

TÍNH GIÁ TRỊ NỘI DUNG DỊCH THUẬT VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐO HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH RA QUYẾT ĐỊNH - KỸ NĂNG GIAO TIẾP

Nguyễn Thảo Quyên¹, Huỳnh Nguyệt Ánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định (Shared-decision making (SDM)) đã được chứng minh là có liên quan tích cực đến việc cải thiện kết quả điều trị, chăm sóc. Nhân viên y tế thành thạo về kỹ năng này sẽ giúp bệnh nhân tham gia tích cực hơn vào quá trình đưa ra quyết định. Tuy nhiên, hiện tại chưa có công cụ để đo lường kỹ năng này tại Việt Nam.

Mục tiêu. Kiểm định tính giá trị nội dung dịch thuật và độ tin cậy của hai thang đo OPTION và DSAT trước khi đưa vào sử dụng.

Phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu kiểm định thang đo. Các thang đo được dịch từ ngôn ngữ gốc tiếng Anh sang tiếng Việt bằng phương pháp dịch thuận và ngược. Tính giá trị nội dung dịch thuật được thẩm định bởi các chuyên gia. Các thang đo sau đó được dùng để đánh giá kỹ năng SDM của sinh viên đối với người bệnh chuẩn qua băng ghi hình. Độ tin cậy giữa các đánh giá viên của thang đo OPTION được đánh giá bằng chỉ số Cohen's kappa và ICC, trong khi độ tin cậy của thang đo DSAT được tính bằng chỉ số Cohen's kappa và phần trăm đồng thuận giữa các đánh giá viên. Độ tin cậy cùng đánh giá viên của hai thang đo cũng được lượng giá thông qua chỉ số ICC.

Kết quả. Có tổng cộng 41 cuộc tư vấn được ghi hình và đánh giá. Về tính giá trị nội dung dịch thuật của hai thang đo, nhóm nghiên cứu đã có những điều chỉnh cho phù hợp với văn hóa và bối cảnh Việt Nam dựa trên góp ý của các chuyên gia. Độ tin cậy intra và interrater của hai bộ công cụ SDM đều đạt chuẩn.

Kết luận. Nghiên cứu cho thấy hai thang đo OPTION và DSAT đã đạt chuẩn kiểm định. Bản dịch tiếng Việt của các thang đo này có thể được sử dụng để đánh giá kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định giữa nhân viên y tế và người bệnh.

Từ khóa. Hỗ trợ người bệnh ra quyết định, tính giá trị nội dung dịch thuật, độ tin cậy

SUMMARY

VALIDATING THE VIETNAMESE VERSION OF SHARED-DECISION MAKING AND COMMUNICATION SKILLS QUESTIONNAIRES

Background. Shared-decision making (SDM) has been found to be significantly and positively associated with improved patient outcomes. Clinician skills for SDM communication help patients to participate more actively in the SDM process. Instruments for measuring SDM communication skills in Vietnamese are not currently available.

Purpose. This study aimed to translate OPTION and DSAT from English to Vietnamese and then ascertain their reliability and validity.

Methods. A methodological study was conducted. The questionnaires were cross-culturally adapted by conducting forward and backward translations by a group of bilingual

¹ Bộ môn Hộ sinh, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Nguyệt Ánh

Email: huynhnguyetan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.6.2022

Ngày duyệt bài: 25.9.2022

experts. Translational validity was performed for OPTION and DSAT. Video-recorded consultations between midwife students and standardized patients were rated. Intra-rater reliability was assessed for all instruments by ICC consistency of agreement. Inter-rater reliability of OPTION was assessed by weighted Cohen's kappa and ICC consistency of agreement. Inter-rater reliability of DSAT was computed by Cohen's kappa and percentage of agreement.

Results. A total of 41 consultations were recorded and evaluated. For OPTION and DSAT, minor modifications were required to meet translational validity. Intra-rater reliability of the SDM instruments was good. Inter-rater reliability of OPTION and DSAT was excellent.

Conclusions. OPTION and DSAT demonstrated satisfactory psychometric characteristics. The Vietnamese version of these scales can be further implemented in clinical settings to evaluate SDM communication skill during consultations between healthcare providers and patients.

Key words. Shared-decision making, communication, psychometric property

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hỗ trợ người bệnh ra quyết định (Shared decision-making (SDM)) có vai trò quan trọng trong các cuộc tư vấn y khoa, được xem là trọng tâm trong việc chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm⁽¹⁾. Đây là quá trình có sự tham gia của cả người bệnh và nhân viên y tế để cùng nhau đưa ra quyết định về điều trị hoặc chăm sóc⁽²⁾. SDM giúp cải thiện chất lượng chăm sóc, nâng cao kiến thức và sự hài lòng của người bệnh; đồng thời sẽ làm giảm khó khăn trong việc ra quyết định và tạo niềm tin của bệnh nhân vào nhân viên y

tế⁽³⁾. Đối với đa số các trường hợp lâm sàng, thông thường sẽ có nhiều hơn một phương pháp điều trị hoặc chăm sóc; khi đó, sự tham gia của bệnh nhân rất quan trọng trong việc đưa ra quyết định⁽¹⁾. Bệnh nhân càng tham gia tích cực vào quá trình ra quyết định thì họ sẽ càng đưa ra lựa chọn chính xác hơn, phù hợp với nguyện vọng, mong muốn và tình trạng bệnh lý của họ⁽⁴⁾.

Đã có nhiều chương trình tập huấn nhằm nâng cao kỹ năng SDM của nhân viên y tế^(5,6). Theo học thuyết Ottawa, SDM được định nghĩa là sự chuẩn bị cho khách hàng trước khi đưa ra quyết định bằng cách cung cấp thông tin phù hợp, làm rõ các giá trị và nâng cao tính tự chủ trong việc đưa ra và thực hiện quyết định⁽⁷⁾. SDM là một quá trình đánh giá nhu cầu của bệnh nhân, cung cấp hỗ trợ phù hợp và lượng giá quá trình ra quyết định⁽⁷⁾. Mục tiêu là giúp người bệnh đưa ra quyết định phù hợp nhất với giá trị của họ và dựa trên các bằng chứng tốt nhất⁽⁸⁾. Nếu người bệnh không chắc chắn về các quyết định liên quan đến vấn đề sức khỏe sẽ nhận được sự hỗ trợ phù hợp từ nhân viên y tế^(9,10,11). Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng, nhân viên y tế thường chỉ tập trung vào việc cung cấp thông tin mà không quan tâm đến các nhu cầu khác của người bệnh^(9,10).

Một trong những yếu tố quan trọng của quá trình SDM là nhân viên y tế phải thành thạo kỹ năng giao tiếp, hỗ trợ bệnh nhân tham gia tích cực vào quá trình tìm ra lựa chọn phù hợp nhất với họ⁽¹²⁾. Thái độ đối với SDM và kỹ năng SDM của nhân viên y tế là nhân tố quyết định xem SDM có được áp dụng thành công hay không⁽¹³⁾. Nhân viên y

tế cũng cần được học về khái niệm và mô hình chăm sóc lấy người bệnh là trung tâm trước khi được đào tạo về SDM⁽¹⁴⁾. Kỹ năng SDM hiệu quả đã được chứng minh là làm tăng trải nghiệm tích cực của bệnh nhân trong quá trình điều trị và giúp giảm các ca kiện tụng y khoa⁽¹⁵⁾. Vì lý do này, các bộ công cụ giúp đo lường kỹ năng SDM của nhân viên y tế đang rất được quan tâm^(16,17) và nổi bật trong số đó là hai thang đo OPTION⁽¹⁸⁾ và DSAT10⁽¹⁹⁾. Cả hai thang đo đều thỏa mãn các tiêu chuẩn kiểm định^(19,20) và được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu đo lường SDM. Thang đo OPTION được sử dụng để đánh giá kỹ năng SDM của nhân viên y tế dựa trên thang điểm Likert, từ 0 (không thực hiện) đến 4 (thực hiện hoàn hảo). Tổng điểm được quy đổi qua thang đo 100 để dễ dàng sử dụng và lượng giá hơn⁽¹⁸⁾. Thang đo DSAT giúp đánh giá các điểm mạnh và những điều cần cải thiện của nhân viên y tế trong quá trình SDM. Người quan sát đánh giá việc có thực hiện (1 điểm) hoặc không thực hiện (0 điểm) các kỹ năng SDM của nhân viên y tế trong quá trình tư vấn với bệnh nhân. Tổng số điểm được tính theo thang điểm 10 với 1 điểm cho mỗi kỹ năng⁽¹⁹⁾. Nghiên cứu này nhằm mục đích kiểm định độ tin cậy và tính giá trị nội dung dịch thuật OPTION và DSAT phiên bản tiếng Việt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian và địa điểm nghiên cứu từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021 tại khoa Điều dưỡng-Kỹ thuật y học, Đại học Y Dược TP. HCM

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt

ngang phân tích

Cỡ mẫu: 41 băng ghi hình giữa sinh viên và bệnh nhân chuẩn

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả 82 sinh viên lớp Cử nhân Hộ sinh khóa 2017 được mời tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: sinh viên từ 18 tuổi trở lên, tự nguyện tham gia nghiên cứu, đồng ý thực hiện tư vấn có ghi hình với bệnh nhân chuẩn.

Tiêu chuẩn loại trừ: các băng ghi trong đó sinh viên không hoàn thành buổi tư vấn theo thời gian đã quy định.

Phương pháp thu thập số liệu

Cách thu thập: 82 sinh viên được chia thành 41 cặp. Mỗi cặp sẽ bốc thăm tình huống tư vấn và thảo luận về nội dung tư vấn. Sau đó đại diện mỗi cặp sẽ thực hiện tư vấn với bệnh nhân chuẩn. Thời gian tư vấn là 20 phút. Cuộc tư vấn được ghi hình tại trung tâm Huấn luyện nâng cao mô phỏng lâm sàng, Đại học Y Dược tại Thành phố Hồ Chí Minh. Lời nói của người bệnh chuẩn sẽ không mã hóa vì trọng tâm của nghiên cứu là các đánh giá kỹ năng của sinh viên.

Hai kịch bản đã được xây dựng bởi các chuyên gia về SDM. Bệnh nhân chuẩn được huấn luyện để tương tác với sinh viên dựa trên kịch bản có sẵn. Hai cặp đánh giá viên được đào tạo để đánh giá các băng ghi theo hai thang đo. Hai tuần sau lần đánh giá đầu tiên, các video được xáo trộn và đánh giá lại lần thứ hai bởi một trong hai đánh giá viên ở mỗi cặp.

Các biến số chính: Độ tin cậy và tính giá trị nội dung dịch thuật

Nghiên cứu gồm hai phần chính: dịch và kiểm định thang đo.

Dịch

Được sự cho phép của tác giả, các thang đo được dịch từ ngôn ngữ gốc tiếng Anh sang tiếng Việt bằng cách sử dụng phương pháp dịch thuận và ngược. Theo Waltz, Strickland và Lenz⁽²¹⁾, phương pháp này giúp đảm bảo đảm bảo ý nghĩa và sự tương đồng về nội dung giữa các bản dịch. Đầu tiên, bản gốc của thang đo bằng tiếng Anh được dịch sang tiếng Việt bởi ba dịch giả, gồm một giáo viên tiếng Anh, một giảng viên điều dưỡng và một bác sĩ sản khoa. Sau đó, ba phiên bản tiếng Việt này được so sánh và đối chiếu bởi nhóm nghiên cứu, một bác sĩ lâm sàng và một nữ hộ sinh để đạt sự đồng thuận về bản tiếng Việt. Tiếp theo, bản tiếng Việt này được dịch ngược lại sang tiếng Anh bởi hai dịch giả hoàn toàn không được biết về phiên bản gốc. Cuối cùng, một giáo viên tiếng Anh bản địa sẽ so sánh phiên bản gốc của thang đo và bản dịch tiếng Anh. Bất kỳ sự khác biệt nào được phát hiện đều sẽ được điều chỉnh để đảm bảo phiên bản tiếng Việt có ngữ nghĩa giống hoàn toàn với thang đo gốc. Tất cả các dịch giả tham gia vào nghiên cứu này là những người thành thạo song ngữ Việt - Anh, quen thuộc với cả hai nền văn hóa và làm việc một cách độc lập.

Kiểm định

- Tính giá trị nội dung dịch thuật

Tính giá trị nội dung dịch thuật của bản tiếng Việt được kiểm định dựa trên phương pháp của Sperber, Devellis và Boehlecke⁽²²⁾ để đảm bảo sự chính xác về mặt ngữ nghĩa và sự phù hợp của bộ công cụ trong bối cảnh và văn hóa Việt Nam. Ba chuyên gia được mời tham gia so sánh và đánh giá các câu hỏi giữa bản tiếng Anh và bản tiếng Việt bằng

thang điểm từ 1 (hoàn toàn khác biệt) đến 4 (hoàn toàn tương đương về mặt ngữ nghĩa).

- Độ tin cậy

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phi thực nghiệm để thẩm định độ tin cậy của OPTION, DSAT dựa trên học thuyết đo lường⁽²¹⁾. Hai thang đo được đánh giá độ tin cậy thông qua việc đối chiếu kết quả của hai đánh giá viên và của cùng đánh giá viên nhưng tại hai thời điểm khác nhau.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Thống kê mô tả được sử dụng để phân tích cho dữ liệu nhân khẩu học. Nghiên cứu sử dụng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics, phiên bản 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Độ tin cậy giữa hai lần quan sát của cùng một đánh giá viên của hai thang đo được tính toán bằng mô hình hệ số tương quan nội cụm (ICC). Giá trị ICC nhỏ hơn 0,5 là độ tin cậy kém, giá trị từ 0,5 đến 0,75 cho thấy độ tin cậy tốt⁽²³⁾. Đối với OPTION, hệ số Cohen's Kappa (k) và ICC được dùng để đánh giá độ tin cậy giữa hai đánh giá viên. Hệ số k trên 0.6 là độ tin cậy tốt, từ 0,4 đến 0,6 là khá, và từ 0,2 đến 0,4 là thấp⁽²⁴⁾. Đối với DSAT, hệ số Cohen's Kappa và phần trăm đồng thuận giữa các đánh giá viên được dùng để đánh giá độ tin cậy giữa hai đánh giá viên. Sự đồng thuận đạt trên 85% là độ tin cậy tốt.

Y Đúc

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức trong Nghiên cứu Y sinh của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (Số 923/HĐĐĐ-ĐHYD).

Kinh phí

Nghiên cứu nhận kinh phí nhóm đề tài cấp cơ sở của Đại học Y dược TP. HCM

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 41 bảng ghi được phân tích. Đánh giá viên mất khoảng 30 phút để lượng giá, 20 phút để nghe và đánh giá video, 10 phút để nghe lại và chấm điểm. Tuổi trung bình +độ lệch chuẩn của sinh viên là 21,2+0,4 và điểm trung bình năm học là 3,0+0,3.

Tính giá trị nội dung dịch thuật

Đối với cả hai thang đo, các chuyên gia đều đánh giá từ 3 điểm trở lên cho tính giá trị về mặt ngữ nghĩa và sự phù hợp trong bối cảnh và văn hóa Việt Nam. Nhóm nghiên cứu chỉ chỉnh sửa một số lỗi nhỏ về từ ngữ và diễn đạt.

Phân hóa điểm trong bộ câu hỏi

Điểm trung bình của OPTION là 65,0+14,5 và 65,8+13,7 lần lượt đối với người đánh giá 1 và 2. Bảng 1 cho thấy điểm ở mỗi câu đều trên mức trung bình. Điều này phản ánh kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định của sinh viên ở mức trung bình khá. Câu 3 trong bảng câu hỏi có điểm trung bình cao nhất, cho thấy rằng sinh viên đã thể hiện tốt kỹ năng kỹ năng cung cấp thông tin về các lựa chọn cho người bệnh. Xét về mức độ thành thạo ở từng câu trong thang đo, bảng 2 và 3 cho thấy, cả hai người đánh giá đều cho điểm tập trung ở mức “thực hiện thành thạo” với đa số sinh viên. Sự chênh lệch điểm giữa hai lần đánh giá của người đánh giá thứ hai không đáng kể, chỉ từ 1-2 điểm (bảng 3).

Bảng 1- Điểm trung bình OPTION theo từng câu (thang 0-4)

Câu hỏi	Số cuộc tư vấn (%) (n = 41)	
	Người đánh giá 1	Người đánh giá 2
Câu 1	2,4 (0,7)	2,6 (0,7)
Câu 2	2,6 (0,6)	2,6 (0,6)
Câu 3	2,8 (0,6)	2,8 (0,7)
Câu 4	2,6 (0,8)	2,6 (0,8)
Câu 5	2,6 (1,2)	2,6 (1,0)

Bảng 2- Điểm OPTION của người đánh giá 1

	Không thực hiện (%) (0)	Thực hiện ít (%) (1)	Thực hiện vừa phải (%) (2)	Thực hiện thành thạo (%) (3)	Thực hiện hoàn hảo (%) (4)	Trung bình (Khoảng)
Câu 1	0 (0)	3 (7,3)	18 (43,9)	18 (43,9)	2 (4,9)	3 (1 ~ 4)
Câu 2	0 (0)	1 (2,4)	17 (41,5)	21 (51,2)	2 (4,9)	3 (1 ~ 4)
Câu 3	0 (0)	2 (4,9)	8 (19,5)	28 (68,3)	3 (7,3)	3 (1 ~ 4)
Câu 4	0 (0)	4 (9,8)	13 (31,7)	20 (48,8)	4 (9,8)	3 (1 ~ 4)
Câu 5	4 (9,8)	3 (7,3)	9 (22,0)	15 (36,6)	10 (24,4)	3 (0 ~ 4)
Tổng điểm						65 (30-90)*

*: Tổng điểm được quy đổi qua thang đo 0 đến 100

Bảng 3- Điểm OPTION của người đánh giá 2

	Không thực hiện (%) (0)	Thực hiện ít (%) (1)	Thực hiện vừa phải (%) (2)	Thực hiện thành thạo (%) (3)	Thực hiện hoàn hảo (%) (4)	Trung bình (Khoảng)
Câu 1	0 (0) ^a	2 (4,9) ^a	15 (36,6) ^a	22 (53,7) ^a	2 (4,9) ^a	3 (1 ~ 4) ^a
	0 (0) ^b	1 (2,4) ^b	16 (39,0) ^b	22 (53,7) ^b	2 (4,9) ^b	3 (1 ~ 4) ^b
Câu 2	0 (0) ^a	0 (0) ^a	17 (41,5) ^a	22 (53,7) ^a	2 (4,9) ^a	3 (2 ~ 4) ^a
	0 (0) ^b	0 (0) ^b	17 (41,5) ^b	22 (53,7) ^b	2 (4,9) ^b	3 (2 ~ 4) ^b
Câu 3	0 (0) ^a	2 (4,9) ^a	9 (22,0) ^a	26 (63,4) ^a	4 (9,8) ^a	3 (1 ~ 4) ^a
	0 (0) ^b	2 (4,9) ^b	7 (17,1) ^b	27 (65,9) ^b	5 (12,2) ^b	3 (1 ~ 4) ^b
Câu 4	0 (0) ^a	4 (9,8) ^a	14 (34,1) ^a	18 (43,9) ^a	5 (12,2) ^a	3 (1 ~ 4) ^a
	0 (0) ^b	3 (7,3) ^b	14 (34,1) ^b	20 (48,8) ^b	4 (9,8) ^b	3 (1 ~ 4) ^b
Câu 5	2 (4,9) ^a	5 (12,2) ^a	9 (22,0) ^a	17 (41,5) ^a	8 (19,5) ^a	3 (0 ~ 4) ^a
	3 (7,3) ^b	4 (9,8) ^b	11 (26,8) ^b	16 (39,0) ^b	7 (17,1) ^b	3 (1 ~ 4) ^b
Tổng điểm*						65 (35-95) ^a
						65 (35-95) ^b

^a chấm lần 1; ^b chấm lần 2, 2 tuần sau chấm lần 1; *Tổng điểm được quy đổi qua thang đo 0 đến 100

Thang đo DSAT cho thấy các kỹ năng sinh viên làm tốt (ví dụ: xác định giai đoạn ra quyết định, cung cấp thông tin) và những kỹ năng cần cải thiện (ví dụ: can thiệp giúp làm giảm áp lực và tăng sự ủng hộ từ những người xung quanh; đánh giá kiến thức về lợi ích và tác hại liên quan đến các lựa chọn và thảo luận về giá trị) (bảng 4).

Bảng 4- Phần trăm sinh viên được đánh giá “có thực hiện” ở mỗi câu hỏi.

	Số cuộc tư vấn (%) (n = 41)	
	Người đánh giá 1	Người đánh giá 2
1 Làm rõ, nhận định sự không chắc chắn trong việc đưa ra quyết định	63,4	63,4
2 Thời điểm cho việc đưa ra quyết định được thảo luận/ ghi nhận	31,7	29,3
3 Giai đoạn của việc ra quyết định	92,7	90,2
4 Đánh giá kiến thức về các lựa chọn, lợi ích và khó khăn	78,0	82,9
5 Cung cấp thông tin về các lựa chọn, lợi ích và khó khăn	80,4	8,9
6 Thảo luận sự quan trọng của các lợi ích/ khó khăn của từng lựa chọn	19,5	17,1

7 Đánh giá về vai trò mà bệnh nhân mong muốn trong việc ra quyết định, những người ảnh hưởng đến việc ra quyết định và ý kiến của họ,	24,3	24,4
8 Can thiệp hỗ trợ làm giảm áp lực/tăng sự ủng hộ từ những người xung quanh	14,6	12,2
9 Tóm tắt các bước tiếp theo để hướng đến nhu cầu ra quyết định của bệnh nhân	39,0	39,0
Tổng cộng	2,4	2,4

Độ tin cậy

Cùng đánh giá viên

Hệ số tương quan ICC của OPTION và DSAT lần lượt là 0,98 (95% CI: 0,96-0,99; $p < 0,05$) và 0,94 (95% CI: 0,90-0,97; $p < 0,05$), cho thấy có sự nhất quán cao giữa các lần chấm.

Hai đánh giá viên

Độ tin cậy của thang đo OPTION cho mỗi câu đều thể hiện sự nhất quán cao (Bảng 6). Ở mỗi câu trong bộ câu hỏi, giá trị k đều trên 0,8 cho thấy sự đồng thuận cao giữa các đánh giá viên. Chỉ số ICC cho toàn bộ thang đo là 0,97 ($p < 0,001$).

Bảng 6- Chỉ số Cohen's Kappa ở từng câu

OPTION	Đồng thuận	Kappa	95% CI	p-value
Câu 1	87.8%	0,83	0,68 -0,97	<0,001
Câu 2	95.1%	0,92	0,81 – 1,02	<0,001
Câu 3	92.7%	0,84	0,67 -1,02	<0,001
Câu 4	95.1%	0,94	0,87 -1,02	<0,001
Câu 5	80.5%	0,94	0,87 -1,02	<0,001

Đối với DSAT, ở mỗi câu, mức độ đồng thuận giữa các đánh giá viên dao động từ trung bình đến cao (kappa từ 0,79 đến 0,91) (Bảng 7).

Bảng 7- Mức độ đồng thuận và hệ số Kappa của thang đo DSAT

Câu	Tỷ lệ đồng thuận (%)	Kappa
1 Làm rõ, nhận định sự không chắc chắn trong việc đưa ra quyết định	90,2	0,79
2 Thời điểm cho việc đưa ra quyết định được thảo luận/ ghi nhận	97,6	0,94
3 Giai đoạn của việc ra quyết định	97,6	0,84
4 Đánh giá kiến thức về các lựa chọn, lợi ích và khó khăn	95,1	0,84
5 Cung cấp thông tin về các lựa chọn, lợi ích và khó khăn	97,6	0,91
6 Thảo luận sự quan trọng của các lợi ích/ khó khăn của từng lựa chọn	97,6	0,91
7 Đánh giá về vai trò mà bệnh nhân mong muốn trong việc ra quyết định, những người ảnh hưởng đến việc ra quyết định và ý kiến của họ,	95,1	0,86

8 Can thiệp hỗ trợ làm giảm áp lực/tăng sự ủng hộ từ những người xung quanh	97,6	0,89
9 Tóm tắt các bước tiếp theo để hướng đến nhu cầu ra quyết định của bệnh nhân	95,1	0,89
Tổng cộng	70,7	0,65

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này hoàn chỉnh bản Việt hóa và kiểm định tính giá trị nội dung dịch thuật và độ tin cậy của hai thang đo OPTION và DSAT. Kết quả của nghiên cứu cho thấy OPTION và DSAT thỏa mãn các yêu cầu về tính giá trị nội dung dịch thuật và độ tin cậy.

Nhóm nghiên cứu nhận thấy kỹ năng SDM của các sinh viên hộ sinh năm thứ 4 chỉ ở mức trung bình và thấp. Mức điểm được đo bởi OPTION và DSAT lần lượt là 65,4/100 và 4,6/10. Một số lý do có thể có thể giải thích cho kết quả này. Thứ nhất, sinh viên bị giới hạn thời gian tư vấn khi tương tác với bệnh nhân chuẩn. Mức điểm về kỹ năng SDM có thể cao hơn nếu thời gian tư vấn dài hơn⁽²⁵⁾. Thứ hai, sinh viên chỉ tham gia vào một khóa đào tạo về SDM khá ngắn, và không thể sở hữu đầy đủ năng lực về SDM. Mặc dù sinh viên năm 4 được cho là có nhiều kinh nghiệm về giao tiếp với bệnh nhân hơn so sinh viên năm nhất, tuy nhiên, sinh viên vẫn không thể đạt được khả năng thực hành kỹ năng SDM toàn diện chỉ sau vài giờ học trên lớp. Cần tổ chức các khóa đào tạo liên tục để củng cố thái độ tích cực của sinh viên đối với SDM, nâng cao nền tảng lý thuyết về SDM và trau dồi khả năng ứng dụng kiến thức SDM vào thực hành lâm sàng.

Thang đo OPTION thể hiện độ tin cậy tốt đối với cùng đánh giá viên hoặc hai đánh giá viên khác nhau. OPTION với 5 câu để sử

dụng trên lâm sàng hơn so với OPTION 12 câu⁽¹⁸⁾. OPTION5 ngắn gọn và có tính khả thi cao hơn vì các tác giả đã loại trừ các mục quá lý tưởng và không thường được quan sát trong thực tế lâm sàng⁽¹⁸⁾. Hiện tại, OPTION5 đã được dịch sang một số ngôn ngữ, trong đó có tiếng Đức và tiếng Hà Lan. Đối với phiên bản tiếng Đức của OPTION5, độ tin cậy cùng và giữa các đánh giá viên đều tốt trên tổng điểm⁽²⁶⁾. Tuy nhiên, độ tin cậy giữa các đánh giá viên phiên bản tiếng Anh (ICC = 0,67)⁽²⁰⁾ và tiếng Hà Lan (K = 0,68)⁽²⁷⁾ tương đối thấp hơn. Kết quả này có thể liên quan đến việc bệnh nhân chỉ cần đưa ra một quyết định lâm sàng trong cuộc tư vấn. Trong nghiên cứu này, tương tác giữa sinh viên-người bệnh chuẩn cũng chỉ tập trung vào một vấn đề. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy trong nhiề bối cảnh, người bệnh có thể cần phải đưa ra nhiều quyết định hơn. Xét về tổng điểm, độ tin cậy cùng đánh giá viên của phiên bản tiếng Việt khá tốt, phù hợp với kết quả kiểm định thang đo phiên bản tiếng Đức⁽²⁶⁾ và tiếng Trung Quốc⁽²⁸⁾.

DSAT phiên bản tiếng Việt đạt được độ tin cậy giữa hai đánh giá viên ở mức khá. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu kiểm định của Stacey Taljaard, Drake, and O'Connor⁽¹⁹⁾ với kappa 0.55 (KCT 95%: 0,49-0,61) và nghiên cứu của Guimond⁽⁹⁾ với kappa 0,59, trong đó hệ số kappa cho toàn

thang đo đều ở mức khá. Sự khác biệt về điểm số giữa hai người đánh giá có thể là do sự khác biệt trong cách giải thích các phần liên quan của cuộc giao tiếp, đặc biệt là đánh giá các giá trị và nguyện vọng của bệnh nhân. Nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu kiểm định bởi Stacey⁽¹⁹⁾ đều chỉ ra rằng kỹ năng nhận định những giá trị, mong muốn của người bệnh và kỹ năng đưa ra những can thiệp giúp bệnh nhân giảm áp lực hoặc tăng sự ủng hộ từ những người xung quanh là hai kỹ năng mà nhân viên y tế cần hoàn thiện hơn. Tương tự với nghiên cứu của Guimond⁽⁹⁾, tỉ lệ phần trăm đồng thuận cao nhất (trên 70%) giữa các đánh giá viên nằm ở nội dung cung cấp thông tin về những lợi ích và rủi ro của các lựa chọn. Kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định là một kỹ năng quan trọng vì có liên quan một cách có ý nghĩa với kết cục điều trị, chăm sóc bao gồm sự hài lòng với quyết định được đưa ra của các cả nhân viên y tế và người bệnh⁽⁹⁾. Nhân viên y tế Việt Nam cần được đào tạo về cách chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm; tuy nhiên SDM chưa được áp dụng vào các tình huống cần tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các cơ sở y tế.

Hạn chế

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế. Số lượng video ít và chỉ sử dụng hai kịch bản tư vấn. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng hơn với những tình huống khác nhau, tốt nhất là đánh giá nhiều lần tư vấn của cùng một nhân viên y tế để xác định mức độ thành thạo kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định và kỹ năng giao tiếp trong nhiều tình huống khác nhau. Hơn nữa, việc ghi hình các cuộc tư vấn có thể ảnh

hưởng đến hành vi của các sinh viên. Thêm vào đó, do tất cả các sinh viên tham gia đều là nữ, chúng tôi không thể chắc chắn liệu kết quả có bị ảnh hưởng bởi giới tính hay không. Do đó, trong tương lai, nhóm nghiên cứu đề nghị nên thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu cân bằng về giới hơn. Cuối cùng, nên thực hiện các cuộc tư vấn trên người bệnh thật hơn là người bệnh chuẩn⁽²⁹⁾ vì mô phỏng buổi tư vấn với người bệnh chuẩn chắc chắn sẽ khác nhiều so với cuộc tư vấn với người bệnh thật⁽³⁰⁾. Người bệnh chuẩn không thật sự có bệnh và chỉ cố gắng miêu tả diễn xuất của họ. Hơn nữa, việc tuyển dụng và đào tạo bệnh nhân chuẩn tốn nhiều thời gian để tạo ra tình huống mô phỏng chất lượng⁽³¹⁾. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi dù không đánh giá các cuộc tư vấn bệnh nhân thực sự, nhưng việc sử dụng người bệnh chuẩn giúp chúng tôi tạo tình huống giống nhau cho số lượng lớn sinh viên với cùng độ khó⁽³²⁾.

Điểm mạnh

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm mạnh. Phản hồi từ người đánh giá cho thấy người bệnh chuẩn diễn rất “tròn vai”. Ngoài ra, việc ghi hình video giúp phân tích được cả hành vi phi ngôn ngữ. Ngoài ra, nghiên cứu này cho phép chúng tôi phản hồi về chất lượng của các cuộc tư vấn thực hiện bởi sinh viên, từ đó đề ra những giải pháp để nâng cao kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định.

V. KẾT LUẬN

OPTION và DSAT là hai công cụ đo lường kỹ năng giao tiếp-hỗ trợ người bệnh ra quyết định có tính giá trị nội dung dịch thuật và độ tin cậy cao. Hai thang đo được phát triển dựa trên mô hình khái niệm và đã được kiểm định trong các lĩnh vực khác nhau. Các

công cụ này tạo cơ hội để đánh giá thường xuyên kỹ năng giao tiếp SDM của nhân viên y tế. SDM được ủng hộ trên toàn thế giới nhưng chưa được thực hiện rộng rãi ở Việt Nam. Bên cạnh đó, SDM cũng chưa trở thành một mô hình thực hành chăm sóc trong chuẩn quốc gia. Để thúc đẩy SDM trong chăm sóc thường quy, các chương trình đào tạo cho sinh viên và học viên về kỹ năng giao tiếp SDM là cần thiết.

LỜI CẢM ƠN

Tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y dược TP. HCM đã tài trợ kinh phí để nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Barry MJ and Edgman-Levitan S (2012).** Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*, 366(9): p. 780-1.
- Lenert L et al (2014).** A model to support shared decision making in electronic health records systems. *Med Decis Making*, 34(8): p. 987-95.
- Shay LA and Lafata JE (2015).** Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*, 35(1): p. 114-31.
- Pollard S, Bansback N, and Bryan S (2015).** Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 98(9): p. 1046-57.
- Stacey D et al (2017).** Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 4: p. Cd001431.
- Berger-Hoger B et al (2019).** Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 93: p. 141-152.
- O'Connor AM et al (1998).** A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns*, 33(3): p. 267-79.
- Sepucha KR, Fowler Jr FJ, and Mulley Jr AGJHA (2004).** Policy Support For Patient-Centered Care: The Need For Measurable Improvements In Decision Quality: Documenting gaps in patients' knowledge could stimulate rapid change, moving decisions and care closer to a patient-centered ideal, 23(Suppl2): p. VAR-54-VAR-62.
- Guimond P, et al (2003).** Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient Educ Couns*, 50(3): p. 235-45.
- Elwyn GHH, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, Grol R (2005).** The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect*, p34-42.
- Shields CG, et al (2005).** Rochester participatory decision-making scale (RPAD): reliability and validity. 3(5): p. 436-442.
- National Quality Forum (2018),** National Quality Partners Playbook: Shared Decision Making in Healthcare, National Quality Forum: Washington, DC: p. 3-6.
- Légaré F and Witteman HO (2013).** Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*, 32(2): p. 276-84.
- Elwyn G, et al (2012).** Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27(10): p. 1361-7.
- Lambert BL, et al (2016).** The "Seven Pillars" Response to Patient Safety Incidents:

- Effects on Medical Liability Processes and Outcomes. *Health Serv Res*, 51 Suppl 3(Suppl 3): p. 2491-2515.
- 16. Bouniols N, Leclère B, and Moret L (2016)** Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Research Notes*, 9(1): p. 382.
 - 17. Gartner FR, et al (2018).** The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PLoS One*, 13(2): p. e0191747.
 - 18. Elwyn G, et al (2013).** Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Educ Couns*, 93(2): p. 265-71.
 - 19. Stacey D, et al (2008).** Audit and feedback using the brief Decision Support Analysis Tool (DSAT-10) to evaluate nurse-standardized patient encounters. *Patient Educ Couns*, 73(3): p. 519-25.
 - 20. Barr PJ, et al (2015).** The psychometric properties of Observer OPTION(5), an observer measure of shared decision making. *Patient Educ Couns*, 98(8): p. 970-6.
 - 21. Waltz CF, Strickland O, and Lenz ER (2017).** Measurement in nursing and health research. 5th ed. 2017, New York, NY: Springer Publishing Company, LLC: p. 59-109.
 - 22. Sperber AD, Devellis RF, and Boehlecke B (1994).** Cross-Cultural Translation: Methodology and Validation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25(4): p. 501-524.
 - 23. Koo TK, Li MY (2016).** A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155–163.
 - 24. Landis JR and Koch GG (1977).** The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1): p. 159-174.
 - 25. Mathijssen EGE, et al (2020).** Shared decision making in routine clinical care of patients with rheumatoid arthritis: an assessment of audio-recorded consultations. *Ann Rheum Dis*, 79(2): p. 170-175.
 - 26. Kölker M, et al (2018).** Psychometric properties of the German version of Observer OPTION5. *BMC Health Services Research*, 18(1): p. 74.
 - 27. Stubenruch FE, et al (2016).** OPTION(5) versus OPTION(12) instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Educ Couns*, 99(6): p. 1062-8.
 - 28. Chen Z, et al (2020).** Psychometric properties of the simplified Chinese version of the observer OPTION(5) scale. *BMC Fam Pract*, 21(1): p. 263.
 - 29. Bokken L, et al (2010).** Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment. *Acad Med*, 85(1): p. 148-54.
 - 30. Bokken L, et al (2008).** Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: a review. *Simul Healthc*, 3(3): p. 161-9.
 - 31. Barrows HS (1993).** An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med*, 68(6): p. 443-51; discussion 451-3.
 - 32. Collins R (2009).** AMEE Medical Education Guide No. 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher*, 20: p. 508-521.