



Dịch vụ y tế: Tác động của các loại kỹ năng giao tiếp của bác sĩ đối với giá trị cảm nhận của bệnh nhân

NGUYỄN THỊ BÍCH TRÂM ^a, LÊ NGUYỄN HẬU ^b, LÂM HIẾU MINH ^c

^{a, b} Trường Đại học Bách khoa, Đại học Quốc gia TP.HCM

^c Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng TP.HCM

THÔNG TIN	TÓM TẮT
Ngày nhận: 12/03/2018 Ngày nhận lại: 05/06/2018 Duyệt đăng: 27/07/2018 Mã phân loại JEL: J24, P46, I12 Từ khóa: Kỹ năng giao tiếp; Kỹ năng lắng nghe; Kỹ năng tư vấn; Giá trị quá trình; Giá trị kết quả; Dịch vụ y tế. Keywords: Communication skills; Listening skill; Advising skill; Process value;	Thông thường, các nghiên cứu về hành vi khách hàng khi sử dụng dịch vụ được thực hiện trong bối cảnh khách hàng ở trạng thái tâm lý và thể chất bình thường. Tuy nhiên, trong dịch vụ y tế, hầu hết khách hàng (bệnh nhân) khi đi khám, chữa bệnh đều ở trạng thái không tốt. Điều đó ảnh hưởng đến cảm nhận của bệnh nhân về quá trình giao tiếp giữa bác sĩ với họ và về giá trị dịch vụ. Nghiên cứu này nhằm xác định mối quan hệ giữa kỹ năng giao tiếp của bác sĩ và cảm nhận của bệnh nhân về giá trị dịch vụ y tế. Với dữ liệu khảo sát từ 262 bệnh nhân, phân tích cho thấy kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn của bác sĩ có tác động tích cực đến giá trị quá trình dịch vụ, qua đó tác động mạnh đến giá trị kết quả của dịch vụ y tế. Mặt khác, kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn có ảnh hưởng mạnh như nhau đến giá trị quá trình, nhưng không ảnh hưởng trực tiếp đến giá trị kết quả của dịch vụ y tế. Abstract Some prior studies on customer behavior have mostly been conducted when customers are in a fit state of mental and physical health during their using service. However, people who use health service to do medical examinations or get treatments are mainly in the bad state of health, which is assumed to affect their perception on service value as well as the communication between them and doctor. This study aims

^a tramnguyen142@gmail.com

^b lnhau@hcmut.edu.vn, * tác giả liên hệ.

^c lamhieuminh@gmail.com

Trích dẫn bài viết: Nguyễn Thị Bích Trâm, Lê Nguyễn Hậu, & Lâm Hiếu Minh. (2018). Dịch vụ y tế: Tác động của các loại kỹ năng giao tiếp của bác sĩ đối với giá trị cảm nhận của bệnh nhân. *Tạp chí Nghiên cứu Kinh tế và Kinh doanh Châu Á*, 29(3), 42–55.

Outcome value; Health service.	to investigate the relationship between physician's communication skills and customer perception on health service value. Using the data collected from the survey of 262 patients, the results reveal that physician's listening and advising skills have positive effects on process value, leading to the outcome value of medical service. Additionally, these impacts are equally strong on process value, but not directly on outcome value.
-----------------------------------	--

1. Giới thiệu

Các nghiên cứu trong lĩnh vực marketing dịch vụ đã chỉ ra rằng việc giao tiếp thông tin giữa phía cung cấp dịch vụ và phía khách hàng là điều kiện tối cần thiết cho quá trình dịch vụ (Bitner & cộng sự, 1997; McColl-Kenedy & cộng sự, 2017). Vargo và Lusch (2008) còn nhấn mạnh rằng các thông tin do khách hàng cung cấp chính là một loại nguồn lực tương tác (Operant Resource) cần thiết như một yếu tố đầu vào cho nhà cung cấp để thực hiện dịch vụ. Tuy nhiên, việc giao tiếp trực tiếp giữa hai phía không chỉ nhằm trao đổi thông tin cần cho dịch vụ. Đây còn là quá trình tương tác giữa hai cá nhân trong một bối cảnh xã hội cụ thể (Grönroos, 2004).

Trước đây, một số nghiên cứu về hành vi khách hàng khi sử dụng dịch vụ đã đề cập đến mối quan hệ giữa kỹ năng giao tiếp của nhân viên tiếp xúc khách hàng và giá trị dịch vụ được tạo ra (Bitner & cộng sự, 1997; Grönroos, 2004). Trong đó, hầu hết được thực hiện trong bối cảnh khách hàng ở trạng thái tâm lý và thể chất bình thường. Tuy nhiên, đặc điểm này khó hiện hữu trong lĩnh vực dịch vụ y tế vì đây là lĩnh vực dịch vụ mà trong đó phía khách hàng/bệnh nhân thường ở trạng thái tâm lý và thể chất không tốt qua các biểu hiện như: Một môi, đau đớn, lo âu, căng thẳng... (Berry & Bendapudi, 2007). Điều đó ảnh hưởng đến cảm nhận của bệnh nhân về quá trình giao tiếp giữa họ với bác sĩ và về giá trị dịch vụ (Gaur & cộng sự, 2011). Hơn nữa, trong quá trình tương tác giữa hai phía, bác sĩ thường chủ động hơn, có hiểu biết chuyên môn sâu hơn, là người giữ quyền quyết định giải pháp và quá trình dịch vụ; còn bệnh nhân thường ở trạng thái thụ động. Điều mà bệnh nhân chủ động là cảm nhận của riêng họ về giá trị của dịch vụ mà họ nhận được. Chính vì những đặc thù này mà giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân trong dịch vụ y tế, cùng với giá trị dịch vụ là một chủ đề rất đáng được quan tâm nghiên cứu (Maguire & Pitceathly, 2002; McColl-Kenedy & cộng sự, 2017; Seiders & cộng sự, 2015). Tuy nhiên, theo hiểu biết của tác giả, cơ chế ảnh hưởng cụ thể của mỗi loại kỹ năng giao tiếp của bác sĩ (nhân viên tiếp xúc) đối với quá trình hình thành nên cảm nhận về giá trị dịch vụ của bệnh nhân (khách hàng) khi họ đang ở trạng thái tâm lý và vật lý không tốt, thì chưa được tìm hiểu thấu đáo (Gaur & cộng sự, 2011; Rafaeli & cộng sự, 2017).

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này tìm hiểu vai trò của kỹ năng giao tiếp của bác sĩ trong quá trình khám và chữa bệnh cho bệnh nhân. Cụ thể, mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tác động của kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn (giải thích và hướng dẫn) của bác sĩ đến cảm nhận của bệnh nhân về giá trị quá trình và giá trị kết quả của dịch vụ; đồng thời, kiểm định ảnh hưởng của giá trị quá trình đến giá trị kết quả trong dịch vụ y tế. Bên cạnh hàm ý lý thuyết về vai trò của kỹ năng giao tiếp của nhân viên tiếp xúc trong quá trình thực hiện dịch vụ, kết quả nghiên cứu còn là cơ sở giúp các cơ sở y tế và các bác sĩ điều chỉnh thái độ và hành vi giao tiếp của mình trong quá trình khám chữa bệnh. Từ đó, nâng

cao giá trị cảm nhận của bệnh nhân đối với quá trình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở Việt Nam hiện nay.

2. Cơ sở lý thuyết và các giả thuyết

2.1. Các khái niệm nghiên cứu

Giá trị dịch vụ (Perceived Service Value)

Về cơ bản, giá trị dịch vụ được định nghĩa là đánh giá tổng thể của khách hàng về tiện ích của một dịch vụ dựa trên cảm nhận về những gì nhận được và những gì bỏ ra (Zeithaml, 1988; Cronin, 2016). Grönroos và Voima (2013) nhấn mạnh một dịch vụ là có giá trị đối với khách hàng nếu qua quá trình sử dụng dịch vụ họ cảm thấy tốt hơn trước. Hơn nữa, Babin và James (2010) giải thích rằng khái niệm về giá trị bao gồm tất cả lợi ích cảm nhận được như: Chất lượng, hiệu quả, tiện lợi, cảm xúc, tinh thần, xã hội, tri thức... so với tất cả những thứ phải bỏ ra như: Tiền bạc, thời gian, công sức, cơ hội và cảm xúc. Holbrook (1999) chỉ ra các đặc trưng của khái niệm giá trị dịch vụ là tính tương tác (Interactive) giữa khách hàng và đối tượng đánh giá (dịch vụ), tính tương đối (Relativistic – so sánh mang tính cá nhân trong một bối cảnh/tình huống cụ thể) và trải nghiệm (Experiential – giá trị không tồn tại sẵn trong dịch vụ, mà được hình thành suốt quá trình trải nghiệm khi sử dụng).

Theo đó, giá trị dịch vụ không chỉ được hình thành khi kết thúc quá trình sử dụng, mà nó xuất hiện và tiến triển ngay trong quá trình sử dụng (Grönroos & Voima, 2013; Le & Pham, 2016). Trong dịch vụ y tế chăm sóc sức khỏe (tương tự như dịch vụ giáo dục), thường thì quá trình sử dụng và trải nghiệm dịch vụ xảy ra một thời gian (tương đối) trước khi khách hàng nhận thấy được kết quả dịch vụ (bệnh nhân hết bệnh). Khi đó, giá trị dịch vụ sẽ hình thành và tiến triển theo thời gian (McColl-Kennedy & cộng sự, 2017).

Nghiên cứu này chấp nhận quan điểm giá trị cảm nhận theo phép so sánh “lợi ích” nhận được trừ “chi phí” bỏ ra (Cronin, 2016) và phân giá trị cảm nhận theo giá trị quá trình (Process Value) và giá trị kết quả (Outcome Value) (Grönroos, 1982; Le & Pham, 2016; Heinonen, 2004). Giá trị quá trình được định nghĩa là cảm nhận tổng thể về trải nghiệm của khách hàng dựa trên nhận thức về những gì được và những gì bỏ ra trong quá trình tương tác dịch vụ. Ngược lại, giá trị kết quả đề cập đến những lợi ích cuối cùng mà khách hàng cảm nhận khi kết thúc dịch vụ so với những gì khách hàng đã bỏ ra. Những lợi ích cuối cùng này liên quan mật thiết đến mục đích sử dụng dịch vụ của khách hàng (Le & cộng sự, 2017; Heinonen, 2004).

Kỹ năng giao tiếp (Communication Skills)

Kỹ năng giao tiếp được định nghĩa là khả năng phát và nhận thông tin một cách hiệu quả của một người trong quá trình tương tác với người khác (Grimsley, 2018). Nội dung thông tin được giao tiếp có thể liên quan đến sự kiện, ý tưởng, khái niệm, niềm tin, thái độ, hướng dẫn, hoặc thậm chí là cảm xúc. Hình thức giao tiếp có thể gồm nhiều dạng khác nhau, như: Giao tiếp ngôn ngữ và giao tiếp phi ngôn ngữ; giao tiếp miệng và giao tiếp viết (Rowland-Morin & Carroll, 1990).

Trong lĩnh vực y tế, tầm quan trọng của kỹ năng giao tiếp của bác sĩ đối với bệnh nhân đã được tóm tắt thông qua 5 lợi ích: (1) Giúp bác sĩ nhận dạng chính xác vấn đề sức khỏe của bệnh nhân; (2) Giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn và hài lòng hơn về quá trình khám và điều trị; (3) Giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn về giải pháp điều trị và thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe của mình; (4) Giúp bệnh nhân giảm lo

âu, căng thẳng; và (5) Giúp bác sĩ giảm stress và hài lòng với công việc hơn (Maguire & Pitceathly, 2002). Thêm vào đó, việc giao tiếp hiệu quả giữa bác sĩ và bệnh nhân còn giúp giảm rủi ro trong điều trị, tăng sự tự tin nơi bệnh nhân và tăng sự tin tưởng của bệnh nhân đối với bác sĩ (Gaur & cộng sự, 2011).

Với trọng tâm hướng đến quá trình tương tác trực tiếp giữa bác sĩ (nhân viên giao tiếp trực tiếp) và bệnh nhân (khách hàng), nghiên cứu này chỉ tập trung vào giao tiếp miệng trực tiếp với hai thành phần kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn (Gaur & cộng sự, 2011). Trong bối cảnh dịch vụ y tế, kỹ năng lắng nghe thể hiện quá trình bác sĩ tiếp nhận thông tin từ bệnh nhân với mức tập trung chú ý cao. Về mặt xã hội, lắng nghe còn thể hiện sự quan tâm và tôn trọng bệnh nhân khi thực hiện giao tiếp (Clopton & cộng sự, 2001). Ngược với kỹ năng lắng nghe, kỹ năng tư vấn được hiểu là quá trình bác sĩ cung cấp thông tin cho bệnh nhân trong quá trình dịch vụ. Các thông tin cung cấp có thể bao gồm giải thích (Explanation) và hướng dẫn (Instruction). Bác sĩ có thể giải thích về tình trạng bệnh, các triệu chứng, quy trình khám và điều trị, tiên lượng, các tác dụng phụ có thể có... đồng thời hướng dẫn (dặn dò) bệnh nhân thực hiện các hành vi cần thiết trong lúc khám bệnh và sau khi khám bệnh như: Cách phối hợp uống thuốc, tự chăm sóc bản thân... (Seiders & cộng sự, 2015).

2.2. Đề xuất các giả thuyết và mô hình nghiên cứu

Khi khám và điều trị bệnh, để có được những thông tin chuyên môn cần thiết từ phía bệnh nhân thì việc thực hiện hành vi giao tiếp gần như là bắt buộc của mọi bác sĩ đối với bệnh nhân (hoặc thân nhân đi kèm). Hơn nữa, đây còn là quá trình tương tác giữa hai cá nhân trong một bối cảnh xã hội cụ thể (Grönroos, 2004). Tuy nhiên, thực tế cho thấy không phải bác sĩ nào cũng làm tốt việc này (Maguire & Pitceathly, 2002), kết quả là gây ảnh hưởng đến quá trình và kết quả của dịch vụ y tế.

Ảnh hưởng của kỹ năng lắng nghe đối với giá trị quá trình

Ở góc độ giao tiếp xã hội, nếu bác sĩ có kỹ năng lắng nghe tốt thì sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy được quan tâm và tôn trọng (Grönroos, 2004; McColl- Kenedy & cộng sự, 2017). Thêm vào đó, khi bác sĩ dành thời gian lắng nghe, bệnh nhân sẽ cảm thấy gần gũi, được khuyến khích và tạo điều kiện chia sẻ những suy nghĩ hoặc lo lắng của họ, từ đó, giúp họ giải tỏa tâm lý lo âu. Điều này càng có ý nghĩa khi mà hầu hết các bệnh nhân đều đang ở trạng thái tâm lý và thể chất không tốt. Chúng sẽ mang lại các lợi ích về quan hệ (Relational Benefits), làm tiền đề cho sự phát triển niềm tin và mối quan hệ xã hội tốt hơn với bác sĩ (Gaur & cộng sự, 2011). Một khi bệnh nhân có tâm lý tốt hơn, tự tin hơn và có quan hệ tốt hơn với bác sĩ thì họ sẽ có xu hướng đánh giá tốt hơn về bác sĩ và quá trình dịch vụ (Holbrook, 1999; Bagozzi & cộng sự, 1999). Do đó, giả thuyết được đề xuất như sau:

H₁: Cảm nhận của bệnh nhân về kỹ năng lắng nghe của bác sĩ có tác động tích cực đến giá trị quá trình trong dịch vụ y tế.

Ảnh hưởng của kỹ năng tư vấn đối với giá trị quá trình

Khi khám và điều trị bệnh, nếu bác sĩ thực hiện tốt việc tư vấn (giải thích) thì sẽ làm cho bệnh nhân hiểu biết rõ hơn về bệnh của mình. Khoảng cách tri thức giữa hai phía sẽ được thu hẹp lại, giúp bệnh nhân nhận thức tốt hơn về quá trình dịch vụ. Thêm vào đó, khi bác sĩ dành thời gian giải thích cụ thể, bệnh nhân sẽ cảm thấy các thắc mắc hoặc lo lắng của họ được giải tỏa, từ đó giúp họ giảm được tâm lý lo âu (McColl- Kenedy & cộng sự, 2017). Điều này làm tiền đề cho sự phát triển niềm tin và mối quan hệ tốt hơn với bác sĩ (Gaur & cộng sự, 2011). Một khi bệnh nhân có hiểu biết và tâm lý tốt hơn, tự tin

hơn và có quan hệ tốt hơn với bác sĩ thì họ sẽ có xu hướng đánh giá tốt hơn về bác sĩ và quá trình dịch vụ (Holbrook, 1999; Bagozzi & cộng sự, 1999). Do đó, giả thuyết được đề xuất như sau:

H₂: Cảm nhận của bệnh nhân về kỹ năng tư vấn của bác sĩ có tác động tích cực đến giá trị quá trình trong dịch vụ y tế.

Ảnh hưởng của kỹ năng lắng nghe đối với giá trị kết quả

Khi lắng nghe cẩn thận, bác sĩ nhận được nhiều thông tin cần thiết và hữu ích do bệnh nhân mô tả về các biểu hiện bệnh của mình. Từ đó, bác sĩ sẽ chẩn đoán bệnh chính xác hơn, một tiền đề cơ bản cho giải pháp điều trị hiệu quả. Thêm vào đó, khi lắng nghe cẩn thận, bác sĩ sẽ nhận được các thông tin khác từ bệnh nhân liên quan đến tiền sử cá nhân, điều kiện sống và làm việc, gia đình... Từ đó, giải pháp dịch vụ (điều trị) sẽ được cá nhân hóa và hiệu quả hơn. Điều này dẫn đến việc điều trị đúng bệnh hơn với nguồn lực phù hợp hơn cho bệnh nhân (Bitner & cộng sự, 1997). Do đó, giả thuyết được đề xuất như sau:

H₃: Cảm nhận của bệnh nhân về kỹ năng lắng nghe của bác sĩ có tác động tích cực đến giá trị kết quả trong dịch vụ y tế.

Ảnh hưởng của kỹ năng tư vấn đối với giá trị kết quả

Bên cạnh kỹ năng lắng nghe, việc tư vấn (hướng dẫn, dặn dò) của bác sĩ sẽ cung cấp kiến thức và thông tin hữu ích cho bệnh nhân để họ biết rõ nên làm gì và không nên làm gì sau khi gặp bác sĩ. Đây là điều kiện quan trọng cho các hành vi hợp tác hiệu quả của quá trình đồng tạo sinh dịch vụ y tế, trong đó, bác sĩ hướng dẫn bệnh nhân cần thực hiện hành vi gì để mang lại kết quả dịch vụ tốt nhất, chẳng hạn như: Uống thuốc, trị liệu, kiêng ăn, nghỉ ngơi... (Grönroos & Voima, 2013; McColl-Kenedy & cộng sự, 2017). Hơn nữa, Gaur và cộng sự (2011) nhấn mạnh rằng những lời dặn dò ân cần của bác sĩ sẽ tạo cho bệnh nhân có thêm động lực để thực hiện đúng theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ, dẫn đến kết quả điều trị sẽ tốt hơn (Seiders & cộng sự 2015). Theo phân tích này, giả thuyết được đề xuất như sau:

H₄: Cảm nhận của bệnh nhân về kỹ năng tư vấn của bác sĩ có tác động tích cực đến giá trị kết quả trong dịch vụ y tế.

Ảnh hưởng của giá trị quá trình đối với giá trị kết quả

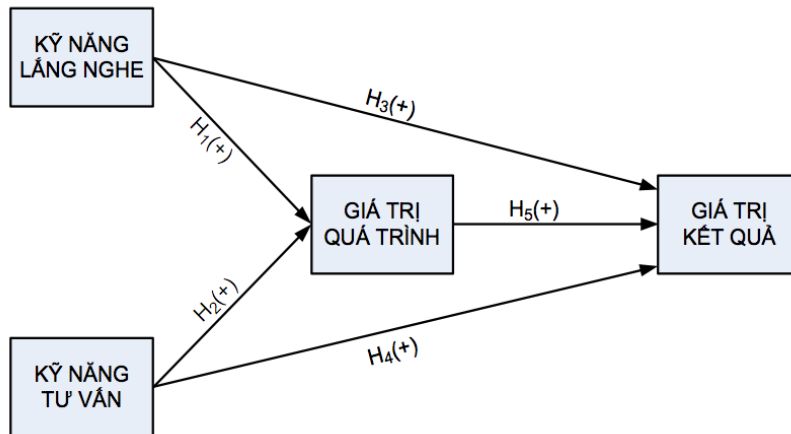
Ảnh hưởng của giá trị quá trình đối với giá trị kết quả được biện luận dựa trên luận điểm rằng giá trị là kết quả của việc đánh giá đối tượng, xảy ra trong suốt quá trình dịch vụ chứ không đợi đến lúc kết thúc (Bagozzi & cộng sự, 1999). Thực vậy, nhận thức về giá trị dịch vụ xảy ra liên tục nơi khách hàng trong suốt quá trình sử dụng dịch vụ (Foglieni & Holmlid, 2017). Trong quá trình này, khách hàng đánh giá các yếu tố khác nhau về những thứ họ nhận được so với bỏ ra, cũng như quá trình tương tác giữa hai phía dịch vụ. Những đánh giá này dẫn đến việc hình thành giá trị quá trình. Một khi giá trị quá trình được đánh giá tích cực sẽ hàm ý sự hiện diện của các yếu tố cần thiết để thúc đẩy cho các kết quả dịch vụ tốt (Grönroos và Voima, 2013). Hơn nữa, cảm nhận tích cực về giá trị quá trình chăm sóc sức khỏe còn có thể liên quan đến việc gia tăng hiểu biết của bệnh nhân. Kiến thức chuyên môn được nâng cao này sẽ giúp đánh giá các kết quả dịch vụ tốt hơn (Seiders & cộng sự, 2015).

Mặt khác, theo quan điểm cảm xúc, các nhà tâm lý học đã chỉ ra rằng một người có tâm trạng tích cực như vui, tự tin... sẽ có xu hướng đánh giá các đối tượng khác một cách thuận lợi hơn (Lazarus, 1991). Vì vậy, khi bệnh nhân có một cảm xúc tích cực xuất hiện trong quá trình dịch vụ thì sẽ ảnh hưởng tốt đến việc đánh giá kết quả dịch vụ (Barlow & Maul, 2000). Do đó, có thể đề xuất giả thuyết sau:

H₅: Cảm nhận của bệnh nhân về giá trị quá trình có tác động tích cực đến cảm nhận về giá trị kết quả trong dịch vụ y tế.

Mô hình nghiên cứu

Với năm giả thuyết được hình thành và biện luận ở trên, mô hình nghiên cứu được xây dựng như trong Hình 1. Theo đó, lắng nghe và tư vấn có tác động cùng chiều đến giá trị quá trình (H_1 và H_2) và giá trị kết quả (H_3 và H_4). Giá trị quá trình có tác động cùng chiều đến giá trị kết quả (H_5). Thêm vào đó, lắng nghe và tư vấn cũng được xem là có tương quan dương với nhau vì hai yếu tố này cùng là thành phần của kỹ năng giao tiếp trực tiếp của một cá nhân.



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

3. Phương pháp nghiên cứu

Để kiểm định mô hình và các giả thuyết, dữ liệu định lượng đã được thu thập qua một cuộc khảo sát ở TP.HCM. Tổng thể nghiên cứu là những bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, đang điều trị nội hoặc ngoại trú tại các bệnh viện, trung tâm hoặc phòng khám y khoa. Mẫu dữ liệu gồm 262 trường hợp, được thu thập bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Phương pháp tiếp cận là phỏng vấn trực tiếp tại nơi bệnh nhân đang khám hoặc chữa bệnh. Bệnh nhân được hỏi về bác sĩ điều trị mà họ có trải nghiệm giao tiếp trực tiếp (bác sĩ A), hoặc bác sĩ mà họ giao tiếp nhiều lần nhất nếu họ được tiếp xúc với nhiều bác sĩ.

Các thang đo (Bảng 2) được kế thừa từ các nghiên cứu trước, được biên dịch và hiệu chỉnh từ ngữ thông qua bước phỏng vấn sơ bộ. Theo đó, cảm nhận của bệnh nhân về kỹ năng giao tiếp của bác sĩ được đo thông qua mức độ kỹ năng lắng nghe gồm bốn biến quan sát và mức độ kỹ năng tư vấn gồm bốn biến quan sát (Gaur & cộng sự, 2011). Giá trị quá trình gồm bốn biến quan sát (Le & cộng sự, 2017), giá trị kết quả gồm bốn biến quan sát (Le & cộng sự, 2017). Các thang đo có dạng Likert 7 điểm.

4. Kết quả

Mô tả mẫu dữ liệu

Như trình bày trong Bảng 1, mẫu dữ liệu được thu thập từ 262 bệnh nhân đang điều trị nội trú (47,3%) hoặc ngoại trú (53,7%) tại các bệnh viện: Đại học Y dược, Chấn thương chỉnh hình, Quận 10, Tân Phú, và một số bệnh viện/phòng khám đa khoa tư nhân khác. Thống kê trong Bảng 1 cho thấy các bệnh nhân trong mẫu dữ liệu mắc các loại bệnh khác nhau như: Cơ-xương-khớp (13%), hô hấp (25,2%), tiêu hóa-gan-mật (20,2%), tai-mũi-họng (16,4%), tim mạch-huyết áp (10,7%)... Hơn phân nửa trong số họ (56,1%) đã tiếp xúc với bác sĩ 1–2 lần, 25,2% tiếp xúc 3–5 lần, và 18,7% đã tiếp xúc với bác sĩ trên 5 lần. Về giới tính, mẫu gồm 81 nam (30,9%) và 181 nữ (69,1%); 136 người thuộc độ tuổi 18 đến 34 (51,9%), 48 người độ tuổi 35 đến 49 (18,3%) và 78 người từ 50 tuổi trở lên (29,8%). Phân bố trình độ học vấn gồm 115 người có trình độ đại học hoặc cao hơn (43,8%), 84 người trình độ trung học phổ thông hoặc cao đẳng (32,1%) và 63 người trình độ trung học cơ sở hoặc thấp hơn (24,1%). Qua đó cho thấy mặc dù không hoàn toàn cân đối giữa các nhóm nhân khẩu học, mẫu dữ liệu khảo sát đủ đa dạng cho các phân tích thống kê trong nghiên cứu nhân quả này.

Bảng 1

Mô tả mẫu (n=262)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi bệnh nhân:			Số lần gặp bác sĩ:		
18–34	136	51,9	1–2 lần	147	56,1
35–49	48	18,3	3–5 lần	66	25,2
50 trở lên	78	29,8	Trên 5 lần	49	18,7
Giới tính bệnh nhân:			Loại bệnh:		
Nam	81	30,9	Cơ-xương-khớp	34	13,0
Nữ	181	69,1	Hô hấp	66	25,2
Học vấn bệnh nhân:			Tiêu hoá-gan-mật	53	20,2
Trung học cơ sở hoặc thấp hơn	63	24,1	Tai-mũi-họng	43	16,4
Trung học phổ thông hoặc cao đẳng	84	32,1	Tim mạch-huyết áp	28	10,7
Đại học hoặc sau đại học	115	43,8	Thận niệu	13	5,0
Hình thức điều trị:			Khác	25	9,5
Nội trú	124	47,3			
Ngoại trú	138	52,7			

Đánh giá và gạn lọc thang đo

Các thang đo được đánh giá sơ bộ bằng phân tích nhân tố khám phá EFA. Kết quả cho thấy các thang đo đều đảm bảo cấu trúc đơn hướng như thiết kế ban đầu. Các biến quan sát đều có hệ số tải lớn hơn 0,50. Do đó, các thang đo được tiếp tục đưa vào kiểm định chính thức.

Bốn thang đo đơn hướng với 17 biến quan sát được đưa vào phân tích CFA. Kết quả cho thấy các biến quan sát có giá trị Skewness từ $-0,97$ đến $-0,24$ và Kurtosis từ $-0,76$ đến $+0,95$ nên được xem không vi phạm đáng kể về phân phối chuẩn. Mô hình thang đo được gạn lọc bằng cách loại 2 biến (1 biến đo giá trị quá trình và 1 biến đo giá trị kết quả) do có tương quan cao giữa các sai số. Kết quả cho thấy mô hình thang đo phù hợp với dữ liệu thực tế. Cụ thể, ước lượng ML cho kết quả như sau: Chi-square=187,11; df=71; p=0,000; Chi-square/df=2,63; CFI=0,97; TLI=0,96 và RMSEA=0,08.

Bảng 2

Kết quả đánh giá thang đo

Biến quan sát				Hệ số tải chuẩn hoá
Lắng nghe	$\alpha=0,93$	CR=0,93	AVE=0,77	
Bác sĩ A dành thời gian để nghe tôi trình bày vấn đề sức khỏe của mình.				0,88
Bác sĩ A lắng nghe một cách cẩn thận những gì tôi nói.				0,91
Bác sĩ A không bỏ qua những chi tiết mà tôi nói.				0,85
Sự lo lắng của tôi về sức khỏe được bác sĩ A lắng nghe và quan tâm.				0,86
Tư vấn	$\alpha=0,88$	CR=0,89	AVE=0,66	
Bác sĩ A giải thích cặn kẽ cho tôi về vấn đề sức khỏe của tôi.				0,89
Bác sĩ A giải thích với tôi khi thực hiện khám bệnh cho tôi.				0,89
Bác sĩ A nói rõ cho tôi biết phải làm gì để chăm sóc bản thân khi ở nhà.				0,79
Bác sĩ A chỉ dẫn kỹ cho tôi về cách uống thuốc và/hoặc chế độ dinh dưỡng.				0,67
Giá trị quá trình	$\alpha=0,92$	CR=0,91	AVE=0,78	
<i>So với tiền bạc, thời gian và công sức đã bỏ ra...</i>				
Bác sĩ A làm tôi cảm thấy tin tưởng trong thời gian điều trị.				Loại
Bác sĩ A giúp tôi có được trải nghiệm tích cực trong quá trình điều trị.				0,90
Tôi thấy được bác sĩ A động viên về mặt tinh thần trong quá trình điều trị.				0,86
Bác sĩ A làm tôi cảm thấy tự tin thoải mái trong quá trình điều trị.				0,89
Giá trị kết quả	$\alpha=0,90$	CR=0,90	AVE=0,75	
<i>So với tiền bạc, thời gian và công sức đã bỏ ra...</i>				
Tôi nhận được kết quả sức khỏe như kì vọng.				Loại
Tôi hài lòng hơn cả mong đợi về dịch vụ khám chữa bệnh của bác sĩ A.				0,81
Bác sĩ A giúp tôi có sức khỏe tốt hơn.				0,89
Bác sĩ A đáp ứng đúng nhu cầu của tôi (trị hết bệnh).				0,89

Ghi chú: α : Hệ số Cronbach's Alpha; CR: Độ tin cậy tổng hợp; AVE: Phương sai trích.

Hệ số hồi quy chuẩn hoá của các biến quan sát dao động từ 0,67 đến 0,91 ($>0,50$). Đồng thời, phương sai trích AVE của các thang đo dao động từ 0,66 đến 0,78 ($>0,50$). Do đó, các thang đo đạt giá trị hội tụ (Bảng 2). Độ tin cậy tổng hợp Composite Reliability (CR) từ 0,89 đến 0,93 nên các thang đo đạt độ tin cậy. Bảng 3 cho thấy tương quan giữa các khái niệm dao động từ 0,76 tới 0,91 và trong phạm vi 95% thì các hệ số tương quan đều nhỏ hơn 1,00 nên có thể kết luận các thang đo đạt độ giá trị phân biệt (Anderson & Gerbing, 1988; Bagozzi & cộng sự, 1991).

Bảng 3

Hệ số tương quan giữa các khái niệm

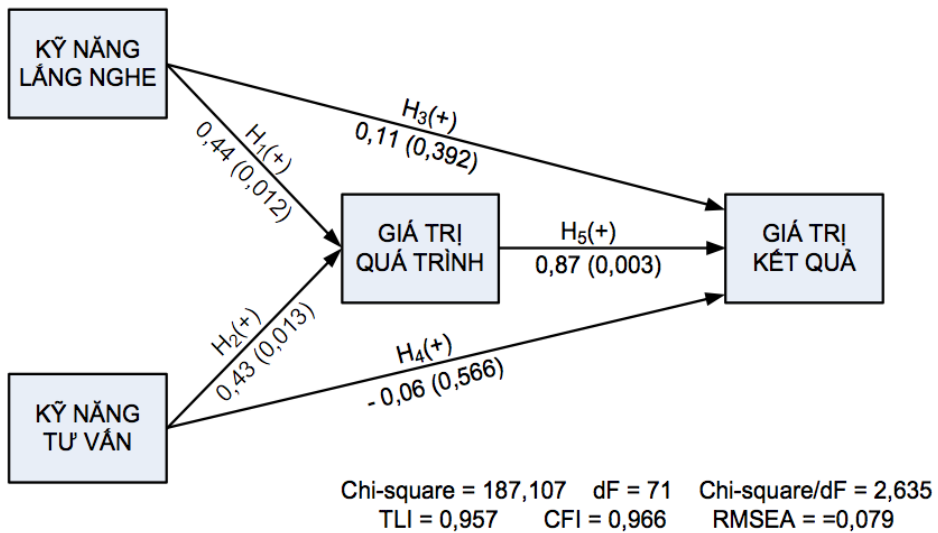
Tương quan		Ước lượng	Khoảng dao động 95%	
			Ngưỡng dưới	Ngưỡng trên
Kỹ năng lắng nghe	↔	Kỹ năng tư vấn	0,89	0,85 0,94
Kỹ năng lắng nghe	↔	Giá trị quá trình	0,83	0,76 0,88
Kỹ năng tư vấn	↔	Giá trị quá trình	0,83	0,77 0,88
Kỹ năng lắng nghe	↔	Giá trị kết quả	0,78	0,70 0,84
Kỹ năng tư vấn	↔	Giá trị kết quả	0,76	0,68 0,82
Giá trị quá trình	↔	Giá trị kết quả	0,91	0,87 0,95

Kiểm định mô hình cấu trúc và các giả thuyết

Mô hình cấu trúc SEM được ước lượng theo phương pháp ML (Maximum Likelihood). Các chỉ số phù hợp của mô hình như sau: Chi-square=187,11; df=71; $p=0,000$; Chi-square/df=2,64, CFI=0,97, TLI=0,96, RMSEA=0,08. Kết quả này cho thấy mô hình cấu trúc phù hợp với dữ liệu thực tiễn.

Số liệu trên Bảng 4 và Hình 1 cho thấy có 3 giả thuyết là H_1 , H_2 và H_5 được ủng hộ. Theo đó, Kỹ năng lắng nghe có tác động đáng kể lên Giá trị quá trình ($\beta=0,44$; $p=0,012$). Tương tự, Kỹ năng tư vấn cũng có tác động đáng kể lên Giá trị quá trình ($\beta=0,43$; $p=0,013$). Tiếp đến, Giá trị quá trình có tác động mạnh lên Giá trị kết quả ($\beta=0,87$; $p=0,003$). Kết quả còn cho thấy hai tiền tố Kỹ năng lắng nghe và Kỹ năng tư vấn có thể giải thích được 72% biến thiên của Giá trị quá trình ($r^2=0,72$) và Giá trị quá trình có thể giải thích được 84% biến thiên của Giá trị kết quả ($r^2=0,84$). Đồng thời, mối tương quan giữa Kỹ năng lắng nghe và Kỹ năng tư vấn cũng đáng kể ($r=0,89$).

Hai giả thuyết còn lại không được ủng hộ là H_3 ($\beta=0,11$; $p=0,392$) và H_4 ($\beta=-0,06$; $p=0,566$). Nghĩa là, trong trường hợp cụ thể của nghiên cứu này, Kỹ năng lắng nghe và Kỹ năng tư vấn của bác sĩ không có tác động trực tiếp đến cảm nhận của bệnh nhân về Giá trị kết quả của dịch vụ khám chữa bệnh. Đây là kết quả không mong đợi và sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.



Hình 2. Kết quả ước lượng mô hình SEM (chuẩn hóa)

Bảng 4

Hệ số ước lượng chuẩn hoá dựa trên kết quả phân tích SEM/AMOS

	Mối quan hệ			Hệ số chuẩn hóa	P	Kiểm định giả thuyết
H ₁	Kỹ năng lắng nghe	→	Giá trị quá trình	0,44	0,012	Ủng hộ
H ₂	Kỹ năng tư vấn	→	Giá trị quá trình	0,43	0,013	Ủng hộ
H ₃	Kỹ năng lắng nghe	→	Giá trị kết quả	0,11	0,392	Không ủng hộ
H ₄	Kỹ năng tư vấn	→	Giá trị kết quả	-0,06	0,566	Không ủng hộ
H ₅	Giá trị quá trình	→	Giá trị kết quả	0,87	0,003	Ủng hộ

5. Thảo luận

Thông qua bối cảnh cụ thể của dịch vụ y tế ở Việt nam (điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe), nghiên cứu này tìm hiểu vai trò của hai kỹ năng giao tiếp là kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn của nhân viên tiếp xúc trong việc hình thành giá trị cảm nhận của khách hàng. Cụ thể, mô hình cấu trúc về ảnh hưởng của kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn của bác sĩ đối với việc hình thành cảm nhận của bệnh nhân về giá trị quá trình và giá trị kết quả của dịch vụ đã được kiểm định. Kết quả cho thấy cả kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn đều có tác động quan trọng đến việc hình thành cảm nhận của bệnh nhân về giá trị dịch vụ khám chữa bệnh. Kết quả này cung cấp thêm bằng chứng thực nghiệm từ Việt Nam về vai trò của sự tương tác của bác sĩ đối với bệnh nhân, như đã được đề cập trong một số nghiên cứu trước đây nhưng chưa cụ thể (Gaur & cộng sự, 2011; Seiders & cộng sự, 2015).

Không những thế, nghiên cứu này còn chỉ ra rằng cả hai loại kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn không có tác động trực tiếp đến giá trị kết quả đầu ra của dịch vụ (trị hết bệnh hay cải thiện sức khỏe), mà tác động đến cảm nhận giá trị quá trình khi bệnh nhân trải nghiệm qua dịch vụ, rồi thông qua đó tác động đến giá trị kết quả.

Như vậy, với mức ảnh hưởng mạnh của giá trị quá trình lên giá trị kết quả trong bối cảnh những loại dịch vụ mà quá trình trải nghiệm kéo dài một khoảng thời gian trước khi đạt được kết quả như trường hợp dịch vụ khám chữa bệnh thì giá trị quá trình cũng quan trọng không kém giá trị kết quả, mặc dù mục đích chính của bệnh nhân khi sử dụng dịch vụ này là kết quả điều trị chứ không phải quá trình trải nghiệm (chẳng hạn như dịch vụ du lịch).

Lý do để không tìm thấy bằng chứng thực nghiệm ủng hộ mối quan hệ trực tiếp của kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn của bác sĩ đến cảm nhận của bệnh nhân về giá trị kết quả có lẽ là do trong dịch vụ khám và chữa bệnh, việc bác sĩ lắng nghe và dặn dò bệnh nhân là yêu cầu cần thiết. Dịch vụ chỉ có thể thực hiện được khi bác sĩ nghe bệnh nhân cung cấp thông tin mô tả về bệnh của mình, và ngược lại, bác sĩ cung cấp những thông tin giải thích hay dặn dò tối thiểu cho bệnh nhân thực hiện sau khi tiếp xúc. Nói cách khác, chức năng thông tin trong quá trình giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân là yêu cầu tối thiểu cần thiết để bác sĩ thực hiện nghiệp vụ khám và điều trị (McColl-Kenedy & cộng sự, 2017). Mọi bác sĩ và mọi bệnh nhân đều phải thực hiện việc này như một phần bắt buộc của dịch vụ. Xét về chức năng thông tin, mối quan hệ giữa kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn với kết quả dịch vụ có thể trở nên rõ ràng hơn khi nội dung hoặc tần suất vượt qua một ngưỡng nào đó (Seiders & cộng sự, 2015).

Kết quả về tác động mạnh của kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn của bác sĩ đến cảm nhận của bệnh nhân về giá trị quá trình cho thấy tầm quan trọng của chức năng xã hội của quá trình giao tiếp giữa bệnh nhân và bác sĩ. Đặc thù của dịch vụ khám chữa bệnh là bệnh nhân thường đang trong trạng thái đau bệnh, mệt mỏi, lo âu..., khi đó, nếu được bác sĩ (thường cũng đang mệt mỏi và căng thẳng do bị quá tải) dành thời gian lắng nghe một cách cẩn thận và giải thích hay dặn dò một cách ân cần thì bệnh nhân sẽ cảm nhận được sự quan tâm, gần gũi của bác sĩ (Gaur & cộng sự, 2011). Đây chính là tiền đề của mối quan hệ xã hội (Social Relationship) tốt đẹp và lòng tin được phát triển trong bệnh nhân, làm cho họ cảm thấy giảm nhẹ được lo âu và tự tin hơn trong quá trình chữa trị.

Những kết quả thực nghiệm nêu trên cho phép rút ra một số hàm ý quản trị cho ngành y tế nói chung và các bác sĩ nói riêng. Trước hết, cần quan tâm trau dồi, bồi dưỡng và đánh giá đội ngũ y bác sĩ về kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân. Đặc thù của dịch vụ y tế là luôn có một khoảng cách nhất định về kiến thức chuyên môn giữa hai phía, cộng với tình trạng quá tải thường xảy ra với các bác sĩ; bệnh nhân thì thường có tâm trạng lo âu, căng thẳng khi gặp bác sĩ. Từ đó, rất dễ xảy ra khoảng cách trong việc tiếp nhận và nội hóa những thông tin trong quá trình giao tiếp. Do vậy, việc bồi dưỡng và đánh giá về kỹ năng giao tiếp của bác sĩ cần đảm bảo rằng việc giao tiếp không chỉ dừng lại ở thu nhận và cung cấp thông tin cần thiết liên quan đến nghiệp vụ. Hơn thế nữa, phải chú trọng đến yếu tố xã hội trong giao tiếp như thể hiện thái độ ân cần, quan tâm chia sẻ, thân thiện... Tiếp đến, mặc dù mục đích cuối cùng của bệnh nhân là chẩn đoán và điều trị bệnh, các nhà quản lý cần chú ý đến quá trình thực hiện loại “dịch vụ của uy tín và lòng tin” này. Từ quy trình thực hiện, nhân viên giao tiếp, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế đến không gian dịch vụ đều có những vai trò quan trọng trong việc hình thành cảm nhận của bệnh nhân về giá trị quá trình, một tiền đề quan trọng của kết quả. Trong đó, có lẽ thời gian chờ và quy trình đăng ký khám bệnh là hai yếu tố cần nhiều sự quan tâm hơn cả. Về mặt này, sự hỗ trợ tốt của công nghệ thông tin và mạng internet đang cho thấy nhiều triển vọng mang lại hiệu quả tích cực.

6. Kết luận

Tóm lại, đây là một nghiên cứu thực nghiệm trong lĩnh vực dịch vụ y tế khám chữa bệnh. Với dữ liệu khảo sát có cỡ mẫu lớn, các phân tích cho thấy vai trò quan trọng của kỹ năng giao tiếp của bác sĩ đối với việc hình thành giá trị cảm nhận của bệnh nhân về dịch vụ khám chữa bệnh mà họ sử dụng. Bên cạnh việc khẳng định vai trò quan trọng của kỹ năng giao tiếp của bác sĩ, kết quả nghiên cứu còn mang lại những hàm ý chính sau: (1) Giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân không những để trao đổi thông tin cần thiết cho việc thực hiện nghiệp vụ y tế một cách hiệu quả như đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu trước đây (Bitner & cộng sự, 1997; Gaur & cộng sự, 2011). Hơn thế nữa, nó còn là một điều kiện quan trọng giúp bệnh nhân có trải nghiệm dịch vụ tốt hơn, dẫn đến kết quả điều trị tốt hơn; (2) Mặc dù kết quả sức khỏe tốt hơn mới là điều bệnh nhân mong muốn, việc chú ý đến quá trình của dịch vụ là quan trọng không kém vì nó là yếu tố có tác động mạnh đến kết quả dịch vụ; (3) Nghiên cứu này cũng cho thấy kỹ năng lắng nghe và kỹ năng tư vấn (giải thích và hướng dẫn/dặn dò) có vai trò quan trọng như nhau trong ảnh hưởng đến giá trị quá trình của dịch vụ khám chữa bệnh.

Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu cũng còn những hạn chế làm gợi ý cho các nghiên cứu tiếp theo. Thứ nhất, nghiên cứu hiện tại chưa đi sâu vào phân tích sự khác biệt giữa các loại bệnh nhẹ hay bệnh nặng, cấp tính hay mãn tính, bệnh nhân nội trú hay ngoại trú... Thứ hai, các nghiên cứu tiếp theo cũng có thể tiếp tục khám phá chi tiết hơn về các thành phần của quá trình giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân như: Nội dung, tần số, biểu cảm... Thứ ba, cần tìm hiểu tác động của tương tác hai chiều giữa bác sĩ và bệnh nhân đến hành vi tham gia và cảm nhận giá trị của dịch vụ của bệnh nhân. Ngoài ra, cũng cần ghi nhận hạn chế về sự mất cân đối trong mẫu dữ liệu khảo sát tính theo đặc điểm nhân khẩu học. ■

Tài liệu tham khảo

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423
- Babin, B. J., & James, K. W. (2010). A brief retrospective and introspective on value. *European Business Review*, 22(5), 471–478.
- Bagozzi, R. P., Gopinath, M., & Nyer, P. U. (1999). The role of emotions in marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27(2), 184–206.
- Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative Science Quarterly*, 36(3), 421–458.
- Barlow, J., & Maul, D. (2000). *Emotional value: Creating strong bonds with your customers*. Oakland, California: Berrett-Koehler Publishers.
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111–122.
- Bitner, M., Faranda, W. T., Hubbert, A. R., & Zeithaml, V. A. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 193–205.

- Clopton, S., Stoddard, J., & Clay, J. (2001). Salesperson characteristics affecting consumer complaint responses. *Journal of Consumer Behavior*, 1(2), 124–139.
- Cronin Jr., J. J. (2016). Retrospective: A cross-sectional test of the effect and conceptualization of service value revisited. *Journal of Services Marketing*, 30(3), 261–265.
- Foglieni, F., & Holmlid, S. (2017). Determining service value: Exploring the link between value creation and service evaluation. *Service Science*, 9(1), 74–90.
- Gaur, S., Xu, Y., Quazi, A., & Nandi, S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(1), 67–87.
- Grimsley, S. (2018). *What is communication – Definition & importance*. Retrieved March 3, 2018 from <https://study.com/academy/lesson/what-is-communication-definition-importance.html>
- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing* 16(7), 30–41
- Grönroos, C. (2004). The relationship marketing process: Communication, interaction, dialogue, value. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 19(2), 99–113.
- Grönroos, 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.
- Heinonen, K. (2004). Reconceptualizing customer perceived value: The value of time and place. *Managing Service Quality*, 14(2/3), 205–215.
- Holbrook, M. B. (1999). Introduction to consumer value. *Consumer value: A framework for analysis and research* (pp. 1–28). London: Routledge.
- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46(4), 352–367.
- Le, N. H., & Pham, N. T. (2016). Customer participation to co-create value in human transformative services: a study of higher education and health care services. *Service Business*, 10(3), 603–628.
- Le, N. H., Pham, N. T. A., & Pham, N. T. (2017). The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: A study of health care service. *Service Business*, 11(2), 253–277.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *Bmj*, 325(7366), 697–700.
- McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, 70, 55–66.
- Rafaeli, A., Altman, D., Gremler, D. D., Huang, M. H., Grewal, D., Iyer, B., ... & de Ruyter, K. (2017). The future of frontline research: Invited commentaries. *Journal of Service Research*, 20(1), 91–99.
- Rowland-Morin, P. A., & Carroll, J. G. (1990). Verbal communication skills and patient satisfaction: A study of doctor-patient interviews. *Evaluation & the Health Professions*, 13(2), 168–185.

- 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 Service Research*, 18(1), 39–58.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1–10.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *The Journal of Marketing*, 52(3), 2–22.