

Nghiên cứu

Rào cản về thái độ trong kiểm soát đau do ung thư và các yếu tố liên quan

Lê Thị Thanh Tuyền¹, Trần Hoàng Khánh Minh², Nguyễn Thanh Quang^{1*}

¹Đại học Đà Nẵng, Trường Y Dược

²Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở II

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thanh Quang, Email: ntquang@smp.udn.vn

Ngày nhận bài (Received): 20/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.42

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả rào cản thái độ trong kiểm soát đau và xác định các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú tại Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 228 bệnh nhân tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 11/2023 đến tháng 5/2024. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn sử dụng các bộ công cụ: BQII-G12 (rào cản thái độ), MMAS-8 (tuân thủ điều trị) và BPI (cường độ và ảnh hưởng của cơn đau).

Kết quả: Kết quả cho thấy điểm trung bình rào cản thái độ là $1,7 \pm 0,6$ (thang 0 - 5), trong đó rào cản lớn nhất thuộc nhóm "Ảnh hưởng sinh lý" ($1,9 \pm 0,8$) và "Biến cố bất lợi" ($1,8 \pm 1,2$). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến xác định hai yếu tố dự báo quan trọng: cường độ đau tồi tệ nhất ($\beta = 0,366$; $p = 0,003$) và mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc ($\beta = -0,229$; $p = 0,001$).

Kết luận: Nghiên cứu kết luận rằng rào cản thái độ trong kiểm soát đau ở bệnh nhân ung thư chủ yếu liên quan đến lo ngại về tác dụng phụ của thuốc và biến cố bất lợi. Việc kiểm soát đau hiệu quả và nâng cao tuân thủ điều trị có thể giúp giảm thiểu các rào cản này, từ đó cải thiện chất lượng chăm sóc toàn diện.

Từ khóa: Rào cản thái độ; Kiểm soát đau; ung thư.

Attitudinal barriers to cancer pain management and associated factors

Le Thi Thanh Tuyen¹, Tran Hoang Khanh Minh², Nguyen Thanh Quang^{1*}

¹The University of Da Nang, School of Medicine and Pharmacy

²Hue Central Hospital

Abstract

Objective: This study aimed to describe attitudinal barriers to pain management and identify influencing factors among outpatients with cancer in Vietnam.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 228 patients at Danang Cancer Hospital from November 2023 to May 2024. Data were collected through interviews using standardized tools: BQII-G12 (attitudinal barriers), MMAS-8 (medication adherence), and BPI (pain intensity and interference).

Results: Results showed that the mean attitudinal barrier score was 1.7 ± 0.6 (scale 0 - 5), with the highest barriers in the "Physiological effects" (1.9 ± 0.8) and "Adverse events" (1.8 ± 1.2) domains. Multiple linear regression analysis identified two significant predictors: worst pain intensity ($\beta = 0.366$; $p = 0.003$) and medication adherence level ($\beta = -0.229$; $p = 0.001$).

Conclusion: The study concludes that attitudinal barriers to pain control in cancer patients are primarily related to concerns about medication side effects and adverse events. Effective pain management and improved treatment adherence may help reduce these barriers, thereby enhancing comprehensive care quality.

Keywords: Attitudinal barriers; Pain management; Cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một triệu chứng phổ biến ảnh hưởng đến chất lượng sống ở người bệnh ung thư về cả thể chất và tinh thần. Triệu chứng này trở nên thường gặp hơn khi bệnh tiến triển. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng 44,5% người bệnh trải qua cơn đau liên quan đến ung thư, và trong số đó 30,6% trải qua cơn đau từ mức độ trung bình đến nặng [1]. Mặc dù có những tiến bộ y học về hiệu quả giảm đau lâm sàng, nhiều người bệnh vẫn tiếp tục không được kiểm soát đau đầy đủ. Trong đó, rào cản thái độ của người bệnh được xem là yếu tố chính góp phần vào tình trạng trên [2].

Rào cản thái độ trong việc kiểm soát cơn đau của người bệnh được xác định là những lo lắng hoặc quan niệm sai lầm về cơn đau và cách kiểm soát cơn đau [2,3]. Nó có thể được phân loại thành hai nhóm. Nhóm đầu tiên liên quan đến những lo lắng về việc sử dụng thuốc giảm đau, bao gồm sợ nghiện thuốc giảm đau, lo lắng về khả năng dung nạp thuốc giảm đau, lo lắng về tác dụng phụ của thuốc giảm đau và sợ tiêm. Nhóm còn lại liên quan đến những lo lắng về việc giao tiếp với nhân viên y tế như bác sĩ và điều dưỡng liên quan đến cơn đau, bao gồm mong muốn trở thành một người bệnh “tốt” không phàn nàn về cơn đau, niềm tin rằng cơn đau là hậu quả tất yếu của ung thư không thể kiểm soát được, lo lắng làm mất tập trung của bác sĩ khỏi việc điều trị ung thư và lo lắng rằng cơn đau tăng lên có nghĩa là bệnh tiến triển [3]. Những nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng một số đặc điểm nhân khẩu học, mức độ đau, mức độ ảnh hưởng của bệnh, tình trạng thực hiện các hoạt động sống, tuân thủ điều trị và việc sử dụng thuốc giảm đau hợp lý là những yếu tố liên quan đến rào cản thái độ trong việc kiểm soát cơn đau của người bệnh ung thư [2-4].

Mặc dù các rào cản thái độ đối với kiểm soát đau đã được nghiên cứu rộng rãi ở các quốc gia phương Tây, bằng chứng về vấn đề này trong bối cảnh Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Các yếu tố văn hóa – xã hội đặc thù, như ảnh hưởng của tư tưởng Nho giáo và Phật giáo, thường đề cao sự chịu đựng và chấp nhận đau khổ, có thể dẫn đến việc người bệnh báo cáo không đầy đủ về mức độ đau và ngần ngại sử dụng thuốc giảm đau. Ngoài ra, niềm tin truyền thống và lo ngại về tác dụng phụ như nghiện thuốc cũng là những rào cản đối với kiểm soát đau hiệu quả. Từ tổng quan tài liệu cho thấy, các nghiên cứu hiện nay tại Việt Nam chủ yếu mang tính mô tả, chưa xác định được mức độ rào cản và các yếu tố ảnh hưởng. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Rào cản thái độ trong kiểm soát đau do ung thư và các yếu tố liên quan”** ở người bệnh ung thư tại bệnh viện

Ung bướu Đà Nẵng với hai mục tiêu: (1) Mô tả rào cản thái độ trong kiểm soát đau và (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến rào cản thái độ trong kiểm soát đau ở người bệnh ung thư tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Kết quả nghiên cứu được mong đợi sẽ cung cấp cho các bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên xã hội học trong lĩnh vực ung thư những bằng chứng khoa học về bức tranh khái quát liên quan đến thái độ kiểm soát đau của người bệnh. Từ đó, các nhân viên y tế sẽ có các biện pháp tốt hơn trong điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người bệnh kiểm soát đau một cách hiệu quả, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh và giảm các gánh nặng trong điều trị lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu là người bệnh ung thư đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng trong giai đoạn khảo sát từ 11/2023 đến 5/2024. Người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu khi đáp ứng các tiêu chí: (1) Người bệnh từ 18 trở lên, (2) Đang điều trị ngoại trú và theo dõi định kỳ tại một cơ sở y tế duy nhất là bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng, và (3) Trong phác đồ điều trị của người bệnh có sử dụng thuốc giảm đau nhằm mục đích làm giảm các cơn đau do ung thư. Người bệnh đang có các vấn đề về tâm lý, tâm thần; không có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt; hoặc đang trong tình trạng cấp cứu sẽ bị loại trừ.

2.3. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P \times (1 - P)}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{0,065^2} = 227,3$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu cần nghiên cứu
- α : mức ý nghĩa thống kê
- d: mức sai số cho phép.
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số giới hạn tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- P: trị số mong muốn của tỷ lệ

Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới rằng trong các nghiên cứu ban đầu, nghiên cứu thăm dò hoặc đánh giá nhanh sai số cho phép có thể lên đến 10% [1]. Để phù hợp với tình hình đặc điểm số lượng người bệnh, thời gian thực hiện nghiên cứu và kinh phí của đề tài nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn $d = 6,5\%$.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu cần đạt được là 228.

Mẫu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện từ tháng 11/2023 đến 4/2024.

2.4. Bộ câu hỏi nghiên cứu

Bốn bộ câu hỏi được sử dụng trong nghiên cứu. Cụ thể như sau:

(1) Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu gồm: tuổi, giới tính, bảo hiểm y tế; giai đoạn của ung thư, thời gian kể từ khi chẩn đoán ung thư và loại thuốc giảm đau được chỉ định.

(2) Bộ câu hỏi Rào cản BQII-G12 được phát triển bởi Koller và Jahn năm 2018 [6]. Bộ câu hỏi gồm 12 câu, được chia thành 4 nhóm, bao gồm: Ảnh hưởng sinh lý (7 câu hỏi), Định kiến của người bệnh (1 câu hỏi), Giao tiếp (2 câu hỏi), Biến cố bất lợi: (2 câu hỏi). Người tham gia đánh giá mức độ đồng ý của họ với từng câu hỏi trên thang đo Likert 6 điểm, từ 0 (Hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (Hoàn toàn đồng ý). Điểm trung bình của toàn bộ thang đo và các thang đo phụ được sử dụng để phân tích, điểm càng cao thì rào cản càng lớn. Hệ số Cronbach's Alpha ban đầu của bảng câu hỏi là 0,83.

(3) Bộ câu hỏi Tuân thủ điều trị bằng thuốc MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-MMAS-8) do Morisky và cộng sự phát triển năm 2008, gồm 8 câu hỏi. Từ câu 1 đến câu 7 có các lựa chọn trả lời "có" hoặc "không". Đối với câu 1, 2, 3, 6 và 7: mỗi câu trả lời "Không" được tính 1 điểm, "Có" được tính 0 điểm. Câu hỏi 5: "Có" được tính 1 điểm và "Không" được tính 0 điểm. Câu hỏi 8 có lựa chọn trả lời theo thang đo dạng Likert 5 mức độ, từ 0 (không bao giờ quên) đến 4 (luôn luôn). Tổng điểm MMAS-8 có thể dao động từ 0 đến 8 và được chia thành các mức độ tuân thủ: tuân thủ cao (8 điểm), tuân thủ trung bình (điểm từ 6 đến 8) và tuân thủ kém (điểm < 6). MMAS-8 đã được chứng minh là đáng tin cậy với hệ số alpha Cronbach là 0,83 [7].

(4) Bảng điểm cơn đau rút gọn Brief Pain Inventory (BPI) được phát triển bởi Charles S. Ceeland và các đồng nghiệp. Theo tài liệu "The Brief Pain Inventory: User Guide" của các tác giả, có hai phạm vi được đo bằng BPI một cách độc lập là cường độ đau (4 câu hỏi) và tác động của cơn đau lên chức năng (7 câu hỏi). Ở phạm vi một, BPI đánh giá cơn đau ở mức "tệ nhất", "nhẹ nhất", "trung bình" và "cơn đau hiện tại" theo thang điểm Likert từ 0 (không đau) đến 10 (đau tới mức không thể tưởng tượng được). Các câu hỏi này sẽ được sử dụng một cách riêng lẻ. Ở phạm vi hai, BPI đo lường mức độ cơn đau ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày. Mỗi câu được chấm điểm theo thang đo từ 0 (không gây trở ngại) đến 10 (gây trở ngại hoàn toàn). Tổng điểm của phạm vi hai được tính trung bình bởi 7 câu hỏi. Điểm càng

cao cho thấy mức độ các hoạt động hàng ngày bị ảnh hưởng càng lớn. Giá trị Cronbach alpha cho thấy tính nhất quán nội bộ tốt, dao động từ 0,80 đến 0,87 cho bốn mục ở phạm vi 1 và từ 0,89 đến 0,92 cho bảy mục ở phạm vi 2 [8]. BPI với phiên bản tiếng Việt đã được trích dẫn trong tài liệu Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ của Bộ Y tế năm 2022 [9].

Bộ câu hỏi BQII-G12 và bộ MMAS-8 được dịch ngược theo quy trình dịch ngược của Sousa và Rojjanasirirat [10]. Nghiên cứu thử nghiệm được thực hiện trên 30 mẫu và không bao gồm trong nghiên cứu chính. Kết quả của nghiên cứu thử nghiệm lần lượt như sau:

BQII-G12: Cronbach alpha = 0,84

BPI: Cường độ đau có Cronbach alpha = 0,87 và Tác động của cơn đau lên chức năng có Cronbach alpha = 0,95

MMAS-8: Cronbach alpha = 0,8

2.5. Quá trình thu thập dữ liệu

Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi có sẵn. Người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về nội dung và mục tiêu nghiên cứu. Nếu đồng ý, người tham gia nghiên cứu sẽ được ký vào phiếu đồng thuận. Nghiên cứu viên sẽ phỏng vấn người tham gia dựa trên bộ câu hỏi sẵn có trong khoảng 15 đến 20 phút trong thời gian người tham gia chờ khám hoặc chờ nhận thuốc.

2.6. Phân tích dữ liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26. Thống kê mô tả bao gồm tần suất, tỉ lệ phần trăm, khoảng, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả về thông tin của người tham gia nghiên cứu và biến chính trong nghiên cứu (Rào cản thái độ trong kiểm soát đau). Hồi quy tuyến tính bội được sử dụng để tìm hiểu sự ảnh hưởng của các biến liên quan đến bệnh lý như: giai đoạn bệnh, thời gian bị chẩn đoán ung thư, loại thuốc giảm đau được chỉ định; cường độ đau; tác động của cơn đau lên chức năng và tuân thủ điều trị lên rào cản thái độ trong kiểm soát đau của người bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng, số quyết định 97/CT-HĐĐĐ và được sự đồng ý của Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Người tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về nội dung và mục tiêu nghiên cứu trước khi ký vào Phiếu đồng thuận. Người tham gia được đảm bảo rằng họ có quyền từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Tính ẩn danh và bảo mật của các đối tượng tham gia nghiên cứu luôn được tuân thủ nghiêm ngặt.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu (n=228)

Tên biến	Giá trị biến	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Giá trị trung bình: 63,8	Độ lệch chuẩn: 11,1	
Giới tính	Nam	141	61,8
	Nữ	87	38,2
Bảo hiểm y tế	Có	228	100
	Không	0	0
Loại ung thư	Ung thư gan	13	5,7
	Ung thư phổi	69	30,3
	Ung thư vú	15	6,6
	Ung thư dạ dày	12	5,3
	Ung thư đại trực tràng	39	17,0
	Ung thư tiền liệt tuyến	11	4,8
	Khác	69	30,3
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn I	22	9,6
	Giai đoạn II	24	10,5
	Giai đoạn III	45	19,7
	Giai đoạn IV	137	60,1
Thời gian kể từ khi chẩn đoán	Dưới 1 năm	120	52,6
	1 năm trở lên	108	47,4
Loại thuốc giảm đau	Không opioid	9	3,9
	Opioid yếu	187	82,0
	Opioid mạnh	32	14,0

Tuổi trung bình của người tham gia trong nghiên cứu là 63,8 tuổi. Nam chiếm gần gấp đôi so với nữ. Loại ung thư được thống kê nhiều nhất từ nghiên cứu là ung thư phổi với 30,3% và thấp nhất là ung thư tiền liệt tuyến với 4,8%. Đa số người bệnh đang ở giai đoạn

IV, chiếm 60,1%. Thời gian chẩn đoán bệnh dưới 1 năm và trên 1 năm không có sự chênh lệch nhiều. Hầu hết người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc giảm đau opioid yếu (82,0%). Tỷ lệ người bệnh sử dụng thuốc giảm đau không opioid rất thấp, chỉ 3,9%.

3.2. Rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau do ung thư

Bảng 2. Rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau do ung thư (n = 228)

	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Ảnh hưởng sinh lý	1,9	0,8
Định kiến	1,1	0,7
Giao tiếp	1,2	0,7
Biến cố bất lợi	1,8	1,2
Tổng rào cản	1,7	0,6

Điểm trung bình của thang đo rào cản về thái độ trong kiểm soát đau của người bệnh ung thư ở mức trung bình thấp với 1,7 điểm. Trong đó, rào cản lớn nhất là ảnh hưởng sinh lý ($1,9 \pm 0,8$) và tiếp theo là

các biến cố bất lợi ($1,8 \pm 1,2$). Người bệnh lo ngại về tác dụng phụ của thuốc và các biến cố do thuốc giảm đau gây ra.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau

Bảng 3. Kết quả ANOVA^a

Model		Sum of Square	df	Mean square	F	Sig.
1	Regression	16,646	12	1,387	3,824	0,00 ^b
	Residual	77,988	215	0,363		
	Total	94,634	227			

a. Biến phụ thuộc: Rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau do ung thư

b. Các yếu tố dự đoán: tác động của cơn đau lên chức năng, cường độ đau, tuân thủ điều trị bằng thuốc, thời gian kể từ khi chẩn đoán và loại thuốc giảm đau

Mô hình hồi quy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy, các biến độc lập trong mô hình có quan hệ tuyến tính với biến phụ thuộc rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau do ung thư. Nói cách khác, sự kết

hợp của các yếu tố này không xảy ra ngẫu nhiên và thực sự có khả năng giải thích cho sự khác biệt về rào cản thái độ giữa các người bệnh.

Bảng 4. Bảng tóm tắt mô hình^b(Model summary^b)

Model	R	R square	Adjusted R square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0,419 ^a	0,176	0,13	0,602	1,85

a. Biến phụ thuộc: Rào cản về thái độ trong kiểm soát cơn đau do ung thư

b. Các yếu tố dự đoán: tác động của cơn đau lên chức năng, cường độ đau, tuân thủ điều trị bằng thuốc, thời gian kể từ khi chẩn đoán và loại thuốc giảm đau

R Square (R^2) = 0,176 và R bình hiệu chỉnh = 0,130 cho thấy mô hình chỉ giải thích được 17,6% và sau khi hiệu chỉnh là 13% sự biến thiên của rào cản thái độ.

Beta chuẩn hoá = 0,366 ($p = 0,003$), là yếu tố dự báo mạnh nhất trong mô hình. Mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc có hệ số Beta chuẩn hoá = -0,229 ($p = 0,001$), là yếu tố dự báo mạnh thứ hai và có tác động ngược chiều. các yếu tố khác không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5 cho thấy mức độ đau tồi tệ nhất có hệ số

Bảng 5. Hệ số hồi quy (Coefficients^a)

Model 1	Unstandardized B	Coefficient Std. Error	Standardized Coefficient Beta	t	Sig.	Collinearity Tolerance	Statistics VIF
(Constant)	1,320	0,288	-0,002	4,585	0,000		
Giai đoạn I	-0,004	0,157	0,099	-0,025	0,98	0,738	1,354
Giai đoạn II	0,208	0,146	0,104	1,422	0,156	0,792	1,262
Giai đoạn III	0,168	0,110	-0,078	1,535	0,126	0,838	1,194
Dưới 1 năm	-0,101	0,090	0,073	-1,115	0,266	0,781	1,280
Không opioid	0,243	0,264	-0,026	0,921	0,358	0,602	1,660
Opioid yếu	-0,043	0,146	-0,229	-0,294	0,769	0,504	1,984
Tuân thủ điều trị	-0,298	0,087	0,366	-3,430	0,001	0,862	1,160
Đau tệ nhất	0,149	0,050	0,043	2,988	0,003	0,255	3,918
Đau nhẹ nhất	0,030	0,075	-0,150	0,398	0,691	0,330	3,029
Đau trung bình	-0,084	0,066	-0,157	-1,279	0,202	0,279	3,587
Đau hiện tại	-0,086	0,048	0,151	-1,796	0,074	0,505	1,980
Tác động của cơn đau lên chức năng	0,059	0,043		1,369	0,172	0,313	3,191

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang này được thực hiện nhằm mô tả rào cản thái độ trong kiểm soát đau và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến rào cản này ở người bệnh ung thư điều trị ngoại trú tại một bệnh viện chuyên khoa Ung bướu ở miền Trung Việt Nam. Kết quả cung cấp những hiểu biết quan trọng có giá trị cho thực hành lâm sàng và giáo dục bệnh nhân trong bối cảnh Việt Nam.

4.1. Mô tả rào cản thái độ trong kiểm soát đau

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình tổng rào cản thái độ (BQ-II) ở mức trung bình thấp ($1,7 \pm 0,6$ trên thang điểm 0 - 5), tương đồng với nghiên cứu của Gunnarsdottir và cộng sự (2017) tại châu Âu [4]. Tuy nhiên, khi xem xét từng lĩnh vực, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng “Ảnh hưởng sinh lý” ($1,9 \pm 0,8$) là rào cản lớn nhất, tiếp theo là “Biến cố bất lợi” ($1,8 \pm 1,2$). Điều này cho thấy mối lo ngại chính của người bệnh tập trung vào các tác dụng phụ của thuốc giảm đau (như buồn nôn, táo bón, chóng mặt) và nỗi sợ về các hậu quả lâu dài như nghiện thuốc hoặc lờn thuốc. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zeng và cộng sự (2020) tại Trung Quốc [3], một quốc gia có chung nền tảng văn hóa Á Đông, cũng ghi nhận nỗi sợ tác dụng phụ và nghiện thuốc là những rào cản nổi bật.

Sự trùng khớp này có thể phản ánh ảnh hưởng của các yếu tố văn hóa - xã hội chung, nơi mà thông tin về thuốc gây nghiện thường chưa đầy đủ và kèm theo định kiến. Trong bối cảnh Việt Nam, niềm tin vào y học cổ truyền và sự e ngại với tân dược có thể làm trầm trọng thêm những lo lắng này. Hơn nữa, rào cản về “Giao tiếp” ($1,2 \pm 0,7$) và “Định kiến” ($1,1 \pm 0,7$) tuy có điểm số thấp hơn nhưng vẫn tồn tại, cho thấy một bộ phận người bệnh vẫn có thể ngần ngại báo cáo đau đầy đủ vì muốn trở thành “người bệnh ngoan”, không muốn làm phiền nhân viên y tế, hoặc tin rằng đau là một phần không thể tránh khỏi của ung thư. Những quan niệm này cần được xử lý thông qua các chương trình nâng cao nhận thức và phổ cập kiến thức có hệ thống dành cho người bệnh.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến rào cản thái độ

Mô hình hồi quy tuyến tính của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và xác định được hai yếu tố dự báo quan trọng đối với rào cản thái độ là cường độ đau tồi tệ nhất và mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc.

Cường độ đau tồi tệ nhất là yếu tố dự báo mạnh nhất ($\beta = 0,366$, $p = 0,003$). Kết quả này khẳng định phát hiện từ nghiên cứu trước đây, người bệnh trải qua cơn đau càng dữ dội thì càng có xu hướng lo lắng nhiều hơn về việc sử dụng thuốc giảm đau mạnh và

hậu quả của chúng [2]. Cơn đau tồi tệ nhất có thể là một trải nghiệm đáng sợ, khiến người bệnh cảm thấy mất kiểm soát và từ đó nảy sinh nhiều nỗi sợ phi lý trí xung quanh việc điều trị. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chủ động đánh giá và kiểm soát cơn đau một cách hiệu quả ngay từ đầu, không chỉ để giảm đau mà còn để giảm bớt chính những rào cản tâm lý cản trở việc điều trị.

Tuân thủ điều trị bằng thuốc có mối tương quan nghịch đáng kể với rào cản thái độ ($\beta = -0,229$, $p = 0,001$). Nói cách khác, người bệnh có mức độ tuân thủ dùng thuốc giảm đau càng cao thì mức độ rào cản thái độ càng thấp. Mối quan hệ hai chiều này đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Ma và cộng sự (2020) [2]. Có thể lý giải rằng, việc tuân thủ điều trị tốt dẫn đến kiểm soát đau hiệu quả hơn, từ đó củng cố niềm tin của người bệnh vào tính an toàn và hiệu quả của phác đồ, làm giảm các lo ngại. Ngược lại, những rào cản thái độ thấp hơn sẽ thúc đẩy sự tuân thủ tốt hơn. Phát hiện này cho thấy can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị (như tư vấn, nhắc nhở) cũng có thể gián tiếp làm giảm rào cản thái độ.

Trong các yếu tố không có ý nghĩa thống kê, đáng chú ý, như giai đoạn ung thư, loại thuốc giảm đau được kê đơn (không opioid, opioid yếu/mạnh), và thời gian chẩn đoán không dự báo đáng kể cho rào cản thái độ trong mô hình đa biến của chúng tôi. Điều này khác với một số nghiên cứu trước, có thể do đặc điểm mẫu của chúng tôi có sự phân bố không đồng đều (ví dụ: đa số ở giai đoạn IV và dùng opioid yếu). Tuy nhiên, nó gợi ý rằng rào cản thái độ chủ yếu là một vấn đề về nhận thức và tâm lý cá nhân, chịu ảnh hưởng mạnh bởi trải nghiệm đau đớn thực tế và thái độ với việc dùng thuốc, hơn là bởi các đặc điểm bệnh lý cụ thể.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mô hình của chúng tôi chỉ giải thích được 17.6% phương sai của rào cản thái độ ($R^2 = 0,176$). Điều này cho thấy còn tồn tại nhiều yếu tố quan trọng khác chưa được đưa vào nghiên cứu, chẳng hạn như: kiến thức về giảm đau, mức độ hỗ trợ xã hội, lo lắng và trầm cảm, chất lượng giao tiếp giữa bác sĩ-điều dưỡng và người bệnh, cũng như các yếu tố văn hóa đặc thù khác. Đặc biệt, nghiên cứu định tính có thể giúp khám phá sâu hơn những trải nghiệm và niềm tin chủ quan của người bệnh Việt Nam về cơn đau và thuốc giảm đau.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng ban đầu về thực trạng rào cản thái độ trong kiểm soát đau ở người bệnh ung thư Việt Nam. Rào cản ở mức trung bình thấp, trong đó nỗi lo về tác dụng phụ và biến

cổ bất lợi của thuốc là nổi bật nhất. Cường độ đau tồi tệ nhất và mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc là hai yếu tố dự báo quan trọng cho những rào cản này. Phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của một cách tiếp cận toàn diện trong kiểm soát đau ung thư, kết hợp kiểm soát triệu chứng hiệu quả với tư vấn tâm lý bệnh nhân nhằm giải tỏa những lo ngại về tâm lý-xã hội, từ đó cải thiện chất lượng chăm sóc toàn diện cho người bệnh.

Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một trung tâm với phương pháp chọn mẫu thuận tiện là một hạn chế của nghiên cứu. Trong tương lai, nghiên cứu cần được mở rộng bao gồm cả người bệnh nội trú và cần xem xét thêm đến các yếu tố kiểm soát đau khác như tâm lý, hỗ trợ xã hội, kiến thức về giảm đau, kiến thức về opioid và những yếu tố có thể can thiệp khác.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Không có xung đột lợi ích.

Lời cảm ơn

Để hoàn thành nghiên cứu này, chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng, và Khoa Dược của bệnh viện đã tạo điều kiện và hỗ trợ nhóm nghiên cứu trong quá trình thu thập dữ liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2023;15(3).
2. Ma X, Lu Y, Yang H, Yu W, Hou X, Guo R, et al. Relationships between patient-related attitudinal barriers, analgesic adherence and pain relief in Chinese cancer inpatients. *Support Care Cancer*. 2020;28(7):3145-51.
3. Zeng D, Li K, Lin X, Mizuno M. Attitudinal Barriers to Pain Management and Associated Factors Among Cancer Patients in Mainland China: Implications for Cancer Education. *J Cancer Educ*. 2020;35(2):284-91.
4. Gunnarsdottir S, Sigurdardottir V, Kloke M, Radbruch L, Sabatowski R, Kaasa S, et al. A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3595-602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28653107/>
5. Training for mid-level managers: The EPI coverage survey [Internet]. 2008. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/module-7-the-epi-coverage-survey>.
6. Koller A, Jahn P. Developing a Short Form of the German Barriers Questionnaire II: A Validation Study in Four Steps. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2):458-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417304980>
7. Morisky D. Morisky scales MMAS-4 and MMAS-8

2008 [Available from: <https://www.moriskyscale.com/about-the-morisky-scale---mmas-4--mmas-8-the-morisky-scales.html>].

8. Cleeland CS, Ryan K. The brief pain inventory. User guide. 2009. https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf

9. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. Hà Nội: Bộ Y Tế; 2022. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-183-QĐ-BYT-2022-Huong-dan-cham-soc-giam-nhe-502118.aspx>

10. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268-74.