

## YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI NGUYỆN VỌNG CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI CỦA NGƯỜI CAO TUỔI BỆNH UNG THƯ GIAI ĐOẠN IV TẠI KHOA LÃO - CHĂM SÓC GIẢM NHẸ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên<sup>1,2✉</sup>, Lê Đại Dương<sup>2,3</sup>,  
Nguyễn Đoàn Ngọc Mai<sup>2</sup>, Thân Hà Ngọc Thế<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Lão khoa, Khoa Y, Đại Học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>3</sup>Bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP.HCM

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chăm sóc cuối đời cần tôn trọng nguyện vọng, giá trị của người bệnh cũng như gia đình họ. Hiểu được những nguyện vọng của người bệnh trong chăm sóc cuối đời là vô cùng quan trọng trong lập kế hoạch chăm sóc cuối đời tốt. Tuy vậy, nguyện vọng chăm sóc cuối đời của người cao tuổi bệnh ung thư chưa được nghiên cứu nhiều ở nước ta.

**Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến nguyện vọng trong chăm sóc cuối đời của người cao tuổi bệnh ung thư giai đoạn IV, tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 109 người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) bệnh ung thư giai đoạn IV, điều trị nội trú tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01/12/2020 đến 01/05/2021. Chúng tôi thu thập các đặc điểm về dân số, xã hội, bệnh lý học, nguyện vọng và các yếu tố liên quan trong chăm sóc cuối đời.

**Kết quả:** Với nguyện vọng chăm sóc cuối đời, nhóm kinh tế dư dả, hơn 50% muốn truyền thêm dinh dưỡng ( $p = 0,014$ ). Nhóm có hiểu biết bệnh, tiên lượng trầm trọng, 56,7% xu hướng từ chối nguyện vọng này ( $p = 0,034$ ). Với nguyện vọng hồi sinh tim phổi, nhóm kinh tế dư dả, 68,8% có xu hướng từ chối nguyện vọng này ( $p = 0,004$ ). Về nơi tử vong mong muốn, BMI, ADL liên quan có ý nghĩa thống kê, nhóm thiếu cân, tình trạng hoạt động chức năng cơ bản thấp mong muốn tử vong ở nhà hơn ( $p = 0,025$ ,  $p = 0,018$ ).

**Kết luận:** Tình trạng tài chính, sự hiểu biết mức trầm trọng của bệnh, thiếu cân, tình trạng hoạt động chức năng cơ bản thấp liên quan có ý nghĩa thống kê với nguyện vọng chăm sóc cuối đời. Nhân viên y tế cần hiểu rõ tình trạng kinh tế, cải thiện sự hiểu biết về diễn tiến bệnh trầm trọng của người bệnh trong thảo luận và lập kế hoạch chăm sóc cuối đời tốt.

**Từ khóa:** Người cao tuổi, ung thư giai đoạn IV, chăm sóc cuối đời.

Ngày nhận bài:

30/4/2022

Chấp thuận đăng:

04/6/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên

Email: dr.mytien@ump.edu.vn

SĐT: 0979982642

### ABSTRACT

ASSESSMENT OF END-OF-LIFE CARE PREFERENCES AMONG OLDER ADULTS WITH STAGE IV CANCER AT GERIATRICS AND PALLIATIVE CARE DEPARTMENT, UNIVERSITY MEDICAL CENTER AT HO CHI MINH CITY

Nguyen Ngoc Hoanh My Tien, Le Dai Duong,  
Nguyen Doan Ngoc Mai, Than Ha Ngoc The

## Yếu tố liên quan với nguyện vọng chăm sóc cuối đời của người cao tuổi...

**Background:** End - of - life care planning needs to respect the preferences and values of patients and their families. Therefore, enhancing the understanding of the patients concerns in end - of - life care and the knowledge about the patients' disease, trajectory of the disease, and prognosis are critical in discussing end - of - life care plan. However, the knowledge of older cancer patients about the trajectory of the disease and their preferences have not been well explored in our country.

**Objectives:** This study aims to assess the knowledge of diseases and explore the factors relating to the preferences of the older adults with diagnosis of stage IV cancer at Geriatrics and Palliative care department in University Medical Center at Ho Chi Minh city (UMC).

**Methods:** A descriptive cross - sectional study was conducted in 109 older inpatients ( $\geq 60$  years old) with diagnosis of stage IV cancer, at Geriatrics and Palliative care department in UMC, from 01/12/2020 to 01/05/2021. Data on demographic, social and clinical aspects were collected. The patients were asked about their knowledge of the diseases, the trajectory of the disease, the prognosis and their preferences at the end - of - life.

**Results:** With the preferences for end - of - life care, more than 50% of the group with more well - off economic status wanted to have parenteral nutrition support ( $p = 0.014$ ). The group with knowledge of the disease, with severe prognosis, 56.7% refused this preference ( $p = 0.034$ ). With the preference for cardiopulmonary resuscitation, the well - off group, 68.8% tended to refuse this preference ( $p = 0.004$ ). Regarding the desired place of death, BMI, ADL were statistically significant; the underweight group, low baseline functional status were more desirable to die at home ( $p = 0.025$ ,  $p = 0.018$ ).

**Conclusions:** Financial status, knowledge of disease severity, being underweight, and having low baseline functional status were significantly associated with desire for end of life care. Health care workers need to understand economic status, improve understanding of the patient's serious illness in discussion and planning of good end - of - life care.

**Keywords:** Elderly, older people, end of life care.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm gần đây, một xu hướng đã được nhận thấy là quá trình già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng, dân số người cao tuổi (NCT) ( $\geq 60$  tuổi) tăng dần từ 6,7% vào 1979, lên 9,2% vào 2006 và dự báo cán mốc 26,1% vào 2025 [1]. Nhưng gần đây, tử vong do bệnh mạn tính ngày càng phổ biến [2]. Tỷ lệ mắc ung thư, đặc biệt ngày càng gia tăng và tỷ lệ sống sót sau ung thư ở các nước thu nhập thấp ít hơn nhiều so với nước thu nhập cao [3, 4]. Đối tượng NB này phải trải qua gánh nặng triệu chứng vô cùng nặng nề vào giây phút cuối đời. Trong một nghiên cứu đoàn hệ trên 9.000 NB mắc các bệnh giới hạn sự sống, đa phần các NB đều biểu hiện triệu chứng vô cùng phức tạp vào thời điểm 3 ngày trước khi mất: đau trung bình đến nặng (34 - 45%), khó thở (28 - 83%), mệt (80%), rối loạn tri

giác (24 - 34%), nôn ói (12%), lo âu bức rứt (25%)... [5]. Thực tế này đòi hỏi ngành y tế phải chuẩn bị đủ nhân lực và vật lực để chăm sóc cho đối tượng NB với rất nhiều vấn đề như trên.

Bên cạnh đó, gia đình NB sẽ luôn nhớ đến giây phút cuối của NB rằng họ ra đi thanh thản hay phải chịu nhiều đau đớn như nhận định của Bà Cicely Saunders: “Cách người thân ra đi sẽ còn tồn tại mãi trong tâm trí người ở lại - How people die remains in the memory of those who live on”. Tuy nhiên nước ta vẫn chưa có các chính sách y tế đặc biệt chuyên sâu về chăm sóc cuối đời (CSCĐ) cũng như nhân viên y tế vẫn chưa được đào tạo bài bản về CSCĐ.

Thực tế lâm sàng Việt Nam, mọi chăm sóc người bệnh (NB) kể cả chăm sóc cuối đời (CSCĐ) đều phụ thuộc vào nguyện vọng gia đình và chịu ảnh hưởng rất lớn từ bác sỹ (BS). BS sẽ cố mọi phương pháp

## Bệnh viện Trung ương Huế

có thể, nếu thất bại sẽ giải thích cho gia đình về việc ngưng các điều trị duy trì sự sống, sắp xếp cho NB xuất viện trong tình trạng hấp hối. Gia đình và NB luôn ở thế bị động, đưa NB về nhà thường trong thời điểm NB chỉ còn vài giờ trước khi mất. CSCĐ cần tôn trọng nguyện vọng, mục tiêu điều trị của NB cũng như gia đình họ. Hiểu được nguyện vọng của NB trong CSCĐ là vô cùng quan trọng trong lập kế hoạch CSCĐ tốt [6]. Mặt khác, CSCĐ vẫn còn là vấn đề nhạy cảm về mặt xã hội, ít được bàn luận, nghiên cứu so với các nước phát triển.

Nhằm bổ sung kiến thức khoa học về nguyện vọng trong CSCĐ của người cao tuổi (NCT) bệnh ung thư giai đoạn IV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, để đánh giá và cải thiện mô hình chăm sóc y tế cuối đời ở Việt Nam để phù hợp nền văn hóa và giá trị của NB với mô hình chăm sóc lấy NB là trung tâm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Dân số mục tiêu: Tất cả NCT ( $\geq 60$  tuổi) bệnh ung thư giai đoạn IV, điều trị nội trú tại Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN), bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM) từ tháng 12/2020 - 05/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả NCT ( $\geq 60$  tuổi) điều trị nội trú tại Khoa Lão - CSGN. NB ung thư giai đoạn IV, dựa trên hồ sơ của NB đã được chẩn đoán bởi BS chuyên khoa Ung bướu. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB có khó khăn trong giao tiếp do thính giác hoặc thị giác, hay do tình trạng bệnh lý nền quá nặng, quá yếu không thể giao tiếp được. NB có tình trạng bệnh cấp tính chưa ổn định, có tình trạng rối loạn nhận thức do bệnh lý cấp tính (nhiễm trùng, sảng, rối loạn điện giải ...). NB không thể trao đổi bằng tiếng Việt.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin xã hội, dân số, bệnh lý liên quan và nguyện vọng trong CSCĐ được thu thập dựa trên bảng thu thập đã soạn sẵn. Nghiên cứu viên phỏng vấn mặt đối mặt. Để đảm bảo NB có thể không phiền lòng, thoải mái chia sẻ những nguyện vọng CSCĐ, thảo luận những

vấn đề khá nhạy cảm. Nghiên cứu viên mời một chuyên viên tâm lý cùng trực tiếp phỏng vấn đối tượng nghiên cứu. Thời điểm bác sỹ điều trị chuẩn bị kế hoạch xuất viện, tình trạng bệnh cấp đã ổn. NB được mời vào phòng riêng (tại khoa) để đảm bảo thông tin riêng tư, tế nhị, cảm thấy thoải mái chia sẻ nguyện vọng CSCĐ.

Các biến số: Độc lập về hoạt động cơ bản hàng ngày - Activities of Daily Living (ADLs) gồm 6 tiêu chuẩn đánh giá khả năng độc lập trong hoạt động hàng ngày theo thang điểm Kartz [7]. Biến danh định gồm 6 giá trị: tắm, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, đại tiện, tiểu tiện tự chủ, ăn uống. Biến định lượng là điểm theo thang Kartz. Điểm 5 - 6: chức năng độc lập ADL bảo toàn, 3 - 4: suy giảm nhẹ, 0 - 2 là suy giảm nặng. Đánh Giá Chức Năng - Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): được sử dụng, giá trị rộng rãi trên nhiều quần thể, đặc biệt NB ung thư, đơn giản, ổn định cao, giúp tiên lượng, cân nhắc điều trị [8]. Là biến danh định, 6 giá trị từ 0 - 5. Giá trị 0: Không giới hạn vận động. 1: Giới hạn hoạt động thể chất gắng sức, có thể tiến hành công việc tĩnh tại. 2: Đi lại được được hơn 50% thời gian tỉnh táo, tự chăm sóc bản thân, không thể thực hiện bất kỳ công việc khác. 3: Có thể chăm sóc bản thân nhưng giới hạn, giới hạn ở ghế, giường hơn 50% thời gian tỉnh táo. 4: Hoàn toàn bị giới hạn tại giường, ghế, không thể tự chăm sóc bản thân. 5: Tử vong.

### 2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1. Phân tích theo phần mềm Stata 14.0.

Mô tả các tỷ lệ đặc điểm dân số, bệnh lý của mẫu nghiên cứu. Kiểm định khi bình phương (có hiệu chỉnh Fisher) kiểm định sự liên quan giữa biến phụ thuộc (nguyện vọng muốn truyền dinh dưỡng tĩnh mạch, đặt ống thở, thở máy, hồi sức tim phổi) và biến độc lập (đặc điểm dân số, xã hội, bệnh lý).

### 2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học ĐHYDTPHCM số: 505/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 17/10/2019.

## III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 12/2020 đến 05/2021, chúng tôi thu thập được 109 NCT, kết quả như sau: Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là  $71 \pm 8$ . Tỷ lệ nam nữ gần tương đương. 95% là dân tộc

*Yếu tố liên quan với nguyện vọng chăm sóc cuối đời của người cao tuổi...*

Kinh. Phần lớn đến từ thành thị chiếm 67,3%. Tỷ lệ NCT theo tôn giáo 64%, nhiều nhất là đạo Phật 49% (Bảng 1).

**Bảng 1:** Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=109)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
<b>Tuổi</b>		
60 - 69	49	45,0
70 - 79	39	35,8
≥ 80	21	19,3
<b>Giới tính</b>		
Nữ	49	45,0
Nam	60	55,0
<b>BMI</b>		
Thiếu cân (< 18,5)	33	30,3
Bình thường (18,5 - 22,9)	53	48,6
Dư cân (23 - 24,9)	23	21,1
<b>Tôn giáo</b>		
Không	40	36,7
Thiên chúa	6	5,5
Phật	53	48,6
Cao Đài	5	4,6
Khác (ghi rõ)	5	4,6

**Bảng 2:** Đặc điểm bệnh lý học của mẫu nghiên cứu (n=109)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
<b>Chẩn đoán bệnh ung thư</b>		
Thực quản	1	0,9
Thận	1	0,9
Bàng quang	1	0,9
Buồng trứng	2	1,8
Vú	3	2,8
Tiền liệt tuyến	4	3,7
Cổ tử cung	4	3,7

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Trực tràng	5	4,6
Khác	7	6,4
Dạ dày	11	10,1
Tụy	12	11
Đại tràng	16	14,7
Gan	20	18,3
Phổi	22	20,2
<b>Chẩn đoán bệnh đồng mắc</b>		
Trầm cảm, rối loạn lo âu	1	0,9
Gout	2	1,8
Rung nhĩ	2	1,8
Cushing do thuốc	3	2,8
Bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cũ	4	3,7
Thoái hóa khớp	4	3,7
Nhồi máu não cũ	4	3,7
COPD	4	3,7
Bệnh thận mạn	6	5,5
Rối loạn lipid máu	7	6,4
Viêm gan siêu vi B, C	7	6,4
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	17	15,6
Đái tháo đường	28	25,7
Tăng huyết áp	49	45
<b>Số bệnh đồng mắc</b>		
0	42	38,2
1	31	28,2
2	20	18,2
≥ 3	17	15,5
<b>Số thuốc uống mỗi ngày trước nhập viện</b>		
≥ 5	81	74,3
< 5	28	25,7
<b>Điểm độc lập về ADLs trước nhập viện</b>		

## Bệnh viện Trung ương Huế

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
0	13	11,9
1	8	7,3
2	11	10,1
3	5	4,6
4	8	7,3
5	14	12,8
6	50	45,9
Đánh giá mức độ hoạt động ECOG		

2	13	11,9
3	77	70,6
4	19	17,4

Về đặc điểm bệnh lý, tỷ lệ ung thư phổi chiếm cao nhất 20,2%, tiếp đến là ung thư gan chiếm đa số. Kế đến là ung thư đường tiêu hóa là đại tràng, tụy, dạ dày. 40,4% NCT khi vừa được chẩn đoán ung thư, bệnh đã ở giai đoạn tiến triển. Trong đó 62% NCT có bệnh đồng mắc kèm theo, 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ. Trong đó 15,5% có hơn 3 bệnh đồng mắc. 74,3% NCT có tình trạng đa thuốc (**Bảng 2**).

**Bảng 3:** Các yếu tố liên quan với nguyện vọng CSCĐ  
Nguyện vọng truyền dịch dinh dưỡng trong CSCĐ (n=109)

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	Không chia sẻ (n, %)	p
Tự đánh giá tình trạng tài chính bản thân				
Dư dả	9 (56,3)	7 (43,8)	0 (0)	0,014
Trang trải được	18 (23,4)	49 (63,6)	10 (13,0)	
Còn chật vật	8 (50,0)	5 (31,3)	3 (18,8)	
Tự đánh giá về chi phí y tế của bản thân				
Không vấn đề	10 (58,8)	7 (41,2)	0 (0)	0,007
Chấp nhận được	16 (22,9)	46 (65,7)	8 (11,4)	
Tốn kém	7 (36,8)	8 (42,1)	4 (21,1)	
Quá tốn kém	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	
Biết diễn tiến bệnh				
Có	15 (25,0)	34 (56,7)	11 (18,3)	0,034
Không	20 (40,8)	27 (55,1)	2 (4,1)	

Nguyện vọng thở máy trong CSCĐ (n=109)

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	Không chia sẻ (n, %)	p
Tự đánh giá tình trạng tài chính bản thân				
Dư dả	5 (31,3)	11 (68,8)	0 (0)	0,004
Trang trải được	14 (18,2)	53 (68,8)	10 (13,0)	
Còn chật vật	9 (56,3)	4 (25,0)	3 (18,8)	
Tự đánh giá về chi phí y tế của bản thân				

*Yếu tố liên quan với nguyện vọng chăm sóc cuối đời của người cao tuổi...*

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	Không chia sẻ (n, %)	p
Không vấn đề	5 (29,4)	12 (70,6)	0 (0)	0,002
Chấp nhận được	12 (17,1)	50 (71,4)	8 (11,4)	
Tồn kém	9 (47,4)	6 (31,6)	4 (21,1)	
Quá tồn kém	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	

Nguyện vọng hồi sinh tim phổi trong CSCĐ (n=109)

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	Không chia sẻ (n, %)	p
Tự đánh giá tình trạng tài chính bản thân				
Dư dả	4 (25,0)	12 (75,0)	0 (0)	0,002
Trang trải được	13 (16,9)	54 (70,1)	10 (13,0)	
Còn chật vật	9 (56,3)	4 (25,0)	3 (18,8)	
Tự đánh giá về chi phí y tế của bản thân				
Không vấn đề	4 (23,5)	13 (76,5)	0 (0)	0,005
Chấp nhận được	12 (17,1)	50 (71,4)	8 (11,4)	
Tồn kém	8 (42,1)	7 (36,8)	4 (21,1)	
Quá tồn kém	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	

Nơi tử vong mong muốn (n=109)

Đặc điểm	Bệnh viện (n, %)	Nhà (n, %)	Không chia sẻ (n, %)	p
BMI				
Thiếu cân	0 (0)	30 (90,9)	3 (9,1)	0,025
Bình thường	2 (3,8)	38 (71,7)	13 (24,5)	
Dư cân	4 (17,4)	15 (65,2)	4 (17,4)	
Thiếu cân	0 (0)	30 (90,9)	3 (9,1)	
Điểm độc lập về ADL trước nhập viện				
0	0 (0)	13 (100)	0 (0)	0,018
1	0 (0)	8 (100)	0 (0)	
2	1 (9,1)	9 (81,8)	1 (9,1)	
3	0 (0)	3 (60,0)	2 (40,0)	
4	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	
5	1 (7,1)	13 (92,9)	0 (0)	
6	3 (6,0)	34 (68,0)	13 (26,0)	
Kiểm định chính xác Fisher				

## Bệnh viện Trung ương Huế

Với nguyện vọng truyền thêm dịch dinh dưỡng trong CSCĐ, yếu tố tài chính có liên quan,  $p = 0,014$ . Nhóm có tình trạng tài chính dư dả có 56,3% mong muốn vẫn truyền dịch dinh dưỡng nhiều hơn. Tương tự gánh nặng chi phí y tế có liên quan,  $p = 0,007$ . Biến số về hiểu biết diễn tiến bệnh có liên quan,  $p = 0,034$ . Với nguyện vọng đặt ống thở, dùng máy giúp thở trong CSCĐ, chỉ yếu tố tài chính bản thân, gánh nặng chi phí y tế liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$ ,  $p = 0,002$ . Nguyện vọng hồi sức tim phổi, ép tim ngoài lồng ngực khi hấp hối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến số tình trạng kinh tế NCT, gánh nặng chi phí y tế với  $p$  lần lượt 0,002 và 0,005. Nguyện vọng nơi từ vong mong muốn, chỉ yếu tố BMI liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,025$ . Và tình trạng hoạt động chức năng ADL liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,018$  (Bảng 3).

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm dân số, xã hội và bệnh lý học của mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của chúng tôi không quá lớn ( $n = 109$ ), chúng tôi đã thu nhận được một mẫu khá đa dạng về độ tuổi ( $> 60$ ), trong đó 19% ( $n = 21$ ) ở nhóm  $\geq 80$  tuổi, đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Điểm nổi bật về dân số học là tỷ lệ theo tôn giáo khá cao (64%), gần một nửa là đạo Phật. Phù hợp với thực tế nước ta theo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở tại Việt Nam năm 2019, đạo Phật chiếm tỷ lệ khá cao. Trái với xu hướng của xã hội về sự suy giảm kích thước gia đình hạt nhân, 70% NCT hiện có vợ/chồng. Hơn 99% NCT vẫn sống cùng gia đình, đặc biệt với gia đình lớn có trên 5 thành viên. Vì vậy, 60,9% NCT được chăm sóc bởi con cái của họ. Chỉ 30% được chăm sóc bởi vợ/ chồng. Nên đa số NCT vẫn nhận được chu cấp tài chính từ con cái.

#### 4.2. Các yếu tố liên quan với nguyện vọng CSCĐ của NCT bệnh ung thư giai đoạn IV

Các yếu tố liên quan với nguyện vọng truyền dinh dưỡng nhân tạo trong CSCĐ: Yếu tố tài chính có liên quan đến mong muốn được truyền thêm dịch dinh dưỡng trong CSCĐ,  $p = 0,014$ . Nhóm có tình trạng tài chính dư dả, nhiều khả năng muốn truyền dinh dưỡng trong CSCĐ hơn. Biến số về hiểu biết diễn tiến bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,034$ . Nhóm NCT có biết diễn tiến bệnh ở giai đoạn đã di căn xa, chỉ 25% vẫn mong muốn truyền thêm dinh dưỡng, ít hơn so với nhóm không biết diễn tiến bệnh, đến 40,8% có mong muốn này.

Nghiên cứu của Shin Hye Yoo, năm 2019, tại Hàn Quốc, đánh giá về liên quan giữa sự hiểu biết về tình trạng bệnh với thảo luận kế hoạch chăm sóc y tế (KHCSYT) trong tương lai, nguyện vọng CSCĐ cho NB ung thư tiên triển và các thành viên trong gia đình họ ghi nhận[9]. NB có hiểu biết về tình

trạng bệnh, hiểu được tiên lượng tính bằng tháng, ít mong muốn điều trị tích cực hơn ( $p = 0,016$ ), tăng khả năng thảo luận KHCSYT trong tương lai với gia đình ( $p = 0,011$ ). Đối với các thành viên gia đình, có mối liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê giữa có hiểu biết bệnh và lập KHCSYT trong tương lai ( $p = 0,017$ ). Khi biết tiên lượng sống tính bằng tháng, đa số không thích điều trị tích cực ( $p = 0,014$ ), từ chối các điều trị duy trì sự sống ( $p = 0,022$ ).

Như vậy, để thảo luận và lập KHCSYT trong tương lai tốt, hiệu quả, tránh các điều trị vô ích, lãng phí, Nhân viên y tế cần thảo luận để NB hiểu rõ tình trạng bệnh, tiên triển bệnh trầm trọng, tiên lượng sống ngắn.

Các yếu tố liên quan với nguyện vọng sử dụng phương tiện duy trì sự sống (PTDTS) trong CSCĐ: Với nguyện vọng mong muốn đặt ống thở, dùng máy giúp thở trong CSCĐ, chỉ yếu tố tài chính, gánh nặng chi phí y tế liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,004$  và 0,002. Nhóm điều kiện kinh tế dư dả, trang trải được, 68,8% từ chối nguyện vọng này, nhiều hơn so với nhóm có kinh tế chật vật (25%).

Tương tự, nguyện vọng hồi sức tim phổi, ép tim ngoài lồng ngực khi hấp hối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến tình trạng kinh tế, gánh nặng chi phí y tế,  $p$  lần lượt là 0,002, 0,005.

Nghiên cứu chúng tôi chỉ hỏi quan niệm của NCT vào giai đoạn cuối đời, không can thiệp vào hiểu biết tình trạng bệnh, tiên lượng sống ngắn, cũng không giải thích về lợi ích, tác hại các PTDTS. Nhóm điều kiện kinh tế khá dả, có điều kiện tiếp cận y tế dễ dàng hơn, được tiếp nhận nhiều trị liệu đặc hiệu từ trước, nên đa số từ chối PTDTS trong CSCĐ. Họ hiểu các trị liệu này không còn lợi ích cho giai đoạn cuối đời. Trái lại, nhóm kinh tế chật vật, gánh nặng chi phí quá tốn kém, có thể ít có điều kiện tiếp nhận y tế, nên việc hiểu chẩn đoán, tiên lượng cũng như lợi hại của các phương pháp điều trị bị hạn chế hơn. Nên họ vẫn mong muốn có cơ hội được cứu sống, mong được khỏe, chữa khỏi bệnh, sống tiếp với con cháu, dẫn đến mục tiêu chăm sóc không phù hợp dù bệnh đã ở giai đoạn cuối đời. BS cần đặc biệt quan tâm hoàn cảnh kinh tế, xã hội, lắng nghe, chia sẻ, giải thích nhiều hơn, đặc biệt cho nhóm NCT có điều kiện kinh tế thấp.

Nghiên cứu của Lê Đại Dương, hai yếu tố liên quan mạnh đến thái độ muốn sống bằng mọi giá là điểm ECOG cao, sống ở nông thôn [10]. Điều này do khi ECOG cao, mức độ hoạt động chức năng giảm dần, hoạt tính bệnh tăng, NB mệt mỏi nhiều hơn, gánh nặng triệu chứng bệnh tăng, phụ thuộc nhiều hơn... cần có hỗ trợ về mặt y tế nhiều hơn. Khi đó, NB biết rằng tiên lượng mình sẽ xấu hơn nên muốn sống thêm. Đó là vấn đề tâm lý thường

gặp ở bệnh nặng giai đoạn cuối. Nhân viên y tế cần nhận biết vấn đề tâm lý này, trao đổi thêm với NB, gia đình, giải đáp thắc mắc, tư vấn lợi ích, nguy cơ của các điều trị.

NB sống ở nông thôn bày tỏ thái độ đồng ý hơn với việc sống bằng mọi giá. Có thể do mật bằng chung dân trí ở nông thôn thấp hơn. Nên hiểu chân đoán, tiên lượng, lợi hại của các phương pháp điều trị sẽ hạn chế, dẫn đến NB vẫn có mục tiêu chăm sóc không phù hợp dù bệnh đã ở giai đoạn cuối. Ở nông thôn vẫn tồn tại tâm lý giấu bệnh, nhất là ung thư với suy nghĩ ung thư có thể lây hoặc do nghiệp xấu từ trước. Mặt khác, sự phân bố hệ thống y tế ở nông thôn kém hơn thành thị, chất lượng dịch vụ thấp hơn, NB khi nhập các BV lớn ở thành phố sẽ có mong ước được chữa khỏi bệnh. Điều này cho thấy tính cấp thiết của việc phát triển mạng lưới chăm sóc tại nhà dựa vào y tế phường xã.

Nghiên cứu Yoo, ở NB ung thư tiến triển có hiểu biết tình trạng bệnh, hiểu tiên lượng tính bằng tháng, ít mong muốn điều trị tích cực hơn ( $p = 0,016$ ), thảo luận KHCSYT trong tương lai với gia đình họ ( $p = 0,011$ ) nhiều hơn so với nhóm không hiểu tình trạng bệnh [9]. Với các thành viên gia đình, người chăm sóc chính, có liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê giữa có hiểu biết bệnh và lập KHCSYT ( $p = 0,017$ ). Khi biết tiên lượng sống tính bằng tháng, đa số không thích điều trị tích cực ( $p = 0,014$ ), từ chối các điều trị duy trì sự sống ( $p = 0,022$ ). Không có mối liên quan đáng kể giữa hiểu biết về bệnh tật và các lựa chọn ưu tiên với CSGN sớm.

Thảo luận với NB, người chăm sóc về hậu quả, rủi ro, lợi ích có thể có của các lựa chọn điều trị chăm sóc trong tương lai khi bệnh tiến triển trầm trọng, sẽ giúp giảm lựa chọn chăm sóc tích cực vô ích, cải thiện chất lượng sống, tâm trạng của NB và giảm ảnh hưởng tâm lý tiêu cực của các chăm sóc tích cực lên người thân trong giai đoạn cuối đời [11]. Quyết định của NB được xem là tốt, đòi hỏi phải có sự hiểu biết chính xác cả về tình trạng bệnh, mục tiêu điều trị, tiên lượng sống [6].

Tại Việt Nam, thảo luận KHCSYT trong tương lai đầy đủ thường giới hạn bởi người thân muốn giấu bệnh, thời gian tư vấn ngắn, số lượng NB cao trong các BV và mối quan hệ BS - NB - gia đình NB trong bối cảnh văn hóa Nho giáo. Người thân thường xuyên phải đối mặt với những thời khắc khó khăn khi thay NB đưa ra quyết định cuối đời, phải xác định liệu có nên theo đuổi chăm sóc y tế tích cực, vì văn hóa giấu bệnh mà không thể hỏi trực tiếp NB, dù họ vẫn tỉnh táo. Đặc biệt, là gia đình có nhiều thành viên nhưng không thống nhất ý kiến. Do đó, trong trường hợp NB không có thể tự mình đưa ra mong muốn và quyết định. BS nên tăng

cường giải thích rõ tình trạng bệnh, tiến triển bệnh trầm trọng, lợi ích, nguy cơ của các kế hoạch điều trị, để người chăm sóc có thể thay quyền quyết định y khoa trong CSCĐ một cách hiệu quả nhất. BS nên thảo luận về rủi ro và lợi ích của các PTDTSS với NB. Sự hợp tác của NB với cả BS và gia đình có thể làm giảm việc điều trị vô ích [12, 13, 14], dẫn đến tăng khả năng thảo luận KHCSYT, phù hợp với giá trị cá nhân, mong muốn và niềm tin của chính NB.

Các yếu tố liên quan với nơi từ vong mong muốn trong CSCĐ: Về nguyện vọng nơi từ vong mong muốn, chỉ yếu tố BMI liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,025$ . Nhìn chung đều mong muốn được từ vong tại ngôi nhà của mình, đa phần là nhóm BMI thiếu cân (90,9%), 71,7% ở nhóm BMI bình thường, 17,4% ở nhóm NCT dư cân.

Các yếu tố đặc điểm bệnh lý có liên quan độc lập với nguyện vọng này. Riêng tình trạng hoạt động chức năng ADL liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,018$ . Nhóm NCT có điểm ADL giới hạn 0, 1, 2 hầu như có nguyện vọng từ vong tại nhà.

Tổng quan hệ thống bởi Gomes đã phát hiện các yếu tố sẽ tăng khả năng NB mất tại nhà, mức hoạt động chức năng thấp, thời gian bệnh kéo dài, có sự hỗ trợ từ gia đình, mong muốn NB là mất ở nhà, đồng thuận ý muốn mất ở nhà từ phía gia đình, tình trạng kinh tế xã hội tốt. Yếu tố liên quan mạnh nhất là được nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà, cường độ được chăm sóc tại nhà càng cao thì OR của việc mất tại nhà càng lớn [15]. Bên cạnh đó Gomes còn chứng minh được tính hiệu quả về mặt điều trị, chi phí với cả NB, người nhà qua một tổng quan hệ thống khác của COCHRANE: tăng khả năng NB có thể mất tại nhà, giảm bớt gánh nặng triệu chứng cho NB.

Một trong những nguyên nhân khiến NB thay đổi địa điểm mất mong muốn từ nhà sang BV là nỗi sợ, sự bất lực của người chăm sóc khi triệu chứng không kiểm soát được. Dịch vụ chăm sóc tại nhà, hỗ trợ 24/7 có thể cung cấp lời khuyên, giúp người nhà kiểm soát những tình huống không phải nhập viện. Qua đó, việc phát triển hệ thống CSGN, lão khoa tại nhà, kết hợp mạng lưới BS gia đình, y tế phường xã giúp giảm bớt chi phí y tế đồng thời mở rộng chăm sóc giảm nhẹ phủ sóng đến cả vùng nông thôn là hướng phát triển chiến lược của hệ thống y tế, tạo điều kiện cho NB được mất tại nhà.

## **V. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 109 NCT điều trị tại khoa Lão - CSGN, bệnh viện ĐHYD TPHCM ghi nhận. Các yếu tố: Tình trạng tài chánh, sự hiểu biết mức trầm trọng của bệnh, thiếu cân, tình trạng hoạt động chức năng cơ bản thấp có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguyện vọng



## Bệnh viện Trung ương Huế

chăm sóc cuối đời. Để phát triển CSCĐ ở NCT bệnh ung thư giai đoạn cuối phù hợp với nguyện vọng và giá trị của NB, nhân viên y tế cần hiểu rõ tình trạng kinh tế, cải thiện sự hiểu biết về diễn tiến bệnh trầm trọng của NB trong thảo luận và lập kế hoạch CSCĐ.

### Lời cảm ơn

*Trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí cho chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.*

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoi LV, Thang P, Lindholm L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: need and its socioeconomic determinants. *BMC geriatrics*. 2011; 11(1), pp. 81.
2. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007;370(9603):1929-38.
3. Batouli A, Jahanshahi P, Gross CP, Makarov DV, James BY. The global cancer divide: Relationships between national healthcare resources and cancer outcomes in high-income vs. middle-and low-income countries. *Journal of epidemiology and global health*. 2014; 4(2):115-24.
4. Ott JJ, Ullrich A, Mascarenhas M, Stevens GA. Global cancer incidence and mortality caused by behavior and infection. *Journal of public health*. 2011; 33(2):223-33.
5. Enzinger AC, Zhang B, Schrag D, Prigerson HG. Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology*. 2015; 33(32):3809.
6. El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, Greer JA, Pirl WF, Lennes IT, et al. Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2014 ; 120(2) : 278-285.
7. Katz S. Assessing self - maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983; 31(12):721-727.
8. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25(14):1824-1831.
9. Yoo SH, Lee J, Kang JH, Maeng CH, Kim YJ, Song EK, et al. Association of illness understanding with advance care planning and end - of - life care preferences for advanced cancer patients and their family members. *Supportive Care in Cancer*. 2020 ; 28(6), 2959-2967.
10. Lê Đại Dương. Đánh giá thái độ và ý muốn của bệnh nhân cao tuổi về kế hoạch chăm sóc cuối đời và các phương tiện duy trì sự sống. Luận văn tốt nghiệp nội trú 2017. Đại Học Y Dược TPHCM.
11. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Jama* 2008, 300(14), 1665-1673.
12. Mack JW, Walling A, Dy S, Antonio AL, Adams J, Keating NL, et al. Patient beliefs that chemotherapy may be curative and care received at the end of life among patients with metastatic lung and colorectal cancer. *Cancer*. 2015; 121(11):1891-7.
13. Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, Grambow S, Parker J, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of pain and symptom management*. 2001; 22(3):727-37.
14. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end - of - life conversations. *Archives of internal medicine*. 2009;169(5):480-8.
15. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2006; 332 (7540):515-521.