THỰC TRẠNG CẢM NHẬN HỖ TRỢ XÃ HỘI, CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN MẮC UNG THƯ LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC PHENIKAA

Nguyễn Minh Ngọc[1]
Hoàng Lan Vân[2*]
Nguyễn Thị Khánh[3]

[1] *Phòng khám Đa khoa Đại học Phenikaa Hoàng Ngân, Số 167 Hoàng Ngân, Phường Yên Hòa, Quận Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam*

[2] *Trường Y Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa, Hà Nội.*

[3] *Trường Điều dưỡng Nethersole, Đại học Trung Văn Hồng Công.*

Tác giả chịu trách nhiệm
Hoàng Lan Vân
Trường Y Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa, Hà Nội
Email:
van.hoanglan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/08/2026
Ngày phản biện: 05/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 16/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0206

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng cảm nhận hỗ trợ xã hội (HTXH) và các chiến lược ứng phó. (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến cảm nhận HTXH và chiến lược ứng phó ở bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư lần đầu tại Bệnh viện Đại học Phenikaa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 190 người bệnh được chẩn đoán mắc ung thư lần đầu, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia, tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Phenikaa, từ tháng 5/2026 đến tháng 7/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình 60,74 ± 13,54; nam giới chiếm 64,2%. Điểm trung bình HTXH (MSPSS) đạt 4,90 ± 0,93 (96,3% ở mức trung bình và cao). Điểm trung bình chung Brief-COPE là 2,25 ± 0,35. Trong ba nhóm chiến lược, ứng phó tập trung vào vấn đề và ứng phó tập trung vào cảm xúc có điểm trung bình bằng nhau sau khi làm tròn (2,27 ± 0,39 và 2,27 ± 0,38); nhóm ứng phó né tránh có điểm trung bình thấp hơn (2,22 ± 0,36). Hồi quy đa biến ghi nhận giai đoạn bệnh, thu nhập gia đình và tuổi tác liên quan đến điểm HTXH ($p < 0,05$). Mức HTXH và thu nhập cá nhân liên quan đến cả 3 khía cạnh chiến lược ứng phó ($p < 0,05$). Người không có bệnh nền có điểm ứng phó tập trung cảm xúc cao hơn ($p = 0,010$).

Kết luận: Người bệnh ung thư nhận được mức độ HTXH tương đối tốt, ưu tiên các chiến lược ứng phó tập trung vào vấn đề và cảm xúc. Mức HTXH cao hơn liên quan có ý nghĩa với điểm cao hơn ở cả 3 nhóm chiến lược ứng phó. Điều dưỡng viên cần củng cố mạng lưới hỗ trợ và can thiệp tâm lý sớm cho bệnh nhân cao tuổi và có bệnh nền.

Từ khóa: *Ung thư, Hỗ trợ xã hội, Chiến lược ứng phó, MSPSS, Brief-COPE, Điều dưỡng ung bướu*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện là một trong những thách thức y tế công cộng lớn nhất trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam [1],[2]. Theo báo cáo thống kê dịch tễ học mới nhất từ GLOBOCAN 2024, Việt Nam ghi nhận 177.404 ca mắc mới và 111.015 ca tử vong do ung thư trong năm 2024 [2]. Việc nhận chẩn đoán mắc bệnh ung thư không chỉ là một biến cố sinh học nghiêm trọng mà còn gây ra cuộc khủng hoảng tâm lý - xã hội sâu sắc đối với người bệnh và gia đình họ [3],[4]. Ngay trong giai đoạn đầu mới phát hiện bệnh, bệnh nhân thường trải qua trạng thái sốc, sợ hãi, lo âu, cảm giác mất kiểm soát và nguy cơ trầm cảm tăng cao [5].

Trong thực hành điều dưỡng hiện đại, chăm sóc người bệnh ung thư đòi hỏi phương tiếp cận toàn diện theo mô hình sinh - lý - xã hội [6]. Theo lý thuyết ứng phó với stress của Lazarus và Folkman (1984), khả năng thích ứng tâm lý của người bệnh phụ thuộc vào việc đánh giá nhận thức và lựa chọn các chiến lược ứng phó thích hợp [7]. Đồng thời, thuyết che chắn stress (Stress-buffering hypothesis) của Cohen và Wills (1985) nhấn mạnh rằng sự hỗ trợ xã hội (HTXH) đóng vai trò như một lá chắn bảo vệ, giảm bớt tác động tiêu cực của bệnh tật và thúc đẩy các hành vi ứng phó chủ động [8].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây của Nguyễn Thị Thu Hằng và cộng sự (2024) [5] cũng như Phạm Thị Bích Loan và cộng sự (2024) [3] chỉ ra rằng: Phần lớn NB ung thư phải đối mặt với mức độ lo âu, trầm cảm và stress tâm lý nặng nề. Trong khi đó, sự HTXH đóng vai trò mật thiết giúp giảm tải các sang chấn tâm lý này. Tuy nhiên, sự quan tâm và các can thiệp HTXH chuyên biệt từ hệ thống y tế dành cho NB vẫn còn những khoảng trống nhất định.

Một số nghiên cứu trong nước trước đây chủ yếu tập trung vào nhóm NB giai đoạn muộn đang điều trị hóa chất kéo dài hoặc khảo sát gánh nặng tâm lý trên người chăm sóc chính. Còn ít dữ liệu khảo sát thực trạng cảm nhận HTXH và các chiến lược ứng phó cụ thể của NB ngay tại giai đoạn đầu, đây là thời điểm quan trọng để tiếp nhận chẩn đoán xác định bệnh ung thư. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng cảm nhận hỗ trợ xã hội và các chiến lược ứng phó ở người bệnh được chẩn đoán mắc ung thư lần đầu tại Bệnh viện Đại học Phenikaa.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến cảm nhận hỗ trợ xã hội và chiến lược ứng phó ở nhóm người bệnh trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc bệnh ung thư lần đầu (không phải trường hợp tái phát hoặc di căn từ ung thư nguyên phát trước đó), đang quản lý và điều trị tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Đại học Phenikaa.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định mắc ung thư lần đầu; tỉnh táo, có khả năng giao tiếp và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử mắc các rối loạn tâm thần (mã F00-F99) hoặc sa sút trí tuệ theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 trước khi phát hiện ung thư; NB đang trong tình trạng cấp cứu nặng hoặc thể trạng quá suy kiệt không thể giao tiếp và hoàn thành phỏng vấn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Phenikaa từ tháng 5/2026 đến tháng 7/2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức Slovin với tổng thể mục tiêu dự kiến N = 200, sai số d = 0,05, cho cỡ mẫu tối thiểu n = 134. Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2026 đến tháng 7/2026, nhóm nghiên cứu đã tiếp cận và thu thập được cỡ mẫu thực tế là n = 190 NB đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu đưa vào phân tích thống kê chính thức.

2.4. Bộ công cụ thu thập số liệu:

Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc gồm 3 phần:

1. Thông tin nhân khẩu học và lâm sàng: Tuổi, giới tính, dân tộc, học vấn, hôn nhân, nghề nghiệp, người sống cùng, giai đoạn bệnh, loại ung thư, bệnh nền, thu nhập cá nhân/gia đình, tình hình tài chính...

2. Thang đo cảm nhận hỗ trợ xã hội đa chiều (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS; Zimet et al., 1988): Gồm 12 câu hỏi đánh giá 3 nguồn hỗ trợ (Gia đình, Bạn bè, Người quan trọng khác) theo thang Likert 7 điểm (1-7). Phân loại điểm TB: < 3 là mức thấp; 3–5 là mức trung bình; > 5 là mức cao [9].

3. Thang đo chiến lược ứng phó rút gọn (Brief-COPE - Carver, 1997): Gồm 28 câu thuộc 14 tiểu thang, phân thành 3 nhóm chiến lược chính: Ứng phó tập trung vào vấn đề (Problem-focused coping), Ứng phó tập trung vào cảm xúc (Emotion-focused coping), và Ứng phó né tránh (Avoidant coping). Các câu hỏi được đánh giá theo thang Likert 4 mức độ: 1 = Chưa bao giờ làm điều này; 2 = Đôi khi làm điều này; 3 = Làm ở mức vừa phải; 4 = Làm điều này rất nhiều/thường xuyên. Điểm của từng tiểu thang và nhóm chiến lược được tính bằng điểm trung bình cộng của các câu tương ứng (dao động từ 1 đến 4 điểm); điểm càng cao phản ánh tần suất sử dụng chiến lược ứng phó đó càng nhiều [10]. *Bộ câu hỏi được thực hiện qua hình thức phỏng vấn trực tiếp, trong đó nghiên cứu viên hướng dẫn người bệnh hồi tưởng và đánh giá các cảm nhận hỗ trợ xã hội cũng như chiến lược ứng phó được sử dụng tại mốc thời điểm nhận chẩn đoán xác định bệnh ung thư.*

2.5. Quản lý và xử lý số liệu:

Dữ liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Excel, phân tích bằng SPSS 22.0. Sử dụng các chỉ số thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất/lớn nhất). Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến (Multivariable Linear Regression) để xác định các yếu tố liên quan đến tổng điểm trung bình MSPSS và 3 nhóm chiến lược ứng phó Brief-COPE. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Trường Y - Dược Phenikaa phê duyệt (Quyết định số 026-02.10 ngày 22/04/2026). Người bệnh tham gia tự nguyện, ký xác nhận đồng ý, mọi thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu

Kết quả bảng 1 cho thấy trong 190 người bệnh, đa số là nam (64,2%), dân tộc Kinh (95,8%) và đã kết hôn (99,5%). Phần lớn mắc ung thư giai đoạn III–IV (91,6%) và sống cùng vợ/chồng hoặc con cái (93,2%). Ung thư phổi (37,4%) và ung thư đường tiêu hóa (31,6%) là hai loại phổ biến nhất; 30,0% có bệnh nền mạn tính. Tuổi trung bình là 60,74 ± 13,54 tuổi, với thời gian từ khi phát hiện bệnh trung bình 13,22 ± 26,11 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 190)

STT	Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
1	Giới tính	Nam	122	64,2
		Nữ	68	35,8
2	Dân tộc	Kinh	182	95,8
		Khác	8	4,2
3	Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	61	32,1
		Cao đẳng	10	5,3
		Đại học/ Sau đại học	12	6,3
		Khác	107	56,3
4	Tình trạng hôn nhân	Độc thân	1	0,5
		Có gia đình	189	99,5
5	Nghề nghiệp chính	Cán bộ/ Công chức/ Viên chức	9	4,7
		Công nhân/ Người lao động tự do	75	39,5
		Nghỉ hưu/ Nội trợ	106	55,8
6	Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	5	2,6
		Giai đoạn II	11	5,8
		Giai đoạn III	97	51,1
		Giai đoạn IV	77	40,5
7	Người thân đang sống cùng	Sống cùng vợ/chồng	91	47,9
		Sống cùng con cái	86	45,3
		Sống cùng người thân khác (anh chị em, họ hàng)	1	0,5
		Sống cùng vợ/ chồng và con cái	11	5,8
		Khác	1	0,5
8	Thu nhập trung bình hàng tháng của cá nhân Ông/ Bà hiện nay	Dưới 5 triệu	29	15,3
		5 – 10 triệu	118	62,1
		Trên 10 triệu	39	20,5
		Phụ thuộc/ Không có thu nhập	4	2,1
9	Tổng thu nhập trung bình hàng tháng của hộ gia đình Ông/ Bà	Dưới 5 triệu	3	1,6
		5 – 10 triệu	17	8,9
		Trên 10 triệu	170	89,5
10	Tình hình tài chính hiện tại của mình	Rất khó khăn	6	3,2
		Khó khăn	67	35,3
		Bình thường	97	51,1
		Thoải mái	20	10,5

STT	Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
11	Bệnh nền mạn tính khác	Có	57	30,0
		Không	133	70,0
12	Loại ung thư	Ung thư vú	13	6,8
		Ung thư phổi	71	37,4
		Ung thư gan	3	1,6
		Ung thư đường tiêu hóa	60	31,6
		Khác	43	22,6
13	Tuổi	60,74 ± 13,54 tuổi		
14	Thời gian phát hiện ra bệnh	13,22 ± 26,11 tháng		

3.2. Đánh giá cảm nhận hỗ trợ xã hội và chiến lược ứng phó

Bảng 2. Đánh giá cảm nhận hỗ trợ xã hội theo từng nhóm

Biến số / Nhóm nguồn HTXH	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Điểm Min - Max
Hỗ trợ từ bạn bè	5,04	0,96	1,00 - 7,00
Hỗ trợ từ gia đình	4,96	1,01	1,00 - 7,00
Hỗ trợ từ người quan trọng khác	4,70	0,94	1,00 - 7,00
Tổng điểm trung bình chung	**4,90**	**0,93**	**1,08 - 6,83**
Mức độ cảm nhận HTXH	**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**	
Mức hỗ trợ thấp (Điểm TB < 3,0)	7	3,7	
Mức hỗ trợ trung bình (Điểm TB: 3,0–5,0)	93	48,9	
Mức hỗ trợ cao (Điểm TB > 5,0)	90	47,4	

Điểm trung bình chung cảm nhận hỗ trợ xã hội của người bệnh đạt 4,90 ± 0,93 điểm (mức trung bình). Trong ba nguồn hỗ trợ, điểm số hỗ trợ nhận được từ bạn bè cao nhất (5,04 ± 0,96), tiếp theo là từ gia đình (4,96 ± 1,01) và thấp nhất là từ những người quan trọng khác (4,70 ± 0,94). Đa số người bệnh có cảm nhận về hỗ trợ xã hội ở mức trung bình và cao (lần lượt chiếm 48,9% và 47,4%), chỉ có 3,7% người bệnh cảm nhận ở mức hỗ trợ thấp. Tổng tỷ lệ người bệnh cảm nhận được hỗ trợ xã hội từ mức trung bình đến cao đạt 96,3%.

Bảng 3. Kết quả đánh giá chiến lược ứng phó theo nhóm và khía cạnh cụ thể (n = 190)

Nhóm chiến lược và các khía cạnh cụ thể	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Điểm Min - Max
I. Ứng phó tập trung vào vấn đề (Problem-focused)	**2,27**	**0,39**	**1,00 - 4,00**
1. Nhận sự hỗ trợ cụ thể (INS)	2,53	0,55	1,00 - 4,00
2. Lập kế hoạch (PLA)	2,20	0,49	1,00 - 4,00

Nhóm chiến lược và các khía cạnh cụ thể	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Điểm Min - Max
3. Ứng phó chủ động (ACC)	2,08	0,56	1,00 - 4,00
II. Ứng phó né tránh (Avoidant coping)	**2,22**	**0,36**	**1,00 - 4,00**
1. Tự phân tâm (SD)	2,54	0,60	1,00 - 4,00
2. Tự trách (SB)	2,42	0,51	1,00 - 4,00
3. Sử dụng chất (SU)	2,40	0,54	1,00 - 4,00
4. Hành vi từ bỏ (BDE)	1,84	0,46	1,00 - 3,50
5. Phủ nhận (DE)	1,83	0,54	1,00 - 4,00
6. Bộc lộ cảm xúc (VEN)	2,34	0,59	1,00 - 4,00
III. Ứng phó tập trung vào cảm xúc (Emotion-focused)	**2,27**	**0,38**	**1,00 - 4,00**
1. Điều chỉnh tích cực (POS)	2,36	0,64	1,00 - 4,00
2. Hài hước (HUM)	2,47	0,57	1,00 - 4,00
3. Tôn giáo (REL)	2,34	0,57	1,00 - 4,00
4. Chấp nhận (ACE)	2,29	0,47	1,00 - 4,00
5. Nhận sự hỗ trợ cảm xúc (ESU)	1,90	0,57	1,00 - 3,50
Điểm trung bình chung Brief-COPE	**2,25**	**0,35**	**1,00 - 4,00**

Điểm trung bình chung của thang đo Brief-COPE là 2,25 ± 0,35. Trong ba nhóm chiến lược, ứng phó tập trung vào vấn đề và ứng phó tập trung vào cảm xúc có điểm trung bình bằng nhau sau khi làm tròn (2,27 ± 0,39 và 2,27 ± 0,38); nhóm ứng phó né tránh có điểm trung bình thấp hơn (2,22 ± 0,36). Xét theo từng chiến lược, tự phân tâm có điểm trung bình cao nhất (2,54 ± 0,60), kế đến là nhận sự hỗ trợ cụ thể (2,53 ± 0,55) và hài hước (2,47 ± 0,57). Phủ nhận có điểm thấp nhất (1,83 ± 0,54), tiếp theo là hành vi từ bỏ (1,84 ± 0,46) và nhận sự hỗ trợ cảm xúc (1,90 ± 0,57). Các chiến lược còn lại có điểm trung bình từ 2,08 đến 2,42.

3.3. Các yếu tố liên quan đến cảm nhận hỗ trợ xã hội và chiến lược ứng phó

Bảng 4. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến xác định các yếu tố liên quan đến cảm nhận hỗ trợ xã hội

Yếu tố		Hệ số Beta (B)	S.E	t	p	95% CI
Hằng số		6,06	0,80	7,61	< 0,001	4,49; 7,63
Giới tính	Nam	ref	ref	ref	ref	ref
	Nữ	0,15	0,14	1,05	0,29	-0,13; 0,42
Nghề nghiệp	Cán bộ/ Công chức/ Viên chức	ref	ref	ref	ref	ref
	Công nhân/ Người lao động tự do	0,18	0,33	0,55	0,58	-0,46; 0,82
	Nghỉ hưu/Nội trợ	0,41	0,34	1,21	0,23	-0,26; 1,08

Yếu tố		Hệ số Beta (B)	S.E	t	p	95% CI
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	ref	ref	ref	ref	ref
	Giai đoạn II	1,30	0,52	2,51	0,01	0,28; 2,31
	Giai đoạn III	1,10	0,47	2,34	0,02	0,17; 2,03
	Giai đoạn IV	1,01	0,48	2,12	0,04	0,07; 1,95
Tổng thu nhập trung bình hàng tháng của hộ gia đình Ông/ Bà	Dưới 5 triệu	ref	ref	ref	ref	ref
	5-10 triệu	-1,78	0,560	-3,182	0,002	-2,88; -0,68
	Trên 10 triệu	-1,45	0,56	-2,59	0,01	-2,56; -0,34
Tuổi (tính theo năm)		-0,02	0,01	-3,27	0,001	-0,03; -0,01
Thời gian bệnh		0,001	0,002	0,50	0,62	-0,004; 0,01
R^2		0,17				
R^2 hiệu chỉnh		0,13				

Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy giai đoạn bệnh, thu nhập gia đình và tuổi có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm trung bình hỗ trợ xã hội (MSPSS). Cụ thể, người bệnh ở giai đoạn II, III và IV có điểm cảm nhận hỗ trợ xã hội cao hơn giai đoạn I lần lượt 1,30; 1,10 và 1,01 điểm ($p < 0,05$). Ngược lại, các nhóm có thu nhập 5–10 triệu và trên 10 triệu đồng/tháng có điểm thấp hơn nhóm có thu nhập dưới 5 triệu từ 1,45–1,78 điểm ($p \leq 0,01$). Tuổi tăng liên quan với giảm điểm hỗ trợ xã hội ($\beta = -0,02$; $p = 0,001$). Mô hình giải thích 17% biến thiên của kết quả (R^2 hiệu chỉnh = 0,13).

Bảng 5. Mô hình hồi quy đa biến xác định các yếu tố liên quan đến 3 khía cạnh của chiến lược ứng phó

Yếu tố		Chiến lược ứng phó								
		Ứng phó tập trung vấn đề			Ứng phó tập trung cảm xúc			Ứng phó né tránh		
		Hệ số Beta	95% CI	p	Hệ số Beta	95% CI	p	Hệ số Beta	95% CI	p
Hằng số		1,72	1,01; 2,44		1,26	0,64; 1,88		1,53	0,90; 2,15	<0,001
Nghề	Cán bộ/ Công chức/ Viên chức	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Công nhân/ Người lao động tự do	-0,02	-0,30; 0,27	0,91	0,10	-0,15; 0,34	0,44	0,07	-0,18; 0,32	0,59
	Nghỉ hưu/ Nội trợ	-0,09	-0,37; 0,21	0,57	0,13	-0,12; 0,39	0,30	0,07	-0,19; 0,32	0,61
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Giai đoạn II	0,10	-0,31; 0,52	0,63	0,14	-0,22; 0,50	0,45	0,19	-0,17; 0,55	0,30

Yếu tố		Chiến lược ứng phó								
		Ứng phó tập trung vấn đề			Ứng phó tập trung cảm xúc			Ứng phó né tránh		
		Hệ số Beta	95% CI	p	Hệ số Beta	95% CI	p	Hệ số Beta	95% CI	p
Giai đoạn bệnh (tiếp)	Giai đoạn III	0,11	-0,25; 0,47	0,55	0,21	-0,10; 0,52	0,18	0,27	-0,04; 0,58	0,09
	Giai đoạn IV	-0,04	-0,40; 0,32	0,84	0,10	-0,22; 0,41	0,54	0,16	-0,15; 0,48	0,31
Thu nhập trung bình hàng tháng của cá nhân Ông/ Bà hiện nay	Phụ thuộc/ Không có thu nhập	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Dưới 5 triệu	-0,30	-0,70; 0,09	0,13	-0,31	-0,65; 0,03	0,07	-0,34	-0,68; 0,01	0,05
	5 – 10 triệu	-0,48	-0,86; -0,11	0,01	-0,40	-0,72; -0,07	0,02	-0,46	-0,78; -0,13	0,01
	Trên 10 triệu	-0,45	-0,84; -0,06	0,02	-0,38	-0,72; -0,05	0,03	-0,49	-0,83; -0,15	0,01
Bệnh nền mạn tính khác	Có	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Không	0,09	-0,04; 0,21	0,17	0,14	0,04; 0,25	0,01	0,01	-0,10; 0,12	0,81
Cảm nhận hỗ trợ xã hội	Thấp	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Trung bình	1,06	0,75; 1,38		0,91	0,64; 1,18		0,76	0,48; 1,03	<0,001
	Cao	1,14	0,83; 1,45		0,99	0,72; 1,26		0,84	0,57; 1,11	<0,001
Tuổi			-0,01; 0,01	0,92		-0,01; 0,01	0,95	0,001	-0,004; 0,01	0,62
Thời gian phát hiện bệnh			-0,002; 0,002	0,85		-0,001; 0,002	0,59		-0,002; 0,002	0,79
R^2		0,33			0,34			0,28		
R^2 hiệu chỉnh		0,28			0,30			0,23		

Kết quả bảng 5 cho thấy, mức hỗ trợ xã hội trung bình và cao liên quan với điểm của cả ba nhóm chiến lược ứng phó cao hơn so với mức thấp (β = 0,76–1,14; p < 0,001). Ngược lại, thu nhập 5–10 triệu và trên 10 triệu đồng/tháng liên quan với điểm ứng phó thấp hơn ở cả ba nhóm (β = –0,38 đến –0,49; p < 0,05). Không có bệnh nền mạn tính chỉ liên quan với điểm ứng phó tập trung vào cảm xúc cao hơn (β = 0,14; p = 0,01). Các mô hình giải thích từ 28% đến 34% biến thiên của chiến lược ứng phó.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận 96,3% bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư lần đầu cảm nhận mức độ hỗ trợ xã hội từ trung bình đến cao (điểm TB chung 4,90 ± 0,93). Trong đó, điểm số hỗ trợ từ bạn bè (5,04 ± 0,96) và gia đình (4,96 ± 1,01) chiếm vị trí cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị

Thu Hằng và cộng sự (2024) tại Huế [5] và Phạm Thị Bích Loan (2024) [3], phản ánh nét văn hóa truyền thống Á Đông của gia đình Việt Nam: khi người thân mắc bệnh hiểm nghèo, toàn thể gia đình và bạn bè xung quanh thường tập trung nguồn lực tinh thần lẫn vật chất để đồng hành.

Về các chiến lược ứng phó, bệnh nhân sử dụng nhóm chiến lược ứng phó tập trung vào vấn đề (2,27 ± 0,39) và ứng phó tập trung vào cảm xúc (2,27 ± 0,38) ở mức tương đương. Điều này chỉ ra rằng khi mới đối mặt với tin sốc chẩn đoán ung thư, đa số người bệnh vẫn lựa chọn thái độ chủ động, nỗ lực tìm kiếm thông tin điều trị và tuân thủ phác đồ chuyên môn. Tuy nhiên, điểm số của nhóm ứng phó né tránh cũng ở mức đáng chú ý (2,22 ± 0,36), với các hành vi phổ biến như tự phân tâm (2,54 ± 0,60), tự trách (2,42 ± 0,51) và sử dụng chất (2,40 ± 0,54). Điều này phản ánh tâm lý xáo trộn, hoang mang trong giai đoạn đầu nhận chẩn đoán, hoàn toàn phù hợp với mô hình khủng hoảng tâm lý sau chẩn đoán ung thư của Esan và cộng sự (2020) [4]. Dưới góc độ văn hóa Á Đông, hiện tượng người bệnh vừa có cảm nhận HTXH cao vừa duy trì điểm ứng phó né tránh (đặc biệt là tự phân tâm) ở mức cao phản ánh xu hướng người bệnh chủ động tìm kiếm các hoạt động phân tâm nhẹ nhàng hoặc tránh né nhắc trực diện đến căn bệnh nhằm bảo vệ tinh thần cho người thân trong gia đình [15].

Đáng chú ý, phân tích mô hình hồi quy đa biến khẳng định vai trò trung tâm của hỗ trợ xã hội: Cảm nhận HTXH gia tăng ở mức trung bình và cao là lực đẩy độc lập làm gia tăng điểm số của cả ba nhóm chiến lược ứng phó (B = 0,76 – 1,14; p < 0,001). Kết quả này củng cố vững chắc cho Thuyết che chắn stress (*Stress-buffering hypothesis*) của Cohen và Wills (1985) [8] cũng như quan điểm của Cobb (1976) [12]: sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội giúp giảm bớt cảm giác đơn độc, bảo vệ người bệnh trước các sang chấn tâm lý dữ dội và kích hoạt các nguồn lực ứng phó chủ động.

Phân tích các yếu tố liên quan ghi nhận một số phát hiện lâm sàng quan trọng:

Tuổi tác: Tuổi cao liên quan nghịch có ý nghĩa thống kê với cảm nhận HTXH (B = -0,02; p = 0,001). Điều này phản ánh nguy cơ thu hẹp mạng lưới xã hội ở người bệnh cao tuổi, cùng với tâm lý mặc cảm, sợ trở thành gánh nặng phụ thuộc vào con cái [11], khiến họ ít chủ động bộc lộ nhu cầu được hỗ trợ.

Giai đoạn bệnh: Bệnh nhân ở các giai đoạn tiến triển (II, III, IV) nhận được sự hỗ trợ xã hội cao hơn so với giai đoạn I (p < 0,05). Điều này có thể được lý giải bởi phản ứng huy động nguồn lực tập trung và cấp bách hơn từ người thân khi nhận thấy tính chất đe dọa tính mạng rõ rệt của khối u.

Điều kiện kinh tế và thu nhập: Thu nhập cá nhân từ 5 triệu đồng trở lên liên quan với điểm ứng phó thấp hơn so với nhóm không có thu nhập/phụ thuộc (p < 0,05). Hiện tượng "độc tính tài chính" (*financial toxicity*) và gánh nặng chi phí y tế có thể khiến những bệnh nhân có hoàn cảnh kinh tế eo hẹp phải huy động nhiều nỗ lực thích ứng và tìm kiếm sự nâng đỡ tinh thần hơn để bù đắp cho sự thiếu hụt về nguồn lực tài chính [13].

Bệnh nền mạn tính: Người bệnh không mắc bệnh nền mạn tính có điểm ứng phó tập trung vào cảm xúc cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người có bệnh nền (B = 0,14; p = 0,01). Việc không phải cùng lúc gánh chịu nhiều bệnh lý thể chất chồng chéo giúp người bệnh bảo tồn tốt hơn nguồn lực tâm lý, từ đó có khả năng kiểm soát và điều hòa cảm xúc thích nghi hơn trước biến cố ung thư [14, 16].

Ý nghĩa thực tiễn đối với công tác điều

dưỡng ung bướu: Bệnh nhân ung thư trong giai đoạn mới chẩn đoán rất cần các can thiệp hỗ trợ tâm lý - xã hội sớm. Người điều dưỡng không chỉ dừng lại ở việc thực hiện các kỹ thuật chăm sóc lâm sàng đơn thuần mà phải đóng vai trò là cầu nối thông tin, tư vấn hướng dẫn gia đình xây dựng môi trường hỗ trợ tích cực, nâng cao khả năng ứng phó chủ động và phát hiện sớm các hành vi né tránh tiêu cực ở bệnh nhân.

Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên chỉ đánh giá được hiện trạng tại một thời điểm ban đầu sau chẩn đoán, chưa theo dõi được sự biến đổi của tâm lý và chiến lược ứng phó theo thời gian điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu thu thập tại một trung tâm ung bướu, do đó khả năng suy rộng cho toàn bộ NB ung thư tại Việt Nam có những giới hạn nhất định.

Số liệu thu thập qua phỏng vấn trực tiếp có thể chịu sai số nhớ lại hoặc tâm lý dè dặt của NB ở các câu hỏi nhạy cảm như sử dụng chất kích thích. Ngoài ra, một số nhóm tham chiếu trong các mô hình hồi quy có cỡ rất nhỏ (giai đoạn I: n = 5; cảm nhận HTXH thấp: n = 7; thu nhập cá nhân phụ thuộc/không có thu nhập: n = 4; thu nhập hộ gia đình dưới 5 triệu: n = 3) nên các hệ số ước lượng có thể kém ổn định.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 190 bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư lần đầu tại Bệnh viện Đại học Phenikaa cho thấy:

1. Người bệnh có cảm nhận hỗ trợ xã hội tương đối tốt (điểm trung bình 4,90 ± 0,93; 96,3% ở mức trung bình và cao). Ứng phó tập trung vào vấn đề và ứng phó tập trung vào cảm xúc có điểm trung bình tương đương (2,27 ± 0,39 và 2,27 ± 0,38); ứng phó né tránh thấp hơn (2,22 ± 0,36).

2. Tuổi cao liên quan với điểm cảm nhận hỗ trợ xã hội thấp hơn (B = -0,02; p = 0,001); người bệnh giai đoạn II–IV có điểm cảm nhận hỗ trợ xã hội cao hơn giai đoạn I (p < 0,05). Mức hỗ trợ xã hội trung bình và cao liên quan với điểm cao hơn ở cả ba nhóm chiến lược ứng phó (p < 0,001); người không có bệnh nền mạn tính có điểm ứng phó tập trung vào cảm xúc cao hơn (B = 0,14; p = 0,01).

3. Khuyến nghị: Cần đưa công tác tư vấn, đánh giá nhu cầu tâm lý - HTXH vào quy trình chăm sóc điều dưỡng thường quy cho bệnh nhân ung thư mới nhập viện, đặc biệt quan tâm tới nhóm bệnh nhân cao tuổi và người có bệnh nền mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Ervik M, Laversanne M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today (GLOBOCAN 2024 estimates, version 1.0). Viet Nam fact sheet. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2026. Accessed October 16, 2026. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf
3. Phạm Thị Bích Loan, và cộng sự. Nghiên cứu sự hỗ trợ xã hội và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65(CĐ6):112-118.

4. Esan D, Muhammad F, Owoeye I, Olasoji C, Esan T. Coping strategies and its perceived effect on cancer patients' quality of life in a tertiary health institution in Nigeria. *Middle East J Cancer*. 2020;11(3):322-332. doi:10.30476/mejc.2019.78700.0

5. Nguyễn Thị Thu Hằng, và cộng sự. Sự hỗ trợ xã hội và mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở bệnh nhân ung thư điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế năm 2022. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2024;33(6):115-122.

6. Bafandeh Zendeh M, Hemmati Maslakpak M, Jasemi M. Nurses' perceptions of their supportive role for cancer patients: A qualitative study. *Nurs Open*. 2022;9(1):646-654. doi:10.1002/nop2.1112

7. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984.

8. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310

9. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

10. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6

11. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, et al. Factors associated with perceived social support among older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2020;11(3):477-483.

12. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003

13. Applebaum AJ, Kolva EA, Brescia R, et al. The financial toxicity of cancer: A review of coping strategies and patient outcomes. *Psycho-Oncology*. 2021;30(5):645-654.

14. Bovero A, Tosi C, Botto R, et al. Impact of comorbidities on coping strategies and psychological distress in oncology patients. *Support Care Cancer*. 2023;31(2):120.

15. Đỗ Thị Huệ, Nguyễn Thị Hoa. Chiến lược ứng phó với bệnh tật và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư điều trị nội trú. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2024;7(2):85-93.

16. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(3):466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466

ABSTRACT

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, COPING STRATEGIES, AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH CANCER FOR THE FIRST TIME AT PHENIKAA UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: (1) To describe perceived social support (PSS) and coping strategies. (2) To identify some factors associated with perceived social support and coping strategies among patients diagnosed with cancer for the first time at Phenikaa University Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional study of 190 adult patients diagnosed with primary

cancer for the first time who consented to participate, conducted at the Oncology Center, Phenikaa University Hospital, from May 2026 to July 2026.

Results: The mean age was 60.74 ± 13.54 years; 64.2% were male. The overall mean PSS score (MSPSS) was 4.90 ± 0.93 (96.3% at moderate-to-high levels). The overall mean Brief-COPE score was 2.25 ± 0.35. Among the three coping strategy domains, problem-focused and emotion-focused coping had equal mean scores after rounding (2.27 ± 0.39 and 2.27 ± 0.38, respectively). Avoidant coping had a lower mean score (2.22 ± 0.36). Multivariable linear regression indicated that disease stage, family income, and age were significantly associated with PSS scores ($p < 0.05$). Personal income and PSS levels were significantly associated with all three coping dimensions ($p < 0.05$). Patients without chronic comorbidities demonstrated higher emotion-focused coping scores ($p = 0.010$).

Conclusion: Cancer patients perceive a relatively good level of social support and favor problem-focused and emotion-focused coping strategies. Higher social support was significantly associated with higher scores in all three coping dimensions. Oncology nurses should strengthen support networks and provide early psychological interventions, especially for elderly patients and those with chronic comorbidities.

Keywords: *Cancer, Social support, Coping strategies, MSPSS, Brief-COPE, Oncology nursing*