

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG HOÀN THIỆN CÁC BIỂU MẪU TRÊN HỒ SƠ BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG GIA LAI: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRƯỚC CAN THIỆP (T0)

Đặng Ngọc Hà¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Ngô Thị Quỳnh Như¹,
Đặng Thị Thu Thảo¹, Hà Thị Thúy Kiều¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng hoàn thiện các biểu mẫu trên hồ sơ bệnh án điện tử (HSBA) tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai, làm căn cứ lựa chọn nội dung can thiệp trong đề tài “Hiệu quả của bình bệnh án kết hợp sinh hoạt khoa học tại khoa”.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích kết quả bước đầu trước can thiệp (T0) trên 89 HSBA nội trú duy nhất; cỡ mẫu mục tiêu theo đề cương là 155 HSBA/thời điểm nên đây là số liệu sơ bộ, chưa khóa. Mỗi HSBA được đánh giá bằng 4 bảng kiểm (54 tiêu chí): Phiếu theo dõi - chăm sóc (20 tiêu chí), dịch truyền (5 tiêu chí), công khai thuốc - vật tư/DV (6 tiêu chí) và BHYT (23 tiêu chí); thang chấm 0/1/2/K. HSBA đạt yêu cầu khi điểm chung $\geq 80\%$ VÀ đồng thời mọi bảng kiểm áp dụng đều đạt $\geq 80\%$.

Kết quả: Điểm chung trung bình $89,6 \pm 6,6\%$, nhưng chỉ 29/89 HSBA (32,6%) đạt yêu cầu theo định nghĩa nghiên cứu; 87/89 (97,8%) đạt điểm chung $\geq 80\%$. Phiếu theo dõi - chăm sóc có điểm thấp nhất ($74,8 \pm 15,7\%$; 33,7% hồ sơ đạt), tập trung ở nhóm “chẩn đoán/vấn đề và mục tiêu chăm sóc” (63,3%) và “can thiệp chăm sóc” (66,2%) - đây là các nội dung ưu tiên cho can thiệp. Ba bảng kiểm còn lại đạt cao: dịch truyền 98,8%, công khai thuốc 97,8%, BHYT 100% hồ sơ áp dụng đạt $\geq 80\%$.

Kết luận: Điểm tổng hợp cao có thể che lấp khoảng trống ở một nhóm biểu mẫu cụ thể - đây là kết quả bước đầu ($n=89/155$), số liệu còn một số lỗi cần rà soát trước khi khóa làm mốc so sánh chính thức cho các giai đoạn

can thiệp tiếp theo.

Từ khóa: Hồ sơ bệnh án điện tử, chất lượng ghi chép điều dưỡng, bảng kiểm, kết quả bước đầu.

SUMMARY

QUALITY OF FORM COMPLETION IN ELECTRONIC MEDICAL RECORDS AT HUNG VUONG GIA LAI HOSPITAL: PRELIMINARY BASELINE (T0) RESULTS

Objectives: To describe, as preliminary baseline findings, the quality of form completion in electronic medical records (EMR) at Hung Vuong Gia Lai Hospital, informing intervention content for the project “Effectiveness of bedside case review combined with departmental scientific activities”.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive analysis of preliminary pre-intervention (T0) data from 89 unique inpatient EMRs; the protocol-specified target sample is 155 EMRs per time point, so this dataset is preliminary and not yet locked. Each EMR was assessed using four checklists (54 criteria total): nursing care monitoring (20 criteria), infusion monitoring (5 criteria), disclosure of medications/supplies/services (6 criteria), and health-insurance-related documentation (23 criteria), scored 0/1/2/Not-applicable. An EMR met requirements when the overall score was $\geq 80\%$ and every applicable checklist also scored $\geq 80\%$.

Results: The mean overall score was $89.6 \pm 6.6\%$, yet only 29/89 EMRs (32.6%) met the requirement definition; 87/89 (97.8%) reached an overall score $\geq 80\%$. The nursing care monitoring checklist scored lowest ($74.8 \pm 15.7\%$; 33.7% of records met threshold), with the weakest areas being “care diagnosis/problem and goals” (63.3%) and “care intervention” (66.2%) - identified as priority content for intervention. The

¹Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đặng Ngọc Hà

Email: Ngocha02061985@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/08/2026

Ngày duyệt bài: 27/08/2026

other three checklists scored high: infusion 98.8%, medication/supply disclosure 97.8%, and health-insurance documentation 100% of applicable records reaching $\geq 80\%$.

Conclusion: A high aggregate score can mask a gap concentrated in one specific form group. These are preliminary findings (n=89/155); the dataset still contains some data-quality issues requiring review before being locked as the baseline for subsequent intervention phases.

Keywords: Electronic medical record, nursing documentation quality, checklist, preliminary results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồ sơ bệnh án điện tử (HSBA) là công cụ pháp lý và chuyên môn trung tâm trong quản lý chất lượng khám, chữa bệnh, được quy định là một phần bắt buộc của hồ sơ bệnh án theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh hiện hành [4]. Ghi chép đầy đủ, đúng trình tự và có căn cứ lâm sàng - đặc biệt ở Phiếu theo dõi, chăm sóc điều dưỡng - phản ánh tính liên tục và an toàn của quá trình chăm sóc, đồng thời là cơ sở cho thanh toán bảo hiểm y tế và giải quyết tranh chấp khi cần [1],[3].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thiếu sót đáng kể trong ghi chép hồ sơ điều dưỡng, tập trung ở các nội dung đòi hỏi tư duy lâm sàng như xác định vấn đề chăm sóc, đặt mục tiêu và lượng giá kết quả, trong khi các nội dung mang tính thủ tục (ký xác nhận, ghi thời gian) thường đạt tỷ lệ cao hơn [3],[5],[6]. Khoảng cách này có thể bị che lấp nếu chỉ báo cáo một điểm số tổng hợp duy nhất.

Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai đang triển khai đề tài “Hiệu quả của bình bệnh án kết hợp sinh hoạt khoa học tại khoa đối với chất lượng hoàn thiện các biểu mẫu trên HSBA điện tử”, thiết kế so sánh trước - sau tại ba thời điểm

(T0, T1, T2). Bài báo này trình bày và phân tích độc lập bộ số liệu bước đầu tại T0 (89/155 HSBA theo cỡ mẫu đề cương), với giá trị khoa học nằm ở việc mô tả chi tiết theo từng nhóm nội dung của Phiếu theo dõi - chăm sóc - mức phân giải không có trong báo cáo tổng kết đề tài can thiệp T0-T1-T2 dự kiến công bố sau này (báo cáo đó sẽ tập trung vào hiệu quả thay đổi theo thời gian trên bộ số liệu đầy đủ, đã khóa). Để tránh trùng lặp, các số liệu T0 sơ bộ trong bài báo này sẽ không được trình bày lại nguyên vẹn trong công bố can thiệp T0-T1-T2, mà chỉ số T0 chính thức (sau khi hoàn thành đủ 155 HSBA và khóa dữ liệu) mới được dùng làm mốc so sánh trong công bố đó. Bài báo trình bày kết quả bước đầu nhằm:

(1) Mô tả thực trạng mức độ hoàn thiện bốn nhóm biểu mẫu trên HSBA điện tử;

(2) Xác định nhóm nội dung, tiêu chí có khoảng trống lớn nhất để làm căn cứ ưu tiên cho can thiệp tiếp theo.

Do chưa đạt đủ cỡ mẫu và số liệu chưa khóa chính thức, kết quả không nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp và cần cập nhật khi hoàn thành thu thập theo đề cương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: HSBA điện tử của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai trong giai đoạn thu thập T0, đã hoàn tất đợt điều trị. Đơn vị phân tích là một HSBA/một đợt điều trị; một người bệnh có thể có nhiều đợt điều trị và do đó đóng góp nhiều hơn một HSBA vào mẫu - nghiên cứu chưa kiểm soát được yếu tố này nên giả định độc lập giữa các quan sát có thể chưa hoàn toàn được bảo đảm.

2.2. Thời gian, địa điểm: Bệnh viện Hùng

Vương Gia Lai, giai đoạn thu thập T0 của đề tài can thiệp T0-T1-T2.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích kết quả bước đầu trước can thiệp.

2.4. Cỡ mẫu: Theo đề cương, cỡ mẫu mục tiêu là 155 HSBA/thời điểm; tại thời điểm phân tích này mới thu thập được 89 HSBA (57% cỡ mẫu mục tiêu), do đó đây là số liệu sơ bộ, chưa đại diện đầy đủ và chưa khóa chính thức.

2.5. Bộ công cụ: Bốn bảng kiểm (54 tiêu chí) xây dựng dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT, Thông tư 13/2025/TT-BYT và quy định nội bộ bệnh viện [1],[2]: Phiếu theo dõi - chăm sóc (20 tiêu chí, 5 nhóm nội dung), Phiếu theo dõi truyền dịch (5 tiêu chí), Phiếu công khai thuốc - vật tư/dịch vụ (6 tiêu chí) và HSBA về công tác BHYT (23 tiêu chí). Thang chấm mỗi tiêu chí: 2 = đạt đầy đủ, 1 = đạt một phần, 0 = không đạt, K = không áp dụng. Bộ công cụ do nhóm nghiên cứu xây dựng, chưa qua thẩm định giá trị nội dung hay độ tin cậy trước khi triển khai; hạn chế cần khắc phục trước khi khóa T0 chính thức.

2.6. Cách tính điểm và quy tắc phân loại: Điểm mỗi bảng kiểm (%) = tổng điểm đạt được của tiêu chí áp dụng / (số tiêu chí áp dụng $\times$ 2) $\times$ 100; điểm chung tính gộp tương tự trên toàn bộ tiêu chí áp dụng của 4 bảng. Do bảng BHYT có số tiêu chí lớn nhất (23/54) và thường đạt điểm cao, điểm chung có thể bị kéo cao dù Phiếu theo dõi - chăm sóc còn thiếu sót; vì vậy HSBA chỉ được coi đạt yêu cầu khi điểm chung $\geq 80\%$ VÀ đồng thời mọi bảng áp dụng đều đạt $\geq 80\%$, tránh điểm cao nhóm BHYT/công khai bù trừ cho hồ sơ chăm

sóc. Ngưỡng 80% và quy tắc đạt đồng thời là quy ước riêng của nhóm nghiên cứu theo đề cương đã phê duyệt, chưa dựa trên tiêu chuẩn công bố chính thức nào; sự chênh lệch giữa tỷ lệ đạt điểm chung $\geq 80\%$ (97,8%) và tỷ lệ đạt yêu cầu theo quy tắc đồng thời (32,6%) phụ thuộc mạnh vào quy ước này, cần được thẩm định độc lập hoặc đối chiếu với chuẩn tham chiếu công bố trước khi sử dụng như chỉ số chính thức để so sánh hiệu quả can thiệp.

2.7. Kiểm soát chất lượng dữ liệu: Rà soát phát hiện 1 HSBA tuổi không hợp lệ (88/89 hợp lệ); 3 HSBA ngày vào/ra hoặc ngày chấm bất thường (86/89 hợp lệ); 6 HSBA không nhất quán giữa trả lời “có truyền dịch” và mức áp dụng bảng dịch truyền; các trường hợp này được liệt kê kèm mã HSBA để rà soát trước khi khóa T0. Do phân bố người chấm không cân bằng giữa các khoa và chưa có hồ sơ chấm đôi để ước tính độ tin cậy liên đánh giá (kappa/ICC), nghiên cứu không dùng khác biệt điểm giữa các khoa để so sánh khoa nào tốt hơn.

2.8. Phân tích số liệu: Thống kê mô tả; biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ %. Phân bố biến định lượng được kiểm tra qua biểu đồ/độ lệch trước khi chọn cách trình bày: tuổi và thời gian nằm viện lệch nên dùng trung vị (IQR); điểm chất lượng phân bố gần chuẩn nên dùng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Thuộc đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai [Số quyết định phê duyệt của Hội đồng Đạo đức/Khoa học: 46/QĐ-HVGL, ngày 26/03/2026. Không dùng tên người bệnh; dữ liệu mã hóa theo mã HSBA, tách khỏi thông tin định danh, chỉ phục vụ nghiên cứu và cải tiến chất lượng nội bộ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm HSBA được đánh giá: Trong 89 HSBA, tuổi người bệnh có trung vị 36,0 (IQR 10,8-56,3), phổ rộng từ trẻ nhỏ đến người cao tuổi (n=88 hợp lệ); nữ chiếm 56,2%. Mẫu bao phủ 7 nhóm khoa, nhiều nhất là Nội tổng hợp và Ngoại tổng hợp (mỗi nhóm 19,1%). Phần lớn HSBA thuộc phân cấp chăm sóc II (70,8%); 56,2% có phẫu thuật/thủ thuật và 42,7% có chuyển khoa. Mỗi HSBA có trung vị 53/54 tiêu chí được áp dụng (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm HSBA được đánh giá (n=89)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, trung vị (IQR), năm (n=88)*	36,0 (10,8-56,3)
Nhóm tuổi <18 tuổi, n (%)	29 (33,0)
Nhóm tuổi 18-<60 tuổi, n (%)	40 (45,5)
Nhóm tuổi ≥60 tuổi, n (%)	19 (21,6)
Giới tính nữ, n (%)	50 (56,2)
Phân cấp chăm sóc II, n (%)	63 (70,8)
Có phẫu thuật/thủ thuật, n (%)	50 (56,2)
Có chuyển khoa, n (%)	38 (42,7)
Thời gian từ vào khoa đến ra/chăm, trung vị (IQR), ngày	5 (4-8)
Số tiêu chí áp dụng/HSBA, trung vị (IQR)	53 (51-54)

*Tuổi và nhóm tuổi tính trên n=88 (1 HSBA có giá trị tuổi không hợp lệ, loại khỏi mô tả biến này); các đặc điểm khác tính trên n=89.

Bảng 2. Kết quả chung của bốn bảng kiểm (n=89)

Nội dung đánh giá	n áp dụng	Điểm TB±SD (%)	Đạt ≥80%, n (%)
Phiếu theo dõi - chăm sóc (20 TC)	89	74,8±15,7	30 (33,7)
Phiếu theo dõi dịch truyền (5 TC)	83	97,7±11,4	82 (98,8)
Phiếu công khai thuốc/vật tư/DV (6 TC)	89	95,5±6,5	87 (97,8)
HSBA về công tác BHYT (23 TC)	89	98,7±3,2	89 (100,0)
Điểm chung gộp 4 bảng kiểm	89	89,6±6,6	29 (32,6)*

TC: tiêu chí. *”Đạt” ở dòng điểm chung là đạt yêu cầu theo quy tắc đồng thời (điểm chung ≥80% VÀ mọi bảng áp dụng đều ≥80%) - quy ước riêng của nghiên cứu, khác với 87/89 (97,8%) hồ sơ chỉ đạt điểm chung ≥80% mà chưa xét điều kiện đồng thời.

Kết quả chung của bốn bảng kiểm: Điểm chất lượng chung trung bình đạt 89,6±6,6% (trung vị 88,0%), nhưng chỉ 29/89 HSBA (32,6%) đạt yêu cầu theo định nghĩa nghiên cứu (điểm chung ≥80% và mọi bảng kiểm áp dụng đều đạt ≥80%). Có 87/89 (97,8%) đạt

điểm chung $\geq 80\%$, song 58 hồ sơ trong số này vẫn không đạt yêu cầu do ít nhất một bảng kiểm thành phần dưới 80% - cho thấy điểm tổng hợp cao có thể che lấp khoảng trống ở một nhóm biểu mẫu cụ thể. Phiếu theo dõi - chăm sóc có điểm thấp nhất ($74,8 \pm 15,7\%$; $33,7\%$ hồ sơ đạt); ba bảng kiểm còn lại đạt cao: dịch truyền $97,7 \pm 11,4\%$ ($98,8\%$ hồ sơ

áp dụng đạt), công khai thuốc/vật tư/DV $95,5 \pm 6,5\%$ ($97,8\%$ đạt) và BHYT $98,7 \pm 3,2\%$ (100% đạt) (Bảng 2). Trong 4.806 lượt chấm của 89 HSBA, $78,3\%$ đạt đầy đủ (mức 2), $16,1\%$ đạt một phần (mức 1), $2,0\%$ không đạt (mức 0) và $3,6\%$ không áp dụng; Phiếu theo dõi - chăm sóc chiếm phần lớn các mức 1 và 0.

Bảng 3. Điểm theo 5 nhóm nội dung của Phiếu theo dõi - chăm sóc (n=89)

Nhóm nội dung	Điểm TB (%)	Tỷ lệ hồ sơ nhóm đạt $\geq 80\%$
A. Thời gian, tính xác thực và giá trị pháp lý	91,3	75,3%
B. Nhận định chăm sóc	79,4	56,2%
C. Chẩn đoán/vấn đề và mục tiêu chăm sóc	63,3	29,2%
D. Can thiệp chăm sóc	66,2	36,0%
E. Đối chiếu, bàn giao và tính liên tục	81,9	57,3%

Bảng 4. Một số tiêu chí có tỷ lệ đạt đầy đủ thấp nhất

Mã	Nội dung tóm tắt	Đạt đầy đủ (mức 2), n (%)
CS13	Can thiệp được lựa chọn đầy đủ, hợp lý, logic	26 (29,2)
CS09	Chẩn đoán/vấn đề chăm sóc có đủ căn cứ	28 (31,5)
CS07	Đánh giá nguy cơ, vết thương, đường truyền...	29 (32,6)
CS08	Nhận định bổ sung khi có diễn biến mới	31 (34,8)
CS10	Cập nhật vấn đề mới đầy đủ khi diễn biến	32 (36,0)
CS11	Mục tiêu chăm sóc tương ứng, đo lường được	32 (36,0)
CS14	Can thiệp dinh dưỡng phù hợp	39 (43,8)
CS12	Đánh dấu đạt mục tiêu/điều chỉnh kế hoạch	40 (44,9)*

*Tương ứng $41,6\%$ ($37/89$) hồ sơ chưa đạt đầy đủ tiêu chí CS12 (mức 0 hoặc 1).

IV. BÀN LUẬN

Phát hiện nổi bật nhất là khoảng cách giữa điểm chung rất cao ($89,6\%$; $97,8\%$ đạt $\geq 80\%$) và tỷ lệ chỉ $32,6\%$ hồ sơ đạt yêu cầu theo quy tắc “đạt đồng thời”. Khoảng cách này phần lớn do cấu trúc trọng số: BHYT chiếm $23/54$ tiêu chí và gần như luôn đạt cao, kéo điểm

chung lên dù Phiếu theo dõi - chăm sóc còn nhiều thiếu sót. Đây là minh chứng cụ thể cho lý do không nên dùng một điểm số tổng hợp duy nhất để đại diện chất lượng ghi chép hồ sơ: một chỉ số tổng quát tốt có thể ẩn giấu khoảng trống nghiêm trọng ở đúng nhóm nội

dung ảnh hưởng trực tiếp đến an toàn người bệnh. Cần nhấn mạnh: quy tắc “đạt đồng thời” và ngưỡng 80% là quy ước riêng của nghiên cứu, chưa được thẩm định hay đối chiếu với chuẩn tham chiếu công bố nào; tỷ lệ 32,6% vì vậy nên được xem là một chỉ báo sàng lọc nội bộ, không phải kết quả đã được chuẩn hóa để so sánh giữa các cơ sở hay công bố như phát hiện chính đã được kiểm định.

Ý nghĩa lâm sàng quan trọng nhất nằm ở việc phân tích 5 nhóm nội dung của Phiếu theo dõi - chăm sóc cho thấy khoảng trống không phân bố đều mà tập trung rõ rệt vào chuỗi tư duy lâm sàng của điều dưỡng: nhận định (79,4%) còn khá, nhưng giảm mạnh ở xác định chẩn đoán/vấn đề chăm sóc (liên quan CS09, 31,5% đạt đầy đủ), đặt mục tiêu chăm sóc tương ứng (CS10, 36,0%), lựa chọn can thiệp phù hợp (CS13, 29,2%) và lượng giá/điều chỉnh kế hoạch (CS12, 41,6% chưa đạt). Đây là bốn mắt xích liên tiếp của một tiến trình chăm sóc theo kế hoạch (nhận định → chẩn đoán → mục tiêu → can thiệp → lượng giá); việc cả bốn mắt xích sau nhận định đều yếu gợi ý khó khăn không nằm ở khâu thu thập dữ liệu ban đầu mà ở khả năng chuyển hóa dữ liệu thành nhận định lâm sàng và kế hoạch chăm sóc cá thể hóa - một kỹ năng đòi hỏi tư duy phản biện nhiều hơn ghi chép thủ tục đơn thuần, phù hợp nhận định trong y văn về ghi chép điều dưỡng tại Việt Nam và tổng quan quốc tế về các rào cản tuân thủ ghi chép điều dưỡng [3],[5],[6],[7]. Ngược lại, các tiêu chí mang tính xác nhận/thủ tục (CS01, CS02, CS05) đạt tỷ lệ cao, cho thấy vấn đề không phải do thiếu tuân thủ ghi chép nói chung mà do khoảng trống cụ thể ở năng lực lập luận và lập kế hoạch chăm sóc.

Ba bảng kiểm còn lại (dịch truyền, công khai thuốc/vật tư, BHYT) đạt tỷ lệ cao và tương đối đồng đều, phù hợp đặc điểm các nội dung này thiên về xác nhận thủ tục, quy định hành chính rõ ràng hơn là đòi hỏi phán đoán lâm sàng - khác biệt về bản chất so với Phiếu theo dõi - chăm sóc.

Nghiên cứu còn một số vấn đề chất lượng dữ liệu (hồ sơ tuổi/ngày bắt thường, không nhất quán truyền dịch) cần rà soát trước khi khóa T0; các trường hợp này đã được liệt kê kèm mã hồ sơ để nhóm nghiên cứu đối chiếu. Hạn chế phương pháp gồm: cỡ mẫu mới đạt 57% mục tiêu nên chưa đại diện đầy đủ; bộ công cụ và quy tắc phân loại tự xây dựng, chưa thẩm định giá trị/độ tin cậy và chưa có đánh giá liên đánh giá; đơn vị phân tích là đợt điều trị nên một người bệnh có thể đóng góp nhiều hồ sơ; và thiết kế mô tả cắt ngang tại một thời điểm không cho phép đánh giá hiệu quả can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu (n=89/155, chưa khóa) cho thấy điểm chất lượng chung của HSBA điện tử khá cao (89,6±6,6%), nhưng chỉ 32,6% hồ sơ đạt yêu cầu theo quy tắc đạt đồng thời cả 4 bảng kiểm - phản ánh điểm tổng hợp cao có thể che lấp khoảng trống ở nhóm nội dung cụ thể. Khoảng trống tập trung rõ rệt vào chuỗi chẩn đoán, mục tiêu, can thiệp và lượng giá của Phiếu theo dõi - chăm sóc, trong khi các nội dung xác nhận/thủ tục và ba bảng kiểm còn lại đạt tỷ lệ cao. Đây là dữ liệu sơ bộ từ một cơ sở, sử dụng công cụ và ngưỡng phân loại tự xây dựng chưa được thẩm định; kết quả cần được cập nhật sau khi hoàn thành đủ cỡ mẫu, làm sạch và khóa dữ liệu chính thức

trước khi dùng làm mốc so sánh cho các giai đoạn can thiệp tiếp theo.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Hoàn thiện đủ cỡ mẫu, làm sạch và khóa dữ liệu T0; thẩm định bộ công cụ và đánh giá độ tin cậy giữa người chấm trước khi dùng làm mốc so sánh chính thức cho T1, T2.

2. Ưu tiên nội dung can thiệp vào chuỗi lập kế hoạch chăm sóc của Phiếu theo dõi - chăm sóc (xác định vấn đề, đặt mục tiêu, chọn can thiệp, lượng giá); hình thức bình bệnh án kết hợp phản hồi định kỳ phù hợp với bằng chứng về hiệu quả của kiểm toán - phản hồi (audit and feedback) trong cải thiện thực hành lâm sàng [8].

3. Bổ sung số quyết định phê duyệt đạo đức nghiên cứu trước khi công bố chính thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Thông tư số 31/2021/TT-BYT quy định về hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Hà Nội; 2021.
2. **Bộ Y tế.** Thông tư số 13/2025/TT-BYT hướng dẫn triển khai hồ sơ bệnh án điện tử. Hà Nội; 2025.
3. **Trần Thị Ngọc Anh, Phan Văn Tường.** Thực trạng ghi hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất năm 2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;(58):79-86.
4. **Quốc hội.** Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023.
5. **Chu Thị Quý, Ngô Thị Huyền, Vũ Thị Thắm, Mai Mạnh Tam.** Thực trạng ghi chép hồ sơ điều dưỡng nội khoa và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2022-2023. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2023;64(6):83-90.
6. **Nguyễn Thị Hoài Thu, Lê Đình Sáng, Phùng Thanh Hùng.** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;144(8):186-195.
7. **Bunting J, de Klerk M.** Strategies to improve compliance with clinical nursing documentation guidelines in the acute hospital setting: a systematic review and analysis. SAGE Open Nursing. 2022;8:23779608221075165.
8. **Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, et al.** Audit and feedback: effects on professional practice. Cochrane Database Syst Rev. 2026;6:CD000259.