

Liên quan sự tin tưởng bác sĩ điều trị với chất lượng cuộc sống ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan điều trị ngoại trú

The relationship between trust in physicians and quality of life among outpatients with hepatocellular carcinoma

Nguyễn Thị Loan, Phạm Thị Trang, Chu Việt Anh,
Trần Thị Việt Trinh, Nguyễn Ngọc Mai,
Nguyễn Thị Hương, Hoàng Thị Thanh Xuân,
Nguyễn Anh Phương, Trần Thị Thuý An và Lê Duy Cường*

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá liên quan độ tin tưởng bác sĩ điều trị (TTBSĐT) với các khía cạnh sức khỏe của chất lượng cuộc sống (CLCS) ở người bệnh UBTG điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TƯQĐ 108). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 166 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) điều trị ngoại trú. Sử dụng thang đo sức khỏe EQ-5D-5L và VAS phiên bản dành cho người Việt Nam và thang đo TTBSĐT. **Kết quả:** Tuổi trung bình ($61,43 \pm 11,50$), tỉ lệ nam (92,77%), Child-Pugh A (91,57%) và BCLC giai đoạn 3 (59,64%). Có tương quan thuận TTBSĐT với CLCS và VAS ($p < 0,05$); Tương quan nghịch giữa TTBSĐT với các khía cạnh thể chất và tinh thần của CLCS: Khó khăn khi tự chăm sóc, khó khăn sinh hoạt thường ngày, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu ($p < 0,05$); Tương quan thuận CLCS với TTBSĐT theo thời gian điều trị và bác sĩ điều trị theo chuyên ngành ($p < 0,05$). **Kết luận:** TTBSĐT tốt hơn mang lại lợi ích cho nhiều khía cạnh về thể chất và tinh thần của CLCS ở người bệnh UBTG đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, chất lượng cuộc sống, điều trị ngoại trú, tin tưởng bác sĩ điều trị.

Summary

Objective: To evaluate the level of trust in physicians (TiP) related to quality of life (QoL) according to health aspects of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was used on 166 outpatients with HCC. EQ-5D-5L and VAS versions for Vietnamese people and the TiP scale were used to measure QoL and TiP scores. **Result:** Mean age (61.43 ± 11.50), male rate (92.77%), Child-Pugh A (91.57%) and stage 3 of BCLC (59.64%). There were positive correlations between TiP with the QoL and VAS scores ($p < 0.05$); Negative correlations between the TiP and aspects of QoL including: difficulty in self-care, difficulty in usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression ($p < 0.05$); Positive correlation between TiP and QoL according to treatment duration and specialistic doctors ($p < 0.05$). **Conclusion:** Better TiP brought benefits to both physical and mental aspects of QoL among HCC outpatients at 108 Military Central Hospital.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, quality of life, outpatient, trust in physician, outpatient.

Ngày nhận bài: 04/6/2024, ngày chấp nhận đăng: 21/6/2024

* Tác giả liên hệ: leduycuong76@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tin tưởng bác sĩ điều trị (TTBSĐT) là một trong những nền tảng của mối quan hệ người bệnh-cơ sở điều trị. Tuy nhiên, trong mối quan hệ người bệnh-bác sĩ điều trị thì quyết định mọi vấn đề cuối cùng thuộc về bác sĩ điều trị và bất kỳ hành vi lạm dụng nào cũng có thể gây bất lợi cho việc điều trị người bệnh và mối quan hệ này. Do đó, người bệnh tích cực tìm kiếm bác sĩ mà họ có thể tin tưởng. Hành vi của nhân viên y tế thường được xác định là nguyên nhân dẫn đến mối quan hệ không tốt giữa người bệnh và nhân viên y tế. Topp và Chipukuma (2016) đã mô tả chuỗi nghi ngờ về chất lượng điều trị bắt nguồn từ cơ sở y tế ảnh hưởng tiêu cực đến người bệnh. Thực tế, TTBSĐT có thể làm người bệnh tìm kiếm các lựa chọn điều trị ở các cơ sở y tế khác để tiếp cận và có chất lượng chăm sóc tốt hơn¹.

Niềm tin của người bệnh vào nhân viên y tế có tác động tích cực đến cả kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy mối tương quan thuận giữa TTBSĐT và CLCS. Hơn nữa, TTBSĐT của người bệnh còn liên quan đến việc cải thiện cả khía cạnh thể chất và tinh thần trong CLCS của họ^{2,3}. Tuy nhiên, sự phức tạp của khái niệm khiến cho việc đo lường CLCS trở nên khó khăn đáng kể. Do đó, có nhiều công cụ đã được xác nhận trên các nhóm người bệnh khác nhau để đánh giá CLCS. Tuy nhiên, những công cụ này rất khác nhau về mức độ, phạm vi và tính hợp lệ. Do đó, việc lựa chọn công cụ thích hợp để đánh giá CLCS của người bệnh là rất quan trọng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng công cụ EQ-5D-5L và thang đo VAS đã được chuẩn hóa đầu tiên cho người Việt Nam vào năm 2018⁴, đánh giá CLCS theo 05 khía cạnh sức khỏe (sự đi lại, tự chăm sóc bản thân, các hoạt động hàng ngày, đau/khó chịu, lo lắng/trầm cảm) để khảo sát TTBSĐT liên quan đến CLCS ở người bệnh UBTG điều trị ngoại trú tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Người bệnh được chẩn đoán xác định UBTG, điều trị ngoại trú tại các phòng khám chuyên khoa Tiêu hóa, Bệnh viện TƯQĐ 108, thời gian từ tháng 1

đến tháng 7 năm 2022. Loại trừ người bệnh không đồng ý tham gia, bỏ nghiên cứu, hoặc không trả lời đầy đủ câu hỏi trong bản phỏng vấn.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Cỡ mẫu:

Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

σ là độ lệch chuẩn ước lượng trong dân số, theo nghiên cứu của Maly Rose C (2015) và cộng sự⁵, CLCS trung bình là $46,4 \pm 12,6$. Nên chọn σ là: 12,6. d là sai số ước lượng: Chọn $d = 3$, dự trừ mất mẫu 5%.

Vậy, đưa vào công thức ta có $n = 161$.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy vào tất cả đối tượng đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Tổng số có 166 người bệnh UBTG đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Thu thập từ hồ sơ khám bệnh, phỏng vấn trực tiếp và hướng dẫn người bệnh tự hoàn thiện bằng câu hỏi tại thời điểm đến tái khám.

Đánh giá CLCS: Sử dụng công cụ EQ-5D-5L đánh giá CLCS theo 05 khía cạnh sức khỏe (sự đi lại, tự chăm sóc bản thân, các hoạt động hàng ngày, đau/khó chịu, lo lắng/trầm cảm). Thang đo sức khỏe VAS, cung cấp tỉ lệ chung về sức khỏe bản thân và cho điểm sức khỏe trên thang điểm 0-100, với 0 điểm đại diện cho sức khỏe 'tệ nhất' và 100 điểm là sức khỏe 'tốt nhất'. EQ-5D-5L và VAS là công cụ đã được chuẩn hóa đầu tiên cho người Việt Nam vào năm 2018, được thực hiện theo quy định, tiêu chuẩn dưới sự giám sát của các chuyên gia của Euroqol và được Euroqol phê chuẩn⁴.

Thang đo TTBSĐT: Được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Thang đo gồm 11 mục được tính điểm theo thang Likert 5 dao động từ 1 điểm (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 điểm (hoàn toàn đồng ý). Một số mục trong thang đo (mục 1, 5, 7 và 11) là cho điểm ngược lại. Như vậy, tổng số điểm khi người bệnh trả lời đầy đủ các câu hỏi dao động từ 11 đến 55. Đánh giá độ tin tưởng bác sĩ

bằng kết quả tổng số điểm, số điểm này tương quan thuận với độ TTBSĐT⁶.

Độ tin cậy của công cụ đã được xác định thông qua tính nhất quán bên trong của nó, sử dụng Cronbach's Alpha, xem xét các phạm vi được thiết lập bởi George và Mallery (2003)⁷, công cụ đáng tin cậy khi hệ số alpha lớn hơn 0,7. Hệ số alpha thu được của công cụ của chúng tôi được thể hiện ở Bảng 1:

Bảng 1. Hệ số alpha của công cụ nghiên cứu

Mục câu hỏi	Số lượng câu hỏi	Cronbach's Alpha
Câu hỏi tin tưởng bác sĩ điều trị	11	0,920
Câu hỏi chất lượng cuộc sống	5	0,728

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện theo trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD), số lượng (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Sử dụng Regression test đánh giá tương quan giữa

TTBSĐT và CLCS. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê khi kiểm định.

Nghiên cứu tuân thủ mọi quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

2.4. Hạn chế của nghiên cứu

Kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện có thể gây ra lỗi lấy mẫu và làm tăng nguy cơ sai lệch lựa chọn. Phương pháp phỏng vấn trực tiếp có thể gây ra thành kiến chấp nhận, thành kiến mong muốn xã hội và thành kiến của người phỏng vấn. Tuy nhiên, phương pháp này được chọn vì nó được người trả lời cho là thích hợp hơn dựa trên nghiên cứu được công bố trước đó. Việc dựa vào các biện pháp tự báo cáo có thể là một dạng sai lệch bổ sung. Ngoài ra, việc chăm sóc người bệnh UBTG vốn đã theo chiều dọc, nhưng đây là một nghiên cứu cắt ngang, hạn chế khả năng kiểm tra tác động của sự thay đổi TTBSĐT của người bệnh với CLCS của họ theo thời gian. Nghiên cứu cũng chưa đánh giá hết các yếu tố nhiễu như: Trình độ bác sĩ, thời gian và mức độ bệnh, công tác quản lý và chất lượng của cơ sở điều trị...

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

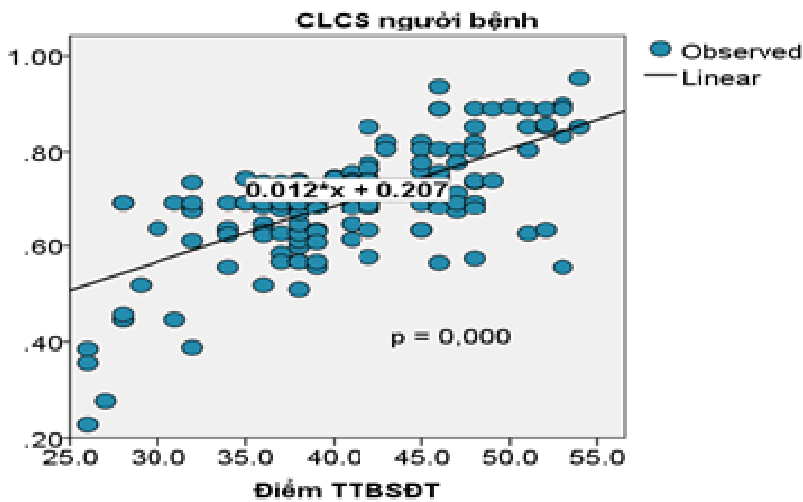
Tiêu chí đánh giá		Nhóm bệnh (n = 166)	
		n	Tỷ lệ %
Tuổi	< 45	18	10,84
	45-64	78	46,99
	≥ 65	70	42,17
	Min-Max; $\bar{X} \pm SD$	34-86; 61,43 $\pm$ 11,50	
Giới tính	Nam	154	92,77
	Nữ	12	7,23
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	153	92,17
	Độc thân, li dị	13	7,23
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	53	31,93
	Dưới đại học	113	68,07
Nghề nghiệp	Công chức	54	32,53
	Hưu trí	95	57,23
	Tự do	17	10,24
Kinh tế	Khó khăn	134	80,72
	Không khó khăn	32	19,28
Chỉ số BMI	BMI < 18	18,00	10,84
	18 ≤ BMI < 23	116,00	69,88
	BMI ≥ 23	32,00	19,28

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là $61,43 \pm 11,50$ tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, hay gặp nhất là 45-64 tuổi (52,94%). Giới tính nam chiếm đa số (92,77%). Người bệnh chủ yếu là có gia đình (92,17%). Trình độ dưới đại học (68,07%), nghề nghiệp hưu trí là cao nhất (57,23%), khó khăn tài chính (80,72%). Chỉ số BMI bình thường chiếm đa số (69,88%).

Bảng 3. Tình trạng bệnh và phương pháp điều trị

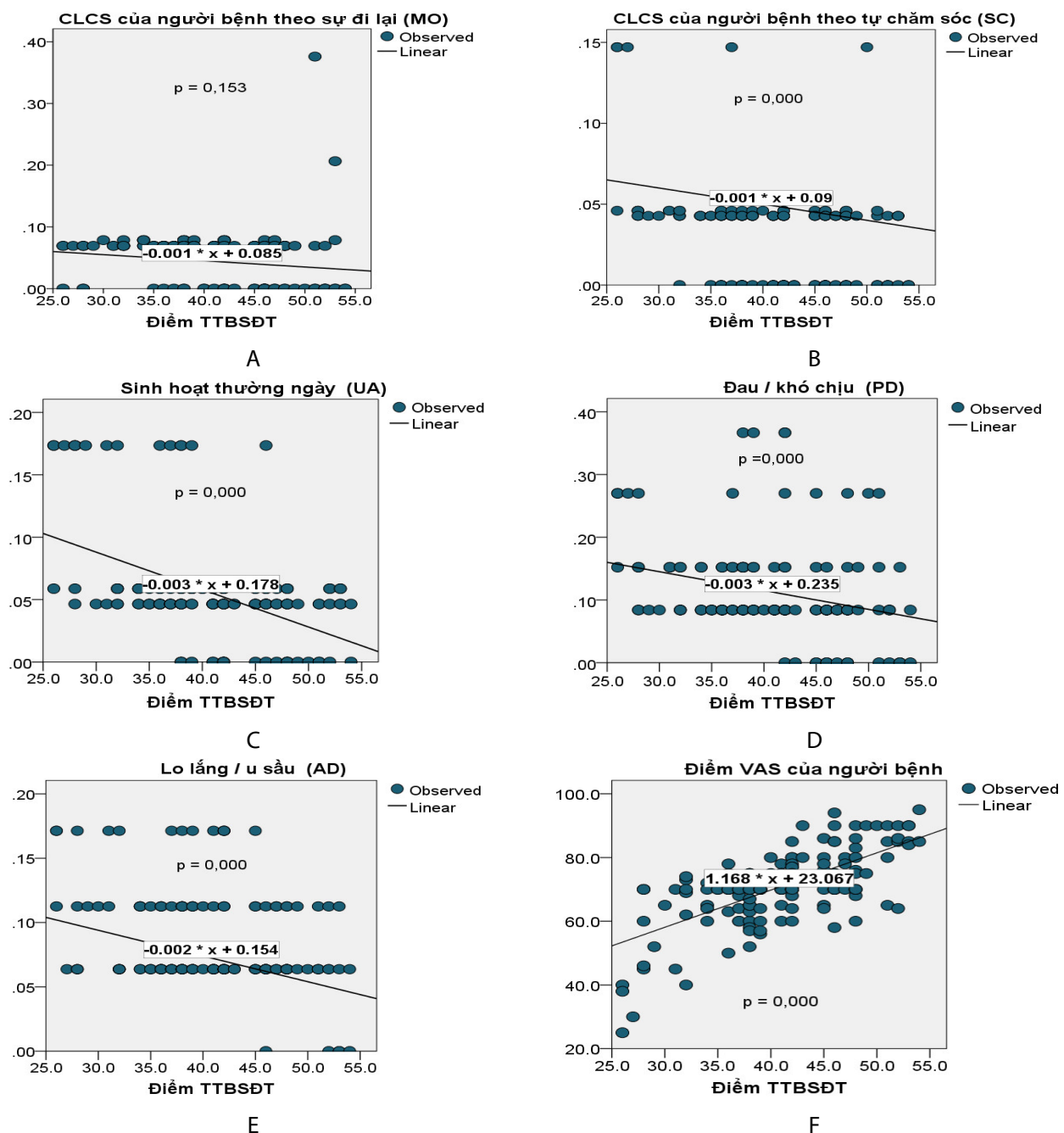
Các biến số		n	Tỷ lệ %
Thời gian bị bệnh	< 3 tháng	49	29,52
	3-6 tháng	63	37,95
	> 6 tháng	54	32,53
Thời gian điều trị	< 3 tháng	49	29,52
	3-6 tháng	78	46,99
	> 6 tháng	39	23,49
Child-Pugh	A	152	91,57
	B	14	8,43
Giai đoạn BCLC	Giai đoạn B	67	40,36
	Giai đoạn C	99	59,64
Bệnh nền	Tim mạch	16	9,64
	Hô hấp	54	32,53
	Xơ gan	159	95,78
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật	12	7,23
	Đốt u bằng sóng cao tần	58	34,94
	Nút mạch hạt vi cầu	72	43,37
	Thuốc điều trị toàn thân	24	14,46

Nhận xét: Thời gian bị bệnh và điều trị bệnh 3-6 tháng chiếm đa số (37,95% và 46,99%), người bệnh UBTG ở giai đoạn C theo BCLC và Child-Pugh A chiếm cao nhất (59,64% và 91,57%), bệnh nền là xơ gan chiếm tỉ lệ cao nhất (95,78%), phương pháp điều trị nút mạch hạt vi cầu chiếm tỉ lệ cao nhất (43,37%).



Biểu đồ 1. Tương quan giữa điểm TTBSĐT với CLCS

Nhận xét: Có tương quan thuận giữa điểm TTBSĐT với CLCS ($p=0,000$; $CLCS = 0,012 \times TTBSĐT + 0,027$).



Biểu đồ 2. Tương quan giữa điểm TTBSĐT với từng khía cạnh của CLCS.

(A) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với sự đi lại; (B) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với tự chăm sóc; (C) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với sinh hoạt thường ngày; (D) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với đau/khó chịu; (E) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với lo lắng/u sầu; (F) Tương quan giữa điểm TTBSĐT với điểm VAS.

Nhận xét: Có tương quan nghịch giữa điểm TTBSĐT với các khía cạnh CLCS: Khó khăn khi tự chăm sóc của người bệnh ($p=0,000$; $SC = -0,001 \times TTBSĐT + 0,09$), khó khăn sinh hoạt thường ngày ($p=0,000$; $UA = -0,003 \times TTBSĐT + 0,178$), đau/khó chịu ($p=0,000$; $PD = -0,003 \times TTBSĐT + 0,235$), lo lắng/u sầu ($p=0,000$; $AD = -$

$0,002 \times \text{TTBSĐT} + 0,154$). Có tương quan thuận với điểm VAS ($p=0,000$; $\text{VAS} = 1,168 \times \text{TTBSĐT} + 23,067$). Không có tương quan giữa TTBSĐT với khía cạnh sự đi lại ($p=0,153$).

Bảng 4. Tương quan quan giữa điểm CLCS với TTBSĐT theo một số khía cạnh

Các biến số		r	B	ϵ	p
Thời gian điều trị	< 3 tháng	0,66	0,012	0,2	0,000
	3-6 tháng	0,61	0,009	0,34	0,000
	> 6 tháng	0,73	0,015	0,052	0,000
Bác sĩ điều trị	Phẫu thuật	0,63	0,015	-0,022	0,027
	Đốt u bằng sóng cao tần	0,075	0,001	0,613	0,573
	Nút mạch hạt vi cầu	0,43	0,003	0,616	0,000
	Thuốc điều trị toàn thân	0,43	0,005	0,637	0,034

Nhận xét: Có tương quan điểm CLCS với TTBSĐT ở các thời gian điều trị của người bệnh các bác sĩ điều trị theo các phương pháp (phẫu thuật, nút mạch hạt vi cầu, thuốc điều trị toàn thân) ($p<0,05$). Chưa thấy tương quan quan điểm CLCS với TTBSĐT ở bác sĩ điều trị đốt u bằng sóng cao tần ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh UBTG

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình là $61,43 \pm 11,50$ tuổi; thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, tỉ lệ nam chiếm 92,77% (Bảng 2), Child-Pugh A và BCLC giai đoạn C là nhiều hơn cả (91,57% và 59,64%), bệnh nền là xơ gan (95,78%) và phương pháp điều trị nút mạch hạt vi cầu (43,37%) chiếm tỉ lệ cao nhất (Bảng 3). Kết quả này khá phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài^{8,9}, như vậy có thể nói UBTG là bệnh hay gặp ở người cao tuổi, nam giới, người bệnh điều trị ngoại trú nên hầu hết là Child-Pugh A và BCLC giai đoạn trung gian và phương pháp điều trị UBTG được sử dụng nhiều là nút mạch hạt vi cầu.

4.2. Liên quan giữa tin tưởng bác sĩ điều trị và chất lượng cuộc sống

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối tương quan thuận giữa TTBSĐT và CLCS của người bệnh, cũng như tương quan nghịch với khó khăn của các khía cạnh CLCS (tự chăm sóc, sinh hoạt thường ngày, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu) (Biểu đồ 1 và 2). Mối liên

quan này cho thấy rõ ràng tầm quan trọng của niềm tin người bệnh và bác sĩ điều trị của họ^{2,3}. Ngoài ra, TTBSĐT có mối tương quan nghịch với các khía cạnh thể chất và tâm lý xã hội của CLCS, nghĩa là người bệnh càng tin tưởng bác sĩ điều trị thì các khó khăn về thể chất và tinh thần của CLCS càng giảm, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu được công bố trước đây³. Nghiên cứu còn cho thấy có tương quan thuận điểm TTBSĐT với CLCS của người bệnh theo thời gian điều trị các bác sĩ điều trị theo các chuyên ngành (phẫu thuật, nút mạch hạt vi cầu, thuốc điều trị toàn thân). Như vậy, có thể nói mối quan hệ bác sĩ-người bệnh được cải thiện sau khi bác sĩ tận tình, có sự quan tâm hướng đến người bệnh và đồng thời giải thích trung thực kết quả khám và điều trị cho người bệnh^{5,10}. Ngoài ra, việc chia sẻ tốt thông tin chẩn đoán và điều trị đã cải thiện CLCS của người bệnh mà không kể đến trình độ học vấn của người bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có thể nói CLCS sẽ được cải thiện thông qua việc người bệnh tin tưởng bác sĩ điều trị, họ hiểu rõ các vấn đề sức khỏe, cách điều trị và cách dự phòng bệnh tật. Thái độ thân thiện của bác sĩ đã làm giảm bớt lo lắng của người bệnh. Điều này có thể làm tăng sự hài lòng của người bệnh với cơ sở điều trị, do đó tác động đến CLCS ở các khía cạnh sức khỏe thể chất và tinh thần. Ngoài ra, CLCS của người bệnh được cải thiện có thể là kết quả của việc được thoải mái trao đổi, thảo luận về các mối quan tâm sức khỏe của bản thân với bác sĩ điều trị, xây dựng được mối quan hệ

tốt với bác sĩ điều trị. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi chưa thấy có liên quan giữa TTBSĐT với khía cạnh sự đi lại và ở bác sĩ điều trị đốt u bằng sóng cao tần. Về điều này, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, người bệnh điều trị ngoại trú nên việc tự phục vụ cá nhân còn tốt. Một vấn đề khác, có ý kiến cho rằng một số người bệnh có niềm tin mù quáng vào bác sĩ điều trị có thể không có giá trị trong việc họ tham gia tích cực vào hoạt động đưa ra các quyết định liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh, điều này có thể dẫn đến giảm CLCS¹⁰. Bên cạnh đó, mối liên hệ tích cực giữa TTBSĐT và CLCS được xác định trong nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ cả quan điểm rằng mức độ TTBSĐT thấp sẽ làm giảm CLCS cả về tinh thần và thể chất. Một câu hỏi liên quan khác cần được giải quyết trong các nghiên cứu trong tương lai là liệu CLCS của người bệnh có thể bị ảnh hưởng bởi niềm tin của họ vào các cơ sở vật chất và tổ chức của cơ sở y tế, tách biệt với niềm tin của họ vào các bác sĩ điều trị hay không¹¹.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 166 người bệnh UBTG cho thấy độ tuổi trung bình là $61,43 \pm 11,50$ tuổi, dao động từ 34 tuổi đến 86 tuổi, tỉ lệ nam chiếm 92,77%. Child-Pugh A và BCLC giai đoạn tiến triển là hay gặp, phương pháp điều trị nút mạch hạt vi cầu là hay dùng nhất. Kết quả nhấn mạnh giá trị của mối liên quan giữa TTBSĐT với CLCS của người bệnh UBTG, TTBSĐT tốt hơn mang lại lợi ích cho cả khía cạnh thể chất và tinh thần của CLCS ở người bệnh UBTG, trong quá trình theo dõi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện TƯQĐ 108. Mối liên quan này cũng có ý nghĩa theo thời gian điều trị và các bác sĩ điều trị theo phương pháp khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Topp SM, Chipukuma JM (2016) *A qualitative study of the role of workplace and interpersonal trust in shaping service quality and responsiveness in Zambian primary health centres*. Health policy and planning 31(2): 192-204.
2. AlRuthia Y, Sales I, Almalag H, Alwhaibi M, Almosabhi L, Albassam AA, Alharbi FA, Bashatah A, Asiri Y (2020) *The relationship between health-related quality of life and trust in primary care physicians among patients with diabetes*. Clinical Epidemiology: 143-51.
3. Yokokawa D, Ohira Y, Ikegami A, Shikino K, Tsukamoto T, Noda K, Uehara T, Ikusaka M (2022) *Relationship between the presence of primary care physicians and health-related quality of life*. Journal of General and Family Medicine 23(2): 87-93.
4. Mai VQ, Sun S, Minh HV, Luo N, Giang KB, Lindholm L, Sahlen KG (2020) *An EQ-5D-5L value set for Vietnam*. Quality of Life Research 29(7):1923-33.
5. Maly RC, Liu Y, Liang LJ, Ganz PA (2015) *Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: Effects of race/ethnicity and patient-physician communication*. Cancer 121(6): 916-926.
6. Anderson LA, Dedrick RF (1990) *Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships*. Psychol Rep 67(3): 1091-1100.
7. George D, Mallery P (1999) *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. Contemporary Psychology 44: 100.
8. Thái Doãn Kỳ (2015) *Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước trên 4 cm bằng phương pháp hóa tắc mạch với hạt vi cầu tải hóa chất*. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.
9. Poon RT, Fan ST, Yu WC, Lam BK, Chan FY, Wong J (2001) *A prospective longitudinal study of quality of life after resection of hepatocellular carcinoma*. Archives of surgery 136(6): 693-699.
10. Lee YY, Lin JL (2011) *How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes*. Patient education and counseling 85(3): 406-412.
11. Dinç L, Gastmans C (2013) *Trust in nurse-patient relationships: A literature review*. Nursing ethics 20(5): 501-516.