



Cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng của điều dưỡng cho người bệnh ung thư: Protocol sử dụng phương pháp đồng thiết kế

Phùng Thị Hạnh^{1,2}, Nguyễn Thị Nguyệt³, Hoàng Lan Vân⁴,
Trương Quang Trung², Natalie Bradford¹

¹Trường Đại học Công nghệ Queensland, Australia; ²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội; ⁴Trường Đại học VinUni

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, ung thư là một vấn đề đang gây thách thức cho toàn bộ hệ thống y tế. Điều trị ung thư giúp cải thiện tỷ lệ sống nhưng cũng gây ra nhiều tác dụng phụ liên quan đến dinh dưỡng cho người bệnh. **Mục tiêu:** Thiết kế và triển khai một chương trình can thiệp nâng cao năng lực của người điều dưỡng trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp đồng thiết kế để xây dựng và triển khai chương trình can thiệp với sự tham gia của tất cả những bên liên quan (nghiên cứu viên, bác sĩ điều trị, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng và người bệnh). **Kết luận:** Một chương trình can thiệp hiệu quả và khả thi sẽ được xây dựng và triển khai giúp nâng cao năng lực cho người điều dưỡng trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư.

Từ khóa: Đồng thiết kế, hỗ trợ dinh dưỡng, vấn đề dinh dưỡng, điều trị ung thư, hóa trị.

Improving nurse-led nutritional support for patients with cancer: A protocol using co-design approach

Phung Thi Hanh^{1,2}, Nguyen Thi Nguyet³, Hoang Lan Van⁴,
Truong Quang Trung², Natalie Bradford¹

¹Queensland University of Technology, Australia; ²Hanoi Medical University

³University of Medicine and Pharmacy, Hanoi National University; ⁴VinUniversity

ABSTRACT

Background: In Vietnam, cancer is a problem that is challenging the whole health care system. Cancer treatment improves survival rates but also causes many nutrition-related side effects. **Objective:** Design and implement an intervention program that builds the capacity of nurses to support nutrition for patients. **Methodology:** Use a co-designed approach to develop and implement an intervention program that involves all stakeholders (researchers, oncologists, dietitians, nurses and patients). **Conclusion:** An effective and feasible intervention program will be developed and implemented to help improve the capacity of nurses in nutritional support for cancer patients.

Keywords: Co-design, nutritional support, nutritional problems, cancer treatment, chemotherapy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một vấn đề phổ biến và đang ngày càng ra tăng gánh nặng lên toàn bộ hệ thống y tế tại Việt Nam. Theo thống kê, Việt Nam có 182,563 ca mới mắc mỗi năm và 122,690 ca tử vong liên quan đến ung thư¹. Phẫu thuật và hóa trị là những phương pháp phổ biến trong điều trị ung thư nhưng cũng gây ra các tác dụng phụ bao gồm các vấn đề liên quan đến dinh dưỡng. Người bệnh sau phẫu thuật ung thư có thể cảm thấy ăn không ngon miệng, bị hạn chế một số loại thức ăn và khả năng hấp thu dinh dưỡng cũng bị ảnh hưởng. Hóa trị thường dẫn đến buồn nôn, nôn, thay đổi vị giác, loét miệng và các vấn đề trên hệ thống tiêu hóa, từ đó ảnh hưởng khả năng hấp thu dinh dưỡng và quá trình điều trị của họ². Các vấn đề dinh dưỡng liên quan đến ung thư và điều trị bệnh ung thư có thể dẫn đến sự gián đoạn điều trị, thay đổi điều trị và thậm chí ngừng điều trị cho người bệnh ung thư^{3,4}. Trên thực tế, một chế độ dinh dưỡng tốt có thể giúp ngăn ngừa các vấn đề kể trên, trong khi một chế độ dinh dưỡng kém có thể làm cho tình trạng của người bệnh trầm trọng thêm⁵.

Ngày nay, nhiệm vụ hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh thuộc về tất cả nhân viên y tế, bao gồm chuyên gia dinh dưỡng, bác sĩ điều trị và điều dưỡng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hỗ trợ dinh dưỡng đang bị hạn chế do sự thiếu hụt các chuyên gia dinh dưỡng. Thông tư 18/2020/TT-BYT chỉ quy định mỗi 100 giường bệnh có tối thiểu 1 người làm chuyên môn về dinh dưỡng⁶. Trong khi đó, điều dưỡng là người thường xuyên tiếp xúc với người bệnh cũng có vai trò hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh lại bị hạn chế cung cấp những hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh do thiếu hụt về kiến thức, kỹ năng và sự tự tin⁷. Tài liệu tổng quan hệ thống gần đây đã khẳng định những hiệu quả tích cực từ các chương trình hỗ trợ dinh dưỡng do điều dưỡng thực hiện trong

việc cải thiện dinh dưỡng cho người bệnh⁸. Nếu điều dưỡng có thể cung cấp các hỗ trợ dinh dưỡng cơ bản cho người bệnh, thì các chuyên gia dinh dưỡng có thể dành nhiều thời gian hơn cho những trường hợp có vấn đề dinh dưỡng nặng và phức tạp. Sự phối hợp này là cực kỳ ý nghĩa tại Việt Nam nơi mà số lượng chuyên gia dinh dưỡng chưa thể đáp ứng hết nhu cầu của người bệnh ung thư. Do đó, dự án này nhằm mục tiêu cải thiện cung cấp hỗ trợ dinh dưỡng của người điều dưỡng cho người bệnh ung thư thông qua một chương trình can thiệp được đồng thiết kế bởi tất cả những bên liên quan (nghiên cứu viên, bác sĩ điều trị, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng và người bệnh). Kết quả mong đợi là một chương trình can thiệp hiệu quả và khả thi sẽ được thiết kế và triển khai.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là nhân viên y tế gồm có bác sĩ điều trị, chuyên gia dinh dưỡng và điều dưỡng đang điều trị/chăm sóc cho người bệnh ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được mời vào nghiên cứu

Người bệnh có tuổi từ 18 trở lên, được chẩn đoán ung thư và đang được điều trị ở bất cứ giai đoạn nào, đã hoặc đang gặp các vấn đề về dinh dưỡng liên quan đến điều trị ung thư (nôn/buồn nôn, chán ăn, tiêu chảy, táo bón, khó nuốt, thay đổi vị giác/khứu giác, đau miệng/họng, tăng/giảm cân), có khả năng giao tiếp bình thường, điểm Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) > 2 chứng tỏ người bệnh có khả năng tự thực hiện các hoạt động chăm sóc cho bản thân và có khả năng cung cấp cam kết tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Những người bệnh mà bác sĩ/điều dưỡng điều trị và chăm sóc cho rằng người bệnh không thể tham gia nghiên cứu hoặc việc tham gia nghiên cứu có thể gây căng thẳng cho họ sẽ bị loại trừ khỏi nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ và Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đây là hai khoa điều trị cho người bệnh ung thư (hóa trị và phẫu thuật) cho người bệnh tại Hà Nội và các vùng lân cận.

Thiết kế nghiên cứu: Để đảm bảo tính khả thi và thành công của dự án, chúng tôi sẽ sử dụng phương pháp đồng thiết để xây dựng và triển khai chương trình hỗ trợ điều dưỡng và người bệnh. Dự án này kết hợp lấy con người làm trung tâm và đồng thiết kế để bao gồm tất cả những bên liên quan tham gia thiết kế dự án. Dự án bao gồm người bệnh, nhân viên y tế và nghiên cứu viên. Những thành viên của dự án này sẽ hợp tác để cải thiện các dịch vụ và chăm sóc cho người bệnh⁹. Toàn bộ dự án được thực hiện qua 7 bước dưới đây:

Bước 1: Quan sát để quan sát các điều trị/ chăm sóc hiện tại của nhân viên y tế khi người bệnh gặp các vấn đề dinh dưỡng liên quan đến điều trị ung thư tại hai khoa lâm sàng Ngoại Tổng hợp và Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ. Khoảng 20 lượt quan sát sẽ được tiến hành. Mục tiêu của bước này để xác định tình hình thực tế và các vấn đề cần được cải thiện. Quan sát viên sẽ không tham gia bất cứ tương tác nào. Quan sát viên chỉ ghi chép lại những gì mình đã quan sát được.

Bước 2: Phỏng vấn bán cấu trúc trên người bệnh và phỏng vấn nhân viên để xác định nhận thức và kinh nghiệm về quản lý các vấn đề dinh dưỡng liên quan đến điều trị ung thư. Khoảng 10 người bệnh, 20 điều dưỡng, 3 bác sĩ điều trị và 2 chuyên gia dinh dưỡng sẽ được mời tham gia bước này.

Bước 3: Phát triển can thiệp - nhóm nghiên cứu sẽ sử dụng thông tin thu thập được trong Bước 1 và 2, cũng như những tài liệu tham khảo về các chương trình can thiệp tương tự trước đây để dự thảo chương trình đào tạo điều dưỡng để hỗ trợ người

bệnh khi gặp các vấn đề về dinh dưỡng liên quan đến điều trị ung thư.

Bước 4: Thảo luận nhóm với người bệnh và nhân viên y tế - Chương trình dự thảo đào tạo điều dưỡng sẽ được đưa ra để thảo luận và đạt được sự đồng thuận về các ưu tiên cần thực hiện cho chương trình dự thảo này, dựa trên sự đồng ý của nhóm. Sẽ có 2 buổi thảo luận nhóm tập trung riêng biệt được tiến hành, một cho người bệnh và một cho nhân viên y tế. Người bệnh và nhân viên y tế này có thể là những người đã từng tham gia hoặc chưa từng tham gia ở bước 1 và 2.

Bước 5: Rà soát và hoàn thiện nội dung can thiệp đào tạo điều dưỡng. Ở bước này, một can thiệp đào tạo điều dưỡng sẽ được phát triển.

Dự đoán chương trình can thiệp đào tạo điều dưỡng:

Dựa trên đánh giá các tài liệu và y văn, chúng tôi dự đoán can thiệp sẽ bao gồm:

Xây dựng và triển khai một chương trình hội thảo đào tạo để đào tạo điều dưỡng về cách cung cấp cho người bệnh những hỗ trợ dinh dưỡng để quản lý các vấn đề dinh dưỡng của họ. Dự kiến chương trình can thiệp này sẽ kéo dài trong 3 ngày; và một cuốn Sổ tay hướng dẫn dinh dưỡng với khoảng 50 trang được thiết kế dành cho người bệnh tham khảo. Nội dung dự kiến của cuốn sổ tay này sẽ bao gồm giải thích ngắn gọn các vấn đề dinh dưỡng họ gặp phải, các phương pháp để làm giảm bớt các vấn đề này. Các nội dung sẽ được minh họa bằng hình ảnh trực quan để giúp người bệnh dễ hiểu. Tuy nhiên, nội dung của chương trình can thiệp có thể được điều chỉnh dựa trên ý kiến ủng hộ của các bên liên quan. Nếu các bên liên quan có ý kiến đóng góp bổ sung trong quá trình thực hiện can thiệp sau bước này, họ đều có thể liên hệ với các thành viên trong dự án, để thảo luận về việc điều chỉnh và cải thiện chương trình can thiệp.

Bước 6: Đánh giá

Để đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp, chúng tôi dự định sẽ đào tạo cho khoảng 20 điều dưỡng trong chương trình hội thảo kéo dài 3 ngày phía trên. Điều dưỡng sẽ được cung cấp các kiến thức cơ bản và thực hành về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh. Sau đó, mỗi điều dưỡng sẽ thực hiện hỗ trợ dinh dưỡng cho 4 người bệnh đang trải qua vấn đề dinh dưỡng. Trong quá trình này, một chuyên gia dinh dưỡng sẽ quan sát, đánh giá theo bảng kiểm và cung cấp trợ giúp nếu cần thiết.

Bước 7: Chia sẻ hiệu quả của chương trình can thiệp. Chúng tôi dự kiến chia sẻ bài học và thành công đạt được của dự án trong một buổi hội thảo toàn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nội dung can thiệp và kết quả cũng sẽ được chia sẻ trên phương tiện truyền thông và công bố trên tạp chí khoa học uy tín.

Thu thập dữ liệu: Hai nghiên cứu viên là điều dưỡng của khoa sẽ được mời tham gia để thu thập kết quả của chương trình can thiệp. Nghiên cứu viên sẽ được tập huấn cách thu thập và hỗ trợ người tham gia trả lời câu hỏi (nếu cần).

Đối với điều dưỡng: Bộ câu hỏi thu thập số liệu bao gồm

Phần 1: Thu thập các dữ liệu về nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ chuyên môn cao nhất, đơn vị công tác, số năm kinh nghiệm chăm sóc người bệnh ung thư, giai đoạn thực hiện chăm sóc người bệnh ung thư (lúc được chẩn đoán/ điều trị/ chăm sóc giảm nhẹ/toàn bộ quá trình).

Phần 2: Đánh giá kiến thức bằng bộ câu hỏi tự thiết kế. Bộ câu hỏi này sẽ được xây dựng dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa Châu Âu - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), các tài liệu dinh

dưỡng lâm sàng^{5, 10, 11, 12}. Sau đó sẽ được đánh độ tính giá trị và độ tin cậy. Các câu hỏi này liên quan đến lập kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng và hỗ trợ cho người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng. Tổng số câu là 25 câu, trả lời đúng sẽ được 2 điểm, trả lời sai được 0 điểm. Điểm tối đa của bài kiểm tra là 50 điểm và mốc điểm trung bình mong đợi là 25 điểm (50% tổng điểm). Điều dưỡng sẽ hoàn thành bảng câu hỏi trước và sau chương trình đào tạo ở bước 6.

Phần 3: Đánh giá mức độ tự tin trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh của điều dưỡng, sẽ được đánh giá thông qua một công cụ đo lường sự tự tin được thiết kế bởi Hicks, Coke¹³ Công cụ này bao gồm 12 mục và người trả lời đánh giá sự đồng ý của họ với các mục này bằng thang điểm Likert 5 điểm, trong đó 1 tương ứng với “không tự tin chút nào”, 2 tương ứng với “hơi không tự tin”, 3 tương ứng với “tự tin một chút”, 4 tương ứng với “khá tự tin” và 5 tương ứng với “rất tự tin”. Thang đo này đã chứng minh tính giá trị và độ tin cậy với hệ số Cronbach ‘alpha là 0,96. Thang đo này sẽ được điều chỉnh lại các nội dung để phù hợp với mục tiêu của dự án. Sau đó, thang đo sẽ được đánh giá lại tính giá trị và độ tin cậy. Điều dưỡng sẽ hoàn thành bảng câu hỏi trước và sau chương trình đào tạo ở bước 6.

Phần 4: Đánh giá tính khả thi của chương trình can thiệp bằng thang điểm Intervention Rating Profile – 15. Thang điểm này được sử dụng để đánh giá sự phù hợp của can thiệp đối với người tham gia, lợi ích, mức độ hợp lý, và mức độ mà những người tham gia sẽ sẵn sàng thực hiện can thiệp¹⁴. Những người tham gia sẽ được yêu cầu cho biết ý kiến của họ đối với 15 mục trên thang điểm Likert 6 điểm, từ 1 tương ứng với “rất không đồng ý”, 2 tương ứng với “không đồng ý”, 3 tương ứng với “không đồng ý một phần”, 4 tương ứng với “đồng ý một phần”, 5 tương ứng với “đồng ý” và 6 tương

ứng với “rất đồng ý”. Điểm số có thể nằm trong khoảng từ 15 đến 90, với điểm số cao hơn cho thấy mức độ ủng hộ lớn hơn đối với chương trình can thiệp. Bảng câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt, đánh giá độ tin cậy và giá trị để điều tra khả năng chấp nhận của các chương trình hỗ trợ do điều dưỡng thực hiện với với hệ số Cronbach ‘alpha là 0,89¹⁵. Điều dưỡng sẽ hoàn thành bảng câu hỏi sau chương trình đào tạo ở bước 6.

Đối với người bệnh: Bộ câu hỏi thu thập số liệu bao gồm

Phần 1: Thu thập các thông tin về nhân khẩu học (tuổi, giới, chẩn đoán, thời gian điều trị ung thư tới nay, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn cao nhất, tình trạng sống hiện tại, nơi cư trú, nghề nghiệp, mô tả tình trạng thu nhập so với chi tiêu, bảo hiểm và các phương pháp điều trị ung thư đã sử dụng).

Phần 2: Liệt kê các vấn đề dinh dưỡng đang gặp phải và mức độ khó chịu bằng thang điểm ghi nhớ các triệu chứng bản rút gọn (Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form [MSAS-SF]). Thang điểm này được rút gọn từ phiên bản đầy đủ MSAS được phát triển bởi Portenoy, Thaler¹⁶ và đã được chứng minh có tính giá trị và độ tin cậy tốt ở nhiều ngôn ngữ khác nhau qua nhiều nghiên cứu^{17, 18, 19}. Tuy là bản rút gọn của MSAS, nhưng MSAS-SF vẫn bao gồm đánh giá 32 triệu chứng về tinh thần và thể chất phổ biến liên quan đến điều trị ung thư²⁰. Trong thang đo này, các triệu chứng được đánh giá là có hoặc không có trong vòng một tuần vừa qua. Nếu có triệu chứng, mức độ khó chịu của chúng được ghi lại bằng thang điểm (1-4). Điểm số cao hơn chỉ ra mức độ khó chịu của các triệu chứng cao hơn. Nếu không có triệu chứng nào, điểm số của triệu chứng đó là 0. Tổng điểm thang được tính bằng cách cộng trung bình tất cả 32 triệu chứng. MSAS-SF đã được dịch và đánh giá độ tin cậy bằng tiếng

Việt với Cronbach ‘alpha là 0,91²¹. Người bệnh sẽ hoàn thành phần này trước khi điều dưỡng tiến hành hỗ trợ dinh dưỡng tại bệnh viện và sau khi điều dưỡng tiến hành hỗ trợ dinh dưỡng 1 tuần tại nhà (trả lời qua Google Form hoặc phỏng vấn trực tiếp qua điện thoại).

Phần 3: Đánh giá tính khả thi của chương trình can thiệp bằng thang điểm Intervention Rating Profile – 15. Tương tự như điều dưỡng, người bệnh sẽ được mời hoàn thành bộ câu hỏi với phiên bản dành cho người bệnh đã được điều chỉnh và đánh giá tính giá trị và độ tin cậy với với hệ số Cronbach ‘alpha là 0,89¹⁵. Người bệnh sẽ hoàn thành bảng câu hỏi này sau khi điều dưỡng tiến hành hỗ trợ dinh dưỡng 1 tuần tại nhà (trả lời qua Google Form hoặc phỏng vấn trực tiếp qua điện thoại).

Phân tích số liệu: Phần mềm Statistical Package for Social Sciences (SPSS, phiên bản 26.0) sẽ được sử dụng để phân tích dữ liệu cho dự án này. Phân tích mô tả được sử dụng để tính toán trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng, tùy thuộc vào phân bố của dữ liệu. Kiểm định Chi-square test, One-sample t-test, và Independent t-test sẽ được sử dụng để kiểm tra sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, và hiệu quả của can thiệp trên các biến trước và sau chương trình can thiệp.

Đạo đức và cam kết tham gia nghiên cứu: Đạo đức cho nghiên cứu này đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City (No: 30/2024/QĐ-VMC) và sự ủng hộ của Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Người tham gia nghiên cứu được giải thích bằng văn bản và ký xác nhận tham gia nghiên cứu. Kết quả dự án được báo cáo trên bất cứ tạp chí hoặc hội thảo nào đều không bao gồm các thông tin cá nhân hoặc định danh người tham gia nghiên cứu.

BÀN LUẬN

Hàng năm, các nghiên cứu trong lĩnh vực y học đã tiêu tốn 170 tỷ đô Mỹ (85% của tổng số tiền quỹ) do các sản phẩm nghiên cứu không thể công bố, không được hoàn thiện và thiết kế nghiên cứu không đạt yêu cầu^{22, 23}. Sự lãng phí này là do các nghiên cứu y học thường giải quyết các câu hỏi nghiên cứu không liên quan tới tình hình thực tế, hoặc không xem xét ý kiến của các nhà lâm sàng, người bệnh và những người sử dụng các sản phẩm của nghiên cứu^{23, 24}.

Để giải quyết sự lãng phí này, các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh tầm quan trọng của sử dụng phương pháp đồng thiết kế trong nghiên cứu y học^{9, 24}. Phương pháp đồng thiết kế kết nối tất cả những người sử dụng sản phẩm nghiên cứu thông qua một chu trình nghiên cứu từ lúc lập kế hoạch cho đến khi triển khai và nhân rộng kế hoạch²⁴. Người sử dụng sản phẩm tham gia đóng góp ý kiến ngay từ khi bắt đầu và cùng với nhóm tác giả nghiên cứu tham gia tất cả các hoạt động. Phương pháp đồng thiết kế này sẽ mang lại lợi ích cho người sử dụng sản phẩm với những cảm xúc tích cực được tham gia đóng góp ý kiến, tăng cường kiến thức và khả năng tham gia nghiên cứu của chính họ thông qua các hoạt động xây dựng và triển khai chương trình can thiệp^{25, 26, 27}.

Do đó, chúng tôi dự đoán rằng bằng việc chia sẻ quyền đóng góp và xây dựng chương trình can thiệp cho các bên liên quan (nghiên cứu viên, bác sĩ, điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng và người bệnh) để cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng của người điều dưỡng cho người bệnh ung thư, dự án này sẽ khả thi trên diện rộng và duy trì tính bền vững lâu dài. Kết quả mong đợi cuối cùng của dự án bao gồm: (1) một chương trình hỗ trợ điều dưỡng cải thiện kiến thức, kỹ năng và sự tự tin trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư; (2) người điều dưỡng cung cấp các hỗ trợ dinh dưỡng hiệu quả để

hỗ trợ người bệnh ung thư, từ đó hỗ trợ cho người bệnh giảm tỷ lệ và sự khó chịu do các triệu chứng liên quan đến dinh dưỡng gây ra cho người bệnh; (3) một cuốn Sổ tay hướng dẫn dinh dưỡng cho người bệnh ung thư sẽ được xuất bản để hỗ trợ cho người bệnh; (4) triển khai và nhân rộng dự án này tới toàn thể điều dưỡng đang chăm sóc người bệnh ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và các cơ sở chăm sóc người bệnh ung thư tại Việt Nam.

Dự án này có một số hạn chế cần được xem xét trong các nghiên cứu trong tương lai. Đầu tiên là do thời gian theo dõi người bệnh được tư vấn ngắn, nên kết quả đánh giá chỉ dừng lại ngay sau chương trình đào tạo cho điều dưỡng và một tuần sau hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh. Thứ hai là một dự án đồng thiết kế, do đó đòi hỏi sự tham gia của nhiều bên liên quan, tiêu tốn nhiều thời gian và nguồn lực hơn so với phương pháp truyền thống. Do đó quá trình thực hiện nghiên cứu đòi hỏi sự kiên trì và tham gia tích cực từ tất cả các bên liên quan.

KẾT LUẬN

Kết quả mong đợi của dự án này là một chương trình đào tạo người điều dưỡng nâng cao năng lực và sự tự tin trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư Việt Nam có các vấn đề dinh dưỡng liên quan đến điều trị. Từ đó, cải thiện các vấn đề dinh dưỡng cho người bệnh ung thư. Ngoài ra, cuốn tài liệu 'Sổ tay hướng dẫn dinh dưỡng cho người bệnh ung thư' sẽ là một tài liệu hữu ích không chỉ cho người bệnh, mà còn cho gia đình và nhân viên y tế đang chăm sóc và điều trị cho người bệnh ung thư tại Việt Nam.

LỜI CẢM ƠN

Dự án này nhận được tài trợ của Chính phủ Australia thông qua Quỹ Hỗ trợ Cựu sinh viên Australia do Chương trình Aus4Skills quản lý. Ý tưởng của dự án này

được xây dựng dựa trên đề tài Nghiên cứu sinh của tác giả chính tại Đại học Công nghệ Queensland, Úc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Nurgali K, Jagoe RT, Abalo R. Editorial: Adverse Effects of Cancer Chemotherapy: Anything New to Improve Tolerance and Reduce Sequelae? *Front Pharmacol* 2018; 9:245. doi: 10.3389/fphar.2018.00245.
3. McQuade R.M, Stojanovska V, Abalo R, Bornstein J. C, Nurgali K. Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. *Front Pharmacol* 2016; 7: 414. doi: 10.3389/fphar.2016.00414.
4. Lewis S., Bucher L, Heitkemper M.M, Harding M.M, Kwong J, Roberts D. *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. 5th ed. Elsevier Health Sciences; 2016.
5. American Cancer Society. Nutrition for the person with cancer during treatment: a guide for patients and families; 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/booklets-flyers/nutrition-for-the-patient-with-cancer-during-treatment.pdf>
6. Bộ Y Tế. Thông tư quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện số 18/2020/TT-BYT; 2020. [cited 2024 May 20]. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Thong-tu-18-2020-TT-BYT-quy-dinh-hoat-dong-dinh-duong-trong-benh-vien-457809.aspx>.
7. Cass S, Ball L, Leveritt M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. *Aust J Prim Health* 2014; 20 Suppl 2: 203-8. doi: 10.1071/PY12118.
8. Gan T, Cheng H.L, Tse M.Y.M. A systematic review of nurse-led dietary interventions for cancer patients and survivors. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2021; 9 Suppl 2: 81-87. doi: 10.1016/j.apjon.2021.12.013.
9. Green T, Bonner A, Teleni L, Bradford N, Purtell L, Douglas C, et al. Use and reporting of experience-based codesign studies in the healthcare setting: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* 2020; 29 Suppl 1: 64-76. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009570.
10. Cancer Council. Nutrition for people living with cancer; 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/nutrition-and-cancer-booklet>.
11. Bộ Y Tế. Dinh dưỡng lâm sàng. Tái bản lần 1. Nhà xuất bản Y học; 2018.
12. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021; 40 Suppl 5: 2898-2913. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
13. Hicks F.D, Coke L, Li S. Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on Nursing students' knowledge and performance: a pilot study. National Council of State Boards of Nursing 2009.
14. Martens B.K, Witt J, Elliott S, Dion X. D. Teacher judgments concerning the acceptability of school-based interventions. *Professional Psychology: Research and Practice* 1985; 16: 191-198. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.2.191>.

15. Nguyen L.T. A psycho-educational intervention for symptom cluster management among cancer patients undergoing treatment in Vietnam. Diss Queensland University of Technology 2018.
16. Portenoy R.K, Thaler H. T, Kornblith A. B, Lepore J. M, Friedlander-Klar H, Kiyasu, E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994; 30a Suppl 9: 1326-36. doi: 10.1016/0959-8049(94)90182-1.
17. Browall M, Kenne Sarenmalm E, Nasic S, Wengström Y, Gaston-Johansson F. Validity and reliability of the Swedish version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS): an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics, and distress. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46 Suppl 1: 131-41. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.07.023.
18. Chang V.T, Hwang S. S, Thaler H. T, Kasimis B. S, Portenoy R. K. Memorial Symptom Assessment Scale. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2004; 4 Suppl 2: 171-178.
19. Llamas Ramos I, Martín Noguera A. M, Alvarado Omenat J. J, Calvo Arenillas J. I, Fonseca Sánchez E, Cortés Rodríguez M. Reliability and validity of the Spanish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in oncology patients. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52 Suppl 6: 884-891. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.05.021.
20. Chang V.T, Hwang S. S, Feuerman M, Kasimis B. S, Thaler H. T. The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF) validity and reliability. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 2000; 89 Suppl 5: 1162-1171. doi: 10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1162::aid-cncr26>3.0.co;2-y.
21. Le-Dai D, Pham T. V. A, Bui T. T. H, Than T. N. H, Pham V. T, Luong N.K, et al. Symptom prevalence, burden and correlates among people living with HIV in Vietnam: a two-centre self-report study. *AIDS Care* 2022; 34 Suppl 7: 887-893. doi: 10.1080/09540121.2021.1922577.
22. Chalmers I, P. Glasziou. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *The Lancet* 2009; 374 Suppl 9683: 86-89. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9.
23. Glasziou P, Chalmers I. Is 85% of health research really “wasted”? *BMJ Opinion* 2018; 363: 4645.
24. Slattery P, Saeri A.K, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. *Health Res Policy Syst* 2020; 18 Suppl 1: 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0528-9>.
25. Bailey S, Boddy K, Briscoe S, Morris C. Involving disabled children and young people as partners in research: a systematic review. *Child: care, health and development* ; 2015 Jul;41(4):505-14. doi: 10.1111/cch.12197.
26. Brett J, Staniszevska S, Mockford C, Seers K, Herron-Marx S, Bayliss H. The PIRICOM study: A systematic review of the conceptualisation, measurement, impact and outcomes of patients and public involvement in health and social care. 2010.
27. Di Lorito C, Bosco A, Birt L, Hassiotis A. Co-research with adults with intellectual disability: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31 Suppl 5: 669-686. doi: 10.1111/jar.12435.