

5 KỸ THUẬT GIAO TIẾP HIỆU QUẢ

giúp bệnh nhân nâng cao khả năng tự quản lý bệnh mãn tính

1. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

Trình bày điểm khác biệt giữa 2 mô hình truyền thống và cộng tác
Trình bày cách thức thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ giao tiếp

2. NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1. Giới thiệu

Trong công tác chăm sóc ngoại trú, việc đánh giá hiệu quả điều trị không dễ thực hiện. Điều này càng đúng hơn đối với điều trị - theo dõi những bệnh mãn tính. Bởi vì kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như: dùng thuốc không đều, tác dụng phụ của thuốc, tương tác thuốc, hiệu quả của thuốc, tuân thủ điều trị...

Tại sao bệnh nhân thường không tuân theo các khuyến cáo của bác sĩ – nhân viên y tế? chúng ta thử quan sát một kịch bản sau¹:

Chị Lan đến gặp bác sĩ vì tái khám điều trị cao huyết áp. Sau khi đo huyết áp, bác sĩ ghi nhận chỉ số huyết áp tương đối cao hơn mức ngưỡng:

Bác sĩ: “chào chị Lan, dạo này chị thấy trong người như thế nào?”

Chị Lan: “thấy cũng bình thường thôi”

Bác sĩ: “Huyết áp của chị vừa rồi tôi đo cho thấy vẫn còn cao. Không biết chị dùng thuốc có đều không?”

Chị Lan: “tôi có dùng chứ. Nhưng tôi mới hết thuốc tuần vừa rồi”

Bác sĩ: “Vây à! Vây chị có chú ý chế độ ăn uống giống như tôi đã hướng dẫn không? Chị có ăn giảm muối không?”

Chị Lan: “Ừa... tôi đang thử....”.

Đây chỉ là một ví dụ thường gặp trong theo dõi điều trị bệnh mãn tính trong ngoại trú. Tuy cuộc hội thoại ngắn là này, chúng ta vẫn có thể nhận định rằng cuộc đối thoại giữa 2 người đã không được thực hiện tốt. Bệnh nhân không thật sự cởi mở, thông tin về bệnh và điều trị không được trình bày rõ ràng đầy đủ. Đôi lúc bệnh nhân có vẻ như đang che giấu thông tin, không sẵn lòng chia sẻ trước những vấn đề mà bác sĩ đặt ra: về tình hình sức khỏe, về việc dùng thuốc, về chế độ ăn uống phù hợp... Thực tế, bệnh nhân hiện đang có tình trạng huyết áp không ổn định ở ngưỡng cao với phác đồ điều trị hiện tại chưa được tuân thủ tốt.

Tình huống này sẽ được đánh giá chính xác sẽ phong phú thêm nếu chúng ta có thêm thông tin về bối cảnh của bệnh nhân. Các thông tin khác

- Bệnh nhân đã có một người di vừa mất vì cơn đột quỵ trong thời gian gần đây

- Bệnh nhân không tin rằng chế độ ăn uống có thể giúp gì nhiều vì người di vừa mất là người rất tuân thủ chế độ ăn uống.
- Bệnh nhân cũng không tin rằng phác đồ điều trị hiện tại có hiệu quả vì bệnh nhân đã ngưng thuốc một tuần mà không thấy có vấn đề gì
- Bệnh nhân không theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà mà chỉ đo cho mỗi lần đi khám bệnh

Bác sĩ cũng cảm thấy lúng túng trong trường hợp này bởi vì anh ta biết bệnh nhân hiện đang không được khỏe như mong muốn. Hiện bệnh nhân đang có nguy cơ đột quỵ cao nếu như huyết áp không được điều chỉnh tốt, chế độ ăn uống không thay đổi. Bác sĩ cũng không thể biết rằng phác đồ dùng thuốc hiện tại có hiệu quả hay không khi mà bệnh nhân đã tự ý ngưng thuốc một tuần lễ và có vẻ là bệnh nhân đã không dùng thuốc trước khi đến khám bệnh giải thích phần nào đó tình trạng huyết áp cao tại thời điểm khám. Bác sĩ chưa hiểu vì lý do gì mà bệnh nhân không tuân thủ tốt phác đồ vì các câu hỏi đặt ra đều không được trả lời thỏa đáng bởi bệnh nhân.

Cả bệnh nhân và bác sĩ đều đang quan tâm đến tình trạng huyết áp cao (hoặc rộng hơn nữa là tình trạng sức khỏe của bệnh nhân). Tuy nhiên, cách thức giao tiếp chưa phù hợp đã khép lại khả năng để bác sĩ và bệnh nhân cùng trao đổi về cách thức cải thiện tình trạng hiện tại.

2.2. Mô hình mới

Đối với mô hình giao tiếp nhân viên y tế – bệnh nhân truyền thống, chính nhân viên y tế là người thiết lập qui tắc làm việc, xác định mục tiêu sức khỏe và ra quyết định trong tất cả vấn đề lâm sàng của bệnh nhân. Mô hình này phù hợp trong quá khứ vì người nhân viên y tế được xã hội xem như là chuyên gia về sức khỏe, là người nắm giữ kiến thức về y khoa, là người có khả năng vận dụng kiến thức để khôi phục sức khỏe người bệnh. Tuy nhiên, mô hình này không quan tâm nhiều đến khía cạnh con người của bệnh nhân: về tâm lý, về sinh lý, về bối cảnh gia đình-xã hội, về các giá trị riêng của bệnh nhân (kinh nghiệm trong quá khứ, cảm nghĩ về tình trạng hiện tại, vấn đề ưu tiên cần giải quyết, các mục tiêu trong cuộc đời...). Chính vì những đặc điểm này, mô hình giao tiếp truyền thống không thể giải thích được câu hỏi vì sao bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

Ví dụ trong một nghiên cứu trên bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường, các nhà nghiên cứu đã tìm ra rằng mặc dù bệnh nhân được thông tin chi tiết và đầy đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường cũng như các lựa chọn điều trị tối ưu, kết quả nghiên cứu cho thấy có vẻ rằng chất lượng cuộc sống bệnh nhân bị rối loạn nhiều bởi việc điều trị bệnh hơn là bản thân của bệnh.²

Các vấn đề sức khỏe mãn tính (sức khỏe và bệnh mãn tính) cần có cách tiếp cận mới (nhân sinh quan mới) bởi vì việc điều trị kéo dài suốt đời và yếu tố tham gia của bệnh nhân là cực kỳ quan trọng. Cách tiếp cận mới này là “chăm sóc dựa trên sự cộng tác” trong đó khuyến khích bệnh nhân tự chăm sóc theo dõi sức khỏe của bản thân (collaborative care = promoting self-management). Với cách tiếp cận này, trao đổi – hội thoại giữa nhân viên y tế và bệnh nhân sẽ bắt đầu bằng kế hoạch tập trung trên các ưu tiên của người bệnh cũng như các khuyến cáo chăm sóc của bác sĩ. Việc ra quyết định điều trị - chăm sóc sẽ dựa trên cơ sở có trao đổi – thảo luận giữa bệnh nhân và ê kíp điều trị³.

Chăm sóc hợp tác (collaborative care: promoting self-management): nâng cao ý thức tự chăm sóc-quản lý sức khỏe		
	Mô hình truyền thống	Mô hình cộng tác
Tương tác	Dựa trên mối bận tâm của người chăm sóc – nhân viên y tế	Dựa trên mối bận tâm của cả bệnh nhân và nhân viên y tế
Thay đổi hành vi	Đến từ kiến thức y khoa	Đến từ kỳ vọng của người bệnh và kiến thức y khoa
Mục tiêu	Tuân thủ điều trị	Tự quản lý hiệu quả
Quyết định	Thực hiện bởi nhân viên y tế	Thực hiện bởi người bệnh với sự hỗ trợ của nhân viên y tế.

Trong khuôn khổ chương trình đào tạo về chăm sóc bệnh mãn tính, chúng ta cần xây dựng một mô hình giao tiếp. Trong đó, bằng các phương pháp khác nhau cho phép chúng ta hỗ trợ bệnh nhân trong việc củng cố quản lý và theo dõi tình trạng sức khỏe mãn tính của chính người bệnh một cách hiệu quả trên cơ sở vận dụng các nguồn lực nội tại và bên ngoài. Các nhà nghiên cứu đã chỉ 5 kỹ thuật khác nhau cho phép hỗ trợ giao tiếp giữa bệnh nhân và bác sĩ trong quản lý bệnh mãn tính (3).

Sau đây xin giới thiệu 5 kỹ thuật đầu tiên để thiết lập mối quan hệ cộng tác giữa bác sĩ và bệnh nhân giúp cải thiện việc theo dõi bệnh mãn tính:

2.2.1. Chia sẻ mối bận tâm của cả 2 bên:

Thông thường, bác sĩ sẽ tìm kiếm, xác định nhu cầu sức khỏe hoặc mối bận tâm chính của mỗi lần khám. Có thể các bác sĩ cũng biết rằng một số thông tin này có thể được đưa ra thảo luận cùng bệnh nhân. Nhưng thực tế thì bác sĩ-nhân viên y tế không chia sẻ thông tin này. Mặt khác, bệnh nhân bị đặt vào bối cảnh phải trả lời các câu hỏi chất vấn khác nhau của bác sĩ, mà ngược lại họ lại không sẵn sàng/không dám đặt câu hỏi ngược lại bác sĩ. (trong mô hình giao tiếp truyền thống, bác sĩ là người thiết lập kế hoạch điều trị còn bệnh nhân thì có nghĩa vụ phải hoàn thành kế hoạch đó)

Việc chia sẻ mối bận tâm của 2 bên có nghĩa là các bác sĩ và bệnh nhân cùng nhau nêu ra các quan điểm – đánh giá của mình về vấn đề sức khỏe hiện tại ngay khi mới gặp mặt để cùng thảo luận. Việc này có thể được thực hiện dễ dàng thông qua một câu hỏi đơn giản: “hôm nay không biết anh chị có muốn hỏi gì thêm không?”. Câu hỏi này sẽ đặt người bệnh vào thế chủ động để trình bày các kỳ vọng/quan điểm cá nhân, từ đó khơi mào cho hàng loạt các câu hỏi và thảo luận khác. Bằng phương thức này, các vấn đề quan trọng của mỗi bên đều được trình bày và cho phép bác sĩ có thể điều hướng thảo luận về vấn đề then chốt/quan trọng nếu cần.

Trong khi các bác sĩ đều cho rằng quá bận rộn để có thể dành thời gian chia sẻ mối bận tâm của 2 bên, các nghiên cứu chỉ ra rằng việc này chỉ làm tăng thêm trung bình 1,9 phút cho mỗi lần khám bệnh ⁴.

2.2.2. Phương pháp hỏi-nói-hỏi

Kỹ thuật này cung cấp một khung kỹ thuật để bác sĩ có thể cung cấp thông tin tương ứng với nhu cầu đòi hỏi của bệnh nhân. Kỹ thuật này thông qua 3 bước tuần tự như sau:

- Hỏi bệnh nhân về những gì họ đã biết hoặc muốn biết về vấn đề sức khỏe của bản thân họ
- Cung cấp thông tin cho bệnh nhân về những gì họ cần phải biết
- Hỏi lại và kiểm tra xem bệnh nhân có hiểu chính xác về thông tin vừa cung cấp hoặc có câu hỏi nào khác nữa không.

Bước đầu tiên cho phép bác sĩ có thể biết được mức độ kiến thức của bệnh nhân về tình trạng bệnh tật, tình trạng sức khỏe và việc điều trị. Bác sĩ có thể hỏi “chị Lan có biết huyết áp của chị hiện không ổn không?” hoặc “chị có nắm được cách thức ăn như thế nào để tránh cao huyết áp không?”. Sau đó, tùy theo nội dung trả lời của bệnh nhân mà bác sĩ có thể bám để cung cấp thông tin, giúp hiệu chỉnh những định kiến về sức khỏe và nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe. Câu hỏi kế tiếp sẽ có dạng như sau “chị Lan có thể nhắc lại cho tôi về những gì cần hạn chế ăn để tránh cao huyết áp không?” hoặc “chị Lan có thể nói lại cho tôi biết cách dùng các thuốc trong toa?”. Việc này sẽ kiểm chứng được thông tin bệnh nhân nhận được có chính xác và đúng theo mong muốn của chúng ta hay không. Để việc kiểm chứng được dễ dàng, chúng ta cần cắt nhỏ thông tin ra thành từng khối nhỏ để kiểm định.

Ngoài việc đảm bảo nội dung thông tin được chuyển tải tốt, phương pháp này còn giúp bệnh nhân tham gia tích cực trong trao đổi, thảo luận cùng bác sĩ, củng cố mối quan hệ bệnh nhân – bác sĩ.

5 kỹ thuật giao tiếp	
Thiết lập ban đầu	Triển khai hành động
Chia sẻ mối quan tâm chung	Thiết lập mục tiêu tự quản lý sức khỏe
Hỏi-nói-hỏi	Đóng vòng lặp
Hỗ trợ sự sẵn sàng thay đổi	

2.2.3. Hỗ trợ sự sẵn sàng thay đổi.

Thông thường, mỗi bệnh nhân sẽ có thái độ khác nhau trước sự thay đổi lối sống, hành vi, thói quen sức khỏe. Để sự thay đổi hành vi có thể xảy ra, mỗi cá nhân cần phải nhận định rằng việc thay đổi là quan trọng cần làm (khía cạnh động lực cá nhân) và việc thực hiện là không quá khó (khả năng cá nhân).

Ví dụ như đối với trường hợp bệnh nhân nghiện rượu có rối loạn tăng men gan. Vấn đề cai rượu được đặt ra để có thể kiểm soát được tình trạng tăng men gan. Bệnh nhân cần được cung cấp thông tin chỉ rõ ra rằng các chỉ số sinh hóa máu có men gan tăng cao “có thể” là hậu quả của việc dùng rượu quá nhiều (để tránh dùng từ nghiện rượu) và khắc phục sớm sẽ tránh tình trạng xơ gan mất bù về sau. Đồng thời, chúng ta cần củng cố niềm tin cai nghiện rượu bằng cách khẳng định rằng nhiều người đã thành công và khỏe mạnh.

Hai câu hỏi đơn giản có thể giúp cho bác sĩ có thể củng cố các điều kiện cần thiết cho sự thay đổi trong vòng vài phút. Câu hỏi đầu tiên là “Theo anh chị thì việc thay đổi có cần thiết hay không? Nếu được anh chị cho điểm trên thang điểm từ 1 đến 10” (Thông thường chúng tôi sử dụng bộ thang đo mức độ đau để đánh giá. Nếu không có, chúng ta có thể cùng qui ước với bệnh nhân rằng 1 điểm là không quan trọng, và 10 điểm là rất quan trọng, thiết yếu). Câu hỏi này sẽ đặt bệnh nhân và bác sĩ cùng ngồi vào bàn và cùng hướng đến một vấn đề. Với kinh nghiệm của tôi, đối với bệnh nhân tiểu đường, khi đặt câu hỏi về vấn đề chế độ dinh dưỡng thì hầu hết đều cho rằng rất quan trọng.

Khẳng định khả năng bản thân có thể thực hiện được thay đổi là mục đích của câu hỏi thứ hai. Chúng ta có thể sử dụng câu hỏi “anh chị có tự tin thực hiện thay đổi hay không? Nếu được anh chị cho điểm trên thang điểm từ 1 đến 10”. Bệnh nhân cần cảm thấy có đủ tự tin rằng họ có thể thực hiện được những thay đổi giúp củng cố tình trạng sức khỏe của họ. Chúng tôi ghi nhận rằng những bệnh nhân nói rằng sẽ thay đổi tất cả, thay đổi ngay lập tức lại là những người khó có khả năng thực hiện thành công thay đổi hành vi. Nhân viên y tế cần hỗ trợ bệnh nhân bằng cách cắt nhỏ mục tiêu thay đổi thành từng bước cụ thể, kế tiếp và có tính khả thi cao. Ví dụ nhưng việc cai nghiện thuốc là có thể được bắt đầu bằng việc giảm dần số lượng thuốc hút mỗi ngày, định mức giảm thành từng tuần, hướng tăng dần tiến đến ngưng hút thuốc lá hoàn toàn.

2.2.4. Thiết lập các mục tiêu tự quản lý sức khỏe

Thông thường, đứng trước câu hỏi về thay đổi hành vi sức khỏe, bệnh nhân thường đặt những mục tiêu dài hạn và thường là mơ hồ. Ví dụ như: tôi sẽ ngưng thuốc là trong 3 tháng, tôi sẽ chạy bộ 1 giờ mỗi ngày, tôi sẽ giảm cân thật nhiều trong thời gian tới... Các trường hợp bệnh nhân đặt mục tiêu dạng như vậy thường có tỷ lệ thành công không cao. Lý do là bệnh nhân đặt mình vào mục tiêu quá khó để bắt đầu. Do vậy những khó khăn ban đầu sẽ nhanh chóng làm cho bệnh nhân nản và bỏ cuộc giữa chừng.

Để hỗ trợ giai đoạn quan trọng này, bác sĩ và các nhân viên y tế khác trong ê kíp chăm sóc có thể giúp bệnh nhân xác định các mục tiêu thay đổi hành vi từng chút một, có tính khả thi cao và hướng dần đến mục tiêu sau cùng.

Nhằm bắt đầu thảo luận một cách hiệu quả và đặt bệnh nhân vào trọng tâm của vấn đề, chúng ta có thể bắt đầu bằng câu hỏi “anh chị định bắt đầu làm điều gì trong tuần này để có thể cải thiện sức khỏe”. Câu hỏi này sẽ giúp bệnh nhân xác định mục tiêu cụ thể trong ngắn hạn (một tuần), mang tính khả thi cao (bắt đầu làm điều gì) và hướng đến mục đích dài hạn (cải thiện sức khỏe). Thông thường, đối với các câu hỏi dạng này, người bệnh sẽ định hình nhanh hàng loạt các hoạt động đơn giản, cụ thể và có thể thực hiện được liền như: tôi nghĩ rằng tôi sẽ tập thể dục thêm 15 phút mỗi buổi sáng, tôi sẽ bớt ăn thêm nước chấm vào mỗi buổi cơm, tôi sẽ giảm bớt 2 điếu thuốc/ngày ngay trong tuần này.... Các mục tiêu dạng như vậy sẽ hiệu quả hơn, dễ dàng thực hiện hơn và đương nhiên là tỷ lệ thành công hơn là các mục tiêu “dài hơi” và thiếu “thực tế”. Một số yếu tố sau cần chú ý khi giúp bệnh nhân xây dựng kế hoạch thay đổi:

Chi tiết: đối với tình huống bệnh nhân chỉ vạch ra mục tiêu còn mơ hồ như “tôi sẽ tập thể dục nhiều hơn”, bác sĩ cần khuyến khích bệnh nhân cụ thể thêm các hoạt động. Chúng ta có thể yêu cầu bệnh nhân nêu ví dụ một hoạt động thể thao nào mà bệnh nhân thích bắt đầu, trong bao lâu mỗi ngày và bằng cách nào... Các câu hỏi nhỏ sẽ giúp bệnh nhân định hình rõ hơn hành động sẽ thực hiện sớm, những nguồn lực cần sử dụng, kế hoạch cụ thể trong thời gian tới để thực hiện thay đổi. Các nội dung này càng cụ thể, khả năng bệnh nhân thực hiện thành công càng cao. Ví dụ như một kế hoạch “tôi sẽ đi bộ một vòng quanh khu phố nhà tôi 3 lần một tuần với chồng” là rất cụ thể và khả thi.

Giới hạn: mục tiêu cần được xây dựng cho khoảng thời gian 1-2 tuần là phù hợp. Nếu hoạch định kế hoạch cho khoảng thời gian quá dài, bệnh nhân

thường khó có thể định hình rõ mục tiêu và chi tiết hóa hoạt động. Các mục tiêu thay đổi hành vi có thể được củng cố và hiệu chỉnh qua mỗi lần thăm khám khác nhau.

Khả thi: một mục tiêu xây dựng hay nhưng vượt quá khả năng của bệnh nhân thì cũng không được xem là tốt được. Ví dụ như chúng ta yêu cầu một người đang bị di chứng thần kinh sau tai biến phải tập thể dục bằng cách chạy bộ 5 dặm một ngày thì hoàn toàn phi thực tế. Tuy nhiên, chúng ta vẫn có thể hướng dẫn tập thể dục thụ động tại chỗ bằng cách dụng cụ. Có những trường hợp bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối nặng, vì mục tiêu giảm cân, bác sĩ đã hướng dẫn bệnh nhân cần phải đi bộ thể dục 2 lần mỗi ngày. Kết quả đương nhiên là bệnh nhân không thể đi bộ vì cả hai khớp gối đều bị đau khi đi. Trong giai đoạn đầu, việc xác định mục tiêu khả thi, thích ứng với việc mới bắt đầu thay đổi hành vi là rất quan trọng. Nếu bệnh nhân hoàn thành tốt mục tiêu ban đầu, họ sẽ được mong muốn duy trì quá trình thay đổi hành vi và hướng đến các mục tiêu xa hơn, khó hơn.

Lượng giá được: mục tiêu cần xây dựng trên những tiêu chí có thể lượng giá dễ dàng bởi bệnh nhân và cả nhân viên y tế. Chúng ta có thể lượng giá thông qua kết quả hành động (giảm cân nặng) hoặc bản thân của chính hành động (tập thể dục mỗi ngày). Tuy nhiên, để tạo điều kiện cho bệnh nhân theo dõi, chúng ta nên đề mục tiêu theo hành động. Ví dụ như mục tiêu là cần hạ huyết áp tâm thu xuống dưới 140mmHg hoặc cần giảm được 10kg cân nặng là những mục tiêu có vẻ dễ dàng đo đạt. Tuy nhiên, do kết quả phụ thuộc vào nhiều thông số khác nhau chứ không phải chỉ do hành động, bệnh nhân sẽ khó lượng giá khối lượng hoạt động cần thực hiện để đạt mục tiêu. Chính vì lý do đó, các mục tiêu dựa trên kết quả thường khó đạt được, khó thực hiện. Mục tiêu cần tập trung vào các hoạt động cần thực hiện (ví dụ như dùng đều 3 lần mỗi ngày, vận động nhẹ 15 phút mỗi buổi sáng), điều này sẽ giúp bệnh nhân dễ dàng hoàn thành mục tiêu, khích lệ bệnh nhân tiếp tục các mục tiêu thay đổi hành vi khác.

Trên cơ sở cùng thảo luận với bệnh nhân để xác định các mục tiêu thay đổi hành vi khác nhau, bác sĩ cần tranh thủ củng cố niềm tin và khích lệ các kết quả đạt được. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng ngay cả bệnh nhân còn trong giai đoạn chần chừ, việc xác định mục tiêu thay đổi hành vi với bác sĩ sẽ giúp thực hiện tốt các mục tiêu đề ra^{5,6}

2.2.5. Khép vòng lặp (closing the loop)

Bác sĩ thường cho rằng lời giải thích của mình đủ rõ ràng và dễ hiểu, cho rằng mình đã sử dụng phương thức giao tiếp phù hợp (ngôn ngữ, thời gian thảo luận, cách thức trao đổi..) và bệnh nhân có đủ trình độ để tiếp thu các thông tin đó, nhất là khi bệnh nhân có những cử chỉ cho thấy rằng họ đã hiểu thông tin. Tuy nhiên, các nghiên cứu chỉ ra rằng có hơn phân nửa bệnh nhân đã hiểu sai về các thông tin, các khuyến cáo mà bác sĩ đã cung cấp trong lần khám bệnh⁷. Khép vòng lặp có nghĩa là yêu cầu bệnh nhân phải lặp lại những điểm quan trọng của thông tin, lời hướng dẫn để đảm bảo rằng bệnh nhân hiểu chính xác. Việc này cho phép kiểm tra thông tin, đồng thời hiệu chỉnh những thông tin bị hiểu sai đôi khi gây hại cho bệnh nhân. Tuy kỹ thuật này đơn giản nhưng nó đã được chứng minh đem lại hiệu quả kiểm soát HbA1C trong một nghiên cứu gần đây⁶.

2.3. Ứng dụng vào thực hành

Mặc dù các công cụ đã được mô tả rõ, các bằng chứng đã được minh chứng có hiệu quả, việc ứng dụng vào công tác lâm sàng không phải là việc đơn giản. Một số khó khăn được ghi nhận bao gồm cả yếu tố chủ quan và khách quan:

- Bối cảnh khám bệnh ngoại trú không cho phép chúng ta có nhiều thời gian với bệnh nhân, thời gian khám bệnh ngắn, bệnh nhân ngồi chờ lâu, số người đợi nhiều.
- Áp lực công việc chuyên môn phức tạp, không còn thời gian để xây dựng mối quan hệ bệnh nhân – bác sĩ, không thể thực hiện giao tiếp hiệu quả.
- Bệnh nhân chưa có thói quen chia sẻ quan điểm cá nhân, chưa quen ra quyết định, chưa đủ trình độ để hiểu thông tin y khoa.
- Tình huống thực tế đa dạng, không có công thức chung (câu hỏi, câu nói) áp dụng chung cho nhiều tình huống. Bác sĩ cần vận dụng linh hoạt cho phù hợp với bối cảnh.
- Bác sĩ chưa quen với các kỹ thuật giao tiếp, việc thực hiện còn nhiều lúng túng...
- Kết quả của giao tiếp không thể đo lường trực tiếp, ngay tức thì, lệ thuộc vào sự tham gia của bệnh nhân.
- Việc đào tạo các kỹ thuật này khó chuẩn hóa, thay đổi tùy theo bối cảnh nên khó triển khai đào tạo trên nhóm lớn.

Việc chuyển từ mô hình giao tiếp truyền thống sang mô hình cộng tác đòi hỏi một sự nỗ lực từ phía bác sĩ. Hiệu quả mang lại cho bệnh nhân là rất quan trọng và mang tính lâu dài. Người bệnh sẽ chuyển từ lệ thuộc nhân viên y tế sang tự quản lý tích cực sức khỏe bản thân, quản lý điều trị bệnh mãn tính và hướng đến phòng bệnh. Để hỗ trợ tốt, bác sĩ cần phải từng bước áp dụng các kỹ thuật giao tiếp này vào công tác chuyên môn. Mỗi kỹ thuật phục vụ một nhu cầu khác nhau. Việc vận dụng các kỹ thuật đòi hỏi phải linh hoạt và uyển chuyển tương ứng với bối cảnh chuyên biệt, với nhu cầu bệnh nhân cụ thể. Với thời gian, kinh nghiệm sẽ phong phú hơn, việc áp dụng các kỹ thuật này sẽ trở nên tự nhiên hơn và đem lại hiệu quả tốt cho cả bác sĩ và bệnh nhân.

2.4. Tham khảo

1. Boxer H., Snyder S. (2009). Five communication strategies to promote self-management of chronic illness. *Family practice management*.16:12-6.
2. Huang E. S., Brown S. E., Ewigman B. G., et al. (2007). Patient perceptions of quality of life with diabetes-related complications and treatments. *Diabetes Care*.30:2478-83.
3. Holman Halsted, Lorig Kate (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*.320:526-7.
4. Middleton J. F., McKinley R. K., Gillies C. L. (2006). Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. *BMJ*.332:1238-42.

5. MacGregor K., Handley M., Wong S., et al. (2006). Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*.19:215-23.
6. Handley M., MacGregor K., Schillinger D., et al. (2006). Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors: a descriptive study. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*.19:224-31.
7. Schillinger D., Piette J., Grumbach K., et al. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*.163:83-90.

3.