

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ: PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM

LÊ THANH HÀ¹, NGUYỄN TRƯỜNG SƠN²

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: **Lê Thanh Hà**

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Email: lethanhha.hvqy@gmail.com; Số điện thoại: 039.320.9586

Ngày nhận bài báo: 05/12/2024

Ngày nhận phản biện khoa học: 14/12/2024

Ngày duyệt đăng: 20/12/2024

TÓM TẮT: Mục tiêu: Phân tích khái niệm chăm sóc giảm nhẹ. **Phương pháp:** Việc phân tích được thực hiện theo phương pháp Walker và Avant (gồm 9 bước: Lựa chọn khái niệm, xác định mục tiêu phân tích, xác định tất cả định nghĩa của khái niệm, xác định thuộc tính của khái niệm, xây dựng trường hợp lâm sàng, xây dựng các trường hợp liên quan, xác định tiền đề và hậu quả, xác định tham chiếu thực nghiệm, tổng hợp viết lại khái niệm phân tích), quá trình tìm kiếm tài liệu được thực hiện tìm kiếm qua ba cơ sở dữ liệu là PubMed, Google Scholar, CINAHL Database. **Kết quả:** Qua tham khảo tài liệu, xác định được các thuộc tính của chăm sóc giảm nhẹ là lấy người bệnh là trung tâm và kiểm soát cơn đau, tiền đề là các bệnh nan y, các bệnh cấp tính hoặc mạn tính. Hậu quả là cải thiện chất lượng cuộc sống và tăng cường khả năng tự chăm sóc. **Kết luận:** Sự hiểu biết về chăm sóc giảm nhẹ qua phân tích khái niệm này giúp cho các điều dưỡng, bác sĩ điều trị phát hiện sớm các vấn đề cần chăm sóc và nhu cầu của người bệnh, từ đó cải thiện chất lượng chăm sóc, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, phân tích khái niệm.

PALLIATIVE CARE: A CONCEPT ANALYSIS

ABSTRACT: Objective: To analyze the concept of palliative care. **Method:** The analysis was conducted according to the Walker and Avant method (including 9 steps: Selecting the concept, determining the analysis objective, determining all definitions of the concept, determining the attributes of the concept, building clinical cases, building related cases, determining the premise and consequences, determining empirical references, synthesizing and rewriting the analysis concept), the document search process was conducted through three databases: PubMed, Google Scholar, CINAHL Database. **Results:** Through the literature review, it was determined that the attributes of palliative care are patient-centered and pain control, the premise is incurable diseases, acute or chronic diseases. The consequence is improving the quality of life and enhancing self-care ability. **Conclusion:** Understanding palliative care through this conceptual analysis helps nurses and treating physicians detect early problems requiring care and the needs of patients, thereby improving the quality of care and enhancing the quality of life for patients.

Keywords: Palliative care, conceptual analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO) mô tả lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là một hình thức chăm sóc y tế chuyên khoa nhằm mục đích tối ưu hóa chất lượng cuộc sống và chất lượng điều trị và làm giảm bớt đau đớn ở các giai đoạn bệnh [1]. Các nghiên cứu đã dự đoán gánh nặng toàn cầu trong tương lai có 87% người bệnh sẽ cần các can thiệp CSGN vào năm 2060 [2]. Connor (2018) báo cáo rằng ước tính sẽ có khoảng 20 triệu người có nhu cầu CSGN, trong đó 69% sẽ là người lớn trên 60 tuổi [3]. Năm 2002, WHO định nghĩa CSGN là “một phương pháp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ khi phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến bệnh đe dọa tính mạng, thông qua việc phòng ngừa và giảm bớt nỗi đau bằng cách phát hiện sớm, đánh giá và điều trị hoàn toàn cơn đau cũng như các vấn đề khác về thể chất, tâm lý và tinh thần” [4]. Vai trò của điều dưỡng trong công tác CSGN là hết sức quan trọng, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng điều dưỡng với tư cách là thành viên chính trong nhóm chăm sóc sức khỏe gồm (bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, bác sĩ tâm lý...) và có nhiều thời gian tiếp xúc nhất với người bệnh [5, 6]. Thuật ngữ “Chăm sóc giảm nhẹ” (Palliative Care) được sử dụng rất nhiều trong y khoa và điển hình là trong chuyên ngành Điều dưỡng, nhưng thật sự chưa có sự đồng nhất về khái niệm và định nghĩa về bản chất của cụm từ này. Nhiều nhân viên y

tế còn có quan niệm sai lầm về tiền đề, thuộc tính và hậu quả của CSGN, điều này có thể là trở ngại trong việc đảm bảo nhu cầu CSGN cho người bệnh [2]. Chính vì vậy, việc thực hiện bài viết này nhằm phân tích khái niệm CSGN theo mô hình phân tích khái niệm của Waler và Avant [7].

Theo Walker và Avant, tiếp cận để phân tích khái niệm gồm các bước sau:

1. Lựa chọn khái niệm: Chọn khái niệm cần quan tâm để thực hiện phân tích
2. Xác định mục tiêu của phân tích.
3. Xác định tất cả các định nghĩa của khái niệm: Thu thập các định nghĩa và các cách hiểu khác nhau của khái niệm từ các nguồn tài liệu tham khảo trong và ngoài nước.
4. Xác định các thuộc tính của khái niệm.
5. Xây dựng một trường hợp lâm sàng cụ thể: Đưa ra một trường hợp lâm sàng cụ thể hoặc xây dựng một trường hợp giả định bao gồm tất cả các thuộc tính của khái niệm.
6. Xây dựng các trường hợp liên quan, ranh giới, trái ngược và các biến thể của khái niệm.
7. Xác định tiền đề và hậu quả: Tìm hiểu các yếu tố xảy ra trước hoặc kết quả của khái niệm để hiểu bối cảnh của khái niệm.
8. Xác định các tham chiếu thực nghiệm: Xác định các chỉ số, tiêu chí, thang đo có thể áp dụng để đo lường khái niệm trong thực tế.
9. Viết phân tích khái niệm: Tổng hợp tất cả các thông tin

thu được qua các bước trên để đưa ra một khái niệm mang tính tổng thể và toàn diện.

II. PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Quá trình tìm kiếm tài liệu được thực hiện tìm kiếm qua ba cơ sở dữ liệu là: PubMed, Google Scholar, CINAHL Database. Các thuật ngữ dùng để tìm kiếm gồm: “Chăm sóc giảm nhẹ”, “Chăm sóc cuối đời”, “Định nghĩa” được chuyển ngữ sang tiếng anh là: “Palliative Care”, “End of life Care”, “Definition”. Các bài viết phải đáp ứng các tiêu chí lựa chọn và loại trừ.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: các bài báo được viết bằng Tiếng anh, đề cập đến vấn đề “Chăm sóc giảm nhẹ” trong phần đặt vấn đề và tóm tắt, sơ bộ phác thảo được được “định nghĩa” về “Chăm sóc giảm nhẹ” và tập trung ở chuyên ngành Điều dưỡng/hộ sinh.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: là các bài báo không mang tính nghiên cứu khoa học.

Chúng tôi tìm kiếm được 28 Tài liệu đủ tiêu chuẩn.

III. KẾT QUẢ

1. Lựa chọn khái niệm: Các thuật ngữ “chăm sóc giảm nhẹ”, “chăm sóc cuối đời” và “chăm sóc tuổi già” đôi khi được sử dụng thay thế cho nhau, mặc dù có một số điểm tương đồng, nhưng các khái niệm này thực sự không giống nhau [8, 9]. Những quan niệm sai lầm về CSGN là do thường bị nhầm lẫn với các thuật ngữ khác từ đó gây trở ngại trong việc đảm bảo

nhu cầu chăm sóc của người bệnh. Nghiên cứu chỉ ra CSGN là lựa chọn cuối cùng sau khi tất cả các phương pháp điều trị đã được sử dụng [10]. Việc điều dưỡng thực hiện nhu cầu, cung cấp dịch vụ CSGN đòi hỏi phải hiểu rõ về khái niệm CSGN hiện tại. Do đó, cần phải làm rõ khái niệm CSGN.

2. Mục tiêu: Phân tích khái niệm “Chăm sóc giảm nhẹ”.

3. Xác định tất cả các định nghĩa của khái niệm:

WHO định nghĩa CSGN là “một phương pháp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ khi phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến bệnh đe dọa tính mạng, thông qua việc phòng ngừa và giảm bớt nỗi đau bằng cách phát hiện sớm, đánh giá và điều trị hoàn toàn cơn đau cũng như các vấn đề khác về thể chất, tâm lý và tinh thần” [4].

Hiệp hội Quốc tế về Chăm sóc giảm nhẹ (The International Association for Hospice and Palliative Care) dựa trên sự đồng thuận của Ủy ban Tiếp cận toàn cầu về Chăm sóc giảm nhẹ và Giảm đau Lancet (The Lancet Commission Global Access to Palliative Care and Pain Relief) đưa ra định nghĩa về CSGN: “Chăm sóc giảm nhẹ là sự chăm sóc toàn diện, tích cực cho những cá nhân ở mọi lứa tuổi có đau khổ nghiêm trọng liên quan đến sức khỏe do bệnh tật và đặc biệt là những người già hoặc đang giai đoạn cuối của bệnh tật. Nó nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh, gia đình và người chăm sóc họ” [11].

Hiệp hội Y học và Chăm sóc giảm nhẹ Hoa Kỳ (American Academy of Hospice and Palliative Medicine) định nghĩa: “CSGN là ngăn ngừa và làm giảm đau đớn và hỗ trợ cải thiện chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể cho người bệnh và gia đình của họ ở bất kể giai đoạn nào của bệnh” [12].

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Society of Clinical Oncology) định nghĩa: “CSGN là việc tích hợp các liệu pháp điều trị ung thư nhằm giải quyết nhiều vấn đề gây đau khổ cho người bệnh và gia đình họ, cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ” [13].

Hiệp hội Ung thư Y khoa Châu Âu [14] (European Society for Medical Oncology) định nghĩa: CSGN nhằm mục đích tối ưu hóa sự thoải mái, chức năng và hỗ trợ xã hội cho người bệnh và gia đình họ khi không thể chữa khỏi. Chiều hướng chăm sóc này nhấn mạnh đến nhu cầu đặc biệt của người bệnh có bệnh không thể chữa khỏi hoặc không có khả năng chữa khỏi. Các nhu cầu bao gồm kiểm soát triệu chứng về thể chất và tâm lý”.

4. Xác định các thuộc tính của khái niệm: Thuộc tính là các đặc điểm có tính thống nhất với khái niệm, cung cấp cái nhìn và sự hiểu biết từ nhiều góc độ khác nhau [7].

Thuộc tính đầu tiên là “lấy người bệnh là trung tâm”. Thuộc tính này ngụ ý việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người với tất cả sự tôn trọng đối với nhu cầu, tình trạng sức khỏe, đặc điểm cá nhân, đặc

điểm văn hóa, giá trị và niềm tin tôn giáo của họ. Một quan tâm chính của CSGN là sự thoải mái của người bệnh và chất lượng cuộc sống phù hợp bất kể tiên lượng và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Bằng chứng cho thấy phương pháp tiếp cận “lấy người bệnh là trung tâm” này có lợi cho cả việc cải thiện kết quả và giảm chi phí chăm sóc [15]. Giao tiếp là vấn đề cốt lõi trong thuộc tính này, kỹ năng giao tiếp thấu cảm đã được chứng minh là làm giảm kỳ thị và lo lắng với người bệnh ở mọi mặt bệnh và mọi lứa tuổi như: người già, trẻ em, ung thư, HIV... [16, 17].

Thuộc tính thứ hai là: “kiểm soát cơn đau”. Đau là “một trải nghiệm cảm giác và cảm xúc khó chịu liên quan đến tổn thương mô thực thể hoặc tiềm ẩn”. Trong giai đoạn đầu và giai đoạn giữa của ung thư có 30% đến 40% người bệnh bị đau, trong khi 75% người bệnh ung thư ở giai đoạn cuối của bệnh được báo cáo là tình trạng đau không thuyên giảm [18]. Cơn đau không được giảm sẽ tạo ra những tác động vật lý tiêu cực ảnh hưởng đến hệ thống tim mạch, huyết học, phổi, tiêu hóa và miễn dịch. Cơn đau không được kiểm soát gây tăng sản xuất catecholamine, làm tăng gánh nặng cho tim. Cơn đau có thể làm tăng giữ natri và nước, dẫn đến phù nề/quá tải dịch, tăng tỷ lệ hình thành huyết khối [19].

5. Xây dựng trường hợp lâm sàng mẫu: Trường hợp lâm sàng mẫu minh họa cho khái niệm gồm toàn bộ các thuộc tính của khái niệm [7].

Bà A. 60 tuổi được chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn III, ngoài ra bà còn kèm theo mắc đái tháo đường, tăng huyết áp. Từ khi được chẩn đoán bệnh, bà thường xuyên có suy nghĩ tiêu cực, luôn nghĩ đến cái chết, thường xuất hiện nhiều cơn đau do điều trị hóa chất và khối u đã di căn đến gan. Do điều trị hóa chất gây rụng tóc làm ảnh hưởng đến ngoại hình, ngoài ra việc mắc đái tháo đường kèm theo làm bà không ăn được những món mình thích và phải tiêm insulin để kiểm soát đường máu. Trong quá trình điều trị bà được đội ngũ nhân viên tích cực quan tâm điều trị, một bác sĩ lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ và ung bướu chịu trách nhiệm về tình trạng của bà ấy trong quá trình can thiệp phẫu thuật cắt khối u và xạ trị bằng cách điều chỉnh thuốc giảm đau theo mức độ đau của bà. Bà và gia đình được điều dưỡng động viên, chia sẻ về mặt tinh thần điều này giúp bà luôn thấy an tâm, vui vẻ lạc quan và luôn tin rằng bệnh tình sẽ thuyên giảm.

Ví dụ này bao gồm đầy đủ các thuộc tính của khái niệm bao gồm “lấy người bệnh là trung tâm” và “kiểm soát cơn đau”. Người bệnh được quan tâm về mọi mặt trong quá trình điều trị cả về tinh thần và quản lý kiểm soát các triệu chứng đang gây khó chịu cho người bệnh.

6. Xây dựng trường hợp trái ngược: là ví dụ mâu thuẫn với các thuộc tính xác định của khái niệm [7].

Ông L, một người dân tộc Tày, 53 tuổi làm nông tại nhà. Hai tháng trước ông được chẩn

đoán Ung thư dạ dày đã di căn. Từ khi phát hiện bệnh, dường như ông luôn trong trạng thái chán nản, tuyệt vọng, cùng với đó ông L đang có 2 người con gái lấy chồng xa gia đình, rất ít khi trở về nhà thăm bố, ông chỉ đang sống với vợ. Trong quá trình điều trị bệnh, ông từ chối mọi phương pháp điều trị vì luôn có tâm lý “chết càng sớm càng tốt” mặc dù cơn đau luôn hành hạ ông mỗi ngày, cùng với đó điều kiện gia đình eo hẹp, nên việc điều trị các phác đồ tốt nhất cùng với các thuốc hỗ trợ cũng hạn chế rất nhiều. Gia đình đã chủ động xin các y bác sĩ tại Bệnh viện cho về để tự chăm sóc.

Trong trường hợp này, các thuộc tính của khái niệm đều không xuất hiện, người bệnh không đủ điều kiện kinh tế là điều trị tại cơ sở y tế do đó không được sự tham gia hỗ trợ của đội ngũ nhân viên y tế, không được chăm sóc giảm nhẹ, không được dùng thuốc giảm đau.

7. Xác định tiền đề và hậu quả:

- Tiền đề là những hiện tượng xảy ra trước một khái niệm [20]. Tiền đề của CSGN được xác nhận là:

+ Các bệnh nan y như ung thư và Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người HIV – AIDS [21].

+ Các bệnh cấp tính hoặc mãn tính và các bệnh thực sự hoặc có khả năng đe dọa tính mạng [22, 23].

- Các sự kiện hoặc sự cố xảy ra do kết quả của khái niệm được gọi là hậu quả [7]. Tất cả các nghiên cứu đều báo cáo rằng

chăm sóc giảm nhẹ đã cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ [8, 21, 22]. Các hậu quả khác được báo cáo CSGN là nâng cao phẩm chất của con người, cải thiện khả năng tự chăm sóc, quản lý chăm sóc triệu chứng và tăng cường khả năng đối phó [21, 22].

8. Xác định các tham chiếu thực nghiệm:

Có nhiều công cụ để đo lường nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh và có 2 bộ công cụ được sử dụng nhiều nhất là:

- Thang đo đánh giá nhóm hỗ trợ (The Support Team Assessment Schedule - STAS), đây là thang đo được xem như là đầu tiên của chăm sóc giảm nhẹ, Công cụ này được Higginson và cộng sự phát triển tại Vương quốc Anh vào những năm 1980 [24, 25] và được sử dụng trên toàn Thế giới [26, 27]. STAS có 17 mục, mỗi mục được chia thang điểm Liker từ 0 (tốt nhất) đến 4 (tệ nhất), với các định nghĩa cho từng điểm thang điểm. Các mục này đo lường các triệu chứng của người bệnh, sự lo lắng và hiểu biết của gia đình, chất lượng giao tiếp với nhân viên y tế và nhu cầu hỗ trợ thực tế cho người bệnh.

- Thang đánh giá kết quả chăm sóc giảm nhẹ tích hợp (The Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS), là một công cụ được thiết kế để sử dụng trong chăm sóc giảm nhẹ lâm sàng nhằm đo lường các triệu chứng và nhu cầu chăm sóc của người bệnh [28]. Thang điểm này gồm 17 mục trong đó 10 mục về triệu

chứng thể chất, 2 mục về cảm xúc, 1 mục về tinh thần; 2 mục về thông tin, 1 mục về sự lo lắng của gia đình; 1 mục về vấn đề thực hành. Mỗi câu hỏi được chia theo thang điểm Likert. Người bệnh, được phân loại có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ nếu họ có ít nhất 2 lựa chọn về một trong các vấn đề thể chất (mức “nghiêm trọng”); cảm xúc (mức “luôn luôn”); các vấn đề tinh thần, thông tin, thực hành (mức “không”) hoặc có ít nhất 3 lựa chọn về một trong các vấn đề thể chất (mức

“nặng”); cảm xúc (mức “hầu hết thời gian”); các vấn đề tinh thần, thông tin, thực hành (mức “đôi khi”).

9. Tổng hợp đưa ra khái niệm

Chăm sóc giảm nhẹ được định nghĩa là một phương pháp tiếp cận lấy người bệnh là trung tâm để giảm bớt đau đớn về thể chất và lo lắng về tinh thần, tâm lý ở người bệnh mắc các bệnh giai đoạn cuối, bệnh ở giai đoạn cuối hoặc các trường hợp bệnh có khả năng đe dọa tính mạng.

IV KẾT LUẬN

Bài viết này đã tổng hợp và đưa ra được định nghĩa của chăm sóc giảm nhẹ. Tìm hiểu được các thuộc tính của khái niệm, các thang đo có thể được sử dụng làm công cụ để đo lường phân loại nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ. Sự hiểu biết về chăm sóc giảm nhẹ qua phân tích khái niệm này giúp cho các điều dưỡng, bác sĩ điều trị phát hiện sớm các vấn đề cần chăm sóc và nhu cầu của người bệnh, từ đó cải thiện chất lượng chăm sóc, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Đạo đức nghiên cứu: Các vấn đề đạo đức không được đề cập trong bài này.

Xung đột lợi ích: Không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sepúlveda C (2002).** Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*; 24(2): 91-96.

2. **Buss MK, LK Rock, EP McCarthy (2017).** Understanding palliative care and hospice: a review for primary care providers. in Mayo Clinic Proceedings. 2017. Elsevier.

3. **Connor S. R., Sepulveda B.M. (2018).** Global atlas of palliative care at the end of life.

4. **World Health Organization (2002).** National cancer control programmes, policies and managerial guidelines.

5. **Figueredo Borda N (2019).** Nursing models and theories: support for palliative care; *Enfermeria*; 8(2): 22-33.

6. **Filej, B (2018).** Holistic model of palliative care in hospital and community nursing: The example of south-eastern Slovenia. *Cent Eur J Nurs Midw*; 9(1): 773-780.

7. **Walker, L.O, K.C. Avant (2005).** Strategies for theory construction in nursing. Vol. 4. 2005: Pearson/Prentice Hall Upper Saddle River.

8. **Hui D, Nooruddin Z (2014).** Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*; 47(1):77-89.

9. **Krau SD (2016).** The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics. *Nurs Clin North Am*;51(3):ix-x.

10. **Avanzato A (2017).** Early Hospice and Palliative Care. *Am J Nurs*; 117(2): 11.
11. **Radbruch L (2020).** Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*; 60(4): p. 754-764.
12. **American Academy Of Hospice And Palliative Medicine DA (2022).** PC-FACS May 2, 2022. *J Pain Symptom Manage*;64(1):80-87.
13. **Ferris, F.D (2009).** Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps -- from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*; 27(18): p. 3052-8.
14. **Cherny, N.I., R. Catane (2003).** ESMO takes a stand on supportive and palliative care. *Ann Oncol*; 14(9): 1335-7.
15. **Thomas, K (2018).** Population-based, person-centred end-of-life care: time for a rethink. *British Journal of General Practice*; p. 116-117.
16. **Rosa WE (2022).** Geriatrics communication skills training program for oncology healthcare providers to improve the management of care for older adults with cancer. *PEC Innov.* 2022;1:100066.
17. **Banerjee SC, Haque N (2021).** Oncology Care Provider Training in Empathic Communication Skills to Reduce Lung Cancer Stigma. *Chest*;159(5):2040-2049.
18. **Ferrell, B.R. and J.A (2019).** Paice, Oxford textbook of palliative nursing. 2019: Oxford University Press.
19. **St Marie, B.J (2002).** Core curriculum for pain management nursing. 2002.
20. **Rodgers BL (1989).** Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*;14(4):330-335.
21. **Akoo C, McMillan K (2023).** An Evolutionary Concept Analysis of Palliative Care in Oncology Care. *ANS Adv Nurs Sci*;46(2):199-209.
22. **Howie L, Peppercorn J (2013).** Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications. *Ther Adv Med Oncol*;5(6):318-323
23. **Kim H, Kelly S (2021).** A Scoping Review of the Conceptual Differentiation of Technology for Healthy Aging. *Gerontologist*; 61(7):345-369
24. **Higginson, I.J (1993).** Clinical audit in palliative care.
25. **Higginson, I.J (1994).** Clinical audit and organizational audit in palliative care. *Cancer Surv*; 21: 233-245.
26. **Edmonds PM, Stuttford JM (1998).** Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med*;12(5):345-351.
27. **Lo RS, Ding A (1999).** Prospective study of symptom control in 133 cases of palliative care inpatients in Shatin Hospital. *Palliat Med*;13(4):335-340.
28. **Schildmann EK, Groeneveld EI (2016).** Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: The first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale. *Palliat Med*;30(6):599-610.

MỤC LỤC CÁC BÀI BÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Tạp chí Sức khỏe Nội tiết Tập 23, số 4 - 2024, tháng 12 năm 2024
Journal of Endocrinology and Health Science, Vol 23, No.4 - 2024, December, 2024

1. HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VIỆT NAM: NỖ LỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NHÂN DÂN THÔNG QUA CÁC HOẠT ĐỘNG CỘNG ĐỒNG 3
Thu Trang
2. QUẢN LÝ DAO ĐỘNG ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 5
Managing glycemic variability in patients with type 2 diabetes mellitus
Đỗ Đình Tùng
3. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ: PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM 13
Palliative care: A concept analysis
Lê Thanh Hà, Nguyễn Trường Sơn
4. CHỨC NĂNG NỘI TIẾT CỦA THẬN 19
Endocrine functions of the kidneys
Nguyễn Thị Hồng Loan
5. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG: MÔ HÌNH PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM 23
Quality of life: A concept analysis
Lê Thanh Hà, Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Văn Tuấn
6. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CHO HỌC SINH PHỔ THÔNG TỪ 11 - 18 TUỔI TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH HẢI DƯƠNG 30
Assessment of nutritional status and proposed solutions to improve nutritional status for students aged 11-18 in hai duong province
Trần Đình Toán, Đặng Thị Anh, Nguyễn Trọng Hưng, Trần Minh Cảnh, Cấn Thị Tuyết
7. KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ TUÂN THỦ VỆ SINH TAY CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ 4 TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y- DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ NĂM 2024 39
Survey of students' knowledge towards compliance with hand hygiene of 4th year nursing students at the university of medicine and pharmacy, hue university in 2024
Nguyễn Trường Sơn , Nguyễn Quang Thanh, Trần Đình Bình, Lê Thanh Hà
8. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, KẾT QUẢ VÁ NHỖ ĐƠN THUẦN ĐƯỜNG TRONG ỐNG TAI 47
Research on clinical and paraclinical characteristics of chronic otitis media, results of transcanal myringoplasty
Tạ Hùng Sơn, Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Ngọc Anh
9. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN 54
Study on clinical and laboratory characteristics of type 2 diabetes patients with chronic kidney disease at saint paul general hospital
Trần Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Thuý Hằng, Lê Anh Tuấn, Đặng Thị Bích, Nghiêm Thị Dung