# THỰC TRẠNG NỖI ĐAU KHỔ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA CHĂM SÓC GIẢM NHẸ, BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH PHÚC

**Vũ Đình Sơn**[1]

[1] *Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng nỗi đau khổ và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 125 người bệnh ung thư điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ. Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi đánh giá nỗi đau khổ, kết hợp thông tin nhân khẩu học, đặc điểm bệnh và các yếu tố kinh tế – xã hội. Sử dụng thống kê mô tả và kiểm định Mann–Whitney, Kruskal–Wallis để xác định mối liên quan với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

**Kết quả:** Tổng điểm đau khổ trung bình của người bệnh là 30,16 ± 8,33 điểm, tương ứng 43,1% tổng điểm tối đa. Lĩnh vực thể chất có điểm tuyệt đối cao nhất (15,91 ± 5,30 điểm), trong đó mệt mỏi là triệu chứng nổi bật; lĩnh vực tinh thần chiếm tỷ lệ cao nhất khi quy đổi theo điểm tối đa. Lo lắng tài chính nổi bật trong lĩnh vực xã hội, trong khi điểm buồn cao hơn điểm lo lắng ở lĩnh vực tâm lý. Dân tộc có liên quan với đau khổ thể chất, xã hội và đau khổ chung; tuổi liên quan với đau khổ xã hội và nơi cư trú liên quan với đau khổ tinh thần ($p < 0,05$). Liệu pháp điều trị hiện tại, thời gian mắc ung thư và thể trạng ECOG có liên quan với một số lĩnh vực và tổng điểm đau khổ ($p < 0,05$). Điều kiện kinh tế có liên quan với nỗi đau khổ xã hội ($p < 0,05$). Người chăm sóc chính chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi đau khổ ($p > 0,05$).

**Kết luận:** Người bệnh ung thư điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ có mức độ đau khổ đáng lưu ý, biểu hiện trên nhiều lĩnh vực. Nhân viên y tế cần đánh giá nỗi đau khổ toàn diện, chú trọng người bệnh có thể trạng xấu, chỉ chăm sóc giảm nhẹ và các nhóm có yếu tố nguy cơ để xây dựng biện pháp hỗ trợ phù hợp.

***Từ khóa:*** *Chăm sóc giảm nhẹ, người bệnh ung thư, nỗi đau khổ, yếu tố liên quan*

**Tác giả chịu trách nhiệm**
**Vũ Đình Sơn**
*Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc*
*Email: vudinhsonvp@gmail.com*

**Ngày nhận bài:** 20/08/2026
**Ngày phản biện:** 01/10/2026
**Ngày đồng ý đăng:** 18/10/2026

**DOI:** 10.52322/jocmbmh.155.0205

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, toàn cầu ghi nhận gần 20 triệu trường hợp ung thư mới và 9,7 triệu trường hợp tử vong do ung thư. Gánh nặng ung thư được dự báo tiếp tục gia tăng, đặt ra yêu cầu không chỉ kéo dài thời gian sống mà còn phải nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm nhẹ sự đau khổ cho người bệnh [1].

Người bệnh ung thư, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển, thường phải đối mặt với nhiều vấn đề về thể chất, tâm lý, xã hội và tinh thần. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chăm sóc giảm nhẹ là phương pháp tiếp cận nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình thông qua phát hiện sớm, đánh giá chính xác, dự phòng và điều trị đau cũng như các vấn đề thể chất, tâm lý – xã hội và tinh thần [2]. Tuy nhiên, trên thế giới mới chỉ có khoảng 14% số người cần chăm sóc giảm nhẹ được tiếp cận với các dịch vụ này [2].

Nỗi đau khổ liên quan đến ung thư được hiểu là một trải nghiệm khó chịu, đa yếu tố, có thể bao gồm các khía cạnh thể chất, tâm lý, xã hội và tinh thần, làm ảnh hưởng đến khả năng thích ứng của người bệnh trước bệnh ung thư, các triệu chứng và quá trình điều trị [3]. Nếu không được nhận diện và can thiệp kịp thời, nỗi đau khổ có thể làm giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị và làm tăng nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế. Vì vậy, việc sàng lọc và đánh giá nỗi đau khổ cần được xem là một nội dung quan trọng trong chăm sóc toàn diện người bệnh ung thư.

Nỗi đau khổ của người bệnh ung thư có thể bắt nguồn từ nhiều vấn đề khác nhau. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2024 cho thấy các nguyên nhân được người bệnh báo cáo phổ biến nhất gồm lo lắng, mệt mỏi, sợ hãi, buồn bã, đau và rối loạn giấc ngủ. Mức độ và nguồn gốc của nỗi đau khổ còn có thể liên quan đến tuổi, giới, dân tộc, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, nơi cư trú, phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh và thể trạng của người bệnh [4].

Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 300 người bệnh ung thư tại Bệnh viện K cho thấy 54,7% người bệnh được xác định có nỗi đau khổ theo Thang đo nỗi đau khổ, đồng thời gặp nhiều vấn đề về cảm xúc, gia đình, thực tiễn và thể chất [5]. Một nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng cho thấy mô hình chăm sóc giảm nhẹ kết hợp giữa bệnh viện và gia đình có thể cải thiện đáng kể tình trạng đau, khó thở, buồn nôn, trầm cảm, lo lắng về bệnh tật và sự lo lắng của người chăm sóc [6]. Những kết quả này cho thấy sự cần thiết phải đánh giá người bệnh trên nhiều lĩnh vực, thay vì chỉ tập trung vào các triệu chứng thể chất.

Tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc, người bệnh chủ yếu mắc ung thư giai đoạn tiến triển, có thể trạng suy giảm và phải đối mặt với nhiều vấn đề trong quá trình điều trị. Việc xác định mức độ nỗi đau khổ và các yếu tố liên quan sẽ cung cấp cơ sở khoa học để nhân viên y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc, tư vấn và hỗ trợ phù hợp với nhu cầu của từng người bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng nỗi đau khổ và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán ung thư và điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc.

*Tiêu chuẩn lựa chọn*: người bệnh từ 18 tuổi

trở lên, có khả năng giao tiếp, trả lời bộ câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* người bệnh có rối loạn nhận thức, tình trạng bệnh quá nặng không thể tham gia phỏng vấn hoặc không hoàn thành đầy đủ bộ câu hỏi.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu: Từ 04/2026 đến 7/2026 tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

**2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu**

*Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot s^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

s: Độ lệch chuẩn từ một nghiên cứu trước: Theo nghiên cứu của Lê Thị Dung cho biết nỗi đau khổ của người bệnh ung thư có điểm trung bình là 15,41 ± 7,73 [7] nên s = 7,73

Δ: Khoảng sai lệch cho phép giữa giá trị trung bình giữa mẫu nghiên cứu và tham số của quần thể ứng với sai lệch 10%: Δ = 15,41 × 0,10 = 1,54.

α: Mức ý nghĩa thống kê; α được chọn là 0,1.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn là 1,64.

Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 68 người bệnh.

*Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được thực hiện trên 125 người bệnh.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu**

**2.5.1. Công cụ đánh giá:** Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc, gồm các nội dung về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh, yếu tố kinh tế – xã hội và đánh giá nỗi đau khổ của người bệnh trên 5 lĩnh vực: thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần, giao tiếp và cung cấp thông tin được sử dụng thang đo VietPOS phần hỏi người bệnh, thang được phát triển bởi nhóm tác giả ThS BS Phạm Thị Vân Anh, PGS TS BS Eric Krakauer, GS TS Richard Harding và được Bộ Y tế khuyến nghị sử dụng [8].

**2.5.2. Kỹ thuật thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị, kết hợp khai thác hồ sơ bệnh án để thu thập thông tin về loại ung thư, giai đoạn bệnh, liệu pháp điều trị, thời gian mắc bệnh và thể trạng ECOG.

**2.6. Tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá**

**2.6.1. Tiêu chí chấm điểm nỗi đau khổ khi hỏi bệnh nhân theo VietPOS:** Nghiên cứu sử dụng thang đo VietPOS (phần hỏi người bệnh), gồm 10 câu hỏi chính (Q1–Q10), trong đó Q1–Q9 được sử dụng để tính điểm nỗi đau khổ. Mỗi câu hỏi được chấm từ 0–5 điểm. Các câu Q1–Q5 và Q7, điểm càng cao biểu thị nỗi đau khổ càng lớn. Các câu Q6, Q8 và Q9, điểm càng cao biểu thị tình trạng càng tốt nên được đảo điểm khi tính điểm tổng (Điểm đảo = 5 – điểm ban đầu).

**2.6.2. Đánh giá kết quả:** Điểm nỗi đau khổ được tính theo 5 lĩnh vực: Thể chất gồm 7 mục (Q1 và 6 mục nhỏ của Q2), tổng điểm 0–35; Tâm lý gồm 2 mục (Q3–Q4), tổng điểm 0–10; Xã hội gồm 3 mục (Q5–Q7), tổng điểm 0–15; Tinh thần gồm 1 mục (Q8), điểm 0–5; Giao tiếp và cung cấp thông tin gồm 1 mục (Q9), điểm 0–5. Mỗi mục được chấm từ 0–5 điểm; các câu Q6, Q8 và Q9 được đảo điểm (5 – điểm ban đầu).

Tổng điểm nỗi đau khổ chung dao động từ 0–70 điểm; điểm càng cao biểu thị mức độ nỗi đau khổ càng lớn.

**2.7. Phân tích số liệu**

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định Mann–Whitney (biến có hai nhóm) và Kruskal–Wallis (biến từ ba nhóm trở lên) được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, bệnh tật, kinh tế – xã hội với điểm nỗi đau khổ. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Người bệnh được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Thông tin thu thập được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong khuôn khổ liên kết Viện – Trường theo Công văn số 62/CĐVP-ĐT ngày 04/5/2026 của Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc. Việc thu thập số liệu được tiến hành sau khi có sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc và Khoa Chăm sóc giảm nhẹ.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nhân khẩu học (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Kết quả | |
|---|---|---|---|
| | | Tần số | % |
| Tuổi | < 60 | 36 | 28,8 |
| | 60 trở lên | 89 | 71,2 |
| Giới | Nam | 79 | 63,2 |
| | Nữ | 46 | 36,8 |
| Dân tộc | Kinh | 120 | 96,0 |
| | Thiểu số | 5 | 4,0 |
| Tôn giáo | Không tôn giáo | 117 | 93,6 |
| | Tôn giáo khác | 08 | 6,4 |
| Trình độ học vấn | Không biết chữ | 03 | 2,4 |
| | Tiểu học | 34 | 27,2 |
| | Trung học cơ sở | 62 | 49,6 |
| | Phổ thông trung học | 19 | 15,2 |
| | Trung cấp | 03 | 2,4 |
| | Cao đẳng | 04 | 3,2 |
| Tình trạng hôn nhân | Đã kết hôn | 104 | 83,2 |
| | Ly hôn/góa chồng/ly thân | 21 | 16,8 |
| Nơi cư trú | Thành thị | 12 | 9,6 |
| | Nông thôn | 77 | 61,6 |
| | Miền núi/trung du | 36 | 28,8 |

| Biến số | Phân loại | Kết quả | |
|---|---|---|---|
| | | Tần số | % |
| Nghề nghiệp chính trước khi mắc bệnh | Làm ruộng | 70 | 56,0 |
| | Buôn bán/dịch vụ | 17 | 13,6 |
| | Công nhân | 13 | 10,4 |
| | Thợ thủ công | 2 | 1,6 |
| | Khác | 23 | 18,4 |

Trong 125 đối tượng nghiên cứu, đa số từ 60 tuổi trở lên (71,2%), nam giới (63,2%), dân tộc Kinh (96,0%), không theo tôn giáo (93,6%) và đã kết hôn (83,2%). Phần lớn có trình độ trung học cơ sở (49,6%), sống ở nông thôn (61,6%) và nghề nghiệp chính trước khi mắc bệnh là làm ruộng (56,0%).

**Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các yếu tố bệnh (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Kết quả | |
|---|---|---|---|
| | | Tần số | % |
| Loại ung thư | Vú | 09 | 7,2 |
| | Gan | 12 | 9,6 |
| | Phổi | 37 | 29,6 |
| | Đại trực tràng | 08 | 6,4 |
| | Dạ dày | 13 | 10,4 |
| | Khác | 46 | 36,8 |
| Giai đoạn ung thư | Giai đoạn 2 | 43 | 34,4 |
| | Giai đoạn 3 | 05 | 4,0 |
| | Giai đoạn 4 | 77 | 61,6 |
| Liệu pháp điều trị hiện tại | Chỉ chăm sóc giảm nhẹ | 109 | 87,2 |
| | Kết hợp với các liệu pháp khác | 16 | 12,8 |
| Thời gian bị bệnh ung thư | Từ 0 đến dưới 1 năm | 64 | 51,2 |
| | Từ 1 năm đến dưới 3 năm | 21 | 16,8 |
| | Từ 3 năm đến dưới 5 năm | 15 | 12,0 |
| | Từ 5 năm trở lên | 25 | 20,0 |
| Thể trạng (ECOG) | 0-1 (tốt) | 45 | 36,0 |
| | 2-4 (xấu) | 80 | 64,0 |

Kết quả bảng 2 cho thấy, trong 5 loại ung thư thường gặp, ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (29,6%), tiếp theo là ung thư dạ dày (10,4%), ung thư gan (9,6%), ung thư vú (7,2%) và ung thư đại trực tràng (6,4%). Phần lớn người bệnh ở giai đoạn 4 (61,6%), được chăm sóc giảm nhẹ (87,2%), có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (51,2%) và có thể trạng ECOG mức 2–4 (64,0%).

**Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các yếu tố môi trường – kinh tế xã hội (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Kết quả | |
|---|---|---|---|
| | | Tần số | % |
| Bảo hiểm y tế | Có | 125 | 100 |
| Người chăm sóc chính | Bố hoặc mẹ | 03 | 2,4 |
| | Vợ hoặc chồng | 55 | 44,0 |
| | Con | 59 | 47,2 |
| | Người thân khác | 07 | 5,6 |
| | Bạn bè | 01 | 0,8 |
| Điều kiện kinh tế | Hộ cận nghèo | 02 | 1,6 |
| | Hộ có thu nhập trung bình | 109 | 87,2 |
| | Hộ có thu nhập khá | 14 | 11,2 |

Kết quả bảng 3 cho thấy, toàn bộ người bệnh đều có bảo hiểm y tế (100%). Người chăm sóc chính chủ yếu là con (47,2%) và vợ hoặc chồng (44,0%); các đối tượng chăm sóc khác chiếm tỷ lệ thấp. Phần lớn người bệnh thuộc hộ có thu nhập trung bình (87,2%), tiếp theo là hộ có thu nhập khá (11,2%) và hộ cận nghèo (1,6%).

### 3.2. Thực trạng nỗi đau khổ của người bệnh ung thư

**Bảng 4. Nỗi đau khổ của người bệnh ung thư (n=125; Min, Max: giá trị quan sát)**

| Nỗi đau khổ | Min | Max | Điểm trung bình (X± SD) |
|---|---|---|---|
| **Lĩnh vực thể chất** | **2** | **27** | **15,91 ± 5,30** |
| *Đau* | 0 | 5 | 2,1 ± 1,54 |
| *Thiếu sức lực hoặc mệt* | 0 | 5 | 3,52 ± 1,06 |
| *Các vấn đề về miệng* | 0 | 4 | 2,48 ± 1,42 |
| *Khó thở* | 0 | 5 | 1,19 ± 1,61 |
| *Buồn nôn, nôn* | 0 | 5 | 0,98 ± 1,49 |
| *Ăn không ngon miệng* | 0 | 5 | 3,12 ± 1,39 |
| *Triệu chứng khác* | 0 | 5 | 3,35 ± 1,06 |
| **Lĩnh vực tâm lý** | **0** | **9** | **4,87 ± 2,59** |
| *Lo lắng* | 0 | 4 | 2,22 ± 1,55 |
| *Buồn* | 0 | 5 | 2,66 ± 1,32 |
| **Lĩnh vực xã hội** | **0** | **10** | **5,66 ± 2,29** |
| *Bị từ bỏ hoặc bị kỳ thị* | 0 | 4 | 1,48 ± 1,37 |
| *Hỗ trợ tình cảm bởi gia đình và bạn bè* | 0 | 5 | 1,35 ± 0,9 |
| *Lo lắng tài chính* | 0 | 5 | 2,82 ± 1,26 |
| **Lĩnh vực tinh thần** | **0** | **5** | **2,51 ± 1,37** |
| **Giao tiếp và cung cấp thông tin** | **0** | **4** | **1,20 ± 0,71** |

| Nỗi đau khổ | Min | Max | Điểm trung bình (X± SD) |
|---|---|---|---|
| **Tổng chung** | **5** | **47** | **30,16 ± 8,33** |

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tổng điểm đau khổ trung bình của người bệnh là 30,16 ± 8,33 điểm, tương ứng 43,1% tổng điểm tối đa. Lĩnh vực thể chất có điểm tuyệt đối cao nhất (15,91 ± 5,30 điểm), trong đó mệt mỏi là triệu chứng nổi bật nhất. Khi quy đổi theo điểm tối đa, lĩnh vực tinh thần chiếm tỷ lệ cao nhất (50,2%); trong lĩnh vực xã hội, lo lắng tài chính nổi bật, còn ở lĩnh vực tâm lý, điểm buồn cao hơn điểm lo lắng.

### 3.3. Các yếu tố liên quan đến nỗi đau khổ của NBUT

**Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với nỗi đau khổ của NBUT (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Tần số | Điểm trung bình nỗi đau khổ (ĐTB± SD) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Thể chất | Tâm lý | Xã hội | Tinh thần | Giao tiếp và cung cấp thông tin | Chung |
| Tuổi | < 60 | 36 | 16,22 (5,09) | 5,08 (2,76) | 6,41 (2,00) | 2,61 (1,39) | 1,19 (0,52) | 31,52 (7,93) |
| | 60 trở lên | 89 | 15,79 (5,41) | 4,78 (2,53) | 5,35 (2,35) | 2,47 (1,36) | 1,20 (0,77) | 29,61 (8,47) |
| | *p*[a] | | *0,78* | *0,39* | *0,03* | *0,59* | *0,53* | *0,41* |
| Giới | Nam | 79 | 15,71 (5,34) | 4,81 (2,65) | 5,65 (2,14) | 2,48 (1,33) | 1,22 (0,77) | 29,89 (8,09) |
| | Nữ | 46 | 16,26 (5,25) | 4,97 (2,53) | 5,67 (2,57) | 2,57 (1,46) | 1,15 (0,59) | 30,63 (8,79) |
| | *p*[a] | | *0,63* | *0,79* | *0,67* | *0,70* | *0,87* | *0,47* |
| Dân tộc | Kinh | 120 | 15,73 (5,30) | 4,85 (2,62) | 5,56 (2,29) | 2,53 (1,37) | 1,21 (0,72) | 29,89 (8,35) |
| | Thiểu số | 5 | 20,20 (3,35) | 5,4 (1,95) | 8,00 (0,71) | 2,00 (1,22) | 1,00 (0,00) | 36,6 (4,56) |
| | *p*[a] | | ***0,04*** | *0,89* | ***0,01*** | *0,34* | *0,50* | ***0,04*** |
| Tôn giáo | Không tôn giáo | 117 | 15,85 (5,36) | 4,91 (2,59) | 5,67 (2,32) | 2,44 (1,33) | 1,12 (0,71) | 30,09 (8,48) |
| | Tôn giáo khác | 08 | 16,87 (4,49) | 4,25 (2,60) | 5,62 (2,14) | 3,5 (1,69) | 0,87 (0,64) | 31,12 (6,01) |
| | *p*[a] | | *0,56* | *0,45* | *0,99* | *0,08* | *0,16* | *0,89* |
| Trình độ học vấn | Không biết chữ | 03 | 17,67 (1,53) | 6,33 (2,89) | 5,67 (3,21) | 1,00 (0,00) | 1,00 (0,00) | 31,67 (7,50) |
| | Tiểu học | 34 | 17,18 (5,36) | 4,73 (2,45) | 6,00 (2,47) | 2,79 (1,53) | 1,03 (0,62) | 31,73 (8,25) |
| | THCS | 62 | 15,29 (4,98) | 4,92 (2,64) | 5,43 (2,19) | 2,44 (1,26) | 1,23 (0,71) | 29,31 (8,16) |
| | PTTH | 19 | 14,47 (6,10) | 4,89 (2,64) | 5,58 (2,50) | 2,37 (1,38) | 1,47 (0,90) | 28,79 (9,57) |
| | Trung cấp | 3 | 16,33 (4,93) | 4,00 (3,60) | 7,00 (1,00) | 3,00 (1,73) | 1,33 (0,58) | 31,66 (7,76) |

| Biến số | Phân loại | Tần số | Điểm trung bình nỗi đau khổ (ĐTB± SD) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Thể chất | Tâm lý | Xã hội | Tinh thần | Giao tiếp và cung cấp thông tin | Chung |
| Trình độ học vấn (tiếp) | Cao đẳng | 4 | 20,00 (6,06) | 4,75 (3,20) | 5,75 (2,06) | 2,75 (1,50) | 1,00 (0,00) | 34,25 (7,41) |
| | *p*[b] | | *0,28* | *0,28* | *0,69* | *0,69* | *0,44* | *0,43* |
| Tình trạng hôn nhân | Đã kết hôn | 104 | 15,88 (5,09) | 4,93 (2,56) | 5,82 (2,21) | 2,55 (1,36) | 1,19 (0,74) | 30,37 (7,87) |
| | Ly hôn/góa chồng/ly thân | 21 | 16,09 (6,39) | 4,57 (2,79) | 4,86 (2,63) | 2,33 (1,46) | 1,24 (0,54) | 29,09 (10,53) |
| | *p*[a] | | *0,75* | *0,62* | *0,17* | *0,55* | *0,40* | *0,39* |
| Nơi cư trú | Thành thị | 12 | 18,17 (4,28) | 5,58 (2,23) | 5,75 (2,01) | 1,92 (1,31) | 0,92 (0,51) | 32,33 (6,47) |
| | Nông thôn | 77 | 15,14 (5,72) | 4,66 (2,23) | 5,43 (2,46) | 2,75 (1,38) | 1,22 (0,73) | 29,20 (9,19) |
| | Miền núi/ trung du | 36 | 16,80 (4,36) | 5,08 (2,69) | 6,14 (2,00) | 2,19 (1,28) | 1,25 (0,69) | 31,47 (6,64) |
| | *p*[b] | | *0,13* | *0,14* | *0,45* | ***0,01*** | *0,29* | *0,29* |
| Nghề nghiệp chính | Làm ruộng | 70 | 15,6 (4,95) | 4,67 (2,60) | 5,47 (2,31) | 2,64 (1,44) | 1,19 (0,75) | 29,57 (8,11) |
| | Buôn bán/ dịch vụ | 17 | 16,41 (5,61) | 4,94 (2,38) | 6,12 (1,79) | 2,71 (1,45) | 1,29 (0,68) | 31,47 (6,39) |
| | Công nhân | 13 | 15,46 (4,48) | 5,15 (3,13) | 6,30 (2,32) | 1,92 (1,04) | 1,23 (0,43) | 30,07 (9,05) |
| | Thợ thủ công | 2 | 16,5 (4,95) | 4,00 (5,65) | 5,00 (5,65) | 4,50 (0,71) | 1,00 (0,00) | 31,00 (15,55) |
| | Khác | 23 | 16,69 (6,73) | 5,35 (2,28) | 5,60 (2,38) | 2,13 (1,06) | 1,17 (0,78) | 30,95 (9,82) |
| | *p*[b] | | *0,71* | *0,70* | *0,75* | *0,94* | *0,85* | *0,85* |

*Ghi chú: (a) kiểm định Mann–Whitney; (b) kiểm định Kruskal–Wallis.*

Kết quả bảng 5 cho thấy dân tộc có liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi đau khổ thể chất, xã hội và đau khổ chung ($p < 0,05$); người bệnh dân tộc thiểu số có điểm nỗi đau khổ cao hơn người Kinh. Tuổi có liên quan với lĩnh vực xã hội, trong đó người bệnh dưới 60 tuổi có điểm cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên ($p = 0,03$). Nơi cư trú có liên quan với nỗi đau khổ tinh thần ($p = 0,01$), cao nhất ở nhóm sống tại nông thôn.

Kết quả cho thấy liệu pháp điều trị hiện tại có liên quan với nỗi đau khổ thể chất, tâm lý và nỗi đau khổ chung; nhóm chỉ chăm sóc giảm nhẹ có điểm cao hơn nhóm kết hợp các liệu pháp khác ($p \leq 0,05$). Thời gian mắc ung thư có liên quan với lĩnh vực thể chất, tâm lý và nỗi đau khổ chung ($p < 0,05$), trong đó nhóm mắc bệnh từ 1 đến dưới 3 năm có điểm cao nhất. Thể trạng ECOG liên quan với nỗi đau khổ thể chất, tâm lý, tinh thần và nỗi đau khổ chung ($p < 0,05$).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa các yếu tố bệnh với nỗi đau khổ của NBUT (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Tần số | Điểm trung bình nỗi đau khổ (ĐTB± SD) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Thể chất | Tâm lý | Xã hội | Tinh thần | Giao tiếp và cung cấp thông tin | Chung |
| Loại ung thư | Vú | 09 | 14,89 (6,03) | 2,88 (2,93) | 5,66 (3,64) | 2,11 (1,53) | 1,11 (0,60) | 26,67 (12,30) |
| | Gan | 12 | 15,58 (5,91) | 5,25 (2,67) | 6,00 (2,89) | 2,08 (0,90) | 1,33 (0,89) | 30,25 (9,92) |
| | Phổi | 37 | 16,13 (5,48) | 4,62 (2,26) | 5,54 (2,18) | 2,59 (1,40) | 1,37 (0,51) | 30,02 (7,44) |
| | Đại trực tràng | 08 | 19,00 (4,31) | 5,87 (3,09) | 6,50 (1,77) | 2,37 (1,06) | 1,37 (0,51) | 35,12 (8,52) |
| | Dạ dày | 13 | 15,85 (6,05) | 5,23 (2,83) | 5,30 (2,28) | 2,69 (1,37) | 1,07 (0,64) | 30,15 (9,88) |
| | Khác | 46 | 15,50 (4,86) | 5,08 (2,52) | 5,63 (2,06) | 2,61 (1,48) | 1,24 (0,76) | 30,06 (7,20) |
| | *p*[b] | | *0,69* | *0,12* | *0,76* | *0,85* | *0,84* | *0,45* |
| Giai đoạn ung thư | Giai đoạn 2 | 43 | 16,18 (5,23) | 4,60 (2,59) | 5,83 (2,02) | 2,23 (1,32) | 1,11 (0,54) | 29,97 (7,86) |
| | Giai đoạn 3 | 05 | 18,40 (6,02) | 5,80 (1,79) | 6,40 (1,51) | 1,80 (0,45) | 1,40 (0,54) | 33,80 (6,22) |
| | Giai đoạn 4 | 77 | 15,59 (5,31) | 4,96 (2,64) | 5,52 (2,48) | 2,71 (1,40) | 1,23 (0,79) | 30,03 (8,72) |
| | *p*[b] | | *0,41* | *0,58* | *0,66* | *0,08* | *0,48* | *0,46* |
| Liệu pháp điều trị hiện tại | Chỉ chăm sóc giảm nhẹ | 109 | 16,59 (5,11) | 5,18 (2,45) | 5,76 (2,23) | 2,58 (1,40) | 1,22 (0,72) | 31,33 (7,76) |
| | Kết hợp với các liệu pháp khác | 16 | 11,37 (4,33) | 2,75 (2,57) | 5,00 (2,70) | 2,00 (1,03) | 1,06 (0,57) | 22,18 (7,88) |
| | *p*[a] | | ***< 0,01*** | ***< 0,01*** | *0,26* | *0,14* | *0,53* | ***0,001*** |
| Thời gian bị bệnh ung thư | Từ 0 đến dưới 1 năm | 64 | 14,26 (5,20) | 4,42 (2,78) | 5,31 (2,28) | 2,65 (1,39) | 1,14 (0,68) | 27,79 (8,40) |
| | Từ 1 năm đến dưới 3 năm | 21 | 18,57 (3,98) | 6,24 (1,73) | 6,19 (2,37) | 2,05 (1,02) | 1,52 (1,06) | 34,57 (5,28) |
| | Từ 3 năm đến dưới 5 năm | 15 | 16,20 (5,05) | 5,46 (2,19) | 5,73 (1,79) | 2,60 (1,45) | 1,06 (0,45) | 31,06 (5,27) |
| | Từ 5 năm trở lên | 25 | 17,72 (5,40) | 4,52 (2,55) | 6,08 (2,49) | 2,48 (1,50) | 1,16 (0,62) | 31,96 (9,91) |
| | *p*[b] | | ***0,001*** | *0,04* | *0,34* | *0,43* | *0,24* | ***0,001*** |
| Thể trạng (ECOG) | 0-1 (tốt) | 45 | 13,07 (5,47) | 3,15 (2,54) | 5,11 (2,59) | 2,91 (1,49) | 1,13 (0,75) | 25,37 (9,05) |
| | 2-4 (xấu) | 80 | 17,75 (4,50) | 5,83 (2,08) | 5,97 (2,06) | 2,28 (1,25) | 1,24 (0,67) | 32,85 (6,56) |
| | *p*[a] | | ***< 0,01*** | ***< 0,01*** | *0,096* | *0,02* | *0,32* | ***< 0,01*** |

*Ghi chú: (a) kiểm định Mann–Whitney; (b) kiểm định Kruskal–Wallis.*

**Bảng 7. Mối liên quan giữa các yếu tố kinh tế - xã hội với nỗi đau khổ của NBUT (n=125)**

| Biến số | Phân loại | Tần số | Điểm trung bình nỗi đau khổ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Thể chất | Tâm lý | Xã hội | Tinh thần | Giao tiếp và cung cấp thông tin | Chung |
| Người chăm sóc chính | Bố hoặc mẹ | 03 | 14,33 (8,80) | 4,67 (4,04) | 6,00 (1,73) | 1,66 (1,15) | 1,00 (0,00) | 27,66 (13,79) |
| | Vợ hoặc chồng | 55 | 15,29 (5,48) | 4,49 (2,76) | 5,49 (2,34) | 2,76 (1,38) | 1,16 (0,78) | 29,20 (8,59) |
| | Con | 59 | 16,54 (4,87) | 5,11 (2,31) | 5,66 (5,66) | 2,25 (1,33) | 1,22 (0,67) | 30,79 (7,52) |
| | Người thân khác | 07 | 16,42 (7,02) | 5,42 (2,99) | 6,57 (2,29) | 3,14 (1,34) | 1,28 (0,49) | 32,85 (11,62) |
| | Bạn bè | 01 | 14,0 (0,00) | 8,00 (0,00) | 8,00 (0,00) | 2,00 (0,00) | 2,00 (0,00) | 34,00 (0,00) |
| | *p*[b] | | *0,75* | *0,43* | *0,46* | *0,098* | *0,39* | *0,51* |
| Điều kiện kinh tế | Hộ cận nghèo | 02 | 17,00 (1,41) | 5,50 (3,53) | 8,00 (0,00) | 1,5 (0,70) | 1,5 (0,70) | 33,50 (3,53) |
| | Hộ có thu nhập trung bình | 109 | 16,00 (5,44) | 4,94 (2,65) | 5,85 (2,23) | 2,48 (1,36) | 1,22 (0,72) | 30,50 (8,50) |
| | Hộ có thu nhập khá | 14 | 15,07 (4,56) | 4,20 (1,96) | 3,85 (2,10) | 2,51 (1,37) | 1,00 (0,55) | 27,00 (6,86) |
| | *p*[b] | | *0,95* | *0,71* | *0,003* | *0,28* | *0,37* | *0,72* |

*Ghi chú: (b) kiểm định Kruskal–Wallis.*

Kết quả bảng 7 cho thấy điều kiện kinh tế chỉ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi đau khổ xã hội (p = 0,003); người chăm sóc chính chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các lĩnh vực nỗi đau khổ cũng như nỗi đau khổ chung của người bệnh (p > 0,05).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng nỗi đau khổ của người bệnh ung thư

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh ung thư có mức độ nỗi đau khổ đáng kể với tổng điểm trung bình 30,16 ± 8,33 điểm, tương ứng 43,1% tổng điểm tối đa. Trong đó, lĩnh vực thể chất có điểm trung bình cao nhất (15,91 ± 5,30 điểm), nổi bật là triệu chứng mệt mỏi, các triệu chứng khác và ăn không ngon miệng. Kết quả này có thể do phần lớn người bệnh trong nghiên cứu ở giai đoạn bệnh tiến triển, với tỷ lệ giai đoạn IV cao và nhiều người bệnh có suy giảm thể trạng. Lĩnh vực tâm lý có điểm trung bình 4,87 ± 2,59 điểm, trong đó cảm giác buồn có mức độ cao hơn lo lắng; lĩnh vực xã hội có điểm trung bình 5,66 ± 2,29 điểm, với lo lắng về tài chính là vấn đề nổi bật. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước khi cho thấy người bệnh ung thư không chỉ chịu ảnh hưởng bởi triệu chứng bệnh mà còn gặp nhiều khó khăn về cảm xúc, kinh tế và khả năng thích nghi với bệnh tật [2], [7]. Lĩnh vực tinh thần mặc dù có điểm tuyệt đối chưa cao (2,51 ± 1,37 điểm) nhưng lại chiếm tỷ lệ cao nhất khi quy đổi theo điểm tối đa (50,2%), cho thấy nhu cầu về sự bình yên, hy vọng và hỗ trợ tinh thần của người bệnh cần được quan tâm trong chăm sóc giảm nhẹ. Lĩnh vực giao tiếp và cung cấp thông tin có điểm thấp nhất (1,20 ± 0,71 điểm), phản ánh người bệnh cơ bản được đáp ứng nhu cầu thông tin trong quá trình điều trị. Kết quả nghiên cứu cho

thấy nỗi đau khổ ở người bệnh ung thư là vấn đề đa chiều, do đó điều dưỡng cần thực hiện đánh giá thường xuyên bằng các công cụ phù hợp, chú trọng kiểm soát triệu chứng, hỗ trợ tâm lý, giải quyết khó khăn xã hội và đáp ứng nhu cầu tinh thần nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc. Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế do thực hiện tại một cơ sở chăm sóc giảm nhẹ và thiết kế cắt ngang nên chưa đánh giá được sự thay đổi nỗi đau khổ theo thời gian. Các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng phạm vi nghiên cứu và theo dõi dọc để có đánh giá toàn diện hơn.

### 4.2. Các yếu tố liên quan đến nỗi đau khổ của người bệnh ung thư

Kết quả nghiên cứu cho thấy dân tộc, tuổi và nơi cư trú có mối liên quan với một số lĩnh vực nỗi đau khổ của người bệnh ung thư ($p < 0,05$). Người bệnh dân tộc thiểu số có điểm nỗi đau khổ thể chất, xã hội và chung cao hơn người bệnh dân tộc Kinh; nhóm dưới 60 tuổi có nỗi đau khổ xã hội cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên; người bệnh sống ở khu vực nông thôn có nỗi đau khổ tinh thần cao hơn các nhóm cư trú khác. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Dung và cộng sự, cho thấy người bệnh sống ở nông thôn có mức độ nỗi đau khổ cao hơn, có thể liên quan đến hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, nguồn lực hỗ trợ và điều kiện kinh tế [7]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm mẫu, loại ung thư, giai đoạn bệnh và công cụ đánh giá khác nhau. Kết quả trên cho thấy các yếu tố kinh tế - xã hội và hoàn cảnh sống có vai trò quan trọng trong trải nghiệm đau khổ của NBUT. Trong thực hành điều dưỡng, cần chú trọng sàng lọc nhóm nguy cơ như người bệnh dân tộc thiểu số, người bệnh trẻ tuổi hoặc sống ở khu vực khó khăn; đồng thời tăng cường tư vấn, hỗ trợ tâm lý và kết nối các nguồn lực xã hội phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy liệu pháp điều trị hiện tại, thời gian mắc bệnh và thể trạng ECOG có mối liên quan với mức độ nỗi đau khổ của người bệnh ung thư ($p < 0,05$). Người bệnh chỉ chăm sóc giảm nhẹ có điểm nỗi đau khổ thể chất, tâm lý và chung cao hơn nhóm kết hợp các liệu pháp khác, có thể do nhóm này thường có bệnh tiến triển, nhiều triệu chứng và nhu cầu chăm sóc cao hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Dung và cộng sự, cho thấy đặc điểm bệnh lý và phương pháp điều trị có ảnh hưởng đến mức độ nỗi đau khổ của NBUT [7]. Thời gian mắc bệnh có liên quan với nỗi đau khổ thể chất, tâm lý và chung; trong đó nhóm mắc bệnh từ 1 đến dưới 3 năm có điểm nỗi đau khổ cao nhất, có thể liên quan đến quá trình điều trị kéo dài và những thay đổi trong cuộc sống do bệnh gây ra. Bên cạnh đó, người bệnh có thể trạng kém (ECOG 2–4) có mức độ nỗi đau khổ cao hơn nhóm ECOG 0–1, có thể do suy giảm thể trạng làm tăng gánh nặng triệu chứng và giảm khả năng tự chăm sóc. Kết quả này cho thấy điều dưỡng cần chú trọng đánh giá nỗi đau khổ ở người bệnh có thể trạng kém hoặc đang chăm sóc giảm nhẹ, tăng cường kiểm soát triệu chứng, hỗ trợ tâm lý và xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy điều kiện kinh tế chỉ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi đau khổ xã hội của người bệnh ($p < 0,05$); người chăm sóc chính chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi đau khổ ($p > 0,05$). Mặt khác, nhóm người bệnh có điều kiện kinh tế khá có xu hướng có điểm nỗi đau khổ thấp hơn, trong khi nhóm có người chăm sóc là người thân khác có điểm nỗi đau khổ cao hơn. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây khi cho thấy khó khăn kinh tế có thể ảnh hưởng đến nỗi đau khổ của người bệnh ung thư [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng cần quan tâm đánh giá hoàn cảnh gia đình, nguồn

lực hỗ trợ và khó khăn kinh tế của người bệnh để có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp những thông tin về thực trạng nỗi đau khổ và các yếu tố liên quan ở NBUT, một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang, do đó chỉ phản ánh mức độ nỗi đau khổ tại một thời điểm và chưa xác định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một khoa Chăm sóc giảm nhẹ của một bệnh viện với cỡ mẫu còn hạn chế, nên khả năng khái quát hóa kết quả cho các nhóm NBUT khác còn chưa cao. Một số phân nhóm có số lượng nhỏ (như người bệnh dân tộc thiểu số, n = 5; hộ cận nghèo, n = 2) nên các mối liên quan ở những nhóm này cần được diễn giải thận trọng. Ngoài ra, việc đánh giá dựa trên bộ công cụ tự báo cáo VietPOS có thể chịu ảnh hưởng bởi cảm xúc, nhận thức và mức độ chia sẻ của người bệnh tại thời điểm khảo sát. Các nghiên cứu tiếp theo cần được thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn, tại nhiều cơ sở y tế và theo dõi dọc để đánh giá toàn diện hơn sự thay đổi của nỗi đau khổ theo thời gian.

## 5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy NBUT điều trị tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ có mức độ nỗi đau khổ đáng lưu ý, với tổng điểm trung bình 30,16 ± 8,33; nổi bật là mệt mỏi, buồn và lo lắng về tài chính. Tuổi, dân tộc, nơi cư trú, liệu pháp điều trị, thời gian mắc bệnh và thể trạng ECOG có liên quan đến một số lĩnh vực hoặc nỗi đau khổ chung. Điều kiện kinh tế có liên quan đến nỗi đau khổ xã hội. Vì vậy, cần sàng lọc nỗi đau khổ định kỳ, tăng cường kiểm soát triệu chứng, hỗ trợ tâm lý, tinh thần và xã hội, đồng thời ưu tiên người bệnh có thể trạng xấu, chỉ được chăm sóc giảm nhẹ và thuộc các nhóm nguy cơ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. World Health Organization. Palliative care. Published August 5, 2020. Accessed October 15, 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
3. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, et al. Distress management, version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019;17(10):1229-1249. doi:10.6004/jnccn.2019.0048
4. Stevens JM, Montgomery K, Miller M, Saeidzadeh S, Kwekkeboom KL. Common patient-reported sources of cancer-related distress in adults with cancer: a systematic review. *Cancer Med*. 2024;13(13):e7450. doi:10.1002/cam4.7450
5. Nguyen TQ, Do TM, Pham TA. Screening for psychological distress in Vietnamese cancer patients: an evaluation of the distress thermometer. *Cancer Med*. 2021;10(21):7793-7803. doi:10.1002/cam4.4298
6. Nguyen V, Khanh QT, Hocaoglu M, Huyen HTM, Thinh DHQ, Krakauer EL. Integrated hospital- and home-based palliative care for cancer patients in Vietnam: people-centered outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2023;66(3):175-182.e3. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.04.016
7. Le DT, Phan HTM. Distress and its

correlation with potential factors among patients with cancer in Vietnam. *J Soc Action Couns Psychol*. 2023;15(1):70-80. doi:10.33043/jsacp.15.1.70-80

8. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ* (ban hành kèm theo Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25/01/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Bộ Y tế; 2022.

**ABSTRACT**

**CURRENT STATUS OF DISTRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CANCER PATIENTS TREATED AT THE DEPARTMENT OF PALLIATIVE CARE, VINH PHUC GENERAL HOSPITAL**

**Objective:** To describe the current status of distress and identify associated factors among cancer patients receiving treatment at the Department of Palliative Care, Vinh Phuc General Hospital.

**Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted among 125 cancer patients treated at the Department of Palliative Care. Data were collected using a distress assessment questionnaire, together with information on demographic characteristics, disease-related characteristics, and socioeconomic factors. Descriptive statistics and the Mann–Whitney and Kruskal–Wallis tests were used to identify associated factors, with statistical significance set at $p < 0.05$.

**Results:** The mean overall distress score was 30.16 ± 8.33, equivalent to 43.1% of the maximum possible score. The physical domain had the highest absolute mean score (15.91 ± 5.30), with fatigue being the most prominent symptom. When standardized according to the maximum possible score for each domain, the spiritual domain accounted for the highest proportion. Financial concerns were the most prominent issue in the social domain, while sadness scores were higher than anxiety scores in the psychological domain. Ethnicity was associated with physical, social, and overall distress; age was associated with social distress; and place of residence was associated with spiritual distress ($p < 0.05$). Current treatment modality, duration of cancer, and ECOG performance status were associated with several domains and the overall distress score ($p < 0.05$). Economic status was significantly associated with social distress ($p < 0.05$). No statistically significant association was found between the primary caregiver and distress ($p > 0.05$).

**Conclusion:** Cancer patients treated at the Department of Palliative Care experienced notable levels of distress across multiple domains. Healthcare professionals should conduct comprehensive distress assessments, with particular attention to patients with poor performance status, those receiving palliative care alone, and other at-risk groups, in order to develop appropriate supportive interventions.

***Keywords:*** *Palliative care, cancer patients, distress, associated factors.*