

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



NGUYỄN XUÂN THÀNH

**THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG, MỘT SỐ YẾU TỐ
LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NỮ UNG THƯ SINH DỤC VÀ HIỆU
QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP TẠI
BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG – 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN XUÂN THÀNH

**THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG, MỘT SỐ YẾU TỐ
LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NỮ UNG THƯ SINH DỤC VÀ HIỆU
QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP TẠI
BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Nguyễn Văn Khải**
- 2. GS.TS. Phạm Minh Khuê**

HẢI PHÒNG – 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Xuân Thành, nghiên cứu sinh chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y dược Hải Phòng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Văn Khải và GS.TS. Phạm Minh Khuê.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Hải Phòng, ngày tháng năm 2022

Người thực hiện

Nguyễn Xuân Thành

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, tôi xin chân thành cảm ơn: Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau Đại học, Trường Đại học Y dược Hải Phòng.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Văn Khải và GS.TS. Phạm Minh Khuê những người Thầy đã hết lòng dạy bảo, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và trực tiếp hướng dẫn tôi hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy, Cô trong Hội đồng chấm luận án đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu trường Đại học Y dược Hải Phòng, Phòng Đào tạo và Công tác học sinh sinh viên đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình học tập.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc bệnh viện K, Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến, lãnh đạo các khoa, phòng và cán bộ y tế tham gia nghiên cứu đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Cuối cùng, tôi cũng xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới gia đình, bạn bè và những người thân yêu nhất đã dành cho tôi sự yêu thương, chăm sóc tận tình, đã động viên, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Hải Phòng, ngày tháng năm 2022

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Xuân Thành

DANH MỤC NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	Hiệp hội kiểm soát Ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer)
AMT	Xoa bóp trị liệu Anma (Anma Massage Therapy)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BV	Bệnh viện
CLCS	Chất lượng cuộc sống
CN, ND	Công nhân, nông dân
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
COVID-19	Đại dịch bệnh truyền nhiễm do tác nhân là virus SARS- CoV-2 gây ra năm 2019
CT	Can thiệp
CTC	Cổ tử cung
ĐLC	Độ lệch chuẩn
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
EORTC - QLQ	Bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống của tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire)
FIGO	Liên đoàn Phụ khoa và Sản khoa Quốc tế (The International Federation of Gynecology and Obstetrics)
HDI	Chỉ số phát triển con người (Human Development Index)
GLOBOCAN	Tổ chức ung thư toàn cầu
IACR	Cơ quan ghi nhận ung thư quốc tế (International Association of Cancer Registries)
KTC	Khoảng tin cậy
RCT	Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (Randomized controlled trial)

NB	Người bệnh
NC	Nghiên cứu
NVYT	Nhân viên y tế
TB	Trung bình
TC	Tử cung
UICC	Hiệp hội Kiểm soát Ung thư Quốc tế (The Union for International Cancer Control)
UT	Ung thư
UTAH	Ung thư âm hộ
UTBT	Ung thư buồng trứng
UTCTC	Ung thư cổ tử cung
UTNMTC	Ung thư nội mạc tử cung
UTSDD	Ung thư sinh dục dưới
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	3
1.1 Một số đặc điểm của ung thư sinh dục dưới	3
1.1.1 Định nghĩa ung thư	3
1.1.2 Các giai đoạn và điều trị của một số loại ung thư sinh dục dưới	3
1.2 Tổng quan về “Chất lượng cuộc sống”	10
1.2.1 Khái niệm chất lượng cuộc sống.....	11
1.2.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư.....	12
1.2.3 Phương pháp đo lường chất lượng cuộc sống.....	16
1.3 Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư ..	19
1.3.1 Yếu tố nhân khẩu học.....	19
1.3.2 Tình trạng bệnh.....	21
1.3.3 Yếu tố khác.....	22
1.4 Các nghiên cứu về đo lường chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới và can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.....	23
1.4.1 Các nghiên cứu và can thiệp chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới trên thế giới.....	23
1.4.2 Các nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư tại Việt Nam	34
1.5 Sơ lược về bệnh viện K.....	37
1.6 Khung lý thuyết nghiên cứu	39
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	41
2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu	41
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	41

2.1.2. Thời gian nghiên cứu	42
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu.....	42
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	42
2.2.1. <i>Thiết kế nghiên cứu</i>	42
2.2.2. <i>Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu</i>	43
2.2.3. <i>Quy trình tổ chức nghiên cứu</i>	44
2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá	51
2.3.1. Biến số và chỉ số cho mục tiêu 1	51
2.3.2. Biến số và chỉ số cho mục tiêu 3	54
2.3.3. Tiêu chuẩn đánh giá	55
2.4.1. Phương pháp thu thập thông tin.....	58
2.4.2. Công cụ thu thập số liệu	59
2.5. Phương pháp xử lí và phân tích số liệu.....	60
2.6. Sai số và cách khống chế sai số	61
2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	61
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	63
3.1 Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu.....	63
3.1.1 Đặc điểm nhân khẩu học	63
3.1.2 Tình trạng bệnh	65
3.1.3 Đánh giá cảm nhận về sức khỏe hiện tại.....	67
3.1.4 Tình trạng điều trị ung thư.....	68
3.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới	69
3.2.1 Chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực chức năng.....	69
3.2.2 Chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực triệu chứng.....	76
3.2.3 Chất lượng cuộc sống tổng quát.....	82

3.3 Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới.....	85
3.4 Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống và chỉ báo căng thẳng của bệnh nhân ung thư sinh dục dưới trước và sau can thiệp	90
3.4.1 Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống sau can thiệp	90
3.4.2 Sự thay đổi của chỉ báo căng thẳng của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới trước và sau can thiệp	97
.....	97
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	102
4.1 Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới	102
4.1.1 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới	102
4.1.2 Lĩnh vực chức năng.....	104
4.1.3 Lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính.....	106
4.2 Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư.....	108
4.2.1 Yếu tố nhân khẩu học.....	108
4.2.2 Yếu tố tình trạng bệnh.....	111
4.3 Hiệu quả sau 6 tháng can thiệp tâm lý cho bệnh nhân ung thư sinh dục dưới	116
4.3.1 Kết quả sau 6 tháng can thiệp.....	117
4.4 Một số hạn chế nghiên cứu.....	126
KẾT LUẬN	128

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Phân loại quốc tế về ung thư Cổ tử cung.....	4
Bảng 1.2: Phân loại quốc tế về ung thư Buồng trứng.....	6
Bảng 1.3: Phân loại quốc tế về ung thư Nội mạc tử cung	8
Bảng 1.4: Phân loại quốc tế về ung thư âm hộ	10
Bảng 2.1: Mô hình tư vấn chuyên đề	33
Bảng 2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu	Error! Bookmark not defined.
Bảng 2.3: Mô tả bố cục của Bộ câu hỏi EORTC-C30.....	Error! Bookmark not defined.
Bảng 2.4: Mức độ stress cá nhân	Error! Bookmark not defined.
Bảng 3.1: Thông tin về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu.....	63
Bảng 3.2: Thông tin về đặc điểm tài chính của đối tượng nghiên cứu	64
Bảng 3.3: Tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	66
Bảng 3.4: Đánh giá về sức khỏe hiện tại của ĐTNC	67
Bảng 3.5: Tình trạng điều trị ung thư hiện tại.....	68
Bảng 3.6: Điểm CLCS của bệnh nhân UTSDD ở nữ	69
Bảng 3.7: Điểm chất lượng chức năng theo đặc điểm cá nhân của ĐTNC	69
Bảng 3.8: Điểm chất lượng chức năng theo việc sử dụng BHYT của ĐTNC	71
Bảng 3.9: Điểm chất lượng chức năng tình trạng tài chính của ĐTNC.....	72
Bảng 3.10: Điểm chất lượng chức năng theo đặc điểm bệnh ĐTNC	73
Bảng 3.11: Điểm CLCS lĩnh vực triệu chứng theo đặc điểm cá nhân của ĐTNC.....	77
Bảng 3.12: Điểm CLCS lĩnh vực triệu chứng theo tình trạng tài chính	78
Bảng 3.13: Điểm CLCS lĩnh vực triệu chứng theo đặc điểm bệnh ĐTNC	80
Bảng 3.14. So sánh điểm CLCS theo đặc điểm nhân khẩu học.....	82
Bảng 3.15: So sánh điểm CLCS tổng quát theo đặc điểm sức khỏe.....	83

Bảng 3.16: Các yếu tố tiên lượng CLCS theo nhân khẩu học	85
Bảng 3.17: Các yếu tố tiên lượng CLCS theo tình trạng bệnh	87
Bảng 3.18: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30)	90
Bảng 3.19: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo mặt bệnh.....	91
Bảng 3.20: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30)	91
theo giai đoạn bệnh	91
Bảng 3.21: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo các bệnh lý kèm theo.....	92
Bảng 3.22: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo thời điểm phát hiện ung thư.....	93
Bảng 3.23: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo đợt điều trị....	93
Bảng 3.24: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo phương pháp điều trị.....	94
Bảng 3.25: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo sự trì hoãn điều trị.....	94
Bảng 3.26: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng kinh tế gia đình.....	95
Bảng 3.27: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng tài chính cá nhân.....	95
Bảng 3.28: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng bỏ trị vì không đủ tiền chi trả điều trị.....	96
Bảng 3.29: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo hình thức sinh sống.....	96
Bảng 3.30: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) ở bệnh nhân có người trực tiếp hỗ trợ NVYT chăm sóc	97
Bảng 3.31: Hiệu quả trước và sau can thiệp tâm lý cho bệnh nhân UTSSD	100

Bảng 3.32: Chỉ báo Stress của bệnh nhân UTSDD ở nữ trước – sau can thiệp.....	102
---	-----

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Sơ đồ khung lý thuyết của nghiên cứu.....	Error! Bookmark not defined.
---	-------------------------------------

Hình 3.1. Chẩn đoán ung thư ở ĐTNC65

Hình 3.2: Phân loại tổng điểm các chỉ báo cơ thể trước – sau can thiệp.....	98
---	----

Hình 3.3: Phân loại tổng điểm các chỉ báo giấc ngủ trước – sau can thiệp	98
---	----

Hình 3.4: Phân loại tổng điểm các chỉ báo hành vi trước – sau can thiệp.....	99
--	----

Hình 3.5: Phân loại tổng điểm các chỉ báo cảm xúc trước – sau can thiệp	99
--	----

Hình 3.6: Phân loại tổng điểm thói quen cá nhân trước – sau can thiệp	99
---	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan, năm 2020 số lượng ca bệnh ung thư mới là 19,3 triệu người và đã gây tử vong cho 10 triệu người lớn hơn cả tổng số người chết vì các bệnh HIV/AIDS, lao và sốt rét cộng lại [1]. Ung thư sinh dục dưới (UTSDD) ở nữ là một căn bệnh phổ biến xảy ra khi có sự xuất hiện của các khối u ác tính ở các bộ phận sinh dục nữ như: cổ tử cung, buồng trứng, nội mạc tử cung, âm hộ, âm đạo. UTSDD ở nữ gây nên bởi nhiều nguyên nhân như yếu tố di truyền, chế độ sinh hoạt và ăn uống. Thống kê từ Nghiên cứu chi phí điều trị ung thư tại các quốc gia Đông Nam Á, được tiến hành tại 8 quốc gia (Việt Nam chiếm 20% bệnh nhân) trong giai đoạn 2012-2014, cho thấy bệnh nhân ung thư Việt Nam hiện đang phải gánh chịu những hệ lụy tài chính nghiêm trọng và tỉ lệ tử vong cao lên đến 55% trong vòng 1 năm sau khi được chẩn đoán [1],[2]. Ngoài ra, bệnh nhân nữ UTSDD cũng chịu những ảnh hưởng nghiêm trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống như mệt mỏi, mất ngủ, rối loạn chức năng sinh học của cơ thể và ảnh hưởng nghiêm trọng liên quan đến chức năng sinh sản, sinh dục là những trở ngại lớn cho thiên chức làm vợ, làm mẹ của người phụ nữ [3],[4],[5].

Tổ chức y tế thế giới đã định nghĩa "chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe" là những ảnh hưởng do một bệnh, tật hoặc một rối loạn sức khỏe của một cá nhân đến sự thoải mái và khả năng hưởng thụ cuộc sống của cá nhân đó [6],[7]. Theo định nghĩa này, kết quả điều trị bệnh không chỉ được xem xét dưới góc độ y khoa thuần túy mà còn dưới góc độ tâm lý, xã hội và kinh tế [8]. Ngày nay, để đo lường kết quả điều trị người ta sử dụng khái niệm "kết cục" [9] trong đó chất lượng cuộc sống (CLCS) cũng là một kết cục của điều trị. Các phương pháp điều trị UTSDD mặc dù có thể loại bỏ khối u nhưng đều ít nhiều gây ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong thời gian sống thêm sau điều trị [10],[11]. Bên cạnh việc nâng cao chất lượng điều trị và kéo dài thời

gian sống thêm cho các bệnh nhân, thì CLCS của bệnh nhân ung thư cũng là một vấn đề ngày càng được quan tâm nhiều hơn, nhất là đối với đối tượng dễ bị tổn thương như những bệnh nhân nữ UTSDĐ.

Nghiên cứu về CLCS cung cấp cho bệnh nhân những thông tin đầy đủ và toàn diện hơn về quá trình diễn tiến của bệnh cũng như tình trạng sức khỏe sau điều trị, qua đó nhân viên y tế có những giải pháp can thiệp (như lập kế hoạch tư vấn tâm lý, phục hồi chức năng,...) phù hợp giúp bệnh nhân thích nghi và hòa nhập với cuộc sống sau điều trị [8],[12]. Tuy nhiên, ở Việt Nam cho đến nay chưa có nghiên cứu nào được công bố về thực trạng CLCS của bệnh nhân nữ UTSDĐ cũng như thực hiện các can thiệp tâm lý cải thiện CLCS một cách có hệ thống cho những người bệnh này. Vậy, thực trạng CLCS của bệnh nhân UTSDĐ đang điều trị tại bệnh viện tại Việt Nam như thế nào? Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân nữ UTSDĐ là gì? Liệu rằng kết quả can thiệp lên bệnh nhân UTSDĐ có giúp cải thiện CLCS của họ hay không? Hiệu quả của can thiệp được chứng minh không chỉ giúp ích cho cải thiện CLCS của bệnh nhân nữ mắc ung thư sinh dục mà từ đó giúp hệ thống chăm sóc có các chính sách, hoàn thiện tổ chức nâng cao chất lượng dịch vụ [3],[13]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu ***“Thực trạng chất lượng cuộc sống, một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại bệnh viện K Trung ương”*** với các mục tiêu như sau:

1. *Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ bị ung thư sinh dục dưới tại bệnh viện K năm 2020.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu trên*

3. *Đánh giá hiệu quả của can thiệp hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống và tình trạng căng thẳng của bệnh nhân nữ bị ung thư sinh dục dưới tại bệnh viện K năm 2021.*

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1 Một số đặc điểm của ung thư sinh dục dưới

1.1.1 Định nghĩa ung thư

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào, khi bị kích thích của các tác nhân sinh ung thư, tế bào tăng sinh một cách vô hạn độ, vô tổ chức không tuân theo các cơ chế kiểm soát về phát triển cơ thể [14].

1.1.2 Các giai đoạn và điều trị của một số loại ung thư sinh dục dưới

Việc phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm để có những biện pháp can thiệp phù hợp bằng phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị sẽ giúp người bệnh chữa khỏi hoàn toàn hoặc kéo dài sự sống [15].

Chẩn đoán giai đoạn là đánh giá sự phát triển, xâm lấn và lan tràn của ung thư bao gồm đánh giá tình trạng tại chỗ, tại vùng và tình trạng di căn. Chẩn đoán giai đoạn cần thiết cho 2 mục đích cơ bản. Thứ nhất, đối với người bệnh giúp đánh giá và tiên lượng bệnh để lựa chọn phác đồ điều trị tối ưu hóa. Thứ hai, đối với đối với cơ sở điều trị việc chẩn đoán góp phần xác định phương hướng điều trị; bên cạnh đó còn so sánh và đánh giá các thông tin điều trị giữa các cơ sở y tế với nhau [15],[16],[17].

1.1.2.1 Ung thư Cổ tử cung

Ung thư CTC là loại ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ sau ung thư vú, ung thư đại trực tràng và ung thư phổi. Năm 2018, thế giới có khoảng 570.000 ca mới mắc và 311 000 trường hợp tử vong vì căn bệnh này. Trong khi đó, xảy ra tỷ lệ điều trị khỏi phụ thuộc vào giai đoạn bệnh [18]. Theo kết quả nghiên cứu của Cecilia năm 2017 thì dưới 50% phụ nữ bị mắc ung thư cổ tử cung và sống sót khi được phát hiện ở giai đoạn sớm ở các nước thu nhập thấp. Tỷ lệ này ở các nước thu nhập cao là 66% [19]. Với ung thư CTC ở giai đoạn chưa xâm lấn, chỉ định cắt bỏ là một trong những phương pháp tối ưu, tuy nhiên nó sẽ phù hợp với những phụ nữ đã lập gia đình và có con vì phương pháp này sẽ ảnh

hưởng lớn đến khả năng sinh con của người phụ nữ. Việc cắt bỏ một phần TC khiến phụ nữ sẽ không sinh được con, việc này ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và chức năng sinh sản, sinh dục của người phụ nữ, đặc biệt là những người còn trẻ. Vì vậy, phát hiện sớm ung thư CTC là yếu tố quyết định đến tiên lượng sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Theo Ủy ban quốc tế Phòng chống Ung thư (UICC) và Hiệp hội Hoa Kỳ kiểm soát Ung thư (AJCC) ung thư CTC được phân giai đoạn FIGO [20] như sau:

Bảng 1.1: Phân loại quốc tế về ung thư Cổ tử cung

Giai đoạn	Mô tả
I	Ung thư khu trú hạn chế ở CTC (sự mở rộng vào tử cung có thể không được đề ý)
IA	Ung thư được chẩn đoán chỉ bằng kính hiển vi, với sự xâm nhập mô đệm ≤ 5 mm chiều sâu* IA1: Xâm nhập mô đệm được đo < 3 mm chiều sâu IA2: Xâm nhập mô đệm được đo ≥ 3 mm và < 5 mm chiều sâu
IB	Đo xâm lấn ≥ 5 mm (lớn hơn giai đoạn IA) với tổn thương giới hạn ở cổ tử cung. IB1: Thương tổn nhìn thấy trên lâm sàng có kích thước lớn nhất < 2 cm IB2: Thương tổn nhìn thấy lâm sàng có kích thước lớn ≥ 2 và < 4 cm IB3: Thương tổn ở kích thước lớn nhất ≥ 4 cm
II	Ung thư lan ra CTC nhưng chưa tới thành chậu. Ung thư tới cả âm đạo nhưng không qua 1/3 dưới
IIA	Giới hạn ở 2/3 trên của âm đạo mà không có tham số rõ ràng IIA1: Tổn thương lâm sàng có thể quan sát bằng mắt nhỏ hơn 4cm IIA1: Tổn thương lâm sàng có thể quan sát bằng mắt lớn hơn 4cm

IIB	Xâm lấn vùng xung quanh cổ tử cung nhưng không đến khung chậu
III	Lan rộng tới thành khung chậu và/hoặc xâm lấn 1/3 dưới của âm đạo và/hoặc gây chứng ứ nước thận hoặc thận không còn chức năng
IIIA	Lan rộng tới 1/3 dưới của âm đạo nhưng không vào thành khung chậu
IIIB	Lan rộng tới thành khung chậu và/hoặc gây ứ nước thận hoặc thận mất chức năng
IIIC†	Liên quan đến các hạch bạch huyết vùng chậu và/hoặc cạnh động mạch chủ, bất kể kích thước và khối u (với các ký hiệu r và p)† IIIC1: Di căn đến hạch bạch huyết vùng chậu IIIC2: Hạch bạch huyết cạnh động mạch chủ ở trên thận
IV	Mở rộng ra ngoài khung chậu thật hoặc liên quan đến niêm mạc bàng quang hoặc trực tràng đã được chứng minh bằng sinh thiết
IVA	Phát triển lan vào các cơ quan lân cận vùng chậu
IVB	Phát triển vào các cơ quan xa

* Nếu nghi ngờ giai đoạn, nên phân giai đoạn thấp hơn. Chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh có thể sử dụng để bổ sung cho dấu hiệu lâm sàng khi xác định kích thước khối u và độ lan truyền ở tất cả các giai đoạn. Độ sâu của tổn thương xâm nhập phải được đo từ màng đáy của biểu mô (bề mặt hoặc tuyến) từ nơi nó bắt đầu. Sự xâm lấn vào vùng mạch máu (tĩnh mạch hoặc bạch huyết) không nên làm thay đổi giai đoạn. Bên ngoài của tổn thương không còn được xem xét.

† Ký hiệu r (hình ảnh) và/hoặc p (bệnh lý) nên được thêm vào để chỉ ra các phương pháp được sử dụng để chỉ định giai đoạn IIIC (ví dụ, giai đoạn IIICp). Các loại hình ảnh hoặc kỹ thuật bệnh lý được sử dụng phải luôn luôn được ghi lại.

1.1.2.2 Ung thư buồng trứng

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong bảy ung thư thường gặp ở phụ nữ. Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, khoảng 314.000 ca ung thư buồng

trứng mới và 207.000 ca tử vong vào năm 2020. Có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ mắc bệnh theo địa lý, trong đó tỷ lệ cao nhất được quan sát thấy ở các nước châu Âu có HDI rất cao và tỷ lệ thấp được tìm thấy ở các nước châu Phi trong nhóm HDI thấp nhất [21].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Hải Phương, Trần Huy Thịnh và cộng sự cũng đã cho thấy độ tuổi mắc UTBT chiếm tỷ lệ cao từ 40 – 59 tuổi; tuy nhiên kết quả cho thấy tỷ lệ ít gặp bệnh nhân ung thư buồng trứng trong nhóm chưa mãn kinh hoặc chưa có kinh [22], trong khi đó nghiên cứu của Phạm Thị Diệu Hà có đến 70% phụ nữ mãn kinh mắc ung thư buồng trứng [23].

Theo phân loại UTBT theo các giai đoạn FIGO [24] phiên giải ra tiếng Việt như sau:

Bảng 1.2: Phân loại quốc tế về ung thư Buồng trứng

Giai đoạn	Mô tả
I	Khối u giới hạn ở buồng trứng hoặc ống dẫn trứng
IA	Khối u giới hạn ở một buồng trứng (vỏ u còn nguyên vẹn) hoặc ống dẫn trứng; không có u trên bề mặt bên ngoài của buồng trứng hoặc ống dẫn trứng; và không có tế bào ác tính trong dịch ổ bụng hoặc trong dịch rửa phúc mạc
IB	Khối u giới hạn ở cả hai buồng trứng (vỏ nang còn nguyên vẹn) hoặc ống dẫn trứng; không có u trên bề mặt bên ngoài của buồng trứng hoặc ống dẫn trứng; và không có tế bào ác tính trong dịch ổ bụng hoặc trong dịch rửa phúc mạc
IC	Khối u giới hạn ở một hoặc cả hai buồng trứng hoặc ống dẫn trứng, cộng với bất kỳ trường hợp nào sau đây: IC1: Phẫu thuật làm vỡ u

	<p>IC2: Vỡ u bị vỡ trước khi phẫu thuật hoặc khối u trên bề mặt buồng trứng hoặc ống dẫn trứng</p> <p>IC3: Tế bào ác tính trong dịch ổ bụng hoặc trong dịch rửa phúc mạc</p>
II	Khối u có xâm lấn đến một hoặc hai buồng trứng hoặc ống dẫn trứng có lan rộng ra vùng chậu (phần chậu dưới) hoặc ung thư phúc mạc nguyên phát
IIA	Lan rộng và/hoặc cấy vào tử cung, ống dẫn trứng, và/hoặc buồng trứng
IIB	Lan rộng tới các tổ chức khác trong vùng phúc mạc chậu
III	Khối u liên quan đến một hoặc cả hai buồng trứng hoặc ống dẫn trứng hoặc ung thư phúc mạc nguyên phát với di căn phúc mạc được xác nhận bằng kính hiển vi bên ngoài khung chậu và/hoặc di căn đến các hạch bạch huyết sau phúc mạc
IIIA	<p>Dương tính các hạch bạch huyết sau phúc mạc, có hoặc không có các triệu chứng di căn phúc mạc vi thể lan rộng ra ngoài khung chậu</p> <p>IIIA1: Dương tính chỉ ở các hạch bạch huyết sau phúc mạc (được chứng minh dựa trên mô học và tế bào học)</p> <ul style="list-style-type: none"> • IIIA1 (I): Di căn ≤ 10 mm ở kích thước lớn nhất • IIIA1 (II): Di căn > 10 mm ở kích thước lớn nhất <p>IIIA2: Tổn thương vi thể ngoài vùng chậu (ngoài phần chậu thấp), có hoặc không có dương tính các hạch bạch huyết sau phúc mạc</p>
IIIB	Di căn đại thể lan rộng ra ngoài vùng chậu và kích thước lớn nhất khối u ≤ 2 cm, có hoặc không có dương tính hạch bạch huyết sau phúc mạc

IIC	Di căn đại thể lan rộng ra ngoài vùng chậu và kích thước lớn nhất khối u > 2 cm có hoặc không có di căn đến các hạch bạch huyết sau phúc mạc (bao gồm lan rộng khối u đến bao gan và lá lách mà không có sự liên quan nhu mô của một trong hai bộ phận)
IV	Di căn xa
IVA	Tràn dịch màng phổi với tế bào học dương tính
IVB	Di căn vào nhu mô và di căn đến các cơ quan ngoài ổ bụng (bao gồm hạch bạch huyết bên và hạch bạch huyết bên ngoài ổ bụng)

1.1.2.3 Ung thư Nội mạc tử cung

Là loại bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với 75-80% sau năm kinh, tuổi trung bình là 60 tuổi. Tuy nhiên, có khoảng 20% trường hợp gặp ở những phụ nữ tiền năm kinh, 5% ở phụ nữ dưới 40 tuổi; là bệnh ác tính đường sinh dục hay gặp nhất ở các nước phát triển. Tại Mỹ nguy cơ ung thư nội mạc tử cung ở phụ nữ da trắng là 2,4% so với 1,3% các phụ nữ da đen [25].

Theo Ủy ban quốc tế Phòng chống Ung thư (UICC) và Hiệp hội kiểm soát Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) ung thư NMTC được phân giai đoạn theo FIGO [24] như sau:

Bảng 1.3: Phân loại quốc tế về ung thư Nội mạc tử cung

Giai đoạn*,†	Mô tả
I	Khối u khu trú ở thân tử cung.
IA	Khối u khu trú ở nội mạc tử cung hay xâm lấn < ½ bề dày cơ tử cung.
IB	Khối u xâm lấn > ½ bề dày cơ tử cung.

II	Khối u thâm nhiễm CTC nhưng chưa vượt ra ngoài TC (<i>lan tới tuyến kênh cổ tử cung chưa xâm lấn mô đệm vẫn là giai đoạn I</i>).
III	Khối u lan rộng tại chỗ và/hoặc tại vùng
IIIA	Khối u thâm nhiễm phúc mạc TC và/hoặc 2 phần phụ
IIIB	Khối u thâm nhiễm âm đạo và/hoặc nền dây chằng rộng
IIIC	Khối u thâm nhiễm thành chậu và/hoặc hạch cạnh động mạch chủ IIIC1: Di căn hạch chậu IIIC2: Di căn hạch động mạch chủ bụng, hạch chậu (+/-)
IV	Khối u thâm nhiễm vùng chậu (bàng quang, thành ruột ...) có di căn xa
IVA	Khối u thâm nhiễm bàng quang, thành ruột
IVB	Khối u di căn xa: di căn đến các hạch bạch huyết bẹn, phổi, gan, hoặc bệnh trong ổ bụng

* Ung thư niêm mạc tử cung thường được thực hiện đánh giá giai đoạn qua phẫu thuật.

† Đối với tất cả trừ giai đoạn IVB, Độ mô bệnh học - Grade (G) cho biết tỷ lệ phần trăm trong khối u không phải tế bào vảy hay không có thành phần tế bào phôi trưởng thành:

- G1: $\leq 5\%$
- G2: 6-50%
- G3: $> 50\%$ *

Nhân tế bào không điển hình quá mức làm tăng bậc u G1 hoặc G2 lên 1. Trong ung thư biểu mô tuyến thanh dịch, ung thư biểu mô tế bào sáng và ung thư biểu mô tế bào vảy, sự phân loại Grade ưu tiên dựa vào nhân tế bào. Ung thư biểu mô tuyến với sự biệt hoá tế bào vảy được phân loại mô học - bậc tùy theo mức độ nhân tế bào của thành phần tế bào tuyến.

1.1.2.4 Ung thư âm hộ, âm đạo

Trong các bệnh ung thư sinh dục của nữ giới, thì ung thư âm hộ, âm đạo là một trong những bệnh ít gặp, chiếm 3-5% UTSSD [26]. Theo nghiên cứu của Lê Trí Chinh cũng đã chỉ ra, ung thư âm hộ (UTAH) thường xảy ra ở phụ nữ lớn tuổi sau mãn kinh; việc phát hiện UTAH dễ hơn phát hiện các UTSSD khác vì nó ở bề mặt [27]. Tuy nhiên đa số bệnh nhân ở Việt Nam được phát hiện và điều trị đều ở giai đoạn muộn; việc chẩn đoán chính xác và phát hiện sớm giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Theo Ủy ban quốc tế Phòng chống Ung thư (UICC) và Hiệp hội Hoa Kỳ kiểm soát Ung thư (AJCC) UTAH được phân giai đoạn theo FIGO [28] như sau:

Bảng 1.4: Phân loại quốc tế về ung thư âm hộ

Giai đoạn	Mô tả
I	Khối u xâm lấn ở âm hộ
IA	Tổn thương đường kính ≤ 2 cm không có hạch bệnh lý và xâm lấn sâu ≤ 1 mm
IB	Tổn thương đường kính > 2 cm không có hạch bệnh lý và xâm lấn sâu > 1 mm
II	Khối u xâm lấn 1/3 dưới âm đạo, hoặc 1/3 dưới niệu quản hoặc hậu môn, và N0
III	Khối u có hoặc không xâm lấn 1/3 dưới âm đạo hoặc 1/3 dưới niệu quản hoặc hậu môn, và di căn hạch vùng bẹn – đùi.
IIIA	Một tổn thương di căn (≥ 5 mm) hoặc 1 đến 2 tổn thương hoặc hơn (< 5 mm)
IIIB	Hai tổn thương di căn hoặc hơn (≥ 5 mm) hoặc 3 tổn thương di căn (< 5 mm)
IIIC	Vỡ bao hạch
IV	Khối u có xâm lấn 2/3 trên âm đạo hoặc 2/3 trên niệu quản hoặc các cơ quan xa.
IVA	Khối u có xâm lấn 2/3 trên âm đạo hoặc 2/3 trên niệu quản hoặc niêm mạc bàng quang hoặc niêm mạc trực tràng hoặc khu trú khung chậu.
IVB	Di căn xa (kể cả hạch bệnh lý vùng tiểu khung)

1.2 Tổng quan về “Chất lượng cuộc sống”

1.2.1 Khái niệm chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống là một khái niệm được sử dụng rộng rãi trong khoa học xã hội liên quan đến các khía cạnh khác nhau của đời sống và thường bao gồm các nhận định chủ quan của các cá nhân về cả các khía cạnh tích cực cũng như tiêu cực của cuộc sống [9],[29]. Thuật ngữ CLCS là một thuật ngữ đa chiều, vì vậy việc phân tích các phạm trù CLCS được nhiều ngành nhiều lĩnh vực nghiên cứu với các tiêu chí khác nhau.

CLCS có thể được định nghĩa là: “nhận thức của mỗi cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống, trong bối cảnh về hệ thống văn hóa và giá trị mà họ đang sống, có liên quan đến các mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và các mối quan tâm của mỗi cá nhân. CLCS bị ảnh hưởng bởi tình trạng thể chất, tâm lý, mức độ độc lập, mối quan hệ xã hội và mối quan hệ của họ với những đặc trưng của môi trường theo một cách thức phức tạp” [30].

Trong lĩnh vực y tế, khái niệm CLCS liên quan đến sức khỏe bắt đầu xuất hiện từ những năm 1980. Mặc dù có rất nhiều các khái niệm về CLCS khác nhau nhưng nhìn chung, nhiều tác giả nhận định rằng CLCS liên quan đến sức khỏe là một khái niệm đa chiều và là đánh giá chủ quan của cá nhân về các tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, mối quan hệ xã hội và các khía cạnh liên quan khác [31],[32],[33].

Trong các nghiên cứu thuộc lĩnh vực y tế, tình trạng sức khỏe (bao gồm cả sự khỏe mạnh về thể chất và tâm thần) và các hoạt động của các bộ phận chức năng cơ thể được xem là những khía cạnh quan trọng nhất của CLCS, tuy nhiên cần lưu ý rằng tình trạng sức khỏe không phải là phạm trù duy nhất của CLCS. Trong các nghiên cứu về ung thư, tác giả Carol đã tổng kết 4 phạm trù cơ bản trong khái niệm CLCS [34], bao gồm:

Sức khỏe thể chất: Bao gồm các chỉ báo về chức năng vận động và cường

độ hoạt động, các dấu hiệu liên quan đến bệnh tật, hoạt động tình dục.

Sức khỏe tâm thần/ tinh thần: Bao gồm các chỉ báo về mức độ hài lòng với cuộc sống, căng thẳng và lo lắng, trầm cảm, tự trọng, khả năng ứng phó, hy vọng, cảm giác bất ổn, khả năng kiểm soát đối với cuộc sống.

Khía cạnh xã hội và kinh tế: Bao gồm các chỉ báo về việc làm, giáo dục, tình trạng thu nhập, nhà ở, bạn bè và các mối quan hệ xã hội, sự hỗ trợ xã hội và sự hài lòng với môi trường sống.

Khía cạnh gia đình: Bao gồm các chỉ báo về mối quan hệ với bạn đời, con cái và hạnh phúc gia đình.

Một tổng quan hệ thống trên 53 bài báo của tác giả Bloom và cộng sự cũng tổng kết về 4 phạm trù cơ bản trong khái niệm CLCS thường được sử dụng trong các nghiên cứu đối với bệnh ung thư [35], bao gồm:

Sức khỏe thể chất: Bao gồm các chỉ báo về sự kiểm soát hay giảm nhẹ của các triệu chứng bệnh và sự duy trì các chức năng của cơ thể và sự độc lập.

Sức khỏe tâm thần: Chỉ khả năng duy trì và kiểm soát tâm lý trước việc mắc bệnh, bao gồm các chỉ báo về sự lo lắng, căng thẳng, sợ hãi cũng như những thay đổi tích cực về tâm lý để ứng phó với việc mắc bệnh.

Khía cạnh xã hội: chỉ nỗ lực ứng phó với các ảnh hưởng của việc mắc bệnh.

Khía cạnh tinh thần/ tâm linh: chỉ khả năng duy trì hy vọng và sống có ích khi trải qua tình trạng bệnh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thuật ngữ CLCS liên quan đến sức khỏe, với cách viết ngắn gọn là CLCS, sử dụng khái niệm của tác giả Bloom và cộng sự về 4 phạm trù được tổng kết trong các nghiên cứu về CLCS của người bệnh ung thư [35].

1.2.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Đánh giá CLCS của bệnh nhân nữ UTSSD là mục tiêu quan trọng trong điều trị ung thư. Chẩn đoán ung thư thường gây nên những cảm xúc tiêu cực cho bệnh nhân ung thư, ngoài ra việc điều trị ung thư còn gây nên nhiều tác dụng phụ gây ảnh hưởng lớn đến CLCS của bệnh nhân. Như trong chẩn đoán ung thư và điều trị đã ảnh hưởng tới rất nhiều các lĩnh vực của cuộc sống như: sức khỏe, chế độ ăn uống, thu nhập, giải trí tích cực, vui chơi giải trí thụ động, tình hình tài chính, mối quan hệ vợ chồng, đời sống tình dục, quan hệ gia đình, quan hệ xã hội, sự thể hiện bản thân, biểu hiện tôn giáo và cộng đồng [36].

1.2.2.1 Về thể chất

Thay đổi về thể chất là có ở hầu hết các bệnh nhân ung thư, đó là các dấu hiệu để họ đi khám hoặc cần đến sự trợ giúp của nhân viên y tế. Tùy thuộc vào loại ung thư và phương thức điều trị mà bệnh nhân ung thư gặp các vấn đề thể chất khác nhau. Theo nghiên cứu của Bùi Vũ Bình về CLCS của các bệnh nhân ung thư cũng chỉ ra rằng họ đã phải trải qua sự mệt mỏi, lo âu, đau đớn, ói mửa, thờnh, ăn không ngon, thay đổi ở da và móng tay [3].

Đau cũng là một trong các triệu chứng của một số bệnh ung thư làm giảm CLCS và đau ảnh hưởng đến chức năng thể chất và có tác động đến tâm lý tình cảm. Đau do ung thư là đa chiều, là mối quan tâm sức khỏe cộng đồng luôn được chú ý. Đau do ung thư là bệnh mãn tính và thường đại diện vấn đề lớn nhất về thể chất đối với các bệnh nhân [37]. Đau lâu dài gây nên trầm cảm, lo âu, kiệt sức gây suy giảm CLCS. Với sự cải tiến trong điều trị, bệnh nhân ung thư có thể sống sót lâu hơn nhưng nỗi đau nếu không được kiểm soát tạo ra sự suy giảm về CLCS. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tùy loại ung thư và phương pháp điều trị mà bệnh nhân còn gặp các vấn đề về thể chất khác như: sốt, loét miệng, đau đầu, táo bón, đau khớp, loét do tỳ đè và một số thay đổi khác.

Các vấn đề thể chất bệnh nhân ung thư gặp phải gây ảnh hưởng đến cuộc sống của họ rất nhiều, hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng CLCS của các

bệnh nhân ung thư đều bị suy giảm và thường ở mức thấp.

1.2.2.2 Về tinh thần

Các bệnh nhân ung thư và gia đình của họ thường có xu hướng liên kết bệnh ung thư với cái chết. Bị chẩn đoán mắc ung thư chắc chắn đó là một cú sốc không hề nhỏ đối với tất cả các bệnh nhân thậm chí cả gia đình của họ. Căn bệnh này thường gây căng thẳng về tinh thần rất lớn [4],[5]. Và sự căng thẳng về thể chất tinh thần ấy có dẫn đến suy giảm thể chất, hạn chế các hoạt động thể chất, xã hội. Cảm xúc giận dữ, buồn bã và phiền toái là thường gặp ở các bệnh nhân ung thư nói chung [37]. Trong ung thư sự đau khổ thường trở nên sâu sắc với thời gian, tinh thần xuống dốc, nhạy cảm, gây hấn, lo lắng, thờ ơ, phụ thuộc vào tình cảm. Họ thường mất thiện chí, sức mạnh và động lực của họ để chống lại bệnh tật. Tỷ lệ trầm cảm của bệnh nhân ung thư là cao hơn gấp 3 lần so với dân số nói chung [38].

Khi được báo tin hoặc nghi ngờ mắc ung thư, bệnh nhân cũng như gia đình và người thân có tâm lý lo lắng, mất mát và sợ hãi, nhiều người có ý nghĩ tự tử, trầm cảm xuất hiện tới 80% [37]. Tâm lý là yếu tố bị ảnh hưởng và tác động lớn nhất. Nhiều bệnh nhân lo lắng về một cái chết đang đến gần, cảm thấy buồn và lo lắng về sức khỏe của họ. bệnh nhân ung thư thường thay đổi tâm trạng tiêu cực, trầm cảm, hay quên, khó tập trung [36]. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng, trong lĩnh vực chăm sóc ung thư, căng thẳng tâm lý đã được đề xuất như là một dấu hiệu quan trọng cho cuộc sống hạnh phúc, tăng căng thẳng tâm lý có liên quan đáng kể với giảm CLCS [5]. Đặc biệt ở những bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối thường có những diễn biến tâm lý: 1) Sợ bỏ rơi [2]; 2) Lo lắng sự biến dạng cơ thể và mất phẩm giá [39]; 3) Sợ đau không có đủ thuốc [39]; 4) Sợ bỏ dở công việc của bản thân, gia đình và sự nghiệp [39].

Bệnh nhân ung thư gặp rất nhiều vấn đề về tâm lý, diễn biến tâm lý mỗi người là khác nhau và rất phức tạp. Phản ứng và cách đối phó với bệnh tật của mỗi người là khác nhau ở tất cả mọi người không riêng gì bệnh nhân ung thư

được gọi là yếu tố cá tính [40]. Một người có niềm tin, có sức sống tinh thần mãnh liệt, có khát khao được sống, được hạnh phúc sẽ có ý chí chiến đấu chiến thắng bệnh tật.

Yếu tố tâm linh và niềm tin tôn giáo cũng đóng một vai trò lớn đối với bệnh nhân ung thư. Họ cuộc sống thể tìm đến sự hỗ trợ về mặt tinh thần từ các mục sư, nhà chùa tùy theo tín ngưỡng tôn giáo, nghiên cứu đã chứng minh được tầm quan trọng yếu tố tâm linh đến CLCS [41]. Sự hỗ trợ về mặt tâm linh có thể giúp họ vượt qua nỗi đau, thêm niềm tin để tiếp tục chiến đấu với bệnh tật.

1.2.2.3 Về các mối quan hệ gia đình, xã hội và đời sống tình dục

Vấn đề xã hội được đề cập là công việc, các vấn đề giao tiếp hàng ngày, các mối quan hệ xã hội. Mỗi người chúng ta ai cũng đều có các mối quan hệ gia đình, bạn bè và công việc. Bệnh nhân ung thư thường bị giảm hiệu suất công việc, giảm hiệu quả công việc do vậy họ thường né tránh các vấn đề xã hội. Khi phát hiện bản thân mắc ung thư, cảm xúc tiêu cực trong quá trình điều trị bệnh có thể phá vỡ các mối quan hệ xã hội, họ thường né tránh hoặc không có đủ thời gian và sức lực để tham gia các hoạt động chung của xã hội từ đó có thể làm giảm CLCS của họ [42].

Một nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng, ngoài các vấn đề gặp phải về thể chất và tinh thần các bệnh nhân có khối u ác tính cổ tử cung và phụ khoa khác, những người sống sót được báo cáo phải đối mặt với những thách thức đặc biệt như khó khăn trong quan hệ hôn nhân, thất vọng vì mất khả năng sinh đẻ và các vấn đề liên quan đến tình dục, tình dục chức năng và bản dạng tình dục [43],[44]. Một số nghiên cứu chứng minh rằng việc chia sẻ thông tin về bệnh tật của mình, hậu quả của nó và những suy nghĩ cảm xúc với các thành viên trong gia đình có liên quan nhiều đến điều chỉnh tích cực, tăng sự gắn kết, tâm trạng ít bị xáo trộn hơn và CLCS tốt hơn. Những bệnh nhân ung thư giữ lại cảm

xúc của mình không chia sẻ có mức độ đau khổ tâm lý cao hơn và CLCS thấp hơn [45],[46],[47]. Các mối quan hệ xã hội và CLCS của bệnh nhân ung thư có tác động qua lại lẫn nhau, ung thư làm ảnh hưởng đến các mối quan hệ gia đình xã hội nhưng ngược lại chính các mối quan hệ gia đình, xã hội ấy có thể là niềm động viên, an ủi để họ vượt qua được những thử thách với bệnh nan y này.

1.2.3 Phương pháp đo lường chất lượng cuộc sống

Bộ công cụ đo lường CLCS cho bệnh nhân ung thư được chia làm thành hai nhóm chính: [2] công cụ đo lường ứng dụng trong các tình trạng sức khỏe cụ thể (condition-specific measures) và [39] công cụ đo lường chung cho nhiều tình huống (generic measures) [27]. Các công cụ này được thiết kế để đo lường những khía cạnh được cho là có tầm quan trọng trong cuộc sống đối với những người bị mắc một bệnh cụ thể.

1.2.3.1 Các bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống chung

Trong vòng hơn một thập kỉ qua, sử dụng các bộ công cụ đo lường CLCS chung trở thành một phương pháp phổ biến nhất để đo lường CLCS của người bệnh ung thư vì bản thân các bộ công cụ này có rất nhiều ưu điểm vượt trội như khả năng ứng dụng một cách dễ dàng, đặc tính chung và tổng quát của các phạm trù sức khỏe cho phép có sự so sánh về giá trị thỏa dụng giữa các bệnh khác nhau.

Việc áp dụng các bộ công cụ đo lường CLCS chung hiện tại được nhiều tổ chức khuyến cáo sử dụng [48]. Các bộ công cụ đo lường CLCS chung được cho rằng có ưu điểm hơn so với các bộ công cụ đặc trưng vì các bộ công cụ đặc trưng có thể không có đầy đủ tất cả các phạm trù đánh giá chung để đề cập đến được toàn bộ các tác động không mong muốn trong quá trình điều trị. Trong khi đó, trong bối cảnh của điều trị ung thư, các tác dụng không mong muốn của quá trình điều trị và tác động của việc mắc bệnh có thể rất đa dạng, vì lý do đó, trong trường hợp này việc sử dụng các bộ công cụ đo lường CLCS chung lại

càng trở nên quan trọng. Các bộ công cụ đo lường CLCS chung được chỉ ra là đã sử dụng nhiều trong lĩnh vực nghiên cứu về ung thư là bộ công cụ EuroQuality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) gồm 5 phạm trù, mỗi phạm trù gồm 3 mức độ đánh giá và 1 câu hỏi đánh giá tình trạng sức khỏe chung [49].

EQ-5D cũng là bộ công cụ mà đã được sử dụng khá phổ biến trên toàn thế giới. EQ-5D là một bộ câu hỏi về tình trạng sức khỏe về 5 khía cạnh: vận động, tự chăm sóc bản thân, các hoạt động thường ngày, đau/ khó chịu và lo âu/ trầm cảm kết hợp với một câu hỏi đánh giá về tình trạng chung. Với mỗi khía cạnh, người trả lời được lựa chọn một trong ba mức độ sau:

Mức độ 1: Không gặp khó khăn/ vấn đề.

Mức độ 2: Gặp khó khăn/ vấn đề ở mức vừa phải.

Mức độ 3: Gặp khó khăn/ vấn đề ở mức trầm trọng.

Sự kết hợp khác nhau của 3 mức độ trả lời cho 5 khía cạnh tạo nên một tổ hợp gồm 245 tình trạng sức khỏe khác nhau. Mỗi tình trạng sức khỏe không gây khó khăn về vận động, có khó khăn về tự chăm sóc bản thân ở mức độ vừa phải, không gây khó khăn trong các hoạt động hàng ngày, gây đau ở mức độ vừa phải và tạo lo âu/ trầm cảm trầm trọng.

Bộ câu hỏi gồm 5 câu hỏi ngắn và dành cho người bệnh hoặc người có thể cung cấp thông tin chính xác về tình trạng sức khỏe của người bệnh. Tình trạng sức khỏe được mô tả nói trên sau đó được chuyển sang điểm CLCS. Có nhiều cách thức chuyển đổi tình trạng sức khỏe được mô tả sang điểm CLCS khác nhau tùy thuộc quốc gia thực hiện nghiên cứu. Tại Châu Á, Hàn Quốc là một trong các quốc gia đã phát triển hệ thống tính điểm CLCS cho bộ công cụ EQ-5D [50]. Hệ thống tính điểm này đã được chứng minh là có khả năng áp dụng cho bối cảnh các nước châu Á trong đó có Việt Nam [51],[52].

Nhìn chung, trong các bộ công cụ chung, EQ-5D là bộ công cụ được sử

dụng rộng rãi dựa vào đặc tính dễ sử dụng và ngắn gọn của bộ công cụ này [53],[54]. Tuy nhiên, nhiều tác giả quan ngại rằng bộ công cụ EQ-5D chỉ bao hàm 3 mức độ đánh giá đối với mỗi phạm trù có thể dẫn đến hạn chế về tính đáp ứng đối với những thay đổi nhỏ hơn ở người bệnh [53].

1.2.3.2 Các bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống đặc trưng

Cùng với sự phát triển lâu đời của các bộ công cụ đo lường CLCS chung, các học giả ngày càng quan tâm nhiều hơn đến các bộ công cụ đo lường CLCS đặc trưng cho các tình trạng sức khỏe cụ thể. Trong khi đo lường CLCS chung có nhiều các ưu điểm thì nó cũng tồn tại một số nhược điểm như không phù hợp hay thiếu nhạy cảm để đánh giá tác động cụ thể của các can thiệp đến những triệu chứng, tác dụng phụ cũng như những chức năng vận động hay CLCS đặc thù cho trạng thái bệnh lý cụ thể, trong đó có ung thư [48].

Nhiều tác giả chỉ ra các bộ công cụ đo lường CLCS đặc trưng bao gồm QLQ – C30, QLQ-OV28, EORTC QLQ-CX24 hay FACT-Cx. thường được sử dụng trong lĩnh vực nghiên cứu về ung thư [55],[56],[57]:

EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Bộ câu hỏi về CLCS của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu) gồm 30 câu hỏi về 5 phạm trù sức khỏe/ CLCS: thể chất, vai trò chức năng cảm xúc, xã hội, các triệu chứng bệnh điển hình, tác động về mặt tài chính và 2 câu hỏi đánh giá chung về sức khỏe và CLCS [58].

Đối với UTSSD ở nữ, một số bộ công cụ phổ biến hiện nay hay sử dụng là QLQ-Cx24 và FACT-Cx. Bộ câu hỏi về CLCS đối với bệnh nhân ung thư sinh dục QLQ-Cx24 được xây dựng để đo lường các phạm trù sức khỏe cũng như đề cập đến các vấn đề về triệu chứng, hình ảnh về bản thân chức năng tình dục và quá trình điều trị [59]. Ngoài ra còn có bộ câu hỏi FACT-Cx dưới sự phát triển của hệ câu hỏi FACT) bao gồm 42 câu hỏi, trong đó 27 câu hỏi là của FACT-G và 15 câu hỏi đặc trưng dành riêng cho UTSSD ở nữ như UTCTC, UTBT, UTAH

... [60]. Việc sử dụng bộ công cụ đo lường đặc trưng có nhiều ý nghĩa cho việc cải tiến đáp ứng chất lượng chính xác cho đối tượng cần nghiên cứu, tuy nhiên việc áp dụng trực tiếp các kỹ thuật đo lường mức độ ưa chuộng gây khó khăn cho nhà nghiên cứu và người trả lời bộ câu hỏi.

Trên thế giới, các nghiên cứu đánh giá độ nhạy và độ tin cậy của bộ công cụ khi được dịch ra ở các phiên bản ngôn ngữ khác nhau cũng cho kết quả cao. Tính nhất quán bên trong của phiên bản Amharic của EORTC QLQ-C30 là chấp nhận được (Cronbach's $\alpha > 0,7$). Các lĩnh vực riêng lẻ đều nằm trong ngưỡng thể chấp nhận được [61]. Phân tích tính hợp lệ của tiêu chí trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hoạt động cảm xúc, mệt mỏi và hoạt động xã hội là các thang đo quyết định của QLQ-C30. Tương tự, các phát hiện được báo cáo từ Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy các thang đo phụ quyết định nhất của QLQ-C30 là hoạt động cảm xúc, mệt mỏi, hoạt động vai trò và chán ăn [62].

Ngoài ra, hiện nay việc tính toán QALY dựa trên trọng số chất lượng cuộc sống được tính từ các bộ câu hỏi QLQ-C30 được nhiều tác giả nhìn sử dụng để đánh giá vì có sự so sánh và đối chiếu. Chính vì vậy trong nghiên cứu này, bộ công cụ chung QLQ-C30 được lựa chọn sử dụng vì có ưu điểm phù hợp. Đồng thời với việc sử dụng bộ công cụ QLQ-C30 và thuật toán quy đổi ra điểm CLCS được công bố rộng rãi, kết quả của nghiên cứu cho phép so sánh giữa các tình trạng sức khỏe khác nhau.

1.3 Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

1.3.1 Yếu tố nhân khẩu học

- Tuổi: ung thư có xảy ra ở tất cả các lứa tuổi. Tuy nhiên một số nghiên cứu công nhận ung thư chủ yếu là căn bệnh của những người lớn tuổi. Trong những người bị bệnh ung thư mới được chẩn đoán năm 2013, gần 80% tuổi từ 65 trở lên. Những bệnh nhân trẻ tuổi được chẩn đoán ung thư cổ tử cung thường bị ảnh hưởng sâu sắc đến CLCS [47]. Nghiên cứu về ung thư đại trực tràng cho

thấy có sự khác nhau về CLCS của những người cao tuổi so với những người trẻ tuổi [63]. Trong một nghiên cứu khác về CLCS của các bệnh nhân ung thư chung lại khôn nói có sự khác biệt nhiều về CLCS ở các độ tuổi khác nhau [64].

- Giới: có những loại ung thư chỉ đặc trưng riêng cho từng giới. Ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng chỉ có ở nữ, ung thư vú cũng chỉ hầu như xảy ra ở nữ. Ở nam giới thì đặc trưng bởi ung thư tinh hoàn, ung thư tiền liệt tuyến hay ung thư dương vật. Khi khảo sát CLCS thì không có sự khác biệt nhiều ở 2 giới khi mới được chẩn đoán hay khi bệnh tái phát, nhưng cũng có một sự khác biệt nhỏ khi đánh giá về mặt tâm thần ở những phụ nữ trẻ mới được chẩn đoán là thấp hơn so với nam giới [64].

- Nghề nghiệp: nghề nghiệp có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của con người nhất là với những người phải làm việc trong môi trường độc hại hay ô nhiễm như các môi trường khói bụi, tia phóng xạ... có nguy cơ mắc bệnh cao hơn đặc biệt là ung thư. Mỗi nghề có đặc thù công việc riêng, mức thu nhập có thể khác nhau, mức độ nặng nhọc của công việc cũng khác nhau và điều đó có thể ảnh hưởng đến CLCS.

Điều kiện kinh tế và bảo hiểm: điều trị ung thư là vô cùng tốn kém về thời gian và tiền bạc. Kinh tế có thể là yếu tố ảnh hưởng đến việc điều trị ung thư đặc biệt ở những nước có nền kinh tế đang phát triển như Việt Nam. Một nghiên cứu phụ nữ gốc Phi ung thư vú sống sót thấp hơn so với phụ nữ da trắng không phải gốc Tây Ban Nha. Phụ nữ gốc Phi có xu hướng bị những giai đoạn cao hơn và ít nhận được khuyến cáo chăm sóc. Điều này có thể giải thích cho sự khác biệt đó là thiếu bảo hiểm y tế và tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn [59].

Ngoài ra, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ UTSSD cũng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác. Trong một nghiên cứu năm 2017 toàn bộ 100% bệnh nhân đều được điều trị bằng phẫu thuật; kết quả thu được, hơn 50% bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung đã báo cáo một CLCS tốt. Các triệu chứng chủ yếu

là mất ngủ, táo bón, khó khăn tài chính và các triệu chứng mãn kinh. CLCS về hoạt động xã hội có liên quan thống kê với trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thu nhập gia đình và phương thức điều trị. Tương tự, chức năng vai trò cho thấy mối liên quan đáng kể với giai đoạn ung thư, phương thức điều trị và thời gian kể từ khi chẩn đoán. Khu vực nông thôn sống và tình trạng kinh tế kém của bệnh nhân ung thư cổ tử cung có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống nói chung. Bệnh nhân trẻ tuổi và có giáo dục lo lắng hơn về tình dục. Bệnh nhân được điều trị bằng nhiều liệu pháp có nhiều vấn đề với thang CLCS hơn so với bệnh nhân chỉ điều trị bằng phẫu thuật [65].

1.3.2 Tình trạng bệnh

Các yếu tố ảnh hưởng như giai đoạn bệnh lý, phẫu thuật, hóa trị liệu, tần số nhập liệu, biến chứng, biết được sự thật về bệnh tật và sự tăng lên của đau ảnh hưởng rất lớn đến CLCS tổng thể của bệnh nhân ung thư [45].

Loại ung thư: Mỗi loại ung thư khác nhau có thể dẫn đến những ảnh hưởng khác nhau đến CLCS, có những loại ung thư bệnh nhân đã phải chịu đựng rất nhiều các thay đổi về thể chất từ rất sớm như các bệnh nhân ung thư phổi họ chỉ sống được thời gian ngắn sau khi phát hiện bệnh [49]. Các bệnh nhân ung thư tuyến giáp có thể sống chung với bệnh rất lâu nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tuy nhiên khó có thể so sánh được sự khác biệt chính xác về CLCS của các loại ung thư khác nhau.

Giai đoạn và thời gian điều trị: Mỗi giai đoạn bệnh và thời gian điều trị bệnh khác nhau có thể dẫn đến sự khác nhau về thể chất, tinh thần và cả các mối quan hệ xã hội. Trong một nghiên cứu về ung thư vòm họng cho thấy CLCS là khác nhau ở mỗi giai đoạn bệnh, CLCS của những người ở giai đoạn 1, 2 thì cao hơn những người ở giai đoạn 3, 4 [66].

Phương pháp điều trị: Các phương pháp điều trị ung thư phổ biến hiện nay là phẫu thuật, hóa trị, xạ trị. Phẫu thuật điều trị ung thư gây suy giảm CLCS

của bệnh nhân ung thư [67]. Nguy cơ biến chứng do phẫu thuật là rất cao kể cả ở những trung tâm lớn, đau nặng sau phẫu thuật khiến giấc ngủ bị gián đoạn có thể ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân sau mổ [68]. Hóa trị và xạ trị gây suy kiệt về thể chất, ảnh hưởng đến tâm lý và nỗi lo về tài chính ảnh hưởng không nhỏ đến CLCS [45]. Các bệnh nhân ung thư được điều trị bằng hóa trị liệu, đặc biệt là điều trị kéo dài phần này chủ yếu là: suy yếu (79%); buồn nôn và nôn (71%); rụng tóc (77%); tiêu chảy (45%); và 76% bệnh nhân có vấn đề về giấc ngủ [7]. Xạ trị cũng gây ra các vấn đề như: tiêu chảy, các vấn đề về da liễu, tiết niệu, các rối loạn về chức năng tình dục và đau [45],[69].

1.3.3 Yếu tố khác

Chăm sóc y tế: Chất lượng y tế có liên quan đến CLCS, có giá trị tiên lượng trong bệnh ung thư. Ở những bệnh nhân được chăm sóc giảm nhẹ, giá trị tiên lượng của chất lượng dịch vụ y tế đã được chứng minh là có liên quan đến một số loại ung thư [70]. Vai trò của bác sĩ lâm sàng trong việc nhận ra các triệu chứng và đề cập đến bệnh nhân các cách chăm sóc thích hợp là rất quan trọng. Chăm sóc toàn diện của người điều dưỡng đối với bệnh nhân ung thư là vô cùng cần thiết.

Các can thiệp điều trị/ chăm sóc: Hầu hết các bệnh nhân khi nằm viện điều trị đều phải can thiệp một hay nhiều thủ thuật điều trị chăm sóc như tiêm truyền, sinh thiết, nội soi, dẫn lưu và một số thủ thuật khác gây nhiều cảm giác phiền toái khó chịu và đó chính là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của họ [71].

Hỗ trợ chăm sóc thể chất, tinh thần: Chăm sóc hỗ trợ về tinh thần là vô cùng quan trọng đối với những người mắc bệnh mạn tính đặc biệt là ung thư. Quan sát ở bệnh nhân ung thư phổi cho thấy gia đình bệnh nhân tin rằng nghỉ ngơi cho bệnh nhân rất quan trọng và đã tạo ra môi trường hỗ trợ có thể giúp bệnh nhân vượt qua vấn đề của họ [49]. Một số nghiên cứu khác cũng chứng

minh mối quan hệ vợ chồng có ảnh hưởng đến CLCS, nếu bệnh nhân tìm kiếm sự hỗ trợ từ đối tác của họ cảm thấy ít lo âu và ít trầm cảm hơn [64]. Bệnh nhân ung thư cần tình cảm hỗ trợ để đối phó với bệnh tật.

1.4 Các nghiên cứu về đo lường chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới và can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống

1.4.1 Các nghiên cứu và can thiệp chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới trên thế giới

1.4.1.1 Các nghiên cứu trên thế giới về chất lượng cuộc sống

Nghiên cứu về CLCS của bệnh nhân nữ UTSSD đã được tiến hành trên một số quốc gia trên thế giới để so sánh các phương pháp điều trị và đánh giá về hiệu quả của điều trị cũng như sự ảnh hưởng của điều trị đến bệnh nhân nữ UTSSD.

Theo nghiên cứu của Hediya Putri R năm 2018, tiến hành nghiên cứu trên 153 bệnh nhân, tác giả sử dụng bộ công cụ EORTC-QLQ 30 để đánh giá chất lượng cuộc sống chung và dùng bộ câu hỏi EORTC-QLQ-CX 24 để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung và ung thư buồng trứng. Kết quả thu được: có đến 96,1% bệnh nhân đã được hỗ trợ chăm sóc; các nhu cầu chăm sóc nhưng chưa tìm được hỗ trợ phụ thuộc vào dịch vụ y tế và giai đoạn phát hiện ra bệnh [71].

Tại Đài Loan, một nghiên cứu sử dụng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 để tiến hành nghiên cứu về mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh, nỗi sợ tái phát ung thư và chất lượng cuộc sống của 287 bệnh nhân nữ UTSSD tại các trung tâm y tế phía Bắc của Đài Loan [72].

Theo nghiên cứu của Thapa N, Xiong Y tại bệnh viện Vũ Hán về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung sau điều trị ban đầu, các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS và mức độ phù hợp lâm sàng của họ. Trong số 256

bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung đã đến Bệnh viện Trung Nam của Đại học Vũ Hán từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017. Nghiên cứu sử dụng câu hỏi về chất lượng cuộc sống của tổ chức châu Âu Core-30 (EORTC QLQ-C30) và bộ câu hỏi về ung thư cổ tử cung (EORTC QLQ-CX24) đã được sử dụng để đánh giá CLCS của bệnh nhân [65].

Tổng quan một số nghiên cứu về CLCS của bệnh nhân ung thư sinh dục trên thế giới cho thấy hầu hết các nghiên cứu đều sử dụng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 để đánh giá về chất lượng cuộc sống và sử dụng bộ câu hỏi về ung thư cổ tử cung (EORTC QLQ-CX24) để đánh giá về ung thư sinh dục riêng biệt.

1.4.1.2 Các phương pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống

Các kết quả thảo luận về báo cáo can thiệp để cải thiện chất lượng cuộc sống của phụ nữ UTSDĐ đề cập vào các khía cạnh sức khỏe thể chất, tâm lý, xã hội, tình cảm và tình dục của NB. Theo Molassiotis, khung lý thuyết được phát triển cho NB ung thư, chức năng tâm lý, sức khỏe thể chất, tình dục, môi trường, hoạt động xã hội và các khía cạnh cá nhân là rất quan trọng trong quá trình thích nghi của NB ung thư và các can thiệp được thực hiện đối với các khía cạnh này có nhiều khả năng nâng cao chất lượng cuộc sống. Để cải thiện chất lượng cuộc sống của NB, bác sĩ và cơ sở y tế cũng nên xem xét các hậu quả lâu dài tồn tại sau khi chẩn đoán và điều trị như đau đớn, mệt mỏi, các vấn đề tình dục, lo lắng về hình ảnh cơ thể và rối loạn chức năng tâm lý của người bệnh [73]. Yếu tố quan trọng nhất trong chất lượng cuộc sống là liệu NB có hài lòng với việc đáp ứng các nhu cầu cá nhân của họ và thu hẹp khoảng cách giữa kỳ vọng trong cuộc sống và kết quả điều trị [74]. Thách thức đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe là phải biết cách hỗ trợ NB UTSDĐ điều chỉnh và đối phó với các tình huống căng thẳng và xác định những cá nhân không quản lý những

điều chỉnh đó trong và sau khi điều trị [74].

Gonzalez và cộng sự đã nghiên cứu tiên hành can thiệp tâm lý ngẫu nhiên cho các bệnh nhân bị ung thư sinh dục trong suốt 18 tháng kể từ khi phát hiện bị mắc ung thư sinh dục nhằm nâng cao CLCS cho bệnh nhân; kết quả thu được: Những bệnh nhân được tư vấn tâm lý cải thiện điểm số về tâm trạng, chất lượng cuộc sống và chức năng thể chất trong suốt 18 tháng; ngược lại nhóm bệnh nhân không được tư vấn thì có đến 12% bệnh nhân bị trầm cảm kéo dài, chất lượng cuộc sống giảm sút; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [75]. Chính vì vậy việc can thiệp, hỗ trợ cho bệnh nhân ung thư ngoài các phương pháp điều trị, còn cần thêm hỗ trợ về tư vấn tâm lý nhằm giúp người bệnh được giải toả vấn đề bệnh tật, áp lực cuộc sống và cảm thấy được chia sẻ.

Các can thiệp bao gồm: can thiệp tâm lý, can thiệp do y tá hướng dẫn, can thiệp hỗ trợ đồng đẳng, chiến lược tâm lý, hỗ trợ xã hội chức năng và chương trình giáo dục cá nhân để quản lý triệu chứng [76]:

- *Can thiệp giáo dục tâm lý*

Nhiều nghiên cứu áp dụng can thiệp giáo dục tâm lý để cải thiện chất lượng cuộc sống cho phụ nữ ung thư sinh dục với mô hình tư vấn [77], [78] và tăng cường nhận thức và hành vi [79]. Nghiên cứu của Chow trên 26 phụ nữ UTSSD trong đó có 6 phụ nữ ung thư cổ tử cung, 13 phụ nữ bị ung thư tử cung và 7 phụ nữ UTBT, với tuổi trung bình là 54,5 tuổi. Giai đoạn chẩn đoán chính của ung thư là giai đoạn I (73,1%), và 50% phụ nữ đã phẫu thuật điều trị cho căn bệnh này [77]. Nghiên cứu sử dụng hình thức tư vấn tâm lý 1-1 cho ba cuộc đầu tiên và tư vấn nhóm trong phiên cuối cùng để tạo cơ hội cho những người tham gia nói về cảm xúc của họ và nhận được sự hỗ trợ từ những người khác trong những tình huống tương tự [77]. Sau chương trình can thiệp tâm lý, đã có sự cải thiện đáng kể về mức độ về chất lượng cuộc sống liên quan đến bệnh tật trong những người tham gia nhóm can thiệp. Ngoài ra, các biện pháp can thiệp

hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống, trầm cảm và sự hỗ trợ xã hội. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy các can thiệp được những người tham gia nghiên cứu đánh giá cao, cũng như tính khả thi và tính thực tế để triển khai tại các cơ sở y tế tại Hồng Kông [77]. Trong nghiên cứu tổng quan của Chow, K. M (2016) cho thấy các biện pháp can thiệp tâm lý có ý nghĩa thống kê với khía cạnh sức khỏe tâm thần của người bệnh UTSD, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với sức khỏe thể chất của đối tượng. Các phương pháp tư vấn can thiệp tâm lý qua điện thoại, hoặc tư vấn trực tiếp hoặc kết hợp cả điện thoại và tư vấn trực tiếp. Kết quả các nghiên cứu cũng cho thấy phương pháp can thiệp tâm lý bằng hình thức cá nhân với sự tham gia của cặp đôi hay tư vấn nhóm đều cải thiện khả năng tình dục của người bệnh. Liên quan đến chất lượng cuộc sống thì can thiệp cặp đôi có hiệu quả hơn cả [80]. Đối với sức khỏe tâm thần, kết quả một số nghiên cứu về đo lường tác động của các can thiệp tâm lý đối với sức khỏe tâm thần bao gồm lo lắng, trầm cảm, đau khổ, điều chỉnh bệnh tật, tâm trạng, lòng tự trọng, đối phó và không chắc chắn cho thấy các biện pháp này làm giảm các mức độ triệu chứng lo lắng và trầm cảm của người bệnh [81], [82], [83]. Tuy nhiên một số nghiên cứu cũng cho thấy chưa có cải thiện đáng kể có ý nghĩa với khả năng đối phó, lòng tự trọng của người bệnh, nhưng các can thiệp này nếu có sự tham gia của cả 2 vợ chồng thì hiệu quả cao hơn [81], [82], [83].

Nghiên cứu của Georgios Karabinis (2015) bằng can thiệp tâm lý ung thư cho bệnh nhân UTSD (Psycho-oncological interventions) là hỗ trợ điều trị (tri liệu nhận thức) và điều trị thông qua việc tự điều chỉnh, phần lớn giúp người bệnh thích ứng với các nhu cầu tâm lý xã hội của bệnh [84]. Điều này là cần thiết, việc học cách đối phó với các vấn đề liên quan đến bản thân là không dễ dàng, vì vậy việc học cách quản lý những tình huống khó khăn gặp phải này cần phải có thời gian và thực hành. Một số bệnh nhân đề cập rằng họ khám phá

một con người mới, một cách sống mới, mở ra những chân trời mới trong suy nghĩ của họ nhưng cũng thường làm họ sợ. Do đó, các cặp vợ chồng được khuyến khích coi việc đào tạo này như một quá trình liên tục phát triển bản thân và mối quan hệ. Y tá phối hợp với bác sỹ khám và thảo luận về sức khỏe thể chất, phản ứng hành vi, cảm xúc và nhận thức của bệnh nhân liên quan đến ung thư. Điều này mang đến cho cặp đôi hiểu biết sâu hơn về phản ứng của họ đối với bệnh của bản thân [84]. Phương pháp can thiệp này nhằm làm cho chồng của người bệnh UTSDD hiểu hơn về suy nghĩ và hành vi của họ có thể giúp hoặc cản trở vợ của họ đối mặt với tình huống của bệnh. Can thiệp làm cho các cặp vợ chồng học được cách kiểm soát những suy nghĩ, những bức xúc tâm lý của họ liên quan đến ung thư. Họ học cách thay thế những nhận thức méo mó và những suy nghĩ tiêu cực bằng những câu hỏi tích cực hơn. Sau đó, họ được dạy các bài tập về tự kiểm soát, dựa trên sự giao tiếp giữa họ, nhằm giúp đỡ nhau về cách suy nghĩ tích cực hơn.

- Các can thiệp do y tá hướng dẫn

Nghiên cứu của Schofield trên 306 phụ nữ ung thư sinh dục đang xạ trị sử dụng phương pháp can thiệp do y tá hướng dẫn bằng cách sử dụng tư vấn và hỗ trợ bằng điện thoại. Sự can thiệp được thực hiện tại các thời điểm: trước điều trị, thời điểm giữa, điều trị hoàn thành và sau điều trị. Sự can thiệp mới bao gồm việc tuân thủ thông tin được cung cấp một cách chuyên nghiệp và hỗ trợ tinh thần. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả trong việc giảm thiểu tình trạng thể chất, tâm lý và nhu cầu chăm sóc hỗ trợ của phụ nữ bị ung thư sinh dục [85].

Nghiên cứu của McCorkle và cộng sự can thiệp trên hai nhóm ngẫu nhiên. Nhóm can thiệp điều trị chăm sóc đặc biệt bởi 1 y tá chuyên khoa; những NB bị đau buồn ở mức độ cao đã được đánh giá và quan sát bởi cuộc tư vấn về sức khỏe tâm thần. Với nhóm chứng chỉ quản lý các triệu chứng. Các tác động của

phương pháp can thiệp 6 tháng là được đánh giá bằng bộ câu hỏi tự báo cáo theo tiêu chuẩn vào các thời điểm (24–48 giờ sau phẫu thuật), một, ba và sáu tháng sau phẫu thuật. Chất lượng cuộc sống các đánh giá đã kết hợp thang đo Độ trầm cảm, thang Vagueness, Thang điểm SF-12. Sự can thiệp của Y tá Thực hành Nâng cao đã dẫn đến kết quả đáng kể ít không chắc chắn hơn so với can thiệp kiểm soát sự chú ý sáu tháng sau khi phẫu thuật. Nhóm đối tượng được nhận được các can thiệp từ Y tá thực hành nâng cao kết hợp với tư vấn tâm thần về cơ bản ít bất ổn hơn, ít tác dụng phụ như đau và có chất lượng cuộc sống tinh thần và thể chất tốt hơn theo thời gian. Do đó, kết quả từ nghiên cứu cho thấy rằng các biện pháp can thiệp do y tá điều chỉnh nhằm mục tiêu cả khía cạnh chất lượng cuộc sống thể chất và tâm lý cho phụ nữ phục hồi sau phẫu thuật và trải qua hóa trị liệu tạo ra nhiều kết quả có cơ sở hơn là các biện pháp can thiệp chỉ tập trung vào một vấn đề chất lượng cuộc sống [82].

- *Xoa bóp trị liệu Anma (Anma Massage Therapy - AMT)*

Liệu pháp Anma (massage Nhật Bản) là một biện pháp can thiệp để cải thiện chất lượng cuộc sống của phụ nữ UTSDD [86]. Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống của đối tượng tăng sau 8 tuần ($p = 0,042$) ở nhóm trị liệu (AMT) so với nhóm không trị liệu AMT. Điểm số về mệt mỏi và mất ngủ cho thấy sự gia tăng đáng kể trong Nhóm AMT so với nhóm không AMT ($p = 0,047$ và $0,003$, tương ứng). Trị liệu Anma làm giảm đáng kể mức độ nghiêm trọng của cảm giác đau theo thang VAS ở những người điều trị UTSDD. Trong nghiên cứu này, chất lượng cuộc sống đã được cải thiện đáng kể ở nhóm AMT và sự khác biệt trung bình ước tính có ý nghĩa lâm sàng sau 8 tuần. Ngoài ra, điểm số về mệt mỏi và mất ngủ đã được cải thiện đáng kể trong nhóm AMT và sự khác biệt trung bình ước tính của chứng mất ngủ có ý nghĩa lâm sàng. Những phát hiện này cho thấy giảm mức độ nghiêm trọng của đau do AMT với cải thiện chất lượng cuộc sống, đặc biệt là làm giảm chứng mất ngủ.

- *Can thiệp từ hỗ trợ từ những người cùng có bệnh (Peer support)*

Pistrang và cộng sự đã sử dụng chiến lược hỗ trợ đồng đẳng 1-1 qua điện

thoại. Họ đã thực hiện các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc trên 24 phụ nữ được điều trị UTSD, những người đã nhận được sự hỗ trợ của đồng đảng trong thời gian 3 tháng. Sự can thiệp hỗ trợ đồng đảng cho thấy những kết quả tích cực bao gồm sự gắn bó nhiệt tình, lòng trắc ẩn, nói chuyện minh bạch. Ngoài ra, các NB cũng nêu bật những ưu điểm khác của sự hỗ trợ từ bạn bè như sự tin tưởng và chắc chắn, hiểu được trải nghiệm bệnh tật. Do đó, hỗ trợ đồng đảng 1-1 qua điện thoại chia sẻ các đặc điểm chung với các nhóm hỗ trợ nhưng phụ thuộc vào mối quan hệ làm việc hiệu quả giữa người bệnh và người hỗ trợ. Hỗ trợ đồng đảng có thể giải quyết những lo lắng về bệnh tật và điều trị cụ thể của phụ nữ UTSD, đồng thời chia sẻ những trải nghiệm về sức khỏe mà người bệnh phải đối [87].

Nghiên cứu của Schofield 2013 (6 BV công từ ba tiểu bang ở Úc), thực hiện trên 306 phụ nữ chẩn đoán UTSD, trên 18 tuổi và đang xạ trị. Nghiên cứu RCT, thực hiện can thiệp tâm lý xã hội dưới sự tư vấn của y tá và sự hỗ trợ qua điện thoại của đồng đảng viên. Nghiên cứu tiến hành can thiệp nhiều khía cạnh: 4 y tá tư vấn, 4 đồng đảng viên hỗ trợ bằng điện thoại nhằm đánh giá hiệu quả của gói can thiệp để giảm thiểu đau khổ ở phụ nữ UTSD đang xạ trị. Đánh giá chất lượng cuộc sống, các triệu chứng đau khổ, hỗ trợ chăm sóc không được đáp ứng nhu cầu, chuẩn bị cho điều trị, chứa năng tâm lý của đối tượng. Kết quả của nghiên cứu cho thấy, tư vấn thông qua điện thoại đảm bảo tiếp cận công bằng với các NB ở xa. Các tình nguyện viên liên lạc với y tá khuyến khích người bệnh tuân thủ cung cấp thông tin và hỗ trợ tinh thần [85].

- *Chương trình giáo dục cá nhân để quản lý triệu chứng*

Một chương trình giáo dục cá nhân hóa với được phân phối, các quy tắc dựa trên bằng chứng về biểu hiện triệu chứng, đã được trao cho phụ nữ khi bắt đầu xạ trị và từng tuần trong thời gian bức xạ điều trị tổng cộng sáu buổi. Các thành viên của nhóm can thiệp cho thấy một sự sụt giảm đáng kể về điểm số

đau khổ về triệu chứng về cuối của cuộc hòa giải tương phản với những phụ nữ được chăm sóc thường xuyên ($p = 0,039$). Cả hai nhóm đều giảm các triệu chứng thông qua khoảng thời gian điều trị bức xạ. Trong mọi trường hợp, phụ nữ trong chương trình đào tạo giáo dục cá nhân hóa đã ít các triệu chứng, đau đón, kiệt sức và ốm yếu vào cuối giai đoạn xạ trị. Do đó, can thiệp này có thể có hiệu quả trong việc quản lý các triệu chứng ở phụ nữ đang xạ trị và do đó có thể tác động tích cực đến chất lượng cuộc sống của họ [88].

Velji và cộng sự [89] đã sử dụng chương trình giáo dục cá nhân hóa cho quản lý triệu chứng với phụ nữ UTSSD đang xạ trị. Phụ nữ UTSSD điều trị xạ trị phụ khối u ác tính gặp một số triệu chứng mệt mỏi, đau, buồn nôn, các triệu chứng vùng chậu và rối loạn tâm trạng.

Nghiên cứu thực hiện một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên hai nhóm với 144 phụ nữ bị UTSSD với phương pháp đo lường lặp lại. Các đối tượng được phân bố ngẫu nhiên chương trình giáo dục quản lý triệu chứng với 6 buổi can thiệp hoặc chăm sóc thường xuyên.

- *Can thiệp trực tuyến (online interventions)*

Các phương pháp can thiệp tâm lý trực tiếp đều được chứng minh là có hiệu quả trong việc thúc đẩy chất lượng cuộc sống của phụ nữ UTSSD [80]. Tuy nhiên, khoảng cách địa lý và các vấn đề về thời gian đặt lịch đặt ra những thách thức đối với tính khả thi của các can thiệp trực tiếp trên lâm sàng [90]. So với các biện pháp can thiệp truyền thống, can thiệp trực tuyến có nhiều ưu điểm nổi bật, bao gồm khả năng tiếp cận dễ dàng [91], tiết kiệm thời gian [92] và sự sẵn có của nhiều định dạng tương tác đa phương tiện [93]. Một số kết quả nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của các biện pháp can thiệp trực tuyến có tác dụng tích cực đối với NB ung thư, cải thiện chất lượng cuộc sống, tăng cường hỗ trợ xã hội và giảm các cảm xúc đau buồn [94].

Wiljer (2011) và cộng sự thực hiện nghiên cứu định tính bán cấu trúc trên 12 phụ nữ UTSSD ở Canada: trong đó nhóm can thiệp ($n=3$); nhóm chứng

(n=9). Nghiên cứu đánh giá trải nghiệm của NB với chương trình GyneGal và nhận thức của họ về chương trình này. Các NB cho biết có nhiều lợi ích, bao gồm hỗ trợ từ các chuyên gia y tế và cải thiện tâm lý, ngoại hình, cảm giác tình dục và thoải mái khi thảo luận về tình dục. Hơn nữa, các NB báo cáo rằng CLCS của họ đã được cải thiện do sự chấp nhận của họ và sự tin tưởng đạt được từ các nhóm hỗ trợ trực tuyến [95].

Classen (2013) thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng RCT tại Canada trên 27 NB UTSD, trong đó nhóm can thiệp 13 phụ nữ; nhóm chứng 14 phụ nữ. Chương trình GyneGals (một nhóm hỗ trợ trực tuyến kéo dài trong 12 tuần) bao gồm hai trang web: một trang web diễn đàn thảo luận mỗi tuần một chủ đề và một trang web tài liệu giáo dục bao gồm chủ đề của tuần. Hơn nữa, chương trình cũng bao gồm một cuộc trò chuyện trực tiếp đồng bộ kéo dài 90 phút. Nghiên cứu đánh giá mức độ đau khổ, trầm cảm và lo âu liên quan đến tình dục được đánh giá ở giai đoạn ban đầu và 4 tháng, 8 tháng. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các biến đầu ra giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng [96].

Donovan [39] thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng RCT tại Mỹ trên 65 NB UTBT tái phát, nhóm can thiệp (n = 33) và nhóm chứng (n = 32). Nhóm nghiên cứu tiến hành can thiệp bằng văn bản đại diện để giảm nhẹ triệu chứng (WRITE - Written Representational Intervention to Ease) (một can thiệp giáo dục kéo dài 11 tuần) là một bảng tin trực tuyến mà y tá và NB làm việc cùng nhau để phát triển các kế hoạch/chiến lược chăm sóc cho các triệu chứng. Mức độ đau đớn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng được đánh giá lúc ban đầu và 2 tuần và 6 tuần SCT. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, so với nhóm chứng, NB trong nhóm can thiệp có các mức độ đau buồn thấp hơn và xu hướng giảm mức độ nghiêm trọng giảm sau 2 tuần can thiệp [97].

Kết quả của Erfani và cộng sự (2017, Australia) phát triển trang fanpage Facebook của Ovarian Cancer Australia [43] (các bệnh nhân đã sử dụng nó

trong suốt hai tháng) để cung cấp các thông tin liên quan đến ung thư, các sự kiện nâng cao nhận thức liên quan đến người chăm sóc sức khỏe, đề xuất các hành vi khỏe mạnh tích cực và cho phép bệnh nhân kết nối trao đổi kinh nghiệm với nhau [98]. Kết quả nghiên cứu cho thấy Facebook của OCA đã giúp họ có được sự ủng hộ và đồng hành của xã hội cũng như là tăng sự hạnh phúc và hài lòng của người bệnh. Cuộc khảo sát chỉ ra rằng trang fanpage của OCA trên Facebook đã cải thiện hỗ trợ xã hội của bệnh nhân và tăng cường hỗ trợ xã hội về tâm lý và sức khỏe của họ bệnh nhân.

Petzel (2018, Mỹ) nghiên cứu trên 35 bệnh nhân ung thư buồng trứng dựa trên lý thuyết nhận thức xã hội và các kỹ thuật nhận thức - hành vi. Trang web Together (một chương trình can thiệp trực tuyến thông tin được điều chỉnh trong 60 ngày) bao gồm ba thành phần: một thư viện học tập với thông tin phù hợp với cách đối phó của bệnh nhân, tự theo dõi tình trạng đau đớn và thông tin sức khỏe. Triệu chứng đau buồn được đánh giá ở thời điểm trước và sau 1 tháng can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự cải thiện tương đối tình trạng đau khổ của bệnh nhân, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [99].

Tại Trung Quốc, Wang và cộng sự thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng RCT năm 2019 trên 80 bệnh nhân ung thư tử cung cổ tử cung, nhóm can thiệp (n = 40); nhóm chứng (n = 40) về nền tảng giáo dục trao quyền do WeChat hỗ trợ (can thiệp trực tuyến kéo dài 3 tháng) bao gồm nhóm trò chuyện, tư vấn y tế, hồ sơ quá trình điều trị, tham vấn tâm lý và dịch vụ y tá. Nghiên cứu đo lường tình trạng lo lắng, trầm cảm, chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục được đánh giá thời điểm trước và sau 3 tháng can thiệp. Giáo dục có sự hỗ trợ của WeChat đã cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục của bệnh nhân và giảm lo âu và trầm cảm [100].

Liu and Liu thực hiện năm 2019, thực hiện nghiên cứu trên 100 bệnh nhân ung thư tử cung cổ tử cung về việc sử dụng nền tảng giáo dục sức khỏe WeChat

(can thiệp trực tuyến trong 6 tháng) bao gồm các cuộc trò chuyện 1-1 (bác sĩ và bệnh nhân) và trò chuyện nhóm (các chủ đề cụ thể và chia sẻ kiến thức). Sự lo lắng, trầm cảm và chất lượng cuộc sống được đánh giá ở trước và sau sáu tháng can thiệp. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, nền tảng giáo dục sức khỏe WeChat đã cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và giảm cảm xúc tiêu cực của họ [99].

- *Can thiệp Nhóm hỗ trợ Ung thư (Cancer Support Group – CSG)*

Nhóm hỗ trợ là một nhóm người thường xuyên đến với nhau để thảo luận về kinh nghiệm chung của họ. Các nhóm hỗ trợ ung thư (Cancer Support Group - CSG) là nhóm cho những người bị ung thư và người chăm sóc của họ [101],[102]. Nhóm Hỗ trợ Ung thư đã phát triển từ sự kết hợp giữa liệu pháp nhận thức của Beck với dữ liệu lâm sàng và thực nghiệm từ quá trình làm việc với bệnh nhân ung thư [103]. Mô hình nhận thức dựa trên đó mang lại tính ưu việt cho cách các cá nhân nhận thức mối đe dọa mà bệnh ung thư gây ra và các chiến lược họ áp dụng để đối phó với mối đe dọa đó. Các nhóm hỗ trợ ung thư tập hợp những người bị ảnh hưởng bởi ung thư để giúp họ quản lý những thách thức mà họ có thể phải đối mặt. Họ được nhận hỗ trợ tinh thần và chia sẻ thông tin. Nghiên cứu cho thấy rằng loại hỗ trợ có tác động tích cực đến chất lượng cuộc sống và hạnh phúc về cảm xúc [101],[102]. Cách bệnh nhân nhận thức hậu quả của bệnh và khả năng đối phó của họ lần lượt bị ảnh hưởng bởi sự hỗ trợ tinh thần nhận được từ gia đình, bạn bè và những người khác. Có sự tương tác thường xuyên giữa các tác động khách quan của bệnh và suy nghĩ, hành vi của bệnh nhân và những người quan trọng trong cuộc đời bệnh nhân [103].

Nghiên cứu của Fei-Hsiu Hsiao và cộng sự năm 2016, nghiên cứu kéo dài 14 tháng nhằm kiểm tra tác động của nhóm hỗ trợ các cặp vợ chồng kết hợp chánh niệm về tâm lý của từng cá nhân và hạnh phúc của các mối quan hệ, và

cortisol phản ứng căng thẳng ở những người sống sót sau ung thư vú và bạn tình của họ. Những người tham gia được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: 21 cặp vợ chồng trong nhóm hỗ trợ cặp vợ chồng (CSG) và 19 cặp vợ chồng trong cá nhân chương trình hỗ trợ (ISP). Các biện pháp kết quả cho cả những người sống sót và các đối tác của họ bao gồm Nghiên cứu kết quả y tế Ngủ scale (MOS), Beck Depression Inventory (BDI-II), State-Trait Kiềm kê Lo lắng (STAI), Bảng câu hỏi Ý nghĩa cuộc sống (MLQ), Dạng ngắn-12 Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (SF-12 QOL), Kinh nghiệm trong mối quan hệ chặt chẽ-quy mô sửa đổi (ECR-R) và cortisol nước bọt. Trong số những người sống sót sau ung thư vú, tác động đáng kể nhất của CSG là làm giảm lo lắng ECR-R nhiều hơn so với ISP. QOL thể chất và tinh thần được xác định trong CSG cao so với ISP. Hơn nữa, CSG góp phần làm giảm mức cortisol ở thời gian thức dậy và lúc 12:00 cho cả người sống sót sau ung thư vú và bạn tình của họ, mức cortisol ở 30 phút sau khi thức dậy cho người sống sót và mức cortisol ban đêm lúc 21:00 cho bệnh nhân [102].

Sacerdoti và cộng sự đã sử dụng can thiệp tâm lý tình dục bằng liệu pháp thư giãn và phỏng vấn 1-1 về các khía cạnh khác nhau của tình dục và cảm nhận ngoại hình cơ thể. Sau khi thực hiện một liệu pháp thư giãn, mỗi phụ nữ mô tả cảm xúc và suy nghĩ của họ về tình dục và ngoại hình của họ trong các cuộc phỏng vấn trực tiếp. Những người sống sót sau ung thư trong nghiên cứu này vẫn quan tâm đến các hoạt động tình dục, mặc dù đã trải qua các tác dụng phụ đáng kể của việc điều trị, cảm giác tách biệt và / hoặc sợ hãi liên quan đến việc theo đuổi hoặc duy trì các mối quan hệ thân mật. Họ cho rằng bệnh nhân UTSSD cần có cơ hội để thể hiện được cảm xúc và trải nghiệm của họ [104].

1.4.2 Các nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư tại Việt Nam

1.4.2.1 Các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ mắc ung thư

Tại Việt Nam, có một số đề tài nghiên cứu về CLCS đã được thực hiện cho người bệnh ung thư nói chung và từng bệnh ung thư nói riêng.

Nghiên cứu thực hiện khảo sát CLCS trên người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm đã điều trị của tác giả Cung Thị Tuyết Anh và cộng sự. Đối tượng khảo sát là 130 người bệnh ung thư vú và 130 phụ nữ cùng độ tuổi nhưng không mắc ung thư. CLCS được khảo sát bằng Bộ câu hỏi QLQ-C30 và bằng câu hỏi trên người bệnh ung thư vú QLQ-Br23. Điểm trung bình CLCS nói chung tương đương nhau giữa 2 nhóm ($76 \pm 3,3$ và $76,1 \pm 3,3$). Nghiên cứu chỉ ra yếu tố có bệnh lý ảnh hưởng xấu đến CLCS. Các yếu tố có thể dự báo: triệu chứng toàn thân (44%), hóa trị, cảm xúc và nghề nghiệp [105].

Tác giả Nguyễn Quỳnh Anh và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu đánh giá chất lượng sống người bệnh ung thư vú và ung thư cổ tử cung tại Việt Nam. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 580 người bệnh bằng phương pháp thu nhập số liệu bằng hai bộ câu hỏi CLCS EORTC QLQ-C30 và EQ-5D [106].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương về đánh giá CLCS người bệnh ung thư giai đoạn 4 trước và sau điều trị Khoa chống đau – bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2013 cũng sử dụng Bộ công cụ QLQ-C30 phiên bản 3.0. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa vị trí ung thư với điểm sức khỏe tổng quát... Đặc biệt là để nâng cao CLCS thì cần phải có chế độ điều trị và chăm sóc toàn diện cả về thể chất và tinh thần cho người bệnh. Tác giả khuyến cáo là bộ câu hỏi QLQ-C30 sẽ giúp cán bộ Y tế đánh giá toàn diện tình trạng của người bệnh [107].

Nghiên cứu của Trần Bảo Ngọc, Bùi Diệu, Nguyễn Tuyết Mai tại bệnh viện K đã điều tra cắt ngang 71 bệnh nhân ung thư trong thời gian từ tháng 9/2009 đến tháng 7/2012 sử dụng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 và QLQ – H&N35 để đánh giá CLCS của bệnh nhân, kết quả điểm CLCS tổng thể trung

bình là 58, điểm các chức năng trung bình là 71 (cao nhất là chức năng hoạt động và thấp nhất là chức năng xã hội). Nghiên cứu cũng đưa ra kết luận EORTC QLQ-C30 và QLQ – H&N35 là tin cậy và phù hợp với bệnh nhân Việt Nam [108].

Nghiên cứu của Đặng Thị Bích Ngọc về “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư tại khoa Ung bướu – Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 – 2017” tác giả sử dụng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 và QLQ – H&N35 để mô tả CLCS của bệnh nhân ung thư; kết quả thu được: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo tình trạng sức khỏe tổng quát của người bệnh là $72,2 \pm 15,7$ điểm. Trong lĩnh vực chức năng, điểm nhận thức cao nhất ($95 \pm 13,4$), ngược lại điểm xã hội thấp nhất ($84,9 \pm 21,5$). Điểm chất lượng cuộc sống thấp nhất ở nhóm triệu chứng tiêu chảy, cao nhất ở nhóm có triệu chứng mất ngủ. Nhóm người bệnh có khó khăn tài chính có điểm chất lượng cuộc sống trung bình là $29,2 \pm 26,8$ [109].

Nhìn chung, đa số các nghiên cứu đánh giá CLCS sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 cho các người bệnh nữ UTSSD. Bộ công cụ EORTC QLQ-C30 được các tác giả chỉ ra là phù hợp để sử dụng trong bối cảnh Việt Nam nhằm đánh giá CLCS của người bệnh nữ UTSSD.

1.4.2.2 Các phương pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống tại Việt Nam

Bên cạnh việc nâng cao chất lượng điều trị và kéo dài thời gian sống thêm cho các bệnh nhân, thì CLCS của bệnh nhân ung thư cũng là một vấn đề ngày được quan tâm nhiều hơn; nhất là đối với đối tượng dễ bị tổn thương hơn như những bệnh nhân nữ UTSSD. Ngoài những ảnh hưởng nghiêm trọng như mệt mỏi, mất ngủ, rối loạn chức năng sinh học của cơ thể thì những bệnh nhân ung thư sinh dục còn bị ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng sinh sản, sinh dục một trong những trở ngại lớn cho thiên chức làm vợ, làm mẹ của người phụ nữ

[3],[4],[5]. Các chiến lược cải thiện CLCS của bệnh nhân nữ UTSSD phụ thuộc rất nhiều yếu tố như điều kiện về cơ sở vật chất của các cơ sở y tế, sự quan tâm của các cấp quản lý, sự ủng hộ từ phía gia đình.

Nghiên cứu của Bùi Vũ Bình cho thấy trình độ văn hóa, giai đoạn bệnh, thời gian mắc bệnh và phương pháp điều trị ảnh hưởng đến CLCS chính vì vậy việc tư vấn phương pháp điều trị phù hợp với khả năng và mong muốn của bệnh nhân, một phần giúp nâng cao CLCS trong quá trình điều trị [3].

Nghiên cứu của Đặng Thị Bích Ngọc; đưa ra các kết luận như: Tất cả tiêu chí trong lĩnh vực chức năng đều có mối liên quan thuận tới chất lượng cuộc sống (r - nhỏ nhất=0,726; r - lớn nhất= 0,806; $p<0,01$). Các triệu chứng mệt mỏi, đau, mất ngủ, chán ăn và khó khăn tài chính có mối liên quan nghịch tới chất lượng cuộc sống (r nhỏ nhất=-0,692; r lớn nhất= -0,525; $p<0,01$). Giai đoạn mắc bệnh và hình thức điều trị có sự ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Mức độ hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ y tế có mối liên quan thuận tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (r nhỏ nhất=0,1966; r lớn nhất= 0,3113; $p<0,05$; $p<0,01$). Thở chất của bệnh nhân có thể được sử dụng là một yếu tố dự báo chất lượng cuộc sống của họ (R^2 =0,3291, $p<0,01$). Và đưa ra các giải pháp đối với phía bệnh viện và đối với gia đình bệnh nhân [109].

1.5 Sơ lược về bệnh viện K

Ngày 17 tháng 7 năm 1969, được sự đồng ý của Chính phủ, Bộ trưởng Bộ Y tế ra quyết định số 711/QĐ-BYT thành lập Bệnh viện K được thành lập từ tiền thân là Viện Curie Đông Dương (Insitut Curie de L'Indochine) ra đời tại Hà Nội vào ngày 19/10/1923 do Luật sư Mourlan phụ trách.

Viện Curie Đông Dương (Insitut Curie de L'Indochine) đã ra đời tại Hà Nội vào ngày 19 tháng 10 năm 1923. Từ ngày 07 tháng 6 năm 1926, Viện Curie Đông Dương được đổi tên thành Viện Radium Đông Dương, sau đó Viện còn được gọi với một tên gọi khác là Viện Ung thư. Do hoàn cảnh khó khăn về cơ sở vật chất và các phương tiện khám chữa bệnh nên khi mới thành lập, Viện mới chỉ có một cơ sở chính ở miền Bắc Việt Nam là Viện Radium Đông Dương (tiên thân là Viện Curie Đông Dương, nay là Bệnh viện K) và một cơ sở điều trị đặt tại Bệnh viện Bảo hộ (Bệnh viện Phủ Doãn, tức Bệnh viện Việt Đức ngày nay). Sau đại chiến thế giới thứ hai, nhất là vụ Nhật đảo chính Pháp ngày 9/3/1945 đã làm đảo lộn hoàn toàn cục diện chính trị trong nước. Trong hoàn cảnh đó, Viện Radium không tránh khỏi những biến đổi. Trải qua hơn 20 năm hình thành và phát triển, Viện đã xác lập được vai trò và có một vị trí quan trọng trong việc điều trị bệnh ung thư ở Việt Nam, góp phần làm giảm bớt số lượng bệnh nhân tử vong vì căn bệnh nan y này. Sau ngày toàn quốc kháng chiến 19/12/1946, thực dân Pháp tái chiếm Hà Nội, Viện Radium bị tận dụng làm trụ sở của quân Pháp do Sainteny đứng đầu, bên cạnh tướng Molière, chỉ huy đội quân viễn chinh Pháp đóng tại trụ sở báo Nhân dân ngày nay (số 71 Hàng Trống, Hà Nội). Sau 2 tháng bị chiếm đóng, Viện được trả lại đúng chức năng chuyên môn, các hoạt động của Viện Radium cũng dần dần được phục hồi trở lại. Sau nhiều biến cố, nhất là 60 ngày đêm khói lửa ở Hà Nội, cơ sở vật chất và các phương tiện khám chữa bệnh của Viện Radium vẫn được bảo toàn gần như nguyên vẹn. Vì là một tổ chức tư nhân nên đến năm 1957, Viện mới được Pháp chính thức bàn giao cho Chính phủ Việt Nam. Như vậy, từ một cơ sở y tế tư nhân hình thành dưới thời thuộc địa, Viện Radium từ nay đã trở thành tài sản của nhân dân và trở thành một bộ phận không thể tách rời của nền y học Việt Nam.

Năm 1959 Viện Radium được sát nhập vào nhà thương Phủ Doãn (sau là bệnh viện Việt - Đức) và trở thành khoa Ung thư của bệnh viện này trong những năm 1959 – 1969. Trong một thời gian khá dài từ năm 1960 đến năm 1969, để chuẩn bị cơ sở vật chất cho việc phát triển thành Viện trong tương lai, Khoa đã bắt đầu xây dựng các bộ phận cận lâm sàng mang tính chất độc lập. Từ buổi ban đầu hoàn toàn phụ thuộc vào Bệnh viện Việt – Đức về mặt tài chính, các cán bộ y bác sĩ của khoa đã chủ động tổ chức và tự đảm nhiệm được công tác chuyên môn theo phạm vi nhiệm vụ của mình.

Ngày 17 tháng 7 năm 1969, được sự đồng ý của Chính phủ, Bộ trưởng Bộ Y tế ra quyết định số 711/QĐ-BYT thành lập Bệnh viện K trên cơ sở Khoa Ung thư của Bệnh viện Việt Đức. Từ đây ngành nghiên cứu và chữa trị bệnh ung thư Việt Nam cũng đã bắt đầu bước sang giai đoạn mới, góp phần đặc lực trong việc phục vụ sức khỏe nhân dân với tổng số cán bộ nhân viên gồm 68 người. Tuy điều kiện làm việc còn khó khăn, thiếu thốn, các y bác sĩ, cán bộ bệnh viện K đã cố gắng hết mình, tận tâm, tận lực với nghề, sáng tạo ra nhiều phương pháp để khám chữa bệnh phục vụ sức khỏe nhân dân, góp phần chi viện cho tiền tuyến, đào tạo các khóa y sĩ, bác sĩ đầu tiên về chuyên khoa ung thư. Năm 2000, cơ sở II của Bệnh viện K tại Tam Hiệp ra đời và cơ sở III Bệnh viện K Tân Triều đi vào hoạt động từ năm 2012.

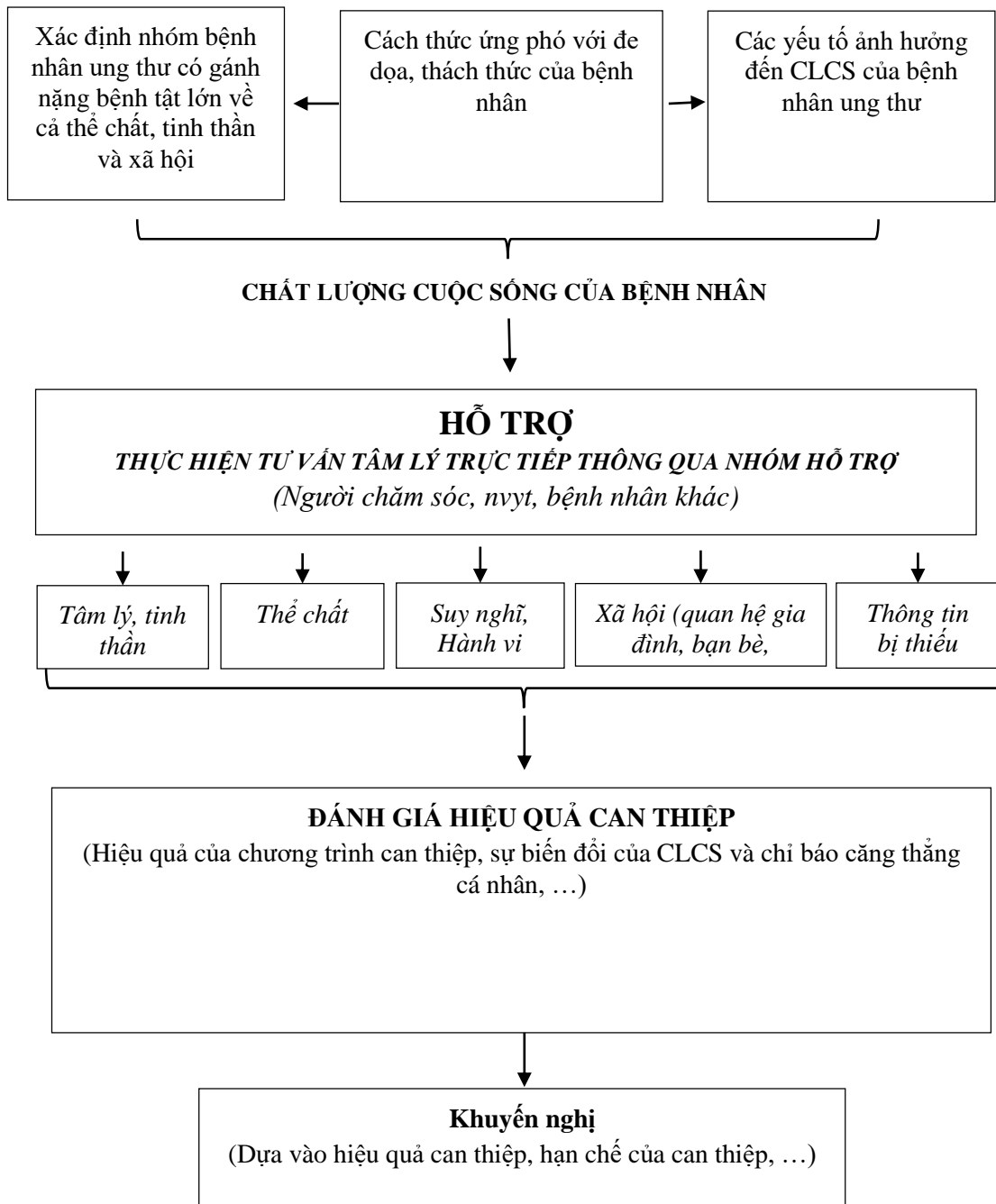
+ Cơ sở 1: Số 43 Quán Sứ, Hoàn Kiếm, Hà Nội và số 9A-9B Phan Chu Trinh, Hoàn Kiếm, Hà Nội.

+ Cơ sở 2: Tựu Liệt, Tam Hiệp, Thanh Trì, Hà Nội.

+ Cơ sở 3: cơ sở Tân Triều, số 30 Cầu Bươu, Thanh Trì, Hà Nội.

Bệnh viện hiện tại có 80 viện, trung tâm, khoa, phòng, bộ phận trực thuộc với hơn 1.700 cán bộ, người lao động [110].

1.6 Khung lý thuyết nghiên cứu



Hình 1.1. Sơ đồ khung lý thuyết của nghiên cứu

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân nữ mắc ung thư sinh dục dưới như: ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung, ung thư âm đạo, âm hộ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Đã được chẩn đoán xác định là UTSDĐ, có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm mô bệnh học.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia can thiệp hỗ trợ của nhóm nghiên cứu.

- Được theo dõi ít nhất đến thời điểm 6 tháng sau can thiệp (là khoảng thời gian mà nghiên cứu Thapa N, Xiong Y đã áp dụng cho phương pháp can thiệp nhằm nâng cao CLCS đó là phẫu thuật và tư vấn sức khỏe) [65].

- Bệnh nhân duy trì can thiệp đủ 6 tháng và trả lời đầy đủ các bộ câu hỏi ở các thời điểm: trước và sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân UTSDĐ mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai do nguy cơ mất dấu bệnh nhân cao.

- Bệnh nhân có tiền sử bị ung thư.

- Bệnh nhân quá mệt mỏi suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi.

- Bệnh nhân UTSDĐ không đủ thời gian theo dõi 6 tháng (bỏ can thiệp, chết ...).

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2022, gồm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1 (tháng 05/2020 - 12/2020): Giai đoạn nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân nữ UTSDD.

Giai đoạn 2 (tháng 03/2021 - 12/2021): Giai đoạn nghiên cứu can thiệp và đánh giá sự thay đổi sau can thiệp

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K cơ sở 3 (Số 30 Cầu Bươu – Tân Triều – Thanh Trì – Hà Nội).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Giai đoạn 1 của nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi định lượng, có sử dụng số liệu thứ cấp về tình trạng bệnh của bệnh nhân để đánh giá CLCS của bệnh nhân UTSDD.

Giai đoạn 2 của nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp đánh giá trước - sau can thiệp không có nhóm chứng để đánh giá CLCS và điểm chỉ báo căng thẳng cá nhân của bệnh nhân nữ UTSDD.

Đối với mục tiêu 1 và 2: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang để xác định điểm trung bình CLCS và chỉ báo căng thẳng cá nhân của bệnh nhân UTSDD. Mô tả một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân UTSDD.

Đối với mục tiêu 3: Thiết kế nghiên cứu can thiệp trước sau không có nhóm đối chứng. Thực hiện hoạt động can thiệp tâm lý bằng phương pháp “Nhóm Hỗ trợ Ung thư”. Đánh giá hiệu quả cải thiện tâm lý - sau 6 tháng can thiệp tâm lý bằng hỗ trợ theo phương pháp nhóm hỗ trợ ung thư, nghiên cứu so sánh điểm trung bình CLCS và chỉ báo căng thẳng cá nhân trước – sau can thiệp

tâm lý.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả, ước tính cỡ mẫu cho một giá trị trung bình:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{\sigma^2}{\varepsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó:

- + n là cỡ mẫu cần của nghiên cứu
- + $\mu = 50,2$ là điểm số CLCS trước can thiệp theo nghiên cứu của Prasongvej P [111].
- + $\sigma = 13,1$ là độ lệch chuẩn của điểm CLCS trước can thiệp theo nghiên cứu của Prasongvej P [111].
- + $\varepsilon = 0,02$ là khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể
- + α là mức ý nghĩa thống kê = 0,05; với khoảng tin cậy 95%, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Với công thức trên, tính được cỡ mẫu $n = 654$. Chúng tôi xác định điều tra 700 bệnh nhân do ước lượng khoảng 10% đối tượng không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn dựa trên danh sách người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.2.2. Nghiên cứu can thiệp

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 2 trung bình cho nghiên cứu can thiệp, với độ tin cậy 5% (hai chiều) và lực mẫu $1-\beta = 0,8$:

$$n = 2\sigma^2 \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó

n là cỡ mẫu tối thiểu cần có

Tra theo bảng được giá trị $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $Z_{1-\beta} = 0,84$.

μ_1 và σ là trung bình và độ lệch chuẩn điểm CLCS trước điều trị theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương năm 2013, lần lượt $\mu_1 = 53,1$ và $\sigma = 18,1$ [112]. Qua can thiệp, chúng tôi kì vọng điểm CLCS của bệnh nhân ung thư sinh dục dưới ở nữ tăng lên tối thiểu 4 điểm sau can thiệp (so với 5,2 điểm trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương) [112]. Như vậy, $\mu_2 = 57,1$ điểm và $|\mu_1 - \mu_2|$ có giá trị bằng 4. Từ đó, $n = [2*(18,1)^2 (1,96+0,84)^2]/4^2 = 322$. Cỡ mẫu tối thiểu cần có là 322 bệnh nhân nghiên cứu.

Vì đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ung thư, có tỉ lệ bỏ cuộc và tử vong cao nên chúng tôi dự trù 10% đối tượng nghiên cứu bỏ cuộc, chúng tôi xác định cỡ mẫu sau khi đã làm tròn cho nghiên cứu can thiệp là 350 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: 350 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu cắt ngang đã hoàn thành chương trình can thiệp sẽ được lựa chọn ngẫu nhiên đơn dựa vào danh sách can thiệp để đạt đủ cỡ mẫu cần thiết. Bệnh nhân được đánh giá là hoàn thành can thiệp khi tham gia đầy đủ tất cả các nội dung của chương trình can thiệp bao gồm các buổi thực hiện các bài tập thư giãn về thể chất theo nhóm và tư vấn tâm lý nhóm. Các bệnh nhân không được lựa chọn tham gia nghiên cứu tiếp tục được điều trị lâm sàng và điều trị tâm lý nếu có nhu cầu nhưng tại các nhóm khác để không ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp.

2.2.3. Quy trình tổ chức nghiên cứu

2.2.3.1. Nghiên cứu cắt ngang

Nghiên cứu mô tả cắt ngang đo lường CLCS của bệnh nhân UTSDĐ; Để xác định điểm trung bình CLCS của bệnh nhân về: (i) Sức khỏe tổng quát; (ii) Chức năng (thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội); [113] Triệu chứng (Mệt mỏi, Buồn nôn/nôn, đau, thờ nhanh, mất ngủ, táo bón, tiêu chảy); (iv) Tài chính (khó khăn tài chính). Một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân UTSDĐ.

Tập huấn cho điều tra viên: Các điều tra viên được tập huấn về mục đích tham gia NC, đối tượng NC, các chỉ tiêu lựa chọn đối tượng tham gia NC, các chỉ số, số liệu thu thập trong điều tra ban đầu cũng như đánh giá.

Thu thập số liệu từ bệnh nhân: Điều tra viên là người có kinh nghiệm trong việc triển khai, thực hiện nghiên cứu và thu thập thông tin liên quan đến lĩnh vực y tế. Nhóm điều tra viên gồm có 10 người (Nghiên cứu sinh và 10 người: 2 thạc sĩ, 8 bác sĩ) thuộc các khoa: Nội 5, Nội 6, ngoại E, Xạ 2 – Bệnh viện K cơ sở 3 là người trực tiếp thu thập thông tin về CLCS của bệnh nhân UTSDĐ.

2.2.3.2. Nghiên cứu can thiệp

Nghiên cứu so sánh trước – sau không có nhóm đối chứng thực hiện trên 350 bệnh nhân nữ tham gia can thiệp tâm lý 6 tháng nhằm xác định hiệu quả của can thiệp tâm lý.

Hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao điểm CLCS và tình trạng Stress của trong nghiên cứu này được đánh giá trên việc so sánh điểm CLCS và các chỉ báo Stress trước - sau can thiệp bằng test t ghép cặp, wilcoxon test với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ cho biến định lượng và sử dụng test Chi-Square của McNemar hoặc Wilcoxon để đánh giá sự khác biệt giữa hai hoặc nhiều tỷ lệ so sánh trước và sau can thiệp.

* Mục đích của can thiệp:

Cải thiện của sức khỏe tâm thần của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới đang điều trị ung thư bằng hình thức can thiệp tâm lý theo nhóm tại bệnh viện K cơ sở 3.

* Nội dung can thiệp:

Dựa vào kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang về thực trạng và các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng Stress của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới tại bệnh viện K cơ sở 3 năm 2020. Phương pháp can thiệp được dựa trên thiết kế tư vấn kỹ thuật từ chuyên gia của bộ môn tâm lý học lâm sàng, đại học Y Dược – ĐH Quốc Gia Hà Nội; hội đồng chuyên môn, Bệnh Viện K, Trường ĐHYD Hải Phòng về nhóm Hỗ trợ Ung thư đã phát triển từ sự kết hợp giữa liệu pháp nhận thức của Beck với dữ liệu lâm sàng và thực nghiệm từ quá trình làm việc với NB ung thư với một nhóm hỗ trợ lâu dài không có cấu trúc cho những phụ nữ bị ung thư sinh dục [103].

a) Biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo tư vấn tâm lý

Chương trình đào tạo tư vấn tâm lý được xây dựng đảm bảo những nguyên tắc sau:

Đúng với luật khám bệnh, chữa bệnh.

Đúng với quy định về hướng dẫn về tư vấn tâm lý, thực hành y khoa. Đúng với nhu cầu thực tế của bệnh viện.

Đúng với công tác KCB: Người bệnh làm trung tâm của công tác KCB, KCB toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng và an toàn.

Phù hợp với điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội, sức khỏe và địa lý của bệnh viện.

Đáp ứng sự thiếu hụt kiến thức, kỹ năng về tư vấn tâm lý của bệnh nhân theo chuẩn năng lực và phù hợp với xu thế hội nhập.

Biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo liên tục theo các bước:

- Bước 1: Thành lập nhóm biên soạn là người có chuyên môn và kinh nghiệm tham gia giảng dạy, biên soạn chương trình và tài liệu đào tạo tư vấn tâm lý là cán bộ y tế bệnh viện K cơ sở 3, giảng viên ĐH Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội.

- Bước 2: Thảo luận, xây dựng mục tiêu, nội dung can thiệp tâm lý cho bệnh nhân UTSSD.

- Bước 3: Nhóm tiến hành biên soạn tài liệu cho chương trình đào tạo cho cán bộ nguồn tham gia thực hiện can thiệp tâm lý cho bệnh nhân. Nội dung chương trình đào tạo theo Luật khám chữa bệnh [114]. Về chuyên môn, biên soạn chương trình và tài liệu theo các hướng dẫn cập nhật về chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư ban hành kèm Quyết định số 1514/QĐ-BYT [115] và kết quả đánh giá CLCS của bệnh nhân UTSSD tại bệnh viện K cơ sở 3.

- Bước 4: Xin ý kiến chuyên gia: Các chuyên gia của bộ môn tâm lý học lâm sàng, đại học Y Dược – ĐH Quốc Gia Hà Nội; hội đồng chuyên môn, Bệnh Viện K, Trường ĐHYD Hải Phòng.

- Bước 5: Chỉnh sửa chương trình và tài liệu đào tạo liên tục: Căn cứ vào các ý kiến chuyên gia nhóm biên soạn chỉnh sửa chương trình và tài liệu.

b) Lựa chọn và tập huấn cho cán bộ thực hiện can thiệp

- Giáo viên tư vấn tâm lý: 1 giáo viên chính và 2 giáo viên trợ giảng được chọn từ Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội và Bệnh viện K cơ sở 3. Tiêu chuẩn là cán bộ có trình độ, đủ tiêu chuẩn giảng dạy theo quy định hiện hành, có thâm niên trong nghề dạy học, chuyên ngành về tâm lý học lâm sàng và y khoa.

- Giáo viên rèn luyện vận động và thể chất (Yoga): 1 giáo viên chính và 2 giáo viên trợ giảng được chọn từ Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội và

Bệnh viện K cơ sở 3 hướng dẫn về Yoga. Tiêu chuẩn tương tự giống như giáo viên lý thuyết nhưng phải có trên 10 năm kinh nghiệm về liệu pháp trị liệu

c) Thực hiện chương trình can thiệp

Phiên của tư vấn chuyên đề có cấu trúc đại diện cho các lĩnh vực trọng tâm chính mà đa số phụ nữ muốn thảo luận (Phụ lục 4). Hơn nữa, mô hình này phù hợp với một lượng lớn tài liệu khuyến nghị các cách cải thiện khả năng đối phó ở bệnh nhân ung thư. Một số tác giả đã gợi ý rằng những bệnh nhân nhận được thông tin và giải thích rõ ràng về căn bệnh của họ sẽ đối phó với căn bệnh đó tốt hơn. Phần 6, 7 và 8 trong mô hình chuyên đề tập trung vào các mối quan tâm của bệnh nhân khi họ giao tiếp với những người chăm sóc, các thành viên trong gia đình và bạn bè. Do đó, mỗi trong số mỗi phiên họp đều có thời gian để hình thành và cũng để thảo luận về cảm xúc, vấn đề và giải quyết vấn đề. Thay vì để phụ nữ chờ đợi các vấn đề nảy sinh và phản ứng cố gắng giải quyết chúng, mô hình chuyên đề được thiết kế để khuyến khích mỗi phụ nữ tham gia tích cực vào việc chăm sóc sức khỏe của mình, lường trước các vấn đề có thể xảy ra và hy vọng áp dụng các cách giải quyết mới.

Về cơ bản, chương trình can thiệp tâm lý trải qua 4 giai đoạn sau:

Giai đoạn I: Đánh giá chất lượng cuộc sống

Trong vòng 1 tháng kể từ khi được chẩn đoán, những người tham gia đã gặp gỡ khoảng 1/2 giờ với một trong hai nghiên cứu viên y tế có kinh nghiệm làm việc với bệnh nhân ung thư sinh dục và được một người phỏng vấn đào tạo huấn luyện cách sử dụng các đánh giá tâm lý. Ban đầu, Nghiên cứu viên đồng đánh giá mười bệnh nhân theo bảng đánh giá chất lượng cuộc sống QLQ-C30, chỉ báo căng thẳng cá nhân.

Sử dụng hình thức phỏng vấn có cấu trúc, nghiên cứu viên thu được thông tin về hoàn cảnh nhận được chẩn đoán, thông tin chất lượng cuộc sống và nhân khẩu học, cũng như hoàn thành bảng câu hỏi chỉ báo căng thẳng cá nhân. Các đối tượng được chỉ định cho một nghiên cứu viên tư vấn trên cơ sở danh sách

có sẵn một cách ngẫu nhiên. Hai nghiên cứu viên cùng xem xét cấu trúc của tư vấn chuyên đề với nhau trên cơ sở liên tục để đảm bảo tính so sánh của các phiên tư vấn.

Giai đoạn II: Tư vấn và rèn luyện thể chất

Sau khi đánh giá chất lượng cuộc sống được mô tả, 350 phụ nữ được chỉ định tham gia vào nhóm tư vấn chuyên đề. Những phụ nữ được phân công ngẫu nhiên vào chế độ này là đối tượng kiểm soát cho những người được chỉ định tham gia các buổi tư vấn nhóm và rèn luyện thể chất. Một trong những nghiên cứu viên dẫn đầu mỗi phiên nhóm. Sáu đến mười phụ nữ trong một nhóm tham gia vào mỗi cuộc họp được tổ chức tại bệnh viện hoặc tư vấn trực tuyến trong vòng 1 tháng. Tại phiên 2 và 3 (Nguyên nhân gây ung thư và tác động của điều trị), các thành viên trong nhóm đã nhận được thông tin từ một điều dưỡng chuyên khoa ung thư, một bác sĩ chuyên khoa ung thư hoặc một bác sĩ X quang. Tại phiên 5, một chuyên gia dinh dưỡng đã cung cấp thông tin về chế độ ăn uống, thực phẩm bổ sung, v.v.

Các buổi tư vấn tâm lý nhóm theo chủ đề bao gồm 8 buổi học /1 tháng trong vòng 6 tháng, mỗi tuần 2 phiên học (mỗi phiên học kéo dài 1 giờ- 1,5 giờ) như được nêu trong mô hình. Sau mỗi buổi tư vấn tâm lý nhóm cả trực tiếp và trực tuyến, đối tượng nghiên cứu sẽ tham gia tập Yoga với sự hướng dẫn trực tiếp hoặc trực tuyến của các giáo viên rèn luyện vận động, thể chất trong vòng 2 giờ kế tiếp.

Giai đoạn III: Đánh giá lại kết quả sau khi hoàn thành can thiệp

Trong vòng 1 đến 2 tuần sau khi hoàn thành giai đoạn tư vấn, một trong ba trợ lý nghiên cứu được đào tạo, phụ thuộc vào nhân viên tư vấn, đã đánh giá từng người trong số những phụ nữ tham gia can thiệp với thang đánh giá giống như trong đánh giá ban đầu. Những người phỏng vấn tiếp theo không biết về điều kiện tư vấn và điểm số ban đầu. Hơn nữa, họ được hướng dẫn bỏ qua bất

kỳ chi tiết nào có thể tiết lộ hình thức tư vấn mà phụ nữ nhận được.

Giai đoạn IV: 6 tháng sau Đánh giá Tư vấn

Sáu tháng sau khi hoàn thành giai đoạn tư vấn, những phụ nữ đã đồng ý tham gia cuộc phỏng vấn đánh giá tâm lý xã hội lần thứ ba. Các trợ lý nghiên cứu đã đánh giá lại những phụ nữ với bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống QLQ-C30, chỉ báo căng thẳng cá nhân.

- Giám sát thực hiện chương trình đào tạo

Ban tổ chức tiến hành giám sát ngẫu nhiên 35 phiên tư vấn về việc tổ chức thực hiện chương trình theo đúng tiến độ, ghi nhận những khó khăn, thuận lợi và đưa ra giải pháp khắc phục.

Giám sát nội dung giảng dạy thông qua dự giờ: Dựa vào khung chương trình tư vấn, nhóm giám sát tiến hành dự phiên tư vấn tâm lý. Sau khi tham dự giảng nhóm sẽ thảo luận với tư vấn viên về nội dung, kỹ năng và phương pháp tư vấn để rút kinh nghiệm.

Ba hình thức giám sát được áp dụng trong quá trình can thiệp: 1) Giám sát hỗ trợ thường kỳ; 2) Giám sát đột xuất; 3) Giám sát hỗ trợ gián tiếp

Giám sát hỗ trợ thường kỳ: Trong suốt quá trình triển khai, mỗi nhóm có 2 lần giám sát hỗ trợ. Lần thứ nhất được thực hiện vào buổi tư vấn đầu tiên, lần thứ 2 được thực hiện vào buổi tư vấn bất kỳ. Trong các lần giám sát hỗ trợ này, các giám sát viên trực tiếp đến tham dự, quan sát đánh giá về phiên tư vấn, thảo luận với tư vấn viên và trợ lý ngay sau buổi học về những điểm chưa đạt, chưa phù hợp trong công tác tổ chức cũng như tư vấn chuyên môn, tâm lý.

Giám sát đột xuất: 35 nhóm có 1 lần giám sát đột xuất phần tư vấn tâm lý nhóm tại các khoa lâm sàng. Trong khi giám sát đột xuất, giám sát viên sẽ đánh giá hoạt động tư vấn về chuyên môn và tâm lý trên lâm sàng và kiểm tra quá trình hoạt động của chương trình tư vấn nhóm của tư vấn viên và người

bệnh của nhóm theo kế hoạch giáo án thống nhất. Các nhóm không được thông báo về thời gian giám sát.

Hỗ trợ gián tiếp: Trong suốt quá trình thực hiện, các nhóm trực tiếp liên hệ với Ban tổ chức học hoặc NCS khi gặp khó khăn chưa tìm ra hướng giải quyết.

2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

2.3.1. Biến số và chỉ số cho mục tiêu 1

Bảng 2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số	Chỉ số	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
Đặc trưng cá nhân			
Tuổi	Phân bố nhóm tuổi trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Học vấn	Phân bố học vấn trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Tình trạng kinh tế	Phân bố tình trạng kinh tế trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Tình trạng tài chính	Phân bố tình trạng tài chính cá nhân trong nhóm nghiên cứu theo tình trạng tài chính độc lập (Có làm được ra tiền và không cần sự trợ giúp về mặt tài chính trong sinh hoạt và chữa bệnh) và tình trạng tài chính phụ thuộc (Không có thu nhập hoặc thu nhập ít dẫn đến sự hỗ trợ của người khác về mặt tiền bạc cho sinh hoạt hoặc chữa bệnh)	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Người chăm sóc	Loại hình người chăm sóc ở nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
BHYT	Phân bố BHYT trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng

	cứu		lượng
Nghề nghiệp	Phân bố nghề nghiệp trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Hình thức sinh sống	Phân bố hình thức sinh sống cùng người thân trong nhóm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bảng hỏi định lượng
Mục tiêu 1. Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư			
Đặc điểm lâm sàng			
Vị trí ung thư	- Tỷ lệ bệnh nhân theo loại ung thư - Tỷ lệ loại ung thư của bệnh nhân theo nhóm tuổi, học vấn, tình trạng kinh tế, nghề nghiệp, người chăm sóc, loại hình sinh sống	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin
Giai đoạn ung thư	- Tỷ lệ bệnh nhân theo giai đoạn ung thư - Tỷ lệ giai đoạn ung thư của bệnh nhân theo nhóm tuổi, nghề nghiệp, người chăm sóc, loại hình sinh sống	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin
Giai đoạn ung thư	- Tỷ lệ bệnh nhân theo giai đoạn ung thư - Tỷ lệ loại ung thư của bệnh nhân theo nhóm tuổi, học vấn, tình trạng kinh tế, nghề nghiệp	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin
Bệnh lý kèm theo Thời gian chẩn đoán	- Tỷ lệ bệnh nhân theo bệnh lý kèm theo ung thư - Tỷ lệ bệnh nhân theo thời gian chẩn đoán ung thư - Tỷ lệ thời gian chẩn đoán ung thư của bệnh nhân theo nhóm tuổi, học vấn, tình trạng kinh tế, nghề nghiệp	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin

Số lần vào viện	- Trung bình số lần vào viện theo vị trí ung thư và giai đoạn ung thư - Tỷ lệ thời gian chẩn đoán ung thư của bệnh nhân theo nhóm tuổi, học vấn, tình trạng kinh tế, nghề nghiệp	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin
Phương pháp điều trị	Tỷ lệ bệnh nhân có can thiệp nội khoa và ngoại khoa	Tra cứu bệnh án	Biểu mẫu tổng hợp thông tin
Đánh giá chất lượng cuộc sống			
Chức năng thể chất	- Mức độ khó khăn khi đi bộ một khoảng ngắn bên ngoài nhà mình. - Mức độ cần nằm nghỉ trên nghỉ hay trên ghế suốt ngày. - Mức độ cần giúp đỡ khi ăn, mặc, tắm rửa hay đi vệ sinh	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Chức năng cảm xúc	- Mức độ cảm thấy căng thẳng - Mức độ cảm thấy buồn chán	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Các vấn đề về triệu chứng	- Mức độ mệt mỏi - Mức độ buồn nôn - Mức độ đau - Mức độ thở nhanh - Mức độ mất ngủ - Mức độ chán ăn - Mức độ táo bón	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Vấn đề sức khỏe tổng quát	- Mức độ chất lượng cuộc sống tổng quát trong tuần qua	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Mục tiêu 2. Phân tích mối liên quan tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân			
Yếu tố liên quan tới chức năng thể chất	- Mức độ khó khăn về thể chất theo tuổi - Mức độ khó khăn về thể chất theo nghề nghiệp	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi

	<ul style="list-style-type: none"> - Mức độ chức năng về thể chất theo vị trí ung thư - Mức độ chức năng về thể chất theo chỉ số BMI - Mức độ khó khăn về thể chất theo số lần vào viện - Mức độ chức năng về thể chất theo phương pháp điều trị 		
Yếu tố liên quan tới chức năng cảm xúc	<ul style="list-style-type: none"> - Mức độ cảm thấy căng thẳng - Mức độ lo lắng - Mức độ cảm thấy dễ bực tức - Mức độ cảm thấy buồn chán 	Phòng vấn	Bộ câu hỏi
Yếu tố liên quan tới các vấn đề về triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"> - Mức độ mệt mỏi - Mức độ buồn nôn - Mức độ đau - Mức độ thở nhanh - Mức độ mất ngủ - Mức độ chán ăn - Mức độ táo bón 	Phòng vấn	Bộ câu hỏi
Yếu tố liên quan tới vấn đề sức khỏe tổng quát	<ul style="list-style-type: none"> - Mức độ chất lượng cuộc sống tổng quát trong tuần qua 	Phòng vấn	Bộ câu hỏi

2.3.2. Biến số và chỉ số cho mục tiêu 3

2.3.2.1. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau 6 tháng can thiệp

- Điểm trung bình sức khỏe tổng quát
- Điểm trung bình chức năng thể chất
- Điểm trung bình chức năng cảm xúc
- Điểm trung bình các vấn đề triệu chứng
- Điểm trung bình khó khăn tài chính

2.3.2.2. Đánh giá tình trạng Stress sau 6 tháng can thiệp

- Điểm trung bình chỉ báo cơ thể
- Điểm trung bình chỉ báo về giấc ngủ
- Điểm trung bình chỉ báo hành vi
- Điểm trung bình chỉ báo cảm xúc
- Điểm trung bình thói quen cá nhân

2.3.3. Tiêu chuẩn đánh giá

2.3.3.1. Đánh giá chất lượng cuộc sống

Bộ cục của Bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 được mô tả cụ thể trong bảng

2.3:

Bảng 2.3: Mô tả bộ cục của Bộ câu hỏi EORTC-C30

Lĩnh vực	Vấn đề	Số câu hỏi	Số thứ tự câu hỏi
Tình trạng sức khỏe	Sức khỏe tổng quát	2	29,30
Chức năng	Chức năng thể chất	5	1-5
	Chức năng hoạt động	2	6,7
	Chức năng cảm xúc	4	21-24
	Chức năng nhận thức	2	20,25
	Chức năng xã hội	2	26,27
Triệu chứng	Mệt mỏi	3	10,12,18
	Buồn nôn/nôn	2	14,15
	Đau	2	9,19
	Thở nhanh	1	8
	Mất ngủ	1	11
	Chán ăn	1	13

	Táo bón	1	16
	Tiêu chảy	1	17
Tài chính	Khó khăn tài chính	1	28

Cách tính điểm đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ EORTC

QLQ – C30 [58]:

* Điểm số bộ công cụ EORTC QLQ – C30 của các vấn đề thay đổi từ 0 đến 100 và có ý nghĩa như sau:

- Vấn đề chức năng: điểm số càng cao, chức năng càng tốt, kết luận vấn đề sức khỏe tốt.

- Vấn đề triệu chứng: điểm số càng cao, triệu chứng càng nặng, kết luận vấn đề sức khỏe xấu.

❖ *Cách tính điểm EORTC QLQ – C30 [116]*

- Điểm thô: trung bình điểm các câu hỏi cùng vấn đề.

Điểm thô Rawscore (RS) = $(Q1 + Q2 + \dots + Qn)/n$

- Điểm chuẩn hóa: điểm thô được tính trên tỷ lệ 100 (theo công thức)

• Điểm lĩnh vực chức năng: Score = $[1 - (RS - 1)/3] \times 100$

• Điểm lĩnh vực triệu chứng: Score = $[(RS - 1)/3] \times 100$

• Điểm sức khỏe tổng quát: Score = $[(RS - 1)/6] \times 100$

* Phân loại CLCS: Chất lượng cuộc sống liên quan đến các lĩnh vực chức năng, triệu chứng, khó khăn tài chính và CLCS tổng quát được phân thành 2 mức dựa vào số điểm [117],[118]:

+ Thấp: điểm từ 0-75 điểm

+) Cao: điểm từ 76-100 điểm

2.3.3.2. *Đánh giá căng thẳng cá nhân*

Mỗi câu hỏi của trong bộ câu hỏi phỏng vấn (PV) về chỉ báo căng thẳng cá nhân đều được cho điểm. Thang điểm 1 đến 5 được dùng cho mỗi câu trả lời. Tổng điểm tối đa cho lĩnh vực chỉ báo cơ thể, cảm xúc là 105 điểm; chỉ báo

hành vi là 85 điểm; phần chỉ báo giấc ngủ là 25 điểm, chỉ báo thói quen cá nhân là 45 điểm. Mỗi lĩnh vực được chia ra thành 5 mức độ như bảng sau:

Bảng 2.4: Mức độ stress cá nhân

STT	Các lĩnh vực	Mức độ				
		Rất thấp	Trung bình	Cao	Rất cao	Nguy hiểm
1	Tổng điểm các chỉ báo cơ thể	22 - 29	30 - 37	38 - 47	48 - 53	54+
2	Tổng điểm các chỉ báo về giấc ngủ	5 - 7	8 - 9	10 - 11	12 - 13	14+
3	Tổng điểm các chỉ báo hành vi	18 - 26	27 - 35	36 - 44	45 - 49	50+
4	Tổng điểm các chỉ báo cảm xúc	21 - 28	29 - 36	37 - 45	46 - 54	55+
5	Tổng điểm các thói quen cá nhân	9 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30+

Đánh giá hiệu quả của chỉ báo căng thẳng cá nhân

	Đánh giá
Đạt	Mức độ stress cá nhân ở mức độ “Rất thấp”, “Trung bình” và “cao”;
Không đạt	Mức độ stress cá nhân ở mức độ “Rất cao” hoặc “Nguy hiểm”

Mỗi câu hỏi được đo lường theo thang đo likert 5 mức độ:

5 – Gần như mọi ngày (khoảng 5 ngày 1 tuần)

4 – Phần lớn thời gian (khoảng 3 ngày 1 tuần)

3 – Thi thoảng (khoảng một đến một nửa số ngày 1 tuần)

2 – Gần như không bao giờ (ít hơn 2 giờ 1 tuần)

1 – Không bao giờ

2.3.3.3. Đánh giá hiệu quả sau 6 tháng can thiệp

Hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao điểm CLCS của trong nghiên cứu này được đánh giá trên việc so sánh điểm CLCS trước - sau can thiệp bằng test t ghép cặp, wilcoxon test với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ cho biến định lượng và sử dụng test Chi-Square của McNemar để đánh giá sự khác biệt giữa hai hoặc nhiều tỷ lệ so sánh trước và sau can thiệp.

Bên cạnh đó, chỉ số hiệu quả can thiệp được áp dụng với chỉ báo căng thẳng cá nhân dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ so sánh trước và sau} = \frac{|\text{Chỉ số trước CT} - \text{Chỉ số sau CT}|}{\text{Chỉ số trước CT}} \times 100\%$$

2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.4.1. Phương pháp thu thập thông tin

STT	Số liệu	Phương pháp
1	Thu thập số liệu thứ cấp	<ul style="list-style-type: none"> - Rà soát tài liệu sẵn có từ tài liệu liên quan đến tâm lý, chương trình đào tạo v.v. - Phân tích điểm CLCS và tìm kiếm tài liệu liên quan đến tâm lý của bệnh nhân UTSDĐ
2	Thu thập số liệu định lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Mỗi bệnh nhân UTSDĐ được thu nhận vào nghiên cứu (đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ nêu trong mục 2.1) sẽ được đánh giá CLCS (EORTC QLQ-C30) và chỉ báo căng thẳng cá nhân tại các thời điểm: trước lựa chọn can thiệp; sau

		<p>lựa chọn can thiệp 6 tháng. Tại từng thời điểm, bệnh nhân được nghiên cứu viên giới thiệu về hai bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống và chỉ báo Stress, sau đó bệnh nhân được điều tra viên phỏng vấn cả 2 bộ câu hỏi. Các thông tin về hành chính của bệnh nhân (Họ tên, địa chỉ, số bệnh án, ngày vào viện, tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn) và các thông tin lâm sàng - cận lâm sàng (lý do vào viện, bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, phân giai đoạn bệnh UTSSD theo FIGO, phương pháp can thiệp...) được thu thập một lần tại thời điểm trước khi thực hiện phỏng vấn định lượng và ghi lại trong phiếu thu thập thông tin (xem phụ lục 1). Mỗi bệnh nhân được gán một mã số riêng trên bộ câu hỏi để theo dõi và xử lý số liệu.</p>
--	--	--

2.4.2. Công cụ thu thập số liệu

2.4.2.1 Bộ công cụ dành cho nghiên cứu cắt ngang

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi với 3 phần: i) Thông tin hành chính (phụ lục 1); ii) bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 đã chuẩn hóa ngôn ngữ Tiếng Việt (phụ lục 2). Bộ câu hỏi EORTC-C30 gồm 30 câu hỏi (đánh số từ 1 đến 30), được thiết kế để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư nói chung, bao gồm các khía cạnh về khả năng hoạt động thể lực, khả năng nhận thức, hòa nhập xã hội, khía cạnh cảm xúc cũng như các triệu chứng toàn thân do bệnh hoặc do quá trình điều trị ung thư gây ra [13],[119].

2.4.2.2 Bộ công cụ dành cho nghiên cứu can thiệp

Bộ câu hỏi dành cho nghiên cứu can thiệp bao gồm 2 bộ câu hỏi: i) Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống QLQ-C30 có cấu trúc tương tự nghiên cứu mô tả cắt ngang [13],[119] (phụ lục 2); ii) Phần thứ hai là về tần suất trải qua

các tác động của căng thẳng đã được thông qua từ bảng câu hỏi về “Các chỉ báo về Căng thẳng (Stress indicators questionnaire)” của nhóm Tư vấn Quốc tế (The Counseling Team Internationale) [120] (phụ lục 3). Một bảng phỏng vấn tâm lý gồm 5 mục, bao gồm: (i) Chỉ báo cơ thể (21 mục); (ii) chỉ báo về giấc ngủ (5 mục); [113] Chỉ báo hành vi (17 mục); (iv) Chỉ báo cảm xúc (21 mục); (v) Các thói quen cá nhân (9 mục) được dùng để đánh giá các dấu hiệu tâm lý và thần kinh thực vật (ví dụ, rối loạn giấc ngủ) liên quan đến căng thẳng, được sử dụng trong hầu hết các nghiên cứu điều tra mức độ nghiêm trọng của bệnh ở bệnh nhân mắc tình trạng căng thẳng.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập, lọc trùng/làm sạch số liệu trên phần mềm CanReg5: là phần mềm sử dụng cho ghi nhận ung thư do Cơ quan ghi nhận ung thư Quốc tế (IACR/WHO) cung cấp. Trong quá trình nhập liệu, phần mềm có tính năng kiểm tra sự trùng lặp hoặc nhiều ung thư nguyên phát trên một bệnh nhân. Khi có sự trùng lặp, toàn bộ cơ sở dữ liệu, các biến số như: tên, ngày sinh, địa chỉ, cơ sở y tế, chẩn đoán ung thư, nguồn thông tin, chẩn đoán bệnh... của bệnh nhân sẽ hiện lên để cán bộ ghi nhận đối chiếu và quyết định những trường hợp nào là một ca bệnh ung thư mới. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, loại bỏ các phiếu không đủ tiêu chuẩn. Phiếu không đủ tiêu chuẩn là phiếu ghi chép không đầy đủ, thiếu các thông tin.

Số liệu sau khi được đọc và làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 với các tệp QES, REC và CHK nhằm hạn chế sai số khi nhập liệu. Những trường hợp trùng lặp, các thông tin sẽ được bổ sung cho nhau trên một ca bệnh, Làm sạch và phân tích số liệu trên phần mềm STATA 14.0

Thống kê mô tả biến định lượng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn; thống kê mô tả biến định tính bao gồm tần số và tỉ lệ phần trăm.

Thống kê suy luận bao gồm cho biến định lượng (mannwhiney test, t-test

ghép cặp, wilcoxon test,...) và biến định tính (χ^2 và fisher-exact test) được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.

Đánh giá vai trò yếu tố nguy cơ, sử dụng kiểm định và. Sử dụng các thuật toán trong thống kê y học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Sử dụng kiểm định chi bình phương (test χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ. Sử dụng hồi qui trong phân tích đa biến xét mối liên quan giữa các yếu tố.

2.6. Sai số và cách khống chế sai số

Sai số trong quá trình điều tra như: sai số nhớ lại, sai số thu thập thông tin của điều tra viên. Biện pháp khống chế sai số xảy ra trong quá trình điều tra, thu thập thông tin được áp dụng khắc phục bao gồm xin ý kiến chuyên gia, chuẩn hóa bộ câu hỏi thông qua điều tra thử, tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.

Sai số trong quá trình nhập số liệu, bộ số liệu được nhập lại 10% số phiếu nhằm kiểm tra thông tin nhập một cách kỹ lưỡng nhất, hạn chế sai số một cách tối đa.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

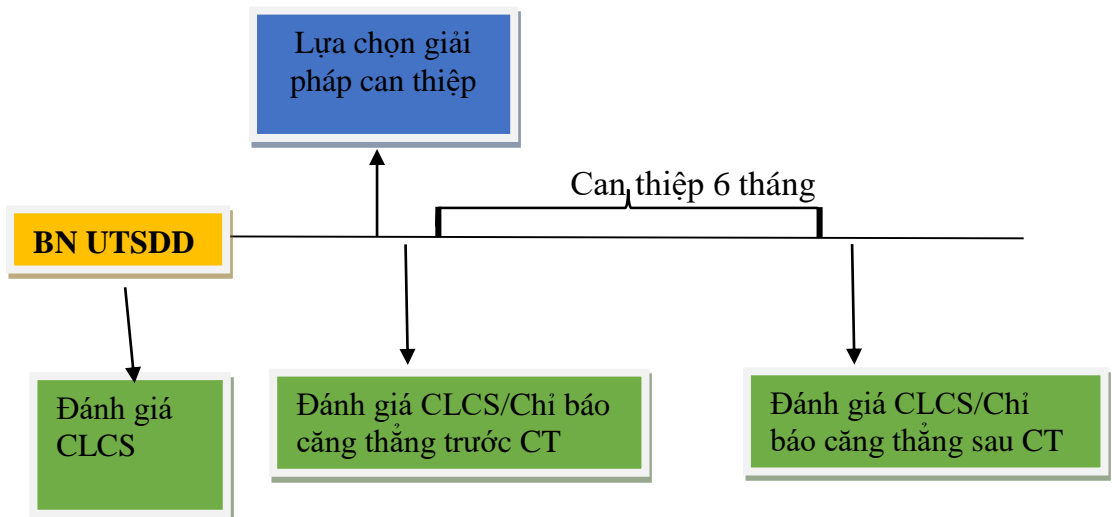
Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân UTSDD và đánh giá hiệu quả sau 6 tháng can thiệp tư vấn tâm lý cho bệnh nhân UTSDD tại bệnh viện K3 cơ sở 3. Nghiên cứu được chấp nhận bởi cơ quan chủ quản nơi tiến hành đề tài (Bệnh viện K). Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học trường Đại học Y dược Hải Phòng xem xét và phê duyệt đề cương nghiên cứu để đảm bảo tính khoa học và tính khả thi của đề tài.

Trước khi tham gia nghiên cứu, đối tượng phỏng vấn được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Họ sẽ được thông báo là họ tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Đối tượng nghiên cứu được đảm bảo mật thông tin và có đầy đủ quyền lợi của đối tượng khi tham gia nghiên cứu. Các

dữ liệu thứ cấp được sử dụng trong luận án được đảm bảo trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

Can thiệp tâm lý là phương pháp can thiệp không có xâm lấn, không độc hại, không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân. Quá trình can thiệp dữ liệu được thu thập cẩn thận, kín đáo và tế nhị nhằm đảm bảo thu thập được những thông tin trung thực, khách quan và đảm bảo tính riêng tư của bệnh nhân. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được mã hóa, nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

2.8 Sơ đồ nghiên cứu



CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1: Thông tin về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

(n=700)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	93	13,3
	40-<50	139	19,8
	50-<60	219	31,3
	≥60	249	35,6
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên	117	16,7
	Công nhân, nông dân	202	28,9
	Nghỉ hưu	183	26,1
	Thất nghiệp	15	2,1
	Khác	183	26,2
Học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	271	38,7
	Phổ thông trung học	264	37,7
	Cao đẳng, đại học trở lên	165	23,6
Chung		700	100

Nhận xét:

Phần lớn đối tượng có tuổi trên 50 (66,9%), trong đó 31,3% từ 50-<60 tuổi; 35,6% trên 60 tuổi; Tỷ lệ nhóm đối tượng dưới 40 tuổi thấp nhất 13,3%.

Về nghề nghiệp, có 28,9% đối tượng là công nhân, nông dân; 26,1% đã nghỉ hưu; 16,7% là cán bộ nhân viên.

Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn dưới THPT chiếm tỉ lệ cao nhất 38,7%; 37,7% có trình độ THPT; 23,6% có học vấn là cao đẳng, đại học.

**Bảng 3.2: Thông tin về đặc điểm tài chính của đối tượng nghiên cứu
(n=700)**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bảo hiểm y tế	Có bảo hiểm	679	97,0
	Không có bảo hiểm	21	3,0
Ý nghĩa của BHYT	Rất cần thiết, không thể thiếu	589	84,1
	Mức độ trung bình	106	15,2
	Không giải quyết được gì nhiều	5	0,7
Tình trạng kinh tế gia đình	Giàu có	13	1,9
	Đủ sống	404	57,7
	Thiếu thốn	194	27,7
	Diện hộ nghèo	89	12,7
Tình trạng tài chính	Độc lập	479	68,4
	Phụ thuộc	221	31,6
Bỏ điều trị vì không có đủ tiền chi trả	Có	118	16,9
	Không	582	83,1
Hiện tại đang sống cùng	Gia đình (bố mẹ, vợ chồng, con cái)	619	88,4
	Một mình	58	8,3
	Khác	23	3,3
Chung		700	100

Nhận xét:

Đa số người bệnh có bảo hiểm y tế (chiếm 97,0%); trong đó phần lớn mức hỗ trợ BHYT so với năm 2017 không đổi 79,7%; có 10,3% có tăng, 10,0% giảm.

Phần lớn người bệnh cho rằng BHYT rất cần thiết, không thể thiếu 84,1%;

15,2% đánh giá BHYT có ý nghĩa trung bình.

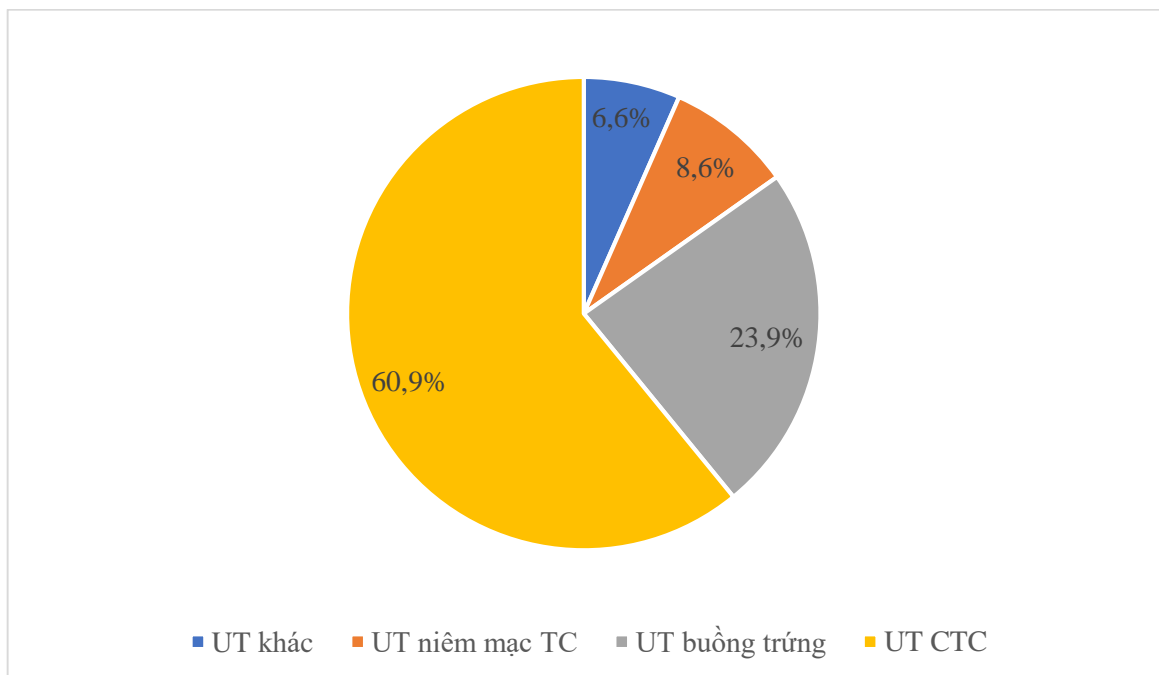
57,7% người bệnh có kinh tế gia đình đủ sống, tuy nhiên vẫn còn 27,7% có kinh tế thiếu thốn, 12,7% thuộc diện hộ nghèo.

68,4% người bệnh độc lập tài chính, 31,6% có tài chính phụ thuộc.

Phần lớn người bệnh không phải bỏ trị vì không đủ tiền chi trả (93,1%).

Đa số đối tượng đang sống cùng gia đình 88,4%; có 8,3% sống 1 mình.

3.1.2 Tình trạng bệnh



Hình 3.1: Chẩn đoán ung thư ở đối tượng nghiên cứu (n=700)

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh mắc UTCTC cao nhất 60,9%; 23,9% UT buồng trứng, 7,0% mắc UT nội mạc. Các loại ung thư khác chiếm tỉ lệ thấp hơn dưới 3,0%.

Bảng 3.3: Tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=700)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn 1	16	2,3
	Giai đoạn 2	279	39,9
	Giai đoạn 3	306	43,7
	Giai đoạn 4	99	14,1
Bệnh lý kèm theo	Có	274	39,1
	Không	426	60,9
Thông tin bệnh lý kèm theo (n=274)	Bệnh tuần hoàn	109	15,6
	Bệnh hô hấp	12	1,7
	Bệnh tiết niệu	10	1,4
	Bệnh cơ xương khớp	58	8,3
	Bệnh tiêu hóa	43	6,1
	Bệnh miễn dịch	9	1,3
	Bệnh rối loạn chuyển hóa	50	18,3

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh ung thư giai đoạn 2-3 chiếm cao nhất, trong đó giai đoạn 3 là 43,7%, giai đoạn 2 là 39,9%, có 14,1% giai đoạn 4 và 2,3% giai đoạn 1. 39,1% người bệnh có bệnh kèm theo, trong đó mắc rối loạn chuyển hóa 18,3%, CXK 8,3%, tiêu hóa 6,1%.

3.1.3 Đánh giá cảm nhận về sức khỏe hiện tại

Bảng 3.4: Đánh giá về sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu (n=700)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Cảm nhận về sức khỏe hiện tại	Rất tốt/Tốt	147	21,0
	Ổn	351	50,1
	Yếu	182	26,0
	Rất yếu	20	2,9
Cảm nhận sức khỏe hiện tại so với trước khi được chẩn đoán ung thư	Tốt hơn so với trước	10	1,4
	Cũng như trước	119	17,0
	Kém hơn trước một chút	349	49,9
	Kém hơn nhiều so với trước	222	31,7
Cảm nhận về sự ảnh hưởng của bệnh ung thư đến CLCS	Không ảnh hưởng	12	1,7
	Ảnh hưởng tương đối	56	8,0
	Ảnh hưởng nhiều	290	31,4
	Ảnh hưởng rất nhiều	342	48,9

Nhận xét:

Hiện tại, 71,1% người bệnh cảm nhận sức khỏe tốt/ổn; Tuy nhiên có 28,9% cảm nhận sức khỏe yếu/rất yếu

So với trước khi được chẩn đoán ung thư có 49,9% thấy có kém hơn trước một chút, 31,7% cảm thấy kém hơn nhiều.

Đa số người bệnh cảm nhận thấy bệnh UT ảnh hưởng nhiều/rất nhiều đến CLCS 80,3%.

3.1.4 Tình trạng điều trị ung thư

Bảng 3.5: Tình trạng điều trị ung thư hiện tại (n=700)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian được chẩn đoán ung thư	Dưới 6 tháng	350	50,0
	Từ 6 tháng - 1 năm	210	30,0
	Từ 1 – 3 năm	90	12,9
	Trên 3 năm	50	7,1
Số đợt đã điều trị lâm sàng	< 4 đợt	345	49,3
	>=4 đợt	355	50,7
Phương pháp đã đang điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	62	8,9
	Hóa chất đơn thuần	40	5,7
	Xạ trị	201	28,7
	Phẫu thuật và hóa chất	157	22,4
	Phẫu thuật và xạ trị	66	9,4
	Phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị đồng thời	122	17,4
	Phương pháp khác	52	7,4
Người chăm nom cùng NVYT	Người thân	646	92,3
	Bạn bè/người giúp việc	33	4,7
	Không có ai	21	3,0

Nhận xét:

50% người bệnh được chẩn đoán ung thư dưới 6 tháng, 30,0% 6 tháng – 1 năm; có 20,0% được chẩn đoán trên 1 năm

Tỷ lệ người bệnh điều trị trên 4 đợt 50,7%; dưới 4 đợt là 49,3%

Tỷ lệ người bệnh xạ trị cao nhất 28,87%; 22,4% phẫu thuật và hóa chất; 17,4% phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị đồng thời

Đa số người thân chăm nom người bệnh cùng nhân viên y tế 92,3%.

3.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới

Bảng 3.6: Điểm CLCS của bệnh nhân nữ UTSDĐ (n=700)

Đặc điểm	Số câu hỏi	Crobach's Alpha	TB ± ĐLC	Hệ số tương quan	p
Sức khỏe tổng quát	2	0,9449	60,5 ± 19,2	1	
Thể chất	5	0,9442	79 ± 20,2	0,806	<0,01
Hoạt động	2	0,9435	64,1 ± 30	0,822	<0,01
Cảm xúc	4	0,946	73 ± 22	0,772	<0,01
Nhận thức	2	0,9478	75,1 ± 24,4	0,726	<0,01
Xã hội	2	0,945	63,4 ± 28,7	0,802	<0,01
Mệt mỏi	3	0,9431	33 ± 26,6	-0,807	<0,01
Nôn	2	0,957	15,8 ± 19,2	-0,543	<0,01
Đau	2	0,9482	21,3 ± 22,5	-0,693	<0,01
Khó thở			12 ± 21,5	-0,551	<0,01
Mất ngủ			29,2 ± 28	-0,611	<0,01
Chán ăn			29,2 ± 28,4	-0,615	<0,01
Táo bón			14,9 ± 28,4	-0,173	<0,01
Tiêu chảy			14,3 ± 22	-0,343	<0,01
Tài chính			48,6 ± 28,6	-0,692	<0,01

Nhận xét:

Điểm CLCS tổng quát của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $60,5 \pm 19,2$. Có mối liên quan thuận giữa điểm lĩnh vực chức năng thể chất và cảm xúc với điểm chất lượng cuộc sống tổng quát (lần lượt là $r = 0,806$ và $r = 0,772$; $p < 0,01$). Trong khi đó, có mối liên quan nghịch giữa điểm lĩnh vực triệu chứng như mệt mỏi, đau, mất ngủ, chán ăn so với điểm CLCS tổng quát (với $-1 < r < 0$; $p < 0,01$).

Điểm Crobach's Alpha thấp nhất là 0,9431 và cao nhất là 0,9570.

3.2.1 Chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực chức năng

Bảng 3.7: Điểm chức năng theo đặc điểm cá nhân của ĐTNC (n=700)

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± DLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
Tuổi					
<40	86,7 ± 15,5	77,1 ± 26,5	82,4 ± 19,3	83,9 ± 22,6	76,3 ± 28,1
40-<50	85,2 ± 19,3	74,7 ± 29,2	80,3 ± 20,8	81,5 ± 23,5	74,5 ± 28,3
50-<60	76,9 ± 19,7	60,6 ± 29,8	69,2 ± 22,2	71,3 ± 24,4	59,4 ± 28,2
≥60	74 ± 20,9	56,6 ± 28,8	68,9 ± 21,4	71,6 ± 24	55,8 ± 26,1
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]
Nghề nghiệp:					
CBNV	91,3 ± 13,1	82,5 ± 24,1	83,5 ± 19,5	87,3 ± 19,3	80,5 ± 25,7
CN, ND	78,6 ± 19,1	64,8 ± 29,2	72,7 ± 22,5	73,5 ± 25,1	63,2 ± 28,2
Nghỉ hưu	77,4 ± 19,1	59,8 ± 27,9	72,3 ± 20,5	73,6 ± 22,5	58,1 ± 26,5
Thất nghiệp	52 ± 29,6	43,3 ± 34,4	54,4 ± 23,1	62,2 ± 26,3	46,7 ± 28,3
Khác	75,2 ± 21,2	57,7 ± 31,1	69 ± 21,9	71,7 ± 25,7	59,3 ± 29
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]
Học vấn:					
<THPT	74,1 ± 22,3	57,7 ± 31,1	69,2 ± 22,8	72,2 ± 25,8	57,7 ± 28,4
THPT	79,1 ± 18,5	63,1 ± 29,1	73 ± 20,9	75 ± 23,1	61,9 ± 27,4
>THPT	86,8 ± 16,5	76,4 ± 25,8	79,6 ± 20,9	81,7 ± 22,6	75,1 ± 27,8
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]

†Kruskal-Wallis

Nhận xét:

Theo nhóm tuổi: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội giảm dần theo sự gia tăng của tuổi tác, điểm cao nhất ở nhóm dưới 40 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo nghề nghiệp: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội cao nhất ở nhóm CBNV, giảm dần ở nhóm CN, ND; Nghỉ hưu và thất nghiệp có điểm trung bình thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo học vấn: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội tăng dần theo trình độ học vấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8: Điểm chức năng theo việc sử dụng BHYT của DTNC (n=700)

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± ĐLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
BHYT					
Có	79,3 ± 19,9	64,5 ± 29,9	73,1 ± 22	75 ± 24,5	63,6 ± 28,6
Không	68,6 ± 27,3	53,2 ± 32,8	71,8 ± 23,6	78,6 ± 21,2	56,4 ± 31,4
p	0,07**	0,12**	0,82**	0,61**	0,38**
Ý nghĩa của BHYT					
Rất cần thiết, không thể thiếu	79,9 ± 19,2	65,2 ± 29,6	73,8 ± 21,5	76,3 ± 23,6	64 ± 28,6
Mức độ trung bình	75,5 ± 23,5	60,1 ± 31,3	69,1 ± 24	69,7 ± 27,6	61,3 ± 28,9
Không giải quyết được gì nhiều	45,3 ± 24,2	23,3 ± 14,9	63,3 ± 30,4	56,7 ± 19	40 ± 27,9
p	<0,01[†]	<0,01[†]	0,14[†]	<0,01[†]	0,18[†]

****Mann-Whitney test**

† *Kruskal-Wallis*

Nhận xét:

Theo BHYT: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội ở nhóm có BHYT cao hơn so với nhóm không có BHYT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Theo ý nghĩa của BHYT: điểm trung bình thể chất, hoạt động, nhận thức giảm dần theo mức độ cần thiết có BHYT với cá nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.9: Điểm chức năng tình trạng tài chính của ĐTNC (n=700)

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± ĐLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
Tình trạng kinh tế					
Giàu có/Đủ sống	84,7 ± 16,2	71,2 ± 27,1	78,6 ± 19,4	80,1 ± 21,3	70,5 ± 26,3
Thiếu thốn	72,3 ± 22,4	55,2 ± 30,5	68,4 ± 26,5	68,4 ± 26,5	53,4 ± 27,8
Diện hộ nghèo	66,4 ± 22,1	50,5 ± 32,3	66,3 ± 27,1	66,3 ± 27,1	52,1 ± 31,1
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]
Tình trạng tài chính					
Độc lập	83,4 ± 16,8	69,4 ± 27,6	77,2 ± 20,1	79 ± 22,3	68,7 ± 26,8
Phụ thuộc	69,3 ± 23,4	52,8 ± 31,8	64 ± 23,2	66,7 ± 26,5	52 ± 29,3
p	<0,01 ^{**}	<0,01 ^{**}	<0,01 ^{**}	<0,01 ^{**}	<0,01 ^{**}
Bỏ trị vì không đủ tiền					
Có	64,9 ± 25	50,6 ± 32,5	58,9 ± 23,6	63,8 ± 28,1	50,1 ± 30,2
Không	81,8 ± 17,8	66,9 ± 28,7	75,9 ± 29,5	77,4 ± 22,9	66,1 ± 27,6

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± DLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
p	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**
Hiện tại sinh sống cùng					
Gia đình	79,6 ± 20,1	65,2 ± 29,9	73,4 ± 21,9	75,5 ± 24,4	64 ± 28,8
Một mình/Khác	73,7 ± 20,3	56,2 ± 29,4	70,1 ± 22,4	72,2 ± 23,9	58,6 ± 27,7
p	<0,01**	<0,01**	0,04**	0,16**	0,09**

****Mann-Whitney test**

†Kruskal-Wallis

Nhận xét:

Theo tình trạng kinh tế: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội cao nhất ở nhóm CBNV, giảm dần theo tình trạng kinh tế, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo tình trạng tài chính: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội ở đối tượng độc lập tài chính cao hơn so với nhóm phụ thuộc tài chính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Theo tình trạng bỏ trị: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội ở đối tượng bỏ trị vì không đủ tiền thấp hơn so với nhóm không bỏ trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Theo tình trạng sống cùng: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động và cảm xúc ở nhóm sống cùng với gia đình cao hơn so với sống 1 mình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.10: Điểm chất năng theo đặc điểm bệnh ĐTNC (n=700)

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± DLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
Loại ung thư					

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± DLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
UT CTC	81,5 ± 19,2	67,3 ± 29,3	75 ± 21,4	77,1 ± 23	66,1 ± 28,1
UT BT	75,3 ± 21,8	59,5 ± 31	72,2 ± 21,6	73,8 ± 25,5	59,2 ± 29,9
UT NM TC	77,6 ± 16,8	64,2 ± 24,8	69,4 ± 23	72,2 ± 26,3	63,9 ± 26,9
Khác	73,8 ± 22,3	56,7 ± 32,5	66,6 ± 23,9	69,1 ± 26,7	56,9 ± 28,5
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	0,01 [†]	<0,07 [†]	0,02 [†]
Bệnh lý kèm theo					
Có	75,2 ± 20,8	58,4 ± 29,8	68,7 ± 21,7	72 ± 24,5	58,9 ± 28,6
Không	81,3 ± 19,5	67,8 ± 29,6	67,8 ± 29,6	77,1 ± 24,1	66,3 ± 28,4
p	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**
Giai đoạn ung thư					
Giai đoạn 1	82,1 ± 22,4	66,7 ± 35	74,4 ± 25,9	75 ± 32,8	65,6 ± 36,2
Giai đoạn 2	85,7 ± 16,1	74,3 ± 26,6	79,7 ± 19,8	80,9 ± 22,7	73,8 ± 25,3
Giai đoạn 3	79,8 ± 17,5	62,9 ± 28,4	73 ± 20,3	75,3 ± 21,9	61,9 ± 26,8
Giai đoạn 4	56,8 ± 22,7	39,1 ± 27,9	54,1 ± 21,6	58,1 ± 27,1	38,2 ± 25,4
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]
Thời gian được chẩn đoán UT					
Dưới 6 tháng	79,8 ± 20,4	66,7 ± 30	74,7 ± 24,9	76,3 ± 24,9	65,9 ± 29,2
Từ 6 tháng - 1 năm	81 ± 18,4	65,1 ± 28,6	73,6 ± 21,5	76,1 ± 23,1	64 ± 27,4
Trên 1 năm	73,7 ± 21,5	56,5 ± 30,9	68,2 ± 22,6	70,7 ± 24,5	56,2 ± 28,2
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]
Số đợt đã điều trị					
1 đợt	76,7 ± 21,1	62,1 ± 30,2	73,8 ± 22,1	73,5 ± 25,6	59,4 ± 28,9
2-3 đợt	82,4 ± 20,8	70,7 ± 29,8	76,9 ± 20,8	79,1 ± 22,6	69,1 ± 28,9

Đặc điểm	Điểm chức năng (TB ± ĐLC)				
	Thể chất	Hoạt động	Cảm xúc	Nhận thức	Xã hội
≥4 đợt	78,4 ± 19,3	61,9 ± 29,6	70,8 ± ±22,5	73,9 ± 24,4	62,5 ± 28,1
p	<0,01 [†]	<0,01 [†]	<0,01 [†]	0,05 [†]	<0,01 [†]
Phương pháp điều trị					
Chỉ điều trị 1 phương pháp	74,7 ± 23,5	60,6 ± 32,3	72 ± 23,9	71,2 ± 26,4	58,4 ± 30,8
Điều trị từ 2 phương pháp trở lên	80,9 ± 18,2	65,8 ± 28,8	73,5 ± 21,1	76,9 ± 23,2	65,7 ± 27,4
p	0,01**	0,07**	0,76**	0,01**	<0,01**
Đã từng trì hoãn điều trị					
Có	69,1 ± 21,7	48,7 ± 22	62,3 ± 22	64 ± 23,7	51,4 ± 25,7
Không	80,8 ± 19,4	75,1 ± 21,4	75,1 ± 21,4	77,2 ± 23,9	65,7 ± 28,6
p	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**	<0,01**
Người chăm non cùng NVYT					
Người thân	78,7 ± 20,3	63,9 ± 30	73,1 ± 21,9	74,9 ± 24,4	63,3 ± 28,6
Bạn bè/người giúp việc	84 ± 16,4	66,7 ± 29,2	73 ± 20,8	78,3 ± 21	66,2 ± 29,6
Không có ai	79,7 ± 23,3	67,5 ± 32,7	71 ± 26,7	75,4 ± 29,6	61,9 ± 30,3
p	0,32	0,77	0,99	0,76	0,86

**Mann-Whitney test

‡Kruskal-Wallis

Nhân xét:

Điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, xã hội cao nhất ở nhóm ung thư cổ tử cung, tiếp theo đó lần lượt là ung thư nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng. Các loại ung thư sinh dục khác có điểm chức năng nói chung ở mức thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$; Kruskal-Wallis test).

Điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội ở nhóm không có bệnh lý kèm theo nhìn chung đều cao hơn nhóm có bệnh nhân ung thư có bệnh lý kèm theo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Mann-Whitney test).

Đối với giai đoạn ung thư: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội giảm dần theo sự gia tăng của giai đoạn ung thư. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Kruskal-Wallis test).

Thời gian chẩn đoán UT: điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội ở nhóm có thời gian chẩn đoán dưới 6 tháng và từ 6 tháng – 1 năm cao hơn có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Kruskal-Wallis test) so với nhóm có thời gian phát hiện UT trên 1 năm.

Số đợt điều trị: Kết quả chỉ ra rằng, điểm trung bình thể chất, hoạt động, cảm xúc và xã hội ở nhóm có 2-3 đợt điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Kruskal-Wallis test) so với các nhóm có đợt điều trị ít hơn hoặc nhiều hơn.

Điểm trung bình chức năng thể chất, nhận thức, xã hội ở đối tượng nghiên cứu được điều trị bằng 2 phương pháp trở lên cao hơn so với nhóm đối tượng nghiên cứu điều trị 1 phương pháp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Mann-Whitney test).

Ở những người từng trì hoãn điều trị điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối tượng nghiên cứu chưa từng trì hoãn điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; Mann-Whitney test).

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, điểm trung bình lĩnh vực chức năng đối với việc có người chăm sóc cùng NVYT là không có khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.2 Chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực triệu chứng

+ Đặc điểm chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực triệu chứng

Bảng 3.11: Điểm trung bình triệu chứng theo đặc điểm cá nhân của ĐTNC
(n=700)

Đặc điểm	Điểm triệu chứng		p
	TB	ĐLC	
Tuổi			
<40	12,3	15,3	<0,01
40-<50	15,8	16,6	
50-<60	25,6	17,8	
≥60	28,0	17,4	
Nghề nghiệp:			
CBNV	11,0	15,4	<0,01
CN, ND	22,4	16,0	
Nghỉ hưu	25,7	16,8	
Thất nghiệp	42,6	23,9	
Khác	26,1	19,0	
Học vấn:			
<THPT	26,9	18,5	<0,01
THPT	23,6	17,0	
>THPT	14,4	16,6	

Nhận xét:

Điểm triệu chứng tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm dưới 40 tuổi 12,3; Cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi 28,0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm triệu chứng cao nhất ở nhóm thất nghiệp 42,6; Nghỉ hưu 25,7; Thấp

nhất ở nhóm CBNV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm vực triệu chứng giảm dần theo trình độ học vấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12: Điểm triệu chứng theo tình trạng tài chính (n=700)

Đặc điểm	Điểm triệu chứng		P
	TB	ĐLC	
BHYT			
Có	22,5	18,0	0,14
Không	29,9	22,0	
Mức hỗ trợ BHYT			
Tăng	26,0	18,2	0,22
Giảm	23,9	19,8	
Không đổi	22,2	17,9	
Ý nghĩa của BHYT			
Rất cần thiết, không thể thiếu	21,7	17,6	<0,01
Mức độ trung bình	27,5	19,7	
Không giải quyết được gì nhiều	47,2	14,8	
Tình trạng kinh tế gia đình			
Giàu có/Đủ sống	17,6	15,7	<0,01
Thiếu thốn	29,2	19,1	
Diện hộ nghèo	33,0	17,7	
Tình trạng tài chính			
Độc lập	18,6	16,1	<0,01
Phụ thuộc	31,9	19,0	

Đặc điểm	Điểm triệu chứng		p
	TB	ĐLC	
Bỏ trị vì không đủ tiền			
Có	35,3	19,5	<0,01
Không	20,2	16,8	
Hiện tại sinh sống cùng			
Gia đình	22,2	18,1	0,01
Một mình/Khác	27,2	17,6	

Nhận xét:

Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo đặc điểm BHYT, mức độ BHYT, $p > 0,05$.

Điểm lĩnh vực triệu chứng tăng dần theo ý nghĩa BHYT, điểm TB ở người bệnh cho rằng BHYT rất cần thiết là thấp nhất 21,7; Không giải quyết được gì nhiều 47,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm lĩnh vực triệu chứng giảm dần theo tình trạng kinh tế gia đình, cao nhất ở nhóm diện hộ nghèo 33,0, thấp nhất ở nhóm đối tượng giàu có/đủ sống 17,6, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những người bệnh có tài chính độc lập có điểm triệu chứng 18,6 thấp hơn so với người bệnh có tài chính phụ thuộc 31,9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Người bệnh có bỏ trị vì không đủ tiền 35,3 cao hơn so với người bệnh không bỏ trị do không đủ tiền 20,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đối tượng hiện đang sống 1 mình có điểm TB triệu chứng 27,2 cao hơn so với đối tượng sống với gia đình 22,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.13: Điểm triệu chứng theo đặc điểm bệnh ĐTNC (n=700)

Đặc điểm	Điểm triệu chứng		p
	TB	ĐLC	
Loại ung thư			
UT CTC	20,2	17,5	<0,01
UT BT	26,7	18,9	
UT NM TC	24,2	16,7	
Khác	27,2	18,8	
Bệnh lý kèm theo			
Có	27,4	18,1	<0,01
Không	19,7	17,5	
Giai đoạn ung thư			
Giai đoạn 1	19,6	18,0	<0,01
Giai đoạn 2	16,0	15,0	
Giai đoạn 3	22,9	16,3	
Giai đoạn 4	41,7	18,2	
Thời gian được chẩn đoán UT			
Dưới 6 tháng	21,4	18,7	<0,01
Từ 6 tháng - 1 năm	21,8	17,3	
Trên 1 năm	27,5	17,2	
Số đợt đã điều trị			
1 đợt	22,8	17,6	<0,01
2-3 đợt	18,8	18,4	
>=4 đợt	24,6	18,0	
Phương pháp điều trị			
Chỉ điều trị 1 phương pháp	24,5	20,1	0,30
Điều trị từ 2 phương pháp trở lên	21,9	17,1	
Đã từng trì hoãn điều trị			

Đặc điểm	Điểm triệu chứng		p
	TB	ĐLC	
Có	32,3	18,8	<0,01
Không	20,9	17,4	
Người chăm nom cùng NVYT			
Người thân	22,8	18,0	0,77
Bạn bè/người giúp việc	22,0	19,5	
Không có ai	21,3	19,9	

Nhận xét:

Điểm TB triệu chứng ở nhóm UT CTC thấp nhất 20,22; UT BT 26,7; UT NMTC 24,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Người bệnh có bệnh lý kèm theo có điểm triệu chứng là 27,4 cao hơn so với người bệnh không có bệnh kèm theo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm TB triệu chứng tăng dần theo giai đoạn ung thư, thấp nhất giai đoạn I, cao nhất giai đoạn IV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm TB triệu chứng tăng dần theo thời gian được chẩn đoán UT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm TB triệu chứng cao nhất ở người bệnh có trên 4 đợt điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm TB triệu chứng ở người bệnh chỉ điều trị 1 phương pháp là 24,5 cao hơn so với người bệnh điều trị từ 2 phương pháp trở lên 21,9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm TB triệu chứng đã từng trì hoãn điều trị 32,3 cao hơn so với người bệnh chưa từng trì hoãn điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê điểm TB triệu chứng theo người chăm nom người bệnh, với $p > 0,05$.

3.2.3 Chất lượng cuộc sống tổng quát

Bảng 3.14. So sánh điểm tổng quát theo đặc điểm nhân khẩu học (n=700)

Đặc điểm		Điểm TB	ĐLC	p
Tuổi	<40	68,3	16,3	<0,01
	40-<50	67,4	18,6	
	50-<60	57,8	19,6	
	≥60	56,0	18,4	
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên	71,3	15,7	<0,01
	Công nhân, nông dân	60,6	18,7	
	Nghỉ hưu	58,6	18,3	
	Thất nghiệp	45,0	24,8	
	Khác	56,6	19,6	
Học vấn	<THPT	56,6	20,5	<0,01
	THPT	59,9	18,3	
	>THPT	67,7	16,6	
Bảo hiểm y tế	Có bảo hiểm	60,6	19,1	0,61
	Không có bảo hiểm	57,1	24,9	
Ý nghĩa của BHYT	Rất cần thiết, không thể thiếu	61,3	18,8	0,02
	Mức độ trung bình	56,6	20,8	
	Không giải quyết được nhiều	41,7	22,1	
Tình trạng kinh tế GD	Giàu có/Đủ sống	65,7	16,9	<0,01
	Thiếu thốn	54,4	19,9	
	Diện hộ nghèo	49,3	19,7	
Tình trạng tài chính	Độc lập	64,3	17,2	<0,01
	Phụ thuộc	52,2	20,8	
Bỏ điều trị vì không đủ tiền chi trả	Có	48,8	20,2	<0,01
	Không	62,8	18,2	
Hiện tại đang sống cùng	Gia đình	60,9	19,3	0,04
	Một mình	56,9	18,7	

Nhận xét:

Điểm trung bình CLCS tổng quát giảm dần theo nhóm tuổi cao nhất là

nhóm dưới 40 tuổi (68,3); Thấp nhất là nhóm trên 60 tuổi (56,0), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm đối tượng cán bộ nhân viên có điểm trung bình CLCS tổng quát cao nhất 71,3; Nhóm công nhân nông dân 60,6; Nhóm nghỉ hưu 58,6; Thấp nhất là nhóm thất nghiệp 45,1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình CLCS tổng quát tăng dần theo trình độ học vấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình CLCS tổng quát giảm dần theo sự cần thiết của BHYT nhóm đối tượng cho rằng BHYT rất cần thiết 61,3, nhóm cho rằng BHYT không giải quyết được nhiều 41,7, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình CLCS tổng quát giảm dần theo tình trạng kinh tế gia đình nhóm đối tượng giàu có/đủ sống 65,6; Nhóm thuộc diện hộ nghèo điểm CLCS thấp hơn 49,3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình CLCS tổng quát ở người bệnh có tình trạng tài chính độc lập 64,3 cao hơn so với người bệnh có tài chính phụ thuộc 52,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Người bệnh bỏ trị vì không đủ tiền chi trả 48,8 thấp hơn so với người bệnh không bỏ trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình CLCS tổng quát ở đối tượng hiện đang sống cùng gia đình 60,9 cao hơn so với đối tượng đang sống một mình 56,9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.15: So sánh điểm CLCS tổng quát theo đặc điểm sức khỏe (n=700)

Đặc điểm	Triệu chứng		p
	TB	ĐLC	
Loại ung thư			
UT CTC	62,1	18,5	0,04

UT BT	58,6	20,3	
UT NM TC	61,1	16,7	
Khác	54,9	21,5	
Bệnh lý kèm theo			
Có	56,5	19,5	<0,01
Không	63,0	18,7	
Giai đoạn ung thư			
Giai đoạn 1	62,5	24,7	<0,01
Giai đoạn 2	66,9	17,1	
Giai đoạn 3	60,5	17,1	
Giai đoạn 4	41,9	18,4	
Thời gian được chẩn đoán UT			
Dưới 6 tháng	60,8	19,5	<0,01
Từ 6 tháng - 1 năm	60,5	19,4	
Trên 1 năm	57,1	18,1	
Số đợt đã điều trị			
1 đợt	58,6	20,3	<0,01
2-3 đợt	65,2	18,9	
>=4 đợt	59,0	18,6	
Phương pháp điều trị			
Chỉ điều trị 1 phương pháp	56,7	21,8	<0,01
Điều trị từ 2 phương pháp trở lên	62,2	17,7	
Đã từng trì hoãn điều trị			
Có	50,4	19,8	<0,01
Không	62,4	18,5	
Người chăm non cùng NVYT			

Người thân	60,3	19,2	0,74
Bạn bè/người giúp việc	62,6	18,7	
Không có ai	61,1	20,8	

Nhận xét:

Điểm CLCS tổng quát cao nhất ở người bệnh UTCTC 62,1; UT NMTC 61,1, thấp nhất ở người bệnh UTBT 58,6, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát cao hơn ở người bệnh không có bệnh lý kèm theo (63,0 so với 56,5), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát giảm dần theo giai đoạn UT, cao nhất ở người bệnh giai đoạn 1, thấp nhất ở giai đoạn 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát giảm dần theo thời gian được chẩn đoán UT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát tăng dần theo số đợt đã điều trị, cao nhất là người bệnh có điều trị trên 4 đợt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát cao hơn người bệnh điều trị ở 2 phương pháp trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm CLCS tổng quát ở người bệnh từng trì hoãn điều trị 50,4 thấp hơn so với người bệnh chưa từng trì hoãn 62,4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới

Bảng 3.16: Các yếu tố tiên lượng CLCS theo nhân khẩu học (n=700)

Đặc điểm	Hệ số	Sai số chuẩn	t	P> t	[KTC 95%]	
Tuổi	-0,41	0,05	-7,03	0	-0,53	-0,3
Nghề nghiệp:						
CBNV	1					
CN, ND	-10,27	2,15	-4,99	<0,01	-14,96	-6,51
Nghỉ hưu	-12,69	2,19	-5,79	<0,01	-16,99	-8,38
Thất nghiệp	-26,30	5,07	-5,18	<0,01	-36,25	-16,33
Khác	-14,74	2,19	-6,73	<0,01	-19,04	-10,44
Học vấn:						
<THPT	1					
THPT	3,24	1,62	1,99	0,04	0,05	6,42
>THPT	11,03	1,85	5,95	<0,01	7,39	14,68
BHYT						
Có	1					
Không	-3,42	4,26	-0,80	0,42	-11,80	4,95
Mức hỗ trợ BHYT						
Tăng	1					
Giảm	2,57	3,23	0,80	0,43	-3,75	8,91
Không đổi	4,38	2,41	1,82	0,07	-0,34	9,11
Ý nghĩa của BHYT						
Rất cần thiết, không thể thiếu	1					
Mức độ trung bình	-4,71	2,02	-2,34	0,02	-8,68	-0,75
Không giải quyết được gì nhiều	-19,65	8,59	-2,29	0,02	-36,52	-2,78
Tình trạng kinh tế gia đình						
Giàu có/Đủ sống	1					
Thiếu thốn	-11,31	1,58	-7,17	<0,01	-14,40	-8,21
Diện hộ nghèo	-16,44	2,12	-7,77	<0,01	-20,59	-12,28

Đặc điểm	Hệ số	Sai số chuẩn	t	P> t	[KTC 95%]	
Tình trạng tài chính						
Độc lập	1					
Phụ thuộc	-12,16	1,50	-8,12	<0,01	-15,09	-9,21
Bỏ trị vì không đủ tiền						
Có	1					
Không	14,03	1,87	7,50	<0,01	10,36	17,70
Hiện tại sinh sống cùng						
Gia đình	1					
Một mình/Khác	-4,04	2,27	-1,78	0,08	-8,49	0,42

Nhận xét:

Có mối liên quan nghịch biến của tuổi với điểm CLCS tổng quát của đối tượng với hệ số liên quan -0,41, $p < 0,05$.

Có mối liên quan nghịch biến của các nhóm nghề nghiệp điểm CLCS tổng quát so với nhóm CBNV, với hệ số liên quan CNND -10,27; Nghỉ hưu là -12,69; thất nghiệp -26,30, với $p < 0,05$.

Có mối liên quan thuận giữa trình độ học vấn với điểm CLCS, nhóm đối tượng THPT có hệ số liên quan 3,24; Trên THPT là 11,03 với $p < 0,05$.

Có mối liên quan nghịch của mức độ cần thiết của BHYT với điểm CLCS chung của đối tượng với hệ số liên quan lần lượt là -4,61; -19,65, $p < 0,05$.

Có mối liên quan nghịch của tình trạng kinh tế gia đình với điểm CLCS chung của đối tượng với hệ số liên quan lần lượt là -11,31; -16,44, $p < 0,05$.

Có mối liên quan nghịch của tình trạng tài chính có phụ thuộc với điểm CLCS chung với hệ số liên quan -12,16 so với đối tượng độc lập tài chính, $p < 0,05$.

Không bỏ trị vì không đủ tiền liên quan thuận với điểm CLCS với hệ số hồi quy 14,03 so với đối tượng có bỏ trị, $p < 0,05$.

Bảng 3.17: Các yếu tố tiên lượng CLCS theo tình trạng bệnh (n=700)

Đặc điểm	Hệ số	Sai số chuẩn	t	p> t 	[KTC 95%]	
Loại UT						
UT CTC	1					
UT BT	-3,48	1,77	-1,97	0,05	-6,95	-0,01
UT NM TC	-1,01	2,92	-0,35	0,73	-6,73	4,72
Khác	-7,22	2,40	-3,01	<0,01	-11,94	-2,52
Bệnh lý kèm theo						
Có	1					
Không	6,55	1,47	4,46	<0,01	3,66	9,44
Giai đoạn ung thư						
Giai đoạn 1	1					
Giai đoạn 2	4,44	4,50	0,99	0,32	-4,39	13,26
Giai đoạn 3	2,04	4,48	-0,46	0,65	-10,85	6,76
Giai đoạn 4	-20,58	4,71	-4,37	<0,01	-29,83	-11,33
Thời gian được chẩn đoán UT						
Dưới 6 tháng	1					
Từ 6 tháng - 1 năm	-1,31	1,67	-0,78	0,43	-4,59	1,98
Trên 1 năm	-4,64	1,92	-2,42	0,02	-8,41	-0,88
Số đợt đã điều trị						
1 đợt	1					
2-3 đợt	6,66	2,05	3,24	<0,01	2,62	10,69
>=4 đợt	0,44	1,78	0,24	0,81	-3,01	3,93
Phương pháp điều trị						
Chỉ điều trị 1 phương	1					

Đặc điểm	Hệ số	Sai số chuẩn	t	p> t	[KTC 95%]	
pháp						
Điều trị từ 2 phương pháp trở lên	5,48	1,56	3,52	<0,01	2,43	8,54
Đã từng trì hoãn điều trị						
Có	1					
Không	11,99	1,94	6,18	<0,01	8,18	15,79
Người chăm non cùng NVYT						
Người thân	1					
Bạn bè/người giúp việc	2,29	3,44	0,67	0,51	-4,45	9,04
Không có ai	0,78	4,27	0,18	0,86	-7,61	9,16

Nhận xét:

Có liên quan thuận ở người bệnh không có bệnh lý kèm theo với điểm CLCS so với nhóm có bệnh lý với hệ số hồi quy 6,55, $p<0,05$.

Có liên quan nghịch ở người bệnh giai đoạn IV với điểm CLCS so với người bệnh giai đoạn 1 với hệ số hồi quy -20,58, $p<0,05$.

Có liên quan nghịch ở người bệnh được chẩn đoán UT trên 1 năm với điểm CLCS so với người bệnh giai đoạn 1 với hệ số hồi quy -4,64, $p<0,05$.

Có liên quan thuận giữa người bệnh có 2-3 đợt điều trị so với người bệnh điều trị 1 đợt với hệ số hồi quy 6,66, $p<0,05$.

Có liên quan thuận ở người bệnh có điều trị từ 2 phương pháp trở lên với điểm CLCS so với nhóm chỉ điều trị 1 phương pháp với hệ số hồi quy 5,48, $p<0,05$.

CÓ liên quan thuận ở những người không từng trì hoãn điều trị với điểm

CLCS do với nhóm từng trị hoãn điều trị, $p < 0,05$.

3.4 Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống và chỉ báo căng thẳng của bệnh nhân ung thư sinh dục dưới trước và sau can thiệp

3.4.1 Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống sau can thiệp

Bảng 3.18: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>CLCS chung</i>	60,8 ± 18,4	72,7 ± 16,5	-20,43	<0,001*
<i>Lĩnh vực chức năng</i>				
<i>Thể chất</i>	88,1 ± 17	90,3 ± 13,7	-7,86	<0,001*
<i>Hoạt động</i>	69 ± 26,3	81 ± 21	-14,51	<0,001*
<i>Cảm xúc</i>	79 ± 19,7	87,4 ± 14	-13,18	<0,001*
<i>Nhận thức</i>	72 ± 26,3	83,8 ± 18,9	-12,16	<0,001*
<i>Xã hội</i>	64,3 ± 28,3	73,8 ± 24,6	-11,09	<0,001*
<i>Lĩnh vực triệu chứng</i>				
<i>Mệt mỏi</i>	23,4 ± 21	18,2 ± 17,7	11,45	<0,001*
<i>Nôn - buồn nôn</i>	35,4 ± 27,1	28,6 ± 23,6	8,97	<0,001*
<i>Cảm giác đau</i>	16 ± 19	14,8 ± 17,6	4,09	<0,001†
<i>Khó thở</i>	29,7 ± 28,7	23 ± 26,7	7,63	<0,001*
<i>Mất ngủ</i>	34,5 ± 31,4	24,2 ± 29,1	8,30	<0,001†
<i>Chán ăn</i>	22 ± 25,4	26,5 ± 23,8	-4,63	>0,05
<i>Táo bón</i>	32,1 ± 29,5	32,2 ± 25,1	-0,11	>0,05
<i>Tiêu chảy</i>	33,2 ± 30,2	30,6 ± 26,9	2,96	>0,05
<i>Khó khăn tài chính</i>	48,9 ± 27,6	48,1 ± 28,3	1,05	>0,05

*T-test ghép cặp

† Wilcoxon test

Nhận xét:

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm CLCS trước và sau khi can thiệp (với $p < 0,001$, t-test ghép cặp). Trong đó, điểm CLCS chung và điểm trung

bình lĩnh vực chức năng cao hơn ở sau can thiệp so với trước can thiệp. Trong khi đó, điểm trung bình lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp. Tuy nhiên, sự khác biệt về khó khăn tài chính, tiêu chảy, táo bón, chán ăn là không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$; T-test ghép cặp).

Bảng 3.19: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo mắt bệnh (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Ung thư CTC</i>	62,5 ± 18,2	74,0 ± 16,0	-15,82	<0,001
<i>Ung thư buồng trứng</i>	56,3 ± 18,8	69,3 ± 17,5	-10,67	<0,001
<i>Ung thư Nội mạc tử cung</i>	61,4 ± 18,2	73,9 ± 14,3	-6,29	<0,001
<i>Ung thư khác</i>	57,0 ± 17,5	69,3 ± 18,7	-4,59	<0,001

Nhận xét:

Nhìn chung, điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) so với trước can thiệp ở tất cả các loại UTSSD ở đối tượng nghiên cứu được khảo sát. Trong đó, ung thư cổ tử cung có mức cải thiện cao nhất với $t = -15,82$ (với $p < 0,001$), lần lượt sau đó là ung thư buồng trứng $t = -10,67$ (với $p < 0,001$) và ung thư nội mạc tử cung $t = -6,29$ (với $p < 0,001$). Các loại ung thư khác có mức cải thiện thấp hơn $t = -4,59$ (với $p < 0,001$).

Bảng 3.20: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo giai đoạn bệnh (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Giai đoạn I</i>	83,3 ± 0	86,1 ± 4,8	-1,00	>0,05
<i>Giai đoạn II</i>	68,6 ± 14,8	78,7 ± 11,2	-12,51	<0,001
<i>Giai đoạn III</i>	59,1 ± 16,5	72,4 ± 15,5	-14,80	<0,001
<i>Giai đoạn IV</i>	39,9 ± 18,3	53,3 ± 19,8	-7,18	<0,001

Nhận xét:

Nhìn chung, điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) so với trước can thiệp ở ba giai đoạn II, III, IV của ung thư. Trong đó, giai đoạn III có mức cải thiện cao nhất với $t = -14,80$ (với $p < 0,001$), lần lượt sau đó là giai đoạn II với $t = -12,51$ (với $p < 0,001$) và giai đoạn IV với $t = -7,18$ (với $p < 0,001$). Giai đoạn I mức cải thiện không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.21: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo các bệnh lý kèm theo (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
Bệnh tuần hoàn (n=67)	52,4 ± 20,8	67 ± 15,9	-9,43	<0,001
Bệnh hô hấp (n=4)	58,3 ± 21,5	77,1 ± 14,2	-4,7	<0,05
Bệnh tiết niệu (n=4)	70,8 ± 16	79,2 ± 14,4	-2,45	>0,05
Bệnh cơ xương khớp (n=29)	64,4 ± 17,2	75,9 ± 15,8	-7,59	<0,001
Bệnh tiêu hoá (n=20)	64,2 ± 13,8	78,3 ± 13,4	-5,51	<0,001
Bệnh miễn dịch (n=6)	56,9 ± 15,3	69,4 ± 12,5	-4,39	<0,01
Bệnh rối loạn chuyển hoá (n=26)	46,2 ± 20,6	60,9 ± 20,5	-8,15	<0,001

Nhận xét:

Nhìn chung, điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý

nghĩa thống kê (với $p < 0,05$; $p < 0,001$; T-test ghép cặp) chỉ trừ trường hợp bệnh nhân có bệnh lý tiết niệu kèm theo. Trong đó, bệnh nhân bệnh lý tuần hoàn kèm theo có mức cải thiện cao nhất với $t = -9,43$, tiếp theo là bệnh lý rối loạn chuyển hóa $t = -8,15$. Ở bệnh nhân có bệnh lý tiết niệu kèm theo có cải thiện nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.22: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo thời điểm phát hiện ung thư (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
Dưới 6 tháng (n=161)	61,1 ± 19,8	73,1 ± 18	-14,64	<0,001
Từ 6 tháng - 1 năm (n=115)	62,1 ± 16,9	74 ± 14,1	-10,54	<0,001
Từ 1 – 3 năm (n=49)	57,5 ± 16,4	69,4 ± 14,6	-8,66	<0,001
Trên 3 năm (n=25)	59 ± 19,1	71 ± 19,3	-5,08	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) ở tất cả các thời điểm xác định bệnh ung thư của bệnh nhân.

Bảng 3.23: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo đợt điều trị ung thư (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
Đợt đầu tiên (n=54)	60,6 ± 21,3	75,3 ± 18,5	-9,23	<0,001
Đợt thứ 2 (n=39)	65,2 ± 19,4	75,2 ± 18,9	-7,49	<0,001

<i>Đợt thứ 3 (n=60)</i>	63,3 ± 17,4	73,1 ± 17,2	-8,4	<0,001
<i>Đợt thứ 4 trở lên (n=197)</i>	59,1 ± 17,5	71,4 ± 15,1	-14,86	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) ở tất cả các đợt điều trị. Đặc biệt, điểm trung bình cải thiện lớn nhất ở nhóm bệnh nhân điều trị từ đợt thứ 4 trở lên.

Bảng 3.24: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo phương pháp điều trị (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± DLC	TB ± DLC		
<i>Phẫu thuật (n=20)</i>	66,7 ± 2,7	80 ± 2,7	-7,61	<0,001
<i>Hóa trị (n=16)</i>	38 ± 4,7	55,7 ± 4,7	-4,98	<0,001
<i>Xạ trị (n=43)</i>	70 ± 2,2	79,8 ± 1,6	-6,83	<0,001
<i>Phẫu thuật + Hóa trị (n=89)</i>	59,8 ± 1,8	70,8 ± 1,7	-9,85	<0,001
<i>Phẫu thuật + xạ trị (n=42)</i>	72,8 ± 1,8	81 ± 1,3	-6,49	<0,001
<i>Xạ trị + Hóa trị (n=69)</i>	63,9 ± 1,9	76,9 ± 1,7	-9,44	<0,001
<i>Cả 3 phương pháp (n=71)</i>	56,5 ± 2	68,9 ± 2	-8,66	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) ở tất cả các phương pháp điều trị ung thư. Đặc biệt, điểm trung bình cải thiện lớn nhất ở nhóm phẫu thuật và hóa trị, từ 59,8 ± 1,8 điểm lên 70,8 ± 1,7 điểm ($t = -9,85$).

Bảng 3.25: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo sự trì hoãn điều trị (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
--------	-----------------	---------------	---	---

	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Có trì hoãn điều trị (n=64)</i>	49,6 ± 18,7	65,6 ± 18,8	-10,29	<0,001
<i>Không trì hoãn điều trị (n=286)</i>	63,3 ± 17,4	74,3 ± 15,5	-17,98	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp) ở cả những bệnh nhân có hoãn điều trị và không hoãn điều trị. Trong đó, điểm CLCS ở người không trì hoãn điều trị gia tăng rõ rệt ($t = -17,98$).

Bảng 3.26: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng kinh tế gia đình (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Giàu có (n=8)</i>	70,8 ± 16,7	78,1 ± 18,9	-3,86	<0,05
<i>Đủ sống (n=197)</i>	66,2 ± 15,8	77,5 ± 11,9	-14,14	<0,001
<i>Thiếu thốn (n=96)</i>	53,6 ± 18,5	66,8 ± 19,5	-12,05	<0,001
<i>Diện hộ nghèo (n=49)</i>	51,5 ± 19,8	64,3 ± 18,6	-8,39	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp cải thiện ở tất cả những bệnh nhân với tình trạng kinh tế khác nhau. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có tình trạng kinh tế đủ sống có mức cải thiện cao nhất ($t = -14,14$), trong khi đó bệnh nhân mức giàu thì mức cải thiện CLCS thấp nhất $t = -3,86$ (với $p < 0,05$; T-test ghép cặp).

Bảng 3.27: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng tài chính cá nhân (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		

<i>Độc lập (n=241)</i>	64,1 ± 16,1	75,4 ± 14,3	-16,59	<0,001
<i>Phụ thuộc (n=109)</i>	53,4 ± 20,9	66,7 ± 19,2	-11,99	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp cải thiện ở cả những bệnh nhân có tình trạng tài chính cá nhân độc lập và phụ thuộc. Trong đó, bệnh nhân độc lập tài chính có mức cải thiện cao nhất so với trước can thiệp $t = -16,59$ (với $p < 0,05$; T-test ghép cặp).

Bảng 3.28: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo tình trạng bỏ trị vì không đủ tiền chi trả điều trị (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Bỏ trị (n=69)</i>	49,9 ± 20,1	63 ± 21,2	-10,01	<0,001
<i>Không bỏ trị (n=281)</i>	63,4 ± 16,9	75,1 ± 14,1	-17,84	<0,001

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp cải thiện ở cả những bệnh nhân bỏ trị và không bỏ trị do không đủ tiền chi trả cho điều trị. Trong đó, bệnh nhân không bỏ trị có mức cải thiện cao nhất so với trước can thiệp $t = -17,84$ (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp).

Bảng 3.29: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) theo hình thức sinh sống (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Sống cùng gia đình (n=307)</i>	61 ± 18,4	72,8 ± 16,2	-18,88	<0,001
<i>Sống một mình (n=33)</i>	61,9 ± 17,8	76 ± 17	-7,06	<0,001

<i>Khác (n=10)</i>	48,3 ± 14,6	59,2 ± 18,2	-3,28	<0,05
--------------------	-------------	-------------	-------	-------

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp cải thiện ở cả những bệnh nhân có sống cùng với gia đình và người sống một mình. Trong đó, bệnh nhân sống cùng gia đình có mức cải thiện cao nhất so với trước can thiệp $t = -18,88$ (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp).

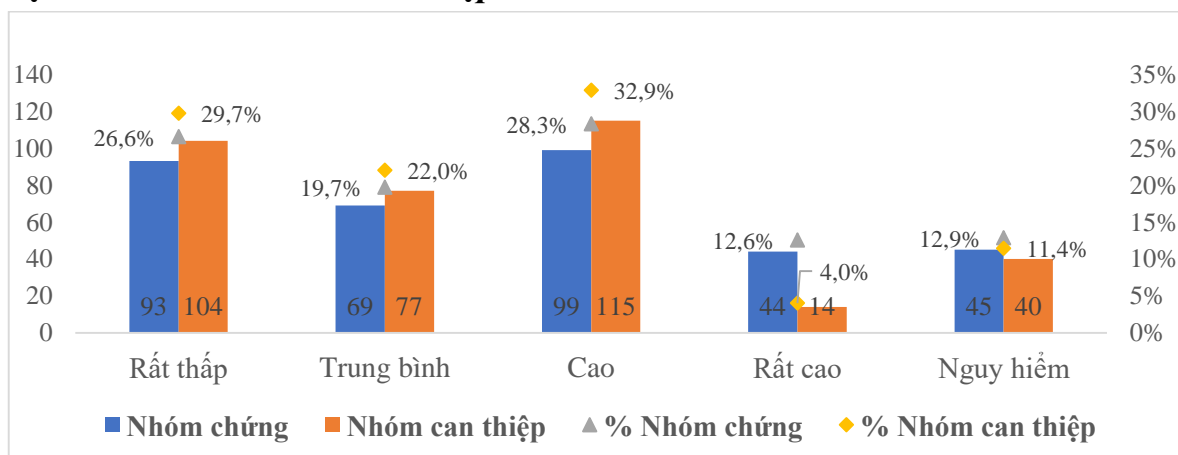
Bảng 3.30: Điểm CLCS (bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30) ở bệnh nhân có người trực tiếp hỗ trợ NVYT chăm sóc (n=350)

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
<i>Người thân (bố mẹ, vợ chồng, con cái) (n=325)</i>	60,6 ± 18,4	72,6 ± 16,7	-19,93	<0,001
<i>Người giúp việc (n=13)</i>	64,7 ± 18,4	75 ± 12,7	-3,25	<0,05
<i>Không có ai (n=12)</i>	61,4 ± 19,1	74,2 ± 13,7	-3,26	<0,05

Nhận xét:

Điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp cải thiện ở cả những bệnh nhân có người thân, người giúp việc và không có người hỗ trợ chăm sóc cùng với NVYT. Trong đó, bệnh nhân có người thân hỗ trợ có mức cải thiện cao nhất so với trước can thiệp $t = -19,93$ (với $p < 0,001$; T-test ghép cặp).

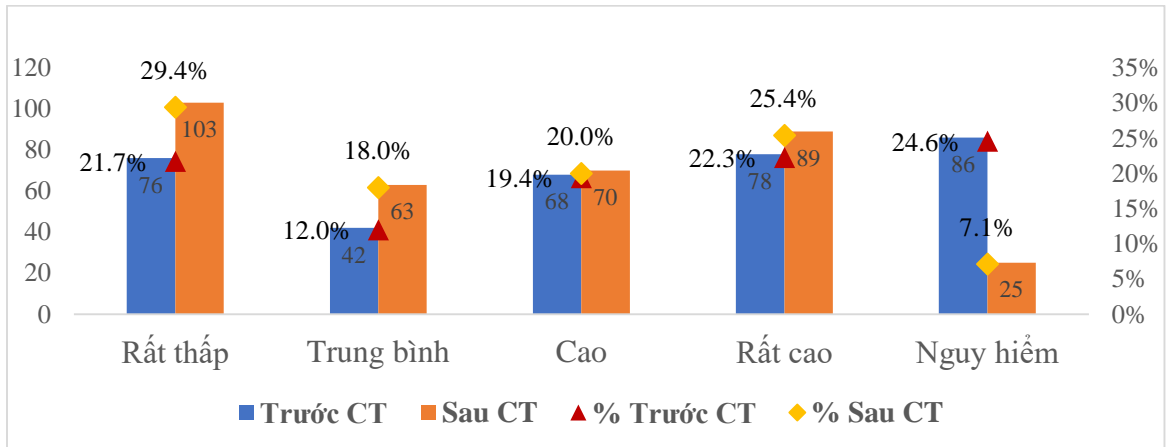
3.4.2 Sự thay đổi của chỉ báo căng thẳng của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới trước và sau can thiệp



Hình 3.2: Phân loại tổng điểm các chỉ báo cơ thể trước – sau can thiệp (n=350)

Nhận xét:

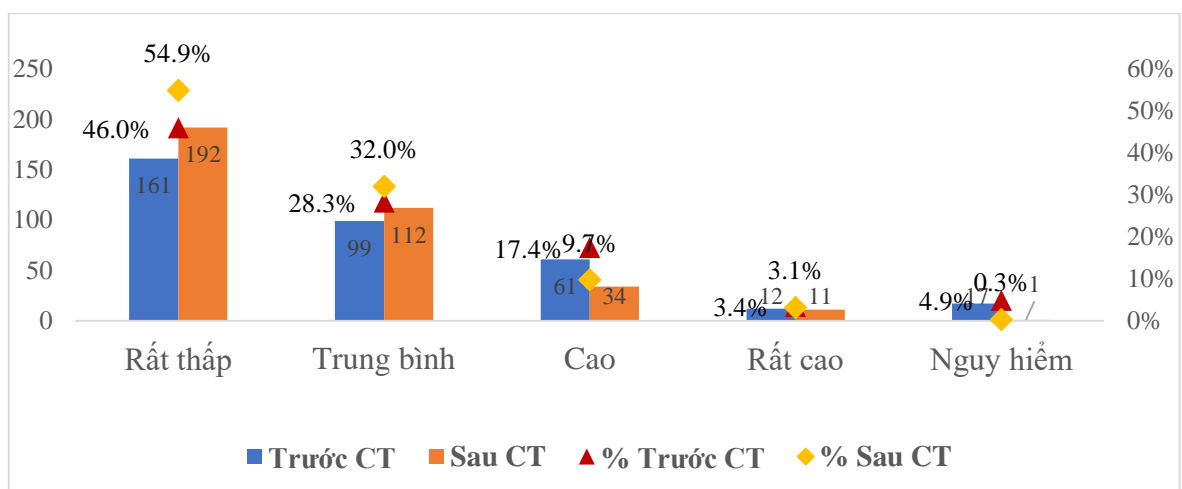
Mức độ stress “Rất cao” và “Nguy hiểm” sau can thiệp đều thấp hơn so với trước can thiệp, lần lượt là 4% so với 12,6% và 11,4% so với 12,9%.



Hình 3.3: Phân loại tổng điểm các chỉ báo giấc ngủ trước – sau can thiệp (n=350)

Nhận xét:

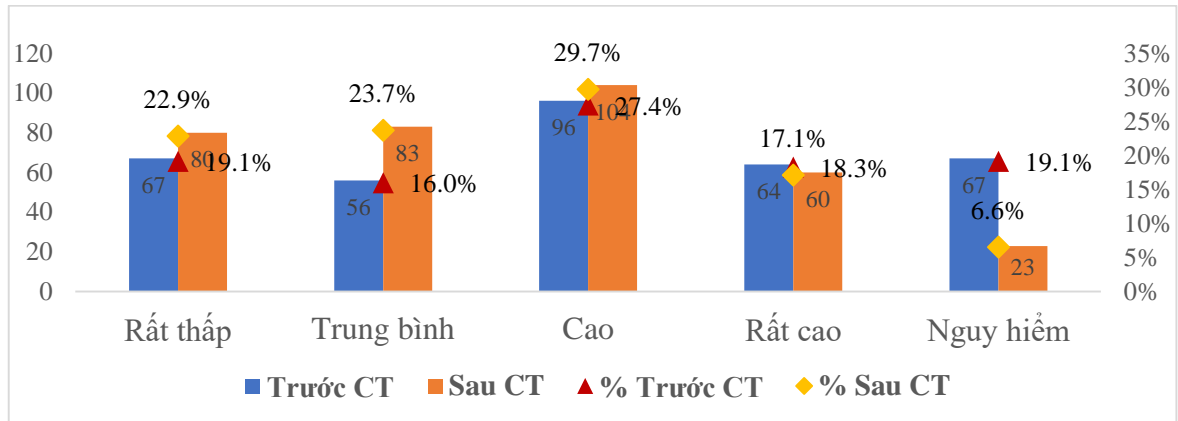
Mức độ stress “Nguy hiểm” sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp (7,1% so với 24,6%). Tuy nhiên, mức độ stress “Rất cao” sau can thiệp lại cao hơn so với trước can thiệp (25,4% so với 22,3%).



Hình 3.4: Phân loại tổng điểm các chỉ báo hành vi trước – sau can thiệp (n=350)

Nhận xét:

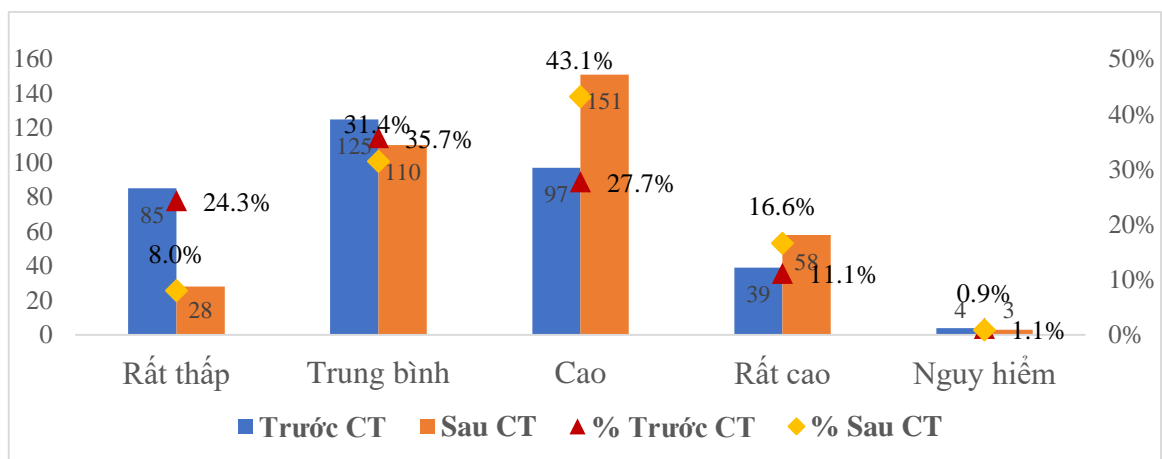
Mức độ stress “Rất cao” và “Nguy hiểm” sau can thiệp đều thấp hơn so với trước can thiệp, lần lượt là 3,1% so với 3,4% và 0,3% so với 4,9%.



Hình 3.5: Phân loại tổng điểm các chỉ báo cảm xúc trước – sau can thiệp (n=350)

Nhận xét:

Mức độ stress “Rất cao” và “Nguy hiểm” sau can thiệp đều thấp hơn so với trước can thiệp, lần lượt là 17,1% so với 18,3% và 6,6% so với 19,1%.



Hình 3.6: Phân loại tổng điểm thói quen cá nhân trước – sau can thiệp (n=350)

Nhận xét:

Mức độ stress “Nguy hiểm” sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp (0,9% so với 1,1%). Tuy nhiên, mức độ stress “Rất cao” sau can thiệp lại cao hơn so với trước can thiệp (16,6% so với 11,1%).

Bảng 3.31: Hiệu quả trước và sau can thiệp tâm lý cho bệnh nhân UTSDĐ (n=350)

Chỉ số		Trước CT		Sau CT		CSHQ	p
		n	%	n	%		
Chỉ báo cơ thể	Đạt tốt	261	74,6%	296	84,6%	13%	<0,01
	Không đạt	89	25,4%	54	15,4%		
Chỉ báo giấc ngủ	Đạt tốt	186	53,1%	236	67,4%	27%	<0,01
	Không đạt	164	46,9%	114	32,6%		
Chỉ báo hành vi	Đạt tốt	321	91,7%	338	96,6%	5%	<0,05
	Không đạt	29	8,3%	12	3,4%		
Chỉ báo cảm xúc	Đạt tốt	219	62,6%	267	76,3%	22%	<0,01
	Không đạt	131	37,4%	83	23,7%		
Thói quen cá nhân	Đạt tốt	307	87,7%	289	82,6%	-6%	<0,05
	Không đạt	43	12,3%	61	17,4%		

Nhận xét:

Chỉ báo cơ thể, giấc ngủ, hành vi và cảm xúc của đối tượng nghiên cứu có cải thiện sau can thiệp so với trước can thiệp. Mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; Chi2 Mc Nemar). Hiệu quả can thiệp cao nhất chỉ báo giấc ngủ, chỉ báo cảm xúc, chỉ báo cơ thể, CSHQ lần lượt là 27%, 22%, 13% và 5%. Tuy nhiên, chỉ báo thói quen cá nhân có sự suy giảm so với trước can thiệp (CSHQ= -6%).

Bảng 3.32: Chỉ báo Stress của bệnh nhân nữ UTSDD trước – sau can thiệp (n=350)

Chỉ số	Crobach's Alpha	Trước can thiệp	Sau can thiệp	t	p
		TB ± DLC	TB ± DLC		
<i>Chỉ báo cơ thể</i>	0,93	40,4 ± 14,2	37,7 ± 11,9	5,12	<0,001
<i>Chỉ báo giấc ngủ</i>	0,78	11 ± 3,9	9,9 ± 3,8	4,79	<0,001
<i>Chỉ báo hành vi</i>	0,87	29,4 ± 9,5	27 ± 7,7	5,66	<0,001
<i>Chỉ báo cảm xúc</i>	0,93	42,1 ± 13,3	38,2 ± 11	7,17	<0,001
<i>Chỉ báo thói quen cá nhân</i>	0,74	18,5 ± 4,9	20,6 ± 4,3	-7,76	<0,001

Nhận xét:

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm CLCS trước và sau khi can thiệp ở chỉ báo cáo cơ thể, giấc ngủ, hành vi, cảm xúc và chỉ báo thói quen cá nhân (với $p < 0,001$, t-test ghép cặp). Trong đó, điểm trung bình chỉ báo cảm xúc giảm đáng kể $t = 7,17$, tiếp theo đó là điểm hành vi $t = 5,66$. Tuy nhiên, sau can thiệp các chỉ báo thói quen cá nhân có sự gia tăng so với trước can thiệp $t = -7,76$.

Điểm Crobach's Alpha thấp nhất là 0,74 và cao nhất là 0,93.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới

4.1.1 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới

Bảng hỏi chất lượng cuộc sống QLQ-C30 được dịch ra Tiếng Việt được sử dụng trong quá trình điều tra thu thập thông tin đạt độ tin cậy cao với điểm Cronbach's Alpha thấp nhất là 0,9431 đối với các câu hỏi liên quan đến thang triệu chứng về mệt mỏi của bệnh nhân và cao nhất là 0,9570 với thang đo triệu chứng nôn. Điều này chứng tỏ bộ câu hỏi được Việt hóa tương đối tốt và phản ánh đúng tình trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đã được phỏng vấn trong nghiên cứu [121],[122]. Trên thế giới, các nghiên cứu đánh giá độ nhạy và độ tin cậy của bộ công cụ khi được dịch ra ở các phiên bản ngôn ngữ khác nhau cũng cho kết quả cao. Tính nhất quán bên trong của phiên bản Amharic của EORTC QLQ-C30 là chấp nhận được (Cronbach's $\alpha > 0,7$). Các lĩnh vực riêng lẻ đều nằm trong ngưỡng thể chấp nhận được [61]. Phân tích tính hợp lệ của tiêu chí trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hoạt động cảm xúc, mệt mỏi và hoạt động xã hội là các thang đo quyết định của QLQ-C30. Điều này ngụ ý rằng các bệnh nhân ung thư phụ khoa ở Ethiopia đánh giá QOL của họ dựa trên hoạt động cảm xúc, sự mệt mỏi và hoạt động xã hội của họ. Tương tự, các phát hiện được báo cáo từ Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy các thang đo phụ quyết định nhất của QLQ-C30 là hoạt động cảm xúc, mệt mỏi, hoạt động vai trò và chán ăn [61]. Tuy nhiên, trái ngược với nghiên cứu của chúng tôi một vài nghiên cứu khác giá trị Cronbach's α thấp trong chức năng nhận thức được mô tả trong các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các phát hiện được báo cáo bởi các nghiên cứu khác nhau [123].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm CLCS sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 60,8 điểm, trong đó

lĩnh vực chức năng có số điểm tương đối cao, cao nhất là chức năng hoạt động thể lực 88,1 điểm và thấp nhất là chức năng xã hội 64,3 điểm. Trong khi đó, lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính có số điểm tương đối thấp, cao nhất là khó khăn tài chính 48,9 điểm và thấp nhất là triệu chứng tiêu chảy 16,0 điểm. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đang điều trị tại khoa điều trị là tương đối thấp.

Điểm trung bình CLCS sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện K cơ sở 3 cao hơn so với nghiên cứu cùng sử dụng bộ câu hỏi QLQ- C30 của Nguyễn Thị Thanh Phương thực hiện năm 2013 tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội (53,5 điểm) và nghiên cứu của Vũ Văn Vũ và cộng sự năm 2010 thực hiện tại bệnh viện Ung bướu TP.HCM (53,7 điểm) [107],[124]. Tất cả các điểm về lĩnh vực chức năng đều có điểm số cao hơn so với hai nghiên cứu nêu trên, chức năng xã hội có điểm thấp nhất 84,9 điểm, trong khi đó lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính có số điểm thấp hơn (cao nhất là khó khăn tài chính là 29,2 điểm). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương, lĩnh vực chức năng có điểm cao nhất là 69 điểm thuộc về chức năng cảm xúc và điểm lĩnh vực triệu chứng cao nhất là triệu chứng mệt mỏi 70 điểm. Nghiên cứu của Vũ Văn Vũ, lĩnh vực chức năng có điểm cao nhất là 64,9 điểm thuộc về chức năng cảm xúc và điểm lĩnh vực triệu chứng cao nhất là khó khăn tài chính 76,9 điểm. Điểm chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn và điểm triệu chứng, khó khăn tài chính cao hơn các nghiên cứu được giải thích là bệnh nhân bị ung thư giai đoạn 3 và 4 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ thấp lần lượt là 43,7% và 14,1% và điểm chất lượng cuộc sống ít hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn khác ($p < 0,01$; Kruskal-Wallis test). Trong khi đó, bệnh nhân của của nghiên cứu tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2013 là bệnh nhân ung thư giai đoạn 4 và bệnh nhân trong nghiên cứu tại bệnh viện Ung bướu TP. HCMC là bệnh nhân đang trải qua cơn đau do giai đoạn điều trị tiến xa. Một số nghiên

cứu trên thế giới chứng minh rằng, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư ở giai đoạn cuối hoặc giai đoạn điều trị tiến xa phải trải qua cơn đau và sự mệt mỏi ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [125],[126],[127]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Cung Thị Tuyết Anh và cộng sự thực hiện năm 2013 trên bệnh nhân giai đoạn sớm đã điều trị, điểm trung bình CLCS nói chung tương đương nhau giữa 2 nhóm can thiệp lần lượt là $76 \pm 3,3$ và $76,1 \pm 3,3$ [128].

4.1.2 Lĩnh vực chức năng

Nghiên cứu chỉ ra rằng, tất cả năm lĩnh vực chức năng đều có mối tương quan thuận với chất lượng cuộc sống, khi điểm của lĩnh vực chức năng càng tăng thì điểm chất lượng cuộc sống càng tăng. Điểm của chức năng thể chất đóng góp nhiều nhất trong chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư ($r = 0,806$; $p < 0,01$).

Điểm thể chất của bệnh nhân là $88,1 \pm 17$ điểm, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương năm 2013 (56 điểm) và Vũ Văn Vũ năm 2010 (60 điểm) [107],[124]. Kết quả này cũng cao hơn nghiên cứu của nghiên cứu của Safaee A năm 2008 (57,31 điểm). Mối tương quan của chức năng thể chất cũng được chứng minh là có mối tương quan với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư sau yếu tố nhận thức và chức năng cảm xúc [129]. Mối tương quan này mạnh ở nhóm bệnh nhân gặp khó khăn khi lao động gắng sức (42%) hoặc hoạt động mạnh như đi bộ một quãng dài (38%) là chủ yếu. Điều này lý giải vì sao điểm trung bình thể chất của bệnh nhân tương đối cao.

Điểm cảm xúc của bệnh nhân trong nghiên cứu là một trong những yếu tố có mối tương quan chặt chẽ tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ($r = 0,772$; $p < 0,01$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Safaee. A và cộng sự [129]. Cảm xúc lo lắng (45%), buồn chán (39%) và căng thẳng (32%) ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng cảm xúc của bệnh nhân. Nỗi phiền

muộn và lo lắng về cái chết và sợ những điều sắp trái qua luôn khiến cho bệnh nhân ung thư rơi vào tình trạng bị căng thẳng và phiền muộn [130],[131],[132].

Điểm hoạt động được đánh giá dựa trên tiêu chí về những hạn về mặt sở thích giải trí và những hạn chế về sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Tình trạng hạn chế của hai tiêu chí trên ở bệnh nhân trong nghiên cứu là khá cân bằng lần lượt là 19% và 21%. Tỷ lệ này không quá cao và mức độ ảnh hưởng rất nhiều chỉ xấp xỉ trên 8%. Điều này giải thích lí do vì sao điểm hoạt động có mối tương trung bình với điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ($r=0,822$; $p<0,01$). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Birsen Yucel và các cộng sự, kết quả điều trị ảnh hưởng lớn đến điểm số hoạt động của bệnh nhân [133].

Trong các lĩnh vực chức năng, nhận thức bệnh nhân có số điểm cao nhất là $72 \pm 26,3$ điểm. Điểm nhận thức được tạo nên bởi hai tiêu chí là khả năng ghi nhớ và khả năng tập trung của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn ở nhiều mức độ khi ghi nhớ và tập trung là rất thấp, lần lượt là 10% và 12%. Tỷ lệ bệnh nhân có gặp khó khăn trong vấn đề nhận thức nhiều và rất nhiều là rất thấp, chỉ khoảng 3%- 4%. Điều này giải thích vì sao bệnh nhân trong nghiên cứu có số điểm nhận thức rất cao. Tuy nhiên, mối tương quan của điểm nhận thức và điểm sức khỏe tổng quát chỉ ở mức trung bình ($r=0,726$; $p<0,01$). Điểm nhận thức chỉ ảnh hưởng ở mức trung bình đến điểm sức khỏe tổng quát. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với một vài đánh giá về mối liên quan yếu của chức năng nhận thức và tình trạng bệnh [134].

Điểm xã hội của bệnh nhân là $63,4 \pm 28,7$ điểm, thấp nhất trong lĩnh vực chức năng. Nguyên nhân chính của tình là bệnh nhân bị cản trở cuộc sống gia đình. Người bệnh lo lắng phải lệ thuộc vào người thân, sợ cô đơn, sợ bản thân là gánh nặng của gia đình [130],[132]. Việc không được tham gia các hoạt động xã hội cũng là nguyên nhân quan trọng dẫn đến điểm xã hội thấp. Bản thân những người ung thư không thể tham gia nhiều hoạt động xã hội và giao tiếp

thường xuyên vì họ cần trải qua tiến trình điều trị liên tục và kéo dài. Thời gian của họ phần lớn được chi tiêu để theo đuổi các tiến trình điều trị cần được theo dõi sát sao [135]. Vậy nên, thời gian chi cho các hoạt động cho gia đình và xã hội bị giảm xuống khá nhiều. Chúng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến điểm xã hội thấp.

4.1.3 Lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính

Lĩnh vực triệu chứng và khó khăn tài chính mối liên quan nghịch với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư, khi điểm triệu chứng và khó khăn tài chính càng tăng thì điểm chất lượng cuộc sống càng giảm và ngược lại. Đóng góp nhiều nhất vào điểm chất lượng cuộc sống là điểm của triệu chứng mệt mỏi ($r = -0,525$; $p < 0,01$), các lĩnh vực triệu chứng khác và khó khăn tài chính có đóng góp nhỏ hơn vào chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, trừ những triệu chứng về nôn, táo bón và tiêu chảy ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Văn Vũ năm 2010, mệt mỏi và đau đớn ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng của bệnh nhân ung thư. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu năm 2016 của Shamaila Mohsin và cộng sự, nghiên cứu chỉ ra mệt mỏi, buồn nôn, đau và chán ăn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [136]. Một nghiên cứu tương tự năm 2008 của Safaee A và cộng sự cũng đưa ra kết quả tương tự, chỉ trừ triệu chứng chán ăn và tiêu chảy ($p < 0,01$) [129]. Tình trạng mệt mỏi của bệnh nhân có thể được gây nên bởi nhiều nguyên nhân như yếu tố. Một vài loại ung thư sinh ra các protein tên là cytokines và chất trung gian dẫn truyền do tế bào ung thư tạo ra gây ra nhưng rối loạn trao đổi chất trong cơ thể, dẫn đến mất năng lượng, yếu cơ, phá hủy nội tạng và thay đổi hormone của cơ thể [137]. Một ảnh hưởng quan trọng khác gây nên sự mệt mỏi cho bệnh nhân là quá trình điều trị bằng hóa trị liệu, hoặc xạ trị cùng với tác dụng phụ của các thuốc đặc trị ung thư [127],[138],[139],[140].

Bệnh nhân có khó khăn tài chính ở nhiều cấp độ khác nhau, điều này ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống tổng quát của bệnh nhân ($r = -0,692$; $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kathleen M. Fenn và cộng sự tại Hoa Kỳ năm 2014, các tác giả kết luận rằng sự gia tăng gánh nặng tài chính của bệnh ung thư đến từ quá trình chăm sóc điều trị, và khó khăn tài chính là có ý nghĩa là yếu tố tiên lượng mạnh đối với suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư [141]. Gánh nặng về mặt tài chính luôn có ảnh hưởng quan trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Không có sự khác biệt về mặt tài chính đối với bệnh ung thư khi mà quá trình chăm sóc và điều trị ung thư luôn có chi phí cao tại tất cả các quốc gia [129],[141].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cơn đau ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân nữ mắc UTSDD. Điều này được thể hiện ở điểm triệu chứng đau trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp trong lĩnh vực triệu chứng $21,3 \pm 22,5$ điểm và có mối tương quan đối với điểm CLCS tổng quát của bệnh nhân ung thư ($r = -0,693$; $p < 0,01$). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Safaee. A tại Iran năm 2008 và chỉ bằng $\frac{1}{2}$ điểm trong nghiên cứu vũ Văn Vũ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương [107],[124],[129]. Để lý giải điều này, chúng tôi dựa vào giai đoạn bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu, chỉ khoảng 32% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở trong giai đoạn muộn (giai đoạn 3 và 4) và trong khi đó các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương thực hiện trên bệnh nhân giai đoạn cuối và nghiên cứu của Vũ Văn Vũ cũng được tiến hành trên bệnh nhân giai đoạn 3 và giai đoạn 4. Trong khi đó, bệnh nhân ở giai đoạn muộn cùng với sự tiến triển của các khối u và di căn thì còn phải trải qua những những ảnh hưởng phụ của hóa chất điều trị và xạ trị, điều này lý giải vì sao bệnh nhân ở giai đoạn này thường gặp phải rất nhiều vấn đề liên quan gây suy giảm trầm trọng chất lượng cuộc sống [124],[138],[139].

Theo kết quả phân tích, điểm mất ngủ đo lường được là $29,2 \pm 28$ điểm.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng mất ngủ có mối tương quan yếu với suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ($r = -0,611$; $p < 0,01$). Các báo cáo chỉ ra rằng 30%-60% bệnh nhân ung thư mất ngủ, thời gian mất ngủ từ 6 tháng trở lên chiếm khoảng 75% số trường hợp [142] [143],[144].

Một vài nghiên cứu trên thế giới chứng minh rằng chán ăn có mối liên quan tương đối mật thiết với tình trạng suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư [129],[145]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng chán ăn chỉ có ảnh hưởng tương đối nhỏ tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư ($r = -0,615$; $p < 0,01$).

4.2 Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

4.2.1 Yếu tố nhân khẩu học

Điểm CLCS không có sự khác biệt đối với các yếu tố như tuổi, nghề nghiệp, học vấn. Một thành phần quan trọng trong đánh giá ảnh hưởng của bệnh tật nói chung là các biểu hiện về mặt chức năng của bệnh nhân. Những ảnh hưởng của bệnh tật được người bệnh cảm nhận thấy sẽ là một tiêu chí quan trọng trong việc đánh giá ảnh hưởng của bệnh tật tới sức khỏe của bệnh nhân. Kết quả phân tích chỉ ra rằng, điểm trung bình chức năng thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội giảm dần theo sự gia tăng của tuổi tác. Trong khi đó, điểm lĩnh vực triệu chứng gia tăng khi tuổi tác tăng lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình lĩnh vực thể chất, hoạt động và nhận thức giữa nhóm bệnh nhân ít tuổi (dưới 40 tuổi) so với nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn. Đối với bệnh nhân ung thư, ảnh hưởng của bệnh tật đều gây nên một hệ quả như nhau đối với người bệnh không có sự khác biệt về lứa tuổi và giới tính. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu có nhiều điểm khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư [146],[147].

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại các khoa phòng của bệnh viện K cơ sở 3, một trong những nơi có số bệnh nhân ung thư nhập viện điều trị cao thuộc tốp đầu của cả nước. Vậy nên, có sự đa dạng nhất định về các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện. Đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn là người cao tuổi, nhóm tuổi 50 - <60 tuổi chiếm 31,3% và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 35,6%. Độ tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó tại Việt Nam và thế giới [3],[148]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ung thư có độ tuổi ≥ 50 tuổi chiếm 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân làm công nhân và nông dân tương đối cao 28,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có học vấn có đạt trình độ đại học trở lên chiếm tỷ lệ thấp là khoảng 23,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có BHYT khá cao, chiếm 97,0% và chỉ 0,7% bệnh nhân cho rằng BHYT không có ý nghĩa thiết thực trong quá trình điều trị bệnh. Tuy nhiên, mức BHYT vẫn chưa có sự điều chỉnh tăng quá lớn (10,3%) so với năm 2019 trong bối cảnh viện phí và chi phí thuốc có những điều chỉnh tăng lên theo Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính có thể gây ra những khó khăn nhất định về mặt tài chính cho bệnh nhân và gia đình trong quá trình điều trị bệnh ung thư [141],[149]. Bệnh nhân ung thư trong nghiên cứu chủ yếu có tình trạng kinh tế ở mức đủ sống và phần lớn họ không phụ thuộc vào kinh tế với bất kỳ ai. Tỷ lệ bệnh nhân có phải bỏ điều trị vì không đủ tiền chi trả rất thấp, chỉ 16,9%. Việc tự chủ về tài chính (68,4%) khiến nổi ưu phiền về sự lệ thuộc tài chính của người khác giảm đi, nhưng cũng có thể tạo nên sự căng thẳng cho người bệnh vì bản thân họ là lao động chính. Những cản trở của bệnh tật và việc tuân thủ quá trình điều trị có thể gây ra những khó khăn nhất định về mặt tài chính trong tương lai.

Bệnh nhân là người nghỉ hưu hoặc thất nghiệp có điểm trung bình lĩnh vực chức năng về thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức và xã hội tương đối thấp

so với các ngành nghề còn lại ($p < 0,01$) đặc biệt là nhóm có ngành nghề là công nhân viên chức, điều này cho thấy việc mất khả năng lao động cùng với tình trạng mắc ung thư mang lại những tổn thất đáng kể để thực hiện các chức năng cơ bản của người bệnh, đặc biệt là lĩnh vực chức năng thể chất. Cùng với đó, điểm chất lượng cuộc sống của nhóm có ngành nghề lao động chân tay hoặc lao động trí óc đều mang lại điểm chức năng cao. Điều này chứng tỏ, yếu tố lao động cũng góp phần trong việc xây dựng điểm tích cực nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh đó, trình độ học vấn cũng mang lại tác động tương tự đối với lĩnh vực chức năng khi mà đối tượng nghiên cứu có trình độ cao, không đủ điều kiện tài chính, tài chính phụ thuộc, kinh tế yếu kém có điểm trung bình các lĩnh vực chức năng cao hơn so với các đối tượng nghiên cứu có trình độ thấp hơn ($p < 0,01$; Kruskal-Wallis test). Mặc dù có nhiều nghiên cứu đưa ra những điểm khác biệt giữa những yếu tố kể trên và bệnh tật cũng như chất lượng cuộc sống [150],[151].

Những bệnh nhân sinh sống cùng với gia đình có điểm lĩnh vực thể chất, hoạt động và cảm xúc cao hơn đáng kể nhóm bệnh nhân sống một mình ($p < 0,01$; Mann-Whitney test). Điều đó cho thấy tầm quan trọng của yếu tố hỗ trợ hoạt động và tâm lý đối với bệnh nhân ung thư. Ung thư là bệnh diễn tiến kéo dài và ít triệu chứng ở giai đoạn sớm, do vậy gần như ở những thời gian đầu bệnh nhân không cảm nhận được tình trạng sức khỏe tồi tệ. Tuy nhiên, sau khi chẩn đoán ung thư, bệnh thường thường diễn tiến nhanh chóng và trở nên tồi tệ hơn, điều này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố trong đó có nỗi sợ hãi về cái chết và nỗi sợ hãi bản thân không qua khỏi cơn bạo bệnh. Nghiên cứu của M. Bai và các cộng sự chỉ ra rằng, yếu tố tinh thần và đức tin có ý nghĩa duy trì trạng thái thể chất và tinh thần tốt trong khoảng thời gian dài sau chẩn đoán ung thư [152]. Theo nghiên cứu định tính của Khadijeh Hatamipour, yếu tố tinh thần có ý nghĩa trong việc giảm thiểu tác hại của bệnh tật lên cơ thể. Niềm tin của của

bệnh nhân giúp họ vượt qua những muộn phiền, lo lắng; từ đó giúp học so thể cải thiện được chất lượng cuộc sống của bản thân họ. Từ đó có thể kết luận rằng, giữ tinh thần lạc quan trong đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì một chất lượng sống tốt ngay cả khi bị bệnh hiểm nghèo [130],[135],[153].

4.2.2 Yếu tố tình trạng bệnh

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân mắc ung thư cổ tử cung chiếm đến 60,9% tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tiếp đó là ung thư buồng trứng (23,9%) và ung thư nội mạc tử cung [39]. Theo thống kê tình hình ung thư tại Việt Nam thực tế ung thư cổ tử cung và ung thư phần phụ cũng chiếm tỉ lệ cao trong tất cả các loại ung thư nói chung.

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hơn 43,7% đang ở giai đoạn 3, gần 40 % ở giai đoạn 2, bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở giai đoạn 4 là 14,1%, trong khi đó chỉ có 2,3% đang ở giai đoạn 1. Bên cạnh đó, tỷ lệ ung thư chẩn đoán ở giai đoạn sớm trong nghiên cứu (< 6 tháng) đạt 50,0% và từ 6 tháng -1 năm chiếm 30%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quỳnh Anh và cộng sự năm 2015: tỷ lệ ung thư cổ tử cung ở giai đoạn sớm là 83,3%. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Bùi Diệu và cộng sự, tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn sớm chỉ chiếm 39,6% tổng số 3.955 ca ung thư vú ghi nhận giai đoạn bệnh từ năm 2005 đến 2008 [108]. Kết quả này tương đương với số liệu thống kê trên trang web tổng hợp của Mỹ từ năm 2002 – 2008 cho biết có tới 68% số bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trên 5 năm [108]. Tác giả Bùi Diệu cũng nhận định rằng, tỷ lệ người bệnh được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn 1 và 2) càng ngày càng tăng lên với tác động tích cực của các chương trình sàng lọc và truyền thông, giáo dục sức khỏe. Người dân Việt Nam ngày càng có ý thức chú trọng đến sức khỏe, đi khám bệnh định kỳ hàng năm để có thể phát hiện các bệnh khi bệnh đang ở giai đoạn sớm.

Tùy vào loại ung thư cũng như tình trạng bệnh mà mỗi bệnh nhân sẽ có

phương pháp và phác đồ điều trị khác nhau. Hầu hết các bệnh nhân nữ tham gia nghiên cứu mắc UTSDD tại bệnh viện được điều trị với phương pháp điều trị xạ trị kết hợp với các phương pháp bổ sung khác. Theo kết quả của nghiên cứu, có 28,7% người bệnh đang sử dụng phương pháp điều trị xạ trị độc lập và 26,8% người bệnh sử dụng điều trị kết hợp phẫu thuật và xạ trị. Số đợt điều trị trong suốt quá trình phần lớn là hơn 4 lần. Trong nghiên cứu của tác giả Doãn Văn Ngọc và cộng sự (2016), có phần lớn số người bệnh ung thư cổ tử cung đang sử dụng điều trị xạ trị hoặc từng sử dụng phương pháp điều trị phẫu thuật [154]. Can thiệp tâm lý chỉ được thực hiện trên bệnh nhân nữ UTSDD đang thực hiện điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật, hóa trị, xạ trị độc lập hoặc kết hợp. Bệnh nhân ung thư điều trị phẫu thuật đơn thuần có tình trạng sức khỏe cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không điều trị ý nghĩa đơn thuần được lý giải rằng những bệnh nhân dùng các phương pháp điều trị hoá chất, xạ trị hoặc kết hợp phẫu thuật và hoá chất hoặc phẫu thuật và xạ trị thường là những bệnh nhân ở giai đoạn nặng hơn nên cần các tác động của hoá chất hay xạ trị kết hợp dẫn đến có nhiều tác dụng phụ như: mệt mỏi, đau, chán ăn, mất ngủ, rụng tóc... khiến cho bệnh nhân cảm thấy tình trạng sức khỏe không tốt. Tương tự như trong nghiên cứu của Birhanu A. Ayana và cộng sự tại Ethiopia năm 2016, tác giả kết luận rằng những bệnh nhân được phẫu thuật sẽ có điểm QOL tốt hơn so với những bệnh nhân được xạ trị. Nhóm được lên lịch phẫu thuật ở tất cả các lĩnh vực ngoại trừ buồn nôn và nôn, tiêu chảy, khó thở và chức năng nhận thức đã đạt được điểm số tốt hơn có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiêu chảy, khó thở, buồn nôn và nôn/ giữa bệnh nhân được phẫu thuật và được chiếu xạ có thể là những yếu tố này không phổ biến và không phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh nhân ung thư cổ tử cung. Tương tự, việc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm điều trị về chức năng nhận thức có thể là do độ tin cậy của công cụ thấp hơn

như được chỉ ra bởi giá trị Cronbach's α thấp [61]. Phát hiện tương tự cũng được báo cáo từ nghiên cứu của Trung Quốc, nơi hiệu lực lâm sàng được kiểm tra với một logic tương tự. Nghiên cứu đó mang lại một kết quả tương tự, với nhóm phẫu thuật đạt điểm cao hơn ở 9 trong số 15 lĩnh vực [155].

Phần lớn bệnh nhân ung thư tại các khoa được khảo sát cảm thấy tình trạng sức khỏe hiện tại là không tốt, trong đó 49,9% bệnh nhân cho rằng sức khỏe kém hơn một chút và 31,7% nói rằng sức khỏe kém nhiều hơn trước khi được chẩn đoán UTSD. Bên cạnh đó, cảm nhận về sự ảnh hưởng của bệnh tới CLCS của bệnh nhân cũng tương đối rõ ràng, 31,4% người bệnh trả lời ảnh hưởng nhiều và 48,9% người bệnh nói rằng CLCS của họ bị ảnh hưởng rất nhiều. Điều này có thể là do các bệnh nhân này được chẩn đoán và phát hiện tương đối muộn và ung thư tại các vị trí sinh dục nữ ảnh hưởng đến khá nhiều chức năng sinh lý cơ bản và cả chức năng tình dục, nên các triệu chứng và các bệnh lý đi kèm làm người bệnh quá mệt mỏi hay đau đớn về tinh thần và thể chất. Hầu hết các bệnh nhân điều trị trên 3 năm thể chất suy giảm đáng kể. Đau là vấn đề rất được quan tâm trong ung thư, nhất là với những bệnh nhân giai đoạn muộn, họ phải dùng đến những loại thuốc giảm đau mạnh để chống chọi với bệnh tật. Tác dụng phụ của thuốc điều trị là yếu tố không thể tránh khỏi trong tất cả các thuốc điều trị và đặc biệt là ung thư và nó là một trong những yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến thể chất. Các tác dụng phụ được bệnh nhân nhắc đến nhiều trong nghiên cứu là nôn, buồn nôn, rụng tóc, tê bì chân tay, mất ngủ... Điều này tương đồng với nghiên cứu về ảnh hưởng của xạ trị đến các bệnh nhân ung thư [39]. Những đau đớn, khó chịu gây suy kiệt thể chất khiến cho bệnh nhân cảm nhận rõ rệt ảnh hưởng của bệnh đối với bản thân.

Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân diễn tiến trong khoảng thời gian dài và không có sự thay đổi đột biến theo thời gian, những diễn biến tình trạng sức khỏe có chiều hướng đi xuống và chịu ảnh hưởng qua từng giai đoạn bệnh tật.

Đặc biệt với những bệnh nhân không điều trị phẫu thuật đơn thuần thường cảm thấy sự ảnh hưởng nhiều hơn của bệnh ung thư. Điều này do những tác dụng phụ của quá trình xạ trị và điều trị hóa chất [138],[139]. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, có sự khác biệt về điểm chất lượng cuộc sống giữa với tình trạng sức khỏe tại thời điểm nghiên cứu ở những bệnh nhân mắc các loại ung thư sinh dục khác nhau, cụ thể điểm trung bình các lĩnh vực chức năng về thể chất, hoạt động, cảm xúc và xã hội ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung cao hơn so với các nhóm bệnh nhân mắc loại ung thư khác ($p < 0,05$). Trong khi đó, điểm lĩnh vực triệu chứng có xu hướng thấp hơn đáng kể so với nhóm ung thư còn lại. Bệnh nhân có kèm theo các bệnh lý khác có điểm chất lượng cuộc sống ở lĩnh vực chức năng là thấp hơn bệnh nhân không có bệnh lý đi kèm. Sự kết hợp của nhiều loại bệnh cùng với vị trí ung thư sinh dục khác nhau dẫn đến tình hình sức khỏe kém hơn trước. Từ kết quả nêu trên cho thấy, việc điều trị ung thư sẽ mang lại hiệu quả tốt hơn, gây ít ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân khi tiến hành điều trị đồng thời cả bệnh ung thư và xử trí các bệnh lý kèm theo.

Qua phân tích chúng tôi nhận thấy, trong 2,3% bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm 1, có điểm lĩnh vực thể chất, nhận thức và xã hội cao. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê so với các giai đoạn từ 2 trở lên ($p < 0,01$; T-test). Bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có điểm chất lượng cuộc sống tổng quát và lĩnh vực triệu chứng tương đối thấp, trong nghiên cứu là 50 điểm đối với bệnh nhân ở giai đoạn 4 và 81,1 điểm với bệnh nhân ở giai đoạn 1 ($p < 0,01$; Krusal Wallis test). Những minh chứng về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và chất lượng cuộc sống cho thấy, có mối liên quan tương đối chặt chẽ giữa chất lượng cuộc sống và giai đoạn bệnh, những bệnh nhân ở giai đoạn bệnh muộn thường có chất lượng cuộc sống thấp hơn những bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm [127]. R. D. Neal và các cộng sự cũng chứng minh rằng bệnh nhân được phát hiện

ung thư sớm có chất lượng cuộc sống được cải thiện hơn nhiều so với phát hiện ở giai đoạn muộn [156].

Thời gian chẩn đoán muộn ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe của bệnh nhân ung thư, đặc biệt là những bệnh nhân có thời gian chẩn đoán trên 3 năm. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của E. M. Ward và cộng sự về sự ảnh hưởng của thời gian chẩn đoán với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân ung thư [157]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ung thư được chẩn đoán muộn trên 1 năm có điểm trung bình chức năng rất thấp ($p < 0,01$; Kruskal-Wallis test). Nghiên cứu của Daniel T. Farkas cũng chứng minh về mối liên quan tương tự giữa tình trạng sức khỏe bệnh ung thư và thời gian tiên triển của ung thư. Thời gian chẩn đoán càng kéo dài, mức độ ảnh hưởng đến chức năng cơ bản của con người càng bị suy giảm đáng kể [158].

Về điều trị ung thư, việc sử dụng kết hợp điều trị từ hai phương pháp trở lên có kết hợp xạ trị mang lại hiệu quả rõ rệt lên điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt đối với thể chất, cảm xúc và xã hội ($p < 0,05$; T-test). Một vài nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, bệnh nhân ung thư điều trị hóa trị có chất lượng cuộc sống thấp hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không dùng hóa trị liệu trong quá trình điều trị ung thư [127],[136]. Bệnh nhân ở giai đoạn muộn cùng với sự tiên triển của các khối u và di căn thì còn phải trải qua những những ảnh hưởng phụ của hóa chất điều trị và xạ trị, điều này lý giải vì sao bệnh nhân ở giai đoạn này thường gặp phải rất nhiều vấn đề liên quan gây suy giảm trầm trọng chất lượng cuộc sống [124],[138],[139]. Những bệnh nhân được chăm sóc bởi người thân có điểm chất lượng cuộc sống là $84 \pm 16,4$ điểm cao hơn so với bệnh nhân không có ai chăm sóc ngoài nhân viên y tế là $79,7 \pm 23,3$ điểm, tuy nhiên kết quả này chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do bệnh nhân nghiên cứu chưa có đủ cỡ mẫu cần thiết để tạo ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Những bệnh nhân được chăm sóc bởi bệnh nhân

nhận được nhiều lời động viên, cổ vũ về mặt tinh thần hơn so với bệnh nhân không có người thân bên cạnh. Thêm vào đó, những người thân thuộc có thể chăm sóc kĩ càng hơn cho người bệnh, bởi lẽ nhân viên y tế chỉ có thể chăm sóc người bệnh ở mức độ giới hạn nào đó về mặt bệnh tật mà không thể quan tâm chi tiết đến từng người bệnh nên sự giúp đỡ trong sinh hoạt và cảm xúc của người thân đối với bệnh nhân ung thư là rất quan trọng [159].

4.3 Hiệu quả sau 6 tháng can thiệp tâm lý cho bệnh nhân ung thư sinh dục dưới

Từ những thực tế phân tích thực trạng kết quả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục tại bệnh viện K cơ sở 3. Vấn đề tâm lý – cảm xúc nổi lên như là yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm trí và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trên cơ sở phân tích các yếu tố ảnh hưởng của tâm lý – cảm xúc đến tình trạng bệnh và chất lượng của bệnh nhân, một chương trình can thiệp hỗ trợ tâm lý được xây dựng theo hình thức nhóm hỗ trợ ung thư (CSG) nhằm bổ sung, hỗ trợ, khuyến khích tiếp thêm động lực cho bệnh nhân trong quá trình chiến đấu chống lại bệnh tật. Nghiên cứu can thiệp đã được thiết kế để đo lường hiệu quả của chương trình can thiệp cho bệnh nhân. Qua khảo sát chất lượng cuộc sống và chỉ báo căng thẳng cá nhân, bước đầu đánh giá can thiệp tâm lý có những hiệu quả nhất định thông qua sự thay đổi về điểm CLCS và điểm chỉ báo căng thẳng cá nhân của bệnh nhân trước và sau khi kết thúc chương trình can thiệp.

Thông qua khảo sát chỉ báo căng thẳng cá nhân, có thể thấy tâm lý chung của những bệnh nhân khi nhận được chẩn đoán mắc bệnh ung thư đều cảm thấy lo lắng, sợ hãi và vô cùng hoang mang. Nhiều trường hợp người bệnh còn rơi vào khủng hoảng tâm lý trầm trọng, gây ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và đời sống sinh hoạt hàng ngày. Thông thường, diễn biến tâm lý chung của bệnh nhân ung thư sẽ trải qua các giai đoạn như nghi ngờ, hy vọng, chấp nhận và

chờ đợi. Việc chăm sóc và trị liệu tâm lý cho bệnh nhân ung thư ở giai đoạn nào cũng rất quan trọng. Bao gồm cả lúc phát hiện ra bệnh đến giai đoạn điều trị và cho đến khi sức khỏe và được hồi phục, cải thiện tốt. Các chuyên gia cho biết rằng, khi tâm lý của người bệnh được ổn định và cân bằng tốt quá trình điều trị cũng sẽ trở nên dễ dàng, hiệu quả cũng được tăng cao hơn so với mức bình thường. Đặc biệt hơn, khi bệnh nhân luôn suy nghĩ lạc quan, hướng đến những điều tích cực trong cuộc sống sẽ giúp chất lượng sống được nâng cao đáng kể. Đồng thời người bệnh cũng có nhiều niềm tin và nỗ lực hơn trong việc điều trị bệnh. Bác sĩ điều trị và những thành viên trong gia đình hoặc người chăm sóc chính cho bệnh nhân ung thư cần biết và hiểu rõ tâm lý của người bệnh để biết được cách ứng xử, giao tiếp. Điều này sẽ giúp họ cảm thấy thoải mái, dễ chịu và hỗ trợ họ dễ dàng vượt qua được những khủng hoảng, những biến đổi tâm lý dữ dội bên trong tâm trí. Có không ít các trường hợp do tâm lý lo sợ, hoang mang, bất an nên liên tục từ chối việc điều trị bệnh, họ cho rằng có cố gắng đến đâu cũng không thể cứu vãn được tình hình sức khỏe. Những suy nghĩ tiêu cực này vô tình làm ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, đồng thời làm cho bệnh tình càng chuyển biến nghiêm trọng hơn. Lúc này trị liệu tâm lý đóng vai trò vô cùng quan trọng đối với việc kiểm soát và cân bằng cảm xúc, suy nghĩ cho bệnh nhân ung thư. Nhờ vào các liệu pháp can thiệp tâm lý phù hợp mà người bệnh sẽ được bình tĩnh hơn, các kỹ năng được tăng cường giúp họ mau chóng vượt qua được rào cản của bệnh tật, đặt niềm tin nhiều vào quá trình điều trị bệnh.

4.3.1 Kết quả sau 6 tháng can thiệp

a. Sự cải thiện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp

Các chỉ số về chất lượng cuộc sống đo lường tác động của bệnh và việc

điều trị bệnh đối liên quan đến các lĩnh vực chức năng về thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức và xã hội. Các chỉ số chất lượng cuộc sống, tập trung vào nhận thức của chính bệnh nhân về bệnh tật, cung cấp thêm thông tin mà không thể thu thập được từ lâm sàng và cận lâm sàng. Do đó, các công cụ để đo lường chất lượng cuộc sống đã được các tổ chức khác nhau công bố để đánh giá toàn diện về sức khỏe của bệnh nhân được điều trị.

Nhiều yếu tố có thể góp phần vào CLCS của phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư sinh dục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương thức của can thiệp là sự kết hợp của các biện pháp điều trị như xạ trị, hóa trị phẫu thuật và can thiệp hỗ trợ tâm lý thông qua nhóm hỗ trợ ung thư. Xạ trị- hóa trị và phẫu thuật làm tổn thương âm đạo niêm mạc và biểu mô cái dẫn đến giảm bớt khoái cảm trong hoạt động tình dục. Thêm vào phản ứng phụ của điều trị xạ trị - hóa trị - phẫu thuật là buồn nôn, nôn mửa, bệnh tiêu chảy, viêm niêm mạc, đau, rụng tóc, mệt mỏi trong số những người khác [160].

Nghiên cứu của chúng tôi so sánh CLCS giữa điều trị trước và sau can thiệp tâm lý ở bệnh nhân nữ bị ung thư sinh dục. Điểm trung bình sức khỏe toàn cầu cho thấy sự gia tăng đáng kể sau khi can thiệp là chỉ báo cho sự cải thiện đời sống sau can thiệp. Bên cạnh đó, các chỉ báo căng thẳng cá nhân cũng có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Tương tự kết quả trong một nghiên cứu gần đây được Kumar và cộng sự công bố năm 2014 [161]. Trong lĩnh vực chức năng, tất cả các lĩnh vực cho thấy sự gia tăng đáng kể sau khi thực hiện can thiệp tâm lý bao gồm thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức và xã hội năng xã hội. Phát hiện này tương phản đến một nghiên cứu của Greimel và cộng sự năm 2002 [162] cho thấy tình trạng sức khỏe toàn cầu, hoạt động tình cảm và xã hội vẫn ở mức thấp. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của họ ghi nhận tất cả các giai đoạn của ung thư cổ tử cung và thực tế là phần lớn các đối tượng nghiên cứu đã trải qua phẫu thuật như một phần của phương

thức điều trị. Phân tích thang điểm triệu chứng cho thấy sự mệt mỏi, đau đốn, mất ngủ và chán ăn sau khi điều trị đã giảm đáng kể. Điều này trái ngược với một nghiên cứu khác được thực hiện bởi Klee và cộng sự năm 2000, trong đó đau, chán ăn, buồn nôn và nôn tăng lên sau 3 tháng của can thiệp. Sự trái ngược này có thể là do sự khác biệt về việc không có sự can thiệp về mặt tâm lý đối với đối tượng nghiên cứu [163]. Các đợt tiêu chảy vẫn không có sự cải thiện sau khi can thiệp do tại thời điểm nghiên cứu do phần lớn đối tượng nghiên cứu đang trong giai đoạn xạ trị. Xạ trị đã được chứng minh là có liên quan đến tiêu chảy trong khi táo bón có thể được cho là do làm tổn thương các dây thần kinh phó giao cảm trong phẫu thuật can thiệp [112],[163]. Một nghiên cứu khác của Tokzaharani và cộng sự năm 2013 cũng chỉ ra rằng điểm số có liên quan tiêu cực đến các triệu chứng bao gồm khó thở, chán ăn, buồn nôn và nôn, rối loạn giấc ngủ, ngoại vi bệnh thần kinh và triệu chứng về mãn kinh [164]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khó khăn tài chính không có sự thay đổi đáng kể sau khi can thiệp ($p>0,05$). Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng khó khăn về tài chính tăng lên sau khi điều trị có thể ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân [165]. Vì các đối tượng nghiên cứu đang được điều trị trong một cơ sở được BHYT chi trả chi phí một phần, vậy nên chi phí tự trả có thể sẽ thấp. Khía cạnh đánh giá này là đặc biệt quan trọng trong các môi trường hạn chế về nguồn lực ở các nước đang phát triển như tại Việt Nam.

Tình dục là một khía cạnh quan trọng ở bệnh nhân mắc bất kỳ bệnh ung thư sinh dục nào và do đó là một yếu tố có ý nghĩa quan trọng mang tính quyết định của CLCS. Trong của chúng tôi nghiên cứu, ở đó là một sự gia tăng đáng kể mức hưởng thụ tình dục và điểm số hoạt động tình dục thang chỉ báo căng thẳng cá nhân, điều này cũng được chứng minh trong nghiên cứu được thực hiện bởi Kumar và cộng sự năm 2014 [161]. Một nghiên cứu khác của Park và cộng sự năm 2007 nói rằng 40% đến 100% cá nhân phải đối mặt với rối loạn chức năng tình dục sau khi điều trị [165]. Điều này là do ung thư cổ tử cung và

cách điều trị của nó ảnh hưởng đến các khu vực tương tự của cơ thể có liên quan đến phản ứng tình dục. Cả hóa trị và xạ trị đều có liên quan đến các vấn đề tình dục như chứng khó thở, không đủ bôi trơn và sự lo ngại về hiệu suất tình dục. Bên cạnh đó, yếu tố tâm lý cũng có một vai trò quan trọng trong hành vi tình dục, và chúng tôi nhận thấy rằng bệnh nhân ung thư cổ tử cung lo lắng nhiều hơn về tình dục. Tổng thể điểm trung bình lĩnh vực triệu chứng giảm đáng kể sau khi điều trị nhưng khó khăn tài chính, tiêu chảy, táo bón và chán ăn không thay đổi đáng kể. Trong nghiên cứu của Frumovitz và cộng sự năm 2005, tần suất của triệu chứng mãn kinh tăng và chức năng tình dục giảm sau khi điều trị. Các vấn đề này xảy ra sau cắt bỏ vòi trứng hoặc sự bức xạ chấn thương đến các buồng trứng [166].

Trong của chúng tôi nghiên cứu, điểm sức khỏe tổng quát được cải thiện đáng kể ($p < 0,001$) sau can thiệp trong giai đoạn II, III và IV của giai đoạn bệnh nhưng các sự cải tiến là không đáng kể trong giai đoạn I. Điều này được giải thích là UTSSD ở nữ ở giai đoạn I không gây quá nhiều phiền toái ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Những ảnh hưởng chủ yếu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư gây nên bởi các triệu chứng xuất hiện bằng các phương pháp điều trị như xạ trị, hóa trị và phẫu thuật. Bên cạnh đó, các triệu chứng của bệnh ung thư sinh dục xuất hiện ở các giai đoạn muộn của bệnh ảnh hưởng chủ yếu đến chất lượng cuộc sống về tất cả các mặt như thể chất, hoạt động, hành vi, cảm xúc và xã hội. Điều này biểu thị các tầm quan trọng của sàng lọc vì sớm dò tìm và thực hiện phù hợp các can thiệp sẽ không dẫn đến các ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [56].

b. Sự cải thiện về chỉ báo căng thẳng cá nhân sau can thiệp

Liệu pháp tâm lý giúp xoa dịu tâm lý, xoa dịu cơ thể và giảm nhẹ các ảnh hưởng tiêu cực của triệu chứng; tuy nhiên, phần lớn các can thiệp tâm lý chỉ được thực hiện sau khi điều trị ung thư. Bệnh nhân ung thư mới được chẩn đoán thường có tâm lý phiền muộn trong khi đang chờ đợi các phương pháp điều trị. Sau 6 tháng thực hiện can thiệp tâm lý, chúng tôi xác định chỉ báo căng thẳng

cá nhân của đối tượng nghiên cứu gia tăng đáng kể ở phần lớn các chỉ báo bao gồm chỉ báo về cơ thể, chỉ báo về giấc ngủ, chỉ báo hành vi, chỉ báo cảm xúc ($p < 0,05$). Tuy nhiên, vẫn chỉ báo về thói quen cá nhân bị suy giảm tương đối ít so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$).

Chỉ báo cơ thể được cải thiện là một yếu tố quan trọng góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ báo cơ thể ở mức độ “Rất cao” và “Nguy hiểm” sau can thiệp có tỉ lệ thấp hơn so với trước can thiệp, lần lượt là 4% so với 12,6% và 11,4% so với 12,9%. Chỉ báo cơ thể đạt tốt sau can thiệp gia tăng CSHQ=13% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; chi2 McNemar). Bên cạnh đó, điểm trung bình chỉ báo cơ thể sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê từ $40,4 \pm 14,2$ điểm thành $37,7 \pm 11,9$ điểm. Điều này cho thấy, các dấu hiệu của các triệu chứng bệnh thực thể trên cơ thể của bệnh nhân có sự giảm đi rõ rệt. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Andersen BL và cộng sự năm 2007, khi thực hiện một chương trình can thiệp trên bệnh nhân nữ ung thư bao gồm các nội dung như học thư giãn cơ thể, học cách đối phó tích cực, sử dụng hiệu quả hỗ trợ xã hội, học cách giải quyết vấn đề đối với các khó khăn phát sinh. Kết quả từ một chuỗi các hoạt động can thiệp đồng thời, liên tục tạo ra những kết quả đáng kể như giảm cảm xúc đau khổ, gia tăng trong hỗ trợ xã hội, ăn kiêng cải thiện, giảm sự thay đổi trong hóa trị liệu, cải thiện khả năng miễn dịch, ít triệu chứng hơn và chức năng cơ thể cao hơn [113].

Chất lượng giấc ngủ được đảm bảo cũng là một yếu tố góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. Việc duy trì giấc ngủ tốt giúp cơ thể được nghỉ ngơi và tích lũy năng lượng cho cơ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ báo giấc ngủ ở mức độ “Nguy hiểm” sau can thiệp có tỉ lệ thấp hơn so với trước can thiệp, chiếm 7,1% so với 24,6%. Chỉ báo cơ thể đạt tốt sau can thiệp gia tăng CSHQ=27% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với

$p < 0,01$; chi² McNemar). Bên cạnh đó, điểm trung bình chỉ báo cơ thể sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê từ $11 \pm 3,9$ điểm thành $9,9 \pm 3,8$ điểm. Điều này cho thấy, các dấu hiệu tiêu cực liên quan đến chất lượng giấc ngủ có sự giảm đi rõ rệt. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Berger và cộng sự thực hiện năm 2009, khi thực hiện một chương trình can thiệp trên bệnh nhân nữ ung thư bao gồm các nội dung như liệu pháp hành vi, liệu pháp thư giãn, sửa đổi giấc ngủ. Kết quả từ chương trình can thiệp mang lại hiệu quả tích cực về chất lượng giấc ngủ toàn cầu được cải thiện (Cohen's d của 0,27), không có sự khác biệt trong một mối liên quan đến ung thư [167].

Chỉ báo hành vi dùng để đo lường hiệu quả của can thiệp đối với việc giảm bớt các hành vi có hại cho cơ thể bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ báo giấc ngủ ở mức độ “Nguy hiểm” sau can thiệp có tỉ lệ thấp hơn so với trước can thiệp, chiếm 0,3% so với 4,9%. Chỉ báo cơ thể đạt tốt sau can thiệp gia tăng CSHQ=5% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$; chi² McNemar). Bên cạnh đó, điểm trung bình chỉ báo cơ thể sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê từ $29,4 \pm 9,5$ điểm thành $27 \pm 7,7$ điểm. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Pitceathly và cộng sự năm 2009 khi thực hiện một chương trình can thiệp hành vi, nhận thức và trị liệu. Kết quả từ chương trình can thiệp mang lại hiệu quả ngăn ngừa đáng kể sự phát triển của lo lắng và trầm cảm rối loạn (OR: 0,54; KTC 95%: 0,29–1,00; $p = 0,05$), Cohen's d of 0,41 [168].

Trên thực tế, yếu tố tâm lý- cảm xúc đóng góp tương đối lớn trong việc duy trì cơ thể khỏe mạnh, đặc biệt với những người đang bị bệnh. Chỉ báo cảm xúc càng giảm thể hiện sự cải thiện tích cực của can thiệp đối với bệnh nhân ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ báo cơ thể ở mức độ “Rất cao” và “Nguy hiểm” sau can thiệp có tỉ lệ thấp hơn so với trước can thiệp, lần lượt là 17,1% so với 18,3% và 6,6% so với 19,1%. Chỉ báo cơ thể đạt tốt sau can

thiệt gia tăng CSHQ=22% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$; χ^2 McNemar). Bên cạnh đó, điểm trung bình chỉ báo cơ thể sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê từ $42,1 \pm 13,3$ điểm thành $38,2 \pm 11$ điểm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Guo và cộng sự năm 2013 thực hiện can thiệp về nhận thức, hành vi, hỗ trợ biểu cảm trị liệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số lo lắng và trầm cảm thấp hơn đáng kể sau ung thư, thể chất tốt hơn hoạt động và nhóm hoạt động tình cảm kiểm soát hơn, cải tiến mất ngủ, bệnh nhân đã nhận xạ trị liều cao sẽ được lợi nhiều hơn từ sự can thiệp, Cohen's d của 0,73 [9].

Mục đích chính của nghiên cứu là đánh giá lại hiệu quả của tác động phụ trợ của liệu pháp tâm lý đối với người bệnh ung thư sinh dục mới người đã nhận được các phương pháp điều trị về mặt thực thể như xạ trị, hóa trị và phẫu thuật. Can thiệp tâm lý chứng minh tác động lên cả mặt thực thể và tâm lý bên cạnh hiệu ứng phương pháp điều trị của ung thư thực thể, giảm bớt cơ thể khó chịu, giảm sự lo ngại và trầm cảm triệu chứng trong khi. Kết quả trên đây là một minh chứng đánh kích lệ về hiệu quả của liệu pháp tâm lý bổ trợ giữa các loại hình ung thư sinh dục và các giai đoạn khác nhau của ung thư sinh dục lên người bệnh.

Đáng chú ý, trong khi vài đánh giá cố gắng khám phá các tác dụng bổ trợ của liệu pháp tâm lý trên cơ sở các liệu pháp đã được kiểm chứng bằng các hướng dẫn hình ảnh, thư giãn theo nhóm, nhận thức, hành vi, kiểm soát cảm xúc theo nhóm có thể đến giảm tâm lý phiền muộn đối với người bệnh ung thư. Thư giãn nhóm giúp người bệnh trải qua một mức độ thấp hơn của trầm cảm và sự lo ngại triệu chứng, sự mệt mỏi và đau đớn [169]. Người bệnh tại Trung Quốc trải qua can thiệp tâm lý như một hình thức giáo dục tâm lý theo nhóm [170], can thiệp tâm lý có thể bao gồm liệu pháp nhận thức-hành vi, liệu pháp hỗ trợ-biểu đạt [9] hoặc liệu pháp thư giãn bằng hình ảnh có hướng dẫn

[171],[172]. Tất cả những liệu pháp này cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trong việc giảm lo âu và phiền muộn, ngoài ra làm giảm nhẹ triệu chứng khác như là mất ngủ và đau. Can thiệp tâm lý không chỉ giảm các gánh nặng tâm lý mà còn tạo ra thành quả điều trị tốt liên quan đến con số của phản ứng miễn dịch, chức năng cơ thể và sự tiến triển của ung thư.

Sự giảm bớt các phản ứng phụ đối với cơ thể như đau đớn, sự mệt mỏi, ngủ khó khăn là hiển nhiên như là kết quả của hướng dẫn hình ảnh và thư giãn nhóm. Mặt khác, liệu pháp nhận thức hành vi tỏ ra hiệu quả hơn trong việc kiểm soát bản thân và kiểm soát cảm xúc cá nhân [169],[173].

Pitceathly và cộng sự chỉ ra rằng hiệu quả của một can thiệp tâm lý không phụ thuộc vào thời gian thực hiện mà phụ thuộc vào nguy cơ phát triển các rối loạn lo âu hoặc trầm cảm [168]. Tuy nhiên, áp dụng phương pháp điều trị tiên ung thư can thiệp tâm lý đã kích hoạt tế bào lympho T gây chết tế bào khối u và ức chế sự phát triển của khối u [174] và làm giảm đáng kể các triệu chứng lo âu và trầm cảm [175]. Điều trị tiên ung thư bằng can thiệp tâm lý cho thấy hoạt động thể chất và cảm xúc tốt hơn so với nhóm chứng. Người ta đã lập luận rằng giai đoạn trước khi phục hồi chức năng (tức là khoảng thời gian mà bệnh nhân được chẩn đoán nhưng chưa được điều trị ung thư) là một "thời điểm có thể huấn luyện" đối với bệnh nhân. Bệnh nhân có thể phản ánh nhu cầu điều trị lớn của họ và các can thiệp tâm lý dường như là cách sử dụng hiệu quả thời gian chờ điều trị.

Hầu hết các nghiên cứu tập trung vào việc điều tra hiệu quả của liệu pháp tâm lý hỗ trợ được tiến hành trong thời kỳ phục hồi chức năng hoặc chăm sóc giảm nhẹ. Cho đến nay, đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá hiệu quả của các liệu pháp tâm lý được thực hiện trong thời kỳ điều trị để cải thiện một loạt các kết quả điều trị và tâm lý xã hội. Điểm cải tiến trong nghiên cứu của chúng tôi là tìm ra mối liên hệ giữa cải thiện yếu tố tâm lý đóng vai trò quan trọng trong

việc tăng cường chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư ở giai đoạn muộn của bệnh. Điều này có thể được dẫn giải đến việc kết hợp giữa các phương pháp điều trị thực thể truyền thống cùng với can thiệp tâm lý nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống nói chung cho người bệnh. Can thiệp tâm lý tận dụng tốt thời gian chờ đợi để bệnh nhân thích nghi với giai đoạn chuyển tiếp và sẵn sàng cho những thách thức trong tương lai, tiếp theo là tuân thủ điều trị tốt hơn, nhằm giảm thiểu tác dụng của việc điều trị ung thư chậm trễ và trực tiếp thúc đẩy một kết quả tốt hơn [176],[177].

4.3.2 Những kiến nghị đề xuất của các bên liên quan cho tiến hành can thiệp tâm lý

Đối với bệnh nhân ung thư, điều quan trọng là bệnh nhân phải giải quyết các vấn đề sức khỏe của họ và các vấn đề liên quan đến sức khỏe thực thể là ưu tiên trong quá trình điều trị của họ. Cũng cần lưu ý rằng việc áp dụng liệu pháp tâm lý hỗ trợ không làm xáo trộn quy trình cơ bản của điều trị ung thư và gây thêm gánh nặng cho bệnh nhân, đặc biệt là ở những bệnh viện chuyên khoa ung bướu đông đúc, mà ngược lại, nó mang lại lợi ích cho cả bác sĩ và bệnh nhân. Vì vậy, loại liệu pháp tâm lý được đưa vào như một liệu pháp tâm lý hỗ trợ điều trị ung thư phải được lựa chọn cẩn thận. Phát triển và xây dựng một loại liệu pháp tâm lý có hệ thống và có cấu trúc khả thi hơn như một liệu pháp hỗ trợ cho dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn tại cơ sở y tế có quy mô nhỏ, thiếu nhân lực. Trong tương lai, cần thêm nhiều nghiên cứu RCT tập trung vào việc củng cố khái niệm và phương pháp của việc tích hợp điều trị ung thư sinh dục dựa trên can thiệp tâm lý trong chăm sóc bệnh nhân ung thư lâm sàng. Điều này có ý nghĩa đối với việc tổng hợp dữ liệu để xác định những thành phần can thiệp nào là cần thiết. Phần dữ liệu này sẽ hữu ích cho các bác sĩ và bệnh nhân nữ trong việc phòng ngừa và kiểm soát UTSSD nói riêng và ung thư nói chung trong tương lai.

4.4 Một số hạn chế nghiên cứu

Đánh giá một chương trình/mô hình can thiệp một cách toàn diện cần được nhìn nhận ở nhiều phương diện như tính hiệu quả, tính phù hợp, tính khả thi, tính duy trì, nhận thức và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Trong đó hiệu quả của chương trình/ mô hình can thiệp cũng cần được đánh giá một cách hệ thống theo các giai đoạn (trong quá trình can thiệp, ngay sau can thiệp và sau một thời gian ngừng can thiệp) với các chỉ số đo lường về số lượng, chất lượng. Do hạn chế về nguồn lực, chương trình can thiệp cùng tiến hành so sánh trước sau trên cùng một nhóm đối tượng nghiên cứu, chưa có nhóm đối chứng để tiến hành so sánh. Trong khi đó, hiệu quả cải thiện đôi khi không đến từ một chương loại can thiệp đơn lẻ mà từ một chuỗi các loại can thiệp khác nhau. Vì vậy, thiết kế can thiệp có so sánh với nhóm chứng sẽ đo lường chính xác hơn hiệu quả thực tế của can thiệp trên cơ sở đã tính toán đến tác động tổng hợp giữa nhiều biện pháp can thiệp khác nhau trên cùng một thời điểm.

Trong khuôn khổ đề tài này, các hoạt động can thiệp được đánh giá ngay sau thời gian can thiệp là 6 tháng. Do vậy, các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp phần lớn là những chỉ số đo lường so sánh trước khi triển khai can thiệp và đầu ra đạt được về CLCS và chỉ báo căng thẳng. Nhóm nghiên cứu không tiến hành so sánh với nhóm chứng. Vậy nên, kết quả nghiên cứu chỉ ra sự thay đổi có ý nghĩa ngắn hạn trên cơ sở tác động của nhiều phương pháp điều trị khác nhau bao gồm cả can thiệp tâm lý. Mặt khác, các chỉ số này chủ yếu phản ánh kết quả đạt được cũng thông qua phiếu hỏi và các câu trả lời của đối tượng, vì vậy tính sát thực có thể bị hạn chế. Tính duy trì của can thiệp cần được nghiên cứu với thời gian theo dõi phải dài hơn từ 1-2 năm sau can thiệp mới thấy tính duy trì và đưa ra nhận định về tính bền vững của can thiệp lên CLCS và tâm lý của bệnh nhân. Như trên đã trình bày, với hạn chế về thời gian trong nghiên cứu này, đề tài chưa có điều kiện thu thập các chỉ số đánh giá về chất lượng

dịch vụ, so sánh tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân trước và sau khi triển khai can thiệp nhằm đánh giá được tác động và khả năng duy trì của mô hình can thiệp. Những vấn đề này cần được nghiên cứu tiếp trong thời gian tới để đánh giá được chính xác và đầy đủ hơn về mô hình, qua đó góp phần hoàn thiện và nhân rộng phương thức can thiệp này trong tương lai.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới tại bệnh viện K cơ sở 3

a) Đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng bệnh

Bệnh nhân ung thư ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,6%) so với các nhóm tuổi còn lại. Trong khi đó, 97% bệnh nhân được hỏi có bảo hiểm y tế. Phần lớn bệnh nhân có tình trạng kinh tế ở mức đủ sống, độc lập về tài chính và không nhiều trong họ phải bỏ trị vì vấn đề tài chính.

Tỉ lệ ung thư cổ tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất 60,9%. Bên cạnh đó, bệnh nhân ở giai đoạn 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (chiếm 43,7%). Bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị chủ yếu bằng xạ trị và xạ trị kết hợp với phẫu thuật.

Tỉ lệ bệnh nhân cảm nhận sức khỏe có suy giảm so với trước khi được chẩn đoán ung thư có tỉ lệ cao, lần lượt là sức khỏe kém hơn một chút (49,9%) và kém hơn nhiều so với trước (31,7%). Bên cạnh đó, tỉ lệ bệnh nhân cảm nhận ảnh hưởng của UT với CLCS cũng ở mức cao, lần lượt là ảnh hưởng nhiều (31,4%) và ảnh hưởng rất nhiều (48,9%).

b) Chất lượng cuộc sống

Điểm chất lượng cuộc sống tổng quát trung bình là $60,5 \pm 19,2$ điểm. Trong đó, lĩnh vực chức năng về thể chất có số điểm CLCS trung bình cao hơn điểm chất lượng cuộc sống tổng quát là $79 \pm 20,2$ điểm, trong khi đó điểm chất lượng cuộc sống thấp nhất ở nhóm lĩnh vực triệu chứng, đặc biệt là triệu chứng khó thở $12 \pm 21,5$ điểm.

2. Một số yếu tố liên quan tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư sinh dục dưới

Tất cả tiêu chí trong lĩnh vực chức năng đều có mối tương quan thuận tới chất lượng cuộc sống ($p < 0,01$). Trong khi đó, lĩnh vực triệu chứng có mối tương quan nghịch với điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Yếu tố nhân khẩu học như tuổi, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng tài chính là

yếu tố có thể dùng để tiên lượng điểm CLCS của bệnh nhân.

3. Kết quả sau 6 tháng can thiệp tâm lý

Hiệu quả can thiệp sau 6 tháng cho thấy, điểm CLCS tổng quát của bệnh nhân nữ UTSDD gia tăng đáng kể sau can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,001$). Ngoài ra, lĩnh vực chức năng và sự cải thiện về triệu chứng mệt mỏi, nôn, cảm giác đau, khó thở và mất ngủ đều có sự cải thiện đáng kể sau can thiệp ($p < 0,001$).

Chỉ số hiệu quả cho thấy có thay đổi một cách tương đối so với trước can thiệp về chỉ báo căng thẳng cá nhân. Hiệu quả cao nhất chỉ báo giấc ngủ, chỉ báo cảm xúc và chỉ báo cơ thể (mức thay đổi tương đối so với trước can thiệp lần lượt là 27%, 22% và 13%).

Điểm CLCS gia tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp ở tất cả các phương pháp điều trị. Tuy nhiên, can thiệp tâm lý kết hợp với điều trị phẫu thuật + Hóa trị có mức cải thiện cao nhất ($t = -9,85$; với $p < 0,001$).

Bệnh nhân có người thân hỗ trợ chăm sóc trong quá trình điều trị ung thư có mức độ cải thiện CLCS sau can thiệp cao nhất ($t = -19,93$; với $p < 0,001$).

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên hiệu quả nghiên cứu trong mô hình can thiệp, nhóm nghiên cứu đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân UTSDD và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, kéo dài thời gian sống thêm cho các bệnh nhân.

- Đối với lãnh đạo bệnh viện:

Xây dựng mô hình can thiệp tâm lý nhóm tham khảo mô hình can thiệp nhóm mà nhóm nghiên cứu thực hiện trong 6-12 tháng đối với bệnh nhân nữ UTSDD. Đối với cơ sở y tế nhỏ, thiếu nhân lực: Các cơ sở y tế có thể đào tạo NVYT các nội dung về tổ chức, thực hiện, hướng dẫn can thiệp tâm lý theo nhóm thay vì chuyên gia tâm lý học can thiệp.

- Đối với các nghiên cứu viên:

Xây dựng nghiên cứu theo dõi dọc nhằm đánh giá tính duy trì hiệu quả của phương pháp can thiệp để thấy được những hiệu quả kéo dài của chương trình can thiệp tâm lý. Bên cạnh đó, nghiên cứu theo dõi dọc có nhóm chứng sẽ góp phần hạn chế những yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến kết quả như trong nghiên cứu của chúng tôi.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Nguyễn Xuân Thành**, Nguyễn Thị Lua, Nguyễn Văn Khải, Phạm Minh Khuê, Nguyễn Thế Anh (2022), “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục tại bệnh viện K trung ương năm 2020 - 2021”. *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 32, số 1 – 2022, tr. 139-141
2. **Nguyễn Xuân Thành**, Nguyễn Thị Lua, Nguyễn Văn Khải, Phạm Minh Khuê (2021), “Đặc điểm các lĩnh vực chức năng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục tại bệnh viện K trung ương năm 2020-2021”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 1 – 2022, tr. 295-298.
3. **Nguyễn Xuân Thành**, Nguyễn Thị Lua, Nguyễn Văn Khải, Phạm Minh Khuê (2022), “Đánh giá hiệu quả can thiệp tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục tại bệnh viện K trung ương”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 515 (số đặc biệt – 2022), tr. 378-385.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACTION Study Group (2015), "Financial catastrophe, treatment discontinuation and death associated with surgically operable cancer in South-East Asia: Results from the ACTION Study", *Surgery*. 157(6), 971-982.
2. Bệnh viện trung ương quân đội 108 (2019), Tầm quan trọng của đáp ứng bướu trong điều trị ung thư đại trực tràng di căn, *Hội thảo khoa học về ung thư*, Hà Nội.
3. Bùi Vũ Bình (2015), Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2015, *Báo cáo Hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Quân y 103 năm 2015*, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. M. Bai, et al, (2014), "Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer", *Palliat Support Care*, 1-9.
5. J.A. Fish, et.al., (2014), "Mindfulness-based cancer stress manager: impact of mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life", *European journal of cancer care*. 23(3), 413-421.
6. Don Nutbeam Danielle M Muscat (2021), "Health promotion glossary 2021", *Health promotion international*. 36(6), 1578-1598.
7. Lesley Fallowfield (2009), "What is quality of life", *What is*. 2.
8. Ray Fitzpatrick (1992), "Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment", *British Medical Journal*. 305(6861), 1074-1077.
9. Zhen Guo (2013), "The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy". 11(1), 1-12.
10. G Velikova (2012), "Health-related quality of life in EORTC clinical trials—30 years of progress from methodological developments to

making a real impact on oncology practice", *European Journal of Cancer Supplements*. 10(1), 141-149.

11. Diane L Fairclough (1998), "Quality of life, cancer investigation, and clinical practice", *Cancer investigation*. 16(7), 478-484.
12. Claudette G Varricchio Carol Estwing Ferrans (2010), Quality of life assessments in clinical practice, *Seminars in Oncology Nursing*, Elsevier, 12-17.
13. C Rodary (2004), "Patient preference for either the EORTC QLQ-C30 or the FACIT Quality Of Life (QOL) measures: a study performed in patients suffering from carcinoma of an unknown primary site (CUP)", *European Journal of Cancer*. 40(4), 521-528.
14. Trường đại học Y Hà Nội (1997), *Bài giảng ung thư học*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
15. Trần Văn Thuận (2017), *chẩn đoán và điều trị ung thư vú, hệ tiết niệu sinh dục*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Bùi Diệu (2012), *Những kiến thức cơ bản về phòng chống Ung thư*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Phạm Song và Nguyễn Hữu Quỳnh (2008), *Bách khoa thư bệnh học*, Tập 1, Nhà xuất bản từ điển Bách khoa, Hà Nội.
18. Marc Arbyn (2020), "Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis", *The Lancet Global Health*. 8(2), e191-e203.
19. Ana Cecilia Rodriguez Jorge %J Preventive Medicine Salmerón (2017), "Cervical cancer prevention in upper middle-income countries". 98, 36-38.
20. Neerja Bhatla Lynette Denny (2018), FIGO cancer report 2018, Wiley Online Library, 2-3.

21. Citadel J Cabasag (2022), "Ovarian cancer today and tomorrow: A global assessment by world region and Human Development Index using GLOBOCAN 2020".
22. Nguyễn Hải Phương, Trần Huy Thịnh và cộng sự (2018), "Đa hình đơn Nucleotide A17893G của Gen XRCC3 trong ung thư buồng trứng", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 115(6), tr. 53 - 60.
23. Phạm Thị Diệu Hà và Nguyễn Văn Tuyên (2013), "Nhận xét giá trị HE4 và test ROMA trong chẩn đoán ung thư buồng trứng", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 82(2), tr. 37 - 44.
24. S Edition, SB Edge DR Byrd (2017), "AJCC cancer staging manual", *AJCC cancer staging manual*.
25. Trịnh Thị Hào (2011), *Nghiên cứu tình hình ung thư thân tử cung và các yếu tố liên quan tại một số tỉnh Việt Nam*, Đại học Khoa học Tự nhiên, Hà Nội.
26. Trần Văn Thuấn, Bùi Diệu và Nguyễn Văn Tuyên (2007), *Ung thư âm hộ Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học, 1, tr 352 – 361.
27. Lê Trí Chinh (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư âm hộ di căn hạch*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
28. Jacques Ferlay (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012", *International journal of cancer*. 136(5), E359-E386.
29. The Whoqol Group (1998), "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties", *Social science & medicine*. 46(12), 1569-1585.
30. Ann Bowling (2001), *Measuring disease*, Buckingham: Open University Press.

31. H Schipper, JJ Clinch Ch LM Olweny (1996), "Quality of life studies: definitions and conceptual issues", *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2, 11-23.
32. Gordon H Guyatt, David H Feeny Donald L Patrick (1993), "Measuring health-related quality of life", *Annals of internal medicine*. 118(8), 622-629.
33. P Fayers RD Hays (2005), *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*, Oxford University Press, Oxford, UK.
34. Carol Estwing Ferrans (1990), Quality of life: conceptual issues, *Seminars in oncology nursing*, WB Saunders, 248-254.
35. Joan R Bloom, Dana M Petersen Soo H Kang (2007), "Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors", *Psycho-Oncology*. 16(8), 691-706.
36. Levine B Sohl SJ, Avis NE. (2014), "Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for early post-treatment breast cancer survivors."
37. Cathy J Bradley Amber Wilk (2014), "Racial differences in quality of life and employment outcomes in insured women with breast cancer", *Journal of Cancer Survivorship*. 8(1), 49-59.
38. Natalie Drabe (2015), "Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer", *Psycho-Oncology*. 24(4), 442-450.
39. e. Adam et al. (2014), "The effects of pelvic radiotherapy on cancer survivors: symptom profile, psychological morbidity and quality of life. *Clin oncol (R Coll Radiol)*". 26(1), p.10-7.
40. Anais Lafaye (2014), "Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses", *Psycho-Oncology*. 23(7), 797-803.

41. Katherine M Piderman (2014), "Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy", *Psycho-Oncology*. 23(2), 216-221.
42. Jin You Qian Lu (2014), "Social constraints and quality of life among chinese-speaking breast cancer survivors: a mediation model", *Quality of Life Research*. 23(9), 2577-2584.
43. Damir Buković (2003), "Sexual life after cervical carcinoma". 27(1), 173-180.
44. Thomas J Herzog Jason D %J Gynecologic oncology Wright (2007), "The impact of cervical cancer on quality of life—the components and means for management". 107(3), 572-577.
45. Phuong Khanh Morrow (2014), "Effect of age and race on quality of life in young breast cancer survivors", *Clinical breast cancer*. 14(2), e21-e31.
46. Catherine Dingley Gayle Roux (2014), "The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer", *Research in nursing & health*. 37(1), 32-41.
47. Howard P Greenwald (2014), "Quality of life and disparities among long-term cervical cancer survivors". 8(3), 419-426.
48. John Brazier (2007), *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*, Oxford University Press.
49. Hellie Lithoxopoulou (2014), "Monitoring changes in quality of life in patients with lung cancer by using specialised questionnaires: implications for clinical practice", *Supportive Care in Cancer*. 22(8), 2177-2183.
50. Yeon-Kyeng Lee (2009), "South Korean Time Trade-Off Values for EQ-5D Health States: Modeling with Observed Values for 101 Health States", *Value in Health*. 12(8), 1187-1193.

51. Henry Bailey Paul Kind (2010), "Preliminary findings of an investigation into the relationship between national culture and EQ-5D value sets", *Quality of Life Research*. 19(8), 1145-1154.
52. Le V Hoi, Nguyen TK Chuc Lars Lindholm (2010), "Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam", *BMC Public Health*. 10, 549.
53. David H Feeny (2004), "The roles for preference-based measures in support of cancer research and policy", *Outcomes Assessment in Cancer: Measures, Methods and Applications*, 69.
54. John R Krebs Nicholas B Davies (2009), *Behavioural ecology: an evolutionary approach*, John Wiley & Sons.
55. Wei-Chu Chie (2010), "Quality of life of patients with ovarian cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-OV28". 19(7), 782-785.
56. Harindra Jayasekara (2008), "The EORTC QLQ-CX24 cervical cancer-specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a South Asian sample of cervical cancer patients". 17(10), 1053-1057.
57. Thanarpan Peerawong (2020), "Validation of the Functional Assessment of cancer therapy with cervical cancer subscale (fact-cx) for quality of life in thai patients prior to chemoradiotherapy". 21(7), 1891.
58. MAG Sprangers (1993), "The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules", *Quality of Life Research*. 2(4), 287-295.
59. Elfriede R Greimel (2006), "The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24", *Cancer*. 107(8), 1812-1822.

60. W Boling, RT Fouladi Karen Basen-Engquist (2003), "Health-related quality of life in gynecological oncology: instruments and psychometric properties", *International Journal of Gynecologic Cancer*. 13(1).
61. Birhanu Abera Ayana (2016), "Reliability and validity of amharic version of EORTC QLQ-C 30 questionnaire among gynecological cancer patients in Ethiopia", *PloS one*. 11(6), e0157359.
62. Senem Demirci (2011), "Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients", *Asian Pac J Cancer Prev*. 12(5), 1283-7.
63. Peter Ward (2014), "Physical function and quality of life in frail and/or elderly patients with metastatic colorectal cancer treated with capecitabine and bevacizumab: an exploratory analysis", *Journal of geriatric oncology*. 5(4).
64. Ryan M McCabe (2014), "Can quality of life assessments differentiate heterogeneous cancer patients?", *PloS one*. 9(6), e99445.
65. Niresh Thapa (2018), "Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China", *Scientific reports*. 8(1), 1-9.
66. Justine Oates (2014), "The effect of cancer stage and treatment modality on quality of life in oropharyngeal cancer", *The Laryngoscope*. 124(1), 151-158.
67. V Günther (2014), "Impact of radical operative treatment on the quality of life in women with vulvar cancer—a retrospective study", *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 40(7), 875-882.
68. Marco Scarpa (2014), "Sleep disturbances and quality of life in postoperative management after esophagectomy for esophageal cancer", *World journal of surgical oncology*. 12(1), 156.
69. Claire O'Gorman, Suzanne Denieffe Martina Gooney (2014), "Literature review: preoperative radiotherapy and rectal cancer—impact on acute symptom presentation and quality of life", *Journal of clinical nursing*. 23(3-4), 333-351.

70. Momar Diouf (2014), "Could baseline health-related quality of life (QoL) predict overall survival in metastatic colorectal cancer? The results of the GERCOR OPTIMOX 1 study", *Health and quality of life outcomes*. 12(1), 1.
71. Riska Hediya Putri (2018), "Supportive care needs and quality of life of patients with gynecological cancer undergoing therapy", *Enfermeria clinica*. 28, 222-226.
72. Li-Yun Tsai (2018), "A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan", *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 57(6), 846-852.
73. Nancy E Avis (2005), "Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS)", *Quality of Life Research*. 14(4), 1007-1023.
74. Toril Rannestad (2008), "Quality of life among long-term gynaecological cancer survivors", *Scandinavian journal of caring sciences*. 22(3), 472-477.
75. Brian D Gonzalez (2017), "Quality of life trajectories after diagnosis of gynecologic cancer: a theoretically based approach", *Supportive Care in Cancer*. 25(2), 589-598.
76. Rhoda Suubi Muliira, Jansirani Natarajan Gloria Vergara (2016), "A review of interventions to enhance the quality of life for gynaecological cancer patients".
77. Ka Ming Chow (2014), "A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients", *European Journal of Oncology Nursing*. 18(4), 385-392.
78. Edward L Nelson (2008), "Stress, immunity, and cervical cancer: biobehavioral outcomes of a randomized clinical trail", *Clinical cancer research*. 14(7), 2111-2118.

79. Lori A Brotto (2008), "A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer", *Archives of Sexual behavior*. 37(2), 317-329.
80. Ka Ming Chow (2016), "A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients", *Cancer nursing*. 39(1), 20-31.
81. Sharon L Manne (2007), "Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for women diagnosed with gynecological cancers", *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 75(4), 615.
82. Ruth McCorkle (2009), "Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers", *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 18(1), 62-70.
83. Shirley Otis-Green (2008), "Feasibility of an ovarian cancer quality-of-life psychoeducational intervention", *Journal of Cancer Education*. 23(4), 214-221.
84. Georgios Karabinis, Konstantinos Koukourikos Areti Tsaloglidou (2015), "Psychological support and quality of life in patients with gynecological cancer", *Int J Res Med Sci*. 3(11), 2992-7.
85. Penelope Schofield (2013), "A nurse-and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial", *Trials*. 14(1), 1-11.
86. Nozomi Donoyama (2018), "Effects of Anma therapy (Japanese massage) on health-related quality of life in gynecologic cancer survivors: A randomized controlled trial", *PloS one*. 13(5), e0196638.
87. Nancy Pistrang (2012), "Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives", *Psycho-Oncology*. 21(10), 1082-1090.

88. National Comprehensive Cancer Network (2001), Evidence based guidelines for symptom management. , National Comprehensive Cancer Network, Washington.
89. Karima Velji (2006), Effect of an individualized symptom education program on the symptom distress of women receiving radiation therapy for gynecological cancers, *Oncology Nursing Forum*.
90. Sharon L Bober (2018), "Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer", *Cancer*. 124(1), 176-182.
91. Deborah L Finfgeld (2000), "Therapeutic groups online: the good, the bad, and the unknown", *Issues in mental health nursing*. 21(3), 241-255.
92. Gavin Andrews (2010), "Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis", *PloS one*. 5(10), e13196.
93. Judith Proudfoot (2011), "Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research", *Cognitive Behaviour Therapy*. 40(2), 82-97.
94. N Fridriksdottir (2018), "Effects of web-based interventions on cancer patients' symptoms: review of randomized trials", *Supportive Care in Cancer*. 26(2), 337-351.
95. David Wiljer (2011), "A qualitative study of an internet-based support group for women with sexual distress due to gynecologic cancer", *Journal of Cancer Education*. 26(3), 451-458.
96. Catherine C Classen (2013), "Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group", *Psycho-Oncology*. 22(4), 930-935.
97. Heidi S Donovan (2014), "Web-based symptom management for women with recurrent ovarian cancer: a pilot randomized controlled trial of the WRITE symptoms intervention", *Journal of pain and symptom management*. 47(2), 218-230.

98. Seyedezahra Shadi Erfani, Babak Abedin Yvette Blount (2017), "The effect of social network site use on the psychological well-being of cancer patients", *Journal of the Association for Information Science and Technology*. 68(5), 1308-1322.
99. Sue V Petzel (2018), "Effects of web-based instruction and patient preferences on patient-reported outcomes and learning for women with advanced ovarian cancer: A randomized controlled trial", *Journal of psychosocial oncology*. 36(4), 503-519.
100. XS Wang, SL Cao XW Yan (2019), "The effect of WeChat-assisted empowerment education on improving the quality of life of patients with cervical cancer (article in Chinese)", *Nur. Pract. Res.* 16, 88-90.
101. Nelda Samarel, Jacqueline Fawcett Lorraine Tulman (1997), "Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer", *Research in nursing & health*. 20(1), 15-26.
102. Fei-Hsiu Hsiao (2016), "The long-term effects of mindfulness added to family resilience-oriented couples support group on psychological well-being and cortisol responses in breast cancer survivors and their partners", *Mindfulness*. 7(6), 1365-1376.
103. Aaron T Beck (1961), "An inventory for measuring depression", *Archives of general psychiatry*. 4(6), 561-571.
104. Rebecca Caldwell Sacerdoti, Luciana Laganà Cheryl Koopman (2010), "Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help?", *Professional Psychology: Research and Practice*. 41(6), 533.
105. Cung Thị Tuyết Anh và Cộng sự (2014), "Khảo sát chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm đã điều trị", *Tạp chí ung thư học Việt Nam*(4).
106. Nguyễn Quỳnh Anh, Hà Văn Như và cộng sự (2015), Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú và ung thư cổ tử cung tại Việt Nam, *Đề tài nghiên cứu khoa học và phát triển công nghệ*, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

107. Nguyễn Thị Thanh Phương (2013), *Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư giai đoạn VI trước và sau điều trị tại khoa chống đau bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2013*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công Cộng, Hà Nội.
108. Trần Bảo Ngọc và Bùi Diệu (2012), "Chất lượng cuộc sống 71 bệnh nhân ung thư đầu cổ giai đoạn muộn sau hóa xạ tuần tự sử dụng bộ câu hỏi QLQ - C30 và QLQ - H&N35", *Ung thư học Việt Nam*. 1, tr. 218-224.
109. Đặng Thị Bích Ngọc (2017), *Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư tại khoa Ung bướu – Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 – 2017*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
110. Bệnh Viện K (2022), *Giới thiệu về bệnh viện K*, Hà Nội, Truy cập ngày 10-11-2022, web <https://benhvienk.vn/gioi-thieu-benh-vien-pde6931.html>.
111. Pichita Prasongvej (2017), "Quality of life in cervical Cancer survivors and healthy women: Thai urban population study". 18(2), 385.
112. Neha Dahiya (2016), "Quality of life of patients with advanced cervical cancer before and after chemoradiotherapy". 17(7), 3095-3099.
113. Barbara L Andersen (2007), "Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients". 21(7), 953-961.
114. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2009), Số: 40/2009/QH12: Luật khám bệnh, chữa bệnh, Bộ Y Tế, Hà Nội.
115. Bộ y tế (2020), Quyết định số 1514/qđ-byt: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Bộ Y Tế, Hà Nội.
116. Peter M Fayers (1999), *EORTC QLQ-C30 scoring manual*, Eortc.
117. Momar Diouf (2015), "Optimal cut points for quality of life questionnaire-core 30 (QLQ-C30) scales: utility for clinical trials and updates of prognostic systems in advanced hepatocellular carcinoma", *The Oncologist*. 20(1), 62-71.

118. Lê Thị Kim Huế Nguyễn Hữu Trường (2022), "CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021", *Tạp chí Y học Việt nam*. 512(1).
119. Pia López-Jornet (2012), "Assessing quality of life in patients with head and neck cancer in Spain by means of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35", *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 40(7), 614-620.
120. The Counseling Team International (2020), Stress indicators questionnaire, 1881 Business Center Drive, Suite 11 San Bernardino, CA 92408(909) 884-0133.
121. E. S. Cankurtaran (2008), "Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients", *Eur J Cancer Care (Engl)*. 17(1), 98-104.
122. May Leng Tan (2014), "Validation of EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires in the measurement of quality of life of breast cancer patients in Singapore", *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 1(1), 22.
123. Fernanda Alessandra Silva Michels, Maria do Rosario Dias de Oliveira Latorre Maria do Socorro Maciel (2013), "Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer", *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 16, 352-363.
124. Vũ Văn Vũ, Võ Thị Xuân Hạnh và Cộng sự (2010), "Khảo sát tình trạng đau và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xạ tại bệnh viện Ung bướu Tp. Hồ Chí Minh từ tháng 7/2009 đến 7/2010", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 14, 811-822.
125. Hind Mrabti (2016), "Quality of life of early stage colorectal cancer patients in Morocco", *BMC Gastroenterology*. 16(1), 131.
126. J. Polanski (2016), "Quality of life of patients with lung cancer", *Oncotargets Ther*. 9, 1023-8.

127. M. S. Heydarnejad, D. A. Hassanpour D. K. Solati (2011), "Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy", *Afr Health Sci.* 11(2), 266-70.
128. Cung Thị Tuyết Anh và Cộng sự (2013), "Khảo sát chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm đã điều trị", *Tạp chí ung thư học Việt Nam*(4).
129. A. Safaee (2008), "Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy", *Indian J Cancer.* 45(3), 107-11.
130. S. Sarkar (2014), "Fear of recurrence and its impact on quality of life in patients with hematological cancers in the course of allogeneic hematopoietic SCT", *Bone Marrow Transplant.* 49(9), 1217-22.
131. Rosamund A. Partridge Richard T. Penson, Muhammad A. Shah, David Giansiracusa, Bruce A. Chabner and Thomas J. Lynch Jr. (2005), "Fear of Death", *The Oncologist.* vol. 10 (no. 2), 160-169.
132. G. Gonen (2012), "The factors contributing to death anxiety in cancer patients", *J Psychosoc Oncol.* 30(3), 347-58.
133. Birsen Yucel (2014), "The impact of radiotherapy on quality of life for cancer patients: a longitudinal study", *Supportive Care in Cancer.* 22(9), 2479-2487.
134. J. Debes (2009), "Cognitive function and quality of life after surgery for early breast cancer in North Jutland, Denmark", *Acta Oncol.* 48(4), 532-40.
135. Khadijeh Hatamipour (2015), "Spiritual Needs of Cancer Patients: A Qualitative Study", *Indian Journal of Palliative Care.* 21(1), 61-67.
136. Mahmood Ur Rehman Shamaila Mohsin, Naila Azam*, Syed Fawad Mashhadi (2016), "COMPARISON OF QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY IN A TERTIARY CARE HOSPITAL, RAWALPINDI". 66(1).

137. Mayo Clinic Staff (2016), *Cancer fatigue: Why it occurs and how to cope*, Mayo Clinic Staff, Hanoi, 03-04-2022, web <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-fatigue/art-20047709>.
138. Sarah S. Donaldson Richard A. Lenon (1979), "Alterations of nutritional status. Impact of chemotherapy and radiation therapy".
139. K. Metri (2013), "Ayurveda for chemo-radiotherapy induced side effects in cancer patients", *J Stem Cells*. 8(2), 115-29.
140. David Cella (2002), "Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population", *Cancer*. 94(2), p.528-538.
141. Kathleen M. Fenn (2014), "Impact of Financial Burden of Cancer on Survivors' Quality of Life", *Journal of Oncology Practice*. 10(5), 332-338.
142. Barry V. Fortner (2002), "Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients", *Journal of pain and symptom management*. 24(5), 471-480.
143. Joseph A Roscoe (2007), "Cancer-related fatigue and sleep disorders", *The Oncologist*. 12(Supplement 1), 35-42.
144. Josée Savard (2001), "Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Insomnia in the Context of Breast Cancer", *Sleep*. 24(5), 583-590.
145. J. F. O'Donnell (2004), "Insomnia in cancer patients", *Clin Cornerstone*. 6 Suppl 1D, S6-14.
146. Y. P. Li (2014), "The relationships between activity and quality of life for older men and women at different ages in Taiwan", *J Women Aging*. 26(3), 219-37.
147. B. W. Park (2011), "Quality of Life Differences between Younger and Older Breast Cancer Patients", *J Breast Cancer*. 14(2), 112-8.

148. Chi-Cheng Huang (2010), "Quality of life in Taiwanese breast cancer survivors with breast-conserving therapy", *Journal of the Formosan Medical Association*. 109(7), 493-502.
149. Bộ Y tế Bộ Tài Chính (2015), *Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc*, Hà Nội, 02-04-2022, web <http://kcb.vn/vanban/thong-tu-lien-tich-so-372015ttlt-byt-btc-quy-dinh-thong-nhat-gia-dich-vu-kham-benh-chua-benh-bao-hiem-y-te-giua-cac-benh-vien-cung-hang-tren-toan-quoc>.
150. Haruo Fujino (2016), "Predicting employment status and subjective quality of life in patients with schizophrenia", *Schizophrenia Research: Cognition*. 3, 20-25.
151. K. Kalirai (2013), "P21 The relationship between employment status, work productivity and quality of life among patients with COPD: Cross-sectional analysis of the Birmingham COPD Cohort", *Thorax*. 68(Suppl 3), A83.
152. M. Bai (2015), "Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer", *Palliat Support Care*. 13(4), 927-35.
153. Rossi DC (2006), *The Relationship between mystical experience and spiritual well-Being in women who have had or have cancer*, Dissertation submitted to the Faculty of Holos University.
154. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh và Bùi Diệu (2016), "Giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung", *Tạp chí Y học thực hành*. 1021(số 9), tr 2-5.
155. C Wan (2008), "Validation of the simplified Chinese version of EORTC QLQ-C30 from the measurements of five types of inpatients with cancer", *Annals of oncology*. 19(12), 2053-2060.
156. R. D. Neal (2015), "Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes[quest] Systematic review", *Br J Cancer*. 112(s1), S92-S107.

157. E. M. Ward (2010), "The association of insurance and stage at diagnosis among patients aged 55 to 74 years in the national cancer database", *Cancer J.* 16(6), 614-21.
158. Daniel T. Farkas (2012), "Effect of Insurance Status on the Stage of Breast and Colorectal Cancers in a Safety-Net Hospital", *Journal of Oncology Practice.* 8(3S), 16s-21s.
159. Zig Wu Hannah Kim (2009), "Supporting Emotions of Cancer Patients and their Families during Hospital Treatments".
160. Gisele Curi de Barros Renata Curi %J Revista latino-americana de enfermagem Labate (2008), "Psychological repercussions related to brachytherapy treatment in women with gynecological cancer: analysis of production from 1987 to 2007". 16, 1049-1053.
161. Satwant Kumar (2014), "PrediQt-Cx: post treatment health related quality of life prediction model for cervical cancer patients". 9(2), e89851.
162. E Greimel (2002), "Prospective assessment of quality of life of female cancer patients". 85(1), 140-147.
163. M Klee, I Thranov D %J Gynecologic oncology Machin (2000), "The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer". 76(1), 14-23.
164. Shahnaz Torkzahrani (2013), "Quality of life and its related factors among Iranian cervical cancer survivors". 15(4), 320.
165. Sang Yoon Park (2007), "Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population". 110(12), 2716-2725.
166. Michael Frumovitz (2005), "Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors". 23(30), 7428-7436.

167. Ann M Berger (2009), "One-year outcomes of a behavioral therapy intervention trial on sleep quality and cancer-related fatigue". 27(35), 6033.
168. Carolyn Pitceathly (2009), "Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial". 20(5), 928-934.
169. Andreas Charalambous (2016), "Guided imagery and progressive muscle relaxation as a cluster of symptoms management intervention in patients receiving chemotherapy: a randomized control trial". 11(6), e0156911.
170. S Dolbeault (2009), "The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study". 18(6), 647-656.
171. John A Barry (2017), "Relaxation and guided imagery significantly reduces androgen levels and distress in Polycystic Ovary Syndrome: Pilot study", *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*. 32(1), 21-29.
172. Fengying TAO, Ping HUANG Qi YU (2020), "Effect of guided imagery relaxation therapy on pain self-efficacy and quality of life in patients with gynecological malignant tumor", *Chinese Journal of Practical Nursing*, 1689-1694.
173. Miri Cohen Georgeta %J Research on Social Work Practice Fried (2007), "Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer". 17(3), 313-323.
174. Oleg Eremin (2009), "Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: a randomised controlled trial". 18(1), 17-25.
175. Concha León-Pizarro (2007), "A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving

psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients". 16(11), 971-979.

176. Julie K Silver, Jennifer %J American journal of physical medicine Baima rehabilitation (2013), "Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes". 92(8), 715-727.
177. Ewa Ekwall, Britt-Marie Ternstedt Bengt %J Cancer nursing Sorbe (2007), "Recurrence of ovarian cancer-living in limbo". 30(4), 270-277.

Phụ lục 1.

**BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA
BỆNH NHÂN UNG THƯ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG**

PHẦN HÀNH CHÍNH

Mã bệnh án:..... Ngày phỏng vấn:/...../201...

H1. Năm sinh: H2. Giới: 1. Nam 2.Nữ

H3. Nghề nghiệp

- Cán bộ, nhân viên
- Công nhân, nông dân
- Nghỉ hưu
- 4. Thất nghiệp.
- 5. Khác.

H4. Trình độ văn hóa:

- Tiểu học
- THCS
- 3. THPT
- 4. Trên THPT

H5. Bảo hiểm y tế:

- Có
- 2.Không

H6. Mức hỗ trợ bảo hiểm trong năm 2018 có thay đổi gì với trước không?

- Tăng
- 2. Giảm
- 3. Không đổi.

H7. Mức độ hiệu quả, ý nghĩa của bảo hiểm với ông (bà) có ý nghĩa như thế nào?

- Rất cần thiết, không thể thiếu.
- Mức độ trung bình
- Không giải quyết được gì nhiều

TÌNH TRẠNG BỆNH

H8. Chẩn đoán:.....

H9. Giai đoạn:

H10. Các bệnh lý kèm theo (có thể chọn nhiều hơn 1 đáp án)

- Bệnh tuần hoàn
- Bệnh hô hấp
- Bệnh tiết niệu
- Bệnh cơ xương khớp
- 5. Bệnh tiêu hoá
- 6. Bệnh miễn dịch
- 7. Bệnh rối loạn chuyển hoá
- 8. Chưa phát hiện/ bệnh khác

F1. Ông (bà) được chẩn đoán xác định bệnh ung thư cách đây bao lâu?

- Dưới 6 tháng
- Từ 6 tháng - 1 năm
- 3. Từ 1 – 3 năm
- 4. Trên 3 năm

F2. Ông (bà) đang điều trị ung thư đợt thứ bao nhiêu?

- Đợt đầu tiên
- Đợt thứ 2
- 3. Đợt thứ 3.
- 4. Đợt thứ 4 trở lên

F3. Ông (bà) đã và đang điều trị theo phương pháp nào? (có thể chọn nhiều hơn 1 đáp án)

- Phẫu thuật
- Hoá trị
- 3. Xạ trị
- 4. Phương pháp khác

F4. Từ khi phát hiện mắc bệnh ung thư, ông (bà) có bao giờ trì hoãn việc điều trị không?

- Có
- 2. Không

F5. Trong đợt điều trị này ông (bà) được sử dụng những loại can thiệp gì? (có thể chọn nhiều hơn 1 đáp án)

1. Tiêm truyền
2. Sinh thiết
3. Nội soi
4. Tiêu phẫu
5. Dẫn lưu
6. Chọc dò
7. Thở oxy (kính, mask, thở máy)

F6. Nói một cách khái quát, ông (bà) thấy sức khoẻ hiện tại của mình là như thế nào?

1. Rất tốt
2. Tốt
3. Ổn
4. Yếu
5. Rất yếu

F7. So với trước khi mắc bệnh ung thư, ông (bà) cho rằng sức khỏe hiện nay của mình là?

1. Tốt hơn so với trước
2. Cũng như trước
3. Kém hơn trước một chút
4. Kém hơn nhiều so với trước

F8. Tình trạng kinh tế gia đình ông (bà) hiện tại:

1. Giàu có (Thu nhập cao và có khả năng tự chi trả và đi du lịch).
2. Đủ sống (Đủ chi tiêu và có tiền dự phòng khi ốm đau).
3. Thiếu thốn (Thu nhập hàng ngày thấp và không có quỹ dự phòng khi ốm đau)
4. Diện hộ nghèo (Có công nhận của địa phương).

F9. Tình trạng tài chính của ông (bà) hiện tại là:

1. Độc lập (Có làm được ra tiền và không cần sự trợ giúp về mặt tài chính trong sinh hoạt và chữa bệnh)
2. Phụ thuộc (Không có thu nhập hoặc thu nhập ít dẫn đến sự hỗ trợ của người khác về mặt tiền bạc cho sinh hoạt hoặc chữa bệnh)

F10. Đã khi nào ông (bà) bỏ điều trị vì không đủ tiền để chi trả không?

1. Có
2. Không

F11. Hiện tại ông (bà) đang sống cùng ai?

1. Gia đình (bố mẹ, vợ chồng, con cái)
2. Một mình
3. Khác

F12. Hiện tại ai là người trực tiếp hỗ trợ với nhân viên y tế chăm sóc ông (bà) trong đợt điều trị bệnh này?

1. Người thân (bố mẹ, vợ chồng, con cái)
2. Bạn bè
3. Người giúp việc
4. Không có ai

F13. Ông (bà) có thấy rằng bệnh ung thư ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của mình như thế nào?

1. Không ảnh hưởng
2. Ảnh hưởng tương đối
3. Ảnh hưởng nhiều
4. Ảnh hưởng rất nhiều

Phụ lục 2.

PHẦN CÂU HỎI VỀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THEO BỘ CÂU HỎI EORTC QLQ-C30

Trong tuần vừa qua	Không có	Ít	Nhiều	Rất nhiều
1. Ông (bà) có thấy khó khăn khi thực hiện những công việc gắng sức, ví dụ như xách một túi đồ nặng hay một vali?	1	2	3	4
2. Ông (bà) có thấy khó khăn khi đi bộ một khoảng dài?	1	2	3	4
3. Ông (bà) có thấy khó khăn khi đi bộ một khoảng ngắn bên ngoài nhà mình?	1	2	3	4
4. Ông (bà) có cần nằm nghỉ trên giường hay trên ghế suốt ngày?	1	2	3	4
5. Ông (bà) có cần giúp đỡ khi ăn, tắm rửa hay đi vệ sinh?	1	2	3	4
6. Ông (bà) có bị hạn chế thực hiện trong việc làm của ông (bà) hoặc trong các công việc hàng ngày khác?	1	2	3	4
7. Ông (bà) có bị hạn chế trong theo đuổi các sở thích của bản thân hay trong các hoạt động giải trí khác?	1	2	3	4
8. Ông (bà) có bị thở nhanh không?	1	2	3	4
9. Ông (bà) đã bị đau gì không?	1	2	3	4
10. Ông (bà) có cần nghỉ ngơi không?	1	2	3	4
11. Ông (bà) có bị mất ngủ không?	1	2	3	4

12. Ông (bà) có cảm thấy yếu sức?	1	2	3	4
13. Bạn có bị ăn mất ngon?	1	2	3	4
14. Ông (bà) có cảm giác buồn nôn?	1	2	3	4
15. Ông (bà) có bị nôn?	1	2	3	4
16. Ông (bà) có bị bón?	1	2	3	4
17. Ông (bà) có bị tiêu chảy không?	1	2	3	4
18. Ông (bà) có cảm thấy bị mệt không?	1	2	3	4
19. Con đau có cản trở sinh hoạt hàng ngày của bạn?	1	2	3	4
20. Ông (bà) có thấy khó khăn khi tập trung vào công việc như đọc báo hay xem truyền hình?	1	2	3	4
21. Ông (bà) có cảm thấy căng thẳng?	1	2	3	4
22. Ông (bà) có cảm thấy lo lắng?	1	2	3	4
23. Ông (bà) có cảm thấy dễ bực tức?	1	2	3	4
24. Ông (bà) có cảm thấy buồn chán?	1	2	3	4
25. Ông (bà) có gặp khó khăn khi phải nhớ lại một sự việc?	1	2	3	4
26. Tình trạng thể lực của ông (bà) hoặc việc điều trị bệnh gây cản trở cuộc sống của gia đình ông (bà)?	1	2	3	4
27. Tình trạng thể lực của ông (bà) hoặc việc điều trị bệnh có gây cản trở cho các hoạt động xã hội của ông (bà)?	1	2	3	4
28. Tình trạng thể lực của ông (bà) hoặc việc điều trị bệnh có tạo ra khó khăn tài chính cho ông (bà)?	1	2	3	4

Đối với những câu hỏi sau, vui lòng khoanh tròn con số trong khoảng từ số 1 đến số 7 mà phù hợp nhất đối với ông (bà)

29. Ông (bà) tự đánh giá như thế nào về sức khỏe tổng quát trong tuần qua?

1 2 3 4 5 6 7

Rất kém

Tuyệt hảo

30. Ông (bà) tự đánh giá như thế nào về chất lượng cuộc sống tổng quát trong tuần qua?

1 2 3 4 5 6 7

Rất kém

Tuyệt hảo

Phụ lục 3.

BẢNG HỎI CÁC CHỈ BÁO VỀ STRESS (STRESS INDICATORS QUESTIONNAIRE)

(The Counseling Team Internationale)

Bảng hỏi này sẽ cho thấy stress có ảnh hưởng như thế nào tới các lĩnh vực khác nhau trong đời sống của mỗi người. Hãy khoanh tròn những câu trả lời chỉ rõ nhất trải nghiệm mà Ông/Bà/Anh/Chị có về từng chỉ báo căng thẳng cá nhân trong một tuần đặc biệt nào đó.

Khi Ông/Bà/Anh/Chị trả lời hết các câu hỏi, hãy tính điểm tổng cộng của mỗi lĩnh vực.

5 – Gần như mọi ngày (khoảng 5 ngày 1 tuần)

4 – Phần lớn thời gian (khoảng 3 ngày 1 tuần)

3 – Thi thoảng (khoảng một đến một nửa số ngày 1 tuần)

2 – Gần như không bao giờ (ít hơn 2 giờ 1 tuần)

1 – Không bao giờ

<i>STT</i>		<i>Gần như mọi ngày</i>	<i>Phần lớn thời gian</i>	<i>Thi thoảng</i>	<i>Gần như không bao giờ</i>	<i>Không bao giờ</i>
CÁC CHỈ BÁO CƠ THỂ: Ông/Bà/Anh/Chị thường sẽ nói như thế nào:						
1	Cảm giác người tôi căng lên quá mức	5	4	3	2	1
2	Tôi lo lắng đến toát mồ hôi hoặc bàn tay đầm mồ hôi	5	4	3	2	1
3	Có lúc tôi cảm thấy khó thư giãn thực sự	5	4	3	2	1
4	Tôi bị đau nghiêm trọng/đau mãn tính vùng thắt lưng	5	4	3	2	1
5	Tôi bị đau đầu nghiêm trọng/mãn tính	5	4	3	2	1
6	Tôi bị căng cơ/co thắt cơ ở mặt, hàm, cổ hoặc vai	5	4	3	2	1
7	Bụng tôi cứ quặn lên hoặc cảm thấy khó chịu	5	4	3	2	1
8	Tôi bị nổi mẩn da hoặc ngứa	5	4	3	2	1
9	Tôi có vấn đề đường ruột (táo bón, tiêu chảy)	5	4	3	2	1
10	Tôi muốn đi tiểu nhiều hơn mọi người	5	4	3	2	1
11	Khi tôi bị viêm loét, các vết loét làm phiền tôi	5	4	3	2	1

12	Tôi cảm thấy khó thở sau khi tập thể dục nhẹ (như leo lên 4 tầng cầu thang)	5	4	3	2	1
13	So với hầu hết mọi người, tôi rất thèm ăn hoặc không muốn ăn	5	4	3	2	1
14	Với một người có chiều cao và khổ người như tôi, tôi nặng hơn so với quy định 7 kg.	5	4	3	2	1
15	Tôi có hút thuốc	5	4	3	2	1
16	Tôi bị đau buốt ngực khi vận động thể chất	5	4	3	2	1
17	Tôi thiếu sinh lực thể chất	5	4	3	2	1
18	Khi đang nghỉ ngơi, tim tôi đập tới hơn 100 lần/phút	5	4	3	2	1
19	Do lịch trình làm việc bận rộn, nên tôi bỏ ít nhất hai bữa ăn trong một tuần	5	4	3	2	1
20	Tôi thực sự không lên kế hoạch cho các bữa ăn để cân bằng dinh dưỡng	5	4	3	2	1
21	Tôi sử dụng ít nhất 3 giờ mỗi tuần để tập các bài thể dục mạnh (chạy, chơi bóng rổ, chơi tennis, bơi ...)	5	4	3	2	1

TỔNG ĐIỂM CÁC CHỈ BÁO CƠ THỂ

CÁC CHỈ BÁO VỀ GIÁC NGỦ: Ông/Bà/Anh/Chị thường sẽ nói như thế nào

1	Tôi khó ngủ	5	4	3	2	1
2	Tôi phải dùng thuốc thì mới ngủ được	5	4	3	2	1
3	Tôi có ác mộng hoặc hay gặp những giấc mộng tồi tệ	5	4	3	2	1
4	Tôi hay tỉnh dậy ít nhất một lần vào giữa đêm không vì một lý do rõ ràng nào	5	4	3	2	1
5	Dù có ngủ nhiều bao nhiêu, nhưng khi ngủ dậy tôi vẫn cảm thấy mệt mỏi	5	4	3	2	1

TỔNG ĐIỂM CÁC CHỈ BÁO VỀ GIÁC NGỦ

CÁC CHỈ BÁO HÀNH VI: Ông/Bà/Anh/Chị thường sẽ nói như thế nào

1	Tôi đóng cửa hoặc che miệng lại khi nói chuyện với ai đó	5	4	3	2	1
2	Tôi cố gắng làm việc trong khi ăn bữa trưa	5	4	3	2	1
3	Tôi phải làm việc muộn	5	4	3	2	1

4	Tôi vẫn đi làm ngay kể cả khi bị ốm	5	4	3	2	1
5	Tôi phải mang việc về nhà làm	5	4	3	2	1
6	Tôi uống rượu hoặc sử dụng thuốc để thư giãn	5	4	3	2	1
7	Tôi uống hơn hai cốc bia, 200ml rượu vang hoặc 100ml rượu mạnh mỗi ngày	5	4	3	2	1
8	Khi uống rượu, tôi thích là thực sự phải say	5	4	3	2	1
9	Tôi say rượu hoặc cảm thấy “phê” các thứ thuốc khác hơn 1 lần trong tuần	5	4	3	2	1
10	Khi cảm thấy say rượu hoặc phê thuốc, tôi sẽ lái xe	5	4	3	2	1
11	Tôi hay bị vấp khi đi bộ, hoặc hay bị tai nạn hơn những người khác	5	4	3	2	1
12	Trong bất kỳ tuần nào, tôi dùng ít nhất một loại thuốc theo đơn mà không cần lời khuyên của bác sĩ, ví dụ như amphetamines, thuốc an thần.	5	4	3	2	1
13	Tôi gặp vấn đề trong đời sống tình dục	5	4	3	2	1
14	Ít nhất một lần trong tuần, tôi sẽ đánh cược để kiếm tiền	5	4	3	2	1
15	Sau bữa tối, tôi thường dành nhiều thời gian ở một mình hoặc xem TV hơn là nói chuyện với mọi người trong gia đình hoặc bạn bè	5	4	3	2	1
16	Tôi tới chỗ làm muộn.	5	4	3	2	1
17	Ít nhất một lần trong một tuần tôi có cuộc đấu khẩu với một đồng nghiệp/với sếp/người nào đó trong gia đình.	5	4	3	2	1

TỔNG ĐIỂM CÁC CHỈ BÁO HÀNH VI

CÁC CHỈ BÁO CẢM XÚC: Ông/Bà/Anh/Chị thường sẽ nói như thế nào

1	Tôi thấy rằng cách tốt nhất để giải quyết những rắc rối và những vấn đề là né tránh một cách có ý thức việc suy nghĩ hay nói về chúng	5	4	3	2	1
2	Tôi gặp khó khăn trong việc ghi nhớ mọi thứ	5	4	3	2	1
3	Tôi cảm thấy lo lắng hoặc sợ hãi về những vấn đề mà tôi thực sự không thể mô tả được	5	4	3	2	1

4	Tôi lo lắng rất nhiều	5	4	3	2	1
5	Điều quan trọng đối với tôi là không thể hiện cảm xúc của mình với mọi người trong gia đình	5	4	3	2	1
6	Thật khó để tôi thư giãn ở nhà	5	4	3	2	1
7	Thật tốt nếu ngay cả với người bạn thân nhất tôi cũng không nói về cảm giác thực sự của tôi	5	4	3	2	1
8	Tôi cảm thấy thật khó nói khi bị kích động	5	4	3	2	1
9	Tôi cảm thấy rất tức giận trong người	5	4	3	2	1
10	Tôi có những cơn giận bộc phát không thể kiểm soát được	5	4	3	2	1
11	Khi mọi người chỉ trích tôi, cho dù là thiện chí và có tính xây dựng, tôi vẫn cảm thấy khó chịu	5	4	3	2	1
12	Tôi cảm thấy vô cùng nhạy cảm và dễ cáu kỉnh	5	4	3	2	1
13	Cảm xúc của tôi thay đổi khó lường và không vì bất kỳ lý do gì	5	4	3	2	1
14	Tôi cảm thấy mình thực sự không thể tin ai	5	4	3	2	1
15	Tôi cảm thấy dường như những người khác không hiểu tôi	5	4	3	2	1
16	Tôi thực sự không cảm thấy tốt về bản thân	5	4	3	2	1
17	Nhìn chung tôi không lạc quan về tương lai của bản thân	5	4	3	2	1
18	Tôi cảm thấy rất mệt mỏi và không quan tâm tới cuộc sống	5	4	3	2	1
19	Hành vi bốc đồng đã khiến tôi gặp phải nhiều vấn đề	5	4	3	2	1
20	Tôi đã cảm thấy tệ tới mức nghĩ đến việc làm tổn thương chính mình	5	4	3	2	1
21	Khi gặp phải một vấn đề cá nhân nghiêm trọng không thể tự giải quyết được, tôi cũng không tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia	5	4	3	2	1
TỔNG ĐIỂM CÁC CHỈ BÁO CẢM XÚC						

CÁC THÓI QUEN CÁ NHÂN: Ông/Bà/Anh/Chị thường sẽ nói như thế nào						
1	Tôi dành ít hơn 3 giờ một tuần để làm việc theo sở thích của mình	5	4	3	2	1
2	Tôi dành ít hơn 1 giờ mỗi tuần để viết các bức thư cá nhân, viết nhật ký hoặc viết lách	5	4	3	2	1
3	Tôi dành ít hơn 30 phút mỗi tuần để tán gẫu với hàng xóm	5	4	3	2	1
4	Tôi không có đủ thời gian để đọc báo hàng ngày	5	4	3	2	1
5	Tôi xem TV để giải trí hơn 1 giờ mỗi ngày	5	4	3	2	1
6	Tôi lái xe cơ giới nhanh hơn tốc độ cho phép bởi sự phấn khích và sự thách thức của nó	5	4	3	2	1
7	Tôi dành ra ít hơn 30 phút mỗi ngày để thực hiện mục tiêu cuộc sống hoặc hướng tới thỏa mãn tham vọng cá nhân	5	4	3	2	1
8	Cuộc sống hàng ngày của tôi không thực sự chịu ảnh hưởng bởi các niềm tin tôn giáo hoặc triết lý sống của bản thân	5	4	3	2	1
9	Khi tôi cảm thấy bị căng thẳng, thật khó để tôi lên kế hoạch về thời gian và các hoạt động nhằm làm giảm bớt dần sự căng thẳng của tôi	5	4	3	2	1
TỔNG ĐIỂM CÁC THÓI QUEN CÁ NHÂN						

Không một câu hỏi nào trong bảng hỏi này chứng minh Ông/Bà/Anh/Chị đang trải nghiệm stress, nhưng bằng việc xem xét kết quả của các nhóm câu hỏi, có thể xác định lĩnh vực nào trong cuộc sống của Ông/Bà/Anh/Chị bị stress tác động nhiều nhất. Để xác định được các lĩnh vực này, hãy cộng các số được khoanh ở mỗi lĩnh vực và đánh dấu tổng điểm cho mỗi lĩnh vực với ký hiệu “X” ở những chỗ có dấu chấm tương ứng dưới đây:

MỨC ĐỘ STRESS CÁ NHÂN

STT	Các lĩnh vực	Mức độ				
		<i>Rất thấp</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Cao</i>	<i>Rất cao</i>	<i>Nguy hiểm</i>
1	Tổng điểm các chỉ báo cơ thể	22	30	38	48	54+
2	Tổng điểm các chỉ báo về giấc ngủ	5	8	10	12	14+
3	Tổng điểm các chỉ báo hành vi	18	27	36	45	50+
4	Tổng điểm các chỉ báo cảm xúc	21	29	37	46	55+
5	Tổng điểm các thói quen cá nhân	9	15	20	25	30+

Cần chú ý tới những lĩnh vực có mức độ stress là “Rất cao” hoặc “Nguy hiểm”. Đây là những lĩnh vực có vấn đề mà Ông/Bà/Anh/Chị cần tập trung tới khi phát triển Kế hoạch Quản lý stress cá nhân. Nếu Ông/Bà/Anh/Chị không có tổng điểm ở mức “Rất cao” hoặc “Nguy hiểm”, thì có nghĩa Ông/Bà/Anh/Chị đang làm tốt việc quản lý stress. Trong Kế hoạch Quản lý Stress cá nhân, hãy tập trung tới:

- 1) Việc xem xét các nguồn gây stress;
- 2) Dự phòng stress thông qua các bài thể dục aerobic, thư giãn, tăng dinh dưỡng và ngủ đủ

Các dấu hiệu cảnh báo sớm

Tại các dòng kẻ dưới đây, Ông/Bà/Anh/Chị hãy viết ra ba dấu hiệu diễn ra sớm nhất và thường xuyên nhất khi Ông/Bà/Anh/Chị đang bị stress. Ông/Bà/Anh/Chị có thể muốn xem lại bảng hỏi của mình để tìm ra những dấu hiệu cảnh báo sớm. Các dấu hiệu này cho phép nhận biết sớm tình trạng stress và cho phép nhận diện nguyên nhân gây stress của Ông/Bà/Anh/Chị. Trên cơ sở đó, Ông/Bà/Anh/Chị cần hành động trước khi xảy ra các vấn đề nghiêm trọng.

1.
2.
3.

Ngày hoàn thành bảng hỏi

Phụ lục 4.
Mô hình tư vấn chuyên đề

Chủ đề nhóm	Vấn đề về cảm xúc hoặc tâm lý	Kỹ thuật
1. Ung thư là gì?	Nỗi sợ Lo lắng dựa trên thông tin sai lệch Tuyệt vọng Thái độ tiêu cực	Khuyến khích thảo luận tự do về các ý tưởng và cảm xúc. Cung cấp kiến thức chính xác về bệnh ung thư. Hỗ trợ tương tác trong nhóm tích cực.
2. Nguyên nhân của bệnh ung thư?	Cảm giác tội lỗi và tự lên án vì mọi người coi ung thư là hình phạt	Khuyến khích bày tỏ ý kiến về nguyên nhân. Thảo luận về các chất gây ung thư phổ biến. Khuyến khích quan điểm rằng ung thư là một bệnh có thể có nhiều nguyên nhân, nhiều nguyên nhân chưa được biết đến.
3. Tác động của điều trị lên: Hình ảnh cơ thể Tình dục	Sợ hãi và lo lắng liên quan đến điều trị. Mất lòng tự trọng, tự tin do thay đổi chức năng khi sang trạng thái mới là bệnh nhân.	Khuyến khích thảo luận tự do về nỗi sợ hãi và lo lắng. Giải thích các phương pháp điều trị ung thư: Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị. Thảo luận về tác động đến chức năng tình dục.
4. Thư giãn	Cảm thấy căng thẳng, lo lắng, không thể thư giãn	Dạy các kỹ thuật thư giãn cơ bản. Nhấn mạnh khả năng tự giúp đỡ của bệnh nhân.

5. Ăn kiêng và tập thể dục	Lòng tự trọng thấp do sức khỏe không tốt và thay đổi mức độ hoạt động.	Thảo luận về cách ăn uống, chế độ ăn kiêng, các vấn đề. Nhấn mạnh vào việc chấp nhận những thay đổi. Bài tập hướng dẫn cho mỗi thành viên trong nhóm
6. Liên quan đến người chăm sóc	Những vấn đề thực tế trong giao tiếp, cần phải tiên đoán cơn giận.	Thảo luận về cảm xúc, vấn đề và giải pháp
7. Nói chuyện với bạn bè và gia đình	Mất lòng tự trọng do thay đổi trạng thái (từ khỏe đến ốm). Cảm giác tội lỗi khi bị phụ thuộc. Sợ bị đánh mất tình cảm	Khuyến khích các thành viên liên hệ các vấn đề và giải pháp. Đưa ra gợi ý về giao tiếp và chấp nhận cảm xúc.
8. Thiết lập mục tiêu	Mất lòng tự trọng, thay đổi lối sống, sợ tái phát, lo sợ cái chết.	Khuyến khích bày tỏ suy nghĩ và cảm xúc. Thảo luận và khuyến khích các thành viên phát triển các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn