

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ NHẬP VIỆN LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Dương Ngọc Lê Mai^{1,✉}, Lê Đại Minh¹, Nguyễn Tiến Đạt¹, Kim Bảo Giang¹, Bùi Vinh Quang²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một chỉ số quan trọng trong theo dõi người bệnh ung thư trước, trong và sau quá trình điều trị. Nghiên cứu nhằm mô tả CLCS và mối liên quan với một số đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh và tình trạng rối loạn lo âu, trầm cảm ở người bệnh ung thư mới nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2019. Nhóm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trực tiếp 263 bệnh nhân, sử dụng bộ câu hỏi EQ-5D-5L để đánh giá CLCS, GAD-7 để sàng lọc rối loạn lo âu, PHQ-9 đánh giá trầm cảm. Kết quả: vấn đề sức khỏe chủ yếu gặp trên đối tượng bệnh nhân trong giai đoạn nghiên cứu chủ yếu là các vấn đề về đau, khó chịu và lo lắng, buồn phiền; nhóm dân tộc thiểu số, học vấn Tiểu học/dưới Tiểu học, tuổi cao, đã kết hôn, biểu hiện trầm cảm, có gánh nặng tài chính trong quá trình điều trị có liên quan đến suy giảm CLCS. Ở giai đoạn mới nhập viện, các can thiệp cần ưu tiên tập trung vào các đối tượng kể trên để nâng cao CLCS cho bệnh nhân, tăng hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, bệnh nhân ung thư, nhập viện lần đầu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của WHO, năm 1994, chất lượng cuộc sống (CLCS) là “nhận thức mà cá nhân có được trong đời sống của mình, trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà cá nhân sống, trong mối tương tác với những mục tiêu, những mong muốn, những chuẩn mực, và những mối quan tâm”.¹ Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư là chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả và khả năng ứng phó, vượt qua khó khăn của người bệnh và, gia đình của người bệnh, người chăm sóc và nhân viên y tế.² Các nghiên cứu trên thế giới như tổng quan hệ thống của Sterba KR và cộng sự, hay nghiên cứu thực hiện trên 768 bệnh nhân ung thư của Nayak MG năm 2017 với 82,3% bệnh nhân có điểm chất lượng cuộc sống ở

mức thấp đã chứng minh rằng ung thư làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống người bệnh.^{3,4} Vì chất lượng cuộc sống đề cập đến nhiều khía cạnh của sức khỏe nên đây là một chỉ số tương đối chính xác để phản ánh tình trạng người bệnh ung thư, còn được sử dụng để theo dõi tác động của việc điều trị của người bệnh, có giá trị tiên lượng quan trọng và đã được sử dụng là chỉ số đầu ra trong nhiều nghiên cứu can thiệp lâm sàng.⁵ Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống cung cấp những thông tin về ảnh hưởng của bệnh và quá trình điều trị tới các vấn đề thể chất, chức năng, xã hội và cảm xúc của bệnh nhân.⁵ Theo dõi chất lượng cuộc sống trong suốt quá trình chăm sóc người bệnh ung thư đóng vai trò không thể thiếu và đã được đưa vào hướng dẫn bởi hiệp hội chuyên môn về ung thư ở Anh, khi xây dựng hướng dẫn chính thức liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân ung thư đầu cổ. Tài liệu này khuyến nghị rằng HRQOL là không thể thiếu trong kế hoạch điều trị, tinh chỉnh các phác đồ điều trị và

Tác giả liên hệ: Dương Ngọc Lê Mai

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: duongngoclemai@gmail.com

Ngày nhận: 27/08/2020

Ngày được chấp nhận: 13/10/2020

hỗ trợ theo dõi cá nhân hóa hơn. Trong mối liên quan của người bệnh, theo dõi chất lượng cuộc sống là vô cùng có ích trong hỗ trợ và can thiệp đa ngành.⁶ Vì vậy, việc tìm hiểu các thông tin về chất lượng cuộc sống trong mối liên quan giữa các đặc điểm văn hoá, xã hội, biểu hiện bệnh của bệnh nhân ung thư mới nhập viện có vai trò mật thiết để đưa ra các can thiệp phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị đối với người bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư mới nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội giai đoạn năm 2019.

2. Phân tích mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và một số yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm bệnh và mối liên quan với lo âu, trầm cảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

Bệnh nhân ung thư từ 16 tuổi trở lên nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong giai đoạn từ ngày 1 tháng 7 năm 2019 tới ngày 15 tháng 8 năm 2019. Nghiên cứu loại trừ những người bệnh đang trong tình trạng mất ý thức, hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi nghiên cứu hoặc từ chối trả lời.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước tính một giá trị trung bình:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có

s: độ lệch chuẩn của quần thể (lấy từ nghiên cứu trước đó với giá trị 0,15)

Δ : khoảng sai lệch cho phép (0,02)

Z: lấy giá trị 1,96 với $\alpha = 0,05$

Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 217. Để đạt được cỡ mẫu này, nhóm nghiên cứu thu thập thông tin trên tất cả người lớn từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán hoặc nghi ngờ mắc ung thư, nhập viện lần đầu tại bệnh viện ung bướu Hà Nội trong giai đoạn từ ngày 1 tháng 7 năm 2019 đến ngày 15 tháng 8 năm 2019. Số bệnh nhân tham gia trả lời là 263 người.

Nội dung nghiên cứu:

(1) Các thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới, dân tộc, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, học vấn, chẩn đoán bệnh.

(2) Hệ số (mức độ) chất lượng cuộc sống được quy đổi theo thang đo EQ-5D-5L đã được chuẩn hoá tại Việt Nam.

(3) Hệ số (mức độ) chất lượng cuộc sống của mối liên quan với các yếu tố nhân khẩu học: tỉnh/thành phố, tuổi, giới tính, dân tộc, tình trạng hôn nhân; yếu tố liên quan đến bệnh và tình trạng lo âu, trầm cảm

Công cụ thu thập số liệu:

Chất lượng cuộc sống được đo lường bằng bộ công cụ EQ-5D-5L, gồm 5 lựa chọn từ 1 đến 5 về các khía cạnh đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau, lo lắng, u sầu, điểm sẽ được quy đổi theo Thang đo chất lượng cuộc sống tại Việt Nam.⁸ Điểm chất lượng cuộc sống càng cao thể hiện chất lượng cuộc sống càng tốt.

Để đo lường tình trạng sức khỏe tâm thần, nhóm nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) là bộ câu hỏi đã được đánh giá và chuẩn hoá tại Việt Nam để sàng lọc trầm cảm. PHQ-9 gồm 9 câu hỏi

hỏi về tình trạng của người bệnh trong 2 tuần trước ngày phỏng vấn. Mỗi câu hỏi có thể trả lời theo 4 mức độ từ 0 đến 3 tương đương với “không ngày nào”; “một vài ngày”; “một nửa số ngày trong tuần”; “hầu như mọi ngày”. Trầm cảm được xác định khi có điểm PHQ-9 từ 10 trở lên.⁹

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá mức rối loạn lo âu Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) đã được sử dụng và kiểm chứng. GAD-7 gồm 7 câu hỏi trả lời theo 4 mức độ từ 0 đến 3 tương tự như bộ câu hỏi PHQ-9, bao gồm “không ngày nào”; “một vài ngày”; “một nửa số ngày trong tuần”; “hầu như mọi ngày”. Điểm cut off là 10 được lấy làm ngưỡng xác định có rối loạn lo âu với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 82%.¹⁰

Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được sử dụng để phỏng vấn người bệnh mới nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội theo hình thức phỏng vấn trực tiếp, điều tra viên điền thông tin thu thập được sau đó nhập vào máy.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

		n	%
Giới tính	Nam	81	30,8
	Nữ	182	69,2
Nhóm tuổi	Từ 16-34 tuổi	35	13,3
	Từ 35-44 tuổi	58	22,1
	Từ 45-59 tuổi	114	43,3
	Từ 60-70 tuổi	56	21,3
Dân tộc	Kinh	260	98,9
	Khác	3	1,1
Sống ở đâu	Thành thị	74	28,1
	Nông thôn	189	71,9

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2019.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào máy bằng phần mềm Epidata 4.0, được làm sạch và xử lý bằng STATA 15.1. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định số lượng, tỉ lệ %, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn. Phân tích hồi quy Tobit xác định mối tương quan giữa hệ số chất lượng cuộc sống và các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm bệnh, rối loạn lo âu (có/không), trầm cảm (có/không). Mức ý nghĩa $\alpha < 0.05$ và khoảng tin cậy 95% được sử dụng.

4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được mời tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu và quyền được từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Mã số quyết định: 32/CN – HĐĐĐ. Thời gian chấp thuận 28/03/2019.

		n	%
Trình độ học vấn	Dưới Tiểu học và Tiểu học	52	19,8
	THCS	112	42,6
	THPT	57	21,7
	Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	42	16
Nghề nghiệp	Nông dân	117	44,5
	Văn phòng	15	5,7
	Kinh doanh và dịch vụ	30	11,4
	Lao động tự do và các nghề nghiệp khác	101	38,4
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	233	88,6
	Khác	30	11,4
Khó khăn tài chính do điều trị	Không có khó khăn	126	47,9
	Khó khăn ít	76	28,9
	Khó khăn nhiều	61	23,2
Chẩn đoán	Đầu mặt cổ	160	60,8
	Tiêu hóa	48	18,3
	Vú-Phụ khoa	32	12,2
	Phổi	15	5,7
	Khác	8	3,0
Tổng		263	100,0

Trong 263 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ chiếm 69,2% với 182 bệnh nhân, 189/263 đến từ nông thôn, đa phần là dân tộc Kinh, độ tuổi chủ yếu từ 45 – 59 trong khi những người có trình độ trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất (42,6%). Phần lớn người bệnh đã kết hôn với 88,65%. Theo chẩn đoán, bệnh nhân đầu mặt cổ chiếm tỉ lệ cao nhất với 160 người, tiếp sau là tiêu hoá, vú-phụ khoa và phổi.

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo tình trạng hiện tại về các khía cạnh chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ EQ5D

		n	%
Đi lại	Vấn đề		
	Không khó khăn	211	80,2
	Hơi khó khăn	35	13,3
	Khá khó khăn	10	3,8
	Rất khó khăn	7	2,7
	Không thể đi lại	0	0,0

	Vấn đề	n	%
Tự chăm sóc	Không khó khăn	251	95,4
	Hơi khó khăn	9	3,4
	Khá khó khăn	3	1,1
	Rất khó khăn	0	0,0
	Không thể tự chăm sóc	0	0,0
Sinh hoạt thường lệ	Không khó khăn	236	89,7
	Hơi khó khăn	22	8,4
	Khá khó khăn	4	1,5
	Rất khó khăn	1	0,4
	Không thể tự sinh hoạt	0	0,0
Đau/khó chịu	Không đau/khó chịu	126	47,9
	Hơi đau/khó chịu	105	39,9
	Khá đau/khó chịu	24	9,1
	Rất đau/khó chịu	5	1,9
	Cực kỳ đau/khó chịu	3	1,1
Lo lắng/u sầu	Không lo lắng/u sầu	113	43,0
	Hơi lo lắng/u sầu	99	37,6
	Khá lo lắng/u sầu	36	13,7
	Rất lo lắng/u sầu	14	5,3
	Cực kỳ lo lắng/u sầu	1	0,4

— Trong cả 5 khía cạnh được đề cập, các câu trả lời “Không khó khăn/Không lo lắng, u sầu/ Không đau, khó chịu” chiếm đa số với lần lượt 80,2% (đi lại), 95,4% (tự chăm sóc), 89,7% (sinh hoạt thường lệ), 43,0% (không lo lắng, u sầu), 47,9% (không đau, khó chịu). 3 khía cạnh Đi lại, Tự chăm sóc và Sinh hoạt thường lệ có tỉ lệ bệnh nhân chọn “Hơi khó khăn” chiếm tương đối thấp, lần lượt là 13,3%, 3,4%, 8,4%; trong khi “Hơi đau/khó chịu” hay “Hơi lo lắng/u sầu” chiếm tới 39,9% và 37,6% đối tượng được nghiên cứu.

Bảng 3. Hệ số CLCS đã được quy đổi theo thang tham chiếu dành cho Việt Nam theo các đặc trưng cá nhân

		Mean ± SD	p-value	Median (iqr)
Giới tính	Nam	0,9 ± 0,1	0.01	1 (0,9-1)
	Nữ	1 ± 0,1		1 (1-1)
Dân tộc	Kinh	1 ± 0,1	0.03	1 (1-1)
	Khác	0,7 ± 0,3		0,8 (0,3-1)

		Mean ± SD	p-value	Median (iqr)
Nhóm tuổi	Từ 16-34 tuổi	1 ± 0	0.00	1 (1-1)
	Từ 35-44 tuổi	1 ± 0,1		1 (1-1)
	Từ 45-59 tuổi	1 ± 0,1		1 (1-1)
	Từ 60-70 tuổi	0,9 ± 0,1		1 (0,9-1)
Sống ở đâu	Thành thị	1 ± 0,1	0.06	1 (1-1)
	Nông thôn	0,9 ± 0,1		1 (1-1)
Trình độ học vấn	Dưới Tiểu học và Tiểu học	0,9 ± 0,2	0.02	1 (0,9-1)
	THCS	1 ± 0,1		1 (1-1)
	THPT	0,9 ± 0,1		1 (1-1)
	Cao đẳng/Đại học/ Sau đại học	1 ± 0,1		1 (1-1)
Nghề nghiệp	Nông dân	0,9 ± 0,1	0.09	1 (0,9-1)
	Văn phòng	1 ± 0,1		1 (1-1)
	Kinh doanh và dịch vụ	1 ± 0,1		1 (1-1)
	Lao động tự do và các nghề nghiệp khác	1 ± 0,1		1 (1-1)
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	0,9 ± 0,1	0.03	1 (1-1)
	Khác	1 ± 0		1 (1-1)
Khó khăn tài chính do điều trị	Không có khó khăn	1 ± 0,1	0.01	1 (1-1)
	Khó khăn ít	1 ± 0,1		1 (1-1)
	Khó khăn nhiều	0,9 ± 0,2		1 (0,9-1)
Trầm cảm	Không	1 ± 0,1	0.00	1 (1-1)
	Có	0,9 ± 0,2		1 (0,7-1)
Lo âu	Không	1 ± 0,1	0.16	1 (1-1)
	Có	0,9 ± 0,2		1 (0,9-1)
Chẩn đoán	Đầu mặt cổ	1 ± 0,1	0.00	1 (1-1)
	Tiêu hóa	0,9 ± 0,1		1 (0,9-1)
	Vú-Phụ khoa	0,9 ± 0,2		1 (0,9-1)
	Phổi	0,8 ± 0,2		0,9 (0,7-1)
	Khác	0,9 ± 0,1		1 (0,9-1)
Tổng		1 ± 0,1		1 (1-1)

Nhìn chung, trung bình của hệ số chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L là $1 (\pm 0,1)$, trung vị 1 (1-1); có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về hệ số CLCS ở các nhóm biến giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, khó khăn tài chính do điều trị, trầm cảm và chẩn đoán. Trong khi đó, nhóm biến sống ở đâu, nghề nghiệp và lo âu chưa cho thấy sự khác biệt trong hệ số CLCS đã quy đổi theo thang tham chiếu xây dựng cho Việt Nam.

Bảng 4. Hồi quy Tobit đánh giá tương quan giữa hệ số chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan

		Hệ số hồi quy	p-value
Giới tính	Nam	0 (tham chiếu)	
	Nữ	0,12	0,09
Nhóm tuổi	Từ 16-34 tuổi	0 (tham chiếu)	
	Từ 35-44 tuổi	-0,06	0,60
	Từ 45-59 tuổi	-0,18	0,12
	Từ 60-70 tuổi	-0,32	0,01
Dân tộc	Kinh	0 (tham chiếu)	
	Khác	-0,48	0,01
Trình độ học vấn	Dưới Tiểu học và Tiểu học	0 (tham chiếu)	
	THCS	0,13	0,04
	THPT	0,05	0,52
	Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	0,06	0,57
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	0 (tham chiếu)	
	Khác	0,23	0,04
Khó khăn tài chính do điều trị	Không có khó khăn	0 (tham chiếu)	
	Khó khăn ít	-0,01	0,87
	Khó khăn nhiều	-0,16	0,01
Trầm cảm	Không	0 (tham chiếu)	
	Có	-0,28	0,00
Lo âu	Không	0 (tham chiếu)	
	Có	0,13	0,25
Chẩn đoán	Đầu mặt cổ	0 (tham chiếu)	
	Tiêu hóa	0,10	0,23
	Vú-Phụ khoa	-0,09	0,25
	Phổi	-0,18	0,06
	Khác	0,04	0,80

Kết quả phân tích hồi quy kiểm duyệt giới hạn trên Tobit cho thấy, người bệnh cao tuổi (từ 60 – 70 tuổi) có khả năng có CLCS thấp hơn so với nhóm người trẻ từ 16 – 34 tuổi (hệ số - 0,32, p-value = 0,01). Dân tộc khác cũng cho thấy có CLCS thấp hơn so với dân tộc Kinh (- 0,48; p-value = 0,01), tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân trả lời là dân tộc khác tương đối thấp, nên kết quả so sánh điểm CLCS trên biến dân tộc có thể gặp những sai số gây sai lệch kết quả. Những bệnh nhân đối mặt nhiều khó khăn tài chính trong quá trình điều trị, hệ số CLCS cũng giảm so với những người không có (hệ số -0,16; p-value = 0,01). Trầm cảm cũng được chứng minh có liên hệ với CLCS của người bệnh được nghiên cứu. Theo đó, người có trầm cảm sẽ có khả năng suy giảm CLCS so với người không có (hệ số -0,28; p-value = 0,00). Liên quan tới học vấn và hôn nhân, theo đó, những người có học vấn THCS có CLCS cao hơn so với nhóm tham chiếu với trình độ Tiểu học trở xuống (hệ số 0,13, p-value = 0,04) và những người không thuộc nhóm Kết hôn có CLCS cao hơn hẳn, với hệ số hồi quy tính toán được là 0,23 (p-value = 0,04).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, vấn đề sức khoẻ chủ yếu gặp trên đối tượng bệnh nhân mới nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong giai đoạn nghiên cứu chủ yếu là các vấn đề về đau, khó chịu và lo lắng, buồn phiền. Khi phân tích hồi quy có kiểm duyệt Tobit xác định mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống với các yếu tố nhân khẩu học, chẩn đoán, và tình trạng lo âu, trầm cảm trên đối tượng bệnh nhân ung thư mới nhập viện lần đầu, chúng tôi nhận thấy, các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đa phần là các yếu tố đến từ cá nhân người bệnh trong quá trình sống và sinh hoạt trước khi nhập viện; trong quá trình điều trị, vấn đề trầm cảm và

khó khăn tài chính phải đối mặt là những yếu tố được chứng minh gây suy giảm chất lượng cuộc sống.

Theo đó, nhóm bệnh nhân cao tuổi (từ 60 – 70) có hệ số chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L thấp hơn so với nhóm tham chiếu với độ tuổi trẻ hơn từ 16 – 34 tuổi. Kết quả này có sự sai khác so với nghiên cứu của Gopalakrishnan Netuveli đã được công bố năm 2008, rằng độ tuổi không gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống nói chung của bệnh nhân.¹¹ Chúng tôi nhận định rằng, do người lớn tuổi, có mối liên quan tới việc suy giảm thể chất, một khía cạnh được đề cập đến trong nghiên cứu CLCS,¹² do đó kết quả có chất lượng cuộc sống suy giảm so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Người bệnh là dân tộc thiểu số cũng có chất lượng cuộc sống thấp hơn với hệ số hồi quy - 0,48 (p-value = 0,01) so với bệnh nhân người Kinh. Điều này có thể giải thích do người dân tộc thiểu số vẫn còn những rào cản hình thành từ một số tập quán, thói quen, văn hóa của người dân tộc thiểu số tại đây khiến họ chưa tiếp cận được đầy đủ các dịch vụ y tế cơ bản,¹³ dẫn đến việc suy giảm chất lượng cuộc sống trong thời gian đầu mới nhập viện. Những người có trình độ học vấn tốt nghiệp THCS được xác định có chất lượng cuộc sống cao hơn so với nhóm chưa hoàn thành/hoàn thành bậc Tiểu học với p-value = 0,04. Với tình trạng hôn nhân, kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống có sự giảm sút ở những bệnh nhân đã kết hôn – nhóm tham chiếu so với nhóm còn lại, trái ngược so với kết quả thu được khi phân tích tổng quan của Anne Shrestha và cộng sự, hay của MS Heydarnejad trên đối tượng bệnh nhân ung thư điều trị hoá chất, rằng chất lượng cuộc sống không bị ảnh hưởng bởi yếu tố này.^{12,14} Trong quá trình điều trị, những khó khăn tài chính gặp phải cũng được nhận định là một yếu tố nguy cơ dẫn tới suy giảm chất lượng cuộc sống. Theo

như nghiên cứu thuần tập tiến cứu của Zafar SY và cộng sự, gánh nặng tài chính cao cũng liên quan đến chất lượng cuộc sống kém hơn (beta hiệu chỉnh = -0,06; $P < 0,001$),¹⁵ hay cụ thể hơn, trong nghiên cứu trên 2108 bệnh nhân của Kathleen M. Fenn, nhóm bệnh nhân trả lời ung thư gây ra "nhiều" vấn đề tài chính có xác suất đánh giá chất lượng cuộc sống của họ ở mức "tuyệt vời", "rất tốt" hoặc "tốt" (tỷ lệ chênh lệch = 0,24; KTC 95%, 0,14 đến 0,40; $P < 0,001$) ít hơn 4 lần so với nhóm còn lại. Gánh nặng tài chính gia tăng do chi phí chăm sóc bệnh ung thư là yếu tố dự báo mạnh nhất về chất lượng cuộc sống kém ở những người sống sót sau điều trị.¹⁶

Trong khi chưa xác định được mối liên hệ giữa phân loại lo âu theo thang GAD-7 với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư mới nhập viện, chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân được sàng lọc có trầm cảm có xu hướng có chất lượng cuộc sống kém hơn so với nhóm không có. Nghiên cứu trên 93 bệnh nhân xạ trị xuất bản bởi E Frick và nhóm nghiên cứu đã chứng minh rằng lo âu và trầm cảm có liên quan mật thiết đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân,¹⁷ và nếu những thông tin về vấn đề trầm cảm của bệnh nhân có thể được tiếp cận bởi đội ngũ nhân viên chăm sóc sức khỏe, sẽ giúp cải thiện các can thiệp tâm lý xã hội ở bệnh nhân ung thư.¹⁸

Với các yếu tố nhân khẩu học giới tính, phân loại lo âu hay loại ung thư được chẩn đoán, chúng tôi chưa tìm ra mối tương quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư mới nhập viện lần đầu, như đã được đề cập ở các nghiên cứu trước đây trên đối tượng bệnh nhân ung thư.^{12,19}

Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số:

Sai số chủ yếu của nghiên cứu bao gồm sai

số thông tin do quá trình nhớ lại của bệnh nhân, khác biệt trong năng lực đặt câu hỏi của điều tra viên, sai số trong vấn đề ghi chép, nhập liệu. Để khắc phục tối đa các sai số, nhóm nghiên cứu thực hiện tập huấn kỹ điều tra viên, thử nghiệm bộ công cụ qua đó điều chỉnh hợp lý để phù hợp với người bệnh và mục tiêu nghiên cứu, sử dụng các file check để khống chế các sai số không logic trong quá trình nhập.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên đối tượng 263 bệnh nhân Ung thư mới nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội sử dụng bộ công cụ EQ-5D-5L đã được chuẩn hoá tại Việt Nam cho thấy, vấn đề sức khỏe chủ yếu gặp trên đối tượng bệnh nhân trong giai đoạn nghiên cứu chủ yếu là các vấn đề về đau, khó chịu và lo lắng, buồn phiền. Nhóm tuổi người già 60 - 70, dân tộc thiểu số, học vấn Tiểu học/dưới Tiểu học, đã kết hôn, mắc trầm cảm, đối mặt với những khó khăn tài chính trong quá trình điều trị có khả năng bị suy giảm chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm ra được mối liên quan có ý nghĩa thống kê chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ EQ-5D-5L với yếu tố giới tính, lo âu hay loại ung thư. Các can thiệp cần tập trung vào các đối tượng bệnh nhân mới nhập viện lần đầu với các đặc điểm nhân đã đề cập, để nâng cao CLCS cho bệnh nhân, tối ưu hoá việc điều trị.

Lời cảm ơn

Xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Ung bướu Hà Nội đã tạo điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO | WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHO. Accessed July 7, 2020. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/>

en/

2. Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dental Clinics of North America*. 2018;62(1):143-154. doi:10.1016/j.cden.2017.09.001

3. Sterba KR, Zapka J, Cranos C, Laursen A, Day TA. Quality of Life in Head and Neck Cancer Patient-Caregiver Dyads: A Systematic Review. *Cancer Nursing*. 2016;39(3):238-250. doi:10.1097/NCC.0000000000000281

4. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):445-450. doi:10.4103/IJPC.IJPC_82_17

5. Fallowfield L. Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer*. 2002;2(11):873-879. doi:10.1038/nrc930

6. Rogers S. Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):S49-S52.

7. Nguyen LH, Tran BX, Hoang Le QN, Tran TT, Latkin CA. Quality of life profile of general Vietnamese population using EQ-5D-5L. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;15(1):199. doi:10.1186/s12955-017-0771-0

8. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*. 2020;29(7):1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7

9. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184(3):E191-E196. doi:10.1503/cmaj.110829

10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.

Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

11. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull*. 2008;85(1):113-126. doi:10.1093/bmb/ldn003

12. Shrestha A, Martin C, Burton M, Walters S, Collins K, Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology*. 2019;28(7):1367-1380. doi:10.1002/pon.5054

13. Anh PT, Việt LH. Tiếp cận dịch vụ y tế và chăm lo sức khỏe đối với đồng bào dân tộc thiểu số (Nghiên cứu trường hợp huyện Na Hang, tỉnh Tuyên Quang). *Tạp chí Nghiên cứu dân tộc*. 2020;9(2). doi:10.25073/0866-773X/429

14. Heydarnejad M, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci*. 2011;11(2):266-270.

15. Zafar SY, McNeil RB, Thomas CM, Lathan CS, Ayanian JZ, Provenzale D. Population-based assessment of cancer survivors' financial burden and quality of life: a prospective cohort study. *J Oncol Pract*. 2015;11(2):145-150. doi:10.1200/JOP.2014.001542

16. Fenn KM, Evans SB, McCorkle R, et al. Impact of Financial Burden of Cancer on Survivors' Quality of Life. *JOP*. 2014;10(5):332-338. doi:10.1200/JOP.2013.001322

17. Frick E, Tyroller M, Panzer M. Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2007;16(2):130-136. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00720.x

18. McLachlan SA, Allenby A, Matthews J, et al. Randomized trial of coordinated

psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19(21):4117-4125. doi:10.1200/JCO.2001.19.21.4117

19. Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Longo WE, Rohde V, Kremer B. Gender Differences in Quality of Life of Patients with Rectal Cancer. A Five-Year Prospective Study. *World J Surg.* 2005;29(12):1630-1641. doi:10.1007/s00268-005-0067-0

Summary

QUALITY OF LIFE OF NEWLY ADMITTED PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Quality of life (QoL) is an important indicator of cancer monitoring before, during, and after treatment. The study aims to describe QoL and its relationship with demographic characteristics, disease characteristics and anxiety and depression disorders in cancer patients who have been hospitalized for the first time at Hanoi Oncology Hospital, 2019. The research team conducted direct interviews with 263 patients, using EQ-5D-5L questionnaires to evaluate QoL, GAD-7 to screen for anxiety disorders, PHQ-9 to evaluate depression. Results: the main health problems met in the patients during research period were mainly pain, irritability and anxiety, sadness.; ethnic minorities, primary/under primary education, elderly, marriage, depression, having a financial burden during treatment are related to impaired QoL. In the first stage of hospital admission, the intervention should focus on the above groups of patients to improve their quality of life, increase treatment efficiency.

Keywords: Quality of life, cancer patients, newly admitted.