

KIỂM ĐỊNH THANG ĐO KỸ NĂNG GIAO TIẾP- HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH RA QUYẾT ĐỊNH

Huỳnh Nguyệt Ánh*, Nguyễn Thảo Quyên

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

* Email: quyennnt@ump.edu.vn

TÓM TẮT

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

Mục tiêu nghiên cứu: Kiểm định tính giá trị và độ tin cậy của thang đo 4HCS trước khi đưa vào sử dụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thang đo được dịch từ ngôn ngữ gốc tiếng Anh sang tiếng Việt bằng phương pháp dịch thuận và ngược. Tính giá trị nội dung dịch thuật được thẩm định bởi các chuyên gia (chỉ số CVI). Thang đo sau đó được dùng để đánh giá kỹ năng SDM của sinh viên đối với người bệnh chuẩn qua băng ghi hình. Độ tin cậy của thang đo được đánh giá thông qua mức độ đồng nhất nội tại (chỉ số Cronbach's alpha), mối tương quan về điểm số giữa hai đánh giá viên (tương quan Pearson) và sự nhất quán trong điểm số của cùng một đánh giá viên (chỉ số ICC).

Kết quả: Có tổng cộng 41 cuộc tư vấn được ghi hình và đánh giá. Về tính giá trị nội dung dịch thuật của hai thang đo, nhóm nghiên cứu đã có những điều chỉnh cho phù hợp với văn hóa và bối cảnh Việt Nam dựa trên góp ý của các chuyên gia. Mức độ đồng nhất nội tại tốt và mối tương quan về điểm số giữa hai đánh giá viên cũng như sự nhất quán của cùng đánh giá viên đều đạt chuẩn. Chỉ số S-CVI và I-CVI đều bằng bằng 1, Cronbach's alpha là 0,72. Độ đồng nhất giữa hai đánh giá viên về điểm số của toàn bộ thang đo là 0,79 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy thang đo 4HCS đã đạt chuẩn kiểm định. Bản dịch tiếng Việt của thang đo này có thể được sử dụng để đánh giá kỹ năng giao tiếp-hỗ trợ người bệnh ra quyết định giữa nhân viên y tế và người bệnh.

Từ khóa: Hỗ trợ người bệnh ra quyết định, giao tiếp, tính giá trị, độ tin cậy.

ABSTRACT

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

Huynh Nguyet Anh*, Nguyen Thao Quyen

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Background: Shared-decision making (SDM) has been found to be significantly and positively associated with improved patient outcomes. Clinician skills for SDM communication help patients participate more actively in the SDM process. Instruments for measuring SDM communication skills in Vietnamese are not currently available. **Objective:** To translate the 4HCS scale from English into Vietnamese and then ascertain its reliability and validity **Materials and methods:** A methodological study was conducted. The questionnaires were cross-culturally adapted

by conducting forward and backward translations by a group of bilingual experts. Content validity was performed. Video-recorded consultations between midwife students and standardized patients were rated. Internal consistency was assessed by Cronbach's alpha. Inter-rater reliability of the 4HCS was assessed by Pearson correlation. Intra-rater reliability was assessed by ICC consistency of agreement. **Results:** A total of 41 consultations were recorded and evaluated. Minor modifications were required to meet content validity. The internal consistency of the 4HCS was good. Intra-rater was excellent and inter-rater reliability of the 4HCS was acceptable. S-CVI and I-CVI were all 1, and Cronbach's alpha was 0.72. Inter-rater reliability was 0.79 ($p < 0.05$). **Conclusions:** The 4HCS scale demonstrated satisfactory psychometric characteristics. The Vietnamese version of these scales can be further implemented in clinical settings to evaluate SDM communication skills during consultations between healthcare providers and patients.

Keywords: Shared-decision making, communication, psychometric property.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hỗ trợ người bệnh ra quyết định (Shared decision-making (SDM)) có vai trò quan trọng trong các cuộc tư vấn y khoa, được xem là trọng tâm trong việc chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Đây là quá trình có sự tham gia của cả người bệnh và nhân viên y tế để cùng nhau đưa ra quyết định về điều trị hoặc chăm sóc [7]. SDM giúp cải thiện chất lượng chăm sóc, nâng cao kiến thức và sự hài lòng của người bệnh, tạo niềm tin của bệnh nhân vào nhân viên y tế. Một trong những yếu tố quan trọng của quá trình SDM là nhân viên y tế phải thành thạo kỹ năng giao tiếp-hỗ trợ bệnh nhân tham gia tích cực vào quá trình tìm ra lựa chọn phù hợp nhất với họ. Kỹ năng SDM hiệu quả đã được chứng minh là làm tăng trải nghiệm tích cực của bệnh nhân trong quá trình điều trị và giúp giảm các ca kiện tụng y khoa. Vì lý do này, các bộ công cụ giúp đo lường kỹ năng SDM của nhân viên y tế đang rất được quan tâm và nổi bật trong số đó là thang đo 4HCS (Four Habits Coding Scheme).

4HCS dựa trên Mô hình Bốn thói quen để đánh giá các nhóm hành vi và kỹ năng tư vấn của nhân viên y tế [6]. 4HCS gồm 23 câu hỏi liên quan đến bốn nội dung cơ bản: mở đầu, gợi mở, đồng cảm và kết thúc. 4HCS có nhiều điểm nổi trội so với các công cụ tương tự. Đầu tiên, các hành vi được định nghĩa và quan sát ở góc độ tổng quát hơn so với các thang đo khác. Chẳng hạn, để xác định xem nhân viên y tế có quan tâm tìm hiểu những kiến thức mà bệnh nhân đã có về tình trạng bệnh lý của họ hay không, 4HCS xem xét toàn diện các hành vi của nhân viên y tế như số lượng câu hỏi, loại câu hỏi mà nhân viên y tế đặt ra, giao tiếp ngôn ngữ và phi ngôn ngữ. Thứ hai, thay vì chỉ xác định có hay không có thực hiện các kỹ năng, 4HCS phân loại mức độ thành thạo của từng kỹ năng. Trên hết, 4HCS là một công cụ có tính giá trị và độ tin cậy cao. Độ đồng nhất nội tại cho bốn nội dung chính của thang đo tương ứng là 0,71, 0,51, 0,81 và 0,61. Hiện tại chưa có phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ này. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu kiểm định độ tin cậy và tính giá trị của thang đo 4HCS phiên bản tiếng Việt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên lớp Cử nhân Hộ sinh năm tư từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021 tại Đại học Y Dược TP. HCM

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

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các băng ghi buổi tư vấn không hoàn thành theo thời gian quy định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

- **Cỡ mẫu:** 41 cặp sinh viên được ghi hình với bệnh nhân chuẩn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, 82 sinh viên lớp Cử nhân Hộ sinh được mời tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Cách thu thập: 82 sinh viên được chia thành 41 cặp. Mỗi cặp sẽ bóc thăm tình huống tư vấn. Thời gian tư vấn là 20 phút. Cuộc tư vấn được ghi hình tại trung tâm Huấn luyện nâng cao mô phỏng lâm sàng, Đại học Y Dược tại Thành phố Hồ Chí Minh. Hai kịch bản đã được xây dựng bởi các chuyên gia về SDM. Bệnh nhân chuẩn được huấn luyện để tương tác với sinh viên. Hai đánh giá viên là giảng viên điều dưỡng có kinh nghiệm giảng dạy về kỹ năng giao tiếp được đào tạo để đánh giá các băng ghi. Hai tuần sau lần đánh giá đầu tiên, các video được đánh giá lần thứ hai.

+ Các biến số chính: Độ tin cậy và tính giá trị của thang đo.

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

- **Dịch**

Được sự cho phép của tác giả, thang đo được dịch từ ngôn ngữ gốc tiếng Anh sang tiếng Việt bằng cách sử dụng phương pháp dịch thuận và ngược. Tất cả các dịch giả tham gia vào nghiên cứu này là những người thành thạo song ngữ Việt - Anh, quen thuộc với cả hai nền văn hóa và làm việc một cách độc lập.

- **Kiểm định**

- **Tính giá trị nội dung dịch thuật**

Tính giá trị nội dung dịch thuật của bản tiếng Việt được kiểm định bởi hai chuyên gia giảng dạy về kỹ năng giao tiếp. Chỉ số hiệu lực nội dung I-CVI từ 0.78 trở lên và S-CVI từ 0.90 trở lên được khuyến nghị [10].

- **Độ tin cậy**

Thang đo được đánh giá độ tin cậy thông qua việc đối chiếu kết quả của hai đánh giá viên, và của cùng đánh giá viên tại hai thời điểm khác nhau. Bên cạnh đó, tính đồng nhất nội tại của thang đo cũng được lượng giá.

- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu**

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

Độ tin cậy giữa hai lần quan sát của cùng một đánh giá viên của hai thang đo được tính toán bằng mô hình hệ số tương quan nội cụm (ICC). Giá trị ICC nhỏ hơn 0,5 là độ tin cậy kém, giá trị từ 0,5 đến 0,75 cho thấy độ tin cậy tốt [4]. Hệ số Cronbach's alpha được đề xuất ít nhất 0,70 để chỉ ra mức độ tin cậy của thang đo [9]. Hệ số tương quan Pearson's r xác định mức độ đồng thuận giữa 2 người đánh giá, với ngưỡng 0,7 được xem là chấp nhận được [12].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 41 băng ghi được phân tích. Tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn (ĐLC) của sinh viên là $21,15 \pm 0,36$ và điểm trung bình \pm ĐLC năm học là $3,01 \pm 0,31$.

3.1. Tính giá trị nội dung dịch thuật

Chỉ số S-CVI và I-CVI đều bằng 1 cho tất cả các nội dung của thang đo. Điều này chứng minh thang đo đạt chuẩn về tính giá trị nội dung dịch thuật.

3.2. Phân hóa điểm trong bộ câu hỏi

Bảng 1. Điểm trung bình (TB), độ lệch chuẩn của các kỹ năng trong thang đo

Nội dung thang đo	Người đánh giá 1		Người đánh giá 2	
	TB	ĐLC	TB	ĐLC
Mở đầu	15,37	3,41	16,22	2,57
1. Thể hiện sự quen thuộc, nhớ rõ về bệnh nhân	1,00	0,00	1,02	0,15
2. Chào hỏi thân thiện	1,68	0,90	2,24	0,83
3. Tạo những cuộc trò chuyện ngắn để làm quen	3,27	1,16	3,46	0,86
4. Sử dụng nhiều câu hỏi mở	2,80	0,98	2,78	0,90
5. Khuyến khích bệnh nhân nói về mối bận tâm, vấn đề sức khỏe của họ	3,15	0,91	2,95	0,74
6. Nỗ lực tìm hiểu tất cả những lo lắng, mối bận tâm của bệnh nhân	3,46	0,95	3,76	0,73
Gợi mở quan điểm của bệnh nhân	11,20	2,19	10,24	2,05
7. Quan tâm, tìm hiểu về những hiểu biết, quan điểm của bệnh nhân đối với vấn đề sức khỏe của họ	3,63	0,96	3,02	0,85
8. Quan tâm, tìm hiểu về những mong đợi, mong muốn của bệnh nhân	3,54	0,84	3,34	0,82
9. Quan tâm, tìm hiểu về những yếu tố tâm lí, xã hội ảnh hưởng đến bệnh nhân	4,02	0,85	3,88	0,95
Thể hiện sự đồng cảm	16,34	1,90	15,76	1,75
10. Khuyến khích bệnh nhân bộc lộ cảm xúc	4,66	0,57	4,37	0,58
11. Nhận ra và chấp nhận cảm xúc của bệnh nhân	4,56	0,70	4,20	0,64
12. Nỗ lực tìm hiểu và phân loại cảm xúc của bệnh nhân	4,68	0,52	4,34	0,57
13. Sử dụng hành vi giao tiếp không lời hiệu quả	2,44	1,14	2,85	0,82
Kết thúc	36,46	4,35	36,61	4,53
14. Tổng hợp thông tin, phản ánh rõ ràng những mối bận tâm, mong muốn của bệnh nhân	4,46	0,71	4,41	0,74
15. Cho bệnh nhân thời gian, cơ hội để tiếp nhận, hiểu thông tin, và đưa ra ý kiến	3,56	1,02	3,44	0,83
16. Giải thích rõ ràng, hạn chế sử dụng từ chuyên môn	2,46	1,16	2,78	0,69
17. Giải thích rõ ràng lý do, kết quả, ưu và khuyết điểm của từng phương pháp can thiệp	2,17	1,18	2,51	0,89
18. Kiểm tra lại xem bệnh nhân có hiểu đầy đủ những thông tin được cung cấp hay không	4,20	0,84	4,24	0,94
19. Khuyến khích bệnh nhân tham gia vào việc ra quyết định	3,59	0,89	3,46	1,00
20. Thảo luận về mức độ khả thi của từng phương pháp can thiệp	3,93	0,90	3,71	0,90
21. Tìm hiểu những khó khăn của lựa chọn mà bệnh nhân đã quyết định	3,90	0,91	3,90	0,86

Nội dung thang đo	Người đánh giá 1		Người đánh giá 2	
	TB	ĐLC	TB	ĐLC
22. Khuyến khích bệnh nhân hỏi thêm những vấn đề còn vướng mắc	3,61	1,22	3,61	1,11
23. Tóm tắt lại rõ ràng những việc bệnh nhân sẽ làm và lên lịch hẹn cho lần gặp tiếp theo	4,59	0,89	4,54	0,84
Tổng cộng	72,83	8,24	74,24	11,66

Nhận xét: Mức độ kỹ năng của người tham gia nghiên cứu theo từng nhóm nội dung của thang đo khác nhau đáng kể. Mức điểm được chấm cao nhất ở những nội dung: Thể hiện sự quen thuộc, nhớ rõ về bệnh nhân, và Chào hỏi thân thiện. Trong khi đó, Tìm hiểu các yếu tố tâm lý-xã hội, Khuyến khích bệnh nhân bộc lộ cảm xúc, Sử dụng hành vi giao tiếp không lời hiệu quả, Tổng hợp thông tin, Kiểm tra sự hiểu biết và Tóm tắt nội dung tư vấn là những kỹ năng có mức điểm khá thấp. Điểm trung bình \pm ĐLC của thang đo là $73,5 \pm 8,5$.

3.3. Độ tin cậy

- Tính đồng nhất nội tại

Chỉ số Cronbach's alpha cho toàn bộ thang đo là 0,72; cho bốn nhóm kỹ năng lần lượt là 0,73, 0,76, 0,45, và 0,54. Kết quả này cho thấy nội dung 1 và 2 tương quan chặt chẽ với các nội dung khác trong thang đo hơn là nội dung 3 và 4.

- Tính đồng nhất của cùng đánh giá viên

Hệ số ICC của thang đo là 0,94 (95% CI: 0.90, 0.97, $p < 0.01$) cho thấy có sự nhất quán cao giữa hai lần đánh giá của cùng đánh giá viên.

- Tính đồng nhất giữa hai đánh giá viên

Mối tương quan về điểm số giữa hai đánh giá viên cho bốn nội dung lần lượt là 0,66 ($p < 0,05$), 0,77 ($p < 0,05$), 0,53 ($p < 0,05$), and 0,86 ($p < 0,05$). Độ đồng nhất giữa hai đánh giá viên về điểm số của toàn bộ thang đo là 0,79 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này kiểm định tính giá trị và độ tin cậy của thang đo HCS phiên bản tiếng Việt. Kết quả của nghiên cứu cho thấy HCS thỏa mãn các tiêu chuẩn về tính giá trị nội dung dịch thuật và độ tin cậy. Nhóm nghiên cứu nhận thấy kỹ năng SDM của các sinh viên hộ sinh năm thứ tư chỉ ở mức trung bình và thấp. Một số lý do có thể có thể giải thích cho kết quả này. Thứ nhất, sinh viên bị giới hạn thời gian tư vấn. Mức điểm về kỹ năng SDM có thể cao hơn nếu thời gian tư vấn dài hơn [1],[8]. Thứ hai, sinh viên chỉ tham gia vào một khóa đào tạo về SDM khá ngắn, và không thể sở hữu đầy đủ năng lực về SDM. Mặc dù sinh viên năm tư được cho là có nhiều kinh nghiệm về giao tiếp với bệnh nhân hơn so sinh viên năm nhất, tuy nhiên, sinh viên vẫn không thể đạt được khả năng thực hành kỹ năng SDM toàn diện chỉ sau vài giờ học trên lớp.

Về mức độ thống nhất giữa các đánh giá viên, nội dung 1 và 3 chưa đạt được sự đồng thuận tốt, với hệ số tương quan thấp hơn 0,7. Nếu so sánh với các bộ công cụ chỉ đánh giá kỹ năng qua việc thực hiện hoặc không thực hiện, thang đo 4HCS sẽ khó đạt được độ đồng nhất cao giữa hai người đánh giá hơn. Lý do là vì các nhóm nội dung dùng để đánh giá kỹ năng trong thang đo 4HCS được định nghĩa bao quát hơn, và việc đánh giá theo thang đo Likert sẽ khó hơn thang đo có hoặc không [6]. Một điều nữa gây khó khăn cho đánh giá viên là các nội dung trong thang đo không xuất hiện theo đúng trình tự mà thay đổi trong từng cuộc tư vấn. Điểm trung bình của thang đo trong nghiên cứu hiện tại tương đồng với nghiên cứu của Bellier

và cộng sự [1] thực hiện trên 200 băng ghi hình cuộc tư vấn của sinh viên y năm tư và bệnh nhân chuẩn. Ở cả hai nghiên cứu, sự đồng thuận giữa cùng đánh giá viên cao hơn giữa các đánh giá viên, theo đó trong nghiên cứu hiện tại là 0,94 và 0,79, còn trong nghiên cứu của Bellier và cộng sự là 0,72 và 0,60. Mức độ tương đồng với cùng đánh giá viên của phiên bản tiếng Việt cũng cao so với phiên bản tiếng Đức (ICC 0,72 – 0,87) [11] và phiên bản tiếng Pháp (ICC 0,45 – 0,71) [1]. Mỗi tương quan về điểm số của 4HCS phiên bản tiếng Việt giữa hai đánh giá viên cao hơn so với bản tiếng Anh trong nghiên cứu của Krupat cùng cộng sự (Pearson's $r = 0,72$) [6] và của Clayton cùng cộng sự (Pearson's $r = 0,70$) [2] và tương đồng với nghiên cứu của Bellier cùng cộng sự (ICC = 0,60) [1]. Đáng chú ý là, trong nghiên cứu của Bellier và cộng sự, không có nội dung nào đạt mức đồng thuận 0,7 giữa các đánh giá viên (ICC 0,42 đến 0,64). Sự khác biệt này có thể là do việc sử dụng phép kiểm khác nhau giữa hai nghiên cứu. Mặc dù chỉ số tương quan Pearson's được sử dụng phổ biến, nhưng gần đây ICC được khuyến cáo sử dụng thay thế [3],[5]. Ngoài ra, kết quả khác nhau giữa các nghiên cứu còn có thể là do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu (sinh viên hoặc nhân viên y tế có kinh nghiệm) và đối tượng được tư vấn (bệnh nhân chuẩn hoặc bệnh nhân thật).

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, số lượng video ít và chỉ sử dụng hai kịch bản tư vấn. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng ngành nghề hơn với những tình huống khác nhau. Thứ hai, việc ghi hình được biết trước có thể ảnh hưởng đến hành vi của đối tượng nghiên cứu và kết quả lượng giá. Thứ ba, tất cả các sinh viên tham gia đều là nữ, nhóm nghiên cứu đề nghị nên thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu cân bằng về giới hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm mạnh. Việc ghi hình video thay vì ghi âm giúp phân tích được cả hành vi phi ngôn ngữ. Ngoài ra, nghiên cứu này cho phép chúng tôi phản hồi về chất lượng của các cuộc tư vấn thực hiện bởi sinh viên, từ đó đề ra những giải pháp để nâng cao kỹ năng hỗ trợ người bệnh ra quyết định cho đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

HCS là công cụ đo lường kỹ năng giao tiếp-hỗ trợ người bệnh ra quyết định có tính giá trị và độ tin cậy cao. Công cụ này tạo cơ hội để đánh giá thường xuyên kỹ năng giao tiếp SDM của nhân viên y tế, thúc đẩy SDM trong chăm sóc thường quy.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí để nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bellier A., Chaffanjon P., Krupat E., *et al.* (2020), "Cross-cultural adaptation of the 4-Habits Coding Scheme into French to assess physician communication skills", *PloS one*, 15 (4), pp. e0230672.
2. Clayton M. F., Latimer S., Dunn T. W., *et al.* (2011), "Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it, and whose opinion matters?", *Patient education and counseling*, 84 (3), pp. 294-302.
3. Jensen B. F., Gulbrandsen P., Benth J. S., *et al.* (2010), "Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial", *Patient education and counseling*, 80 (3), pp. 405-409.

4. Koo T., Li M. (2016), "Cracking the code: providing insight into the fundamentals of research and evidence-based practice a guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research", *Journal of Chiropractic Medicine*, 15 (2), pp. 155-163.
5. Kottner J., Audigé L., Brorson S., et al. (2011), "Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed", *International journal of nursing studies*, 48 (6), pp. 661-671.
6. Krupat E., Frankel R., Stein T., et al. (2006), "The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior", *Patient education and counseling*, 62 (1), pp. 38-45.
7. Lenert L., Dunlea R., Del Fiol G., et al. (2014), "A model to support shared decision making in electronic health records systems", *Medical Decision Making*, 34 (8), pp. 987-995.
8. Mathijssen E. G. E., Vriezolk J. E., Popa C. D., et al. (2020), "Shared decision making in routine clinical care of patients with rheumatoid arthritis: an assessment of audio-recorded consultations", *Ann Rheum Dis*, 79 (2), pp. 170-175.
9. Nunnally J. C. (1967), "Psychometric theory".
10. Polit D. F., Beck C. T. (2017), "*Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*", Wolters Kluwer Health Philadelphia.
11. Schöll I., Nicolai J., Pahlke S., et al. (2014), "The German version of the Four Habits Coding Scheme - association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter", *Patient Educ Couns*, 94 (2), pp. 224-9.
12. Stemler S. E., Tsai J. (2008), "Best Practices in Quantitative Methods", SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks Thousand Oaks, California.

(Ngày nhận bài: 17/10/2022- Ngày duyệt đăng: 10/12/2022)
