



Original Article

Palliative Care for Socioeconomically Disadvantaged Older Adults with Chronic Diseases: Access Barriers and Policy Implications from Stakeholders' Perspectives

Nguyen Thi Thanh Tung*

*University of Social Sciences and Humanities, Vietnam National University Ho Chi Minh City,
10-12 Dinh Tien Hoang, Sai Gon, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received 26th June 2026

Revised 11th August 2026; Accepted 10th September 2026

Abstract: This study aims to examine the palliative care needs and barriers to accessing services among disadvantaged older adults with chronic illnesses and to propose relevant policy implications. The study combines document analysis and qualitative methods, with data collected through semi-structured in-depth interviews with relevant stakeholders and analyzed using thematic analysis. The findings indicate that this population has comprehensive palliative care needs, with symptom management and pain relief being the highest priorities. Four major groups of barriers were identified: awareness, financial constraints, service delivery systems, and policy. The study recommends strengthening palliative care policies, developing community-based palliative care, enhancing workforce training and collaboration between health and social work services, and expanding financial support and social resource mobilization to improve access to palliative care services.

Keywords: Palliative care; older adults; socioeconomically disadvantaged older adults; chronic diseases; policy implications.

* Corresponding author.

E-mail address: thanhtungctxh@hcmussh.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4660>

Chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn: Rào cản tiếp cận và hàm ý chính sách từ góc nhìn các bên liên quan

Nguyễn Thị Thanh Tùng*

*Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh
10-12 Đinh Tiên Hoàng, Sài Gòn, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*

Nhận ngày 26 tháng 6 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 11 tháng 8 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 10 tháng 9 năm 2026

Tóm tắt: Nghiên cứu nhằm phân tích nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và các rào cản tiếp cận dịch vụ của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn, từ đó đề xuất hàm ý chính sách phù hợp. Nghiên cứu kết hợp phương pháp phân tích tài liệu và phương pháp định tính, với dữ liệu thu thập qua phỏng vấn sâu bán cấu trúc các bên liên quan và được phân tích theo phương pháp phân tích chủ đề. Kết quả cho thấy nhóm đối tượng này có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ toàn diện, trong đó kiểm soát triệu chứng và giảm đau là ưu tiên hàng đầu. Bốn nhóm rào cản chính được xác định gồm nhận thức, tài chính, hệ thống cung cấp dịch vụ và chính sách. Nghiên cứu đề xuất hoàn thiện chính sách, phát triển chăm sóc giảm nhẹ tại cộng đồng, tăng cường đào tạo nhân lực và phối hợp giữa y tế và công tác xã hội, đồng thời mở rộng hỗ trợ tài chính và huy động nguồn lực xã hội nhằm nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ.

Từ khóa: chăm sóc giảm nhẹ, người cao tuổi, người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn, bệnh mạn tính, hàm ý chính sách.

1. Mở đầu

Thế giới đang trải qua quá trình già hóa dân số nhanh chóng nhờ những cải thiện về dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe [1]. Tuy nhiên, già hóa dân số cũng đặt ra nhiều thách thức về y tế, xã hội và kinh tế, đặc biệt là gia tăng nhu cầu chăm sóc sức khỏe và chăm sóc giảm nhẹ, đồng thời tạo áp lực lên hệ thống lương hưu, an sinh xã hội và tăng trưởng kinh tế [2, 3].

Việt Nam được đánh giá là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số cao [4, 5]. Quá trình này đi kèm với sự gia tăng vấn đề đa bệnh lý, bệnh mạn tính và suy giảm chức năng ở người cao tuổi [5]. Tỷ lệ người cao tuổi sống một mình

hoặc sống chỉ với vợ/ chồng tăng lên, nhiều người vẫn còn đang làm việc và phần lớn là lao động dễ bị tổn thương [4]. Dự báo, nhu cầu chăm sóc dài hạn ở người cao tuổi sẽ tiếp tục gia tăng do tốc độ già hóa dân số nhanh và sự gia tăng các hạn chế trong sinh hoạt cũng như chức năng nhìn, nghe, vận động, ghi nhớ, tập trung và giao tiếp [4, 5].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chăm sóc giảm nhẹ là cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ trên các phương diện điều trị đau, triệu chứng thực thể, tâm lý, xã hội, tâm linh cũng như trợ giúp trong giai đoạn cuối đời [6]. Chăm sóc giảm nhẹ cần được dễ dàng tiếp cận và cần được tích hợp vào tất cả các mức độ chăm sóc [7]. Vì vậy, trong bối cảnh già

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: thanhtungctxh@hcmussh.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4660>

hóa dân số, tuổi thọ khỏe mạnh thấp và gia tăng đa bệnh tật, bệnh mạn tính, nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi ngày càng rõ nét. Tuy nhiên, chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế và chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tế [8, 9]. Đơn vị chăm sóc giảm nhẹ đầu tiên tại Việt Nam được thành lập năm 2001. Tuy nhiên, dịch vụ hiện chủ yếu được cung cấp tại các bệnh viện lớn, tập trung vào chăm sóc y khoa, hỗ trợ tâm lý, xã hội và tâm linh còn hạn chế. Chăm sóc giảm nhẹ tại cộng đồng hầu như chưa phát triển và chưa được bảo hiểm y tế chi trả [8, 9]. Trong khi đó, một số nghiên cứu cho thấy việc tích hợp chăm sóc giảm nhẹ tại bệnh viện và tại nhà mang lại những lợi ích tích cực về sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống cho người bệnh và gia đình [9]. Ngoài ra, trình độ và kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ của nhân viên y tế còn thấp [10, 11]. Người chăm sóc cũng phải đối mặt với gánh nặng chăm sóc, áp lực tâm lý và nguy cơ kiệt sức nhưng chưa được hỗ trợ đầy đủ [12, 13]. Các chính sách chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi bị bệnh mạn tính còn nhiều bất cập [14]. Những hạn chế này tạo ra nhiều rào cản trong tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ của người cao tuổi, đặc biệt là những người mắc bệnh mạn tính.

Mặc dù chăm sóc giảm nhẹ đã được nghiên cứu rộng rãi, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào ung thư, HIV/AIDS và bệnh giai đoạn cuối, trong khi bằng chứng về các bệnh mạn tính khác còn hạn chế [15, 16]. Bên cạnh đó, nghiên cứu thường thiên về khía cạnh lâm sàng, chưa quan tâm đầy đủ đến các yếu tố xã hội như điều kiện kinh tế, hỗ trợ gia đình, nguồn lực cộng đồng, chính sách và phối hợp liên ngành [17-19]. Tại Việt Nam, bằng chứng về chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính còn hạn chế, đặc biệt thiếu các nghiên cứu đa chiều về rào cản tiếp cận từ góc nhìn của người bệnh, người chăm sóc, nhân viên y tế, công tác xã hội và nhà quản lý [14].

Người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn là nhóm dễ bị tổn thương do gánh nặng bệnh tật, suy giảm chức năng và bất lợi kinh tế – xã hội, cùng hạn chế về thu nhập, nguồn lực chăm sóc và hỗ trợ xã hội [20]. Những yếu tố này

vừa làm gia tăng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, vừa tạo ra bất bình đẳng trong tiếp cận và kết quả chăm sóc sức khỏe.

Nghiên cứu tập trung trả lời hai câu hỏi chính: i) Những rào cản nào đang cản trở người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn tiếp cận các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam?; và ii) Từ góc nhìn của các bên liên quan, cần có những giải pháp và điều chỉnh chính sách như thế nào để cải thiện khả năng tiếp cận và tăng cường chất lượng chăm sóc giảm nhẹ cho nhóm đối tượng này?

2. Tổng quan nghiên cứu

Già hóa dân số và chăm sóc người cao tuổi là lĩnh vực liên ngành, thu hút sự quan tâm từ y tế công cộng, lão khoa, công tác xã hội và chính sách xã hội. Nhìn chung, các công trình hiện có có thể được phân thành ba nhóm chủ đề chính.

Thứ nhất, già hóa dân số và những tác động đối với hệ thống y tế và an sinh xã hội. Các nghiên cứu [1-3, 21] đều khẳng định già hóa dân số là một trong những xu hướng nhân khẩu học quan trọng nhất của thế kỷ XXI, đặc biệt diễn ra nhanh tại các quốc gia đang phát triển. Tuy nhiên, sự phát triển kinh tế và hệ thống an sinh tại những quốc gia này chưa theo kịp tốc độ gia tăng dân số cao tuổi, dẫn đến nhiều nhu cầu của người cao tuổi chưa được đáp ứng đầy đủ [3]. Đồng thời, nguy cơ nghèo đói và gánh nặng chi phí chăm sóc vẫn là những thách thức đáng kể đối với các hộ gia đình có người cao tuổi [22].

Thứ hai, sức khỏe người cao tuổi và nhu cầu chăm sóc dài hạn. Sức khỏe người cao tuổi suy giảm theo tuổi, với tỷ lệ mắc bệnh mạn tính, đa bệnh lý và suy giảm chức năng ngày càng gia tăng, kéo theo nhu cầu chăm sóc dài hạn. Tuy nhiên, phần lớn chủ yếu mô tả thực trạng sức khỏe, dự báo nhu cầu chăm sóc hoặc đánh giá gánh nặng bệnh tật, trong khi nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người cao tuổi mắc bệnh mạn tính vẫn chưa được xem xét toàn diện [4, 7, 22].

Thứ ba, chính sách chăm sóc người cao tuổi và chăm sóc giảm nhẹ. Luật Người cao tuổi cùng các chính sách về an sinh xã hội, bảo hiểm y tế và chăm sóc sức khỏe đã tạo nền tảng pháp lý

cho công tác chăm sóc người cao tuổi [23]. Tuy nhiên, chính sách hiện hành chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu ngày càng đa dạng trong bối cảnh già hóa dân số [22]. Các nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu phát triển chăm sóc dài hạn, tăng đầu tư y tế và phúc lợi, đồng thời mở rộng các mô hình chăm sóc tại gia đình và cộng đồng [4, 22].

Từ tổng quan cho thấy ba khoảng trống nghiên cứu chính. Thứ nhất, nghiên cứu về chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, đặc biệt nhóm có hoàn cảnh khó khăn, còn hạn chế. Thứ hai, các nghiên cứu chủ yếu tiếp cận đơn ngành, chưa phân tích đồng thời các yếu tố y tế, kinh tế, xã hội và hệ thống dịch vụ ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ. Thứ ba, còn thiếu nghiên cứu xem xét rào cản từ góc nhìn các bên liên quan, bao gồm người bệnh, người chăm sóc, nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội và nhà quản lý.

Nghiên cứu sử dụng khung tiếp cận dịch vụ y tế lấy người bệnh làm trung tâm (Patient-centred Access to Healthcare) của Levesque và cộng sự [24] kết hợp với khung các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe (Social Determinants of Health) của WHO [25] làm nền tảng lý thuyết. Khung tiếp cận dịch vụ y tế phân tích khả năng tiếp cận thông qua sự tương tác giữa hệ thống cung ứng và người sử dụng, gồm năm chiều cạnh của hệ thống (nhận diện, chấp nhận, sẵn có, chi trả và phù hợp) và năm năng lực của người sử dụng (nhận thức nhu cầu, tìm kiếm, tiếp cận, chi trả và tham gia chăm sóc). Trong khi đó, khung các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe nhấn mạnh ảnh hưởng của điều kiện kinh tế - xã hội, môi trường sống, mạng lưới hỗ trợ và chính sách đối với bất bình đẳng sức khỏe. Kết hợp hai khung lý thuyết giúp nghiên cứu phân tích toàn diện các rào cản ở cấp cá nhân, gia đình, cộng đồng và hệ thống y tế trong tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn.

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan tài liệu kết hợp với nghiên cứu định tính nhằm phân tích thực trạng, các rào cản trong chăm sóc

giảm nhẹ cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn và đề xuất các hàm ý chính sách phù hợp.

Nghiên cứu định tính được triển khai tại địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh bằng phương pháp phỏng vấn sâu bán cấu trúc với các bên liên quan, bao gồm: 40 người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn, 15 người chăm sóc, 11 nhân viên y tế, 5 nhân viên công tác xã hội, 5 đại diện cơ sở/trung tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc và 2 nhà quản lý, hoạch định chính sách.

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Người cao tuổi được lựa chọn theo các tiêu chí: i) Từ 60 tuổi trở lên; ii) Được chẩn đoán mắc ít nhất một bệnh mạn tính; và iii) Có hoàn cảnh khó khăn, được xác định thông qua một hoặc nhiều tiêu chí như thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo theo quy định của Nhà nước; có thu nhập thấp; không có lương hưu hoặc trợ cấp thường xuyên; sống đơn thân hoặc thiếu người chăm sóc; gặp khó khăn trong chi trả chi phí khám, chữa bệnh và chăm sóc.

Các cuộc phỏng vấn được thực hiện trực tiếp theo bảng hỏi bán cấu trúc, tập trung vào trải nghiệm tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ, những rào cản trong quá trình sử dụng và cung cấp dịch vụ, nhu cầu hỗ trợ cũng như các đề xuất hoàn thiện chính sách. Dữ liệu được mã hóa và phân tích theo phương pháp phân tích chủ đề, từ đó xác định các nhóm rào cản trong tiếp cận và cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, đồng thời làm rõ những nhu cầu và đề xuất chính sách từ góc nhìn của các bên liên quan.

4. Kết quả và thảo luận

4.1. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn

4.1.1. Hỗ trợ thể chất và kiểm soát triệu chứng đau

Nghiên cứu cho thấy kiểm soát triệu chứng thể chất, đặc biệt là giảm đau, là nhu cầu ưu tiên hàng đầu của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn. Đau và suy giảm chức năng ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tự chăm

sóc và chất lượng cuộc sống, khiến người bệnh ưu tiên kiểm soát triệu chứng trước các nhu cầu tâm lý, xã hội và tâm linh.

Gần đây bác uống thuốc nhiều nên cũng đỡ đau một chút rồi chứ hồi trước người bác chỗ nào cũng đau nhức [NCT11, Nữ, 67 tuổi].

Knaul và cộng sự cho rằng đau và các triệu chứng kéo dài là nguyên nhân chính dẫn đến “đau khổ nghiêm trọng liên quan đến sức khỏe”, đòi hỏi phải được can thiệp sớm bằng chăm sóc giảm nhẹ [26]. Do đó, kiểm soát triệu chứng không chỉ giảm đau mà còn là nền tảng để đáp ứng hiệu quả các nhu cầu chăm sóc toàn diện ở người bệnh.

4.1.2. Hỗ trợ tài chính

Hỗ trợ tài chính là nhu cầu cấp thiết thứ hai, do chi phí điều trị, thuốc men, dinh dưỡng, đi lại và chăm sóc dài hạn tạo gánh nặng lớn, đặc biệt với người cao tuổi không còn khả năng lao động.

Khó khăn thì là chuyện tiền nong,... Tôi nước ông bệnh đi vay mượn chỗ này chỗ kia để đi trị bệnh [NCT30, Nam, 68 tuổi].

Nhiều nghiên cứu chỉ ra gánh nặng chi phí điều trị và chăm sóc dài hạn có thể khiến nhiều người bệnh, nhất là ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, không tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc cần thiết [26]. Việc bảo đảm khả năng chi trả và giảm gánh nặng tài chính là điều kiện quan trọng để thực hiện bao phủ chăm sóc giảm nhẹ toàn dân [8]. Đối với người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn, hỗ trợ tài chính giúp giảm áp lực kinh tế, tạo điều kiện duy trì điều trị, tiếp cận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ và hạn chế nguy cơ nghèo hóa do chi phí y tế.

4.1.3. Hỗ trợ thông tin y tế

Hỗ trợ thông tin y tế là nhu cầu quan trọng đối với người bệnh và gia đình, song việc cung cấp thông tin còn hạn chế về tính đầy đủ, rõ ràng và khả năng tiếp cận. Kết quả phỏng vấn cho thấy người cao tuổi có nhu cầu được cung cấp thông tin, nhưng thường chỉ ưu tiên nhu cầu này sau khi các nhu cầu thiết yếu khác đã được đáp ứng.

Thì cũng đau cái chân, rồi mua thuốc khớp uống. Mà bị nhiều người la. Người ta nói giữ

nước. Đâu có dám hỏi bác sĩ, mua trên mạng á [NCT36, Nữ, 71 tuổi].

Kết quả cho thấy trong bối cảnh bệnh mạn tính kéo dài và nguồn lực hạn chế, người cao tuổi thường ưu tiên giải quyết các vấn đề ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và sinh hoạt trước nhu cầu tìm kiếm thông tin. Sự thiếu hụt nguồn thông tin chính thống khiến họ phụ thuộc vào mạng xã hội, quảng cáo và truyền miệng, làm tăng nguy cơ sử dụng sản phẩm không rõ hiệu quả và phát sinh thêm chi phí điều trị.

4.1.4. Hỗ trợ sinh hoạt hằng ngày

Hoạt động sinh hoạt hằng ngày của người cao tuổi gồm ăn uống, mặc/cởi quần áo, tắm rửa, chuyển từ nằm sang ngồi và tự chủ đại - tiểu tiện. Người cao tuổi được xem là cần hỗ trợ khi rất khó khăn hoặc không thể tự thực hiện một trong các hoạt động này [5]. Hơn một nửa người cao tuổi trong nghiên cứu có nhu cầu hỗ trợ trong sinh hoạt hằng ngày, chủ yếu ở những người hạn chế khả năng vận động, liệt hoặc khuyết tật do chiến tranh, tai nạn; mắc bệnh mạn tính kéo dài trên 4 năm, đa bệnh tật hoặc thuộc nhóm đại lão.

Những cụ mà yếu liệt và giai đoạn cuối đời nằm ở trên kia. Trên đó nằm tại giường tắm, giặt quần áo cho, ăn cơm phải rửa bát cho [QL05, Nữ, 45 tuổi, mái ấm tình thương T.].

Nhu cầu hỗ trợ sinh hoạt tăng rõ rệt khi chức năng suy giảm do tuổi tác và bệnh mạn tính. Người cao tuổi đa bệnh lý, hạn chế vận động hoặc phụ thuộc cần sự hỗ trợ thường xuyên từ gia đình và người chăm sóc, trong sinh hoạt, chăm sóc cá nhân và theo dõi sức khỏe. Do đó, cần phát triển dịch vụ chăm sóc tại nhà và dựa vào cộng đồng để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của nhóm này.

4.1.5. Hỗ trợ giao tiếp

Người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn có nhu cầu giao tiếp cởi mở với gia đình, nhân viên y tế và nhân viên công tác xã hội về tình trạng bệnh, nguyện vọng chăm sóc và những khó khăn trong cuộc sống. Giao tiếp hiệu quả giúp người bệnh được lắng nghe, tôn trọng và tham gia vào các quyết định chăm sóc, đồng thời giúp các bên liên quan nhận diện nhu cầu và

xây dựng kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ phù hợp, lấy người bệnh làm trung tâm.

Bà nội hiện đã nằm liệt giường cần có người chăm sóc. Bà không thích không gian quá yên tĩnh, thường cần người nói chuyện [NCS04, Nữ, cháu nội].

4.1.6. Hỗ trợ tâm lý

Quá trình lão hóa và bệnh tật có thể làm gia tăng cảm giác bất lực, cô đơn, trầm cảm và lo sợ cái chết, đồng thời tăng nhu cầu được quan tâm và chia sẻ. Vì vậy, hỗ trợ tâm lý là nhu cầu quan trọng trong chăm sóc giảm nhẹ, giúp người cao tuổi được lắng nghe, cảm thông và thích ứng tốt hơn với những thay đổi về sức khỏe và cuộc sống.

Giờ có đôi mắt dần yếu đi, không thấy rõ gì hết... Nhiều lúc ông muốn ngủ một giấc rồi đi luôn cho khỏe. [NCT04, Nam, 70 tuổi].

Các nghiên cứu quốc tế khẳng định hỗ trợ tâm lý là thành phần thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ. Ở người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn, suy giảm sức khỏe, phụ thuộc và cô lập xã hội làm tăng nguy cơ cô đơn, trầm cảm. Vì vậy, cần tích hợp tư vấn tâm lý, hỗ trợ cảm xúc và kết nối xã hội cùng với điều trị y khoa, nhằm giúp người bệnh thích ứng với bệnh tật và duy trì chất lượng cuộc sống.

4.1.7. Hỗ trợ tâm linh

Trong nghiên cứu, tâm linh được hiểu theo nghĩa rộng, bao gồm niềm tin, giá trị và ý nghĩa cuộc sống, không chỉ giới hạn ở tôn giáo. Kết quả cho thấy phần lớn người cao tuổi có nhu cầu hỗ trợ tâm linh, thể hiện qua mong muốn chia sẻ về sức khỏe, cuộc sống, “cái chết tốt đẹp” và các nghi lễ sau khi qua đời.

Tôi muốn chết nhẹ nhàng, không phiền đến con cháu... mất tại nhà, tro cốt rải xuống sông. [NCT08, Nam, 66 tuổi].

Phát hiện này phù hợp với quan điểm của WHO, trong đó chăm sóc tâm linh là thành phần cốt lõi của chăm sóc giảm nhẹ toàn diện. Hỗ trợ tâm linh giúp người bệnh đối diện với bệnh tật, giảm lo âu về cái chết và nâng cao chất lượng cuộc sống. Đối với người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn, tôn trọng nguyện vọng về nơi qua đời,

nghi lễ sau khi mất và các giá trị sống góp phần bảo đảm phẩm giá và quyền tự quyết của người bệnh.

4.2. Các rào cản trong tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ

Mặc dù nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ngày càng gia tăng, người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn vẫn gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ. Từ góc nhìn của các bên liên quan, các rào cản được nhận diện tập trung ở bốn nhóm chính: i) Rào cản về nhận thức; ii) Rào cản về tài chính; iii) Rào cản về hệ thống dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ; và iv) Rào cản về chính sách.

4.2.1. Rào cản về nhận thức

Các nghiên cứu cho thấy mặc dù đã có nhiều nỗ lực để nâng cao nhận thức về chăm sóc giảm nhẹ ở nhiều quốc gia, nhưng các mục tiêu mong muốn vẫn chưa thật sự đạt được. Dữ liệu nghiên cứu cho thấy toàn bộ người cao tuổi chưa từng nghe hoặc được giới thiệu về chăm sóc giảm nhẹ, phản ánh khoảng trống đáng kể về thông tin và nhận thức. Bên cạnh, việc ít có cơ hội khám sức khỏe định kỳ và tiếp cận dịch vụ hỗ trợ càng làm hạn chế khả năng nhận diện và sử dụng chăm sóc giảm nhẹ khi có nhu cầu.

Con nói bà mới biết á. Bà chưa từng nghe ai nói hết. [NCT36, Nữ, 71 tuổi].

Gia đình người cao tuổi cũng chưa từng nghe về chăm sóc giảm nhẹ. Họ chủ yếu xử trí theo mức độ bệnh: đưa người cao tuổi đến bệnh viện khi bệnh nặng hoặc tự chăm sóc, mua thuốc khi bệnh nhẹ. Nhìn chung, kiến thức chăm sóc của gia đình còn tập trung vào xử trí bệnh lý cơ bản, chưa bao quát nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ toàn diện.

Bà thì bệnh suyễn. Mỗi lần như vậy phải đi cấp cứu nếu như bà suyễn nặng. Còn như em nói gì đó về chăm sóc giảm nhẹ thì chị không biết mà không nghe nói [NCS 01, Nữ, 57 tuổi].

Tương tự, nhận thức về chăm sóc giảm nhẹ của nhân viên y tế cũng chưa đầy đủ và thống nhất. Trong số 11 nhân viên y tế được phỏng vấn, 7 người chưa có kiến thức hoặc hiểu chưa đúng, chủ yếu đồng nhất chăm sóc giảm nhẹ với giảm đau và chăm sóc người bệnh ung thư giai đoạn cuối. Quan niệm này có thể làm hạn chế việc nhận diện, tư vấn và kết nối người cao tuổi mắc

bệnh mạn tính với các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ phù hợp và kịp thời.

Nếu hỏi về chăm sóc giảm nhẹ thì bên khoa mình không có. Nó là khoa giảm nhẹ của bệnh viện. Điều trị triệu chứng cuối đời [NVYT6, điều dưỡng, nữ, 40 tuổi].

Nhìn chung, rào cản nhận thức làm giảm khả năng tìm kiếm, sử dụng dịch vụ và phát hiện, chuyển gửi người bệnh trong hệ thống chăm sóc. Một số nhân viên y tế cũng chưa hiểu đầy đủ về phạm vi và đối tượng của chăm sóc giảm nhẹ, hạn chế cơ hội phát hiện và can thiệp sớm. Vì vậy, cần tăng cường truyền thông cộng đồng và đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cho nhân viên y tế, qua đó nâng cao nhận thức và thúc đẩy tiếp cận dịch vụ sớm ở người cao tuổi mắc bệnh mạn tính.

4.2.2. Rào cản về tài chính

Khó khăn tài chính là một trong những rào cản lớn nhất đối với tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ. Chi phí điều trị kéo dài, thuốc men, đi lại và chăm sóc hằng ngày vượt quá khả năng chi trả của nhiều gia đình, đặc biệt với người cao tuổi không có thu nhập ổn định. Gánh nặng này có thể khiến người bệnh trì hoãn khám chữa bệnh, tự giảm thuốc, từ chối dịch vụ hoặc chấp nhận chịu đau để tiết kiệm chi phí. Bên cạnh đó, tâm lý không muốn trở thành gánh nặng kinh tế cho con cháu cũng làm giảm khả năng chủ động tìm kiếm và sử dụng dịch vụ.

Bà đang bị bệnh tim, rồi mỡ máu, tiểu đường, huyết áp. Nhiều lúc không có tiền,... mà tiền (mua thuốc) thì con gái nó lo. Nhưng mà con gái nó cũng nghèo nên nhiều lúc bà cũng không nói [NCT17, Nữ, 78 tuổi].

Ở góc độ người chăm sóc và đại diện Hội Người cao tuổi địa phương, rào cản tài chính không chỉ làm gián đoạn điều trị mà còn hạn chế khả năng duy trì chăm sóc lâu dài tại gia đình. Khi nguồn lực hạn chế, gia đình thường ưu tiên chi phí điều trị cấp tính, trong khi các nhu cầu như tư vấn tâm lý, phục hồi chức năng, dinh dưỡng và hỗ trợ tại nhà ít được đáp ứng.

Gia đình cô thì khó khăn lắm nên không có tiền đóng viện phí, phải đưa về nhà chăm sóc [NCS02, Nữ, 53 tuổi, con gái].

Nhiều nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy khó khăn tài chính là một trong những rào cản chủ yếu đối với tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ. Chi phí điều trị, thuốc men và chăm sóc dài hạn có thể đẩy các hộ gia đình vào nghèo hóa do chi phí y tế, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [26]. Kết quả nghiên cứu cho thấy gánh nặng chi phí khiến người bệnh trì hoãn khám, tự giảm thuốc, từ chối dịch vụ hoặc chấp nhận chịu đau, đồng thời tâm lý không muốn trở thành gánh nặng cho con cháu cho thấy sự đan xen giữa yếu tố kinh tế và văn hóa gia đình. Do đó, cần tăng hỗ trợ tài chính, mở rộng chi trả bảo hiểm y tế và tăng cường trợ giúp xã hội để cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ.

4.2.3. Rào cản về hệ thống dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ

Hạn chế của hệ thống cung ứng dịch vụ là rào cản quan trọng đối với tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ. Hệ thống hiện còn thiếu đồng bộ về mạng lưới, nhân lực và phối hợp liên ngành, đặc biệt tại tuyến cơ sở và cộng đồng. Dịch vụ chủ yếu tập trung ở bệnh viện, trong khi chăm sóc tại nhà và hỗ trợ liên tục sau xuất viện còn hạn chế, khiến người cao tuổi phải phụ thuộc vào điều trị nội trú và tái khám thường xuyên, làm gia tăng gánh nặng thời gian, chi phí và chăm sóc cho gia đình.

(trạm y tế) Nó vừa là vai trò quản lý nhà nước, mà nó lại là vai trò chuyên môn,... Bác sĩ gia đình là một team chứ không phải một người. Tuy nhiên hiện vẫn chưa triển khai được. [QL02, nam, 75 tuổi].

Bên cạnh đó, nhân lực chuyên sâu về chăm sóc giảm nhẹ còn thiếu, dịch vụ vẫn thiên về điều trị và kiểm soát triệu chứng, trong khi các nhu cầu tâm lý, xã hội, phục hồi chức năng và tinh thần chưa được đáp ứng đầy đủ. Dịch vụ chủ yếu tập trung tại bệnh viện tuyến trên, còn đội ngũ đa ngành và dịch vụ cộng đồng hạn chế, làm giảm tính toàn diện và cá thể hóa. Đồng thời, cơ chế phối hợp, chuyển gửi và theo dõi sau xuất viện chưa rõ ràng, dẫn đến gián đoạn chăm sóc giữa cơ sở y tế, địa phương, công tác xã hội và cộng đồng.

Những phát hiện trên cho thấy khả năng tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ phụ thuộc không chỉ vào

nhu cầu người bệnh mà còn vào năng lực và tổ chức của hệ thống cung ứng dịch vụ. Mạng lưới chưa đồng bộ, dịch vụ tập trung tại bệnh viện, thiếu nhân lực đa ngành và cơ chế phối hợp hiệu quả làm hạn chế khả năng tiếp cận liên tục, toàn diện. Do đó, cần phát triển mạng lưới chăm sóc cộng đồng, tăng cường nhân lực đa ngành và thiết lập cơ chế chuyển tuyến, theo dõi liên tục để bảo đảm tiếp cận công bằng và hiệu quả.

4.2.4. Rào cản về chính sách

Hạn chế về chính sách là rào cản quan trọng đối với tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ của người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn. Đáng chú ý là cơ chế hỗ trợ tài chính và phạm vi chi trả bảo hiểm y tế còn hạn chế. Dù nhiều người cao tuổi có bảo hiểm y tế, các chi phí ngoài phạm vi chi trả vẫn tạo gánh nặng, ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và duy trì chăm sóc giảm nhẹ, đặc biệt ở các hộ gia đình khó khăn.

Khó khăn về kinh phí điều trị rất lớn. Một số thuốc phải mua ngoài, bảo hiểm không chi trả nên khó khăn lắm... [NCT09, nữ, 68 tuổi].

Các bên liên quan cho rằng, dù nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ngày càng tăng, chính sách hiện hành chưa tạo cơ chế đủ mạnh để triển khai dịch vụ đồng bộ. Chăm sóc giảm nhẹ chưa được tích hợp đầy đủ vào chăm sóc người cao tuổi và quản lý bệnh mạn tính; chính sách còn thiên về điều trị, trong khi chăm sóc tại nhà, hỗ trợ tâm lý – xã hội và chăm sóc dài hạn chưa được chú trọng. Thiếu hướng dẫn chuyên môn, phối hợp liên ngành và nguồn lực về kinh phí, cơ sở vật chất, nhân lực cũng hạn chế kết nối dịch vụ sau xuất viện và phát triển chăm sóc giảm nhẹ tại tuyến cơ sở, đặc biệt đối với người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn.

Những phát hiện trên cho thấy rào cản tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ không chỉ từ người bệnh và hệ thống cung ứng mà còn từ chính sách và tài chính. Việc chưa tích hợp đầy đủ chăm sóc giảm nhẹ vào chăm sóc người cao tuổi, quản lý bệnh mạn tính và phạm vi chi trả bảo hiểm y tế làm gia tăng gánh nặng chi phí, khiến nhóm khó khăn dễ trì hoãn hoặc từ bỏ dịch vụ. Do đó, cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào chăm sóc sức khỏe ban đầu và dài hạn, tăng đầu tư, mở rộng

bảo hiểm y tế và phối hợp liên ngành để bảo đảm tiếp cận công bằng, liên tục.

5. Hàm ý chính sách từ góc nhìn của các bên liên quan

Từ các phát hiện về nhu cầu và rào cản tiếp cận, nghiên cứu cho thấy cải thiện chăm sóc giảm nhẹ cần các giải pháp đồng bộ về chính sách, tổ chức dịch vụ và phối hợp liên ngành, thay vì chỉ tập trung vào cá nhân. Trên cơ sở ý kiến các bên liên quan, nghiên cứu đề xuất một số hàm ý chính sách sau.

Thứ nhất, hoàn thiện chính sách chăm sóc giảm nhẹ: Mặc dù Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 183/QĐ-BYT về Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ [7], việc cụ thể hóa và triển khai đối với người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn vẫn còn hạn chế như thiếu cơ chế triển khai tại tuyến cơ sở, tích hợp chưa đầy đủ vào quản lý bệnh mạn tính và chăm sóc người cao tuổi, cùng với hạn chế về tài chính, nhân lực và phối hợp liên ngành. Điều này tạo khoảng cách giữa chính sách và thực tiễn cung cấp dịch vụ. Do đó trong ngắn hạn, cần rà soát, cập nhật và cụ thể hóa hướng dẫn chuyên môn, đồng thời xây dựng cơ chế chuyển tuyến, theo dõi và chăm sóc liên tục từ bệnh viện đến cộng đồng. Về dài hạn, cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào các chiến lược quốc gia về già hóa dân số, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và phòng, chống bệnh không lây nhiễm, qua đó tạo nền tảng chính sách thống nhất cho triển khai trên toàn quốc.

Thứ hai, phát triển mô hình chăm sóc giảm nhẹ tại cộng đồng: Kết quả nghiên cứu cho thấy cần mở rộng mạng lưới chăm sóc giảm nhẹ tại cộng đồng, tăng cường vai trò của y tế cơ sở và phát triển hệ thống bác sĩ gia đình trong quản lý, theo dõi và chăm sóc người bệnh tại nhà. Trong ngắn hạn, Bộ Y tế và Sở Y tế cần thí điểm mô hình chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng thông qua trạm y tế, bác sĩ gia đình và cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại các địa phương có tốc độ già hóa cao. Về dài hạn, cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ tại nhà vào hệ thống chăm sóc dài hạn, với sự phối hợp giữa y tế cơ sở, công tác xã hội và các tổ

chức cộng đồng, nhằm bảo đảm dịch vụ liên tục, thuận tiện và công bằng.

Thứ ba, đào tạo và phát triển nguồn nhân lực: Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và năng lực về chăm sóc giảm nhẹ của nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội và người chăm sóc còn hạn chế, ảnh hưởng đến tư vấn, chuyển gửi và cung cấp dịch vụ. Trong ngắn hạn, Bộ Y tế cần phối hợp với các trường đại học, bệnh viện và hội nghề nghiệp tổ chức đào tạo liên tục về chăm sóc giảm nhẹ cho nhân viên y tế, công tác xã hội và cán bộ tuyến cơ sở. Về dài hạn, cần tích hợp nội dung chăm sóc giảm nhẹ vào chương trình đào tạo chính quy của các ngành khoa học sức khỏe và công tác xã hội, qua đó phát triển đội ngũ liên chuyên môn có năng lực cung cấp dịch vụ toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm.

Thứ tư, tăng cường cơ chế phối hợp liên ngành trong chăm sóc giảm nhẹ: Một phát hiện quan trọng của nghiên cứu là sự kết nối giữa cơ sở y tế, chính quyền địa phương, nhân viên công tác xã hội và các tổ chức cộng đồng sau xuất viện còn hạn chế, dẫn đến gián đoạn chăm sóc và khó huy động nguồn lực hỗ trợ. Trong ngắn hạn, Sở Y tế cần xây dựng quy trình phối hợp và chuyển tiếp chăm sóc giữa các bên liên quan nhằm bảo đảm quản lý, theo dõi và hỗ trợ người bệnh liên tục. Về dài hạn, cần phát triển mô hình quản lý ca cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn, trong đó nhân viên công tác xã hội giữ vai trò điều phối, kết nối các nguồn lực y tế, an sinh xã hội và cộng đồng.

Thứ năm, mở rộng hỗ trợ tài chính cho người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn: rào cản tài chính là trở ngại phổ biến đối với tiếp cận và duy trì chăm sóc giảm nhẹ, khiến nhiều người cao tuổi phải trì hoãn khám bệnh, giảm thuốc hoặc từ chối dịch vụ do không đủ khả năng chi trả. Trong ngắn hạn, Bộ Y tế phối hợp với Bảo hiểm xã hội nghiên cứu mở rộng phạm vi chi trả bảo hiểm y tế đối với các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ thiết yếu, đồng thời tăng cường trợ giúp xã hội cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính thuộc hộ nghèo, cận nghèo và có hoàn cảnh khó khăn. Về dài hạn, cần xây dựng cơ chế tài chính bền vững, lồng ghép chăm sóc giảm nhẹ vào chính sách bảo

hiểm y tế, chăm sóc dài hạn và an sinh xã hội, nhằm giảm gánh nặng chi phí và bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ.

Cuối cùng, huy động nguồn lực xã hội: Bên cạnh vai trò của Nhà nước, cần tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội, tôn giáo, doanh nghiệp, nhóm thiện nguyện và tình nguyện viên trong hỗ trợ người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn. Sự tham gia của cộng đồng giúp bổ sung nguồn lực, mở rộng khả năng tiếp cận và góp phần xây dựng mô hình chăm sóc toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm. Trong ngắn hạn, chính quyền địa phương cần kết nối và huy động các nguồn lực cộng đồng để hỗ trợ người bệnh tại địa phương. Về dài hạn, cần xây dựng cơ chế khuyến khích hợp tác công - tư và sự tham gia của khu vực ngoài nhà nước trong phát triển dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, đa dạng hóa nguồn lực, nâng cao tính bền vững, bảo đảm tiếp cận dịch vụ kịp thời, toàn diện và công bằng.

6. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ toàn diện về thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh, trong đó kiểm soát triệu chứng và giảm đau là ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên, tiếp cận dịch vụ còn bị cản trở bởi hạn chế nhận thức, khó khăn tài chính, bất cập trong cung ứng dịch vụ và khoảng trống chính sách.

Từ góc nhìn các bên liên quan, nghiên cứu nhấn mạnh cần hoàn thiện chính sách, tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và quản lý bệnh mạn tính; phát triển chăm sóc dựa vào cộng đồng; tăng cường đào tạo nhân lực; thúc đẩy phối hợp liên ngành và mở rộng hỗ trợ tài chính cho người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn. Triển khai đồng bộ các giải pháp này sẽ góp phần cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng cuộc sống, giảm gánh nặng chăm sóc cho gia đình, đồng thời hướng tới hệ thống chăm sóc sức khỏe công bằng, toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm trong bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam.

Về mặt khoa học, nghiên cứu bổ sung bằng chứng thực nghiệm về chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi mắc bệnh mạn tính có hoàn cảnh khó khăn. Nghiên cứu phân tích rào cản tiếp cận từ góc nhìn các bên liên quan, nhằm giúp nhận diện các yếu tố cản trở ở cấp độ cá nhân, gia đình, hệ thống dịch vụ và chính sách, qua đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc phát triển chính sách và mô hình chăm sóc giảm nhẹ phù hợp với bối cảnh già hóa dân số tại Việt Nam.

Tuy nhiên, nghiên cứu mới tập trung vào nhu cầu và rào cản tiếp cận, chưa đánh giá hiệu quả các mô hình chăm sóc giảm nhẹ hiện có. Các nghiên cứu tiếp theo cần kết hợp phương pháp định tính và định lượng để xác định mức độ ảnh hưởng của từng nhóm rào cản, đồng thời đánh giá hiệu quả và tính khả thi của các mô hình chăm sóc tại nhà, cộng đồng và phối hợp liên ngành, qua đó cung cấp bằng chứng hoàn thiện chính sách và nâng cao chất lượng chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi tại Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

- [1] United Nations and Department of Economic and Social Affairs (DESA), World Population Prospects 2022, New York: United Nations, 2022, [Online]. Available: [chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf) (accessed on: June 8th, 2026).
- [2] United Nations and Department of Economic and Social Affairs (DESA), World Population Ageing 2020, New York: United Nations, 2020, [Online]. Available: [chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd2020_world_population_ageing_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd2020_world_population_ageing_highlights.pdf) (accessed on: June 8th, 2026).
- [3] United Nations and Department of Economic and Social Affairs (DESA), World Population Ageing 2019, New York: United Nations, 2020, [Online]. Available: <https://digitallibrary.un.org/record/3907988/files/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf> (accessed on: June 8th, 2026).
- [4] GSO and UNFPA, Older Adults in Vietnam: An Analysis Based on the 2021 Population Change and Family Planning Survey, Hanoi: Youth Publishing House, 2021, Available: https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/nguoi_cao_tuoi_vn_report_18.3.pdf (accessed on: June 8th, 2026).
- [5] General Statistics Office of Vietnam (GSO), The Complete Results of the 2019 Population and Housing Census. Statistical Publishing House, 2020, Available: <https://www.gso.gov.vn/wpcontent/uploads/2019/12/Ket-qua-toan-bo-Tong-dieu-tra-dan-so-va-nha-o-2019.pdf> (accessed on: June 8th, 2026).
- [6] World Health Organization, Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators. World Health Organization, 2021, Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf> (accessed on: June 8th, 2026).
- [7] Ministry of Health, Decision No. 183/QĐ-BYT on the Issuance of the Guidelines for Palliative Care, Vietnam Law and Legal Library, <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-183-QĐ-BYT-2022-Hướng-dẫn-chăm-sóc-giảm-nhe-502118.aspx> (accessed on: June 8th, 2026).
- [8] E. L. Krakauer et al., Palliative Care in Vietnam: Long-Term Partnerships Yield Increasing Access, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 55, No. 2, 2018, pp. S92-S95, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.038>.
- [9] V. Nguyen, Q. T. Khanh, M. Hocaoglu, H. T. M. Huyen, D. H. Q. Thinh, E. L. Krakauer, Integrated Hospital- and Home-Based Palliative Care for Cancer Patients in Vietnam: People-Centered Outcomes, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 66, No. 3, 2023, pp. 175-182.e3, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.04.016>.
- [10] L. T. Nguyen, P. Yates, Y. Osborne, Palliative Care Knowledge, Attitudes and Perceived Self-Competence of Nurses Working in Vietnam, Int J Palliat Nurs, Vol. 20, No. 9, 2014, pp. 448-456, <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.9.448>.
- [11] L. Tsao et al., Palliative Care-Related Knowledge, Attitudes, and Self-Assessment Among Physicians in Vietnam, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 58, No. 6, 2019, pp. 1015-1022.e10, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.001>.
- [12] L. Q. Dung, L. T. M. Tam, T. T.T. Truc, Experiences of Vietnamese Family Caregivers in Providing Home Care for Older Adults, ctump, No. 70, 2024, <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i70.2297>.

- [13] R. P. J. C. Ramanayake, G. V. A. Dilanka, L. W. S. S. Premasiri, Palliative Care; Role of Family Physicians, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, Vol. 5, No. 2, 2016, pp. 234, <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192356>.
- [14] N. T. T. Tung, H. T. Huong, V. T. Long, Palliative Care in Vietnam, in the *Palgrave Handbook of Global Social Problems*, Palgrave Macmillan, Cham, 2026, pp. 1-15, https://doi.org/10.1007/978-3-030-68127-2_829-1.
- [15] Q. V. Le, H. L. Trinh, K. N. T. Mai, M. D. Pham, P. A. Glare, Screening Patients with Cancer Admitted to Hanoi Medical University Hospital for Palliative Care Needs, *JCO Glob Oncol*, No. 6, 2020, pp. 1321-1327, <https://doi.org/10.1200/GO.20.00102>.
- [16] V. A. Pham, H. Nguyen, E. L. Krakauer, R. Harding, I Wish I Could Die So I Would Not Be in Pain': A Qualitative Study of Palliative Care Needs Among People with Cancer or HIV/AIDS in Vietnam and Their Caregivers, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 62, No. 2, 2021, pp. 364-372, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.11.030>.
- [17] S. Connor, C. Centeno, 27: Who Gets Specialised Care at the End of Life?, in *Research Handbook on End of Life Care and Society*, Edward Elgar Publishing, 2025, pp. 441-456, <https://doi.org/10.4337/9781035317349.00039>, [Online]. Available: <https://www.elgaronline.com/edcollchap-oa/book/9781035317349/chapter27.xml> (accessed on: June 8th, 2026).
- [18] S. Mason et al., Palliative Care for All: an International Health Education Challenge, *Palliative & Supportive Care*, Vol. 18, No. 6, 2020, pp. 760-762, <https://doi.org/10.1017/S1478951520000188>.
- [19] N. Keating, A Research Framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030), *Eur J Ageing*, Vol. 19, No. 3, 2022, pp. 775-787, <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7>.
- [20] UNFPA and Help Age International Vietnam, Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Change, Executive Summary, New York: United Nations, 2012, [Online]. Available: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Exec-Summary.pdf> (accessed on: June 8th, 2026).
- [21] UNFPA and VCCI-HCM, Research Report on the Market of Products and Services for Elderly Care in Vietnam, Ho Chi Minh, 2021, Available: chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vn_vccihcm_report_-_market_mapping_on_elderly_care_.pdf (accessed on: June 8th, 2026).
- [22] UNFPA and VNCA, Towards a Comprehensive National Policy for an Ageing in Vietnam, Available: https://vietnam.un.org/sites/default/files/201908/Toward%20a%20comprehensive%20ageing%20policy_ENG_0.pdf (accessed on: June 8th, 2026).
- [23] National Assembly, Law on the Elderly, Available: <http://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?pageid=27160&docid=92321> (accessed on: June 8th, 2026).
- [24] J. F. Levesque, M. F. Harris, G. Russell, Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations, *Int J Equity Health*, Vol. 12, No. 1, 2013, pp. 18, <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- [25] Commission on Social Determinants of Health and WHO, Closing the Gap In A Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report, World Health Organization, 2008, Available: https://books.google.com/books?hl=vi&lr=&id=z_c_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Closing+the+Gap+in+a+Generation:+Health+Equity+through+Action+on+the+Social+Determinants+of+Health.+Final+Report+of+the+Commission+on+Social+Determinants+of+Health&ots=4y8jC1MhhH&sig=iRgtpeXAJBc4rWAY8VoIjyCFI8 (accessed on: June 8th, 2026).
- [26] F. M. Knaul et al., Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief-An Imperative of Universal Health Coverage: the Lancet Commission Report, the *Lancet*, Vol. 391, No. 10128, 2018, pp. 1391-1454, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).