

## Nghiên cứu

# Thực trạng lo âu trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Nguyễn Hồ Anh Thu\*, Phạm Thị Ngân, Lê Thị Ánh Tuyết  
Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

\*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Hồ Anh Thu; Email: Anhhunguyenho2001@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 31/03/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.20

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật là phương thức điều trị chủ đạo trong các bệnh lý tiêu hóa; tuy nhiên, lo âu trước phẫu thuật là một phản ứng tâm lý thường gặp, có thể ảnh hưởng bất lợi đến kết quả điều trị và quá trình hồi phục sau phẫu thuật. Việc nhận diện và đánh giá tình trạng này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng điều dưỡng.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng lo âu trước phẫu thuật và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích được thực hiện trên 140 người bệnh có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 10/2025 đến tháng 01/2026. Lo âu được đánh giá bằng thang đo Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A). Trong mô hình hồi quy, biến phụ thuộc là tình trạng lo âu trước phẫu thuật của người bệnh, được xác định bằng thang điểm HADS-A và phân loại thành hai nhóm: có lo âu (HADS-A  $\geq$  8 điểm) và không lo âu (HADS-A < 8 điểm). Các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến.

**Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện lo âu trước phẫu thuật theo ngưỡng HADS-A là 63,57%, trong đó lo âu rõ rệt chiếm 51,43%. Mối lo ngại phổ biến nhất là đau sau phẫu thuật (85,7%). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy số lần phẫu thuật trước đây (aOR = 0,36; KTC 95%: 0,16 - 0,78; p = 0,01) và thời gian chờ phẫu thuật  $\leq$  10 ngày (aOR = 0,39; KTC 95%: 0,17 - 0,88; p = 0,02) có liên quan độc lập đến tình trạng lo âu.

**Kết luận:** Lo âu trước phẫu thuật là vấn đề phổ biến ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc tích hợp sàng lọc và hỗ trợ tâm lý trong chăm sóc tiền phẫu, đồng thời tối ưu hóa quy trình phẫu thuật nhằm giảm thời gian chờ và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

**Từ khóa:** Lo âu; phẫu thuật tiêu hóa; lo âu trước phẫu thuật; HADS-A.

## Prevalence of preoperative anxiety and associated factors among patients undergoing gastrointestinal surgery at Da Nang Oncology Hospital

Nguyen Ho Anh Thu<sup>2\*</sup>, Pham Thi Ngan<sup>1</sup>, Le Thi Anh Tuyet  
Da Nang Oncology Hospital

### Abstract

**Background:** Surgery remains the primary treatment modality for gastrointestinal diseases. However, preoperative anxiety is a common psychological response that may adversely affect treatment outcomes and postoperative recovery. Early identification and assessment of anxiety are therefore important components of perioperative nursing care.

**Objectives:** To describe the prevalence of preoperative anxiety and identify associated factors among patients undergoing gastrointestinal surgery at Da Nang Oncology Hospital.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on 140 patients indicated for gastrointestinal surgery at Da Nang Oncology Hospital from October 2025 to January 2026. Anxiety was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A). In the regression model, the dependent variable was preoperative anxiety status, defined based on the HADS-A score and categorized into two groups: anxiety (HADS-A  $\geq$  8) and no anxiety (HADS-A < 8). Associated factors were identified using multivariable logistic regression analysis.

**Results:** The prevalence of preoperative anxiety according to the HADS-A scale was 63.57%, with 51.43%

of patients experiencing clinically significant anxiety. Postoperative pain was the most frequently reported concern (85.7%). Multivariable logistic regression analysis identified the number of previous surgeries (aOR = 0.36; 95% CI: 0.16 - 0.78; p = 0.01) and a surgical waiting time of ≤10 days (aOR = 0.39; 95% CI: 0.17 - 0.88; p = 0.02) as independent factors associated with preoperative anxiety.

**Conclusion:** Preoperative anxiety is highly prevalent among patients undergoing gastrointestinal surgery. These findings highlight the need to integrate psychological screening and support into preoperative nursing care, while optimizing treatment processes to reduce surgical waiting time and improve the quality of patient care.

**Keywords:** Anxiety; gastrointestinal surgery; preoperative anxiety; HADS-A.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý tiêu hóa, đặc biệt là ung thư đường tiêu hóa, hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm ghi nhận khoảng 1,93 triệu ca ung thư đại trực tràng, 970.000 ca ung thư dạ dày, 870.000 ca ung thư gan và 510.000 ca ung thư thực quản [1]. Trong nhiều trường hợp, phẫu thuật vẫn là phương thức điều trị chủ đạo đối với các bệnh lý còn khả năng can thiệp triệt căn. Tại Việt Nam, các ung thư tiêu hóa cũng có tỷ lệ mắc cao, góp phần làm gia tăng đáng kể số lượng người bệnh cần điều trị ngoại khoa [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong nhiều bệnh lý tiêu hóa, tuy nhiên đồng thời cũng là một trải nghiệm gây căng thẳng đáng kể đối với người bệnh. Lo âu trước phẫu thuật là phản ứng tâm lý thường gặp, với tỷ lệ dao động từ 50–80% trong nhiều nghiên cứu. Tình trạng này đã được chứng minh có liên quan đến nhiều kết quả bất lợi như tăng nhu cầu sử dụng thuốc mê, gia tăng mức độ đau sau phẫu thuật ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ), tăng nguy cơ mê sảng sau phẫu thuật (OR = 1,90; KTC 95%: 1,11 - 3,26) và kéo dài thời gian hồi phục [2-4].

Bên cạnh những ảnh hưởng về sinh lý và hồi phục sau mổ, lo âu trước phẫu thuật còn có thể tác động đến hành vi điều trị của người bệnh. Nhiều bằng chứng cho thấy tình trạng này có liên quan đến giảm mức độ tuân thủ điều trị, dẫn đến trì hoãn hoặc né tránh can thiệp ngoại khoa. Điều này có thể ảnh hưởng bất lợi đến khả năng điều trị triệt căn và tiên lượng bệnh, đặc biệt ở người bệnh ung thư tiêu hóa khi tiến triển bệnh thường diễn biến nhanh.

Trong thực hành điều dưỡng, việc sàng lọc và đánh giá lo âu trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong lập kế hoạch chăm sóc và định hướng các can thiệp phù hợp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị, tối ưu hóa quá trình hồi phục và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên, việc triển khai đánh giá lo âu trước phẫu thuật trong thực hành lâm sàng hiện vẫn chưa được thực hiện đồng nhất giữa các cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, số lượng người bệnh đến khám và điều trị có xu hướng gia tăng trong

những năm gần đây. Theo thống kê năm 2025 của Bệnh viện, phẫu thuật tiêu hóa chiếm tỷ lệ chủ yếu tại Khoa Ngoại 1 với 1.270/2.269 trường hợp, tương ứng khoảng 56% tổng số ca phẫu thuật của khoa. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đánh giá một cách hệ thống tình trạng lo âu trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan ở nhóm người bệnh phẫu thuật tiêu hóa.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng cho việc tích hợp đánh giá tâm lý vào chăm sóc trước phẫu thuật và định hướng các can thiệp điều dưỡng phù hợp trong thực hành lâm sàng, với hai mục tiêu cụ thể như sau:

1. *Mô tả thực trạng lo âu trước phẫu thuật ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu trước phẫu thuật ở người bệnh.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** người bệnh (NB) có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa tại Khoa Ngoại 1, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 01/2026.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* NB ≥ 18 tuổi, đang điều trị nội trú và có chỉ định phẫu thuật theo chương trình trong thời gian nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* NB đã hoãn phẫu thuật hoặc có chỉ định phẫu thuật cấp cứu; NB giảm tri giác, mất ý thức; có tiền sử bệnh lý tâm thần.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- *Cỡ mẫu:* Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó,  $p = 0,349$  (Theo nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Thạch và Tạ Văn Trầm năm 2018 về thực trạng lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa

Trung tâm Tiền Giang) [5],  $\alpha = 0,05$  và  $d = 0,08$ .

Cỡ mẫu tối thiểu tính theo công thức là 108 NB. Dự trừ thêm 10% để hạn chế sai số, số lượng đối tượng cần thiết cho nghiên cứu là 119 NB. Nghiên cứu đã tuyển chọn được 140 NB đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

- *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu liên tiếp thuận tiện, tất cả NB đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu cho đến khi đạt cỡ mẫu.

### 2.2.3. Biến số nghiên cứu

- *Biến phụ thuộc*: Trong mô hình hồi quy, biến phụ thuộc là tình trạng lo âu trước phẫu thuật của NB, được xác định bằng thang điểm HADS-A và phân loại thành hai nhóm: có lo âu ( $HADS-A \geq 8$  điểm) và không lo âu ( $HADS-A < 8$  điểm).

- *Biến độc lập*: Bao gồm các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm liên quan đến cuộc phẫu thuật, cũng như các nội dung tư vấn và công tác chuẩn bị trước phẫu thuật của NB.

### 2.2.4. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

- *Công cụ thu thập số liệu*: Bộ câu hỏi tự điền gồm 2 phần:

+ Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học và thông tin phẫu thuật.

+ Phần 2: Đánh giá lo âu trước phẫu thuật bằng phân thang HADS-A gồm 7 câu hỏi, do Zigmond và Snaith phát triển năm 1983 [6]. Đây là công cụ sàng lọc lo âu được sử dụng rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam nhờ tính giá trị và độ tin cậy đã được kiểm chứng. Tại Việt Nam, HADS-A đã được dịch, chuẩn hóa và ứng dụng trong nhiều nghiên cứu tại các cơ sở y tế lớn như Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với hệ số tin cậy Cronbach's alpha từ 0,78 đến 0,85 [7-9].

Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm Likert 4 mức (0 - 3 điểm), tổng điểm từ 0 - 21; điểm càng cao phản ánh mức độ lo âu càng lớn. Mức độ lo âu được phân loại theo hướng dẫn chuẩn của thang đo:

- + Từ 0 đến 7 điểm: Không lo âu
- + Từ 8 đến 10 điểm: Nghi ngờ có lo âu
- + Từ 11 đến 21 điểm: Lo âu rõ rệt

Trong nghiên cứu này, thang điểm HADS-A được sử dụng để mô tả mức độ lo âu theo ba nhóm phân loại trên. Đồng thời, để phục vụ phân tích hồi quy

logistic, biến lo âu được phân loại nhị phân thành “có lo âu” ( $HADS-A \geq 8$  điểm) và “không lo âu” ( $HADS-A < 8$  điểm).

- *Quy trình thu thập số liệu*: NB được tiếp cận trong vòng 12- 24 giờ trước phẫu thuật. Sau khi được giải thích về mục tiêu, nội dung và ý nghĩa của nghiên cứu, NB đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ hoàn thành bộ câu hỏi tự điền. Trong trường hợp cần thiết, nghiên cứu viên hỗ trợ giải thích để đảm bảo tính chính xác và đầy đủ của thông tin thu thập. Thời gian hoàn thành bộ câu hỏi trung bình khoảng 15 phút.

Để hạn chế sai lệch trong quá trình thu thập số liệu, nghiên cứu sử dụng thống nhất một bộ câu hỏi chuẩn hóa cho tất cả NB tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên được tập huấn và thống nhất quy trình tiếp cận, hướng dẫn trả lời trước khi tiến hành khảo sát nhằm giảm sai lệch do phỏng vấn viên. NB được khảo sát trong cùng khoảng thời gian trước phẫu thuật nhằm đảm bảo tính đồng nhất về thời điểm đánh giá lo âu. Các phiếu khảo sát được kiểm tra tính đầy đủ ngay sau khi hoàn thành để hạn chế thiếu dữ liệu và sai sót trong nhập liệu.

### 2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

- Dữ liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng SPSS phiên bản 22.0.

- Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần suất và tỷ lệ phần trăm.

- Phân tích đơn biến sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact nhằm xác định mối liên quan giữa các yếu tố độc lập với tình trạng lo âu trước phẫu thuật.

- Các biến có giá trị  $p < 0,2$  trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập với lo âu trước phẫu thuật. Kết quả được trình bày dưới dạng odds ratio hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

### 2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học của Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng chấp thuận theo biên bản số 252/BVUBĐN-HĐĐĐ, ngày 28/05/2026. Thông tin ĐTNC được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

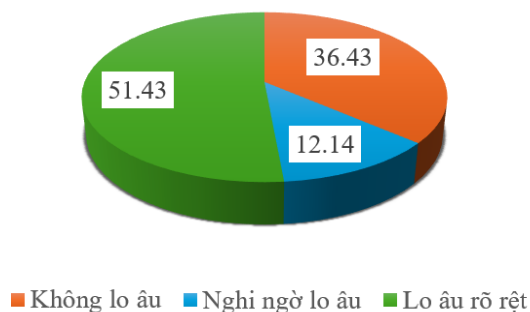
### 3.1. Thực trạng lo âu trước phẫu thuật của người bệnh

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của ĐTNC (n = 140 NB)

	Các đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	74	52,86
	Nữ	66	47,14

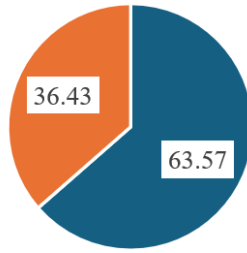
Độ tuổi	18 - 30 tuổi	1	0,71
	31 - 45 tuổi	11	7,86
	46 - 60 tuổi	47	33,57
	Trên 60 tuổi	81	57,86
Khu vực sinh sống	Nông thôn	83	59,29
	Thành thị	57	40,71
Tình trạng hôn nhân hiện tại	Độc thân (chưa có GĐ, ly hôn, ly thân)	2	1,43
	Có gia đình	138	98,57
Mức thu nhập cá nhân TB trong 1 tháng	Dưới 2 triệu VNĐ	64	45,71
	Từ 2 - 5 triệu VNĐ	55	39,29
	Trên 5 triệu VNĐ	21	15,00
Bảo hiểm y tế	Có	135	96,43
	Không	5	3,57
Tình trạng lúc nhập viện	Khỏe mạnh, bình thường	68	48,57
	Hoạt động giảm, cần giúp đỡ	68	48,57
	Hoạt động yếu, không tự phục vụ	4	2,86
Thời gian phát hiện bệnh	Dưới 1 tháng	30	21,43
	Từ 1 - 3 tháng	81	57,86
	Trên 3 tháng	29	20,71
Số lần đã phẫu thuật trước đây	Chưa lần nào	79	56,43
	1 lần	52	37,14
	2 lần	8	5,71
	Từ 3 lần trở lên	1	0,71
Thời gian chờ phẫu thuật	≤ 10 ngày	42	30,00
	> 10 ngày	98	70,00

Kết quả tại bảng 1 cho thấy, giới tính nam chiếm đa số (52,86%), khu vực sinh sống chủ yếu ở nông thôn (59,29%). Về tình trạng hôn nhân, đa số đã có gia đình (98,57%), thu nhập chủ yếu dưới 2 triệu đồng/tháng (45,71%). NB tham gia BHYT chiếm 96,43%, NB khi nhập viện trong tình trạng hoạt động yếu, không tự phục vụ được chiếm 2,86% và chủ yếu NB chưa phẫu thuật trước đây chiếm 56,43%.



**Hình 1.** Mức độ lo âu trước phẫu thuật của người bệnh theo thang đo HADS-A

Kết quả tại hình 1 cho thấy, nhóm có lo âu rõ rệt chiếm tỷ lệ cao nhất (51,43%), trong khi nhóm nghỉ ngơi lo âu chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,14%). Điểm lo âu trung bình theo thang HADS-A của NB là  $11,37 \pm 6,91$  điểm.



■ Lo âu ■ Không lo âu

**Hình 2.** Tỷ lệ lo âu chung của người bệnh

Theo hình 2, tỷ lệ NB có lo âu trước phẫu thuật (HADS-A  $\geq 8$  điểm) là 63,57%, trong khi 36,43% NB không có biểu hiện lo âu.

**Bảng 2.** Một số vấn đề gây lo âu trước khi phẫu thuật của người bệnh (n = 140)

Vấn đề lo âu cụ thể của NB	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sợ đau sau phẫu thuật	120	85,71%
Sợ biến chứng sau phẫu thuật	95	67,86%
Sợ tai biến trong phẫu thuật	71	50,71%
Sợ tái phát	73	52,14%
Thay đổi hình dạng cơ thể	17	12,14%
Tốn kém chi phí/tồn thất tài chính	103	73,57%
Sợ chết	74	52,86%
Thời gian chờ lâu	42	30,00%
Hủy phẫu thuật	40	28,57%

Kết quả tại bảng 2 cho thấy các mối lo ngại phổ biến nhất trước phẫu thuật chủ yếu là đau sau phẫu thuật (85,71%), gánh nặng chi phí/tồn thất tài chính (73,57%) và biến chứng sau phẫu thuật (67,86%).

### 3.2. Lo âu trước phẫu thuật với các yếu tố liên quan

Trong các phân tích liên quan, tình trạng lo âu của NB trước phẫu thuật được phân loại nhị phân thành “có lo âu” (HADS-A  $\geq 8$  điểm) và “không lo âu” (HADS-A  $< 8$  điểm).

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa lo âu trước phẫu thuật với các yếu tố cá nhân

Nội dung	Không lo âu	Có lo âu	P	OR	KTC 95%
<b>Giới tính</b>					
Nam (n = 74)	34 (45,9%)	40 (54,1%)	<b>0,01</b>	0,41	0,20 - 0,84
Nữ (n = 66)	17 (25,8%)	49 (74,2%)			
<b>Nhóm tuổi</b>					
Nhóm trẻ ( $\leq 60$ tuổi) (n = 59)	21 (35,6%)	38 (64,4%)	0,86	1,06	0,53 - 2,14
Nhóm cao tuổi ( $> 60$ tuổi) (n = 81)	30 (37,0%)	51 (63,0%)			
<b>Khu vực sinh sống</b>					
Thành thị (n = 57)	24 (42,1%)	33 (57,9%)	0,25	1,51	0,75 - 3,03
Nông thôn (n = 83)	27 (32,5%)	56 (67,5%)			
<b>Thu nhập cá nhân</b>					
$\leq 5$ triệu (n = 119)	41 (34,5%)	78 (65,5%)	0,25	1,73	0,68 - 4,41
$> 5$ triệu (n = 21)	10 (47,6%)	11 (52,4%)			

Bảo hiểm y tế					
Có (n = 135)	51 (37,8%)	84 (62,2%)	0,16	-	-
Không (n = 5)	0 (0,0%)	5 (100,0%)			

Phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa giới tính với tình trạng lo âu trước phẫu thuật và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ).

**Bảng 4.** Mối liên quan giữa lo âu trước phẫu thuật với thông tin về cuộc phẫu thuật

Nội dung	Không lo âu	Có lo âu	P	OR	KTC 95%
<b>Cơ quan phẫu thuật</b>					
Dạ dày/Đại trực tràng/Thực quản (n = 85)	27 (31,8%)	58 (68,2%)	0,15	1,66	0,82 - 3,36
Vị trí khác (n = 55)	24 (43,6%)	31 (56,4%)			
<b>Thời gian phát hiện ra bệnh</b>					
Dưới 1 tháng (n = 30)	12 (40,0%)	18 (60,0%)	0,65	0,82	0,36 - 1,89
Từ 1 tháng trở lên (n = 110)	39 (35,5%)	71 (64,5%)			
<b>Số lần phẫu thuật trước đây</b>					
Chưa từng (n = 79)	21 (26,6%)	58 (73,4%)	<b>0,006</b>	0,37	0,18 - 0,76
Đã từng (n = 61)	30 (49,2%)	31 (50,8%)			
<b>Số bệnh nền kèm theo (tim mạch, tiểu đường,...)</b>					
Không có (n = 87)	29 (33,3%)	58 (66,7%)	0,33	0,71	0,35 - 1,43
Có ( $\geq 1$ bệnh) (n = 53)	22 (41,5%)	31 (58,5%)			
<b>Thời gian chờ phẫu thuật</b>					
$\leq 10$ ngày (n = 42)	21 (50,0%)	21 (50,0%)	<b>0,03</b>	0,44	0,21 - 0,93
11 ngày trở lên (n = 98)	30 (30,6%)	68 (69,4%)			
<b>Phương pháp phẫu thuật dự kiến</b>					
Phẫu thuật nội soi (n = 87)	28 (32,2%)	59 (67,8%)	0,18	0,62	0,31 - 1,25
Phẫu thuật mổ hở (n = 53)	23 (43,4%)	30 (56,6%)			

Kết quả tại bảng 4 cho thấy số lần phẫu thuật trước đây và thời gian chờ phẫu thuật có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng lo âu trước phẫu thuật ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5.** Mối liên quan giữa lo âu trước phẫu thuật với công tác chuẩn bị trước phẫu thuật

Nội dung	Không lo âu	Có lo âu	p	OR	KTC 95%
<b>NVYT giải thích về cuộc phẫu thuật</b>					
Rõ ràng (n = 128)	50 (39,1%)	78 (60,9%)	0,06	7,05	0,88 - 56,31
Qua loa/ Không giải thích (n = 12)	1 (8,3%)	11 (91,7%)			
<b>NVYT hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe</b>					
Tỉ mỉ, làm mẫu (n = 102)	40 (39,2%)	62 (60,8%)	0,26	1,58	0,71 - 3,55
Qua loa/Không hướng dẫn (n = 38)	11 (28,9%)	27 (71,1%)			

Kết quả tại bảng 5 cho thấy chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng lo âu trước phẫu thuật với các yếu tố liên quan đến công tác chuẩn bị trước phẫu thuật, bao gồm việc NVYT giải thích về cuộc phẫu thuật và hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 6.** Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến lo âu trước phẫu thuật của người bệnh (n = 140)

Yếu tố	Nhóm khảo sát (so với nhóm tham chiếu)	Tỷ số chênh lệch chỉnh aOR	KTC 95%	p
Giới tính	Nam (so với Nữ)	0,49	0,23 - 1,06	0,07
Cơ quan phẫu thuật	Dạ dày/Đại trực tràng/Thực quản (so với Khác)	1,68	0,73 - 3,84	0,22
Số lần phẫu thuật trước đây	Đã từng (so với Chưa từng)	0,36	0,16 - 0,78	<b>0,01</b>
Thời gian chờ phẫu thuật	≤ 10 ngày (so với > 10 ngày)	0,39	0,17 - 0,88	<b>0,02</b>
Phương pháp phẫu thuật dự kiến	Phẫu thuật mổ hở (so với Phẫu thuật nội soi)	0,92	0,40 - 2,13	0,85
NVYT giải thích về cuộc phẫu thuật	Giải thích qua loa/không hướng dẫn (so với Rõ ràng)	5,76	0,69 - 47,86	0,11

(Mô hình dự báo sự kiện "Có lo âu". Kiểm định Hosmer-Lemeshow cho thấy mô hình phù hợp với dữ liệu nghiên cứu:  $p = 0,435$ ; Hệ số Nagelkerke = 0,217).

Các biến có giá trị  $p < 0,2$  trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Kết quả tại bảng 6 cho thấy chỉ còn hai yếu tố giữ được ý nghĩa thống kê độc lập với lo âu trước phẫu thuật, bao gồm số lần phẫu thuật trước đây và thời gian chờ phẫu thuật.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng lo âu trước phẫu thuật ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NB có lo âu trước phẫu thuật là 63,57% với điểm HADS-A trung bình là  $11,37 \pm 6,91$ . Trong đó, lo âu rõ rệt chiếm tỷ lệ cao nhất (51,43%), trong khi nhóm nghi ngờ lo âu chiếm 12,14%. Kết quả này cho thấy lo âu trước phẫu thuật là tình trạng phổ biến ở NB phẫu thuật tiêu hóa, đặc biệt trong bối cảnh bệnh lý ung bướu.

So sánh với các nghiên cứu trong nước cho thấy sự khác biệt nhất định về tỷ lệ lo âu trước phẫu thuật. Nghiên cứu của Đặng Văn Thạch và Tạ Văn Trầm (2018) ghi nhận tỷ lệ lo âu trước phẫu thuật là 34,9% [5], thấp hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu và bối cảnh bệnh lý, khi nghiên cứu hiện tại tập trung vào nhóm NB ung bướu tiêu hóa. Đây là nhóm NB thường chịu gánh nặng tâm lý lớn hơn do không chỉ lo lắng về cuộc phẫu thuật mà còn quan tâm đến tiến triển bệnh, khả năng điều trị triệt căn, tiên lượng sống và nguy cơ tái phát.

Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ lo âu trước phẫu thuật là 64,94% [7], tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy lo âu tiền phẫu là tình trạng thường gặp ở nhiều nhóm NB ngoại khoa, đặc biệt trong các can thiệp xâm lấn hoặc liên quan đến bệnh lý nặng, khi NB phải đối mặt với nhiều yếu tố chưa biết trước phẫu thuật.

Trên bình diện quốc tế, tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Asres Bedaso và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ lo âu trước phẫu thuật là 55,7% (KTC 95%: 48,60 - 62,93) [2], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu hiện tại. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi sự khác nhau về đặc điểm dân số nghiên cứu, loại phẫu thuật, bệnh lý nền, hệ thống chăm sóc sức khỏe, công cụ đánh giá và mức độ hỗ trợ tâm lý trước phẫu thuật giữa các quốc gia.

Đáng chú ý, phần lớn NB trong nghiên cứu có biểu hiện lo âu ở mức rõ rệt, phản ánh gánh nặng tâm lý đáng kể trong giai đoạn tiền phẫu ở nhóm NB ung bướu tiêu hóa. Điều này cho thấy nhu cầu cần tăng cường các hoạt động sàng lọc và hỗ trợ tâm lý trước phẫu thuật nhằm kịp thời phát hiện những trường hợp có nguy cơ cao, từ đó triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp trong thực hành điều dưỡng lâm sàng.

Bên cạnh đó, nỗi sợ đau sau phẫu thuật được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất gây lo âu (85,7%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi cho thấy các yếu tố liên quan đến hậu phẫu, đặc biệt là đau và biến chứng sau phẫu thuật, có ảnh hưởng đáng kể đến trạng thái lo âu trước phẫu thuật [4]. Điều này cho thấy NB không chỉ lo ngại về cuộc phẫu thuật mà còn đặc biệt quan tâm đến trải nghiệm đau, khả năng hồi phục và nguy cơ biến chứng sau can thiệp.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lo âu trước phẫu thuật là tình trạng phổ biến với tỷ lệ cao và mức độ lo âu chủ yếu ở mức rõ rệt. Đồng

thời, sự khác biệt giữa các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lo âu có thể thay đổi tùy thuộc vào đặc điểm bệnh lý, loại phẫu thuật, công cụ đánh giá và bối cảnh nghiên cứu. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá và hỗ trợ tâm lý phù hợp chăm sóc tiền phẫu.

#### **4.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng lo âu trước phẫu thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích đơn biến cho thấy giới tính ( $p = 0,01$ ), số lần phẫu thuật trước đây ( $p = 0,006$ ) và thời gian chờ phẫu thuật ( $p = 0,03$ ) có mối liên quan với tình trạng lo âu trước phẫu thuật. Tuy nhiên, khi đưa các biến có giá trị  $p < 0,2$  vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố nhiễu, chỉ còn số lần phẫu thuật trước đây và thời gian chờ phẫu thuật giữ được ý nghĩa thống kê độc lập.

Cụ thể, NB đã từng trải qua phẫu thuật có nguy cơ lo âu thấp hơn so với nhóm chưa từng phẫu thuật ( $aOR = 0,36$ ; KTC 95%: 0,16 - 0,78;  $p = 0,01$ ). Tương tự, NB có thời gian chờ phẫu thuật  $\leq 10$  ngày có nguy cơ lo âu thấp hơn so với nhóm còn lại ( $aOR = 0,39$ ; KTC 95%: 0,17 - 0,88;  $p = 0,02$ ).

Kết quả này có thể được giải thích bởi cơ chế thích nghi tâm lý và mức độ không chắc chắn của NB trước phẫu thuật. Đối với những NB đã từng trải qua phẫu thuật, kinh nghiệm trước đó giúp họ hiểu rõ hơn về quy trình điều trị, gây mê, chăm sóc hậu phẫu và khả năng hồi phục, từ đó giảm cảm giác sợ hãi đối với những yếu tố chưa biết. Ngược lại, ở nhóm chưa từng phẫu thuật, sự thiếu trải nghiệm thường làm gia tăng cảm giác mất kiểm soát, lo ngại về đau, biến chứng và kết quả điều trị, dẫn đến mức độ lo âu cao hơn.

Tương tự, thời gian chờ phẫu thuật kéo dài có thể làm gia tăng gánh nặng tâm lý do NB phải duy trì trạng thái căng thẳng và chờ đợi trong thời gian dài. Trong giai đoạn này, NB thường có xu hướng suy nghĩ tiêu cực về tiến triển bệnh, nguy cơ biến chứng hoặc kết quả phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm bệnh lý ung bướu tiêu hóa. Sự kéo dài thời gian chờ cũng có thể làm gia tăng áp lực kinh tế, gián đoạn sinh hoạt và giảm cảm giác an tâm đối với quá trình điều trị. Ngược lại, thời gian chờ ngắn hơn có thể giúp NB nhanh chóng tiếp cận điều trị, giảm thời gian tích lũy lo âu và duy trì tâm lý ổn định hơn trước phẫu thuật.

So với các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Hoài Bình và cộng sự, trong đó các yếu tố liên quan đến trải nghiệm tiền phẫu và quá trình chuẩn bị trước phẫu thuật có ảnh hưởng đến lo âu tiền phẫu [11]. Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thiệp và cộng sự cho thấy tình trạng hôn nhân liên quan đến lo âu, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Hoài Minh Châu ghi

nhận tình trạng kinh tế ảnh hưởng đáng kể đến lo âu tiền phẫu [10, 12]. Những khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu, đặc điểm dân số nghiên cứu, công cụ đo lường và bối cảnh điều trị khác nhau giữa các nghiên cứu.

Đáng chú ý, mặc dù chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hoạt động hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe và lo âu trước phẫu thuật, số liệu cho thấy nhóm NB được giải thích qua loa hoặc không được giải thích có xu hướng tư vấn tỉ mỉ lại có xu hướng lo âu cao hơn so với nhóm được hướng dẫn tỉ mỉ, làm mẫu. Kết quả này gợi ý vai trò tiềm năng của tư vấn tiền phẫu, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu ở các nhóm chưa cân đối và chất lượng tư vấn chưa được đánh giá bằng thang đo chuẩn hóa.

Trên thế giới, các bằng chứng gần đây cũng nhấn mạnh vai trò của các yếu tố lâm sàng và trải nghiệm tiền phẫu đối với lo âu trước phẫu thuật. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây (2025) cho thấy lo âu trước phẫu thuật ở người lớn có liên quan đến mê sáng sau phẫu thuật ( $OR = 1,90$ ; KTC 95%: 1,11 - 3,26) và lượng propofol sử dụng trong gây mê ( $STAI-S COR = 0,35$ ; KTC 95%: 0,15 - 0,55) [3]. Nghiên cứu quan sát tại Hàn Quốc (2024) cũng ghi nhận giới tính nữ và mối quan tâm về gây mê là các yếu tố quan trọng làm gia tăng lo âu trước phẫu thuật [13]. Những kết quả này củng cố quan điểm rằng trải nghiệm phẫu thuật và quá trình chuẩn bị tiền phẫu đóng vai trò quan trọng trong trạng thái tâm lý của NB.

Như vậy, mặc dù một số nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của các yếu tố nhân khẩu học và kinh tế – xã hội, nghiên cứu của chúng tôi đặc biệt cho thấy các yếu tố có thể can thiệp được, bao gồm trải nghiệm phẫu thuật trước đây và thời gian chờ phẫu thuật, có vai trò quan trọng đối với lo âu tiền phẫu. Điều này gợi ý cần tăng cường hỗ trợ tâm lý tiền phẫu và xem xét các giải pháp tối ưu hóa quy trình điều trị nhằm hạn chế thời gian chờ phẫu thuật kéo dài, qua đó góp phần cải thiện trải nghiệm điều trị và chất lượng chăm sóc NB phẫu thuật tiêu hóa.

#### **5. KẾT LUẬN**

Với thiết kế nghiên cứu phù hợp, nghiên cứu đã xác định tỷ lệ lo âu trước phẫu thuật ở NB phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng là 63,57%. Đồng thời, kết quả phân tích xác định số lần phẫu thuật trước đây và thời gian chờ phẫu thuật là các yếu tố liên quan độc lập với lo âu trước phẫu thuật. Điều này cho thấy trải nghiệm điều trị và quá trình chờ đợi có vai trò quan trọng đối với trạng thái tâm lý của NB.

Trên cơ sở đó, cần tăng cường đánh giá và hỗ trợ tâm lý tiền phẫu, đặc biệt đối với nhóm NB chưa từng trải qua phẫu thuật. Đồng thời, cần có sự điều phối hợp lý trong công tác tiếp nhận và chuẩn bị phẫu thuật, nhằm hạn chế thời gian chờ đợi kéo dài trong điều kiện thực tế của cơ sở điều trị. Những giải pháp này có thể góp phần giảm lo âu, nâng cao chất lượng chăm sóc và cải thiện kết quả điều trị cho NB phẫu thuật tiêu hóa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Freddie Bray, Mathieu Laversanne, Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Isabelle Soerjomataram, 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.
2. Asres Bedaso, Nibretie Mekonnen, Bereket Duko. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2022;12(3):e058187.
3. Mohamed A. Shebl, Eman Toraih, Menna Shebl, Ahmed Mosaad Tolba, Parisa Ahmed, Harshdeep Singh Banga, et al. Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Transl Sci.* 2025;9(1):e33. Doi:10.1017/cts.2025.6.
4. Qing Liu, Liheng Li, Jingwen Wei, Yubo Xie. Correlation and influencing factors of preoperative anxiety, postoperative pain, and delirium in elderly patients undergoing gastrointestinal cancer surgery. *BMC Anesthesiol.* 2023;23(1):78.
5. Đặng Văn Thạch, Tạ Văn Trâm. Thực trạng lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2018; 22(6):121–126.
6. A. S. Zigmond, R. P. Snaith. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–370.
7. Nguyễn Duy Linh, Nguyễn Anh Tuấn, Trương Thanh Thiết, Nguyễn Thanh Hiền, Tống Thị Thoa, Nguyễn Minh Khoa và cs. Lo âu của người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2023. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2023;172(11):244–252.
8. Phạm Thị Thu Hương, Trần Ngọc Lương, Trần Thị Hiền Phi, Mai Thị Lan Anh. Preoperative anxiety and psychological support needs among patients with thyroid surgery in Vietnam. *Journal of Nursing Science.* 2023;6(1):58–68.
9. Phạm Ngọc Mai, Đào Xuân Thanh, Nguyễn Văn Hoat. Preoperative anxiety status of patients with hip and knee replacement surgery. *Vietnam Medical Journal.* 2023;532(2).
10. Nguyễn Hồng Thiệp, Lê Duy Hòa, Trần Ngọc Tuấn, Hồ Minh Thái, Đặng Hoàng Uyên Thị, Lê Như Hà, ctv. Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược Cần Thơ.* 2022;(45):8–13.
11. Đỗ Hòa Bình, Trần Văn Nhường, Phạm Hoàng Hà,

Đào Thanh Xuyên, Nguyễn Văn Hiền, Tống Thị Thu Trang, ctv. Thực trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025;66(CĐ1):277–284.

12. Nguyễn Hoài Minh Châu. Khảo sát tình hình rối loạn lo âu và các yếu tố liên quan trên người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa gan mật tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai năm 2024. *Vietnam Medical Journal.* 2025;552(1)138–142.

13. Juseok Oh, Wonjin Lee, Seunghee Ki, Jaewoo Suh, Seokwoo Hwang, Jeonghan Lee. Assessment of preoperative anxiety and influencing factors in patients undergoing elective surgery: an observational cross-sectional study. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(3):403.