow to dry			
24	Make record			
Tube Removal				
25	Remove adhesive tape			
26	Clamp the tube, use gauze pad to slowly remove the tube.			
27	Wipe the patient's mouth and nose.			
28	Clean devices and wash hands			
29	Make record			

LESSON TEST

1. Choose the best answer

Question 1: How do you confirm tube placement?

A. Aspirate gastric content through tube
B. Place stethoscope on epigastrium
C. Measure the length of tube
D. Immerse tube into water to check

Question 2: Right position of the patient when placing tube?

A. Lying on, head at low position
B. Lying on the back with face up or sit
C. Lying in 30 - 60^0 position
D. Lying on one side

Question 3: Disadvantages of Nasogastric tube feeding; EXCEPT FOR

A. Sufficiently provide nutrition for the patient as required
B. The patient does not have good appetite
C. Do not facilitate salivary gland function
D. May cause reflux

Question 4: Patient Nguyen Van H, who is 78 years old, was admitted to the hospital with diagnosis of pneumonia. Currently, after 3 days of treatment, the patient is getting better but his family claimed that the patient has eaten very little because of lingering cough, tiredness and poor appetite. Examination showed white coated tongue, bad breath.

- Nursing intervention to help the patient improve appetite is:

A. Instruct the patient to use more cough remedies
B. Instruct the patient to keep oral hygiene and support the patient to eat.
C. Build up sweet diet for the patient
D. Place nasogastric tube

Question 5: At the room No 5 of Orthopedics and Traumatology Department, there is a 25 years old patient admitted to the hospital after a traffic accident with face & head injured, lower lip placed 8 sutures, tooth #1, 2 in the upper jaw broken. 3 days after admission, his mouth is still sore and he has bad appetite. What should a nurse do to meet the patient's nutritional requirement?

A. Prepare fluid and digestive food and support the patient to eat by mouth
B. Instruct the patient to eat by straws
C. Apply nasogastric tube feeding
D. Request doctor to apply intravenous feeding for the patient

Question 6: Mr. Nguyen Van D, who is 76 years old, was admitted to the hospital due to a stroke. Examination recorded that the patient was awake but suffered from a slight hemiplegia with the philtrum deviated to one side. He could be able to eat and swallow. To secure nutrition of the patient, what should a nurse do?

A. Prepare fluid and digestive food and support the patient to eat by mouth
B. Apply nasogastric tube feeding
C. Instruct the patient to eat by using straws
D. Apply intravenous feeding for the patient

2. Case study

Case 1

Patient Nguyen Van H, who is 78 years old, was admitted to the hospital with diagnosis of pneumonia. Currently, after 3 days of treatment, the patient is getting better but his family claimed that the patient has eaten very little because of lingering cough, tiredness and poor appetite. Examination indicated white coated tongue, bad breath and many teeth lost.

Question:

1. Identify clinical condition of Mr. H?
2. What is the suitable feeding method for this patient and rationale? What should a nurse do to help the patient have better appetite?
3. Practice supporting Mr. H to eat/drink? *(select a patient from clinical department or perform on a model – if available)*

Case 2

Mr. Nguyen Van M, who is 70 years old, has a 10 years medical history of hypertension. He was admitted to the hospital in an emergency and diagnosed with cerebral infarction. Clinical condition of Mr. M: weight loss, headache, contactable, difficult to speak, left side body weakness, pulse: 80 times / minute, blood pressure: 170/90 mmHg, breathing rate: 20 times / minute, body temperature: 37oC. Doctor assigned nasogastric tube feeding.

Question:

1. Identify clinical condition of this patient?
2. Explain the reason for assigning nasogastric tube feeding for this patient?
3. Practice nasogastric tube feeding procedure? *(practice on model)*

Case 3

Patient Pham Thuy L, who is 3 days infant, was born with cleft lip and cleft palate. Currently, the baby unable to breastfeed.

What are proper nursing methods for this patient and why?

ANSWERS

1. Choose the best answer

Question 1: A
Question 2: C
Question 3: A
Question 4: B
Question 5: C
Question 6: A

Competency based assessment checklist for Feeding support to patients

No	Competencies	Assessment Level		
		Can do independently (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or do wrongly (0)**
1	Competency based assessment checklist for Feeding support to patients			
2	Perform supporting the patient to eat/drink by mouth: secure the procedure, safety and correspondence with the patient's clinical condition			
3	Perform nasogastric tube feeding: secure the procedure, safety and correspondence with the patient's clinical condition			
4	Instruct the patient's family to support the patient eat/drink in a proper manner and in compliance with technical requirements.			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *Practice guidelines for 55 basic nursing techniques,* Vietnam Education Publishing House
2. Ministry of Health (2012). *Lecture of nursing skills,* Medical Publishing House, Ha Noi

LESSON 15

MEDICATION PRACTICE TO PATIENTSS

OBJECTIVES

1. Identify patients before giving medication (Competency 3.1; 4.1; 4.3; 6.1; 7.1; 7.2; 7.5)
2. Effectively, safely and properly perform the techniques of giving medication, including injection to patients (Competency 2.3, 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7,4.9; 5.1,5.2; 6.1; 7.2; 7.3; 7.4; 7.6; 7.7; 8.2; 8.3; 9.1; 9.2; 9.3; 9.4; 16.3; 18.3; 20.4; 20.6; 24.1; 24.4; 25.2)
3. Early detection of abnormal manifestations on patients when taking drugs and making appropriate treatment decisions (Competency 7.4; 9.1; 9.2)

CONTENT

1. Introduction

Drug is an active substance used for the purpose of treatment, prevention, health improvement and diagnosis.

Drug used for oral and topical medications - also called non-invasive medication: is to put the drug into the body of the patients without surgical intervention through the skin or into the body's organs.

Injection is one of the measures to bring drugs and nutrients into the body of the patient's body with the intervention by procedures, including intraermal, subcutaneous, intramuscular, intravenous injection.

To ensure the safe and effective use of drugs for patients, nurses must fully understand the drug and how to use it, correctly identify the patient's condition before taking the drug. In addition to ensuring the effectiveness and avoidance of confusion when taking medication, nurses shall have the skills and attitudes necessary to carry out medication for patients. During and after using drugs, nurses should actively coordinate with colleagues to advise, guide patients to detect abnormal signs to handle timely. When using the drug through parenteral, nursing staff shall ensure the principles of sterility, infection control to ensure safety for patients, injected people and the community.

This article will introduce some medication skills to patients such as:

- Give medication to patients
- Subcutaneous injection
- Intramuscular injection
- Intravenous injection

2. Skills giving medication to patients

2.1. Principles

Adhere to the principle of 5 rights when giving patients medication:

- Right individual
- Right medication
- Right dose
- Right route
- Right time

2.2. Types of drugs used in the gastrointestinal tract

- Tablets
- Powder
- Solution

2.3. Application

To patients who can drink, the drug is not destroyed by digestive secretion.

2.4. Not subject to application

- People with neuromuscular disorders
- Continuous vomit
- Esophageal stenosis
- Patients who lose the ability to swallow, coma
- Patients who are under gastric suction

2.5. Notes when taking drugs through the gastrointestinal tract

- Do not give medication to the patient if the patient has concerns or worries about taking the medicine. Nurses should explain to the patients so that they understand, feel secure, give medicines and witness the patients taking medicines to the mouth.
- Do not take several medicines at the same time (prevent drug interactions).
- Acidic drugs damage tooth enamel, before being given, they need to be diluted and given through a straw.
- After giving the patient an oily medication, add orange juice or lemon juice to relieve nausea.
- Give aspirin to patients when they are full, do not drink with alkaline medicines.
- When giving sulfamic drugs, give the patient plenty of water to avoid drug deposition in the kidneys.

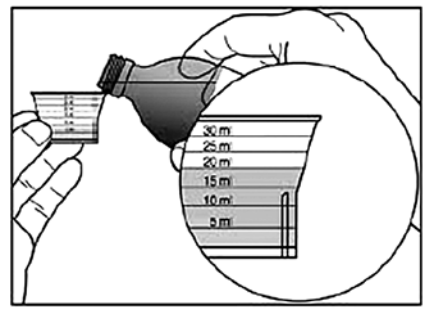
- When giving medication to children, nurses should not mix drugs in milk, nourishing fluid because the dose is easy to be deficient because the children do not drink / not eat all.
- Do not mix bitter medicines, or those taste difficult to drink with lots of water, if the taste of some drugs makes nauseous, it is recommended to suck ice after medication a few minutes.
- Diuretics must take 15 hours before sleeping.
- The best water to drink is warm water.
- Nurses need to monitor vital signs before and after giving patients medications that affect circulation and respiratory.
- Do not give the patient medication when the patient has contraindication to taking the drug or if there is a doubt about the safety of the patient when taking the drug.
- If the patient is using traditional medicine, herbal medicine, inform the doctor to avoid drug interaction.
- In case the patient is under treatment of catheter into the stomach, the medicine must be crushed and mixed with water to pump through the catheter (do not mix the medicines together without medical order)

2.6. Side effects when taking the drug through the gastrointestinal tract and its prevention methods

- Drug allergy: Should carefully ask about the history of drug allergy, perform 5 rights. If after using the drug, there are abnormal signs such as rash, itching, nausea, vomit, shortness of breath, chest tightness ... stop taking drugs immediately and handle according to the instructions of managing anaphylaxis (circular 51 by MOH on anaphylactic management).
- Stomach bleeding: when taking anti-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin ... take the gastric mucosal protection pills first, after meals. If the patient has abnormal symptoms such as vomiting blood, black stool, abdominal pain ... stop the medication immediately and notify the doctor for timely management.
- Drug poisoning: Cardiovascular drugs can cause poisoning, so before drinking, count heartbeat, measure blood pressure ... If it is not normal, stop taking drugs, report the doctor to handle the situation promptly.

2.7. Process of skill practice giving medication to patients

No.	Implementation steps	Reason
1	Identify, prepare patients - Compare of the right individual, - Encourage and explain to patients to be assured of medication - Guide / help the patient in proper posture: sit or lie high	- Convenient to take medicine, avoid choking medicine.

2	Prepare the medicine according to the order, check (5 rights), put in the tray	Avoid errors when taking medications
	Tablets: Use the bottle cap or tray to count the medicine	
	Liquid medicine: - Contained in bottles: Shake the bottle evenly, use a suitable measuring device (ml cup / cup, or syringe) to measure the amount of medication as directed. - Liquid drugs in small quantities (dripping): Put some water in the glass, straighten the tube to count drops and drip the number of drops as per the order.	- Make sure to take the right dose  Medication cup with ml mark
	Powder: - Powdered medicine contained in the package: split evenly and then pack separately. - Powder mixed with liquid: Shake the bottle evenly, use a suitable measuring device to measure the amount of medication as directed.	
3	Take the medicine tray to patient's room	
4	Give medication to patients	
	Take pills: - Tablets, capsules: Give the patient to self-hold and put the medicine in their mouth. It is recommended that the patient take each pill, check the mouth if there is no medicine left then take the next pill	Make sure that the patient has taken enough doses.  Give tablets to patients
	- Effervescent: Pour the pill into a glass of water, wait for the foam to disappear, and give the patient to drink	
	Drugs in water, solution or emulsion: give the medicine cup to the patient to drink by himself.	

	Powder medicine: - Stir the medicine with warm water - Give to patients to drink, drink some extra water after drinking the medicine	
	Sublingual drugs: - Put the medicine under the patient's tongue - Instruct the patient to suck until the medicine dissolves completely	The drug absorbs through the sublingual mucosa 
	Chewable medicine - Put the medicine between two teeth, guide the patient to chew the tablet - Drink more water after chewing	The drug needs saliva to be easily absorbed
5	Follow up until the patient finishes medication: - Check the amount of medicine taken - Ask the patient to open his mouth to check - Tell the patient if he/she feels an abnormal feeling immediately call the nurse	Make sure the medicine is taken in enough doses, the patient has swallowed the medicine into the stomach  Check the patient to finish the medicine
6	Clean up tools, wash hands	
7	Record documentation (care slip) date and time of medication use, name of medicine, dose, route of administration, reaction of the patient (if any)	

Technical checklist of giving medication to patients

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
1	Identify, prepare patients			
2	Prepare tools and medicines according to orders, perform 5 rights *(prepare appropriately depending on the medicines)*			
3	Take the medicine tray to the patient's room			
4	Give medication to patients			

5	Follow up until the patient finishes the medicine; Advise patients			
6	Clean up tools, wash hands			
7	Record documentation			

3. Subcutaneous injection technique

Injecting under the skin is the technique of using a syringe needle to put the drug into the connective tissue under the skin.

3.1. Application

To some desirable drugs gradually (slowly) absorb into the body to promote the effect: Insulin

3.2. Not subject to application Drugs cause tissue necrosis

3.3. Location: Inject into loose connective tissue under the skin. Normally choose locations:

- 1/3 middle of the front outside the arm
- Both sides of the shoulder blades
- Around the navel, 5cm away from the navel
- 1/3 between the front, outer thighs

3.4. Accident

3.4.1. Accidents due to failure in sterility

- *Causes abscess at the injection site*

  Detection Hot redness, swelling, and the whole body may be feverish or not.

  How to solve: Warm compress, use antibiotics in cases where injections are not antibiotics (stage of inflammation); Inject abscess if the abscess is clear.

- *Spread of infectious diseases such as hepatitis, HIV...*

  Due to failure in fertility, pathogens from infected people spread to people who are not sick.

  How to solve: treatment of infectious diseases.

3.4.2. Accidents due to injection process

- Fracture, needle twisting caused by the patient or by improper injection

  Precautions: Do not submerge the needle, to prevent if the needle is broken.

- Shock due to pumping is too fast or the patient is too scared and cannot bear it.

  Precautions: Implement the principle during injection of 2 rapid 1 slow, before the injection, explain to the patients for their comfortability, avoidance of fear and anxiety

3.4.3. Drug-related complications

- The patient is painful, sterile abscess: because the drug absorbs very slowly.

  Detection Red hot swelling site.

  How to solve: Warm compress, inject abscess if necessary.

- Can cause ulcer in children such as insulin injection, quinine salts, oily substances, Hormones.
- Drug allergies and anaphylaxis: Detection Allergy, shortness of breath, rapid pulse, low blood pressure, sweating, cold limbs ...

  Precaution: Ask carefully the history before taking the medicine

  How to solve: Urgently coordinate anaphylaxis emergency.

3.5. Procedure for practicing subcutaneous injection technique

3.5.1. Identify

- Identify the right individual: compare with the order
- Identify patients' overall status and vital signs
- History of drug use and drug allergy of patients
- Identify the injection site
- Identify attitudes and knowledge of patients / family members when using drugs

3.5.2. Tools and medicines

- Injectable drugs as prescribed
- Sterile tools: Suitable syringes and needles: injection 1-3 ml; needles, Needles taking medicine; Antiseptic: alcohol 70; Antibacterial cotton / gauze; kelly forcep and cylindrical tube stand
- Other tools: Kelly forcep and clean tray; Anaphylactic emergency medicine box; Quick hand antiseptic solution; Table of medicines after use and computer (if any)
- Safety box / puncture resistance containing sharp objects; Types of garbage bags / tools as regulated

3.5.3. Steps to perform the subcutaneous injection procedure

No.	Implementation steps	Reason
1	Nurse: uniform, mask, quick hand sanitizer / hand sanitizer	
2	Perform 5 rights	Make sure the medicine is used to the right individual,
3	Check and arrange tools.	
4	Explain, motivate patients Instruct patients in a comfortable position.	Patients are comfortable, reduce worry and cooperate
5	Check the medicine, antiseptic tube / vial, use sterile gauze to break the medicine tube	

6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine	
7	Get the medicine into the syringe, replace the needle, put the pumped syringe into the sterile tray / bag, or the newly filled bag.	
8	Reveal the injection site, choose the injection site, check the skin surface at the injection site whether there is any bruise, infection, or edema? Do not select bruised areas or signs of infection.	The abnormal or wrong injection site will interfere in drug absorption. Repeat use of the injection site will harden the fat cells (increase fat cells).
9	Sterilize injection site: use sterile cotton / gauze, antiseptic liquid, sterilize with a diameter> 10 cm (sterilize twice)	Clean microorganisms
10	Hold the syringe straight, remove air	
11*	Fast and firm needle at angles from 30 to 45^0 against the skin, or straight at 90^0 with pinched skin (if pinching the skin) - release hands after pinching the skin. Note when using heparin injection or injection pen, continue pinching the skin during injection	Fast and definitive needle will reduce the feeling for patients. The right angle of injection to prevent accident, injection into the muscle / muscle.
12	Withdraw syringe, if blood is not seen, Pump slowly from 30 seconds or more (Zaybak and Khorshid, 2006). Observe the patient's face when pumping the medicine	Pull out to test to make sure the needle does not crash into the bloodstream. Inject drugs slowly to reduce the feeling of pain for patients, allowing the medicine to gradually absorb into the lower organization
13	Tighten skin, rapidly withdraw needle, Isolate the needle into the safe box	Safe for injection and sick people
14	Sterilize injection site. Place sterile dry cotton on injection site for 30 seconds if bleeding.	
15	Instruct patients in a comfortable posture; Stay with the patient for a few minutes, and observe the signs of drug allergies?	
16	Clean up tools, wash hands	
17	Record documentation (care slip): date and time of injection, name of medicine, dose, route of administration, patient's reaction and care (if any)	

Checklist for subcutaneous injection technique

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
1	Nurse: uniform, mask, hand washing / sterilize			
2	Perform 5 rights			
3	Check and arrange tools.			
4	Explain, motivate patients Instruct patients in a comfortable position.			
5	Check the medicine, sterilize the medicine tube, break the medicine tube			
6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine			
7	Take the medicine into the syringe, replace the needle			
8	Choose the injection site, in general - 1/3 middle of the front outside the arm - Both sides of the shoulder blades - Around the navel, 5cm away from the navel - 1/3 between the front, outer thighs			
9	Sterilize injection site			
10	Purge gas in syringe			
11	Injection - Fast needle at angle 30 - 45^0 or 90^0 (if pinching the skin) - Pull out the syringe to check whether there is blood - Pump slowly, observe the patient when injecting drugs			
12	Tighten skin, fast withdraw needle			
13	Re-sterilize the injection site			
14	Help patients with comfortable posture Monitor patients after injection			
15	Clean up tools, wash hands			
16	Record documentation			

4. Intramuscular injection technique

Intramuscular injection is administered drug to the muscle mass (body part of the muscle). Muscles nourished with many blood vessels help the drugs absorb faster than subcutaneous injections.

4.1. Application To inject many drugs; Medicines in oil and milk form; Drugs which are slowly melts: Antibiotics, glue, hormones ...

4.2. Not subject to application

Drugs that cause necrosis organization: Calcium chloride

4.3. Intramuscular injection position

- Arm: 1/3 on the front of the arm (Delta muscle), one third of the outer face of the arm (triceps brachii muscle)
- Thigh: 1/3 middle of the front outside the thigh (Wide muscle outside the thigh or straight thigh muscles)
- Buttocks: ¼ on the outside of the buttock, or 1/3 above the connection from the anterior pelvic spine with the coccyx (large buttock muscle).

4.4. Incident

- Broken needle, twisted needle: caused by sick people or improperly injected. Precautions: Hold the patient well, do not inject the needle.
- Needle the big hip nerves: due to incorrect injection of the position, needle stabbing angle is not correct. Precautions: determine the right injection site.
- Embolism: Due to oil or emulsion drugs into blood vessels. Precautions: When injecting, always try to test the syringe to see if there is blood in it? If there is no blood in the syringe, pump drug into it.
- Infected abscess: due to failure in ensuring the principle of sterility.
- Sterile abscess due to insoluble drugs such as quinine injections, hydrocortisone and insoluble oils cause abscess on the spot.

  Detection Redness and swelling in the injection site.

  How to solve: Hot packs, inject abscess if needed.
- Causing ulcers: due to injection of substances that cause tissue necrosis
- Detection The injection site is hot, red, painful, initially stiff and soft like abscess.

  How to solve: Early detection of Novocaine blocking. Heated at first. At necrosis: Thin bandages, may require injections if the necrosis is large.
- Bacterial infections:
  + Hepatitis virus caused by needle sterility is not good, needles from people with hepatitis to healthy people who will get sick. Detection after 4-6 months of injection. patients show fatigue, loss of appetite, jaundice, yellow eyes, dark urine ...
  + HIV infection, malaria parasite. How to solve: treatment of infectious diseases
- Allergy, Anaphylaxis: due to the body's reaction to the drug.

  Detection: Signs of urticaria, rapid pulse, low blood pressure, sweating, cold limbs ...

  Precautions: Ask carefully history before taking medicine

How to solve: Urgently coordinate anaphylaxis emergency.

4.5. Procedures for practicing intramuscular techniques

4.5.1. Identify

- Identify the right individual: compare patients with medical orders
- Identify patients' overall status and vital signs
- History of drug use and drug allergy of patients
- Identify the injection site
- Attitudes and knowledge of patients / family members when using drugs

4.5.2. Tools and medicines

- Injections: prepare prescribed medication,
- Sterile tools: Suitable syringes and needles: Adults: 2 - 5 ml; Newborn and young children: 0.5 - 1ml; Needle getting medicine; Antiseptic, antiseptic / cotton antiseptic

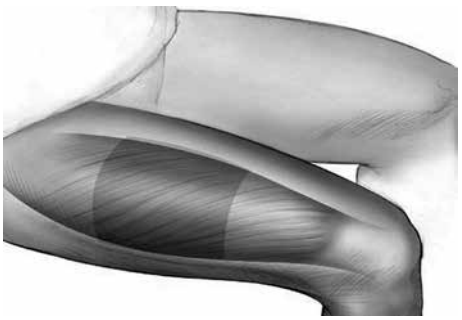
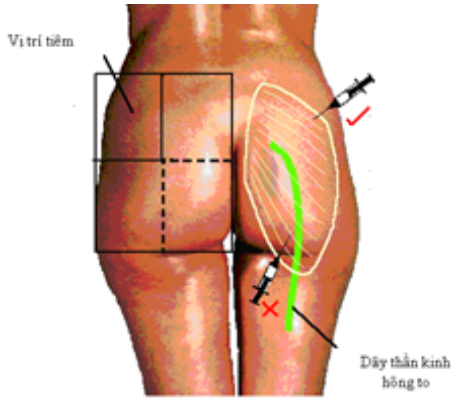
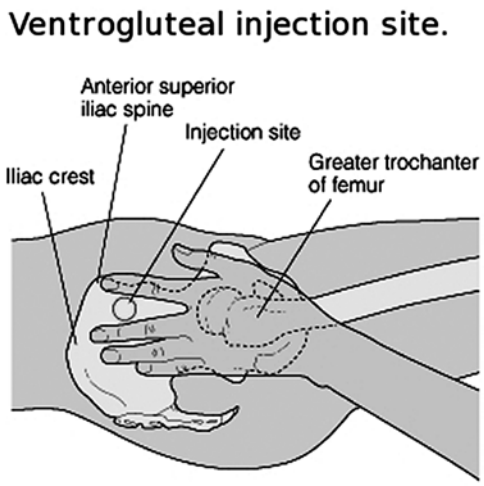
  Kelly forcep and cylindrical tube stand
- Other tools: Kelly forcep and clean tray; Emergency medicine box, Quick hand antiseptic solution, Post-use medication sheet and calculator (if available)

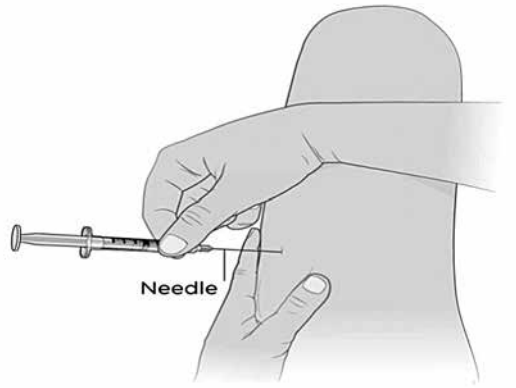
  Safety box / resistance puncture with sharp objects

  Garbage bags / tools

4.5.3. Steps to perform intramuscular injections

No.	Implementation steps	Reason
1	Nurse: uniform, mask, hand washing	
2	Perform 5 rights	Ensure exactly the right medicine will be used to right individual
3	Check tools to ensure sufficient	
4	Explain, motivate patients	The patient is comfortable and cooperative
5	Check the medicine, antiseptic tube / vial, use sterile gauze to break the medicine tube	
6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine	
7	Get the medicine into the syringe, replace the needle, put the pumped syringe into the sterile tray / bag, or the newly filled bag.	
8	Guide appropriate posture for patients *(depending on the location of intramuscular injection)* - Inject arms, thighs: Patient sit or lie - Inject buttocks: Patient is prone	

9	***Determine the injection site;*** Check the skin surface at the injection site whether there is any bruise, infection or edema? - *Position of hand injection:* There are 2 injection sites + Middle of the Deltoid muscle - 3-5cm from the shoulder (1/3 on the connecting line from the shoulder to the elbow or anterior fibers); + Or 1/3 between the outside of the arm. - *The position of buttocks injection:* There are 3 ways to determine + Place the base of the hand on the transfer of the pelvis, the wrist is perpendicular to the femur. Use the right hand for the left buttocks and vice versa. Place thumb towards the patient's groin, index finger, middle finger, and pelvis forming a triangle. The injection position is in the middle of that triangle. + Or draw a straight line connecting the previous pelvic spine to the coccyx, divided into three equal parts, inject into the 1/3 point (1/3 point is the best injection point) + Or divide 1 buttock into 4 equal parts, inject into 1/4 on the outside - *Location of thigh injection:* 1/3 middle, the outer front of the thigh on the line from the anterior superior ilac spine to the outer edge of the patella.  *Image 1: Define the thigh injection site*	Avoid injecting into the affected skin Inject into the right position surgery to prevent the risk of nerve and blood vessel damage    *Image 2: Locate buttocks injection*

10	Sterilize injection site: Use sterile cotton / gauze, soaked in alcohol. Put cotton / gauze between the injection site and sterilize with a diameter> 10cm, clean sterilization - 2 times.	Remove microorganisms
11	*Remove air:* Hold the syringe (with medicine) to pump the syringe upright, gently pull the plunger and remove air	Prevent air accidents,
12	Instruct patients to relax, relax the injection area	To make patients less suffer from pain and bleeding
13*	*Needle into the muscle tissue:* One hand stretches the skin, the other hold the needle, needle at an angle of 60 - 90^0 to the skin surface, deeply submerge 2/3 of the needle body.	 *Image 3: Needle intramuscular injection*
14	*Inject:* Pull the piston lightly for 5 - 10 seconds. - If there is no blood flowing into the syringe, slowly inject at about 1ml / 10 seconds. - Observe the patient's face	Blood in the syringe shows that the needle tip may be in a vein. Slow injection reduces pain and reduces tissue damage.
15	Stretch the skin, remove the needle, gently press cotton / dry gauze (sterile) on the injection site, sterilize - Isolate the needle into the safe box.	Avoid bleeding at the injection site. - Safe for people who are injected and injected
16	Put the sick person in a comfortable posture *Monitor:* Stay with the patient for a few minutes, observe the signs of drug allergies? Instruct patients if there are abnormal signs, immediately report to the nurse	Timely find out the signs of drug allergies.
17	Clean up tools. Hand washing	
18	Record documentation (care slip): date and time of injection, name of medicine, dose, route of administration, patient's reaction and countermeasures (if any)	

Note: Step 13* If do incorrectly, the requirements of intramuscular injection will not be achieved..

Technical checklist for intramuscular injection

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
1	Nurse: uniform, hand washing.			
2	Perform 5 rights			
3	Check tools to ensure sufficient			
4	Explain, motivate patients			
5	Re-check drugs, sterilize, break tubes / vials,			
6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine			
7	Take the medicine into the syringe, replace the needle,			
8	Guide appropriate posture for patients *(depending on the location of intramuscular injection)*			
9	***Determine the injection site;*** Check the skin surface at the injection site whether there is any bruise, infection or edema? - *Position of hand injection:* There are 2 injection sites - *The position of buttocks injection:* There are 3 ways to determine - *Location of thigh injection:* 1/3 middle, front side			
10	*Sterilize injection site:* width> 10cm diameter, - 2 times.			
11	*Remove air:*			
12	Guide patients to relax,			
13	*Needle into the muscle tissue:* needle at an angle of 60 - 90^0 to the skin surface, deeply submerge 2/3 of the needle body.			
14	*Inject:* Slowly with a speed of 1ml / 10 seconds. - Observe the patient's face			
15	Tighten skin, withdraw needle, sterilize - Isolate the needle into the safe box.			
16	Help patients back to comfortable posture Monitor patients after injection Instruct patients to follow up on their own			
17	Clean up tools, wash hands			
18	Record documentation			

5. Intravenous injection technique

Intravenous injection is giving to the body an amount of drug under solution intravenously. Intravenous drugs are usually injected slowly or in the form of drop transmission.

5.1. Application

- Quick-acting drugs, drugs have a systemic effect: anesthetic, anesthesia, ...
- Drugs that cause pain in the tissues, induce ulcers if injected under the skin or muscle: Calciclorid ...
- Solutions need to use in a large amount isotonic, hypertonic ...

5.2. Not subject to application

- Drugs that cause strong irritation on the cardiovascular system: Adrenalin (only intravenous injection in case of an emergency when allergies are not caught, blood pressure falls ...)
- Oil injections: Testosteron ...

5.3. Injection site

- Intravenous injection is usually performed in shallow, floating, large, clear and less mobile veins.
- Some veins are often subject to injection: M-shaped veins in the elbow folds, the back of the forearm and the vein in the head (infants and young children)

5.4. Incidents

- Needle stuck: When hitting the vein, blood flows into the syringe but freezes right at the tip of the needle, causing the jammed needle, cannot inject the medicine. How to solve: Pull out the needle, replace the other needle and inject again
- Inflated injection site: When the needle is inserted into the vein, blood enters the syringe, however because it is not fixed well, let the needle go out of the vein or vein rupture. How to solve: re-adjust the needle, if not, remove the needle and redo. When the injection is finished, instruct the patient to apply heat to the hematoma or to dissolve drug quickly.
- The patient is shocked or fainted: It may be due to being too scared or due to drug reaction, because the medicine is too fast, or the needle is stabbed many times without a vein. How to solve: stop injecting, report the doctor for countermeasures
- Embolism: Do allow air to enter the lumen during the injection. If the amount of medicine is high, syringe is small, divide into several injection, it is not allowed to put the needle in the vein and remove the new injection syringe and then insert the needle already in the vein to continue pumping the medicine. This is very dangerous, air is easily accessible which causes a blockage or because the air bubbles are not completely removed when the patient is injected.

  Signal: The patient's face is pale, cough, shortness of breath or breathing suddenly stops

  How to solve: Let patients lie on the top of the slope immediately, breathe oxygen and report the doctor to coordinate for countermeasures.

- Inject into the arteries wrongly

  Signal: patients complain of pain, heat in the foot

  How to solve: must stop injecting and withdraw the needle

- Necrosis: If the injection deviates beyond the contraindications of subcutaneous injection and muscle injection such as calcicloride.

  Signal: the hot, red, painful injection site, at firstly was hard, later soft like an abscess.

  How to solve: Heat at first. During necrosis: Thin bandages, may require injections if the abscess is large.

- Whole body infection: Due to failure in performing non-sterile principle, septicemia can occur.

  Detection: high fever, chills, severe infections, blood culture (+)

- Bacterial infections:

  + Hepatitis virus caused by needle sterility is not good, needles from people with hepatitis to healthy people who will get sick. Detection after 4-6 months of injection. patients show fatigue, loss of appetite, jaundice, yellow eyes, dark urine ...

  + HIV infection, malaria parasite. How to solve: treatment of infectious diseases

- Allergy, Anaphylaxis: due to the body's reaction to the drug.

  Detection Signs of urticaria, rapid pulse, low blood pressure, sweating, cold limbs ...

  Precautions: Ask carefully history before taking medicine

  How to solve: Urgently coordinate anaphylaxis emergency.

5.5. Technical procedure for intravenous injection

5.5.1. Identify

- Identify the right individual: compare patients with medical orders
- Identify patients' overall status and vital signs
- History of drug use and drug allergy of patients
- Identify the injection site
- Attitudes and knowledge of patients / family members when using drugs

5.5.2. Tools and medicines

- Injectable drugs as prescribed
- Sterilize tools: Suitable syringes and needles: 5 - 10 ml; Needles getting medicine

  Antiseptic; Antibacterial cotton / gauze; elly forcep and cylindrical tube stand

- Other tools

  + Kelly forcep and clean tray; Anaphylactic emergency medicine box; Quick hand antiseptic solution; Wire tourniquet, hand pillow; Clean gloves

+ Table of medicines after use and computer (if any)
+ Safety box / puncture resistance
+ Types of garbage bags / tools

5.5.3. Steps to perform intravenous injection

No.	Perform	Reason
1	Nurse: uniform, mask, hand washing	
2	Perform 5 rights	Make sure to give the right medicine to the right individual
3	Check and arrange tools.	
4	Explain, motivate patients	The patient feels comfortable and cooperative
5	Check the medicine, antiseptic tube / vial, use sterile gauze to break the medicine tube	
6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine	
7	Get the medicine into the syringe, replace the needle, put the pumped syringe into the sterile tray / bag, or the newly filled bag.	
8	Guiding appropriate posture to patients: Sit or lie	
9	Check the skin surface at the injection site whether there is any bruise, infection, or edema? - *Choose a* big, clear, less mobile vein	Avoid injecting into damaged skin areas where may affect drug absorption and injection site infection.
10	Put nylon wrap and cord tourniquet under the injection area	The veins are more prominent and convenient when the needle is inserted into a vein
11	Wear clean gloves *(when there is a risk of exposure to blood and when the hand skin is injured)*	Preventing microbial infection through contact route
12	Tie garrot above the vein, 5-10cm away from the injection site	
13	*Sterilize* injection site: wide sterilization from injection site, with diameter> 10 cm, sterilize 2 times	Remove bacteria
14*	*Remove air, insert needle into vein:* Hold the syringe to pump the syringe upright, remove air - Stretch the skin, 1 hand hold the syringe, pierce the needle at an angle 300 through the skin, push the needle into the vein 2/3 of the needle body	Preventing air accidents

15*	*Inject drugs into vein:* Check whether blood is flowing into the syringe, remove the garrot, inject the medicine slowly into vein at speed of about 1ml / 30 seconds - Observe the patient's face, observe the injection site to see if there is any swollen sign?	Blood flowing into the syringe shows that the needle is in vein. Slow injections help reduce pain and limit accidents - Early detection of abnormalities for timely countermeasures.
16	*Withdrawal of needle:* medicine finishes, stretch skin horizontally to one side 2 - 3cm from the injection site. Pull the needle into the sharps container or isolate the needle immediately	Pull the skin deflection to seal the hole caused by the needle stick, avoid the medicine to spill out and the patient does not bleed at the injection site. Safety during injection
17	Disinfect the injection site, place dry cotton on the injection site, and place the injection with a personal adhesive bandage	
18	Remove gloves and put them into bags containing infectious waste	
19	Put the sick person in a comfortable position. *Monitor:* Stay with patients for a few minutes, watch for signs of drug allergies? - Instruct patients to self-monitor	Timely detection of signs of allergic reactions
20	Clean up tools. Hand washing	
21	Record documentation (care slip) date and time of injection, name of medicine, dose, route of administration, patient's reaction and countermeasures (if any)	

Note: Step 14 *, 15 * If do incorrectly, the requirements of intravenous injection techniques will not be achieved.

Technical checklist for intravenous injection

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not achieved**	**Remark**
1	Nurse: uniform, hand washing.			
2	Perform 5 rights			
3	Check and arrange tools.			
4	Explain, motivate patients			
5	Re-check drugs, sterilize, break tubes / vials,			
6	Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine			

7	Take the medicine into the syringe, replace the needle			
8	Guide appropriate posture to patients:			
9	Check the skin surface at the injection site whether there is any bruise, infection, or edema? - *Choose a* big, clear, less mobile vein			
10	Put nylon wrap and cord tourniquet under the injection area			
11	Wear clean gloves *(when there is a risk of exposure to blood and when the hand skin is injured)*			
12	*Tie garrot* 5-10cm away from the place of injection			
13	*Sterilize* injection site: diameter> 10 cm, ≥ 2 times			
14	*Remove air, insert needle into vein:* - Stretch the skin, 1 hand hold the syringe, pierce the needle at an angle 30^0 through the skin, push the needle into the vein 2/3 of the needle body			
15	*Inject drugs into vein:* Slowly inject into the TM at about 1ml / 30 seconds - Observe the patient's face, observe the injection site to see if there is any swollen sign?			
16	*Withdrawal of needle:* Place in sharp container or isolate the needle immediately			
17	Disinfect the injection site, place dry cotton on the injection site, and place the injection with a personal adhesive bandage			
18	Remove gloves and put them into bags containing infectious waste			
19	Help patients back to comfortable posture, Monitor patients after injection. Guide patients to self-monitor			
20	Clean up tools, wash hands			
21	Record documentation			

LESSON TEST

1. Choose the best answer

Question 1: Mr. An is 64 years old and has been in the history of type II diabetes for 5 years. He has to take medicine to treat Glucophage diabetes 1000mg / day. This time Mr. An is hospitalized for pneumonia. Mr. An was appointed by the doctor to take oral antibiotics

Azithromycin 500mg. Mr. An told the nurse that he had a history of penicillin allergy and he had never used Azithromycin. He is very concerned about his medication.

1. Choose the best answer to the risk of allergy to Azithromycin of Mr. An:

A. Mr. An is at risk of drug allergy, because he has a history of diabetes

B. Mr. An is at risk of drug allergy, because of his old age

C. Mr. An is at risk of allergy because he uses Azithromycin for the first time

D. Mr. An has no risk of allergy, because he has a history of allergy to Penicillin

2. What nurses should do to prevent and take early action if Mr. An is allergic to Azithromycin?

A. Break down the pill and let Mr. An drink it many times

B. Watch closely for abnormal signs after giving medication and managing

C. Explain Mr. An for his comfortability

D. Test for Mr. An

3. While in the hospital, Mr. An was given a blood test, the test results showed that his liver function was not good. The doctor appointed him to take insulin to treat diabetes instead of oral medication. Mr. An was very anxious and worried about having to inject Insulin himself at home.

3.1. Please instruct Mr. An on insulin injection issues (injection time, insulin dose, injection site selection, injection, monitoring after injection)

(Performed by role play)

3.2. Please indicate the appropriate amount of medication when performing subcutaneously injection

A. Less than 1 ml / time of injection

B. 1 to 2 ml / injection

C. 2 to 3 ml / injection

D. Less than 5 ml / time of injection

Question 2: Patient Le Thanh N. 65 years old, diagnosis of interstitial pneumonia. The doctor prescribed intravenous Zinacef 750mg x 10ml distilled water (3 times / day).

1. Select the first step the nurse must do before mixing the drug, explaining why?

A. Wash hands as regulated

B. Turn on the cap and take enough distilled water

C. Evaluate the weight of patients

D. Exactly check the medication book and the doctor's prescription

2. What nurses should do after removing the cover of the vial, explain why?

A. Pump enough amount of solute into the vial

B. Disinfect the bottle cap with alcohol

C. Draw 4ml of air in the vial to reduce the pressure inside the vial

D. Plug the vented needle into the cap

3. When the nurse performed intravenous injection to Mr. N, after withdrawing the needle, the injection site often bleed and get bruised. The patient and the family are very worried. How will the nurse handle?

A. After injection: Stretch the skin, withdraw the needle

B. After injection: Stretch the skin, withdraw the needle, explain to the patient and family members for their comfortability

C. After injection: Stretch the skin, withdraw the needle, insert a small piece of cotton on the injection site and fix it with adhesive tape; explain to the patient and family members for their comfortability

D. Ask the doctor to switch to intramuscular injection

Question 3: Patient Nguyen Van L. 55 years old, under treatment of cirrhosis due to first-day C-hepatitis, weighs 60kg. Doctors give orders: Biceps injection Vitamin K; 5mg / ml x 4 tubes (at 9 hours, 15 hours)

1. Which of the following syringes is best used to inject the biceps to the patient, explaining the reason?

A. 1 ml syringe

B. 3 ml syringe

C. 5ml syringe

D. 10ml syringe

2. When performing intramuscular injection to the patient, the nurse withdraws the piston to test if there is blood flowing out of the syringe; Select the most appropriate way of handling in this situation, explain why you choose that way?

A. Continue pumping the medicine.

B. Pull out the needle and inject in another position.

C. Pull out the needle, throw away the medicine and start over again.

D. Remove the needle, replace the needle and inject in another position.

3. Which of the following symptoms shows that patients have nerve damage after intramuscular injection?

A. Urticaria, wheezing, difficulty breathing

B. The patient feels pain during injection

C. Pain, itching and numbness at the injection site 2 hours after injection

D. Swelling, pain increased after 24 hours of injection

2. Practice situation

Situation 1

Huong is 5 years old and goes to hospital for treatment with the reason of high fever 39^0C, swelling in the ankles and joints. Diagnosed acute rheumatic fever. The doctor appointed to take

antipyretics, antibiotics, oresol... She cries, doesn't want to drink Oresol. Her mother was very worried about how to give her enough Oresol as prescribed by the doctor.

Question:

1. How can nurse handle when Huong does not take Oresol: (choose 1 answer among 4 answers below)
   A. Assist family members to force her to take the prescribed amount of Oresol
   B. Instruct her mother to give milk instead of Oresol
   C. Coordinate with her mother to persistently encourage her to take small sips until she finishes the prescribed amount
   D. Ask doctor to prescribe an infusion instead of Oresol.
2. When discharged from the hospital, the child was assigned to buttock injection 1 month / time to prevent acute rheumatic fever. Her mother was worried that buttocks injection might cause sciatica, so she recommended arm injection (delta muscle). If you are assigned to take care of Huong in the above context, how will you explain to her mother?
3. Perform buttocks technique (performed in simulator or choose the patient in the department who are ordered buttocks injection)

Situation 2

Patient Nguyen Thi L. 78 years old, went to the hospital to treat rheumatoid arthritis. Doctor prescribed anti-inflammatory analgesics and gastric mucosal protection drugs; Both drugs are taken orally.

Question

1. Instruct patient/family members how to use these medicines.
2. Mrs L., an elderly woman, fastidious, not lucid sometimes. Every day when nurse gives medicine to her, her daughter often takes medicine, then gives her medicine and water to drink by herself. How can the nurse can make sure that Mrs. L takes enough of the daily dose?

Situation 3

Patient Nguyen Van T, 52 years old, went to hospital to treat diabetes 1. Nurses ordered subcutaneous injection of Wosulin N40UI x 8 units at 17:00.

Question:

1. Choose the best way to identify the right person and explain why you chose it?
   A. Ask the patient's name and compare with the medicine name.
   B. Ask the patient's name, hospital admission number and compare with the prescription record.
   C. Ask for name from family members and patients
   D. Look at the name of the patient at the bedside and compare it with the name of the medicine.
2. Mr. T. did not understand why he had to constantly change the injection site, Nurse explained to the patient the purpose of rotating the insulin injection site: (choose one best answer)

A. Reducing the risk of nutritional disorders of subcutaneous fat layer at the injection site.

B. Let insulin be taken anywhere in the body.

C. Reduce the risk of infection by injection.

D. Minimize pain from insulin injections.

3. Implementation of injecting techniques to patients? (Select patients with order for subcutaneous injection in clinical departments)

Answer

1. Choose the best answer

Question 1: 1C, 2B, 3.2 A

Question 2: 1D, 2D, 3C

Question 3: 1C, 2D, 3C

Situation 1: 1: C

Situation 3: 1: B; 2: A

Competency based assessment checklist for Medication practice to patients

No.	Competency	Achievement level		
		Can do independently (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or do wrongly (0)**
1	Identify patients before giving drugs			
2	Implement effectively, safely and properly technical procedures giving medicines to patients.			
3	Implement effectively, safely, and properly follow the technical procedure of subcutaneous skin injection.			
4	Implement effectively, safely and strictly with the technical procedures of intramuscular injection to patients.			
5	Perform effectively, safely and properly technical procedures of intravenous injection.			
6	Early detection of abnormal manifestations on patients when taking drugs and making appropriate treatment decisions.			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *A guide to practicing 55 basic nursing techniques, volume 2,* Vietnam Education Publishing House.
2. Ministry of Health (2012). Guidance on safe injection in medical examination and treatment facilities - issued together with Decision 3671 / QD - BYT dated September 27, 2012
3. Ministry of Health (2012). *Nursing practice skills.* Medical publishing house, Hanoi.



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM
FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TEXTBOOK OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Vol 2



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TEXTBOOK OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Vol 2

(Trial training)

Version 3

October 2019

LIST OF AUTHORS

EDITORS

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*

AUTHOR GROUP

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*
Msc. Nguyen Bich Luu	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
BSN. To Thi Dien	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
PhD. Phan Thi Dung	*President of the Vietnam Surgical Nursing Branch, Vietnam Nurses Association*

Msc. Pham Thu Ha	*Standing member of Executive Committee, Vietnam Nurses Association*
Msc. Ha Thi Kim Phuong	*Head of Division of Nursing - Nutrition - Infection Control Division, Medical Services Administration, Ministry of Health*
Msc. Bui Minh Thu	*Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Anh	*Officer of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Viet Nga	*Head of Nursing Department, Saint Paul General Hospital*
Msc. Nguyen Dinh Khang	*Officer of Practice Management Division, Vinh Phuc Department of Health*
NSI. Dinh Thi Ngoc Thuy	*Head of Cursing Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital*
Msc. Nguyen Thi Nhu Tu	*Deputy Head of Medical Services Department, Binh Dinh Department of Health*
NSI. Truong Thi Huong	*Head of Nursing Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
NSI. Le Ho Thi Huyen	*Head Nurse of Pediatrics Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
Msc. Huynh Tu Anh	*Deputy Head of Medical Services Department, Dong Nai Department of Health*
BSN. Tran Thi Huong	*Deputy Head of Nursing Department, Dong Nai General Hospital*
MSc. Nguyen Do Thi Ngan Trang	*Head of Nursing Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai province*
NSI. Ta Van Hien	*Deputy Head of Medical Services Department, Dien Bien Department of Health*
BSN. Dang Thi Tu Loan	*Head of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
BSN. Cao Thi My	*Officer of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*

NSII. Truong Thi Thu Huong	*Vice President, Bach Mai Medical College*
Msc. Nguyen Thanh Thuy	*Head of Nursing Faculty, Hanoi Medical College*
Msc. Ly Thi Phuong Hoa	*Vice Head of Medicine Faculty, Tra Vinh University*

REVISION, CORRECTION GROUP

Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*

CONTRIBUTORS

Assoc. Prof. PhD. Nguyen Quoc Huy	*Head of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Ngoc Bang	*Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Thi Kim Thanh	*Officer of General Office, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
MPH. Amaike Naomi	*Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Desilva Tomomi	*Coordinator, JICA Nursing Project*

BSN. Fukatani Karin	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Sugita Shio	*Former Chief Advisor, JICA Nursing Project*
BSN. Ikarashi Megumi	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Tran Thu Huong	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Thu Hien	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Ngoc Lan	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Tran Thi Duyen	Project Officer, JICA Nursing Project

LIST OF ACKNOWLEDGEMENT

PhD. Kurosu Hitomi	*Expert on Infection Control / Nursing ManagementJICA Project for Improvement of Hospital Management Competency*
Msc. Moriyama Jun	*National Center for Global Health and Medicine, International Cooperation Department, Human Resources Division, Capacity Development*
PhD. Suenaga Yuri	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Yokoyama Miki	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Adachi Yoko	*Assistant Professor, School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Kawano Megumi	*Candidate of Master of Science in Nursing, Graduate School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Sakai Shima	*Associate professor, school of nursing, Tokyo Women's Medical University*

INTRODUCTION

According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. However, current legal documents have not specified training program, materials, implementation, teaching and evaluation method before issuance of practical certificate.

The Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses, hereafter as JICA Nursing Education project, aims to enhance healthcare quality in Vietnam through nationwide scaling-up clinical training system for new nurses. Japan International Cooperation Agency (JICA) provides both technical and financial assistance. Ministry of Health's leader assigned the Administration of Science Technology and Training to act as implementing agency. Bach Mai Hospital, Saint Paul Hospital in Hanoi together with Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai province are selected as pilot sites from 2016 to 2020.

The clinical training program and materials for new graduate nurses including 04 modules that developed by JICA Nursing Education project in coordinated with local and international experts, management officers, lecturers and Vietnam Nurses Association. After a series of revisions through collecting training result in pilot provinces, the material set has approved by Appraisal Committee under Ministry of Health (MoH).

Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health would like to highly appreciate the leader of MoH, effective support from JICA especially Japanese experts work in Vietnam; extend thankful to Editing board and all concerned people for contributing efforts in material set development; last but not least, warmest thanks to our colleagues.

Sincerely thanks!

DIRECTOR
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Dr. Pham Van Tac

PREFACE

Nurse plays an important role in the people's health care and there are many specialties in nursing and education levels from intermediate, college, university to postgraduate. In Vietnam, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from different levels of intermediate, college and university. According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. These training materials were developed to facilitate the implementation of clinical training in health facility to meet these legal documents and to ensure the quality of the training.

The materials consisted of: (1) Curriculum of clinical training for new nurses; (2) Textbook of clinical training for new nurses (Vol.1&2); (3) Training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; (4) Guideline on management and implementation of clinical training for new nurses.

Each book aims to improve necessary nursing competencies at different level because nursing manager's competencies on planning, monitoring and evaluation of training and preceptors' competencies on teaching, supporting and evaluation of trainees are crucial to implement clinical training for new nurse. The training materials could also support all related people who involved in clinical training implementation including Department of Health who manage the training program, nursing professional association and educational institution to support this training and the role of each are clarified in the Guideline. Furthermore, we updated and relating to regulation and expertise, together with application of learning through case-studies reflected theory and practical contents.

We, the members of edition team, do hope that these material as a set could facilitate all stakeholder involved clinical training to enhance necessary capacities to implement the clinical training so that standardized and qualified training can be provided for new nurses to obtain basic competency for nurses in Vietnam.

Lastly, the editing team would express our gratitude to the efforts, contributions and leaderships of the Administration of Science, Technology and Training - Ministry of Health, JICA Nursing Education Project, local and international experts, teachers/lecturers of nursing educational institutions, leaders of provincial Department of Health/Hospital, Head Nurses of provincial Department of Health/Hospitals involved this activities, members of Appraisal Committee of MOH to fulfill this material set.

Thank you very much!

ON BE HALF OF EDITION TEAM

JICA NURSING PROJECT

HORII Satoko
Project Chief Advisor
(Signed)

EDITION TEAM LEADER

Pham Duc Muc
President of Vietnam Nurses Association
(Signed)

ABBREVIATION

MOH	Ministry of Health
DOH	Department of Health
ASTT	Administration of Science Technology and Training
JICA	Japan International Cooperation Agency

TABLE OF CONTENT

List of authors 3

Introduction 7

Preface 8

Abbreviation 9

Chapter 3: Basic nursing technique and patient care (Part 2) 11

Lesson 16: Fluid infusion – blood transfusion techniques 13

Lesson 17: Monitoring volume of in and out fluid 32

Lesson 18: Wound and drainage tube care techniques 39

Lesson 19: Pressure ulcer prevention and care for patients 54

Lesson 20: Excretion care 67

Chương 4: Patient care management 93

Lesson 21: Regulations on recording, managing medical records and care templates 95

Lesson 22: Medical equipment usage and management: monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph 107

Lesson 23: Management of medicines and medical consumable supplies 127

Chương 5: First aid, emergency 143

Lesson 24: Evaluation of comatose patient based on Glasgow Coma Scale 145

Lesson 25: Respiratory support and airway management techniques 150

Lesson 26: Basic emergency care for cardiac arrest 168

Lesson 27: Prevention and management of anaphylaxis 179

Chương 6: Communication, Consultation and Teamwork 189

Lesson 28: Communication skills in patient care 191

Lesson 29: Health education 210

Lesson 30: Teamwork skills in health care 238

ANNEX 246

CHAPTER 3

BASIC NURSING TECHNIQUE AND PATIENT CARE (PART 2)

LESSON 16

FLUID INFUSION - BLOOD TRANSFUSION TECHNIQUES

OBJECTIVES

1. Perform properly fluid infusion, blood transfusion principles (competency 5.1; 6.3; 7.2)
2. Perform effectively, safely, properly technical procedure of fluid infusion, blood transfusion in patients (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5;4.6; 4.7; 5.2; 6.1; 6.2; 6.3; 7.2,7.5; 7.4; 7.6; 7.7; 8.2,8.3; 16.3; 20.2; 20.4; 24.1,24.3; 25.2)
3. Be able to monitor patient during and after fluid, blood transfusion, to detect early abnormal manifestations of patient and give decision for suitable management (competency 2.2; 2.4; 4.1; 7.1; 7.4; 9.1; 9.2; 9.3; 9.4)

CONTENTS

1. Introduction

Water and inorganic substances play important role in living process. Although water and inorganic substances do not generate energy exchange of water and inorganic substances in a living body closely relates to each other as well as to metabolism of organic substances. Water is a major component of the body, when there is disorder of water and inorganic substance exchange, it may induce severe consequences. This is a common seen disease in clinical setting; therefore, it requires healthcare workers to make timely and proper assessment and management.

Intravenous injection and transfusion regards as the most effective method to balance water and electrolyte for patient. In line with fluid and electrolyte compensation, intravenous injection and transfusion is also applied to transfusion of blood and blood products (colloid), nutrition...

Blood transfusion is a process of receiving blood or blood products in venous route. Blood transfusion is indicated in a number of acute or chronic diseases causing anemia (total or some components of blood), to replace the lacking components. Nowadays, beside of total blood transfusion, physicians also indicate transfusion of each blood component such as red blood cell, white blood cell, plasma, anticoagulant components and platelets.

Intravascular administration of medication, fluid and blood must comply 5 right principles: right drug/ fluid, right dose/ concentration, right patient, right administration route, right time (Circular 07/2011/TT-BYT) and must be recorded fully, clearly according to regulation. It requires that nursing staff should have knowledge on fluid and blood transfusion, understand and use effectively devices for safety fluid infusion, blood transfusion practice, control transfusion speech, monitor, recognize and manage complications possibly happened during and after transfusion process.

2. Intravenous transfusion technique

2.1. Purpose

- Recover loss about of circulation due to dehydration, diarrhea, severe burn, blood loss, bleeding etc.
- Detoxication, diuretic.
- Nurture patients
- Administer medication in the body for therapy purpose.

2.2. Transfusion should be done in following cases

- Bleeding, dehydration due to diarrhea, burn
- Before and after surgery
- Promotion of medication quick effects, maintenance of drug concentration.
- In poison or metabolic acidosis cases.

2.3. Fluid infusion principle

- Follow 5 rights
- Ensure sterilize principles
- Ensure safety in fluid management
- Absolutely do not allow air to enter patient's vein.
- Ensure transfused fluid pressure higher than blood pressure of patient.
- Ensure proper length of fluid transfusion as physician's order: calculate formula of fluid dripping time.

$$\text{Duration of transfusion (min)} = \frac{\text{Total amount of fluid x number of drip/ml}}{\text{Number of drip/minute}}$$

- Monitor vital signs before, during and after transfusion.
- Early detect the signs of reactions and manage timely.
- Keep IV set in disinfectant status. Place cover sterile gauze on transfusion needle.
- Transfusion fluid should not be maintained more than 24 hours. IV set and needle must be replaced after 48-72 hours. Cannula should be replaced after each 48-72 hours depending on each kind of product.

2.4. Possible unexpected effects may happen during fluid infusion into peripheral vein

Unexpected effects	Management
1. Extravasations due to needle deflection or trans-vascular needle insertion	- Check infusion site regularly. - Lock transfusion when the signs happen - Insert needle in another site. - Limitation of movement at infusion site.
2. Needle obstruction due to uncirculated flow	- Stop transfusion. - Check again fluid circulation. - Insert needle at another site (if not circulated) - Do not rub on infusion site - Hot compression on transfusion site as medical order
3. Phlebitis caused by intravascular damage due to needle, side effects of fluid or technique is not sterilized enough.	- Stop transfusion. - Place transfusion line at another position (avoid to insert needle again in inflamed veins) - Hot compression on transfusion site.
4. Circulation overload: too much fluid amount, drop too fast causing sudden circulation volume.	- Stop transfusion. - Inform physician. - Monitor vital signs.
5. Thrombophlebitis (pulmonary embolism) due to clot or air bubbles.	- Regularly check infusion site. - Monitor patient's respiratory, total conditions to detect timely the signs of pulmonary embolism due to air bubbles: dyspnea, cyanosis, ventricular arrhythmia, central venous hypertension, lung edema, end expiratory carbon dioxide pressure decrease… - Provide respiratory support, continuous air aspiration via central venous line etc. - Prevention: remove all air bubbles in the IV line set.
6. Infection due to improper disinfection technique, caring of the infusion site as well as not so good quality of fluid	- Report physician whenever happen abnormal signs: pain, dyspnea etc. … - Apply sterilize technique in caring of infusion site. - Change the IV transfusion set right after 72 hours. - Perform routine hand washing before performing the technique.
7. Anaphylactic shock	- Stop fluid transfusion, fluid goes to the another vein - Report to physician. - Manage patient according to anti-prophylactic shock protocol - Monitor vital signs. - Carry out order on medication

2.5. Practical procedure for intravenous transfusion technique

2.5.1. Assessment

- Assessment of clinical, para-clinical signs, co-morbidities: consciousness, color of skin, membrane, vital signs, body weight, edema grade, volume of urine, thirsty level, signs of dehydration etc...
- Assessment of allergy history to medication, fluid, disinfectant...
- Assessment of venous system of patient.
- Assessment of factors relating to fluid infusion, needle, cannula, transfusion speed, length of fluid infusion etc...
- Assessment of factors affecting to transfusion process (elderly, children)
- Assessment of attitude, patient's understanding about transfusion therapy.

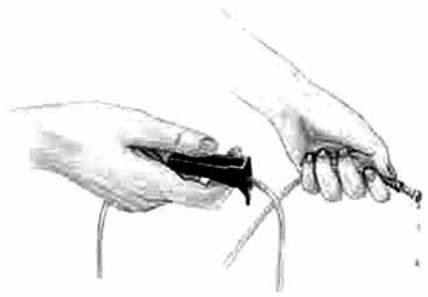
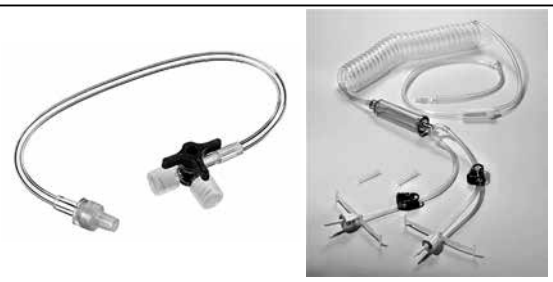
2.5.2. Devices

- Fluids as indication:
  + Isotonic fluid: NaCl 0.9%, Glucose 5%, NaHCO3 14‰…
  + Hypertonic fluid: NaCl 10%, 20%, Glucose 10%,…, 50%, NaHCO3 5%...
  + Colloid fluid: Dextran, Subtosan…
- IV administration set: thin bed sheet, tourniquet, disinfectant (alcohol 70°, iodine), gauze, tape, and Kocher pincers
- IV line set
- Medication box for anti-anaphylaxis shock
- Device for vital sign taking: sphygmomanometer, stethoscope, thermometer, time keeper.
- Transfusion sheet
- Sheet for vital sign monitor, pens

2.5.3. Implementation steps

No	Implementation	Reason
1	- Check medical order: type of fluid, quantity, medication (if any) dripping speed and length of transfusion. - Check device and arrange in tidy manner.	- To avoid mistake when performing technique in patient - Convenient for manipulation
2	- Inform, explain to patient/ patient family - Help patient stay in comfortable position	- Patient understands and collaborates - Convenient for nurses when performing technique
3	Nurse performs routine hand hygiene/ hand wash	To reduce number of microorganism on the hands

4	Prepare IV set and fluid for transfusion	Ensure to transfuse correct fluid and suitable IV line
5	Check - 5 rights - Color, crystalline and expired date of the fluid - Fluid bag/ bottle is leaked or not	To reduce risk of error.  *Check fluid bag*
6	Open IV line transfusion set (ensure sterilize) Move roller clamp close to drip chamber 2 – 5 cm. Lock the fluid.	To prevent infection To ensure safety  *Lock the fluid*
7	- Open the lid of fluid bottle, disinfect and prepare medicine (if necessary) - Insert the tube into fluid bag or bottle	Ready for insert the tube into fluid bag or bottle  *Insert tube into fluid bag*
8	Hang fluid bag/ bottle on hanger/ self, press and release fluid drop in 1/3 ~ 1/2 of dripping chamber and lock it 	To prevent air coming to the tube.  *Hang the fluid bag and press dripping chamber*

9	Remove the needle cover and gradually open the roller clamp to allow the fluid drip from dripping chamber to the needle. Lock the fluid after tube is full.	- To remove air inside infusion tube - To prevent fluid leakage to outside.  *Remove air inside infusion tube*
10	Cover needle.	To maintain sterilize system
11	Connect different lines with tube (if any)	 *Type of connected tubes*
12	- Select suitable vein for infusion - Place pillow and wrap tourniquet under the infusion site - Cut the tape.	Help to insert needle into vein easily. Prepare to fix infusion needle
13	Wear gloves and mask *(Only use the gloves when having the risk of blood exposure and when the skin of person who perform technique is injured).*	To reduce transmission of microorganism. 
14	Apply tourniquet upper infusion 5 – 10 cm.	
15	Disinfection of infusion site by sterile cotton/ gauge in the center of the site and expand to 10cm width (min 2 times)	To prevent infection
16	Insert needle: - Pull the skin by one hand - Another hand hold the needle at angle of 30^0, insert needle gently into the vein, observe the blood flow at the needle grip, remove tourniquet gently.	- Fix the vein when inserting needle. - Reduce the risk of deep needle insert 

17	Quickly connect infusion tube with needle. Open roller clamp.	Ensure sterilize. Allow fluid drip through needle, prevent clot in infusion set.  *Adjust roller clamp*
18	Fix the root of needle, cover and fix the body of needle by sterile gauze/ clear tape. Remove pillowix the hand of patient (if necessary)	- Firmly fix the needle, prevent infection risk and injury due to needle stick  *Needle fixation by safety device*
19	Observe whether there is any blister on infusion site or not. Assess patient – observe patient's face, ask his/ her feeling.	To detect complications to manage timely.
20	Fold infusion tube and keep the tube along patient's arm. Then, fix the tube by a tape.	- Avoid needle slipping out of infusion site.  *Fixation of infusion tube*
21	Adjust infusion speech according to medical order; Possible to connect with automatic infusion device (if necessary).	To reduce risk of complication
22	Write down on fixation tape: starting date and time, needle size and length, name of person, who give infusion.	Record the starting time of needle placement.
23	Tidy up of device. Remove gloves and hand hygiene.	Reduce transmission of microorganism, prevent needle stick accident

24	Instruct patient to limit movement in order - to prevent needle slipping to avoid removal of infusion devices, - To detect abnormality report nurse immediately when he/ she feel uncomfortable.	To prevent needle slipping to avoid removal of infusion devices, To detect abnormality report nurse
25	Write down in medical record: Types of infusion fluid, needle, infusion starting time, the remained amount of fluid inside bottle or bag. Patient's reaction to fluid infusion.	- Ensure continuity of procedure. - Avoid mistakes during switching working site, dripping speed, type of infusion tube, shifts. - Monitor progress of patient.

Checklist of IV infusion technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Assessment patient			
2	Device preparation			
3	Nurse performs routine hand hygiene			
4	Check infusion fluid, disinfect the lid of fluid bottom, prepare medicine (if necessary)			
5	Open infusion tube and lock roller clamp			
6	Insert the tube into infusion bag/ bottle.			
7	Hang fluid bag/ bottle on hanger/ self, press and release fluid drop in 1/3 ~ 1/2 of dripping chamber and lock it			
8	Connect different lines with tube (if necessary)			
9	- Select suitable vein for infusion Place pillow and wrap tourniquet under the infusion site Cut the tape.			
10	Wear gloves and mask			
11	Apply tourniquet above 10 – 15 cm			
12	Disinfection of infusion site with diameter more than 10cm, disinfect the skin until it is clean (min 2 times)			
13	Stretch, puncture skin at 30° angle, insert needle into the vein until the blood is seen at the root of needle.			
14	Remove tourniquet; Connect needle with tube; Unlock roller clamp to allow fluid dripping.			

15	Fix infusion needle			
16	Patient assessment right after infusion			
17	Adjust dripping speech as medical order Write down infusion starting date, time on the tape			
18	Ask patient avoid needle deviation, report nurse/ doctor in abnormal case.			
19	Tidy up of device, hands hygiene			
20	Write down in medical record			

3. Blood transfusion technique

3.1. Purpose

- To compensate the amount of blood loss, to elevate blood pressure.
- To stop bleeding (fibrinogen, prothrombin, platelets...)
- To prevent poison and infection (provide Hemoglobin and antibody)
- To provide oxygen for cells and antibody for patient.

3.2. Blood transfusion should be done in following cases

- Massive bleeding of viscera
- Shock due to internal bleeding, trauma shock, severe blood loss due to breaking artery.
- Severe anemia (for example: hookworm infection...)
- Severe infection, poisoning
- Hematological diseases: bone marrow failure, bleeding due to thrombocytopenia, …

3.3. Blood transfusion should not be done in following cases

- Valvular diseases (Mitral stenosis with insufficiency, aortic incompetence etc.) - consider blood transfusion
- Myocarditis
- Cerebral arteriosclerotic, hypertension
- Head trauma, encephalitis, hydrocephalic

3.4. Principles of blood transfusion

Transfusion of the same blood type as physician's indication, according to following diagram:

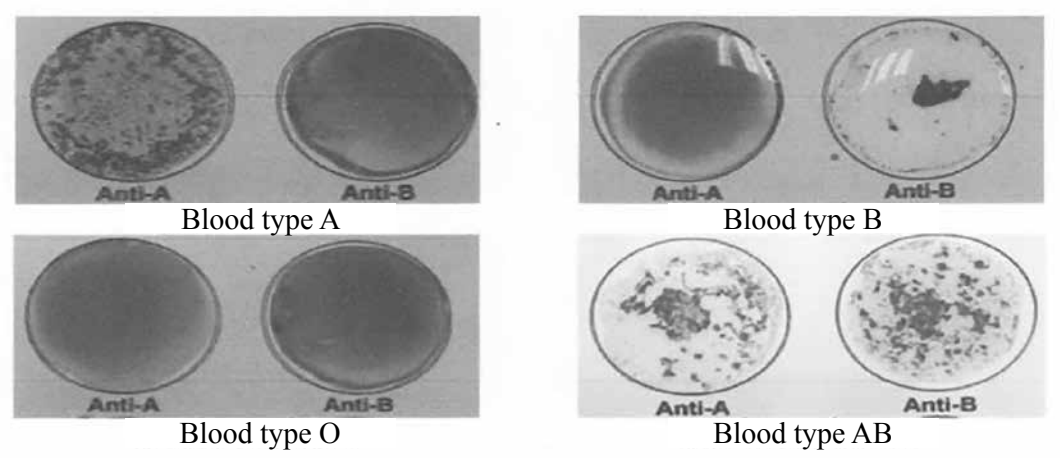
Type A → A

B → B

O → O

AB → AB

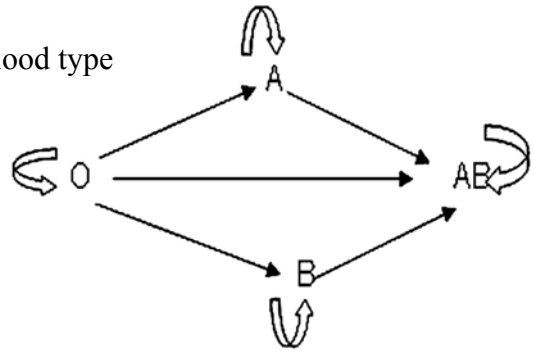
Before performing blood transfusion, prepare carefully necessary tests: blood type, cross matching, become sticky, etc...



Picture 1: Blood type

- Check blood quality: Whole blood or blood components, blood bag/ bottle don't have any suspected expression such as color change, hemolytic, etc...
- Check patient's vital signs before blood transfusion: report physician if there is any abnormality.
- Ensure disinfection of blood transfusion device, there must be filter on drip chamber, correct needle size (18-21G, length 3-4 cm).
- Ensure dripping speed as medical order.
- Perform Ochlecber test: transfuse 5 ml of blood with speed described in medical order, let it drips 8 to 10 drops/ minute. Monitor in 5 minutes, if there is no any abnormal sign, continue to drip as speed mentioned in medical order for 20ml of blood more; then let it drips slowly (8-10 drips/minute) in 5 minutes for monitoring. If there is no any abnormal sign, continue to drips as speed mentioned in medical order.
- Blood bag/ bottle has been out of refrigerator for more than 30 minutes, it should not be transfused, do not transfuse too cold blood for patient.
- Monitor must be done closely to avoid possible complications.
- If there is no the same group of blood in emergency case it can be transfused other blood group by following physician's instruction and minimal blood transfusion principle (rarely performing):
  + For adult: does not exceed to 250mL
  + For child: does not exceed 1/10 – 1/8 his/her circulating blood volume

Diagram 1: Blood transfusion by blood type



3.5. Possible complications during blood transfusion

No	Incidents	Management
1	Wrong blood group: patient feel dyspnea, chest pain, severe spine pain, anxious after receiving 1 – 2 ml of blood.	- Lock roller clamp. - Take patient's vital signs. - Report physician - Perform medical order quickly and accurately.
2	Fever and chill.	- Lock the blood bag. - Keep patient warm. - Take patient's vital signs. - Report physician, carry out medical orders rapidly and accurately.
3	Allergy: Urticaria, sometimes edema on face.	- Lock the blood bag. - Take patient's vital signs. - Report physician, carry out medical orders rapidly and accurately.
4	Sepsis: due to infection of blood bag. Signs: patient has high fever, dyspnea, gaunt face.	- Lock the blood bag. - Take patient's vital signs. - Report physician, carry out medical orders rapidly and accurately. - Invite blood bank to make record and send the blood bag for testing.
5	Hemolytic transfusion reaction: Acute intravascular haemolytic reaction is caused by the transfusion of incompatible red cells, Antibodies in the patient's plasma haemolyse the incompatible red. It often occurs from 4 to 11 days after blood transfusion.	- Take patient's vital signs. - Report physician, carry out medical orders rapidly and accurately, transfuse red cell concentrates
6	Transfuse blood from donor infected virus, malaria parasite, viral hepatitis.	- Report physician - Implement medical order. - Monitor patient's condition.
7	Bleeding syndrome after blood transfusion: occurs from 20 – 20 days because platelet of donor is not compatible with recipient.	- Manage according to physician's medical order as same as treatment bleeding due to thrombocytopenia.
8	Hypothermia: it is common seen in children, elderly, severe patient when blood for transfusion is not warm enough	- Keep warm, reduce transfusion speed, report doctor and implement medical order

3.6. Practical procedure for blood transfusion technique

3.6.1. Assessment of patient

- Consciousness, vital signs
- Vein at transfusion site
- Co-morbidity status
- History of fluid infusion, blood transfusion.
- Patient finishes procedures and agrees to transfuse blood
- Understanding of patient/ patient family about blood transfusion

3.6.2. Device:

**** Sterile transfusion set and blood bag:***

- Blood bag has been checked with medical order and patient's blood type.
    + Check label of blood bag:
        o Is there a label? Do not receive blood bag without label
        o Label has to write down fully: number of bag, blood type, name of donor – receiver; date, time of blood collection, expire date.





    + Check quality of blood bag: the bag is still intact or not? Blood bag taken from refrigerator still see clearly color. Check whether there is any infection, clot or keeping outside of the refrigerator over 30 minutes?
    + Cross check: blood bag is suitable with blood order form or not, name and blood type of patient are correct or not, cross reaction between blood bag and blood of the patient.
    + Blood transfusion set: straight tube/ Y shape tube having filter in dripping chamber.



+ Bag/ bottle NaCl 0,9% solution
+ Syringe 5ml, needle 18 - 21G.
+ Steam gauge, glass slide
+ Disinfectant solution.

*** Clean devices:**

- Tape; Clean gloves
- Bean shape astray
- Tourniquet/elastic string
- Pillow or towel placed under the arm
- Strap and rolling bandage (if necessary)
- Drug box for anti-anaphylaxis shock
- Devices for taking vital signs: thermometer, sphygmomanometer, stethoscope
- Consent form for blood transfusion
- Blood transfusion sheet, testing form
- Hanger
- Electrical infusion device (EID)
- Pulse oximeter

3.6.3. Implementation steps:

No	Implementation	Reason
1	Prepare patient - Check patient's medical record: name, number of bed, number of patient ward, blood receiving form, blood transfusion form, results of test: blood grouping, total blood count… - Inform, explain to patient/ patient family know about the technique - Ask patient to urinate (if necessary) - Ask patient about allergy history - Let patient lie on suitable position - Check vital signs	Ensure patient received proper blood transfusion Identify patient and their collaboration in performing procedure. To prevent possible complications To create convenience for performance of Assessment of vital signs to compare baseline indicators before, during and after blood transfusion
2	Nurse wear uniform, hands hygiene, wear gloves	To reduce the risk of infection
3	Check blood bag: name of donor, expire date, number/code, quality and blood type Arrange devices suitably	To prevent complications for patient Convenient for manipulation

4	Typing blood group by sample serum and compatible test at the bedside	To avoid wrong blood transfusion
5	Open Y shaped blood transfusion set	Y shape tube protects access point in case patient need to transfuse more than one unit of blood.
6	Set up all the roller clamp at "off" position	To prevent blood drip outside
7	Hang blood bag on hanger	To prevent blood pour out.
8	Insert needle in NaCl 0.9 % bottle with Y shape tube. Hang fluid bottle on hanger. Press to allow fluid drip to 1/3 to 1/2 of fluid chamber.	To prevent air at the tip of Y shape tube. To prevent fluid loss.
9	Open roller clamp to allow NaCl 0.9% solution to run in the tube fully. Then, lock the tube and keep sterile at the contact tip.	Ensure clear transfusion set
10	Prepare blood/ blood products for transfusion. - Gently shake the blood bag. - Remove stamp, lid of blood bag - Insert the sharp tip of Y shape transfusion tube into blood bag. - Open roller clamp to allow blood drip in the dripping chamber.	Gently shake to mix components of blood. Transfusion tube is full of blood and ready to transfuse to the patient.
11	Perform the steps to insert needle into vein, infuse NaCl 0.9% (same as steps 14 to 21 of fluid infusion technique)	Establish fluid infusion before blood transfusion
12	- Perform Ochlecber test as following orders: + Transfuse the first 5 ml of blood + Slow transfusion with 8-10 drops/minute x 5 minutes + If there is no any abnormality, continue to transfuse as in medical order's speed x 20ml of blood. + Slow transfusion with 8-10 drops/minute x 5 minutes. If there is no abnormality, continue to transfuse as mentioned speed in medical order. - Observe closely patient's condition after the test: patient's face, vomit? Head ache, dyspnea? Cill, rapid weak pulse? Hypotension?	- To ensure safety right after start blood transfusion. - Almost reactions happen in the first 15 minutes of transfusion process. Transfuse patient's body and to minimize serious reaction level. Remark: If there is a sign of reaction, stop transfusion, start infuse physiological sodium in order to maintain the IV line, inform physician.

	- Observe transfusion site: - Ensure sterile, maintain through connection with patient's vein.	
13	Observe patient's vital signs every 5 minutes, 15 minutes, 30 minutes – 1 hour after transfusion or according to policy of each healthcare facility.	To detect early reaction
14	Continue transfusion according to medical order and check dripping speed. After stop transfusion: keep 10 ml in the bag (as evidence). Change the tube to bottle NaCl 0.9%, or withdraw needle, disinfection and cover the puncture site by sterile tape.	Reduce risk of intravenous fluid overload. - To show evidence when an abnormality occurs. - Stop transfusion, prevent infection.
15	Help patient become comfortable position Continue to assess patient	- Patient satisfaction - Detect complication
16	Process dirty devices properly as regulation, remove gloves, wash the hands.	Limit transmission of microorganism
17	Write down in medical record: - Starting time of transfusion - Amount of blood/ blood product, blood group - Response of patient to blood transfusion. - Patient status before during and after transfusion - Finishing time	Write down information according to regulation

Checklist of blood transfusion technique

No.	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Assessment of patient			
2	Device preparation			
3	Wash hands, wear uniform, gloves			
4	Check blood bag			
5	Perform blood grouping and compatible test at the bedside			
6	Open transfusion set			
7	Hang blood bag and bottle NaCl 0,9% on the hanger.			

8	Insert needle in bottle NaCl 0.9 %, remove air and lock			
9	Insert the sharp tip of filter to blood bag, open the roller clamp to allow blood drip in dripping chamber.			
10	*Blood transfusion:* Puncture skin, insert the needle into the vein			
	Remove tourniquet; Connect transfusion tube with needle; open lock to allow fluid dripping.			
	Fix infusion needle			
	Patient assessment right after infusion Adjust transfusion speed			
11	Perform Ochlecber test			
12	Monitor patient's vital signs.			
13	Continue blood transfusion according to medical order and check transfusion speed.			
14	*After finishing blood transfusion:* Keep 10 ml of blood in the blood bag, Change the tube to fluid bottle. Or withdraw needle, disinfection, place sterile tape on transfusion site.			
15	Help patient become comfortable position Continue to observe patient, tell patient report the nurse if he/ she is not comfortable.			
16	Tidy up of device, remove gloves, wash hands.			
17	Write down in medical record			

LESSON TEST

1. Select the most correct answers

Question 1: Types of blood that can be transfused to a person having blood type A:

A. Group A or AB

B. Group A or O

C. Group A or B

D. Group AB

Question 2: Type of solution used to establish IV line before blood transfusion

A. Sodium Chlorid 0.45%

B. Dextrose 5%

C. Sodium Chlorid 0.9%

D. Dextrose 5% in Sodium Chloride 0.9%

Question 3: The time that nurse has to perform cross reaction test before transfusing blood:

A. Before or after blood transfusion

B. Before blood transfusion, at laboratory

C. Before blood transfusion, at laboratory and before insert blood bag to transfuse blood for patient.

D. Before inserting blood bag for transfusion

Question 4: Purpose of fluid infusion for acute diarrhea patient is to

A. Compensate electrolyte volume

B. Compensate water and electrolyte volume

C. Nurture patient

D. Compensate water volume

Question 5: Patient Nguyen Van A was diagnosed with acute diarrhea. Physician indicates infusion of Ringer Lactac 500ml x 60 drops/minutes. Nurse place IV line at 8 am. When fluid infusion will be finished?

A. 12 :47PM

B. 9 : 47AM

C. 10 : 47AM

D. 11 : 47AM

Question 6: Correct orders of blood transfusion steps

A. …Gently shake blood bag hung at hunger; Assess patient; establish IV line with solution Sodium Chlorid 0.9%; move the tube to blood bag; perform Ochlecber test; transfuse blood as medical order's speed.

B. … Establish IV line with solution Sodium Chlorid 0.9%; Assess patient; Gently shake blood bag hung at hunger; move the tube to blood bag; perform Ochlecber test; transfuse blood as medical order's speed.

C. …Gently shake blood bag hung at hunger; Assess patient; establish IV line with solution Sodium Chlorid 0.9%; perform Ochlecber test; move the tube to blood bag; transfuse blood as medical order's speed.

D. … Assess patient; establish IV line with solution Sodium Chlorid 0.9%; Gently shake blood bag hung at hunger; Move the tube to blood bag; perform Ochlecber test; transfuse blood as medical order's speed.

Question 7: Cause of infection at transfusion site

A. Nursing care of transfusion site is not sterile enough

B. Due to clot

C. Due to needle puncture outside the vein

D. Due to too slow transfusion

Question 8: Purpose of performing Ochlecber test when transfuse blood

A. To test cross reaction
B. To monitor complications of blood transfusion
C. To monitor patient's reaction when start blood transfusion
D. To monitor infection signs before performing blood transfusion

2. Practical scenario

Scenario 1

Patient Tran Van X. 65 years old, is under treatment at Intensive care unit with diagnosis of stroke due to hypertension. At present, patient's conciousness is not so good, he does not agree to infuse fluid, sometimes, he strives; his skin and membrane is pink; decreased mobility ½ of right side. Vital signs: pulse 90 rates/ minute, blood pressure 150/ 90 mmHg, breathing 21 rates/ minute, body temperature 370C. Patient is indicated to transfuse 500ml Glucose 5%, speed 40 drops/ minute.

Question:

1. Please list up your assessment about condition of patient X?
2. What kind of attention does nurse need to pay when she perform fluid infusion for patient X?
3. Perform fluid infusion for patient? *(perform on simulator, or instructor select a patient in the clinical department having fluid infusion indication)*
4. When observing patient undergoing fluid infusion, nurse recognize the sign of swelling on infusion site. What does nurse have to do?

Scenario 2

Patient Bui Thi C. 55 years old, undergoes treatment at Internal Medicine department of provincial general hospital with diagnosis of gastrointesnal bleeding. At present, patient is tired, pale skin and membrane, pulse: 90 rates/ minute, blood pressure: 90/60mmHg, breath rate: 22 rates/ minute, body temperature: $36,5^0$C. Total blood count: red cell 2.5cell/litter, hematocrit: 8g/l, blood group B. Physician indicates emergent blood transfusion for patient: 1 blood unit, dripping speed 60 drops/minutes.

Question:

1. Please list up your assessment about condition of patient C?
2. What kinds of blood group patient C will be transfused in ABO group? What is the best group for patient C? Please explain in detail?
3. Nurse M *(takes care of patient)* receives a blood bag *(blood in stock)* to transfuse to patient C at the patient ward; After checking, information on blood bag and patient is matched, nurse

   M urgently hangs the blood bag and quickly shift the IV line *(patient undergoes infusion of solution NaCl 0.9%)* to blood bag, and continue implementing steps of blood transfusion for patient. After transfusing 20 minutes, the tube does not flow well!

- Please tell your evaluation about performance of nurse M to transfuse blood for patient, explain the reason why the tube does not flow well? Give your solutions for solving the above-mentioned scenario?

- Patient and patient family show their worry about obstruction of IV line during blood transfusion; would you please explain to patient/ patient family about this event? *(apply role play method)*?

4. Perform blood transfusion technique *(on simulator)*?

ANSWER

1. Select the most correct answer

Question 1: B

Question 2: C

Question 3: D

Question 4: B

Question 5: C

Question 6: D

Question 7: A

Question 8: C

Competency based assessment checklist for fluid infusion - blood transfusion techniques

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong performance (0)**
1	Properly implement fluid infusion, blood transfusion principles			
2	Perform effectively, safely fluid infusion for patient.			
3	Effective, safety, proper implementation of blood transfusion technique for patients.			
4	Able to monitor patient during and after fluid infusion and blood transfusion, early detect abnormal signs on patient and give decision for dealing with properly			

REFERENCES

1. The Ministry of Health (2010). *Guideline for practice of 55 basic nursing techniques, volume 2.* Viet Nam Education Publishing House.
2. The Ministry of Health (2012). *Lecture on Nursing technique.* Medical Publishing House, Ha Noi
3. The Ministry of Health (2012). Decision number 3671/QĐ-BYT, *Guidance for safery injection in the healthcare facilities*

LESSON 17

MONITORING VOLUME OF IN AND OUT FLUID

OBJECTIVES

1. Be able to assess patients who need to monitor in, out fluid (competency 1.1; 2.2;2.3; 3.1; 4.1)
2. Perform properly technical procedure for in, out fluid monitoring (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.9; 5; 6; 8.2; 8.3; 16.3, 20.2; 20.4; 24.1; 25.2)
3. Be able to give instruction to patient/ patient family to monitor in - out fluid properly as technical requirements (competency 2.3; 4.6; 8.2)

CONTENTS

1. Role of water, distribution of water in the body

Water plays really important role to get involve in structuring the cells and organs as well as maintains normal activities of the body, it is a solvent for biological systems. If human body loses 10% of water it becomes sick and the body may die if it loses 20-25%.

The amount of water is less in women and decreases by age, water in children is more than in adults. Totally, water accounts for 60% of body weight (in male), 50% in of body weight (in female), 75 - 80% of body weight (in children less than 1 years old). Of which, intra - cellular fluid accounts for 40%, extra - cellular fluid accounts for 20% of body weight. In 20% of extra - cellular fluid, the interstitial fluid (accounts for 15% of body weight) and intravascular fluid (accounts for 5% of body weight).

Normally, the amount of fluid in is equivalent to the amount of fluid out. The ratio of fluid balance depends on age, fat or thin body and height.

2. Source of normal in, out fluid (for adult)

Source of fluid comes in the body per day	**2000 – 2500 ml**
- Drinking water	1000 – 1200 ml
- Water in the food	800 – 1000 ml
- Due to metabolic inside the body	200 – 300 ml
Source of fluid out of the body per day	**2000 – 2500 ml**
- Urine excreted though the kidneys	1200 – 1400 ml
- Excretion via lung (water vapor)	400 – 500 ml

- Secretion via skin (sweating)	300 – 500 ml
- Excretion via stool	100 ml

3. Disorder of body fluid

Kidney and lung play major role for adjustment of fluid balance. In - out fluid is equal in 24 hours. When amount of out fluid is higher than in fluid, it is suspected as fluid imbalance. Fluid imbalance may change the vital function of the body (respiratory, metabolic, central nervous system etc.)

Loss/ deficiency of water, when the amount of in water is not enough or/ and over excretion occurs due to a number of causes such as vomit, diarrhea, fistula, fluid drainage, peritonitis, burn, sun stroke, hyperventilation, chronic kidney diseases, diabetes mellitus, diabetes insipidus etc. In fluid is not enough due to insufficiency of eating and drinking.

Redundancy of water (oedema) when the amount of out water is less, or/ and there is too much in water due to causes such as oliguria, anuria, heart failure, nephritic syndrome, chronic hyperuremia, acute Acute tubulo nephritis, cirrhosis, protein loss, too much glucose infusion , ADH hypersecretion…

4. Purpose and application of in, out fluid monitoring

4.1. Purpose

- Assess general conditions of patient.
- Assess early signs of fluid and electrolyte disorder.
- Adjust fluid and electrolyte disorder.

4.2. Application:

Monitoring of in - out fluid volume apply to all patients, who have fluid imbalance or disorder (loss of water and redundancy of water - oedema); patients having severe heart failure, kidney failure, shock, parenteral nutrition, patients use some kinds of medicine (diuretic drug) etc.

Measurement of in and out fluid is a daily work of nurse to assess patient's status and to have appropriate nursing care plan. Record of in, out fluid requires accuracy, continuation in order to make proper intervention.

5. Skills for monitoring in - out fluid volume.

In case patient having fluid disorder, measurement of in/ out water amount must be done every day to help physician decide appropriate therapy. Assessment of in/ out water in patient should be done at the end of each on duty shift and the data within 24 hours must be gathered to compare in several days.

5.1. Patient assessment

Before measuring in, out fluid, it is necessary to assess relevant issues:

- Assess the signs and symptoms of overload or fluid loss status (bradycardia, tachycardia, hypotension, hypertension, reduction of skin stretching/oedema, small or large amount of urine etc).
- Assess the causes of dehydration: prolonged fever, diarrhea or vomit, fluid loss via drainage, injury, gastric fluid aspiration, severe burn, trauma (especially crush trauma), endocrinological diseases causing fluid and electrolyte disorder (Cushing, Addison diseases, diabetic ketoacidosis etc)
- Identify patients, who have failure of swallow, unconsciousness or failure of movement.
- Assess patients, who use medication affecting to fluid balance including diuretic drug and steroid.
- Refer the result of test:
  + Proportion of urine (normal value is 1.010 - 1.030)
  + Rate of red blood cell volume (normal value is 38 - 47% for female, 40 - 45% for male)
- Assess knowledge of patient and patient family about the purpose and process of monitoring in, out fluid
- Assessment of risk factors
  + Patient or patient family does not cooperate during measurement of in and out fluid
  + Patient cannot control urination
  + Patient cannot control vomit

5.2. Devices

- Board for recording volume of daily exporting and importing fluid
- Pen
- Fluid container having measurement unit.
- Bed pan.
- Clean gloves.
- Measurement devices: pan, cup having metric measurement

5.3. Implementation steps

No	Implementation	Reasons
1	Explain to make patients and patient family understand the necessity of in, out fluid measurement.	Patients and patient family prepare and collaborate well during measurement of in, out fluid
2	Measure and record all the amount of in fluid/ measurement time: - Measure/ calculate sufficient amount of liquid food (soup) in each meal - Measure/ calculate sufficient amount of drinking water in a day - Measure/ calculate sufficient amount of medicine, fluid	Write down sufficient and accurate the amount of in fluid
3	Measure and record all the amount of out fluid/ measurement time: - The amount of urine/ day or by working shift - The amount of vomit, defecation - The amount of drained fluid: all types of drainage in patient - Excessive sweating (10C higher causes fluid loss about 100-300ml/day) - Measure/ calculate fluid through breathing when patient has dyspnea or mechanical ventilation.	Ensure sufficient, accurate amount of out fluid
4	Scale patient every day Record the body weight during monitoring time	Redundancy or deficiency of water makes the change of body weight;
5	Instruct patient/ patient family the way of measuring in, out fluid. Instruct in detail measurement way (food, drinking water, amount of vomit fluid, urinary, defecation,…) and usage of measurement devices	In some cases, patient and patient family may perform measurement according to guidance
6	Assess the signs and symptoms of water redundancy, deficiency (heart rate, blood pressure, skin stretching, oedema etc)	
7	Assess some relevant tests: - Urine specific gravity - Hematocrit test	Some tests shows dehydration status
8	Assess patients who use drugs that affect to fluid balance: diuretic, steroid drugs	Relate to amount of urine discharged less or more than normal range
9	Report to physician if there is an abnormality of in/ out fluid measure.	To manage timely

Checklist for in and out fluid monitoring technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Assessment of patient before measuring in, out fluid			
2	Device: the device has metric measurement in ml, containing bag…			
3	Explain to patients and patient family			
4	Measure and record all the amount of in fluid/ measurement time			
5	Measure and record all the amount of out fluid/ measurement time			
6	Scale patient every day Record patient's body weight during monitoring time			
7	Instruct patient/ patient family to measure the amount of in and out fluid			
8	Assess the signs and symptoms of dehydration and redundancy of water			
9	Assessment of some other relevant tests			
10	Assessment of patient who use the drugs influencing to in and out fluid			
11	Report to doctor if the result is abnormal			

EVALUATION QUESTION

Select the most correct answers

Question 1: Measurement of urinaryamount for patient; excludes

A. Placement of urinary catheter for all cases that need to measure urinary volume

B. Ask patient to urinate in the pan and measure the amount of urine during measurement time, including during defecation.

C. Placement of urinary catheter for all comma cases

D. Use diaper for patient, who can not control urination, scale diaper and accumulate total amount of urine during measurement time.

Question 2: Out fluid source of patient includes:

A. Urine, defecation
B. Urine, defecation, sweating
C. Urine, defecation, drainage, breathing, sweating, vomit
D. Urine, defecation, breathing, sweating.

Question 3: Out fluid source of a normal person includes:

A. Urine, defecation
B. Urine, defecation, sweating
C. Urine, defecation, drainage, breathing, sweating, vomit
D. Urine, defecation, breathing, sweating.

Practical scenario

Patient Pham Thi D, 25 years old, is undergoing treatment in Internal Medicine department, N district hospital. Diagnosis is acute glumeronephritis. Patient status: concious, slight oedea at eyelid pulse 85 rates/ min, blood pressure 145/80 mmHg, respiratory rate 19 times/ min, normal defecation, little.

Questions:

1. Does patient D need to monitor in and out fluid every day? Explain why?
2. Out fluid monitoring of patient D includes? (select the most correct answer)
   A. Urine/ day
   B. Urine/ day, defecation
   C. Urine/ day, body weight
   D. Urine/ day, defecation, sweating
3. Please instruct patient D to measure urine amount daily(using role play method)

Answer

1. Select the most correct answer

   Question 1: A

   Question 2: C

   Question 3: D

2. Practical scenario 2.2: D

Competency based assessment checklist for Monitoring volume of in and out fluid

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong performance (0)**
1	Identify patient who needs to monitor in - out fluid amount			
2	Perform properly technical procedure for in, out fluid monitoring			
3	Instruct patient/ patient family to monitor in and out fluid according to technical requirements.			

REFERENCES

1. The Ministry of Health (2010). *Instruction of practice of 55 basic nursing techniques, volume I.* Viet Nam Educational Publishing Hourse, page 332-337
2. Pham Ngoc Thach Medical School (2014). *Basic Nursing 2.* Medical Publishing House, Ha Noi
3. www.benhvien103.vn

LESSON 18

WOUND AND DRAINAGE TUBE CARE TECHNIQUES

OBJECTIVES

1. Assess and classify wounds (competency 2.1; 2.2.; 3.1; 4.1; 4.3; 6.1;9.1)
2. Perform properly and safety clean wound care techniques (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.7; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 8.2; 16.3; 20.2; 20.4; 24.1; 25.2)

CONTENTS

1. Introduction

Wound care is a basic technique in patient care. Good wound care help patient recover quickly and control infection, reduce length of stay, intensify the reliability of patients to healthcare workers.

Wound care includes care of simple to complicated wounds: clean wound, contaminated wound, infectious wound, necrosis, bed sore ulcer, wound having suture, drainage, skin transplanted wound etc. When perform wound care, nurses have to be equipped skills to use suitable bandage to cover and protect and heal the wound in the best way.

Nurses should collaborate with colleagues, experts to help patient recover affected organs after operation and trauma; collaborate with patient family, support them to acquire knowledge and skills for taking care of patient after discharge, facilitating them recover and stabilize their health.

Wound care skill group consists of:

- Clean wound care
- Contaminated wound care
- Suture cut of wound
- Care of drained wound

2. Wound care classification

- Clean wound care: is a surgical wound that undergone under sterile condition, not contaminated and not located in areas of respiratory, urological, genital system and there is no drainage in the wound.
- Clean contaminated wound care: is a wound that does not have a sign of infection but located in areas of respiratory, urological, genital system, opened wound and drained wound.
- Clean wound care: is a surgical wound that undergone under sterile condition, not contaminated and not located in areas of respiratory, urological, genital system and there is no drainage in the wound.

- Clean contaminated wound care: is a wound that does not have a sign of infection but located in areas of respiratory, urological, genital system, opened wound and drained wound.

3.1. Assessment of wound status

- Edge of wound is flat or rough and variegated.
- Newly progressed or old wound, the wound attached other lesions.
- Identify the position of wound in the body.
- General physical condition, other underlying diseases: diabetes mellitus, tuberculosis, cancer etc.

3.2. Principal of wound care

- Remove foreign body, bruised tissues
- Expand wound, drain well
- Help the wound sonly recover
- Wound always excretes fluid therefore keep the wound moisture is necessary but not make it becomes wet, therefore nurses should change the bandage when it is wet.
- Patient is really painful when having the wound, nurses pay attention and avoid making painful for patient during dressing change, pain relief drug should be given before change dress if the wound makes patient painful.

3.3. Principle of Dressing change

- Apply absolute sterile technique when changing the bandage. Each person uses a sterile dressing change
- Clean the wound properly: clean the wound as straight line from the top to bottom and manipulation from inside to outside, from suture as the line parallel with the wound.
- In a patient, who has several wounds, cleansing order should be done as following order: from sterile, clean to contaminated wound.
- Before placing the bandage on the wound, following steps must be realized:
  + Check the order of wound care.
  + Explain procedure for patient.
- Cover the bandage on the wound completely.
- For some special wounds (having skin transplantation), dressing change must be done according to indication of physician.

4. Some solutions and effects for cleansing wound

No	NAME OF SOLUTION	EFFECTS
1	Betadin 1/1000	Highly sterilized, not stimulate sensitivity of the tissue and recovery of the wound. Used for disinfection of skin, membrane, cleansing wound and sinuses of the body.
2	Hydro peroxide (H_2O_2)	- For local vasoconstriction, it is indicated for cleansing the deep wounds, having purulent, infection and contaminating with soil - Not used for cleansing the wound raising granulation tissues
3	NaCl 0.9% Normal saline	- Used to clean ordinary, benign wounds
4	Dakin's solution	Indicated to clean the wounds having necrosis tissues
5	Kali Pemanganat1/1000 – 1/10000 $KMnO_4$	Indicated to clean the wounds having mucilage

5. Characteristics and indications of wound dressing

No	Type of dress	Characteristics	Indications
1	Alginate dressing	- Highly absorbent, used to place inside the wound - It requires external covering dress	Deep wounds, lacking tissue, infected wound having drainage
2	Gauze	- Good absorbent, cotton fiber with clear surface - Can be immersed with physiological saline to moisture the big wound	- Widely used for wound care - Inserted in deep and drained wound
3	Thin dressing	- Having skin color made from hydro active, having adhesive tape at back side - The surface of dressing absorbs fluid mildly, keep the wound in moisture condition - Cover the surface of wound and avoid contact between oxygen and wound	- Superficial wound, red granulation tissue - Pressure ulcer - Limb phlebitis
4	Hydrogel	- Transient thin pad made from polymer - Drained fluid absorbent and provide moisture for the wound, cooling skin	- Superficial wound, granulation tissue, skin loss wound, small size burn - Pressure ulcer level I, II

5	Polyurethane foam	- Soft, slight, absorbent capacity depends on thickness of dressing - Create moisture for wound surface	- Wound having necrosis tissues - Cover wound
6	Transparent adhesive tape	- Film polyurethane having adhesive tape at back side, having exhausted holes - Maintain moisture of the wound, not absorbent	- Superficial wound, red cell granulation, less fluid - Protect the pressure ulcer area, possible to use instead of tape

6. Uninfected wound care skill

6.1. Assessment

- General condition of patient: general condition, consciousness, vital signs...
- Medical history and influenced factors: age, chronic disease, medication, dietary regime, alcoholic, smoker etc.
- Understanding of patient and patient family about first aid and wound care
- Conditions of wound: position, size, depth, wound surface, fluid excretion status, skin surrounding the wound, type of wound, healing progress…

6.2. Instruments

- General condition of patient: general condition, consciousness, vital signs...
- Medical history and influenced factors: age, chronic disease, medication, dietary regime, alcoholic, smoker etc.
- Understanding of patient and patient family about first aid and wound care
- Conditions of wound: position, size, depth, wound surface, fluid excretion status, skin surrounding the wound, type of wound, healing progress…

6.3. Implementation steps

No	Implementation	Reasons
1	Preparation: Wear uniform as regulation, routine hand hygiene, wear mask	Ensure aseptic principle before caring the wound care
2	Check and arrange equipment on dressing change cart	Convenient and quickly when performing manipulation
3	Prepare patient - Inform, explain to patient/patient family - Place patient at suitable posture	To create comfortable feeling for patient to understand and collaboration well Convenient for dressing change
4	Drape patient with underpad Position the bag for dirty things at convenient place	- To avoid cleansing solution, and fluid from the wound pour out to the bed - To dispose dirty cotton and gauze

5	Wear clean gloves	To reduce risk of infection
6	Exposure wound	To take care easily
7	Remove dirty bandage, gauze and dispose to the bag for dirty things Observe and assess would status	- To reduce risk of infection from wound - To evaluate progress of the wound
8	Pour cleansing solution in a cup	To clean the wound
9	Nurses wear sterile gloves	To prevent infection
10	Cleaning or disinfection of the wound from inside to outside, from top to bottom	To reduce the risk of super infection from surrounding skin area to the wound. Cleaning/ disinfection solution should be selected depending on the wound condition and whether is contaminated or not. Basically, the cleaning solution have to apply for contaminated wound.
11	Use gauze to cover the wound, dress the wound by suitable bandage.	To protect wound and absorb fluid
12	Help patient feel comfortable	Patient feels secure and believe in treatment and nursing care
13	Tidy up instruments, classify and collect waste: + Put the forceps on the disinfectant solution container + Remove gloves and discard in the bag for dirty thing and medical waste bin.	- To prevent nosocomial infection
14	Routine hand hygiene	To prevent transmission
15	Write down the record: + Date, time cleaning wound + Wound status + Patient reaction + Name of person who changed dress	- To monitor nursing care progress and healing of the wound

Checklist for uninfected wound care technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Patient assessment			
2	Equipment			
3	Nursing preparation			
4	Drape patient with underpad			

5	Wear clean gloves, exposure wound			
6	Remove dirty bandage from the wound			
7	Observe to assess condition of wound			
8	Pour cleansing solution to the cup			
9	Nurses wear sterile gloves, disinfected wound			
10	Place the gauze, dress the wound			
11	Help patient return back comfortable position			
12	Tidy up instrument, write down in medical record			

7. Infectious wounds

In this lesson, the care of infected wounds is not cover but described on the assessment in order to help new nurses understanding about nursing process.

7.1 Signs and symptoms of wound infection:

- Increased pain
- Edema, swelling
- Redness of skin around the wound
- There is a fluid excreted from the wound
- Bed smell
- Red necrosis from outside to the central point of the wound
- Patient has fever
- Unhealed wound

7.2 Typical wounds having the risk of infection:

+ **Bleeding position:** Risk of infection for severe wound decrease when blood runs out massively together with debris and potential pathogens. Small wound, scratch caused by dirty foreign body may have higher infection risk. Stab wound will be more dangerous because it causes deep infection inside tissues, not so much bleeding and difficult for disinfection.
+ **Burn:** Infection is the most common seen complication of burn. Burn damages a large skin area and has high risk of infection.
+ **Open facture:** It takes long time to heal the infection inside the bone. In some case, it requires more intensive medical care support. Some case, infected area of limb has to be cut. When having open facture, the site of fracture cutting skin may causes high risk of infection therefore it requires proper care and treatment.

+ **Bite lesion:** Bite lesion caused by animal or insect also causes infection for the wound. Some of animals and insects may have their own risk of infection. For example, rabby virus can be transmitted to human if a person is bite by dog; or snake bite or bee sting also cause the wound...

7.3 Assessment

- General condition of patient: general physical condition, consciousness, vital signs... length of wound progression.
- Medical history and influenced factors: age, chronic diseases, medications, dietary regime, alcoholic, smoker etc.
- Understanding of patient and patient family about wound care
- Wound condition
  + Position, size, depth, wound surface
  + Wound characteristics: bruised, dirty
  + Typical wound: burn, open facture, bite, sting …
  + Fluid, smell excretion status
  + Wound healing progress
  + Skin around the wound
  + Type of wound: surgery, trauma, vascular wound.

Remark: If nurse assessed wound with infection, she/he needs to report to the nurse-in-charge or doctor.

8. Suture removal technique

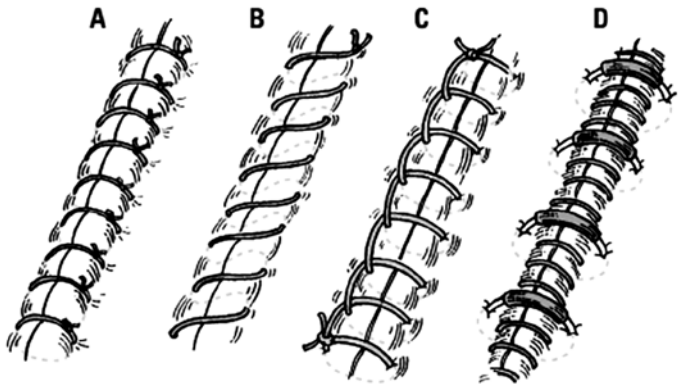
Nurse should follow physician's order to remove suture. The length of suture removal depends on healing stage of wound, purpose of surgery and wound position.

Suture is often cut within 7 – 10 days after operation, when the wound completely heals or it can be kept longer time from 14 to 21 days. Long suture retention may increase the risk of infection. Suture or metal staple may be cut one or several times.

There are different kinds of sutures and suture sizes. Suture for organs inside the body is absorbable. And skin suture is non-absorbable.

Staple made from stainless metal. It is used for subcutaneous tissue. Do not use the staple at the areas close to the bone or vein. Staple removal requires aseptic technique. .

When cutting the suture, nurse should assess would heal status. If the wound is not healed completely, suture should be interrupted cut. The remained parts will be cut one week after that.



A: interrupted suture B: continuous running suture C: Whip-stitch suture D: metal staple suture

Figure: types of suture

(Source: Nguyen Thi Minh Thinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2)

8.1. Assessment

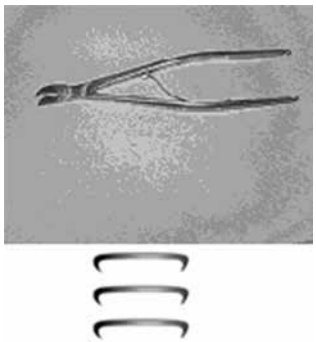
- General condition of patient: general physical condition, consciousness, vital signs... patient's understanding on suture removal and self-care after removing suture.
- Suture condition: position, size, depth, surface of suture, fluid excretion condition, healing progress of suture, skin around the suture and types of suture

8.2. Equipment

- Sterile instrument package: 2 pincers, 1 scissors, 1 forceps, 1 small cups, cotton pack, gauze spong ball, gauze pad
- Medical adhesive tape roll, scissors, cleansing solution, gloves
- Under pad, bean shape astray, hand hygiene bottle
- Container for disinfectant solution
- Bag for dirty gauzes and cottons

8.3. Implementation steps

No	Implementation	Reason
1 – 10	Perform steps from1 – 10 same as caring of clean wound	

11	**Suture removal** **** Interrupted suture*** - Place a sterile gauze pad next to suture - Use forceps to remove suture from skin. - Insert a tip of scissors at the bottom, of suture. - Cut suture knot and another hand holds the forceps to withdraw the suture and place it on gauze pad. - Continue to remove sutures as indication **** Metal staple removal*** - Remove staple: insert one side of pincers. Press the handles of pincers, two tips of staple will be knockout. - Quickly remove staple outside of patient's body. **** Continuous running suture removal*** - Place a sterile gauze pad next to suture. - Clamp and cut the suture knot close to the skin - Cut the second knot at the same side with the first one. - Gently remove the suture from skin. Place it on gauze pad. - Continue until all sutures are removed.	- To remove suture after cutting - To remove suture from inside to outside. Do not allow the suture from outside come in the wound to limit microorganism from outside to inside of wound.  *(Source: Nguyen Thi Minh Thinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2)* - Avoid the sharp tips staple damage skin and make patient painful.
12 - 16	In case of interrupted suture removal, after cutting the suture, nurses should clean the purulent/ fluid of the wound (if any), then perform wound disinfection. Same as steps 11 – 15 of clean wound care procedure	

Checklist for suture removal technique

No	Contents	Achievement Level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Patient assessment			
2	Equipment			
3	Nursing preparation			
4	Drape patient with under pad			
5	Wear clean gloves, exposure wound			
6	Observe, assess wound condition			
7	Pour cleansing, disinfectant solution to the cup			

8	Nurses wear sterile gloves, disinfected wound			
9	Suture removal - Cutting suture completely or interruptedly depends on indication			
10	Disinfection again/ or clean then perform disinfection for interrupted suture removal. Dress the wound			
11	Help patient comfortable, Tell patient take care him/ herself after suture removal			
12	Tidy up equipment, write down the record			

9. Drained wound care skill

When the wound has a lot of excreted fluid, healing process of the wound will be slow down. Excreted fluid can be drained by open or close drainage system. Inner tip of drainage tube may be placed directly on the wound or via small hole next to the wound.

Common drainage tubes are:

- Chest drainage (pleurisy, pericardium, mediastinum)
- Abdominal drainage (Kehr, gallblader, abdomen, jejunum, ileum, under diaphragm)
- Drainage at surgical site (renal pelvis, bladder, retzius drainage, head, arm, upper arm, lower leg and abscess)

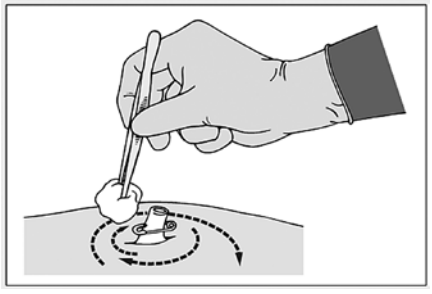
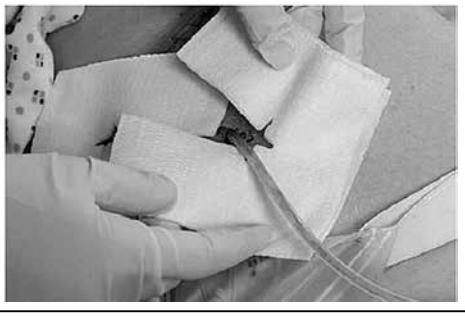
9.1. Assessment

- General condition of patient: general condition, consciousness, vital signs...
- Drained wound condition: position, size, wound surface, fluid leaking status
- Drained organs, purpose of drainage
- Bridge drains system, quantity, color and characteristics of drained fluid.
- Check medical record about indication for close drainage system such as using vacuum bag connected with suction system.
- Assessment of risk factors
  + Patient's worry
  + Pain and uncomfortable
  + Difficult movement
  + Limited personal hygiene
  + Risk of infection
  + Risk of fluid imbalance

9.2. Instruments

- Sterile instrument package: 2 pinches, 1 scissors, 2 small cups, cotton, gauze sponge ball, gauze pad
- Medical adhesive tape roll, scissors, cleansing solution, 3 pairs of gloves
- Underpad, bean shape astray or plastic bag, hand rub solution bottle
- Disinfectant solution container
- Bag for dirty gauzes and cottons
- Instruments containing fluid or draining bag (if necessary)

9.3. Implementation steps

No	Implementation	Reason
1 – 9	Perform steps from1 – 9 same as caring of clean wound	
10	Clean the bottom and body of drainage tube: + Clean from bottom of drainage tube to outside. + Clean from the bottom to the body of drainage tube about 7-10cm	- To clean bottom and body of drainage tube to prevent infection 
11	Observe general condition of patient	To prevent complications during performing procedure (patient shocks, pains or afraid)
12	Dry the wound	To dry wound surface
13	Disinfect skin around bottom and body of drainage tube 7-10 cm	To ease microorganism
14	Use the sterile scissors to cut a piece of sterile gauze pad (L or Y shape)	To reduce risk of super infection invaded from skin around the bottom of drainage tube 

15	Place gauze at bottom of drainage tube according to cutting line. Adjust the gauze to cover fully the bottom of drainage tube.	- To create a line to insert the gauze surrounding bottom of drainage tube - To protect wound and absorb fluid
16	Fix by adhesive tape	
17	Remove dirty gloves	
18	**Release fluid or replacement of drainage bag** - Clamp drainage tube. - Observe, record quantity, color and characteristic of fluid. - Wear clean gloves. **** In case of release fluid:*** + Place container, open the lock to allow fluid come out from drainage bag. + Close the lock, open clamp. + Place fluid bag at suitable place. **** In case of changing drainage bag:*** + Remove bridge string + Disinfection of drainage tip + Attach bridge string with bag in drainage tube + Open clamp + Hang the bag in suitable position	 
19	Inform patient that procedure has completed, help patient feel comfortable	- Help patient feels secure and believe in treatment and nursing care
20	Write down the record: + Date, time performing procedure + Wound status + Amount of fluid, color and fluid characteristic + Circulation of drainage tube + Amount of leasing solution used for patient + Name of dressing changer	- To monitor nursing care progress and wound healing process

Checklist of drained wound care technique

No	Contents	Achievement Level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Patient assessment			
2	Prepare equipment			
3	Nursing preparation			
4	Drape patient with underpad			
5	Wear clean gloves, exposure and assess wound condition			
6	Pour cleansing solution to the cup			
7	Nurses wear gloves, clean bottom and body of and dry it			
8	Disinfect skin around the bottom of tube and disinfect drainage tube body about 7-10 cm			
9	Cut sterile gauze pad, place it at the bottom of drainage tube and fix it by tape			
10	Remove dirty gloves			
11	Release fluid or replacement of drainage bag			
12	Inform patient that procedure is completed, help patient feel comfortable			
13	Tidy up instruments, classify and collect waste, wash hygiene			
14	Write down the record			

LESSON TEST

1. Select the most correct answer

Question 1: Which factor facilitates wound healing process

A. Young age

B. Old age

C. Obesity person

D. Diabetes mellitus

Question 2: Dressing change principle for patient

A. Change dress of clean wound care first, then dirty/ contaminated wound will be changed later

B. Disinfection of the wound from outside to inside

C. Remove bandage absorbed fluid in 72 hours

D. Cover the gauze pad large enough to cover the edge of the wound

Question 3: Time for suture removal indicated for clean wound in abdomen is

A. 3 – 5 days
B. 7 – 10 days
C. 10 - 14 days
D. over14 days

Question 4: Management of nurse in case of tearing gloves during removing the old bandage for patient:

A. Continue to remove the old bandage, remove gloves then perform hand rub to implement following steps
B. Remove gloves, perform hand hygiene and wear new gloves to continue removing the old bandage
C. Temporary stop procedure and apology patient about this error, tell patient that bandage will be changed in another time.
D. Use the forceps in instrument set to remove bandage and explain to patient at the same time.

Question 5: Correct order of dressing change for patient:

A. Nurse contact, comfort patient; assessment wound; change bandage /clean the wound; wear clean gloves, remove old bandage; disinfection, dry and dress the wound.
B. Nurse contact, comfort patient; wear sterile gloves, remove old bandage; assessment wound; wear clean gloves, change bandage/clean the wound; disinfection, dry and dress the wound.
C. Nurse contact, comfort patient; assessment wound; Change bandage/clean the wound; disinfection, dry and dress the wound.
D. Nurse contact, comfort patient; wear clean gloves, remove old bandage; assessment wound; wear sterile gloves, change bandage/clean the wound; disinfection, dry and dress the wound.

2. Practical scenario

Scenario 1

Patient Nguyen Văn D, 42 years old, day 4 after gastrostomy. At present, the wound is painful, the bottom of suture is swelling and red, bandage shows yellow fluid; Vital signs: pulse 83 rates/ min, blood pressure110/65mmHg, breathing18 rates/ min, body temperature: 38,50C; Patient is conscious, tired, body pain and he feel uncomfortable when the nurse provide wound care,

Question:

1. Please tell your assessment about status of patient D?
2. Please communicate with patient D before performing wound care?
   (Apply role play method)
3. Performance wound care technique for patient D? *(Performance on simulator or instructor select a patient in clinical department)*

Scenario 2

Patient Nguyen Thi A, 46 years old, day 2 after surgery of cholelithiasis removal. At present, patient is conscious, normal skin and membrane; vital signs: body temperature 36,90C, blood

pressure115/80 mmHg, breathing 20 rates/ min, pulse 78 rates/ min. Abdominal drainage has 50ml pink fluid, Kehr drainage has 400 ml of bile fluid, mild abdominal distension. The length of wound is 10 cm, suture and bandage are dry. Patient still pains on the wound.

Question:

1. Please tell your assessment about general condition of patient?
2. Perform wound care skill for patient A?

   (Performance on simulation or instructor selects a patient in a clinical department)
3. After 10 days, physician indicates to remove suture for patient. Patient worries and does not want to do. Please explain and perform suture removal technique for patient?

   (- explanation: by role plays method;

   - suture removal: Performance on simulation or instructor selects a patient in a clinical department)

ANSWERS

1. Select the most correct answer

Question 1: A

Question 2: A

Question 3: B

Question 4: B

Question 5: D

Competency based assessment checklist for Wound and drainage tube care techniques

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong performance (0)**
1	Assess and classify wound types			
2	Perform effectively, safety, properly uninfected wound care technical procedure for patient			
3	Perform effectively, safety, properly suture removal technical procedure for patient			
4	Perform effectively, safety, properly suture removal technical procedure for patient			

REFERENCES

1. The Ministry of Health (2010). *Guideline for practice of 55 basic nursing techniques, volume 2.* Viet Nam Education Publishing House.
2. The Ministry of Health (2012). *Lecture on Nursing technique.* Medical Publishing House, Ha Noi
3. Nguyen Thi Minh Thinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2

LESSON 19

PRESSURE ULCER PREVENTION AND CARE FOR PATIENTS

OBJECTIVES

1. Be able to assess the stage s of pressure ulcer (competency 1.1; 2.1; 3.1; 4.1; 4.3)
2. Use Braden scale to assess level of pressure ulcer risk of patient (competency 1.1; 2.1; 3.1; 4.1; 4.3)
3. Perform pressure ulcer nursing care levels I, II for patients properly and safery according to technical procedure (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.9; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 8.2; 8.3; 16.3, 20.2; 20.4; 25.2)
4. Instruct patients and patient family preventive measure for pressure ulcer (competency 4.6; 4.9; 13.1; 14.1; 14.2; 14.3; 14.5)

CONTENTS

1. Definition

Pressure ulcer is a kind of skin and tissue necrotic lesion between the bone and the thing having hard surface as a consequence of a prolonged pressured process causing to ischemia nurturing tissue and it causes the dead of cell.

2. Risk factors causing pressure ulcer

2.1. Pressure

In imbalanced distribution, pressure may be higher than normal one in capillary (32 mmHg). The more progress of pressure ulcer will be seen with higher pressure in the longer time. Any hard things such as bed, chair also creates the pressure on the skin. When patient lies or sit, the gravity will be increased on skin that covers bony area of the body.

Normally, a person moves the body weight in unconscious manner to prevent the block of capillary due to increase of pressure. Everyone feel to have needle or pin on their leg when the amount of blood is obstacle due to pressure.

However, the people, who does not have feeling of increased pressure or can not move (one-side paralysis or comma etc), have high risk of pressure ulcer.

2.2. Conscious situation

When patients are in lethargy or comma condition or they use the medications that change the normal conscious progress, they can not move their body. Therefore, it is necessary to prevent

pressure ulcer. The changes in consciousness also contribute to cause uncontrolled secretion and disable of self care capacity. This also increases the risk of decubitus ulcer.

2.3. Moisture

Moisture may make skin to be damaged. Skin will be soft when patient having continuous bath. It helps to increase skin's sensitivity to injury and infection. The skin which contacts directly with wet condition will be injured easily. Uncontrolled secretion may let patient lie on urination or defecation. Sweating or lack of dryness after doing hygiene may increase moisture and facilitate the growth of fungus and microorganism.

2.4. The rub and scratch

The rub and scratch occur when two surfaces scrub on each other. When the skin rubs to a hard surface such as the bed, it may cause a small scratch and increase the possibility of pressure ulcer. Skin lubricant and sufficient care when moving or keeping skin hygiene for patient may limit the rub.

2.5. Nutrition and metabolic condition

Decreased nutrition condition may increase the risk of pressure ulcer. In patients, who have decreased nutrition condition, capillaries are easy to break. In such case, the amount of blood the skin may be limited. The malnutrition patients, plasma proteins and immunological functions are lessened. Subcutaneous tissue loss may affect to the protection layer between skin and bone. It also increase the risk of sore formation.

2.6. Diseases

Local anoxaemia due to arterial disease or abnormalities of vein, diabetes mellitus, cancer, infection, anaemia and high fever are risk factors leading to pressure ulcer.

2.7. Age

The elderly more than 70 years old has high risk of pressure ulcer because skin becomes thinner, less elastic and its resistance is weaker.

2.8. Other factors: diastolic hypotension, smoking, obesity, rheumatic disease, Alzheimer or Parkinson diseases…

3. The stage s of pressure ulcer

Condition of pressure ulcer depends on the depth, size and damage severity of the tissue. It is classified into 4 stage s:

- ***Stage 1:*** the sore occurs as a reddish color on the skin, protruded bony or pressed area. Pressure ulcer is almost disappeared if there is no more pressed condition. It is difficult to recognize the sore at stage 1 for those, who have a dark skin color.
- ***Stage 2:*** the sore on the top layer appears as surface tear or blister. Skin may loss epithelium, skin or both skin and fat. The blister often causes pain.

- ***Stage 3:*** necrosis occurs in the whole depth of skin relating to subcutaneous damage or tissue loss. It may break to the lower layer but not too deep. On clinical manifestation, it resembles a crater. It takes several months to heal the stage 3 ulcer.
- ***Stage 4:*** the sore extends to the whole depth of skin with wider area, necrotic tissue or damage of muscle, bone or other supportive structures (tendon or bursa); it may have corrosion or fistula. It takes several months, years to heal the ulcer.

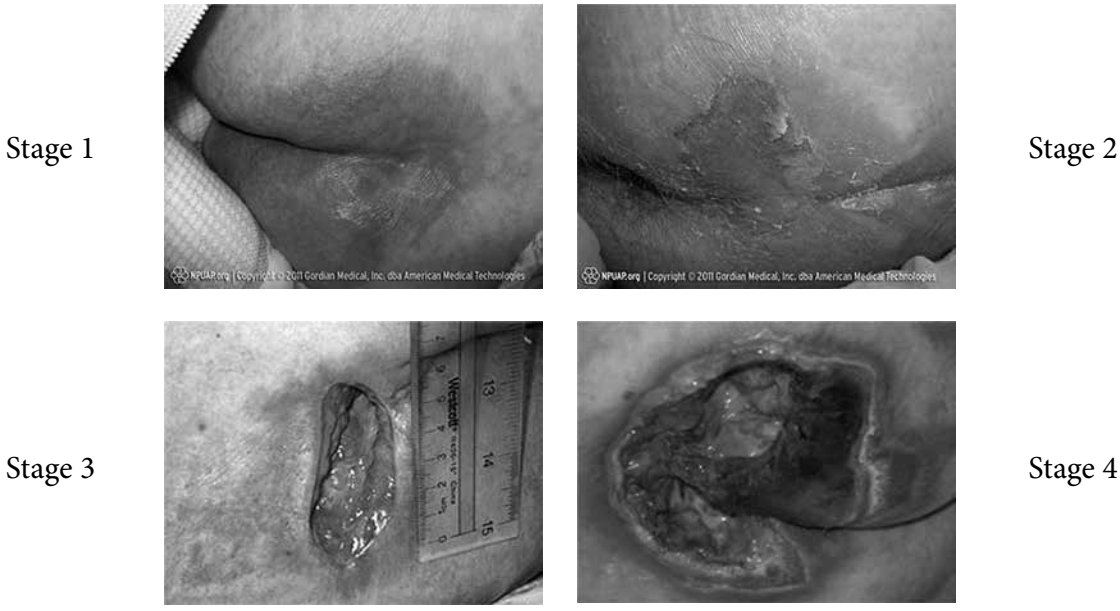


Figure 1: Stages of pressure ulcer

4. Positions easy to get pressure ulcer

4.1. In case patient lie supine

If patient lie supine in long time without caregiver, who provides careful pressure care and prevention, the following positions will be easy to get sore:

- Occipital area
- Scapular area
- Elbow
- Pelvis bone
- Sacrum and coccyx
- Ischium
- Heel

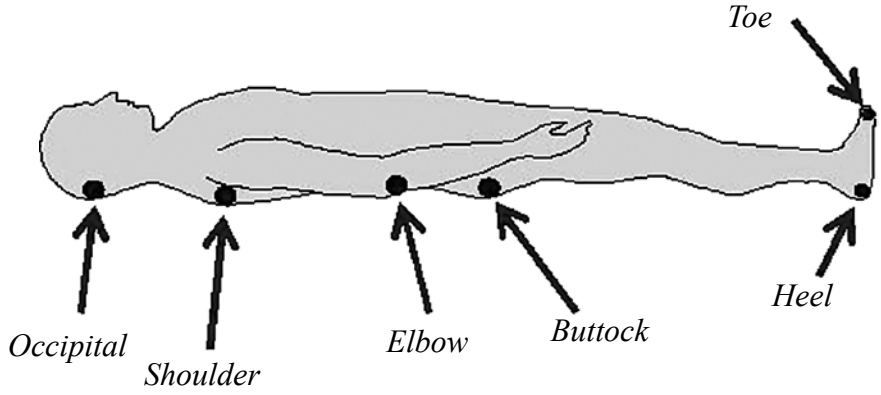


Figure 2: sore position at supine posture

4.2. In case patient lies downwards

If patient cannot lie supine for any reason in a long time, the areas are easy to get sore as follows:

- Head area
- Elbow
- Chin
- Chest area
- Anterior pelvis bone
- Knees
- Toes.

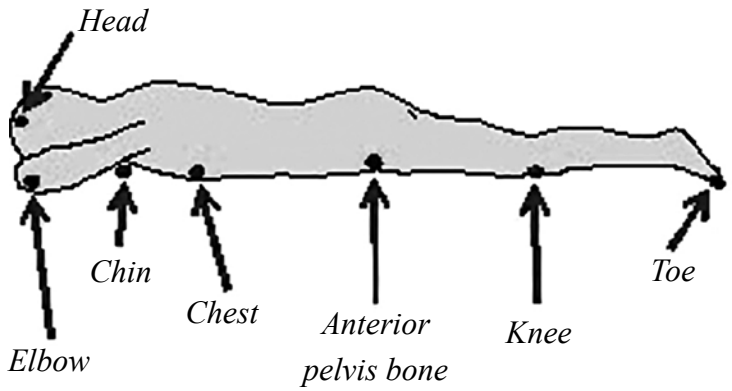


Figure 3: Sore areas at downward position

4.3. In case patient lies on one side

If patient lies on one side for long time, the positions of sore are:

- Ear
- Shoulder blade
- Elbow
- Hip
- Knee
- Ankle
- Heel

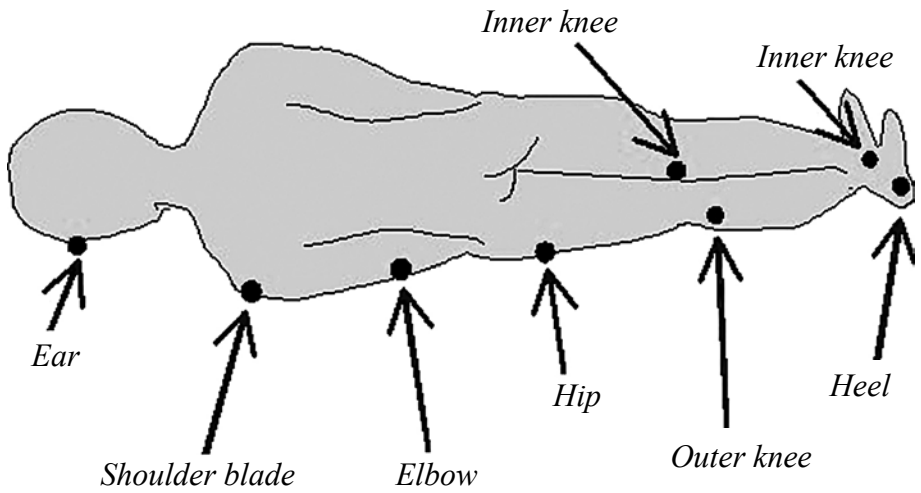


Figure 4: pressure sore positions at one side posture

4.4. In case patient suffers from respiratory failure and has to sit for a long time

- Head
- Shoulder
- Sacrum
- Ischium
- Heel

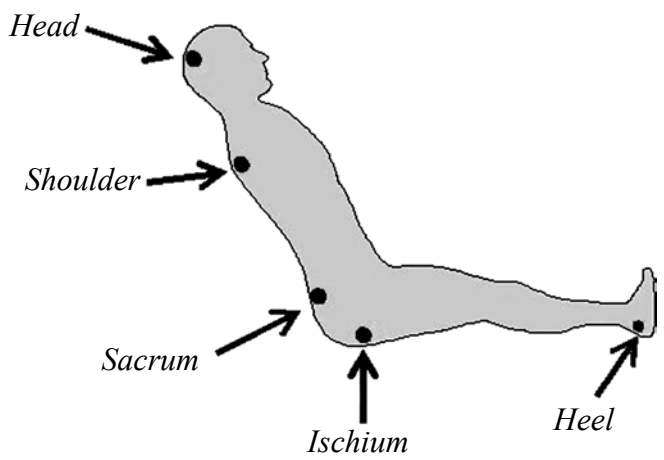


Figure 5: pressure sore position at sitting posture

4.5. In obesity patients

- Bellow chest
- Bellow buttock
- Folding abdominal skin

4.6. Pressure ulcer relates to devices

Ulcer depends on the shape and size of device used in patient



5. Assessment of pressure ulcer risk in patient using Braden scale

Braden scale for assess pressure ulcer risk in patient, is a tool developed in 1987 by Barbara Braden and Nancy Bergstrom.

Braden scale has been developed based on 6 assessment categories including: Sensory perception, moisture, physical activity, mobility, nutrition, friction and shear. The categories are assessed as scale from 1-4. Only friction and shear are assessed as scale from 1 – 3. Braden scale uses the score less or equal to 9 up to less than 23. The lower score the higher risk of pressure ulcer in patient may be observed.

BRADEN SCALE – ASSESSMENT OF PRESSURE ULCER RISK

Severe risk: total score ≤ 9 **Moderate risk: total score 13 -14**		**High risk: total score 10 -12** **Mild risk: total score 15 -18**		**DATE OF ASSESSMENT**				
RISK FACTORS	**DESCRIPTIVE SCORE**				**1**	**2**	**3**	**4**
Sensory perception	1. COMPLETELY LIMITED – Unresponsive (does not moan, filch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation, OR Limited ability to feel pain over most of body.	2. VERY LIMITED – Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness, OR Has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over ½ body.	3. LIMITED – Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or the need to be turned OR Has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	4. NO IMPAIRMENT – Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort				

Moisture	1. CONSTANTLY MOIST – skin is kept most almost constantly by perspiration, urine etc. Dampness is detected every tie patient is moved or turned.	2. VERY MOSIT – Skin is often but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. OCCASIONALLY MOISE – Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day	4. RARELY MOIST – Skin is usually dry, linen only requires changing at routine intervals				
Physical activity	1. BEDFAST	2. CHAIRFAST – Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and must be assisted into chair or wheelchair..	3. WALK OCCASSIONALY – Walks occasionally during day, but for very short distance, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. WALK FREQUENTLY – Walk outside room at least twice a day and inside room at least once every two hours during waking hours.				
Mobility	1. COMPLETELY IMMOBILE – Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. VERY LIMITED – Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent of significant changes independently.	3. SLIGHT LIMITED – Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. NO LIMITATION – Make major and frequent changes in position without assistance.				
Nutrition	1. VERY POOR - Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/3 of any food offered, needs to supplement fluid, IV for every 5 days	2. PROBABLY INADEQUATE – Rarely eats a complete meal and generally eats only about ½ of any food offered. Occasionally will take a dietary supplement or eats via tube	3. ADEQUATE – Eats over half of most meals. Occasionally refuses a meal but takes a supplement when offered	4. EXCELLENT – Eats most of every meal. Never refuses a meals. Occasionally eats between meals.				
Friction and shear	1. PROBLEM – Requires maximum assistance in moving. Frequently slides down, in paralysis condition.	2. POTENTIAL PROBLEM – Moves feebly or requires minimum assistance. Maintains relatively good position most of the time but occasionally slides down.	3. NO APPARENT PROBLEM – Move independently. Maintains good position in bed or chair.					
Total score	Total score from 12 or less is equivalent to HIGH RISK							

ASSESS-MENT	DATE	SIGNATURE OF ASSESSOR	ASSESS-MENT	DATE	SIGNATURE OF ASSESSOR
1	/ /		1	/ /	
2	/ /		2	/ /	

Full name of patient:	Physician in charge	Code	Ward/ bed

6. Prevention and treatment of pressure ulcer

6.1. Preventive measure for pressure ulcer

**** Avoidance of pressure***

- Bed sheet must be straight, smooth
- Use medical water, air, pressured mattress
- Place cotton or rubble rounds at the pressured area
- Change patient's posture every 2 hours

**** Clean skin hygiene***

- Change clothes, bed sheet for patients whenever they are moist
- Perform skin hygiene daily, keep patient's skin clean

**** Management of secretion***

- Injury: change the dress whenever the injury moist with fluid, use the close fluid drainage bag in case the injury has many excretions.
- Drainage tubes in the body: ensure the close, sterile, circulated and one way care of drainage tube to avoid stagnant fluid, release the fluid sac when it contains 2/3 of its capacity or every 8 hours. Do not keep the sac too stretched to avoid breaking or pouring down the fluid to outside.
- Use the tools for management of urine and defecation (uridom, diaper, plastic bag etc): when patient has uncontrolled urination and defecation.

**** Prevention of skin damage***

Move and change position of immobile patients to prevent skin damage due to rubbing …

**** Nutrition***

Provide sufficient nutrition, especially protein and vitamin A, C.

**** Management of infection source***

Prevent and treat the infection sources in the body

- Respiratory tract: pneumonia prevention etc.
- Urological tract: urinary tract prevention
- Gastroenterological tract: prevention of digestive disorder etc.

**** Health education***

- Instruct patient's family keep patient's skin clean, especially after each urination, defecation.
- Instruct patient's family change the position for patients every two hours.
- Instruct patient's family and patient to perform regular massage of the bony area which hasn't been covered by muscle.
- Provide sufficient nutrients for patients (protein, fresh etc.) to ensure enough energy for patients.

6.2. Treatment of pressure ulcer

**** Elevation of body condition***

- Ensure calories, protein 1 – 2 g/kg/ day, vitamin, micro nutrients
- Ensure that patient does not suffer from anemia
- Pain relief
- Clean the crater and surrounding tissues
- Provide nursing care for uncontrolled urination and defecation

**** Lessen pressure ulcer***

- Change posture every 2 hours
- Let patient's head lie at angle of 30^0
- Exercise for mobility
- Use special bed, wheel chair to maintain pressure < 32 mmHg

**** Nursing care of ulcer***

- Remove necrotic tissues:
  + Enzym destroys protein, disintegrate collagen and necrotic tissues but does not affect to granular tissue
  + Povidone-iodine, thanks to effects of hydrogen peroxide, do not use for long time
  + Mechanical measures: whirlpool pump, cutting for removing dead tissues
- Fluids for cleaning wound:
  + Physiological saline
  + Diluted Povidone-iodine solution when having granular tissue
  + Acetic acid (0.5%) is effective for Pseudomonas
  + Sodium hypochlorite (2.5%) for disinfection, removal of necrotic tissues, then clean the wound again by physiological saline
- Dressing wound
  + Dress the wound at stage 2
  + Use the gel type medication for removal of necrotic tissue and for prevention of decontamination
- Antibiotics

  Antibiotic cream such as sulfadiazine to prohibit DNA and change the membrane of bacteria SA, E.coli, Candida albicans, Klebsiella, Pseudomonas, Proteus
- Other measures
  + Electrotherapy
  + Negative pressure therapy

+ High pressure oxygen
+ Development factors

**** Surgical treatment***

**** Treatment of pressure ulcer by the stages***

- Stage I: Physical support and elevation, lessen pressure
- Stage II: Physical support and elevation, lessen pressure, ulcer care (removal of necrotic tissue, wound cleaning, coverage of hydrogen gauze, antibiotic)
- Stage III: Physical support and elevation, lessen pressure, ulcer care (removal of necrotic tissue, wound cleaning, coverage of hydrogen gauze, antibiotic, negative pressure), possibility of surgical treatment
- Stage IV: Physical support and elevation, lessen pressure, ulcer care (removal of necrotic tissue, wound cleaning, coverage of hygrogel gauze, antibiotic, negative pressure), possibility of surgical treatment (destroy of tunnel)

7. Nursing care of pressure ulcer stage I, II

7.1. Assessment

- Assessment of correct patient: ask full name of patient, age and cross check with wrist band and medical record.
- Assessment general condition of patient
- Assessment of pressure ulcer risk and stage using Braden scale
- Assessment of ulcer status: position, depth, size of ulcer etc.
- Assessment of patient and patient family understanding about issues relating to pressure ulcer.

7.2. Devices

- Towel
- Talc powder
- Cotton round
- Bed sheet (if necessary)
- Plastic pad
- Rubber air round and cover towel
- Air, water mattress
- Secretion management tools: diaper for both male and female, urine bag
- Dressing change tools, wound clean solution (if necessary).
- Drugs as indications of physician
- Waste container

7.3. Implementation steps

No	Implementation steps	Reasons/ explanations
1	Nurse performs hand hygiene	
2	Prepare and arrange the tools properly and sufficiently	To facilitate performance of the technique
3	Assess patient, explain to patient about procedure	- Correct patient - Patient and patient family feel secure and collaborate.
4	Nurse wears clean gloves	
5	Cover the plastic pad, towel under the pressured area	To ensure hygiene for the patient bed
6	Perform nursing care for pressure ulcer depending on grades:	Help the wound heals well
	- **Stage I:** take measures to prevent to be worsen the ulcer taking care the sore as scratched skin: skin hygiene, posture movement, guide on how to take care of etc...	
	- **Stage II:** + When pressured area appear a blister: continue to provide nursing care as above mentioned + When skin tears at the pressured area: perform nursing care of pressure ulcer same as blister.	
	Cover the wound by medication or using appropriate wound care products as treatment indication	
	Dress the wound or keep the wound openned depending on status of ulcer.	To keep the ulcer limit contact with outside environment
7	Change the bed sheet (if it is moist)	Help patient feels comfortable and clean.
8	Allow patients to lie comfortably on appropriate anti-ulcer facilities.	
9	Tidy up devices. Category the waste	Preserve devices Lessen transmission of pathogens
10	Write down in nursing record: - Skin status, new detections (if any). - Status of pressure ulcer. - Medications used. - Further explaination to patient (if necessary).	Record information for continuous checking To ensure legal aspect

Checklist for nursing care technique of pressure ulcer stage I, II

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Patient assessment			
2	Nurse performs hand hygiene			
3	Prepare and arrange device sufficiently			
4	Explain to patient family and patient			
5	Nurse wears clean gloves			
6	Cover the plastic pad, towel under the pressured area			
7	Provide nursing care of pressure ulcer depending on stage - Stage I - Stage II			
8	Change the bed sheet			
9	Place patients to lie comfortably on suitable anti – ulcer devices.			
10	Tidy up devices.			
11	Write down in nursing record			

EVALUATION QUESTION

1. Select the most correct answers

Question 1: In following causes, which one is the most commonly seen:

A. Due to increase of pressure

B. Due to reduction of activities

C. Due to reduction of sensation

D. Due to lack of nutrition

Question 2: The group of people having ulcer risk, excluding:

A. Comma

B. Spinal trauma

C. Obesity

D. Leg bone fracture

Question 3: Patient on supine position, the areas has the earliest risk of pressure ulcer is:

A. Occipital bone

B. Elbow

C. Shoulder blade

D. Sacrum

Question 4: The stages of pressure ulcer progress

A. Redness-> Blister-> Necrosis-> Ulcer

B. Red skin -> Necrosis-> Blister-> Ulcer

C. Redness-> Necrosis-> Blister-> Ulcer

D. Blister->Redness-> Necrosis-> Ulcer

Question 5: A 82 year old male having home care by his family members. The pressure ulcer at his buttock has the size of 1 x 2 x 0.8 cm, and his subcutaneous tissue is pink and can be seen. Which stage of ulcer do you assess in this patient?

A. Stage I

B. Stage II

C. Stage III

D. Stage IV

Question 6: To prevent pressure ulcer for stroke patient, the minimal time for posture changing is:

A. Every 30 minutes

B. every two hours

C. every one hour

D. every three hour

Question 7: A 85 year old patient, who was assessed as 16 scores by Braden scale. Base on this information, how does the nurse make nursing care plan for this patient?

A. Perform posture change every two hours and assess skin status.

B. Cover hydrocoloid bandage on sacrum of patient to prevent incidence.

C. Elevate the bed head at 900 angle when patient lies supine

D. Continue to assess skin every weak without any special preventive measure

2. Practical scenario

Patient Tran Thi H. 65 years old, height 1.55 m, body weight 57 kg. Patient is conscious, hemiplegic due to complication of stroke one month ago. At home, she eats as her needs (when she feels good appetide and she is able to each much). She hesitates to have bath because she afraid to make incovenience for her children. She has regular visit in the hospital. Through examination, the nurse recognizes:

- Patient is conscious and hemiplegic at right side
- Body temperature 36.8^{0}C, breath rate 20 times/ minute, mạch 80 times/ minute, blood pressure 150/80mmHg

- Her left shoulder and hip has a red skin with diameter of 3 - 4 cm with oedema and skin stretch.
- She can not control urination and has to use diaper.

Questions:

1. Please tell your assessment about patient H situation.
2. Perform assessment of pressure ulcer risk of patient H according to Braden scale?
3. Perform nursing care technique for pressure ulcer of patient H.?
4. Communicate and instruct patient's family to take preventive measures for progressive ulcer? (role play practice)

   Answer:

Select the most correct answer

Question 1: A
Question 2: D
Question 3: D
Question 4: A
Question 5: C
Question 6: B
Question 7: A

Competency based assessment checklist for pressure ulcer prevention and care

No	Competencies	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong performance (0)**
1	Able to assess the signs and stages of pressure ulcer.			
2	Use Braden scale to assess level of pressure ulcer risk of patient.			
3	To perform pressure ulcer nursing care stage I, II for patients properly and safery according to technical procedure.			
4	To instruct patients and patient family about preventive measure for pressure ulcer.			

REFERENCES

1. The Ministry of Health (2012). *Nursing practical skill,* Medical Publishing Hourse, Ha Noi
2. Tran Thi Thuan (2008). *Basic Nursing I,* Medical Publishing Hourse, Ha Noi
3. Braden, B., & Bergstrom, N. (1988). Braden Scale – For Predicting Pressure Sore Risk. Retrieved form https://www.in.gov/isdh/files/Braden_Scale.pdf

LESSON 20

EXCRETION CARE

OBJECTIVES

1. Assess the needs of patient about application of excretion care (competency 1.1; 1.2; 2.1; 2.2.; 3.1; 4.1; 4.3)
1. Perform techniques for excretion support, urinary catheterization, urinary drainage, enema: ensure procedure compliance, safety and suitable with patient's conditions (competency 2.3; 2.4; 3.2; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.9; 5; 6; 8.2; 8.3; 16.3, 20.2; 20.4; 24.1; 25.2)
2. Instruct patients and patient family use bed pan, urinal, Uridom for draining urine suitable with excretion needs of patients (competency 4.6; 8.2; 11.3; 14)

CONTENTS

1. Introduction

According to Maslow's hierarchy of human needs, the needs of excretion belong to physical needs. The needs must be met minimally to maintain vitality. When patients get sick or changes his/ her excrete function, they may not maintain routine excretion habit. It requires the supports of healthcare workers and patient. In order to meet the needs of excretion for patient, nurses must be equipped sufficient knowledge on excretion process, then they will be able to assess, make and implement excretion care plan for patients, including the contents of guidance for patients, patient families to use devices for excretion support. Provision of excretion support is a work that requires privacy and subtle attitude. Therefore, nurses should create a close, comfortable space and respect culture of patients.

Skill groups for excretion care consist of:

- Excretion support
    + Give guidance and support patients to use bed pan and urinal for defecation and urination
    + Instruct patient to use Uridom for urinary drainage in male patient
- Urinary catheterization, urinary drainage
- Enema

2. Give guidance and support patients, patient family to use bed pan, urinal

2.1. Some notices when using bed pan, urinal:

- For bed pan, urinal having handle, nurse should hold the handle when using, placing bed pan, urinal to support patient urinate or defecate. When taking out the bed pan, use two hands. One hand hold the handle and another one keep the other side of bedpan. If using only one hand, there might be the risk of pouring out water to outside.
- For bed pan, urinal without handle, use two hands to place and take out the pan.
- There are many kinds of bed pan, urinal, but nurses should choose the one, which has cap and handle, the contact surface of the pan is large enough to give instruction to patients. Ensure safety during defecation and urination, avoid influence to the surrounding environment.
- Communication skill, skill for exploiting patient's needs (Refer communication skill)
- Excretion of patient also depends on different region, area and depends on each individual patient. Patients, who live in rural area, do not have defecation and urination habit using the pan. Therefore, they will be really hesitate and difficult to use bed pan, urinal.

2.2. Practical procedure for supporting and instructing patients to use bed pan, urinal

2.2.1. Assessment

- Assessment of the factors that cause obstacles during performance of skills such as collaboration of patients/ patient family, personality of patient; requirements of treatment; immobility or other treatment requirements in orthopedics.
- Assessment of equipment for treatment and caring of patients, injuries of patients such as lesions, ulcer.
- Assessment of defecation, urination disorders in patients; vital signs
- Assessment of comfortable level when patients defecate, urinate. Notice the painful signs, painful level after urination, abdominal pain, rectal pain and the skin around anus becomes swollen, redness etc.
- Assessment of privacy for patient: close curtain, door

2.2.2. Tools

- Bed pan, urinal.
- Clean gloves; Toilet tissue paper.
- Clean clothes, towel.
- Towel for covering the pan after defecation (if any)
- Disinfectant solution; anti smell substance (if any)



Figure 1: Pan for defection. Reference: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019) , Basic Nursing 2

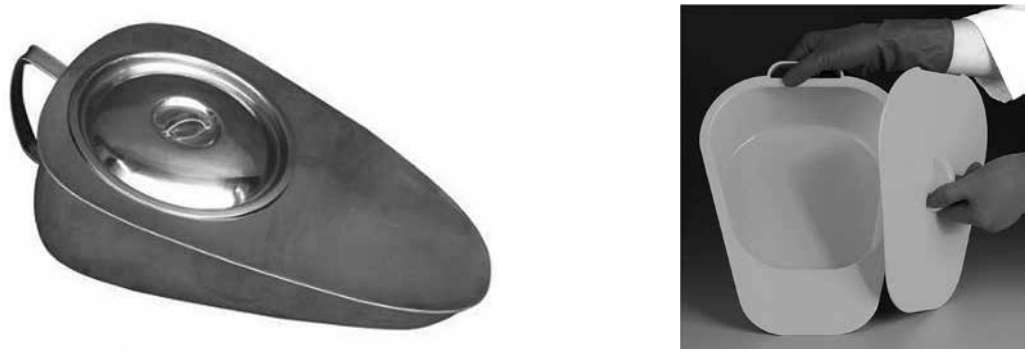


Figure 2: Bed pan

Bed pan (fracture pan)



Figure 3: Male urinal. Reference: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2

2.2.3. Implementation steps

No	Implementation	Reasons
A. Placement for defecation and for female		
1	Wash hands, wear clean gloves.	To reduce the risk of infection.
2	Check, rearrange the tools suitably.	Limit interruption during performance process. Convenient for performing this technique.
3	Communicate, explain to patient before implementation.	Create friendship, sympathy and patient feels secure and collaboration
4	Place patient on supine position	Convenient for placement of bed pan, urinal
5	Make warm the bed pan by hot water (if necessary). Put talc powder on the pan.	To help patient feels comfortable, avoid the pan sticks to the skin and causes skin damage.

6	Patient lies on one side; place the pan equal to patient's buttock. The lower part of pan near the patient's back, the higher part is near the thigh.	Ensure the pan enter suitable position before placing the patient's buttock on the pan.
7	Place the pan in position: one hand keeps the pan during helping patient come back the supine position, at the same time, put the pan in correct position.	Avoid wrong direction of pan.
8	*For paralysis patient:* Place your hand under the lumbar of patient, your elbow on the bed to elevate patient's lumbar. Another hand pull the bed pan, lower part come nearly to the back of patient and higher part is at the middle of patient's thigh. *(is able to help patient to elevate the lumbar of patient by bedside hanger– if possible)*	Ensure pan placed in proper position
9	Check position of pan	Prevent urine or stool drop outside.
10	Elevate bed head at anger 45^0 (if there is not contraindication). Let patient move/ urinate.	To create comfortableness during defecation and urination. ***Remember doctor's instruction:*** *in case of patient having spinal trauma, keep the bed and patient's position at supine position to avoid further injury.*
11	Instruct patient to call nurse after defecation.	Create privacy, comfortable space for patient during defecation and ensure safety for patient.
12	Remove gloves, wash hands.	To reduce risk of infection.
B. Placement of male urinal		
1-3	Repeat steps 1, 2 and 3.	
4	Place urinal suitable with patient's position: turn on one die, sitting or standing;	Place the urinal suitable with patient's condition.
5	Exposure position of urinal placement, instruct patient to hold the urinal cover the penis. If patient cannot hold the penis, the nurse should place urinal at penis position.	Ensure correct position of urinal to avoid pouring out urine.  ***Figure 4: Placement of male urinal.***

6	Remove gloves, wash hands	To reduce risk of infection.
C. Remove bed pan, urinal		
1	Wear clean gloves	To reduce risk of infection.
2	Instruct patient/ patient family on hygiene of anus and genitalia. If patient is not able to do hygiene, nurse can help.	Ensure hygiene after defecation and urination. Limit infection.
3	Help patient elevate buttock or turn the body and remove bed pan/ urinal. Be careful to avoid injury of skin at patient's buttock and avoid pouring out to the bed.	Return back clean environment for patient. Limit skin injury.
4	Throw the waste. Process and tidy up device. Take urinary, defecation specimen if having indication (before pouring out). Measure amount of urine and defecation excreted. Observe nature of urine and defecation characteristic.	Ensure environment hygiene. Convenient for defecation. Ensure suitable with indication. Monitor excretion fluid.
5	Remove gloves, wash hands	To reduce risk of infection
6	Help patient return back relax position or therapeutic position as indication.	Ensure comfortable and proper position, limit complications.
7	Write down medical record - Amount of urine, defecate excreted. - Characteristic of urine, defecate - Patient status during defecation/ urination	Monitor patients

Checklist for performance of technique in giving guidance and supporting patient to use bed pan for urination and defecation

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Assessment of patient			
2	Preparation of tools			
A. Placement of bed pan and female urinal				
1-2	Repeat step 1 and 2			
3	Wash hands, wear clean gloves.			
4	Communicate, rearrange device suitably.			

5	Contact, explain patient before implementation.			
6	Place patient on supine position			
7	Make warm, put talc powder on the bed pan			
8	Place bed pan/ urinal			
9	Check bed pan/ urinal position			
10	Let patient urinate/ defecate.			
11	Instruct patient to call nurse after finishing urination and defecation.			
12	Remove gloves, wash hands.			
B. Placement of male urinal				
1-3	Repeat step 1 to 3			
4	Place urinal suitable with patient's position			
5	Exposure position for placement of bed pan			
6	Instruct or place the bed pan at the penis of patient, ask patient to call nurse			
7	Instruct patient to call nurse/ patient family after finishing urination			
8	Remove gloves, wash hands			
C. Remove bed pan, urinal				
1-2	Repeat step 1 and 2			
3	Wear clean gloves			
4	Instruct/ support patient to do hygiene anus, genitalia.			
5	Help patient to elevate or turn the body and remove pan.			
6	Throw the waste. Process device and keep at the position. Measure amount, observe characteristics of urine/ defecation.			
7	Remove gloves, wash hands			
8	Place patient at relax or therapy position according to indication.			
9	Write down medical record			

3. Instruct patient use Uridom for urinary drainage in female patient

3.1. Some notices when using Uridom

- Uridom is a device that help male patient to drain urine in some urination disorder (uncontrolled urination).
- Notices for use of uridom: Timing of uridom usage does not like condom use. Uridom place on patient's penis in normal condition. Therefore, it is necessary to select the size of Uridom suitable with the size of penis.
- Uridom insertion manipulation is easy to make penis erection (especially in young patient). Therefore, when performing manipulation for uridom insertion, nurse should tell patient to limit stimulation for penis erection, avoid physiological response of patient for Uridom insertion.
- When instruct patient to use uridom in case of penis erection, nurse should be calm because this is a normal physiological phenomenon. It takes time for penis to come back normal condition or psychological therapy can be used to help patient control stimulation.

3.2. Technical procedure for instructing patient use Uridom to drain urine in male patient

3.2.1 Assessment

- Patient's psychological status
- Status of skin surrounding penis and neighboring area.
- Understanding and collaboration of patient about usage of Uridom for urinary drainage
- Amount of urine and type of urination disorder.

3.2.2 Tool

- Uridom; Clean gloves; Warm water and soap; Towel

3.2.3 Implementation steps

No	Implementation	Reason
1	Wash hands, wear gloves	To reduce risk of infection
2	Check device fully.	Limit interruption during implementation.
3	Communicate, explain to patient before implementation.	Create close relationship between nurse and patient, patient feel secure and collaboration well.
4	Use curtain for partition or close the door.	Ensure privacy for patient.
5	Patient lies on convenient posture, the best is supine. Elevate the bed suitable with the height of nurse.	Patients are comfortable. Supine position is easy for cleaning and placement of uridom Convenient for nurse's manipulation
6	Cover the towel on patient's abdomen up to patient's legs.	Create privacy, reduce hesitation, shy for patient.
7	Hygiene of gian and surrounding area of penis by soap and warm water	Clean, remove microorganism, prevent infection risk for urinary tract infection

8	Place penis to be normal position	Prevent penis erection
9	If using device package, prepare solution for protection of skin surrounding penis. If penis erects, wait until it becomes normal.	Avoid damage of skin around penis area.
10	Insert uridom on the top of penis insert to cover it fully. Keep the gap 2,5 - 5 cm between top of penis and end part of uridom.	To prevent compression and damage of top of penis. 
11	Connect drainage system with uridom. Ensure drainage tube locate on patient thigh. Tie the drainage tube and place next to the bed	Ensure drainage bag lower than bladder to prevent reflux of urine. Do not fold the drainage tube to facilitate urine flow out.
12	Make sure uridom and drainage tube are not bundle	If uridom or drainage tube are bundle, urine cannot flow out and uridom will be leaked or removed
13	Cover patient	Patient in close status
14	Tidy up device, remove gloves, wash hands	To reduce risk of infection
15	Place patient on convenient posture	Ensure safety, avoid fall.
16	Remove urine (every 4 hours), measure amount of urine and write down medical record.	Prevent too full and too heavy bag
17	Change uridom everyday to clean penis and to assess skin surrounding penis.	Hygiene and reduce possibility of skin damage
18	Write down medical record: - Quality, quantity of urine - Status of penis and surrounding skin - Patient's psychology	

Checklist for instruction of patient using Uridom for draining urine in male patient

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
1	Assessment patient			
2	Preparation of tools			

3	Wash hands, wear gloves			
4	Check device fully.			
5	Communicate, explain to patient			
6	Use curtain for partition or close the door.			
7	Place patient on convenient position. Elevate the bed suitably.			
8	Cover towel from patient's abdomen to the legs.			
9	Hygiene of gians and surrounding area of penis by soap and warm water			
10	Place penis to be normal position			
11	If penis erects, wait until it becomes normal.			
12	Insert uridom on the top of penis insert to cover it fully.			
13	Connect drainage system with uridom.			
14	Make sure uridom and drainage tube are not bundle			
15	Cover patient			
16	Tidy up device, remove gloves, wash hands			
17	Place patient on convenient posture			
18	Remove urine (every 4 hours), measure amount of urine and write down medical record.			
19	Change uridom every day. Assessment of skin status surrounding penis.			
20	Write down medical record			

4. Urinary catheterization – urinary drainage

4.1. Some notices during urinary catheterization – urinary drainage

- Ensure sterile principle
- Cultural characteristics when showing genitalia in front of others. Therefore, when performing this skill, it requires to ensure privacy, especially for young patient. If possible, assign the nurse having the same gender with patient.
- Injuries due to incorrect insertion of catheter:
  + Scratch of urethra.
  + Urethral disruption.
  + Rectal perforation
  + Bladder neck perforation.

- Urinary catheterization insertion must be done gently, avoid damage of urethra, bladder and hymenal ring.
- In case of urinary retention, do not drain all urine to avoid bladder bleeding.
- In case of inserting urinary catheterization: there are two case.
    + Take urinary specimen for testing in a short time: collect urinary specimen of patient from 1 – 2 hours.
    + Collect urinary specimen in a long time (24 hour urine collection): collect the specimen in amount of urine excretion in 24 hours.

4.2. Technical procedure for insertion of urinary catheterization for urinary drainage

4.2.1. Assessment

- Assessment of urethral hole, bladder
- Assessment disease condition: emergency, surgery, trauma, urinary disorder
- Identify timing when patient urinates last time
- Assessment of urinary tract infection status
- Assessment psychology, patient's understanding about insertion of urethral catheterization
- Assessment of obstacles may happen during implementation

4.2.2. Tools

- Towel under the patient's buttock to ensure hygiene of the bed
- Surgical hole towel
- Device set for disinfection of genitalia
- Solution for lubricating catheter
- Urine container
- Hand rub solution
- Warm water, soap, distilled water
- Towel
- Clean gloves.
- Sterile gloves
- Syringe 10ml
- Urethral catheter (Foley): suitable with patient.

- Fixation tape.





Figure 5: Foley catheter. Reference: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Nursing basic 2

- Urine bag.



Figure 6a: Mobile urine bag. Hang on the thigh

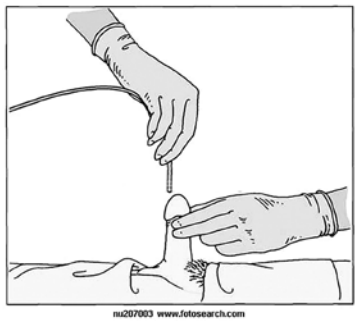


Figure 6b: Fixed urine bag Hanging at bed.

4.2.3. Implementation

No	Implementation	Reasons
1	Wash hands.	Limit infection.
2	Communicate, explain to patient/family before performing procedure.	Create collaboration of patient/ family.
3	Preparation of tools fully. If tool in a package, it is necessary to check expire date and intact of device package.	Limit interruption during implementation. Ensure safety and prevent infection
4	Use curtain for partition or close the door	Ensure privacy for patient.
5	Cover the towel under the patient's buttock, cover the towel on patient body and take off trousers, wrap the legs.	Ensure hygiene for patient and for bed. Ensure privacy and convenient when performing the technique. Convenient in performing the technique.

6	Male patient: lie on supine position, open the legs Female patient: lie as obstetric posture.	 *Posture of female patient.*
7	Adjust the height of bed suitable with nurses. Draw bed drain of opposite side.	Convenient during performance of manipulation. Ensure safety for patient.
8	Place the astray in between patient's thigh.	Convenient during performance of manipulation.
9	Roll up covered towel to exposure genitalia, rub the hands, open device package and sterile astray, wear sterile gloves.	Exposure genitalia. Prevent infection.
10	Try to inflate and release balloon: - Use syringe 10 ml inject in a branch tube of catheter 10ml to check the balloon. - Release the balloon. Aspirate 10ml distilled water in syringe. Connect the tube in drainage system (if use a linen surgical hole towel, insert the tube through the hole).	Check the lamp and ensure good use.  Check insert ball. Ensure close urinary drainage and to limit urine go out.
11	Lubricate the tip of catheter and place in bean shape astray	Easily insert the tube into urethral hole, limit damage of urethral hole
12	Cover surgical hole towel	Create the space for disinfection.
13	Exposure urethral hole - Male patient: keep penis at right angle with body. Exposure the urethral hole and gently pull the penis. - Female patient: roll up Labium majus to show an urethral hole. - Wide disinfection of genitalia	Easily insert catheter into urethra.  *To prevent infection*

14	Insert catheter into urethra. - For male patient: depth about 16 to 20cm. - For female patient: depth about 4 -6cm. - For children: insert the catheter until urine goes out. 	To create a tube to drain urine from bladder to outside through urethra.  *Insert the tube into bladder*
15	When urine goes out, insert the tube with the depth 4cm more.	Ensure the balloon do not make damage of bladder neck and urethra.
16	Inflate the balloon: Insert syringe containing 10ml of distilled water in a balloon port. Inflate the balloon, stop it when patient feels uncomfortable and painful. Remove syringe.	Prepare to inflate balloon to keep the catheter Avoid blockage due to balloon does not enter completely inside bladder. Keep the catheter not come out.
17	Adjust catheter position: Use the hand to pull out the catheter out until you feel it is stuck, then stop pulling out.	To limit leakage of urine
18	Fixation of catheter: - For male patient: fix at the groin. - For female patient: fix at patient's thigh	Prevent stretch of catheter due to movement or stick. Limit damage of bladder neck due to contacting with balloon.
19	Hang urinary drainage bag, do not place on the floor	Drainage bag is lower than bladder position in order to create one way urine drainage from bladder to the bag
20	Remove gloves, tidy up tool, wash hands.	To limit infection
21	Support patient to wear trousers/ or cover by blanket Help patient come back comfortable position.	To create comfortableness, safe, privacy for patient.
22	Write down medical record - Size of catheter - Quantity, color, characteristics of urine - Volume of balloon keeping - Patient's status before, after insertion of catheter	Monitor patient and take the legal responsibility.

Checklist for urinary catheterization - urinary drainage technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Wash hands			
2	Explain to patient.			
3	Prepare tools fully.			
4	Use curtain as a partition or close the door			
5	Cover the towel under the patient's buttock, cover the towel on patient body and take off trousers, wrap the legs.			
6	Place patient at suitable posture			
7	Adjust the height of bed, pull safety bed rail.			
8	Place astray of device in between patient's thigh.			
9	Roll up covered towel to exposure genitalia, rub the hands, open device package and sterile astray, wear sterile gloves.			
10	Try to inflate and release balloon			
11	Lubricate the tip of catheter and place in bean shape astray			
12	Stretch out surgical hole towel			
13	Exposure urethral hole, genitalia			
14	Insert catheter into urethra.			
15	When urine drains out, insert catheter inside more 4cm depth			
16	Inflate balloon			
17	Adjust catheter position			
18	Fixation of catheter			
19	Hand urinary drainage bag, do not place directly on the floor			
20	Remove gloves, tidy up device, wash hands.			
21	Help patient to wear trousers/ stretch out blanket, return to comfortable posture.			
22	Write down medical record			

5. Enema administration

5.1. Some notices for enema administration

- Indications
  + Long time constipation
  + Before undergoing abdominal surgery, especially colon surgery.
  + Before undergoing colon contrast X ray
  + Before undergoing endoscope of abdomen, rectum, colon.
  + Before delivery
  + Before undergoing enema retention.
- Contraindications: illeus, enteritis, typhoid fever, digestive infection, recent rectal or anal surgery.
- Solutions for cleansing enema: physiological sodium, clean water, isotonic solution, diluted soap solution, medicine for bowel movement increase.
- The depth of catheter inserted from patient's anus to the rectum depends on his/ her age.
  + Adult: 6-7 cm less than 7 cm to prevent Rectal perforation
  + Children 2- 11 years old: 3-6 cm
  + Children 0- 1 years old: 3- 4 cm
- Stop enema when patient feels abdominal pain, uncomfortable or wants to defecate. When these signs are gone, continue cleansing enema with low pressure.

5.2. Practical procedure for enema technique

5.2.1. Assessment

- Balance of in – out fluid, status of anus
- Complaints of patient, painful and uncomfortable during defecation.
- Obstacle, adverse factors during performance of technique
- Psychological status, dietary regime, physical exercise, the last defecation time, defecation habit, drug administration regime, posture during defecation, abdominal status.

5.2.2. Device

* Large volume enema device
  - Rectal catheter:
  + Adult: 22-30 Fr
  + Children 2- 11 years old: 14-16 Fr
  + Children ≥ 12 years old: 16-18 Fr
  + Children 0- 1 years old: 10-12 Fr.



Figure 7: Rectal catheter. Reference: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Nursing basic 2



Figure 8a: Disposable kits for enema



Figure 8b: Reusable kits for enema.

Reference: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Nursing basic 2

- Kits for enema.
- Drape covered patient's buttock; coating sheet under patient's buttock
- Lubrical solution or Vaseline.
- Clean gloves; Toilet tissue paper.
- Partiton.
- Disinfectant solution; Anti – smell substance if necessary
- Defecation pan if patient is not able to go to toilet.
- Enema cleansing fluid: volume of fluid depends on patient's age
  + Adult: 750 - 1000 ml
  + Children ≥ 12 years old: 500 - 700 ml
  + Children 5- 11 years: 300 - 500 ml
  + Children 2- 4 years old: 250 - 350 ml
  + Children 0- 1 years old: 150 - 250 ml

  Enema cleansing fluid should be warm up before administration.

*** *Small volume Enema device:*** enema cleansing fluid paced in the bottle/ box/ package.



Figure 9: enema cleansing fluid package

5.2.3. Implementation steps

No	Implementation	Reasons
A. Enema administration using water		
1	Wash hands	To reduce risk of infection
2	Contact, explain to patient and make him/ her feel secure - Inform and explain to patient and patient family about the procedure; comfort patients to be secure and collaborative during performance of procedure; - Instruct patients necessary things. Do not perform enema during eating time or patient visiting time.	Identify patient's understanding about catheter insertion, the needs of patient. To create collaboration of patient. Reduce their worry.
3	Check and rearrange tools suitably	To prevent interruption during performance of the technique. Convenient for manipulations.  *Preparation of tools*
4	Use curtain as a partition or close the door	To ensure privacy for patient

5	Place coating sheet for aborting fluid under patient's buttock. Patient lies on left side, fold the right leg.	This posture allows water to enter patient's rectum easily. Folding leg helps to exposure anus easily. Notice: if patient has orbicularis paralysis or children, place them on supine position on the pan.  *Patient's posture*
6	Check water temperature	Enema will be the most effective when using warm water. When water is too hot, it may cause damage of intestinal membrane, or too cold water will cause intestinal contraction.
7	Pour enema fluid into the bag or cylinder, remove air and lock it.	Too much air goes to intestine will cause uncomfortable and intestinal dilatation  *Taking enema cleansing fluid*
8	Wear clean gloves	To avoid contact with stool
9	Lubricate tip of catheter 6-8cm	To avoid damage of anus when inserting catheter  *Lubrication of tip of catheter*

10	Insert Rectal catheter into anus – rectum: One hand streches a buttock, another hand insert catheter gently, ask patient breathe in deeply	Breathe deeply to dilate anal muscle  *Catheter insertion manipulation into anus*
11	Elevate the fluid bag/cylinder (in adult # 50 -80 cm) and open the lock to allow fluid come in rectum.	Fluid must be higher than rectum at suitable level to help liquid enter the rectum without damage due to too fast high pressure.
12	Let fluid flow with slow speed.	Slow flow of fluid into rectum with some intervals helps to reduce intestinal contraction and stimulation. It is helpful for patient to relax. If fluid flows too fast, it may cause colon spasm and patient feels painful. High pressure may cause intestinal rupture in infant.
13	When fluid come in fully or patient can not keep water, lock the valve and withdraw rectal catheter out of rectum	When patient wants to defecate, it shows sufficient water amount inside rectum.
14	Ask patient keep water inside about 10 -15 minutes or longer if possible. Keep 2 buttocks of newborn and small infant in some minutes.	The longer water keeping time the softer stool the easier to eject it outside of body.
15	Clean anus: clean by toilet tissue paper.	Avoid stimulate patient's skin  *Hygiene of anus.*
16	Keep patient continue to lie on right side	Enema methods obtain higher effectiveness when patient is able to keep the fluid in a certain time inside body. It is easier to keep water when patient lies.
17	Help patient to defecate When patient cannot keep the fluid, help patient go to the toilet or place the pan for patient to defecate at bed.	Prepare to eject stool

18	Hygiene: After patient defecate, help patient to do hygiene of anus and genital area	To prevent genital infection, especially in female
19	Let patient return to comfortable posture, place one more coating sheet under the buttock to prevent some stools still eject.	Bring comfortable feeling for patient.
20	Remove gloves and wash hands	To reduce risk of infection
21	Assess characteristics of stool and write down medical record - Amount of in – fluid, type and size of catheter. - Amount of out – stool, color, smell, quantity. - Enema time, keeping time of enema cleansing fluid inside colon. - Defecation situation and general condition of patient.	Provide information on results of enema.
B. Small amount enema, ready packed fluid		
1	Wash hands	To reduce risk of infection
2	Take the enema fluid bag out of package Carefully read instruction. Soak enema fluid inside warm water before usage.	To prepare enema solution Check quality of product, read instruction for use properly with the design of bottle (pot, type)
		 ***Figure: ready packed enema cleansing fluid***
3	Wear clean gloves	To prevent contact with stool
4	Place coating sheet for aborting fluid under patient's buttock. Patient lies on left side, fold the right leg.	Help to expose anus easily. Convenient for pumping enema cleansing fluid.  *Patient's posture on one side and holding ready packed enema cleansing fluid*

5	Remove the lid of enema fluid bottle, lubricate the tip of tube	To prevent damage of anus and rectum.
6	Slightly press the bottle to remove air from tip of tube.	Limit air coming rectum
7	Insert the tip of tube inside anus: ask patient breathe in deeply, slightly insert the tip of tube inside anus towards to umbilicus.	Limit anal spasm to facilitate entrance of tip. Avoid damage of rectal wall.
8	Press the bag until enema cleansing fluid enter totally inside anus and ask patient try to keep fluid until they cannot keep, it is about 15 minutes.	Sufficient dose for stimulating colon.  *Pump enema cleansing fluid.*
9	Remove the tip of tube from anus and remove waste	To prevent infection
10	Implement the same as steps from 15 to 19 of large volume enema technique by enema cleansing fluid)	See steps from 15 to 19.
11	Remove gloves, wash hands	Limit contamination of microorganism
12	Write down medical record: - Type of enema fluid - Stool eject: amount, color, smell - Defecation status of patient	To monitor disease status and take legal responsibility

Practical Checklist for enema technique

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Assess patient			
2	Preparation of tools			
A. Enema administration using water				
3	Wash hands			
4	Communicate, explain to patient			
5	Check again tools			
6	Use curtain for partition or close the door			

7	Place towel under patient's buttock Place patient's posture			
8	Check water temperature			
9	Pour water in the enema fluid bag/cylinder, remove air and lock the valve			
10	Wear clean gloves			
11	Lubricate tip of rectal catheter			
12	Insert rectal catheter for enema in anus – rectum			
13	Elevate fluid bag and open valve to allow fluid enter rectum			
14	Let fluid comes in with slow speed			
15	Lock the valve and withdraw rectal catheter out of rectum			
16	Ask patient to keep water inside rectum			
17	Clean anal area			
18	Let patient continue to lie on left side			
19	Help patient prepare to defecate			
20	Help patient to do hygiene of anal area, weare trousers			
21	Let patient return back to the ward and lie on comfortable posture.			
22	Remove gloves and wash hands			
23	Evaluate characteristics of stool and write down medical record			
B. Small amount enema, ready packed fluid				
1	Wash hands			
2	Soak enema fluid in the water before usage.			
3	Wear clean gloves			
4	Place coating sheet under patient's buttock, place patient's posture			
5	Remove the lid of bottle, lubricate the tip of tube			
6	Remove air			
7	Insert the tip of tube inside anus and rectum			
8	Press the bag until enema cleaning fluid enter totally in rectum.			

9	Remove the tip of tube out of anus and dispose			
10	Clean anus, ask patient keep drug in a certain time			
11	Help patient to defecate			
12	Help patient after defecation Help patient to wear trousers and return to the ward			
13	Remove gloves, wash hands			
14	Write down medical record			

EVALUATION QUESTION

1. Select True (T) or False (F) answer for following question

No	Contents	T	F
1	According to Maslow, excretion needs belong to group of safety needs		
2	Uridom is a tool that helps female patient to drain urine in some case of urinary disorder		
3	Change uridom every time of urination in order to clean penis and to assess skin status surrounding penis		
4	Do not perform enema when patient suffers from diarrhea		
5	The most common seen complications of urinary catheterization is urethral disruption		

2. Select the most correct answer

Question 1: When performing excretion support for patient, nurse should

A. Ensure privacy.
B. Ensure the close space
C. Ensure the close space, privacy
D. Ensure the close space, privacy and respect culture of patient

Question 2: According to the needs of Maslow, excretion needs is belong to the group of

A. Physical – physiological group
B. Safety group
C. Social group
D. Respect group

Question 3: Management way in case of penis erection when using Uridom

A. Continue to perform because Uridom does not cause influence to patient's penis
B. Be calm, wait for penis becomes normal and continue to perform technique.

C. Continue to perform technique.

D. Continue to perform technique, if impossible, stop it.

Question 4: Factors influenced to urinary excretion

A. Drug, disease condition

B. Drug, dietary regime

C. Drug, disease condition, dietary regime,

D. Disease condition, dietary regime.

Question 5: When performing enema with small amount, the necessary amount of fluid for ejection of stool is

A. 50 - 200ml

B. 200 - 250ml

C. 250 - 300ml

D. 300 - 350ml

Question 6: Benefit of using Uridom for excretion support compared with urinary catheterization is

A. To support patient having uncontrolled urination

B. Support patient with difficult urination

C. Limit inflammation, damage of urinary tract

D. The same effect as urinary catheterization

3. Practical scenario

Scenario1

Patient Do Van T, 27 years old, admits in hospital for emergency surgery due to brain surgery because of traffic accident. After operation, patient is legarthy, Glasgow 10 scores; normal skin, membrane; pulse 78 rates/ minute, arterial blood pressure 120/75 mmHg, breath rate 17 rates/ min; uncontrolled urination

Question:

1. Please tell your assessment about status of patient T?
2. Please tell measures for urinary care for patient T?
3. Instruct patient family to use Uridom for urinary drainage for patient?

Scenario 2

Patient Nguyen Van B. 68 years old admitted in the hospital with diagnosis of Calculus of gallbladder. At present, patient is conscious, good communication, mild yellow skin, membrane. Vital signs: pulse 85 rates/ min, blood pressure 130/85 mmHg, body temperature $37,3^0$C, breathing 20 rates/ min. Patient is thin and abdominal tension. Patient is indicated by doctor to perform enema of colon before surgery.

Question:

1. Please tell your assessment about patient B?
2. If you are a nurse, who prepare patient before surgery, what kind of enema will you select? Please explain your selection?

   A. Enema administration using water,

   B. Enema using ready packed cleansing fluid

   C. One of two ways is alright

3. Perform enema technique for patient (on simulator)?

Scenario3

Patient Nguyen Thi L, 68 years old, is diagnosed with stroke due to hypertension. At present, patient is lying on bed, open the eyes when having call, answes slowly to question, paralysis at the left side of body, uncotrolled urination, vital signs: pulse 80 rate/minute, blood pressure 160/80 mmHg, breath rate: 22 rates/ min, body temperature: 37.5^0C.

Head nurse of department request the trainees to discuss about excretion support method for this patient.

Question:

1. Please explain your assessment about patient L.
2. Please tell excretion supportive method for patient L? And select 01 suitable method for patient L, explain your selection?
3. Perform urinary catheterization technique to drain urine (on simulator)?

ANSWER

1. Select True (C) or False (F)answers

Question 1: F	Question 2: F
Question 3: F	Question 4: T
Question 5: F	

2. Select the most correct answer

Question 1: D	Question 2: A
Question 3: B	Question 4: C
Question 5: A	Question 6: C

Competency based assessment checklist for Excretion care

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or do wrong (0)**
1	To assess the needs of patient about application of excretion care			
2	Perform instruction and support for patient in using bed pan, urinal: Ensure proper compliance of procedure and suitable with patient's condition			
3	Perform patient instruction for usage of Uridom for urinary drainage: Ensure proper compliance of procedure and suitable with patient's condition			
4	Perform urinary catheterization - urinary drainage technique: Ensure proper compliance of procedure and suitable with patient's condition			
5	Perform enema technique: Ensure proper compliance of procedure and suitable with patient's condition			
6	Instruct patient/family use bed pan, urinal suitable with excretion needs of patient			
7	Instruct patient/family to use Uridom for urinary drainage suitable with excretion needs of patient			

REFERENCES

1. The Ministry of Health (2010). *Guideline for practice of 55 basic nursing techniques, volume 2.* Viet Nam Education Publishing House.
2. The Ministry of Health (2012). *Lecture on Nursing technique.* Medical Publishing House, Ha Noi
3. Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2, Hanoi Medical Publishing House

CHAPTER 4
PATIENT CARE MANAGEMENT

LESSON 21

REGULATIONS ON RECORDING, MANAGING MEDICAL RECORDS AND CARE TEMPLATES

OBJECTIVES

1. Present the regulations on recording, using, preserving, keeping medical records and care templates (Competency 16.1)
2. Explain patients' rights to be briefly informed in medical records (Competency 16.2)
3. Follow the regulations and rules in recording, using, keeping patients' medical history. (Competency 16.1, 16.2, 16.3, 17.5, 24.4)

CONTENTS

A. THEORY

Every patient to hospitalize is established a set of records containing medical history and patient-related care templates, treatment process. Medical records and care templates are documents and evidences for examinations, diagnosis, treatment of doctors as well as care practices of nurses.

Medical records and care templates being fully, specifically, systematically recorded not only are legalized but also help producing excellent progresses in diagnosis, treatment, prevention, care, scientific research and education. Medical records and care templates also help with estimating curing and caring quality, responsibility and ability of medical staffs. Therefore, every medical staff must comprehend and well conduct the using, recording, preserving and keeping medical records and care templates according to the regulations.

1. The aim of recording medical records on nursing

- To use for the diagnosis process.
- To follow disease development and predict side-effect productions.
- To constantly follow treatment process in order to gain experiences, supplement with adjustment in treatment method, care and prevention.
- To evaluate curing and caring quality, responsibility and ability of medical staffs.
- To follow administration and provide legal evidences.
- To help with statistics, scientific researches and education.
- To facilitate team work through sharing information between patients and medical staff.

2. Principles of using, recording and keeping medical records:

All patient medical records need to be brief, with clear writing. Each hospital or clinic may develop different regulations but must all follow general rules.

2.1. Regulations on using and recording medical records:

- All headings in medical records must be accurate and adequate (patient's names, addresses, departments).
- Only record treatment, care, medication contents performed by self-individual. Only record diagnosed contents (on medication and treatment) by the doctor on the records.
- Every statistic must be written in patients' daily tracking form, describe the situation with as much details as possible. Do not insert general reviews (such as: OK, no complaints, etc.). Must include comments, comparisons on patients' improvements in the day. Severe or after-surgery cases must be provided with special tracking form in continuous 24 hours.
- Only use general abbreviations when very necessary.
- Nurses need to take down the exact reasons in case the patients refuse care services. Patients take surgeries or operations are required a pledge from self-individuals or families, with signatures, full names and addresses.
- If mistaken, the writer can overline the false writing with pen and ruler, do not erase or delete.

2.2. Principles of keeping medical records:

- In case of copying records (due to being ripped, torn), records must be attached with original version on the end to ensure legal requirements.
- Records must be carefully handled, do not let be lost, mistaken, do not let the patients have the records and acknowledge of professional secrets.
- When the patient is discharged, the records must be completed and sent to the General Planning Department in 24 hours (no longer than 48 hours) to be storage

3. Components of medical records

A medical file includes: administration and profession part.

3.1. Administration

- Personal information of patient: Full name, address, occupation, contact person and his/her address
- Information related to profiling statistics: code for in-charged, hospitalized and discharged day.
- Information related to hospital fees.
- Information of patient's conditions (when you transfer case to higher level hospital)

3.2. Profession

- Medical records

- Templates
  + Care tracking form
  + Medication distribution record
  + Vital signs Record
  + Infusion Record
  + Medicine reaction test form
  + Medical Consultation minutes
  + Surgery approval report
  + Hospital transmission report
  + Death confirmation report
  + Blood claim form
- Para-clinical records:
  + Testing records (all types)
  + X-ray, ultra-sound, electro-cardiograph, etc.

4. Nurses' recording templates (Annex 6):

4.1. Care tracking forms:

- Used for taking track of the patients' care, handling and conducting treatment orders from nurses.
- Used for exchanging information among nurses and between nurses and doctors.
- Being legal documents to estimate nurses' functional responsibility and duties.

• ***General principles:***

- Timely recorded: immediately after the examination, treatment or handling.
- Brief and accurate information: only record information within nurses' responsibility.
- Do not record duplicated information: information recorded on forms (Vital signs monitoring form) must not be repeated on this form.
- Immediately check or provide information to doctors in charge, if nurses detect any different information from doctors' orders.

• ***Guidance for recording care tracking forms:***

- Include date, accurate time (hour and minute) at the moment the nurses follow or take care of patients in the tracking form.
- Development column contains brief developments or abnormal conditions of the patients that the nurses take track of, including patients' complaints, petitions.
- Orders execution/treatment column: activities nurses take main roles in.

+ Care: record care practices (bathing, hygiene, position change, injuries treatment, health education, patient instructions, etc.)

+ Handle: only record handling in cases of responsible solutions requirement of first-aid nurse along with reporting to doctors, or general handling (changing bandages, apply cool towels in case of high body temperature, etc.)

+ Result evaluation: record results right after possible treatment such as: after suctioning, the patient is recorded to breathe more easily, etc.

+ Medical orders performance: Record special orders execution, unexpected addition according to medical records. General orders are marked in medical orders execution notes, therefore only completed ones need recording. Specifically, I.V orders must be recorded with: pulse, temperature, blood pressure, breathing before, during and after I.V treatment, fluid mass and abnormalities during I.V process.

+ Signature column: Nurse takes down full names so that others can detect the signature.

+ Regarding level I, level II care patients, record frequently on diseases' developments. Regarding level III care patients, record at least once a day and when needed. On weekends and holidays, it must record severe diseases' developments or abnormal developments.

- ***Examples on recording:***

Patients' behaviors (anxious, confused, against, etc.)	Against, behaviors, risk factors
Objective data (rash, thrill, breath, etc.)	Places, conditions (duration, frequency, irritating factors, risks or reduction)
Nursing intervention and treatment evaluation (enema, bath, clothes changing, etc.)	Time management, used equipment, patient's reaction (objective and subjective changes) in comparison with last treatment. For example: pain of level 2 on the scale of 0-10 when changing clothes.
Drug usage	Record right after medicine feeding: duration, dosage, means of using. Generally estimate reaction when being fed such as: pain level, vital signs, reactions to medicines. For example: "12h00 pain level 7 (scale 1-10), 12h30 pain level 2 (scale 1-10), 13h30 increasing itchiness under belt area after 1 hour of penicillin."
Patient education	Guiding methods (discussion, video, guidance books, etc.) Patient reactions and changes in behaviors
Discharging plan	Patient's measurable purposes or expectations, improvements, necessity of transmission.

Health Department: … **CARE PLAN FORM** Code: 09/BV-01

Hospital: ……. (Nurses take notes) Form No. ..... Hospital ID:…….

Department: …….

- Patient full name: ..... Age: ..... Male/Female: .....

- Bed No: ..... Room: ..... Diagnosis: .....

Date	Time (hr, min)	DEVELOPMENT TRACK	MEDICAL ORDERS/CARE PERFORMANCE	SIGNATURE

4.2. Vital signs Record

- ***Instruction:***

- Ministry of Health prescribes routine records including pulse, temperature, breathing and blood pressure.
- Vital signs Record needs to be hung above the bed along with Infusion record and Medication distribution Record
- Vital signs Record can be used for both routine general records and emergency regarding severe cases.

4.3. Infusion Record

- Infusion record can be used for multiple days, therefore calculating fluids mass daily.
- Infusion record does not require results of body temperature, breathing, pulse, blood pressure during infusion process, due to repeated information on Care Plan forms.

4.4. Medication distribution form

- General form prescribed by Ministry of Health
- Publicized daily medicines on doses and mass of each dose.
- Patient or patient family must sign daily.
- This form is attached publicly above the bed along with Vital signs Record and Infusion record.

5. Storage medical records

During the use of medical records at the departments, treatment rooms, need to pay attention to the problems below:

5.1. Organizing and pasting medical records, writing in regulated orders

- ***Department administrative nurses' tasks:***

- Organize and complete administrative procedures of medical records.
- Medical records must have cover, additional spine to attach records in prescribed order: must be written in records order prescribed by therapy department of Ministry of Health:
    1. Administrative documents.
    2. Possible lower level documents (if any).
    3. Testing results (uneven layered): hematology, biochemistry, microbiology, medical imaging, disease anatomy in back-to-front order.
    4. Vital signs records if a severe case – turn routine general records into hourly records.
    5. Care plan form.
    6. Medical Consultation minutes, treatment summary, pledge form (if any)
    7. Treatment papers with numbered pages, chronologically attached, patient's full name in capital letters, marked; treatment paper with bed and room number.
- Above mentioned documents must be sealed in order to serve records management.
- All records must be kept in a hardcover briefcase, with bed number written on the outside.

5.2. Medical records management

- ***Department administrative nurses' tasks:***

- Preserve and maintain all department's records.
- Records must be kept on prescribed racks or cabinets, easy to be seen and taken.
- At the end of the working period, check the medical records and transfer to nurses on duty.
- Do not let patients and families see the medical records.
- Interns desire to see medical records must be permitted by department leader, Sign once receive, sign transferring confirmation, must only see in place and transfer back to administrative nurse when finish.

6. Regulations on storing medical records;

6.1. General regulations:

- Medical records are important documents that must be well kept and preserved according to legal regulations on preservation.
- Medical records on residents, ambulatory, transmission and death must be administratively completed according to regulations on admission, discharge, department transmission, hospital transmission, then deliver to General Planning Department to store legally.

- Making use of medical records must be according to regulations.

6.2. Detailed regulations:

6.2.1. Medical records storage

6.2.1.1. Storage registration

- Patients discharged within 24 hours, department must complete administrative procedures according to the regulations, then deliver to general plan department.
- General Planning Department checks the execution of medical records regulations of the department, submits to the manager, gets permission and storage.
- Medical records on residents and ambulatory must be kept for at least 10 years.
- Medical records on occupational accidents, domestic accidents must be kept for at least 15 years.
- Medical records on mental illness must be kept for at least 20 years.
- Medical records on death must be kept for at least 30 years.

6.2.1.2. Preserve and maintain medical records

- Head of General Planning Department specifically assign officers in charge of medical records storage.
- Write down full prescribed information in storage book.
- Medical records must be kept on racks or cabinets, with solution to prevent: humidity, fire, cockroaches, rats, termites and other insects.
- Medical records must be prioritized by departments, or international diseases list, in order to keep and provide with ease and convenience.

6.2.1.3. Death Confirmation records

- Death confirmation records must be strictly stored, separately kept, and organized in year order.
- Death confirmation records cabinet must always be locked. Hospital Director decides and assigns responsibility to medical records keeper.

6.2.2. Use of stored medical records

- Hospital doctors having desire to borrow medical records for educating, studying, scientific researching must apply claiming form with detailed purposes, get confirmation by General Planning Department leader and must only read in place. Regarding death confirmation records, besides from mentioned procedures, must get confirmation signature from hospital Director.
- General Planning Department must have a book keeping track of medical records borrower and requesting papers.
- Medical records borrower must not reveal professional occupations.

6.2.3. Legal protection agency and detectives need to make use of medical records

- Must have recommendation papers or request documents with detailed purposes on using medical records.

- According to recommendation papers or request documents, General Planning Department leader report to manager and get confirmation signature before permitted to hand out medical records for reading or taking copies in place.
- Regarding death medical records, hospital manager must report to direct superior in charge. Only after getting permission from superior is manager allowed to lend records for reading or taking copies in place.
- Regarding managing officers of central health protection's medical records, must get permission of the chairman of advanced branch and National officers' health protection council before permitted to hand out records for reading or taking copies in place.

B. PRACTICE

1. Instructions on recording medical records

1.1 General instructions:

Instructions	Reasons	Suitable methods
Do not erase, do not use correction pen, deletion while recording	Hard to read, do not ensure legal characteristics, create doubt on hiding or erasing information.	Use a pen and ruler to crossline the mistakes, write down "false" on the line and sign. Then precisely write the true information.
Do not write criticisms on patients and medical staffs' treatment.	False expressions can be considered as evidences of behaviors against professional ethics.	Only describe patients' behaviors, and quote patients' comments.
Add information on patients.	Need to update new or forgotten information onto the board at the end of working shift.	If required to write down information on note sheets first then must include closest time and date in the blank and mark as an appendix.
Publicly fix the mistakes	There can be mistakes during recording process	Avoid rushing, make sure the corrected information is true.
Record all existing information	Recordings must be accurate and credible.	Make sure the recordings are true, not predicting or deducing.
Leave no blank spaces in nurses' recording papers	Other people might insert false information in the blank	Present on one line at a time; if there are spaces left, crossline the area
Record briefly, clearly and by ball-pens or blue ink-pens	Unclear handwriting can be confusing, producing mistakes and litigations; color must be clear, easy to comprehend and not erased.	Do not erase or use correction pens, pencils.

If medical orders are not clear, nurses are required to ask again for confirmation.	If a nurse executes an order causing strokes on patients, must take responsibilities as orders giver.	Should not write "Doctors got it wrong". Instead, write down "Need to confirm the problem with the doctor". Including date, time, contents and confirmation results.
Only record self-individual carried out problems on patients	Must take responsibilities on information nurses write down in medical records.	Do not write information down for others. Except for: If person in charge left in the day and call in demand of a help to write down for him/her, including name of information source in the recording and transferred through phones.
Avoid using general words, less-meaning phrases such as "no change in health condition" or "have a good day".	Detailed information about the patient can be false if written in general expressions.	Describe precisely, briefly, fully and clearly.
Must take down the date and time before the contents, and end with signature.	Ensure orders of the events are all recorded, including responsible person signature.	Do not wait until the end of the shift to record important changes before, remember to sign all recordings.
Regarding documents in PC, keep the password	Keep secrets and ensure security.	When logging into PC, do not let open despite purpose.

1.2 Instructions on recording medical records

• ***Medical records:*** Medical records are main professional records of patients; therefore, doctors can understand family background, ideology, disease developments, cure and prevention process. Medical records are divided into 2 parts:

- Administration:
  + Full name, age, gender, occupation, address of patient.
  + Family names, addresses and contacts in case of needs.
- Profession: Written by doctors.

• Vital signs record (Annex 6)

- Administrative procedures: full hospital name, department, room, bed, patients' name, age, gender, diagnosis.
- Instructions on establishing tables:
  + Details: date, month, a.m, p.m

+ Pulse: use a red pen to dot (.) on the graph matching the time column and present the vital signs. Lining 2 pulse measuring results with red pen.
+ Body temperature: use a blue pen to dot (.) on the graph matching time and temperature measurements. Lining 2 temperature measuring results with blue pen.
+ Breathing, blood pressure: use a blue pen to note down statistics in living function tracking form.
+ Other tracking: Write down additions l in the blanks under pulse, temperature graphs, according to medical orders and patients' characteristics.
+ Nurses sign or write down names after performing fully all of the above.
+ Do not circle pulse and temperature columns.

Note: Besides tracking statistics noted in the board, in case of needs, must also describe in the medical records the signs, symptoms, abnormal developments or clarify statistics in the board.

EVALUATION TEST

1. Decide if the below statements are True or False

No.	Statements	True	False
1	Treatment forms are only used by doctors to record daily patients monitoring.		
2	According to instructions on vital signs record, blue pen is used for these statistics: breathing, blood pressure, temperature		
3	According to instructions vital signs record: establish a table for pulses, blood pressure and temperature monitoring		
4	In case of a discharged patient, after a week medical records would be delivered to preservation room.		
5	Records must be sealed.		
6	Instructions on care tracking form: must note down the date and time before contents.		

2. Choose the best answer:

Question 1: The deadline for completing discharged patients' medical records is:

A. Right after discharging.
B. 24 hours after discharging.
C. 48 hours after discharging.
D. 72 hours after discharging.

Question 2: Regulations on using and managing medication distribution record, except:

A. Are general, solid, prescribed by Ministry of Health.

B. Publicize medicines daily on doses and mass of each dose.

C. Patients or family must sign daily.

D. Medicine public form/board is attached in medical records.

Question 3: Regulations on recording medical records, except:

A. All patients' data must be noted daily, describe in as much details as possible.

B. Write down treatment, care, medicine contents carried out by self-individual and colleagues.

C. Regarding false information, can only be lined over, do not use correction pen.

D. Only use common abbreviations when seriously necessary.

Question 4: Regulations on using and managing Vital signs Record, except:

A. Regulations of Ministry of Health on routine monitor include pulse, body temperature, breathing and blood pressure.

B. Vital signs form is hung above the patient's bed.

C. Do not use the same form on routine monitoring as well as emergency in severe cases.

D. Use Vital sign records to note down routine records of patients

Question 5: Regulations on managing, using medical records

A. Administrative nurses are assigned to managing department's medical records.

B. Doctors are responsible for managing department's medical records.

C. Patients and families are allowed to see medical records.

D. Students and interns are allowed to see medical records on clinical study.

Answers:

1. Decide if the below statements are True or False

   No.1. True

   No.2. True

   No.3. False

   No.4. False

   No.5. True

   No.6. True

2. Choose the best answer

   Question 1. B

   Question 2. D

   Question 3. B

   Question 4. C

   Question 5. A

Competency based assessment checklist for Regulations on recording, managing medical records and care templates

No.	Contents	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do or wrong (0)**
1	Present the regulations on recording, using, preserving, keeping medical records and care templates			
2	Explain patients' rights to be briefly informed in medical records			
3	Follow the regulations and rules in recording, using, keeping patients' medical history			

REFERENCES

1. Do Dinh Xuan, Tran Thi Thuan (2009). Nursing practical skills, Vol. I, II, Medical Publisher, Hanoi.
2. Do Dinh Xuan (2007). Basic Nursing, Vol. I, Medical Publisher, Hanoi.
3. Ministry of Health, Circular no.53/2017/TT-BYT dated 29/12/2017 on regulating storage duration for medical record and professional documents.

LESSON 22

MEDICAL EQUIPMENT USAGE AND MANAGEMENT: MONITOR, INFUSION MACHINE, INJECTION PUMP, ELECTROCARDIOGRAPH

OBJECTIVES

1. Use vital sign monitors and patient care equipments (monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph) to ensure proper process, efficiency and safety, (competency 2.3; 3.2; 4.7; 5.1; 5.2, 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 18.1; 18.3; 20.1)
2. Identify abnormal signs when performing patient care and follow up; offer appropriate treatment (competency 4.1; 9.1; 9.2; 9.4)
3. Manage vital sign monitors and patient care equipments in accordance with regulation (competency 18.1; 18.2; 18.3)

CONTENT

1. Introduction

Quality of patient care has many obvious changes through the renewal of care assignment's model, organization of comprehensive patient care, standardization of nursing techniques and application of medical equipments for patient care. Nurses play an important role in operating equipment, facilities and machines used in patient care to ensure safety and effectiveness and prevent infections related to health care.

Some medical equipments used in patient care and follow up:

- Monitor
- Infusion machine
- Injection pump
- Electrocardiograph

2. Usage and management of monitor

2.1. Usage of Monitor – patient's monitor

Monitor is a device used to measure and monitor the vital signs of patients, often used to monitor patients in emergency recovery rooms, patient room ... Monitors have the function of continuously monitoring and updating living indicators, so that doctors can monitor and continuously assess patients' progress. In addition to monitoring and reporting functions, monitor also has an alarm function when indicators are abnormal.

There are many types of Monitor, from simple handy SpO_2 monitor to measure peripheral capillary oxygen saturation, desk type SpO_2 monitor, electrocardiograph, obstetric monitor and common used is one to monitor patient with 5 – 7 parameters.

**** The tracking parameters in Monitor include:***

- NIBP: Non - Invasive Blood Pressure
- ECG: electrocardiogram (usually 5 lead electrocardiography)
- SpO_2: peripheral capillary oxygen saturation (0 - 99%)
- Temperature (t): The body temperature of the patient
- $ETCO_2$: Pressure (mmHg) or concentration (%) of carbon dioxide in exhaled air
- Respiratory rate: Number of breaths per minute
- Heart rate: Number of heart beats per minute

The above parameters are constantly updated and installed automatically over time. For example: measuring blood pressure; the monitor can be installed automatically to measure indicator after a fixed time (every 5 minutes or every 10 minutes…).

2.2. Preserving the Monitor

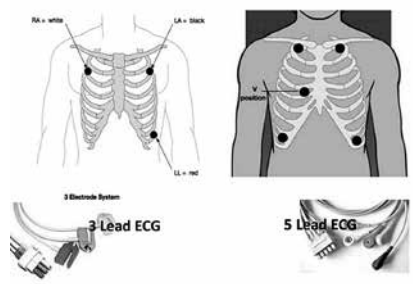
- Preserving the Monitor:
  - + Clean the equipment every day with a soft cloth moistened with water or dry soap liquid. Do not use alcohol
  - + Keep the equipment in a cool, dry room
  - + Avoid operating the equipment in flammable place
  - + Do not put anything on the equipment
  - + When damaged or there is problem in use, report immediately

Note: Plug in the power frequently when not in use so that the equipment is ready to operate when needed.

- Preserving the ECG cable
  - + Do not let cables to be twisted or tangled
  - + Clean the cable after patient's use or get dirty by secretions, blood ...
- For sensor SpO_2 cable, temperature measuring wire
  - + Clean after patient's use or if dirty
  - + Do not let wire to be twisted or tangled
- Preserving blood pressure measurement system
  - + Clean the cable after patient's use or dirty. Wash blood pressure cuff when dirty or smelly.
  - + Do not let wire to be twisted or tangled …

2.3. Practical procedure for using Monitor

No.	Implementation steps	Objective
1	**Identify and prepare for patients** - Identify the perception and cooperation - Identify the right patient - Inform patient about the procedure - Instruct patients to remove metal objects and one can broadcast electromagnetic waves. - Clean the patient's chest and abdomen	 - Avoid mistaking the patient - Patient knows and cooperates - Avoid interference when the machine is operating - Create a good electrode contact with patient
2	**Prepare for nurse:** Clothes, hand washing / antiseptic	Limit cross-infection
3	**Power supply, start the machine** - Connect the power cord to the machine - Press and hold the power button for about 2 seconds	 - Power supply, start the machine
4	**Set up date and time** - Press MENU - Press DATE & TIME, select and press the year, month, day, hour, and minute button - Press SET - Press HOME	 - To enter the operation program of the machine - To display DATE & TIME window (date and time), set the date and time to monitor the patient - To save the set up, - To return to the monitor screen
5	**Set up the patient's name** - Press MENU, select the PATIENT INFO window - Press KEYBOARD to enter the letters on the keyboard and press SET	 - To display the MENU window, the PATIENT INFO window - To set up and save the patient's name
6	**Set the heart rate monitor mode** - Press MENU, then ECG - In the HR / PR window, press the upper and lower limit, slightly press the up and down buttons to adjust, - Press HOME	 - To display the MENU window, ECG VITAL ALARM window (heart rate warning) - To setup the allowed upper and lower limit of heart rate of the patient, - To return to the monitor screen

7	**Set blood pressure monitoring mode** - Press MENU, then NIBP - In the SYS window, press the upper and lower limit, then the up and down buttons - In the MEAN window, press the upper and lower limit, then the up and down buttons, - Press HOME	 - To display the MENU window, NIPB VITAL ALARM window - Set the allowed upper and lower limits of the maximum blood pressure of the patient - Set the allowed upper and lower limits of the average blood pressure of the patient - To return to the monitor screen
8	**Set the breath monitor mode** - Press MENU, and RESP to display REST VITAL ALARM window - Press the up and down button, - Press HOME	 - To display the MENU window and REST VITAL ALARM window - Set the allowed upper and lower limits of the patient's breath, - To return to the monitor screen
9	**Set temperature monitoring mode** - Press MENU, and TEMP - Press the upper and lower limit, then the up and down buttons - Press HOME	- To display the MENU window, and TEMP VITAL ALARM window - Set the allowed upper and lower limits of the patient's temperature, - To return to the monitor screen
10	**Set oxygen saturation monitoring mode (SpO2)** - Press MENU, and SpO2 button - Press the upper and lower limit, then the up and down buttons - Press HOME	 - To display the MENU window, and SpO2VITAL ALARM window - Set the allowed upper and lower limits of the patient's SpO2, - To return to the monitor screen
11	**Monitor ECG, breathing rate, heart rate** - Paste electrodes into patients: paste into 3 positions: on the right chest, left chest and below the left rib cage (see figure - 3 lead ECG) - Attach the electrode clamp to the pasted electrode, connect the electrode cable to the ECG connector, connect the ECG connector to the monitor socket - Observe ECG, breathing rate, heart rate on monitor screen (Home)	 - The electrodes contact patient - To connect monitor to patient - Evaluate the activity of circulatory and respiratory 

12	**Monitor SpO2** - Select the measuring tube, connect the tube to the SpO2 wire, connect the SpO2 wire to the monitor - Attach the measuring tube to the patient - Observe SpO2 on the monitor screen (Home)	 - Monitor capillary oxygen saturation - To connect measuring device to patient - Evaluate capillary oxygen saturation of patient
13	**Monitor blood pressure** - Select blood pressure measurement cuff, connect measurement cuff to blood pressure measuring wire - Determine the elbow artery, wrap blood pressure cuff on the patient's hand - Press START/STOP on the equipment - Press HOME each implementation steps and objectives should be aline	 - To monitor accurately of patients' blood pressure - To wrap blood pressure cuff in the right place - To measure and monitor blood pressure readings (manual measurement mode) - To return to the monitor screen
14	**Monitor temperature** - Take the temperature probe, connect to the heat conductor, the slot on the monitor - Attach the temperature probe to the patient - The temperature data will be displayed on the screen	 - To connect the machine to the patient - To connect the machine to patient's skin
15	**Identify results and response:** Observe the results on the screen and warning signs installed to identify. - Care and report to doctors when patients have abnormal movements	
16	**Tidying up tools:** - Turn off the machine: press and hold the power key for 2 seconds - Remove blood pressure cuff, electrodes, temperature probes from patients - Clean the patient's skin attached with electrodes - Put patients in comfortable position - Unplug the wires from the machine. Unplug the power cord - Clean the machine with a soft cloth	 - To disconnect the power - To clean the skin attached with electrodes - Clean up tools after use - Preserve the machine after use
17	**Record of patient care:** Write down the full results, following the time and movements of the patient during the monitoring process (if any).	Ensure continuous monitoring

Technical checklist for use of monitor

No	Content	Achievement Level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Identify and prepare for patients			
2	Prepare for nurse			
3	Power supply, start the machine			
4	Set up date and time			
5	Set up the patient's name			
6	Set the ECG, heart rate monitor mode			
7	Set blood pressure monitoring mode			
8	Set the breath monitor mode			
9	Set temperature monitoring mode			
10	Set oxygen saturation monitoring mode			
11	Monitor ECG, breathing rate, heart rate			
12	Monitor SpO_2			
13	Monitor blood pressure			
14	Monitor temperature			
15	Identify results, patient care and report to doctor in event of abnormal movements			
16	Tidying up tools. Put patients in comfortable position			
17	Record patient's file			

3. Usage of infusion machine

The infusion machine is a device that is used for continuous infusion at a controlled rate (especially when transmitting at very low speeds) medicines, nutrients, blood and some chemicals to treat and nourish patients, especially for newborns, preterm newborns in active treatment units or special care in hospitals.

3.1. Principle of using an infusion machine

- Know the calibration (the amount of fluid flowing down) of the infusion in one ml
  - + Microdrip: 60 drop/ml.
  - + Macrodrip: 15-20 drop/ml.
- Determine the fluid discharge time for one liter. Calculate the amount of ml / hour (hourly flow rate) by dividing the amount of fluid by the number of transmission hours:

$$\text{ml/hour} = \frac{\text{Amount of fluid (ml)}}{\text{Number of transmission hours}}$$

- Choose one of the formulas for calculating the fluid flow rate in a minute (drops / minute) based on the calibration:
  + ml/hour/60 minutes = ml/minute.
  + ml/hour x Calibration/60 minutes = drop/minute.
- Determine the hourly flow rate of fluid. Check the infusion bag and record it in a sequence, pay attention to the fluid type, the patient's name, the duration of the infusion and predict the start and end time for each transmission.
- Refer to the manufacturer's instructions for using an infusion machine. If pressure control is required, ensure the infusion bag is above the transmission site –
- Monitor transmission rate and transmission position to detect complications. Use the watch to check the speed of transmission, even when transmitting by machine.
- Evaluate the status of the system in the event of signal warning.
- Ensure continuous power and always have the battery in standby mode, ready to use.
- Must have regular technical maintenance and inspection.
- Never adjust or set up while connected to the patient (must adjust the parameters and run a stable test before connecting to the patient).
- The drugs need to be mixed according to the prescribed dose.
- Drugs mixing technique should be carried out by the method of sucking the solvent into the syringe first, expel the gas and push out the solvent, then pump the drug into the syringe later (this technique makes the volume of solvent and the drug is correct and the amount of drug is stable).
- Need a label sticks directly on the syringe, clearly states: name of drug, dose, speed, start time, end time (if necessary)
- In the process of syringe operation, need to check regularly the continuous operation of the syringe.
- Check the transmission line and the joints to avoid the folding or congestion of the transmission line. The drug transmission line (electric syringe) needs to have a stable and continuous transmission speed, should not adjust the speed in this line (reserved a preferred transmission line).
- When transporting patient, need to control and calculate the distance (aware of battery running out due to long distance).
- When using electric syringes or infusion pumps, nurses must closely monitor drug response status, do not respond or respond excessively status to notify appointments for dose and speed adjustment in time.

3.2. Preserving the infusion machine

- Clean the machine after patient's use with a soft cloth moistened with water or dry soap liquid.
- Keep the machine in a cool, dry room
- Do not put anything on the equipment
- When damaged or there is problem in use, report immediately to repair

3.3. Practical procedure for using Infusion machine

No	Implementation steps	Objective
1	Identify and prepare for patients - Identify cooperation, position of infusion, status of patients - Perform 5 rights - Inform patient about the procedure - Instruct patients to clean before transmission (if necessary)	 - Avoid errors - Patient knows and cooperates
2	Prepare for nurse Cloths, hand hygiene, gloves	
3	Prepare infusion and infusion machine - Connect the power cord to the machine - Plug the wire connecting the drip probe into the machine - Press ON/OFF - Check the infusion, 5 rights	Power supply, start the machine
4	Prepare the infusion line: tear the bag containing the line, adjust the lock to the bottom (near the needle), plug the line into the bottle, remove the gas.	Prepare infusion fluid, Ensure no gas in the infusion line
5	Open the door of the machine's body, press the pipe clamp below the door, open the clamp until you hear a click	Attach the infusion set to the machine's body
6	Insert the drip probe into the upper 2/3 position of the dropper	To determine the number of drops / ml
7	Press "Up / Down" arrow key	Let the machine confirm and choose the right infusion set
8	Press "Select" button and "Up/ Down" arrow key	Set the infusion speed
9	Press "Select" up arrow key	Set limit for the volume of fluid infusion
10	Press PURGE to display PURGE, release and press again	To perform a quick pump to remove all air bubbles from the infusion line (if any)

11	Insert the infusion needle into the patient's vein (start an infusion) / or replace the existing line	To connect the infustion machine to patient
12	Press START	To start the infusion
13	Monitor patients during infusion: Fluids left and infused, alarm of the machine (infusion line is stuck, air bubbles...); patient is uncomfortable, chills, difficult to breathe, ... - Handle irregularities (if any) ...	Ensure the safety for patient when infusion
14	After use, press STOP Press ON/OFF	Stop the infusion, turn off the machine
15	Tiny up tools and classify waste: Clean the machine with a soft cloth	Infection control Preserve the machine after use
16	Record of patient care: - Write the date, time of implementation, name of infusion fluid, speed, time (drug, dosage, content if any) - The movement of the patient during and after the infusion	To ensure continuous and convenient patient care

Technical checklist for use of infusion machine

No	Content	Achievement Level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Identify and prepare for patients			
2	Prepare for nurse			
3	Prepare infusion machine			
4	Prepare the infusion line, remove gas.			
5	Open the door of the machine’s body, press the pipe clamp...			
6	Insert the drip probe			
7	Press "Up / Down" arrow key			
8	Press “Select” button and “Up/ Down” arrow key			
9	Press “Select” button and Up arrow key			
10	Press PURGE to display PURGE, release and press again			
11	Insert the infusion needle into the patient's vein (start an infusion) / or replace the existing line			
12	Press START			

13	Monitor patients during infusion Handle irregularities (if any)			
14	Press STOP Press ON/OFF			
15	Cleaning tools and waste classification: Clean the machine			
16	Record of patient care:			

4. Usage of electric injection pump

Electric injection pump is a type of machine that is used to continuously inject the drug at a very slow rate for a long time, to maintain a stable level of drug in the patient's blood.

Electric injection pump is used with common syringes with different volumes: 10, 20, 30 and 50ml. For each type of syringe, the machine has a different injection mode accordingly, as for the 50ml syringe, the maximum allowable speed is 1500ml / h. Electric injection pump is designed to have a safety system to maintain the power supply for the machine to operate in case of power failure when being injected for a patient.

4.1. Purpose

- Maintain stable drug levels in the patient's body
- Infusion or use of drugs in low doses, requires high safety and stability.

4.2. Principles of guideline

- The medicines need to be mixed according to the prescribed dose
- Need a label sticks directly on the syringe, clearly states: name of drug, dose, speed, start time, end time.
- Must adjust the parameters and test the stability before connecting to patient
- In the process of injecting operation, regularly check the continuous operation of the syringe, avoiding the folding or blocking of the line and joints.
- Ensure continuous power and always have the battery in standby mode, ready to use.
- Nurses must closely monitor drug response status, the nurse should notify doctor for dose and speed adjustment in time if the drub doesn't respond or respond excessively.

4.3. Preserving electric injection pump

- Clean the machine after patient's use with a soft cloth moistened with water or dry soap liquid.
- Keep the machine in a cool, dry room
- Do not put anything on the machine
- When damaged or there is problem in use, report immediately to repair

4.4. Practical procedure for using electric injection pump inform

No	Implementation steps	Objective
1	Identify and prepare for patient - Identify: right patient, consciousness, patient status, injection site, history of allergy,… cooperation and appointment of the doctor - Inform patient about the procedure	
2	Prepare for nurse Cloths, hand hygiene, gloves	Limit cross-infection
3	Prepare tools: Suitable sized syringes, needles, injection lines, diluent, antiseptic solution, gloves... electric pump - Take the medicine into the syringe: implement 5 rights, mix the drugs as prescribed, take enough drug into the syringe, insert the injection line, put into the sterile tray.	Sufficient and appropriate tools
4	Prepare the machine Connect the power cord to the machine Press ON/OFF	Power supply, start the machine
5	Insert syringe pump into machine: Get the syringe (with drug available); Lift the clamp to hold the pump up Squeeze and move the piston clamp holder Lower the clamp to hold the syringe down	 Attach the syringe to the machine Attach the clamp to the piston To hold the syringe body firmly
6	Press SET	Go to the setting program for operating mode
7	Press Up arrow key	To set the injection speed to match the doctor's indication
8	Press "Bolus" key while pressing "Total vol" key	To remove air from the syringe to the tip of the needle
9	Connect the injection line to the patient's one, or insert a needle into the patient's vein.	Connect the injection system to the patient
10	Press START/STOP	Start transmitting drug to the patient
11	Monitor during injection: feeling of patient, circuit, blood pressure... warning of the machine (if any). - Handle irregularities (if any)	Ensure the safety for patient when infusing

12	End of injection Press START/STOP Lift the clamp holds the pump up Press ON/OFF	 Pause the machine To lift the syringe pump
13	Remove the needle, perform antiseptic (if the patient does not have the next infusion indication)	
14	Cleaning tools and waste classification: Clean the machine Remove gloves, perform hand hygiene	Limit infection Preserve the machine
15	Record of patient care: Write the date, time of implementation, name of drug, dosage, movement of the patient during and after the infusion.	Record information

Technical checklist for use of electric injection pump

No	Content	Achievement Level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Identify and prepare for patient			
2	Prepare for nurse			
3	Prepare tools Take the medicine into the syringe			
4	Prepare the machine			
5	Insert syringe pump into machine			
6	Press SET			
7	Press arrow keys			
8	Press "Bolus" key while pressing "Total vol" key			
9	Connect the injection line to the patient's one, or insert a needle into the patient's vein.			
10	Press STAR/STOP			
11	Monitor during injection: Handle irregularities			
12	End of injection			
13	Remove the needle, perform antiseptic (if the patient does not have the next infusion indication)			
14	Cleaning tools and waste classification: Clean the machine, remove gloves, perform hand hygiene			
15	Record of patient care			

5. Usage of electrocardiograph

An electrocardiogram (ECG) is a graph that records the changes in electric current generated by the heart during a contractile activity. The electrocardiograph works to record the heart's activity, the monitor can read the heart's activity graph on the screen or record it on paper.

Cardiac electrocardiography is a cheap, non-invasive, inexpensive diagnostic method for detecting arrhythmias, conduction disorders and coronary artery disease, in addition, other signs were associated with metabolic disorders (hyperkalemia) or increased susceptibility to sudden cardiac death (prolonged QT syndrome).

5.1. The leads for measuring electrocardiography

How to place the electrodes to record an electrocardiogram is called leads; The electrocardiographic leads include

- *Peripheral leads or lead pattern*

  These are bipolar leads, record voltage difference between two points:

  + Lead DI: one electrode on the right wrist, one on the left wrist.
  + Lead DII: one electrode on the right wrist, one on the left ankle.
  + Lead DIII: one electrode on the left wrist, one on the left ankle.

- *Unipolar limb leads*

  According to Golbugu's method: remove a branch between a limb and the central pole. So the ECG amplitude will be larger, these leads have symbol as aVR, aVL, aVF.

- *The precordial leads*

  These are also unipolar leads. The probe electrode is placed on the points at the chest, while the electrode is connected to the center pole..

  The chest leads called V. Here are 6 common chest leads.

  V1: the probe at the right side of rib 4, close to the sternum

  V2: the probe at the left side of rib 4, close to the sternum

  V3: The probe is at the point between the line connecting V2 and V4.

  V4: The probe at the intersection of the straight line passes through the point between the left collarbone and the line passing through the cardiac path (or if the location of the cardiac path is not defined, take the 5^{th} intercostal

  V5: The probe is at the intersection of the left armpit with the line passing through V4

  V6: The probe is at the intersection of the middle armpit with the line passing through V4 and V5

5.2. Results of normal electrocardiograms in the lead pattern

During a heart contraction, the electrocardiogram records the waves: P Wave; PQ interval; QRS complex; ST segment; T Wave; There is also U Wave or not.

- P Wave: Indicates the depolarization activity of the atria
- PQ interval: Indicates the duration of impulse transmission from the atria to the ventricles
- QRS complex or fast wave QR: Indicates the depolarization activity of two ventricles.
- ST segment: for ventricular periods of homogeneous stimulation, the period of complete depolarization of the ventricles
- T wave: corresponds to the repolarization period of the ventricles.
- QT intervel: time of systolic electroscope of the ventricles

5.3. Preserving electrocardiograph

- Turn off the machine after use
- Clean the machine: use with a soft cloth, clean the wires.
- Keep the machine in a cool, dry room
- Do not put anything on the machine
- When damaged or there is problem in use, report immediately to repair

5.4. Practical procedure for using electrocardiograph

No	Implementation step	Objective
1	Identify and prepare for patient - Identify patient and personal information off patient - Inform and explain procedure to patient - Patient lying on his back comfortably, removing metal jewelry; in case of children, can use tranquilizers (because they do not cooperate)	 - Avoid mistaken on patients and electrocardiographic results - Patients are assured of cooperation - The result is not interfered
2	Prepare for nurse: Cloths, hand hygiene	
3	Prepare tools Electrocardiograph suitable for indications; ground wire, enough wires and electrodes; gel.	
4	Perform antiseptic on patient's skin to place the electrode on with an alcohol swab	To enable good contact between skin and electrode

5	Attach the electrode to the patient's chest Apply a thin layer of gel and attach electrodes at the positions - V1 Red: Fourth intercostals space, right sternum border - V2 Yellow: Fourth intercostals space, left sternum border - V3 Green: Between V2 and V4 - V4 Brown: Intersect of the Fifth intercostal space with the line between the left collarbone - V5 Black: Intersect of the Fifth intercostals space with left anterior auxiliary line - V6 Purple: Intersect of the Fifth intercostals space with left midauxiliary line	 Correctly locate the electrode in contact with the patient's body to record the standard electrocardiogram.
6	Clamp the electrode into the limbs: Apply the gel before clamping the electrode into the limbs - RA red: Right wrist - LA yellow: Left wrist - LL green: Left ankle - RL black: Right ankle	
7	Attach the lead wires from the machine to the corresponding electrodes	Connect machine to patient
8	Check the wires and electrodes again: Check that the wires are connected correctly with the electrodes and the wires are not too tight or too loose.	
9	Remind patients to stay still, relax, breathe evenly, do not move while recording ECG.	To record the electrocardiogram without interference
10	Record standard wave: Press the TEST button Gently press the ECG record button	As a basis for reading results. Record the electrocardiographic image of leads
11	If abnormal signs are found: Check the electrodes, the connection point between electrode and the wire	Handle the cause of the noise or blur graph
12	Encourage patients	Let patients feel comfortable and secure when recording ECG
13	If heart arrhythmia is detected: Record DII and V1 leads	Defined arrhythmias more clearly
14	Get the card of electrocardiogram from the printer, write all necessary information: Make sure the ECG is properly labeled with the patient's name (patient's name, room number, date and time of the procedure)	Avoid confusing the patient's results

15	Finish technical procedure and return the results - Remove electrodes, perform skin hygiene for patient - Transfer the results to the doctor reading before returning to patient, or attach the results into the patient file (patient is in hospital).	
16	Clean up tools: Clean the machine with a clean, soft cloth, arrange the tool according to regulations Waste classification, Perform hand hygiene.	Preserve the machine, to ensure the procedure to be carried out smoothly for the following patients

Technical checklist for use of electrocardiograph

No	Content	Achievement Level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Identify and prepare for patient			
2	Prepare for nurse: Cloths, hand hygiene			
3	Prepare tools			
4	Perform antiseptic on patient's skin to place the electrode on			
5	Perform antiseptic on patient's skin to place the electrode on			
6	Clamp the electrode into the limbs: apply gel			
7	Attach the lead wires from the machine to the corresponding electrodes			
8	Check the wires and electrodes again:			
9	Remind patients to stay still, relax,			
10	Record standard wave: Press the TEST button Gently press the ECG record button			
11	If abnormal signs are found: Re check			
12	Encourage patients			
13	Record DII and V1 leads			
14	Get the card of electrocardiogram from the printer, write all necessary information:			
15	Finish technical procedure and return the results			
16	Clean up tools; Perform hand hygiene.			

EVALUATION QUESTION

1. Choose the correct answer

Question 1: Use an electric injection pump to inject drug for patients in case:

A. All patients have indicated injections.

B. The patient must inject one drug several times a day.

C. The patient is in serious condition.

D. Patients need to maintain a stable level of drug in the blood over time

Question 2: Use electrocardiography for subjects:

A. Patient has heart disease

B. Patient with hypertension

C. People who need, or have indicated

D. Patient has Basodow disease

Question 3: Monitor is used to monitor patient indicators, except for:

A. Temperature, breath, pulse, blood pressure

B. Oxygen saturation (SpO2)

C. ECG

D. Sense

Question 4: Content in preserve medical equipments, except for:

A. Clean the machine every day / after using alcohol-soaked soft cloth

B. Keep the machine in a cool, dry room

C. Do not put anything on the machine

D. When damaged or there is problem in use, report immediately to repair

2. Practice situation

Situation 1

Mr. B has heart failure. The doctor prescribed Dopamine to be injected with an electric injection pump. Nurse has performed medical orders.

1. When you need to remove the gas in the injection line, which function key will you use? (choose the best answer)

   A. Select

   B. Purge

   C. Power

   D. Clear

2. After the electric injection pump has been working for a while, the signal light for injection is stopped, what is the first action of the nurse (choose the best answer)

   A. Move the injection line until the fluid flows.

   B. Reinstall the machine by turning it off and on again.

   C. Report to the doctor.

   D. Observe the entire line to see if it is twisted, folded or has bubble air.

3. Practice using electric injection pump to inject drugs for patients (perform on the model or on the patient - if any)

Situation 2

The patient Le Thi A. 45 years old, suffered from food poisoning, got diarrhea many times and vomited a lot. The doctor prescribed 1000 ml of lactac ringer solution and 500 ml of Nacl 0.9% solution. She did not want to be hospitalized and wanted to go home. The doctor explained and suggested that she should stay on treatment for stability. Today is a holiday, there are only two emergency medical nurses, in the department there are 25 patients need insfusion. Currently, the department has monitors, electric injection pumps and infusion machines

1. As a nurse has skill to use the machine, if you are on duty today, do you use an infusion machine for patient A or not; explain the reason for your choice.

2. When transmitting fluids to patients with an infusion machine, it reports error, what is the first thing you need to do? (choose the best answer)

   A. Check the cause of the error

   B. Press start

   C. Press stop

   D. Press ON/OFF

3. Practice using infusion machine (perform on the model or on the patient - if any)

Situation 3

Mrs. H is 65 years old, mental clarity, she suffers from shortness of breath, palpitations, and occasional throbbing pain behind the sternum. She visited the hospital. The doctor appoints electrocardiography to the patient.

1. Which content is not needed in preparing for patients H before recording ECG? (choose the best answer)

   A. Notice and explain for patient to stay calm and cooperate

   B. Suggest and support patients to remove jewelry (if any)

   C. Use tranquilizers to relieve the patient

   D. Instruct patients to lie comfortably, breathe evenly, and relax

2. Practice using electrocardiography for patient H (choose one in the clinical department)

Situation 4:

Patient Nguyen Van M; 62 years old, treated at the hospital resuscitation department with diagnosis of stroke due to hypertension. The patient is not alert, struggling, involuntary movement... The doctor appoints to use Monitor to monitor the patient with a monitor.

1. As a nurse performs patient care, what do you do to effectivey monitor the patient with a Monitor? (choose the best answer)

   A. Notice and explain the procedure to the patient's family

   B. Ask the family to help keep the patient stay still

   C. Immobilize patient to keep him stay still

   D. Discuss with the doctor to use tranquilizers for patients

2. Practice using Monitor to monitor patients (choose one in the clinical department)

Answer

1. Choose the best answer

   Question 1: D Question 2: C

   Question 3: D Question 4: A

2. Practice situation

   Situation 1: 1.B, 2.D

   Situation 2: 1. Choose to use the machine, 2.C

   Situation 3: 1.C

   Situation 4: 1.D

Competency based assessment checklist for Medical equipment usage and management: monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph

No	Content	Achievement Level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/ do wrongly (0)**
1	Use monitor properly, effectively, safely,			
2	Use the infusion machine properly, effectively, safely,			
3	Use electric injection pump properly, effectively, safely,			
4	Use electrocardiograph properly, effectively, safely,			

5	Identify abnormal signs when monitoring and performing patient care; offer appropriate response			
6	Manage vital sign monitors and patient care equipments in accordance with regulation			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2010). *Guideline on practicing 55 basic nursing techniques, volume 1.* Vietnam Education Publishing House
2. Ministry of Health (2010). *Guideline on practicing 55 basic nursing techniques, volume 2.* Vietnam Education Publishing House
3. Ministry of Health (2012), *Nursing skill.* Medical publishing hours, Hanoi

LESSON 23

MANAGEMENT OF MEDICINES AND MEDICAL CONSUMABLE SUPPLIES

OBJECTIVE

1. Present regulations and procedures for managing medicines used for patients by nurses (enter information, receive, hand over, conduct medication to patients, preserve and report medicine use) (competency 7; 17.4; 18; 24.1; 24.2)
2. Present the management process of medical consumable supplies by nurses (estimate, receive, allocate and preserve) (competency 17.4; 18)
3. Be properly and personally responsible for managing medicines and consumable supplies (competency 7.2, 7.7; 24.1; 25.1; 25.2)

CONTENT

In order to manage and monitor the stock receipt and delivery and check the stock of medicines and medical consumable supplies, avoid improper use, waste and danger to patients, regulations and procedures for management of medicines and medical consumable supplies in medical institutions with hospital beds are essential.

1. Regulations on management and use of medicines related to nurses

Circular No. 07 / VBHN-BYT dated April 19, 2018 by the Minister of Health guiding the use of medicines in medical institutions with hospital beds

Responsibility in guiding medicines use

Nurses and midwife students are responsible for giving patients medication or instructing patients to take medicine to make sure they are used by the right route, at the right time and right dose as ordered. We extract the article 4, 6, 7 and 8 of Circular No. 07 / VBHN-BYT dated April 19, 2018 by the Minister of Health guiding the use of medicines in medical institutions with hospital beds as follows:

Article 4. Summary of medicines in clinical departments

1. Nurses summarize medicines and chemicals from the medical record into the daily summarizing book of medicines (form in Appendix 10), then summarize medicines used by the whole department into the Medicine Receipt Sheet (form in Appendix 1), Chemical Receipt Sheet, Consumable medical supplies Receipt Sheet (form in Appendix 2, 3) are subject to summarize weekly.
2. Narcotic drugs, psychotropic medicines and radioactive drugs must have their own receipts in accordance with current regulations.

3. The medicine receipt must be approved in writing by the Head of Department or authorized person by the Head and on-site physicians are allowed to sign Medicine Receipt Sheet on the day of leave and to cases of proposing medicine unexpectedly.
4. The summarizing book of medicines and medicine receipt sheets must be clearly, fully and accurately recorded without abbreviation, and must be signed next to the corrections.

Article 6. Responsibilities of clinical departments in giving patients medication

1. Before the patient takes medicine

a. Announce daily medicine for each patient by notifying the patient before taking the drug, and at the same time requesting the patient or family member to sign in the Publicized daily medical examination and treatment service sheet (form in Appendix 01 issued together with the Circular amending and supplementing several regulations on expenses for medical examination and treatment covered by health insurance). The Publicized daily medical examination and treatment service sheet shall be kept at the head or at the end of the hospital bed;

b. Instruct and explain to patients to comply with treatment;

c. Medicine testing (medicine name, concentration, content, single dose, number of doses used in 24 hours, time intervals between doses, time and route of medication) compare with medical orders, check the expiry date and sensory quality of the medicine. When detecting abnormalities in orders such as prescribing the use of prescribed overdose, unreasonable route or using multiple drugs at the same time causing interaction, the nurse must report to the physician or on-call physician;

d. Prepare facilities and medicines:

- Prepare enough facilities for patients to take medicine: hygienic medicine tray and drinking water for patients who take oral medicine, hourly medicine bottles for each patient;
- Means of transporting drugs must be clean, neatly arranged and conspicuous;
- Prepare emergency medicine box and anti-shock regimen for injection medicine;
- Injection solution for patients must be properly prepared with the right solvent, at enough volume and followed manufacturer's regulations.

2. While the patient takes medication

a. Ensure hygiene, protect infections.

b. Ensure 5 rights:

- Right patient;
- Right drug;
- Right dose;
- Right route;
- Right time.

c. Directly witness patients taking drugs and monitor, detect timely any abnormalities of patients while taking drugs.

3. After the patient takes medicine

a. Monitor patients:

- Monitor regularly to timely handle abnormalities of patients. Keep a full record of patients' clinical developments in medical records.
- The treating doctor is responsible for monitoring the drug's effects and promptly handling the accidents caused by the use of drugs, recording in books of monitored adverse reactions of drugs (form in Appendix 5).

b. Specify the number of drugs to be treated for each patient, every time when medication is completed, it must be marked already done;

c. Preserve the remaining drug (if any) as per manufacturer's requirements;

d. Handle and preserve tools related to the use of medicines for patients according to regulations.

Article 7. Management and storage of medicines in clinical departments

- Drugs in emergency medicine cabinet must be in accordance with the approved list and radix and stored in accordance with the manufacturer's regulations and requirements.
- Narcotic drugs, psychotropic medicines, pre-substances and radioactive drugs should be managed and preserved according to current regulations.
- Assigned nurse checks and compares drug names, concentration / content, quantity, quality, dosage form of drugs in Medicine Receipt Sheet when receiving drugs from the Pharmacy Department and when transferring medicines to caring nurse.
- Nursing staff when detecting misuse of drugs, loss of drugs and damaged medicines should immediately report to the direct superior manager for timely countermeasures and request for clarification of reasons and responsibilities.
- Excess drugs due to changes in medical orders, transfer of department, hospital discharge, transfer of hospital or death (hereinafter referred to hospital discharge) are summarized (form in Appendix 4), must be certified by the head of clinical department or authorized person by the head of a clinical department in writing and returned to the Pharmacy Department within 24 hours. As for addictive drugs, psychotropic medicines and radioactive medicines, the records must be made and returned according to current regulations.
- Summary of drugs, chemicals and medical consumable supplies of each patient before hospital discharge must be sent to the Finance - Accounting Department for hospital fee payment
- Handover the actual quantity of medicines and tools to the shift and record the Permanent medicine handover book and the Permanent tool handover book (form in Appendix 8, 9).
- It is strictly forbidden to borrow or exchange drugs.

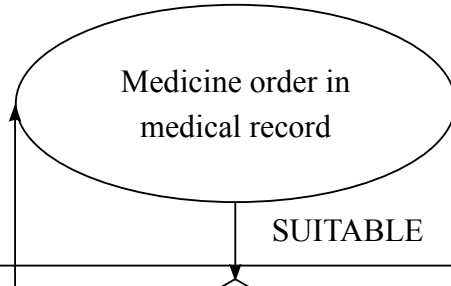
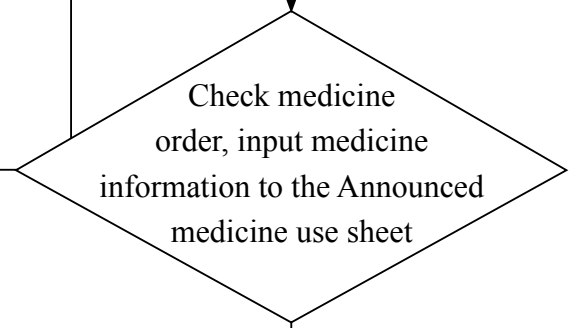
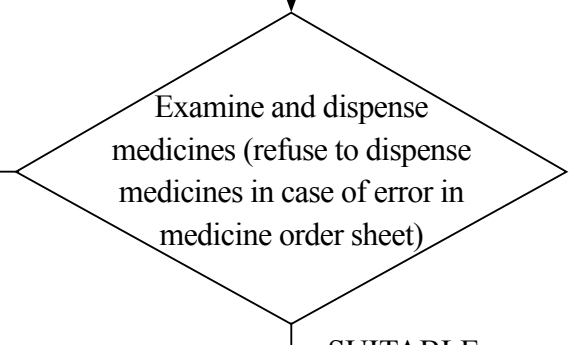
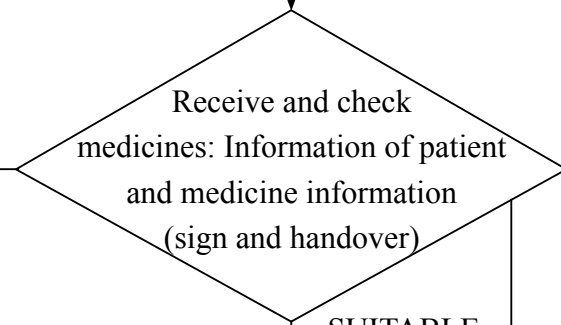
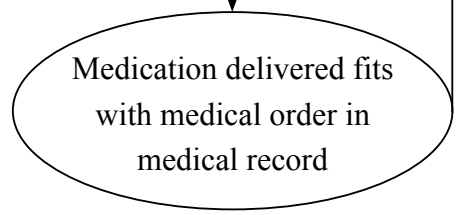
Article 8. Report

- When special cases (accidents, confusion) about the use of drugs occur, hospitals are expected to handle immediately and report to the superior management agency.
- Report on adverse drug reactions (form in Appendix 5) to the superior management agency and The National Centre of Drug Information and Adverse Drug Reactions Monitoring (National DI & ADR Centre).
- Report on the use of addictive drugs, psychotropic medicines and radioactive drugs according to the current regulations by Ministry of Health.

2. Procedures for managing medicines for patients by nurses

2.1 Process of inputting medicine information, medicine handover between nurses in charge of drugs and caring nurse

2.1.1 Flow chart

No.	Implementation steps	Content
1	Doctor	
		SUITABLE
2	Nurse in charge of medicine	
		SUITABLE
3	Pharmacy Department	UNSUITABLE  UNSUITABLE
		SUITABLE
4	Nurse in charge of medicine	
		SUITABLE
5	Caring nurse	

2.1.2 Content

No.	Implementation steps	Content
1	Doctor	- Make prescription *Write fully, clearly in the prescription, medical record, do not abbreviate the name of the medicine, do not write the symbol*
2	Nurse in charge of medicines	- Summarize medicines in clinical departments *If abnormalities are detected in the order such as prescribing overdose, unsuitable route, or multiple drugs used simultaneously causing interactions, the nurse must report to the treating doctor or the head nurse or head doctor of the department*
3	Pharmacy Department	- Organize to dispense medicines ensuring the quality and instructions on drug use *May refuse to dispense medication in cases of error in medicine receipt sheet*
4	Nurse in charge of medicines	- Receive and check the medicine delivered from the Pharmacy Department *Right patient information, right medicine information: medicine name, concentration / content, quantity, quality, dosage form, expiry date* - Sign and handover medicine to caring nurse *When detecting a wrong medicine, losing medicine or damaged medicine, immediately report to the direct superior manager*
5	Caring nurse	- Receive and check appropriate medicines in medical orders and those handed over from nurse in charge of medicines.

2.2 Procedures conducting medication to inpatients

2.2.1 Flow chart

No.	Implementation steps	Content
1	Nurse in charge of medicine and caring nurse	Check delivered medicine whether it fits with medical order in medical record SUITABLE
2	Caring nurse	Prepare adequate and reasonable facilities SUITABLE UNSUITABLE
3	The patient or patient's family members	Announce and sign for received medicine by hour of adminisration SUITABLE
4	Caring nurse	Check 5 rights (right patient, right drug, right route, right dose and right time) SUITABLE
5	Caring nurse	Sign to certify that the medication has been performed, monitor to advise the patient and record medical documentation

2.2.2 Content

No.	Implementation steps	Content
1	Prepare medicine	- Appropriate delivered medicine: medicine name, concentration / concentration, single dose, 24-hour doses, time interval between medication, route, expiry date, quality, integrity of tablets, ampoules or vial
2	Prepare the facilities	- Full and appropriate facilities for patients to take medicine - When administering the medicine via injection, prepare emergency medicine box and anaphylaxis management regimen - Prepare properly and enough solvent according to the manufacturer's regulations
3	Publicizing drugs	- Push the drug cart to the hospital bed - Greeting to the patient - Introduce the name and explain the reason for conducting medication - Identify the status of patients - Ask a patient's history of allergy - Perform announcing drugs, patients or family members sign and receive
4	While taking medicine	- Compare patients, perform 5 rights (right patient, right drug, right route, right dose and right time) - Notify family members and patients about the effects and route of the medicine - Conduct medication according to medical order in medical record, if the medicine is orally taken, the nurse must witness the patient to take medicine and monitor the patient's abnormalities while taking the medicine - Inform the patient after conducting medication
5	After taking the medicine	- Monitor the patient regularly to timely handle abnormalities - Report to the patient and / or family member that the remaining drugs in the day will be preserved at the nursing room as regulated and will be performed on time according to the order. - Greetings to the patient and / or family members - Push the medicine car to the nursing room - Clean the drug cart - Wash hand - Record documentation: fully record the clinical development of the patient before, during and after conducting medication (described in detail if the patient has side effects of the drug) - Write or mark the medicine used on the appropriate announced medicine use sheet as regulated by the hospital

2.3 Emergency cases

2.3.1 Medicine are available in a medicine cabinet

- Step 1: The nurse in charge of the shift receives medical order from medical record and take medicine in the medicine cabinet.
- Step 2: Handover the medicine to the direct caring nurse for proper examination

  Depending on the situation of emergency medical condition, the head nurse of the shift can take part in assisting in the process of conducting medication and emergency treatment for patients

2.3.2 Case when medicines are unavailable in the cabinet

- Step 1: Head nurse of the shift receives medicine from the record
- Step 2: Transfer records to nursing staff in charge of drugs (during office hours) or importing drugs according to medical orders (outside office hours)
- Step 3: Call URGENTLY to the Pharmacy Department informing the medicine receipt number or ask the Pharmacy Department to deliver the medicine URGENTLY

  In the case that the Pharmacy Department does not deliver medicines promptly, nursing care or medical assistant of the department come to the Pharmacy Department to receive medicines and sign for the medicines received
- Step 4: Deliver medicines to the head nurse of the shift
- Step 5: The head nurse of shift delivers to direct nursing care

2.4. Medical order for additional medication in the nightshift

- Step 1: Nursing care receives medical order for additional medicines
- Step 2: Report to the head nurse of the shift
- Step 3: The chief nurse of the shift receives the documentation of medical order for additional medicine
- Step 4: Implementation of the drug import process: medicine information, medicine receipt, medicine handover to caring nurses (caring nurse receive drugs, handover in proper process)
- Step 5: Conduct medication to patients according to regulations

2.5 Preserving medicines

**** Daily medicine***

- Preserve according to manufacturer's regulations
- Normal temperature: 25 - 30^0C
- Cold temperature: 2 - 8^0C
- Relative humidity ≤ 70%

**** Medicine needs cold storage***

- During transportation, ensure the recommended temperature (ice box can be used with dry ice or cold storage)
- Medicines must be kept in the refrigerator cool compartment at the clinical departments

**** Light hydrophobic drugs***

- Use appropriate storage tools as recommended (shielding equipment such as black bags, dark wrap ... can be used)
- During transportation, make sure the light does not shine directly

2.6 Handover medicine

- Drugs in emergency medicine cabinet must be in accordance with the approved list and base
- Preserve as per manufacturer's recommendations, expiry of more than 6 months
- Addictive drugs and psychotropic medicines must be kept in separate cabinets with locks
- Retail dispensing medicines without intact packages must be repackaged in sealed packages and labeled with medicine names, concentrations / contents and expiry dates.

2.7 Report

- Coordination among doctors, pharmacists, nurses and midwife students in administration of medicines to increase the effectiveness of medication and limit errors in prescribing and conducting medications to patients
- The treating doctor is responsible for monitoring the drug's effects and promptly handling accidents caused by the drug
- During using drugs:
  + If there are unclear issues, doubts or errors, check and feedback information immediately upon detection
  + When special cases (accidents, confusion ...) occur: immediately report to the direct management level to take prompt handling measures and clarify the causes and responsibilities (complying with "Regulations on identification, handling and reporting of professional errors")
  + When a case of adverse reactions occurs: comply with the "Regulations on receiving, handling and reporting harmful effect of drugs"

2.8 Filing forms

No.	Name of document	Save (PIC)	Location	Time saved
1	Announced medicine use sheet	Nurse	Patient record	In accordance with the medical record storage regulations
…				

3. Process of managing medical consumable supplies by nurses

3.1. Estimation / planning for asset and material management

Head Nurse of Department is the person to be assigned the task of estimating assets and supplies to serve the treatment and care of patients in the department. The following steps must be followed:

- List of necessary items.
- Select the appropriate categories.
- Balance between demand and available funding.
- Prepare an estimate.

3.1.1. List of necessary items

Based on the list of items that are in need or will be needed for activities in the department. The list needs to be arranged in groups of categories to be easy to remember and do not to miss.

3.1.2. Select the appropriate categories

- Based on the categories that have been used, select those that are suitable to the object, purpose of use and technical requirements. Avoid using tools that do not need to be used or improperly used.
- Based on the amount of supplies remained in the warehouse and the changes in the professional activity plan, set the time to make appropriate estimates, avoid the situation of making estimate while there are still many supplies or make supplementary estimate after using up all the supplies
- Normally, estimate for 1 month, 1 quarter, 1 year depending on the needs of each specialized departments
- Based on the statistics used in the past, it is best to calculate based on actual requirements, by collecting medical techniques according to the proportion of patients, investigating and studying the use of goods for various activities in the department every day, month and year to determine the number of items needed.
- Ensure the number of items used for emergency treatment of patients.

3.1.3. Balance between demand and available funding

When making an estimate, the head nurse must know the value of each item to calculate the cost and balance the available funding. It is often necessary to prioritize several items that are indispensable, those that are suitable for funding and within acceptable ranges.

3.1.4. Prepare the estimation plan

After identifying the essential needs and balances of the available funding, the head nurse proceeds to prepare the estimate. Items to be specified:

- Name of the unit
- Names (codes) of items, requirements of standards and techniques

- Unit
- Amount
- Unit price
- Total
- Time: planned date, month and year
- Estimated items need to be written in order of priority from up to down

Each estimate sheet before sending to the supplies department must have the signatures of the leader and the head nurse of the relevant department. In some exceptions, it is necessary to consult the nursing department or the hospital leader.

3.2. Receipt of supplies

- The person receiving supplies does not have to be the head nurse but can authorize another person and the head nurse is the responsible person
- Receive enough supplies according to the estimate sheet and according to the time specified.
- When receiving supplies, it is necessary to check carefully the origin, quantity, quality, and type of goods to see if it is suitable for use, signature of delivery person.

3.3. Store supplies in stock

3.3.1. General principles of asset storage

**** For head nurse:***

- Is the person responsible for the management board of the management of assets and consumables.
- Be responsible for draft estimation, taking, preserving and fully distributing to users.
- To master the amount of assets and supplies in stock according to books or stock cards.
- Regularly, periodically or extraordinarily to report to the leaders on the needs of providing and effectively using materials and supplies, repair - maintenance plans of equipment in the department.

**** For administrative nurse:***

- To directly manage asset and material stock when being assigned.
- To receive and deliver supplies corresponding to the needs of use and must have the head nurse's opinion, for expensive assets, there must be opinions of the department leaders.
- To regularly report on the status of assets and supplies in the warehouse for the head nurse to master the situation.

**** To use all kinds of assets and consumable materials effectively:***

- For normal tools, it is required to follow the cleaning, disinfection, sterilization and maintenance procedures to avoid damage.

- For modern and complex supplies, machines and equipment, it needs to be cleaned daily or immediately after use and with periodic maintenance as per instructions of the machine history
- Machines and tools, after being used, must be placed in the regulated places or returned to the management and maintenance centers; must be handed over carefully between shifts based on signed books and handover.

3.3.2. Make storage cards for each type of property and supplies

- When receiving and delivering goods, head nurse shall be responsible to record in stock cards in exactly relevant columns, items of stock cards, hand over properties - supplies to administrative nurses, store them in warehouses or hand them over to users.
- During the handover process, it is necessary to specify the quality and quantity of each item and request the receipt.
- After each daily receipt and deliver, the head nurse must add or subtract the amount in the stock card to know the available amount to help the estimate plan.

3.3. Warehouse or storage place

- Warehouses are arranged in a place convenient for allocation, high, ensuring enough area, lighting system and good ventilation system.
- In the warehouse, there must be stands and tools for storing goods.
- Warehouse doors must be closed and secure, is locked and sealed after the working day.
- There must be a ban on fire and fire extinguishing facilities (manual on proper usage is available)
- Internal rules of entry, preservation, delivery and internal rules of warehouse entry and exit are available.

3.3.4. How to organize goods in warehouse

- All types of goods must be placed on the shelf or placed high, not directly organized on the floor.
- Each item must be placed in a separate box, first in first out inventory arrangement, avoiding the situation of expired goods, causing economic damage to the hospital.
- Chemicals that are easily damaged due to evaporation or light need to be placed in specialized tools such as: bottle, dark bottle with glass lids ...
- When placing goods in warehouses, ensure the quality of the goods not because of narrow space that affects the quality of the goods, the items for frequent use need to be put outwards for easy access.

3.4. Allocation of assets and supplies

- Delivering goods upon request by the head nurse or leader.
- First in first out management.
- Based on the demand of use, allocate in reasonable quantity.

- Based on the purpose of use, allocate each type accordingly.
- Do not allocate items that are in poor quality and wrong specifications.

3.5. Monitoring use

- Ensure the proper use of the right way and purpose of each type of material to optimize the effectiveness and avoid waste.
- Head nurse must be knowledgeable in how to use materials in the warehouse, especially new materials - assets to guide when necessary, instruct other health officials to use.

3.6. Check - Assessment

Check is one of the important tasks of head nurse. The purpose of checking assets and materials is:

- To fully and promptly meet the care, treatment and service of patients.
- To avoid waste of materials: making sure that all materials must be used for the right purpose and must be highly effective.
- To detect broken tools for repair and replacement promptly.
- To detect shortcomings in management, differences in quantity, design or imbalance between estimation and use to adjust accordingly.
- To detect weaknesses in the use and operation of equipment for timely guidance and training.
- To carry out inventory checking for periodic reports in accordance with the hospital's regulations.

LESSON TEST

1. Choose the best answer

Question 1: In nursing steps before giving medication to patients (as per regulations) which of the following steps needs coordination with doctor to ensure safety to patients during medication:

A. Announce daily use drugs for each patient
B. Instruct and explain to patients to comply with treatment
C. Check medicine
D. Prepare facilities and medicine

Question 2: Procedures of managing medicines to patients by nurse:

A. Receive medicine, enter information, handover medicine, conduct medication to patients, preserve and report drug use
B. Enter information, receive drugs, handover, preserve and conduct medication to patients, report drug use
C. Enter information, Receive drugs, hand over, conduct medication to patients, preserve and report drug use.

D. Enter information, receive drugs, hand over, conduct medication to patients, preserve and report drug use.

Question 3: Contents of medicine inspection of nurses before giving medicines to patients (according to Article 6, Circular No. 07 / VBHN-BYT dated April 19, 2018):

A. Name of medicine, concentration, medicine content, dosage, drug quality

B. The name of the medicine, single dose, the number of doses used in 24 hours, the time internal, the time.

C. Name of medicine, concentration, content, time of medication administration and route

D. Name of drug, concentration, concentration, dose, number of doses used in 24 hours, distance between doses, time of medication administration, route of administration, expiry date, sensory quality.

Question 4: Principles of assets, consumable supplies management of the clinical departments, except:

A. The Head Nurse is responsible for managing assets, consumable supplies management to the leader of the department.

B. The Head Nurse is the person directly managing assets, consumable supplies of the clinical department.

C. Administrative nurse is the person directly managing assets, consumable supplies of the clinical department

D. Caring nurse: receives consumable supplies directly used for patients

2. Choose the True/Fault sentence

No.	Question content	True	Fault
1	Nurses are responsible for giving medication to patients or instructing patients to take medicine.		
2	Head nurse and nurses are responsible giving medication to patients or instructing patients to take medicine		
3	The head doctor of department is the person who is assigned to plan the estimated assets and supplies for the treatment and care of patients.		
4	The Head nurse of Department is the person who is assigned to plan the estimated assets and supplies for the treatment and care of patients.		
5	Unusual problem solving of nurse when testing drugs (before giving medication to patients) is: Do not conduct medication report to the treating doctor		
6	Unusual problem solving of nurse when testing drugs (before giving medication to patients) is: Do not conduct medication to patients and report head nurse		

ANSWER

1. Choose the best answer

   Question 1: C Question 2: D

   Question 3: D Question 4: B

2. Choose the correct / incorrect answer

   Question 1: True Question 2: True

   Question 3: Fault Question 4: True

   Question 5: True Question 6: Fault

Competency based assessment checklist for Management of medicines and medical consumable supplies

No.	Content	Achievement level		
		Can do independently, without support (2)	**Can do with support (1)**	**Can not do or do wrongly (0)**
1	To present regulations and procedures for managing medicines used for patients by nurses (enter information, receive, hand over, conduct medication to patients, preserve and report medicine use)			
2	To present the management process of medical consumable supplies by nurses (estimate, receive, allocate and preserve)			
3	Be properly and personally responsible for managing medicines and consumable supplies			

REFERENCES

1. Ministry of Health (2012). *Training materials to improve nursing management capacity*
2. Ministry of Health (2004). *Nursing management,* Medical Publishing House, Hanoi
3. Ministry of Health (2006). *Nursing management documents,* Medical Publishing House, Hanoi
4. Vietnam Nursing Association (2010). *Leadership and nursing management*
5. Circular No. 07/2011 / TT-BYT dated January 26, 2011 by the Minister of Health guiding the nursing work on caring patients in hospitals.
6. Circular number 23/2011 / TT-BYT dated June 10, 2011 by the Minister of Health guiding the use of drugs in medical institutions with hospital beds
7. Circular No. 07 / VBHN-BYT dated April 19, 2018 by the Minister of Health guiding the use of drugs in medical institutions with hospital beds

CHAPTER 5
FIRST AID, EMERGENCY

LESSON 24

EVALUATION OF COMATOSE PATIENT BASED ON GLASGOW COMA SCALE

OBJECTIVE

1. Explain patient evaluation steps based on Glasgow scale.
2. Be able to implement patient evaluation steps based on Glasgow scale. (Competency: 2.1; 4.1; 4.2; 6.1; 16.3; 25.2)

CONTENT

1. Introduce about Glasgow Coma Scale

The Glasgow Coma Scale (GCS) is evaluation tool that identifies level of consciousness of patient through quantify scores. GCS was initially used to assess a person's level of consciousness after a head injury, and the Glasgow scale is now used also for other cases. This scale aims to give reliable and objective way, provides prognostic and convenient to monitor the progress of patient.

1.1. Glasgow Coma Scale

The scale consists of 3 criteria: eye response, verbal response and motor response.

Response	Level	Score
Eye	Eyes open spontaneously	4
	Eye opening to verbal command	3
	Eye opening to pain	2
	No eye opening	1
Verbal	Orientating response	5
	Confusing response	4
	Inappropriate words	3
	Incomprehensible sounds	2
	No verbal response	1
Motor	Obey commands	6
	Localizing pain correctly	5
	Withdrawal from pain with incontinence	4

	Flexion to pain	3
	Extension to pain	2
	No motor response	1

After giving the score for each response, we sum up the total score of three responses. The result evaluates as following:

Total score of 3 responses	Identification
15 score	Normal
9-14 score	Mild consciousness disorder
6 to 8 score	Severe disorders of consciousness
4 to 5 score	Coma carus
3 score	Deepest coma, threaten to unrecovery

Lower total score, more severe injury.

Intubated patient with ventilator during unconscious period does not evaluate by using verbal response. Then, the Glasgow Coma Scale will calculate based on two responses: eye opening response and motor response. Therefore, when comatose patient is intubated, the highest score of Glasgow Coma Scale is 10 (T) and the lowest is 2 (T) *(in some materials, the lowest score is 3(T)* – The letter "T" writes after Glasgow Coma Scale indicating that patient uses endotracheal tube. The letter "T" stands for Tube.

If both eyes of comatose patient cannot open, the Glasgow Coma Scale evaluates via two criteria which are verbal response and motor response. So, for that patient, the highest score of Glasgow Coma Scale is 11(C) and the lowest score is 2(C) *(some materials score the lowest point as 3(C)*. The letter "C" writes after Glasgow Coma Scale showing that both eyes of patient get injury and cannot be opened. The letter "C" is an abbreviation of "Closed".

1.2. Apply Glasgow Scale on exanimating comatose patient/ patient with disorder of consciousness

The Glasgow Scale was initially used to assess patient's coma stage after head injury, and then it used to evaluate patients with disorder of consciousness.

Conducting patient evaluation with disorder of consciousness/coma must also follow the medical examination steps. Evaluating the patient's consciousness is part of patient identification and examination that implemented by Nurses.

Assessing patient's consciousness helps to identify the level of consciousness at the time of evaluation. The results of consciousness assessment over the time help to evaluate the good or bad progress of comatose patients.

2. The procedure of assessing comatose patient based on Glasgow Scale

No.	Implementation	Reason
1	Examiner: dress appropriately	
2	Prepare equipment - Glasgow Scale - Medical penlight (torch) - Equipment for motor assessment (if any)	- Ensuring to have enough equipment for examination.
3	Prepare for patient - Explain to patient and/or patient's family - Position: Patient lays down on bed or stretcher (if there are not enough beds in the clinic)	
4	Observe patient and pay attention on patient's eyes, position, movement of limbs and his/her voice.	Detecting abnormal signs of patient
5	If patient lies on bed with no movement, examiner touches and calls patient.	Evaluating the patient response during touching and calling him/her *(on whether he/she opens eyes and answers you or not?)*
6	If patient stays awake, ask him/her question *(simple question about name, age, hometown etc.)*	Checking patient reaction via verbal response
7	Patient awake, please require him/her to do some simple activities such as moving (shirking) legs, hands	Checking patient's motor response
8	If patient does not respond to the calling or question, examiner stimulates to cause pain on patient. Use thumb and one side of index finger to pinch on thin skin (inside thigh, forearm or arm of patient)	Checking patient's motor response while causing pain.
9	Patient identification (based on result score). Write down score in according to Glasgow Scale. *for example: Glasgow 10 scores (eye:3; verbal:4; motor 3), on 19:20*	Evaluating the patient consciousness level at the examination/assessment time
10	Tide up equipment, Wash hands	

3. Technical checklist to assess comatose patient based on Glasgow scale

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Examiner: dress appropriately			
2	Prepare equipment			
3	Prepare for patient			
4	Observe patient and pay attention on patient's eyes, position, movement of limbs and his/her voice.			
5	If patient lies on bed with no movement, examiner touches and calls patient			
6	If patient stays awake, ask him/her question			
7	Patient awake, please require him/her to do some simple activities such as moving (twitching) legs, arms			
8	If patient does not respond to the calling or question, examiner stimulates to cause pain on patient			
9	Identify patient Write down score in according to Glasgow Scale.			
10	Tide up equipment, wash hands			

Conclusion: Assessment of comatose patient based on Glasgow Scale is one of method to evaluate patient consciousness level. It helps nurses, doctors to recognize patient consciousness level at the assessment time. The patient consciousness level will become better or worse depending on patient's progress. We use Glasgow Scale together with other evaluation techniques while performing medical examination for patient so that new nurses have basis to identify patient and provide appropriate diagnostic care.

EVALUATION QUESTION

1. Practical case studies

Case study 1

65-year-old patient, named Nguyen Van T, has past medical history on hypertension for 10 years. In the Emergency Department, it diagnoses that: Stroke; Patient's status: normal skin and mucosa; pulse 65bpm; blood pressure 160/95 mmHg; 18 breaths per minute; responded to question but answered messily; when stimulating pain, patient opened eyes and shirked.

Question

1. Evaluate T's status based on Glasgow Scale; record the score of the patient.
2. Assess the level of consciousness of the patient based on Glasgow Scale.

Case study 2:

Patient Hoang Van Nam, 45 years old suffered traffic accident and was taken to Emergency Department of C Hospital. This patient status at discharge: normal skin and mucosa; pulse 78bpm; blood pressure 120/75 mmHg; 17 breaths per minute; patient lied quietly, did not respond to clearly to question; limbs reacted while stimulating pain; the forehead and eyes were swollen and bruised.

Question

1. When exanimating and assessing patient based on Glasgow Scale, how to you perform it? (select the best answer)
   A. When asking questions, you ask patient directly
   B. When asking questions, you ask patient's family who accompanies the patient
   C. When asking questions, you ask both – patient and patient's family
   D. Do not ask questions because you observe that the patient is lying quietly.
2. Evaluate Nam's status based on Glasgow Scale; record the score of the patient
3. Evaluate the level of consciousness of patient based on Glasgow Scale.

ANSWER:

Question 1.1: Glasgow – 10 scores

Question 1.2: Mild consciousness disorder

Question 2.1: A;

Question 2.2: Glasgow 7 (C)

Question 2.3: Mild consciousness disorder

2. Clinical case study:

Preceptor selects some comatose patients in clinical department (with various level of consciousness), then request trainee/group of trainees to assess those patients based on Glasgow Scale. After that, they will have group discussion and give comments/feedbacks.

Competency based assessment checklist for Evaluation of Comatose patient based on Glasgow Coma scale

No.	Content	Achievement level		
		Can do without support	Can do with support	Cannot do/ do wrongly
1	Explain patient evaluation steps based on Glasgow Scale			
2	Perform techniques on patient evaluation based on Glasgow Scale			

REFRENCES

1. Ministry of Health, Surgical Nursing ep 2, Education Publishing House 2008
2. Website: Yte 123.com/kham-danh-gia-benh-nhan-hon-me-theo-thang-diem-glasgow/

LESSON 25

RESPIRATORY SUPPORT AND AIRWAY MANAGEMENT TECHNIQUES

OBJECTIVE

1. Identify cases when the patients need to have airway clearance, oxygen breathing or breath stacking ambu bag. (Competency 1.1; 2.1; 4.1; 4.2; 4.3; 6.1, 9.1)
2. Effectively carry out respiratory ventilation, oxygen breathing and breath stacking ambu bag (Competency 2.4, 3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 5.1, 6.2, 6.3, 8.1, 8.2, 9.2, 9.3, 9.4, 11.3; 15.3; 18.3; 20.2; 20.4; 24.4,)
3. Become quick, accurate and safe when carrying out respiratory. (Competency 5.1, 5.2, 5.3, 24.1, 25.2)

CONTENT

1. Introduction:

Oxygen is a crucial element in human life. Every cell in the body needs oxygen to metabolize, nourish and create energy needed for activities. Oxygen deficiency causes dysfunction and structure in many organs, especially in the central nervous system and the cortex. Hypoxia in brain for more than 5 minutes may result to necrosis of the brain that cannot be recovered. The central nervous systems that are the most sensitive to hypoxia are the respiratory center and the circulatory center.

The lack of oxygen (hypoxia) disturbs the transformation from aerobic to anaerobic, which leads to acidosis that increases capillary permeability and other homeostasis that causes more severe hypoxia in lesions in tissues. At the beginning, the lesions can be recovered, but in case of severe and prolonged hypoxia, important organs (such as brain, heart, liver, kidney) will be irreversible disordered and dead.

There are many causes of hypoxia in the body, including: environment, obstruction in the respiratory tract, diseases affecting respiratory activity, damage in respiratory center, respiratory muscles or diseases that interfere with ventilation, etc. Respiratory intervention will contribute to resolving the above causes, improving respiratory process, providing oxygen to the patients with respiratory problems and make the treatment effective.

Good respiratory management helps to ensure the respiratory circulation, thereby maintaining the supply of oxygen and CO2 emission smoothly, respiratory management including: Correctly identifying the respiratory condition of the patients; apply appropriate respiratory measures to patients with hypoxia; effectively monitoring respiratory measures and the progress of patients. Apart from planning for a safe respiratory intervention to patients, the role of nursing is also

to coordinate with the treatment team to carry out the oxygen therapy, ambu bag; report to the doctor the abnormalities and the patients' responses to the respiratory support; coordinate with physiotherapist staff in recovering the respiratory function for patients; educational communication to patients and their families about respiratory interventions.

Respiratory support skills include:

- Set a suitable position for breathing
- Get sputum out of mouth and pharynx
- Support the patients with oxygen
- Support the patients with breath stacking ambu bag
- Suck sputum through endotracheal tube, tracheal cannulae
- Take care of the endotracheal tube, opening trachea
- Take care of patients with mechanical ventilation

……

In this session, we will introduce some of the following respiratory support skills: Absorption of pharyngeal sputum, pharynx, suction through endotracheal tube or Tracheal Cannulae; support patients breathe with oxygen; Ambu bag.

2. Respiratory clearance

Respiratory clearance is a respiratory support technique which uses a catheter connected to a suction machine, insert the catheter into nose/mouth, the patient's throat, or put the tube through the endotracheal tube /tracheal cannulae; aims to clean up sputum and stagnant in the mouth, nose, throat, respiratory tract of patients, clearing the respiratory tract for patients.

2.1. Apply respiratory clearance to some situations as following:

- The patients with a lot of phlegm that they cannot spit out.
- The comatose patients who have phlegm increased.
- The patient inhales vomit, food / drink
- Have treatment to patients with tracheostomy, intubation, mechanical ventilation.
- Newborn.

2.2. General principles

- Make sure to be sterile while sucking to avoid superinfection.
- Must regularly take the patients' sputum out to keep the respiratory clearance. Each time of sucking is not over 10 – 15 seconds and not more than 3 - 5 times, because sucking continuously with long period causes lack of oxygen that leads to arrhythmia.
- Do not put the tube too deeply and must ensure suction pressure: pressure from 100-120

mmHg to adults and from 50 - 75mmHg to children. If applying strong pressure to children, their airway mucosa will be damaged.

- If there is no suction machine, you can use a 50 – 100ml injection and sonde tube for suction.

2.3. Procedures for practicing respiratory clearance technique

No.	Procedure	Reason
1	**Prepare equipment:** Suction machine, suction tube, use water in case of clearance nose and mouth; Use disinfectant water for cases of endotracheal tube, disinfectant solution, gloves, garbage bags,...	
2	**Prepare nursing** - Nursing clothes, hats and masks. - Regularly wash hands / disinfect hands	
3	**Identify and prepare for patients** - Identify respiratory condition and circulation of the patients before suction - Explain to the patients/ patients' family members - Put the patients in the supine position, can put pillows under the shoulders or put them in fowler position depending on their situation	 - Patients/ patients' family members cooperate. - Suitable posture to bring the suction tube deeply in the respiratory tract
4	**Prepare suction machines, install suction tubes and test the suction** - Plug the power into the suction machine, turn on the machine to test and adjust suction pressure to be suitable for the patients. - Tear the catheter bag; gloved and insert the catheter into the suction wire and try sucking 0.9% sodium chloride through the tube	 - The machine works well. The suction pressure is suitable and does not hurt the respiratory tract.
5*	**Suck the sputum through the mouth and nose** - Put the catheter to the suction position - Turn on the suction machine, start sucking: 15 seconds/time maximum, 5 times/turn. Suck in order in the mouth and nose (oral cavity, pharynx, nose, under tongue, nostril). - Clear the catheter. **Suck the sputum through endotracheal tube or tracheal cannulea** - Put the catheter deeply to the endotracheal tube or tracheal cannulea. Turn on the suction machine, pull out the catheter slowly, pull and twist the catheter, restrict pushing back.	 - Clean up sputum in mouth, nose, throat and respiratory tract - Clean suction ways

	- Suck sputum in 3 postures (supine, right and left sides). - No more than 10 seconds/time and minimize number of time (Guideline for airway - sputum suction of The Japanese Respiratory Society. Between times, spend some seconds for the patients to breathe and then continue sucking. - While sucking, you must observe the SPO_2 (if it is reduced or not) or lips or body parts (if they turn cyanosis or not) If SPO_2 is reduces or the patients become cyanosis, stop sucking for them to breathe. - Clear the catheter	- Clean up sputum in endotracheal tube or tracheal cannulea. - Prevention of hypoxia.
6	**Finish sucking:** turn off the machine, remove the catheter and put it into the antiseptic bottle / or put it in the garbage bag. - Help the patients stay in a comfortable posture. - Support the patients breathing after sucking	- Ensure to have oxygen for the patients.
7	**Identify the patients' situation after suction** - Observe breathing, skin, mucosa, SPO_2 - Check the patients' pulse, measure the blood pressure. - Ask the patients about their feelings after being sucked	- Effectively identify the patients' progress after suction.
8	**Tidy up tools and wash hands.**	
9	**Records / Caring cards** Suction time, the situations of patients before, during and after being suck. Nurses sign	- Record information to the patients 'profile.

Note: if the 5th step is not done properly; the technique is not achieved.

Checklist for respiratory clearance technique

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	**Not Achieved**	**Remark**
1	Prepare equipment			
2	Prepare nursing			
3	Identify and prepare for patients			
4	Prepare machines, install the suction tube, test suction.			

5	Suck the sputum through the mouth and nose pharynx. Suck the sputum through the endotracheal tube or tracheal cannulea			
6	Finish sucking: turn off the machine Support the patients breathe after sucking			
7	Identify the patients' situation after being sucked.			
8	Tide up the tools Wash hands.			
9	Records.			

3. Support patients breathe with oxygen (oxygen therapy)

Oxygen therapy is to provide breathing air with oxygen concentrations from 21% (oxygen ratio in air). Apply oxygen to patients who are in lack of.

3.1. The main signs and symptoms of hypoxia.

- Difficulty in breathing, fast breathing (at the early stage), breathing disorders (fast, slow, irregular), patients feel uncomfortable and have to sit up to breathe, have a feeling of suffocation, anxiety, panic.
- There are signs of respiratory muscle contraction, concave chest compressions (at children)
- Cyanosis at lips, genuses, or the whole body.
- Circulation: the first stage: Circuits, blood pressure increased to meet the body's oxygen demand.

  The later stage: blood pressure reduced with rapid pulse pressure (at children: the pulse pressure is slow because of lacking oxygen)
- SpO_2 reduced: less than 90% depending on the lack of oxygen.
- Neurology: depending on the severity of hypoxia:
  + Wrestling.
  + Memory reduced: Memory is poor, far away and messy.
  + Vision reduced: blurred vision, double vision, etc.
  + Muscle tone and coordination of muscles reduced.

3.2. Principles when carry out oxygen therapy.

- Oxygen therapy is carried out following doctors' instructions; the doctors appoint to use oxygen breathing; oxygen time; oxygen flow; concentration of oxygen in breathing air; moisture and moisturizing method.
- Ensure hygiene to prevent infection.
- Use clean and sterile tools in accordance with regulations.

- If the duration of oxygen breathing is prolonged, it is necessary to change breathing tube / mask and ensure oral hygiene for patients 3-4 hours/ time.
- Prevent dry airway mucosa.

  Good implementation of moisturizing oxygen, ensure adequate amount of daily drinking water or infusion for patients as directed.
- Prevention of fire

  The most common methods used for patients with oxygen breathing are: Oxygen breathing with a nasopharynx, or with a catheter. Use oxygen masks, oxygen tents, incubators

  Within the scope of this session, oxygen breathing with nasopharyngeal catheter and glass catheter is provided.



Oxygen masks

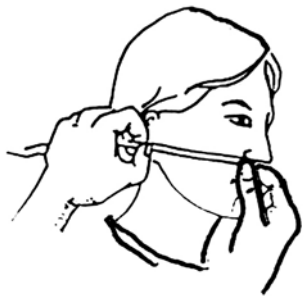


Oxygen tube

(References: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2)

3.3. Procedure for supporting patients to breathe with oxygen.

No.	Procedure	Reason
1	**Prepare equipment:** Oxygen tank or oxygen system from the central source of the hospital that leads to the patient rooms/ emergency rooms; pressure gauge; flow meter; oxygen conductor; bottle moisturizing oxygen; - Sterile Nelaton catheter/ or oxygen breathing glass catheter, or oxygen mask, gloves.	- Have enough suitable equipment for oxygen breathing.
2	**Technician implementation** - Nursing clothes, hats, masks. - Routine hand-washing process.	
3	**Identify and prepare for patients** - Respiratory situation, perception, circulation, etc. of the patients. - Explain to the patients'/ patients' families. - Place the patient in supine position, can put pillows under the shoulder or half-lying position depending on the situation of the patients.	- Patients/ Patients' families are cooperative - Suitable posture for respiratory

4	**Prepare an oxygen system** - Install oxygen breathing system and check the operation of the system and the humidifier; - Open the valve, adjust the oxygen flow as specified, when the test is finished, close the valve...  *Oxygen tank, warming, humidifier, flowmeter, pressure gauge* *(References: Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2)*	- Ensure the system works well, the flow of breathing is indicated.
5	**Suck the sputum to clear the respiratory** Nurses wear gloves; use cotton swab to clean patients' noses; suck sputum for patients if they have sputum people who have sputum.	Clear the respiratory tract
6	**Support the patients to breathe with oxygen** **** Breathe through the nasopharynx*** - Measure and mark at the catheter head: Use the catheter to measure the distance from the nose to ear lobe on the side of the patient and mark the length to catheter. - Hold the catheter (like hold the pen) and put it into a nostril, gently insert the catheter deeply until reaching the mark. - Keep the catheter with adhesive tape - Connect the catheter to the oxygen conduction system - Open oxygen for the patient to breathe following prepared dose **** Breathe with oxygen through glass catheter (breathing tube) or through mask*** - Oxygen breathing with mask/ breathing mask: Put the mask to cover patient's mouth and keep it stable. 	- Measure and mark the length to the catheter, ensure to have enough depth when taking the oxygen inhaler from nose to pharynx  - Keep the catheter or mask stable and make sure it covers all patient's mouth.

	- Breathe oxygen through the breathing catheter/ breathing tube: place a glass catheter/ breathing tube to the nose and keep it stable.  - Connect oxygen system with mask or breathing tube / breathing tube, open oxygen valve for patients to breathe.	
7	**Identify the patient after giving them oxygen** - Observe breathing, skin, mucosa, any signs of difficulty in breathing? SpO_2? - Check pulse, blood pressure - Check the patient's feeling when they are given oxygen	- Follow up the patient during & after taking oxygen; identify the effectiveness and development of the patient.
8	**Tide up equipment; Hand hygiene**	
9	**Record follow-up form** Amount of oxygen flow, patient's condition before, during and after oxygen breathing, the nurse signs	- Record the information

3.4. Checklist for techniques to support patients breathe with oxygen

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not Achieved	Remark
1	Preparation of equipment: Oxygen bottle			
2	Person in charge of practicing the technique			
3	Identify and prepare for patient			
4	Prepare an oxygen breathing system			
5	Clean the nostrils or suck the sputum, clear the respiratory			
6	Support patient to breathe oxygen - Breathe through the nasopharynx - Breathe by catheter through the nose or mask			
7	Identify the patient after giving oxygen			
8	Tidying up tools: Hand hygiene			
9	Recording to follow-up			

4. Techniques to use Ambu bag to help breathing.

- Breath stacking ambu bag is an emergency respiratory technique that is used when the patient stops breathing or stops circulating. The aim of the Ambu bag is to create breaths for the patient to provide oxygen to the brain and organs in the body.
- Techniques performed by using Ambu balls: put the mask to the patient's mouth and nose and squeeze the bag with oxygen. It can be combined with other cardiopulmonary resuscitation techniques (if the cardiac arrest occurs).
- Assign to use Ambu bag to help breathing in the following cases:
  + Stop breathing,
  + Stop circulation;
  + Severe respiratory failure that is unresponsive to non-invasive mechanical ventilation;
  + In case of emergency of respiratory failure happening outside the medical facility and there are not enough respiratory control facilities.

4.1. Procedure for using the Ambu bag

No.	Procedure	Reason
1	**Prepare equipment:** - Ambu bag with mask (see the picture) - Oxygen, tracheal cannulea, suction machine	
2	**Person in charge** - In case when only 01 person use the Ambu bag: 1 nurse or 01 doctor. - In case of 2 people: 1 use the Ambu bag, 1 supporter Ensure to have enough medical uniform.	
3	**Prepare for patients** - Inform the patient's family. - Place the patient in the supine position (can put pillows under the shoulder) - do not let the neck hang if the patient has a spinal cord injury.	- Squeezing the bag that make the oxygen flow to the lung smoothly.
4	Quickly identify the patient's situation - Identify the consciousness – call and ask the patient. - Respiratory judgment: observe the skin, mucosa, breathing, SPO_2,etc. - Circulation identification – check the carotid arteries, observe through the monitoring machine (if any)	- Identify the patient's situation before squeezing the bag.

5	**Clear the airway** - Make the patient's chest appear or undress the chest. - Clean the mouth and nose of the patient. - Take out any object inside (if any), - Put the cannulea in the mouth/ nose (if needed)	- Clear the airway to make it easier to squeeze the bag to get air to the lungs; secretions or any object are not pushed into the lungs when squeezing the bag.
6*	**Squeeze the bag** **** One person performs*** - One hand keep the ambu bag - One hand put the mask on the mouth and nose of the patient: the index finger and thumb hold the mask on the nose and mouth of the patient; the remaining three fingers lift the lower jaw so that the mask covers all mouth and nose. - Squeeze the bag regularly, the frequency of squeezing is 12-14 times/ minute (to adults) and about 25 times/ minutes to children depending on their ages. **** 02 people perform:*** - One person uses 02 hands to keep the mask and lift up the lower jaw of the patient so that the mask covers all nose and mouth of the patient. - The other squeezes the bag: with the frequency as above. In case that the circulation stops, squeezing the bag must be coordinated with chest compressions outside the chest (15 times of continuous cardiac compression and 2 times of squeezing the bag).	- Keep a mask carefully so that the air does not leak when squeezing the bag to bring air to patient's lungs (to provide oxygen to brain and organs).  ***Image: Squeezing the bag to help breathing (01 person squeeze)***
7	**Identify the patient's situation while squeezing the bag** - Squeezing the bag is effective when seeing the expansion of the patient's chest when squeezing the bag. - Observe the color of skin, mucosa, SPO2 - Check the vein (in case of cardiac arrest)	- Monitor the effectiveness of squeezing the bag; If squeezed properly, the mucosal skin will become pink, the SpO_2 will increase compared to the time when the bag is not squeezed - Timely adjustment when squeezing is not correct
8	**Identify the patient's situation after squeezing the bag** - Observe the patient's breathing - Observe the face, skin, mucosa and SPO2 - Check the pulse, measure the blood pressure (monitoring observation) - Identify patient's consciousness: Call and ask the patient.	- Monitor the patient after squeezing the bag; identify the effectiveness of the implementation process.

9	**Place patients with suitable respiratory posture** *If after the emergency, the patient can breathe* - Support the patient to breathe oxygen. - Continue to closely monitor the patient's progress: breathing, skin, mucosa, SPO_2 (if any), pulse, blood pressure, etc. Install the monitoring machine (if any). ***Note:*** *In case the patient cannot breathe, must continue to squeeze the bag, or implement other measures to support the respiratory as directed by the doctor.* *In emergency case that the cardiopulmonary arrest appears, applying electric shock and circulatory resuscitation need to be directed by the doctor.*	- Place a suitable posture for the patient to breathe himself. - Ensure the respiratory for the patient.
10	**Tide up the equipment; Hand hygiene**	
11	**Records**	- Record the information

Note: *Need to be done quickly to take advantage of time (when doing from step 3 to 5); If the step 6* is done incorrectly, the technical requirements are not met.*

4.2. Checklist for practicing squeezing the bag to support breathing

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Prepare equipment			
2	Person in charge of performing			
3	Preparation for the patient.			
4	Quickly identify the patient's situation			
5	Airway clearance			
6*	Squeeze the bag - 01 person performs - Or 02 people perform			
7	Identify the patient during bag squeezing process			
8	Identify the patient after bag squeezing process			
9	Place the patient to a suitable posture for respiratory *If after implementation, the patient can breathe himself* - Support the patient to breath oxygen - Continue observing closely			

10	Tide up the equipment Hand hygiene			
11	Records			

5. Management of Airway Foreign Bodies

Airway foreign bodies are those stuck in the airway from the larynx to bronchial lobes.

- It is a common emergency case in Otorhinolaryngology. If it cannot early diagnose, quickly and properly management, it will lead to serious complications and death.
- Airway foreign body aspiration often common occurs in children rather than adult (75% happened for child under 4 years old) because children's routine is putting objects in their mouth. However, it counts as common accident in daily life and happens for people at different ages, different situations.

5.1. Causes

Main causes of foreign body in the airway:

- Due to cry or laugh while eating.
- Due to the habit of keeping objects in mouth while playing and working.
- Due to disorders of the throat and laryn reflexes in children and old people. It can happen for comatose person, anesthesia or madness.
- Due to the habit of drinking spring water that has leeches. They move and live in the airway.

Basically, all small objects that can put into the mouth then can fall into the airway. It may be an organic foreign body such as: peanut, sugar apple seed, sapodilla seed, apple pulp, bagasse etc... It may also be animal bones like shrimp, fish gill, crab claws, chicken and duck bones etc... even the leech. We also can recognize it as marble, sharpnel, part of ball-pen, plastic fragment and so on.

5.2 Symptom

The invasive syndrome can be recognized in 93% of patients, while 7% cannot such as the case of living foreign animals (leech), comatose person, small children cannot tell their story and no witness around, or they hide the reason.

The invasive syndrome dues to the tightening of the larynx reflex, which prevents the falling of object and the continuous cough in order to expel the object. The clinical symptom shows coughing, wheezing, sweating, rolling eyes and nose, sometimes incontinence. The attack lasts about 3-5 minutes, after then, there are three possibilities.:

- Foreign bodies are ejected by the protective reflex of the larynx.
- Foreign body was too big to tightly seal the larynx causing the patient to suffocate and die before reaching the hospital.
- Foreign bodies become stuck on the airways, in the larynx, trachea or bronchi.

Depending on the stucking place of foreign body, it will lead to different clinical symptom.

- Shortness of breath (dyspnea): In the early stages when having no infection, the predominant symptom is shortness of breath. If the foreign body is lodged in the larynx, the patient may have different levels of laryngeal dyspnea depending on the diamension of the object and the length of time the object stuck in the airway. If the diamension of the foreign body is large, it may cause laryngeal dyspnea at level 2, 3 or suffocation. In case of smaller object, it may not cause dyspnea or laryngeal dyspea at mild severity.

  Mixed breathing may caused by foreign body that located in the lower respiratory track or bronchus. Patients often have coughing and shortness of breath that occur during exertion or even at rest.

- Fever: it often happens after few days when patient being infected by contaminated foreign body such as bones, meat, peanuts, bagasse etc...

Depending on the stucking place of foreign body, it will lead to different clinical signs.

**** Foreign body in the larynx:***

The objects lodged in the larynx are often having flat, sharp and rough diamension such as eggshell, shrimp head, fish bones etc...

- Function: frequently occur hoarseness, speechless at severity or mild level depending on the diamension of the foreign body lodged in the larynx.
- Inspiratory laryngeal obstruction: the breathing difficulties have different level due to foreign body's diamension and the length of time it lodged in the larynx. If the foreign body is big, it can cause the blockage of your severe laryngeal breathing or acute asphyxiation.
- Cough: Frequent dry cough without phlegm, long coughing due to laryngeal irritation and laryngeal edema makes patients increasingly breathing difficulties.
- Physical symptoms: Mostly listening to the lungs: even when you listen to the lung sound, it can be completely normal. However, you can also hear a hissing noise on both sides of the lungs, spreading from top to bottom, sometimes alveolar murmuring is reduced on both sides of the lung.

**** Foreign body in the trachea:***

It is common a round and smooth objects, large size comparing to aperture of the patient's bronchial air.

- Function: Frequent coughing and choking coughs are caused by moving objects in the trachea, sometimes moving up the larynx also causing coughs. If the object moves up the larynx and sticks to the glottis, the patient will suffocate. If we cannot handle properly and timely, the patient will die.
- Physical symptoms: the lungs sounds are hissing, snoring on both sides of the lungs. In case of large objects, we can listen the alveolar murmur reduced on both sides of the lungs. If the sound like flag flapping, it is specific sign of having foreign body in the trachea.

**** Foreign body in the bronchus:***

- Function: mixed breathing difficulties, common happen when foreign body lodged one side of bronchus, and often in the right bronchus rather than left once.
- Fever: In the following days, there is usually an inflammation that causes complications in the bronchus and lungs. Hence, it often has fever and may have a moderate or high fever depending on the level of inflammation in the lungs.
- Physical symptoms:

  Listen to the lungs sound, we can hear the alveolar murmur reduced or lost one side; and it may accompany with hissing wheezing, snoring rales, may also have moist rales, rales...

  Chest percussion: Opaque sound when an abscess or collapse of one lung is presented. Clapping on the chest shows clear and chime when pneumothorax.
- X-ray for neck title or straight lung may allow the diagnosis of an airway foreign body. However, we only see clear foreign body in X-ray image if the object is metal. For others, it rarely shows on the image, mainly images of foreign-caused complications such as bronchitis, unilateral abscess or lung segment, collapse of one side or segment of lung, emphysema, pneumothorax, pneumothorax, pleural effusion, pleural effusion.

5.3. Treatment

Principle: Make sure the airway clear, remove foreign bodies as soon as possible.

If the victim's body is still pink, crying, screaming, speaking, no breathing difficulties: it should be placed in sitting position, hold the child and take to the hospital to examine and remove the foreign body.

If the victim's body is pale, has breathing difficulties, does not cry or weak cries. Quickly call emergency and proceed with the procedure.

- Children under 2 years old:
  - + Place the child in downward posture, child's head moves down ward and lies on your left arm, hold his head and neck tightly with your left hand.
  - + Use your right hand to clap strongly on the baby's back which between the shoulders.
  - + Place the child stomach down on your right hand, if breathing is difficult, cyanotic, then use two left fingers press firmly 5 times in the 1/2 area under the breastbone.
  - + If the foreign body has not yet fallen out, turn the child to stomach-down posture and continuous clap his back. You keep doing to clap his back and press his chest until the foreign body falls off the airway or when the child cries. Then, you stop and take the child to the nearest health facility for accurate examination.



Image 25.1 Clearance the airway for children under 2 years old

- For children and adult: Heimlich technique.
  + The victim is conscious:

    Step 1: The rescuer stands behind the victim's back, one leg in front of the other; Foreleg stands between victim's legs.

    Step 2: Wrap your arms on the victim, wrap around the victim's stomach, the outside hand grabs the first of the inner hand (palms face down), close to the stomach above the navel, just below the sternum.

    Step 3: Pull sharply inward and upward, 4-5 times. This action must be done decisively and not pressed into the chest to be effective. Repeat 6-10 times until the foreign body has fallen out of the airway.



Image 25.2 Clearance the airway for awake person

  + The victim is unconscious:

Lay the victim on his back; you kneel next to his thigh.

Place your palm on the epigastric region and below the tip of the sternum then put another hand on top.

Press sharply and quickly 5times into victim's stomach in a direction from the bottom to the top.

Repeat 6-10 abdominal compressions until the object has fallen out of the airway.



Image 25.3 Clearance the airway for comatose person

- Note:

If the victim stops breathing, you must perform two slow asphyxiation and integrate it during Heimlich procedure or clap the back or press the chest until the patient breathes or cries.

After removing foreign body or victim can able to cry, you must take him to health facility for checking.

- Thing to avoid:
  + Do not intervene if the victim is still able to cough, breathe, shout and cry.
  + Do not try to remove or move the foreign body if you cannot see it; because it is more like that foreign body will fall deeper.

LESSON TEST

1. Select the most correct answer

Question 1.1: What need to be done before supporting the patient breathe oxygen

A. Monitor the respiratory situation of the patient
B. Explain to the patient/ patient's family.
C. Note all necessary information to the patient caring record
D. Suck sputum to clear the airway, place the patient to a suitable posture.

Question 1.2: When will you squeeze the bag to support the patient's respiratory?

A. Patients with respiratory distress: difficulty in breathing, rapid breathing rate, 92% SPO2
B. Patients with shock: can self-breathing, low blood pressure: 80/50 mmHg
C. Patients with respiratory distress: difficulty in breathing, slow breathing, SPO2 <80%
D. People with heart failure: tired, difficulty in breathing, breathing rate: 25 times / minute

Question 1.3: When will you suck the sputum for the patient?

A. The patient reduces respiratory
B. The patient with sputum in the respiratory tract that cannot be spitted out
C. The patient has difficulty in breathing
D. The patient with bronchial asthma

2. Case study

The patient Pham Van D, 52 years old, suffered from a traffic accident and was taken to the hospital. After checking, he was identified having a cranial injury. The patient was in a situation of drowsiness, when being asked, he does not respond sometimes. Glasgow: 11 points; checking pulse: 80 times/ minute, blood pressure: 130 / 80mmHg, temperature: 36,7^{0}C, breathing rate: 18 times/ minute, lips: slightly purple, SPO_2: 93%;

Question:

2.1. Signs showing the risk of respiratory failure of patient D. (choose the most correct answer)
A. Slightly purple lips, SPO_2 93%
B. Glasgow: 11 points, lips: slightly purple, SPO_2: 93%
C. Cranial injury, Glasgow: 11 points, lips: slightly purple, SPO_2: 93%
D. Traffic accident caused cranial injury

2.2. When the patient was at the hospital, the nurse saw that the patient had signs of wheezing and had sputum in his nose and throat. The doctor decided that patient had to breath with oxygen. The next steps of treatment for the patient is: (choose the best answer)
A. Place him at a posture, suck the sputum in the nasopharynx and provide him with oxygen breathing
B. Place him at a posture, wipe the sputum in the mouth and nose and give him oxygen
C. Ask the patient to spit out the sputum, then let them breathe oxygen
D. Provide the patient to breathe with oxygen

2.3. Choose an oxygen method that is the most suitable for patient D.
A. Breathing oxygen through the nasopharynx
B. Breathe oxygen through the breathing catheter/ tube through the nose
C. Breathing oxygen with a mask
D. Breathe oxygen through the breathing catheter/ tube through nose or mask
Please explain your choice

2.4. After about 2 hours, the patient's respiratory condition became worse – lips were more cyanosis, SPO_2: 85%; doctor decided to use Ambu bag to support the patient. What sign shows that using Ambu bag with the patient is effective?
A. Squeeze the bag with proper technique, the air does not reach the stomach
B. Chest is enlarged after each bag squeezing time, SPO_2> 90%
C. Squeeze the ball with right technique, the patient's lips are less cyanosis
D. The patient is more stable.

2.5. Practice using Ambu bag to support the respiratory on the model.

ANSWER:

1.1: D; 1.2: C; 1.3: B; 2.1: C 2.2: A; 2.3:D; 2.4: B

3. Clinical case study

The preceptor selects a number of patients in the clinical department who has the indication to suck sputum in the respiratory tract; suck sputum in the endotracheal tube or trachea cannulae; indicated to breathe with oxygen and use the Ambu bag. Ask the trainees to identify the patients, perform suction of sputum and giving oxygen. The instructor observes and supports when needed. Then let the participants discuss and give feedback/ comments.

Competency based assessment checklist for Respiratory support and airway management techniques

No.	Content	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/ do wrongly (0)**
1	Identify cases that the patient needs to clear the airway, breathe with oxygen, use Ambu bag			
2	Effectively conduct airway clearance technique			
3	Implement effectively technique to help the patient breathe with oxygen			
4	Effectively carry out the technique of using Ambu bag to help breathing			
5	Implement effectively and safely technique to clear the airway foreign body			
6	Express the attitude of emergency, accuracy and safety when implementing respiratory suction techniques, oxygen, using Ambu bag to help breathing			

REFERENCES

1. Ministry of Health, Instructions on Practicing 55 Basic Nursing Techniques (Vol. 2), Vietnam Education Publisher 2010
2. Ministry of Health, Lessons on Nursing Skills, Medicine Publisher 2012
3. Nguyen Thi Minh Chinh and Vu Thi La (2019), Basic Nursing 2, Medical Publishing House, Hanoi

LESSON 26

BASIC EMERGENCY CARE FOR CARDIAC ARREST

OBJECTIVES

1. Detect early victim, who suffer from cardiac arrest (competency: 1.1; 3.1; 4.1; 4.2; 9.1)
2. Perform skillfully emergency technique; monitor, take care patient of cardiac arrest (competency: 6.2; 9.3; 9.2; 9.4, 15.3; 16.3)
3. Show urgent, accurate and effective cooperation for the emergency case of cardiac arrest. (competency: 9.2;9.3; 9.4; 24.1, 25.2)

CONTENTS

1. Introduction:

Cardiac arrest is a status that heart stop providing blood for the body, especially for important organs such as brain, coronary circulation and lung. There are 3 basic statuses namely asystole, ventricular fibrillation and electromechanical dissociation.

Some other terms call the name of sudden cardiac emergency such as emergency of cardio pulmonary arrest, resuscitation of clinical dead, cardio pulmonary resuscitation, cerebra - cardio-pulmonary resuscitation etc.

Cardiac arrest may happen suddenly in a healthy heart due to accidents like electric shock, drowning, anaphylactic shock, multi-trauma, etc. also can be the final consequence of an end stage chronic disease such as cancer, cirrhosis, heart failure, kidney failure etc.

Purpose of emergency: to supply blood with oxygen to brain cells in the fastest condition, especially within 5 first minutes of cardiac arrest. Therefore, cardio pulmonary emergency needs to be done urgently on site by proper technique.

Consequence of cerebral ischemia

Brain cells are the most special in human body, there is no reproduction like other cells once they are damaged. Under normal circumstance, maximal time of brain cell's oxygen is 5 minutes. This time is called as clinical death period and emergency for provision of blood and oxygen for brain must be done in this period to save patient's life. Over this period, brain cells are damaged without recovery, patient moves to the brain death period. In some special cases, hypoxemia capacity may last longer such as cardiac arrest under hypothermia condition (surgery with heart lung machine, hypothermia, cardiac arrest in iced and snowy weather, drowning in the cold water etc.), cardiac arrest in case of previous usage of medicine that decreases oxygen consumption such as: bacbituric, newborn baby...

2. Symptoms and identification of patient with cardiac arrest

Based on 3 basic following symptoms:

- Sudden conscious loss: it is identified when patient does not response to call and there is no awaken reflex.
- Apnea: identified when the chest and abdomen of patient does not have any breathing movement.
- Carotid pulseless: carotid artery is not palpated (it requires to palpate carotid artery at both sides of the neck)

In addition, patient also has other symptoms such as pale or cyanosis skin, mydriasis, loss of pupil's reaction to the light. If patient is undergone surgery, blood at surgical site becomes black and stops bleeding.

If patient is under mechanical ventilation or coma, monitor alerts cardiac arrest, sudden reduction of oxygen saturation (SpO_2).

3. Principles of emergency care for patient with cardiac arrest or stop breathing

- Quickly remove victim from the accident area
- Lay down on a hard, flat, ventilated floor
- Expand clothing and belts such as belts, necktie, bras (for women)
- Clear the airway by:

  + Put neck up at maximum

  + Clean away any dirt or sand around nose or mouth

  + Open the mouth: remove any soil, sand, sputum…
- Conduct cardiopulmonary resuscitation as soon as possible, but must be persistent and continuous
- During cardiopulmonary resuscitation must care and assess the victim's progression:

  + Good progress: Respiratory recovery, victim's finger and lips become pink gradually, heart beating again. Continue first aid until the victim breathes evenly and deeply

  + Bad progress: Respiratory and circulatory failure, pale skin, pupils dilated, after 30 minutes no further treatment

4. Basic emergency care for cardiac arrest.

- When a cardiac arrest patient is detected ***emergency must be done immediately.*** There are many guidelines on emergency for patients who suffered from cardiac arrest, such as: Practical guideline for 55 basic nursing techniques, volume 2 of the Ministry of Health (2010), Training materials for basic emergency (2014) of the Ministry of Health, American Heart Association – AHA (2010)…, Regarding the recommendation from AHA for cardiac arrest the ***CABD*** (Chest compression, Airway clearance, Breathing and Defibrillation) is applied.

4.1. Chest compression: is a procedure that uses a strong force to press gently on the 1/3 of the breastbone, when the pressure changes in the heart's chamber to stimulate the heart to beat again, then the circulation is restored

4.2. Airway clearance: is the cleaning of foreign objects in the airway of the patient helps to keep the airway clear to ensure effective respiratory support. Patient is laying down on the hard floor with maximum neck up, face turned to the side. The reason for doing so is that when the heart stops, the muscle tone is lost, causing the lower jaw bone and the root of the tongue to block the airway of the victim, preventing artificial breathing. Rescuer opens the patient, with clean fingers to remove sputum, foreign objects, if possible. For foreign objects that are deep and difficult to collect, do not attempt to remove the object because it is time-consuming and may push the object further into the airway or completely block the airway. Heimlich method can be applied to push away objects out.

4.3. Breathing: Asphyxiation is an emergency method for victims of sudden cardiac arrest due to various causes. Asphyxiation is a technique performed by the rescuer breaths directly through the mouth of the victim or using ambu bag. Ambu bag is the most commonly used method to help positive pressure breathing for emergency team inside and outside the hospital. Commonly used ambu bag has a volume of 1600 ml, enough to expand the lungs. This method brings real effective when there are 2 experienced rescuers performing together.

4.4. Medication and defibrillation

4.4.1. The first line drug is adrenalin - in a vial 1mg/1ml, an adrenergic receptor on autonomic nervous system of the heart (especially sinoatrial node). The dose is 1mg per injection (adrenalin needs to be diluted in 20 ml Sodium Chloride 0.9% and quickly injected into vena), repeat every 5 minutes if the heart still does not beat again. The dose can be increased up to 3 mg for an injection if the dose 1 mg is not effective

* Injection route of adrenalin: the most ideal is to *give injection via central venous catheterization*, if injection is given via peripheral vein, select exterior carotid vein or brachial vein or given directly to IV line (limb should be elevated to make quick flow of fluid and drug goes to central circulation quicker. Do not use lower limb's vein because of less effectiveness)

- It is possible *to administer medication in patient's trachea,* when IV administration is not set up yet. The dose should be higher (5mg adrenalin diluted in 5ml of Sodium Chloride 0.9%), injected in cricoid region. Patient must be ventilated and chest compression right after withdrawing needle.

- *Final administration route* (when the mentioned routes are not able to perform or ineffective) is to *inject medicine directly to the heart chamber*, select the needle with length of 7 - 10cm, size of 18 - 20G to limit injury for myocardium. Injection site is at 4^{th} – 5^{th} intercostal spaces, close to the left sternum and edge of lower rib. Direction of needle is from bottom to top, from outside to inside, from front side to back side. Needle should be gently inserted concomitant with aspiration until the blood comes to syringe easily. It shows that the tip of needle goes inside the heart chamber therefore medication should be injected rapidly. After withdrawal of needle, chest compression and ventilation must be done immediately.

4.4.2. Defibrillation by Automated external defibrillator (AED): ventricular fibrillation is a condition that the fibers of myocardium vibrate turbulently. It is impossible to eject the blood to other parts of body (so called as cardiac arrest). Defibrillation by AED is to use a current with low voltage and strong power to discharge through the heart axis with an aim at recovering normal automatism of cardiac nervous system. Emergent defibrillation will be *the most effective within 5 first minutes after identifying diagnosis of cardiac arrest.*

Carry out defibrillation by AED:

- Checking the monitor to administer the R-wave synchronization on ECG. Select the lead with the largest R wave amplitude
- Size of paddle: It's very important, affects thoracic impedance and electrical impulse intensity through the heart
  + Adult: 8 – 10cm diameter
  + Children: 5cm diameter.
- Gel applicator: The electrode must be coated with conductive gel to prevent skin burns. Do not use alcohol instead of gel. Must keep the electrode clean, avoid rust, clean the gel after use. Do not apply the gel to the skin between the electrodes
- Electrode position: Determines the path of the electrical impulse through the chest. It should be set so that the cardiac muscle located on this path is the largest. Wrong electrode placement is the most common cause of defibrillation failure. There are 2 ways to place electrodes:
  + Antero – lateral placement
  • The front electrode is placed at the bottom of the heart, right on the left side of the sternum, at the join.
  • The lateral electrode is located at the top of the heart, so it deviates to the middle armpit
  + Atenro-posterior placement:
  • The front electrode is placed at the bottom of the heart as above
  • The rear electrode is placed in the left shoulder muzzle (the patient is located on the rear electrode is a special electrode attached to the shoulder blades, much used in surgery)
  + The front-rear position helps to reduce 50% of the electric energy needed
  + The front-lateral position is more convenient in emergency defibrillation.
- Press the button to discharge the electric:
  + Must press the electrode strong enough (light on) then press the button
  + Press the button only when make sure no one is in contact with patient or the bed
  + In the case of synchronous shock, after pressing the button, must wait until the patient has a strong shock (discharged electric) then hand off.
- Electrical power level: There are 2 types of AED using at the hospitals:
  + Monophasic defibrillation waveform

+ Biphasic defibrillation waveform

- Shock power of biphasic defibrillation waveform is only 75% of the monophasic defibrillation waveform one. For example, the shock power for a case of ventricular fibrillation when using a monophasic defibrillation waveform is 200 Joules, in a biphasic defibrillation waveform, only 150 Joules are used.

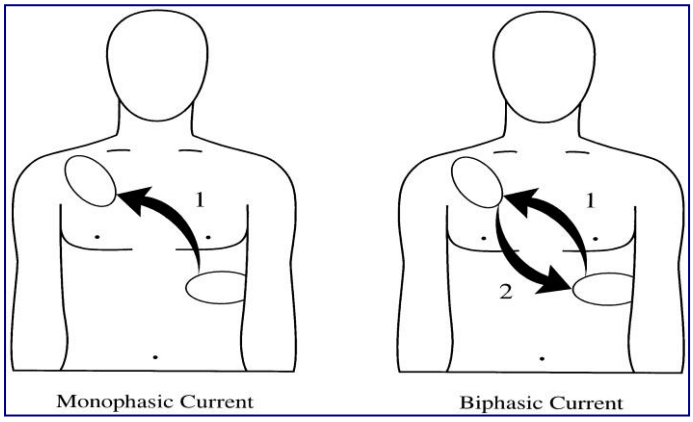


Figure: Illustration the currents in a Monophasic defibrillation waveform and Biphasic defibrillation waveform

4.5. Signs of effective cardiopulmonary resuscitation.

- The best clinical manifestations are the signs of vitality such as breathing, heart beating and consciousness recovery.
- In case there are only the signs: warm and pink lip membrane, pupil restriction (no signs of severe brain damage), not so long duration of hypoxemia and possible for recovery; emergency should be continued intensively, at the same time, call medical emergency teams or perform emergency and patient transportation at the same time to the nearest healthcare facilities.

5. Practical procedure for initial cardiac arrest emergency

No	Implementation steps	Reasons
1	Immediately call for help when you see cardiac arrest victim: call other persons come to help or/ and call 115 *(outside of the healthcare facility)*	Inform everybody to get collaboration
2	Start emergency: right after not able to palpate carotid artery, patient does not breathe.	- Early emergency is *especially important*, the best is within first 3 -5 minutes
3	Quickly remove patient from the dangerous area	
4	Posture: place victim on supine position on plate and hard surface (ground surface, hard board, hard stretcher)	Ensure effectiveness of chest compression

5*	***Chest compression*** (**C** - Chest compressions) - Chest compression position is 1/3 – 1/2 lower part of sternum - Stack your other hand on top of the one that you just put in position. Lace the fingers of both hands together, put hands at chest compression position, keep elbows straight and compress to the depth of 4 - 5 cm *(5-6 cm in adults according to recommendation of 2015)*, after that lift your hands to make the chest of victim come back initial position. - Compression rate: 30 chest compressions/ 2 rescue breathings; chest compression should be 100 – 120 rate/ minute (in adult, in children, the rate gradually increases depending on their ages) – *recommendation of 2015* - Chest compression must be done continuously until arrival of other healthcare workers or automated external defibrillator.	 Ensure effectiveness during chest compression (bring blood from left ventricular to exchange the air at the lung and bring blood from left ventricular to coronary circulation, brain circulation. Blood will passively return to atrium when stop chest compression), no complication of rib fracture
6	***Airway clearance (*****A** – Airway***)*** - Victim lies on his back on a hard surface, head and neck are extended maximally, turn victim's face to one side. - Rescuer uses hands to open victim's mouth, take out sputum and foreign body if possible.	Make airway of victim on straight direction, clear and convenient for giving rescue breathing/ artificial breathing
7*	***Rescue breathing / Artificial breathing (*****B** – Breathing) Rescue breathing: mouth - mouth or nose - mouth; it is more effective with mouth - mouth breathing. - Rescuer use a hand – press your palm against forehead of victim and tilt his/ her head back, at the same time, use the index finger and thumb to press victim's nostrils; - The second hand: lift the chin of victim and open his/ her mouth. - Rescuer breathes deeply and give a puff to the victim's lung via mouth. After that release your fingers to let the air from victim's lung go out.	- Make the upper respiratory tract of victim in straight direction. Air comes to the lung easily Air goes out after ventilation 

	Breath rate: 10 - 12 rates/ minute in adult (in children, the rate gradually increases depending on their ages) - If there is artificial respiration device, place the mask and squeeze the bag or perform endotracheal intubation. Squeeze the bags as the same as the rate and cycle of rescue breathing; ideally, connect with oxygen source with the flow of 6 - 8 litter/ minute.	
8	***Combination of chest compression and rescue breathing:*** Both chest compression and rescue breathing manipulations must be done alternatively in harmony manner. - A cardiopulmonary resuscitation cycle consists of 30 chest compressions and 2 rescue breathings – *regardless of one or two rescuers* - *if there are 2 rescuers one person will perform chest compression and another one gives rescue breathing; 2 people kneel at both sides of victim.*	Ensure suitable respiratory and circulation of victim.
9	***Assessment of victim's condition*** during and after emergency: - During emergency: after each proper chest compression cycle, femoral or carotid must be palpated; after each rescue breathing, we could observe the rise of victim's chest. - After the first 60 seconds, check again respiratory and circulation of victim (as step 1) + If there is pulse, continue to give emergency. + If there is clear pulse, victim still stops breathing and circulation, continue to give rescue breathing. + If pulse beats clearly and victim is able to breathe well by him/ herself and recover consciousness etc., stop chest compression-rescue breathing, carry out other medical orders; monitor victim. - If emergency time reaches 60 minutes, pupil dilates and heart does not beat again, it is allowed to stop emergency – patient dies.	- Recognize effectiveness of chest compression, rescue breathing - To continue perform chest compression and rescue breathing or stop breathing

10	**Write down in medical record:** - Condition of victim before during and after performing chest compression - Duration of technique performance - Name of person, who perform technique	As a legal base

Note: incorrect implementation of steps does not meet requirements of emergency technique.*

4. Practical checklist for initial cardiac arrest emergency

No	Contents	Achievement level		
		Achieved	**Not achieve**	**Remark**
1	Immediately call for help when you see cardiac arrest victim			
2	Start emergency immediately …			
3	Quickly remove patient from dangerous area			
4	Posture: place victim on supine position on plate and hard surface			
5*	Chest compression			
6	Airway clearance (A – Airway)			
7*	Rescue breathing / Artificial breathing (B – Breathing)			
8	Combination of chest compression and rescue breathing: 30 chest compressions/ 2 rescue breathing			
9	Assessment of victim's condition during and after emergency			
10	Write down in medical record			

LESSON TEST

1. Select the most correct answer

Question 1.1: Signs for detection of cardiac arrest

A. Not possible to take radial artery, loss of consciousness, no breathing

B. Not possible to take carotid artery, sudden loss of consciousness, no breathing

C. Not possible to take artery, loss of consciousness, stop breathing

D. Rapid pulse, stop breathing, loss of consciousness

Question 1.2: What should a rescuer do when he/ she detect cardiac arrest victim outside of a healthcare setting?

A. Call 115 urgently
B. Refer victim to the nearest healthcare facility
C. Give urgent emergency (chest compression, rescue breathing) and call 115 at the same time
D. Urgently call surrounding people to support in giving emergency

Question 1.3: What should a nurse do when she detects a cardiac arrest patient in the healthcare establishment?

A. Call for help urgently
B. Refer patient immediately to emergency room
C. Urgently give emergency (chest compression, rescue breathing)
D. Call for help, perform chest compression, rescue breathing right after detecting cardiac arrest patient

Question 1.4: Orders for giving cardiac arrest emergency according to new protocol (recommendation of the year 2015)

A. Chest compression - airway clearance - rescue breathing
B. Airway clearance - chest compression - rescue breathing
C. Airway clearance - rescue breathing - chest compression
D. Rescue breathing - chest compression - airway clearance

Question 1.5: Chest compression rate when performing cardiac arrest emergency for adult (according to new protocol - recommendation of the year 2015)

A. 80 - 100 rates/ minute
B. 80 - 120 rates/ minute
C. 100 - 120 rates/ minute
D. 100 - 130 rates/ minute

Question 1.6: Combination of chest compression and rescue breathing when giving cardiac arrest emergency

A. 30 Chest compressions/ 2 rescue breathings
B. 20 Chest compressions/ 2 rescue breathings
C. 30 Chest compressions/ 3 rescue breathings
D. 15 Chest compressions/ 1 rescue breathings

3. Case study

Patient Nguyen Van H, 61 years old, admits in a ward of Internal Medicine department of X hospital. He is diagnosed as heart failure. At 11.55, patient family tells nurse A *(on duty nurse in the department)* about abnormal progress of patient H. Nurse A is hurry up to go to the ward. She checks patient and recognize the signs such as follows: patient does not answer her call, yawning,

not possible to take carotid artery and cyanosis of lips. Right after that, she quickly gives oxygen therapy to patient and quickly run to on duty room to call doctor and take emergency tools.

Questions:

2.1. Please point out incorrect activities of nurse A in the mentioned scenario, make explanation using your opinions?

2.2. Correct management of on duty nurse at that time should be

A. Urgently perform chest compression, rescue breathing to save patient's life

B. Call for help and perform quickly cardiac arrest emergency steps.

C. Ask patient family call doctor on duty, urgently give emergency to patient.

D. Explain to patient family and perform cardiac arrest emergency

2.3. The signs to recognize effective cardiac arrest emergency

A. Patient's lips become pink, pupil constricts

B. Patient's lips become pink, able to take carotid pulse

C. Patient is conscious, able to take carotid pulse

D. Patient breathes by him/ herself, able to take carotid pulse, patient is conscious

2.4. Performance of cardiac arrest emergency steps (simulator based performance)?

2.5. After giving emergency, conditions of patient H are as follows: react to the call, able to take radial artery – What should the nurse do to continue taking care of patient H?

ANSWERS:

Question 1.1: B; Question 1.2: C;

Question 1.3: D; Question 1.4: A;

Question 1.5: C; Question 1.6: A

Question 2.1: give oxygen therapy, run away to call doctor

Question 2.2: B; Question 2.3: D;

Competency based assessment checklist for Basic Emergency care for Cardiac Arrest

No	Contents	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/ do wrongly (0)**
1	Early detect of cardiac arrest patient			
2	Perform effective cardiac arrest emergency technique; monitor, take are patient after emergency			

3	Urgent, accurate attitude, effective collaboration in giving cardiac arrest emergency.			

REFERENCES

1. The Ministry of Health. Guidance for practice of 55 basic nursing technique volume 2, Viet Nam Education Publishing House. 2010
2. Vu Van Dinh (2008), "Cardiac arrest", *Emergency Resuscitation,* Medical Publishing House, Ha Noi, page 169 - 189.
3. http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bai-giang-chuyen-nganh/hoi-suc-cap-cuu/cap-cuu-ngung-tuan-hoan-co-ban/1086
4. http://benhvien108.vn/TinBai/1867/Nhung-thay-doi-trong-phac-do-cap-cuu-ngung-tuan-hoan-cua-Hiep-hoi-tim-mach-Hoa-Ki
5. http://bachmai.edu.vn, update cardiac arrest emergency (4.2017)

LESSON 27

PREVENTION AND MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS

OBJECTIVE

1. Detect early symptoms and levels of anaphylaxis (competency:1.1; 3.1; 9.1)
2. Be able to prevent anaphylaxis in patient before administering medication (competency: 6.1; 6.3; 7.1; 7.4; 18.1; 18.3)
3. Perform primary emergency management for anaphylaxis level 1, 2. (competency: 2.6;4.1;4.2;6.2; 7.1;7.2;7.6;9.3; 9.2; 9.4;15.3;16.3; 24.4)
4. Show urgent, accurate working attitude and collaboration in teamwork to give emergency for anaphylaxis. (competency: 9.1; 9.2;9.3; 9.4; 15.3; 24.1; 25.2)

CONTENTS

1. Concept

Anaphylaxis is an allergic reaction in human, it may occur from some seconds, some minutes to some hours after the body contacts with allergens causing different clinical status. There may be turned into severe that lead to dead rapidly.

Allergen is a strange factor that may allergic reaction for the body, including food, medication and other factors.

Anaphylactic shock is the most serious of anaphylaxis due to sudden ectasia of vascular system and brochospasm leading to fatality within some minutes.

Clinical progresses of anaphylactic shock are really diversified, it requires accurate and urgent management according to anaphylactic shock emergency protocol.

2. Guidance for classification of anaphylaxis level

2.1. Suggestive symptoms

Think of anaphylaxis if one of following symptoms appears:

a) Uticaria, edema, rapid pulse.

b) Dyspnea, chest pain, stridor.

c) Abdominal pain or vomit.

d) Hypotension or syncope.

e) Conscious disorder.

2.2. Symptoms by 4 levels of anaphylaxis

Anaphylaxis is divided into 4 levels *(notice that the severity of anaphylaxis may progress quickly and does not follow sequence)*

2.2.1. Mild (level I): Symptoms only presents on skin, sub tissue and membrane such as uticaria, itchiness, vascular edema.

2.2.2. Severe (level II): there are at least 2 manifestations in different organs

a) Uticaria, vascular edema occurs rapidly.

b) Difficult breathing, chest pain, hoarseness, running nose

c) Abdominal pain, vomit, diarrhea.

d) Blood pressure is normal or elevated, tachycardia or arrythmia.

2.2.3. Critical (level III): presents in different organs with more severity as follows:

a) Airway: vesicular breathing, laryngeal edema.

b) Breathing: tachypnea, wheezing, cyanosis, breathing rate disorder.

c) Conciousness disorder: comma, seizure, twitch, sphincter disorder.

d) Circulation: shock, rapid pulse, hypotension.

2.2.4. Circulation arrest (level IV): stop breathing and circulation.

2.3. Introduction of clinical conditions:

* Clinical condition 1: symptoms occur in some seconds to several hours on skin, membrane (uticaria, vascular edema, ich...) and there is at least one in two following symptoms:

a) Repiratory symptoms (difficult breathing, wheeze).

b) Hypotension or consequences of hypotension (conciousness disorder, defecation, uncontrolled urination etc.)

* Clinical condition 2: at least 2 among 4 following symptoms occurs in several seconds to several hours after patient contacts with suspected factor:

a) Manifestation on skin, membrane: uticaria, vascular edema, ich.

b) Repiratory symptoms (difficult breathing, wheeze).

c) Hypotension or consequences of hypotension (conciousness disorder, defecation, uncontrolled urination...).

d) Digestive syptomsa (vomit, abdominal pain ...).

* Clinical condition 3: Hypotension appears in several seconds to hours after contacting with suspected factor that patient used to suffer from allergey:

a) Children: decreases at least 30% systolic blood pressure (Maximal pressure) or diastolic blood pressure compared with their age (systolic blood pressure < 70mmHg).

b) Adult: Systolic blood pressure < 90mmHg or decrease 30% of baseline systolic blood pressure.

3. Prevention of anaphylaxis.

Prevention of anaphylaxis activities include: exploit allergy history; prepare emergency drug box and medical equipment, minimal drugs for anaphylaxis emergency at the healthcare facilities; Regulation on announcement for colleges when having anaphylaxis patient.

3.1. Exploit allergy history

To prevent anaphylaxis when using medication for patient, Circular *51 /2017/TT-BYT* guides the contents for exploiting allergy history of patient/ patient family. Nurse asks patient/ patient family questions relating to allergy history, at the same time, record information in the following form:

No	Contents	Name of medicine, allergen cause allergy	Yes / number of time	No	Clinical manifestation/ management
1	What kind of medication or allergen cause allergy?				
2	What kind of insect you have allergy?				
3	What kind of food you have allergy?				
4	Allergy with other factors: pollen, dust, chemistry, cosmetic?				
5	Do you have any allergic disease in the past (allergic to rhinitis, bronchial asthma...)?				
6	Allergy family history? (do parents, children, sisters, brothers acquire above mentioned history)				

Allergic history must be implemented during physical examination and before using drug for patient.

3.2. Emergency drug box; medical equipment and minimal emergency drug for anaphylaxis emergency in the healthcare facility

According to regulation of the Ministry of Health, healthcare facilities have to prepare sufficient emergency drug box; medical equipment and minimal medication ready for anaphylaxis emergency.

3.2.1. Components of anaphylaxis emergency box:

No	Contents of anaphylaxis emergency box	Unit	Quantity
1	Protocol, flowchart for emergency management of anaphylaxis (Annex III, Annex X)	sheet	01
2	Sterile syringes		
	- 10ml	piece	05
	- 1ml	piece	05
	- Needles 14-16	piece	05
3	Alcohol immersed cotton	Pack/ box	01
4	Tourniquet	piece	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	vial	05
6	Methylprednisolon 40mg	bottle	02
7	Diphenhydramin 10mg	vial	05
8	Distilled water 10 ml	vial	05

3.3. Medical equipment and minimal medication for anaphylaxis emergency at the healthcare facilities.

1. Oxygen.
2. AMBU bag and mask for children and adult.
3. Salbutamol sprayer.
4. Intubation set/ or tracheotomy set and/ or laryngeal mask airway
5. Solution Lipid 20% bottle 100ml (02 bottles) keep in emergency medication box in the place using anesthetic drug.
6. Anti-allergic drugs (oral route)
7. Fluid: natriclorid 0.9%.

3.4. Regulation on announcement for colleague when having anaphylaxis patient

Anaphylaxis is a critical emergency that rapidly progresses therefore it requires to have collaboration of other colleagues. When detect a patient having the signs of anaphylaxis, nurse has to urgently perform emergency steps and call other colleagues for help. Announcement for other colleagues by using alert or policy of each hospital.

4. Guidance for management of anaphylactic shock

4.1. General principle

- All anaphylaxis cases must be detected early and manage urgently on site and then continuous observation must be done within 24 hours.

- Physician, nurse, midwife, technician and other healthcare workers have to perform initial management of anaphylaxis emergency.
- **Adrenalin is a first line important drug, essential for saving the life of anaphylactic patient,** it should be **injected intramuscularly** right after making diagnosis of anaphylaxis from **level II and higher**.
- Apart of this guideline, for some special cases, management must be done according to guidance of Annex IV attached in the Circular.

4.2. Management of mild anaphylaxis (level I):

Right after identify the patien having mild anaphylaxis, nurse has to perform onsite emergency urgently and announce other colleages for help.

Steps for management of anaphylaxis level I are as follows:

- Immediately stop contact with allergen if possible
- Instruct patient to lie onsite
- Use methylprednisolon or diphenhydramin oral or injection route depending on patient's condition. Or perform medical order for injection or taking medicine (if there is a physician onsite).
- Prepare oxygen system to use for patient when necessary
- Observe patient closely at least 24 hours (pulse, blood pressure, dyspnea abdominal pain, vomit, diarrhea,…).
- When having abnormality, there must be good collaboration for timely management.
- Record sufficient information on patient's progress in monitoring sheet/ medical record.
- Comfort, explain to patient/ patient family feel secure.

4.3. Emergency management of severe and critical anaphylaxis (level II) and (level III)

Anaphylaxis level II may be changed quickly to level III and level IV. Therefore, management must be done urgently in line with observation of progress:

- Immediatly stop contact with drug or allergen (if any)
- Intramuscular injection of Adrenalin or IV infusion of adrenalin (according to guidance as below).
- Repeat injection of adrenalin every 3-5 minutes, the same dose as the first time until blood pressure and pulse stable.
- Let patient lie onsite, lower head position, turn to the left side if having vomit.
- Oxygen therapy: adult 6-10 littres/ min, children 2-4 littres/ min via mask.
- Observe respiratory assess, circulation, consciousness and signs on skin, membrane of patient. If it progresses more sever, carry out/ collaborate to perform management:
  + Chest compression and bag mask ventilation (in case of respiratory and circulation arrest).
  + Perform medical order for endotracheal intubation or emergency tracheotomy

- Establish adrenalin IV line with normal infusion set, big size needle (size 14 or 16) or place a venous catheter and another second IV line for rapid fluid infusion (according to guidance as below)
- Carry out other medical order given by physician (if any)

Protocol for usage of adrenalin and infusion

Purose: elevate and maintain xaximal pressure in adult up to ≥ 90mmHg, children ≥ 70mm Hg and there is no respiratory signs such as wheezing, dyspnea; digestive signs such as vomit, diarrhea.

a) **Adrenalin** 1mg = 1ml = 1 vial, **intramuscular injection:** the dose is as follows:
   - Newborn or children < 10kg: 0,2ml (equivalent to 1/5 vial).
   - Children about 10 kg: 0.25ml (equivalent to 1/4 vial).
   - Children about 20 kg: 0.3ml (equivalent to 1/3 vial).
   - Children > 30kg: 0.5ml (equivalent to 1/2 vial).
   - Adult: 0.5-1ml (equivalent to 1/2 - 1 vial).

b) When having adrenalin IV line and the dose for maintainance of stable blood pressure, it is possible to monitor pulse and blood pressure every 1 hour up to 24 hours.

c) If pulse is not palpated and blood pressure is not taken, respiratory and digestive signs become more sever after 2 - 3 times of intramuscular injection as item (a) or having risk of circulation arrest, management should be done:
   - Infuse solution natriclorid 0,9% 1000ml – 2000ml in adult, 20ml/kg in children.
   - If adrenalin IV line is not established yet: give slow veinous injection of adrenalin solution 1/10.000 (1 vial adrenalin 1mg diluted with 9ml distilled water = dilution 1/10).

     Dose:

     + ***Adult:*** 0,5-1ml (diluted solution 1/10.000=50-100µg) inject 1-3 minutes, after 3 minutes continue to give injection 2 or 3 times if pulse and blood pressure are not elevated. If IV line is established, shift to continuous intravenous infusion.
     + ***Children from 10 kg or more:*** dose 0,3ml (diluted solution 1/10.000=30µg). Do not give veinous injection of adrenalin for children < 10kg.
   - If IV line is established, continuous infusion of adrenalin (dilute adrenalin with solution natriclorid 0.9%) for patient, who have poor response to adrenalin intramuscular injection and reveive sufficient fluid. Start with the dose of 0,1µg/kg l/ min, every 3 - 5 minutes adjust the dose of adrenalin depending to response of patient.

Practical checklist for emergency management of anaphylaxis level I

No	Emergency steps	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Immediately stop contact with allergen (if possible)			
2	Instruct patient lie onsite			
3	Use drug methylprednisolon or diphenhydramin through oral or injection route			
4	Prepare oxygen system to be ready for patient use			
5	Closely observe patient at least 24 hours			
6	Write down sufficient information about patient's progress in monitoring sheet/ medical record			
7	Encourage, explain to make patient/ patient family feel comfortable			
8	Record			

Practical checklist for emergency management of anaphylaxis level II

No	Emergency steps	Achievement level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Immediately stop contact with allergen(if possible)			
2	Intramuscular injection Adrenalin, hoặc truyền tĩnh mạch adrenalin			
3	Let patient lie onsite, lower head position, turn to the left side if having vomit			
4	Cho NB oxygen therapy: adult 6 – 10 littres/ min, children 2 – 4 littres/ min via mask			
5	Observe, assess respiratory, circulation situation, awareness and signs on skin, membrane of patient.			
6	If it progresses more severe, perform/ collaborate for management: - Chest compression and bag mask ventilation (in case of respiratory and circulation arrest). - Perform endotracheal intubation or emergency tracheotomy (if having dyspnea)			
7	Establish adrenalin IV line (according to guideline)			

8	Carry out other medical orders given by physician (if any)			
9	Closely observe patient's condition			
10	Record			

EVALUATION QUESTION

1. Select the most correct answer

1.1. Respiratory symptom group of anaphylaxis level II in adult

A. Tachypnea, wheezing, cyanosis, breathing rate disorder.

B. Dyspnea, vomit, chest pain, hoarseness, running nose.

C. Vesicular breathing, laryngeal edema.

D. Breathing 16 rates/ minute, wheezing

1. 2. Right after patient is diagnosed with anaphylaxis, the first thing need to be done

A. Quickly refer patient to emergency department of hospital

B. Let patient lie onsite, lower head, turn to the left side (if having vomit)

C. Stop contacting with medication or allergen

D. Let patient lie onsite, upper head, call 115

1. 3. Drug and administration route in emergency of anaphylaxis *(Circular 51 /2017/TT-BYT)*

A. Adrenalin vial 1ml-1mg; intramuscular injection right after diagnosis of anaphylaxis level II

B. Adrenalin vial 1ml-1mg; intravenous injection right after diagnosis of anaphylaxis level II

C. Adrenalin vial 1ml-1mg; IV infusion right after diagnosis of anaphylaxis level II

D. Adrenalin vial 1ml-1mg; subcutaneous right after diagnosis of anaphylaxis level II

1. 4. Anaphylaxis emergency level II *(according to protocol of Circular 51 /2017/TT-BYT)*, which step will be done first in following steps:

A. Let patient lie onsite, lower head, turn on right side (if having vomit).

B. Oxygen therapy: adult 6-10litre/min, children 2-4litre/min through mask.

C. Intramuscular injection adrenalin (1ml-1mg) – dose according to guidance of Circular 51

D. Evaluate respiratory status, circulation, consciousness of patient

1.5. Patient receives treatment of mild anaphylaxis (level I), when patient is stable, what is following management *(according to regulation of Circular 51 /2017/TT-BYT)*

A. Let patient discharge

B. Let patient discharge, instruct patient and patient family to continue observe patients

C. Continue to observe at least 48 hours in the hospital

D. Continue to observe at least 24 hours in the hospital

2. Recognize and supplement sufficient items in drug box for anaphylaxis emergency.

(Instruction for this question as follows:

Preceptor prepares some drug boxes for anaphylaxis emergency, of which, each box will lack of some components; then show it and students have to recognize and supplement lacking item)

3. Practical case study

Patient Vu Thi M, 35 years old, a seller; her history – she does not pay attention to the food allergy (she does not remember); patient is healthy, and does not need to use drugs; Regarding family history: her mother has allergic rhinitis (about 1-2 times/ year in the winter), physician prescribes medicine and sprayer whenever she has allergy (not sure what is medicine)

- Patient M admits hospital and she is diagnosed: urinary tract infection. She admits in the hospital and physician indicates IV antibiotic injection.

Question:

3.1. Select one of the most correct answer about skin test before giving AB injection for patient M

A. Test is necessary because her mother has history of allergic rhinitis

B. Test should be done or not, it depends on indication of physician

C. No need to do test because patient does not have allergic history

D. Perform test because patient may have food allergy

3.2. After giving AB injection to patient M in 5 minutes, she is conscious, she feels chest pain, difficult breathing; there is urticaria on her skin; rapid pulse 90 rate/ min; blood pressure 125/80 mmHg; physician diagnose that she has anaphylaxis

Please identify anaphylaxis level of patient M;

And perform anaphylaxis emergency for patient M *(by role play method)*

ANSWER

Question1.1: B; Question1.2: C; Question1.3: A; Question1.4: C; Question1.5: D

Scenario: Question 3.1: B; Question 3.2: Level II

Competency based assessment checklist for Prevention and management of Anaphylaxis

No	Competency	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/do wrongly (0)**
1	Early detect symptoms and level of anaphylaxis			
2	Prevention of anaphylaxis			

3	Management of anaphylaxis emergency level I			
4	Management of anaphylaxis emergency level II			
5	Urgent, accurate attitude and teamwork collaboration for anaphylaxis emergency			

REFERENCES

1. Circular number 51 /2017/TT-BYT, dated in December 29, 2017 of the Ministry of Health guiding prevention, diagnosis and management of anaphylaxis
2. Ministry of Health.Basic emergency material. Medical Publishing House, 2014.

CHAPTER 6
COMMUNICATION, CONSULTATION AND TEAMWORK

LESSON 28

COMMUNICATION SKILLS IN PATIENT CARE

OBJECTIVE

1. Describe basic communication skills and some remarks in communication of the nurses;
2. Describe the content of bad news notification (Competency: 13.1)
3. Make comments on communication cases of nurses in care practice (Competency: 13.1)
4. Perform appropriate and effective communication in patient care (communicate with patient, patient's family, colleague including skills of bad news notification (Competency: 10,2;10.3;11;12.2;13)

CONTENT

A. THEORY PART

1. Definition of communication and communication skills

1.1 Definitions:

Communication is an exchange and contact activity between people and people. In process, participants create or share information and emotions with each other to achieve communication goals.

For example: At health facilities, officers and medical staff usually communicate to each other and communicate with patient and his/her family every day. Though the communication, both parties not only shared their information (on works, health condition, treatment, etc.…) but also their emotion (sympathy, happiness, sadness) in order to reach the common goals which are taking care of health and curing people.

Behavior is the way people choose to treat each other in communication so that it is appropriate and effective; it is the reaction of people when they receive the behavior of others and in specific situations.

For example:

- Case 1: When patient comes to the hospital for health examination with of painful and tired expression, doctors often show considerate and sharing attitude by asking some questions so that patients can reduce his anxiety. The patient would feel secure to tell his actual condition to the doctor.
- Case 2: During the treatment, although it is so painful, the patient still tries to endure thanks to kind attitude of the doctor, nurses and other medical staff and gives thanks to them.

Through 2 cases mentioned above, it shows that both medical staff and the patient select appropriate communication method that bring effectiveness to medical examination and treatment.

On the other hand, if the doctor shows his cold and yelling at the patient (in case 1) or the patient does not try, does not know how to express thanks (case 2), the examination and treatment may still occur, but both sides are not happy. Similar behaviors will lead to the atmosphere in hospitals becoming tense and cold. That is the cause of the anger and conflicts between the two sides.

*** Communication skills:** is the process of using verbal and non-verbal means to orient, adjust, and control the communication process to reach a certain purpose

1.2. Importance of communication for nurses

For nursing activities, communication plays a very important role in formulation and development of good relationship with patients, their families and colleague. Communication is one of three essential factors that decides effectiveness of nursing activities in patient care. Good communication and behavioral skills will help nurses: Demonstrate professionalism in performing professional tasks; complete the role of nurse; Help nurse to confirm his position with patient and his family members; Avoid the limitations in communication which may cause unreasonable conflicts to patient and his family.

2. Basic communication skills of nurses

In order to have effective communication, it is initial to define who is partner of communication. In communication, understanding of partner plays a very important role. Knowledge on the partner would help information transformer to find the most effective way of communication and avoid confusion during communication. Normally, nurses should have basic information of patients and their family, such as:

- Demographic characteristics: Age, sex, career, region, educational background, marriage status.
- Understandings level of patients about their disease situation (much or less)
- Patient's attitude toward health condition (care or not care)
- Personalities (type of people)

It is possible to understand the patients through available reports, direct observation or using questionnaires.

2.1 Interviewing skill with patient

Interview aims to collect necessary information to make care plan by using questionnaire. There are 2 types of questions: close question and open question. With close question, the patients just select "yes" or "no". With open question, the interviewee needs to give explanation or description, then the questions normally start with "how", "why" that also helps nurses to understand more about awareness and knowledge of the patients. Questionnaire should be short and easy to understand and in line with condition of patient and his family.

Humor sense is good way to communicate with the patients that can help to release stress not only for patients but also for nurses.

2.2 Listening skill

Active listening plays a very important role in communication of nurses because through active listening, nurses can understand hidden meaning of voice, behavior and symptom of the patients.

Active listening requires the listeners not only to pay attention to action, behavior and voice changes of the patient but also have to understand what the patients cannot speak out.

- In order to have active listening, nurses should:
  + Sit opposite to the patients with comfortable feeling;
  + Friendly attitude;
  + Slightly incline toward the patients;
  + Eye contact with the patients;
  + Relax to listen
- Some factors disturb active listening of the nurses:
  + Bureaucracy, hurry, hasty, hurry, psychological stress, anxiety.
  + Sitting uncomfortable.
  + Lack of attention when listening;

2.3 Understanding skill

"Understanding" from nurse to patient is: understanding and willing to share with the patients. "Understanding" can be transferred to the patient by verbal or non-verbal way.

Summary of understanding and non-understanding skill
(Reference: Nguyen Ngoc Bao (2015), Communication skills in nursing practice)

Understanding skill	Non-understanding skill
Verbal - Emotional - Mention about emotion. - Open question. - Equality. - Warm voice.	 - No emotion - Not mention about emotion - Close question - Judgment attitude. - Boring voice
Non-verbal - Look into eyes. - Nod a head. - Smile - Gentle - Slightly incline toward ahead - Comfortable	 - Look at another place. - Nod a head too much. - So serious. - Laugh. - Fold arms

2.4 Appropriate touching skill

Touching is one of effective way in communication to show their understanding (sympathy), sharing or calming down to the patients. Sometimes patient feels better with only holding his hand. However, it is important to use it in proper circumstance with proper subjects at acceptable level and to certain patient.

2.5 Silent skill

Communication does not mean that nurses have to use verbal way all the time. Sometimes nurses have to keep silent to encourage patients to speak them out. Silence gives time to nurses to observe patients when they try to communicate verbally. Nurses can take that chance to observe action, face, attitude, etc.…of the patients to assess whether patients are calm or not and base on it to decide whether to continue communication or not. Through observation, nurses can understand deeply and clearly about disease and personality of the patients.

2.6 Writing skill

One of important nursing activities is writing report, medical record and make care plan. Therefore, it requires that content of writing needs to be transparent, accurate, full and easy to understand. Some contents need to be included:

- Time (date, month, time) of action
- Just describing action of patients through observation
- Using standard words and use abbreviation only when it has been standardized.
- Short and simple description.

3. Some remarks during communication of nurses

3.1 Communication between nurses and patients

Communication between nurses and patients is aimed intervention that focus on patients' needs and helps them to express their emotion or problems relating to their diseases, treatment and care. Communication aims to achieve effective implementation of nursing procedure, such as: collecting information during assessment period, contacting with patients on the beds when taking nursing techniques and nursing care activities; providing health education.

First step of communication is collecting information. In order to get trustable information, nurses need to communicate with patients in different circumstances and situation. Nurses also need to have active attitude when collecting information, understanding custom, habit, education background of the patients and pay most attention to the disease history of the patients.

Nurse should try to get good first impression from the patients. If the first impression is not good, it may take time to maintain communication effectively. Nurses should positively get sympathy from the patients, sometimes they can create new impression and surprises in communication.

It is better that nurses encourage any improvement of the patients, do not use personal prejudice when taking communication with patients. They also need to keep balance of mind when

performing communication with patients; control their tired, worry or angry feelings, etc.…by self-confidence. The most effective way is using natural attitude. It is necessary to give time to the patients to finish all their ideas because "knowing how to listen will make the patient talk" in order to collect useful information; It is better to use clear words, peaceful and polite intonation, positive sentences in combination with non-verbal behavior such as: shaking head, smiling, opening eyes to show surprise, etc.

Nurses should give greetings naturally and say the sentence "Can I help you" with sincerity. Feelings of a person can show through their voice, sound and the expressiveness of greetings. The conversation between nurses and patients should be finished properly and impressively to both of them.

3.2. Communication between nurses and patient's family

Family and relatives of patients play important role during caring and treating process. If the nurses can create good communication with patient's family, it would take good impact to the treatment and care process. Hence, nurses have to understand family background of the patient, relationship and role of family, relatives with the patient.

Communication between nurses and patient's family need to maintain continuously in order to get most effective caring and treatment. Through communication with patient's family, nurses can find most trustable person who has strong belief from patient, and then this person can coordinate with nurse to solve problems of the patient in emergency cases.

3.3. Communication among nurses

In order to have effective nursing care and medical treatment, all members of the group have to exchange information and closely coordinate to each other in work.

When communicating with colleagues, nurses need to pay attention to the following issues:

- Respect colleagues; have a sense of learning from the orders with professional experience and knowledge, ethics, good lifestyle;
- Understand roles, responsibilities and relationship with colleagues to fulfill their tasks together;
- Coordinate, cooperate and support colleagues in works and life; just ask your co-workers for help and support when you have tried and worked hard; say thanks to colleagues when receiving support from them and know to apologize for errors or accidentally hurt your co-worker;
- Sincerely praise the advantages of colleagues naturally, not flattering; give advice on restrictions by goodwill; compete with colleagues in a polite way for the common purpose of the department and unit; Avoid jealousness, or make it difficult for colleagues;
- Clarify between professional works and private issue when communicating with colleagues;
- Behaviors to be avoided in the relationship with colleagues: Curious about private life, bad comments behind their backs, deeply intervene in family matters, setting up unreal stories to badly affect to relationship with colleagues.

4. Bad news delivery skills

4.1. Definition of bad news and bad news delivery

Bad news is considered as unexpected information by both patients and nurses on health condition and sickness development (more severe) including status of antibiotic, high risk of disability or death. Therefore, informing more severe situation to patient and his family is always very difficult.

Bad news often causes shock to the patients and might be the reasons to unexpected changes of mind, behaviors which may affect too much to the patients themselves.

Reactions of patients after receiving bad news are different. Some of them are calm and follow instruction of nurses, but some are shocked which leads to negative reactions such as psychosis, treatment stop, complication or suicide.

Bad news delivery is hard but it is very important skill that all nurses need to gain, practice and ready to face up with. It is not good to be hurry up to deliver bad news. Nurses need to prepare everything in advance before delivering bad news to the patient and his family in order to ensure success of communication (can deliver information the patients and minimize bad effects from bad news to the patients).

4.2. Preparation of bad news delivery

4.2.1. Preparing information resources of bad news

Nurse needs to identify information resources of bad news and deliver it to the patient only when having secured results.

It is not allowed to deliver bad news to the patient without medical diagnosis.

Information which needs to deliver to the patients must be accurate, clear and understandable.

Nurses need to prepare necessary information which plans to deliver and explain to the patients: List of questions that patients may ask potentially and prepare proper answers; Forecast negative mental reactions of patients and solution plan with support from colleagues.

4.2.2. Bad news deliverer

Bad new deliverer normally is nurse-in-charge because he/she takes all responsibility for whole caring process in patient's bed and is person who understand well about sickness process of the patient. Sometimes the nurse-in-charge can appoint his/her colleague to deliver bad news to the patient in case the nurse understands that his/her colleague have better capacity to deliver bad news than her

4.2.3. Time of bad news delivery

Nurses should not deliver bad news before operation, surgery when patient just overcomes a severe situation or emergency case (after surgery, emergency). It is better to select the time after patients have meal or rest and feel comfortable for communication, when family or relatives of patients are also nearby and ready to support them mentally and physically; Should select day time in order to timely solve negative problems happens after receiving bad news.

In case of emergency, patients are in severe situation and are not capable to receive and process information, all information including bad news need to be delivered to patient's family.

4 2.4. Venue of bad news delivery

Venue of bad news delivery must be professional environment, safe and ensure secret of patient's information where should be consultation room or nursing department, sometimes it can be patient's bed if he/her is in serious condition.

Bad news should not be delivered at administration department due to noise and crowded people where the secret of patient's information is not secured. Nurse should not deliver bad news at non-professional areas such as hospital balcony, outside patient's bed…. Nurse also should not deliver bad news via phone.

4.2.5. Bad new receivers

In reality, patients have right to receive all medical information relating to their health condition. However, if the patients are in unconscious situation or serious condition, the bad news receivers must be their family's members.

In case the patient is in conscious situation but unstable mental condition, nurses should consider to recommend them to appoint their family's members to be substitution for information receiving in order to ensure best condition of the patients.

Only person over 18 years old who are capable enough for communication and bad news receiving have right to accept or refuse information announced by the nurses.

Children, adolescent (under 18 years old) and patient over 18 years old without communication capacity will receive information through their parents or protector.

4.2.6. Understandings of bad news receiver

Nurses need to collect necessary information on patient (bad news receiver) before delivering information and check whether they know anything about what you are planning to talk.

Having patient's information and understanding will help nurses to have good preparation and proper explanation when delivering bad news. For the patients who have no idea of their disease, nurses need to find suitable explanation and use understandable words.

4.3. Bad news delivery process

4.3.1. Showing sympathy with health condition of patients

Nurses should start bad news delivery process by greetings and short questions to show his/her sympathy and care to the patient. It is better to ask them about their feelings on health improvement by using sincere questions which are suitable with condition of the patient.

Example:

Nurse: Good morning. How do you feel today? Did you enjoy meals and feel better than yesterday?... (continue talking after having answers from patients)

4.3.2. Starting by understanding of patients and their family

The best way to deliver bad news is starting by health condition of the patients that patients, their family and nurses have understood clearly before. Hence, this is acceptable and understandable information to the patients. For example:

Nurse: As you know, before having MRI on chest, you had difficulty in breathing, and on chest X-ray film shows a blurry tumor in the middle of the chest.

Patient A: Yes, I see. Nurse also showed me that blurry tumor.

Nurse: In order to study more about that blurry tumor, we propose you to have MRI on chest and you agreed, right?

Patient A: Yes, I agree

4.3.3. Bad news announcement

After checking that patient is ready for listening with stable mind, nurse can start announce bad news, at the same time, observe feelings, behavior and reaction of the patient.

Nurse: Based on result of your chest MRI, the result is not as our expectation (observe attitude of patient when receiving information)

Patient: Anything wrong?

Nurse: On MRI result, it has abnormal tumor and its size is a little big that it compressed into the trachea and esophagus. As the result, you have difficulties in breathing and acataposis (stop talking and then observe attitude of the patient)

Information should be delivered in form of short and understandable sentences. Nurse should have eye contact with the patient when delivering information, so that nurse can observe attitude and reaction of patients and their family. If it finds any chances of behavior or reaction from the patient, nurses should stop delivering bad news.

4.3.4. Mental support

Mental support is necessary skill during bad news delivery process.

In order to provide effective mental support to patients, nurses need to:

Always listen to patients, show sympathy with hurts and difficulties that patient is facing up with (bad health, decreasing income, long time of hospitalization…); Find and understand non-verbal communication of patients in order to foresee unexpected reactions and behavior of patients.

Use friendly and understandable words to communicate with patients; encourage them to share their thoughts and problems.

In case patients have negative reactions such as crying, shouting…, nurse should stop delivering bad news, observe patient's reaction. Basing on basic patient identification, nurse can start communicate with patient or wait to talk with them in another time while patient feeling calm.

Nurse: Should we change the topic? Do you enjoy your meals? Do you follow the diet recommended by us?

Patient: I am still trying to follow your recommendation

Nurse: Yeah, try your best! Good diet can help to improve your resistance.

Or nurse can share bad feelings with patients.

Nurse: I feel so sorry to give you such bad information. We expected to have better testing result than this.

Patient: So, my life is over ...

Nurse: You should not think on that way. Some patients can live more than 5 years after it and it can be recognized that they won cancer disease. We still have hope on next treatment steps. We will come back to the discussion on treatment options, can you?

In case patients have so negative behaviors (such as shouting) or harming to himself or others, nurses need to stop delivering bad news and call support from patient's family to encourage them timely. At the same time, nurses need to continue observing patients in order to timely find and solve any problem that aims to protect patients.

Nurse needs to remind patient's family or person in charge of caring patient to prevent idea of suicide. If needed, nurse can change patient's bed into safer place (far from window for example), remove potential harmful materials nearby patient such as knife, scissors, sleeping pills,…There is always one person stay with patient and do not remind him about bad news.

4.3.5. Re-checking delivered bad news

After announcing bad news, nurse needs to double check whether patient can understand exactly what we have delivered. If patient has wrong understanding, nurse has to explain it again in detail until having correct understandings from the patient.

Nurse needs to encourage them to raise any question on any unclear part of what they have received. It is necessary for nurse to answer all question and give explanation to the patient.

Nurse: We have had long discussion and information sharing, could you kindly repeat it?

Patient: You have informed me that my both kidneys are out of function at stage IV and I need to take dialysis.

Nurse: Do you need any more explanation?

Patient: So, from now on, my life will forever run with kidney machine?

Nurse: At present, it is the best way for you. This machine will work as same as your kidneys and help to improve poison release. Therefore, we need to use this machine every several days. However, we still can keep hope to have kidney replacement after you finish necessary checking and testing. Many patients have had successful kidney replacement, so if you want, we will send you to Surgery Department for checking and consultation.

4.3.6. Promote hopes and optimism of the patient

Normally, patients after receiving bad news often have pessimistic and depressed feelings. Nurses should promote hopes and optimism of the patients and encourage them to accept unhappy news, accept treatment and following nursing care process.

Nurse should not repeat bad news that makes them more worry. Nurse should inform them optimistic news such as percentage of successful cases, new advanced treatment that brings good result to the improvement of patient's health.

Nurse: It is the good news that your tumor was found at early stage with small size and it is highly possible that we can have operation soon.

Nurse: Among cancers, your case is evaluated to have longest life. Many patients with early stage of breast cancer like you can live 20 years more after operation. I believe you also can do the same thing.

Nurse: Even if your illness does not accept medication, please don't think about it too much. You also can extend your life with comfortable mind and happy feelings. We will give you some painkiller medicine to make you feel better.

4.3.7. Consultation to patients

Bad news delivery skill is not only delivering necessary information, but also consultation to the patient to help them come over their health problems. Some matters that patients often ask nurses:

Is it possible to cure my disease?

How many effective treatments for my case?

How long can I live?

Will I be disable for my whole life?

Is it possible that my disease can be transmitted to others? Is it inherited?

How much do I need to pay if accepting this treatment?

How long can I live more if accepting operation?

Nurses need to help them to solve the problems relating to bad news:

- If patient accepts to continue the treatment, nurse needs to inform them next stage of nursing care…
- In case of transferring patient to another department or another hospital, nurse needs to explain to them the reasons, purpose, schedule, procedure and support them to finish all necessary process.
- In case patient need to have mental support: Nurse should arrange a meeting between patient and nurse in charge of mental consultation as soon as possible.
- When patient discharges from hospital, nurse delivers prescription with detail explanation of usage, diet, self-care and self-monitoring, re-check schedule (if any)

4.4. After delivering bad news

For patients with severe prognosis or near death, nurses should show condolences with the patient's family. Nurse should also provide final solutions to help the patient's family choose the best solution. For example:

Nurse: We did the best for him, but unfortunately, his lungs were so damaged that he couldn't recover.

Mother of the patient: (Crying)

Nurse: We would like to share condolences to your families. We can help one more thing for him to maintain his breathing machine for a while, to wait for the family' decision. We can also send people to maintain the ball to maintain oxygen for him to come home, if the family chooses to take him back.

4.5. Attitude of nurses when delivering bad news

When delivering bad news to patient, nurse needs to show her sympathy with hurts of patient: ready to listen any sharing on difficulties and problems of patients; do not hurt them anymore; kind and gentle voice; patiently explained to the patients to understand and accept the news; willing to help patients solve health problems related to bad news.

If the patient has an excessive psychological reaction such as agitation, depression ... nurse should temporarily stop providing bad news, to stabilize the psychology of the patient, and wait for the appropriate time later.

The response of each patient to the bad news is very different, the nurse must be trained and practice in bad news delivering skills in order to be able to handle it well in any case. One of the ways to train the skill of delivering bad news and to show empathy with the patient is that a nurse can recall his own experiences when he receives bad news, or when he was informed that loved one passed away. Thereby, the nurse will be able to understand the patient's feelings when receiving bad news. Nursing should always show empathy for the pain of the patients and their families.

B. PRACTICE PART

1. Procedure of communication skill with the patient

Communication with patient and his family is daily work when nurse performs patient care duty. Depending on content of care services and context of care activities, nurse can select to apply appropriate communication methods in order to help to care of patient effectively and make his family satisfied. In actual situation, there are many different contexts of communication, sometime it is greetings only, or when nurse comes to check health condition of the patient daily, or explanation from nurse to patient when taking minor operation, or encouragement from nurse to patient and his family when they have mental problems, pain, financial problems, or health education and consultation to the patient/his family on self-care during hospitalization and after hospital discharge,… Depending on context of communication and characters of each patient, nurse needs to decide appropriate communication methods to achieve nursing care targets.

The table below is communication procedure between nurse and patient including 17 steps. Depending on certain context of communication, nurse should select suitable steps (it is not necessary to finish all the steps).

No	Procedure	Reasons
1	Assessment of patient/his family: Ability of speak, listen, communication, educational background, custom, belief, mental condition and health situation…	Relating to effectiveness of communication
2	Nurse: Wear uniform as regulation with name tag	
3	Preparation: Inform time and venue of communication *(beside patient's bed in case he cannot move)*	
4	Prepare venue of communication: clean, cool, quiet, having table, chair and lights, ensure privacy...	Ensure necessary condition of communication
5	Greetings (using appropriate pronouns) Self-introduce to patient and his family	Perform procedure of communication, create friendly, open respectful and polite environment
6	Explain purposes and objectives of communication	
7	Raise questions (open and close questions) in line with content of communication; Use simple and easy-to-answer questions that patient/his family can give feedback	Facilitate communication
8	Create trustable and friendly environment. Nurse shows her empathy and support to patient	Help patient understand that he is receiving nursing care
9	Using appropriate non-verbal communication means (eyes contact, open attitude, same position with patient, leaning toward the patient)	Create concentrative and active environment for communication
10	Assess information through non-verbal actions of the patient (body language)	Help to have accurate information exchange between nurse and patient
11	Re-explain when patient is still not clear or do not understand the information	Help patient/his family understand clearly
12	Active listen (leaning toward the patient, shake head, face, attention, do not take private action…)	Patient receives care from nurses
13	Ask about expectation of the patient/his family	Pay attention to needs of patient, help them feel secure and trustable
14	Ask patient about health condition, living conditions, medical care system and other medical related issues in his locality	Create active relationship between nurse and patient, promote trust
15	Encourage patient to raise his questions if he is not clear on situation; give time to patient to present what he wants to say Answer questions from patient	Help patient understand more clearly and feel comfortable during communication
16	End of communication: summarize discussed points	Nursing and patients have consensus and mutual understanding.

17	Give thanks to patient/ his family and say goodbye when finishing communication	Perform procedure of communication applied for medical staff

Checklist of procedure of communication skills with the patient

No.	Content	Achievement level		
		Achieved	Not achieved	Remark
1	Assessment of patient/ his family			
2	Nurse: uniform, name tag			
3	Preparation: informing			
4	Venue preparation			
5	Greetings, self-introduce			
6	Explain purpose of communication			
7	Give appropriate questions (open and close questions)			
8	Create trustable and friendly environment			
9	Use appropriate non-verbal communication means			
10	Assess information through observation			
11	Re-explain if needed			
12	Actively listen			
13	Ask about expectation of patient/his family			
14	Ask about health condition…			
15	Encourage patient to raise questions; answer questions			
16	Complete communication: summarize…			
17	Give thanks to patient/ his family and say goodbye when finishing communication			

2. Communication skills in some special cases

When practicing nursing care to patients, nurse can meet patients with communication difficulties, such as hearing difficulties, speaking difficulties, depressed or hard-going person… That is, nurse needs to have appropriate skills to be able to communicate with all these subjects to ensure effective care.

Communication with patients with hearing and speaking difficulties: This group of patients often has sensitive and vulnerable psychology. Therefore, when taking communication, nurse needs to assess the ability of hearing, speaking, information receiving, expressing of the patient and the attention of the patient with the communication content... and always show respect, sympathy and

politeness. Nurse should use simple, concise, easy-to-understand sentences, the speed of speaking is slow, clear, and apply speaking while observing how patients receive information to have timely adjustment.

2.1. Communication with patient with worries

It is necessary to evaluate level of anxiety and find factors which lead to anxiety to the patient (for example: hospitalization, worries about disease, medical costs…), discuss with members of patient's family about reasons for anxiety; It helps to reduce anxiety of patient through empathy and detail explanation or guidance how to relax, breath and enjoy.

2.2. Communication with depressed patient

It is needed to evaluation which action shows depression of the patient and find out reasons/factors for depression. When communicating with patient, the nurse should show his/her sympathy and understanding to the patient, actively listen, accept existing condition of the patient and pays attention to advantages of the patient. Nurse need to concentrate on observation and listening in order to understand actual feelings of the patient, then give them appropriate advises and consultation.

2.3. Communication with angry patient

Nurse needs to keep calm, stable mind, do not confuse and should look at the patient's eyes to encourage them to speaking out their feeling or their story. The nurse should not absolutely show his/her impatience to give comments or criticism. When communicating, the nurse needs to keep a firm attitude, show confidence and professionalism, not be humble or afraid too much.

3. Procedure of bad new delivery skill

No	Procedure	Reasons
1	Assessment of patient/ his family: Capacity, mental condition…	Foresee reaction of the patient when receiving bad news
2	Nurse: wears uniform as regulation with, name tag	
3	Venue: should be personal room, should not be patient's room or administrative room of the department	Do not affect other patients, ensure privacy
4	Greetings (use proper pronouns) Self-introduce if patient/his family does not know about the nurse in charge	Follow the procedure of communication, create friendly and respectful environment.
5	Starting: - Explain purpose of communication; ask the patient whether he is ready to receive bad news or not; observe attitude and reaction of the patient; - Ask some questions about health condition and daily activities of the patient; discuss with patient on his understanding about actual health condition.	- Identify cooperation from the patient - Psychological prepare for patients, avoid for patient and his family from sudden shock.

6	Delivery bad news in short, accurately and easy to understand	To help patient/family have correct understanding on bad new/information
7	Observe the patient and his family; timely find out their reactions when receiving bad news; provide mental support to the patient and his family.	Mental support to the patient and his family.
8	Re-check content of the bad news which has been transferred to the patient	Secure correct understanding of patient
9	Encourage patient to raise questions relating to content of the bad news	Understand worries or problems of the patient
10	Answer questions from the patient	Help patient satisfy
11	Sharing sympathy and understanding with the patient	Show sharing
12	Give thanks to patient/ his family and say goodbye	End communication

Checklist

No.	Content	Achievement Level		
		Achieved	Not achieve	Remark
1	Assess patient/patient family: educational background, mental condition...			
2	Nurse: uniform			
3	Venue preparation: private room			
4	Greetings, ask/call patient's name, self-introduction...			
5	- Explain purpose of communication - Ask some opening questions			
6	Delivery bad news in short, accurately and easy to understand			
7	Observe the patient and his family			
8	Re-check content of the bad news which has been transferred to the patient			
9	Encourage patient to raise questions relating to content of the bad news			
10	Answer questions from the patient			
11	Sharing sympathy and understanding with the patient			
12	Give thanks to patient/ his family and say goodbye			

EVALUATION QUESTION

1. Select the best answer

Question 1.1: Purpose of communication between nurse and patient/family in the hospital

A. Perform interaction between people in society

B. Collect information for assessment

C. Collect information, information sharing with patient/family

D. Take patient assessment, practice nursing care activities, health education to patient/family

Question 1.2: Basic communication skills of the nurse

A. Interviewing

B. Listening

C. Understanding

D. Interviewing, listening, understanding

Question 1.3: Attitude of nurse when communicating with colleagues, except:

A. Praise the advantages of colleagues naturally and sincerely

B. Strictly criticize when not happy with colleagues

C. Support, cooperation, help colleagues in work and life

D. Respect colleagues; consciously learning from colleagues

Question 1.4: How to deliver bad news to patient/ family, except:

A. Clear and short communication

B. Repeat bad news many times

C. Use simple sentences

D. Select proper time

Question 1.5: Interviewing skills when communicating

A. Interview patient and his family

B. Use open and close questions properly

C. Use only close questions that is easy to answer

D. Use open questions to collect more information

Question 1.6: Active listening skill

A. Listen when patient is talking; pay attention to voice, behavior and face of the patient

B. Listen all what patient/his family wants to say

C. Make note when listening

D. Listen and ask patient to explain clearly

2. Questions on communication skills *(According to the Guidelines for Conducting Communication of Health Officers - Vietnam Medical Union)*

This is dialogue between nurse (Ms. Thuy) and the patient (Mrs. Vu Thi Hoa, 56 years old) at examination department.

Nurse:

- Good morning.
- I am nurse of Medical examination department
- Please come here for health examination.

Patient:

- Yes, thank you. Which room should I come?

Nurse:

- Yes, please come to this room *(The nurse pointed to a room near the patient is waiting)*

  After receiving the patient to the department and preparing, the nurse told the doctor to examine *(sitting in the next room)*.

Nurse:

- Would you take examination? Patient has finished preparation

Doctor:

- Thank you. I am coming.

Questions:

2.1. Could you make your comments on communication of nurse with patients through above conversation? Specify which sentences/phases that nurse follow/not follow the instruction on communication? *(in comparison with instruction on communication skills in Guidelines for Conducting Communication of Health Officers - Vietnam Medical Union)*

2.2. According to Guidelines for Conducting Communication of Health Officers - Vietnam Medical Union, how to change those unproper sentences/phases?

3. With your understanding on communication and experience through the clinical learning process in Nursing School, could you raise at least 2 practical examples of good communication and at least 2 examples of improper communication of nurse when taking care of the patient?

4. Role play

4.1. Role play: communication between nurse and patient in the hospital

Suggestion: Trainee writes a short script (6 to 8 sentences) about **communicating with the patient who is being treated in the hospital** *(communication content chosen by the trainees)* **and practice communicating according to the scenario** *(invite another practitioner to make it.)*

4.2. Play a role on communication between nurse and family when patient has prognosis of death *(nurse and family)*

Suggestion: Trainee writes a short script (6 to 8 sentences) about **communicating with the patient's family when patient has prognosis of death** *(communication content chosen by the trainees)* **and practice communicating according to the scenerio** *(invite another practitioner to make it.)*

4.3. ***Play a role on communication between nurse and patient with hearing difficulties*** *(Nurse and patient)*

Suggestion: Trainee writes a short script (6 to 8 sentences) about **communicating between nurse and patient with hearing difficulties and practice communicating according to the scenario *(invite another practitioner to make it.)***

5. Case study

The patient- Ms. Le Thuy Ha, 25 years old; teacher in a high school, single and being an active member of the performing arts activity team in the school. Her history is healthy. During the periodic health check-up, the doctor diagnosed: left ovarian cyst; need to take surgery to remove cysts. The patient was very confused, worried and scared because the surgery is coming.

Questions:

5.1. Identify the factors that make the patient Le Thuy Ha nervous, afraid before the surgery

5.2. Being the nurse of charge of this patient, could you explain to secure the patient and encourage them to accept treatment? (present by role-play)

ANSWER:

Question 1.1: C;

Question 1.2: D;

Question 1.3: B;

Question 1.4: B;

Question 1.5: B;

Question 1.6: A;

Question 2:

Awareness communication: Thuy has taken steps Communicate according to the instructions, about details that are not according to the instructions.

Unproper sentence/phase *(According to Guidance...)* in the conversation	**How to change *(according to Guidance…)***
When communicating with patient: - Good morning – *need to call name of patient*	- Good morning, Mrs Hoa
- I am nurse…. – *Need to introduce your name to the patient*	- My name is Thuy, I am nurse….

- please come to this room *Need to clarify room number*	- please come to the room No.2 for health check-up
When communicating with colleague - Would you take examination? – Unproper word as the guidance	- Would you come for health examination, doctor?

Competency based assessment checklist for Communication skills in patient care

No.	Content	Achievement level		
		Can do independently without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/do wrongly (0)**
1	Describe basic communication skills and some remarks in communication of the nurses.			
2	Describe the content of bad news notification			
3	Make comments on communication cases of nurses in care practice			
4	Make comments on communication cases of nurses in care practice			

REFERENCES

1. Chu Van Duc (2005), *Communication Skills Curriculum,* Hanoi Publisher
2. Nguyen Ngoc Bao (2015), *Communication Skills in Nursing Practice,* Nam Dinh Nursing University
3. Ministry of Health (2012), *Nursing Techniques Lecture,* Medicine Publisher
4. Ministry of Health (2015), *"Instructions on communication and behavior of Medical Staff".*

LESSON 29

HEALTH EDUCATION

OBJECTIVE

1. Describe some fundamental features about communication skills in health education which is related to nursing activities: the meanings of communication in health education, all communication skills and requirements to communicate effectively.
2. Develop a suitable and effective plan for patient, patient's families after discharging from hospital (Competent standards: 10.3; 11; 12.2; 13.1; 14.1; 14.2; 14.3; 14.5; 14.6)
3. Have good knowledge about health consultation and health education; with friendly attitude, open-hearted and respectful performance during health educating period (Competent standards: 10.1; 11.1; 24.1; 25.2)

CONTENT

A. THEORY

1. OVERVIEW OF HEALTH EDUCATION

1.1. Regulation of health education for nurse

- According to Circular 07/2011/TT-BYT, requires 12 specialized missions of Nurse when taking care patients. The first mission is **Consultation and guidance of health education.**
- Hospital has regulations and organize suitably health education and consultation.
- During treatment, patients will be consulted, educated about health and taken care, monitored by Nurses and midwife.

1.2. Definition of health education

Health education has been defined in many different ways by different researchers,

- "Health education attempts to close the gap between what is known about optimum health practice and that which is actually practiced" (Griffiths, 1972).
- "Bringing about behavioral changes in individuals, groups, and larger populations from behaviors that are presumed to be detrimental to health, to behaviors that are conducive to present and future health" (Simonds, 1976).
- "Any combination of learning experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health" (Green, Kreuter, Deeds, and Partridge, 1980).
- "The process of assisting individuals, acting separately or collectively, to make informed

decisions about matters affecting their personal health and that of others" (National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators, 1985).

Common aspects among these concepts are that health education includes not only instructional activities and other strategies to change individual health behavior but also organizational efforts, policy directives, economic supports, environmental activities, mass media, and community- level programs.

1.3. Health behavior

1.3.1. Definition of health behavior

Health education is attempted to influence to health behavior. Health behavior is defined, for example;

- Any activity undertaken for the purpose of preventing or detecting disease or for improving health and wellbeing (Conner and Norman,1996)
- Behavior patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration and to health improvement (Gochman, 1997).

Health behaviors within this definition include;

- Medical service usage (e.g., physician visits, vaccination, screening)
- Compliance with medical regimens (e.g., dietary, diabetic, antihypertensive regimens),
- Self-directed health behaviors (e.g., diet, exercise, smoking, alcohol consumption).

In the health facility, health education performs for high-risk person, patient, patient's family and others like training for medical staffs which is a part of daily medical caring.

1.3.2. Preventive behavior

1. Primary Prevention—intervening before health effects occur, through measures such as vaccinations, altering risky behaviors (poor eating habits, tobacco use), and banning substances known to be associated with a disease or health condition.

2. Secondary Prevention—screening to identify diseases in the earliest stages, before the onset of signs and symptoms, through measures such as mammography and regular blood pressure testing.

3. Tertiary Prevention—managing disease post diagnosis to slow or stop disease progression through measures such as chemotherapy, rehabilitation, and screening for complications.

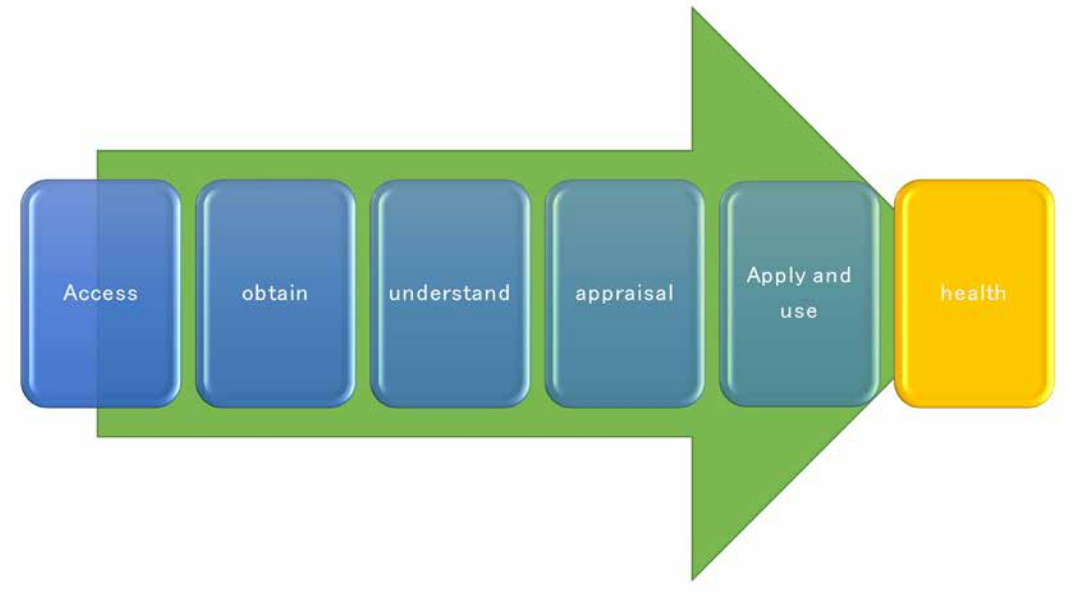
* Primordial prevention- prevention of risk factors related social and environmental conditions.

1.3.3. Health literacy

Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.

(The WHO Health Promotion Glossary1998)

To develop health education program, health professionals have to consider each step of process of health literacy and identify to be suit.



(Nakayama et. al. Health literacy (in Japanese) Modified by authors)

1.4. Nurses' roles in health education

The role of Nurse in Health System has more changes than in the past. Nurse is not only the person who take care health but also consult for patients and patients' family. With reality knowledge and experiences, Nurse can consult with patients and patients' families on how to care about health properly, to help them get well soon. For examples: which food patients should eat, should not eat or drink, how to take a rest or do exercise and work suitably, how to take correct pills and follow-up drug usage, etc.

Consultation is a period to help patient understand and deal with psychological stress, family and community's problem and diseases. Nurses can focus on encouraging patients to be controlled by themselves.

Nurses can consult to patients or groups. Consultation does not need to be followed the procedures or samples. It can combine in taking care patient's period. In order to have suitable and effective health consultation, it requires nurses to have skill of identification, analysis situation, summary information, select suitable content and consultation method, evaluate the patient's improvement after the consultation. Current health caring focuses on how to improve and maintain good health rather than treat diseases. Hence, patients and patients' families also need to get minimum knowledge and skills to take care themselves so they can leave hospital soon and take care themselves at home.

1.5. Behavior change theory

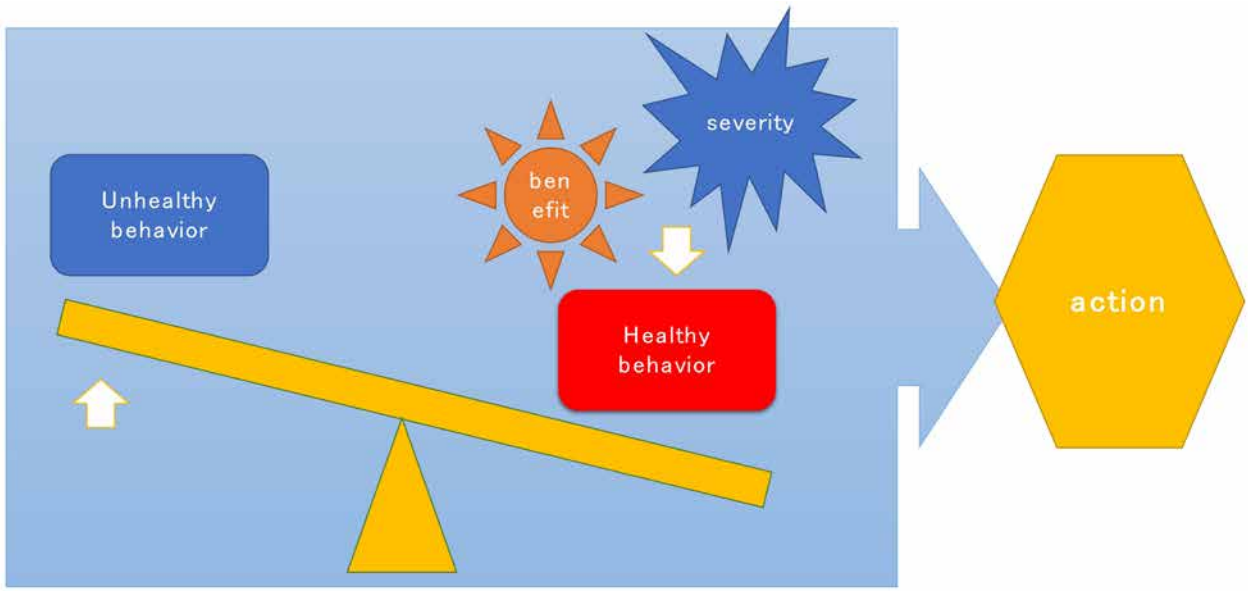
To identify the determinants to influence health behavior and decide and carry out appropriate strategy of health education is required competency for health professional including nurses. Behavior change theories could help to develop the health education activities.

In this section, some of theory and model of individual and inter-personal level which often used in health care setting are introduced.

1.5.1. Health belief model

The Health Belief Model (HBM) addresses the individual's perceptions of the threat posed by a health problem (susceptibility, severity), the benefits of avoiding the threat, and factors influencing the decision to act (barriers, cues to action, and self-efficacy).

HBM was one of the first theories of health behavior, and remains one of the most widely recognized in the field. It was developed in the 1950s to explain why so few people were participating in programs to prevent and detect disease. The HBM is a good fit for addressing problem behaviors that evoke health concerns (e.g., high-risk sexual behavior and the possibility of contracting HIV).



(Edited by authors)

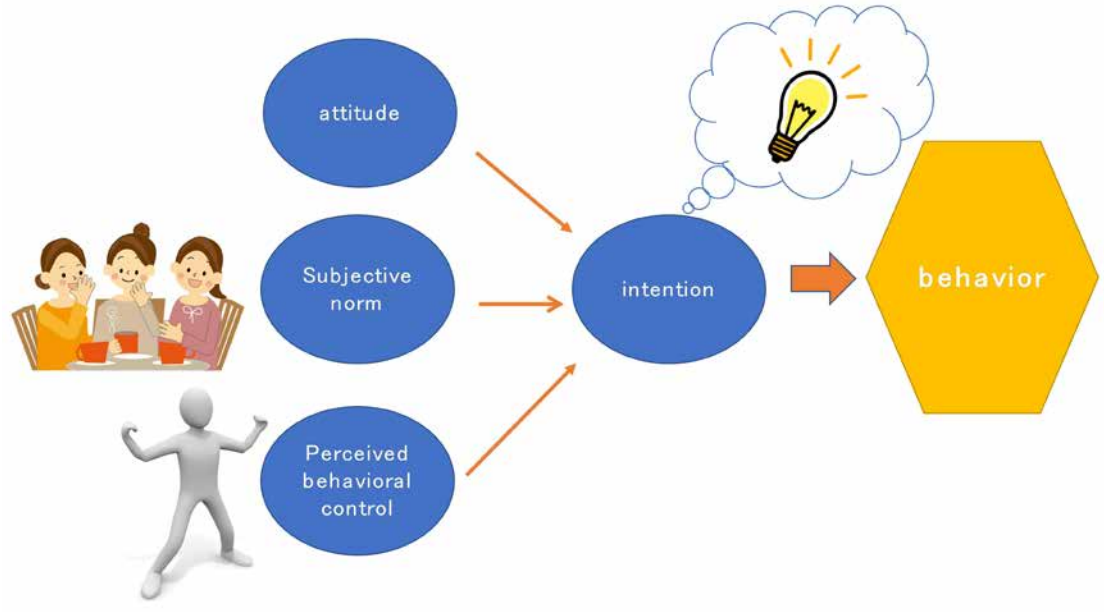
When applying the HBM to planning health programs, practitioners should ground their efforts in an understanding of how susceptible the target population feels to the health problem, whether they believe it is serious, and whether they believe action can reduce the threat at an acceptable cost. Attempting to effect changes in these factors is rarely as simple as it may appear

1.5.2. Theory of Planned Behavior

Theory of Planned Behavior (TPB) explores the relationship between behavior and beliefs, attitudes, and intentions. TPB assume behavioral intention is the most important determinant of behavior. According to these models, behavioral intention is influenced by a person's attitude toward performing a behavior, and by beliefs about whether individuals who are important to the person approve or disapprove of the behavior (subjective norm). TPB assume all other factors

(e.g., culture, the environment) operate through the models' constructs, and do not independently explain the likelihood that a person will behave a certain way.

(Theory at a Glance,2005)

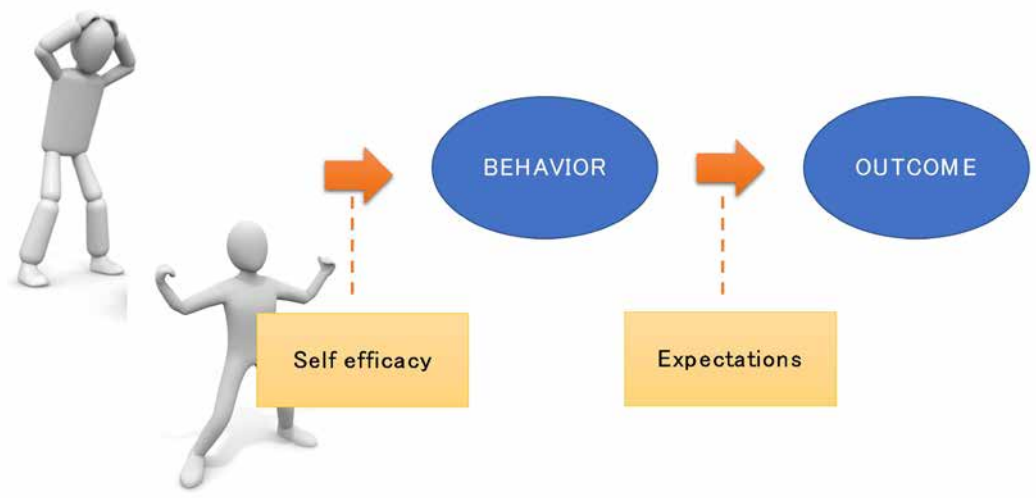


(Edited by authors)

1.5.3. Social Cognitive Theory

Social Cognitive Theory (SCT) describes a dynamic, ongoing process in which personal factors, environmental factors, and human behavior exert influence upon each other. According to SCT, three main factors affect the likelihood that a person will change a health behavior: (1) self- efficacy, (2) goals, and (3) outcome expectancies. If individuals have a sense of personal agency or self-efficacy, they can change behaviors even when faced with obstacles. If they do not feel that they can exercise control over their health behavior, they are not motivated to act, or to persist through challenges. As a person adopts new behaviors, this causes changes in both the environment and in the person. Behavior is not simply a product of the environment and the person, and environment is not simply a product of the person and behavior.

(Theory at a Glance, 2005)



(Edited by authors)

approach	definition	example
Small step	Approach behavior change in small steps to ensure success; be specific about the desired change	To achieve 5 kg reduction of weight, start with 1kg and give reward
Observational learning (modeling)	Offer credible role models who perform the targeted behavior	Use TV talent for TV commercial who success the diet
Experience learning (Success experience)	Quote successful experience of his/her self	encourage Pt that she/he can do diet because he/she has experience to quite tobacco before
Expectations	Show positive outcomes of healthful behavior	make Pt aware that he/she could be healthier when she success with 2 kg weight reduction

2. COMMUNICATION IN HEALTH EDUCATION

Communication is one of the most important skills of health consultants. The method which helps people having good connection in living environment is communication by language, verbal or non-verbal, and by some support medium.

Communication is a connecting bridge between people. Johnson (1986) considered communication is a method, which people can send message to the others and receive responses (feedbacks).

2.1 Basic steps in communication

Communication contains 3 basic steps:

- Sender
- Communication channel
- Receiver



Diagram 1: Three basic steps in communication

The effectiveness of communication process depends on these 3 basic steps. If the information from deliver sources is not well managed, it will not accurate or cannot be delivered to right persons. The information receivers cannot understand if the information is not clear, enough or suitable. When information is sent via communication channels, there are some features can make noise. The knowledge, current situations and personal character from obtain sources can affect to the effectiveness of receiving information.

Analyze all features which can affect to the success of communication, divide and consider all separate once: Senders, receivers and communication channels will build communication programs properly.

The first step to make plan for any communication program is about targeted people because a plan can be successful with this object could be failed with another one. Two people that listen to the same audio, watch the same poster can understand and explain them differently. Some relevant information about targeted people need to be found out to make communication plan, and the consultants also need to care about faith, health and sphere of influence of these targeted people.

2.2. Communication's influence to targeted people

Communication can affect to targeted people through these stages:

Stage I: Communicate to targeted people

Communication will work well when targeted people listen and see all messages. Information has to come directly to expected objects when they can listen and see. To do that, the senders have to understand expected objects, find out where they can see the posters, banners and their reading and listening habit

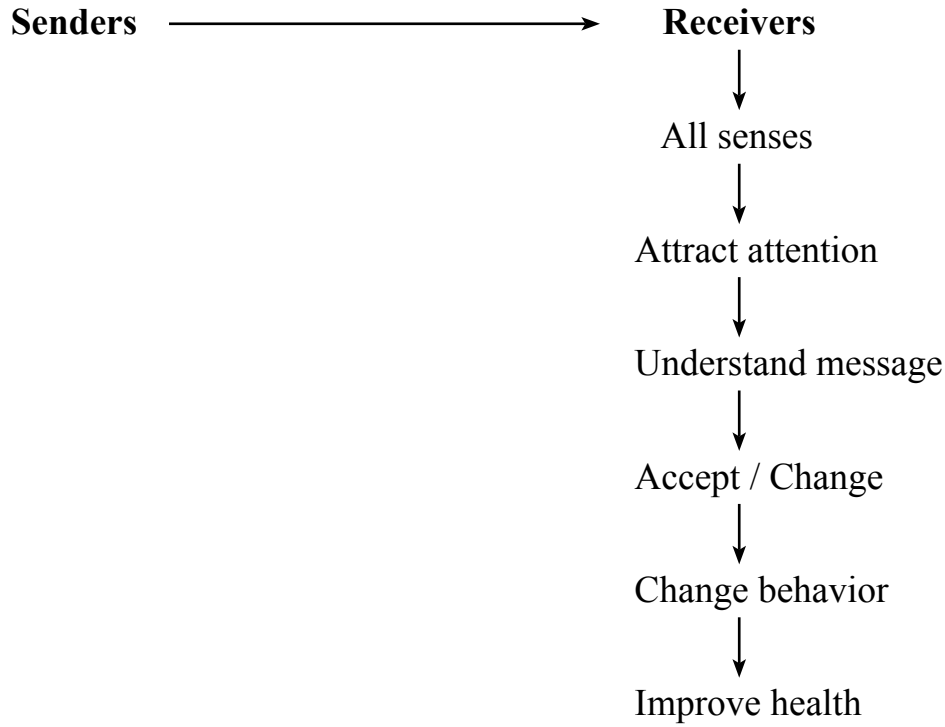


Diagram 2: Stages of communication's influence to targeted people

Stage II: Attract attention of expected objects

Any communication of health education methods also needs to attract attention of targeted people, to make them listen, see and read message. At any times, targeted people will not pay attention to all reactions of their senses when they receive information. Attention is a process which targeted people can choose the best part of message to pay attention to and ignore other parts at the same time. There are many factors can make targeted people pay attention or not. Thus, to know how to attract attention of targeted people is very important.

Stage III: Understand messages

People will pay attention to the messages when they understand them. Understanding message is called awareness. Awareness is a subjective process of each person. Two people can listen to the same program or see the same picture but they can explain the meanings differently. Therefore, there will be different reaction.

Stage IV: Promote changes

Communication is not only receiving, understanding the message but also believe in and accept with the messages. There are many factors affected to truth the messages. It is easy to change if the information the people receive in recent. In contradictory to that, it is quite difficult to change the information that exists for a long time.

Stage V: Create and change behavior

Communication can lead to awareness raising, change in belief but cannot change the behavior. The reason is communication does not lead to change the belief that is the most impact factor to behavior. People can have good attitude and they want to take action, such as: Use family planning methods, take children to hospital to get vaccinated… but the pressure from the others can stop them from doing these good things. One more factor can make people do not change their behaviors is lack of money, time or health services. Thus, to change someone's behavior in this period, it is necessary to create suitable environment and support them.

Stage VI: Improve health

Improving health happen when all behaviors are chosen and done in an appropriate way by expected objects based on scientific foundation because it impacts to the health. If the messages are out of date, they are not effective. Therefore, messages need to be correct, updated and well-managed.

3. FEATURES OF COMMUNICATION EFFECTIVENESS

3.1 Requirements of health communication educator

To get good result, heath communication educator has to get these standards:

- Have medical knowledge: The health communication educators have to have good medical knowledge to create messages for each type of expected objects.
- Have psychological and behavioral science knowledge: To analyze psychology and behavior of expected objects and then choose the suitable communication.
- Have education skills and knowledge: Health education is teaching so the educators have to get teaching skills.
- Good knowledge about culture, customs and community' problems: To assure the consultants will have suitable approach to targeted people and are accepted by them.
- Enthusiastic in health education work: It's a moral standard for all health communication consultants.

3.2 Requirements to health education messages

Messages need to have core communicated contents including pictures, attractive things and sounds so that it can be transferred. To assure getting effectiveness of health education, messages need to have all these standards:

3.2.1. Clear: The senders can make message clearly by preparing carefully before sending them. They need to determine the target, all the issues which the receiver has to think and do. Then the senders can use simple words or symbols to explain message.

3.2.2. Accurate: The senders need to assure their messages are accurate. The message could be simple and repeatable. Before speaking or writing, the senders need to choose key words to transfer message clearly and reject all superabundant words to avoid mistakes.

3.2.3. Completed

The senders can make message completely by choosing information which the receivers can understand and do it. For example: the message to ask people do something need to be cleared these questions:

- What need to do?
- Why have to do?
- How to do that?
- Who will do it?
- Where would they do?
- When would they do?

If the messages are not done completely, the sender can misunderstand or do something wrong.

3.2.4. Persuasive

All messages have to be persuasive. To convince targeted people, all messages have to be scientific, reality, accurate and assure the requirements. If needed, the reasons why they are implemented also be clearly. People will have good reaction when they know why they should make things with this way not with the other way, especially when they realize the benefit of this method. Choosing the means to transfer message persuasively, using concise and succinct words and pictures to make strong impression to receivers is need to considered.

3.2.5. Possibility of the messages

One of the best important meanings of messages is possible. Thus, the senders have to understand the receiver well, predict their ability and all supports from the others so that they can perform it.

Above are 5 messages' requirements which are considered basic principles to create message in health education. These principles can use for oral and written messages.

A message is effective when its targeted people's issues are clear, not only with suitable contents and forms but also with understandable and acceptable methods. When creating a message, the senders need to predict the ability to understand of expected objects.

The best way to create a good message is experimenting it on the receivers and referencing with colleagues before using it officially in community.

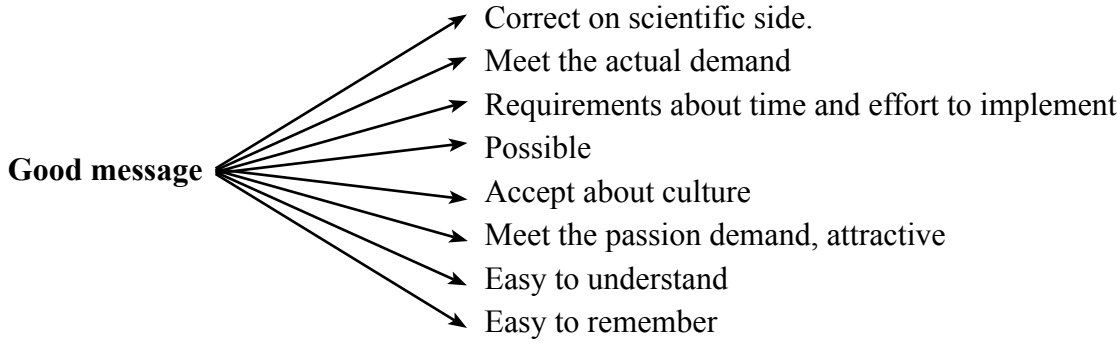


Diagram 3: Basic factors of good message

3.2.6. Attractive

Attractive is the way which senders use to creature message to get belief and convince people. There are many ways to make message more attractive:

- **Threat:** Message can contain bad result to threaten people in order to make people implement it. The symbols can be used are death, skull, deformed model… It is proved that threats can attract two attentions and make people change. However, too much threat will not be acceptable and people can refuse message. For example: In England, heath educator shows people the harmful and bad effect of cigarette in health with lung disease but it did not work well because smokers refuse these communication methods.
- **Humor:** Message is transferred with funny method such as cartoon, short humorous stories or propaganda. Humor is the best way to attract attention. It also helps to alleviate tension when has strict problems. Relaxing and entertaining can make good result, be easy to remember and learn well. However, humor cannot always lead to change belief and behavior. Humor is also subjective. Some people can laugh with this issue, the others don't.
- **Logical attraction / reality:** The message can make people implement it with real statistic, real information about disease or real health matter…
- **Affection attract:** Try to convince people by imagination, feelings or passion than using all statistic and matter. For example: Smile of healthy babies, families have toilet room in their houses and safe sexual can create happiness.
- **One-side message:** Show the advantages of implement it without mentioning about disadvantages.
- **Two-side message:** Describe both advantages and disadvantages of the issues.
- **Attraction of positive message:** Communication requires people to do some good things such as building toilet room, breastfeeding babies.
- **Attract attention with *positive* and *negative* message:** Attract attention with negative messages means that people can use the term of "avoid", "not" to encourage people not to implement harmful things for health, such as "Do not feed babies with milk bottle", "Do not

practice open defecation", etc. Most of health educator agrees to use positive message *(better than negative message)* to promote good behavior for health such as "Breastfeeding babies", "Using hygienic toilet room", …

- **Message structure:** Theologically, you can use all senses to transfer: See, hear, touch, smell and taste. However, senses which are use frequently in communication are **See** and **Hear**. Information could be transferred by sounds, oral or written words or songs. Information also could be transferred by wordless communication such as performance, voice, countenance, gesture or glint. Wordless communication can combine with speech communication to transfer message to targeted people.
- **Real content of the message:** Real content of the message include words, pictures, sounds to make the attraction of communication. In TV or audio programs, contents could be advices, words, voices, sound. A poster can combine pictures, words or concise phrases, photos, symbols or different colors.

In vision communication, senders can "analyze vision" and analyze content of vision communication concretely:

- Which issues are mentioned? Which words can be used?
- Which font can be used: Caps Lock, Normal, Underline or Italic text.
- What is the size of words?
- What color and method of printing?
- Which propaganda, type of picture, simple or specific shapes, or cartoons can be used?
- What size and color of pictures?

3.3 Requirements to communication channels:

- Communication channel has to be suitable to targeted people: When choosing information channel, you must consider the approach abilities of targeted people. The principle to choose communication channel is assuring the targeted people have enough conditions to collect information from this communication channels.
- All means and facilities have to assure all technique standards. For examples: All audiovisual facilities to transfer images, sounds, words, writing must be clear and concrete. Try to avoid the technical problems that can occur when communicating because it could make audience and viewer distract and lose their attention to the programs.
- Do not have bad effects (sound, wrong information).
- Transfer message on time, accurately, completely.
- Easy to use, use for long time, maintain conveniently…

4. BASIC COMMUNICATION SKILLS NEED TO BE TRAINED

In practice, communication effectively between people is different. Most of good communicators learn and practice in their real lives.

4.1 Speaking skill

Words are tool to communicate between people every day. In health education, using words directly is to make the best effect. But not all people can use words effectively. To make the others remember and persuade them take action need to be practiced. Speaking can be combined words and non-verbal communication like gesture, countenance, glint (called body language, non-verbal language).

Each person can use these basic principles to make words more attractive:

- Assure the accurately: The mentioned issues have to be scientific and realistic.
- Speak clearly: Words have to be chosen carefully and concisely.
- Speak enough: Assure to speak enough information to avoid misunderstand.
- Speak logistically and structurally: The contents have to be continuously; the previous content is relevant to next content. All contents associate closely and not identically.
- Convince targeted people: to assure the content that meets the demanding of targeted people, speak attractively, educationally to attract attention and be suitable to current circumstances so that changes the behaviors of the targeted people.
- In health education, speaking is not enough. It should be combined speaking, guiding and showing the direction to targeted people. Words will be stronger when being used with images and real examples.

When speaking, should concentrate to 3 factors of words:

- Speed of speaking: Speak with good, clearly, suitable speed for audience, not speak too fast or too slowly.
- Volume of speaking: Speak loudly enough.
- Timbre of speaking: Emphasis, change the voice to suitable to the audience, stop at right places so that people can think and understand, avoid monotonous voice that can make people fall asleep and bored.

When speaking, need to avoid things that can make people discomfort such as repeating unnecessary words, wrong pronunciation, using difficult or specialized word, unsuitable gesture or unexpectedly.

4.2 Questioning skill

Questioning is to have information from targeted people, especial to collect feedback. Questioning is to understand awareness, attitude, behavior of expected objects and then give suitable guidance, advices and actions. With health education activities, questioning directly is to explore all actions and make friendly, open communicate environment, attract attention and

focus on thinking, creativeness thought, experience of targeted people. The questions have to express basic things: *What? Where? When? Who?* and *How?*... There are two types of question: Open question and Close question. Close question focuses on expected objects who answer with only one word or some countenance words like *"yes"* or *"no"*. Close question can be used when starting, finishing or during the communication process. Open question is used to collect more information. Targeted people can answer all relevant information according to their thought. Open question is asked after using close question. Some requirements to question:

- Question is clear and concise.
- Question is succinct, no need to explain
- Question is suitable to experience and knowledge of targeted people.
- Question focus on the core issues.
- Question encourages thinking of targeted people.
- Keep silent after questioning.
- Question each issue.
- Question alternately close question and open question.
- Combine easy and difficult, general and specific question which relevant to health education contents.
- Avoid questions which make targeted people feel offended.

Before questioning, questioners have to attract attention, find out if the targeted people are willing to answer or not, or the targeted people can answer questions or not, or all question could make targeted people feel hurt and offended or not? After questioning, keep silent so that the audience will have time to think the answer and the questioners can see and know who want to answer. Questioning at right time, right place and right person is a good way to encourage people in communication process, attract attention of targeted people in health education. Health communication educators have to express their goodwill and communicate positively by make question and answer. Always be ready to receive question from expected objects with respectful attitude and answer all their questions. The content of answer can combine with the content of health education to affirm the right of educated communication knowledge and all behaviors need to be practiced.

4.3 Listening skill

** Health communication educators need to know how to listen to targeted people to:*

- Collect all general information, assessment of knowledge, attitude, practice and new ideas of expected objects.
- Have enough and correct feedbacks to know if the contents of message are understood accurately and concretely.
- Have more information and ideas to adjust health education process.
- Encourage targeted people to join in health education.

- Express the sympathy, understand targeted people' matters and circumstances.

** Requirements during listening:*

- Keep quiet.
- Make good condition to help speaker feel confidently.
- Listen with ears, eyes, gesture and performance to encourage speakers.
- Express friendly by looking in speaker's eyes.
- Do not interrupt.
- Do not do other work, speak to others or look to another places while listening.
- Be patient; do not express the impatience, uncomfortable while listening.
- Question and use suitable words.
- Ask other people listening.

4.4 Watching skill

Watching is using eyes to collect information. Watching can predict targeted people pay attention to contents or not, the providing information rate is suitable or not? Watching helps educator to understand targeted people has positive action or not to adjust. Watching also made targeted people pay more attention to issues.

Requirement during watching:

- Watching all the targeted people.
- Find the targeted people' abnormal expression to adjust.
- Attract attention and remind targeted people.
- Promote targeted people join in health education.

4.5 Persuading skill

Persuading in health education is combination skill because the most important aim of health education is convincing expected objects taking good action for health. To convince expected objects, it need to combine many skills to get acquainted, speak, question, listen, use tools, images and examples, support expected objects. Need to make expected object believe in messages from senders and follow it. Need to know how to explain to convince expected objects. Explaining plays a role to convince expected objects and make them follow senders.

** Requirements during explaining:*

- Understand well matter
- Explain clearly, completely.
- Explain concisely, succinctly.
- Use understandable words.
- Use examples, pictures to explain more clearly.

- Explain all questions from targeted people.
- Express the sympathy, respectfulness to expected objects through gesture, do not express the disregard.
- Explain patiently.

4.6 Encouraging, promoting skill

Encouraging and promoting is important to make expected objects confidently, delightfully so they are ready to receive and provide information as well. It's easy to accept advices to change behavior.

Requirements to encourage and promote:

- Express friendly, respectfulness to expected objects via communication with word or without words.
- Do not criticize the misunderstanding or wrong action of expected objects.
- Try to find the advantages to promote expected objects.
- Let all expected objects join in health education via questions which let them express their opinions or experiences.
- Attract the support and sympathy to promote expected objects.
- Support expected objects implement good action.
- Spiritual and psychological support, in some cases can support by materials.
- Create supports from surrounding environment to encourage expected objects (families and community environment).

4.7 Using health education documents

Using health education document can create the interesting education and help expected objects understand more. Using examples at the right time, right place, right content, right person can convince much more than words.

** Requirements when using health education document:*

- Use suitable document with matter and expected objects.
- Use official printed document with scientific contents.
- Use document at right time, right place to attract attention, avoid distraction of expected objects.
- Let expected objects see and understand documents clearly.
- Introduce and explain completely so that expected objects can understand documents clearly.
- Guide what the structure of document and how to use it.
- Give information about places that contain relevant documents so that the expected objects can come and find them.

4.8 Some other skills

- Select time for health education.
- Select expected objects and places.
- Make evaluation questions.
- Choose communication channels.

PRACTICE

1. PROCESS OF HEALTH EDUCATION FOR DISCHARGE

After hospital, taking care and monitoring at home is very important to help patients get well, prevent diseases and improve health. For chronic disease patients, monitoring and caring at home can help disease reduce stably.

Nurses are people who help, support, consult and guide patients and patients' families how to take medicines (follow the prescriptions) directly. Nurses need to understand patients' health and their pathological signs so that nurses can consult patients' family how to monitor and take care of them. The most important is that nurses need to have suitable communication skills to transfer information to patients and patients' family.

The targets of health consultation are patients or/and patients' family.

Before health consultation, nurses need to know clearly some factors about patients or patients' family so that they can consult them best.

Identification content:

- Patients' condition before consulting: general health, perception…
- Patients' feelings after hospital: happy, glad, worry, puzzled or unconscious…
- The cooperation of patients/ patients' family with health consultation: ready to cooperate or refuse...
- Patients' custom, culture or religion.
- Read and understand ability of patients/ patients' family.
- Language and communicate method of patients / patients' family.
- The awareness of patients/patients' family about health.
- Current habit: harmful or helpful.
- Disadvantages of patients/patients' family: Awareness, constitution…
- Demand of patients/patients' family about taking care at home.
    + Ability to care themselves
    + Health monitoring, disease preventing.
    + Patients' regimen and rest.
    + Take medicine at home (follow prescription).

* In reality, nurses do not consult about health for patients/patients' family at suitable time. They often combine with taking health care activities. Thus, the consultation is not enough and methodical. It made bad result and the nurses do not have enough time to prepare for health consultation.

Process of health education for discharge

No.	Process of health education	Reasons
1	*Assess patients/patients' family:* Ability of listening, understanding consultation and self-care at home	facilitate consultation get good result.
2	*Prepare for consultation:* - *Nurse:* Dress, gesture, voice; Prepare contents (may be with script) before consulting. - *Consultation room:* Quiet, clean, airy (can consult at bed side if do not have consultation room). - *Documents:* Poster, pictures, documents… (if needed).	
3	*Communication:* Greetings to patients/patients' family, introduce themselves and call patients' name base on their customs	Make good impression to patients/patients' family.
4	Tell patients/patients' family about reasons and time to leave hospital. Explain why they need to be consulted.	
5	Consultation's content: - Ask patients/patients' family information about themselves: jobs, awareness ability about disease, ability about caring and monitoring, habit… - Explain to patients/patients' family about the next disease happening after hospital. - Consult how to monitor all the signs/abnormal symptom (if had) and how to take care. - Explain about medicine and how to take it, consult how to use medical tools at home. - Consult about patients' regimen, patients' diet, resting and practicing. - Consult workin regulations - Consult how to get suitable sanitation for patients who need help from patients' family. - Consult how to prevent disease: Clean surrounding environment, food hygiene at home/ community, vaccine injection…	- Collect needed information from patients/patients' family. - Help patients/patients' family understand about disease. - Help patients/ patients' family can take care themselves at home.

6	*Choose the suitable consultation method:* Consider to awareness ability, communication ability of patients/ patients 'family. Consult with words, can combine with brochure which contains health consultation after hospital and relevant information.	Help patients/ patients' family collect information effectively.
7	Use suitable wordless communication (communicate with glint, open attitude, sit at same level with patients/ patients' family…)	Create comfortable and lively communicate environment.
8	Encourage patients/patients' family question, discuss about health caring at home.	Find out the disadvantages of patients/ patients' family when caring at home.
9	- Answer patients' questions: understandable, succinctly. - Explain again if patients do not understand or have not been known about it.	Help patients understand information clearly.
10	Listening positively (do not do private work, concentrate to patients, nod to agree…)	Let patients/patients' family see the caring of nurse.
11	Finish consulting: Nurse summary all contents, emphasis on advantages of patients/patients' family, point the current problems and give them solution.	Meet the consultation demand.
12	*Ask patients/ patients family:* - If they received discharged papers, medical instruction and follow-up examination papers or not? - Consult patients to book date for follow-up examination and periodic examination.	- Support patients on time. - Help patients examine their health on time.
13	Wish patients get well and goodbye.	

2. TABLE OF PRACTICING HEATH CONSULTATION FOR DISCHARGE

No.	Content	Level of achievement		
		Achieved	Not achieved	Note
1	*Assess patients/patients'family:* Ability of listening, understanding consultation, self-care at home			
2	*Prepare for consultation:* Nurse, consultation room and documents			
3	Communicate: Nurse greetings patients and introduce themselves.			

4	Tell patients/patients' family about reasons and time to leave hospital. Explain why they need to be consulted.			
5	Consultation's content: Explain about the next disease happening after hospital, consult how to monitor, take medicine, get good patients' regimen, resting, preventing and sanitation.			
6	Choose the suitable consultation method			
7	Use suitable wordless communication			
8	Encourage patients/patients' family question, discuss about health caring at home.			
9	Answer patients' questions, explain information again			
10	Active listening			
11	*Finish consulting:* Nurse summary all contents, emphasis on advantages of patients/patients' family, point the current problems and give them solution.			
12	*Ask patients/ patients family:* If they received discharged papers, medical instruction and follow-up examination papers or not?			
13	Wish patients get well and goodbye.			

3. EXAMPLES: PLAN TO HEALTH CONSULTATION FOR DISCHARGE, NOTE THE PLAN WITH "HEALTH EDUCATION" FORM – *SEE THE APPENDIX.*

3.1. Case study

Mr. Pham Van P, age 65, retired. Home address: No. 07 Nguyen Trai Street, … District, …. Province. His height is 1.58m, weight: 64kg. He had a history of hypertension and has been treating for 5 years. He lived with his wife (named Hoang Hai Y) who was good at cooking housewife. His wife could cook many delicious foods so he liked them and eat too much. He also likes to drink so always invited friend to his home. He walked around 40 – 50 minutes every evening. He took medicine every day following the prescription but sometimes he forgot. He came to medical station to check his blood pressure.

He was taken to Binh Han medical station at 22 Dec, 2018 under the condition: his head was dizzy and palpitate. The nurse welcomed, monitored his vital signs and the result was: Pulse: 75 times / minutes, breathing rate 20 times / minutes, body temperature 36.50C, blood pressure 175/100mmHg.

He took medicine to reduce his blood pressure rate: Coversin 5mg x 1 pill, drink. After using medicine, his condition was stable: stop dizzy and palpitate. Pulse was 70 times/ minutes, breathing rate 16 times/ minutes, blood pressure 140/ 90mmHg, body temperature 36.20C. Doctor gave him medical instruction and he could go home – Drinking medicine to reduce blood pressure 1 pill/ day, in the morning after breakfast.

Questions:

Make plan and consult Mr. P so that he can go home and health caring at home.

3.2 Make plan to health consultation for patient Pham Van P

(Write a plan base on sample of Appendix 4 – Training New nurses Program)

FORM: HEALTH CONSULTATION FOR DISCHARGE

Student's full name: **Le Van T**

Class: **training new nurse course i – 2018 – X general hospital**

Subject: **Internal Clinical**

(Above is student's information)

1. Patients' general information

- Full name: Pham Van P. Age 65
- Sex: Male
- Address: No 7, Nguyen Trai Street, … District, …. Province.
- Job: Retired
- Contact when needed: Wife: Hoang Hai Y. Phone no. 0904…..
- Hospitalization: 20 Dec, 2018
- Department: Binh Han Medical station.

2. Medical information

- Reason: Dizzy, hot face, nervous
- Diagnosis: high blood pressure.
- History of hypertension for 5 years.

3. Patient identification

- Culture, religion, custom of patient:

  Mr. P is retired.
- Reading, understanding ability of patient/patient's family

  Normal
- Ability and skill about health awareness of Patient/Patient's family

Not clearly about current health

+ Forget to take medicine
+ Do not monitor blood pressure frequently
+ Do not know or do not care about weight loss => Mr. P eat too much.

- Harmful and helpful habit:
  + Harmful habit: Eat too much, drink alcohol.
  + Helpful habit: Go for walk every day, go to medical station to test blood pressure.
- Disadvantages of patient/patient' family: Awareness and constitution matter
  + Constitution: Increase blood pressure for 5 years, BMI = 25.6 => Weight gain.
  + Awareness: Forget to take medicine, drink alcohol – Not clear about caring health for increase blood pressure people.
- Language and communication method of patient/patient's family

  Vietnamese, verbal communication.

4. CONSULTATION CONTENT:

Issues	**Consultation plan** *(solution)*	**objective**	**Implement**	**Evaluate**
1. Consult about taking medicine	- Explain to patients about the harmful of forget taking medicine - Consult how to take medicine properly. Avoid forgetting take a pill.	Patient understand the harmful and know how to take medicine accurately.	- Explain how harmful if patient do not take medicine frequently -> increase blood pressure suddenly. - Guide patient set alarm to take medicine or tell his wife remind him.	- Patients understand them harmful of forget taking medicine. - Patient try to take a pill frequently – his wife will remind him every day.

2. Consult about nutrition and loss weight	- Explain patient and his wife: Eat and drink affect to weight, drink alcohol can increase blood pressure - Consult how to give up alcohol, adjust food, reduce food. - Consult how to lose weight and remain suitable weight.	- Patient listen and understand the interact of food and blood pressure - Patient will change after consulting.	- Explained to patient the harmful of alcohol to blood pressure. - Explained to patient his current BMI is pre-fat, need to lose weight, need to adjust food and remain good weight. - Consult how to give up alcohol.	- His wife understands and helps Mr. P. - Mr. P is in divided mind as to giving up alcohol.
3. Consult about monitoring blood pressure	- Explain to patient/ patient's family why they have to test blood pressure frequently. - Consult the signs of increase blood pressure. - Advice patient buy sphygmomanometer and how to use it.	- Patient understand and implement following the construction.	- Explained: Test blood pressure frequently is important to maintain the health care and know when it increases suddenly. - Consult patient the signs of increasing blood pressure. - Introduce about electric sphygmomanometer so that patient can choose (if he want to buy it).	- Patient realize monitoring frequently is necessary. - Patient is not ready to buy sphygmomanometer because he does not know how to use it.
.....				

Date……Month…….Year 20…

Trainee's opinion:

- Attained contents:

  Consulted some matter to patient/patient's family, feel happy because they listen to me.

- Not attained contents:

  Not happy about explanation how patient can maintain a suitable weight. I am lack of knowledge about nutrition and consultant skill. I think I have to try harder.

- Supported contents:

  Knowledge about nutrition and consultant skill.

Feedback/ Comment of Preceptor:

You prepared specific plan, point out all suitable matter to consult to patient. However, the content for each matter need to be more suitable for patient. Need more specific about the content of consulting patient how to monitor blood pressure. Need to add more content about how to deal with increase blood pressure suddenly. Need to practice how to convince patient. Hope you do it better next time.

EVALUATION QUESTION

1. Practical case study:

Nguyen Van L, age 58, carpenter. He worked for many years with experiences so he had lots of work. His economic was stable, his children grew up. He lived with his wife. His children lived in their own houses next to him.

He was strong, eat too much because he thought he had to eat to work. He never went to hospital before. Half month ago, he was sent to hospital because he was diagnosed as suffering from diabetes type 2. He left hospital after 2 weeks.

His condition after hospital: he was conscious and worried about his health because his disease had to be treated for long time. Weight 69 kg, Tall 1.63m, pulse: 71 times/ minutes, blood pressure: 145/90mmHg, body temperature 36.50C, breathing rate 17 times/ minutes. Blood test when hungry: Glucose 6.7mmol/l, HbA1C 7.2%

Doctor gave him medical instruction at home:

- Medicine for diabetes: Drink 2 times/ day.

  Insulin 10 units, injection under skin before dinner 30 minutes and pill after breakfast. Diagnosed every day.

- Follow-up examine: After 1 month or has abnormal signs.

Questions:

1.1 Give adjustment about Mr. L condition after hospital.

1.2 Make plan to consult for Mr. L and his family about health caring at home, monitoring and taking medicine at home… after hospital. *(Make consultant plan following sample (Appendix 2 and example at 3)*. Consult for Mr. L and his family with "Role play" method.

2. Case study/ clinical case study

The preceptor chooses some patients in Clinical Department who will leave hospital. Require student/ groups to judge the patient, make plan and implement health education for them. The preceptor watches and support student if needed. And then the preceptor can organize for students discuss and feedback.

Competency based assessment checklist for Health education

No	Content	Level of achievement		
		Can do without support (2)	**Can do with support (1)**	**Cannot do/do wrongly (0)**
1	Describe some fundamental features about communication skills in health education which is related to nursing activities: the meanings of communication in health education, all communication skills and requirements to communicate effectively			
2	Develop a suitable and effective plan for patient, patient's families after discharging from hospital			
3	Have good knowledge about health consultation and health education; with friendly attitude, open-hearted and respectful performance during health educating period			

HEALTH EDUCATION FORMAT TO DISCHARGE

Name of nurse: ……

Class: ……. Subject:……

1. Basic information of patient

- Name: …… Age: ..... Gender: .....
- Address: ……
- Occupation: ……
- Contact person in need……
- Date of hospitalization: ……
- Department: ……

2. Medical information

- Reason for hospitalization: ……
- Diagnosis: ……
- Medical history……

3. Assessment

Cultural, spiritual or religious factors of patients:

……

……

Reading and understanding level of patient/ family:

……

……

Understanding and skills of patient/family about current health condition

……

……

……

Current habits: beneficial and harmful

……

……

……

Difficulties of patient/family: physical, educational disadvantage

……

……

Language and communication tools with patient/family

……

……

Content of health education/ consultation

Issue	**Education content** *(solution)*	**Expected outputs**	**Implementation**	**Evaluation**

Date……. month……..year……..

Comments of trainees:

Can do

……

……

Cannot do

……

……

Need support

……

……

Comments/feedback and conclusion of trainers.

……

……

GUIDANCE ON FILLING UP FORMAT OF HEALTH EDUCATION FOR DISCHARGE

(This format is filled by trainee oneself when learning/practicing)

1. **Basic information/ medical information:** based on medical profile
2. **Assessment:** Based on collected information from patient/family directly: sufficient, short.
3. **Content of health education/consultation;**

   3.1. Issues: It depends on each patient to identify appropriate issues for education, make priority list. For examples: consultation on nutrition, drug usage, exercise…

   3.2. Health education plan: Based on education content to make proper plan.

   3.3. Expected outputs: Identify objective of each content.

   3.4. Implementation: Write in detail of implementation plan for each content.

   3.5. Evaluation: Make evaluation for each content after implementing the plan.

REFERENCES

1. Hanoi Medical University, Health Education (2010), *Health Communication Education,* Medical Publishing House.
2. Ministry of Health (2015), *"Instruction of implementing communication of medical staff"*
3. Ministry of Health (2012), Nursing skills, Medical Publishing House.
4. Phillip Burnard (2002), *Effective communication skills for medical staff,* Project WHO/HRH-001, Health Publishing House.
5. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath. Hành vi sức khỏe and Giáo dục sức khỏe: Theory, Research, and Practice, 4th edition, 2008 https://www.med.upenn.edu/hbhe4/index.shtml
6. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Theory at a Glance, 2005. https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/theory.pdf
7. WHO: Hiểu biết về sức khỏe The solid facts, 2013 American Academy of Family Physicians: *https://www.aafp.org/fpm/2010/0900/p24.html*

LESSON 30

TEAMWORK SKILLS IN HEALTH CARE

OBJECTIVES

1. Present 6 benefits of the team in health care (Competency: 15, 21.6)
2. Analyze 4 stages of team establishment and development
3. Discuss measures to enhance team work effectiveness (Competency: 15, 21.6)

CONTENTS

1. General view of health care team

Nowadays, health care industry is performed on the basis of a multi-disciplinary approach to patient care. Doctors, nurses, midwives and other medical groups work together closely to provide comprehensive care services. Team work is the most important factors to ensure that the patients are cared continuously, safety and quality.

In fact, it is very rare that the patient is taken care of just by one medical staff. In the context of a complex health care system, the effective teamwork is necessary for the patient's safety.

One team can include 2 or more people working or discussing together for a common team target in a certain time.

Health care team is the provision of medical services to individuals, families and communities by at least 2 medical service providers, cooperate with patients and families to achieve targets of taking care patient's health safety, effectively and of high quality.

Patients always care about their own health-care, therefore, they should be the care team members from very beginning and through out the treatment process. The facilitation of the participation of patients in the medical team has been shown to reduce errors and reduce the risk for patients.

2. Benefits of teamwork in health care

2.1. Patients have more satisfaction

Health officials do not provide services independently but are multidisciplinary teams / groups. These teams include doctors, nurses, midwives, technicians and other professions. The most ideal one is every team member working together towards common goals are enhancing patient's health and providing the most possible highest care level.

Once multidisciplinary teams cooperate and inform each other regularly, the can assess the patients more thoroughly. Due to daily continuous communication with patients, the nurses and team members can assess the patient's changes and can give the best suggestion for patient's care management.

Continuous and consistent communication with patients will increase the trust and satisfaction of patients as long as the team works effectively and all members well cooperate with each other.

2.2. Nurses get more satisfactory with works

Once team works effectively and supportively, every member can get benefit from the assistance of other team members.

Nursing career with challenges from prolonged shifts and frequent facing with extreme stressful emergency situations. Therefore, it is important for nurses to maintain a high level of satisfaction in their works to reduce stress. A research report of the Human Resource Management Association has announced teamwork is closely related to job satisfaction.

An effective team is team members, including patient cooperates together in making decision of patient's care and treatment, as well as communication among the members is smoothly and patients are informed fully about upcoming activities to cooperate with medical officials.

2.3. Increase job responsibility

The importance of communication and teamwork is becoming more widely recognized in the health care industry. Educational institutions are emphasizing the importance of teamwork and communication to develop a stronger foundation for successful health care results.

Combination of responsibilities and sharing responsibilities among team members in health care systems brings great benefits to both patients and health workers. However, in fact, responsible cooperation without high-quality teamwork can lead to the risk for patients immediately. For example, poor communication and interrupted communication between members of the care team can lead to medical problems due to mistaking the wrong person and wrong medication, and wrong surgery have actually occurred in many health facilities. Furthermore, poor team coordination can also lead to costly using health resources and cannot control the expenses.

Health care is a multidisciplinary career in which doctors, nurses and health official from different expertise must work together, each person has different expertise knowledge and responsible for different tasks. These multidisciplinary teams are designed to solve the health problems of individuals, families and communities.

Teamwork and team-training are currently considered as a crucible part of medical education. Teaching students the basic principles of teamwork and cooperative care that help students get better understanding the needs of patients - especially in areas of many social and health problems. The World Health Organization recommended that students begin to use teamwork principles in problem-based education, allowing students to work together, sharing information and solving clinical problems as a group.

2.4. Minimize personal errors and increase safety in health care

According to MOH under the Circular No.19/2013/TT-BYT guiding on quality management at health facilities has pointed 1 of 7 reasons leading to medical adverse events are communication between care team members not enough and timely.

In the process of teamwork, it is difficult to avoid the errors of each individual related to many stages of the system and team members such as new, old, hardworking, talkative, less-work members…The mutual supports for weakness of technical matters or experience is valuable to minimize potential risks in each health care team.

Patients who come for medical examination and treatment at the hospital will be provided services by many individuals and departments. Hence, information between medical officials for common care and treatment of patient is very meaningful. Furthermore, the hospital's activities are often suspended by shifts, weekends, holidays, therefore information channel through out the treatment process will ensure patient are cared continuously and safely.

2.5. Develop collective strength, increase effectiveness and efficiency of work

Many researches have proved that teamworking makes effectiveness and efficiency of each person significantly higher than average effectiveness and efficiency of each person working independently. Because when working in a team, skills and experience complement each other. For example, in the past (before the year of 2000), the model of nursing care activities depends on the works. To compare with current team-based patient care, it is cleared that work-based patient care model showed many weak points such as assignment of nurse to take blood for testing, to change bandage, injection… each nurse in charge of a task, who finishes first off first, it leads to someone is too busy, someone is too idle and these members can only know their own tasks without general patient's information, when doctor asks no one know clearly about patient's information. The care becomes like machine, there is no close connection and coordination among nurses. Therefore, the role of nurse is not highly appreciated, causing loss of credibility for the nursing system.

2.6. Development of working environment to learn from each other

The knowledge and experience of the individuals in the care team complement each other, the given decisions of patient care/treatment are more suitable and comprehensive. The team can take advantage of the best of each person in his expertise and beyond, the members can study the best things from one another, improve their attitudes and behaviors.

3. Classification of team in health care

3.1. Official teams

The official teams are established under the request of organization or jobs with clear assignment of duties for the member as: care team, surgical team, expertise council… The official teams often give the professional opinions according to their own areas.

3.2. Unofficial teams

A group of people gather together due to having same hobbies, opinions, lifestyle. In health sector, the unofficial teams can be established by a person to solve temporary works or cases or special issued in a short time.

4. Teamwork formation and development stages

4.1. Team formation

Formation is the time members gathered. Everybody is very cautious and timid. Conflicts are rarely spoken directly, mostly in a personal nature and completely negative. Because it is newly established so individuals are limited by their own opinions and generally closed. It is absolutely right for a less important member and too much anxiety.

This stage, the team mostly tends to hinder those who excel as a leader.

4.2. Conflicts

Confliction is next stage when factions are formed, different characters fight each other and no one wants to step back.

The important thing is little communication because no one is listening and some of them are not willing to talk openly

Honestly, this conflict seems to be an extreme in your team but if you look through the outside kindness and see sarcasms, offenses, allusions, maybe a picture will be clearer

4.3. Normalization stage

Later, there will be a normalization stage. At this stage, the team starts recognition of cooperative benefits and reduce the internal conflicts.

With a new cooperative spirit, every member feels safe in expressing their opinions and issues are discussed openly will all team members.

The most improvement is everybody can listen. Working methods are formulate and all members can recognize.

4.4. Smooth operation stage

Final is smooth operation stage.

It will be a top, once the team is working in a stable system and allow to discuss freely and get strong supports from all members for each individual and conclude the team decision.

5. Teamwork principals

- *Consensus:* the target of the team needs to be clearly identified, discuss and disseminate to all members for implementation. To achieve highest results, the targets need to harmonized the common targets and the personal targets.

  The new member needs to be supported by long experience members.

- *Encourage creativity:* The team includes members who have different opinions and thoughts of doing. Some people work empirically and tend to hinder innovation. Therefore, it is necessary to limit passivity and encourage all members to be creative at work. Hence, you should always welcome the diversity of ideas and lead the discussion to the consensus.
- *How to make authorization in the team:* The authorization consists of two forms: job authorization and power authorization. Job authorization is dividing working plan into partial separated works with a particular purpose and assign to the members of the team. Then, leave them alone and intervene only once they cannot reach the target. Power authorization is after getting consultation, giving a person full power to act on it.
- *Encourage people to rise up their opinions:* The leader should encourage members to discuss even on opposite ideas, it may bring values.
- *Responsibility sharing:* Add more measures of operation, progress monitoring, creative, constructive when the team facing temporary difficulties. It is necessary to create understanding atmosphere among the members particularly about progress and any changes of working direction.

6. Improvement of information sharing in the team

In health care activities, doctors, nurses and the medical staff are not working alone but in a team. Therefore, the improvement of information sharing among the medical officials and between medical officials with patients and families is very important to ensure the patient care safety and effectively. The form of information improvement including:

- Daily meeting at the department's meeting room
- Bed-side shift handover
- Accompany with doctor to the bed-side
- Visit bed-side during working shift
- Available information on board
- Information of patient through patient records, caring monitor sheet
- Information through electronic devices, intranet
- Information through telephone
- Information sharing through performing professional procedures, checklist
- Information through videos, conferences…

7. Resolving team problems

7.1. Identify the problems

The team is facing difficulty. You want everybody gets along each other but seems they are having disagreements each other or entire team. Make a question to find out where is problem or why they have disagreement

7.2. Communicate with each member

It is necessary to solve personal matter between members with constructive spirit. Do not rush to react to the things until you know the reason well. Every team has own difficulty to overcome. It should prevent the "blame" to others – otherwise it loses team spirit.

7.3. Handle with trouble maker

After talking to the trouble maker, further action might be needed. Make effort to heal every relationship. Things to be noted:

- Say honestly what you see
- Look at the problem from a team perspective
- Take advantage of problem to push up changes
- Be optimistic when solving problems.
- It is better to solve a problem than to delay your work.
- Do not stubborn with the grumpy people
- Do not bother with anyone in the group.
- Do not neglect the target of the group.
- Do not rush to secure assistance from outside
- Do not ignore the tensions that make matters worse

7.4. Solving conflicts

- The personal conflict can quickly become the issues of the team.
- Make a chance for one or both explain to you for calming down
- If it is caused by your operational mistake, you must talk to all team member to rise the overcome.
- The matter is to improve the behavior, to prevent any blame and judgement.

7.5. Using problem explanation method

- Consider the working related issues as the chance for studying and improving. Interpret the problem so all team members can recognize and learn.
- It could assign one person to solve problem and report the progress and results

EVALUATION QUESTION

1. Select the most correct answer:

1.1. *Members of patient care team in a hospital consists of:*

A. Doctor, nurse, patient

B. Doctor, nurse, pharmacist

C. Doctor, nurse, rehabilitation technician

D. Members of care team established depend on the patient's care needs

Answers: 1.1: D

2. Discussion question:

Health care team normally consists of some medical officials patient and patient family.

2.1. Please indicate the role of the patient when he is a member of the health care team?

2.2. In your opinion, when the patient is a member of the health care team, what condition do they need to have about physical and mental?

3. Discussing on strong points, weaknesses of a nurse when he/she works together with doctor and other medical officials in patient care in a hospital; Applying principles and problems resolve when working in a team to give measures to overcome the weaknesses.

- States your experience of teamworking in health care.

4. When implementing the model of teamwork patient care at hospital, what are the benefits and limitations? *(refer to 6 benefits mentioned in the lesson)*. Discussing with your classmates about benefits, difficulties, challenges and solving methods when you are working in a team in health care.

PRACTICE

1. Gaming

Theme: Thumb Wrestling/War

Method:

1. please find your partner
2. please "win" as many as possible during 30 seconds. Let's compete the number you win
3. reflection after game
   - What did you think and how you feel when this game start? What is your image of "competition"?
   - How influence these perceptions to your behavior?

2. Discussion

Theme: What you have to do (or not to do) towards collaboration with team member? Please list up as much as possible with concrete expression.

Method:

1. Please write down the behavior, attitude and verbal communication on post it one by one (quantity over quality!)

   Please list up based on your experiences on
   - What you have done as member of team
   - From the case of medical adverse event or near miss in your hospital
2. please share with team members and consolidate

ANNEX

ANNEX 1

LIST OF SEVERE MEDICAL ADVERSE EVENTS

SURGERY RELATED ADVERSE EVENT	
1	Wrong site surgery: Is defined as surgery taken on a wrong body part that is not mentioned in the medical record of the patient except following cases: A. Changing surgery site that happens and is decided during surgery process. Or B. Acceptance of change. Or both.
2	Wrong patient: Is defined as surgery taken on wrong patient who is not patient mentioned in medical document.
3	Wrong method (wrong procedure): Is defined as the surgical method performed on patients which is not correct with the surgical consultation minutes except following emergency cases: A. Changing surgical method that happens during surgery process. Or B. Acceptance of change. Or both.
4	Neglect medical equipment/tools in patients after surgery or other invasive procedures, except following cases: A. That equipment/tool is allowed to put it into patient's body (based on diagnose) B. That is existing equipment before the surgery and will be kept intendedly. C. That equipment does not exist before the surgery and but will be kept intendedly due to possible danger if removed such as very small needles or screw debris.
5	Dying during surgery or right after surgery on patient with class I of ASA including death caused by anesthesia, surgery plan can/cannot be undertaken.
ADVERSE EVENT RELATED EQUIPMENT	
6	Patient dies or gets severe sequalae due to contaminants, equipment or biologicals are provided easily Includes detection of contamination in drugs, medical equipment and biologicals regardless of origin of contamination or items.

7	Patient dies or gets severe sequalae due to usage of medical equipment or functions of equipment in which the usage and the functions of equipment are not like estimation/regulations. Include the following tools (unlimited): A. Catheter B. Drainage tube or other special tubes C. Intravenous infusion pump D. Mechanical ventilation
8	Patient dies or gets severe sequalae due to intravascular air embolism during inpatient care and treatment. Except neurosurgery techniques which are defined to high possibly cause intravascular air embolism
ADVERT EVENTS RELATING TO PATIENT MANAGEMENT	
9	Delivering the wrong infant
10	Patient dies or gets severe sequalae when escaping from the hospital
11	Patient suicides or gets severe sequalae due to suicide in healthcare facility. Is defined as unexpected problems happen after patient is received in hospital for treatment.
ADVERT EVENTS RELATING TO PATIENT CARE	
12	Patient dies or gets severe sequalae due to drug use errors: A. Drug name B. Dosage C. Patient D. Time to take drug E. Frequency of drug use F. How to mix drugs G. How to take drugs Except: Abnormal reasons for drug selection and dosage in clinical treatment. Including: Asking patient to take a drug that knowing the patient has a history of drug allergy and drug interactions are likely to result in death or serious sequelae.
13	Patient dies or gets severe sequalae relating to Hemolysis due to infusion of wrong blood type or blood products.

14	Maternal patient dies or gets serious sequelae related to childbirth in low-risk pregnancy period when being taken care at the facility. Including problems happen in postpartum period (42 days after childbirth), except deaths in following cases: A. Pulmonary or amniotic fluid embolism B. Acute fatty liver during pregnant period C. Cardiomyopathy
15	Patient dies or gets severe sequalae due to hypoglycemia.
16	Patient dies or gets severe sequalae (kernicterus) due to Hyperbilirubinemia in infrants.
17	Pressured ulcer at level 3 or 4 during hospital stay period. Except, due to development of existing pressured ulcer at level 2 or 3 before hospitalization.
18	Patient dies or gets severe sequalae due to physical therapy
19	Wrong sperm or eggs of donors when taking artificial insemination.
ADVERT EVENTS REALATING ENVIRONMENT	
20	Patient dies or gets severe sequalae due to electric shock. Except error caused by treatment by electricity (breaking vibration electric shock or adjusting rhythm by selective electric shock)
21	Accidents caused by production of oxygen or other gases to patient such as: A. Wrong gas. Or B. Gas with toxic substances
22	Patient dies or gets severe sequalae due to burns happening at any time during care period in the facility.
23	Patient dies or gets severe sequalae due to falling down during care period in the facility.
24	Patient dies or gets severe sequalae due to fixed equipment for patients or by bed barriers.
CRIME-RELATED INCIDENTS	
25	To be fake medical staff to provide medical treatment services to patient
26	Abduction (or seduction) patients of all ages
27	Sexual attack in the area of hospital
28	Cause death or serious sequalae to patients or colleagues by weapon in the area of hospital

ANNEX 2

FORMAT OF MANDATORY REPORTING ON MEDICAL ADVERSE EVENTS

FORMAT OF MANDATORY REPORTING OF MEDICAL ADVERSE EVENTS	Report No.: Report date: / / Department:

Patient's information	**Object of incidents/adverse events**
Full nane: Number of medical profile: Date of birth: Gender: Department:	□ Patient □ Relatives/visitors □ Medical staff □ Equipment/infrastructure

Place of incidents/adverse events	
Deparment/venue of incidents/adverse events: (for example: ICU department, ground of hospital)	Exact venue (for example: toilet, parking area…)

Date of incident/adverse events: / / Time:

Short description of incident/adverse events:

Initial proposals:

Undertaken initial treatment/solution:

Report to doctor-in-charge/responsible person	**Record into medical profile/relating documents**
□ Yes □ No □ No record	□ Yes □ No □ No record
Inform patient's family/protector	**Inform patient**
□ Yes □ No □ No record	□ Yes □ No □ No record

Initial classification of incident/adverse event
□ Not yet happened □ Already happened

Initial evaluation of impacts from incident/adverse event
□ Strong (reserve damaged or die)
□ Medium (damage at medium level)
□ Weak (damage at weak level or no damage)

Reporter		
Name:	Tel:	Email:
□ Nurse (title:)		□ Patient
□ Family/visitor		
□ Doctor (title:)		□ Other (detail:)
Witness 1:		Witness 2:

ANNEX 3

FORMAT OF VOLUNTORY MEDICAL ADVERSE EVENTS REPORT

I. GENERAL INFORMATION			
Patient ID:	Age:	Gender:	Diagnose:
Time of incident/error:	……hour……minute; day……month……year……		
Reporting time of incident/ error:	day……month……year……		
Medical adverse events classification	1. Happened ☐	2. Near miss ☐	
II. DETAIL DESCRIPTION OF INCIDENT/ADVERSE EVENTS *(venue, condition of patient after incident, solution right after incident…)*			

III. CONSEQUENCES OF INCIDENTS TO PATIENT			
1. Death	☐	5. Hospitalization	☐
2. Emergency	☐	6. Long hospital stay	☐
3. Permanent function loss	☐	7. No damage	☐
4. Temporary function loss	☐	8. Others (in detail):……	☐

IV. CLASSIFICATION OF REASONS FOR INCIDENT/ADVERSE EVENTS			
1. Wrong patient	☐	7. Enviroment (electric shock, burn…)	☐
2. Wrong/insufficient information	☐	8. Fall	☐
3. Drug/blood/ chemicals	☐	9. Insufficient/broken equipment	☐
4. Wrong technique	☐	10. Care/treatment	☐
5. Wrong surgery	☐	11. Crime	☐
6. Hospital infection	☐	12. Others (in detail)…….	☐

V. RECOMMENDATION/PROPOSAL

ANNEX 4

FORMAT OF CASE STUDY/CLINICAL CASE

Full name of trainee: ……

Class: ……. Subject……..……..

1. Administrative information

- Name of patient: ..... Age: ….. Gender: Male/female
- Ethnic group: .....
- Address: .....
- Occupation: .....
- Contact person in emergency case: .....
- Date of hospitalization: .....
- Department: .....

2. Medical information

- Reasons for hospitalization: .....
- Diagnosis: .....
- Treatment method: .....
- Ordered medicine: .....

.....

3. Assessment

Medical history (summary):

.....

.....

.....

.....

Experienced diseases:

.....

Subjective information (interview):

.....

.....

.....

.....

Objective information: (clinical examination, result of tests)

.....

.....

.....

.....

4. Care plan

Nursing matters/ Nursing diagnosis	**Making care plan** ***(plan, expected outputs)***	**Implementation**	**Evaluation/ Result**

Day ……..Month…… Year……

Comments from trainees:

.....

.....

.....

Comments/feedback and confirmation from preceptor:

.....

.....

ANNEX 5

ETHICAL STANDARDS OF NURSES
(According to Decision no.20/QĐ-HĐD dated 10/9/2012 by President of Vietnam Nurses Association)

Chapter I: GENERAL PROVISIONS

Article 1. Scope of regulation and subject of application

These ethical standards of nurses are applicable to all members of the Vietnam Nurse Association, Nursing Teachers and Chief Nurses at different levels (hereinafter referred to as Nurse).

Article 2. Objectives

1. To educate nurses about the self-application of ethical standards in line with admitted nursing profession by the society.
2. To assist nurses in making appropriate decisions in each situation, in line with ethical standards; To disseminate ethical standards for Vietnamese nurses, on which people, patients, and management authorities can use for monitoring and evaluation activities of nurses.
3. To disseminate ethical standards for Vietnamese nurses, which are aligned with the implementation of the Mutual Recognition Arrangement in Nursing Services, adopted by Vietnam and other ASEAN Member States.

Chapter II: ETHICAL STANDARDS OF NURSES

Article 3. Ensure safety of patients

1. Maintain best practices at work.
2. Be responsible for all decisions and clinical practices in patient care.
3. Take timely interventions and report to responsible persons when experiencing clinical practices of professionals unsafe for patients.

Article 4. Respect patients and their family's members

1. Respect patients' age, gender, ethnicity, religion.
2. Respect patients' autonomy when taking care of them.
3. Respect patients' dignity, self-respect, self-esteem and ensure their privacy and confidentiality when taking care of them.
4. Provide adequate information about their treatments.
5. Safeguard patients' secrets related to their diseases and personal lives.
6. Treat all patients fairly and equally.

Article 5. Be friendly with patients and their family's members

1. Provide self-introduction and greetings to patients and their family's members in a friendly way.
2. Listen to patients and their family's members and reply in a caring and polite way.
3. Take care of patients with a friendly smile.
4. Help patients relieve their pains caused by their diseases and surgeries.

Article 6. Be honest at work

1. Be honest in managing and using medicines and other treatment materials.
2. Be honest in practicing professional care for patients and prescriptions.
3. Be honest in providing information to their medical records.

Article 7. Maintain and enhance professional capacity

1. Fully perform responsibilities of a nurse.
2. Follow technical processes, clinical instructions when taking care of patients.
3. Study continuously to update knowledge and professional skills.
4. Participate in research and evidence-based practice.

Article 8. Promote the profession's ethical standards

1. Maintain and preserve the profession's reputation when its values and standards are threatened and harmed by others.
2. Be dedicated to patient care and follow working regulations.
3. Refuse to receive money or other benefits from patients, their family's members for being prioritized in examination and treatment.
4. Respect Regulations of the Vietnam Nurse Association and participate in activities of the Association at different levels.

Article 9. Be honest and cooperate with colleagues

1. Cooperate and assist colleagues in fulfilling tasks.
2. Respect and protect dignity and reputation of colleagues.
3. Share professional experiences and lessons learnt with colleagues.

Article 10. Commit oneself to community and society

1. Talk and act in accordance with legal regulations.
2. Be exemplary in community and at place of residence.
3. Participate in philanthropy and environment protection.

Chapter III: PROVISIONS OF IMPLEMENTATION

Article 11. Responsibility of the Central Executive Committee of the Vietnam Nurse Association

1. Collaborate with the Ministry of Health and the Vietnam Medical Association in promoting the implementation of these ethical standards.
2. Develop an implementation plan of the Ethical Standards for nurses at provincial/city level and branches of the Vietnam Nurse Association.
3. Monitor and evaluate the implementation of Ethical Standards for nurses at different levels of the Vietnam Nurse Association.
4. Organize preliminary and summary meetings to disseminate experience, lessons learnt, and case studies for replication to the whole system of the Vietnam Nurse Association.
5. Provide recommendations on timely rewards for branches of the Vietnam Nurse Association at different levels and individuals who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.

Article 12. Responsibility of Chairperson of Provincial Nurse Associations and Heads of Branches

1. Chairperson of Provincial/City Nurse Association
   a) Collaborate with the Department of Health, Chief Nurse of the Department of Health, related departments at local levels to promote the implementation of Ethical Standards for nurses and develop an implementation plan for all branches of the Vietnam Nurse Association.
   b) Monitor and evaluate the implementation of Ethical Standards for nurses at branches under direct management.
   c) Organize preliminary and summary meetings to disseminate experience, lessons learnt, and case studies for replication to all branches of the Vietnam Nurse Association.
   d) Provide recommendations on timely rewards for branches of the Vietnam Nurse Association and individuals who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.
2. Heads of branches
   a) Collaborate with leaders of related departments, Chief Nurses of hospitals to develop an implementation plan and to organize trainings on Ethical Standards for nurses so that they will follow in their profession.
   b) Provide instructions for each member to fill out the self-evaluation form in accordance with the Ethical Standards (Annex 1).
   c) Collaborate with Chief Nurses to evaluate the implementation of Ethical Standards of members and provide feedbacks to each of them based on instructions of the Vietnam Nurse Association (Annex 2).
   d) Report the implementation of Ethical Standards of all members to the Vietnam Nurse Association and healthcare management agencies at the same level.
   e) Provide recommendations on timely rewards for members who show good performance and propose disciplines and punishments for those who make violations against these standards.

ANNEX 6

SOME SAMPLES OF CARE RECORD

Dept. of Health: …
Hospital: ……
Department: ……

RECORD OF VITAL SIGNS

Code: 10/BV-01
Number:……

- Name of patient: ..... Age: ..... Gender:……..
- Bed number: ..... Room number: .....
- Diagnosis: .....

Date		11/3		12/3		13/3		14/3											
Pulse time/minutes	Temperature C							9	12	15	18	21	24						
160	41																		
140	40																		
120	39																		
100	38																		
80	37																		
60	36																		
40	35																		
1. Blood pressure (mmHg)																			
2 Weight (Kg)																			
3 Breathing (times / minute)																			
4																			
5																			
Signature																			

Dept. of Health: …
Hospital: …….
Department: ……

RECORD OF INFUSION

Code: 17/BV-01
Number: .....

- Name of patient: ..... Age: ..... Gender:……..
- Bed number: ..... Room number: .....
- Diagnosis: .....

Date	NAME OF PERFUSION/ CONTENT	Quantity	Lot/ Product number	Drop speech/ minute	Time		Order by doctor	Implementation by nurse
					Starting	Finishing		
28/3	Glucoza 5%	500		30	9.20	14.20	BS Quốc Tuấn	Hoa

Dept. of Health: ……
Hospital: ……..
Department: ……..

MEDICATION REPORT

MS:18D/BV-01
Number: .....

- Name of patient: ..... Age: ..... Gender:…….....…..
- Bed number: ..... Room number: ..... Date of hospitalization: ……/……/…...…
Diagnosis: ……..…… Date of hospital discharge: ……/……/……

No.	Name of drug, content	Unit	Date										Total	Unit price	Amount	Remark
Total used drugs																
Signature Patient/ Patient family																

Some other medical forms

DOH: ..... **SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM** Code: 01/BV-01
Hospital:..... **Independence - Freedom - Happiness** Record No.: .....
Dept.: ..... Medical code...../...../...../.....

HOSPITAL DISCHARGE PAPER

- Name of patient: ..... Age: ..... Gender.....
- Region: ..... Occupation: .....
- Health insurance: valid from: ...../...../..... to..../...../..... No.: | | | | | |
- Address: .....
- Hospitalization: ..... hour..... minute, day..... month ..... year .....
- Discharge:..... hour..... minute, day..... month ..... year .....
- Diagnosis: .....
- Treatment: .....
- Advice of doctor: .....

.....

Day..... month ..... year .....
Head of Department

Name .....

Day..... month ..... year .....
Hospital Director

Name .....

Printing: *A5 size, landscape, 1 side*

DOH: ..... **SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM** Code: 02/BV-01

Hospital:..... **Independence - Freedom - Happiness** Record No.: .....

REFERRAL LETTER

To: .....

Our hospital would like to introduce:

- Name of patient: ..... Age: ..... Gender.....
- Region: ..... Nationality: .....
- Occupation: ..... Place of work: .....
- Health insurance: valid from: ...../...../..... to..../...../..... No.: | | | | | |
- Address: .....
- Have been treated/examined at department of .....
- From ...../...../..... to ...../...../.....

Health condition summary

- Clinical signs: .....
- Result of tests: .....
- Diagnosis: .....
- Drug in use: .....
- Condition of patient when transferring: .....
- Reasons for transferring: .....
- Time of transferring: ..... hour..... minute, day..... month ..... year ……
- Means of transportation: .....
- Name and title of accompanied staff: .....

Day..... month ..... year .....

Doctor in charge **Hospital Director**

Name ..... Name .....

Printing: *A4 size, portrait, 1 side*

DOH: .....
Hospital: .....

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 06/BV-01
No. ....……..

ALLERGY TEST

- Name of patient: .....Age: ..... Gender: …….

- Address: .....

- Departure: .....Room number: ..... Bed number: .....

Diagnosis: .....

Testing time **Hour** **Minute** **Date**	**Name of medicine, country of production, lot, production number, content, unit**	**Testing method**	**Ordered by doctor** *(Name, signature)*	**Tested by** *(Name, signature)*	**Checked by doctor** *(Name, signature)*	**Time of result**

Printing: *A4 size, landscape*

DOH: .....
Hospital: .....
Dept.: ..... MS: 07B/BV-01
No.: .....

Drug allergy monitoring

Name: ..... Age: .....
Gender:
Add: .....
Main diagnosis: .....
- **Blood type**: .....
Issued on date.. .....

Doctor

Name: .....….

Having allergy with following drugs and another allergen:

.....
.....
.....
.....
- Type of allergy: .....
- Current disease *(asthma, diabetes, mental diseases...)*:

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

Bring this paper when taking health examination/treatment

DOH: .....
Hospital: .....
Dept: .....

BLOOD TRANSFUSION
(Clinical)

MS: 16/BV-01
Number: .....

Name of patient: ..... Age: ..... Gender: .....
Dept: ..... Room number: ..... Bed number: .....
Diagnosis: .....
Type of blood products:..... Code (name):..... Date: .....
Expired date: ..... Quantity:.....ml

1. Results of screening of infections for blood units:

Date and venue of test: .....

Anti $HIV_{1,2}$ **(negative)** Technique ..... Name of product negative	HBsAg (negative)	Anti HCV (negative)	Syphilis (negative)	malaria (negative)

2. Result of blood type matching:

a. Blood type: Donor .....Patient.....

b. Cross-reactivity: Bag1..... Bag 2.....

..... hour..... minute, day..... month ..... year …

Blood deliverer

Head of laboratory **1st staff** **2st staff**

Name:..... Name :..... .....

3. Order, perform and monitor blood transfusion at the patient's bed:

Type of blood product ..... Code (name)..... Expired date: .....
Time of transfusion: .....
Doctor in charge: ..... Blood type of donor..... Blood type of patient.....
Result of blood type matching at bed..... Transfused blood amount....ml
Starting time..... hour..... minute, day..... month ..... year …

Time	Facial color	Breathing	Temp. (^{0}C)	Blood pressure mmHg	Pulse Time/ minute	Other changes during transfusion
Finishing time.... hour.... minute, day..... month ..... year..... Actual amount of transfused blood.....ml.						

Doctor in charge **Nurse in charge of transfusing and monitoring**

Name ..... Name .....

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 04/BV-99

DEATH CERTIFICATE

To: ……..

Name of patient: ..... Age:..... Gender:.....
Region: ..... Nationality: .....
Occupation: ..... Place of work: .....
Address: .....
Patient no.: .....
ID/Passport No.: ..... Date and place of issue: .....
Time of arrival to hospital:… ..... hour.... minute, day..... month ..... year …
Died at: ..... hour.... minute, day..... month ..... year …
At department: ..... Hospital.....
Reasons for death:
.....

Day..... month ..... year ...
Hospital director
(sign)

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 05/BV-99
Number:

ACCEPTANCE OF SURGERY

Name of patient: ..... Age: ..... Gender: .....
Region: ..... Nationatily: .....
Occupation: ..... Place of work: .....
Address: .....
Being patient/representative of patient named:.....who is having medical treatment at department.... of hospital.....
After understanding health condition of mine/my relative/ possible dangers without surgery, and possible risks of surgery, I summit this letter for:

+ Acceptance of surgery and using this letter as evident
+ Refusal of surgery and using this letter as evident

Day ..... month ..... year...
Patient/ representative of patient
(sign)

* Printing: A5 size, landscape, 1 side
- Click on selected option

MINISTRY OF HEALTH **HOSPITAL:…....**	**SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM** **Independence - Freedom - Happiness**	MS: 08/BV-99 Number:

REQUEST FOR MEDICAL EXAMINATION/TREATMENT ON DEMAND

To: .....

Name:..... Age:.... Gender: .....

ID/Passport No.: ..... Issued by: .....

Region: ..... Nationality: .....

Occupation: ..... Place of work: .....

Address: .....

Contact person in emergency case:.....

Being patient/representative of patient named:…… who is having medical treatment/ examination at department…. of hospital….

After understanding regulations on health examination/treatment of the hospital, I agreed to select services on demand and decided following health care services:

Doctor in charge of examination/surgery/childbirth/care: .....

Nurse in charge of patient care on bed:.....

Using drugs based on order of the assigned doctor.

Using bed type of..... with following accessories: air conditioner, freighter, warm water, separated toilet.

I agree to make advance payment of amount.....VND

In words: .....

Full payment will be done by me after hospital discharge.

If any incident/unexpected issue happens during my treatment/examination on demand, hospital staff is recommended to contact to me/my family for timely payment.

I will comply all regulations on health examination/treatment of the hospital, trust in quality and take all responsibilies for my requests.

..... Date…. month ..... year .....

Approved by Hospital director	**Patient/ representative of patient**
(sign)	(sign)

* Printing: A4 paper, 1 side
This letter will be made into 2 copies, hospital and patient keep each.

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 11/BV-99
Number:

HOSPITALIZATION PAPER

Department of health examination: Emergency room:

I. Administration:

1. Name of patient:.....
2. Date of birth:.....
3. Gender:.....
4. Occupation:.....
5. Address:.....
6. Time of health examination:.....
7. Diagnosis of transferring hospital:..... or directly come to hospital:

II. Reasons for hospitalization:

III. Medical record

1. Disease record:.....
2. Experienced diseases:

- Patient: .....
- Family: .....

IV. Examination:

1. Whole body:.....
   .....
2. Body parts: .....
   .....

Pulse:……time/minute
Temperature:……C^0
Blood pressure:…./…….mmHg
Breathing:… …… time/minute
Weight:……...kg

3. Tests:.....
4. Initial diagnosis: .....
5. Initial treatment (drug, care): .....
6. Hospitalized into department: .....
7. Remark: .....

..... Date…. month…. year….

Doctor in charge
(sign)

* Printing: A4 paper, portrait, 1 side

MINISTRY OF HEALTH **HOSPITAL:…...**	**SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM** **Independence - Freedom - Happiness**	MS: 15/BV-99 Number:

SPECIALIZED EXAMINATION

To: .....

Name of patient: ..... Age: ..... Gender: .....

Adress:.....Health insurance: .....

Bed number:..... Room number: .....Department:.....

Diagnosis: .....

Request for specialized examination:

..... Date…. month…. year….

Doctor in charge
(sign)

* Printing: A5 paper, landscape, 2 sides

Result:

..... Date…. month…. year….

Specialize doctor
(sign)

MINISTRY OF HEALTH **HOSPITAL:…....**	**SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM** **Independence - Freedom - Happiness**	MS: 42/BV-99 Number:

MEDICAL CONSULTATION MINUTES

Name of patient:..... Age:……. Gender: .....

Treatment from:……./……./……to…./…./……

Bed number:……. Room number:……. Department:.....

Diagnosis: ..... Consultation at:….time…..date…/…/…

Chairperson:..... Secretary:.....

Members: .....

.....

Summary of disease development, treatment process and patient care:

.....

Conclusion (after examination and discussion):

.....

Plan of upcoming treatment: .....

..... Date…. month…. year….

Secretary	**Chairperson**
(sign)	(sign)

Members: all members have to sign on the minutes with name and title

* Instruction: Printing: A4 paper, portrait, 1 side. This minutes needs to be attached into medical profile.

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 43/BV-99

DEATH CONFIRMATION RECORD

Name of patient:..... Age:……. Gender: .....

Patient no.: .....

Time of arrival to hospital:.....

Time of death: .....

At department: .....

Confimation of death on: .....

Chairperson:.....Secretary:.....

Members: .....

.....

Summary of disease development, treatment process and patient care: .....

.....

.....

.....

Conclusion:

.....

.....

..... Date…. month…. year….

Secretary	**Chairperson**
(sign)	(sign)

Members: all members have to sign on the minutes with name and title

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....
DEPARTMENT ……

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 01D/BV-99
Number: …….

DRUG DISTRIBUTION RECORT

Date…. month…. year….

No.	Code	Name of drug	Unit	Quantity		Remark
				Order	Distribute	
		Total:				

Date……month….year…

Head of pharmacy dept	Distributor	Receiver	Head of Department
Name:…….	Name:…….	Name:…….	Name:…….

* Instruction:
- Write on coal paper, 2 copies, save original paper in Pharmacy Dept, copies paper for storage.
- Code and barcode depending on the level of computer use in management.

MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL:…....
DEPARTMENT ……

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

MS: 05D/BV-99
Số: …….

RETURN OF DRUGS/ CHEMICAL/ CONSUMABLE MEDICAL MATERIALS

No.	Name of drug, chemical, consumable	Unit	Controlled amount	Quantity	Unit price	Amount	Remark
	Total:						

Date……month….year…

Head of pharmacy dept	Distributor	Receiver	Head of Department
Name:…….	Name:…….	Name:…….	Name:…….

*** Note:**
Above formats are referred from formal book of documents and medical records in hospital (by Decision No. 1333/ 1999/ QĐ- BYT dated 3rd May 1999 by Ministry of Health)

GUIDANCE ON FILLING UP FORMAT OF HEALTH EDUCATION FOR DISCHARGED PATIENT

(This format is filled by trainee oneself when learning/practicing)

1. **Basic information/ medical information:** based on medical profile
2. **Assessment:** Based on collected information from patient/family directly: sufficient, short.
3. **Content of health education/consultation;**

   3.1. Issues: It depends on each patient to identify appropriate issues for education, make priority list. For examples: consultation on nutrition, drug usage, exercise…

   3.2. Health education plan: Based on education content to make proper plan.

   3.3. Expected outputs: Identify objective of each content.

   3.4. Implementation: Write in detail of implementation plan for each content.

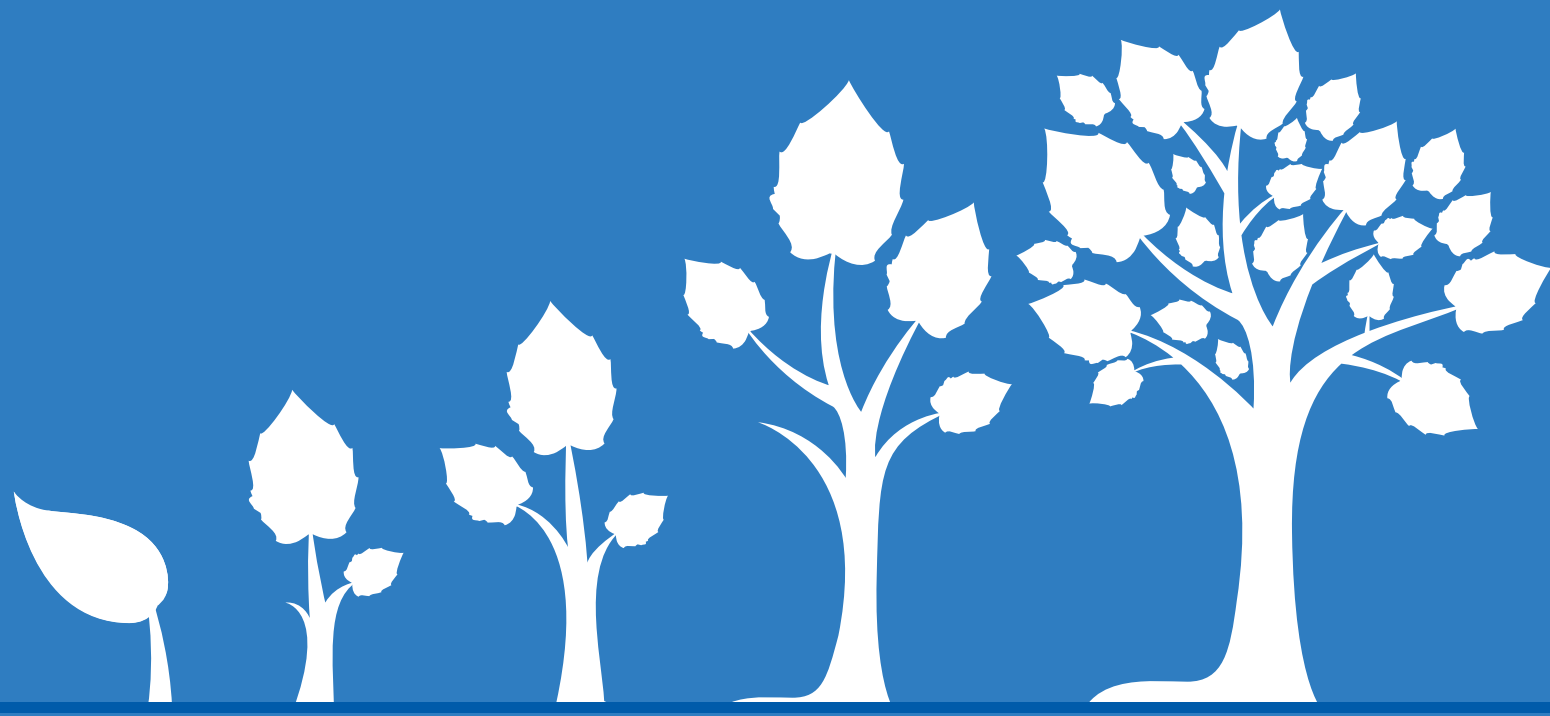
   3.5. Evaluation: Make evaluation for each content after implementing the plan.



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM
FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TRAINING CURRICULUM AND MATERIALS FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

TRAINING CURRICULUM AND MATERIALS FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

LIST OF AUTHORS

EDITORS

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*

AUTHOR GROUP

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*
Msc. Nguyen Bich Luu	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
BSN. To Thi Dien	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
PhD. Phan Thi Dung	*President of the Vietnam Surgical Nursing Branch, Vietnam Nurses Association*

Msc. Pham Thu Ha	*Standing member of Executive Committee, Vietnam Nurses Association*
Msc. Ha Thi Kim Phuong	*Head of Division of Nursing - Nutrition - Infection Control Division, Medical Services Administration, Ministry of Health*
Msc. Bui Minh Thu	*Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Anh	*Officer of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Viet Nga	*Head of Nursing Department, Saint Paul General Hospital*
Msc. Nguyen Dinh Khang	*Officer of Practice Management Division, Vinh Phuc Department of Health*
NSI. Dinh Thi Ngoc Thuy	*Head of Cursing Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital*
Msc. Nguyen Thi Nhu Tu	*Deputy Head of Medical Services Department, Binh Dinh Department of Health*
NSI. Truong Thi Huong	*Head of Nursing Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
NSI. Le Ho Thi Huyen	*Head Nurse of Pediatrics Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
Msc. Huynh Tu Anh	*Deputy Head of Medical Services Department, Dong Nai Department of Health*
BSN. Tran Thi Huong	*Deputy Head of Nursing Department, Dong Nai General Hospital*
MSc. Nguyen Do Thi Ngan Trang	*Head of Nursing Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai province*
NSI. Ta Van Hien	*Deputy Head of Medical Services Department, Dien Bien Department of Health*
BSN. Dang Thi Tu Loan	*Head of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
BSN. Cao Thi My	*Officer of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
NSII. Truong Thi Thu Huong	*Vice President, Bach Mai Medical College*

Msc. Nguyen Thanh Thuy	*Head of Nursing Faculty, Hanoi Medical College*
Msc. Ly Thi Phuong Hoa	*Vice Head of Medicine Faculty, Tra Vinh University*

REVISION, CORRECTION GROUP

Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*

CONTRIBUTORS

Assoc. Prof. PhD. Nguyen Quoc Huy	*Head of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Ngoc Bang	*Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Thi Kim Thanh	*Officer of General Office, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
MPH. Amaike Naomi	*Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Desilva Tomomi	*Coordinator, JICA Nursing Project*
BSN. Fukatani Karin	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*

Msc. Sugita Shio	*Former Chief Advisor, JICA Nursing Project*
BSN. Ikarashi Megumi	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Tran Thu Huong	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Thu Hien	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Ngoc Lan	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Tran Thi Duyen	Project Officer, JICA Nursing Project

LIST OF ACKNOWLEDGEMENT

PhD. Kurosu Hitomi	*Expert on Infection Control / Nursing ManagementJICA Project for Improvement of Hospital Management Competency*
Msc. Moriyama Jun	*National Center for Global Health and Medicine, International Cooperation Department, Human Resources Division, Capacity Development*
PhD. Suenaga Yuri	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Yokoyama Miki	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Adachi Yoko	*Assistant Professor, School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Kawano Megumi	*Candidate of Master of Science in Nursing, Graduate School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Sakai Shima	*Associate professor, school of nursing, Tokyo Women's Medical University*

INTRODUCTION

According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. However, current legal documents have not specified training program, materials, implementation, teaching and evaluation method before issuance of practical certificate.

The Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses, hereafter as JICA Nursing Education project, aims to enhance healthcare quality in Vietnam through nationwide scaling-up clinical training system for new nurses. Japan International Cooperation Agency (JICA) provides both technical and financial assistance. Ministry of Health's leader assigned the Administration of Science Technology and Training to act as implementing agency. Bach Mai Hospital, Saint Paul Hospital in Hanoi together with Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai province are selected as pilot sites from 2016 to 2020.

The clinical training program and materials for new graduate nurses including 04 modules that developed by JICA Nursing Education project in coordinated with local and international experts, management officers, lecturers and Vietnam Nurses Association. After a series of revisions through collecting training result in pilot provinces, the material set has approved by Appraisal Committee under Ministry of Health (MoH).

Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health would like to highly appreciate the leader of MoH, effective support from JICA especially Japanese experts work in Vietnam; extend thankful to Editing board and all concerned people for contributing efforts in material set development; last but not least, warmest thanks to our colleagues.

Sincerely thanks!

DIRECTOR
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Dr. Pham Van Tac

PREFACE

Nurse plays an important role in the people's health care and there are many specialties in nursing and education levels from intermediate, college, university to postgraduate. In Vietnam, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from different levels of intermediate, college and university. According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. These training materials were developed to facilitate the implementation of clinical training in health facility to meet these legal documents and to ensure the quality of the training.

The materials consisted of: (1) Curriculum of clinical training for new nurses; (2) Textbook of clinical training for new nurses (Vol.1&2); (3) Training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; (4) Guideline on management and implementation of clinical training for new nurses.

Each book aims to improve necessary nursing competencies at different level because nursing manager's competencies on planning, monitoring and evaluation of training and preceptors' competencies on teaching, supporting and evaluation of trainees are crucial to implement clinical training for new nurse. The training materials could also support all related people who involved in clinical training implementation including Department of Health who manage the training program, nursing professional association and educational institution to support this training and the role of each are clarified in the Guideline. Furthermore, we updated and relating to regulation and expertise, together with application of learning through case-studies reflected theory and practical contents.

We, the members of edition team, do hope that these material as a set could facilitate all stakeholder involved clinical training to enhance necessary capacities to implement the clinical training so that standardized and qualified training can be provided for new nurses to obtain basic competency for nurses in Vietnam.

Lastly, the editing team would express our gratitude to the efforts, contributions and leaderships of the Administration of Science, Technology and Training - Ministry of Health, JICA Nursing Education Project, local and international experts, teachers/lecturers of nursing educational institutions, leaders of provincial Department of Health/Hospital, Head Nurses of provincial Department of Health/Hospitals involved this activities, members of Appraisal Committee of MOH to fulfill this material set.

Thank you very much!

ON BE HALF OF EDITION TEAM

JICA NURSING PROJECT

HORII Satoko
Project Chief Advisor
(Signed)

EDITION TEAM LEADER

Pham Duc Muc
President of Vietnam Nurses Association
(Signed)

ABBREVIATION

MOH	Ministry of Health
DOH	Department of Health
ASTT	Administration of Science Technology and Training
JICA	Japan International Cooperation Agency

TABLE OF CONTENT

	List of authors	3
	Abbreviation	7
	PART I: TRAINING CURRICULUM FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES	11
1	Introduction	11
2	Training objectives	11
3	Trainees and criteria of trainees	12
4	Detail training program	12
5	Training material	14
6	Training methodology	15
7	Criteria of trainer and facilitator in preceptor training	15
8	Training equipment	15
9	Guidance on implementation	15
10	Assessment and certification	16
	PART II: TRAINING MATERIAL FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES	17
1	Lesson 1: Overview of training program for preceptors in clinical training for new nurses	17
	Practice: Dream preceptor	22
2	Lesson 2: Overview of curriculum and training material in clinical training for new nurses	24
	Practice: Discussion on curriculum, detail content and implementation of clinical training for new nurses	31
	Annex 1: Clinical training course plan	33
3	Lesson 3: Training methodology in clinical training for new nurses	34
	Practice: Application of clinical training methods in training on nursing process	51
	Practice: Application of case-based education in training on patient safety	53
	Practice: Supportive skill to new nurses	56
	Practice: Feedback skill	59

4	Lesson 4: Method of assessment – evaluation in clinical training for new nurses	62
	Practice: Using technical checklist in assessing trainee	72
	Practice: Using competencies in evaluating trainee	75
	Annex 2: Checklist of competency based evaluation for vietnamese nurses	79
	Annex 3: Periodical assessment form	89
5	Lesson 5: Teaching learning plan - plan development, Implementation and evaluation	92
	Practice: Making teaching-learning plan and performing a lecture	101
	Annex 4: Sample of clinical teaching-learning plan	103

PART I: TRAINING CURRICULUM FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

1. INTRODUCTION

The curriculum and training program for preceptors in clinical training for new graduated nurses is followed by Circular No.22/2013/TT-BYT stipulating guidance on continuous training for medical staff and Circular No. 11/2019/TT-BYT dated 17 June 2019 providing guideline on teaching-learning methodology for clinical training instructor of medical professionals. Targeted users are health facilities which are qualified enough to conduct clinical training for new nurses (hereafter called as hospital), medical staff in charge of clinical guiding (hereafter called as preceptor) and training management staff. Core content of the training focuses on necessary skills of preceptors in clinical training for new nurses such as teaching skill, evaluation skill, supportive skill and feedback skill. Training duration of this course is 5 days with 40 units in total in which 14 units are theory part and 26 units are practice part. After finishing the training course, trainees will receive certificate on "Preceptor in clinical training for new nurses".

1.1 Title: *"Training for preceptor in clinical training for new nurses"*

1.2 Training scope: The training is for nurses at medical facilities who are in charge of clinical training for new nurses.

1.3 Form of training: Regular short-term training

2. TRAINING OBJECTIVES

2.1 Achievement outcomes after the training

Trainees of this training course are experienced medical staff in the field of clinical training. Hence, target of the course aims to provide necessary skills to the preceptors that they can gain the following outcomes:

(1) Developing clinical lesson plan and delivering the lesson for new nurses in accordance with the lesson plan and hospital's plan;

(2) Guiding and supporting new nurses during clinical practices;

(3) Applying active learning methods, evidence-based practice, proper assessment and evaluation in accordance with content of training and subject of trainees.

2.2 Overall objective

To train amount of qualified clinical practice trainers who are capable to make plan and implement practical clinical training for new nurses towards competency-based approach.

2.3 Specific objective

**** Knowledge***

- Analyzing main content of clinical training program for new nurses.
- Analyzing roles of preceptors in clinical training for new nurses.
- Describing necessary skills of preceptors.
- Analyzing characteristics of adult learner and adult learning methodology
- Identifying characters of competency-based and objective-based education methods.
- Clarifying methods of assessment and evaluation using in clinical training for new nurses.

**** Skills:***

- Implementing clinical training plan for new nurses effectively.
- Making clinical lesson plan and conduct that lesson by case study/ actual patient.
- Applying active learning method in clinical training for new nurses effectively.
- Applying active learning methods with/without patients.
- Using proper assessment and evaluation methods to evaluate competency of new nurses.
- Using active supportive skill and feedback skill in training for new nurses in accordance with the objectives and needs of trainees and encourage them to be independent.

**** Attitude:***

- Demonstrating interest and willingness to transfer professional experience to new nurses.
- Being a model of nurse in caring and serving patients for new nurses to learn.

3. TRAINEES AND CRITERIA OF TRAINEES

Trainees who are directly in charge of clinical training for new nurses at medical facilities need to meet following criteria:

- Having nursing education at college level at least;
- Having professional license relating to the fields of training;
- Having 3 years of clinical experience at least and being capable person to perform professionally nursing technique.
- Having appointment from hospital's leaders to participate the training course and having been assigned as preceptor in clinical training for new nurses.

4. TRAINING CURRICULUM

4.1 Training duration

5 days (8 units/day).

4.2 Detail program

Lesson	Objective	No. of unit		
		Total	Theory	Practice
Opening	1. Pre-test. 2. Introduction of training objectives and training schedule	1	1	0
Lesson 1: Overview of clinical training and training curriculum for preceptor and new nurses	1. Analyze importance of clinical training and effective clinical training strategy for new nurses. 2. Analyze main content of clinical training curriculum for new nurses. 3. Discuss on training methodology for main parts in clinical training for new nurses. 4. Discuss on how to implement clinical training course plan for new nurses in line with actual condition of health facilities. 5. Analyze main content of training program for preceptor in clinical training for new nurses.	6	2	4
Lesson 2: Necessary skills of preceptor	1. Analyze 5 roles of the preceptor. 2. Present 5 necessary skills of the preceptor. 3. Discuss on ideal preceptor in clinical training for new nurses.	2	1	1
Lesson 3: Training methodologies in clinical training for new nurses	1. Present 4 basic contents of objective-based learning 2. Explain characters of competency-based education. 3. Analyze learning characteristics of adults. 4. Apply effectively active learning methods in clinical training for new nurses. 5. Perform supportive skill to new nurses.	8	3	5
Lesson 4: Clinical training methodologies with/without patients	1. Describe 2 types of clinical training for new nurses. 2. Apply clinical learning-teaching procedure with patient in training on nursing process. 3. Apply clinical learning-teaching method on feedback skill without patient. 4. Apply learning-teaching methods on nursing techniques.	2	1	1

Lesson 5: Assessment and evaluation in clinical training for new nurses	1. Identify assessment and evaluation in clinical training for new nurses. 2. Apply checklist in assessment of trainees. 3. Apply competency-based evaluation of new nurses.	8	2	6
Lesson 6: Lesson plan – performing and evaluating the lesson	1. Identify procedure of lesson plan for both theory and practice parts. 2. Develop lesson plan and perform the lesson in both theory and practice according to clinical training materials for new nurses. 3. Evaluate learning-teaching activities	12	3	9
Closing	1. Post-test 2. Certification	1	1	0
	Total	**40**	**14**	**26**

5. TRAINING MATERIAL

5.1 Training material

The Project for strengthening clinical training system for new-graduate nurse in Vietnam:

(1) Curriculum of clinical training for new nurses

(2) Textbook of clinical training for new nurses

(3) Training curriculum and materials for preceptor in clinical training for new nurses

(4) Guidance on management and implementation of clinical training for new nurses.

5.2 Reference

(1) Trương Việt Dũng and Phí Văn Thâm, 2010. Medical – Medication Teaching Method, Ministry of Health.

(2) Ministry of Health, 2011, Circular 07/2011/TT-BYT dated January 26, 2011 guidance on nursing activities for patient care in the hospital, Ministry of Health.

(3) Lương Ngọc Khuê and Phạm Đức Mục, 2014. Training material for patient safety, Ministry of Health.

(4) Lương Ngọc Khuê and Phạm Đức Mục, 2012. Training material for infection precaution and control, Ministry of Health.

(5) Vietnam National Assembly, 2009, Law on Medical Examination and Treatment No.40/2009/QH12 dated November 23, 2009.

(6) Government, 2016, Decree 109/2016/ND-CP dated 01/07/2016 stipulating on granting practical licenses to practitioners and operational licenses for medical examination and treatment facilities.

(7) Inter-ministerial Circular No.26/2015/TTLT-BYT-BNV of the Ministry of Home Affair – Ministry of Health on specifying codes, standards of professional titles for nurse, midwife and medical technician.

(8) Circular No.22/2013/TT-BYT dated 9/8/2013 providing the guidance on continuous medical education for medical officials.

(9) Basic competency standards of Vietnamese nurses under the Decision No.1352/QĐ-BYT dated 21/4/2012

(10) Professional ethics standards of Vietnamese nurses under the Decision No. 20/QĐ-HĐD of the President of Vietnam Nurses Association; Agreement document No. 5747/BYT-TCCB of the Ministry of Health and Agreement document No. 282/CV-THYH of the Vietnam Medical Association.

(11) Project of HHRSDP, Competency-based education, 2016, Medical Publishing House.

(12) MOH, Circular No.11/2019/TT-BYT dated June 17th, 2019 on enhancing capacity of clinical learning-teaching methodologies for preceptors in medical professionals.

(13) MOH, 2020, Materials for enhancing capacity of clinical learning-teaching methodologies for preceptors in medical professionals.

6. TRAINING METHODOLOGY

6.1 Methods

- **Theory:** Presentation, group work, role play and self-study.
- **Practice:** Role play, group work and self-study.

6.2 Lesson progress:

Before starting the course, all necessary information related to the course as well as training methodology and methods of assessment needs to be delivered to the trainees. In each lesson, the lecturer follows the steps: delivering the lesson by presentation; giving questions/theme for group work; giving practice exercise in form of team work. Trainees make group discussion in class and present their assigned problems/exercises/ difficulties with the lecturer. Lecturers review and finalize the knowledge they have learned.

7. CRITERIA OF TRAINER AND FACILITATOR IN PRECEPTOR TRAINING

7.1 Trainer

- Being nurses with university education or upper. In case the lecturer is working for others fields in medical sector, he/she must have at least 5 years' experience in teaching for nurses at college level and upper.
- Having Certificate of clinical teaching method or certificate of basic pedagogy.
- Having 5 years' working experience.

7.2 Facilitator

- Being nurses with university education or upper;

8. TRAINING EQUIPMENT

It depends on actual condition of each health facility. However, the facility needs to prepare necessary equipment for teaching and learning.

9. GUIDANCE ON IMPLEMENTATION

- The health facility can actively conduct the training for preceptors in order to secure necessary number of preceptors and quality of the training course. Principles of training implementation is as follows:
- For the health facilities with CME: can actively and independently organize training for preceptors according to approved "Training for preceptor in clinical training for new nurses". Trainers of this training course are nurses in charge of training or training management level staff who have received training in the hospitals. If the hospital finds itself to be not able to independently conducts training for preceptor, it is necessary to coordinate with other hospital/ agency where have sufficient capacity or requests the supports from Department of Health or Provincial Nursing Association or other capable agencies for technical and lecturer supports.
- For the health facilities without CME: Or appoints trainees to join a training course for preceptors which are organized by other qualified hospitals/facilities; or requests Department of Health for support, invites Provincial Nursing Association or other capable agency to conduct training for preceptor in that facility itself.

  Appropriate number of trainees is not exceeded 30 trainees. Trainers and trainees must satisfy all criteria mentioned in the training program. Each course requires a coordinator to ensure the training schedule and logistics arrangement of the class. For each lesson, there should be 1-2 lecturers and 01 facilitator to replaced/assist when in need.
- Training schedule should be flexible designed in order to adjust depending on the circumstances and conditions (trainers, trainees, infrastructure...). The order of lessons may change but must ensure logicality and the training course objectives. For any reason, if trainee cannot finish the whole training program (not qualify to receive certificate), he/she can continue joining in next course for missing parts, but no later than 36 months after the first day of his/her initial training course.

10. ASSESSMENT AND CERTIFICATION

10.1 Assessment

Organize pretest, progressive and post-test.

10.2 Certification

* Condition for certification: Trainee is certified training course completion if meeting following requirements:
  - Attend at least 80% lesson unit.
  - After finishing lesson 6, each trainee must complete making one lesson plan or present one content of lesson in the class and acquire the evaluation of achievement from trainer.
  - Meet the requirements of progressive tests and post-test (10 score scale)
* Certificate title: “Certificate of preceptor in clinical training for new nurses”

PART II: TRAINING MATERIAL FOR PRECEPTORS IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

LESSON 1

OVERVIEW OF CLINICAL TRAINING AND TRAINING CURRICULUM FOR PRECEPTOR AND NEW NURSES

OBJECTIVES

1. Analyze importance of clinical training and effective clinical training strategy for new nurses.
2. Analyze main content of clinical training curriculum for new nurses.
3. Discuss on training methodology for main parts in clinical training for new nurses.
4. Discuss on how to implement clinical training course plan for new nurses in line with actual condition of health facilities.
5. Analyze main content of training program for preceptor in clinical training for new nurses.

CONTENT

1. OVERVIEW OF CLINICAL LEARNING-TEACHING

Clinical learning-teaching is the main content of clinical training for new nurses. Effects of clinical learning-teaching will not only influence to quality of training but also quality of nursing care and medical treatment as well as professionals' culture of the new nurses. Many students on medical doctor and nurse fields, new nurses have applied gained experiences and impression during clinical training to be model for themselves when they start working as real professionals later on. Hence, the preceptor in clinical training plays very important role not only in nursing care and medical treatment to patients but also in orientation of the behavioral culture of new nurses in line with patients and society's expectations

Clinical learning-teaching is now facing with many challenges because the preceptor has to cover both burdens including caring patients and guiding new nurses, medical students. Therefore, in order to achieve effectiveness in clinical learning-teaching, it requires the preceptor to apply active strategy when implementing clinical learning-teaching effectively.

Learning-teaching on clinical reasoning: Clinical reasoning is the process of making care decision in line with each patient. The preceptor has to utilize his/her actual working experiences and evidence-based knowledge when teaching and guiding to new nurses or medical students. Nursing students need to be familiar with the process of examination, observation, monitoring, and comprehensive information collection from each patient based on the nursing process to make appropriate care plan decision which is consistent with the unique characteristics of each patient.

Learning-teaching on clinical practical skills: The preceptor should follow basic competency standards of nurses and refer expected outputs of clinical training for new nurses to divide set of competencies into appropriate groups and set up certain targets that new nurses have to achieve for each period during clinical training. Guidance on patient care practice needs to follow standard technical procedure issued by Ministry of Health as legal basis and update new guidance on advanced technologies in nursing care.

Learning-teaching on effective feedback skill in group: Effective feedback skill is one of important content in clinical learning-teaching methodologies which helps to improve skills of the new nurses through assessment and comments from preceptors and colleagues. Through effective feedback, new nurses can understand their strong and weak points. Improvement of clinical practice skills of the new nurse can be strengthened most effectively through feedback from preceptor, colleagues, especially through lesson-learnt from success and failures of clinical practice.

Learning-teaching on profession culture and friendly communication with patients: New nurses have to learn not only how to provide best nursing care to the patients and practice nursing process but also how to communicate with the patients in line with Competency Standards of Vietnamese Nurses issued by Vietnam Nursing Association. Positive and negative feedbacks from patients and community on working style, attitude and behaviors of new nurses should be recorded by the preceptor-in-charge that can help to orient new nurses and encourage them to make appropriate decisions in line with professional ethics.

2. CURRICULUM OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

2.1. Importance of clinical training for new nurses

Nursing is a profession, a multidisciplinary field, with many specialties at many levels of training, from the secondary school, college, university and post-university. In developed countries, the nurse who completes the pre-service training program will register for the national examination to be granted a nursing license. Nursing license include: Registered Nurses with a training duration of 3 years at least and a Licensed Practical Nurse with a training duration of less than 2 years.

In Vietnam, there are more than 30,000 new graduates each year graduated from intermediate, college and university levels. In order to promote professionalism in professional practice, assurance of professional competency is indispensable. Professional competency is the foundation capacity that is formed and strengthened in the schools and must be updated regularly later on. Therefore, beside the self-study of the new nurses, updated training is necessary to help nurses maintain and enhance their qualifications.

Clinical training for new nurses aims to establish and improve the foundation of care practice that plays an important role on creating the first step in learning during the life. When participating in clinical training, it is very important that the new nurse will not only enhance their clinical professional competencies, but also strengthen their senses of responsibility for the society and right attitude of professional nurse.

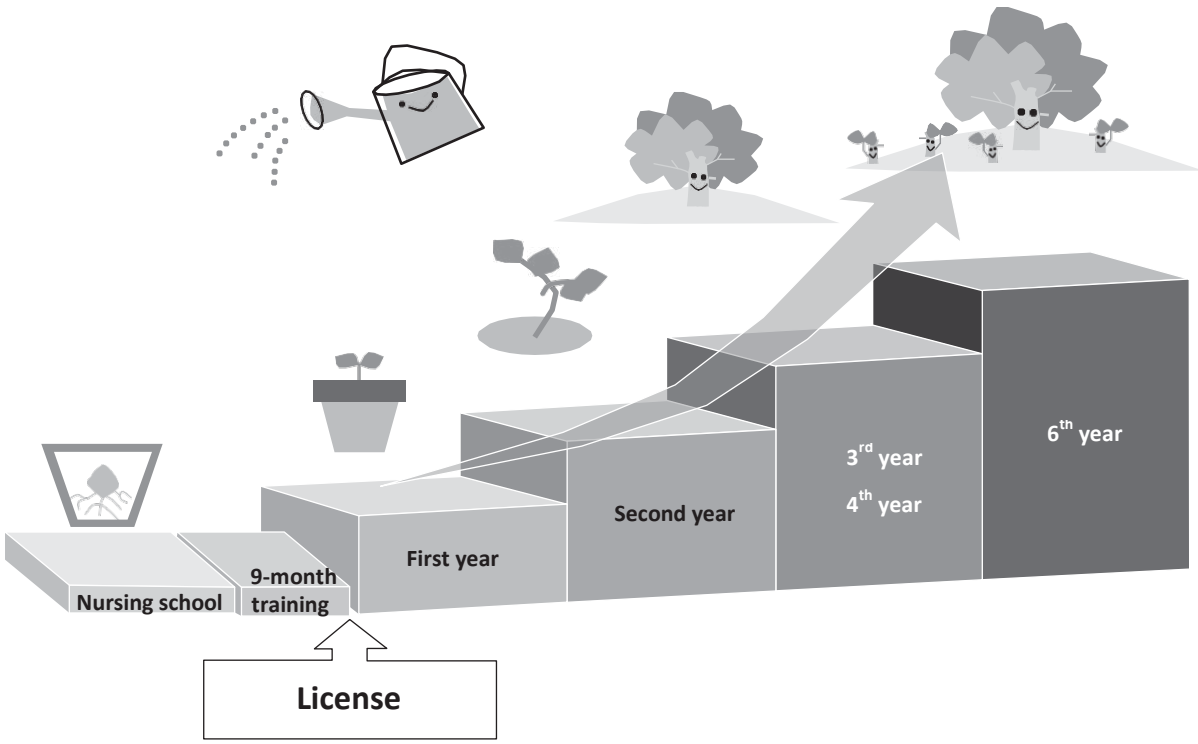


Image 1: Process of clinical training for new nurses

2.2. Training curriculum

Curriculum of clinical training for new nurses is applied for nurses who have been graduated from nursing school at intermediate level and upper and not yet obtained the professional license (according to Law of Medical Examination and Treatment 2009). Those nurses will be trained continuously in health facilities during 9 months.

It is different from previous training curriculum for nurses, the curriculum of clinical training for new nurses focuses on enhancing their performance of complicated nursing techniques to meet requirement of patients as well as supplying safe nursing care services to patients. In order to meet requirements of this curriculum, assigned preceptors must have qualified competencies in related fields such as nursing process, patient safety, standard precautions and health education to the patient. These contents of the curriculum are followed by legal documents mentioned below:

2.2.1. Legal documents relating to nursing profession

Law No. 40/2009/QH12 on Medical Examination and Treatment includes 9 chapters with 91 articles, in which rights of patients are clearly stipulated in article 1 of chapter 2 as following details:

- Rights to have medical examination and treatment with proper quality in line with actual conditions.
- Rights to respect for privacy.
- Rights to respect for honor and protection of health in medical examination and treatment.
- Rights to have choice in medical examination and treatment.

- Rights to have information on medical profile and medical examination and treatment expenses.
- Rights to refuse medical treatment and discharge from health facilities.
- Rights of patients losing civil act capacity, or without civil act capacity or with restricted civil act capacity, or being juvenile aged between full 6 years and under full 18 years.

Decree No. 109/2016/ND – CP dated 01st July 2016 by the Government on professional license issuance to practitioners and business license issuance to facilities for medical examination and treatment. The Decree includes 5 chapters with 51 articles, in which it is mentioned in article 1 of chapter 2 about documentary, procedure of issuance and re-issuance of professional license and management system of professional license.

Joint Circular No. 26/2015 / TTLTBYT-BNV dated 7th October 2015 regulating codes and standards of proficiency of nurses, midwives, medical technicians. The circular includes 4 chapters with 16 articles, in which articles No.4, 5, 6 of chapter 2 stipulates clearly duties, functions and standards of nursing competencies and nursing education level of II, III, IV (Nurses with education level of post-university, university, college, secondary and upper level). In this circular, main duties of nurses are classified by educational level as following:

- Take care of patient at health facilities
- First aid, emergency
- Provide health consultation and education
- Taking care of community health
- Protect and perform rights of patient
- Coordinate and support treatment process
- Training, research, and career development

Circular No 07/2011/TT-BYT dated 26 January 2011 by Ministry of Health on Guidance of Nursing care to patients in the hospital includes 5 chapters with 32 articles that stipulated clearly professional duties of nurses as following:

- Provide health consultation and education
- Mental support
- Take care of personal hygiene
- Take care of feeding and nutrition
- Take care of rehabilitation
- Take care of patient with surgery, operation
- Support and monitor drug usage of patient
- Take care of patient to be about to die
- Perform nursing techniques
- Monitor and assess patient

- Ensure safety and prevent medical errors in patient care
- Make medical record

Circular No 22 /2013/TT-BYT dated 9th August 2013 by Ministry of Health on guidance of continuous training in medical field includes 4 chapters with 21 articles. It is mentioned in chapter 2 of this circular about responsibilities, time, type, curriculum, materials and trainers in continuous training for medical staff. Implementation and management of continuous training is stipulated in chapter 3.

Decision No. 20/2012/QĐ-HĐD dated May 2012 by Vietnam Nurse Association on Competency standards of Vietnamese Nurses includes 8 main contents with 30 ethical standards. The ethical standards of Vietnamese nurses aim to educate ethics for nurses and nursing students about professional ethics, and at the same time to assess and publicize to patients.

During the training course, the preceptor has to update new regulations and legal documents if the documents mentioned above has been expired or replaced by current regulations issued by appropriate authorities.

2.2.2. Competency standards of Vietnamese Nurses

Competency standards of Vietnamese Nurses are structured based on common frame of nurses in Asia Pacific area and ASEAN in order to meet requirement in the region and easier to compare with competency standards of other countries. Content of competency standards of Vietnamese Nurses is divided into 03 domains with 25 standards and 110 indicators.

03 domains include: Patient care competencies with 15 standards; management and professional development competencies with 8 standards; and legal and ethical competencies with 2 standards.

Each standard expresses one part of domain and 01 responsibility of nurse. Each indicator is one component of standard. One indicator can be applied to various domains and standards.

Competency standards of Vietnamese Nurses is designed carefully and professionally with many valuable references. Competency standards of Vietnamese Nurse was approved by Minister of Health by Decision No. 1352/QĐ – BYT dated 24th April 2012.

Competency standards of Vietnamese Nurses is used as basis to develop outcome standards of training curriculum for nurses in Vietnam. The training for nurses that can help them obtain competencies and meet requirements of Competency standards of Vietnamese Nurses is very important. In this curriculum of clinical training for new nurses, Competency standards of Vietnamese Nurses is used as indicators to evaluate learning result of new nurses and identify their competencies after the training course.

2.3 Competency output requirement of new nurses

(1) To provide evidence-based fundamental skills in nursing care.

(2) To provide nursing care based on the principles of patient safety and infection control.

(3) To provide effective and proper communication, team working, health education to patients and families.

(4) To engage in quality improvement and effective resource management.

(5) To provide nursing care complying with related regulations and professional ethics.

2.4. Overall objective of the training

The curriculum is developed with the aim of helping new nurse be able to practice caring for the patient actively, safely and effectively at the health care facilities.

2.5 Training curriculum

2.5.1. General curriculum

The curriculum of clinical training for new nurses includes 3 main aspects: (1) Orientation, relevant legal regulations and professional ethics; (2) Professional content; (3) Self-study, assessment and evaluation during 36 weeks, the remaining time is for self-study and evaluation.

No.	Content	Total units
1	Theory and pre-clinical practice (Off-JT)	76
2	Clinical practice (OJT)	1,324
3	Review, self-study, evaluation	120
	TOTAL:	**1,520**

2.5.2 Detail curriculum (50 minutes per unit)

1. Orientation and nursing regulations	***unit***
Lesson 1: Introduction of organization, regulations of the hospital Implementing clinical training, training program, clinical learning method for new nurses	2
Lesson 2: Basic competency standards for Vietnamese nurses	2
Lesson 3: Applying professional ethics for Vietnamese nurses to the practice of patient care	2
Lesson 4: Regulations on nursing and patient care	4
2. Patient safety	
Lesson 5: Application of standard precautions in patient care practice	8
Lesson 6: Prevention of medical adverse events	8
3. Basic nursing technique and patient care	
Lesson 7: Pain relief care	2
Lesson 8: Application of nursing process in patient care	4
Lesson 9: Receiving, transferring and discharging patients	0
Lesson 10: Vital signs monitoring	0
Lesson 11: Specimen collection for testing (blood, sputum, stool, urine)	0

Lesson 12: Hygiene care of patient	0
Lesson 13: Patient movement support	0
Lesson 14: Feeding support to patients	0
Lesson 15: Medication practice to patients	0
Lesson 16: Fluid Infusion - blood transfusion techniques	0
Lesson 17: Monitoring volume of in and out fluid	0
Lesson 18: Wound and drainage tube care techniques	2
Lesson 19: Pressure ulcer prevention and care for patients	2
Lesson 20: Excretion care	2
4. Patient care management	
Lesson 21: Regulations on recording, managing medical records and care templates	2
Lesson 22: Medical equipment usage and management: monitor, infusion machine, injection pump, electrocardiograph	2
Lesson 23: Management of medicines and medical consumable supplies	2
5. First aid, emergency	
Lesson 24: Evaluation of Comatose patient based on Glasgow Coma scale	0
Lesson 25: Respiratory support and airway management techniques	4
Lesson 26: Basic Emergency care for Cardiac Arrest	4
Lesson 27: Prevention and management of Anaphylaxis	4
6. Communication, education and teamwork	
Lesson 28: Communication skills in patient care	8
Lesson 29: Health education	8
Lesson 30: Teamwork skills in healthcare	4

2.5.3. Implementation of clinical training for new nurses

The implementation of each training course is based on actual condition of training system in hospital, in which it must ensure sufficient number of preceptors, clinical department/ number of patient's beds, facilities and equipment,… and total number of trainees in one class is not exceeded 30 peoples. Process of clinical training for new nurses is divided into 3 main stages: First stage (from first month to third month), middle stage (from forth month to sixth month) and final stage (from seventh month to ninth month). Each new nurse has to fulfil all clinical practice contents mentioned in the training material at clinical departments. The rotational training among clinical departments must be in line with actual situation of the hospital. It is recommended to have rotation of department in clinical training that helps new nurses learn more skills and clinical cases. At each

clinical department, the person in charge of training needs to assign preceptor who will regularly support, guide and encourage them to be more self-confident and interested in learning. When practicing in clinical department, new nurse is requested to work in group together with other staff in that department and work at nigh shift with the preceptor.

2.6 Assessment and certification

- Condition of evaluation: new nurse needs to participate at 100% practice part and at least 80% theory part of total units. New nurse needs to complete exercise on case study.
- Evaluation methods: learning portfolio, achievement level based on competency standards, objective questionnaire.
- New nurses after completing the training courses and have confirmation from the hospital on evaluation result will receive Certificate of clinical practice period as current regulations.

3. CURRICULUM OF TRAINING FOR PRECEPTORS

3.1 Training curriculum for preceptors

The training aims to train nurses in health facilities who are in-charge of clinical guiding to new nurses. This program enhances capacity of learner in teaching methods, evaluation methods and supportive skills to the learners, especially necessary skills in clinical learning-teaching for nurses.

Participants in this program are nurses with nursing education at college level at lease, who have a proper professional license relating to the fields of clinical training for new nurses, have at least 3 years experiences in clinical training and proficient performance of nursing techniques, are appointed to join in the training course and are assigned to be preceptors in clinical training for new nurses.

3.2. Expected outputs after training

Trainees participated the training course are experienced professional medical and clinical skill staff. Therefore, the training course will focus on supplementing initial capacities of preceptor to acquire the following outcomes:

(1) Developing clinical lesson plan and delivering the lesson for new nurses in accordance with the lesson plan and hospital's plan;

(2) Guiding and technically supporting new nurses;

(3) Applying active learning methods, evidence-based practice, proper assessment and evaluation in accordance with content of training and subject of trainees.

3.3. Training objectives

This training program aims to train amount of qualified clinical practice trainers who are in charge of practical clinical training for new nurses towards competency-based approach.

**** Knowledge***

- Analyze main content of clinical training program for new nurses.

- Analyze roles of preceptors in clinical training for new nurses.
- Present necessary skills of preceptors
- Analyze characteristics of adult learner and adult learning methodology.
- Identify characters of competency-based education and proper training methodology in clinical training for new nurses.
- Clarify methods of assessment and evaluation applying in clinical training for new nurses.

**** Skills:***

- Implement clinical training plan for new nurses effectively.
- Make clinical lesson plan and conduct that lesson by case study/ actual patient.
- Apply active learning method in clinical training for new nurses effectively.
- Apply clinical teaching method with and without patients
- Use proper assessment and evaluation methods to evaluate competency of new nurses.
- Use active supportive skill and feedback skill in training for new nurses in accordance with the objectives and needs of trainees and encourage them to be independent.

**** Attitude:***

- Demonstrating interest and willingness to transfer professional experience to new nurses.
- Being a model of nurse in caring and serving patients for new nurses to learn.

3.4. Detail curriculum

Training duration: 5 days (8 units/day).

No.	Content	No.of unit
0	Opening, pre and post-test, closing and certification	2
1	Overview of clinical training and training curriculum for preceptor and new nurses	6
2	Necessary skills of preceptor	2
3	Training methodologies in clinical training for new nurses	8
4	Clinical training methodologies with/without patients	2
5	Assessment and evaluation in clinical training for new nurses	8
6	Lesson plan - performing and evaluating the lesson	12
	Total:	**40**

3.5. Guideline on training implementation, assessment and certification

Number of trainees is not exceeding 30 persons per course. Trainers and trainees must satisfy criteria of the training.

Trainees have to attend pre-test, processive test and post test

**** Conditions for certification:***

Trainee is certified if meeting following requirements:

- Attend at least 80% lesson unit.
- After finishing lesson 6, each trainee must complete making one lesson plan or present one content of lesson in the class and acquire achievement level from trainer's evaluation.
- Meet the requirements of progressive tests and post-test (10 score scale)

For any reason, if trainee cannot finish the whole training program (not qualify to receive certificate), he/she can continue joining in next course for missing parts, but no later than 36 months after the first day of his/her initial training course.

**** Certificate title***

"Certificate of preceptor in clinical training for new nurses"

REFERENCES

1. Ministry of Health, 2011. Circular 07/2011/TT-BYT dated 26th January 2011 on guidance of nursing care to patient in hospital.
2. Luong Ngoc Khue and Pham Duc Muc, 2014, Patient safety, Ministry of Health
3. Luong Ngoc Khue and Pham Duc Muc, 2012, Infection prevention and control, Ministry of Health
4. National Congress, 2009. Law of Medical examination and treatment No. 40/2009/QH12 dated 23rd November 2009.
5. The Government, 2016. Decree No. 109/2016/ND-CP dated 1st July 2016 on guidance of professional license issuance to professional practices and business license to healthcare facilities.
6. Joint Circular No.26/2015/TTLT-BYT-BNV by Ministry of Health and Ministry of Interior regulating codes and standards of proficiency of nurses, midwives, medical technicians
7. Circular No. 22/2013/TT-BYT dated 9th August 2013 on guidance of continuous training for medical staff.
8. Competency standards of Vietnamese Nurses by Decision No. 1352/QĐ-BYT date 21st April 2012.
9. Đỗ Đình Xuân and Trần Thị Thuận, 2010. Nursing techniques, Medical Publishing House.
10. Ministry of Health and JICA Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses in Vietnam, Training material for preceptors in clinical training for new nurses, ,2020.
11. Circular No. 22/2013/TT-BYT issued on 09 August 2013 on continuous training for medical staff.
12. Ministry of Health, Circular No. 11/2019/TT-BYT dated 17 Jun 2019 on enhancement of learning-teaching methodologies for clinical instructors in medical sector.
13. Ministry of Health, 2020, training materials for enhancing learning-teaching methodologies for clinical instructors in medical sector.
14. John A.dent; Ronald M.Harden., Guidance on clinical practice for medical trainers (Vietnamese version), Netherlands - Vietnam Project, 2005.

PRACTICE

DISCUSSION ON CURRICULUM, DETAIL CONTENT AND IMPLEMENTATION OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

OBJECTIVES

1. Discuss on main content of clinical training program for new nurses.
2. Discuss on training methodology for main parts in clinical training program for new nurses.
3. Discuss on how to implement clinical training course plan for new nurses in line with actual condition of health facilities.

CONTENT

1. INTRODUCE CONTENT AND IMPLEMENTATION PLAN OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

- Trainer give summary of achievement goals, objectives, training curriculum, methods of evaluation/assessment and certificate issuance based on materials of clinical training for new nurses.
- Trainer give summary of content relating to legal documents and current regulations in nursing care, and some professional contents in materials of clinical training for new nurses.
- Trainer provides and explains format of clinical training plan by practicing period of new nurses and based on actual situation of the hospital *(using annex or existing clinical training plan of the hospital).*

2. DISCUSSION

(1) Trainer divides trainees into groups (3-5 members of each group)

(2) Make group discussion on following topics:

- Topic 1: Main content and important points of clinical training program for new nurses.
- Topic 2:
  + How to guide new nurse to search necessary information from legal documents? How to apply regulations of legal documents into professional practice?
  + Method to give lecture on "Nursing process" effectively? How to guide new nurses to apply nursing process in actual patient care? *(refer to detail content of nursing process in material of clinical training for new nurses).* Common issues when applying nursing process in patient care practice? How to solves those issues?
  + Remarkable points when using case study in teaching on patient safety, infection control, communication skills and teamwork *(using cases mention in the material of clinical*

training for new nurses). Common errors/mistakes of new nurses during clinical practice period? How to solve those problems?

- Topic 3: Possible difficulties when implementing clinical training plan for new nurses? What are countermeasures?

(3) Each group appoints group leader and secretary to write down result of discussion into A0 paper

(4) Discussion duration for each topic should be 30-60 minutes

(5) Presentation of discussion result by each group should be 10 minutes. Trainer and other trainees listen, observe, discuss, comment and summarize.

ANNEX 1: CLINICAL TRAINING COURSE PLAN

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Period</td><td colspan="9">Implementation period</td></tr>
<tr><td colspan="3">Stage I (first 3 months)</td><td colspan="3">Stage II (from 4th month to 6th month)</td><td colspan="3">Stage III (from 7th month to 9th month)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Orientation</td><td>Introduction of training program, training plan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Theory</td><td>Relevant legal documents of practicing and patient care</td><td>Basic nursing competency, nursing ethic competency; communication skills</td><td>Nursing process, patient safety and infection control</td><td>Health consultation and education</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Patient care and basic nursing techniques at a department or rotation</td><td colspan="3">Patient care and practicing basic nursing techniques under the guidance</td><td colspan="3">- Patient care and practicing basic nursing techniques under the instruction of preceptor
- Practicing health consultation and education to patient/patient family</td><td colspan="3">- Patient care and practicing basic nursing techniques
- Practicing health consultation and education to patient/patient family</td></tr>
<tr><td colspan="2">Compiling thematic report</td><td></td><td></td><td>Applying nursing process in plan development and implementation</td><td></td><td>Patient case study</td><td></td><td>Patient case study</td><td></td><td>Patient case study</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Achievement level of competency standard for Vietnamese nurses</td><td>Assessment prior to implementation of basic competency standard</td><td></td><td>Assessment after 3 months applying basic competency standard</td><td></td><td></td><td>Assessment after 6 months applying basic competency standard</td><td></td><td></td><td>Assessment after 9 months applying basic competency standard (final evaluation)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="9">Trainee’s self-assessment, preceptor’s assessment based on basic competency standard for Vietnamese nurses</td></tr>
<tr><td>Patient case study</td><td colspan="9">Complete at least 5 case studies applied nursing process in the care reality since hospitalized until discharged. Including health consultation and education contents</td></tr>
</table>

LESSON 2
NECESSARY SKILLS OF THE PRECEPTOR

OBJECTIVES

1. Analyze 5 roles of the preceptor.
2. Present 5 necessary skills of the preceptor.
3. Discuss on ideal preceptor in clinical training for new nurses.

CONTENT

The preceptor in clinical training has to play both roles, guider/teacher in clinical practice and professional nurse. Therefore, roles and necessary skills of the preceptor include skills of trainers in both theory and clinical practice as well as skills of professional nurse who is in charge of taking care patients and clients.

1. ROLES OF THE PRECEPTOR IN CLINICAL TRAINING

In clinical training for new nurses, integrating the knowledge, skills and attitudes which they have learned previously (in school, actual experience, etc.) is very important to help new nurses to enhance their capacity and profession. Therefore, there is no limit to the capacity of the preceptors. The preceptor needs to have basic skills, competency standards as a model in patient care practice and support so that new nurses can learn proactively step by step. Moreover, in addition to the general competency, the preceptor needs to be aware of the roles and responsibilities required by each position accordingly.

The preceptor should be the closest person to the new nurse and be able to improve capacity of the new nurse day by day. The preceptor has the following general roles:

1.1. Guiding and supporting new nurse:

- The preceptor must be a model that new nurses should follow to learn.
- The preceptor needs to coordinate the connection among new nurses and between new nurses with other relevant people during learning process.
- The preceptor needs to ensure the friendliness, fairness and promote the activeness and initiative of the new nurse during clinical practice period. The preceptor should actively discuss on the objectives, expected outputs with the new nurse and make specific training plans for each individual new nurse to achieve expected objectives.
- The preceptor always needs to follow-up the new nurses to timely support them, raise questions and give them the right to take care of patients.
- The preceptor always needs to encourage and motivate the new nurses timely by using some encouraging words such as: “That›s right”, “keep going” and give them feedback when needed.

- The preceptor needs to allow and empower the new nurses to express their roles, attitudes and knowledge on their profession with other medical staffs.

1.2. Making assessment of new nurse's competency

- The preceptor uses assessment tools to evaluate competency of the new nurses during training process in order to help them form clinical practice competencies. During the training process, the preceptor needs to discuss with the new nurses on how to make self-assessment of theory and practice. Based on assessment result, the preceptor can determine the strong points and weak points of the new nurse. However, the assessment must ensure accuracy, transparency and the preceptor needs to provide appropriate feedback to learners timely.
- The preceptor needs to acknowledge the assessment of new nurse's competency as a learning activity in order to help them improve their capacity.

1.3. Being a model in decision making, problem solving and leadership

- The preceptor uses his/her knowledge, skills and professional experience to handle assigned work, at the same time, to support the new nurse in decision making, demonstrating responsibility as well as the basics of those decisions. The preceptor needs to perform his/her capacity in solving relevant problems and support new nurses how to handle them effectively.
- The preceptor needs to lead and guide the new nurses in patient care activities, at the same time, to perform their leadership when working in groups or providing guidance on taking care of patients in the workplace.
- The preceptor needs to demonstrate his/her professional capacity and rich knowledge in clinical practice and to be a model in updating and improving his/her competency that new nurses can follow to learn.

1.4. Adjusting the learning environment

The preceptor needs to disseminate the objectives of clinical training for new nurses to all staffin department/hospital so that everyone can understand the objectives of training and join in supporting new nurses to improve their skills together.

1.5. Building a cultural environment in clinical training for new nurses

- In clinical practice training, not only assigned preceptor is in charge of guiding and supporting new nurses at the department, but also all staff in the department/hospital are involved in training for new nurses.
- The preceptor should be a model that helps new nurses feel greatness of nursing works and proud of nursing career. The preceptor should create friendly and respect relationship with the patients, building supportive environment and create good relationship among relevant people in clinical training to promote learning motivation of the new nurse.

2. PROFESSIONAL SKILLS

2.1. Perform nursing process and patient care skills

- Nursing process is an integrated approach that aims to help nurses and patient to identify their caring needs, make care plan, implement care plan as well as evaluate care result.
- All steps in nursing process are linked to each other, and when taking nursing procedure, nurses must take patients into center of activities.
- Nursing process is a series of activities that follow a predetermined plan, directly towards a separate care outcome.
- Nursing process can facilitate nurses and patient's family take following actions:
  + Collect sufficient information of patient (assessment)
  + Identify strong points and problems of patient (nursing diagnosis)
  + Making comprehensive care plan for a certain patient in order to achieve expected output and objectives. Nursing intervention is aimed to support patients to obtain those expected outputs and objectives (making implementation plan)
  + Implement care plan (implement the plan)
  + Evaluate effectiveness of the care plan to expected output achievement (evaluation)

In each step of nursing process, the nurse and the patient always need to cooperate to each other. Nursing care procedure in Vietnam is undertaken with 5 steps:

1. Assessment: Identify health problems of the patient
2. Nursing diagnose: Problems which need to care and reasons
3. Making care plan: Make plan to solve found problems
4. Plan implementation: Carry out supportive measures and support them to solve those problems
5. Evaluation: Identify effectiveness of caring intervention

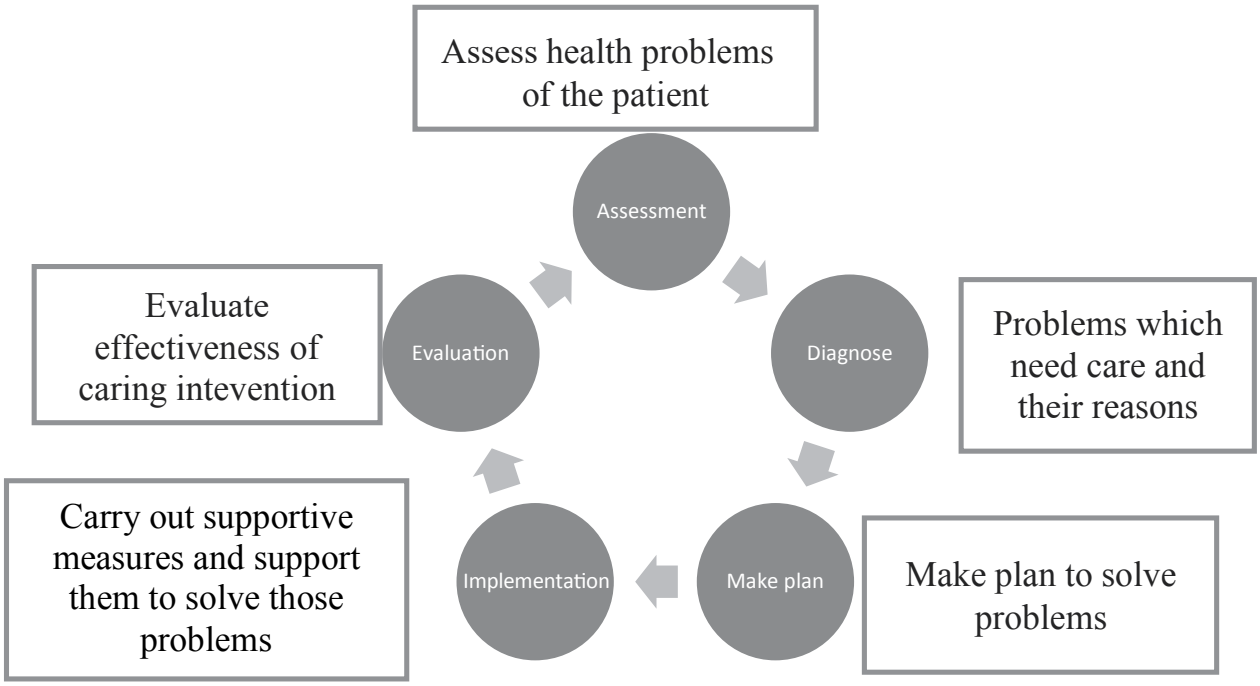


Image 2. Nursing process

The preceptor needs to use to procedure of comprehensive assessment, observation, monitoring, information collection from the patient in accordance with nursing process in order to make proper nursing care plan in line with unique character of each patient.

Regarding performance of nursing professional techniques, the preceptor needs to follow standard nursing process which is issued by Ministry of Health as legal basis and update new information on advanced techniques for nursing care. During progress of clinical learning-teaching, the preceptor should be a model on compliance of nursing process and practice within the permitted scope of professional activities.

2.2. Patient safety and infection control

2.2.1 Patient safety

- According WHO, target of patient safety is to minimize errors and adverse effects to patients associated with health care".
- In Vietnam, it is mentioned article 7, chapter 2 of Circular No. 19/2013 specifying implementation guidelines for healthcare service quality management in hospitals:

1. Develop programs and set out specific regulations on assurance of safety for patients and medical staff with the following main contents:
   a) Accurate patient identification and avoidance of any error likely to be made during the process of rendering healthcare services;
   b) Safe surgery or operation;
   c) Safe medication use;

d) Prevention and control of hospital-acquired infections and bacterial contaminations;

e) Control and prevention of risks or defects arising from exchange or transmission of false information between and among medical staff;

f) Patient fall prevention;

g) Safe medical equipment uses.

2. Provide safe working environment for patients, visitors and medical staff; prevent any accident, risk or exposure.

3. Establish the system for collecting and making reports on medical errors or adverse events occurring at clinical departments and within the entire hospital, including compulsory and voluntary reports.

4. Develop procedures for assessing medical errors and adverse events to identify root, systematic and medical staff's personal causes; assessing possible risks.

5. Deal with medical errors or adverse events and take necessary actions to mitigate root, systematic and personal causes to minimize medical errors, incidents or adverse events as well as prevent risks.

- Preceptor needs to understand knowledge level and capacity of new nurse, at the same time, create a friendly learning environment that facilitate new nurses when they need to get consultation or advise.
- New nurses are persons who are lack of clinical experiences and easy to make mistakes including: (1) lack of knowledge (insufficient experiences), (2) do not comply regulated procedure, (3) do by their thoughts, (4) separate "objective and evidence" from "action (implementation)", (5) lack of awareness on danger, (6) be not able to report/consult.
- Preceptor needs to develop evaluation tools and assess which level of achievement the new nurse can obtain before the training and at each stage of evaluation and identify final objectives and output requirements when finishing clinical training.

2.2.2. Infection control

According to World Health Organization (WHO), "hospital infection is the infection happening when patient stays in the hospital for treatment, this infection is not presented in incubation period at the time of hospitalization. Hospital infection normally happens after 48 hours since patient's hospitalization".

Infection happening in health facilities will affect not only to professional quality index, but also patient safety index, compliance index of medical staff with practice, index of effectiveness of management and some sensitive indexes of patients and society.

Circular No.16/2018/TT-BYT prescribing infection control in healthcare facilities as following:

**** Hand wash***

1. Organize implementation of regulations on hand wash and make hand washing accessories and chemicals available for use for medical staff, trainees, patients, patients' family relatives

and guests at outpatient, patient treatment and care locations and areas where people often come into contact with each other.

2. Carry out checking, oversight and surveillance in order to ensure compliance with hand wash regulations of medical staff, trainees, patients, patients' family relatives and guests.

**** Standard precaution or prevention based on transmission routes and use of personal protective equipment***

1. Organize implementation of regulations on standard precaution or prevention specific to transmission routes and use of personal protective equipment for medical staff, trainees, patients, patients' family relatives and guests.
2. Apply proper preventive isolation measures to patients known or suspected to contract infectious diseases and patients infected with multi-resistant organisms.
3. Instruct and warn medical staff, trainees, patients, patients' family relatives and guests to obey regulations on the standard precaution and prevention specific to transmission routes and use personal protective equipment during the medical examination, treatment and care process.
4. Check compliance of medical staff, trainees, patients, patients' family relatives and guest with regulations on the standard precaution or prevention specific to transmission routes and use of personal protective equipment.

**** Management and handling of medical equipment and accessories***

1. Carry out the centralized management and handling of medical equipment, control the disposal of medical equipment and accessories with the aim of ensuring conformance to safety and quality requirements.
2. Store and preserve medical equipment and accessories after handling thereof in order to ensure they are sterile before use.
3. Check, oversee and monitor compliance with regulations on management and handling of medical equipment and accessories at wards and departments.

**** Management and handling of medical textiles***

1. Provide medical textiles for patients and medical staff on a daily basis and where needed.
2. Carry out the centralized handling of medical textiles at laundry areas. Textiles, fabrics with microbial contamination, or soiled with blood and biological fluids must be treated separately to ensure safety.
3. Store and preserve medical textiles inside cabinets and racks to ensure they are clean, sterile and are carried by dedicated means of transport.
4. Control quality and regularly check, oversee and monitor medical textile handling procedures.
5. Staff in charge of managing and handling medical textiles must have professional knowledge about handling of medical textiles.
6. Arrange concentrated laundry and drying locations for patients' family relatives.

**** Management of medical wastes***

1. Carry out the management of medical wastes as per laws.
2. Check, oversee and monitor compliance with waste management practices, ensure these wastes are sorted, stored, transported and disposed of in a safe manner as prescribed by laws.

The preceptor needs to understand fully the regulations of the Ministry of Health to guide new nurses to comply with current regulations. At the same time, the preceptor should be a model of compliance of practicing infection prevention and control so that the new nurse can follow to learn.

2.3. COMMUNICATION

- Communication is an exchange and contact activity between people and people through writings, voice, behavior and attitude. Communication is interaction among people in the society. Communities without communication are just a non-social population.
- In medical field, communication is carried out among medical staff, between medical staff with patient…while communication among medical staff and between medical staff with patient is concerned especially that plays a very important role in bring effectiveness in diagnose, treatment and patient care.
- Communication between medical staff with patient: When taking care of patient, nurse needs to communicate with patient not only to collect necessary information, but also to understand feelings and situation of patient and family, share pains and show understandings to them. It is important to nurses to sincerely talk with patient, collect information and message given by patient/ family and give them feedback or advise. It is not simple conversation because communication is aimed to build trustable relationship with patient/family to help reduce their worries.
- Communication among medical staff: Communication among medical staff mainly occurs in emergency cases. Hence, information transferring must be accurate, timely because it may lead to medical error even with only one small mistake in communication. Communication mistakes normally include: wrong transferring (wrong information, unclear message, misunderstand the information) and no information transfer. For example: Wrong information transfer: Transfer wrong name of drug; Unclear information: 1mg and 1ml; Misunderstanding: remove stomach sonde -> put stomach sonde
- In order to provide safe healthcare services, it is necessary to understand common mistakes which often happens during communication to avoid it.

2.4. TEAMWORK

- Teamwork in health care is very important to provide medical services which are suitable and appropriate with actual condition and situation of the patient. Medical staff with different titles, positions and professional fields when joining in patient care need to share their information, coordinate and support each other during performance. On the other hand, most of medical errors which are causes by communication mistakes also come from lack of teamwork. Effective teamwork is very important to avoid communication mistakes. Principles of teamwork:

+ Create consensus
+ Establish relationships in teamwork
+ Encourage creativity
+ Generate new ideas
+ How to delegate in groups
+ Encourage people to speak
+ Share responsibility
+ Need flexibility

- Some criteria to evaluate personal performance in teamwork:
  + Trust: Do you trust in ability of work completion of your colleague?
  + Calm: In emergency case, are you able to handle problem with calm?
  + Respect: Do you pay attention to ideas of your colleague? Can you get your own ideas from those?
  + Cooperation: How is your cooperation with colleagues with different educational levels, working fields, competencies, capacity and nationalities?
  + Arrangement: Is your working table in good arrangement? Can you work as scheduled timetable?
  + Work ability under pressure: Can you promote your best capacity when working under pressure?
  + Communication skill: Do you like communicating with people? Can you attract attentions from people when speaking?

2.5. HEALTH EDUCATION

- Health education is the process of helping patients identify and cope with these psychological stresses, the impact of disease; or family and social problems related to the patient. Nurses focus to encourage patients to build a sense of self-control.
- Health education may be given to the individual or group of people. It is not necessary to follow a pattern or process, usually integrated into nursing process when the nurse takes care the patient. In order to have effective and useful health education, it requires the nurses to have assessment skills, analysis ability, information summary to select proper contents and methodologies to conduct health education as well as assess improvement of the patient after receiving health education. Health care now focuses more on improving and maintaining health than on treatment. Therefore, patients and families need to have a minimum of knowledge and skills to self-monitoring and self-care to shorten the day of hospitalization, help them self-control and self-care when discharged.

REFERENCES

1. The Project for strengthening clinical training system for new graduate-nurses in Vietnam, 2018. Training curriculum for preceptor in clinical training for new nurses (trial training), Ministry of Health.
2. Circular No. 22/2013/TT-BYT dated 9th August 2013 on guidance of continuous training for medical staff.
3. Circular No. 11/2019/TT-BYT dated 17th June 2019 on enhancement of clinical learning-teaching methods for clinical trainers in medical sector.
4. Ministry of Health, 2020, training materials on enhancement of clinical learning-teaching methods for clinical trainers in medical sector.

PRACTICE
IDEAL PRECEPTOR

OBJECTIVE

Discussion on ideal preceptors in clinical training for new nurses

CONTENT

1. WRITE ABOUT THE PAST PRECEPTOR AND IDEAL PRECEPTOR

1.1 Content

- Ask each trainee to record good/bad memories about the preceptor as a new nurse and your aspirations as a preceptor.
- Free write what you think.
- Write a story in two lines about your memories or expected preceptor.

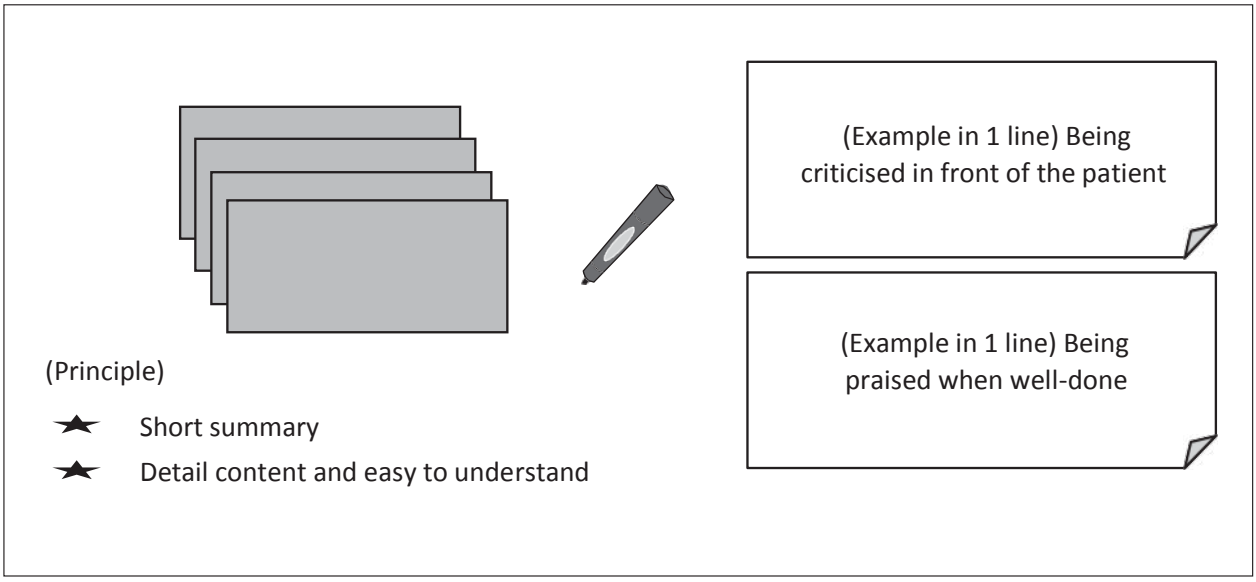
1.2 Methodology

Each participant will receive three cards with two different colors (blue, red and pink).

Each participant is requested to write a memory summary on his/her preceptor when he/she was a new nurse, specifically:

+ Red: write sad memories

Example: The preceptor always looks busy, sometimes difficult to have his/her consultation.



+ Pink: write happy memories

  Examples: Receiving support and guidance from the preceptor when performing hard technique. The preceptor facilitates and give chance to new nurse to take care of patient with supervision.

+ Blue: write expectations when becoming a preceptor

  Example: Always be cheerful as a preceptor

2. DISCUSS ON THE IDEAL PRECEPTOR IN CLINICAL TRAINING FOR THE NEW NURSES

2.1 Content

Group discussion on what the preceptor should focus on and what should avoid

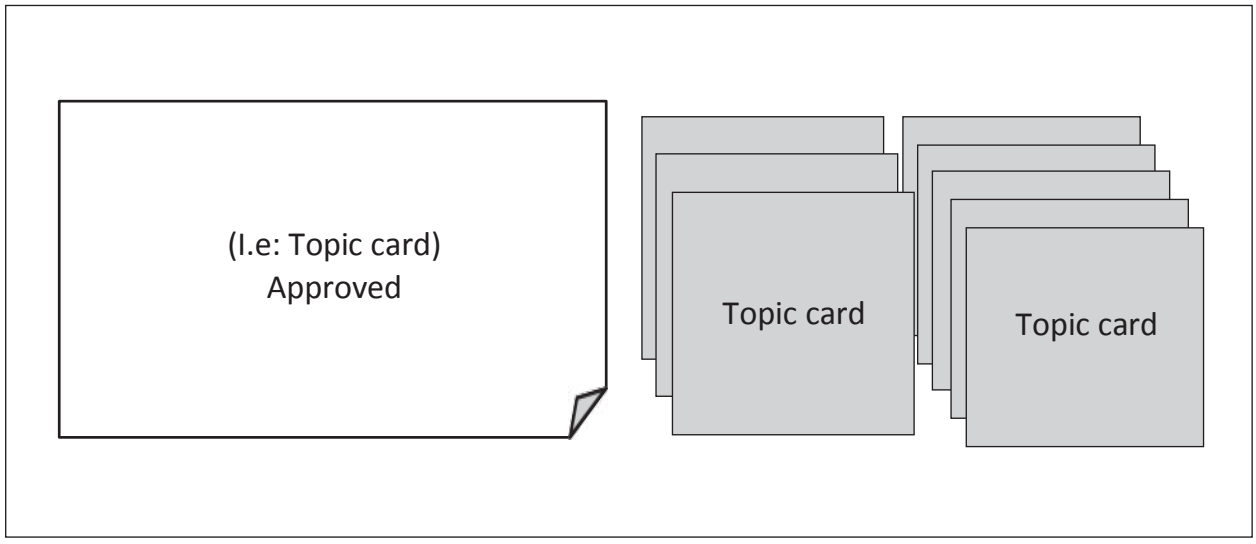
2.2 Methodology

Trainer divides classes into groups (3-5 people in one group)

The groups make discussion on what the preceptor should focus on and what should avoid.

Each group appoints one leader, one secretary and make record the results into A0 paper.

The groups present the discussion result, the other members and trainer observe and contribute comments.



LESSON 3

TRAINING METHODOLOGIES IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

OBJECTIVES

1. Present 4 basic contents of objective-based learning and teaching.
2. Explain characters of competency-based education.
3. Analyze learning characteristics of adults.
4. Apply effectively active learning methods in clinical training for new nurses.
5. Perform supportive skill to new nurses.

CONTENT

1. OBJECTIVE-BASED LEARNING AND TEACHING

When setting up objectives of each lesson, the preceptor needs to have some basic information such as who are target trainees, which contents they may know before, which knowledge they should learn and what action they should do after the lesson as well as requirements of their professionals, needs of society and basic of the training courses that will help to develop good objectives of the lesson. Some remarks for setting up lesson's objectives:

- Select proper verb to start description of the objectives in line with outputs of the lesson. Normally, each objective should be expressed by only one verb.
- Objective must be measurable; therefore, each objective should be specified by a number if possible. For example: list up 5 steps of nursing process or describe 4 levels of pressed ulcer.
- Each unit should cover 1-2 objectives only because if it is expected to gain many objectives, it may lead to far away from core learning-teaching content.

1.1. Identification of core content

- Core contents are main themes which need to deliver through the lesson. It needs to pay attention to not skip any core content during the lesson.
- For each certain objective, it is necessary to identify core content and each objective can contain one or more core contents.

1.2. Selection of learning-teaching methodology to gain the objectives

- Learning-teaching methodologies must be based on objectives and outputs of training program; In case of theory teaching, method of presentation can be applied. Group discussion can be used to find countermeasure for problems. Role-play normally is used for learning-teaching on attitude and case study should be applied in case of learning-teaching on decision making.

- Selection of learning-teaching methodologies has to follow various factors: such as number of trainees, learning-teaching instruments, timing, strong points of the preceptor, educational level and experiences of trainees, learning environment and motivation of the trainees.

1.3 Objective-based assessment and evaluation

- Objective-based assessment tool is developed based on learning objective. Assessment must be objective, trustable and fair.
- Assessment tools must be objective, various and can cover all objectives in order to avoid deviating or learning by heart.
- Result of assessment must be fair and objective. Content of assessment needs to cover all knowledge, skills and attitude of the new nurses.

2. COMPETENCY-BASED EDUCATION

According to definition by Franks and his colleagues (2010) in medical education, competency-based education (CBE) is an approach to education that focuses on preparation before working as official medical staff, is a basic orientation that focuses on trainee's demonstration of desired learning outcomes and have chance to show his/her competency which is originated from analysis of social demand and patient's need. Competency-based education does not focus on time of education but enhance responsibility of the trainees when they officially work as professional staff, strengthen flexibility and promote trainees as central to the learning process.

Aim of competency-based education is that trainees can show their improvement of knowledge and skills though assessment of successful performance. This differs to previous training curriculum which mainly focused on lectures given to the trainees by trainers and evaluation by post test. Competency-based education concentrates on both training result and training process (Harden, Crosby & Davis, 1999).

2.1. What is competency?

Competency is originated from "competentia" in Latin language. At present, the definition of "competency" is understood by different meanings. Competency can be understood as proficiency and performance of one person in a certain work. The concept of competency used here is the object of psychology and education. There are various definitions on competency. ***Competence is a complex psychological attribute, a convergence of many factors such as knowledge, skills, experience, willingness to act and responsibility.***

In competency-based education, the definition of competency is used as following:

- Competencies related to the objective aspect of teaching: teaching objectives are described through the competencies to be formed.
- In the training curricula, basic training contents and training activities are connected together that aims to form competencies.
- Competency is a convergence of knowledge, understanding, capacity and expectation, etc.

- Targets of competency formation orients the selection, evaluation, importance and structure of training content and training activities in the aspect of methodology.
- The competency describes the resolution of content requirements in situations.
- Common competencies together with professional competencies form a common foundation for education and teaching.
- Level of competency improvement can be identified in accordance with professional standards. At a certain time, trainees have to achieve certain number of standards.

2.2. Classification between traditional education and competency-based education

	Traditional education	Competency-based education
Education objectives	Content-based education focuses on accumulation of knowledge, cognitive capacity and application of knowledge into practice rather than demonstrating the achieved competencies.	Training aims to develop necessary competencies that helps trainees gain success in both personal life and work (Chyung, Stepich & Cox, 2006) [8].
Training objectives	Content of knowledge that trainers want to transfer to trainees in a core matter in the traditional education.	Quality of training outputs plays the most important roles in competency-based education.
Learning methodology	Trainees have to attend all modules introduced by the trainers.	Trainee is allowed to skip some modules if their competencies in those fields have been satisfied based on training process evaluation or pre-test.
Teaching methodology	Trainer is central of training, trainees receive knowledge and information from trainer.	Trainee is central of training and trainer plays a role of preceptor/ instructor.
Evaluation methodology	Evaluate level of knowledge through writing and reading tests (Chang, 2006)	Evaluate knowledge in systematically application and acquiring competencies through many tools and forms including observation and practice in simulation situations (Kaslow, 2004)
Outputs	Do not respond properly and adequately to the needs of the labor and social markets	Focus on the outputs associated with the needs of the labor and social markets, or higher education level.

Source: summary by writer team

2.3. Competency-based education

Competency-based education (CBE) is a teaching method that orients to exactly measure knowledge, skills and attitude of the trainee after the training course (Guskey, 2005). In competency-based training program, objectives of the training are described through groups of competencies.

Content of competency-based training is not only limited within knowledge and professional skill, but also includes groups of contents to develop competency fields:

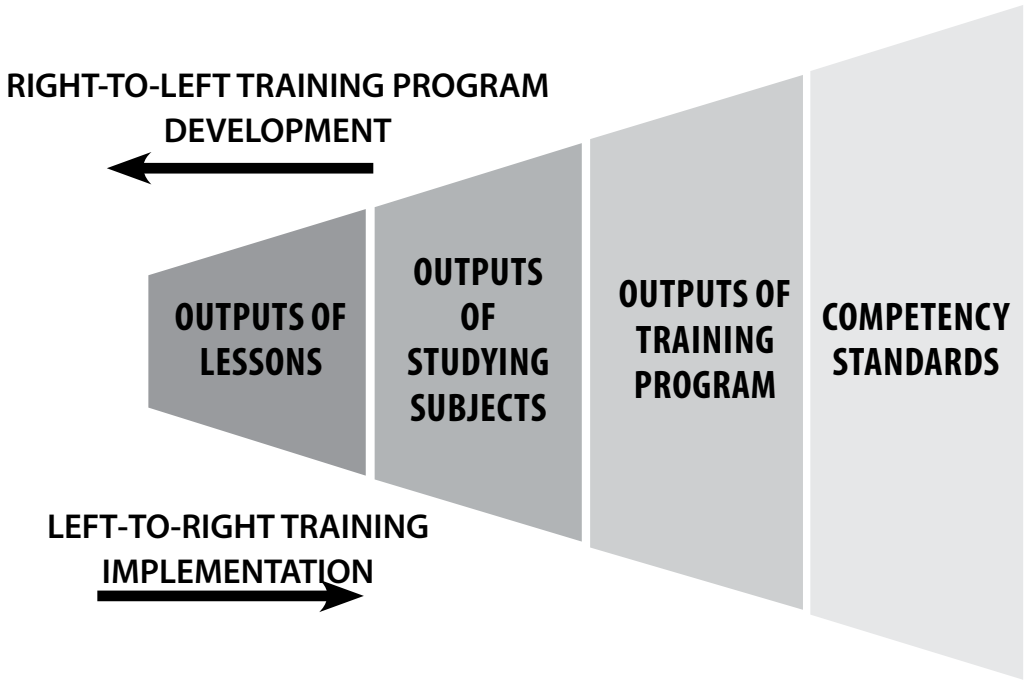
Training on professional content	**Training on methodology**	**Training on communication, society**	**Training on self-evaluation and experience**
- Professional knowledge (definitions, categories, regulations, relationship.) - Professional skills - Application and evaluation	- Making learning plan and working plan. - Common cognitive methods: Information collecting, processing, evaluating and presenting	- Work in group. - Facilitating social understanding. - Learning on communication skills, responsibilities and conflict handle skills.	- Self-evaluating strong points, weak points. - Developing personal development plan. - Evaluating, forming valuable standards of moralities, culture and self-esteem...
⇩	⇩	⇩	⇩
Professional competencies	**Methodology competencies**	**Social competencies**	**Personality competencies**

Source: Medical – Medication teaching method,
Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010, Ministry of Health.

Competency-based education not only focus on activating trainees on intellectual activities but also paying attention to training the ability to solve problems associated with situations in life and career, and at the same time, attaching intellectual activities with practical activities. Enhancing team work, renovation of relationship between trainers and trainees towards collaboration plays a very important role in development of social competencies. Besides learning professional knowledge and skills of specific subjects, it is necessary to study on complex topics in order to enhance capacity to solve complicated matters.

According to concept on competency development, the reproduction of learnt knowledge is not the center of assessment when making evaluation of learning outcomes. Evaluation of learning outcomes should focus on the ability to apply creative knowledge in different situations and various circumstances.

Basis of training curriculum, training implementation and evaluation



3. ADULTS LEARNING

3.1. Characteristics of adult learner

Firstly, adults are different from children that they have certain knowledge and experiences. Hence, trainer should not just provide simple knowledge what the trainer wants to transfer but needs to understand what the trainees have known in order to avoid teaching what they have known. Therefore, assessment of training needs is the first and very important step in training circle for the adults.

Creating opportunities for trainees to actively participating in training process, sharing experiences with others and with trainers is the best way to encourage adult trainees to apply what they learnt and their experiences into their life and work effectively, at the same time, help them have the opportunity to apply or think to find ways to apply what they have learned to their work.

The adult learners have needs to know the reasons why they have to learn something. Therefore, during teaching and learning process, the trainers need to explain clearly about the practical meanings of what the trainees need to learn, or about connection with their actual work that helps them understand the objectives of training, accept the training and have interest in learning.

The adults have high demand of self-direction. Assessment of training needs from the trainees before training course would help trainers understand what they have experienced and what they need to learn more. From the assessment result, it helps to identify which knowledge, skills and attitude should be focal points in training course. The trainers can define objectives of training more practically, and then training activities will be conducted more effectively.

The motivation of adults when participating in training is very clear. This motivation can be originated from personal enhancement demand, from requirement of work or from leaders of their organization. The trainers need to connect training activities with these motivations in order to encourage the active learning ability of the trainees.

The adults do not like imposition. They are adult and can take all responsibilities for their life and their work. Therefore, during the training, the trainers need to use active learning methodologies in order to enhance their active learning and their active participation in training activities. The trainers also need to respect experiences of the trainees and appropriately evaluate their contribution into the training process.

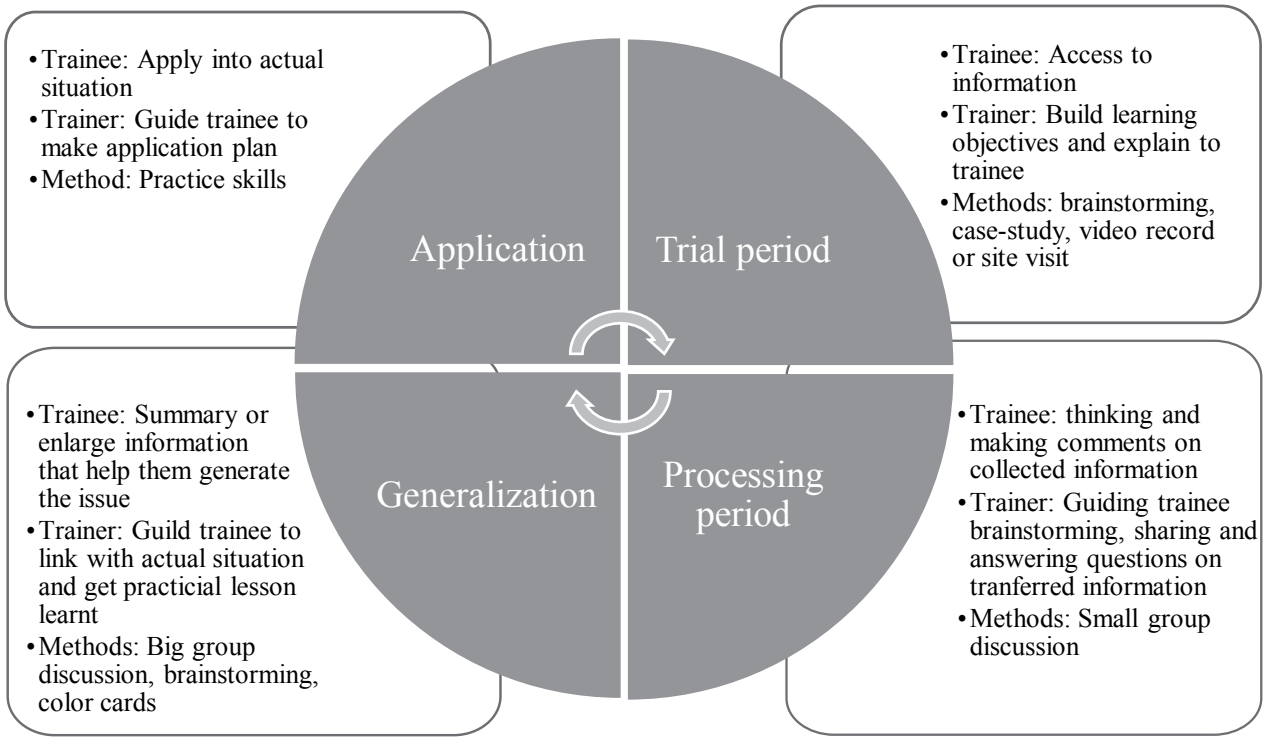
THEORY OF ADULT LEARNING

Children	**Adult**
Rely on others to decide what is important to learn	Decide for themselves what is important to be learned
Accept information being presented at face value	Need to validate the information based on their beliefs and values
Expect that what they are learning to be useful in in their long term future	Expect what they are learning to be immediately useful
Have little or no experience upon which to draw, so are 'a clean slate'	Have considerable experience upon which to draw. May have fixed views
Little ability to serve as a knowledgeable resource to teacher or fellow classmate	Significant ability to serve as a knowledgeable resource to the trainer and fellow learners

Source: teaching resource of QUT project AAA

3.2. Learning process of adults

Adults learning methods are not only to provide updated information but also to change their attitude and behaviors that aims to improve quality and effectiveness of their works. Effective learning is the process to support trainees overcome studying period gradually. This process includes 4 periods: 1) Trial period. 2) Processing period. 3) Generalization period. 4) Application period.



Source: Summary of author team

3.3. Learning styles of adults

Based on characteristics of the trainees, it is divided into 3 different learning styles of adults as following:

Styles	Characteristics of trainees	Roles of trainers	Application
Passive	Trainees need to have orientation and encouragement from trainers	Teaching, illustrating, assigning tasks to trainees, checking, supervising, strengthening and providing sufficient training materials.	Training course is to provide new information, new situation which trainee has no idea or limited understandings about these topics before the training.
Collaborate	Trainee actively studies on focal points, exchange, practice, observe, participate in training activities, challenge each other, respect each other	Collaborating, modeling, feedback, coordinating, evaluating	Applied when trainee already has certain knowledge and information about these topics and expects to have chance to discuss with other trainees and with trainers for practical application

Styles	Characteristics of trainees	Roles of trainers	Application
Independent	Be aware of the issue, want to experiment and receive support	Allow trainees to experiment, provide necessary sources for trainee's experiment, give feedback and advice	Applied in case trainee already has knowledge and professional skills but want to self-study more.

Source: Medical - Medication teaching method, Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010, Ministry of Health

Based on approach of the matter, there are 4 learning styles of adults as following:

1. Learning through experiments: Common characters of trainees by this style are that they are easy to receive information, sympathy and make friends with others. They like to study with friends, give sensory-based comments, like feedback and group discussion, they dislike rational theory approach, they often raise questions with "why?". Proper teaching-learning methods with this style are: games, role-play, discussion, brainstorming, interview, site-practice.
2. Learning through observation: Common characters of the trainees with this style are that they like to explore, carefully observe what is happening and apply what they think is good, like to go straight to the point and find the meaning of the problem, carefully observe before making comments, prefer to study problems from different sides, like practical applications and often use question "how to operate?". Proper teaching-learning methods are: presentation, especially presentation with illustration by visual tools, videos... modeling, exhibition, site visit.
3. Learning through practice: Common character of the trainees who like to learn through practice is that they are active, flexible, like to explore by themselves, like adventure, they dislike passive style and often use question with "if... so…?". Proper teaching-learning methods are: exercises, leadership assignment, making plan on projects or site visits.
4. Learning through meditation: Common character of the trainees with this style is that they have brainstorming ability, they like system and logicality, detail explanation, pay attention to details and often use questions with "what…?".

When conducting training to each type of trainee, the trainer has to quickly identify characteristics and training needs of the trainees, and based on it, decides which is proper teaching methods in order to reach the best effectiveness of the training-learning activities.

3.4. Basic principles in teaching for adults

When making summary on approaches to adult learning, following five (5) basic characteristics of this approach:

1. Trainee is the center of training.
2. Meeting requirements of professional activities.

3. Orienting real life, real career activities.
4. Being flexible and active.
5. Competency of the trainee is formed clearly. Competencies are contents of professional standards.

These basic characteristics lead to following advantages of competency-based education:

1. Allow personalized learning,
2. Focus on learning outcomes,
3. Create flexibility to reach expected outcomes by specific manners which are proper with characters and circumstance of each individual.
4. Create ability to define clearly what are learning outcomes and the standards to evaluate the results/outcomes.

Therefore, when implementing training for adults, it is necessary to follow those principles as mentioned below:

1. Need to have active participation of trainees: Active participation of trainees will increase their ability to remember and knowledge application. In fact, the more active the trainee is in training, the more and longer the memorization is.

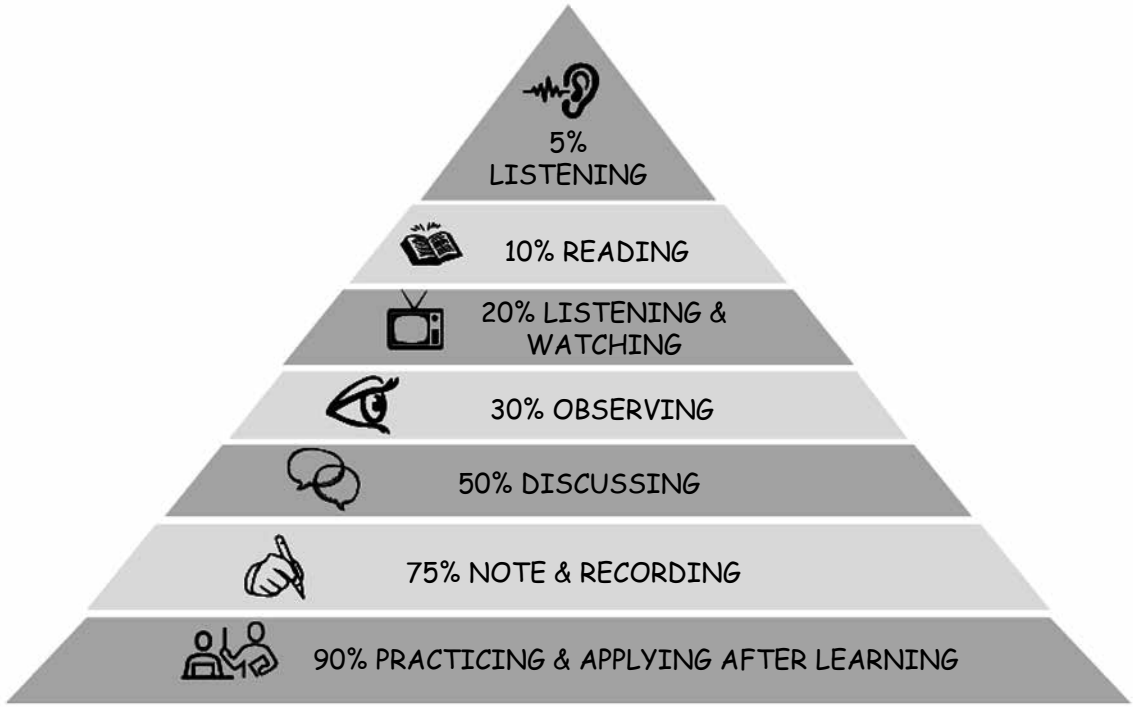


Photo 4: Memorization level

Source: Medical – Medication teaching method,
Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010, Ministry of Health.

2. Create "supportive environment": "Supportive" environment in the class is safe and friendly atmosphere including sympathy, sharing, praise, encouragement between trainers and trainees and among trainees. Supportive environment can be shown through seat arrangement in

the class that ensures the equality among trainees and no gap between trainers and trainees, through communication skills how to solve training-related issues as well as personal matters that do not obstruct learning activities of the trainees. This supportive environment can help to bring more effective learning result rather than administration management such as criticize and punishment. However, the learning is effective only if all trainees fulfill requests from the trainers together. In order to secure this target, trainer should guide trainees to develop the course's regulations since beginning of the training course and they need to have mutual agreement to strictly follow these rules.

3. Need to take advantages of independent learning ability and accumulated experiences of the trainees: The learning of adults will be more effective if the training course is developed based on accumulated knowledge, skills, attitude and training needs of the trainees. Hence, in order to have effective learning, the first step of training need assessment is very necessary, and especially important to re-training courses or short-term training courses because the trainers do not have chance to re-correct their mistakes if any. When the trainer has appropriate evaluation on existing experiences of the trainee, it will help trainee have comfortable feelings of being respected and have interest in learning new knowledge, skills and attitude, at the same time, help them link what they newly learn with accumulated experiences and their actual work. The learning of adult will be more effective if the trainers help them select proper learning methodologies and necessary training contents as well as create opportunities to enhance their independent learning ability.

4. ACTIVE LEARNING METHODS

4.1 Presentation

Presentation is a formal speaking process to introduce, provide or clarify a phenomenon and an event.

Presentation can be in form of simple presentation or additional supportive audio-visual tools or illustration. Presentation with illustration will make the lecture more interesting and effective than simple presentation thanks to mobilization of participants from various senses of the trainees such as: visual, tactile, not hearing only.

4.1.1. Application

This method can be applied when trainer needs to transfer a huge amount of information to the trainees, when trainer wants to exchange his/her experiences which have not mentioned in any existing documents and helps trainees have exciting and good feelings.

4.1.2. Implementation

The presentation can be implemented as following:

- Evaluate understanding of the trainees about their existing knowledge and new ideas about going-to-teach contents.
- Explain clearly technical terms, definitions and contents given into the main body.

- Use verbal and non-verbal languages to attract trainees and help them focus on training contents. It is necessary to add examples and actual experiences during training process.
- Create comfortable environment for teaching and learning. It should not be so stressful and should not cover too much contents that is easy to loss concentration of the trainees.
- Presentation duration should not be so long. Questions should be added during presentation period that trainees can have discussion, find out solutions and have chance to make short presentation in order to enhance active learning ability of the trainees.
- Trainer needs to summary core content of training when finishing each section.

4.2 Group discussion

Group can be formed by small size (from 3 to 10 trainees) or big size that they can work together for common objective/requirement. Group discussion can help to enhance interaction and collaboration among trainees, thereby encourage learning. This method is effective when it is expected that the whole team can accomplish complicated missions with high requirements rather than someone does it alone, such as in case of projects, complex clinical cases or problem solving.

4.2.1. Application

Small group discussion can be used as one part of theory lecture, practice part in pre-clinical department, clinical case when taking care of patients if trainees can work in group with 3 members in order to reach short-term target.

In order to work effectively, members of the group need to have comfortable feelings and be well-prepared for group discussion. Members in one group must have common targets. These targets can be built naturally, but normally include the following components: objectives, work sharing, deadline, etc. Leader of the group is very important, and sometimes it is necessary to train numbers of preceptors. Group leader, normally is instructor, will takes responsible for guiding all members of the group participate in assignment, ensuring work direction to the targets, following designed timetable and expected plans. Instructors need to help members of the group respect to each other and can evaluate the performance of the group in general. All assessment and evaluation relating to the performance of the group needs to be done by the instructor.

4.2.2. Implementation

A group discussion can be implemented as following:

- Trainer gives questions and points for discussion;
- Divide into group, prepare venue/place for each group;
- Decide time duration for group discussion;
- Appoint group leader, secretary; Deliver paper and pens
- Trainer observes and supports
- Trainees write down result of discussion onto large paper or white board
- Trainer makes comments, summary and conclusion

4.3 Case-study education

Trainer can use clinical cases for teaching to ensure comprehensiveness and logicality.

4.3.1. Application

These cases can be used when teaching about theory only or simulation practice, especially in pre-clinical training, so that trainees can feel more self-confident when taking clinical practice. It is encouraged to trainees to make records of actual clinical cases which they have observed/ participated during clinical practice period to take it into group discussion/ class discussion (clinical case discussion)

4.3.2. Implementation

Case-study can be implemented as following:

- Trainer gives content of case and raises case-related questions.
- Trainer instructs trainees to search relevant documents, evaluate information and storage necessary information.
- Conduct group discussion or personal presentation on how to solve raised cases and to answers those questions.
- Trainer makes comments, summary and conclusion.

4.4 Role-play

Role play is one of training methods through the act of imitating the character and behavior of someone. When a situation is developed, the trainee will play an appropriate role in that situation and think about the problems as well as to find the ways to solve those problems.

4.4.1. Application

This method is used in training mainly with the aim of enhancing communication skills and other basic learning skills such as technical training or communication training.

4.4.2. Implementation

Role play method can be implemented as following:

- Trainer sets up a situation and point out some necessary roles in the scenario.
- Provide detail content of scenario to the trainees, then they can study the content and requirement of each role in advance.
- Before making role play, the trainer lists up necessary requirements of the scenario, makes comments on each role, answer scenario-related questions and his/her experiences after finishing the scenario.
- Arrange the context to play the scenario.
- Assign trainee for each role and start role play.
- Discuss on questions mentioned before
- Summary and conclude key points.

5. SUPPORTIVE SKILLS

In order to become professional nurse from a new nurse, the preceptor needs to support him/her much during clinical training period. To facilitate the preceptors when supporting new nurses, they can use the following skills:

5.1. Listening skill

- Not so busy;
- Pay attention to what he/she is talking about;
- Give a nod;
- Response;
- Repeat key words of the story;
- Summary and confirm;
- Show sympathy;
- Listen the story until the ends;
- Do not use negative words such as: "but", however";
- Keep silence in a certain level

5.2. Questioning skill

- Purpose of questioning is to help the respondents understand what they are not clear;
- Make questions for the respondents;
- Continue questioning until the respondents can find out answer by themselves;
- Spend time to think about the answers after making questions;
- Do not make additional question during speech of the respondents;
- Making many questions in the short time will make the respondents confuse and hard to answer;
- Replace the question with *"why"* by *"How do you feel?"*

  Why are you fail? → What is reason for failure as you think? Why cannot you do it? → What is difficulty you have?

  Why did not you report soon? → How should you do to report it soon?

5.3. Praising and encouraging skills

- Praise new nurse in order to encourage them to do it better next time, before make assignment of work to him/her;
- Show the good result by using some phases such as *"You did it very well, especially this/ that part, etc."* and take assessment after he/she finished assigned works;
- Not only praise, but also show unsatisfied parts;

- Show attention and care to new nurse always;
- Recognize the existence of new nurses like greeting or positively starting the conversation;
- Accept the changes such as: *"you just made a few mistake"* or *"you are not feeling well lately"*, etc.
- Acknowledge the achievement of new nurses such as: *"you have done it well"*.

5.4. Effective information transferring skill

- Transfer information shortly and easy to understand;
- Using proper intonation will make information transfer more effective;
- When transferring information, it is necessary to be honest with both yourself and others. Preceptor needs to give explanation frankly in detail that help new nurses understand easily. Preceptor also needs to ensure equality in communication with new nurses, do not show intimidation or fear, should be responsible for what you did, and do not blame others.

5.5. Refection skill

This is a process that trainee understands deeply about one experience through internal thinking and gets lesson learnt for the next step.

The reflection skill requires trainees to consider what did happen, how they think about it, what are good point and bad points of that experience, why did it happen, how should you do to chance this situation, how should you react if it would happen again.

Only experience itself will not help for learning. It is important to identify your own problems and find out solutions to improve yourself.

5.6. Skill on creating safe, friendly and effective learning environment

Learning activities can be conduct on the patient's bed side, in administrative department, etc. In clinical training for new nurses, creation of friendly learning environment in which all people are willing to support them is very important that help them be more self-confident, love career and want to work as nurse for a long time.

It is essential to protect new nurses from the threats in the learning environment. The new nurses should be protected from patients, family and other medical staff.

6. FEEDBACK SKILL

6.1. Definition and objective of feedback

Feedback is one of communication skill to receive or give information about behavior from or about others.

Objective of feedback is to help trainees to have new thoughts, new actions that they think it is necessary by themselves. Active feedback will help to enhance self-knowledge of the trainees and contribute to the maturity of trainees.

6.2. Basic principles of feedback

It is important to give feedback at right time (timely, not late), in direct way (not by third person), with proper amount (not too much) and appropriately with receiving capacity of the receivers.

Feedback focuses on questions with *"what?"* and *"how?"*, not tries to answer *"why?"*

Feedback is not aimed to make evaluation and advice. It should be in form of *"I think…"*, *"As I see…"*, *"I feel…"*

Feedback needs to reflect the needs of both receiver and giver. Feedback will be not effective/ or less effective if it aims to satisfy the needs of feedback giver only.

Information of feedback needs to be described clearly.

Feedback receivers can collect information by: just listening, not justifying, just asking for clarification, giving thanks after receiving feedback.

6.3. Application

It is necessary to consider proper time and venue to give feedback. For example, it is not good if the preceptor gives feedback to new nurses in front of patients, family or other medical staffs. However, it is important to give feedback as soon as possible in order to give them chances to understand and have timely adjustment.

The preceptor should encourage new nurses to self-evaluate their performance before giving feedback.

The preceptor should select most important information to give feedback to new nurses because it is hard for them to receive too much information at the same time.

Feedback can be transferred in form of direct communication (face to face) or indirect way (via phone, letter or email)

It is recommended to give feedback under the form of description, discussion and sharing.

Some notification when giving feedback to new nurses

- Base on direct observation;
- Give feedback in the position of colleague;
- Focus on key points;
- Give recommendation/advice to improve situation;
- Do not criticize much, but should not skip mistake of new nurses;
- Concentrate on behavior, not personality;
- Do not evaluate the value (do not use sentence "If I was you,..."");
- Find out about the thoughts and feelings behind the actions that new nurses take;
- Give new nurses opportunities to show their feelings, thoughts and evaluation on their behavior by themselves.

REFERENCE

1. Trương Việt Dũng & Phí Văn Thâm, 2010. Training methodologies for medical and pharmacy learning, Ministry of Health
2. Lương Ngọc Khuê & Phạm Đức Mục, 2014. Training material on Patient safety, Ministry of Health
3. Lương Ngọc Khuê & Phạm Đức Mục, 2012. Training material on Infection Control, Ministry of Health
4. Competency standard of Vietnamese Nurses, Decision No.1352/QĐ-BYT dated 21/4/2012.
5. Đỗ Đình Xuân & Trần Thị Thuận, 2010. Nursing process, Medical Publishing House.
6. Ministry of Health, HHRSDP Project, 2016, Competency-based education.
7. Ministry of Health, 2020, training materials on enhancement of clinical learning-teaching methods for clinical trainers in medical sector.

PRACTICE

APPLICATION OF CASE STUDY IN TRAINING ON PATIENT SAFETY

OBJECTIVE

Be able to effectively apply case study in training on patient safety.

CONTENT

1. Preparation

Trainer introduces about procedure on case-based teaching method.

Trainer emphasizes on key points when applying case-based education.

Trainer provides model case to trainees.

Example on case and case-related questions:

At 7:30am of 20th July 2013 in district health center, nurse A followed doctor's order to inject Hepatitis B vaccine for 3 infants. Nurse A came to the refrigerator to store the vaccine to get it. At that time, electricity power was cutting off, nurse A turned on her mobile flashlight, opened the refrigerator and took out 3 bottles of Esmeron which are muscle relaxant. Nurse A injected drugs into 3 syringes and took injection for 3 infants. Before that, head nurse of medical examination department allowed one medical staff in charge of anesthesia from surgery department to put uncompleted used Esmeron which is used in operation into the refrigerator to store the Hepatitis B vaccine.

Question 1: List up at least 5 medical errors in management and usage of medicine in that situation.

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……

After injection with Esmeron instead of Hepatitis B vaccine, all 3 infants became livid and hiccoughed, their parents took them to emergency department. All of them died after 30 minutes in emergency case.

Question 2: Explain why wrong medication happened that leaded to severe result of 3 deaths. What is lesson learnt from your side?

2.1 Why did all 3 infants die at the same time? ……

……..……

2.2 Lesson learnt from that mistake? ……..…

……..……

Answers:

Question 1:

1. Lack of regulation on management of refrigerator to store vaccine.
2. Put Hepatitis B vaccine and medicine for anesthesia at the same place.
3. Lack of official hand-over between manager and nurse A.
4. Nurse A did not check name of medicine before taking injection into 3 infants.
5. Injected drugs into 3 syringes at the same time.

Question 2.1:

Three infants died at the same time because Nurse A took off, combined some steps, injected drugs into 3 syringes and took injection for 3 infants at the same time.

Question 2.2:

Do not take off, combine, simplify professional procedure.

Strictly follow 5 regulations when taking medication to patients.

Implement double check when hand-over and receive medicine.

2. IMPLEMENTATION

Trainer divides all trainees into groups, 3-5 members of each group.

Trainer requests trainees to implement the following procedure:

- Trainees arrange appointment of each member in their group including: trainee in role of trainer and trainee in role of trainee.
- Trainee in role of trainer introduces content of the case and case-related questions to the trainees in role of trainees.
- Trainee in role of trainer guides other trainees how to find relevant training document for reference *(refer to Material of clinical training for new nurses)*
- Make group discussion to answer those mentioned questions.
- Trainee in role of trainee appoints leader and secretary of the group to manage and record content of discussion. The time for group discussion is 5 minutes.

- Representative of each group will make short presentation on discussion result. Trainee in role of trainer will observe and make comments.
- Trainee in role of trainer emphasizes key points of nursing care in patient safety.

3. FINISHING

1. Trainer makes comments on lecturing performance of the trainees.
2. Trainer gives possible pedagogical situations when giving lecture to new nurses such as: new nurse cannot give answer or use sentence *"I don't know…"*
3. Trainer and trainees discuss with each other to find out solutions for those situations.
4. Trainer summarizes clinical training methods used in the lecture and make conclusion on notification when applying those methods.

PRACTICE
SUPPORTIVE SKILL TO NEW NURSES

OBJECTIVE

Be able to demonstrate supportive skill in clinical training for new nurses.

CONTENT

1. Introduction of the lecture

- Trainer introduces on lecture and objective of the lecture.
- Trainer introduces on training method (case study) and requirements of this method.

2. Implementation

(1) Trainer provides scenario on how preceptor supports a new nurse when she is failed to get blood sample from vein of a child. There are 2 scripts: with and without support from the preceptor.

Example 1:

New nurse:

In the morning, the new nurse is assigned to take blood sample of a child (name). The nurse comes to patient's room and takes blood sample but she fails after trying 3 times. Patient' family is angry and shout at the nurse: *"I don't allow you to continue. I just accept more than 10-year-experience staff. Go out and call rich experienced staff to come here" (crying)*

Preceptor

Attitude: Continue working, do not look at new nurse's eyes, sign with anger.

- Why could not you do it?

New Nurse

- I could do it before, and I think I could. But today I failed. I am so sorry.

Preceptor

- Think about how the patient and family feel about you?

New Nurse

- I am so sorry.

Preceptor

- Have you ever practiced?

New Nurse

- Yes, I have practiced already in both school and hospital. I was successful when practicing, but today…

Preceptor

- If you could not do it, it is better to say frankly.

New Nurse

- Sorry, I think I can. Sorry again.

Preceptor

- I will come to apologize them and do it by myself. You don't need to do it more.

Example 2

New Nurse

In the morning, the new nurse is assigned to take blood sample of a child *(name)*. The nurse comes to patient's room and takes blood sample but she fails after trying 3 times. Patient' family is angry and shout at the nurse: *"I don't allow you to continue. I just accept more than 10-year-experience staff. Go out and call rich experienced staff to come here" (crying)*

Preceptor

Attitude: Stop working, take a chair and invite the new nurse to take a seat for conversation, look into her eyes and sometimes touch on her back for encouragement.

- They shouted out to you because of blood sampling failure? How do you feel so sad?

New Nurse

- I could do it before many times, but I am failed this time. I also don't know why, therefore the patient family got angry and shouted out to me.

Preceptor

- How is patient and family feeling?

New Nurse

- It must be painful, I think.

Preceptor

- The child feels pain, and her family also feel hurt to see it. That is why we have to understand the feelings of the patients caused by our works.

New Nurse

- Yes

Preceptor

- Why was you failed?

New Nurse

- I could do it successfully before. I don't know why I was failed this time. After failure of the first time, I am so trembling to continue this work.

Preceptor

- You could do it last time, right? So, let think together why you was failed this time. Different children have different body state, so condition and position of their vein is also different. It is very important to observe carefully and assess our ability to decide whether we can do it or not. If you think it is hard to do, you can consult with me first to avoid pain to patient.

- For the next time, before taking blood sample, you should remember all necessary procedure and key points again. And now, keep calm and come with me to the patient together.

New Nurse

- Yes, I understand. Thank you very much. I will practice one more time, observe you and try to do it well.

(2) Trainer makes questions relating to following issues:

- The meaning of support from preceptor to new nurse.

  For example: If you receive warm support from the preceptor, how do you feel?

  In case of preceptor, which characters are not suitable and how those points affect to learning result of new nurses.

- Expectation from preceptor as a new nurse

  For example: As a new nurse, how do you expect the preceptor to treat you in this situation?

- What needs to do as a preceptor when supporting a new nurse.

  Example: Which are necessary skills that preceptor needs to have to support and enhance competency of a new nurse?

  In case of preceptor, which supportive skills she used and how it affects to learning result of the new nurse.

(3) Trainer selects some trainees to play roles in the scenario.

(4) Trainer divides trainees into groups with 3-5 members of each, assign leader and secretary to manage and record discussion points for questions related to scenario mentioned above.

(5) Trainer asks participation from some trainees to play scenario. Others observe the scenario.

(6) All groups discuss on scenario within 5 minutes after finishing role play. Presentation of each group on discussion result is within 5 minutes.

(7) Other members and trainer make comments on those presentation.

(8) Trainer summarizes and concludes on supportive skills that preceptor needs to obtain in clinical training for new nurses.

LESSON 4
CLINICAL TRAINING METHODOLOGIES WITH/WITHOUT PATIENT

OBJECTIVES

1. Describe 2 types of clinical training for new nurses.
2. Apply clinical learning-teaching procedure with patient in training on nursing process.
3. Apply clinical learning-teaching method on feedback skill without patient.
4. Apply learning-teaching methods on nursing techniques.

CONTENT

1. TRAINING METHODOLOGY IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

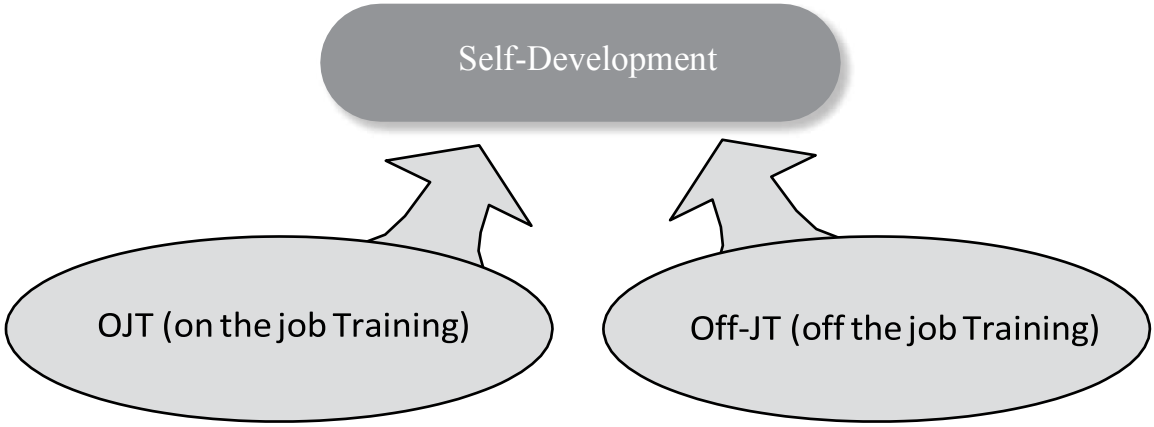
In clinical training for new nurses, there are two main training types which are OJT *(On the Job Training)* and Off-JT *(Off the Job Training)*

OJT *(On the Job Training)* is a hands-on method of learning new knowledge and skills through direct guiding and supporting from experienced person during practice period in clinical departments. The hands-on training will be effective only when it is conducted between one trainer and five (5) trainees maximum.

Off-JT *(Off the Job Training)* is a type of learning new knowledge and technique with big number of trainees in a short time. This type is applied when transferring a new technique to a big number of trainees.

OJT is the method which helps strengthen possibility of applying what they learnt into real practice. However, due to limitation in development of competency to meet requirements of latest knowledge and techniques with OJT only, it is necessary to add Off-JT to increase quality of trainings. The combination between OJT and Off-JT will bring efficiency and effectiveness of the training course.

Combination between OJT and Off-JT is very important and essential, especially in clinical training program for new nurses because each action of the trainee will be enhanced and improved by selecting proper training methods. For example, in training on patient's safety, it is possible to combine the following training methods by appropriate procedure: trainees self-study on internet, trainees participate in illustration for practice, then take care of patients under supervision of the preceptor at clinical departments. Thus, the trainee can have Off-JT first to get basic knowledge and skills, then join in OJT to strengthen their capacity.



When providing both OJT and Off-JT, the preceptor not only transfer new knowledge and technique to the new nurses, but also guide them how to enhance their brainstorming capacity and foresee what they need to do as nurses to take care the patients.

2. CLINICAL TRAINING METHOD WITH PATIENT

- Before clinical practice on patient, the preceptor selects patient or new nurses can select patient by themselves.
- Preceptor makes assignment to each new nurse, introduce training material for reference and make plan of clinical training schedule.
- New nurse can practice on the real patient by the following guidance:

Basic procedure	In clinical training
1. Identify problem Analyze problem Make priority order	Main symptoms and complaints of the patient Level of symptoms and complaints Accompanied manifestation of symptoms and complaints The effects of symptoms/complaints on the patient's daily activities
2. Analyze reasons	Reasons and factors of identified problems
3. Find out solutions Select optimal solution	Emergency treatments need to be carried out on the patient Treatments need to be implemented for patient care Treatments need to be conducted to prevent possible risks for patient
4. Make plan	Make plan on implementation of listed treatments
5. Monitor	Implement and monitor
6. Evaluate	Evaluate changes and effectiveness of treatments on patient's condition

Source: Medical – Medication teaching method,
Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010, Ministry of Health.

- Trainees present summary of patient's information or write it on the board. Trainer guides them to discuss on it and support them following 6 steps mentioned above.
- Summary key points of the lecture.
- The training can be conducted at the training/meeting room or on patient's bed side.

3. CLINICAL TRAINING METHOD WITHOUT PATIENT

This is a type of training without real patient, but with illustration by a writing (together with other tools such as video or x-ray film, etc.) or human body model and simulator if they are available in your health facility, ,in which the trainee can practice how to take brainstorming, make decision, solve problems and not depend on patient or hospital.

In this case, the trainer can develop the situation by 2 following forms:

- Form 1: Case study: This form includes both description of case and solutions by medical staff (in fields of profession, attitude and communication). Then, some case-related questions will be raised for discussion among trainees in order to find out which points are good and which points need to be improved.
- Form 2: Problem solving exercise: The feature of this form is not describing solutions, but asking for solutions. The structure of this form can be one stage or several stages of illness.

4. TEACHING METHODS FOR CLINICAL SKILLS

The main teaching content is teaching skills to the trainees. The most effective way is coaching method including 4 steps: instruction – modeling – rehearsal- feedback.

Instruction: When trainer wants to give a lecture on a certain skill, he/she needs to explain clearly on which necessary tools need to be prepared, which steps need to be taken and emphasizes on what are the key points. It is ideal if one checklist can be developed for each skill (can be in form of handout to each trainee or large paper on the board that all trainees can observe).

Modeling: Trainer makes model with explanation and all trainees can observe. If possible, it can be divided into 2 steps: quick modeling without explanation and slow modeling with detail explanation of each step. In some case studies which are so similar with actual situation and requires the trainees to work in group, during giving modeling, the trainer can ask some trainees to join in case study to solve problems. This method is useful in case of storage of trainer, at the same time, helps trainees learn how to work in group.

Rehearsal: After finishing modeling from the trainer, trainees are requested to rehearse steps of that skill and focus on output requirements when taking that skill. All trainees must have opportunity to practice that skill, therefore, the number of trainees should be 5 members maximum.

Feedback: This is important step in training a skill that helps trainees identify which parts they can do well and which parts need to be improved. It is possible that one trainee can evaluate himself, other trainees (or groups of trainees) make comments on each other, and then the trainer give comments or summarizes it.

5. APPLICATION OF TRAINING METHODOLOGIES IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Training material in clinical training for new nurses consist of 6 chapters with 30 lessons. The structure of each lesson includes (i) Objectives, (ii) Basic knowledge, (iii) Technique and skills, (iv) Practice (examples, cases), (v) Competency assessment (competency standard), (vi) References.

In order to develop lesson plan, it is recommended to use this textbook and select appropriate teaching method depends on the ability to be enhanced for new nurses.

For example, to enhance the practical technique of new nurses, practice part of textbook is useful and you may apply role play or practice with human body model. To enhance problem solving skill, you can apply group discussion or case-based training by using case study of the text book.In addition to active learning methods mentioned above, lecture is important methods as well for clinical training for new nurses. Particularly, in case your hospital has new nurse studied in different educational institutions, they could study different contents. Hence, knowledge to be ensured for all new nurses would be better to provide through lectures in addition to encouraging self- study.

It is very important for selection of teaching methodologies to assess which ability new nurses have to be improved and readiness of them. It is recommended to be combined different teaching method to acquire necessary competencies as integral capacity

REFERENCES

1. Trương Việt Dũng and Phí Văn Thâm, 2010. Medical – Medication teaching method, Ministry of Health.
2. Lương Ngọc Khuê and Phạm Đức Mục, 2014. Training material for patient safety, Ministry of Health.
3. Lương Ngọc Khuê and Phạm Đức Mục, 2012. Training material for infection precaution and control, Ministry of Health.
4. Basic competency standard for Vietnamese nurses under the Decision No.1352/QĐ-BYT dated 21/4/2012.
5. Đỗ Đình Xuân and Trần Thị Thuận, 2010. Nursing technique, Medical Publishing House.
6. Ministry of Health, 2020, training materials on enhancement of clinical learning-teaching methods for clinical trainers in medical sector.

PRACTICE

APPLICATION OF CLINICAL TRAINING METHODS IN TRAINING ON NURSING PROCESS

OBJECTIVE

Be able to apply effectively the clinical training methods in training on nursing process.

CONTENT

1. PREPARATION

Trainer introduces about procedure on clinical training methods with 3 types of: with real patient, without real patient and clinical practice skill.

Trainer emphasizes on key points when applying those methods.

2. IMPLEMENTATION

Trainer divides all trainees into groups, 3-5 members of each group.

Trainer requests trainees to implement the following procedure:

1. Preparation for lecture

- Trainees arrange appointment of each member in their group including: trainee in role of trainer and trainee in role of trainee.
- Make group discussion to develop patient-related case study and necessary information for patient care.
- Prepare list of questions which trainees need to answer relating to patient assessment and patient care.
- Develop format of patient' information summary which can be put on the board or used as record on patient's bed.
- Provide format of nursing care *(refer to Material of clinical training for new nurses)*

2. Implementation

- Trainee in role of trainer requests trainee in role of trainee to present the summary of patient's information within 5 minutes.
- Trainee in role of trainer gives questions relating to assessment, diagnoses priority, plan development, prioritized treatment as well as effective evaluation on each problem of patient. Trainees need to answer those questions with detail explanation.
- Trainer and trainees make discussion and opinion exchange.
- Trainee in role of trainer emphasizes key points in patient care, notification of assessment, priorities in patient care, treatment and patient assessment.

3. FINISHING

Trainer makes comments on lecturing performance of the trainees.

Trainer gives possible pedagogical situations when giving lecture to new nurses such as: provide insufficient patient information, cannot make list of priorities or offer a nursing intervention that is not appropriate for the problem of care.

Trainer and trainees discuss with each other to find out solutions for those situations.

Trainer summarizes clinical training methods used in the lecture and make conclusion on notification when applying those methods.

PRACTICE
FEEDBACK SKILL

OBJECTIVE

Be able to demonstrate feedback skill in clinical training for new nurses.

CONTENT

1. INTRODUCTION ON LECTURE

- Trainer introduces on lecture and objective of the lecture.
- Trainer explains meaning and importance of feedback skill in clinical training.
- Trainer introduces format of health education *(Material of clinical training for new nurses)*

2. IMPLEMENTATION

(1) Trainer provides Record of health education for patient with diabetes type II by a new nurse.

HEALTH EDUCATION FOR DISCHARGE PATIENT

1. Basic information

Information when hospitalization

Height *(150cm)*, weight *(55kg)*, temperature *(36.6^{0}C)*, pulse *(68 times/minute when rest)*, blood pressure *(152/94mmHg)*

Blood sugar before meal *(136mg/dl)*

Treatment condition

Diabetes type 2, Glucofast *(500mg)* one tablet, twice a day *(after breakfast and dinner)*

2. Assessment

Feeding: It hard to have meal on time due to taking care of children, mother, busy work; use same food with children and base on their taste, do not follow special diet for diabetes patient. In addition to the main food, patient has a habit of snacking, mainly with salt and sugar.

Exercise: No exercise

Medicine: Know to take medicine but do not know why needs to take it on that time, poor understanding of the effects and side effects of drugs.

Hypoglycemia: Have certain basic knowledge on diabetes but do not understand the symptoms of hypoglycemia such as: feeling cold, sweat. Hypoglycemia happens frequently.

3. Content of health education

Issue: Lack of knowledge about hypoglycemia.

Education plan:

Patient: Nguyen Thi Mai

Time: 25th May 2016

Venue: Patient's room

Object: Patient and family

Duration: 30 minutes (including Q&A)

Method: how to use leaflet

(Reasons)

Patient often repeats same questions after explanation of the doctor, it can be evaluated that it takes time to help them understand. In addition, it is foreseen that many questions can be made during education period. When taking treatment, it is necessary to have cooperation from patient's family. It is better to develop a leaflet and deliver it to the patient, so that they can study it, understand and share with family.

Content of health education: Mentioned in the leaflet

1. About hypoglycemia.

(Objective) Patient has basic knowledge on diabetes.

1. Definition of hypoglycemia.
2. Reasons for hypoglycemia.
3. Symptoms of hypoglycemia and solutions

2. Some remarks on daily activities

(Objective) Patient understands some notification that helps to limit development of diabetes, accepts diet and exercise, takes medicine on schedule.

Feeding rules, exercise and attention points about drugs

3. Question and answer

(Objective) Decrease worries about...

Expected output: From plan, set up expected output: Understand the reasons for hypoglycemia and solutions

Implementation: From care plan and expected output, describe detail content of guidance and health education that patient and family can follow.

(Remark)

Ask to check whether patient can understand or not, explain and confirm their understanding. Content of leaflet should cover not only writings, but also pictures to illustrate habits through daily activities.

Evaluation: Understanding level of patient/family on guided content in implementation column.

Ask question to patient after finish each part of leaflet. At the end of health education section, the patient says: *"Hypoglycemia is so dangerous. I should be careful to avoid hypoglycemia", "How should I do in daily life…"*. These questions are also shared with patient's family and other people around there. Husband of the patient also says: *"I didn't pay much attention to feedings. From now on, I will care it more with my wife"*.

(2) Trainer divides trainees into groups with 3-5 members and asks them to discuss about 1 of 2 following issues:

- Give direct feedback (verbal) on this record.
- Give written feedback on this record.

(3) Each group assigns leader and secretary to manage and record discussion points for questions related to requirements mentioned above.

(4) All groups discuss within 5 minutes and give presentation within 5 minutes.

(5) Other members and trainer make comments on those presentation.

(6) Trainer summarizes and concludes on advantages and disadvantages of feedback skill and main remarks.

LESSON 5

ASSESSMENT AND EVALUATION IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

OBJECTIVES

- Identify assessment and evaluation in clinical training for new nurses.
- Apply checklist in assessment of trainees.
- Apply competency-based assessment of new nurses.

CONTENT

1. DEFINITION OF ASSESSMENT - EVALUATION

1.1 Definition of evaluation

Evaluation is a general terminology including all methods known to collect information on knowledge, capability, understanding, attitude and motivation of an individual (Ioannou-Georgiou, 2004).

Evaluation has different meanings in different contexts but it is tied with attitude, trust and other preconceptions (Hall and Sheehy, 2003)

Evaluation is often used for trainees and clinical training thus evaluation is a source of information used for assessment.

In general, evaluation measures not only theory and practice but also attitude and motivation of trainees. However, it is difficult to have appropriate measure tools for attitude and motivation evaluation.

1.2 Definition of assessment

Assessment is a process of collecting information to enable the achievement of objectives of training programs (Ioannou-Georgiou, 2004)

Information collected from assessment can be used for trainers, trainees and examination results, etc. Assessment tools will be multi-choice questions, question set, analysis and observation article.

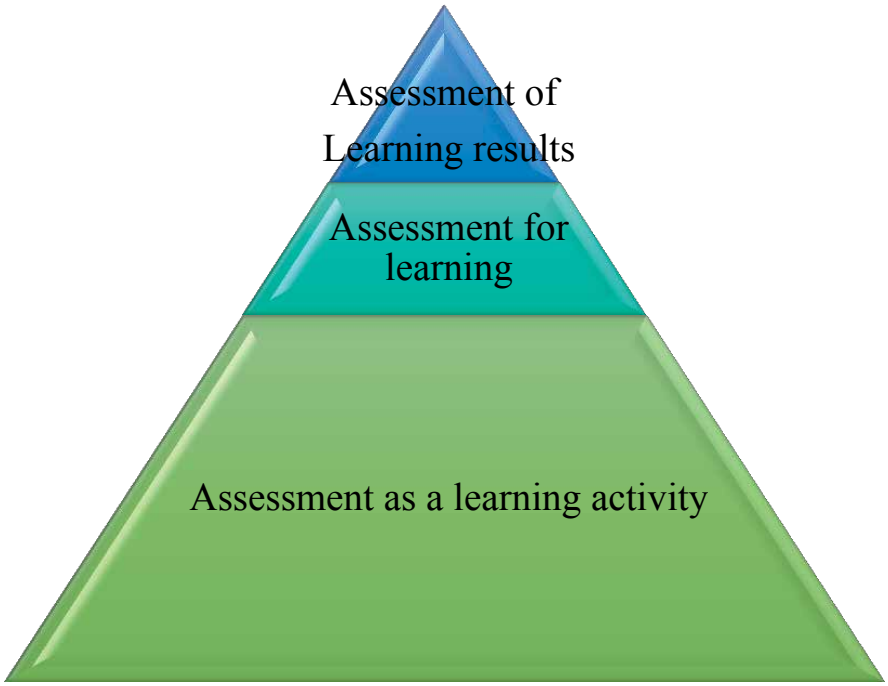
The assessment of any educational program is a continuous evaluation process to improve the quality of curriculum (Gard, Flannigan & Cluskey, 2004).

In conclusion, assessment is a long-term process of collecting information and can be carried out at the same time with evaluation to provide feedbacks for both trainer and trainee. Assessment is a broader definition than evaluation.

2. PURPOSE AND TIMING OF ASSESSMENT - EVALUATION

2.1 Purpose of assessment - evaluation

Purpose of trainee assessment is to improve the learning work of trainees and the teaching work of trainers. Assessment is conducted to evaluate all stages of a training process including: training objectives, training programs, training curricula, training materials, teaching conditions, teaching methods, methods of assessing and evaluating trainees and trainers; training organization and management, compatibility toward social demands of training products and schools. Assessment purpose is for learning, learning results or as a learning outcome.



Purpose of training program evaluation is to consider the achievement of objectives. Evaluation aims to measure the knowledge, practice and attitude of trainees being evaluated to help them aware of their capability level as well as help trainers aware of trainees' competency. Then, both trainers and trainees will work together to find out solutions for trainees to obtain targeted objectives.

2.2 Timing of assessment - evaluation

Assessment in the clinical training program for new nurses will be conducted at the following times: at the start of the training course, after 3 months, after 6 months and before the end of training (9 months).

Assessment at the start of the training course is to test the knowledge; experience of trainees to see what scopes of content they can do.

Assessment after 3 months and 6 months is to test trainees' level of study at that time and arrange training content to reach the target when completing the training course.

Early assessment at the start of the training course should be conducted carefully to grasp the adaptability of new nurses to working environment as well as provide mental support for them.

It is required to evaluate trainees at the end of training to confirm the completion of training course.

Characteristics of Assessment process:

Assessment classification	Diagnostic Assessment	Fomative Assessment	Summative Assessment
Timing	Before starting training course Before lesson	During the training course	End of training
Purpose	To evaluate competency	To improve learning	Objective achievement situation
Remarks	What can trainees do?	What are difficulties?	What have they studied?

3. METHOD OF ASSESSMENT - EVALUATION

There are many methods of assessing and evaluating trainees. However, depending on the purpose, conditions and competencies of trainers and trainees, the proper method of assessment – evaluation will be selected.

3.1 True-False question

- How to make a true-false question: the question is a clause or a complete and brief sentence. The answer is only a brief "true" or "false and can not be both "true" and "false". It is also not allowed to select either "true" or "false" for this kind of question.

  For example: Select the right answer to the question below:

  Assessment and Evaluation are the same (T/F)

- Advantages:
  + Quick questioning
  + Write many questions in the same content
  + Evaluate all contents of the curriculum/the program.
  + Easy for self-evaluation
  + Encourage self-evaluation
  + Appropriate for low-level evaluation
  + Facilitate the structure of the evaluation with other types of question.
  + Appropriate for quick evaluation in a short time.
- Disadvantages.
  + Difficult to reach expected level of complexity and to classify trainees based on competency
  + Require various questions so it is not easy to write difficult questions and very difficult questions.

- Remarks:
  + Answers must be very clear confirming true or false.
  + Require to have a scientific scoring structure and process to avoid trainees getting poiby randomly selecting answer.
  + Require to write and arrange questions to avoid questions answering each other.

3.2 Multi-choice questions

- How to write a multi-choice question:
  + The question is possibly a complete sentence, a clause, a case study or a exercise, etc. Answer: each question has at least 4 answers. It is ideal to have 5 answers per question and should not have only 3 answers.
  + Answer: There is the most correct answer but other answers should be reasonable enough to require trainees thinking before answering. Answers are coded with A, B, C, E at the beginning of each answer.

    Example: Circle the most correct answer:

    1. Teaching – learning is:
       A. A basic educational tool
       B. Trainers impart knowledge to trainees
       C. An objective of education
       D. Vocational training
       E. Human Education
  + Multi-choice question can be used in the examination but this type of question is too easy for trainees to answer so it should be used for assessment at the end of curriculum or at low-level training and should not be used for examination because it may cause scoring mistakes.

    Example: Circle the correct answer

    1. Which of the following types of helminths can parasitize in blood and organs?
       A. Ascaris
       B. Pinworm
       C. Taenia solium
       D. Trichinella spiralis
       E. Schistosomiasis
  + It is possible to make a multi-choice question with negative elements. This type of multi-choice question requires to highlight negative elements to avoid making trainees confused. When using negative words like **"Not"** or **"Except"**, it is necessary to highlight these words hence trainees will not be confused. This type of question is suitable for assessment at the end of curriculum not for the examination of regular assessment to prevent confusing trainees.

Example: Circle the most suitable answer:

1. It is possible to inject Morphin in the following cases **except for**:
   A. Thighbone fracture due to injury
   B. Shortness of breath due to bronchial asthma
   C. Coughing up blood due to tuberculosis
   D. Shortness of breath due to paroxysmal cardiac asthma
   E. Chest pain due to pneumothorax

+ Among the answers, it is possible to write one answer which is a combination of all other answers.

Example: Circle the most correct answer

1. Nursing process includes following steps:
   A. Assessment
   B. Nursing diagnosis
   C. Nursing planning
   D. Nursing plan execution and evaluation
   E. All above answers

- Advantages
  + It is suitable for assessment of knowledge because trainees are required to consider carefully and have knowledge to be able to select right answer.
  + This type of question allows to assess different training contents because it can have various questions in the same scope of knowledge.
  + It takes less time to score examination.
- Disadvatages
  + It is difficult to prepare questionnaires because it requires to have answers of similar meaning for trainees to consider before answering.
  + It takes a lot of time.
- Remarks:
  + Use unnecessary adjectives and adverbs or repeat these words in the answers.
  + It is too easy to recognize the right answer.
  + Nouns/technical terms in questions and answers are not consistent.
  + Questions and answers have negative elements
  + Should have both short and long questions
  + Should not use phrase "All above answers" or "None of the above answers" or uncommon words or do not have measurable units… in questions or answers.
  + Should not prepare questions with conflict meanings that makes trainees focus only on the answers.

3.3 Gap-filling questions

- How to form gap-filling questions:
  + Based on an available complete sentence, make a gap-filling question by selecting 1-2 words/phrases if the sentence is short or 2-3 words/phrases if the sentence is long then remove selected words/phrases and sign the gap with letters A, B, C, D,…ask trainees to fill in the gaps using provided answers which were signed A, B, C, D respectively.

    Example: Fill in the gap below using appropriate words/phrases to make a complete sentence:

    1.1. Due to …….A…… in the pleural cavity that the lung parenchyma can be elastic to…….B……..

    Example: Use appropriate words/phrases provided below to fill in the gap and complete the sentence:

    1.1. Due to ……..…… in the pleural cavity that the lung parenchyma can be elastic to thorax

    A. Pleural fluid

    B. Negative pleural pressure

    C. Pleural pressure difference

    D. The rubbing of two pleura

  + Based on an available content, remove certain words/phrases and ask trainees to fill in gaps, each question should have from 3-5 gaps and 1 out of these gaps can be pre-filled to encourage trainees answering the question.

    Example: Write down right words/phrases for following sentence:

    1. Describe steps of nursing process

    A. ……

    B. ……

    C. …….

    D. …….

    E. Evaluation

- Advantages
  + Easy to write questions especially gap-filling questions or those questions based on provided words/phrases
  + Interesting for trainees with various questions.
  + Useful for knowledge assessment.
- Disadvantages
  + The answers with many synonym words/phrases likely cause difficulties in scoring or wrong scoring, etc.
  + The answers are short and quick so mainly for assessing memorization ability.
  + It takes more time to score than other types of multi-choice question.

3.4 Case study analysis

Structure: question is a case study but it is important to carefully provide correct, suitable and understandable information for trainees to answer the questions. Questions related to case study can be true/false questions, multi-choice questions, fill-in questions, etc. Case study analysis improves the ability of thinking, decision-making, problem solving, etc and is suitable for intensive training and high-level competency.

Example: At 7h30 in the morning of 20 July 2013, Nurse A at local district health center performed doctor's order to inject hepatitis B vaccine for 3 newborns. Due to a power outage, Nurse A turned on his cell phone flashlight and opened the fridge and wrongly took 3 bottles of Esmeron – a drug for muscle relaxant and injected for 3 babies. Previously, the chief nurse of clinical department had agreed for an anesthesiologist from operating department to store remaining bottles of Esmeron from an operation in the fridge of hepatitis B vaccine.

Write down appropriate words/phrases for following sentences:

1. List down 5 errors in drug management and usage in this case study.

   A. …….

   B. ……..

   C. There was no drug handover between drug managing staff and Nurse A

   D. ……

   E. ……

   Select (True) or (False) for the following sentence:

2. Nurse A in this case study insufficiently followed regulations on using vaccine fridge (True/False).

3.5 Matching questions

Structure: Provide several elements which are signed with letters A, B, C, D,... these words can be used once, several times or are not used. Match situation/question with one proper element which is signed with letter.

Example: Answer the questions by selecting one suitable element signed with letter.

Element	Situtation
A. Pulmonary collapse	1. Which rib cage is narrowed?
B. Excessive pleurisy	2. Which rib cage is widen?
	3. Mediastinum pulled on painful side
	4. Mediastinum pulled on healthy side
	5. The sounds in alveoli reduce

3.6 Checklist

Checklist is widely applied in training evaluation especially in clinical training evaluation. Process of preparing a checklist as follows:

1. Select an appropriate technique to be evaluated by checklist
2. List down steps in the technical process. The work of listing down technical steps should not be either too general or too detailed. If there are many sub-steps in each step, it is suggested preparing a separate checklist for each step in the technical process.
3. Arrange steps in a proper sequence
4. Insert 3 columns for a checklist including: Numbering, Technical step, scoring scale
5. Scoring scale: (1) can be divided into: right & complete; incomplete, wrong or undo (2): pass, fail, (3) excellent, good, and bad. It is possible to use numbering for the evaluation result, for example: (0) do not do /wrong; (1) Incomplete; (2) Complete and correct…

- Remarks: It is important to fix scoring scale/level of evaluation beforehand and highlight it by putting number or prerequisites in front of important steps.
- Advantages:
  + Easy to reach consensus among trainers.
  + Fairly assess skills of trainees
  + Convenient for observation
  + Trainee can self-evaluate
- Disadvantages:
  + Impossible to assess details
  + Low trainee classification rate
  + Unsuitable for evaluating complicated skills or combination of skills in a specific situation.

3.7 Clinical/patient case study

- Assessment via case study is applied to evaluate thinking skill, decision-making skill and problem-solving skill. Cases used to evaluate trainees are real clinical situations or simulated as real.
- Steps of a case study preparation:
  1. Case preparation: The situation is written specifically and clearly without unnecessary information to confuse trainees. The content of a case study should be consistent with curriculum and suitable with trainee competency.
  2. Develop questions for a case study: questions of a case study should be specific or in the form of gap-filling, true/false, multi-choice questions or requiring trainees to perform a certain skill. If the case study has many stages, it requires to have assessment questions at the end of each stage. However, the content of each stage should not be conflict or suggest answers for the following stages. Assessment questions need to be in a reasonable order as required steps in solving a real problem.

- Advantages:
  + Assess both knowledge and practice
  + Possibly used for self-assessment
  + Develop skills
- Disadvantages:
  + Take a lot of time to prepare
  + High demanding for trainers.

3.8 Method of OSPE/OSCE

Evaluation can be done by rotating trainees through all stations to test their knowledge and clinical competency. At all such stations, there are questions or requirements on clinical competency, trainees have 3-5 minutes to finish each station. Each examination consists of 5-10 stations depending on time. These stations are practice stations or alternate between practice and theory stations.

When using OSPE/OSCE, it is required to prepare checklist for each station, answers and scoring form. For theory stations, trainers will provide examination form for trainees. For practice stations, depending on requirements, there is a need of equipment/instruments preparation as well as enough space/room for nurses to perform tasks.

Before commencing OSPE/OSCE, trainers at stations should reach consensus on scoring method in the scoring form as well as criteria of failure of pass. Trainees should be specifically instructed on station rotation as well as have time to observe stations before starting. Trainees require to rotate in a certain direction.

Station rotation should be logic and reasonable to avoid changes during the process. In order to ensure the objectiveness of evaluation, the completion of previous station should not be arranged as precondition for the completion of following station. Station rotation should be a round rotation (all stations have enough trainees) or unround rotation (not enough trainees at 1 or several stations).

Advantages: A large number of contents can be assessed variously, fairly and trustworthily suitable for comprehensive evaluation on clinical competency.

Disadvantages: This method requires careful organization, large place and different equipment.

This method is suitable for assessment at the end of curriculum, training program or training stage.

3.9. Recording practical diary and result report

When the trainee undergoes clinical practice, the trainer instructs trainee to record what they observe, what they can perform according to a given form and at each stage of the course, the trainer will refer to notes of the trainee to guide and support the trainee with points that the trainee has not been able to perform or still need improvements.

The practice diary helps to evaluate skills in writing, observing, implementing techniques, communication, problem detection, proposing solutions, solving problem, creativity and thorough thinking. This assessment method is mainly applied in competency-based teaching.

However, this is a difficult method that needs close coordination between the trainer and the trainee so that the necessary content could be recorded by the trainee and the right and timely remarks could be given to the trainee.

4. ASSESSMENT AND EVALUATION IN PROCESS OF CLINICAL PRACTICE TRAINING FOR NEW NURSE

4.1. Knowledge assessment questions

In the clinical practice training program for new nurse, the trainer will have to develop questions to form a test that evaluates the trainee's knowledge before the end of the course.

When setting up evaluation test, trainer can use true and false questions; multiple choice questions; gap-filling questions; case studies or matching questions to develop set of questions.

4.2. Checklist

The checklist is used to evaluate the new nurse's performance of skills in caring for patients. The skills that new nurses need to perform and need to be evaluated are given in the list of new clinical practice skills of new nurses (clinical practice training program for new nurses).

Checklists will be used throughout the clinical practice training for new nurses from the beginning of the course until the end of the course.

The checklist can be used for self-evaluation by trainee and used for trainer to evaluate trainee. The evaluation result will help nurse and trainer identify areas that the nurse needs further training on.

The grading scale in the test is determined as follows: (0) Can not do; (1) Can do with support (2) Can do independently.

New nurses are evaluated as having passed when all basic skills can be performed independently, specialized skills or difficult ones can be performed with guidance.

4.3. Case study / clinical case

Case studies are used in the process of new nurses' practice in clinical departments in hospitals. The trainer will assign the trainee to take care of specific patient, the new nurse will refer to the exploitation of the patient's information to make a care plan for the patient.

The trainer marks the care plan and gives comments to the trainees.

Trainers provide trainees with specific situations, new nurses based on the information provided to give health education advice for patients ***(according to the form in clinical training materials for new nurse)***. The number of health education consultations is identified in the clinical practice training program for new nurses

4.4 Recording practice diary and result report

The practice diary and result report are used for evaluation at times after 3 months, after 6 months and before the end of 9-month clinical practice.

Trainees and trainers jointly write down reviews and evaluation of the completion of trainees in the clinical practice handbook for new nurses ***(clinical training materials for new nurses)***.

PRACTICE
USING TECHNICAL CHECK-LIST IN ASSESSMENT

OBJECTIVE

To be able to use the checklist in assessing the new nurse's several practical skills

CONTENT

1. USING CHECKLIST IN ASSESSMENT

1.1 Preparation

1. Choose intravenous injection techniques for developing assessment checklist on new nurse
2. List operations in the intravenous procedure
3. Arrange steps in a proper order
4. Formulate a checklist with a number of 3 columns: ordinal number, operation, grading scale
5. Grading scale: "achieved" or "not achieved".

INTRAVENOUS INJECTION CHECKLIST

No.	Operations	Grading Scale		
		achieved	not achieved	remarks
1	Nurse makes routine handwash / makes quick hand sanitizer.			
2	Implement the 5-right			
3	Identify patient. Explain procedure to the patient.			
4	Check the antiseptic medicine, use sterile gauze to break the inhaler. Tear off the syringe cover and replace the needle to take the medicine.			
5	Draw the medicine into the syringe. Replace the needle to expel the air into the sterile syringe bag.			
6	Reveal the injection site to identify the injection site. Place the hand pillow under the injection area (if necessary), place the tourniquet / rubber band above the injection site about 10 cm-15 cm.			

7	Wear clean gloves (when there is a risk of blood exposure and when hand skin of the person doing the procedure is damaged). Tie the tourniquet / rubber band above the injection site 10 cm-15 cm.			
8	Clean antiseptic area with a diameter of over 10 cm at least 2 times. Hold the syringe to check the gas			
9*	Stretch the skin, insert the needle at an angle of 30^0 against the skin and push the needle into the vein. Test if there is blood in the syringe.			
10	Remove the rubber band, slowly inject drugs intravenously and monitor patient as well as observe if whether the injection site have inflated			
11	When all the fluid has been released, quickly withdraw the needle, pull the skin at the injection site. Insert the syringe into the safety box.			
12	Press cotton wool onto the injection site in order to prevent bleeding			
13	Remove gloves and dispose of it into contaminated waste container.			
14	Evaluate status of the patient. Help the patient to return to a comfortable posture, remind the patient the important points.			
15	Clean up tools, make routine handwash. Make a written record.			

** is a prerequisite step, if this step is not correctly conducted then the injection is considered unsuccessful.*

Total score of check-list: 30 points

(1) Develop indicators for evaluating trainees:

Level	Condition
Passed	Step 9 achieves 2 points and total score ≥ 15 points
Not passed	Step 9 achieves ≤ 1 point or total score < 15 points

(2) Print checklist and indicators for assessing trainees with appropriate quantities.

(3) Prepare sufficiently tools and models for the technical assessment.

1.2. Implementation

- Trainer agrees with trainees on assessment options and evaluation indicators.
- Trainer asks a trainee to carry out intravenous injection technique.
- Before conducting the technique, trainee will self- assess on the checklist of her technical performance.
- Trainee conducts the intravenous technique, trainer observes and assess on the checklist.
- Trainer provides his evaluation result and compares with result of trainee's initial self-assessment result then give comments on the performance of trainee.
- Trainee and trainer discuss with each other about trainee's strong points and weak points. The trainer stimulates trainee by praising the students' strong points together with encouraging trainee to raise solutions for improving those weaknesses of trainee.

1.3. Finishing

- Trainer and trainee discuss together about obstacles that may be encountered in the process of assessing trainee.
- Trainer summarizes and lists important, noteworthy when using checklist to assess trainee.

2. USING COMPETENCY-BASED EVALUATION CHECKLIST

2.1 Preparation

1. Select competency-based evaluation checklist in Material of clinical training for new nurses (Textbook)
2. List out competencies which need to be assessed in the checklist
3. Make appropriate orders
4. Design a checklist with; competency, number of indicators, indicators, explanation, level of achievement and column for periodical assessment
5. Divide column of achievement level into: (0) cannot do; (1) can do with support/ need to improve and (2) can do independently
6. Print out the checklist and indicator of assessment
7. Prepare necessary tools and models for assessment (if needed)

2.2 Implementation

- Trainer and trainee discuss and finalize the assessment method and criteria of assessment.
- Trainer asks one trainee to perform the content of checklist.
- Trainees have to make self-assessment of their performance into the checklist.
- Trainer provides his/her assessment result and make comparison with self-assessment by the trainees, make comments on the trainees' performance.
- Trainer and trainees discuss on strong points and weak points of the trainee. Trainer encourage trainees through praising their strong points and encourage them to propose solutions to overcome their weak points.

2.3 Finishing

- Trainer and trainee discuss together about obstacles that may be encountered in the process of assessing trainee.
- Trainer summarizes and lists important, noteworthy when using checklist to assess trainee.

PRACTICE
USING COMPETENCIES IN EVALUATING TRAINEE

OBJECTIVE

1. To identify which competency affects to nursing care provided by new nurse through observation
2. To assess achievement level of indicator of competency-based check list through observation of duty
3. To provide appropriate feed-back based on the assessment

CONTENT

1. PREPARATION

Paper at A0 size, pen in colors

Competency standards of Vietnamese nurses

competency-based checklist for the new nurse after 9-month clinical training (Appendix).

2. IMPLEMENTATION

2.1 Introduce competency-based checklist according to competency standards of Vietnamese nurses

1. The trainer instructs the trainee to read the content of competency standards of Vietnamese nurses. Discuss the basics of competency standards.
2. Trainer introduces competency-based checklist according to Competency standards of Vietnamese nurses:

   (1) The checklist consists of 11 columns, in which:

   - Column 1: Competency modules
   - Column 2: Number and competency standards
   - Column 3: Number and competency indicators
   - Column 4: Remark on competency achievement level in detail:
     - 15 indicators with (*): are not introduced under the training curriculum for new nurses. (However, these indicators are stipulated by the MOH, it is used for general evaluation but not used for evaluating the trainee's studying results)
     - 35 indicators: need to achieve 1 score (can do with support/ need to improve)
     - 60 indicators: need to achieve 2 scores (can do independently)
     - No indicator at 0 level (cannot do)

   (2) From column 5 to 11: assessment after 3 months, 6 months and 9 months of starting the training course.

2.2 Assessing the competencies and achievement level

1. The trainer provides scenario and guide the trainee to play role.

SCENARIO

Characters:

Patient: Mr. Nguyen Van Thanh *(on the seventh day after appendicitis surgery, one day before discharge, ulcer pressure stage 1)*

Family of patient *(Wife)*: Ms. Tran Thi Lan

Nurse in charge of care *(new nurse)*: Le Thi Mai *(5 months after starting study clinical practice)*

Trainer *(5-year experience)*: Nguyen Hoai Thu

Background 1: At the patient's room

Nurse Mai	Hello, sir.
Mr. Thanh	Hello, did the nigh-shift nurse just handed over the shift to you?
Nurse Mai	Yes, I work the day shift, sir. Do you still have pain?
Mr. Thanh	I am much better, thanks to drugs.
Nurse Mai	Well, sir, that's good. Will you discharge tomorrow, sir?
Mr. Thanh	Thank you, I feel comfortable, I am very happy.
Nurse Mai	Today you need to have blood test and X-ray, sir. You have had blood test already hence x-ray is required now. And today you can have a bath. Do you want?
Mr. Thanh	What should I do. The nurse last night just replaced ulcer bandage at my buttock, if so can I take a bath?
Wife:	What? Bath?
Nurse Mai	That's normal, everyone is worried like you but the bandage can be removed. If you don't shower you'll get into even more trouble as the incision may get infected.
Mr. Thanh	That's terrible.
Wife:	If so taking a bath may be better.
Nurse Mai	Well, please kindly call a nurse whenever you want to take a bath, sir. I would like to check your wound once again to see whether it is OK to have a bath or not. *(Survival signs, examining the incision)* It's okay, sir.
Mr. Thanh	Thank you. If so I just need to call a nurse when I want to have a bath, right?
Nurse Mai	Yes sir, goodbye for now.

Wife: What an ill-mannered nurse! You see, nurses nowadays are just the same! Looks like she's a new nurse - couldn't even see her name badge. Did she even look carefully enough at the incision? I guess not! You no need to take a bath. Tomorrow you are going home hence you can leisurely have a bath then.

Mr. Thanh That's OK. Indeed it is not fine to have a bath under current situation. I could enjoy a leisure day today. Well, the nurse yesterday was very good. Just want to leave the hospital soon.

Background: Ms. Thu heard comments of Mr. Thanh's wife, Ms. Thu has a talk with Nurse Mai the next day.

Trainer Thu: Hey, you see that patient Thanh's wife is very concerned about how to treat the ulcer after being discharged due to your explanation. How did you explain his condition?

Nurse Mai: They asked me if he could take a bath, I answered that there's no problem, he could shower.

Trainer Thu: How did they react?

Nurse Mai: How is it? I didn't notice but I already checked Mr. Thanh's buttock. The red part has almost disappeared so he could leave it until it peels off naturally. I also checked the vital signs. No problem and I think he can take a bath.

2. Trainees conduct small group discussions (about 3-5 persons/group). Discussion time is about 15 to 20 minutes. Representatives of the groups present the results.

(1) Identify the good point and weak point of New nurse.

(2) Which competency is affecting her good points and weak points. Please list up the number of competency (from No.1-25 of check list). Affecting competency is not limited in one competency

(3) Explain the reason why you identify these competencies are affecting their performance

3. Trainer discuss together with trainees and conclude which standards among the basic competency standards that can be assessed in this scenario.

(1) Trainees discuss about level of achievement of indicators consisted of competency no.1, 4, 6, 11, 10, 14 affecting nursing care provided nurse Mai of role play

(2) Trainees discuss with his/her partner how to give the feed-back to new nurse Mai. Trainer selects 2-3 pairs to develop role play and discuss with all participant about the role play.

Notes:

1. Do not assess competency level of a new nurse based only on one operation, it is required to base on the whole process.
2. It is recommended to use different methods including observation and interviews to evaluate trainees' competency.
3. A standard with different indicators, the trainee only meets the standard level when meeting all the indicators at that level.

2.3 Summary of assessment result at the end of the course

The form is used for the end of study sessions or training courses.

The content of the form is based on the competency standards of Vietnamese nurses and scores that the trainee achieves at the time of evaluation on standards. The next part in this evaluation form is the new nurse's feedback and plan for the future. Assessment confirmation by the trainer about the new nurse's study.

The last part of the form is confirmation signature on the evaluation of the trainee, the trainer and the nurse in charge of training management.

3. FINISHING

- Trainer and trainee discuss together about obstacles that may be encountered in the process of evaluating trainee.
- Trainer summarizes and lists important, noteworthy points when using Evaluation Form on trainee.

REFERENCES

1. Truong Viet Dung and Phi Van Tham, 2010. Medical training method, Ministry of Health.
2. Competency standards of Vietnamese nurses as per the Decision No. 1352 / QD-BYT dated April 21, 2012.

ANNEX 2

CHECKLIST OF COMPETENCY BASED EVALUATION FOR VIETNAMESE NURSES

(Using for trainee's evaluation during clinical training for new nurses)

Remark: NN: New nurse
Pre: Preceptor

<table>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">EVALUATION INSTRUCTION
- Annex 2 used for trainee and preceptor
- Column 4: Category into 3 expected competency level based on the competency standard (level *, level 1 and level 2).
- 110 indicators are categorized achievement levels of trainees as follows:
o 15 indicators (*) are not covered by the clinical training for new nurse program.
o 35 indicators require level 1
o 60 indicators require level 2
o There is no indicator of level 0 (cannot do)
- Columns from (5) to (11), trainee shall self-assess and preceptor shall assess trainees by 3 levels (0; 1; 2) at the timings (baseline, end of 3th months, end of 6th months and end of 9th months) by each competency indicator.
- 15 indicators marked (*) are the indicators which are not covered by the clinical training for new nurse program, they are still evaluated but not taken into account to assess trainee's learning results.
- Each competency indicator is categorized into 3 performance levels:
+ 0: Cannot do
+ 1: Can do with support/need to be improved
+ 2: Can do independently</td><td rowspan="2">Achievement level after 9 months</td><td rowspan="2">Baseline assessment</td><td colspan="2">First 3 months assessment (1st time)</td><td colspan="2">Middle 3 months evaluation (2nd time)</td><td colspan="2">Final evaluation</td></tr>
<tr><td colspan="2">After 3 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 6 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 9 months (DD/ MM)</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>NN</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td></tr>
<tr><td>(1)</td><td colspan="2">(2)</td><td>(3)</td><td>(4)</td><td>(5)</td><td>(6)</td><td>(7)</td><td>(8)</td><td>(9)</td><td>(10)</td><td>(11)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Domain</td><td colspan="2" rowspan="2">Competency standard</td><td colspan="2">Competency indicator</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>No.</td><td>Competency indicator (order is in line with standard)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. PATIENT CARE COMPETENCIES</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">DEMONSTRATES KNOWLEDGE BASE ON THE HEALTH/ ILLNESS STATUS OF INDIVIDUAL / GROUPS / COMMUNITIES.</td><td>1</td><td>Indicator 1: Identify the health need of the individuals, families, population groups and/or communities (hereafter refers to patients/clients)</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Indicator 2: Explain the health status of the clients/groups.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

	2	PROVIDE SOUND DECISIONS OF CARE APPROPRIA TELY TO PATIENTS'/ CLIENTS NEEDS	3	*Indicator 1:* Collect and analyze information about health issues, disease to determine health problem and illness of individuals, families and communities	1							
			4	*Indicator 2:* Make decisions of care for patients, families and communities safely and effectively.	1							
			5	*Indicator 3:* Perform nursing interventions to support individuals, families and communities to respond to the problem health/disease in accordance with cultural beliefs of the patient, patient family.	2							
			6	*Indicator 4:* Monitor the evolution of nursing interventions performed	1							
	3	SET UP PRIORITIES IN NURSING CARE BASED ON PATIENTS'/CLIENTS NEEDS OF HEALTH CARE	7	*Indicator 1:* Analyze and identify priority patients/clients' needs of care	1							
			8	*Indicator 2:* Carry out appropriate nursing care to respond to priority needs/problems.	2							
	4	UTILIZE THE NURSING PROCESS AS FRAMEWORK FOR MAKING NURSING PLAN AND INTER VENTIONS.	9	*Indicator 1:* Perform comprehensive and systematic nursing assessment	2							
			10	*Indicator 2:* Collect and record patients'/clients' information appropriately	2							
			11	*Indicator 3:* Analyze and explain the information exactly.	2							
			12	*Indicator 4:* Formulate a health needs based care plan on the basis of collaboration and agreement with patients/clients, their family and team other members on the priority issues and clients' expectations	2							
			13	*Indicator 5:* Explain nursing interventions for patients, families and implement planned nursing care in a manner that ensures safety, comfort and efficiency for patients	2							

			14	*Indicator 6:* Instruct patient/family to perform appropriate self-care	2							
			15	*Indicator 7:* Evaluate and adjust care plan based on the patient's health condition and expected outcomes	1							
			16	*Indicator 8:* Perform necessary support for discharged patients	2							
			17	*Indicator 9:* Provide health education on disease prevention to patients	2							
	5	PROMOTE SAFETY, COMFORT AND PRIVACY OF PATIENTS / CLIENTS	18	*Indicator 1:* Deploy safety measures in all aspects of patients/ clients care	2							
			19	*Indicator 2:* Create a convenient environment for patients	2							
			20	*Indicator 3:* Ensure privacy while providing care to patients	2							
	6	PERFORM PROPER CARE TECHNIQUES FOLLOWING NURSING CARE PROCESS	21	*Indicator 1:* Comply with steps of nursing process in the professional scopes	2							
			22	*Indicator 2:* Implement nursing techniques skillfully	1							
			23	*Indicator 3:* Follow the rules of infection control	2							
	7	ADMINISTER MEDICATION SAFELY AND EFFECTIVELY	24	*Indicator 1:* Take a complete patient's drug history	2							
			25	*Indicator 2:* Comply with rules while administering medication to patients	2							
			26	*Indicator 3:* Explain and instruct patient about the drugs that is given to her/him	2							
			27	*Indicator 4:* Detect and perform necessary intervention if the patient had any drug reactions and report promptly to doctor and nurse in charge	1							

			28	*Indicator 5:* Be aware of potential drug - drug or drug-food interactions	1							
			29	*Indicator 6:* Evaluate the effects of medication	1							
			30	*Indicator 7:* Document and inform well drugs administered to patient	2							
	8	ENSURE CONTINUITY OF CARE	31	*Indicator 1:* Hand over the patient's status to the next care team appropriately	2							
			32	*Indicator 2:* Collaborate with patients, families and other team members effectively to ensure continuity of care	2							
			33	*Indicator 3:* Set up necessary measures to implement continuous care for patients	1							
	9	PERFORM FIRST AIDS AND ACTS ON EMERGENCIES	34	*Indicator 1:* Detect in time sudden changes in health condition of patients/clients	2							
			35	*Indicator 2:* Give emergency interventions promptly and appropriately	1							
			36	*Indicator 3:* Coordinate with other health team members effectively	2							
			37	*Indicator 4:* Perform effective first aid for patients/clients	1							
	10	ESTABLISH GOOD RAPPORT WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND TEAM MEMBER	38	*Indicator 1:* Create trust and confidence for patients/clients, families and team members	2							
			39	*Indicator 2:* Spend adequate time for communication with client/ significant others and team members	2							
			40	*Indicator 3:* Listen actively to patients/family's concerns, complaints	2							

	11	COMMUNICATE WITH THE PA TIENTS/ CLIENTS AND FAMILIES EFFECTIVELY	41	*Indicator 1:* Identify patients/client's feelings and psychological needs through his/her body language and facial expressions	1							
			42	*Indicator 2:* Communicate effectively with individuals, families and communities that have limitations in communication due to disease or psychological problems	2							
			43	*Indicator 3:* Express words, gestures that motivate, encourage and comfort patients/clients.	2							
			44	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of culture, belief of patients/clients, families and community when communicate with them.	1							
	12	UTILIZE COMMUNICATING CHANNELS AND AUDIO-VISUAL MEANS EFEECTIVELY TO FACILITATE CONTACT AND COMMUNICATE WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND COMMUNITIES	45	*Indicator 1:* Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and communities	1							
			46	*Indicator 2:* Utilize effectively and appropriately communication methods with patients/clients, families and communities	1							
	13	PROVIDE APPROPRIATE INFORMATION REGARDING HEALTH STATUS TO PATIENTS/CLIENTS	47	*Indicator 1:* Define appropriate information needed to inform to patient/family	2							
			48	*Indicator 2:* Make psychological preparation for patients/clients and families before inform them the "bad" news.	1							

	14	DETERMINE NEEDS AND PERFORM HEALTH EDUCATION FOR INDIVIDUALS, FAMILIES AND COMMUNITIES.	49	*Indicator 1:* Collect and analyze information on the needs of health education of individuals, families and communities.	2							
			50	*Indicator 2:* Identify needs and content of information needed to provide to patients, families and communities.	2							
			51	*Indicator 3:* Develop health education plan fitting with socio-cultural features, beliefs of patients, families and communities.	2							
			52	*Indicator 4:* Develop health education materials fitting with patients, families and communities.	*							
			53	*Indicator 5:* Perform health education for individuals, families and groups appropriately and effectively.	2							
			54	*Indicator 6:* Perform evaluation effects of health education and adjust it necessarily.	1							
	15	ESTABLISH COLLABORATIVE RELATIONSHIP WITH COLLEAGUES AND OTHER TEAM MEMBERS	55	*Indicator 1:* Maintain good relationship with other team members, consider patient as a team member	2							
			56	*Indicator 2:* Collaborate well with team member in order to make appropriate decisions for quality improvement								
			57	*Indicator 3:* Recommend appropriate intervention to improve client care.	2							
			58	*Indicator 4:* Respect the role and views/opinions of other team members	2							
			59	*Indicator 5:* Share information with other team members	2							
			60	*Indicator 6:* Act as representative and advocacy role to protect	1							

2. PROFESSIONAL MANGEMENT AND DEVELOPMENT COMPETENCIES	16	MANAGEMENT, RECORDING AND USE OF MEDICAL RECORDS A CCORDING TO REGULATIONS	61	*Indicator 1:* Apply principles of management and storage of medical records regulated by the law and by MOH	2							
			62	*Indicator 2:* Keep information written in medical records confidentially	2							
			63	*Indicator 3:* Record information in medical record accuracy and timely	2							
			64	*Indicator 4:* Use collected data about patient's health status as the basis to develop policy and to facilitate care activities provided to patients	*							
	17	MANAGEMENT OF PA TIENTS/CLIENTS CARE	65	*Indicator 1:* Manage individual tasks and time scientifically and effectively	2							
			66	*Indicator 2:* Identify tasks or activities need be done based on degree of priority	2							
			67	*Indicator 3:* Organize, coordinate, delegate tasks for team member scientifically and effectively	*							
			68	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients/clients.	1							
			69	*Indicator 5:* Use informatics technology for management, for care of patients and for updated information.	1							
	18	ESTABLISHES MECHANISM TO ENSURE PROPER FUNCTIONING OF EQUIPMENT	70	*Indicator 1:* Establish mechanism to manage and operate equipment for patients/clients care and treatment	*							
			71	*Indicator 2:* Plan for preventive maintenance program	1							
			72	*Indicator 3:* Operate equipment, facilities used for nursing care to ensure safety, effectiveness and prevent health care associated infections	2							

	19	UTILIZE FINANCIAL RESOURCES TO SUPPORT PATIENTS/CLIENTS CARE	73	*Indicator 1:* Identify the cost-effectiveness in the utilization of resources	*							
			74	*Indicator 2:* Develop budget proposal and deploy the plan to use resources for patient's care needs effectively.	*							
	20	MAITAINS THE SAFE ENVIRONMENT	75	*Indicator 1:* Comply with standards and safety codes prescribed by laws	2							
			76	*Indicator 2:* Adhere to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection.	2							
			77	*Indicator 3:* Comply to rules and regulations regarding care environment (water, air and noise)	*							
			78	*Indicator 4:* Comply with regulations regarding management and treatment of wastes.	2							
			79	*Indicator 5:* Define steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations.	*							
			80	*Indicator 6:* Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	1							
	21	IMPROVE THE QUALITY OF CARE AND RISK MANAGEMENT IN CARE ENVIRONMENT.	81	*Indicator 1:* Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	1							
			82	*Indicator 2:* Detect and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	1							
			83	*Indicator 3:* Solicits feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered	1							
			84	*Indicator 4:* Apply proper methods to improve quality of care	1							

			85	*Indicator 5:* Participate in quality improvement activities in health care centre	1							
			86	*Indicator 6:* Share with the team member relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment	2							
			87	*Indicator 7:* Review nursing care plan to improve quality of care as well as minimize potential shortcomings	1							
			88	*Indicator 8:* Make appropriate proposals of means for care and preventions	1							
			89	*Indicator 9:* Apply scientific evidences in nursing care to improve safety for patients.	1							
	22	CONDUCT NURSING RESEARCH AND IMPLEMENT EVIDENCE BASED PRACTICE	90	*Indicator 1:* Define and select research areas or research questions that are necessary, reasonable and feasible	*							
			91	*Indicator 2:* Apply appropriate methods to conduct selected research issues	*							
			92	*Indicator 3:* Apply appropriate statistical methods to analyze and interpret collected	*							
			93	*Indicator 4:* Recommend appropriate research result based solutions	*							
			94	*Indicator 5:* Present research findings to colleagues, patients and related persons	*							
			95	*Indicator 6:* Utilize research findings in nursing practice to improve quality of nursing practice	1							
	23	MAINTAIN PERSONAL AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT	96	*Indicator 1:* Identify own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	2							
			97	*Indicator 2:* Pursue continuing education, participates in formal and non- formal education; Apply learned information for the improvement of care	2							

			98	*Indicator 3:* Get involved in professional organizations and civic activities	1							
			99	*Indicator 4:* Project a professional image of the nurse, demonstrate good manners and right conduct at all times	2							
			100	*Indicator 5:* Possess positive attitude towards change and criticism, listen to suggestions and recommendations, try new strategies or approaches and adapt to changes willingly	2							
			101	*Indicator 6:* Perform function according to professional standards	2							
			102	*Indicator 7:* Contribute to improve training and professional development for colleagues	*							
			103	*Indicator 8:* Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society	*							
LEGAL AND ETHICS COMPETENCIES	24	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	104	*Indicator 1:* Practice in accordance with the laws related to health, regulations of the Health Ministry and nursing practice	2							
			105	*Indicator 2:* Compliance with the provisions of the work base	2							
			106	*Indicator 3:* Implement codes of conduct of the unit/organization and law	2							
			107	*Indicator 4:* Record and keep care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard care practices	2							
	25	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	108	*Indicator 1:* Accept responsibility and accountability for own decision and care interventions.	2							
			109	*Indicator 2:* Compliance with national and international standards of professional ethics in nursing practice.	2							
			110	*Indicator 3:* Report the violation to the competent agencies and take responsible for that report	2							

ANNEX2 : PERIODICAL ASSESSMENT FORM

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 03 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-assessment	Comment of trainee: *(trainee writes down clearly about reach or unreachable result, and action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	Comment of preceptor: *(preceptor writes down clearly about reach or unreachable result. and recommendation for next step)* *Signature:*

<u>*Note:*</u>

Indicators with (*) will not count on this evaluation result.

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 06 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-assessment	Comment of trainee: *(trainee writes down clearly about reach or unreachable result, action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor: (preceptor writes down clearly about reach or unreachable result, and recommendation)* *Signature:*

<u>*Note:*</u>

Indicators with (*) will not count on this evaluation result.

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 09 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date…… Month …… Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-evaluation	Comment of trainee: *(trainee writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*
Preceptor's evaluation	Comment of preceptor:*(preceptor writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*

Note:

Evaluation sheet after 9months of preceptor will be used as basis for person/department in charge of general training to submit results to the Hospital director in order to issue "Practice Certificate" for new nurse after completed training.

LESSON 6

LESSON PLAN - PLAN DEVELOPMENT, IMPLEMENTATION AND EVALUATION

OBJECTIVES

- Identify procedure of teaching-learning plan for both theory and practice parts.
- Develop lesson plan and perform the lesson in both theory and practice according to clinical training materials for new nurses.
- Evaluate learning-teaching activities

CONTENT

1. TEACHING-LEARNING PLAN

1.1. Definition and importance of teaching-learning plan development

Teaching – learning plan is a writing with detail of logical procedure of teaching and learning activities in order to transfer a content of lesson to certain objects to reach the objectives of the lesson. However, teaching-learning plan is not a conceptual outline for the trainer to impose on trainees. It is a design of training activities and cases which plans to be conducted in the class to reach targets of learning.

The concept of teaching-learning plan is typical of active learning methods, it replaces the concept of syllabus, lesson preparation and lesson plan which were used previously when using traditional teaching methods.

Teaching-learning plan is used to ensure that content of the lesson is clarified clearly and is transferred appropriately with general training program and modules. Teaching and learning activities are in line with existing sources and with competency of the trainee.

Teaching-learning plan helps trainer demonstrate his/her duties actively, avoid possible mistakes which may happen during training period.

It is another important feature that teaching-learning plan allows trainer to design content of evaluation in line with expected outcomes of learning as well as allow to evaluation performance and capacity of the trainer during training period.

1.2 Procedure of lesson plan development

1. Assess the learning needs of trainee including level of competency (knowledge, attitude and skill etc.)
2. Develop objectives of the lesson

3. Develop and decide content of the lesson
4. Identify actual condition and existing resources, select resources
5. Select and decide training methods
6. Develop and decide evaluation method to assess trainees
7. Make plan of training implementation

1.2.1 Developing objectives of the lesson

Objective of the lesson is based on requirement of output standards and general objectives of the training program.

Objectives need mention clearly requirement level of knowledge, skills and attitude which trainees must obtain after each lesson, thus, lesson objectives are not for trainer, but for trainees.

Objectives are often developed by structure of SMART:

- S *(Specific)* Clear, easy to understand
- M *(Measurable)*
- A *(Attainable/Achievable)*
- R *(Relevant)* Reality, relevant, suitable with trainees *(type of trainees, level of education)*
- T *(Time - Bound)* Time limits *(Condition of action: time, condition of performance…)*

Objective of the lesson is to describe in form of completed sentence with the following components:

1. Starting by a verb: Need to use a verb with clear meaning, should not use general verbs such as: understand, know…
2. Content: are duties that need to be fulfilled. Other words are supportive phases to answer the question of "what".
3. Condition: Theory objective might be not necessary to be attached with condition, but practice objective is required to implement with conditions including: method, mean and object. The more detailed and clear the condition is, the easier the trainee practices and the trainer evaluates. Thus, it is recommended to select representative, typical and feasible conditions.
4. Achievement standard: is the level that must be achieved in term of quantity, quality and schedule. All people involved in training must have same understanding on achievement standard.

When developing objectives, it is necessary to pay attention to levels and fields in order to build appropriate objectives as following details:

Scope	Level	Relating verbs
Knowledge: is understandings that trainees can obtain after each lesson	Remember	Tell, write, list, present, state, draw, illustrate, etc.
	Can explain	Explain, deduce, make sense, present, illustrate, describe, classify...
	Can solve problems theoretical	Apply, summarize, prove, use, implement, analyze, compare, distinguish, identify, propose, build, discuss, evaluate, assess…
Attitude: is behaviour to express the psychological, emotional, and responsibility of trainees	Feel	Show, express…
	Response	Encourage, sympathize…
	Introspect	Build, support, form, confirm…
Skills: are practical operations that trainees can do after learning	Imitate	Follow, perform, measure, examine, interview
	Control	Comply, implement, apply, edit, coordinate application, editing, coordination
	Automate	Professional, skillful, evaluate

Source: Medical – Medication Teaching Method, Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010, Ministry of Health

Example:

Verb: Implement

Content: Theorical teaching-learning plan

Condition: in training material of clinical training for new nurses

Achievement standard: correct

Objective: Implement the theorical teaching-learning plan based on training material of clinical training for new nurses as scheduled.

1.2.2 Developing and deciding lesson content

Identify existing knowledge, skills and attitude of the trainees, make comparison with expected objectives; Define missing knowledge, skills and attitude that trainees need to improve or enhanced through the lesson.

Search lesson-related documents for reference such as: book, newspapers, monographs, studies, articles, essays, thesis… The trainer needs to preprare the lesson in advance, send content of lesson, relating documents, guidance on how to use and find documents to the trainees before each lesson.

Summarize, select necessary and appropriate information to the trainees; arrange the lesson content with logical and scientific order with the criteria from basic to complex, from simple to difficult, from theory to practice.

1.2.3 Identifying actual condition and existing resources, selecting resources

Identifying actual condition and existing resources is to confirm number of available trainer/ trainees, training time, existing tools and equipment which can be used for training course. It is very important to confirm human resource (number of trainers and trainees) and timetable of the training in order to make feasible and proper training plan with smooth cooperation among trainers.

Trainer needs to check condition of infrastructure that can be used for training such as: training equipment, training tools, projector, simulators, models, materials… It is recommended to use existing available equipment in the hospital for training and learning.

1.2.4 Selecting and deciding training methods

Based on objectives and content of the lesson, the trainer can select different training methods. In order to promote activeness and creativeness of trainees, the trainer should give clear appointment to the trainees before the lesson and create various activities during the lesson time. It should avoid the situation that only trainer makes presentation and implements training activities without participation of trainees.

For each content of the lesson, the trainer can select different types of training methods to activate trainees. However, the trainer should make plan first and take trial performance in order to avoid unnecessary activities.

In curricula of clinical training for new nurses, preceptor can be requested to make a lecture on theory and practice to the new nurses. There are various types of training methods (refer to Lesson 3). Based on content of clinical training curricula for new nurses, the training methods used for theory part are mainly: presentation, group discussion, case study and role play. While for practice part, the following training methods should be applied: case study, teaching on clinical professional skills and role play. Preceptor needs to consider to develop and decide proper training methods with the training content.

1.2.5 Developing and deciding evaluation method to assess trainees

Based on objectives and content of the lesson, trainer needs to develop evaluation tools to evaluate achievement level and completion level of trainees. There are various types of evaluation (refer to Lesson 4). The evaluation can be done by trainees themselves or by trainer.

In curricula of clinical training for new nurses, objective questionnaire/tests can be used for evaluation of theory part, and checklist/ clinical cases can be used for practice part.

1.2.6 Make plan of training implementation

Develop the procedure of training implementation; make plan on timetable for each step; make assignment to both trainer and trainee; prepare necessary equipment/tools for training content; make plan of time and methods for evaluation/assessment; have mutual agreement between management unit and trainers; confirm lecturing schedule of trainers and inform to the management unit.

Training implementation plan needs to be developed before the training course and delivered to the trainees in advance. When making training implementation plan, all trainees have to discuss to each other and get consensus in order to conduct the training course smoothly and effectively.

Example: Training implementation plan for one clinical skill.

No.	Content	Time	Trainer	Training equipment	Trainee
1	Introduction	1 min			
2	Modeling	10 mins	Perform, explain	Tools, machine	Observe
3	Rehearsal	5 mins	Observe	Tools, machine	Perform
4	Practice	30 mins	Observe, comment, discuss, advice	Tools, machine	Practice, discuss, exchange
5	Summary	5 mins	Present	Board	Listen

2. LECTURE IMPLEMENTATION

2.1 Preparation

Trainer collects information on trainees: number of trainees, objectives of the class; educational level, years of experiences, work place; Trainer collect information on class: venue, equipment that can be used in training.

Trainer prepares training documents: curricula, books or handout.

Prepare necessary equipment/tools: projector, computer, paper, pens, board, loudspeaker system.

Prepare presentation about lesson content.

2.2 Structure of a lecture

Structure of a lecture includes 3 main parts: opening, main body and closing/summary.

In opening part, it is time for trainer and trainees getting to know each other for further training in coming time. Duration for opening part is 3-5 minutes normally. During this part, trainer needs to basically evaluate existing knowledge and missing one of the trainees that is related to content of the lesson. Main target of this part is to introduce the objective of the lesson, teaching and learning activities to obtain those objectives. For this part, trainer can use several methods such as: introduce, make acquaintance, launch game, ask probing questions…

Content of lesson is the main body of the lecture. Content of theorical lesson will be different from practical one. Trainer needs to distinguish between them in order to develop appropriate main body of the lesson and select proper training method. In this part, trainer needs to point out which knowledge and skills will be evaluated during training period. Evaluation method also needs to be introduced to the trainees.

For theorical lecture, the content can be arranged with following attention:

1. Divide presentation into several main parts in accordance with learning objectives.
2. Arrange 5-10-15 minutes for each part.
3. Arrange the content of the part by following level: must know, should know, may know.

4. Identify the necessity of those teaching-learning activities in line with lesson content.
5. Identify equipment, tools which will be used in training.
6. Clarify corresponding activities by trainees: content, requirement, outcomes…
7. Identify feedback methods to trainees.

For practical lecture, the content can be arranged with following attention:

1. Introduce all steps of procedure
2. Modeling
3. Modeling with explanation
4. Answers questions from trainees
5. Rehearsal by trainees
6. Comment and evaluate

For clinical practice lecture, the content can be arranged with following attention:

1. Appoint staff in charge of patient care
2. Present summary of main content relating to patient care
3. Discuss, exchange and guide how to operate
4. Comment, evaluate

Closing/summary: Trainer makes summary of lecture result based on expected objectives; collect feedback from trainees; evaluate whether lesson objectives have been obtained or not, ask quick post-test (if any); introduce content of next lesson and reference. Duration for this part should be 5-10 minutes.

2.3 Some samples of teaching-learning plan

2.3.1 Sample of theorical teaching-learning plan

- Title of lesson:
- Duration:
- Trainees:
- Name of trainer:

1. Opening (2 minutes)
2. Lesson objectives: (3 minutes)

   After completing the lesson, trainees must be able to:

   1.
   2.
   3.

3. Lecturing procedure/ Main content

No.	Content	Time	Trainer	Training equipment	Trainee
1	Introduction of the lesson	1 min			
2	Content 1	10 mins	Present Observe group discussion	Laptop, projector, pens, paper	Listen Discuss in group
3	Content 2				
4	….				
5	Summary	5 mins	Present	Laptop, projector/board	Listen

4. Post-test (5 minutes)
5. Reference
6. Signed by trainer and leader of organization unit

2.3.2 Sample of technical practice teaching-learning plan

- Title of lesson:
- Duration:
- Trainees:
- Name of trainer:

1. Opening (2 minutes)
2. Lesson objectives: (3 minutes)

   After completing the lesson, trainees must be able to:

   1.
   2.
   3.

3. Lecturing procedure/ Main content

No.	Content	Time	Trainer	Training equipment	Trainee
1	Introduction	1 min			
2	Modeling	10 mins	Perform the technique with explanation	Tools, machine	Observe
3	Practice	5 mins	Observe	Tools, machine	Implement
4	Practice	30 mins	Observe, comment, exchange, advise	Tools, machine	Practice, discuss, exchange
5	Summary	5 mins	Present	Board	Listen

4. Post-test (5 minutes)
5. Reference
6. Signed by trainer and leader of organization unit

2.3.3 Sample of clinical practice teaching-learning plan

- Title of lesson:
- Duration:
- Trainees:
- Name of trainer:

1. Opening (…. minutes)
2. Lesson objectives: (…. minutes)

   After completing the lesson, trainees must be able to:

   1.
   2.
   3.

3. Lecturing procedure/ Main content

No.	Content	Time (min)	Trainer	Training equipment	Trainee
1	Check patient again		Check patient's profile and confirm information with patient	Tools, machines	
2	Collect information on patient		Monitor and observe	Tools, machines	Interview, start health examination, check patient's profile
3	Summarize information of patient and care activities need to be undertaken		Make questions, discuss	Tools, machines	Present
4	Perform patient care		Observe, support, implement, advise	Tools, machines	Practice
5	Summarize		Present		Listen

4. Assessment and assignment (…. minutes)
5. Reference
6. Signed by trainer and leader of organization unit

3. LECTURING EVALUATION

Evaluation is an important step when performing a lecture. Before giving a lecture, it is necessary to define satisfaction and suitability of lesson content, and to evaluate completion level of lesson objectives. Objects of evaluation are all people relating to the lesson. Based on evaluation result, content of lesson and training methods can be taken into consideration for improvement in the next times.

Detail of evaluation:

- Evaluate teaching-learning plan: suitability of lesson objectives, content of lesson, time arrangement, training means, activities of trainer and trainee.
- Evaluate suitability of training materials and reference
- Evaluate compliance of lecturing procedure, pedagogical skills, usage of proper training tools/equipment, management skills in class, transferring skill, encouragement to trainees and flexibility in training activities.
- Evaluate assessment method on achievement level of expected objectives.
- Evaluate completion level and satisfaction of trainees.

PRACTICE

DEVELOPING TEACHING-LEARNING PLAN AND PERFORMING A LESSON

OBJECTIVE

(1) Be able to make a theorical teaching-learning plan and perform a lecture according to curricula of clinical training for new nurse

(2) Be able to make a clinical practice teaching-learning plan and perform the lecture on unreal/ real patient.

CONTENT

1. PREPARATION

Samples of theorical, technical practice and clinical practice teaching-learning plan.

Laptop, projector, printer (if needed), A0 paper, white board makers.

Post-test/Evaluation sheet

2. IMPLEMENTATION

2.1 Developing teaching-learning plan

Each trainee selects one content of curricula of clinical training for new nurses to develop a teaching-learning plan.

Trainees use available samples to fill up.

Trainer guides them how to use materials of clinical training for new nurses

Trainer creates discussion and guides trainees how to develop objectives, follow lecturing procedure and reflect it into teaching-learning plan.

2.2. Performing a lecture

Each trainee is requested to perform one content of developed teaching-learning plan.

Trainer and other trainees listen and observe.

3. COMMENTS AND EVALUATION

Trainer uses below sheet to make evaluation:

EVALUATION SHEET OF TEACHING-LEARNING PLAN AND PERFORMANCE

Full name of trainee: .....

Evaluation date: .....

Full name of trainer: .....

No.	Criteria	Score		
		(2)	(1)	(0)
Teaching Learning Plan				
1	The suitability of objectives			
2	The suitability of lesson content			
3	The suitability of time arrangement for each part			
4	The suitability of activities by trainer			
5	The suitability of training means			
6	The suitability of activities by trainees			
7	The suitability of evaluation methods			
8	The suitability of training materials			
9	The suitability of reference			
Lecturing performance				
10	Compliance of procedure as requirement			
11	Usage of appropriate training tools/equipment			
12	Management skill in class			
13	Transferring skills and encouraging skills			
14	Flexibility in teaching activities			
15	Handle pedagogical situations (if any)			
16	Achievement of expected objectives			
17	Satisfaction of trainees			
	Total (/34)			

Trainee meets achievement with total gained score ≥ 17.

Scoring is as follows:

(2): excellent (1): good (0): need to be improved

Trainer makes summary and conclusion.

REFERENCE

1. Trương Việt Dũng và Phí Văn Thâm, 2010. Medical – Medication Teaching Method, Ministry of Health

ANNEX 4
SAMPLE OF CLINICAL TEACHING-LEARNING PLAN

- Lesson title: **CARING PATIENT WITH HEART FAILURE**
- Duration: 50 minutes (10 units)
- Trainee: New nurses
- Name of trainer: Nguyễn Thị Hà Huyền

1. Opening (03 minutes)
2. Lesson objective: (03 minutes)

   After completing the lesson, trainees are able to:

   1. Identify patient condition with heart failure
   2. Make prioritized caring activities to the patient with heart failure.
   3. Make and implement care plan for the patient with heart failure

3. Lecturing procedure/ Main content (40 minutes)

No.	Content	Time (minutes)	Trainer	Training equipment	Trainee
1	Check patient again	2’	Check patient’s profile and confirm information with patient	Tools, machines	
2	Collect information on patient	10’	Monitor and observe	Tools, machines	Interview, start health examination, check patient’s profile
3	Summarize information of patient and care activities need to be undertaken	5’	Make questions, discuss	Tools, machines	Present
4	Point out the issues to take care of patient	5’	Discuss, make questions		Present
5	Make plan for given care issues	5’	Discuss, make questions		Present
6	Perform electrocardiography for patients	10’	Observe, support, implement, advise	Tools, machines	Practice
7	Summarize	3’	Present		Listen

4. Post-test and assignment (04 minutes)

   Trainees are requested to answer the following questions:

   1. When identifying patient with heart failure, which physical signs and symptom should be identified?
   2. Which points do you need to pay attention to when performing electrocardiography for patients?

   Trainer requests trainees to read the lesson on "Caring patient with hypertension", page 85 of General Nursing (by Ngo Huy Hoang, 2012)

5. Reference

   Ngô Huy Hoàng, 2012. General Nursing, Medical Publishing House.

Approved by hospital leader

Date..... month..... year .....

Trainer

(Sign with full name)



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM
FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

GUIDELINE MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES



MINISTRY OF HEALTH

PROJECT FOR STRENGTHENING CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW GRADUATE NURSES IN VIETNAM

GUIDELINE MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

LIST OF AUTHORS

EDITORS

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*

AUTHOR GROUP

PhD. Nguyen Minh Loi	*Former Deputy Director, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*
Msc. Nguyen Bich Luu	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
BSN. To Thi Dien	*Vice President of Vietnam Nurses Association*
PhD. Phan Thi Dung	*President of the Vietnam Surgical Nursing Branch, Vietnam Nurses Association*

Msc. Pham Thu Ha	*Standing member of Executive Committee, Vietnam Nurses Association*
Msc. Ha Thi Kim Phuong	*Head of Division of Nursing - Nutrition - Infection Control Division, Medical Services Administration, Ministry of Health*
Msc. Bui Minh Thu	*Head of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Anh	*Officer of Nursing Department, Bach Mai Hospital*
Msc. Nguyen Thi Viet Nga	*Head of Nursing Department, Saint Paul General Hospital*
Msc. Nguyen Dinh Khang	*Officer of Practice Management Division, Vinh Phuc Department of Health*
NSI. Dinh Thi Ngoc Thuy	*Head of Cursing Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital*
Msc. Nguyen Thi Nhu Tu	*Deputy Head of Medical Services Department, Binh Dinh Department of Health*
NSI. Truong Thi Huong	*Head of Nursing Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
NSI. Le Ho Thi Huyen	*Head Nurse of Pediatrics Department, Binh Dinh Provincial General Hospital*
Msc. Huynh Tu Anh	*Deputy Head of Medical Services Department, Dong Nai Department of Health*
BSN. Tran Thi Huong	*Deputy Head of Nursing Department, Dong Nai General Hospital*
MSc. Nguyen Do Thi Ngan Trang	*Head of Nursing Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai province*
NSI. Ta Van Hien	*Deputy Head of Medical Services Department, Dien Bien Department of Health*
BSN. Dang Thi Tu Loan	*Head of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
BSN. Cao Thi My	*Officer of Nursing Department, Dien Bien Provincial General Hospital*
NSII. Truong Thi Thu Huong	*Vice President, Bach Mai Medical College*

Msc. Nguyen Thanh Thuy	*Head of Nursing Faculty, Hanoi Medical College*
Msc. Ly Thi Phuong Hoa	*Vice Head of Medicine Faculty, Tra Vinh University*

REVISION, CORRECTION GROUP

Msc. Pham Duc Muc	*President of Vietnam Nurses Association*
Msc. Nguyen Thanh Duc	*Former Head of Post-graduate Training and Continuing Medical Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Nguyen Thi Minh Chinh	*Director of Pre-clinical Practice Center, Nam Dinh University of Nursing*
Msc. Huynh Thi Binh	*Former Head of Nursing Faculty, Hai Duong Medical Technical University*
Msc. Nguyen Minh Nguyet	*Former Lecturer of Faculty of Clinical Medicine, Hanoi University of Public Health*

CONTRIBUTORS

Assoc. Prof. PhD. Nguyen Quoc Huy	*Head of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Lai Vu Kim	*Former Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Ngoc Bang	*Officer of Education Management Division, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
Msc. Pham Thi Kim Thanh	*Officer of General Office, Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health*
PhD. Horii Satoko	*Chief Advisor, JICA Nursing Project*
MPH. Amaike Naomi	*Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Msc. Desilva Tomomi	*Coordinator, JICA Nursing Project*
BSN. Fukatani Karin	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*

Msc. Sugita Shio	*Former Chief Advisor, JICA Nursing Project*
BSN. Ikarashi Megumi	*Former Long-term Expert, JICA Nursing Project*
Tran Thu Huong	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Thu Hien	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Nguyen Ngoc Lan	*Project Officer, JICA Nursing Project*
Tran Thi Duyen	Project Officer, JICA Nursing Project

LIST OF ACKNOWLEDGEMENT

PhD. Kurosu Hitomi	*Expert on Infection Control / Nursing ManagementJICA Project for Improvement of Hospital Management Competency*
Msc. Moriyama Jun	*National Center for Global Health and Medicine, International Cooperation Department, Human Resources Division, Capacity Development*
PhD. Suenaga Yuri	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Yokoyama Miki	*Professor, school of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Adachi Yoko	*Assistant Professor, School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
Msc. Kawano Megumi	*Candidate of Master of Science in Nursing, Graduate School of nursing, Tokyo Health Care University nursing school*
PhD. Sakai Shima	*Associate professor, school of nursing, Tokyo Women's Medical University*

INTRODUCTION

According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. However, current legal documents have not specified training program, materials, implementation, teaching and evaluation method before issuance of practical certificate.

The Project for strengthening clinical training system for new graduate nurses, hereafter as JICA Nursing Education project, aims to enhance healthcare quality in Vietnam through nationwide scaling-up clinical training system for new nurses. Japan International Cooperation Agency (JICA) provides both technical and financial assistance. Ministry of Health's leader assigned the Administration of Science Technology and Training to act as implementing agency. Bach Mai Hospital, Saint Paul Hospital in Hanoi together with Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh and Dong Nai province are selected as pilot sites from 2016 to 2020.

The clinical training program and materials for new graduate nurses including 04 modules that developed by JICA Nursing Education project in coordinated with local and international experts, management officers, lecturers and Vietnam Nurses Association. After a series of revisions through collecting training result in pilot provinces, the material set has approved by Appraisal Committee under Ministry of Health (MoH).

Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health would like to highly appreciate the leader of MoH, effective support from JICA especially Japanese experts work in Vietnam; extend thankful to Editing board and all concerned people for contributing efforts in material set development; last but not least, warmest thanks to our colleagues.

Sincerely thanks!

DIRECTOR
ADMINISTRATION OF SCIENCE TECHNOLOGY AND TRAINING

Dr. Pham Van Tac

PREFACE

Nurse plays an important role in the people's health care and there are many specialties in nursing and education levels from intermediate, college, university to postgraduate. In Vietnam, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from different levels of intermediate, college and university. According to the Law on Medical Examination and Treatment No. 40/2009/QH12 dated November 23, 2009 and the Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016, which regulate issuance of practical certificate for healthcare practitioners and operational certificate for medical examination and treatment facilities, 9 months practicing at a medical examination and treatment facility for new graduated nurses is required to apply practical certificate of nurse. These training materials were developed to facilitate the implementation of clinical training in health facility to meet these legal documents and to ensure the quality of the training.

The materials consisted of: (1) Curriculum of clinical training for new nurses; (2) Textbook of clinical training for new nurses (Vol.1&2); (3) Training curriculum and materials for preceptors in clinical training for new nurses; (4) Guideline on management and implementation of clinical training for new nurses.

Each book aims to improve necessary nursing competencies at different level because nursing manager's competencies on planning, monitoring and evaluation of training and preceptors' competencies on teaching, supporting and evaluation of trainees are crucial to implement clinical training for new nurse. The training materials could also support all related people who involved in clinical training implementation including Department of Health who manage the training program, nursing professional association and educational institution to support this training and the role of each are clarified in the Guideline. Furthermore, we updated and relating to regulation and expertise, together with application of learning through case-studies reflected theory and practical contents.

We, the members of edition team, do hope that these material as a set could facilitate all stakeholder involved clinical training to enhance necessary capacities to implement the clinical training so that standardized and qualified training can be provided for new nurses to obtain basic competency for nurses in Vietnam.

Lastly, the editing team would express our gratitude to the efforts, contributions and leaderships of the Administration of Science, Technology and Training - Ministry of Health, JICA Nursing Education Project, local and international experts, teachers/lecturers of nursing educational institutions, leaders of provincial Department of Health/Hospital, Head Nurses of provincial Department of Health/Hospitals involved this activities, members of Appraisal Committee of MOH to fulfill this material set.

Thank you very much!

ON BE HALF OF EDITION TEAM

JICA NURSING PROJECT

HORII Satoko
Project Chief Advisor
(Signed)

EDITION TEAM LEADER

Pham Duc Muc
President of Vietnam Nurses Association
(Signed)

ABBREVIATION

MOH	Ministry of Health
DOH	Department of Health
ASTT	Administration of Science Technology and Training
JICA	Japan International Cooperation Agency

TABLE OF CONTENT

	List of authors	3
	Introduction	7
	Preface	8
	Abbreviation	9
Part I.	Overview	11
Part II.	Clinical training system for new nurses	13
Part III.	Clinical training program for new nurses.	18
Part IV.	Training program for preceptor	20
Part V.	Plan development	22
Part VI.	Training implementation	26
Part VII.	Supporting, Monitoring and Evaluation in clinical practice training for nurses.	31
	Annex 1. Form of supporting - monitoring - evaluation	39
	Annex 2. Training plan of hospital	48
	Annex 3. Evaluate trainee's achievement	53

PART I. OVERVIEW

1. INTRODUCTION

It is mentioned in the Law on Medical Examination and Treatment no.40/2009/QH12 dated 23 November 2009 that new graduated nurses need to complete 9 months of clinical practicing (Article 24) before registering their professional license. Decree No. 109/2016/NĐ-CP dated 1st July 2016 regulating on guidance of nursing license issuance and business license to health facilities. The Article 16 of this Decree shows the organization of internship. However, current legal documents have not stipulated clearly training program, training materials and evaluation method before issuance of clinical practice certificate.

According to medical statistics, there are more than 30,000 new graduated nurses each year from intermediate, college and university levels. Health facilities who are implementing clinical training for new nurses have no standard training program and curricula; have not enough preceptors; have not developed the system for training management, supervision, monitoring and evaluation on quality of clinical training.

Hence, the Ministry of Health in cooperation with the Japan International Cooperation Agency (JICA) conducts the project "Strengthening clinical training system for new graduated nurses in Vietnam". The Project has developed first version of training materials and started pilot training in April 2017. After trial implementation in 5 provinces and city, the Project collected public comments from relevant people in order to develop 3rd version in line with actual situation.

The set of training materials developed by the Project includes 4 modules: Training curriculum for new nurses, Training material for new nurses; Training Program and Materials for preceptors; Guidance on management and implementation of clinical training for new nurses.

The "Guideline Management and Implementation of clinical training for new nurses" is compiled on revised material, named "Guideline on Monitoring – Supervision – Auditing the clinical training for new nurses" and Chapter on Clinical training implementation for new nurses of 1st version material "Clinical training program and material for new nurses". It also provides a part of "plan development" and some forms for monitoring; evaluation; training plan development; and evaluation plan of trainee's achievement. This material will use for guiding hospital on capacity building of training system; plan development; implementation; evaluation/ support, monitoring the clinical training for new nurses. When using and implementing materials in health facility, Compilation Committee would like to receive the comments from colleagues in order to continuously improve and toward the development of nursing sector that go in line with general movement of society and current regulation.

2. PURPOSE OF GUIDELINE

The Vietnam's Ministry of Health in collaboration with JICA-Japan together with nursing experts and the Vietnam Nurses Association develop ***"Guidelines on management and implementation of clinical training for new nurses"*** for the purpose of:

- Guide to organize and implement clinical training for new nurses.
- Guide to develop training plan and training evaluation plan.
- Guide to supervise/support, monitor and evaluate clinical training for new nurses.
- Guide to evaluate training course and training plan of the health facility.

This guideline uses to develop human resources of clinical training system for new nurses.

It will periodically review and revise in order to go in line with needs and development of society and nursing context.

3. LEGAL BASIS

3.1. Legal basis

Pursuant to the Law on Examination and Treatment of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam No. 40/2009/QH12 dated 23 November 2009 *(Article 24)*;

Pursuant to Decree 109/2016/ND-CP dated 1 July 2016 on issuance of practice certificates to healthcare practitioners and operation licenses to healthcare facilities;

Pursuant to Decree 155/2018/ND-CP dated 12 November, 2018 of the Government on amendments to some articles related to business conditions under state management of the Ministry of Health;

Pursuant to Joint Circular 26/2015/TTLT-BYT-BNV dated 7/10/2015 of Ministry of Health and Ministry of Home Affairs issued new professional standards and scope of work for nurses, midwives and technicians *(Article 4, Article 5, Article 6)*;

Pursuant to Circular 22/2013/TT-BYT dated 9/8/2013 of Ministry of Health on Guideline of continuing education in health care sector;

Pursuant to Circular 11/2019/TT-BYT dated 17 June, 2019 of the Ministry of Health on regulating clinical teaching - learning method for practical trainer in health care training.

Pursuant to Competency Standards for Vietnam Nurses as said in the Decision 1352/QĐ-BYT dated 21/4/2012 of Ministry of Health.

3.2. Situation basis

At the present, nurses are trained at different educational institutions so that leading to unequal competency levels after graduation. Many schools lack of pre-clinical center while clinical practice environment in hospitals is facing difficulties due to financial issues which influence to the clinical practice capacity of nurses after graduation.

The urgent need for standardizing clinical practice for new nurses, ensuring the quality of nursing practice and helping nurses improve their professional patient care.

PART II. CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW NURSES

1. TERM INTERPRETATION

Some words/phrases used in this Guideline are construed as following:

(1) Clinical training management *(referred to as training management)*: including administrative and professional management. Nursing Department or Head of Nursing Department in charges in professional field in training management.

(2) Clinical preceptor *(referred to as preceptor)*: is a person who directly guides new nurses on clinical practice.

(3) New graduated nurse *(hereafter new nurse)*: is a nurse who has graduated from intermediate and upper level; has not yet granted Nursing License.

(4) Training establishment: is a medical examination and treatment establishment (so called the hospital) that meets criteria in Section 2.2.

2. RELEVANT CRITERIA IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

2.1. Criteria of trainees

- Having a diploma of nursing school and upper;
- Not yet received the Nursing license (in according to Law on Medical Examination and Treatment in 2009);
- Voluntary participation in training to recognize for completion of clinical practice by Law on Medical Examination and Treatment.

2.2. Criteria of qualified hospitals for organizing training course

In order to become qualified training establishment for organizing clinical training for new nurses, hospital needs to meet following criteria:

Criterion 1: Hospital ranks in Grade 3 or divides technical expertise equivalent to Grade 3 and upper;

Criterion 2: Having adequate teaching-learning equipment for theorical teaching and practical training in line with program.

Criterion 3: Having clinical departments so that trainees can practice all content of clinical curriculum (except in case of linking with other hospital);

Criterion 4: Assigning hospital leader to be in charge of training; having person in charge of training management;

Criterion 5: Assigning nurse to be in charge of training;

Criterion 6: Assigning person in charge of clinical preceptor.

3. CLINICAL TRAINING SYSTEM FOR NEW NURSES

3.1. Management agencies

3.1.1. Ministry of Health

- The Administration of Science Technology and Training, Ministry of Health acts as focal point on management function, coordination activities within training system. The details come as following:
  - + Issuing the clinical training program for new nurses and using it as good evidence to nationwide scale-up. The Training program will be reviewed and revised in accordance with current regulations.
  - + Conducting the supervision, monitoring and evaluation on implementing clinical training for new nurses.
  - + Providing instructions and supports relevant organizations to conduct training course on management for DoHs, Sectorial of Health and central hospitals when those organizations in needs.
- Other relevant Administrations/Departments: Medical Service Administration; Department of Accounting and Finance etc... depending on their functions and responsibilities, they will cooperate with ASTT to develop relevant policies for better improvement of training system in hospitals.

3.1.2. Department of Health

- Being responsible for periodical or ad-hoc management, monitoring and evaluation of clinical training for new nurses activities in affiliated hospitals.
- Assigning a functional unit to be in charge of this training activities.
- Organizing periodical or ad-hoc meetings to share experience, to solve problems/challenges during training implementation in the hospitals.
- Developing annual budget estimation plan for clinical training for new nurses in the province and submitting to Provincial People's Committee in according to State Budget Law
- Acting as focal point among functional agencies to conduct training course on management for affiliated agencies in the province.
- Instructing and coordinating the supporting activities for affiliated hospitals.
- Annually reporting to MoH on clinical training for new nurses' activities in the province.

3.1.3. Sectorial/Ministrial of Health:

- Monitoring and evaluate clinical training for new nurses in affiliated hospitals.
- Consulting to leader of Sectorial/Ministrial of Health solutions to improve quality and efficiency of clinical training.
- Developing annual budget plan of clinical training for new nurses and submit it to Minister in according to Law on State Budget.

3.2. Supporting agencies

3.2.1. Vietnam Nurses Association

- Providing technical support and consultation to hospitals where conduct clinical training for new nurses.
- Cooperating with Administrations/Department of MoH to develop and revise training program, conduct preceptor training, and organize management training course, monitoring and evaluation.

3.2.2. Provincial/City level and branches of the Vietnam Nurses Association

- Providing technical support, consultation and coordinating with hospitals where conduct clinical training for new nurses.
- Cooperating with the Nursing Department to make plan for developing its training system.

3.2.3. Nursing Universities, Colleges and Schools

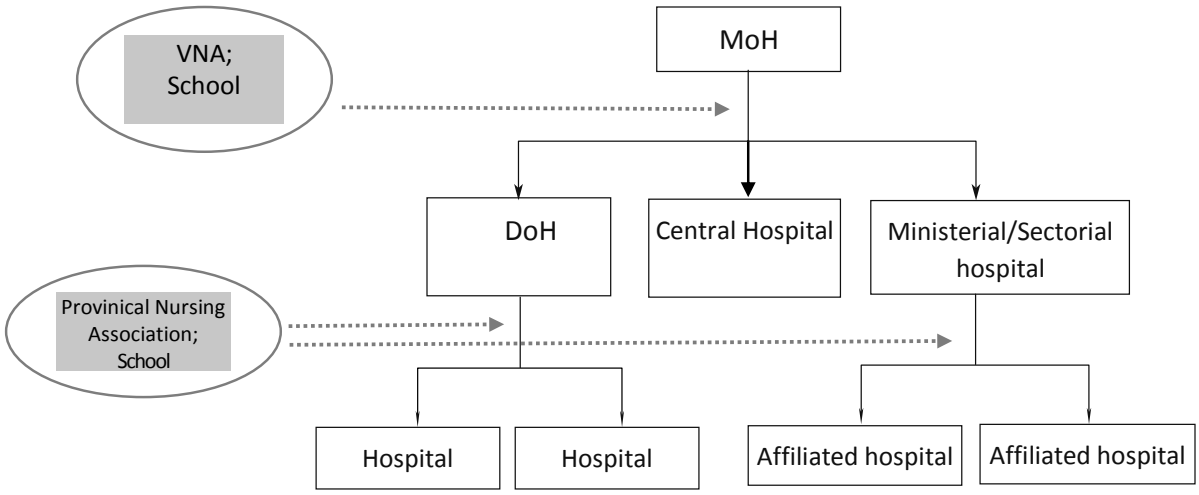
When receiving request for supporting, nursing school, college and university provide the below-mentioned supports to hospitals where conduct clinical training for new nurses:

- Providing correct spelling: lecturers, experts on training management for developing training system.
- Providing pre-clinical practice equipment and facilities during clinical training for new nurses.
- Coordinating with functional units to give support, monitoring and evaluation.

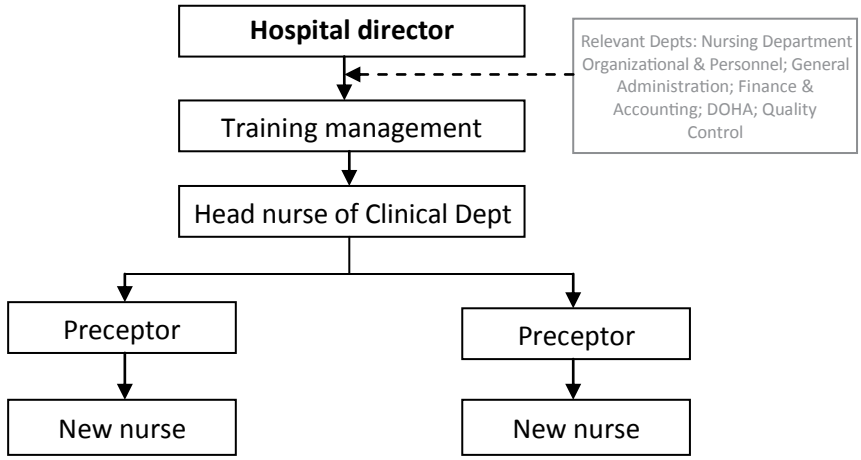
3.3. Implementing agencies

The hospital which eligible to organize clinical training for new nurses is implementing agency. Hospital director decides training system of the hospital, gives instruction to person in charge/management unit to ensure the most effective system operation.

Hospital's divisions/departments shall closely cooperate and work flexibility during training implementation. In some necessary cases, the hospitals should closely coordinate and support each other for implementation under the coordination of DoH and hospitals' leaders.



Clinical training system for new nurses from central to local province



Clinical training system for new nurses in the Hospital

Regarding to current situation of the hospital, Hospital director assigns PIC or functional departments to involve in above training system. This is training for new nurses. Hence it recommends that hospital director should assign Nursing Department in-charge for "Training management" in according to above diagram. If not, the role of Nursing Department still plays important and it involves in all activities of training management.

Nursing Department with its functions and tasks directly involves in the training system as being in charge of expertise in plan development, training implementation and evaluation of clinical training for new nurse activities.

The duties of each position in clinical training system for new nurses list as following:

1. Hospital director: in charge of training activity
   - He/she takes responsibility for whole training process and results in the hospital *(overall responsibility)*. He/she instructs capacity building for nurses in the hospital that in line with DoH.
   - He/she approves training plan and decides on whether to coordinate with other training establishments *(in case the hospital connects with other training establishments)*.
   - He/she instructs and assigns person-in-charge/or unit-in-charge of training management.
   - He/she receives DoH's instruction and support from experts in order to operate effectively the training system.
   - He/she confirms the clinical practice period for new nurses according to regulations.
2. Training management
   - It develops clinical training plan for new nurses in the hospital and then submits to hospital leader for approval. In case that Nursing Department does not directly assign in training management, it should take part in all of its activities.
   - It coordinates with Chief Nurses to develop detailed training plan.
   - It anages and coordinates the clinical training for new nurses in the hospital.

- It instructs and guides chief nurses to develop training plan, evaluation plan for new nurses in their clinical department.
- It collects evaluation report on final achievement level of new nurses.
- It coordinates with chief nurses to propose the modification and revised training content (theory and practice), method to implement training etc... in order to match with current situation and submit them to the hospital director for approval.
- It works with other functional division/department such as: Division of General Planning, Division of Organizational and Personnel, DOHA to develop and conduct monitoring and evaluation in according to annual plan.
- It in-charges of report the periodic and ad-hoc training evaluation of the hospital. And it will request for technical supporting (if necessary).

3. Head nurse: in charge of clinical training

- He/she develops training plan and evaluation plan in his/her clinical department.
- He/she organizes and evaluates training in his/her clinical department.
- He/she can directly guide new nurses.
- He/she evaluates new nurses's level of achievement.
- He/she assigns and supports preceptors on guiding new nurses.

Head Nurses must attend and complete preceptor training course. In addition, they should have capacity to manage clinical training for new nurses in their clinical departments.

4. Preceptor

- He/she directly guides new nurses during their clinical training.
- He/she evaluates and gives comment new nurses within their scope of work.
- He/she supports nurses in charge of training to implement clinical training for new nurses within their clinical department.

5. New nurse

- They fully attend 09 months of training course.
- They comply with hospital regulations; study and practice under guideline/instruction of nurse in charge of training and preceptors.
- They actively study and practice according to training program in order to obtain acquired competencies.

Other relevant functional divisions/departments in the hospital such as: Personnel and Organization; General Administration; Finance and Accounting; DOHA; Quality Control etc…will coordinate to develop plan and implement training. Hospital director instructs and assigns relevant functional divisions to closely work together in order to effectively operate training system.

PART III. CLINICAL TRAINING CURRICULUM FOR NEW NURSES

1. ACQUIRED COMPETENCIES OF NEW NURSES AFTER CLINICAL TRAINING

1. To provide evidence-based fundamental nursing skills in nursing care.
2. To provide nursing care based on the principles of patient safety and infection control.
3. To provide effective and proper communication, team working, health education to patients and families.
4. To engage in quality improvement and effective resource management.
5. To provide nursing care complying with related regulations and professional ethics.

2. OBJECTIVES

2.1. Overall objective

After the training, new nurses achieve necessary competency standards of Vietnamese nurses and be able to practice caring for the patient actively, safety and effectively at the health care facilities.

2.2. Specific objectives

2.2.1. Knowledge

1. Explain the steps of the nursing process.
2. Present the regulations on management, operation, maintenance and utilization of patient care resources.
3. Identify situations applying Standard precaution in patient care.
4. Identify risk behaviors and solutions to ensure patient safety related to nursing activities.
5. Identify proper health consultation, education needs of the patient and family.
6. Present relevant legal document, regulations to nursing activities in the hospital.

2.2.2. Skill

1. Apply nursing process and evidence-based practice in patient care (identifying patient and determining proper caring issues; making care plan, implementing plan and proper assessing patient).
2. Implement basic nursing techniques to the patient ensuring safety and effectiveness.
3. Early detect abnormalities of the patient, anaphylaxis, circulatory, respiratory, decide initial management and cooperate with team members for implementing timely and effective first aid, emergency.
4. Properly implement standard precaution and hospital infection control.
5. Properly implement regulations on patient safety in caring practice and medical adverse event report.
6. Communicate with patients, their family and colleague taking into account of their culture and belief.

7. Provide enough and timely information and implement proper health education for patients and their family.
8. Operate and maintain official working equipment in accordance with procedures, regulations, ensure the safety and effectiveness
9. Record and manage medical records according to regulations
10. Perform team work in patient care
11. Apply IT in patient care
12. Apply basic competency standards in patient care

2.2.3. Attitude

1. Comply with the provisions of the relevant Laws and ethical standards while practicing professions
2. Continue self-learning for personal and professional development
3. Behave carefully, meticulously and honestly, and respect and cooperate with patients and colleague, and taking personal and professional responsibility to ensure patient safety

3. CLINICAL TRAINING CURRICULUM FOR NEW NURSES

3.1. Targeted Trainees

Targeted trainee is nurse who attends clinical training in (qualified) health facility and receives support from preceptor. He/she should meet below requirements:

- Having a diploma of nursing school and upper;
- Not yet received the Nursing license;
- Voluntary participation in training.

3.2. Training program

3.2.1. Knowledge and skill allocation by number of weeks

No.	Contents	No. of weeks
1	Orientation, Law and Professional ethics	01
2	Professional content	34
3	Review and evaluation	03
	Total:	**38**

3.2.2. Teaching/learning knowledge allocation by number of units

No.	Contents	No. of units
1	Theory and practice (OFF-JT)	76
2	Clinical studying at department (OJT)	1,324
3	Review, Self-study, Test and Evaluation.	120
	Total:	**1,520**

PART IV. TRAINING CURRICULUM FOR PRECEPTOR

In order to well and effectively operate clinical training system for new nurses, Hospital director should concern about training and capacity building for human resources of this system. Every position in the system must be trained so that they are able to operate the system. This is even more necessity in the current situation because lacking capacities of nurses in some hospitals.

It is important to conduct continuing education for members of clinical training system so that it will continuously improve and build operational capacity for the system.

1. REQUIRED COMPETENCIES OF PRECEPTOR AFTER TRAINING

Clinical preceptor needs to have capacity to guide new nurses in line with competency-based approach. The specific outcomes as following:

(1) Developing clinical lesson plan and delivering the lesson for new nurses in accordance with the lesson plan and hospital's plan;

(2) Guiding and technically supporting new nurses;

(3) Applying clinical learning-teaching methods, evidence-based practice, proper assessment and evaluation in accordance with content of training and subject of trainees.

2. OBJECTIVES

2.1. Overall objective

To train amount of qualified clinical practice trainers who are capable to make plan and implement practical clinical training for new nurses towards competency-based approach.

2.2. Specific objectives

2.2.1. Knowledge

- Analyzing main content of clinical training program for new nurses.
- Analyzing roles of preceptors in clinical training for new nurses.
- Describing necessary skills of preceptors.
- Analyzing characteristic of adult learner and adult learning methodology.
- Identifying characters of competency-based and objective-based education methods.
- Clarifying methods of assessment and evaluation using in clinical training for new nurses.

2.2.2. Skills

- Implementing clinical training plan for new nurses effectively.
- Making clinical lesson plan and conduct that lesson by case study/ actual patient.
- Applying active learning method in clinical training for new nurses effectively.
- Applying active learning methods with/without patients.

- Using proper assessment and evaluation methods to evaluate competency of new nurses.
- Using active supportive skill and feedback skill in training for new nurses in accordance with the objectives and needs of trainees and encourage them to be independent.

2.2.3. Attitude

- Demonstrating interest and willingness to transfer professional experience to new nurses.
- Being a model of nurse in caring and serving patients for new nurses to learn.

3. RAINING CURRICULUM FOR PRECEPTOR

3.1. Targeted trainee

Trainees who are directly in charge of clinical training for new nurses at medical facilities need to meet following criteria:

- Having nursing education at college level at least;
- Having professional license relating to the fields of training;
- Having 3 years of clinical experience at least and being capable person to perform professionally nursing technique.
- Having appointment from hospital's leaders to participate the training course and having been assigned as preceptor in clinical training for new nurses.

3.2. Training program

Training duration: 5 days x 8units/day

At the end of training course, if eligible, trainee will be granted a certificate of completion named "Training program for preceptor in clinical training for new nurses" as prescribled in the Circular on continuing education of Ministry of Health.

No.	Contents	No. of units
0	Opening; pre and posttest; Closing	2
1	Overview of training for preceptor in clinical training for new nurses	2
2	Overview of clinical training for new nurses	6
3	Teaching – learning methodology in clinical training for new nurse	8
4	Evaluation and assessment in clinical training for new nurses	8
5	Lecture plan, implementation and evaluation of lecture plan	14
	Total	**40**

PART V. PLAN DEVELOPMENT

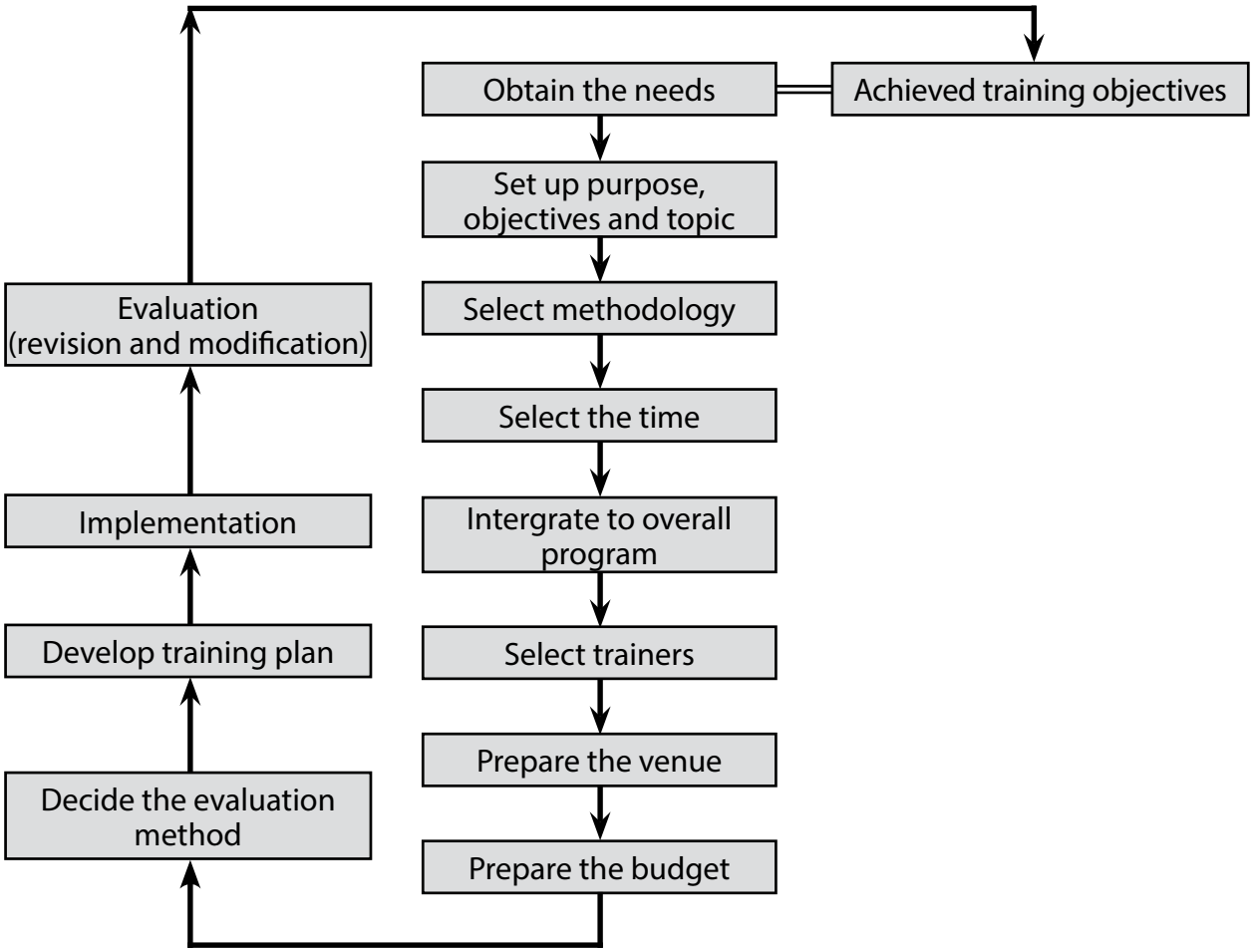
1. TRAINING PLAN

Every year, Hospital director will instruct the development of clinical training plan for new nurses in the hospital, including:

- Training plan for nurse in charge of training and preceptor: it integrates with continuing medical education training of the hospital.
- Training for new nurses includes annual training plan and training plan.

Training manager acts as focal point and actively co-operates with functional divisions and nurse in charge of training to develop hospital's training plan; and then submit to hospital director for approval.

Because it is the training plan for nurses so the Nursing Department must always involve in process of hospital's training plan development.



1.1. Attentions for plan development

- Identify fully and specifically the needs;
- Identify short-term and long-term objectives;
- Be relevant and integrate with other hospital's activity plans;
- Consistent with actual situation of the hospital such as: organizational size, human and material resources;
- Combine OFF-JT and OJT training;
- Consider the evaluation tool and method to be used;
- Overall plan must be feasible.

1.2. Task assignment for plan implementation

- Hospital director: gives overall instruction on plan development and supports to operate effectively the hospital's training system.
- Training manager: takes responsibility on training plan development and submits to hospital leader for approval. He/she coordinates with others and conducts clinical training for new nurses in the hospital.
- Nursing Department: has its responsibility to conduct training and assign tasks for nurses in hospital in according to MoH's regulations. Nursing Department always actively works with PIC of training/management unit to develop training plan and plays important role to implement training plan, evaluate and monitor training plan.
- Head Nurse: organizes, assigns and supports preceptors and he/she also can directly guide new nurses in regarding to approved hospital's training plan.
- Preceptor: follows instruction assigned by Head Nurse, ensures new nurses having good learning environment and achieves the best result.
- Relevant divisions/units: depending their functions and specific assigned tasks in training plan, they will actively support the training plan development and implementation.
- New nurse (trainee): actively, self-discipline and follows guideline of preceptors in order to have the best learning result. They strictly comply with training regulations and hospital regulations.

2. EVALUATION PLAN

Training manager actively coordinates with Chief Nurses and relevant divisions to ensure the quality... and develop evaluation plan of clinical training for new nurses in the hospital, including:

- Evaluation plan for trainee and training course;
- Evaluation plan for training plan.

We conduct evaluation together with confirming the learnt content, giving feedback so that new nurses feel confident to grasp knowledge and develop their capacity. Putting together the new nurse's self-evaluation and results evaluated by preceptor or head nurse, preceptor and new nurse work on the evaluation in the way of enhancing improvement.

2.1. Trainee evaluation and training evaluation

2.1.1. Evaluation time

We evaluate trainee at the beginning, after 3 months, 6 months and at the end of training course. At the beginning, we evaluate new nurse in order to make clearly implementation content during clinical training. Then, after 3 months and 6months, we evaluate result to see the new nurse's achievement level after period of time. At the end, after 9 months, the evaluation aims to identify final achievement level.

In case of rotation among clinical department, we can further evaluate new nurses when they complete practice time in each clinical department (before move and conduct practicing in other clinical department).

2.1.2. Evaluation method

Based on the competency checklist following Competency Standards for Vietnam nurses, the category divides into 3 levels:

- 0 level: cannot do
- 1 level: can do with support, need to be improved
- 2 level: can do independently

There are 110 indicators and divide into 3 groups:

- 15 indicators marked (*) presents indicators which the clinical training program for new nurses do not cover but still evaluate for reference.
- 35 indicators require level 1
- 60 indicators require level 2

Indicators marked (*) still be evaluated but their results will not take into account for trainee's assessment in evaluation time.

2.1.3. Evaluator

- At the beginning: trainee conducts self-evaluation to identify their needs in learning.
- After 3 months, 6 months and 9 months: new nurse does self-evaluation and also be evaluated by preceptors.

  New nurse develops his/her learning portfolio in order to keep track his/her study process and record achievement level after each periodic evaluation. The comparing results among periods will help new nurses recognizing their improvement or some parts should be improved to match with learning objectives.

2.2. Training plan evaluation

Clinical training for new nurses needs to conduct periodic monitoring and evaluate training results.

2.2.1. Annual evaluation

The previous year training results will be evaluated and reflected into upcoming year plan development.

The clinical training evaluation shall cover the suitability of targeted trainees (new nurses), number of completions, current objective acquired level. The training for preceptors and head nurses, training system operation, training budget and training plan also need to be evaluated. When conduct evaluation, it is better to know whether they need external supports or not.

2.2.2. Periodic evaluation

It evaluates whether the training implementation as planned, level of objectives completion and challenges during implementation. The monitoring and discussion are necessary to held in certain of time in order to revise and modify training plan (if necessary).

2.2.3. Training course evaluation

The evaluation of training course not only assess changes in knowledge, skills or the satisfactions of trainees, but also assess the level of achievement of required objectives when completing the training program. This evaluation result is for enhancing personal capability involved in the training activity.

Training evaluation is carried out to confirm the appropriateness of the training program, the level of achievement of the training program's objectives. The objectives, content, methods, training system, trainers, curriculum, planning, proper implementation timing, venue, budget allocation etc. will be considered.

PART VI. TRAINING IMPLEMENTATION

1. TRAINING FOR NEW NURSES

1.1. Receiving new nurses of clinical training

It follows Article 16 Decree 109/2016/ND-CP dated 1 July 2016 on issuance of practice certificates to healthcare practitioners and operation licenses to healthcare facilities.

- New nurse shall send an application for practice and valid copies of nursing qualification;
- After receiving the application for practice, if the application is approved, the Hospital director shall conclude an internship contract with new nurses.
- Department in charge for training management or Nursing Department collect list of new nurses who want internship in the hospital and submit it to Hospital director for training plan approval (when satisfied all requirements)

1.2. Assign the preceptor

Basing on the needs of new nurses and current situation of hospital, Head of Nursing Department consults Hospital Director to assign clinical preceptors. Preceptor will guide maximum 5 new nurses in certain of time.

1.3. Guide the new nurses

- New nurses study continuously in 09 months.
- When teaching theory lessons, there are some remarks as following:
    + Promoting the autonomy and self-study of new nurses, especially for theory lessons which have learned at school, the trainee has to self-study, find additional materials for deeper understanding and better utilization. Preceptors support and provide some more theory while new nurses practicing.
    + Updating the latest knowledge, legal documents, suitable with reality.
    + Using more group discussion and case study in teaching method in order to avoid boring and dogmatic theory part.
- When teaching practical lessons, there are some remarks as following:
    + Regarding the results of competency based assessment of the new nurse at the beginning of training, for some high-risk intervention techniques which new nurse is not able to perform on patient, it is necessary to study at pre-clinical facilities before entering clinical practice. Some hospitals do not have pre-clinical facility or this facility does not meet requirements for clinical training, they should coordinate with other hospitals or nursing school.
    + Instructing techniques from easy to difficult; from simple to complex; and single to combined etc…

+ Patient safety must be ensured by monitoring patient status before, during and after conduct techniques.

+ All techniques in training course should be guided fully. It is necessary to arrange suitable department rotation for new nurses upon the actual circumstance of the hospital, encourage the department rotation for learning clinical cases and techniques.

- At each clinical department, the Head Nurse needs assign preceptor who regularly support and encourage new nurse to learn confidently and actively. Through the daily practice monitoring of the new nurses, the training manager and preceptor make plan for arranging and supporting new nurse to fulfill training contents and targets at the department.
- The new nurses practicing at each department shall be grouped and working together with other staff.
- We encourage the rotational training among clinical department during implementation of clinical training for new nurses in order to study more skills and clinical cases. New nurses take part in working shifts and study during non-business hour with preceptor.
- Number of trainees of each course at one hospital depends on training system of the hospital; having enough preceptors, number of clinical departments/beds, facilities in according to regulations.
- The preceptor is responsible for updating patient care procedures, techniques according to regulations of the hospital or MOH to provide guidance for the new nurses.
- Combining training method at the clinical departments (so called OJT) with gathering training (so called Off-JT) to optimize the result.

Each new nurse shall form the learning portfolio to monitor and evaluate his/her studying progress and improvement. Due to the different academic and capacity level at the beginning time, new nurse should build specific objectives for him/herself. In order to enhancing capacity and achieved result, new nurse needs to use effectively the learning portfolio. It reviews and reflects the growth of new nurses.

1.4. Issuance of practice certificate

Hospital where organizes clinical training for new nurses shall grant the Practice Certificate according to Clause 5 Article 16, Decree 109/2016/NĐ-CP dated July 1, 2016 guiding on issuance of practice certificates to healthcare practitioners and operation licenses to healthcare facilities. The trainees will receive the certificate if they meet with following training requirements:

- Attend 100% of practical hours and participate at least 80% of theoretical hours in training program;
- Complete exercises on nursing process and health education;
- Evaluation result of acquired competencies after the training from achieved and upper, as following:
  + For 35 indicators of 1 level: achieved ≥ 1
  + For 60 indicators of 2 level: achieved 2
  + There is no indicator of 0 level, except 15 indicators marked (*)

- Preceptors give comments in written form: achieved training's objectives.

Hospitals conduct clinical training for new nurses must record profile of trainees and their learning results. List of Practice Certificates must code, record and have signature of receivers.

2. PRECEPTOR TRAINING

In order to train number of preceptors and Head nurse in charge of clinical training, it is important that hospital leader assigned person in charge of training management in the hospital to positively and actively coordinate with continuous training management units of the hospital to develop necessary training plan to secure necessary number of preceptors and quality of the training course. Hospital leaders have to acknowledge it as a duty for development of training system in the hospital.

Preceptors have to update and enhance their knowledge and professional competencies frequently. Annually, preceptors are responsible to join in related continuous training courses to update and strengthen their competencies.

The health facility can actively conduct the training for preceptors in order to secure necessary number of preceptors and quality of the training course. Principles of training implementation are as follows:

- The health facilities with CME: can actively and independently organize training for preceptors according to approved "Training program for preceptor in clinical training for new nurses". Trainers of this training course are nurses in charge of training or training management level staff who have received training in the hospitals. In case, any facility does not have enough resources to train preceptor, they must coordinate with the qualified hospitals, Department of Health in province and Provincial VNA for trainers, technical support.
- The health facilities without CME: The leader of health facility appoints trainees to join in training course for preceptors which are organized by qualified hospitals/facilities; or they request Provincial Department of Health, Provincial VNA and any qualified hospital to support the implementation of training for preceptor in that facility itself.

Appropriate number of trainees is not exceeding 30 per course. Trainers and trainees must satisfy all criteria mentioned in the training program. Each course requires a coordinator to ensure the training schedule and logistics arrangement of the class. For each lesson, there should be 1-2 trainers and 01 facilitator to replaced/assist when in need.

Training schedule should be flexible depending on the circumstances and conditions *(trainers, trainees, infrastructure...)*. The order of lessons may change but must secure logicality and the objectives of the whole course. For any reason, if trainee cannot finish the whole training program (not qualify to receive certificate), he/she can continue joining in next course for missing parts, but no later than 36 months after the first day of his/her initial training course.

3. TRAINING FOR MANAGEMENT LEVEL

3.1. Targeted trainee

- Person assigned by hospital leader to be in charge of training management in the hospital;
- Head nurse in Provincial Department of Health

3.2. Competency requirements: Person in charge of training management needs to have competencies of plan development, training implementation and evaluation of clinical training for new nurses with following detail:

- Clearly understand clinical training for new nurses;
- Make clinical training plan for new nurses in line with actual condition;
- Implement, monitor and evaluate clinical training for new nurses; participate in training for preceptor;

In order to obtain mentioned-above competencies, the person in charge of training management needs to be trained during 1,5 days with 8 units per day. After completing the training course with qualified result, certificate for completion of training course for "training manager in clinical training for new nurses" in accordance with regulations of Circular on continuous training for medical staff issued by Ministry of Health. Content of training for management level includes 3 parts:

- Overview of clinical training for new nurses: 4 units
- Plan on clinical training for new nurses: 4 units
- Implementation, monitoring and evaluation of training activity: 4 units.

Depending on actual demand, provincial department of health (DOH) can actively propose ASTT to organize training for person in charge of training management in DOH and affiliated hospitals. VNA, local experts and oversea experts in the field of training implementation and management at central and local organizations will coordinate to undertake this activity.

Training can be conducted by 1 of 2 following forms:

- Separated training for person in charge of training management only in DOH and hospitals during 1,5 days to complete 3 training parts mentioned above.
- Combined training for 2 types of trainees: (1) person who will become preceptor and (2) person in charge of training management. In this case, both types will complete 6 parts of preceptor training curriculum and 2 specific parts for management level only within 1 additional day. This form is applied when person in charge of training management expects to become a preceptor and willing to learn more about competencies and works of preceptors.

4. COORDINATION AMONG HOSPITALS ON CLINICAL TRAINING IMPLEMENTATION

When organizing clinical training for new nurses, hospital needs to select suitable method and in line with actual situation. In all cases, it is better to well prepare the training system in the hospital so that it clearly mentions role of each person in the system. The role of an individual and cooperation among people within training system play an important key to decide the training quality and results.

- In the hospital where does not have many trainees or has small-scale, it cannot deliver all content of training program. So, they can consider coordinating with other hospital or capable Nursing school to conduct clinical training.
- During the implementation of clinical training for new nurses, hospital can recognize their difficulties or drawback and then actively send the supporting request to governing body in order to receive support from experts or other agencies.

5. TRAINING FEE

The expenses of clinical training for new nurses will take from those below sources:

- Contribution of trainees;
- State budget;
- Other lawful revenues.

Training fee is calculated basing on actual costs of training course. It goes in line with revenue-expenses' principle and in accordance with the Law. The hospital needs to make detailed estimation training cost and shows publically to trainees for their selection.

Under the direction of Hospital director, training manager coordinates with functional divisions/departments to develop training cost estimation for each training course and for whole year.

PART VII. SUPPORTING, MONITORING AND EVALUATION IN CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

1. OVERVIEW OF SUPPORTING, MONITORING, EVALUATION

In order to assess the quality, achievement level of clinical training for new nurses and what improvements need to be made, we should conduct the monitoring and evaluation. Not only hospitals need to actively conduct those activities but also MoH, DoH/Sectorial of Health must also take into account the clinical training implementation progress of hospitals and then give feedback to hospitals. In the meantime, MoH and DoHs provide support to hospitals for improving quality of clinical training for new nurses across the country.

	Supervision/ Supporting	**Monitoring**	**Evaluation**
Objective	*Support to help hospital:* - Be able to conduct clinical training; - Obtain the objectives of clinical training; - Human resources development to implement training.	*Follow-up to:* - Find out issues and adjust plans to minimize risks; - Improve the quality of clinical training.	*Evaluation aims at:* - Determine the effectiveness of training program; - Determine the strengths, weaknesses to adjust next steps; - Ensure the quality of clinical training.
Frequency of implementation	When facilities in needs	3 months/time	Once a year at the time of annual activity review in the facility.
Implementation unit	Experts or professionals selected by the DoH.	Hospital; DoH; Sectorial of Health; MoH	Hospital: self-evaluation DoH, Sectorial of Health: evaluate hospitals which under their management MoH: training evaluation at nationwide
Implementations/ activities	- Depending on the needs of the hospital; - Or based on the results of monitoring and evaluation;	- Keep track implementation progress according to plan;	- Evaluate the relevance of activities according to plan; - Evaluate outputs, results;

	- Support individual hospital or focus on many hospitals.	- Keep track of outputs, results and achievement levels.	- Hospital submits result report to governing body; - DoH organizes meeting to share experience.

1.1. Principle of supporting, monitoring and evaluation

- Must be associated with the implementation process of specific plan in the health facility.
- Not only concern about inputs and outputs, it must conduct continuously and regularly during training time.
- Evaluate the implementation process in order to have effective management for better outputs.
- Early warning must be given to make appropriate adjustment in order to achieve the best results.

1.2. Characteristic of supporting, monitoring and evaluation

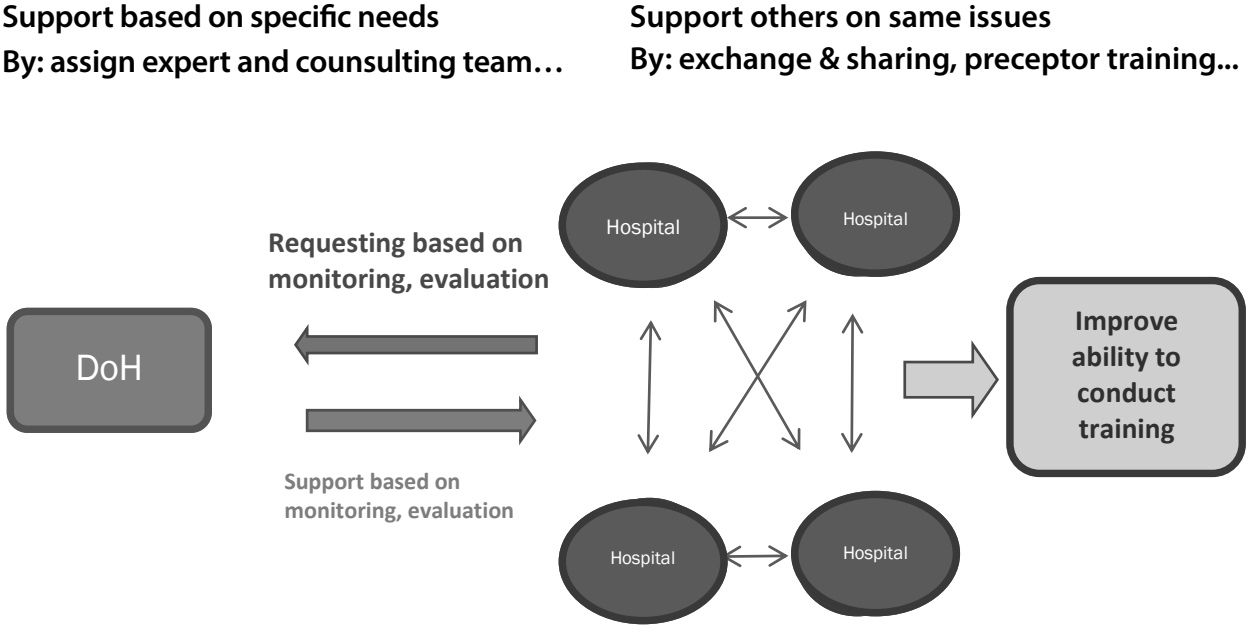
Supporting, monitoring and evaluation are important management tools for monitoring progress and supporting implementation process of clinical training for new nurses.

Towards the training results it tend to be evaluated based on the monitoring results throughout training process rather than traditional method of monitoring inputs and outputs.

Supporting and monitoring results use as basis for evaluation.

2. SUPPORTING

Supporting model of DoH to affiliated hospitals



2.1. Implementation procedure

Activity	Implementation unit	Frequency of implementation	Form
Supporting contents related to clinical training for new nurses, figure out hindering issues of training implementation. The hospital sends supporting request to governing body.	Hospital	Anytime	Form 1
Implement the support activities	Expert or supporting unit	Start when receiving request: maybe 1-2 times/ month x 9 months	Form 2

2.2. Supporting content and application method

2.2.1. Hospital requests the support (if any)

Hospitals actively collect information, submit supporting request to governing body (DoH, Sectorial of Health or MoH) in case they want to receive support.

Content of hospital's supporting request form includes *(Form 1)*:

- Full name of hospital
- Name and address of contact person
- Overview of hospital: ranking, number of beds, number of clinical departments, number of para-clinical departments, number of nurses etc.
- Facilities for clinical training
- Ability to conduct all training content in clinical departments
- Human resources of training system
- Results of clinical training for new nurses (if any)
- Difficulties encountered or expect to have
- Contents request for support

When governing body receives supporting request from hospital, they will ask agency or individual (referred to as expert) who has training experience, nursing management to come and support. When experts visit hospital for supporting, they can deal with additional issues that do not include in supporting request if they think necessary.

2.2.2. Supporting expert

- Expert receives request from governing body or from hospital directly, he/she discusses with hospital's director in charge of training and PIC of clinical training management on contents of hospital's supporting request.
- Expert reviews current situation related to training, clarifies encountered problem of hospital and their expected supporting content.

- Expert provides support on the basis of respecting for hospital's expectations.
- Supporting time: from the time of receiving request to the end of training course. During this time, discussion with hospital will organize 1-2times per month in order to give appropriate support.

  Content of supporting result from expert *(Form 2)*:

  + Full name of expert/ expert team
  + Name of supported hospital
  + According to the request of (name of required governing body)
  + Support period: from… to….
  + Support method
  + Result: before, during and after support
  + Findings, recommendations to improve the training quality

Support results will submit to governing body of supported hospital and hospital which receives expert assistance.

2.3. Feedback support results and application method

Governing body refers summarized support result, conducts meeting with affiliated hospitals where organized clinical training. The meeting aims to share experiences on how to handle problems that figured out by expert. It can give good and effective model during meeting.

3. MONITORING

3.1. Implementation procedure

Activity	Implementation unit	Frequency of implementation	Form
Monitor each training course	Hospital	3 months/time	Form 3
DoH, Sectorial of Health summary actual situation from affiliated hospitals and submit to MoH.	DoH or Sectorial of Health	At the time of year-end evaluation	Form 4
Organize information sharing meeting on training situation of affiliated hospitals; discuss on how to improve training; share experience.	DoH or Sectorial of Health	1 time/year	Meeting
Receive meeting results from governing body; discuss on how to improve; training orientation of the hospital.	Hospital	1 time /year	Meeting

3.2. Monitoring content and application method

3.2.1. For the hospital

Conduct monitoring for each training course. The frequency of monitoring is 1 time per 3 months; the last time (9th month) will summary, evaluate the training progress.

Monitoring content for each training course of hospital *(Form 3)* includes:

- General information of the training course: from….to….; changes in number of trainees; number of preceptors.
- Result: training progress in according to training plan; evaluation result of trainee based on level of achievement etc.
- Challenges, recommendations.

The monitoring will conduct periodically by 3months/time, report to Hospital director in order to have solutions, receive timely direction to solve problems; enhance training activity.

3.2.2. For governing body (DoH; Sectorial of Health; MoH)

Governing body shall sum up the monitoring reports from hospitals, evaluate general situation of clinical training for new nurses in affiliated hospitals. DoH and Sectorial of Health report the results to MoH (ASTT).

Content of annual monitoring of DoH/Sectorial of Health/MoH *(Form 4)* as follows:

- Name of governing body
- Full name, address and contact of reporter
- Monitoring content: Name of hospital/DoH/Sectorial of Health
- Actual training result
- Pros and cons of training activity
- Reasons of hospital which has not conducted training even it has new nurses;
- Next supporting plan for the hospital.

At the time of annual review, the agency assigned by MoH (ASTT or other agency) shall collect monitoring reports from DoHs, Sectorial of Health and central hospitals in order to grasp information, assess actual situation of clinical training for new nurses in the country (by using Form 4).

3.3. Feedback monitoring results and application method

3.3.1. For MoH

The agency assigned by MoH, in-charge to summary monitoring results (reports) from DoHs, Sectorial of Health and central hospitals. General information on implementation of clinical training for new nurses in the country is posted on the website of that assigned agency. Feedback content should provide information; good example of training organizations; use training budget or solutions for training quality improvement.

3.3.2. For DoH, Sectorial of Health

By collect monitoring results from affiliated hospitals and feedbacks from MoH, DoH/ Sectorial of Health helds meeting with affiliated hospitals in order to share information on trainining situation between the affiliated hospitals and nationwide. After that, they will discuss about how to implement training or policy, future improvement, training plan for next year. It can be organized as thematic meeting or combined content with other relevant meeting.

3.3.3. For hospital

Hospital receives results from meeting that organized by DoH, Sectorial of Health. Through meeting between hospital leader, relevant functional departments and clinical departments, they will discuss and give direction for hospital's training; and how to improve training activity.

4. EVALUATION

4.1. Implementation procedure

Activity	Implementation unit	Frequency of implementation	Form
Training evaluation report of hospital in this year will submit to governing body.	Hospital conducts self-evaluation or other agency will evaluate the hospital.	Once a year at the time of annual activity review in the facility	Form 5

4.2. Evaluation content and application method

Once a year, the hospital reports result of clinical training for new nurses to governing body at the time of year-end review. That clinical training held from 1 October of last year to 30 Sept of this year.

Content of form "Hospital reports clinical training for new nurses" *(Form 5) as following*:

* Contents of evaluation

- Items related to training requirements.
- Items related to training system:
  + Hospital's leader in charge of training: Full name, position.
  + PIC of training management: Full name, position, professional degree, academic degree, and years of clinical experience (including management activity); does he/ she attend in training for training management?
  + Number of head nurses who are in charge of training.
  + Number of preceptors.
- Items related to trainees.
- Management and implementation.

* Evaluation result

Good points, challenges and recommendations of clinical training for new nurses during reporting period are listed out.

- Some improved points;
- Some points need to be improved.

DoH, Sectorial of Health or MoH will also use form 5 to evaluate clinical training for new nurses in affiliated hospitals.

4.3. Feedback the evaluation and application method

4.3.1. For MoH

We assign a governing body (ASTT or other agency) to work as focal point. They will give feedback on evaluation results to health sector at nationwide level by posting such information on their website.

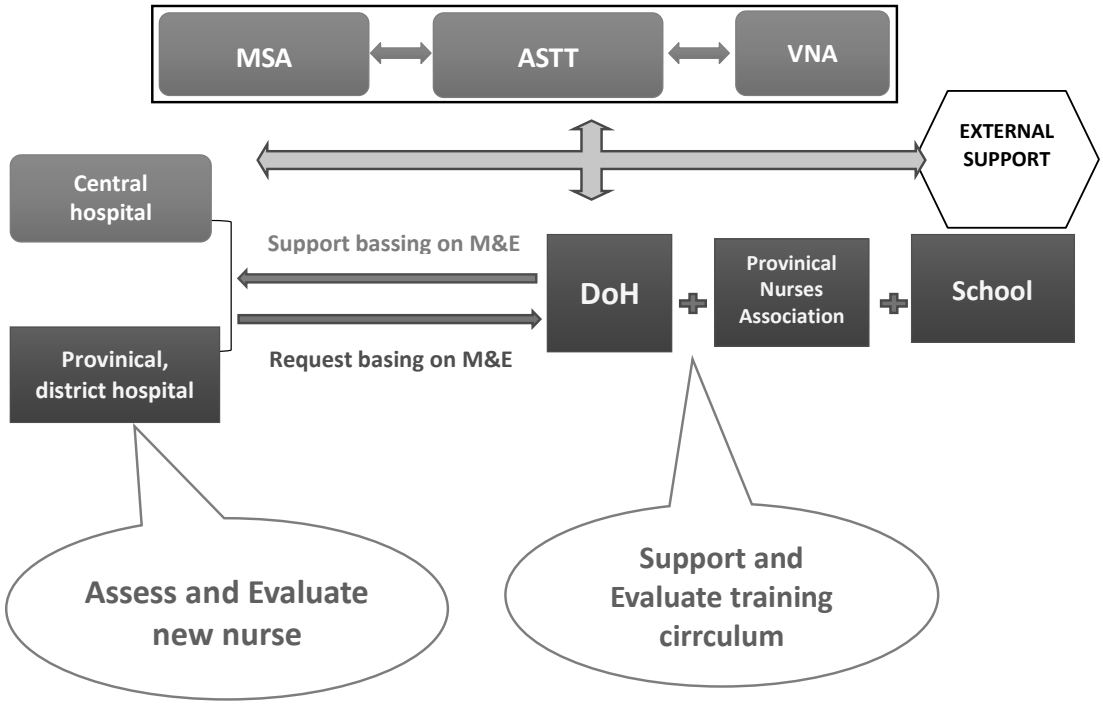
4.3.2. For DoH

DoH and/or Sectorial of Health shares evaluation results of affiliated hospitals to each hospital. The result can post on website of DoH or Sectorial of Health. They can get further feedbacks from MoH so that they have enough information to discuss about clinical training for new nurses in affiliated hospitals. Besides, they can assign staff to hospital in order to evaluate its training system and training implementation.

4.3.3. For hospital

Basing on feedbacks from DoH, Sectorial of Health or MoH, hospitals discuss about how to improve their training system, training implementation and enhance quality of clinical training for new nurses.

5. MODEL OF SUPPORTING, MONITORING AND EVALUATION



Basing on monitoring results and periodic evaluation, MoH and DoH instructs and coordinates different resources to support the hospital. When conduct self-evaluation, the hospital can seek for support from higher level or relevant organization by sending supporting request to them.

External support: Hospital can have support from other project/program, international organization etc. It provides good technical support and capacity building for better implementing the training system.

6. GUIDELINE FOR USING FORMS

According to supervision/supporting, monitoring and evaluation of clinical training for new nurses, we have 05 forms. It depends on the roles, functions and tasks of each agency, they shall complete different form.

Form 1 - Request for supporting: it uses for hospitals when they want to get support from other agencies in order to conduct training or improve training activities.

Form 2 - Supporting result: expert or supporting team will use it for their record. The result shows as improvement evidence during training implementation of hospital.

Form 3 - Monitoring training course: hospital uses it for periodic monitoring for first 3 months, next 3 months and last 3 months. This monitoring record will help hospital to assess their periodic training result so that they can timely provide solution to overcome weakness and improve quality of training.

Form 4 - Summary of annual monitoring and evaluation: the form will be used by DoH, Sectorial of Health or MoH. The form collects information from affiliated hospitals. It will present general situation of training activities throughout the year of DoH/Sectorial of Health or MoH.

Form 5 - Annual evaluation report: hospital will fill the form and submit it to governing body.

ANNEX 1
FORM OF SUPPORTING - MONITORING - EVALUATION

GOVERNING BODY
NAME OF HOSPITAL

No: ……/……..

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

FORM 1

……., date month year 20….

REQUEST FOR SUPPORTING CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

To: .....

1. Name of hospital: .....

2. Full name and address of contact person: .....

.....

3. Overview of the hospital:

3.1. Facilities and equipment of hospital to support clinical training for new nurses:

.....

.....

.....

.....

3.2. Ability to provide clinical content of clinical departments:

.....

.....

3.3. Human resources of training system:

.....

.....

.....

.....

3.4. Results of clinical training for new nurses (if any):

.....

.....

.....

.....

4. Difficulties (have been faced with or expect to have) of clinical training implemantation for new nurses:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Supporting content to implement/improve quality of clinical training for new nurses:

.....

.....

.....

.....

.....

HOSPITAL DIRECTOR

(Signed, written in full name and stamped)

Note:

- Hospital submits the request for supporting whenever it in needed;

GOVERNING BODY
NAME OF HOSPITAL

No: ……/……..

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

FORM 2

……., date month year 20….

SUPPORTING RESULT
CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

(For expert or supporting team)

Name of expert/supporting team: .....

.....

Name of supported Hospital: .....

According to request of (DoH; Sectorial of Health or MoH): .....

Supporting time: .....

Describe the supporting method: .....

.....

.....

Results:.....

NO.	SUPPORTING CONTENT	BEFORE SUPPORT	DURING SUPPORT	AFTER SUPPORT
1				
2				
…..				

The findings, proposed solutions for the hospital in order to well implement the plan and improve the training quality: .....

.....

.....

.....

_____*, date month year20…*

EXPERT

Note:

- *This form is sent to Hospital for implementation;*
- *This form is submitted to governing body of the Hospital for monitoring and summary;*

GOVERNING BODY
NAME OF HOSPITAL

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

FORM 3

No: ……/……..

……., date month year 20….

PERIODIC MONITORING FOR…….(3, 6 or 9)

CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

(apply for Hosptial, on date...../……/.....)

1. Information of the training course

Training duration: from date..... to date.....

Number of trainee:

- Starting time: ..... people;
- Reporting time: ..... people;

Reason for reducing: .....

Number of preceptors at the reporting time: .....

2. Results

- Implementation process of training plan: .....
- Evaluation result of trainee: number of trainee reachs different level of achievement.

3. Success, difficulties and recommendation

3.1. Success and Difficulties:

- About trainees: .....
- About preceptors: .....
- About learning-teaching equipment: .....
- About Management and Implementation: hospital/manager; training coordination, training plan, budgeting .....

3.2. Recommendation:

.....

_____*, date month year20…*

TRAINING MANAGER

GOVERNING BODY
NAME OF HOSPITAL

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

FORM 4

No: ……/……..

……., date month year 20….

Submission due date is with medical report of the facility every year

ANNUAL MONITORING REPORT
CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES, YEAR…….

(apply for DoH, Sectorial of Health and MoH)

1. General information

Name of organization: .....

Full name of reporter: .....

Telephone contact: ..... Email: .....

2. Content

No.	Name of Hospital, DoH or Sectorial of Health	Actual training result				
		Number of trainees			Number of preceptors	Number of training courses
		Completed	On going	Drop-out + not complete training		
(1)	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*	*(7)*
1						
2						
3						
…						

Note:

(2) Name: Each row will show a name of hospital (in case form made by DoH) or will show a name of DoH/or Sectorial of Health (in case form made by MoH)

(3) Written down number of trainees who completed training within this year. It is also count number of trainees who started training from last year and completed in this year.

(4) Written down number of trainees on going (uncompleted courses)

(5) Written down number of trainees who drop-off and did not pass (not complete training) in this year.

(6) Written down number of preceptors who supported training courses of hospital/DoH.

(7) Written down number of training courses which started in this year.

3. Comments:

3.1. Advantages: (does hospital/DoH provide all criteria while implementing clinical training for new nurse?)

.....

3.2. Difficulties:

Implementation and management (training system)

.....

.....

Financing issues:

.....

.....

Preceptors:

.....

.....

Trainees:

.....

.....

Training facilties, learning-teaching equipment

.....

.....

Others (if any)

.....

.....

.....

4. The situation of the health facilities which cannot conduct CT (HF which has not conducted CT even with new recruitments and the reason etc.,)

.....

.....

5. Support plan for next year (based on the situation assessed above)

5.1 Master support plan (training for management level, training for preceptors, cooperation among relevant organizations, training materials, funds…).....

.....

5.2 Support plan for facilities which are conducting CT:

5.3 Support plan for facilities which have not yet conducted CT:

_____, date month year20….

ORGANIZATION LEADER

Note:

The report is developed and submitted in same time with year-end activity report.

GOVERNING BODY
NAME OF HOSPITAL

No: ……/……..

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

……., date month year 20….

FORM 5

EVALUATION REPORT IN YEAR….
FOR CLINICAL TRAINING OF NEW NURSES

(From 01/10 last year to 30/9 this year)

(Apply for self-evaluation of hospital and Evalutaiton team)

1. Name of hospital: .....

Reporter: ..... Telephone number: .....

2. Evaluation content

2.1. Hạng mục liên quan yêu cầu đào tạo

(1) Teaching hall/room:

Enough ☐ Not enough ☐ Do not have ☐

(2) Training facilities, equipment for teaching theory part :

Enough ☐ Not enough ☐ Do not have ☐

(3) Equipment, tool, medical supplies for clinical practice:

Enough ☐ Not enough ☐ Do not have ☐

(4) Number of clinical departments/rooms, medical examination roon, operation room which serve clinical training :

Total:……..…… number of room/departments meet criteria for clinical training:.....

2.2. Items related to training system

(1) Assign PIC of training (hospital leader):

Yes ☐ Decision issued in year ..... No ☐

Full name and position: .....

(2) Assign training manager:

Yes ☐ Decision issued in year ..... No ☐

Full name: .....

The highest academic degree: ..... Number of year in clinical practice experience: .....

Position: .....Number of year in management level: .....

Management training: Year 20..... Training organizern.....

.....

(3) Assign chief nurse in charge of training:

Number of chief nurses in charge of training in the Hospital: ..... No ☐

(4) Preceptors:

Total of clinical precptors in the hospital : .....

Total of clinical preceptors involve in clinical training in reporting year: .....

2.3. Items related to trainees

Number of training batch: .....; Total of trainees registed training in this year: .....;

Total trainees compelted training course in this year: .....

Total trainees did not complete training in this year: .....reasons: .....

Evaluate level of achievement: Level 0: .....%; Level 1: .....%; Level 2:....%

2.4. *Training implementation, management*

- About training plan: approve? Training impelementation process?
- Highlighted in training impelemtation, difficulities, and recommendations:

.....

.....

.....

.....

3. Summary of evaluation

3.1. Points to be enhanced

.....

3.2. Points to be improved

.....

HOSPITAL LEADER/ EVALUATION TEAM'S LEADER

Note:

- Hospital conducts self-evaluation and reports to governing body;

- Evaluation team of DoH, Sectorial of Health or MoH also uses this form to evaluate hosptial's training implementation.

ANNEX 2
TRAINING PLAN OF HOSPITAL

GOVERNING BODY **HOSPITAL…** **----------** No: / KH-BV	**SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM** **Independence – Freedom - Happiness** **----------** *……., date month year 20….*

ANNUAL PLAN

OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Year……

Pursuant to ……

Hospital develops annual plan of clinical training for new nurses in year…… The details come as following:

1. PRECEPTOR TRAINING

1.1. Organize new training in order to increase number of preceptors:

Training time;

Number of trainees;

Trainers: from hospital or other organizations.

Training curriculum and material.

Support from other organizations.

1.2. Organize CME courses for quality improvement: topic, when will it conduct?

2. CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

2.1. Trainees: number of trainees; number of training courses;

2.2. Preceptors:

2.3. Practicing in clinical departments:

2.4. Training time:

2.5. Curriculum, material: follows issued training program and material.

2.6. How to get support and coordinate with other organization to impelement clinical training?

3. TASK ASSIGNMENT AND COOPERATION

1. *PIC of training and training manager.*
2. *Focal point of clinical training implementation:*
3. *Nursing Department:*
4. *General Planning Department:*

5. *Accounting – Fianace Department:*
6. *Clinical Departments:*
7. *Other Divisions/Departments:* Personal and Organization Department; Administrative Department; DOHA; Quality Assuarance Department; IT Department etc…

4. TRAINING BUDGET

- Source of funds;
- Cost norm;
- Total annual cost estimation

Recipients:
- DoH (for reporting);
- PIC of training (to get instruction);
- Nursing Department (for implemention);
- Relevant Division/Department;
- Filing at Administrative Dpt.

HOSPITAL DIRECTOR

(Signed, written in full name and stamped)

GOVERNING BODY
HOSPITAL…

No: / KH-BV

SOCIAL REPUBLIC OF VIETNAM
Independence – Freedom - Happiness

……., date month year 20….

TRAINING PLAN
OF CLINICAL TRAINING FOR NEW NURSES

Pursuant Annual training plan……

The hospital develops clinical training plan for new nurses, as follows:

1. Overall objective

2. Specific objectives

- Knowldge
- Skill
- Attitude

3. Targeted trainees: quantity, academic level, …

4. Training time and training venue:

- Training duration: from month …….to month……..
- Training venue: - Theory: ……. - Practice: in clinical department ……

5. Trainers of theory part:

6. Preceptors in clinical department:

7. Training curriculum, material: follow issued documents

8. Tentative training schedule

M1 is 1st month; M9 is a 9th month

Training content	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
1. Orientation: Introduction of training program, training plan									
2. Auxiliary theory: relevant legal documents to nurses, competency standards for Vietnam nurses, standards ethical for nurses, communication skills, nursing process, patient safety, health education									

3. Practicing: Patient care and basic nursing techniques at a department or rotation under the guidance									
4. Thematic report: Applying nursing process in care plan development and implementation – case study									
5. Evaluation: *5.1. Achievement level of competency standards for Vietnam nurses* *5.2. Patient case study*									

9. Training implementation

- Teaching theory part:
- Clinical practice: rotation among clinical departments?
- Training evaluation and trainee's evaluation

10. Task assignment for Departments/Divisions:

11. Training budget: sources of fund, amount.

12. Annex

- Full name of PIC of training and training manager.

- List of chief nurses in-charge of training in clinical departments.

- List of preceptors in each clinical department.

- List of clinical departments which serve clinical training.

- List of trainees.

Recipients:
- To Deputy Directors (to get instruction);
- Relevant people, divisions, departments (for implementation);
- Filing at Administrative Dpt.

HOSPITAL DIRECTOR

(Signed, written in full name and stamped)

ANNEX 3
EVALUATION OF TRAINEE'S LEARNING RESULT

CHECKLIST OF COMPETENCY BASED EVALUATION FOR VIETNAMESE NURSES

(Using for trainee's evaluation during clinical training for new nurses)

Remark: NN: New nurse
Pre: Preceptor

<table>
<tr><td colspan="4" rowspan="3">EVALUATION INSTRUCTION
- Annex 2 used for trainee and preceptor
- Column 4: Category into 3 expected competency level based on the competency standard (level *, level 1 and level 2).
- 110 indicators are categorized achievement levels of trainees as follows:
o 15 indicators (*) are not covered by the clinical training for new nurse program.
o 35 indicators require level 1
o 60 indicators require level 2
o There is no indicator of level 0 (cannot do)
- Columns from (5) to (11), trainee shall self-assess and preceptor shall assess trainees by 3 levels (0; 1; 2) at the timings (baseline, end of 3th months, end of 6th months and end of 9th months) by each competency indicator.
- 15 indicators marked (*) are the indicators which are not covered by the clinical training for new nurse program, they are still evaluated but not taken into account to assess trainee's learning results.
- Each competency indicator is categorized into 3 performance levels:
+ 0: Cannot do
+ 1: Can do with support/need to be improved
+ 2: Can do independently</td><td rowspan="3">Achievement level after 9 months</td><td rowspan="2">Baseline assessment</td><td colspan="2">First 3 months assessment (1st time)</td><td colspan="2">Middle 3 months evaluation (2nd time)</td><td colspan="2">Final evaluation</td></tr>
<tr><td colspan="2">After 3 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 6 months (DD/ MM)</td><td colspan="2">After 9 months (DD/ MM)</td></tr>
<tr><td>NN</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td><td>NN</td><td>Pre</td></tr>
<tr><td>(1)</td><td colspan="2">(2)</td><td colspan="2">(3)</td><td>(4)</td><td>(5)</td><td>(6)</td><td>(7)</td><td>(8)</td><td>(9)</td><td>(10)</td><td>(11)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Domain</td><td colspan="2" rowspan="2">Competency standard</td><td colspan="2">Competency indicator</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>No.</td><td>Competency indicator (order is in line with standard)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. PATIENT CARE COMPETENCIES</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">DEMONSTRATES KNOWLEDGE BASE ON THE HEALTH/ ILLNESS STATUS OF INDIVIDUAL / GROUPS / COMMUNITIES.</td><td>1</td><td>Indicator 1: Identify the health need of the individuals, families, population groups and/or communities (hereafter refers to patients/clients)</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Indicator 2: Explain the health status of the clients/groups.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

	2	PROVIDE SOUND DECISIONS OF CARE APPROPRIA TELY TO PATIENTS'/ CLIENTS NEEDS	3	*Indicator 1:* Collect and analyze information about health issues, disease to determine health problem and illness of individuals, families and communities	1							
			4	*Indicator 2:* Make decisions of care for patients, families and communities safely and effectively.	1							
			5	*Indicator 3:* Perform nursing interventions to support individuals, families and communities to respond to the problem health/disease in accordance with cultural beliefs of the patient, patient family.	2							
			6	*Indicator 4:* Monitor the evolution of nursing interventions performed	1							
	3	SET UP PRIORITIES IN NURSING CARE BASED ON PATIENTS'/CLIENTS NEEDS OF HEALTH CARE	7	*Indicator 1:* Analyze and identify priority patients/clients' needs of care	1							
			8	*Indicator 2:* Carry out appropriate nursing care to respond to priority needs/problems.	2							
	4	UTILIZE THE NURSING PROCESS AS FRAMEWORK FOR MAKING NURSING PLAN AND INTER VENTIONS.	9	*Indicator 1:* Perform comprehensive and systematic nursing assessment	2							
			10	*Indicator 2:* Collect and record patients'/clients' information appropriately	2							
			11	*Indicator 3:* Analyze and explain the information exactly.	2							
			12	*Indicator 4:* Formulate a health needs based care plan on the basis of collaboration and agreement with patients/clients, their family and team other members on the priority issues and clients' expectations	2							
			13	*Indicator 5:* Explain nursing interventions for patients, families and implement planned nursing care in a manner that ensures safety, comfort and efficiency for patients	2							

			14	*Indicator 6:* Instruct patient/family to perform appropriate self-care	2							
			15	*Indicator 7:* Evaluate and adjust care plan based on the patient's health condition and expected outcomes	1							
			16	*Indicator 8:* Perform necessary support for discharged patients	2							
			17	*Indicator 9:* Provide health education on disease prevention to patients	2							
	5	PROMOTE SAFETY, COMFORT AND PRIVACY OF PATIENTS / CLIENTS	18	*Indicator 1:* Deploy safety measures in all aspects of patients/ clients care	2							
			19	*Indicator 2:* Create a convenient environment for patients	2							
			20	*Indicator 3:* Ensure privacy while providing care to patients	2							
	6	PERFORM PROPER CARE TECHNIQUES FOLLOWING NURSING CARE PROCESS	21	*Indicator 1:* Comply with steps of nursing process in the professional scopes	2							
			22	*Indicator 2:* Implement nursing techniques skillfully	1							
			23	*Indicator 3:* Follow the rules of infection control	2							
	7	ADMINISTER MEDICATION SAFELY AND EFFECTIVELY	24	*Indicator 1:* Take a complete patient's drug history	2							
			25	*Indicator 2:* Comply with rules while administering medication to patients	2							
			26	*Indicator 3:* Explain and instruct patient about the drugs that is given to her/him	2							
			27	*Indicator 4:* Detect and perform necessary intervention if the patient had any drug reactions and report promptly to doctor and nurse in charge	1							

			28	*Indicator 5:* Be aware of potential drug - drug or drug-food interactions	1							
			29	*Indicator 6:* Evaluate the effects of medication	1							
			30	*Indicator 7:* Document and inform well drugs administered to patient	2							
	8	ENSURE CONTINUITY OF CARE	31	*Indicator 1:* Hand over the patient's status to the next care team appropriately	2							
			32	*Indicator 2:* Collaborate with patients, families and other team members effectively to ensure continuity of care	2							
			33	*Indicator 3:* Set up necessary measures to implement continuous care for patients	1							
	9	PERFORM FIRST AIDS AND ACTS ON EMERGENCIES	34	*Indicator 1:* Detect in time sudden changes in health condition of patients/clients	2							
			35	*Indicator 2:* Give emergency interventions promptly and appropriately	1							
			36	*Indicator 3:* Coordinate with other health team members effectively	2							
			37	*Indicator 4:* Perform effective first aid for patients/clients	1							
	10	ESTABLISH GOOD RAPPORT WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND TEAM MEMBER	38	*Indicator 1:* Create trust and confidence for patients/clients, families and team members	2							
			39	*Indicator 2:* Spend adequate time for communication with client/ significant others and team members	2							
			40	*Indicator 3:* Listen actively to patients/family's concerns, complaints	2							

	11	COMMUNICATE WITH THE PA TIENTS/ CLIENTS AND FAMILIES EFFECTIVELY	41	*Indicator 1:* Identify patients/client's feelings and psychological needs through his/her body language and facial expressions	1							
			42	*Indicator 2:* Communicate effectively with individuals, families and communities that have limitations in communication due to disease or psychological problems	2							
			43	*Indicator 3:* Express words, gestures that motivate, encourage and comfort patients/clients.	2							
			44	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of culture, belief of patients/clients, families and community when communicate with them.	1							
	12	UTILIZE COMMUNICATING CHANNELS AND AUDIO-VISUAL MEANS EFEECTIVELY TO FACILITATE CONTACT AND COMMUNICATE WITH PATIENTS/CLIENTS, FAMILIES AND COMMUNITIES	45	*Indicator 1:* Utilize audio-visual facilities available to support communication with patients/clients, families and communities	1							
			46	*Indicator 2:* Utilize effectively and appropriately communication methods with patients/clients, families and communities	1							
	13	PROVIDE APPROPRIATE INFORMATION REGARDING HEALTH STATUS TO PATIENTS/CLIENTS	47	*Indicator 1:* Define appropriate information needed to inform to patient/family	2							
			48	*Indicator 2:* Make psychological preparation for patients/clients and families before inform them the "bad" news.	1							

	14	DETERMINE NEEDS AND PERFORM HEALTH EDUCATION FOR INDIVIDUALS, FAMILIES AND COMMUNITIES.	49	*Indicator 1:* Collect and analyze information on the needs of health education of individuals, families and communities.	2							
			50	*Indicator 2:* Identify needs and content of information needed to provide to patients, families and communities.	2							
			51	*Indicator 3:* Develop health education plan fitting with socio-cultural features, beliefs of patients, families and communities.	2							
			52	*Indicator 4:* Develop health education materials fitting with patients, families and communities.	*							
			53	*Indicator 5:* Perform health education for individuals, families and groups appropriately and effectively.	2							
			54	*Indicator 6:* Perform evaluation effects of health education and adjust it necessarily.	1							
	15	ESTABLISH COLLABORATIVE RELATIONSHIP WITH COLLEAGUES AND OTHER TEAM MEMBERS	55	*Indicator 1:* Maintain good relationship with other team members, consider patient as a team member	2							
			56	*Indicator 2:* Collaborate well with team member in order to make appropriate decisions for quality improvement								
			57	*Indicator 3:* Recommend appropriate intervention to improve client care.	2							
			58	*Indicator 4:* Respect the role and views/opinions of other team members	2							
			59	*Indicator 5:* Share information with other team members	2							
			60	*Indicator 6:* Act as representative and advocacy role to protect	1							

2. PROFESSIONAL MANGEMENT AND DEVELOPMENT COMPETENCIES	16	MANAGEMENT, RECORDING AND USE OF MEDICAL RECORDS A CCORDING TO REGULATIONS	61	*Indicator 1:* Apply principles of management and storage of medical records regulated by the law and by MOH	2							
			62	*Indicator 2:* Keep information written in medical records confidentially	2							
			63	*Indicator 3:* Record information in medical record accuracy and timely	2							
			64	*Indicator 4:* Use collected data about patient's health status as the basis to develop policy and to facilitate care activities provided to patients	*							
	17	MANAGEMENT OF PA TIENTS/CLIENTS CARE	65	*Indicator 1:* Manage individual tasks and time scientifically and effectively	2							
			66	*Indicator 2:* Identify tasks or activities need be done based on degree of priority	2							
			67	*Indicator 3:* Organize, coordinate, delegate tasks for team member scientifically and effectively	*							
			68	*Indicator 4:* Demonstrate understanding of the relationship between management and utilization of resources effectively to ensure quality and safe care for patients/clients.	1							
			69	*Indicator 5:* Use informatics technology for management, for care of patients and for updated information.	1							
	18	ESTABLISHES MECHANISM TO ENSURE PROPER FUNCTIONING OF EQUIPMENT	70	*Indicator 1:* Establish mechanism to manage and operate equipment for patients/clients care and treatment	*							
			71	*Indicator 2:* Plan for preventive maintenance program	1							
			72	*Indicator 3:* Operate equipment, facilities used for nursing care to ensure safety, effectiveness and prevent health care associated infections	2							

	19	UTILIZE FINANCIAL RESOURCES TO SUPPORT PATIENTS/CLIENTS CARE	73	*Indicator 1:* Identify the cost-effectiveness in the utilization of resources	*							
			74	*Indicator 2:* Develop budget proposal and deploy the plan to use resources for patient's care needs effectively.	*							
	20	MAITAINS THE SAFE ENVIRONMENT	75	*Indicator 1:* Comply with standards and safety codes prescribed by laws	2							
			76	*Indicator 2:* Adhere to policies, procedures and protocols on prevention and control of infection.	2							
			77	*Indicator 3:* Comply to rules and regulations regarding care environment (water, air and noise)	*							
			78	*Indicator 4:* Comply with regulations regarding management and treatment of wastes.	2							
			79	*Indicator 5:* Define steps to follow in case of fire, earthquake and other emergency situations.	*							
			80	*Indicator 6:* Demonstrate understanding on areas related to occupational health and legal documents on safe working environment	1							
	21	IMPROVE THE QUALITY OF CARE AND RISK MANAGEMENT IN CARE ENVIRONMENT.	81	*Indicator 1:* Be aware of the necessity of quality assurance activities, quality improvement through feedback and evaluation of regular practice	1							
			82	*Indicator 2:* Detect and reports environmental risks in patient care and make appropriate corrective action	1							
			83	*Indicator 3:* Solicits feedback from patients/clients and significant others regarding care rendered	1							
			84	*Indicator 4:* Apply proper methods to improve quality of care	1							

			85	*Indicator 5:* Participate in quality improvement activities in health care centre	1							
			86	*Indicator 6:* Share with the team member relevant information regarding patients/clients' condition and significant changes in patients/clients' environment	2							
			87	*Indicator 7:* Review nursing care plan to improve quality of care as well as minimize potential shortcomings	1							
			88	*Indicator 8:* Make appropriate proposals of means for care and preventions	1							
			89	*Indicator 9:* Apply scientific evidences in nursing care to improve safety for patients.	1							
	22	CONDUCT NURSING RESEARCH AND IMPLEMENT EVIDENCE BASED PRACTICE	90	*Indicator 1:* Define and select research areas or research questions that are necessary, reasonable and feasible	*							
			91	*Indicator 2:* Apply appropriate methods to conduct selected research issues	*							
			92	*Indicator 3:* Apply appropriate statistical methods to analyze and interpret collected	*							
			93	*Indicator 4:* Recommend appropriate research result based solutions	*							
			94	*Indicator 5:* Present research findings to colleagues, patients and related persons	*							
			95	*Indicator 6:* Utilize research findings in nursing practice to improve quality of nursing practice	1							
	23	MAINTAIN PERSONAL AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT	96	*Indicator 1:* Identify own learning needs, strengths, weaknesses/ limitations	2							
			97	*Indicator 2:* Pursue continuing education, participates in formal and non- formal education; Apply learned information for the improvement of care	2							

			98	*Indicator 3:* Get involved in professional organizations and civic activities	1							
			99	*Indicator 4:* Project a professional image of the nurse, demonstrate good manners and right conduct at all times	2							
			100	*Indicator 5:* Possess positive attitude towards change and criticism, listen to suggestions and recommendations, try new strategies or approaches and adapt to changes willingly	2							
			101	*Indicator 6:* Perform function according to professional standards	2							
			102	*Indicator 7:* Contribute to improve training and professional development for colleagues	*							
			103	*Indicator 8:* Contribute to improve the role and status of nursing profession in the health sector and in society	*							
LEGAL AND ETHICS COMPETENCIES	24	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	104	*Indicator 1:* Practice in accordance with the laws related to health, regulations of the Health Ministry and nursing practice	2							
			105	*Indicator 2:* Compliance with the provisions of the work base	2							
			106	*Indicator 3:* Implement codes of conduct of the unit/organization and law	2							
			107	*Indicator 4:* Record and keep care records and documents related to the patient, the health problems of patients in accordance with the standard care practices	2							
	25	PRACTICE IN ACCORDANCE WITH ETHICO-MORAL RESPONSIBILITIES	108	*Indicator 1:* Accept responsibility and accountability for own decision and care interventions.	2							
			109	*Indicator 2:* Compliance with national and international standards of professional ethics in nursing practice.	2							
			110	*Indicator 3:* Report the violation to the competent agencies and take responsible for that report	2							

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 03 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date……Month ……Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-assessment	*Comment of trainee: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result, and action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor: (preceptor writes down clearly about reach or unreachable result. and recommendation for next step)* *Signature:*

Note:

Indicators with (*) will not count on this evaluation result

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 06 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date……Month ……Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-assessment	*Comment of trainee: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result, and action for next step)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor: (preceptor writes down clearly about reach or unreachable result, and recommendation for next step)* *Signature:*

<u>*Note:*</u>

Indicators with (*) will not count on this evaluation result

EVALUATION OF LEARNING RESULT AFTER 09 MONTHS

(following to competency-based checklist of Competency Standards for Vietnam Nurses)

Evaluation time: Date……Month ……Year……

Learning result, comment and confirm signature	
Preceptor discusses and agrees with new nurse	List of indicators which achieve level 2 over total 60 acquired indicators in level 2: …….. = ?/60 List of indicators which achieve level 1 over total 35 acquired indicators in level 1: …….. = ?/35 List of indicators reach level 0: ..……...= ?
Trainee's self-assessment	*Comment of trainee: (trainee writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*
Preceptor assessment and gives comment	*Comment of preceptor:(preceptor writes down clearly about reach or unreachable result)* *Signature:*

Note:

Evaluation sheet after 9months of preceptor will be used as basis for person/department in charge of general training to submit results to the Hospital director where conducted training in order to issue "Practice Certificate" for new nurse after completed training.

