



Khách hàng đồng tạo sinh dịch vụ y tế: Nghiên cứu trường hợp bệnh nhân tự sử dụng thiết bị y tế tại nhà

NGUYỄN HUỲNH HƯƠNG^a, LÊ NGUYỄN HẬU^{a,*}

^a Trường Đại học Bách khoa – Đại học Quốc gia TP.Hồ Chí Minh

THÔNG TIN	TÓM TẮT
Ngày nhận: 08/02/2023 Ngày nhận lại: 10/03/2023 Duyệt đăng: 13/03/2023 Mã phân loại JEL: I12; L84; M31. Từ khóa: Đồng tạo sinh; Dịch vụ y tế; Tham gia của khách hàng; Tuân thủ của bệnh nhân; Bệnh tiểu đường. Keywords: Co-creation; Healthcare service; Customer participation; Patient adherence; Diabetes.	Ngày nay, số người mắc bệnh mãn tính cần được quản lý và điều trị tại nhà ngày càng gia tăng. Thực tế cho thấy tỷ lệ tuân thủ lời dặn của bác sĩ khi người bệnh về nhà là không cao, gây ảnh hưởng xấu đến kết quả dịch vụ y tế. Dựa trên lý thuyết đồng tạo sinh dịch vụ, nghiên cứu này khám phá cơ chế tác động của các yếu tố bên ngoài và bên trong của các bệnh nhân tiểu đường đến mức độ họ tuân thủ lời dặn của bác sĩ. Kết quả phân tích dữ liệu từ 283 bệnh nhân cho thấy hỗ trợ của nhân viên tiếp xúc (bác sĩ) và hỗ trợ xã hội (người thân) có tác động tích cực đến mức độ tự theo dõi chỉ số đường huyết tại nhà thông qua năng lực và động lực đồng tạo sinh. Tầm quan trọng tương đối cũng như ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp của các yếu tố vừa nêu cũng được nhận dạng. Từ đó, các ý nghĩa lý thuyết và thực tiễn đã được thảo luận. Abstract Nowadays, patients with chronic diseases are increasing rapidly. Most of them are outpatients. However, the rate of their adherence to physician recommendations is notably low. Based on the Service-dominant theory, this study explores the structural impacts of external and internal factors on diabetes participation in healthcare services. The analysis of data collected from 283 diabetes shows the impact of frontline staff (physician) support and social support (relatives) on patients' blood glucose self-monitoring levels through co-creation capability and motivation. The results also show the relative importance and the direct/indirect influence of the mentioned factors in this specific context. Theoretical and practical implications are then discussed.

* Tác giả liên hệ.

Email: nhhuong.sdh20@hcmut.edu.vn (Nguyễn Huỳnh Hương), Inhou@hcmut.edu.vn (Lê Nguyễn Hậu).

Trích dẫn bài viết: Nguyễn Huỳnh Hương, & Lê Nguyễn Hậu. (2023). Khách hàng đồng tạo sinh dịch vụ y tế: Nghiên cứu trường hợp bệnh nhân tự sử dụng thiết bị y tế tại nhà. *Tạp chí Nghiên cứu Kinh tế và Kinh doanh Châu Á*, 34(2), 57–71.

1. Giới thiệu

Ngành dịch vụ y tế toàn cầu trong đó có Việt Nam đang đối phó với việc tăng nhanh số người mắc các bệnh mãn tính trong đó có bệnh tiểu đường (Tâm Anh Hospital, 2021). Đây là căn bệnh nguy hiểm vì nếu kéo dài thì sẽ làm tăng các nguy cơ bệnh lý nghiêm trọng về tim mạch, hoặc gây tổn thương ở nhiều bộ phận khác như thần kinh, mắt, thận... Để có thể làm giảm nguy cơ biến chứng, các bệnh nhân (BN) cần phối hợp với các bác sĩ và bệnh viện để thường xuyên theo dõi chỉ số đường trong máu. Do phần lớn BN là ngoại trú, họ cần thực hiện việc này tại nhà bằng cách sử dụng máy đo đường huyết (Self-Monitoring Blood Glucose – SMBG). Tuy nhiên, thực tế cho thấy tỷ lệ BN tuân thủ SMBG còn khá thấp, ngay cả ở Mỹ cũng chỉ 49% (Yi và cộng sự, 2019). Việt Nam thuộc nhóm quốc gia có tỷ lệ bệnh tiểu đường tăng nhanh, với khoảng 5 triệu BN (Tâm Anh Hospital, 2021). Trong đó, có đến 99% BN không thường xuyên tự kiểm tra đường huyết (Nguyễn Thị Kiều Mi và cộng sự, 2017). Do đó, vấn đề quan trọng của ngành y tế là làm sao để gia tăng tỷ lệ BN tuân thủ SMBG tại nhà (Seiders và cộng sự, 2015).

Theo lý thuyết trọng dịch vụ (Service-Dominant Logic – SDL) (Vargo & Lusch, 2016), hành vi SMBG của BN là một dạng hành vi tham gia của khách hàng (KH). Theo đó, mỗi KH cần thực hiện các hành vi nhất định, cùng hợp tác với nhà cung cấp dịch vụ để tạo ra lợi ích cho KH. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy những yếu tố bên trong của BN gây cản trở SMBG bao gồm: Tâm lý sợ đau (khó chịu) dẫn đến thiếu động lực đồng tạo sinh, hoặc không đủ kỹ năng thao tác do thiếu năng lực đồng tạo sinh (Wang và cộng sự, 2019). Ngược lại, các yếu tố hỗ trợ từ bên ngoài như bác sĩ (Hau & Thuy, 2022), người thân, hoặc cộng đồng (Yao và cộng sự, 2015) có thể giúp cải thiện SMBG. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu trước đây chỉ tập trung vào một vài yếu tố riêng lẻ (Tikkanen, 2020). Hơn nữa, hầu hết chúng đều được thực hiện ở những quốc gia phát triển, có đặc điểm dân trí, văn hóa, xã hội khác với Việt Nam, nơi mà sự am hiểu của đa số người dân về tự chăm sóc sức khỏe còn hạn chế. Những khác biệt này có thể làm cho các kết quả nghiên cứu trước có liên quan sẽ không còn phù hợp nữa. Do đó, trả lời câu hỏi về cơ chế tác động tổng hợp của các yếu tố bên ngoài lẫn bên trong đối với SMBG là cần thiết và hữu ích cho Việt Nam.

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này hướng đến hai mục tiêu: (1) Thứ nhất, xác định tác động của các yếu tố bên ngoài, bao gồm tương tác của nhân viên y tế (bác sĩ) và hỗ trợ xã hội (người thân) đến các yếu tố bên trong của BN, bao gồm năng lực và động lực thực hiện SMBG; và (2) thứ hai, xác định ảnh hưởng của năng lực và động lực lên mức độ thực hiện SMBG của BN. Bối cảnh thực nghiệm của nghiên cứu là các BN tiểu đường tại TP.HCM, một thành phố đông dân nhất, đồng thời là nơi có tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường cao nhất cả nước. Kết quả nghiên cứu đóng góp vào kho tàng tri thức ở hai khía cạnh: (1) Thứ nhất là cung cấp thêm cơ sở lý luận cho xu hướng chuyển một phần trách nhiệm quản lý sức khỏe từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế sang KH, để họ có thể chủ động trong quản lý sức khỏe của chính mình (Anderson và cộng sự, 2016); và (2) thứ hai là cung cấp một trường hợp thực nghiệm trong đó nền tảng lý thuyết SDL được mở rộng ra ngoài phạm vi tương tác trực tiếp giữa nhà cung cấp dịch vụ với KH tại nơi giao dịch. Từ đó, sẽ tạo ra nhiều cơ hội và tính linh hoạt cho các cơ chế đồng tạo sinh dịch vụ tốt hơn giữa những nhà cung cấp và KH (Hau & Thuy, 2022).

2. Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

2.1. Hành vi sử dụng máy đo đường huyết tại nhà của khách hàng theo quan điểm lý thuyết trọng dịch vụ

Theo lý thuyết SDL, hành vi SMBG của BN là một dạng hành vi đồng tạo sinh dịch vụ của KH. Theo đó, mỗi bên tham gia dịch vụ (nhà cung cấp, KH, các bên liên quan, hay các KH khác) áp dụng tổng hợp các nguồn lực và kỹ năng của mình và của các bên khác để đồng tạo sinh giá trị cho các bên liên quan và cho chính mình. KH không chỉ bỏ tiền ra mua và sử dụng dịch vụ một cách thụ động, mà là người chủ động tham gia dịch vụ. Họ cần thực hiện các hành vi đồng tạo sinh khi tương tác với các bên liên quan. Mức độ thực hiện hiệu quả các hành vi này sẽ ảnh hưởng đến kết quả dịch vụ (Plé, 2016). Để có thể thực hiện tốt hành vi này, theo Schneider và Bowen (2010), KH cần có hai yếu tố bên trong quan trọng là năng lực và động lực. Hai yếu tố này có thể chịu tác động từ bên ngoài thông qua quá trình tương tác với các bên liên quan, bao gồm nhà cung cấp dịch vụ (trường hợp này là bác sĩ) và hỗ trợ xã hội từ người thân.

2.2. Hỗ trợ của nhân viên tiếp xúc khách hàng – bác sĩ

Nhân viên tiếp xúc (NVTX) với KH là những người trực tiếp tương tác tại nơi giao dịch (Rafaeli và cộng sự, 2017). Họ thực hiện các hành vi tương tác của mình, đồng thời còn hỗ trợ KH đồng tạo sinh (Plé, 2016). Hành vi tương tác của họ có thể bao gồm tương tác cá nhân (để hiểu nhu cầu cụ thể của mỗi KH), tương tác quan hệ (phát triển kết nối xã hội với KH), tương tác đạo đức (đảm bảo các tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp và sự công bằng), tương tác trao quyền (tạo điều kiện cho KH tham gia vào quá trình dịch vụ), tương tác phát triển (hỗ trợ KH phát triển kiến thức và kỹ năng đồng tạo sinh) và tương tác phối hợp (hỗ trợ quá trình tích hợp nguồn lực từ các bên) (Karpen và cộng sự, 2015).

Với SMBG, hỗ trợ của bác sĩ chủ yếu liên quan đến tương tác trao quyền và tương tác phát triển. Qua tương tác, các bác sĩ sẽ đề nghị với BN về việc thực hiện SMBG tại nhà (tương tác trao quyền). Khi đó, họ hướng dẫn để BN có kiến thức và kỹ năng thực hiện việc này (tương tác phát triển). Như vậy, quá trình tương tác để đồng tạo sinh được chuyển từ gặp gỡ trực tiếp sang phạm vi riêng của bệnh nhân (Gronroos & Voima, 2013). Hiệu quả của các hành vi này sẽ tùy thuộc vào cả hai dạng tương tác đã nêu của bác sĩ và các yếu tố bên trong của BN, người có toàn quyền tự chủ khi ở nhà.

2.3. Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội liên quan đến các loại nguồn lực khác nhau mà KH nhận được từ các quan hệ xã hội của họ (Berkman và cộng sự, 2000). Nó có thể ở dạng hỗ trợ cảm xúc (sự quan tâm, chia sẻ cảm xúc); hỗ trợ thông tin (cung cấp thông tin hữu ích, tư vấn hoặc giới thiệu); hỗ trợ đồng hành (tham gia các nhóm xã hội); hay hỗ trợ công cụ (được làm giúp một vài hoạt động). KH có thể nhận được hỗ trợ xã hội thông qua giao tiếp trực tiếp hoặc gián tiếp (Kim & Qu, 2017).

Trong bối cảnh dịch vụ y tế, hỗ trợ xã hội thường đề cập đến việc BN nhận được thông tin hay kinh nghiệm từ người thân, gia đình hay cộng đồng về bệnh tật và sức khỏe (hỗ trợ thông tin và hỗ trợ đồng hành); sự chia sẻ, động viên (hỗ trợ cảm xúc); hay thực hiện giúp một số việc trong quá trình điều trị (hỗ trợ công cụ) (Park và cộng sự, 2020). Thường các BN mãn tính có trạng thái sức khỏe thể

chất và tinh thần không tốt, do đó hỗ trợ xã hội sẽ là một nguồn lực bổ sung có ý nghĩa cho BN. Tuy vậy, tác động cụ thể của sự bổ sung nguồn lực từ bên ngoài này vào hành vi SMBG thì chưa được khám phá đầy đủ (Hau, 2019).

2.4. *Năng lực đồng tạo sinh của khách hàng*

Năng lực để một KH thực hiện một hành vi được định nghĩa là mức độ mà KH đó sở hữu những kiến thức và kỹ năng cần thiết để áp dụng khi thực hiện hành vi đó. Kiến thức ở đây được đặc trưng bởi cấu trúc và nội dung của nó. Cấu trúc đề cập đến cách thức KH tổ chức kiến thức này trong trí nhớ; còn nội dung thì mô tả chủ đề thông tin được lưu trữ trong trí nhớ của họ (Meuter và cộng sự, 2005).

Từ kiến thức, kỹ năng để KH đồng tạo sinh dịch vụ có thể được phát triển theo những cách khác nhau. Họ có thể có được nó thông qua việc học hỏi từ người khác (hướng dẫn, đào tạo), học tập gián tiếp (quan sát, mô hình) hoặc từ kinh nghiệm bản thân (đã từng làm qua việc tương tự) (Stajkovic & Luthans, 2003). Đối với những người mới làm quen với nhiệm vụ đồng tạo sinh, phần kiến thức có thể được bồi đắp thông qua các nguồn khác nhau như đào tạo, hướng dẫn, quan sát người khác hoặc tự học (Van Beuningen và cộng sự, 2009). Từ góc nhìn nguồn lực, năng lực là một loại nguồn lực tương tác (Operant Resource) của một cá nhân (Baron & Warnaby, 2011). Nó là tiềm năng cho phép KH thực hiện các hành vi đồng tạo sinh cần thiết trong quá trình dịch vụ.

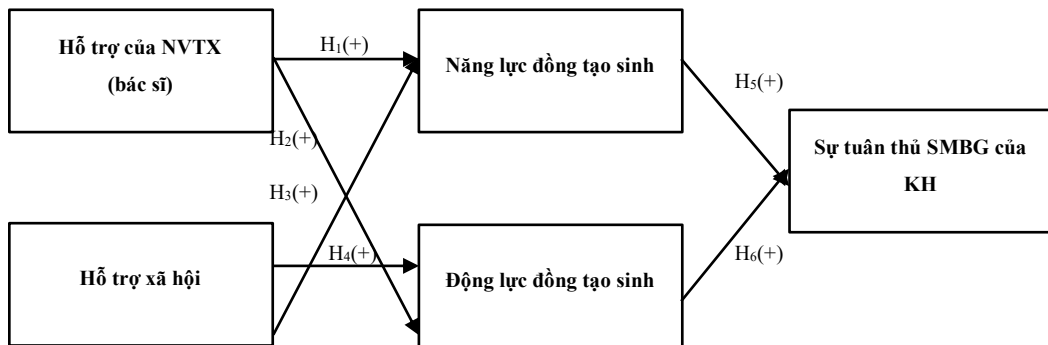
2.5. *Động lực đồng tạo sinh của khách hàng*

Động lực được định nghĩa là một trạng thái tâm lý thôi thúc một cá nhân thực hiện một hành vi hướng đến một nhu cầu hay mong muốn chưa được thỏa mãn (Higgins, 1994). Động lực luôn gắn với một hành vi và mong muốn cụ thể. Theo lý thuyết hành động tự quyết (Ryan & Deci, 2000), các cá nhân thực hiện một hành vi nào đó do được thúc đẩy bởi động lực bên trong hoặc động lực bên ngoài, hoặc cả hai. Động lực bên trong liên quan đến cảm nhận rằng tự thân việc thực hiện hành vi sẽ đem lại sự vui thích một cách tự nhiên hoặc một giá trị cá nhân quan trọng. Động lực bên ngoài gắn với ý thức rằng hành vi sẽ mang lại một thành tựu tích cực về vật chất, tinh thần hay xã hội, hoặc tránh được kết quả tiêu cực như rủi ro, nguy hiểm hay bị phạt.

Trong nghiên cứu này, động lực thực hiện hành vi SMBG của BN có thể được phát triển dựa trên ý thức rằng việc này sẽ giúp cung cấp thông tin cần thiết cho bác sĩ điều trị (động lực bên ngoài), hoặc ít ra là do sự tự trọng cá nhân (động lực bên trong). Thêm vào đó, động lực thực hiện SMBG cũng có thể có được từ sự tự tin hơn do được chia sẻ kinh nghiệm, hướng dẫn, động viên, khuyến khích nhận được từ các hỗ trợ xã hội (Pham và cộng sự, 2022).

2.6. *Mô hình nghiên cứu và các giả thuyết*

Mô hình nghiên cứu được thể hiện ở Hình 1. Phần biện giải cho từng giả thuyết sẽ được trình bày sau đây:



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

2.6.1. Hỗ trợ của nhân viên tiếp xúc, năng lực và động lực đồng tạo sinh của khách hàng

Khi BN được bác sĩ đề nghị thực hiện SMBG, ban đầu, hầu hết họ đều thiếu kỹ năng để thực hiện (Seiders và cộng sự, 2015). Đây là một dạng nguồn lực cần thiết nhưng BN đang thiếu hụt. Do vậy, khi bác sĩ hướng dẫn, họ bổ sung nguồn lực còn thiếu đó cho BN. Nếu BN có khả năng tiếp thu tốt và thao tác không quá phức tạp, họ sẽ nhanh chóng có được kiến thức phù hợp (Lengnick-Hall và cộng sự, 2000). Kiến thức mới thu được sẽ được tích hợp và chuyển đổi thành năng lực mới cần thiết để BN thực hiện SMBG (Virlee và cộng sự, 2020).

Ảnh hưởng của hỗ trợ từ bác sĩ đến năng lực của BN còn được thể hiện thông qua chức năng giáo dục (Anderson, 1990). Giáo dục KH được định nghĩa là dạy họ cách hợp tác với các nhà cung cấp dịch vụ trong việc đồng tạo sinh giá trị (Wang và cộng sự, 2011). Trong trường hợp này, giáo dục KH liên quan đến việc bác sĩ cung cấp thông tin về tình hình sức khỏe của BN và các đề nghị liên quan đến SMBG. Do đó, có thể tin rằng sự hỗ trợ của bác sĩ thông qua quá trình tương tác trực tiếp với BN sẽ góp phần nâng cao năng lực đồng tạo sinh của BN. Vì vậy, tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H1: Hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) có ảnh hưởng tích cực đến năng lực đồng tạo sinh của KH.

Khi tương tác, bác sĩ giải thích cho BN về sự cần thiết của SMBG. Qua đó BN hiểu được việc này sẽ mang lại lợi ích cho họ trong quá trình điều trị. Đây là nguồn thông tin quan trọng để bác sĩ giúp họ giảm được rủi ro gặp phải biến chứng. Các yếu tố nhận thức này sẽ giúp BN hình thành động lực thực hiện SMBG (Ryan & Deci, 2000).

Bên cạnh việc giải thích về lợi ích và sự cần thiết của SMBG, bác sĩ còn hướng dẫn các thao tác cụ thể để BN có thể bắt chước tại nhà. Điều này có tác dụng làm tăng động lực mạnh hơn nữa do BN cảm thấy tự tin hơn sau khi được hướng dẫn (Hau & Thuy, 2022). Do vậy, sự hỗ trợ của bác sĩ trong quá trình tương tác với BN sẽ có ảnh hưởng đến động cơ muốn thực hiện hành vi SMBG của họ (Jay và cộng sự, 2010). Từ đó tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H2: Hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) có ảnh hưởng tích cực đến động lực đồng tạo sinh của KH.

2.6.2. Hỗ trợ xã hội, năng lực và động lực đồng tạo sinh của khách hàng

Hầu hết BN mãn tính có trạng thái sức khỏe thể chất và tinh thần không tốt. Trong tình huống này, hỗ trợ xã hội là một loại nguồn lực bổ sung làm tăng năng lực đồng tạo sinh cho BN (Yao và cộng sự, 2015).

Trước hết, thông qua các hỗ trợ cảm xúc hay hỗ trợ đồng hành, BN sẽ nhận được sự chia sẻ, động viên, khuyến khích của người thân. Từ đó sẽ giúp họ có tinh thần tốt hơn, có ý chí vượt khó và sự tự tin hơn. Nói cách khác, các hỗ trợ này giúp BN cải thiện nguồn vốn tâm lý của họ, một tiền đề quan trọng cho hành vi đồng tạo sinh (Seiders và cộng sự, 2015). Thêm vào đó, hỗ trợ thông tin nhận được từ kinh nghiệm hay thông tin được chia sẻ từ người thân hay cộng đồng mạng sẽ làm giàu thêm kiến thức của BN, qua đó phát triển năng lực đồng tạo sinh SMBG (Vorhaus, 2015). Ngoài ra, hỗ trợ công cụ có được từ việc người thân thực hiện giúp BN một số công việc cần thiết cũng làm cho họ phát triển năng lực thực hiện SMBG thông qua quá trình quan sát và bắt chước (Park và cộng sự, 2020). Do đó, tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H₃: Hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng tích cực đến năng lực đồng tạo sinh của KH.

Hỗ trợ xã hội cũng có tác động tích cực đến sự phát triển động lực đồng tạo sinh của BN. Như đã nêu, hỗ trợ xã hội làm gia tăng vốn tâm lý của BN như sự tự tin, ý chí vượt khó và tinh thần lạc quan. Tiếp đến, nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối quan hệ tích cực giữa vốn tâm lý và động lực thực hiện hành vi (Hau, 2019). Nói cách khác, khi BN có được sự tự tin, tinh thần lạc quan và ý chí vượt khó thì họ sẽ có động lực vượt qua những e ngại, sự phiền toái để thực hiện hành vi đồng tạo sinh SMBG. Luận điểm này cũng nhất quán với Ryan và Deci (2000) khi cho rằng động lực của một cá nhân được xác định bởi các yếu tố xã hội. Theo đó, các yếu tố như gia đình, bạn bè và đồng nghiệp sẽ là những yếu tố thúc đẩy đáng kể việc tích hợp cả động lực cá nhân bên trong và động lực bên ngoài của một người trước một hành vi nào đó. Ngoài ra, sự hỗ trợ thông tin mà BN nhận được từ những người thường xuyên tương tác cũng sẽ ảnh hưởng tích cực đến động lực thực hiện hành vi của họ (Garavandi và cộng sự, 2015). Vì vậy, tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H₄: Hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng tích cực đến động lực thực hiện SMBG của KH.

2.6.3. Năng lực, động lực và sự tuân thủ sử dụng máy đo đường huyết của khách hàng

Mối quan hệ giữa năng lực của KH và mức độ tuân thủ của họ đối với việc SMBG có thể được lý giải bằng lý thuyết về sự tương thích giữa nhu cầu và khả năng (Kristof-Brown và cộng sự, 2005). Theo đó, khi KH nhận thấy rằng có sự phù hợp giữa yêu cầu thực hiện SMBG và khả năng hoàn thành nhiệm vụ này thì họ sẽ có xu hướng thực hiện hành vi. Nói cách khác, nếu KH ước tính năng lực của họ tương xứng với những gì mà SMBG yêu cầu, họ sẽ thấy có khả năng hoàn thành việc này mà không cần cố gắng quá nhiều. Do vậy, có thể thấy rằng những KH có năng lực cao thường tuân thủ tốt hơn vì họ biết rõ cách thực hiện nhiệm vụ.

Mặt khác, lý thuyết bảo tồn nguồn lực (Hobfoll và cộng sự, 2018) cho rằng phần lớn việc lựa chọn hành vi của con người nhằm thỏa mãn một nhu cầu nào đó đều dựa trên cơ sở bảo tồn các nguồn lực họ đang có. Do đó, nếu KH nhận ra có sự chênh lệch đáng kể giữa yêu cầu thực hiện SMBG và năng lực của bản thân, họ sẽ có xu hướng không thực hiện hành vi đó vì nỗ lực của họ sẽ làm mất nhiều nguồn lực mà nguy cơ thất bại cao. Ngược lại, khi KH cảm thấy năng lực thực hiện nhiệm vụ của mình cao, họ sẽ nghiêng về việc bắt tay vào thực hiện SMBG. Do vậy, tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H₅: Năng lực của KH có ảnh hưởng tích cực đến sự tuân thủ SMBG của họ.

Có năng lực không vẫn chưa đủ, KH còn cần phải có động lực thôi thúc thì hành vi SMBG mới được thực hiện. Mối quan hệ lý thuyết giữa động lực và hành vi đã được xác lập trong lý thuyết SDT (Ryan & Deci, 2000). Theo đó, một khi KH ý thức rằng việc thực hiện hành vi SMBG sẽ giúp mang lại lợi ích cho việc điều trị và quá trình quản lý bệnh, động lực được hình thành và tác động đến hành vi. Về mặt thực nghiệm, Osborn và Egede (2010) đã cho thấy tác động của động lực đối với việc thực hiện tự kiểm soát đường huyết. Nói cách khác, khi một KH có động lực cao thì hành vi SMBG sẽ xảy ra thường xuyên. Do đó, tác giả đề xuất giả thuyết sau:

Giả thuyết H₆: Động lực của KH có ảnh hưởng tích cực đến sự tuân thủ SMBG của họ.

3. Phương pháp nghiên cứu

Dữ liệu cho nghiên cứu được thu thập qua một khảo sát bằng bảng câu hỏi có cấu trúc. Đối tượng khảo sát là các BN tiểu đường điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện tại TP.HCM như: BV Nhân dân 115, BV Đại học Y Dược, BV Nhân dân Gia Định, BV Quốc tế Columbia Asia, và BV Hoàn Mỹ. Phương pháp lấy mẫu thuận tiện đã được sử dụng. Theo đó, các BN được tiếp cận trực tiếp để phát phiếu khảo sát rồi thu lại khi họ đang ngồi tại phòng chờ Khoa nội tiết (với sự chấp thuận của Ban giám đốc BV).

Thang đo cho các khái niệm được kế thừa từ các nghiên cứu trước. Cụ thể (Bảng 1), thang đo năng lực SMBG của KH được kế thừa từ Fisher và cộng sự (2011). Thang đo hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) được kế thừa từ Anderson (1990) và Rose (2009). Thang đo hỗ trợ xã hội được kế thừa từ Fisher và cộng sự (2011), Rosland và cộng sự (2014). Thang đo động lực SMBG của KH được kế thừa từ Fisher và cộng sự (2011). Thang đo sự tuân thủ SMBG của KH được kế thừa từ Mostrom và cộng sự (2017). Các phát biểu trong mỗi thang đo đã được Việt hóa và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh cụ thể của nghiên cứu. Trước khi triển khai chính thức, phiếu khảo sát đã được kiểm tra thử qua giai đoạn định tính và định lượng.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thống kê mô tả mẫu

Mẫu dữ liệu bao gồm 283 BN tiểu đường. Trong đó có 62,9% nam và 37,1% nữ. Về độ tuổi, hơn một nửa số người được hỏi (60,4%) nằm trong độ tuổi từ 46–65, còn lại 1,1% là dưới 30 tuổi; 29,7% từ 30–45 tuổi; và 8,8% là trên 65 tuổi. Về trình độ học vấn, dưới đại học chiếm 37,5%, cao đẳng và đại học chiếm 47,3%, tiếp đến là sau đại học với 15,2%. Về thu nhập cá nhân, trong 283 người trả lời thì có 19,4% người có thu nhập dưới 5 triệu/tháng; 33,6% người có thu nhập từ 5 đến dưới 10 triệu đồng/tháng; 24,7% người có thu nhập từ 10 đến dưới 15 triệu đồng/tháng; 15,2% người có thu nhập từ 15 đến dưới 20 triệu đồng/tháng; và 7,1% người có thu nhập trên 20 triệu đồng/tháng.

Kết quả thống kê còn cho thấy số BN mắc bệnh tiểu đường loại II (65,4%) nhiều gấp 4,5 lần so với loại I (14,5%). Đặc biệt, vẫn có một số người (20,1%) trả lời rằng họ không biết mình thuộc loại bệnh tiểu đường nào, ngụ ý là những BN này có kiến thức hạn chế về bệnh của họ. Khi được hỏi về phương pháp điều trị, có 174 người (61,5%) cho biết là dùng thuốc uống, 70 người (24,7%) chọn

tiêm/ chích insulin và 39 người (13,8%) nói rằng họ chỉ phải điều chỉnh chế độ ăn uống cũng như tập thể dục thường xuyên.

Các thông kê trên cho thấy mẫu dữ liệu thu được có sự đa dạng về các đặc điểm của BN, do đó, đủ điều kiện để được sử dụng cho các kiểm định giả thuyết nhân quả.

4.2. Đánh giá và gạn lọc thang đo

Trước hết, các thang đo được đánh giá sơ bộ tính đơn hướng bằng phân tích nhân tố khám phá EFA với phần mềm SPSS 21. Kết quả cho thấy các thang đo đều đạt yêu cầu về tính đơn hướng. Tiếp đó, tất cả 27 biến quan sát đã được đưa vào mô hình thang đo chứa 5 khái niệm tiềm ẩn đơn hướng để phân tích CFA với phần mềm AMOS. Sau khi loại 7 biến (Bảng 1) do tương quan cao giữa các sai số, kết quả cho thấy sự phù hợp giữa mô hình thang đo với dữ liệu thu được từ thực tiễn với các chỉ số như sau: Chi-square = 383,72; df = 160; Chi-square/df = 2,40; CFI = 0,93; TLI = 0,92; RMSEA = 0,07.

Kết quả ước lượng CFA cho thấy hệ số tải chuẩn hoá của các biến có giá trị từ 0,53 đến 0,98 (> 0,50) và phương sai trích trung bình (AVE) của các thang đo dao động từ 0,51 đến 0,75 (> 0,50). Thêm vào đó, độ tin cậy tổng hợp (CR) của các thang đo có giá trị từ 0,81 đến 0,92 (> 0,70). Các thông kê này cho thấy các thang đo đạt độ giá trị hội tụ và tin cậy (Hair và cộng sự, 2010). Ngoài ra, giá trị tuyệt đối của hệ số tương quan giữa các khái niệm dao động từ 0,17 đến 0,50; và tại ngưỡng 95%, không có giá trị tương quan nào tiến đến 1,00 nên các thang đo cũng đạt độ giá trị phân biệt.

Bảng 1.

Các thang đo và kết quả đánh giá thang đo

Khái niệm và các biến quan sát	Hệ số tải chuẩn hóa
<i>Hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) (CR = 0,87; AVE = 0,63)</i>	
Bác sĩ giải thích với tôi những nguy hiểm sẽ gặp khi chỉ số đường huyết lên xuống thất thường	0,66
Bác sĩ hướng dẫn kỹ cho tôi cách tự đo đường huyết tại nhà	0,88
Bác sĩ nói cho tôi biết tại sao phải đo đường huyết thường xuyên	bị loại
Bác sĩ dành thời gian để trao đổi với tôi về cách tự theo dõi đường huyết tại nhà	0,87
Bác sĩ hỏi/ trao đổi với tôi về kết quả theo dõi đường huyết mỗi khi tôi tái khám	0,73
<i>Hỗ trợ xã hội (CR = 0,86; AVE = 0,62)</i>	
Người thân nhắc nhở tôi đo đường huyết thường xuyên	0,60
Người thân hay đo đường huyết giúp tôi	0,53
Người thân giúp tôi tìm mua máy đo và/ hoặc que thử	bị loại
Người thân thường cùng tôi chia sẻ các thông tin về bệnh hoặc sức khỏe	bị loại
Tôi có người thân để khi cần là có thể tìm đến để được hỗ trợ và thấu hiểu	0,98
Mọi người (gia đình, họ hàng và bạn bè) luôn cho tôi lời khuyên hữu ích về sức khỏe	0,95

Khái niệm và các biến quan sát	Hệ số tải chuẩn hóa
<i>Năng lực của KH (CR = 0,92; AVE = 0,75)</i>	
Với tôi, việc bấm kim vào tay để lấy máu là dễ dàng	0,84
Tôi biết cách đo đúng để có được kết quả chính xác	bị loại
Tôi biết cách ghi nhận kết quả sao cho dễ nhớ sau mỗi lần kiểm tra	bị loại
Tôi biết ý nghĩa của các kết quả đo	0,96
Tôi có thể trình bày rõ ràng các kết quả đo với bác sĩ	0,79
Khi đọc kết quả, tôi biết kết quả đó có đáng tin cậy hay không	0,87
Khi đọc kết quả, tôi biết có cần phải đo để kiểm tra lại một lần nữa hay không	bị loại
<i>Động lực của KH (CR = 0,81; AVE = 0,51)</i>	
Tôi muốn đo chỉ số đường huyết thường xuyên để điều trị bệnh hiệu quả	0,87
Tôi muốn đo chỉ số đường huyết thường xuyên để kiểm soát bệnh luôn ổn định	0,65
Đo chỉ số đường huyết thường xuyên giúp tôi tránh bị biến chứng	0,64
Đo chỉ số đường huyết thường xuyên giúp tôi an tâm và sống lâu hơn	0,68
Tôi sẵn sàng đo đường huyết thường xuyên hơn nếu được yêu cầu	bị loại
<i>Sự tuân thủ SMBG của KH (CR = 0,82; AVE = 0,53)</i>	
Tôi thường xuyên đo chỉ số đường huyết tại nhà trong thời gian gần đây	0,73
Tôi đo chỉ số đường huyết mỗi ngày đúng theo yêu cầu của bác sĩ	0,68
Tôi luôn tuân thủ thực hiện các lần đo chỉ số đường huyết tại nhà	0,87
Tôi nghĩ mình nghiêm túc tuân theo lời dặn của bác sĩ	0,60

4.3. Kiểm định phương sai chung

Phương sai chung (CMV) được kiểm định với hai phương pháp Single-factor CFA và Post-hoc Marker Variable (Podsakoff và cộng sự, 2003). Kết quả của Single-factor CFA cho thấy các chỉ số Chi-square = 2.277,42; df = 170; Chi-square/df = 13,40; CFI = 0,37; TLI = 0,29; RMSEA = 0,21 còn cách xa so với các chỉ số yêu cầu cho một mô hình phù hợp. Kiểm định theo phương pháp Post-hoc Marker Variable cho thấy nhiều cặp biến quan sát không có tương quan với nhau ($r = 0,04$; $p = 0,27$; hoặc $r = 0,05$; $p = 0,22$). Do vậy, hiện tượng CMV không là vấn đề và không gây sai lệch kết quả ước lượng trong nghiên cứu này.

4.4. Ước lượng mô hình cấu trúc

Mô hình cấu trúc được ước lượng theo phương pháp ML cho các chỉ số Chi-square = 412,48; df = 164; Chi-square/df = 2,52; CFI = 0,93; TLI = 0,91; RMSEA = 0,07, nghĩa là mô hình phù hợp

với dữ liệu thực tế. Bên cạnh đó, kết quả phân tích Bootstrap với 1.000 lần lặp cũng cho thấy các giả thuyết từ H_1 đến H_6 được ủng hộ (Bảng 2).

Bảng 2.

Kết quả ước lượng mô hình SEM và kiểm định giả thuyết

Giả thuyết				Hệ số chuẩn hóa	p-value	Kết quả kiểm định
H_1	Hỗ trợ của NVTX	→	Năng lực của KH	0,28	0,00	Ủng hộ
H_2	Hỗ trợ của NVTX	→	Động lực của KH	0,50	0,00	Ủng hộ
H_3	Hỗ trợ xã hội	→	Năng lực của KH	0,15	0,01	Ủng hộ
H_4	Hỗ trợ xã hội	→	Động lực của KH	0,14	0,02	Ủng hộ
H_5	Năng lực của KH	→	Sự tuân thủ SMBG	0,24	0,00	Ủng hộ
H_6	Động lực của KH	→	Sự tuân thủ SMBG	0,44	0,00	Ủng hộ

Bảng 3.

Tác động trực tiếp và gián tiếp của hai nguồn hỗ trợ đến mức độ tuân thủ SMBG.

Mối quan hệ	Tổng tác động		Tác động trực tiếp		Tác động gián tiếp	
	Hệ số chuẩn hóa	p-value	Hệ số chuẩn hóa	p-value	Hệ số chuẩn hóa	p-value
Hỗ trợ của NV tiếp xúc → Tuân thủ SMBG	0,46	0,00	0,26	0,00	0,20	0,00
Hỗ trợ xã hội → Tuân thủ SMBG	0,09	0,00	0,02	0,74	0,07	0,00

Kết quả tại Bảng 2 cho thấy Hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) có tác động tích cực lên cả năng lực ($\beta = 0,28$; $p = 0,00$) và động lực của KH ($\beta = 0,50$; $p = 0,00$). Tương tự, Hỗ trợ xã hội từ người thân và gia đình cũng có tác động tích cực đến năng lực ($\beta = 0,15$; $p = 0,01$) và động lực của KH ($\beta = 0,14$; $p = 0,02$). Từ đó, năng lực ($\beta = 0,24$; $p = 0,00$) và động lực ($\beta = 0,44$; $p = 0,00$) có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ tuân thủ SMBG của KH.

Để hiểu rõ hơn vai trò và cấu trúc tác động của hai yếu tố bên ngoài là sự hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) và hỗ trợ xã hội đến mức độ tuân thủ SMBG, các tác động trực tiếp và gián tiếp của chúng đã được ước lượng. Kết quả (Bảng 3) cho thấy Hỗ trợ của NVTX (bác sĩ) có tổng tác động đến mức độ thực hiện SBMG là $\beta = 0,46$ ($p = 0,00$). Trong đó, tác động gián tiếp thông qua năng lực và động cơ là $\beta = 0,20$ ($p = 0,00$) và tác động trực tiếp là $\beta = 0,26$ ($p = 0,00$). Ngược lại, với tổng tác động khá nhỏ ($\beta = 0,09$; $p = 0,00$), Hỗ trợ xã hội chỉ tác động gián tiếp ($\beta = 0,07$; $p = 0,00$) mà không tác động trực tiếp ($\beta = 0,02$; $p = 0,74$) đến mức độ thực hiện SMBG.

5. Thảo luận kết quả và hàm ý quản trị

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng hỗ trợ của NVTX và hỗ trợ xã hội có tác động tích cực đến năng lực và động lực thực hiện SMBG của BN. Trong đó, hỗ trợ của NVTX (trong trường hợp này là bác sĩ) có vai trò tác động mạnh hơn ($t = 2,09 > 1,96$) đến cả năng lực lẫn động lực của KH. Kết quả này một mặt khẳng định vai trò của NVTX trong quá trình đồng tạo sinh dịch vụ, theo quan điểm lý thuyết SDL. Bên cạnh việc thực hiện các nghiệp vụ cần thiết, họ còn có vai trò tương tác sao cho KH tham gia một cách hiệu quả nhất vào quá trình đồng tạo sinh dịch vụ. Bên cạnh đó, thông qua yếu tố hỗ trợ xã hội, kết quả cũng cho thấy vai trò của các cá nhân khác (người thân, gia đình hay KH khác) trong quá trình đồng tạo sinh dịch vụ của KH theo quan điểm hệ sinh thái dịch vụ của SDL.

Kết quả còn cho thấy mức độ tuân thủ SMBG của BN chịu ảnh hưởng đáng kể bởi hai yếu tố năng lực và động lực đồng tạo sinh. Trong đó, động lực có tác động mạnh hơn so với năng lực ($t = 2,38 > 1,96$). Nghĩa là, động lực tham gia có vai trò quan trọng hơn năng lực thực hiện đồng tạo sinh. Điều này hợp lý trong những trường hợp mà các thao tác đồng tạo sinh là không quá phức tạp hay đòi hỏi nhiều nỗ lực từ KH. Đây là yếu tố quan trọng mà các nhà cung cấp dịch vụ cần chú ý.

Kết quả phân tích các ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp còn khẳng định vai trò quan trọng của NVTX trong đồng tạo sinh dịch vụ. Sự tương tác và hỗ trợ của họ không những giúp cải thiện năng lực và động lực đồng tạo sinh của KH, mà còn có tác động trực tiếp đến mức độ thực hiện hành vi. Tác động trực tiếp trong trường hợp này có thể là kết quả của bối cảnh dịch vụ y tế, nơi mà khoảng cách về quyền lực và chuyên môn giữa BN và bác sĩ là rất lớn, trong khi kết quả dịch vụ lại có vai trò rất quan trọng đối với BN (Berry & Pendapudi, 2007). Trong điều kiện như vậy, BN có thể vẫn thực hiện SMBG một cách miễn cưỡng, hoặc do sự hỗ trợ của người thân, bất luận họ có muốn làm hay biết cách làm hay không.

Nghiên cứu này cung cấp thêm cơ sở lý luận cho xu hướng thay đổi triết lý quản lý y tế ngày nay, từ “hướng tới người bệnh” sang “đồng tạo sinh sức khỏe”. Nghĩa là trao một phần hoạt động quản lý sức khỏe cá nhân từ các nhà cung cấp dịch vụ sang KH, để họ chủ động phối hợp quản lý sức khỏe của chính mình (Anderson và cộng sự, 2016). Muốn làm được điều này, các nhà quản lý y tế cần biết những việc có thể ủy thác cùng với việc họ cần làm để khuyến khích BN tham gia tích cực vào quá trình này. Đóng góp thứ hai về lý thuyết liên quan đến SDL. Nghiên cứu này cung cấp một trường hợp thực nghiệm trong đó khái niệm tương tác đồng tạo sinh (Interaction for Co-Creation) được mở rộng ra ngoài phạm vi gặp gỡ tiếp xúc (Service Encounter) trực tiếp giữa nhà cung cấp dịch vụ với KH tại nơi giao dịch. Từ đó tạo ra nhiều cơ hội và tính linh hoạt cho các giải pháp và cơ chế đồng tạo sinh dịch vụ tốt hơn giữa những nhà cung cấp và KH (Hau & Thuy, 2022).

Về hàm ý quản trị, kết quả của nghiên cứu này đưa ra gợi ý cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế đối với các loại bệnh mãn tính như tiểu đường, tim mạch... Đầu tiên, họ có thể ủy thác một số nhiệm vụ nhất định cho KH, thông qua việc tự sử dụng các thiết bị công nghệ tại nhà (Gustafsson và cộng sự, 2020). Biện pháp này không chỉ giúp giảm tải cho ngành y tế mà còn tiết kiệm chi phí cho KH. Tuy nhiên, cần chọn lọc trong việc quyết định giao nhiệm vụ nào cho KH, để không vượt quá khả năng và nguồn lực của KH. Kế đến và quan trọng hơn nữa là phải có các biện pháp cải thiện cách tương tác từ phía bác sĩ trong quá trình tiếp xúc với BN. Bên cạnh việc hướng dẫn và giải thích, bác sĩ phải chú ý đúng mức đến việc khuyến khích và tạo động lực để BN tự tin hơn và tích cực hơn trong quá trình đồng tạo sinh sức khỏe.

Bên cạnh những kết quả nêu trên, các nghiên cứu tiếp theo có thể thực hiện về đồng tạo sinh của KH trong dịch vụ y tế. Thứ nhất, cần kiểm chứng thêm sự khác biệt về kết quả giữa bệnh viện công và tư, giữa bệnh tiểu đường loại I và II. Thứ hai, nên mở rộng ra trên các loại bệnh khác, hoặc các hành vi đồng tạo sinh có độ phức tạp khác nhau. Thứ ba, những yếu tố khác có thể được xem xét như sự tự tin, ý chí vượt khó... Cuối cùng, dịch vụ y tế là thiết yếu cho tất cả mọi người. Việc mở rộng nghiên cứu sang các vùng nông thôn, nơi có trình độ hiểu biết về y tế hay khả năng tài chính hạn chế sẽ cho những kết quả hữu ích.

Chú thích

Bài báo này được trích một phần từ Luận văn Thạc sĩ tại Trường Đại học Bách khoa – Đại học Quốc gia TP.HCM của học viên Nguyễn Huỳnh Hương với tiêu đề "Tăng cường nguồn lực và động lực để khách hàng đồng tạo sinh dịch vụ: Một nghiên cứu trên các bệnh nhân đái tháo đường sử dụng thiết bị y tế tại nhà", dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Lê Nguyễn Hậu.

Tài liệu tham khảo

- Anderson, L. A. (1990). Health-care communication and selected psychosocial correlates of adherence in diabetes management. *Diabetes Care*, 13(Supplement 2), 66–76.
- Anderson, S. J., Jefferies, J. G., Ostrom, A. L., Baker, C. N., Bone, S. A., Downey, H., Mende, M. N., & Rapp, J. M. (2016). Responsibility and well-being: Resource integration under responsabilization in expert services. *Journal of Public Policy & Marketing*, 35(2), 262–279.
- Baron, S., & Warnaby, G. (2011). Individual customers' use and integration of resources: Empirical findings and organizational implications in the context of value co-creation. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 211–218.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), 843–857.
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111–122.
- Fisher, W. A., Kohut, T., Schachner, H., & Stenger, P. (2011). Understanding self-monitoring of blood glucose among individuals with type 1 and type 2 diabetes: An information-motivation-behavioral skills analysis. *Diabetes Education*, 37, 85–94.
- Garavandi, A. H., Damir, H., & Kar, R. Z. (2015). Study the simple and multiple relationship between social support, job motivation and job satisfaction among high school female teachers in Baghmalek city. *Visi Journal Akademik*, 8, 64–67.
- Gronroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133–150.
- Gustafsson, A., Snyder, H., & Witell, L. (2020). Service innovation: A new conceptualization and path forward. *Journal of Services Research*, 23(2), 111–115. doi: 10.1177/ 1094670520908929
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black, W. C. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective* (7th ed.). Pearson - Prentice Hall.

- Hau, L. N. (2019). The role of customer operant resources in health care value creation. *Service Business*, 13(3), 457–478.
- Hau, L. N., & Thuy, P. N. (2022). Enabling customer co-creation behavior at a distance: The case of patients using self-monitoring handheld devices in healthcare. *Service Business*, 16(1), 99–123.
- Higgins, J. M. (1994). *The Management Challenges* (2nd ed.). New York: Macmillan.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J. P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128.
- Jay, M., Gillespie, C., Schlair, S., Sherman, S., & Kalet, A. (2010). Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: Is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight?. *BMC Health Services Research*, 10(1), 159.
- Karpen, I. O., Bove, L. L., Lukas, B. A., & Zyphur, M. J. (2015). Service-dominant orientation: Measurement and impact on performance outcomes. *Journal of Retailing*, 91(1), 89–108.
- Kim, M., & Qu, H. (2017). The moderating effects of three reference groups on Asian pleasure travelers' destination value. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34(7), 892–904.
- Kristof-Brown, A. L., Ryan, D. Z., & Erin, C. J. (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58(2), 281–342.
- Lengnick-Hall, C. A., Claycomb, V., & Inks, L. W. (2000). From recipient to contributor: examining customer roles and experienced outcomes. *European Journal of Marketing*, 34(3/4), 359–383.
- Meuter, M. L., Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Brown, S. W. (2005). Choosing among alternative service delivery modes: An investigation of customer trial of self-service technologies. *Journal of Marketing*, 69(2), 61–83.
- Moström, P., Ahlén, E., Imberg, H., Hansson, P. O., & Lind, M. (2017). Adherence of self-monitoring of blood glucose in persons with type 1 diabetes in Sweden. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5(1). doi: 10.1136/bmjdr-2016-000342
- Nguyễn Thị Kiều Mi, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, & Nguyễn Minh Tâm. (2017). Khảo sát hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y Dược học*, 7(3), 56–62.
- Osborn, C. Y. H., & Egede, L. E. H. (2010). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care. *Patient Education & Counseling*, 79(1), 49–54.
- Park, I., Sarnikar, S., & Cho, J. (2020). Disentangling the effects of efficacy-facilitating informational support on health resilience in online health communities based on phrase-level text analysis. *Information & Management*, 57(8), 103372.
- Pham, N. T. A., Le N. H., Nguyen, T. D., & Pham, N. T. (2022). Customer service co-creation literacy for better service value: Evidence from the healthcare sector. *Journal of Services Marketing*, 36(7), 940–951.
- Plé, L. (2016). Studying customers' resource integration by service employees in interactional value co-creation. *Journal of Services Marketing*, 30(2), 152–164.

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.
- Rafaeli, A., Altman, D., Gremler, D. D., Huang, M. H., Grewal, D., Iyer, B., Parasuraman, A., & de Ruyter, K. (2017). The future of frontline research: Invited commentaries. *Journal of Service Research*, 20(1), 91–99.
- Rose, V., Harris, M., Ho, M. T., & Jayasinghe, U. W. (2009). A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. *Patient Education Counselling*, 77(2), 260–265.
- Rosland, A. M., Piette, J. D., Lyles, C. R., Parker, M. M., Moffet, H. H., Adler, N. E., Schillinger, D., & Karter, A. J. (2014). Social support and Lifestyle vs. Medical diabetes self-management in the diabetes study of Northern California. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 438–447.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Schneider, B., & Bowen, D. E. (2010). *Winning the Service Game: Revisiting the Rules by Which People Co-Create Value* (pp. 31–59). Springer US.
- Seiders, K., Flynn, A. G., Berry, L. L., & Haws, K. L. (2015). Motivating customers to adhere to expert advice in professional services: A medical service context. *Journal of Services Research*, 18(1), 39–58.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (2003). Social cognitive theory and self-efficacy: Implications for motivation theory and practice. In Porter, L. W., Bigley, G. A., & Steers, R. M. (Eds.) *Motivation and Work Behavior* (pp. 126–140). McGraw-Hill Irwin.
- Tâm Anh Hospital. (2021). *Đái tháo đường: nguyên nhân, dấu hiệu, điều trị và phòng ngừa*. Truy cập ngày 06/10/2022, từ <https://tamanhhospital.vn/dai-thao-duong>
- Tikkanen, H. (2020). Characterizing well-being capabilities in services. *Journal of Services Marketing*, 34(6), 785–795. doi: 10.1108/JSM-11-2019-0453
- Van Beuningen, J., De Ruyter, K., Wetzels, M., & Streukens, S. (2009). Customer self-efficacy in technology based on self-service: Assessing between- and within-person differences. *Journal of Services Research*, 11(4), 407–428.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: An extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1), 5–23.
- Virlee, J. B., Hammedi, W., & van Riel, A. C. R. (2020). Healthcare service users as resource integrators: Investigating factors influencing the co-creation of value at individual, dyadic and systemic levels. *Journal of Service Theory & Practice*, 30(3), 277–306.
- Vorhaus, J. S. (2015). Capabilities, human value and profound disability: Capability theory and its application to theatre, music and the use of humour. *Disability & Society*, 30(2), 173–184.
- Wang, W., Hsieh, P., & Yen, H. R. (2011). Engaging customers in value co-creation: The emergence of customer readiness. In *International Joint Conference of Service Science* (pp. 135–139). IEEE. doi: 10.1109/IJCSS.2011.34

- Yao, T., Zheng, Q., & Fan, X. (2015). The impact of online social support on patients' quality of life and the moderating role of social exclusion. *Journal of Service Research*, 18(3), 369–383.
- Yi, W. M., Van Wieren, J. E. M., Hansen, B. K., & Vora, J. (2019). The impact of self-monitoring blood glucose adherence on glycemic goal attainment in an indigent population, with pharmacy assistance. *P&T: Peer-Rev Journal of Formulary Management*, 44(9), 554–559.