

MỨC ĐỘ TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH DƯỚI CÁC LÁT CẮT NHÂN KHẨU XÃ HỘI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH UNG THƯ

Lê Thị Dung

Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

TÓM TẮT

Ung thư là một trong những nguyên nhân tử vong nhiều nhất ở Việt Nam. Tỷ lệ mắc nhiễm các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân ung thư Việt Nam cao hơn rất nhiều so với các quốc gia khác trên thế giới. Tuy nhiên, công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho nhóm bệnh nhân này hầu như chưa được quan tâm do thiếu hụt các bằng chứng liên quan đến sức khỏe tâm thần và bệnh ung thư. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu được tiến hành trên 230 bệnh nhân tự nguyện tham gia bằng hình thức nghe, đọc và trả lời bảng hỏi. Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố tuổi tác, giới tính, giai đoạn bệnh và phương pháp đang điều trị không ảnh hưởng đến tỷ lệ bị rối loạn tâm thần. Tuy nhiên, nếu ổn định hơn về tài chính, có trình độ học vấn cao, tiền sử sức khỏe tốt và biết mình không sử dụng thuốc giảm đau khi điều trị là những yếu tố có thể làm giảm tỷ lệ mắc nhiễm trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư. Kết quả từ nghiên cứu này sẽ là những gợi ý có ý nghĩa khoa học trong việc ngăn ngừa và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: Căng thẳng; Lo âu; Rối nhiễu tâm thần; Sức khỏe tâm thần; Trầm cảm; Ung thư.

Ngày nhận bài: 4/9/2024; Ngày duyệt đăng bài: 25/8/2025.

1. Mở đầu

Ung thư là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở các quốc gia phát triển và xếp thứ hai sau bệnh tim mạch ở các quốc gia đang phát triển (World Health Organisation, 2004). Mặc dù đã có nhiều cải tiến trong việc chữa trị nhưng ung thư vẫn là căn bệnh có tỷ lệ tử vong cao và chịu đựng nhiều đau đớn, dẫn đến những rối loạn tâm thần ngay cả đối với những bệnh nhân có tỷ lệ lành bệnh cao (Boyle và Levin, 2008). Ngoài việc phải chống chọi với bệnh nan y với những quyết định khó khăn về phương pháp trị liệu, bệnh nhân ung thư phải đối mặt với những căng thẳng về cảm xúc (Lederberg, 2005). Những căng thẳng này có thể xuất phát từ việc bị chẩn đoán mắc phải căn bệnh có tỷ lệ tử vong cao,

những cơn đau do tác động trực tiếp của tế bào ung thư, sự mệt mỏi do tác dụng phụ của phương pháp điều trị, thiếu sự hỗ trợ hoặc mâu thuẫn với gia đình, sự lo lắng đối với con cái hoặc vấn đề về kinh tế (Bultz và Holland, 2006; Holland, Andersen và Breitbart, 2010; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker và Piantadosi, 2001), dẫn đến nguy cơ cao tăng mức độ rối loạn tâm thần, chẳng hạn trầm cảm, lo âu hay căng thẳng (O'Hea, 2020). So với những người khỏe mạnh, bệnh nhân ung thư càng có nguy cơ cao hơn mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần cao hơn (Akechi, 1999; Ng., Roder, Koczwara và Vitry, 2018).

Tỷ lệ mắc nhiễm các vấn đề sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân ung thư khoảng từ 30% - 70% theo các nghiên cứu trên thế giới (Breitbart, 1995; Chahl và Bond, 2009; Derogatis, 1983). Tỷ lệ mắc nhiễm phổ biến nhất là trầm cảm đi kèm với rối loạn lo âu (Derogatis, Morrow và Fetting, 1983; Massie, 2004; Mitchell và cộng sự, 2011; Singer, Das-Munshi và Brahler, 2010). Razavi và cộng sự xác định 47% bệnh nhân nội trú và ngoại trú có dấu hiệu rối loạn tâm thần (Razavi và Stiefel, 1994). Kissane và cộng sự ghi nhận tỷ lệ trên mẫu 271 bệnh nhân của họ là 73% (Kissane và Smith, 1996). Việc không hỗ trợ kịp thời về mặt sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ung thư có thể dẫn đến những hậu quả đáng tiếc như suy giảm hiệu quả điều trị, tăng nguy cơ tử vong và giảm xác suất sống sót, gây sức ép lên chi phí chăm sóc sức khỏe và dẫn đến chất lượng cuộc sống giảm không chỉ đối với bệnh nhân mà cả gia đình của họ (Jacobsen, 2007; Nakash, 2014; Pitman, Suleman, Hyde và Hodgkiss, 2018; Sarnam, 2002). Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư có các vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng có xu hướng tăng nguy cơ tử vong hơn trong vòng 12 tháng sau khi chẩn đoán khi so sánh với những bệnh nhân không có hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở mức độ nhẹ hơn (Hemmington, 2020).

Theo thống kê năm 2018 của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization, WHO), Việt Nam có số ca mắc nhiễm ung thư mới trung bình hàng năm là 165.000 người (World Health Organisation, 2018). Tỷ lệ bệnh nhân ung thư có các dấu hiệu về trầm cảm, lo âu và căng thẳng là rất cao so với các tỷ lệ khác trên thế giới, cụ thể tỷ lệ trầm cảm là 62,2%, lo âu là 73,9% và căng thẳng là 47,4% (Lê Thị Dung, 2021). Tuy nhiên, vì nhiều lý do khác nhau như nguồn nhân lực, yêu cầu về chuyên môn nghiệp vụ liên quan đến tâm lý và trị liệu, các chính sách hỗ trợ, các bằng chứng về tỷ lệ cũng như các yếu tố tác động đến sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ung thư khiến công tác chăm sóc và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân ung thư ở Việt Nam còn nhiều hạn chế. Để góp phần vào quá trình xây dựng đề án hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ung thư, nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn tâm thần ở bệnh nhân ung thư tại Việt Nam.

2. Mẫu và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, là bệnh viện chuyên khoa hạng I, khám chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế

Thành phố Hồ Chí Minh. Với chức năng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh, đào tạo cán bộ, nghiên cứu khoa học về y học, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh là trung tâm y tế lớn nhất các tỉnh phía Nam về chăm sóc, điều trị bệnh nhân ung thư.

Quy mô mẫu nghiên cứu gồm 230 bệnh nhân ung thư trong độ tuổi lao động tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh (dao động từ 22 đến 60 tuổi) trong đó bệnh nhân nữ chiếm ưu thế với 192 bệnh (83,5%). Đa số bệnh nhân đều là người Kinh (88,7%) và có trình độ học vấn ở mức tốt nghiệp Trung học cơ sở hoặc thấp hơn (63,9%). Về tôn giáo, 43% bệnh nhân theo Phật giáo, 40% không theo tôn giáo nào và 17% theo tôn giáo khác ngoài Phật giáo. Hơn một nửa bệnh nhân ung thư trong nhóm nghiên cứu sinh sống ở thành thị (55,3%) và đã kết hôn (62,6%). Hơn nửa số mẫu nghiên cứu không có việc làm vào thời điểm hiện tại (59,6%). Ngoài ra, còn các yếu tố liên quan đến bệnh bao gồm: tiền sử bệnh lý, loại ung thư, thời gian chẩn đoán, phương pháp điều trị, có sử dụng thuốc giảm đau hay không.

Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi với các thông tin nhân khẩu và thông tin liên quan đến bệnh ung thư, cũng như thang đo đánh giá các dấu hiệu trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư. Dấu hiệu trầm cảm, lo âu và căng thẳng được đánh giá bằng thang đo phiên bản ngắn 21 câu Depression-Anxiety-Stress (DASS-21) của Lovibond và cộng sự (1995). Thang đo này đã được thích nghi hóa sử dụng trên đối tượng người lớn ở Việt Nam với độ tin cậy cao (Tran, Tuan và Fisher, 2013).

Trong khoảng thời gian thu thập dữ liệu, toàn bộ bệnh nhân đang nằm viện đều được xem xét đề tham gia nghiên cứu. Trước hết, tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) Các bệnh nhân không trong độ tuổi lao động; (2) Các bệnh nhân nặng, không có khả năng trả lời bảng hỏi dưới sự xác nhận của bác sỹ điều trị; (3) Các bệnh nhân không tình nguyện tham gia nghiên cứu. Tổng cộng 230 bệnh nhân ung thư đáp ứng tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Để đảm bảo sức khỏe cho bệnh nhân ung thư, các câu hỏi trong phiếu điều tra được nghiên cứu viên đọc lớn và đánh dấu theo câu trả lời lựa chọn của họ. Phần mềm SPSS phiên bản 21.0 được sử dụng để phân tích số liệu điều tra. Để so sánh mức độ rối loạn tâm thần ở các nhóm bệnh nhân dưới các lát cắt khác nhau, tác giả sử dụng kiểm định T-test và Oneway Anova.

3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.1. So sánh trầm cảm, lo âu, stress của bệnh nhân ung thư dưới các lát cắt nhân khẩu

3.1.1. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt giới tính

Nghiên cứu trên nhóm mẫu này cho thấy không có sự khác biệt về mức độ rối loạn tâm thần giữa các nhóm giới tính ($t = 0,67$; $p > 0,05$). Nhiều nghiên cứu

cho thấy, trên nhóm dân số chung, tỷ lệ nữ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần cao hơn so với nam. Trong một số nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư cũng cho thấy, tỷ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân ung thư nữ cao hơn so với bệnh nhân ung thư nam (De Leeuw và cộng sự, 2001; Hopwood, Stephens và Party, 2000). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy điểm trung bình của nam cao hơn so với nữ ở tất cả các mặt (trầm cảm, lo âu, căng thẳng) nhưng sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê. Có thể khi đối mặt với bệnh nan y, giữa nam và nữ không có sự khác nhau nhiều. Kết quả này của chúng tôi trùng khớp với một số nghiên cứu khác, chẳng hạn nghiên cứu của Ciaramella và cộng sự (2001) hay nghiên cứu của Walsh và cộng sự (2000).

3.1.2. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt độ tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về sức khỏe tâm thần của các bệnh nhân ung thư ở các nhóm tuổi khác nhau ($p > 0,05$). Trong khi đó, nghiên cứu của Hinz và cộng sự trên 3.785 bệnh nhân ung thư Đức cho thấy những bệnh nhân trẻ tuổi dễ bị rối loạn lo âu hơn so với bệnh nhân lớn tuổi; không có sự khác biệt về tuổi đối với trầm cảm (Hinz và cộng sự, 2019). Một nghiên cứu khác của Ahmed và cộng sự (2018) trên 379 bệnh nhân ung thư ngoại trú cũng cho thấy tuổi tác tỷ lệ nghịch với rối loạn căng thẳng ở bệnh nhân ung thư (Ahmed, Albalawi, Qureshey và cộng sự, 2018). Nguyên nhân có thể do sự khác biệt trong việc sử dụng thang đo khác nhau giữa các nghiên cứu và nhóm mẫu điều tra.

3.1.3. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt nơi cư trú

Bảng 1: Kiểm định t-test rối loạn tâm thần của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt nơi cư trú

Rối loạn tâm thần	Nơi cư trú	N	M	SD	t
Trầm cảm	Nông thôn	103	17,92	11,77	2,87**
	Đô thị	127	13,51	11,45	
Lo âu	Nông thôn	103	16,54	10,56	2,03**
	Đô thị	127	13,80	9,89	
Căng thẳng	Nông thôn	103	17,15	10,40	2,49**
	Đô thị	127	13,75	10,18	

Ghi chú: **: $p < 0,01$; N = số bệnh nhân ung thư; SD: Độ lệch chuẩn; M: Điểm trung bình.

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ung thư đang sống ở thành thị và bệnh nhân ung thư đang sống

ở nông thôn. Cụ thể, bệnh nhân ung thư sống ở nông thôn có mức độ rối loạn trầm cảm ($t = 2,87$; $p < 0,01$), lo âu ($t = 2,03$; $p < 0,05$), căng thẳng ($t = 2,49$; $p < 0,05$) cao hơn so với bệnh nhân ung thư sống ở thành thị (bảng 1). Nguyên nhân có thể giải thích như sau: Thứ nhất, những người sống ở nông thôn Việt Nam chủ yếu sống dựa vào nghề nông hoặc chăn nuôi, trồng trọt, thường có mức thu nhập thấp hơn so với những người sống ở thành thị. Trong khi đó, việc điều trị ung thư thường kéo dài và chi phí lớn, vì thế, bệnh nhân ung thư ở nông thôn có thể sẽ gặp khó khăn về mặt tài chính, dẫn đến dễ bị các vấn đề về tinh thần hơn. Thứ hai, mỗi đợt điều trị ung thư, bệnh nhân cần nhập viện trong khoảng thời gian dài, trong khi đó, bệnh viện điều trị ung thư mà nhóm nghiên cứu tiến hành lấy mẫu ở trung tâm thành phố lớn. Chi phí sinh hoạt ở thành phố lớn đắt đỏ, cộng thêm việc phải dừng công việc ở nông thôn để lên thành thị chữa bệnh, sống xa làng xóm, bạn bè và hầu hết người thân, bệnh nhân ung thư ở nông thôn đều có thể có nguy cơ cao hơn trong việc mắc thêm rối loạn tâm thần trong thời gian điều trị bệnh.

3.1.4. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư dưới lát cắt trình độ học vấn

Bảng 2: Kiểm định One-way Anova rối loạn tâm thần của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt trình độ học vấn

Rối loạn tâm thần	Trình độ học vấn	N	M	SD	Hậu kiểm
Trầm cảm	THCS trở xuống (1)	147	17,07	12,10	M1 - M2 = 3,03
	THPT (2)	45	14,04	11,94	M2 - M3 = 2,99
	Cao đẳng trở lên (3)	38	11,05	8,82	M1 - M3 = 6,02*
Lo âu	THCS trở xuống (1)	147	16,29	10,45	M1 - M2 = 2,82
	THPT (2)	45	13,47	11,32	M2 - M3 = 1,47
	Cao đẳng trở lên (3)	38	12,00	7,07	M1 - M3 = 4,29
Căng thẳng	THCS trở xuống (1)	147	16,45	10,68	M1 - M2 = 2,67
	THPT (2)	45	13,78	11,08	M2 - M3 = 1,30
	≥ Cao đẳng (3)	38	12,47	7,53	M1 - M3 = 3,98

Ghi chú: *: $p < 0,05$; N = số bệnh nhân ung thư; SD: Độ lệch chuẩn; M: Điểm trung bình.

Thông kê cho thấy, về trình độ học vấn, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sức khỏe tâm thần giữa các nhóm bệnh nhân ung thư. Cụ thể, nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên có mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn từ trung học cơ sở (THCS) trở xuống. Bảng 2 cho thấy cả ba chỉ số - trầm cảm ($M1 - M3 = 6,02$),

lo âu ($M1 - M3 = 4,29$) và căng thẳng ($M1 - M3 = 3,98$) - đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm THCS trở xuống và nhóm cao đẳng trở lên ($p < 0,05$). Điều này cho thấy trình độ học vấn cao có thể giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về bệnh lý, phương pháp điều trị và cách quản lý cảm xúc, từ đó giảm nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn cao đẳng trở lên và nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông (THPT). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Admed và cộng sự trên bệnh nhân ung thư ở Ả Rập (Ahmed và cộng sự, 2018).

3.1.5. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt nghề nghiệp

Bảng 3: Kiểm định T-test rối loạn tâm thần của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt nghề nghiệp

Rối loạn tâm thần	Có việc làm không?	N	M	SD	t
Trầm cảm	Không	137	16,79	11,48	2,05*
	Có	93	13,57	12,00	
Lo âu	Không	137	15,85	10,34	1,49
	Có	93	13,81	10,09	
Căng thẳng	Không	137	16,00	10,12	1,30
	Có	93	14,19	10,76	

Ghi chú: *: $p < 0,05$; N = số bệnh nhân ung thư; SD: Độ lệch chuẩn; M: Điểm trung bình.

Yếu tố nghề nghiệp được xác định bởi tình trạng hiện tại bệnh nhân ung thư đang thất nghiệp hay đang có nghề nghiệp có thu nhập. Thống kê cho thấy không có khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ có dấu hiệu rối loạn lo âu, rối loạn căng thẳng hay rối loạn tâm thần nói chung theo nghề nghiệp ($p > 0,05$) (bảng 3). Tuy nhiên, sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ trầm cảm xuất hiện ở hai nhóm này ($t = 2,05$; $p < 0,05$). Trong đó, nhóm bệnh nhân hiện tại đang thất nghiệp có tỷ lệ bị trầm cảm cao hơn so với nhóm đang có việc làm. Với chi phí đắt đỏ trong quá trình điều trị ung thư kéo dài, việc duy trì được việc làm vào thời điểm điều trị bệnh là một trong những yếu tố làm giảm gánh nặng về mặt kinh tế. Mặt khác, đi làm cũng giúp cho bệnh nhân cảm thấy bản thân vẫn còn có ý nghĩa, được bình thường hóa và không phải phụ thuộc tài chính vào người khác. Đi làm cũng giúp bệnh nhân kết nối với bạn bè, đồng nghiệp và tạm thời quên đi tình trạng bệnh tật của bản thân. Kết quả này cũng giống với kết quả của Alquraan và cộng sự khi nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư ở Jordan vào năm 2020 (Alquraan và cộng sự, 2020). Một nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự, rằng những bệnh nhân

ung thư nữ làm việc ít nhất một vài giờ trong một tuần có sức khỏe tâm thần tốt hơn so với những bệnh nhân nữ không làm việc (Timperi và cộng sự, 2013).

3.2. So sánh trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư theo các yếu tố liên quan đến bệnh

Các yếu tố về bệnh được khám phá gồm các yếu tố: phương pháp điều trị, giai đoạn ung thư hiện tại, tiền sử bệnh khác và sử dụng thuốc giảm đau hay không. Kết quả nghiên cứu được phân tích chi tiết dưới đây.

3.2.1. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư theo lát cắt giai đoạn ung thư

Kết quả phân tích dữ liệu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh nhân đang ở bốn *giai đoạn ung thư* khác nhau. Điều này có nghĩa là dù bệnh nhân ở các giai đoạn ung thư sớm hay muộn, mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng đánh giá được đều không có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả này có chút khác biệt so với nghiên cứu tìm thấy ở nước ngoài. Chẳng hạn nghiên cứu của Vodermaier và cộng sự tiến hành trong 5 năm trên 3.850 bệnh nhân ung thư cho thấy những bệnh nhân ở giai đoạn đầu của ung thư có dấu hiệu trầm cảm ít hơn so với các bệnh nhân ở giai đoạn sau. Nam và nữ bệnh nhân ở giai đoạn đầu của ung thư phổi cũng ít có dấu hiệu lo âu và trầm cảm hơn so với các bệnh nhân có bệnh ở mức độ nặng (Vodermaier, Linden và MacKenzie, 2011). Có thể lý giải rằng, đối với bệnh nhân ung thư trong mẫu nghiên cứu này suy nghĩ rằng mắc bệnh ung thư đã là một áp lực mang lại gánh nặng tinh thần cho người bệnh, bất kể mức độ nguy hiểm và nghiêm trọng của bệnh khi được phát hiện hoặc đang trải qua là như thế nào. Vì thế, dù ở giai đoạn nào đi chăng nữa, thì họ vẫn đang mang căn bệnh nan y và tỷ lệ chữa khỏi không cao.

3.2.2. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư theo lát cắt phương pháp điều trị

Về *phương pháp điều trị*, nghiên cứu tìm hiểu và sắp xếp các bệnh nhân ung thư theo bốn nhóm chính: hóa trị, xạ trị, phẫu thuật và các phương pháp khác. Kết quả phân tích số liệu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm, rối loạn lo âu cũng như căng thẳng giữa các nhóm sử dụng phương pháp điều trị khác nhau ($p > 0,05$). Kết quả này có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu ở mỗi nhóm trị liệu trong nghiên cứu này. Một số bệnh nhân có quan điểm rằng khi sử dụng các phương pháp như xạ trị hoặc hóa trị, bệnh tình có thể nặng hơn cũng như xác suất chữa khỏi ung thư của những phương pháp này cao hơn so với những phương pháp khác. Trong khi những bệnh nhân sử dụng phương pháp khác có mối lo ngại rằng bệnh tình của mình không thể chữa khỏi và chỉ sử dụng các phương pháp như uống thuốc, sinh hóa... chỉ để cầm chừng về mặt thời gian. Để khẳng định sự ảnh hưởng của phương pháp điều trị đến các vấn đề về sức khỏe tâm thần cần có các nghiên cứu khác trong tương lai với tỷ lệ mẫu ở các nhóm phương pháp điều trị khác nhau cân đối hơn.

3.2.3. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư theo lát cắt sử dụng thuốc giảm đau trong điều trị ung thư

Bảng 4: Kiểm định T-test rối loạn tâm thần của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt sử dụng thuốc giảm đau trong điều trị ung thư

Rối loạn tâm thần	Sử dụng thuốc giảm đau trong điều trị	N	Mean	SD	t
Trầm cảm	Có (1)	101	18,59	12,14	3,897*
	Không (2)	118	12,49	10,82	
Lo âu	Có (1)	101	17,27	9,98	3,582*
	Không (2)	118	12,54	9,89	
Căng thẳng	Có (1)	101	17,43	10,07	3,160*
	Không (2)	118	13,07	10,27	

Ghi chú: *: $p < 0,05$; N = số bệnh nhân ung thư; SD: Độ lệch chuẩn; M: Điểm trung bình.

Sử dụng thuốc giảm đau là một trong những yếu tố có liên quan đến mức độ rối loạn tâm thần ở bệnh nhân ung thư. Trong nghiên cứu này, phân tích chỉ được thực hiện trên hai nhóm bệnh nhân: nhóm biết mình có sử dụng thuốc giảm đau và nhóm biết mình không sử dụng thuốc giảm đau. Nhóm bệnh nhân không biết rõ tình trạng sử dụng thuốc giảm đau của mình (chỉ gồm 11 trường hợp) đã được loại khỏi phân tích do cỡ mẫu quá nhỏ, không đảm bảo ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy, bệnh nhân ung thư biết mình không sử dụng thuốc giảm đau có mức độ rối loạn tâm thần thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân biết mình có sử dụng thuốc giảm đau. Cụ thể, điểm trung bình của nhóm không sử dụng thuốc giảm đau thấp hơn nhóm có sử dụng ở cả ba chỉ số: Rối loạn trầm cảm ($t = 3,987$; $p < 0,05$), rối loạn lo âu ($t = 3,582$; $p < 0,05$) và rối loạn căng thẳng ($t = 3,160$; $p < 0,05$) (bảng 4). Rõ ràng rằng việc biết chắc chắn bản thân mình không cần đến thuốc giảm đau khiến các bệnh nhân ung thư cảm thấy an tâm hơn về tình trạng bệnh của bản thân, vì theo họ, sử dụng thuốc giảm đau không những gây sự khó chịu, mệt mỏi về thể xác, tinh thần cho cơ thể mà còn là dấu hiệu của tình trạng ung thư nặng. Ngược lại, việc sử dụng thuốc giảm đau thường gắn liền với cảm nhận về mức độ đau đớn và tiến triển bệnh nặng, làm tăng nguy cơ rối loạn tâm thần. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của việc truyền thông rõ ràng cho bệnh nhân về tình trạng điều trị, đặc biệt là việc sử dụng thuốc giảm đau. Việc bệnh nhân biết rằng mình không cần dùng thuốc giảm đau có thể góp phần cải thiện trạng thái tâm lý và giảm nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần trong quá trình điều trị ung thư.

3.2.4. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư theo lát cắt tiền sử bệnh khác

Bảng 5: Kiểm định T-test rối loạn tâm thần của bệnh nhân ung thư dưới lát cắt tiền sử bệnh khác

Rối loạn tâm thần	Tiền sử bệnh khác	N	M	SD	t
Trầm cảm	Có	60	17,57	11,89	1,60
	Không	170	14,75	11,68	
Lo âu	Có	60	17,57	9,64	2,25*
	Không	170	14,13	10,35	
Căng thẳng	Có	60	16,67	9,97	1,12
	Không	170	14,78	10,53	

Ghi chú: *: $p < 0,05$.

Bệnh nền là một trong những yếu tố nguy cơ khiến xác suất chữa khỏi của bệnh ung thư giảm đi và tỷ lệ nguy cơ tử vong cao hơn. Trong nghiên cứu này, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rối loạn lo âu giữa hai nhóm bệnh nhân có và không có bệnh nền. Cụ thể, nhóm bệnh nhân ung thư có bệnh nền có tỷ lệ bị rối loạn lo âu cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có bệnh nền ($t = 2,25$; $p < 0,05$). Điều này hoàn toàn dễ hiểu và hợp lý. Sự mắc thêm các bệnh khác có thể khiến nguy cơ điều trị bệnh ung thư giảm hiệu quả, khả năng suy yếu của cơ thể tăng, dẫn đến sự chống chịu đối với bệnh ung thư bằng các phương pháp điều trị của cơ thể giảm. Như thế, nguy cơ không thể chữa khỏi bệnh cũng sẽ cao hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có tiền sử bệnh lại không tìm thấy ở rối loạn căng thẳng và trầm cảm ($p > 0,05$).

4. Kết luận

Kết quả ở nghiên cứu này cho thấy trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân ung thư có sự khác biệt nhất định ở một số nhóm. Các yếu tố nhân khẩu như giới tính, tuổi tác và các yếu tố về bệnh như giai đoạn ung thư và phương pháp điều trị không có mối liên hệ có ý nghĩa tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần. Bệnh nhân ung thư có trình độ học vấn cao, có tỷ lệ mắc thêm các vấn đề sức khỏe tâm thần thấp hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp. Việc bệnh nhân đang đi làm và có thu nhập cũng góp phần tác động làm giảm nguy cơ mắc trầm cảm ở bệnh nhân ung thư. Biết mình có sử dụng thuốc giảm đau cũng là nguy cơ khiến bệnh nhân ung thư bị rối loạn lo âu và căng thẳng. Tiền sử về bệnh nền làm tăng nguy cơ rối loạn lo âu ở bệnh nhân ung thư trên mẫu nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, đối với bệnh nhân ung thư ở Thành phố Hồ Chí Minh, các yếu tố liên

quan đến nhân khẩu, nghề nghiệp và các yếu tố khác liên quan đến bệnh có ảnh hưởng nhất định đến tỷ lệ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần của họ. Vì vậy, để chăm sóc sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ung thư, cần lưu ý đến các yếu tố này để hỗ trợ hợp lý và kịp thời nhằm làm giảm nguy cơ nói trên.

Nghiên cứu này vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang, vì thế kết quả nghiên cứu chỉ đúng vào thời điểm tiến hành nghiên cứu. Để có thể xác định tác động lâu dài của các yếu tố nhân khẩu, nghề nghiệp và bệnh lý đến sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ung thư cần có những nghiên cứu sâu hơn theo chiều dọc. Thứ hai, mẫu nghiên cứu lựa chọn chỉ tập trung vào một bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh nên khó có thể kết luận khái quát cho tất cả bệnh nhân ung thư ở Việt Nam. Thứ ba, tỷ lệ phân bố mẫu ở một số nhóm so sánh còn chênh lệch khá nhiều về mặt số lượng, vì thế có thể ảnh hưởng đến kết quả phân tích thống kê.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Lê Thị Dung (2021). Vấn đề sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ung thư trong độ tuổi lao động ở Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Tâm lý học*, 10, 81-93.

Tài liệu tiếng Anh

2. Ahmed, A. E., Albalawi, A. N., Qureshey, E. T., Yenugadhati N., Al-Jahdali H., Jazieh A.R. (2018). Psychological symptoms in adult Saudi Arabian cancer patients: Prevalence and association with self-rated oral health. *Breast Cancer*, 10, 153-159.

3. Akechi, T. (1999). Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 53, 569-573.

4. Alquraan, L., Alzoubi, K. H., Rababa'h, S., Karasneh, R., Al-azzam, S., & Al-Azayzih, A. (2020). Prevalence of depression and the quality of life of breast cancer patients in Jordan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1455-1462. DOI: doi.org/10.2147/JMDH.S277243.

5. Boyle, P., & Levin, B. (2008). *World Cancer report*. Retrieved from <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1622952&form=MG0AV3>.

6. Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer*, 3(1), 45-60.

7. Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Community Oncology*, 3(5), 311-314.

8. Chahl, P., & Bond, A. (2009). I'm sorry but you've got cancer: The role of psycho-oncology. *British Journal of Hospital Medicine*, 70(9), 514-517.

9. Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type, and treatment. *Psycho-Oncology*, 10, 156-165.

10. De Leeuw, J., de Graeff, A., Ró, W., Blijham, G., Hordijk, G.-J., & Winnubst, J. (2001). Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer. *Head Neck*, 23, 892-898.
11. Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures: Manual II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
12. Derogatis, L. R., Morrow, G. R., & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751.
13. Hemmington, A. (2020). When mental illness and cancer collide: an investigation of the predictors of outcomes for cancer patients with a history of mental health problems. *Psychological Oncology*, 29, 525-531.
14. Hinz, A., Herzberg, P. Y., Lordick, F., Weis, J., Hermann, F., Brahler, E.,... Mehnert, A. (2019). Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 28(5). DOI: 10.1111/ecc.13129.
15. Holland, J. C., Andersen, B., & Breitbart, W. S. (2010). Distress management. *Journal of National Cancer Network*, 8(4), 448-485.
16. Hopwood, P., Stephens, R., & Party (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 893-903.
17. Jacobsen, P. B. (2007). screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4526-4527.
18. Kissane, D. W., & Smith, G. C. (1996). Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(3), 397-404.
19. Lederberg, M. S. (2005). Psychooncology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed., pp. 2196-2225). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
20. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scale*. Sydney: Psychology Foundation.
21. Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>.
22. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., et. al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12, 160-174.
23. Nakash, O. (2014). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys. *Psychological Oncology*, 23, 40-51.
24. Ng, H. S., Roder, D., Koczwara, B., & Vitry, A. (2018). Comorbidity, physical and mental health among cancer patients and survivors: An Australian population-based study. *Asia Pacific Journal of Clinical Oncology*, 14, e181-e192.

25. O'Hea, E. (2020). Impact of the mental health and dynamic referral for oncology (MHADRO) program on oncology patient outcomes, health care utilization, and health provider behaviors: A multi-site randomized control trial. *Patient Educational Counselling*, 103, 607-616.
26. Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). A depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361, k1415.
27. Razavi, D., & Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. *Support Care Cancer*, 2(4), 223-232.
28. Sarnam, L. (2002). Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 2920-2929.
29. Singer, S., Das-Munshi, J., & Brahler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care - a meta-analysis. *Annual Oncology*, 21, 921-930.
30. Timperi, A. W., Ergas, I. J., Rehkopf, D. H., Roh, J. M., Kwan, M. L., & Kushi, L. H. (2013). Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1411-1420.
31. Tran, D. T., Tuan, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13(24). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/24>.
32. Vodermaier, A., Linden, W., & MacKenzie, R. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British Journal of Cancer*, 105, 1814-1817.
33. Walsh, D., Donnelly, S., & Rybicki, L. (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender and performance status in 1000 patients. *Support Care Cancer*, 8, 175-179.
34. World Health Organisation (2004). *The global burden of disease: 2004 update*. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf?utm_source.
35. World Health Organisation (2018). *Suicide: Key facts*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
36. Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28.