Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 134-138

ASSESSMENT OF NURSING CARE RECORD DOCUMENTATION FOR PATIENTS WITH WOUNDS AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY, IN 2025

Nguyen Thi Thoa*, Dang Thi Hang Thi, Nguyen Thi Thu Phuong,
Nguyen Thi Bich Hanh, Tran Thi Kim Oanh, Phan Thi Phuong Thuy, Bui Bich Ngoc

19-8 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/07/2026
Revised: 21/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of wound care documentation among hospitalized patients at 19-8 Hospital in 2025.

Materials and Methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted on 219 inpatient medical records from surgical departments between February and August 2025. Data were collected using a pre-designed checklist evaluating the quality of nursing documentation for patients with wounds.

Results: Over 95% of medical records contained documentation of subjective and objective symptoms. However, 14.2% of nursing care and monitoring forms did not record the level of care; only 4.6% of records included assessments of paraclinical (laboratory or imaging) results; 63.5% lacked fall risk assessment, and 13.2% did not assess pressure ulcer risk. More than 90% of nursing interventions were adequately documented in the medical records.

Conclusions: The proportion of nursing care records meeting quality standards was 75.3%. It is necessary to strengthen training and supervision, focusing on areas with lower compliance rates, such as documentation of abnormal paraclinical indicators and nursing diagnoses.

Keywords: Medical record, wound care, nursing, Circular No. 32/2023/TT-BYT.

*Corresponding author
Email: thoaduy198@gmail.com **Phone**: (+84) 989321178 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6419

THỰC TRẠNG GHI CHÉP HỒ SƠ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ VẾT THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN, NĂM 2025

Nguyễn Thị Thoa*, Đặng Thị Hằng Thi, Nguyễn Thị Thu Phương,
Nguyễn Thị Bích Hạnh, Trần Thị Kim Oanh, Phan Thị Phương Thúy, Bùi Bích Ngọc

Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/07/2026
Ngày sửa: 21/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng ghi chép hồ sơ chăm sóc người bệnh có vết thương tại Bệnh viện 19-8 năm 2025.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 219 HSBA nội trú tại các khoa ngoại từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2025. Các số liệu được thu thập bằng bộ bảng kiểm đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ chăm sóc người bệnh có vết thương được thiết kế sẵn.

Kết quả: Tỷ lệ Hồ sơ bệnh án có ghi nhận định các triệu chứng cơ năng va thực thể đạt trên 95%; Tuy nhiên vẫn còn 14,2% phiếu theo dõi và chăm sóc không ghi phân cấp chăm sóc; chỉ có 4,6% hồ sơ chăm sóc được nhận định kết quả cận lâm sàng; 63,5% chưa được đánh giá nhận định nguy cơ té ngã và 13,2% không nhận định nguy cơ loét tỷ đè. Trên 90% các can thiệp của điều dưỡng được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

Kết luận: Tỷ lệ Phiếu theo dõi – chăm sóc đạt chất lượng 75,3%. Cần tăng cường đào tạo, giám sát tập trung vào những nội dung còn đạt tỷ lệ thấp như nhận định các chỉ số cận lâm sàng bất thường và chẩn đoán điều dưỡng.

Từ khóa: Hồ sơ bệnh án, chăm sóc vết thương, điều dưỡng, thông tư 32/2023 TT- BYT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghi chép hồ sơ bệnh án được quy định là một trong những tiêu trí đánh giá năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam [1]. Ngoài những kỹ năng về giao tiếp và năng lực chuyên môn, người điều dưỡng hiện đại cần có khả năng ghi chép hồ sơ bệnh án một cách khách quan, trung thực và kịp thời. Hồ sơ bệnh án (HSBA) và hồ sơ chăm sóc (HSCS) là tài liệu liên quan tới quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế, là tài liệu mang tính khoa học, chứng từ hành chính đồng thời là một tài liệu pháp y [2]. Một HSCS được ghi chép tốt giúp nâng cao chất lượng quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh, đồng thời đánh giá hiệu suất thực hành lâm sàng của điều dưỡng thông qua việc ghi chép chuyên biệt về quá trình chăm sóc, diễn biến của bệnh và những biến chứng xảy ra trong quá trình người bệnh điều trị tại cơ sở y tế. Đối với người bệnh có vết thương, hình dạng, vị trí vết thương phải được ghi chép chính xác, mức độ nhiễm trùng và biến chứng của vết thương lên cơ thể người bệnh cần được cập nhật hàng ngày, do đó công tác ghi chép hồ sơ chăm sóc càng trở nên quan trọng.

Đã có nhiều nghiên cứu về ghi chép hồ sơ bệnh án được thực hiện ở cả trong và ngoài nước. Như nghiên cứu của Annali di Igiene năm 2003 về chất lượng hồ sơ bệnh án ở vùng Lazio, Italia [3]; Năm 2017 tác giả Nguyễn Thị Thùy Anh Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM cho thấy phiếu chăm sóc tỉ lệ sai sót là 15,9%. Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sai sót trong ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng với trình độ và thâm niên của điều dưỡng. Hay đề tài đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia năm 2020 của nhóm tác giả Dương Thị Khánh Vân, Dương Minh Đức và cộng sự [4], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hà tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2018 về thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép bệnh án sản khoa nội trú [5]. Đa phần các nghiên cứu này đều được thực hiện trên toàn bộ hồ sơ bệnh án, rất ít các nghiên cứu thực hiện tập trung vào công tác ghi chép hồ sơ chăm sóc điều dưỡng.

Hồ sơ chăm sóc bao gồm cả các giấy tờ có liên quan đến quá trình chăm sóc người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hồ sơ chăm sóc cần được ghi chép kịp thời, đầy đủ, liên tục, phù hợp, rõ ràng và có sự thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh sẽ giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phòng bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt kết quả cao. Nhằm chuẩn hóa việc lập và ghi chép HSBA, năm 2016, Bộ Y tế ra quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, trong đó có yêu cầu về chất lượng HSBA. Hồ sơ bệnh án được coi là đạt yêu cầu nếu đảm bảo các nội dung sau: được ghi đúng và đầy đủ các mục trong hồ sơ bệnh án; có thông tin chính xác và khách quan; đảm bảo về mặt thời gian; và có hình thức sạch sẽ, không rách nát, tẩy xóa, chữ viết dễ đọc. Năm 2023 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 32/2023/TT-BYT, có hiệu lực từ ngày 01/01/2024, quy định biểu mẫu và yêu cầu cụ thể đối với điều dưỡng và theo Điều 69 Luật khám bệnh, chữa bệnh 2023 Hồ sơ bệnh án được lập bằng giấy hoặc bản điện tử có giá trị pháp lý như nhau.

Tuy nhiên, hiện tại Bệnh viện 19-8 mới bắt đầu triển khai biểu mẫu HSBA theo mẫu TT 32/2023/TT-BYT từ tháng 2 năm 2024 và chưa có nghiên cứu nào đánh giá về chất lượng ghi chép HSBA theo Thông tư 32.2023 TT – BYT, có những yếu tố nào ảnh hưởng đến chất lượng ghi chép hồ sơ chăm sóc của điều dưỡng. Trước nhu cầu thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu:

*Tác giả liên hệ
Email: thoaduy198@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 989321178 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6419

Đánh giá thực trạng ghi chép hồ sơ chăm sóc người bệnh có vết thương tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án nội trú tại 05 khoa ngoại của Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Hồ sơ chăm sóc người bệnh có vết thương.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các hồ sơ chăm sóc người bệnh không có vết thương và hồ sơ chăm sóc ngoại trú.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2025.

- Địa điểm: tại 05 khoa ngoại: Chấn thương Chỉnh hình – Bỏng, Sản và KHHGĐ, Ngoại Tổng hợp, Trung tâm Ung bướu, Ngoại Tiết niệu, Ngoại Thần kinh của Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ 219 Hồ sơ chăm sóc người bệnh có vết thương điều trị tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2025.

- Quy trình lấy hồ sơ và thu thập số liệu:

+ Phòng Điều dưỡng làm đề xuất tới Ban Giám đốc đồng ý cho tiến hành nghiên cứu, tìm hồ sơ bệnh án đạt tiêu chuẩn qua chẩn đoán của bác sĩ ghi trên bệnh án.

+ Phân công cho các đồng chí điều dưỡng trưởng khối thực hiện thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án và điền vào phiếu đánh giá được thiết kế sẵn.

+ Tất cả các đồng chí thu thập số liệu được tập huấn, hướng dẫn, thống nhất lấy số liệu một cách khách quan, công tâm để đảm bảo kết quả trung thực, đúng thực tế.

- Bộ công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Bộ công cụ thu thập số liệu là phiếu đánh giá được thiết kế dựa và tiêu chuẩn, tiêu chí ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng theo Thông tư 32/2023/TT-BYT, hướng dẫn một số điều của Luật khám bệnh chữa bệnh và thông tư 31/2021/TT-BYT, quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện và các tiêu chuẩn chăm sóc theo dõi vết thương.

- Phiếu đánh giá toàn bộ hồ sơ chăm sóc bao gồm 3 phần:

+ Phần A: Hành chính và nhận định người bệnh khi vào khoa.

+ Phần B: Các phiếu theo dõi và bảng đánh giá của hồ sơ chăm sóc.

+ Phần C: Quản lý và chăm sóc vết thương (loại vết thương, các yếu tố có thể gây kéo dài thời gian liền thương, đánh giá vết thương).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Tất cả số liệu được làm sạch, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 để xử lý số liệu với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ %.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung của người bệnh tại hồ sơ bệnh án

Bảng 1. Thông tin chung của người bệnh (N=219)

Nội dung		n	%
Tuổi	Tuổi TB: 38.8±4,5, tuổi nhỏ nhất 16, tuổi lớn nhất 81		
	Tuổi <30	74	33,8
	Tuổi 30-50	99	45,2
	trên 50	46	21,0
Giới	Nam	112	51,1
	Nữ	107	48,9
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	16	7,3
	Nông dân	22	10,0
	Công nhân, cán bộ, NVVP	143	65.,3
	Hưu trí	38	17,4
Đối tượng	Bảo hiểm	192	87,7
	Dịch vụ	27	12,3
Thời gian nằm viện	Thời gian nằm viện TB: 6,3±2,4 ngày; ít nhất 2 ngày; nhiều nhất 15 ngày		
	< 7 ngày	111	50,7
	>= 7 ngày	108	49,3
Phân nhóm phẫu thuật	Ngoại CTCH - Bỏng	121	55,3
	Ngoại Sản và KHHGĐ	56	25,6
	Ngoại Tổng hợp	27	12,3
	Ngoại Tiết niệu	3	1,4
	Ngoại Thần kinh	12	5,5
Thời gian Phẫu thuật	Trung bình 56,6p; ít nhất 20p, nhiều nhất 4h20p		
	Dưới 1 giờ	150	68,5
	1 - <3 giờ	65	29,7
	3-6 giờ	3	1,3
	trên 6 giờ	1	0,5
Tổng		219	100

Nhận xét: Tại bảng 1 cho kết quả, tỷ lệ người bệnh ở nhóm tuổi 30-50 chiếm cao nhất với 45,2%, nam nhiều hơn nữ (51,1%) và công nhân viên chức là chủ yếu. Đối tượng hồ sơ bệnh án là bảo hiểm chiếm đa số với tỷ lệ 87,7%. Đa số người bệnh có thời gian nằm viện dưới một tuần. Tỷ lệ bệnh án người bệnh thuộc khoa Chấn thương chỉnh hình – Bỏng chiếm đa số với tỷ lệ 55,3%. Khoa Ngoại thần kinh có số lượng bệnh án ít nhất (5,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình cho người bệnh là 56,6 phút. Tỷ lệ người bệnh có thời gian phẫu thuật dưới 1 giờ chiếm cao nhất với 68,5%. Thời gian phẫu thuật kéo dài nhất là trên 6 giờ (1 bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương trên màn hình tăng sáng).

Bảng 2. Tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới vết thương (N=219)

Tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ		n	%
BMI	< 18.5 (thấp cân)	14	6,4
	18.5-22.9 (bình thường)	104	47,5
	23-27.5 (thừa cân)	60	27,4
	Lớn hơn 27.5 (béo phì)	8	3,7
Bệnh lý ĐTĐ	Không	212	96,8
	Có, HbA1C trước PT <= 7%	6	2,7
	Có, HbA1C trước PT > 7%	1	0,5

Tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ		n	%
Tình trạng hút thuốc	Không = 0	219	100
	Có hút nhưng đã từ bỏ ít nhất 4 tuần trước PT hoặc hút đến trước khi PT	0	0
Điều trị hóa chất	Không = 0	219	100
	Có hiện tại hoặc trong 30 ngày trước khi phẫu thuật = 1	0	0
Chấn thương	Không = 0	113	51,6
	Có, thời gian từ chấn thương đến khi phẫu thuật ít hơn 6 giờ	21	9,6
	Có, thời gian từ chấn thương đến khi PT > 6 giờ	85	38,8
Loại vết mổ	Sạch	169	77,2
	Sạch – nhiễm	43	19,6
	Nhiễm khuẩn	6	2,7
	Bẩn	1	0,5
Loại phẫu thuật cấp cứu	Không = 0	140	63,9
	Có, loại PT cấp cứu bệnh lý	16	7,3
	Có, loại phẫu thuật cấp cứu có chấn thương	53	24,2
Kháng sinh dự phòng	Phẫu thuật sạch không sử dụng kháng sinh dự phòng	0	0
	Có sử dụng trong vòng 120 phút trước khi rạch da	219	100
	Có sử dụng, nhưng lớn hơn 120 phút trước khi rạch da	0	0
	Không sử dụng		

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chung tôi tìm thấy trên bệnh án, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới vết thương được khai thác rất kỹ: có tới 31,1% người bệnh bị thừa cân,béo phì; 3,2% người bệnh bị đái tháo đường; 48,4% người bệnh bị chấn thương trước khi phẫu thuật, trong đó 38,8% người bệnh bị chấn thương trên 6 giờ từ trước khi phẫu thuật; có 3,2% vết mổ được đánh giá là bẩn và nhiễm khuẩn. 100% bệnh nhân đều được tiêm kháng sinh dự phòng trong vòng 120 phút trước khi rạch da. Các nguy cơ gây ảnh hưởng tới liền vết thương đã được các bác sĩ, điều dưỡng đánh giá kỹ lưỡng để có những chiến lược điều trị chăm sóc, phòng ngừa cho người bệnh khi nằm điều trị tại bệnh viện.

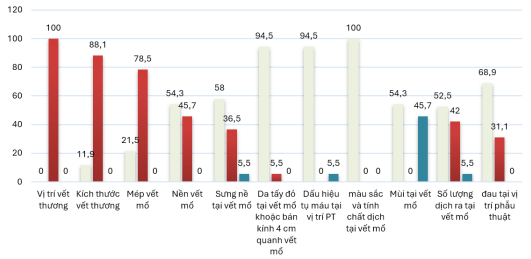
3.2. Thực trạng ghi chép phiếu theo dõi và chăm sóc

Bảng 3. Ghi chép nội dung nhận định (N=219)

Nội dung nhận định	Ghi đầy đủ (Tỷ lệ %)	Ghi không đầy đủ (Tỷ lệ %)	Không ghi (Tỷ lệ %)
Phần hành chính chung			
Đánh số thứ tự từng phiếu	216 (98,6)	0	3 (1,4)
NB được khai thác tiền sử dị ứng	214 (97,7)	0	5 (2,3)
Chỉ số cân nặng, BMI	200 (91,3)	19 (8,7)	0
Ghi ngày, giờ nhận định	219 (100)	0	0
Thể hiện phân cấp chăm sóc	188 (85,8)	0	31 (14,2)
Chỉ số sinh tồn và theo dõi chăm sóc cơ bản			
Kết quả phù hợp với người bệnh và tương đồng với bác sĩ	187 (85,4)	32 (14,6)	0
Tần xuất theo dõi và ghi chép	219 (100)	0	0
Nhận định cơ quan bị bệnh			
Triệu chứng cơ năng phù hợp	210 (95,9)	9	0
Triệu chứng thực thể (nếu có)	209 (95,4)	10 (4,6)	0
Chỉ số cận lâm sàng cơ bản bất thường (nếu có)	10 (4,6)	0	209 (95,4)
Nhận định các hệ cơ quan khác			
Hô hấp	219(100)	0	0
Tuần hoàn	219 (100)	0	0
Dinh dưỡng	219(100)	0	0
Giấc ngủ, nghỉ ngơi	219 (100)	0	0
Tinh thần	219 (100)	0	0
Vận động/ phục hồi chức năng	210 (95,9)	9 (4,1)	0
Giáo dục sức khỏe	219 (100)	0	0
Đánh giá các nguy cơ người bệnh			
Phù	94 (42,9)	0	125 (57,1)
Nguy cơ té ngã	80 (36,5)	0	139 (63,5)
Nguy cơ loét tỳ đè	190 (86,8)	0	29 (13,2)
Viêm tĩnh mạch	70 (31,9)	0	149 (68,1)

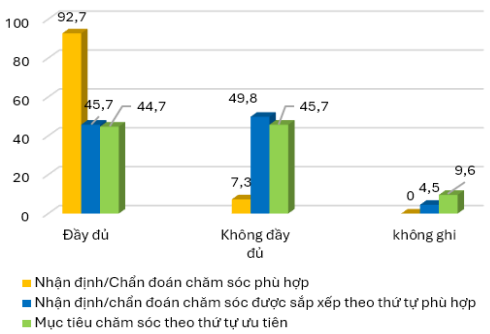
Nhận xét: Bảng 3 cho thấy phần nhận định các nội dung ghi chép đạt tỷ lệ cao như: Ghi ngày, giờ nhận định (100%), các hệ cơ quan hô hấp, tuần hoàn, dinh dưỡng, giấc ngủ, nghỉ ngơi (100%), vận động phục hồi chức năng (95,9%) ; nguy cơ loét tỳ đè (86,8%). Tuy nhiên, một số tiêu chí còn thấp như: đánh giá phù (42,9%); đánh giá viêm tĩnh mạch (31,9%), nguy cơ té ngã (36,5%), ghi chỉ số cận lâm sàng bất thường (4,6%). Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu tương tự của tác giả Nguyễn Thị Phương (2024) tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông. Đặc biệt là việc

điều dưỡng nhận định các yếu tố nguy cơ gây mất an toàn cho người bệnh như té ngã, loét tỳ đè và viêm tĩnh mạch. Việc này có thể được giải thích: Bệnh viện 19-8 chúng tôi đang trong quá trình mới triển khai phần mềm bệnh án điện tử và cũng mới áp dụng mẫu phiếu theo dõi và chăm sóc theo Thông tư 32/TT/2023-BYT. Việc triển khai còn cần nhiều thời gian và nhân viên còn cần phải được tập huấn kỹ lượng, đồng thời cần trang bị cơ sở vật chất đáp ứng chuyên môn như máy tính, Ipad và nhân lực.



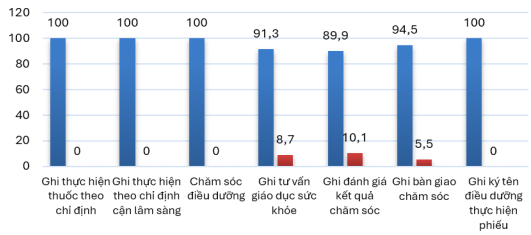
Biểu đồ 1. Ghi chép nhận định và đánh giá vết thương (N=219)

Nhận xét: Biểu đồ 1 kết quả cho thấy: tỷ lệ bệnh án có ghi nhận định đầy đủ về tính chất vết thương là rất ít, bao gồm các tiêu chí đánh giá: màu sắc và tính chất dịch tại vết thương (100%), da tấy đỏ tại vết thương (94,5%), dấu hiệu tụ máu tại vị trí phẫu thuật (94,5%), đau tại vị trí phẫu thuật (68,9%). Nhiều tiêu chí đánh giá về vết thương nhưng ghi không đầy đủ như: Vị trí vết thương (100%), kích thước vết thương (88,1%), mép vết thương (78,5%), sưng nề tại vết thương (36,5%), thậm chí là đau tại vị trí phẫu thuật cũng được đánh giá không đầy đủ. Đặc biệt có các tiêu chí không được đánh giá ghi chép bao gồm: mùi tại vết mổ (45,7%), sưng nề và số lượng dịch tiết ra từ vết thương (5,5%). Việc theo dõi, đánh giá chính xác, thường xuyên liên tục vết thương giúp cho điều dưỡng có chiến lược chăm sóc đúng giúp người bệnh nhanh liền thương và hồi phục sớm.



Biểu đồ 2. Ghi chép về nhận định/chẩn đoán điều dưỡng (N=219)

Nhận xét: Tại biểu đồ 2, kết quả cho thấy nội dung ghi đầy đủ những vấn đề cần chăm sóc chiếm tỷ lệ rất cao (92,7%). Tuy nhiên chỉ có 45,6% ghi chẩn đoán điều dưỡng sắp xếp theo thứ tự ưu tiên. Có tới 90,9% hồ sơ bệnh án ghi không đầy đủ mục tiêu chăm sóc phù hợp và logic với chẩn đoán điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu về ghi chép nội dung này tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu trác với tỷ lệ phiếu ghi chép tốt chiếm tỷ lệ 98,5% đến 97,9% [7].



Biểu đồ 3. Ghi chép phần can thiệp của điều dưỡng (N=219)

Nhận xét: Biểu đồ 3 cho ta thấy nội dung can thiệp như việc thực hiện thuốc theo chỉ định, chăm sóc điều dưỡng, tư vấn giáo dục sức khỏe đạt tỷ lệ cao (trên 90%). Chất lượng ghi chép phiếu theo dõi và chăm sóc tỷ lệ đạt chung là 75,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của một số tác giả như Nguyễn Thị Phương tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông là 83,5% (2024) và 88,8% (2025) tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông là 83,5%; hay của tác giả Dương Thị Vân Khánh và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia là 79,9%; tác giả Phí Vĩnh Bảo và cộng sự (2023) với ghi chép chất lượng chăm sóc điều dưỡng đạt 92,3% [5,6].

5. KẾT LUẬN

Chất lượng ghi chép phiếu theo dõi - chăm sóc của điều dưỡng đạt 75,3%. Trong đó, các tiêu chí đạt ở mức nhất là phần ghi chép thực hiện các can thiệp điều dưỡng đều trên 90%. Tiêu chí nhận định các vấn đề/chẩn đoán điều dưỡng cũng như tiêu chí nhận định về nguy cơ loét tỳ đè, nguy cơ té ngã ít được ghi trong phiếu theo dõi – chăm sóc. Tỷ lệ phiếu theo dõi – chăm sóc không ghi phân cấp chăm sóc là 14,2%. Nhiều tiêu chí cụ thể đánh giá vết thương chưa được ghi chép cụ thể trong phiếu theo dõi và chăm sóc.

KHUYẾN NGHỊ

1. Điều dưỡng trưởng cần tăng cường đào tạo và tập huấn cho đội ngũ điều dưỡng của khoa về ghi chép phiếu theo dõi – chăm sóc nói riêng và hồ sơ bệnh án theo Thông tư 32/2023/TT-BYT nói chung, đặc biệt tập trung vào các nội dung còn hạn chế như: ghi nhận chỉ số cận lâm sàng bất thường, chẩn đoán điều dưỡng và bàn giao người bệnh.

2. Duy trì hoạt động kiểm tra, giám sát, chú trọng giám sát nội dung còn yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ y tế (2021), Thông tư 31/2021/TT- BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong Bệnh viện.

[2] Bộ Y tế (2023), Thông tư 32/2023/TT BYT, quy định chi tiết một số điều của luật KCB.

[3] Hội Điều dưỡng Việt Nam (2020), Chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân Điều dưỡng Việt Nam - tiêu chuẩn 15-tiêu chí 7.

[4] Phan Văn Ký, Lê Thanh Hải và cộng sự (2022), Chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2022; Tạp chí Y học Việt Nam tập 524 tháng 3, số 2 -2023, Tr 257-260.

[5] Nguyễn Thị Phương (2024), Đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông. Tạp chí Điều dưỡng, số 3 năm 2025, Tr 89-120.

[6] Dương Thị Khánh Vân (2020), "Đánh giá chất lượng ghi chép Hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia năm 2020", tạp trí y học và thảm học bỏng xuất bản 20/11/2020, Tr 101-108.

[7] Dunlay SM, Alexander KP, Melloni C, Kraschnewski JL, Liang L, Gibler WB, Roe MT, Ohman EM, Peterson ED (2008). Medical Records and Quality of Care in Acute Coronary Syndromes. Archives of Internal Medicine, 168(15): 1692-1698.