

THỰC TRẠNG VÀ CÁC VẤN ĐỀ TỒN TẠI TRONG NĂNG LỰC LÂM SÀNG CHÂM CỨU CỦA SINH VIÊN Y HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM: NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH THEO PHƯƠNG PHÁP LÝ THUYẾT NỀN

Phạm Duy Đức^{1*}, Guo Yi², Hứa Hồng Hiếu³

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Đại học Trung Y Dược Thiên Tân

3. Đại học Cần Thơ

*Email: pdduc@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/4/2026

Ngày phản biện: 25/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Châm cứu là phương pháp điều trị không dùng thuốc quan trọng trong Y học cổ truyền Việt Nam, nhưng năng lực lâm sàng châm cứu của sinh viên sau tốt nghiệp và các vấn đề trong đào tạo chưa được khảo sát hệ thống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng năng lực lâm sàng châm cứu của sinh viên Y học cổ truyền mới tốt nghiệp và phân tích các vấn đề tồn tại trong hệ thống đào tạo ảnh hưởng đến năng lực này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu định tính theo phương pháp lý thuyết nền (Grounded Theory) kết hợp phỏng vấn lấy vấn đề làm trung tâm (PCI) trên 38 đối tượng (chuyên gia, bác sĩ lâm sàng, giảng viên, sinh viên mới tốt nghiệp) tại 7 tỉnh/thành thuộc ba miền Việt Nam, 2024–2025. Dữ liệu được mã hóa ba cấp bằng Atlas.ti với đồng thuận giữa hai người mã hóa. **Kết quả:** 38 đối tượng cung cấp 432 đoạn dữ liệu hữu hiệu. Về thực trạng năng lực, xác định ba phạm trù: 1. Thiếu năng lực đánh giá hiệu quả châm cứu và năng lực bản thân; 2. Hạn chế toàn diện trong chẩn đoán, điều trị và xử trí lâm sàng; 3. Hạn chế kỹ năng định vị, thao tác kim và phối huyệt. Về vấn đề đào tạo, xác định ba phạm trù: 1. Sinh viên thiếu năng lực phát triển nghề nghiệp cá nhân; 2. Nguồn lực và chương trình đào tạo lâm sàng hạn chế; 3. Lý thuyết và thực hành thiếu liên kết và đồng thuận. **Kết luận:** Sinh viên Y học cổ truyền Việt Nam sau tốt nghiệp còn nhiều hạn chế trong năng lực lâm sàng châm cứu, đặc biệt về chẩn đoán, biện chứng luận trị, thao tác kim và tự đánh giá. Ưu tiên hàng đầu là xây dựng bộ công cụ đánh giá năng lực châm cứu chuẩn hóa – điều kiện tiên quyết để Chuẩn năng lực theo Quyết định 3159/QĐ-BYT phát huy tác dụng.

Từ khóa: Giáo dục châm cứu, năng lực lâm sàng, Y học cổ truyền Việt Nam, phương pháp lý thuyết nền, nghiên cứu định tính.

ABSTRACT

CURRENT STATUS AND CHALLENGES OF ACUPUNCTURE CLINICAL COMPETENCE AMONG VIETNAMESE TRADITIONAL MEDICINE STUDENTS: A QUALITATIVE STUDY USING GROUNDED THEORY

Phạm Duy Đức^{1*}, Guo Yi², Hứa Hồng Hiếu³

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

3. Can Tho University

Background: Acupuncture is an essential non-pharmacological therapy in Vietnamese Traditional Medicine, yet graduates' acupuncture clinical competence and training-system challenges have not been systematically examined. **Objectives:** To describe the current status of acupuncture clinical competence among newly graduated Vietnamese Traditional Medicine students and to analyze the existing training-system problems affecting this competence. **Materials**

and methods: A qualitative Grounded Theory study combined with the Problem-Centered Interview (PCI) method was conducted on 38 participants (experts, clinicians, lecturers and recent graduates) across 7 provinces/cities in three regions of Vietnam, 2024–2025. Data were coded in three levels using Atlas.ti with consensus between two coders. **Results:** Thirty-eight interviewees yielded 432 valid data units. Regarding competence, three categories were identified: 1. Lack of ability to evaluate acupuncture outcomes and self-competence; 2. Overall limitations in diagnosis, treatment and clinical management; 3. Limitations in acupoint localization, needling techniques and point combination. Regarding training, three categories emerged: 1. Insufficient personal professional development competence; 2. Limited clinical training resources and curriculum; 3. Lack of theory–practice coherence and consensus. **Conclusion:** Vietnamese Traditional Medicine graduates demonstrate notable limitations in acupuncture clinical competence, particularly in diagnosis, syndrome differentiation, needling techniques and self-assessment. The foremost priority is a standardized acupuncture competency assessment toolkit – a prerequisite for the competency standards of Decision 3159/QĐ-BYT to become effective.

Keywords: acupuncture education, clinical competence, Vietnamese Traditional Medicine, grounded theory, qualitative research.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Châm cứu là phương pháp điều trị không dùng thuốc có vai trò trung tâm trong Y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam, đã được tích hợp vào hệ thống y tế nhà nước và được bảo hiểm y tế chi trả [1]; khoảng 60% dân số từng sử dụng YHCT, trong đó châm cứu chiếm tỷ lệ đáng kể [2].

Năm 2022, Bộ Y tế ban hành Quyết định 3159/QĐ-BYT phê duyệt Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ YHCT Việt Nam (5 lĩnh vực, 27 tiêu chuẩn, 106 tiêu chí), trong đó năng lực châm cứu là bộ phận then chốt [3]. Đây là khung định hướng mang tính quy phạm, chưa kèm công cụ đo lường cụ thể; từ năm 2023, các chương trình đào tạo YHCT bắt đầu tham chiếu khung này để chuẩn bị cho kỳ thi Chứng chỉ hành nghề năm 2027.

Tuy nhiên, năng lực lâm sàng châm cứu của sinh viên YHCT sau tốt nghiệp và các vấn đề trong đào tạo chưa được khảo sát định tính hệ thống; các nghiên cứu hiện có chủ yếu tập trung vào nhu cầu đào tạo liên tục [4], [5] hoặc phản hồi của sinh viên về môi trường học tập [6]. Phương pháp lý thuyết nền (Grounded Theory) phù hợp để xây dựng lý thuyết từ dữ liệu thực tiễn trong giáo dục y học [7], [8]. Nghiên cứu nhằm hai mục tiêu: 1) mô tả thực trạng năng lực lâm sàng châm cứu của sinh viên YHCT Việt Nam mới tốt nghiệp; 2) phân tích các vấn đề tồn tại trong hệ thống đào tạo ảnh hưởng đến năng lực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bên liên quan đến đào tạo châm cứu YHCT: chuyên gia châm cứu, bác sĩ hướng dẫn lâm sàng, giảng viên YHCT và sinh viên YHCT mới tốt nghiệp.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 1) Chuyên gia châm cứu ≥ 10 năm kinh nghiệm; 2) Bác sĩ YHCT tại cơ sở có tiếp nhận sinh viên thực tập; 3) Giảng viên YHCT đang giảng dạy lý thuyết hoặc lâm sàng; 4) Sinh viên đã tốt nghiệp YHCT trong vòng 2 năm; 5) Đồng ý tham gia và cho phép ghi âm.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng từ chối trả lời sau khi đồng ý hoặc không cung cấp đủ thông tin nhận dạng mã hóa.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** 7 tỉnh/thành đại diện ba miền: Hà Nội, Bắc Ninh, Bắc Giang, Hải Phòng (Bắc Bộ); Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương (Đông Nam Bộ); và Cần Thơ (Tây Nam Bộ), từ tháng 4/2024 đến tháng 5/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế và chọn mẫu:** Nghiên cứu định tính theo phương pháp lý thuyết nền của Strauss và Corbin (1990) [8], kết hợp kỹ thuật PCI của Witzel. Mẫu lý thuyết theo ba giai đoạn tuần tự (mẫu mở, mẫu quan hệ, mẫu phân biệt), đạt bão hòa khi không xuất hiện mã hóa mới. Tổng 38 đối tượng: 15 ở mẫu mở (P1–P15), 8 ở mẫu quan hệ (P16–P23) và 15 ở mẫu phân biệt (P24–P38).

- **Công cụ thu thập dữ liệu:** Bảng hỏi bán cấu trúc gồm hai phần: (1) phần tự đánh giá năng lực chăm cứu theo thang Likert 5 mức dựa trên EPAs [9] chỉ dùng làm công cụ gợi mở trong phỏng vấn, không phân tích định lượng; (2) câu hỏi gợi mở sâu về khó khăn trong thực hành chăm cứu và các yếu tố của hệ thống đào tạo. Các buổi phỏng vấn được ghi âm và gỡ băng trong 24 giờ; độ dài bản ghi 500–4.867 chữ, tổng trên 90.000 chữ.

- **Phân tích dữ liệu:** Dữ liệu được mã hóa bằng phần mềm Atlas.ti theo quy trình ba cấp của Strauss và Corbin (mã hóa mở, mã hóa trục, mã hóa chọn lọc); đoạn phản ánh thực trạng năng lực gán nhãn RQ1, đoạn phản ánh nguyên nhân tồn tại gán nhãn RQ2. Mã hóa được thực hiện độc lập bởi hai người (một tiến sĩ và một thạc sĩ đã tập huấn). Độ tin cậy được bảo đảm bằng đồng thuận qua thương lượng (negotiated agreement): hai mã hóa viên đối chiếu toàn bộ mã và thảo luận đến khi đồng thuận hoàn toàn; so sánh liên tục (constant comparison) được duy trì để tinh chỉnh các phạm trù.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu định tính không can thiệp; dữ liệu là ý kiến chuyên môn và kinh nghiệm đào tạo, không bao gồm thông tin y tế của bệnh nhân hay mẫu sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 38 đối tượng cung cấp 432 đoạn dữ liệu hữu hiệu (trung bình 11,4 đoạn/đối tượng). Bão hòa lý thuyết đạt tại P38 (không xuất hiện mã và phạm trù mới so với P35–P37). Đặc điểm mẫu trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm phân bố của 38 đối tượng phỏng vấn

Đặc điểm	Giai đoạn 1 (n=15)	Giai đoạn 2 (n=8)	Giai đoạn 3 (n=15)	Tổng (n=38)
Giới tính (Nam/Nữ)	13/2	3/5	8/7	24/14
Tuổi trung bình (năm)	42,1	31,9	27,3	34,1
Thâm niên trung bình (năm)	17,4	8,5	3,7	10,1
Trình độ (TS/ThS/BS)	4/8/3	2/3/3	1/4/10	7/15/16
Khu vực (Bắc/Nam/Tây Nam Bộ)	15/0/0	1/6/1	0/8/7	16/14/8

Nhận xét: Mẫu đa dạng về vai trò, tuổi, thâm niên và khu vực; nam chiếm ưu thế (24/38). Giai đoạn 1 chủ yếu là chuyên gia thâm niên cao (17,4 năm) ở Bắc Bộ, giai đoạn 2–3 trẻ hơn và tập trung ở phía Nam.

3.1. Thực trạng năng lực lâm sàng chăm cứu của sinh viên Y học cổ truyền mới tốt nghiệp

Bảng 2. Các phạm trù chính về thực trạng năng lực lâm sàng chăm cứu của sinh viên Y học cổ truyền mới tốt nghiệp

Phạm trù chính	Phạm trù tương ứng	Nội hàm chính
Thiếu năng lực đánh giá hiệu quả chăm cứu và năng lực bản thân	Không đánh giá được hiệu quả chăm cứu	Chưa có tiêu chuẩn, công cụ theo dõi cải thiện sau chăm
	Không đánh giá được năng lực bản thân	Chưa xác định điểm mạnh–yếu; thiếu tự phản tư

Phạm trù chính	Phạm trù tương ứng	Nội hàm chính
Hạn chế toàn diện trong chẩn đoán, điều trị và xử trí	Thiếu năng lực chẩn đoán và điều trị	Hạn chế nhận diện bệnh, biện chứng, lập phác đồ
	Thiếu năng lực kỹ thuật, quản lý bệnh án	Chưa thạo thao tác châm, viết và theo dõi bệnh án
	Thiếu năng lực xử trí lâm sàng	Lúng túng khi gặp tai biến; không chỉnh phác đồ kịp thời
Hạn chế định vị, thao tác kim và phối huyết	Thiếu kỹ năng phối huyết	Nắm nguyên tắc phối huyết chưa vững, hay chọn huyết đơn lẻ
	Thiếu kỹ năng định vị và thao tác kim	Khó định vị theo mốc giải phẫu; thao tác kim chưa dứt khoát

Nhận xét: Thực trạng năng lực châm cứu của sinh viên mới tốt nghiệp quy về 3 phạm trù chính với 7 phạm trù tương ứng, trải từ năng lực tự đánh giá, chẩn đoán – điều trị – xử trí đến kỹ năng định vị, thao tác kim và phối huyết.

3.1.1. Thiếu năng lực đánh giá hiệu quả châm cứu và năng lực bản thân

Đa phần đối tượng cho biết khi mới tốt nghiệp chỉ có cảm nhận mơ hồ về năng lực bản thân, chưa xác định được mình “đang ở mức nào”: “Khi tốt nghiệp, tôi hoàn toàn không biết năng lực mình ở mức nào... mãi khi vào làm việc mới bắt đầu học cách tự đánh giá, nhưng đã mất rất nhiều thời gian” (P22). Sinh viên cũng thường đánh giá hiệu quả châm cứu qua quan sát chủ quan các ca nội trú phức tạp, nên khó tách bạch tác dụng của châm cứu; năng lực thực hành của chính giảng viên cũng ảnh hưởng đến lòng tin của sinh viên (P15).

3.1.2. Hạn chế toàn diện trong chẩn đoán, điều trị và xử trí lâm sàng

Sinh viên mới tốt nghiệp thường chỉ chẩn đoán được bệnh đã gặp khi thực tập; chẩn đoán thể bệnh và giai đoạn bệnh đa số chưa chính xác do kỹ năng thiết, vọng, vấn chưa thuần thục (P2). Đa số chỉ quen biện chứng tạng phủ, ít dùng biện chứng Thương hàn, vệ–khí–đinh–huyết hay kinh lạc (P19). Về xử trí biến chứng (vùng châm, chảy máu, tổn thương thần kinh), phần lớn còn lúng túng (P4) do tần suất gặp biến chứng khi thực tập rất thấp.

3.1.3. Hạn chế kỹ năng định vị, thao tác kim và phối huyết

Sinh viên thường áp dụng máy móc công thức phối huyết trong giáo trình, ít điều chỉnh theo giai đoạn bệnh hay biến chứng: “Với đau lưng cấp phải biết dùng huyết đặc hiệu ở xa... những điều này tôi học trong quá trình làm việc, không ai dạy tôi cả” (P4); bác sĩ này cũng cho biết bác sĩ mới tốt nghiệp cần được kèm cặp tối thiểu 12 tháng mới có thể độc lập châm cứu. Về định vị huyết, ngay cả huyết kinh điền như Khúc trì, Hoàn khiêu cũng khó định vị chính xác do mô tả trong giáo trình chưa rõ và thiếu thực hành trên người thật (P16). Kỹ thuật châm kim còn yếu, thao tác không dứt khoát: “Nhiều em thực tập một năm nhưng khi châm tay vẫn run” (P17). Hiện tượng “tay run” có thể phản ánh sự thiếu tự tin và khoảng trống trong rèn luyện kỹ năng tiền lâm sàng.

3.2. Các vấn đề tồn tại trong hệ thống đào tạo châm cứu Y học cổ truyền Việt Nam

Bảng 3. Các phạm trù chính của các vấn đề tồn tại trong đào tạo châm cứu Y học cổ truyền Việt Nam

Phạm trù chính	Phạm trù tương ứng	Nội hàm chính
Sinh viên thiếu năng lực phát triển nghề nghiệp cá nhân	Thiếu động lực, giá trị nghề nghiệp	Chưa rõ ý nghĩa nghề, mất nhiệt huyết học tập
	Thiếu tự học và tư duy phản biện	Thiếu chủ động, tư duy độc lập, phản biện
	Thiếu kinh nghiệm, kiến thức chuyên môn	Tiếp xúc ca lâm sàng ít; chưa vững nguyên lý, kỹ năng

Phạm trù chính	Phạm trù tương ứng	Nội hàm chính
	Thiếu kỹ năng giao tiếp, mạng lưới nghề nghiệp	Khó giao tiếp bệnh nhân, đồng nghiệp; ít mở rộng quan hệ
	Áp lực tài chính sau tốt nghiệp	Thu nhập 5 năm đầu thấp, khó tập trung nâng cao chuyên môn
Nguồn lực và chương trình đào tạo lâm sàng hạn chế	Thiếu giảng viên hướng dẫn lâm sàng	Tỷ lệ sinh viên/giảng viên cao (gấp 2–3 lần chuẩn 1:5)
	Chất lượng tài liệu học tập chưa đủ	Thiếu giáo trình thống nhất, cơ chế tác dụng, hướng dẫn thực hành
	Thiếu phòng thực hành kỹ năng	Thiếu mô hình mô phỏng; đa số chỉ có mô hình da giả
	Thiếu cơ hội thực hành lâm sàng	Hạn chế do Nghị định 111/2017 và tự chủ tài chính bệnh viện
	Khiếm khuyết trong đánh giá năng lực	Chủ yếu vẫn đáp lý thuyết; ít lượng hóa kỹ năng
Lý thuyết và thực hành thiếu liên kết, đồng thuận	Lý thuyết và thực hành thiếu liên kết	Giảng viên ít lâm sàng; bệnh tật thực tập khác thực tế
	Bác sĩ hướng dẫn thiếu đồng thuận	Các cơ sở theo “học phái” khác; biện chứng phụ thuộc chủ quan

Nhận xét: Các vấn đề trong đào tạo gồm 3 phạm trù chính với 12 phạm trù tương ứng, phân tầng từ cá nhân sinh viên (5), nguồn lực – chương trình (5) đến liên kết và đồng thuận lý thuyết – thực hành (2).

3.2.1. Sinh viên thiếu năng lực phát triển nghề nghiệp cá nhân

Nhiều sinh viên chọn ngành YHCT do điểm chuẩn thấp hơn Y đa khoa hơn là vì đam mê, dẫn tới thiếu hứng thú và ít tích cực thực hành, nghiên cứu (P5). Sinh viên còn yếu tư duy quy nạp, phụ thuộc phác đồ, thiếu suy luận độc lập dù được cung cấp đủ mục tiêu và chuẩn đánh giá (P6, P17); khả năng đọc ECG, X-quang, CT, MRI hầu hết còn hạn chế (P11); kiến thức pháp luật hành nghề gần như là khoảng trống (P16). Kỹ năng giao tiếp và mạng lưới nghề nghiệp cũng còn hạn chế (P7, P8).

3.2.2. Nguồn lực và chương trình đào tạo lâm sàng hạn chế

Thiếu giảng viên hướng dẫn lâm sàng là vấn đề được đề cập nhiều nhất (20 lần): tỷ lệ sinh viên/giảng viên thường gấp 2–3 lần chuẩn 1:5 (P2), giảng viên thuần lý thuyết ít kinh nghiệm thực hành (P11). Tài liệu hạn chế: thư viện một trường chỉ có 30 đầu sách chuyên sâu [10]; giáo trình chủ yếu tự biên, thiếu nội dung cơ chế tác dụng và phối huyết theo giai đoạn (P1, P6). Cơ hội thực hành bị thu hẹp do Nghị định 111/2017/NĐ-CP và cơ chế tự chủ tài chính bệnh viện công: toàn quốc chỉ 22 cơ sở đủ điều kiện tiếp nhận sinh viên YHCT trong khi có 32 cơ sở đào tạo [11], [12]. Đánh giá năng lực chủ yếu là vấn đáp lý thuyết, ít lượng hóa kỹ năng tại giường bệnh (P11, P28).

3.2.3. Lý thuyết và thực hành thiếu liên kết và đồng thuận trong hệ thống cơ sở đào tạo

Lý thuyết và thực hành thiếu đồng hành: “Chúng tôi học YHCT nhưng khi thực tập các thầy chủ yếu dùng Tây y” (P7); mô hình bệnh tật nội trú khi thực tập khác thực tế phòng khám ngoại trú (P16, P17). Giữa các bác sĩ hướng dẫn và giữa các trường còn thiếu đồng thuận, mỗi nơi theo một “học phái” (P11, P15). Nguyên nhân cốt lõi là tính chủ quan của biện chứng luận trị YHCT, thiếu căn cứ khách quan.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng năng lực lâm sàng lâm sàng lâm sàng

Sinh viên YHCT Việt Nam mới tốt nghiệp thiếu hụt rõ ba nhóm năng lực cốt lõi: tự đánh giá, chẩn đoán – biện chứng luận trị và kỹ thuật thao tác kim. Năng lực tự đánh giá được xem là “năng lực trung tâm” vì là tiền đề để sinh viên điều chỉnh cách học và phát triển suốt đời, phù hợp lý thuyết học tập trải nghiệm của Kolb với phản tư là một giai đoạn bắt buộc [13]. Nguyên nhân là khung 3159/QĐ-BYT mới ban hành năm 2022 [3], chưa có công cụ định lượng kiểu EPAs chuẩn hóa cho YHCT (Y đa khoa đã có [9]) và các thang đánh giá hiệu quả (SF-36, VAS) chưa được lồng ghép vào đào tạo.

So với quốc tế, khung năng lực YHCT Việt Nam (5 lĩnh vực, 27 tiêu chuẩn, 106 tiêu chí) hướng chủ yếu vào quy trình chăm sóc; Trung Quốc nhấn mạnh tư duy YHCT (6 lĩnh vực, 18 yếu tố); Hàn Quốc tập trung đảm bảo chất lượng điều trị (4 lĩnh vực lớn) [14]. Đáng lưu ý, khung 3159 là danh mục tiêu chí mang tính quy phạm, chưa phải công cụ đo lường; chính điều này cùng sự thiếu vắng công cụ đánh giá năng lực trong đào tạo – hơn là việc khung “chưa liệt kê đủ” năng lực – khiến các thiếu hụt nêu trên tồn tại dai dẳng. Đây là điểm cần ưu tiên khi các trường cập nhật chương trình chuẩn bị cho kỳ thi Chứng chỉ hành nghề 2027.

4.2. Về các vấn đề tồn tại trong hệ thống đào tạo

Ba nhóm vấn đề có tính phân tầng rõ (sinh viên – chương trình – hệ thống), phù hợp khuyến nghị chuyển sang giáo dục dựa trên năng lực (CBME) [15], [16]. Vấn đề đặc thù nhất của đào tạo châm cứu là khoảng trống lý thuyết–thực hành cộng với thiếu đồng thuận giữa các bác sĩ hướng dẫn, bắt nguồn từ đặc điểm chẩn đoán YHCT phụ thuộc chủ quan qua tứ chẩn, thiếu căn cứ khách quan; khi thiếu công cụ chuẩn hóa, các “học phái” tạo nên sự phân mảnh trong biện chứng luận trị. Bối cảnh pháp lý (Nghị định 111/2017/NĐ-CP; Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2023) cũng thu hẹp không gian thực hành, đặt ra yêu cầu phát triển mô phỏng lâm sàng và bệnh nhân tiêu chuẩn hóa [17].

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có hai hạn chế. Thứ nhất, mẫu không bao gồm bệnh nhân – đối tượng có thể cung cấp góc nhìn về năng lực giao tiếp và chất lượng điều trị. Thứ hai, thiết kế định tính không cho phép khái quát hóa định lượng; cần nghiên cứu định lượng trên mẫu diện rộng với công cụ chuẩn hóa (thang EPAs, khảo sát năng lực khách quan) để kiểm định kết quả. Dù vậy, độ bão hòa lý thuyết đã đạt được và quy trình mã hóa đồng thuận giữa hai người giúp bảo đảm độ tin cậy của kết quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu định tính theo phương pháp lý thuyết nền trên 38 đối tượng đã xác định ba phạm trù về thực trạng năng lực lâm sàng lâm sàng lâm sàng của sinh viên mới tốt nghiệp (thiếu năng lực tự đánh giá; hạn chế chẩn đoán – điều trị – xử trí; hạn chế định vị, thao tác kim và phối huyệt) và ba phạm trù về vấn đề đào tạo (sinh viên thiếu năng lực phát triển nghề nghiệp; nguồn lực và chương trình lâm sàng hạn chế; lý thuyết – thực hành thiếu liên kết và đồng thuận). Ưu tiên hàng đầu là xây dựng bộ công cụ đánh giá năng lực lâm sàng lâm sàng chuẩn hóa cho đào tạo YHCT – điều kiện tiên quyết để Chuẩn năng lực theo Quyết định 3159/QĐ-BYT phát huy tác dụng và chuẩn bị cho kỳ thi Chứng chỉ hành nghề năm 2027.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pham D.D., Yoo J.H., Tran B.Q., *et al.* Complementary and alternative medicine use among physicians in oriental medicine hospitals in Vietnam: A hospital-based survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013. 392191, doi:10.1155/2013/392191.
2. Trần T.M.T., Hoàng T.H. Nhu cầu sử dụng các phương pháp y học cổ truyền trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp tại gia đình của người bệnh ở Quận 10 – Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 2023. 49(2), 29-37, doi:10.60117/vjmap.v49i2.25.
3. Bộ Y tế. Quyết định số 3159/QĐ-BYT ngày 23/11/2022 về việc phê duyệt tài liệu “Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ Y học cổ truyền Việt Nam”. Hà Nội. Bộ Y tế. 2022.
4. Trần N.T., Lâm V.S., Hồ H.V., Trần T.T. Năng lực và nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế hoạt động trong lĩnh vực y học cổ truyền. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 518(1), 199-203, doi:10.51298/vmj.v518i1.3352.
5. Phạm T.T., Trần T.H.V., Đỗ T.T.T. Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục về y học cổ truyền của bác sĩ tại các bệnh viện đa khoa ở Hà Nội năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 535(2), 260-264, doi:10.51298/vmj.v535i2.8526.
6. Lê Xuân Hưng. Nhận thức của sinh viên ngành y khoa về môi trường giáo dục tại Trường Đại học Y Dược Thái Bình bằng bảng hỏi DREEM. *Tạp chí Y Dược Thái Bình*. 2023. 1(6), 29-34.
7. Glaser B., Strauss A. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Routledge. 2017. 271.
8. Corbin J.M., Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*. 1990. 13(1), 3-21, doi:10.1007/BF00988593.
9. Bộ Y tế. Quyết định phê duyệt danh mục nhiệm vụ hoạt động chuyên môn cụ thể của Bác sĩ Y khoa (EPAs) áp dụng cho chương trình đổi mới dựa trên năng lực tại Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội. Bộ Y tế. 2021.
10. Trần L.P., Trần T.L.T., Bùi T.P.U., Huỳnh P.T.V., Lê V.G. Đánh giá chất lượng dịch vụ cung cấp tài liệu môn học tại Thư viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp*. 2025. 14(1), 101-110, doi:10.52714/dthu.14.1.2025.1481.
11. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2023 và nhiệm vụ, giải pháp năm 2024. Hà Nội. Bộ Y tế. 2024.
12. Chính phủ. Nghị định số 111/2017/NĐ-CP ngày 05/10/2017 quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe. Hà Nội. Chính phủ. 2017.
13. Kolb D.A. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd ed. Pearson FT Press. 2014. 416.
14. Im S., Kim Y., Kim C., *et al.* A Delphi study to validate the patient-centered doctor's competency framework in Korea. *Korean Medical Education Review*. 2024. 26(Suppl 1), S64-S83, doi:10.17496/kmer.23.045.
15. Tran T.D., Vu P.M., Pham H.T.M., *et al.* Transforming medical education to strengthen the health professional training in Vietnam: A case study. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2022. 27, 100543, doi:10.1016/j.lanwpc.2022.100543.
16. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., *et al.* Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010. 376(9756), 1923-1958, doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
17. Lee I.S., Lee Y.S., Park H.J., *et al.* Evaluation of phantom-based education system for acupuncture manipulation. *PLoS One*. 2015. 10(2), e0117992, doi:10.1371/journal.pone.0117992.