

MÔ HÌNH CHIA SẺ RA QUYẾT ĐỊNH TRONG UNG THƯ – BẢO TỒN SINH SẢN

ThS. Nguyễn Thảo Quyên

Đại học Y Dược TP HCM

Trong thực hành lâm sàng điều trị và chăm sóc bệnh nhân ung thư, chúng ta có thể gặp những tình huống khó xử, như bệnh ung thư được phát hiện trên bệnh nhân đang mang thai, thầy thuốc có thể lúng túng không biết xử trí thế nào cho an toàn cả mẹ lẫn con, khi nào thì nên chấm dứt thai kỳ để tiến hành điều trị triệt để bệnh ung thư cho người mẹ. Trong một tình huống khác, những phụ nữ trẻ chưa có con hoặc còn mong muốn sinh thêm nhưng vừa phát hiện ung thư, họ có nguyện vọng vừa điều trị bệnh tích cực vừa bảo tồn được chức năng sinh sản, vậy người thầy thuốc có đáp ứng được nguyện vọng chính đáng này hay không? Trong cả hai tình huống, hướng điều trị, chăm sóc của người thầy thuốc cần phải dựa trên chứng cứ khoa học, phù hợp về mặt đạo đức và pháp lý, và dựa trên sự tư vấn, thảo luận kỹ lưỡng giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

MÔ HÌNH CHIA SẺ RA QUYẾT ĐỊNH

Thầy thuốc và bệnh nhân có những vai trò khác nhau trong quá trình tương tác y khoa. Điều này quyết định mức độ tham gia của bệnh nhân và thầy thuốc trong quá trình đưa ra quyết định lâm sàng và quá trình điều trị, chăm sóc bệnh nhân. Ở một chiều cực đoan là mô hình gia trưởng (paternalistic), trong đó người thầy thuốc dựa vào chuyên môn của bản thân, tự quyết định hướng chẩn đoán và điều trị mà theo họ là tốt nhất cho bệnh nhân và khuyến khích bệnh nhân đồng thuận với sự lựa chọn này. Ở thái cực ngược lại là mô hình thông tin

(informative), trong đó thầy thuốc có vai trò cung cấp thông tin và để người bệnh cùng thân nhân đưa ra quyết định một cách độc lập. Chia sẻ ra quyết định (Shared – Decision Making – SDM) là mô hình “trung gian”, đã trở nên phổ biến từ cuối những năm 1970, đặc biệt là ở các nước châu Âu, Canada và Mỹ. Elwyn và cộng sự (2017) định nghĩa SDM là mô hình trong đó thầy thuốc cung cấp tất cả thông tin liên quan đến lợi ích và rủi ro có thể xảy ra của phương pháp can thiệp; người bệnh và thầy thuốc sau đó cùng thảo luận chi tiết về vấn đề sức khỏe, và cùng nhau đồng thuận về kế hoạch điều trị. SDM giúp thúc đẩy quyền tự chủ của bệnh nhân và đảm bảo rằng quyết định điều trị chăm sóc sẽ đáp ứng đúng nhu cầu của người bệnh. Tôn trọng quyền tự chủ của bệnh nhân là một trong bốn nguyên tắc đạo đức quan trọng của ngành y, bao gồm tự chủ (autonomy), công bằng (justice), có lợi ích (beneficence) và bình đẳng (equity).

Tại Việt Nam, SDM là một khái niệm còn khá mới, chưa được nghiên cứu rộng rãi và chưa được đưa vào chuẩn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn thực hành lâm sàng cũng phản ánh phần nào về SDM. Cụ thể, Bộ Y tế đã đưa ra tiêu chí “Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm” (patient – centered care) về mối quan hệ tương tác giữa thầy thuốc và người bệnh (thông tư 07/2011/TT – BYT). Năm 2015, Bộ Y tế đã chỉ đạo thực hiện đổi mới phong cách, thái độ của nhân viên y tế hướng đến “Sự hài lòng của người bệnh”, xem đây là một kết cục sức khỏe quan trọng

nằm trong chính sách y tế quốc gia, và là tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế (thông tư 2151/QĐ – BYT). Ngoài ra, theo Luật Khám chữa bệnh (số 40/2009/QH12) và Quy định về Điều Y đức (số 2088/BYT – QĐ), mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân được nhấn mạnh phải là mối quan hệ hợp tác, trong đó nhu cầu và mong muốn của bệnh nhân cũng như kinh nghiệm chuyên môn của nhân viên y tế được chia sẻ nhằm tìm kiếm quyết định điều trị, chăm sóc tốt nhất. Có thể thấy những tiêu chí trên đều tương đồng với nguyên lý và mục tiêu của SDM. Gần đây nhất, vào tháng 1/2022, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn Chăm sóc giảm nhẹ (quyết định 183/QĐ – BYT), theo đó SDM được đưa vào danh mục các thuật ngữ. SDM được định nghĩa là một quá trình trong đó các chuyên gia về chăm sóc sức khỏe cùng với người bệnh, hoặc người quyết định thay thế cho người bệnh, thảo luận và làm rõ chẩn đoán, tiên lượng và các giá trị của người bệnh; sau đó cố gắng đi đến đồng thuận về các mục tiêu và kế hoạch chăm sóc cụ thể cho người bệnh.

VAI TRÒ VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA SDM TRONG UNG THƯ, BẢO TỒN SINH SẢN

SDM đã trở thành chủ đề nhận được nhiều sự quan tâm ở nhiều quốc gia; từ chuyên gia y tế đến các nhà nghiên cứu, giáo dục và hoạch định chính sách bởi những lợi ích mà nó mang lại. SDM giúp người bệnh có thêm kiến thức và hiểu rõ hơn về tình trạng sức khỏe của họ, mang đến những kết quả điều trị tích cực, giúp người bệnh giảm lo lắng, tự tin hơn với quyết định của mình và tham gia vào quá trình điều trị tốt hơn. Rất nhiều bằng chứng đã cho thấy, khi người bệnh càng tham gia một cách tích cực vào quá trình ra quyết định thì họ càng cảm thấy hài lòng hơn, từ đó có mức độ cam kết với điều trị cao hơn, và dự hậu sức khỏe cũng tốt hơn (Stacey và cs., 2017). Ngoài ra, SDM giúp cải thiện hiệu quả chăm sóc sức khỏe thông qua việc giảm thiểu các can thiệp không cần thiết, và thúc đẩy một hệ thống

y tế bền vững hơn nhờ vào việc để bệnh nhân tự làm chủ sức khỏe của họ. Sự tham gia của bệnh nhân vào quá trình ra quyết định còn được xem là một công cụ làm giảm bất bình đẳng trong y tế, và là một chỉ dấu đánh giá chất lượng của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Đáng chú ý, SDM là một bước quan trọng không thể thiếu của Thực hành dựa trên bằng chứng (Evidence – Based Practice – EBP). SDM và EBP phụ thuộc và kết nối với nhau, khi những bằng chứng tốt nhất được kết hợp với kinh nghiệm lâm sàng của người thầy thuốc và giá trị, mong muốn của người bệnh.

SDM được chấp thuận và ủng hộ trên toàn thế giới thông qua các chính sách chăm sóc sức khỏe. Tại Mỹ, Đạo luật Chăm sóc sức khỏe đã đưa SDM vào dịch vụ sức khỏe công cộng để cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh. Ở các nước châu Âu, SDM đã trở thành chính sách y tế ưu tiên trong hai thập kỷ qua. Bộ Y tế Vương quốc Anh (2010) đã đưa ra chính sách “Không có quyết định nào về tôi nếu không có tôi” (No decision about me without me) để nhấn mạnh sự cần thiết về sự chia sẻ quyết định cùng với bệnh nhân. Các tổ chức y khoa tập trung đầu tư phát triển kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế theo mô hình SDM nhận thấy sự cải thiện rõ ràng về điểm số trải nghiệm của bệnh nhân và các chỉ số đo lường chất lượng khác.

SDM đã được xác định là một yếu tố cực kỳ quan trọng trong điều trị, chăm sóc bệnh nhân ung thư. Nghiên cứu cho thấy, đa số các bệnh nhân ung thư đều mong muốn tham gia vào quá trình đưa ra quyết định, đặc biệt, ở những trường hợp ung thư đã tiến triển, bệnh nhân ung thư ví đặc biệt mong muốn được tham gia một cách tích cực vào quá trình này. Nghiên cứu cũng đã khẳng định rằng, SDM có liên quan đến những dự hậu tích cực, bao gồm nâng cao kiến thức cho người bệnh, giảm các mong đợi không thực tế và mâu thuẫn khi đưa ra quyết định, giúp quyết định được đưa ra đúng lúc và kịp thời, cải thiện chất lượng chăm sóc và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư (Stacey

và cs., 2017). Trong một nghiên cứu về ung thư buồng trứng, những dồn nén cảm xúc tại thời điểm được thông báo về chẩn đoán trở thành rào cản làm người bệnh không thể tham gia vào việc ra quyết định cùng với nhân viên y tế. Tuy nhiên, bệnh nhân thường thay đổi suy nghĩ và hành vi về sau trong quá trình điều trị (Frey và cs., 2017). Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân ung thư vú tin rằng việc tham gia đưa ra quyết định là quan trọng và việc tham gia này giúp tăng chất lượng cuộc sống của họ. Trong một nghiên cứu khác về ung thư buồng trứng, bệnh nhân nói rằng họ cảm thấy khuây khỏa và nhẹ nhàng hơn khi hiểu rõ về các lựa chọn điều trị, không còn cảm giác mập mờ, thiếu rõ ràng khi đưa ra quyết định (Weeks và cs., 2020). Trong chuyên ngành phụ khoa, các phác đồ điều trị đối với rong kinh rong huyết nặng hoặc u xơ tử cung cho thấy ngày càng có nhiều lựa chọn dựa trên bằng chứng. Không có lựa chọn nào là tốt hơn cái khác, mà phải tùy thuộc vào việc cân nhắc lợi ích, nguy cơ của từng lựa chọn. Nghiên cứu cho thấy rằng, phụ nữ lựa chọn những phương pháp điều trị khác nhau dựa trên mong muốn và trải nghiệm cá nhân của họ (Zandstra, Busser, Aarts & Nieboer, 2017). Điều này có nghĩa rằng, nhân viên y tế cần phải điều chỉnh thông tin cung cấp cho từng cá thể người bệnh, tìm hiểu và khơi gợi mong muốn, nhu cầu của họ và kết hợp những giá trị này để tìm ra phương pháp điều trị phù hợp nhất.

CÁC MÔ HÌNH VÀ CÔNG CỤ SDM

Mô hình SHARE được tổ chức AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality's) – một trong 12 tổ chức trực thuộc Bộ Y tế Hoa Kỳ chuyên nghiên cứu xây dựng chính sách y tế và chất lượng, hiệu quả của các dịch vụ y tế – phát triển vào năm 2015. SHARE khái quát và thực tế hóa năm bước chính của SDM theo năm chữ cái bao gồm: tìm kiếm sự tham gia của bệnh nhân (seek); cùng bệnh nhân khám phá, so sánh các lựa chọn (help); nhận định giá trị và mong muốn của bệnh nhân (assess); đưa ra quyết định

cùng với bệnh nhân (reach); và lượng giá quyết định (evaluate) (Hình 1).



Một mô hình SDM phổ biến khác là mô hình Ba tiếng nói (Three talk), mô tả ba bước tổng quát quan trọng trong quá trình chia sẻ quyết định giữa thầy thuốc và bệnh nhân, đó là tiếng nói của nhóm (team talk), tiếng nói của các lựa chọn (option talk), và tiếng nói của quyết định (decision talk) (Elwyn và cs., 2017) “Tiếng nói của nhóm” là bước mà nhân viên y tế giới thiệu các lựa chọn hiện hữu, cung cấp sự hỗ trợ và khám phá, tìm hiểu mục tiêu sức khỏe của người bệnh. “Tiếng nói của các lựa chọn” là bước thảo luận toàn diện về các lựa chọn thay thế, và “tiếng nói của quyết định” là bước đưa ra quyết định cuối cùng dựa trên những thông tin đã được cung cấp và chuyên môn của người thầy thuốc (Hình 2).

Cùng với hai mô hình trên, các công cụ hỗ trợ ra quyết định được thiết kế để hỗ trợ và thúc đẩy việc thực hành SDM trên lâm sàng. Những công cụ này sẽ cung cấp thông tin về các lựa chọn, xác suất xảy ra các lợi ích và nguy cơ, và giúp người bệnh xác định rõ điều gì quan trọng nhất đối với họ. Có nhiều loại công cụ hỗ trợ ra quyết định bao gồm, công cụ cung cấp thông tin dựa trên giấy (sách bỏ túi, tờ rơi), công cụ cung

cấp thông tin dựa trên máy tính (đĩa CD, trang web), cây quyết định (thuật toán), công cụ phân tích quyết định (Data Analytics Tool – DAT) (Stacey và cs., 2017). Nhiều công cụ hỗ trợ ra quyết định liên quan đến phẫu thuật, xạ trị, nội tiết và hóa trị dành cho bệnh nhân ung thư đã được phát triển (Tseng và cs., 2021). Nghiên cứu tổng quan cho thấy, công cụ hỗ trợ ra quyết định có tác động đến sự hài lòng của người bệnh và giúp họ giảm sự không chắc chắn trong quyết định được đưa ra (Zandstra và cs., 2017).

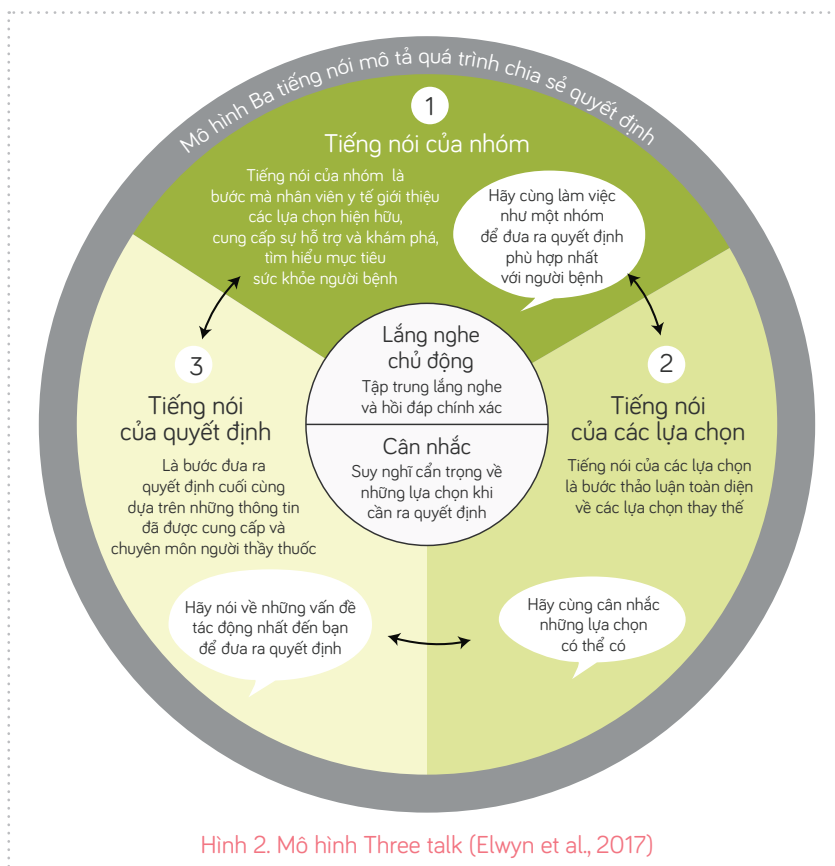
CÁC CÔNG CỤ ĐO LƯỜNG SDM

Xây dựng và kiểm định các công cụ đo lường SDM vẫn còn là một khó khăn. SDM xảy ra bên trong và bên ngoài cuộc giao tiếp thầy thuốc – bệnh nhân, bao gồm những hành vi quan sát được (cung cấp thông tin) và những hành vi ẩn giấu (suy nghĩ về các lựa chọn), ở cả thầy thuốc và người bệnh. Chính vì vậy, SDM thường được lượng giá bởi chính bệnh nhân hoặc nhân viên y tế, hoặc một người quan sát độc lập. Việc kết

hợp cả ba phương thức này là cần thiết để có thể lượng giá một cách chính xác nhất về quá trình SDM. Theo kết quả từ một nghiên cứu tổng quan hệ thống, hiện chỉ có bộ công cụ OPTION 12 được đánh giá cao nhất theo các tiêu chuẩn của COSMIN về tính giá trị và độ tin cậy (Ahmad, Abu Tabar, Othman & Abdelrahim, 2020). Các nhà nghiên cứu phải thực hiện các bước đánh giá quan trọng trước khi chọn bộ công cụ sao cho đáp ứng mục tiêu nghiên cứu, cũng như các yêu cầu chất lượng (Ahmad và cs., 2020). Các công cụ này cũng cần được điều chỉnh và kiểm định theo một quy trình chuẩn trước khi đưa vào sử dụng.

RÀO CẢN/ THÁCH THỨC ĐỐI VỚI SDM

Mặc dù SDM mang lại nhiều lợi ích, việc áp dụng SDM vào thực hành lâm sàng vẫn còn rất hạn chế (Driever, Tollhuizen, Duvivier, Stiggelbout & Brand, 2022). Một trong những rào cản đó là nhân viên y tế chưa có kiến thức và



nhận thức đúng về SDM. Nhân viên y tế thường nghĩ rằng SDM đơn giản chỉ là việc thảo luận về lợi ích, nguy cơ, hoặc nhằm lẫn giữa SDM với việc đạt được sự đồng thuận từ bệnh nhân, và cho rằng họ đã thực hiện SDM. Nhân viên y tế cũng thường nghĩ rằng sẽ không có đủ thời gian thực hiện SDM trên lâm sàng và SDM làm tăng khối lượng công việc. Họ cũng không được đào tạo và không nhận được sự hỗ trợ có hệ thống tại nơi làm việc, các cơ sở lâm sàng sợ mất doanh thu nếu tỷ lệ can thiệp giảm, và chi phí tốn kém cho các công cụ hỗ trợ ra quyết định. Bên cạnh đó, các phác đồ hướng dẫn lâm sàng có xu hướng nhấn mạnh quá mức những khuyến cáo dựa trên độ mạnh của bằng chứng, và thường không đề cập đến việc phải cân nhắc mong muốn, giá trị người bệnh. Trong bối cảnh lâm sàng bận rộn, để hiểu được đặc điểm tâm lý xã hội của từng cá thể bệnh nhân là một thử thách đối với nhân viên y tế. Việc hướng đến mô hình SDM đòi hỏi cần thời gian để hiểu và giải quyết các vấn đề liên quan như trình độ kiến thức phổ thông và kiến thức y khoa của bệnh nhân. Ngoài ra, các thực hành truyền thống theo thứ bậc và gia trưởng đã hình thành và kéo dài rất lâu trong ngành y có thể sẽ thử thách thầy thuốc trong việc chia sẻ quyền lực cũng như trách nhiệm với bệnh nhân. Một số yếu tố ngoại cảnh tác động đến việc bệnh nhân có được tham gia tích cực vào quá trình đưa ra quyết định hay không, bao gồm đặc điểm tính cách bệnh nhân, thời gian nhân viên y tế thăm khám, tiếp xúc với bệnh nhân, nhân viên y tế có được khuyến cáo thực hiện SDM hay không, và những hạn chế về kiến thức SDM của nhân viên y tế (Driever và cs., 2022). Hành vi của nhân viên y tế thường bị ảnh hưởng mạnh bởi niềm tin rằng họ phải chịu trách nhiệm đưa ra những chẩn đoán đúng và dựa trên bằng chứng tốt nhất. Nhân viên y tế thường mô tả SDM là quá trình người bệnh đồng thuận với quyết định

của nhân viên y tế, hoặc để cho bệnh nhân tự quyết định khi chưa có khuyến cáo lâm sàng rõ ràng (Driever và cs., 2022). Các chuyên gia cho rằng, để thúc đẩy việc thực hiện SDM cần phải phát triển và đẩy mạnh thực hiện các khóa đào tạo. Xa hơn nữa, SDM phải được đưa vào các quy trình thực hành lâm sàng.

KẾT LUẬN

Thầy thuốc cần xây dựng mối quan hệ tin cậy với bệnh nhân và chia sẻ trách nhiệm trong việc đưa ra quyết định. Việc ra quyết định của thầy thuốc thường bị ảnh hưởng bởi các yếu tố môi trường, trình độ chuyên môn, và kiến thức về SDM. Tạo ra một môi trường ủng hộ, bắt đầu từ các cấp lãnh đạo là điều quan trọng để SDM có thể áp dụng thành công vào lâm sàng, giúp nhân viên y tế có thêm động lực và nhận thấy những tác động tích cực của SDM đối với quá trình điều trị, chăm sóc và kết cục của người bệnh. Việc thúc đẩy SDM không chỉ bao gồm đào tạo kỹ năng, mà còn hướng đến mục tiêu thay đổi nhận thức và niềm tin của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmad M, Abu Tabar N, Othman EH, & Abdelrahman Z (2020). Shared Decision – Making Measures: A Systematic Review. *Qual Manag Health Care*, 29(2), 54 – 66. doi:10.1097/qmh.0000000000000250.
2. Driever EM, Tolhuizen IM, Duvivier RJ, Stiggelbout AM, & Brand PLP (2022). Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC medical education*, 22(1), 155. doi:10.1186/s12909 – 022 – 03203 – 2.
3. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z ... Van der Weijden T (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *Bmj*, 359, j4891. doi:10.1136/bmj.j4891.
4. Frey MK, Ellis AE, Koontz LM, Shyne S, Klingenberg B, Fields JC, ... Blank SV. J. G. O. (2017). Ovarian cancer survivors' acceptance of treatment side effects evolves as goals of care change over the cancer continuum. 146(2), 386 – 391.
5. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, ... Trevena L (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, Cd001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5.
6. Tseng L-M, Lien P-J, Huang C-Y, Tsai, Y-F, Chao, T-C & Huang S-M (2021). Developing a Web – Based Shared Decision – Making Tool for Fertility Preservation Among Reproductive – Age Women With Breast Cancer: An Action Research Approach. *J Med Internet Res*, 23(3), e24926 – e24926. doi:10.2196/24926.
7. Weeks K, West M, Lynch C, Hunter L, Keenan C, Borman S, ... Charlton M (2020). Patient and Provider Perspectives on Barriers to Accessing Gynecologic Oncologists for Ovarian Cancer Surgical Care. *Women's Health Reports*, 1, 574 – 583. doi:10.1089/whr.2020.0090.
8. Zandstra D, Busser JAS, Aarts JWM, & Nieboer TE (2017). Interventions to support shared decision – making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 211, 156 – 163. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.