

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐANG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KON TUM

Quách Thị Thanh Hà¹, Nguyễn Thị Thanh Nhân², Văn Tiến Nhân³

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kon Tum, Việt Nam

²Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Việt Nam

³Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư là gánh nặng sức khỏe lớn tại Việt Nam; chất lượng cuộc sống (CLCS) là chỉ báo quan trọng phản ánh hiệu quả điều trị và chăm sóc. Dữ liệu về CLCS ở bệnh nhân ung thư tuyến tính miền núi còn hạn chế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 303 bệnh nhân ≥ 18 tuổi. Thu thập thông tin nhân khẩu, lâm sàng, hỗ trợ xã hội, sức khỏe tâm thần và CLCS bằng EORTC QLQ-C30 (phiên bản tiếng Việt 3.0).

Kết quả: Điểm sức khỏe tổng quát TB = $50,96 \pm 24,07$; CLCS chung = $75,54 \pm 17,65$. Điểm chức năng dao động 68,80 - 89,82 (cao nhất: nhận thức $89,82 \pm 17,16$; thấp nhất: thể chất $68,80 \pm 24,33$). Khó khăn tài chính TB = $53,14 \pm 35,84$; triệu chứng ảnh hưởng nhiều: chán ăn $43,34 \pm 27,77$, mệt mỏi $37,70 \pm 29,68$, đau $33,22 \pm 27,13$, mất ngủ $32,89 \pm 29,09$. Các yếu tố làm tăng điểm CLCS: có tôn giáo ($\beta = 3,33$; $p = 0,020$), vận động nhẹ ($\beta = 3,08$; $p = 0,034$), được cán bộ y tế chia sẻ/động viên ($\beta = 3,14$; $p = 0,037$). Các yếu tố làm giảm điểm CLCS bao gồm: người thân chi trả ($\beta = -4,58$; $p = 0,002$), nhẹ cân ($\beta = -2,97$; $p = 0,044$), giai đoạn III/IV ($\beta = -8,42$; $p = 0,031$; $\beta = -12,05$; $p = 0,003$), điều trị không đỡ ($\beta = -5,46$; $p = 0,002$), trầm cảm ($\beta = -9,79$; $p < 0,001$), lo âu ($\beta = -6,93$; $p < 0,001$), stress ($\beta = -6,43$; $p = 0,001$).

Kết luận: CLCS của bệnh nhân ung thư tại Kon Tum ở mức trung bình - khá. Can thiệp toàn diện (tư vấn tâm lý, hỗ trợ dinh dưỡng, vận động phù hợp, tăng cường giao tiếp và hỗ trợ tinh thần) cần được lồng ghép thường quy, đặc biệt ở tuyến tính miền núi.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; EORTC QLQ-C30; ung thư; Kon Tum; hồi quy đa biến; sức khỏe tâm thần.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CANCER INPATIENTS AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT, KON TUM PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Quach Thi Thanh Ha¹, Nguyen Thi Thanh Nhan², Van Tien Nhan³

Background: Cancer imposes a substantial health burden in Viet Nam. Health-related quality of life (QoL) is a key indicator of treatment and care effectiveness. Evidence on QoL among cancer inpatients at mountainous provincial hospitals remains limited.

Methods: Cross-sectional study of 303 patients aged ≥ 18 years. Data on demographics, clinical status, social support, mental health, and QoL were collected using the Vietnamese version (v3.0) of the EORTC QLQ-C30.

Results: Mean Global Health Status was 50.96 ± 24.07 ; overall QoL was 75.54 ± 17.65 . Functional scales ranged 68.80 - 89.82 (highest: cognitive 89.82 ± 17.16 ; lowest: physical 68.80 ± 24.33). Financial difficulties averaged

Ngày nhận bài: 12/8/2025. Ngày chỉnh sửa: 28/9/2025. Chấp thuận đăng: 15/10/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Nhân. Email: ntttnhan@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0905665315

Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư...

53.14 ± 35.84. Prominent symptoms included loss of appetite 43.34 ± 27.77, fatigue 37.70 ± 29.68, pain 33.22 ± 27.13, and insomnia 32.89 ± 29.09. Factors increasing QoL: religious affiliation ($\beta = 3.33$; $p = 0.020$), light physical activity ($\beta = 3.08$; $p = 0.034$), and frequent encouragement/support from healthcare staff ($\beta = 3.14$; $p = 0.037$). Factors decreasing QoL: treatment costs paid by family ($\beta = -4.58$; $p = 0.002$), underweight ($\beta = -2.97$; $p = 0.044$), cancer stage III/IV ($\beta = -8.42$; $p = 0.031$; $\beta = -12.05$; $p = 0.003$), no improvement after treatment ($\beta = -5.46$; $p = 0.002$), depression ($\beta = -9.79$; $p < 0.001$), anxiety ($\beta = -6.93$; $p < 0.001$), and stress ($\beta = -6.43$; $p = 0.001$).

Conclusions: QoL among cancer inpatients in Kon Tum was moderate to fairly good. Comprehensive, routine interventions - psychological counseling, nutritional support, appropriate physical activity, and enhanced communication and psychosocial support - are warranted, especially in mountainous provincial settings.

Keywords: Quality of life; EORTC QLQ-C30; cancer; Kon Tum; multivariable regression; mental health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những bệnh không lây nhiễm có tốc độ gia tăng nhanh, trở thành gánh nặng sức khỏe toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới. Theo ước tính của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC), năm 2020 ghi nhận khoảng 19,3 triệu ca ung thư mới và gần 10,0 triệu ca tử vong, tăng đáng kể so với năm 2012 (14,1 triệu ca mới và 8,2 triệu ca tử vong) [1]. Xu hướng này phản ánh sự thay đổi mô hình bệnh tật do già hóa dân số, đô thị hóa, chế độ ăn uống, hút thuốc, béo phì và lối sống ít vận động [2]. Tại Việt Nam, gánh nặng ung thư đang gia tăng rõ rệt. Theo thống kê GLOBOCAN năm 2020, có khoảng 182.563 ca ung thư mới và 122.690 ca tử vong, trong đó ung thư gan, phổi, vú và dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất [1]. Ngoài tỷ lệ tử vong cao, người bệnh ung thư còn phải đối mặt với các vấn đề tâm lý, xã hội và tài chính - tất cả đều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (Quality of Life - QOL).

Chất lượng cuộc sống là một khái niệm đa chiều, phản ánh cảm nhận của người bệnh về sức khỏe thể chất, tâm lý, xã hội và khả năng thích nghi. Trong lĩnh vực ung thư học, QOL được xem như một chỉ số quan trọng để đánh giá kết quả điều trị, hiệu quả chăm sóc và tiên lượng sống còn. Thang đo EORTC QLQ-C30 do Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư châu Âu phát triển được sử dụng rộng rãi để đo lường CLCS, bao gồm các lĩnh vực chức năng và triệu chứng liên quan [3, 4]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy CLCS của bệnh nhân ung thư chịu ảnh hưởng bởi độ tuổi, tình trạng dinh dưỡng, giai đoạn bệnh, hỗ trợ xã hội và trạng thái tâm lý [5, 6]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu tại các bệnh viện lớn (Huế, Cần Thơ, TP. Hồ Chí Minh) cho thấy điểm CLCS trung bình dao động từ 49,2 - 66,2 [7]. Tuy

nhien, tại tỉnh Kon Tum chưa có nghiên cứu nào đánh giá CLCS và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư điều trị nội trú. Đề tài nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 ở bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum (2023 - 2024) và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư và đang điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trong trạng thái loạn thần, quá yếu, không đủ khả năng hoàn thành bộ câu hỏi, mới nhập viện lần đầu, hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện từ 6/2023 - 7/2024 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum. Với cỡ mẫu là chọn toàn bộ 303 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Công cụ thu thập thông tin bao gồm:

Phần 1: thông tin cá nhân, bệnh lý, điều trị, hỗ trợ xã hội, tâm lý (trầm cảm, lo âu, stress) và đánh giá về sự chăm sóc tại bệnh viện.

Phần 2: công cụ EORTC QLQ-C30 (phiên bản tiếng Việt 3.0) được sử dụng để đánh giá CLCS, gồm 30 câu hỏi chia thành 15 thang: 5 thang chức năng (Physical, Role, Emotional, Cognitive, Social), 3 thang triệu chứng (Fatigue, Pain, Nausea/Vomiting), 6 mục đơn về triệu chứng và khó khăn tài chính, cùng 1 thang Global Health Status/Quality of Life (GHS/QoL) [3]. Điểm thô (RS) được tính bằng trung bình cộng của các câu hỏi trong cùng thang. Các giá

trị RS được chuẩn hóa theo hướng dẫn của EORTC Scoring Manual (4th Edition, 2021) như sau:

Điểm chứng năng: $S = [1 - (RS - 1)/\text{range}] \times 100$
 $100S = [1 - (RS - 1)/\text{range}] \times 100$;

Thang điểm triệu chứng và sức khỏe tổng quát:

$S = [(RS - 1)/\text{range}] \times 100$
 $100S = [(RS - 1)/\text{range}] \times 100$;

Thang GHS/QoL: $S = [(RS - 1)/\text{range}] \times 100$
 $100S = [(RS - 1)/\text{range}] \times 100$

Điểm cao hơn phản ánh chức năng tốt hơn (đối với thang chức năng và GHS/QoL) hoặc mức độ triệu chứng nghiêm trọng hơn (đối với thang triệu chứng).

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được làm sạch và nhập bằng SPSS 20.0. Số liệu định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ (%). Số liệu định lượng được trình bày giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị nhỏ nhất - lớn nhất. Phân tích mối liên quan: sử dụng ANOVA hoặc Kruskal - Wallis, sau đó các biến có ý nghĩa ($p < 0,05$) được đưa vào hồi quy tuyến tính đa biến.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường

Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua (Số H2023/337) và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum chấp thuận. Người tham gia được giải thích rõ mục đích, tự nguyện ký đồng thuận, dữ liệu được bảo mật và sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 303 đối tượng nghiên cứu cho thấy: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 53,8% tuổi trung bình là 60,31. Nghề nghiệp nhóm hưu trí/già và công nhân/nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 41,9% và 38,3%) có tôn giáo 54,1%, có bảo hiểm y tế, nhóm không đồng chi trả chiếm tỷ lệ 49,8%, vận động nhẹ nhàng có tỷ lệ 61,4%, dinh dưỡng nhẹ cân 20,5%, giai đoạn bệnh III,IV tỷ lệ 75,5%, hiệu quả điều trị đỡ giảm chiếm 72,9%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung của đạt 75,54 (ĐLC = 17,65). Điểm trung bình CLCS chức năng chung là 77,26 (ĐLC = 17,36). Điểm trung bình lĩnh vực sức khỏe tổng quát của bệnh nhân là TB = 50,96 (ĐLC = 24,07). Điểm trung bình CLCS cho lĩnh vực triệu chứng chung là 28,60 (ĐLC = 19,05) (Bảng 1).

Bảng 1: Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm QLQ-C30 của đối tượng nghiên cứu (n = 303)

Lĩnh vực	Vấn đề	TB	ĐLC	GTNN - GTLN
Sức khỏe tổng quát		50,96	24,07	0 - 100
Chức năng	Chức năng thể chất	68,80	24,33	0 - 100
	Chức năng vai trò	74,42	22,52	0 - 100
	Chức năng cảm xúc	82,34	21,27	0 - 100
	Chức năng nhận thức	89,82	17,16	16,67 - 100
	Chức năng xã hội	70,90	22,48	0 - 100
Chức năng chung		77,26	17,36	6,67 - 100
Triệu chứng và khó khăn về tài chính	Mệt mỏi	37,70	29,68	0 - 100
	Buồn nôn và nôn	15,29	18,67	0 - 100
	Đau	33,22	27,13	0 - 100
	Khó thở	19,58	26,26	0 - 100
	Mất ngủ	32,89	29,09	0 - 100
	Chán ăn	43,34	27,77	0 - 100
	Táo bón	13,75	20,79	0 - 100
	Tiêu chảy	8,47	16,21	0 - 66,67
	Khó khăn về tài chính	53,14	35,84	0 - 100

Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư...

Lĩnh vực	Vấn đề	TB	ĐLC	GTNN - GTLN
Triệu chứng chung		28,60	19,05	0 - 78,4
Chất lượng cuộc sống chung		75,54	17,65	24,36 - 100

Bảng 2: Mối liên quan giữa các yếu tố và chất lượng cuộc sống chung

Yếu tố	β	SE	95% CI	p
Tôn giáo (Có)	3,33	1,42	0,53 - 6,12	0,020
Người thân chi trả (Có)	-4,58	1,44	-7,41 - -1,75	0,002
Nhẹ cân (so với bình thường)	-2,97	1,46	-5,85 - -0,09	0,044
Thừa cân, béo phì	1,47	1,95	-2,37 - 5,32	0,451
Vận động nhẹ	3,08	1,45	0,23 - 5,92	0,034
Giai đoạn III	-8,42	3,88	-16,06 - -0,78	0,031
Giai đoạn IV	-12,05	4,04	-20,00 - -4,10	0,003
Hiệu quả điều trị (Không đỡ)	-5,46	1,75	-8,90 - -2,02	0,002
Trầm cảm (Có)	-9,79	1,62	-12,97 - -6,60	< 0,001
Lo âu (Có)	-6,93	1,58	-10,04 - -3,81	< 0,001
Stress (Có)	-6,43	1,87	-10,10 - -2,75	0,001
Được cán bộ y tế chia sẻ, động viên	3,14	1,50	0,19 - 6,09	0,037

$SE = \text{Sai số chuẩn}; CI = \text{Khoảng tin cậy 95\%}; R^2 = 0,770; Adj. R^2 = 0,732; F(43,259) = 20,186; p < 0,001; Durbin - Watson = 2,037.$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại tỉnh Kon Tum đạt mức trung bình - khá ($75,54 \pm 17,65$), tương đương với các kết quả nghiên cứu trước đó tại Việt Nam và một số quốc gia trong khu vực Đông Nam Á [7-9]. Giá trị này phản ánh tương đối đúng bối cảnh thực tiễn của địa phương nơi phần lớn bệnh nhân được điều trị ở tuyến tỉnh, có bảo hiểm y tế, và được tiếp cận chăm sóc đa chiều hơn trong những năm gần đây. Tuy nhiên, con số này vẫn cho thấy tồn tại nhiều yếu tố làm suy giảm CLCS, bao gồm thể chất, tinh thần và kinh tế - xã hội. Điểm trung bình sức khỏe tổng quát là $50,9 \pm 24,07$, tương tự nghiên cứu của Phạm Hồng Nam (2023) [7]. Các lĩnh vực chức năng dao động 68,8 - 89,82, tương đồng nghiên cứu của Woodward M. và cộng sự ở Đông Nam Á ($73,7 - 86,2$) [8]. Trong đó, chức năng nhận thức cao nhất ($89,82 \pm 17,16$) và

thể chất thấp nhất ($68,8 \pm 24,33$). Điểm khó khăn tài chính là $53,14 \pm 35,84$, khá tương đồng với tác giả Dương Lê Ngọc Lan (2020) [10] nhưng thấp hơn các nghiên cứu tại thành phố lớn khác. Các triệu chứng thường gặp gồm chán ăn, mệt mỏi, đau và mất ngủ.

Kết quả nghiên cứu xác định rằng bệnh nhân có tôn giáo có điểm CLCS cao hơn đáng kể so với nhóm không tôn giáo ($\beta = 3,33; p = 0,020$). Điều này gợi ý rằng niềm tin tâm linh có thể đóng vai trò như một “cơ chế đối phó” (coping mechanism) giúp người bệnh thích nghi với đau đớn, lo âu và nỗi sợ hãi khi đối mặt với bệnh tật. Theo các nghiên cứu tại Mỹ và châu Phi, sự tham gia vào các hoạt động tôn giáo, cầu nguyện, hoặc thiền định có thể giúp người bệnh đạt được cảm giác thanh thản, giảm lo âu và trầm cảm, từ đó cải thiện trạng thái tâm lý và tăng khả năng phục hồi sau điều trị [6, 10]. Ngoài ra, tôn giáo không chỉ là nguồn hỗ trợ tinh thần mà

còn là cấu phần của mạng lưới xã hội, giúp người bệnh nhận được sự quan tâm, động viên và cảm giác “thuộc về cộng đồng” - yếu tố đặc biệt có giá trị đối với bệnh nhân ở các khu vực miền núi, nơi sự cô lập xã hội dễ xảy ra.

Kết quả cho thấy hoạt động thể lực nhẹ làm tăng điểm CLCS ($\beta = 3,08$; $p = 0,034$). Bệnh nhân duy trì được vận động nhẹ - chẳng hạn như đi bộ, tập thở, hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày độc lập - có xu hướng tự đánh giá CLCS tốt hơn. Điều này phù hợp với cơ sở sinh lý học: hoạt động thể lực giúp duy trì khối cơ nạc, tăng tuần hoàn, cải thiện giấc ngủ và giảm mệt mỏi - một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư. Các nghiên cứu gần đây cũng khẳng định tập luyện vừa phải giúp điều hòa phản ứng viêm, cải thiện sức đề kháng và cân bằng nội tiết, qua đó góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần và thể chất [8]. Đặc biệt, trong bối cảnh bệnh nhân ở giai đoạn bệnh muộn chiếm đa số, khuyến khích vận động phù hợp đóng vai trò quan trọng trong phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ (palliative rehabilitation) nhằm bảo tồn khả năng tự chủ của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng dinh dưỡng có mối liên quan chặt chẽ với CLCS ($\beta = -2,97$; $p = 0,044$). Bệnh nhân thiếu dinh dưỡng có điểm CLCS thấp hơn do giảm khối cơ, suy giảm miễn dịch và khả năng dung nạp điều trị. Bên cạnh đó, tình trạng dinh dưỡng kém còn làm tăng cảm giác mệt mỏi, giảm năng lượng và kéo dài thời gian nằm viện. Ngược lại, bệnh nhân có dinh dưỡng đầy đủ thường hồi phục nhanh, ít biến chứng và có tâm lý tích cực hơn. Kết quả này đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của can thiệp dinh dưỡng sớm và liên tục trong quá trình điều trị ung thư, đặc biệt ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh - nơi nguồn lực dinh dưỡng lâm sàng còn hạn chế. Việc áp dụng các mô hình đánh giá dinh dưỡng định kỳ (MNA, PG-SGA, BMI) và xây dựng chế độ ăn giàu năng lượng, giàu protein, phù hợp giai đoạn bệnh là rất cần thiết.

Kết quả cho thấy CLCS giảm rõ rệt ở giai đoạn III ($\beta = -8,42$) và giai đoạn IV ($\beta = -12,05$) so với giai đoạn I. Điều này hoàn toàn phù hợp với y văn quốc tế: ở giai đoạn muộn, bệnh nhân thường có gánh nặng triệu chứng cao hơn, trải qua nhiều đợt điều trị (hóa trị, xạ trị), đồng thời phải đối mặt với

đau, chán ăn, mệt mỏi và lo lắng về tiên lượng bệnh. Phạm Thành Nam (2021) đều ghi nhận bệnh nhân phát hiện sớm có CLCS tốt hơn đáng kể so với nhóm chẩn đoán muộn [7]. Tương tự, hiệu quả điều trị không cải thiện cũng có tác động xấu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ($\beta = -5,46$; $p = 0,002$). Khi người bệnh cảm thấy điều trị “không đỡ”, niềm tin vào y học suy giảm, làm trầm trọng thêm các phản ứng tâm lý tiêu cực. Kết quả này củng cố vai trò của truyền thông y học và tư vấn bệnh nhân, giúp họ hiểu rõ mục tiêu điều trị (điều trị khỏi, kiểm soát bệnh hoặc giảm nhẹ triệu chứng) để duy trì thái độ hợp tác và kỳ vọng thực tế.

Các yếu tố tâm lý có tác động mạnh nhất đến CLCS trong mô hình phân tích ($p < 0,001$).

Cụ thể, trầm cảm ($\beta = -9,79$), lo âu ($\beta = -6,93$) và stress ($\beta = -6,43$) đều làm giảm đáng kể điểm CLCS. Đây là kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, khẳng định mối liên quan hai chiều giữa sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư [9, 10]. Trầm cảm và lo âu không chỉ làm giảm tuân thủ điều trị mà còn làm tăng cảm nhận về đau, mệt mỏi và giảm ý chí sống. Do vậy, can thiệp tâm lý - xã hội, bao gồm tư vấn, trị liệu hành vi nhận thức, hỗ trợ nhóm đồng đẳng, hoặc can thiệp dựa trên tôn giáo - tâm linh, là hướng tiếp cận cần được triển khai thường quy trong các cơ sở điều trị ung thư, kể cả ở tuyến tỉnh.

Yếu tố sự chia sẻ và động viên của cán bộ y tế có ảnh hưởng tích cực đến CLCS ($\beta = 3,14$; $p = 0,037$). Sự hỗ trợ tinh thần, thái độ tận tâm và cách giao tiếp nhân văn của nhân viên y tế giúp bệnh nhân cảm nhận được sự quan tâm, giảm lo âu và tăng niềm tin vào quá trình điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dương Lê Ngọc Giang và cộng sự (2019), cho thấy CLCS của người bệnh tăng đáng kể khi họ cảm nhận được thái độ thấu hiểu và tư vấn rõ ràng từ bác sĩ [8]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của kỹ năng giao tiếp y khoa, đặc biệt trong chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn - khi mục tiêu điều trị chuyển sang giảm nhẹ triệu chứng và duy trì phẩm giá con người.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu khẳng định rằng CLCS của bệnh nhân ung thư không chỉ phụ thuộc vào mức độ tiến triển của bệnh mà còn chịu tác động đáng kể từ yếu tố tâm lý, xã hội, tinh thần và dinh dưỡng. Do

đó, hướng tiếp cận “chăm sóc toàn diện” - kết hợp điều trị y học với hỗ trợ dinh dưỡng, vận động thể lực, tư vấn tâm lý và hỗ trợ xã hội - là chiến lược then chốt để cải thiện CLCS cho bệnh nhân ung thư, đặc biệt tại các tỉnh miền núi như Kon Tum, nơi điều kiện y tế và nguồn lực xã hội còn hạn chế. Các kết quả này cũng gợi ý rằng việc xây dựng đội ngũ đa ngành (bác sĩ, điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng, tâm lý, công tác xã hội) và phát triển mô hình “chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm” là hướng đi cần thiết cho các cơ sở ung bướu tại Việt Nam trong giai đoạn tới.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, 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.
2. World Health Organization, Research and development landscape for childhood cancer: a 2023 perspective. 2023: World Health Organization.
3. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85(5): 365-76.
4. Quinten C, Coens C, Mauer M, Comte S, Sprangers MA, Cleeland C, et al. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol.* 2009; 10(9): 865-71.
5. Jetan M, Daifallah A, Rabayaa MK, Qadri R, Nassorah M, Nouri A, et al. The Impact of Spiritual Well-Being on the Quality of Life of Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Integr Cancer Ther.* 2023; 22: 15347354231210841.
6. Daniels J, Glover ET, Kyei KA. The contribution of spirituality and religiousness to the quality of life of cancer patients treated with radiotherapy in Ghana: a cross-sectional study. *Ecancermedicallscience.* 2025; 19: 1858.
7. Phạm Hồng Nam, Đặng Trần Ngọc Thanh. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 526(1A).
8. Dương Lê Ngọc Mai, Lê Đại Minh, Nguyễn Tiến Đạt, Kim Bảo Giang, Bùi Vinh Quang. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư nhập viện lần đầu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2020; 135(11): 205-215.
9. Nagy DS, Isaic A, Motofeala AC, Popovici DI, Diaconescu RG, Negru SM. The Role of Spirituality and Religion in Improving Quality of Life and Coping Mechanisms in Cancer Patients. *Healthcare (Basel).* 2024; 12(23).
10. The ACTION Study Group. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low- and middle-income countries. *BMC Med.* 2017; 15(10).