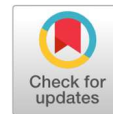




ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(3):116-123
<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.03.13>



Tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư buồng trứng đang hoá trị tại bệnh viện Từ Dũ

Nguyễn Phạm Hoàng Nghi¹, Hoàng Thị Kim Anh¹, Dương Thị Vĩnh An¹, Phạm Quang Minh Hiên¹,
Hồ Ngọc Lan Nhi¹, Lý Trúc Ly^{1,2}, Trần Minh Lộc³, Lê Trung Quốc Thanh^{1,3,*}

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bệnh viện Từ Dũ, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng hiện vẫn là bệnh nan y nên không chỉ ảnh hưởng thể chất mà còn tác động đáng kể đến sức khỏe tâm thần của bệnh nhân. Giai đoạn hóa trị với tâm lý bị bệnh cùng nhiều tác dụng phụ có thể đưa đến các rối loạn tâm thần ở người bệnh gây ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư buồng trứng đang hóa trị tại bệnh viện Từ Dũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 177 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư buồng trứng và đang hóa trị tại khoa Ung bướu phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 05/2024 đến tháng 04/2025. Nghiên cứu sử dụng thang đo lo âu, trầm cảm tại bệnh viện HADS phiên bản tiếng Việt (Anxiety, Depression in Hospital Scale) với điểm cắt là 11 điểm để xác định bệnh nhân trầm cảm.

Kết quả: Tỉ lệ bệnh nhân trầm cảm là 14,12%. Xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng và tình trạng tái phát bệnh làm tăng nguy cơ trầm cảm có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Trầm cảm là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân ung thư buồng trứng đang hóa trị, cần được sàng lọc và can thiệp sớm nhằm cải thiện chất lượng sống và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: ung thư buồng trứng; hoá trị; trầm cảm

Abstract

PREVALENCE OF DEPRESSION AND RELATED FACTORS IN OVARIAN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY IN TU DU HOSPITAL

Nguyen Pham Hoang Nghi, Hoang Thi Kim Anh, Duong Thi Vinh An, Pham Quang Minh Hien,
Ho Ngoc Lan Nhi, Ly Truc Ly, Tran Minh Loc, Le Trung Quoc Thanh

Ngày nhận bài: 16-12-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 27-02-2026 / Ngày đăng bài: 05-03-2026

*Tác giả liên hệ: Lê Trung Quốc Thanh. Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: ltqthanh@uhsvnu.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Ovarian cancer remains an incurable disease, affecting not only the patient's physical health but also exerting a significant impact on mental well-being. During chemotherapy, the psychological burden of illness, along with multiple adverse side effects, may contribute to psychiatric disorders, consequently impairing patients' quality of life and treatment outcomes.

Objectives: To determine the prevalence of depression and associated factors among ovarian cancer patients undergoing chemotherapy in Tu Du Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 177 patients aged 18 years and older diagnosed with ovarian cancer and receiving chemotherapy at the Gynecologic Oncology Department of Tu Du Hospital from May 2024 to April 2025. The Vietnamese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used, with a cutoff score of ≥ 11 indicating probable depression.

Results: The prevalence of depression was 14.12%. Negative coping styles and cancer recurrence were significantly associated with higher odds of depression.

Conclusions: Depression is common among ovarian cancer patients undergoing chemotherapy. Early screening and psychological interventions are essential to improve quality of life and treatment outcomes.

Keywords: ovarian cancer; chemotherapy; depression

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là loại ung thư phụ khoa có tỉ lệ tử vong cao, thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do các triệu chứng không đặc hiệu. Điều trị cho bệnh nhân UTBT giai đoạn 1C (ung thư còn khu trú ở buồng trứng hoặc ống dẫn trứng nhưng đã có yếu tố nguy cơ lan tràn như vỡ u, u bề mặt, hoặc tế bào ác tính trong dịch ổ bụng) trở lên bao gồm phẫu thuật và hoá trị. Trong giai đoạn hoá trị, việc phải đối mặt với căn bệnh hiểm nghèo cũng như các tác dụng phụ do hoá trị gây nên những ảnh hưởng không chỉ đến sức khoẻ thể chất mà còn đến sức khoẻ tâm thần của bệnh nhân. Tình trạng này kéo dài có thể tạo nên các tác động không tốt lên sức khoẻ tâm thần, tuân thủ điều trị, khả năng hồi phục và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Hoá trị được xem là một nguồn stress kéo dài do bệnh nhân phải đối diện với đau đớn, mệt mỏi, thay đổi hình ảnh cơ thể, gánh nặng kinh tế và lo sợ bệnh tiến triển hoặc tái phát. Stress mạn tính làm gia tăng nguy cơ rối loạn cảm xúc, trong đó có trầm cảm. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của stress không đồng nhất ở mọi bệnh nhân mà phụ thuộc lớn vào cách thức ứng phó. Các nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân UTBT, đặc biệt trong giai đoạn điều trị hóa trị [1]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc sàng lọc và điều trị cho bệnh nhân

mắc trầm cảm trong quá trình hoá trị UTBT chưa được quan tâm và thực hiện. Khoa Ung bướu phụ khoa bệnh viện Từ Dũ hiện là nơi tập trung điều trị cho nhiều trường hợp bệnh nhân UTBT tại khu vực phía Nam Việt Nam. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân UTBT đang hoá trị tại bệnh viện Từ Dũ” nhằm xác định tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân UTBT đang hoá trị cũng như tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng này.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỉ lệ trầm cảm ở bệnh nhân UTBT đang hoá trị tại bệnh viện Từ Dũ.
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến tỉ lệ trầm cảm ở bệnh nhân UTBT đang hoá trị tại bệnh viện Từ Dũ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân UTBT đang hóa trị tại khoa Ung bướu phụ khoa bệnh viện Từ Dũ từ tháng 05/2024 đến hết tháng 04/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán UTBT bằng giải phẫu bệnh đang hoá trị, hiểu được tiếng Việt và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Đối tượng có ung thư di căn não, đồng mắc ung thư khác; đã được chẩn đoán rối loạn tâm thần; đang điều trị bằng phương pháp điều trị ung thư khác hoặc có bất kỳ vấn đề sức khỏe nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến các triệu chứng và chất lượng cuộc sống trước khi được chẩn đoán UTBT (ví dụ: đài tháo đường không kiểm soát, suy gan, suy thận).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó:

n là số bệnh nhân (BN).

α là xác suất sai lầm loại I. Chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy 95%.

Z là trị số phân phối chuẩn. Khi $\alpha = 0,05$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Theo nghiên cứu của Watts S cho thấy tỉ lệ trầm cảm của BN UTBT đang hoá trị là 12,71% [2]. Do đó chọn $P = 0,13$.

d là sai số cho phép (độ chính xác), chọn $d = 0,05$ (5%).

Thay vào công thức, ta có $n = 177$.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp tự điền. Tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu được mời điền phiếu thu thập thông tin và thang đo HADS phiên bản tiếng Việt trong thời gian điều trị hoá trị tại khoa.

Nghiên cứu viên được huấn luyện thống nhất hướng dẫn cách trả lời khi cần, không gợi ý hay can thiệp vào câu trả lời.

Bệnh nhân tại Khoa Ung bướu Phụ khoa của Bệnh viện Từ Dũ được chọn lựa theo tiêu chuẩn chọn mẫu đã được xác lập bởi nhóm nghiên cứu.

Bệnh nhân được tư vấn rõ các nguy cơ (nếu có), lợi ích đối với bản thân và cộng đồng khi tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thu thập thông tin nền qua bản thu thập số liệu
Bệnh nhân tự điền vào bộ câu hỏi thu thập dữ liệu và thang đo HADS phiên bản tiếng Việt.

Hoàn thành thu thập số liệu đã điều tra và tiến hành phân tích bằng các phần mềm thống kê.

Hình 1. Quy trình tiến hành nghiên cứu

2.2.4. Công cụ nghiên cứu

Thang đo HADS-D gồm 7 câu hỏi tự báo cáo, đánh giá các triệu chứng của bệnh nhân trong tuần lễ trước thời điểm khảo sát. Mỗi câu hỏi có 4 mức độ trả lời, tương ứng với thang điểm từ 0 đến 3, tổng điểm dao động từ 0 đến 21 điểm. Trong nghiên cứu này, điểm cắt ≥ 11 được sử dụng để xác định có nguy cơ trầm cảm, 8-10 điểm được xem là nghi ngờ có triệu chứng, và 0-7 điểm được xem là không có triệu chứng [3]. Thang đo HADS phiên bản tiếng Việt đã được chuyển ngữ và kiểm định độ tin cậy trong nghiên cứu trước tại Việt Nam, trong đó nghiên cứu của tác giả Trần Thuỳ Dương ghi nhận hệ số Cronbach's alpha là 0,77 [4].

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập và quản lý bằng Excel, sau đó phân tích bằng ngôn ngữ lập trình R (phiên bản 2024.04.2+764) theo phương pháp thống kê y học.

Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị; các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Mối liên quan giữa các biến được đánh giá bằng kiểm định t, Chi bình phương và hồi quy logistic đơn biến. Các biến có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập và kiểm soát yếu tố nhiễu.

Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ 05/2024 đến 04/2025, chúng tôi tuyển chọn được 177 bệnh nhân UTBT đang hóa trị tại khoa Ung bướu phụ khoa bệnh viện Từ Dũ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm nhân khẩu học và thông tin về tình trạng bệnh được trình bày trong Bảng 1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,41 \pm 13,57$. Đa số có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên (78,11%), sống ngoài Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) (77,97%) và tại nhà riêng (86,44%). Khoảng 2/3 bệnh nhân không đi làm do đó tỉ lệ gặp khó khăn tài chính tương đối cao ở mức 35,03%. Phần lớn bệnh nhân đã kết hôn (66,11%) và có từ hai con trở lên (49,15%).

Về tình trạng bệnh lý, phần lớn ung thư ở giai đoạn sớm (I hoặc II) chiếm tỉ lệ 72,88% và không tái phát (77,40%). Mặc dù 83,01% gặp tác dụng phụ hóa trị nhưng hầu như nhẹ và thoáng qua.

Đa số bệnh nhân được người thân chăm sóc và chia sẻ khó khăn khi điều trị với tỉ lệ lần lượt là 94,92% và 80,79%. Tỉ lệ bệnh nhân có xu hướng ứng phó tích cực với căng thẳng ở mức cao với tỉ lệ 77,97%. Đáng chú ý, có tới 92,09% tin tưởng khả năng bệnh sẽ cải thiện sau điều trị.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=177)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)	$47,41 \pm 13,57$ (18 – 75)*	
Trình độ học vấn		
Mù chữ	14	7,91
Cấp 1	26	14,69
Cấp 2	67	37,85
Cấp 3 trở lên	70	39,55
Công việc		
Còn đi làm	56	31,64

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=177)	Tỉ lệ (%)
Nghỉ làm	121	68,36
Thu nhập		
Khó khăn	62	35,03
Không khó khăn	115	64,97
Tình trạng hôn nhân		
Chưa kết hôn	43	24,29
Đã kết hôn	117	66,11
Góa chồng	11	6,21
Ly hôn/ly thân	6	3,39
Số con		
0	56	31,64
1	34	19,21
≥ 2	87	49,15
Xu hướng ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống		
Tích cực	138	77,97
Tiêu cực	39	22,03
Giai đoạn UTBT hiện tại		
I	101	57,06
II	28	15,82
III	45	25,42
IV	3	1,70
UTBT tái phát		
Không	137	77,40
Có	40	22,60

*: Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)

Bảng 2. Tỉ lệ trầm cảm của bệnh nhân

HADS-D	Số BN (n=177)	Tỉ lệ (%)
Có nguy cơ trầm cảm (≥ 11 điểm)	25	14,12%
Không có nguy cơ trầm cảm (< 11 điểm)	152	85,88%

Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy trong số 177 bệnh nhân UTBT đang hoá trị tại bệnh viện Từ Dũ, có 25/177 bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm và chiếm tỉ lệ 14,12%. Điểm số HADS ở nhóm bệnh nhân trầm cảm trung bình là $12,56 \pm 1,50$, cao nhất là 16, thấp nhất là 11.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm của bệnh nhân

Khảo sát trên biến số nhân khẩu học, chúng tôi ghi nhận xu hướng ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm. Cụ thể, bệnh nhân có xu hướng ứng phó tiêu cực có tỉ số chênh cao gấp 5,17 lần nhóm tích cực (KTC 95%: 2,10 – 12,92); trong khi bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có tỉ số chênh thấp hơn và ở mức 0,2 so với nhóm

mù chữ (OR = 0,2; KTC 95%: 0,04 – 0,95). Các yếu tố khác không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

Khảo sát các biến số về tình trạng bệnh, chúng tôi ghi nhận tình trạng tái phát, mức độ đau nhiều và không có niềm tin vào khả năng cải thiện bệnh khi điều trị có mối liên quan có ý

nghĩa thống kê đến trầm cảm với tỉ số chênh cao hơn so với nhóm còn lại, tỉ số chênh các biến số trên lần lượt là 2,70 (KTC 95%: 1,07 – 6,63), 3,60 (KTC 95%: 1,26 – 10,85), và 5,62 (KTC 95%: 1,65 – 18,34) so với nhóm còn lại (Bảng 4).

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với tình trạng trầm cảm

Đặc điểm	Trầm cảm, n (%)		OR (KTC 95%)	p
	Có (n = 25)	Không (n = 152)		
Tuổi	50,52 ± 12,02	46,89 ± 13,78		0,180
Trình độ học vấn				
Mù chữ	4 (28,57)	10 (71,43)	1	-
Cấp 1	8 (30,77)	18 (69,23)	1,10 (0,26 – 5,17)	0,885
Cấp 2	8 (31,94)	59 (88,06)	0,34 (0,09 – 1,53)	0,111
Cấp 3 trở lên	5 (7,14)	65 (92,86)	0,20 (0,04 – 0,95)	0,018*
Tình trạng việc làm				
Còn đi làm	5 (8,93)	51 (91,07)	1	-
Hiện không đi làm	20 (16,53)	101 (83,47)	1,97 (0,74 – 6,32)	0,177
Thu nhập				
Không khó khăn	12 (10,43)	103 (89,57)	1	-
Khó khăn	13 (20,97)	49 (79,03)	2,26 (0,95 – 5,44)	0,055
Xu hướng ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống				
Tích cực	12 (8,70)	126 (91,30)	1	-
Tiêu cực	13 (33,33)	26 (66,67)	5,17 (2,10 – 12,92)	<0,001*

*: Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với tình trạng trầm cảm

Tình trạng bệnh	Trầm cảm, n (%)		OR (KTC 95%)	p
	Có (n = 25)	Không (n = 152)		
Giai đoạn UTBT hiện tại				
I	14 (13,86)	87 (86,14)	1	-
II	3 (10,71)	25 (89,29)	0,74 (0,16 – 2,48)	0,663
III	8 (17,78)	37 (82,22)	1,33 (0,49 – 3,38)	0,541
IV	0 (0)	3 (100)	-	0,488
UTBT tái phát				
Không	15 (10,95)	122 (89,05)	1	-
Có	10 (25,00)	30 (75,00)	2,70 (1,07 – 6,63)	0,025*
Khả năng sinh hoạt				
Có	7 (8,75)	73 (91,25)	1	-
Không	18 (18,56)	79 (81,44)	2,34 (0,95 – 6,39)	0,062
Tác dụng phụ khi hóa trị				
Không	4 (13,33)	26 (86,67)	1	-
Có	21 (14,29)	126 (85,71)	1,05 (0,36 – 3,95)	0,891
Mức độ đau				
Không/ít đau	7 (9,33)	68 (90,67)	1	-
Đau vừa	8 (12,31)	57 (87,69)	1,36 (0,46 – 4,11)	0,570
Đau nhiều	10 (27,03)	27 (72,97)	3,60 (1,26 – 10,85)	0,014*
Niềm tin vào khả năng bệnh cải thiện				
Có	19 (11,66)	144 (88,34)	1	-
Không	6 (42,86)	8 (57,14)	5,62 (1,65 – 18,34)	0,001*

*: Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê

Trước khi đưa các biến vào mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi kiểm tra đa cộng tuyến giữa các biến độc lập bằng hệ số VIF. Các giá trị VIF đều < 2 (1,05 – 1,22), cho thấy không có đa cộng tuyến đáng kể trong mô hình (Bảng 5).

Các biến độc lập được lựa chọn đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến dựa trên kết quả phân tích đơn biến. Những biến có $p < 0,2$ được xem là có khả năng liên quan và được đưa vào mô hình đa biến nhằm kiểm soát yếu tố nhiễu. Trong phân tích đa biến, mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

Bảng 5. Chỉ số VIF giữa các yếu tố trong nghiên cứu với tình trạng trầm cảm

Yếu tố	VIF
Tuổi	1,22
Trình độ học vấn	1,09

Yếu tố	VIF
Tình trạng việc làm	1,07
Thu nhập	1,09
Xu hướng ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống	1,09
Mức độ đau	1,05
UTBT tái phát	1,09
Khả năng sinh hoạt	1,08
Niềm tin vào khả năng bệnh cải thiện	1,05

Thông qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân UTBT đang hóa trị được trình bày trong Bảng 6, chúng tôi ghi nhận chỉ còn xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng và tình trạng UTBT tái phát có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng trầm.

Bảng 6. Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố trong nghiên cứu

Yếu tố	OR (KTC 95%)	p
Tuổi	0,99 (0,93 – 1,04)	0,555
Trình độ học vấn		
Cấp 2 so với mù chữ	0,27 (0,05 – 1,49)	0,128
Cấp 3 trở lên so với mù chữ	0,23 (0,04 – 1,40)	0,104
Tình trạng việc làm (hiện không đi làm so với còn đi làm)	1,07 (0,31 – 4,08)	0,919
Thu nhập (khó khăn so với không khó khăn)	1,65 (0,55 – 4,96)	0,363
Xu hướng ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống (tiêu cực so với tích cực)	3,81 (1,30 – 11,4)	0,015*
Mức độ đau (đau nhiều so với không/ít đau)	2,10 (0,58 – 7,68)	0,252
UTBT tái phát (có so với không có)	3,68 (1,14 – 12,50)	0,031*
Khả năng sinh hoạt (không thể sinh hoạt như trước so với có thể sinh hoạt như trước)	1,10 (0,36 – 3,45)	0,871
Niềm tin vào khả năng bệnh cải thiện (không có so với có)	3,42 (0,78 – 14,70)	0,096

*: Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học mẫu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với các nghiên cứu về ung thư buồng trứng thực hiện tại Việt Nam. Độ tuổi trung bình mẫu nghiên cứu ở mức $47,41 \pm 13,57$ phù hợp với độ tuổi trung bình của ung thư buồng trứng và cũng tương đồng với kết quả của tác giả Lê Đức Cường là $48,30 \pm 6,10$ [5]. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân ung thư tại Việt Nam còn gặp nhiều khó khăn trong điều trị liên quan đến vấn đề kinh tế khi tỉ lệ bệnh nhân thất nghiệp và gặp khó khăn tài chính tương đối cao. Điều này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Về đặc điểm bệnh lý, mẫu nghiên cứu

của chúng tôi đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) cùng với tỉ lệ tái phát thấp cũng có các tác động tích cực lên tâm lý người bệnh, giúp bệnh nhân có suy nghĩ tích cực hơn và tin tưởng vào khả năng cải thiện bệnh. Đặc điểm này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện chuyên ngành Sản phụ khoa chứ không phải một bệnh viện chuyên ngành ung thư, vì vậy mô hình bệnh tật sẽ có sự khác biệt với xu hướng bệnh nhẹ hơn. Hóa trị hiện nay dù đã phát triển nhiều nhưng vẫn là phương pháp có tỉ lệ tác dụng phụ cao, tỉ lệ gặp tác dụng phụ không mong muốn trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,01%. May mắn các tác dụng phụ trên đa số chỉ ở mức độ nhẹ.

4.2. Tỉ lệ trầm cảm

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ trầm cảm ở bệnh

nhân UTBT đang hóa trị tại bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian từ 05/2024 đến 04/2025 là 14,12%. Tỷ lệ này tương đồng với các kết quả nghiên cứu trên thế giới như tại Trung Quốc trong nghiên cứu của tác giả Liu CL (15,2%) và tại Anh trong nghiên cứu của tác giả Goncalves V (11%) [6,7]. Tuy nhiên, tỷ lệ của chúng tôi lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu tại Hàn Quốc của tác giả Nho JH (trên 56%) [8]. Sự khác biệt này là vì trong nghiên cứu của tác giả Nho JH tại thời điểm khảo sát có đến 77,2% bệnh nhân UTBT ở giai đoạn trễ (giai đoạn III, IV) và tỷ lệ tái phát lên đến 57%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Sự khác biệt này có thể được lý giải do đặc điểm mẫu nghiên cứu, khi phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của Nho JH ở giai đoạn trễ và có tỷ lệ tái phát cao. Bên cạnh đó, nghiên cứu này được thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa ung bướu, nơi tập trung nhiều bệnh nhân có bệnh cảnh nặng và phức tạp hơn. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại một bệnh viện chuyên ngành Sản phụ khoa, nơi mô hình bệnh tật và mức độ nặng của bệnh có thể khác, với xu hướng bệnh nhân được chẩn đoán sớm và can thiệp sớm hơn. Yếu tố địa điểm nghiên cứu này có thể góp phần lý giải sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa các nghiên cứu.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm của bệnh nhân

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy hai yếu tố làm tăng nguy cơ trầm cảm có ý nghĩa thống kê là tình trạng UTBT tái phát và xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng. Bệnh nhân tái phát có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với nhóm không tái phát, phù hợp với nghiên cứu của Norton TR tại Hoa Kỳ, cho thấy nhóm này có nhu cầu sử dụng dịch vụ hỗ trợ tâm lý cao hơn [9]. Những lần tái phát thường gây ảnh hưởng tâm lý nặng nề, có thể do lo sợ bệnh tiến triển và cái chết cũng như sự suy giảm chức năng thể chất và chất lượng sống.

Bệnh nhân có xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng cho thấy nguy cơ trầm cảm cao hơn nhóm ứng phó tích cực, tương đồng với nghiên cứu của Price MA [10]. Xu hướng này phản ánh khả năng điều chỉnh cảm xúc và thích ứng kém với căng thẳng, làm tăng nguy cơ trầm cảm trong quá trình điều trị. Các nghiên cứu trước cũng ghi nhận vai trò bảo vệ của các chiến lược ứng phó tích cực đối với sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân ung thư.

Ngoài hai yếu tố có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy

đa biến, chúng tôi cũng ghi nhận các biến khác như trình độ học vấn, mức độ đau và niềm tin vào khả năng cải thiện bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê đến trầm cảm trong phân tích đơn biến. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước, trong đó tác giả Liu CL ghi nhận học vấn cao liên quan với nguy cơ trầm cảm thấp hơn. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa đau và trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như mối liên quan giữa mất niềm tin vào khả năng cải thiện bệnh và trầm cảm phù hợp với các báo cáo của các tác giả Liu CL và Price MA [6,10]. Dù vậy, khi đưa vào phân tích trong mô hình hồi quy đa biến, các biến trên không còn mối liên hệ có ý nghĩa thống kê đến trầm cảm. Kết quả này cho thấy khi hiệu chỉnh đồng thời nhiều yếu tố, các mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê thể hiện ảnh hưởng của học vấn, đau và niềm tin mang tính gián tiếp, chồng lấp với các yếu tố khác hơn là các yếu tố nguy cơ độc lập của trầm cảm. Dù vậy, vì các kết quả trên phù hợp với kết quả các nghiên cứu trước đó nên các biến trên cũng có thể được xem xét kỹ hơn trong các nghiên cứu tiếp theo.

Tóm lại, trầm cảm là rối loạn tâm thần phổ biến ở bệnh nhân UTBT đang hóa trị. Nghiên cứu xác định hai yếu tố nguy cơ độc lập gồm tình trạng tái phát và xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của lồng ghép sàng lọc sức khỏe tâm thần thường quy và can thiệp hỗ trợ tâm lý phù hợp, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, nhằm nâng cao chất lượng sống và hiệu quả điều trị toàn diện.

Bên cạnh những kết quả mang lại, nghiên cứu của chúng tôi cũng không tránh khỏi một số hạn chế:

- Đầu tiên, thiết kế nghiên cứu cắt ngang hạn chế trong việc xác định mối quan hệ nhân quả cũng như ảnh hưởng lâu dài đến tuân thủ điều trị.

- Nghiên cứu được thực hiện tại khoa ung bướu phụ khoa thuộc bệnh viện chuyên ngành Sản phụ khoa nên mô hình bệnh tật có thể khác với các trung tâm ung bướu.

Tuy vậy hiện nay khoa Ung bướu phụ khoa bệnh viện Từ Dũ cũng đã điều trị được tất cả các giai đoạn của ung thư buồng trứng và được nhiều bệnh nhân tin tưởng lựa chọn để điều trị. Do vậy chúng tôi tin rằng đây cũng là các kết quả có giá trị được thực hiện ngoài bệnh viện chuyên ngành Ung bướu, đóng góp vào cơ sở dữ liệu liên quan đến ung thư buồng trứng.

5. KẾT LUẬN

Trầm cảm là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân ung thư buồng trứng đang hóa trị, cần được sàng lọc và can thiệp sớm nhằm cải thiện chất lượng sống và hiệu quả điều trị. Đặc biệt cần lưu ý đến những bệnh nhân được sàng lọc có xu hướng ứng phó tiêu cực với căng thẳng và tình trạng tái phát bệnh.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn GS.TS.BS. Trần Thị Lợi; BS. Nguyễn Đình Thương; Bác sĩ và nữ hộ sinh tại khoa Ung bướu phụ khoa bệnh viện Từ Dũ đã hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lê Trung Quốc Thanh

<https://orcid.org/0000-0001-8461-0436>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lê Trung Quốc Thanh, Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Dương Thị Vĩnh An, Nguyễn Phạm Hoàng Nghi, Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền

Thu thập dữ liệu: Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền, Dương Thị Vĩnh An, Nguyễn Phạm Hoàng Nghi

Giám sát nghiên cứu: Lê Trung Quốc Thanh, Trần Minh Lộc, Lý Trúc Ly

Nhập dữ liệu: Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền, Dương Thị Vĩnh An, Nguyễn Phạm Hoàng Nghi

Quản lý dữ liệu: Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền, Dương Thị Vĩnh An, Nguyễn Phạm Hoàng Nghi

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Phạm Hoàng Nghi, Dương Thị Vĩnh An, Lê Trung Quốc Thanh

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Phạm Hoàng Nghi, Dương Thị Vĩnh An, Hoàng Thị Kim Anh, Phạm Quang Minh Hiền

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lê Trung Quốc Thanh, Trần Minh Lộc, Lý Trúc Ly, Hồ Ngọc Lan Nhi

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở Khoa Y – Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh, số 05/QĐ-IRS-VN01.017 ngày 12/03/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papadopoulou A, Govina O, Tsatsou I, et al. Quality of life, distress, anxiety and depression of ambulatory cancer patients receiving chemotherapy. *Med Pharm Rep.* 2022;95(4):418-429.
2. Watts S, Prescott P, Mason J, McLeod N, Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.* 2015;5(11):e007618.
3. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370.
4. Trần Thùy Dương. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Hà Nội: Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội. 2017.
5. Le DC, Kubo T, Fujino Y, et al. Reproductive factors in relation to ovarian cancer: a case-control study in Northern Vietnam. *Contraception.* 2012;86(5):494-499.
6. Liu CL, Liu L, Zhang Y, Dai XZ, Wu H. Prevalence and its associated psychological variables of symptoms of depression and anxiety among ovarian cancer patients in China: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):161.
7. Goncalves V, Jayson G, Tarrier N. A longitudinal investigation of psychological morbidity in patients with ovarian cancer. *Br J Cancer.* 2008;99(11):1794-801.
8. Nho JH, Reul Kim S, Nam JH. Symptom clustering and

- quality of life in patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2017;30:8-14.
9. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI, et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 2004;22(5):919-26.
 10. Price MA, Butow PN, Costa DS, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust.* 2010;193(S5):S52-7.