

KỸ NĂNG THÔNG BÁO “TIN XẤU” TRONG THỰC HÀNH YHGD

ThS.BS Nguyễn Thị Bích Duyên
Bộ môn Y học Gia đình, Trường ĐHYK Phạm ngọc Thạch
Email: ntbd2001@yahoo.com

Thông báo “tin xấu” là công việc hàng ngày trong thực hành y khoa. Tin xấu có thể được định nghĩa là "bất kỳ thông tin bất lợi và ảnh hưởng nghiêm trọng đến hy vọng về tương lai của một người". Thông báo tin xấu là một công việc căng thẳng, nhiều bác sĩ có xu hướng tránh né hoặc thực hiện không đầy đủ vì nhận thức, hành vi và tình cảm của bệnh nhân có thể thay đổi ở thời điểm nhận những thông tin này¹.

Các bác sĩ đã từng tin rằng việc thông báo tin xấu có thể gây đau buồn, cú sốc tâm lý và làm mất hi vọng của bệnh nhân. Kể từ nửa cuối thế kỷ trước, bệnh nhân, bác sĩ, và công chúng nói chung bắt đầu thảo luận các vấn đề chẩn đoán và tiên lượng một cách cởi mở hơn và rõ ràng hơn². Tuy nhiên, các nghiên cứu đã cho thấy bệnh nhân cũng mong muốn có thêm thông tin. Một cuộc khảo sát được công bố vào năm 1982 của 1.251 người Mỹ ghi nhận 96% người tham gia muốn biết sự thật nếu họ được chẩn đoán ung thư và cũng có đến 85% người muốn được ước tính thời gian họ có thể còn sống trong trường hợp tiên lượng bệnh nặng³. Nhiều bệnh nhân muốn biết thông tin để họ lên kế hoạch với các quyết định quan trọng trong đời. Tuy nhiên, kỳ vọng của bệnh nhân không phải lúc nào cũng được đáp ứng⁴.

Trên thực tế, đa số các bác sĩ không được đào tạo chính thức cho việc thông tin cần thiết và quan trọng này. Thậm chí, phần lớn các bác sĩ có kinh nghiệm vẫn cảm thấy chưa đủ hướng dẫn để thực hiện nhiệm vụ này⁵. Một phần của vấn đề này liên quan với sự e ngại của các bác sĩ, thiếu sự hỗ trợ từ các chuyên gia tư vấn và thời gian thảo luận hạn chế⁶. Một điều cần lưu ý là nhiều trường hợp thảo luận thất bại vì nhà lâm sàng không xem xét các quan điểm và mong đợi của bệnh nhân⁷. Một số nghiên cứu ghi nhận hầu hết các chuyên gia y tế tin rằng các chương trình đào tạo huấn luyện kỹ năng là hữu ích trong thực hành thông báo tin xấu^{8,9}.

CÁC BƯỚC XÂY DỰNG CHO QUÁ TRÌNH THÔNG BÁO “TIN XẤU”: CHIẾN LƯỢC S-P-I-K-E-S¹⁰

Bước 1: S (SETTING): Thiết lập buổi thảo luận

Diễn tập tinh thần là cách hữu ích để chuẩn bị cho công việc mang tính căng thẳng. Điều này có thể được thực hiện bằng việc chuẩn bị các nội dung tư vấn cho bệnh nhân và thái độ tiếp xúc đối với các phản ứng, cảm xúc của bệnh nhân. Mặc dù tin xấu có thể gây đau buồn cho bệnh nhân, nhưng các thông tin về bệnh có vai trò quan trọng, giúp họ lên kế hoạch cho tương lai của mình. Đôi khi môi trường xung quanh không kín đáo có thể gây lúng túng cho các buổi tư vấn do liên quan đến những chủ đề nhạy cảm. Do đó, để cuộc thảo luận không bị xao lãng và mục tiêu của cuộc nói chuyện có thể đạt hiệu quả cao, việc chuẩn bị nơi tư vấn riêng biệt đóng vai trò quan trọng. Một số các hướng dẫn hữu ích:

- Riêng tư. Lý tưởng là có riêng một phòng tư vấn. Nếu không, che rèm quanh giường của bệnh nhân. Chuẩn bị sẵn khăn giấy trong trường hợp bệnh nhân trở nên đau buồn.
- Liên quan đến những người quan trọng. Hầu hết các bệnh nhân muốn có một ai đó bên cạnh họ, nhưng điều này sẽ là sự lựa chọn của bệnh nhân. Khi có rất nhiều thành viên trong gia đình, yêu cầu bệnh nhân lựa chọn một hoặc hai người đại diện gia đình.
- Ngồi xuống nói chuyện. Việc ngồi xuống nói chuyện giúp cho bệnh nhân thư giãn hơn và cũng là dấu hiệu cho thấy bạn sẽ không vội vàng. Khi bạn ngồi, cố gắng không có rào cản giữa bạn và bệnh nhân. Nếu bạn vừa mới khám bệnh nhân, hãy để họ mặc lại áo quần trước khi bắt đầu cuộc thảo luận.
- Hãy kết nối với bệnh nhân. Duy trì giao tiếp bằng mắt có thể không thoải mái nhưng đó là một cách quan trọng của việc thiết lập mối quan hệ. Chạm vào tay bệnh hoặc cầm tay (nếu bệnh nhân cảm thấy thoải mái với điều này) là một cách khác để thực hiện điều này.
- Quản lý thời gian trò chuyện. Thông báo cho các bệnh nhân thời gian bạn dành cho cuộc trò chuyện và khả năng gián đoạn do yêu cầu của công việc khác. Đặt máy điện thoại của bạn vào chế độ im lặng.

Bước 2: P (PERCEPTION) Đánh giá nhận thức của bệnh nhân

Bước 2 và bước 3 của tiến trình thông báo tin xấu là những điều mà chúng ta cần thực hiện trước khi thông báo tin xấu cho bệnh nhân. Ở thời điểm này, các bác sĩ có thể sử dụng những câu hỏi mở để có thông tin tương đối chính xác về những hiểu biết của bệnh nhân đối với tình trạng bệnh của mình. Ví dụ: "Từ trước đến nay, Cô có biết về tình trạng bệnh của mình?" hoặc "Cô có biết lý do bác sĩ đề nghị làm MRI không?"... Dựa trên các thông tin này, nhà lâm sàng có thể sửa thông tin sai lệch và giúp bệnh nhân hiểu được các tin xấu. Đồng thời, chúng ta cũng có thể xác định và điều chỉnh nhận thức chưa chính xác của bệnh nhân: bệnh nặng do thiếu sót của ngành y tế hoặc những kỳ vọng không thực tế về việc điều trị.

Bước 3: I (INVITATION): Sự chấp thuận nhận thông tin từ bệnh nhân

Trong khi đa số các bệnh nhân bày tỏ mong muốn được thông tin đầy đủ về chẩn đoán, tiên lượng chi tiết về bệnh của họ, một số bệnh nhân nghĩ khác. Khi bệnh nhân thể hiện mong muốn được biết thông tin một cách rõ ràng, những lo lắng liên quan đến việc thông báo tin xấu có thể giảm bớt. Tuy nhiên, sự từ chối nhận thông tin là một biểu hiện tâm lý và thể hiện rõ khi bệnh trở nên trầm trọng hơn. Có thể hỏi bệnh nhân để hiểu họ muốn mức độ thông tin chi tiết như thế nào, để nhà lâm sàng có thể xác định nội dung có thể bắt đầu cho việc tư vấn. Chấp nhận quyền không muốn biết thông tin của bệnh nhân.

Bước 4: K (KNOWLEDGE): Cung cấp kiến thức và thông tin cho bệnh nhân

Cảnh báo về việc sẽ thông báo tin xấu có thể làm giảm bớt những cú sốc cho bệnh nhân.

Một số hướng dẫn đơn giản góp phần cải thiện cuộc trao đổi một chiều giữa bác sĩ và bệnh nhân:

- Hãy bắt đầu bằng việc giải thích theo mức độ hiểu và dùng theo từ vựng của các bệnh nhân
 - Cố gắng sử dụng những từ không kỹ thuật như "lây lan" thay vì "di căn" và "mẫu mô" thay vì "sinh thiết".
 - Tránh thẳng thừng quá mức như “ Cô bị ung thư rất nặng. Nếu không điều trị ngay, Cô sẽ chết” Vì điều này làm bệnh nhân có cảm giác bị cô lập và tức giận sau đó với một khuynh hướng đổ lỗi cho người đã cung cấp tin xấu.
 - Đưa từng phần thông tin và đánh giá sự hiểu biết của bệnh nhân trong mỗi giai đoạn.
 - Trong những trường hợp tiên lượng xấu, tránh sử dụng các câu như "Không có gì chúng ta có thể làm cho Cô." Thái độ này là không phù hợp với thực tế là bệnh nhân cần được điều trị với các mục tiêu trị quan trọng khác như kiểm soát đau tốt và giảm triệu chứng hiệu quả.
-

Bước 5: E (EMOTION): Quan tâm đến cảm xúc của bệnh nhân với sự đồng cảm

Trong quá trình thông báo tin xấu, việc đối mặt với cảm xúc của bệnh nhân là một trong những thử thách khó khăn nhất. Khi bệnh nhân nhận được tin tức xấu, phản ứng về mặt cảm xúc của họ thường là biểu hiện của một cú sốc, cảm giác bị cô lập và đau buồn. Trong tình huống này các bác sĩ có thể hỗ trợ bệnh nhân bằng cách tạo mối đồng cảm với bệnh nhân. Các bước để tạo mối đồng cảm:

- Quan sát bất kỳ cảm xúc của bệnh nhân: than khóc, ánh nhìn buồn bã, im lặng, sốc, nổi giận...
- Xác định cảm xúc của bệnh nhân. Nếu một bệnh nhân biểu hiện buồn bã nhưng không nói gì, có thể sử dụng câu hỏi mở để tìm hiểu những điều bệnh nhân đang suy nghĩ hoặc cảm thấy.
- Xác định nguyên nhân của những cảm xúc. Điều này thường không liên quan đến tin xấu. Tuy nhiên, nếu bạn không chắc chắn, có thể hỏi lại bệnh nhân.
- Sau khi bạn đã cho bệnh nhân một thời gian ngắn để bày tỏ cảm xúc của mình, bạn hãy trò chuyện với bệnh nhân và để họ hiểu rằng bạn có mối đồng cảm với họ.

Chỉ đến một cảm xúc tiêu cực được xóa đi, các vấn đề khác mới có thể được thảo luận. Nếu những cảm xúc này không giảm đi trong thời gian ngắn, người bác sĩ cần tạo sự đồng cảm đến lúc bệnh nhân trở nên bình tĩnh. Các bác sĩ cũng có thể sử dụng câu trả lời đồng cảm để thừa nhận nỗi buồn của riêng mình hoặc những cảm xúc khác và giúp bệnh nhân hiểu rằng cảm xúc của họ là chính đáng.

Khi những cảm xúc không được thể hiện rõ ràng (im lặng), bác sĩ phải thực hiện một số câu hỏi thăm dò trước khi biểu hiện sự đồng cảm. Khi cảm xúc được bày tỏ mơ hồ, gián tiếp hoặc được che giấu dưới biểu hiện thất vọng, tức giận; người bác sĩ vẫn có thể sử dụng lời nói đồng cảm. Người bác sĩ được xem như là một trong những nguồn hỗ trợ tâm lý quan trọng nhất. Do đó, việc kết hợp những lời nói mang tính đồng cảm, câu hỏi thăm dò và xác nhận phản ứng tâm lý chính đáng của bệnh nhân là một trong những biện pháp hiệu quả nhất để hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân.

Bảng 1. Một số lời nói đồng cảm, câu hỏi thăm dò và xác nhận phản ứng của bệnh nhân

Lời nói đồng cảm	Câu hỏi thăm dò	Xác nhận phản ứng
Tôi có thể hiểu là Cô không mong muốn nghe điều này Tôi biết đây không phải là tin tốt cho Cô. Tôi xin lỗi vì phải nói với Cô điều này. Tôi cũng đã hy vọng kết quả tốt hơn.	Suy nghĩ của Cô như thế nào? Cô hãy cho tôi biết cảm xúc hiện tại của Cô. Hãy nói cho Tôi biết Cô đang lo sợ điều gì? Thông tin này có làm Cô sợ không?	Tôi có thể hiểu Cô cảm thấy như thế nào. Tôi nghĩ là bất kì ai cũng có phản ứng như Cô vậy. Cô đã hiểu rất đúng về lý do làm các xét nghiệm này. Dường như Cô đã hiểu thông suốt vấn đề.

Bước 6: S (SUMMARY): CHIẾN LƯỢC VÀ TÓM TẮT

Những bệnh nhân có hoạch định tương lai rõ ràng ít cảm thấy lo lắng và hoang mang. Trước khi bàn luận về kế hoạch điều trị, cần hỏi bệnh nhân xem họ đã sẵn sàng thảo luận vào thời điểm này hay chưa. Việc đưa ra các lựa chọn cho việc điều trị không chỉ là yêu cầu pháp lý mà còn thể hiện người bác sĩ tôn trọng các mong muốn của bệnh nhân. Chia sẻ trách nhiệm với bệnh nhân trong việc thực hiện quyết định cũng có thể làm giảm bớt một phần cảm giác thất bại cho bác sĩ khi việc điều trị không thành công. Kiểm tra nhận thức của bệnh nhân qua các cuộc thảo luận có thể ngăn ngừa khuynh hướng diễn giải quá mức về hiệu quả điều trị hay hiểu sai mục đích điều trị.

Các nhà lâm sàng thường thấy không thoải mái khi họ phải bàn luận với các bệnh nhân về tiên lượng và các lựa chọn điều trị nếu các thông tin không thuận lợi. Các nghiên cứu ghi nhận sự không thoải mái này dựa trên một số lo lắng mà các nhà lâm sàng đã trải qua. Chúng bao gồm sự không chắc chắn về kỳ vọng của bệnh nhân, sợ phá hủy hy vọng của bệnh nhân, sự sợ hãi của bản thân không đủ khả năng đối mặt với các bệnh lý không kiểm soát được, cảm thấy không sẵn sàng để giải quyết các phản ứng cảm xúc của bệnh nhân, và đôi khi xấu hổ vì trước đó đã vẽ ra hình ảnh quá lạc quan cho các bệnh nhân.

Những cuộc thảo luận khó khăn này có thể được giải quyết dựa trên việc sử dụng một số chiến lược:

Thứ nhất, nhiều bệnh nhân đã có sự hiểu biết về mức độ nghiêm trọng của bệnh và những hạn chế điều trị nhưng ngần ngại bàn luận hay hỏi về kết quả. Đánh giá nhận thức, kỳ vọng và hy vọng của bệnh nhân (bước 2) sẽ giúp các bác sĩ hiểu nơi để bắt đầu các cuộc thảo luận. Khi bệnh nhân có những kỳ vọng không thực tế, việc đề nghị bệnh nhân mô tả bệnh sử sẽ cho thấy nỗi sợ hãi, lo lắng và cảm xúc nằm phía sau những kỳ vọng này. Bệnh nhân có thể nhìn nhận việc chữa bệnh như một giải pháp toàn diện cho một số vấn đề khác nhau mà có ý nghĩa quan trọng đối với họ, có thể bao gồm: mất việc làm, không có khả năng để chăm sóc cho gia đình, nỗi đau của bản thân và gánh nặng cho người xung quanh. Bày tỏ những nỗi sợ hãi và lo lắng thường thể hiện sự thừa nhận mức độ nghiêm trọng của tình trạng bản thân. Nếu bệnh nhân trở nên đau buồn khi thảo luận, sử dụng Bước 5 sẽ là chiến lược thích hợp để hỗ trợ bệnh nhân.

Thứ hai, bệnh nhân cần hiểu mục tiêu của việc điều trị, có thể không phải là trị khỏi bệnh mà là kiểm soát triệu chứng... Việc đảm bảo rằng họ nhận được sự điều trị tốt nhất (có thể) cũng như việc tiếp tục chăm sóc bệnh nhân cho phép các bác sĩ có thể hy vọng vào những điều tốt nhất mà họ có thể thực hiện cho bệnh nhân. Điều này có thể an ủi bệnh nhân....

Thông báo tin xấu là nghệ thuật trong y khoa. Tin xấu luôn luôn là tin xấu, tuy nhiên cách thức truyền tải có thể gây ảnh hưởng sâu sắc trên người nhận (bệnh nhân) và người cho (các bác sĩ). Nếu thực hiện không tốt, nó sẽ gây cản trở sức khỏe, làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và cản trở việc chăm sóc y tế trong tương lai. Thông báo tin xấu là một kỹ năng cần được các bác sĩ quan tâm¹¹.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lino AC, Augusto KL, Oliveira RA, Feitosa LB, Caprara A. Using the Spikes protocol to teach skills in breaking bad news. *Rev Bras Med Educ.* 2011;35:52–7.
2. Charlton RC. Breaking bad news. *Med J Aust.* 1992;157:615–21.
3. Morris B, Abram C. Making healthcare decisions. The ethical and legal implications of informed consent in practitioner-patient relationship. Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.
4. Deep KS, Griffith CH, Wilson JF. Communication and decision making about life-sustaining treatment: Examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patients. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1877–82.
5. Dickinson GE, Tournier RE. A decade beyond medical school: A longitudinal study of physicians' attitudes Toward death and terminally-ill patients. *Soc Med Sci.* 1994;38:1397–400.
6. Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med.* 1997;72:397–9.
7. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* 2001;35:197–205.
8. Barnett MM, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J. Breaking bad news: Consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Med Educ.* 2007;41:947–56.
9. Costantini A, Baile W et al. Overcoming cultural barriers to giving bad news: Feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *J Cancer Educ.* 2009;24:180–5.
10. Buckman R et al. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial Oncology* 2005.
11. Fallowfield L, Jenkins V et al. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;359:650–6.

