

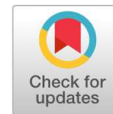


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):204-212

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.25>



Đóng góp tương đối của các yếu tố tâm lý và chất lượng cuộc sống đối với chú ý nhận thức chánh niệm ở phụ nữ ung thư vú

Kim Xuân Loan^{1*}, Nguyễn Tấn Thành¹, Lê Hồng Ngọc¹, Võ Bạch Bảo Ngọc¹

¹Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chú ý nhận thức chánh niệm có thể đóng vai trò như một nguồn lực tâm lý hỗ trợ điều tiết cảm xúc ở bệnh nhân ung thư, tuy nhiên bằng chứng về các yếu tố liên quan ở phụ nữ ung thư vú tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định điểm số trung bình chú ý nhận thức chánh niệm và tỷ lệ đóng góp tương đối của các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống đối với chú ý nhận thức chánh niệm ở phụ nữ ung thư vú.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 346 phụ nữ ung thư vú ở Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam (tháng 01-05/2025). Các thang đo được sử dụng gồm Chú ý nhận thức chánh niệm (MAAS), Trầm cảm, lo âu (HADS), căng thẳng (DT) và chất lượng cuộc sống (EORTC QLQ-C30). Phân tích tầm quan trọng tương đối theo phương pháp LMG được áp dụng.

Kết quả: Mô hình hồi quy giải thích 48,35% phương sai điểm MAAS, trong đó đóng góp lớn nhất là lo âu 16,9%; căng thẳng 11,8%; trầm cảm 9,2%. Về chất lượng cuộc sống, chức năng cảm xúc đóng góp 11,0%, tiếp theo là mất ngủ (7,5%) và chức năng thể chất (6,0%).

Kết luận: Chú ý nhận thức chánh niệm chủ yếu liên quan đến căng thẳng và chức năng cảm xúc, gợi ý vai trò tiềm năng của chánh niệm trong chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: ung thư vú; chú ý nhận thức chánh niệm; sức khỏe tâm thần; chất lượng cuộc sống

Abstract

RELATIVE CONTRIBUTIONS OF PSYCHOLOGICAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE TO MINDFUL ATTENTION AWARENESS IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Kim Xuan Loan, Nguyen Tan Thanh, Le Hong Ngoc, Vo Bach Bao Ngoc

Ngày nhận bài: 03-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 11-05-2026 / Ngày đăng bài: 18-05-2026

*Tác giả liên hệ: Kim Xuân Loan. Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: Kimxuanloan2712@ump.edu.vn

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

Background: Mindful attention awareness has been conceptualized as a psychological resource that facilitates emotional regulation in patients with cancer. However, empirical evidence regarding the factors associated with mindfulness in Vietnamese women with breast cancer remains limited.

Objectives: To determine the mean score of mindful attention awareness and to assess the relative contributions of sociodemographic, clinical, mental health, and quality-of-life factors to mindful attention awareness among women with breast cancer.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 346 women with breast cancer in Ho Chi Minh City, Vietnam (January–May 2025). Measures were collected using the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Distress Thermometer (DT) while quality of life were assessed using the EORTC QLQ-C30. Relative importance analysis using the Lindeman, Merenda, and Gold (LMG) method was applied.

Results: The regression model explained 48.35% of the variance in MAAS scores. Anxiety (16.9%), stress (11.8%), and depression (9.2%) accounted for the largest proportions of explained variance. Regarding quality of life, emotional functioning contributed 11.0%, followed by insomnia (7.5%) and physical functioning (6.0%).

Conclusions: Mindful attention awareness was strongly associated with psychological distress and emotional functioning, suggesting its potential role in supportive cancer care for women with breast cancer.

Keywords: breast cancer; mindful attention awareness; mental health; quality of life

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn cầu và tiếp tục là nguyên nhân gây gánh nặng đáng kể về tử vong và suy giảm chất lượng cuộc sống [1]. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới ghi nhận khoảng 2,3 triệu ca mắc mới và hơn 666.000 ca tử vong do ung thư vú [2]. Tại Việt Nam, ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất trong các ung thư ở nữ giới, với hơn 24.500 ca mắc mới mỗi năm. Mặc dù những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị đã cải thiện thời gian sống còn, phụ nữ mắc ung thư vú vẫn phải đối mặt với nhiều khó khăn về tâm lý trong suốt quá trình điều trị và sau điều trị [2]. Căng thẳng, lo âu, trầm cảm và khó khăn trong điều tiết cảm xúc thường gặp ở bệnh nhân ung thư, ảnh hưởng đến khả năng thích ứng với bệnh, giảm tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống [3,4]. Do đó, chăm sóc ung thư hiện nay ngày càng nhấn mạnh cách tiếp cận toàn diện, trong đó các nguồn lực tâm lý giúp người bệnh thích ứng với hành trình điều trị bệnh cần được quan tâm nhiều hơn.

Trong bối cảnh đó, chú ý nhận thức là một khía cạnh quan trọng của chánh niệm, phản ánh khả năng duy trì sự chú ý vào trải nghiệm hiện tại theo cách cởi mở và không phán xét [5,6]. Chú ý nhận thức chánh niệm được xem là nguồn lực tâm lý

có thể hỗ trợ bệnh nhân ung thư nhận diện và điều tiết các phản ứng cảm xúc trước những căng thẳng liên quan đến bệnh tật [7-10]. Ở bệnh nhân ung thư vú, chánh niệm cao hơn được ghi nhận có liên quan đến mức độ đau khổ tâm lý thấp hơn và khả năng điều tiết cảm xúc tốt hơn [7,8,11,12]. Ở phụ nữ ung thư vú di căn, chánh niệm cao cũng liên quan với đau, mệt mỏi, lo âu, trầm cảm thấp hơn. Một số nghiên cứu cũng cho thấy các can thiệp dựa vào chánh niệm có thể góp phần giảm căng thẳng, lo âu, trầm cảm, và một số khía cạnh chất lượng cuộc sống như giấc ngủ và triệu chứng cơ thể [7,8,11,12]. Những kết quả này củng cố vai trò của chánh niệm như một nguồn lực tâm lý có ý nghĩa trong chăm sóc hỗ trợ cho bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, trong quá trình điều trị, bệnh nhân thường đồng thời trải qua các vấn đề sức khỏe tâm thần, các gánh nặng triệu chứng có thể đi kèm với khó khăn trong điều tiết cảm xúc cũng như duy trì sự chú ý vào hiện tại [9]. Ngoài ra, các đặc điểm nhân khẩu học như tuổi, trình độ học vấn, giới tính cũng có thể liên quan đến sự khác biệt về mức độ chú ý nhận thức chánh niệm [13]. Hơn nữa, ghi nhận qua y văn trong nước, phần lớn các nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư chủ yếu tập trung vào khía cạnh lâm sàng và điều trị, trong khi còn hạn chế các nghiên cứu xem xét các nguồn lực tâm lý, cụ thể là chú ý nhận thức chánh niệm và mối liên quan của nó với các chỉ báo sức khỏe trong bối cảnh văn hóa, xã hội tại

Việt Nam. Xuất phát từ khoảng trống này, việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chú ý nhận thức trong bối cảnh lâm sàng là cần thiết. Kết quả nghiên cứu có thể góp phần định hướng các tiếp cận hỗ trợ phù hợp nhằm nâng cao nguồn lực tâm lý qua đó cải thiện sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm xác định điểm số trung bình của thang đo chú ý nhận thức chánh niệm và tỷ lệ đóng góp tương đối của các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống đối với chú ý nhận thức chánh niệm ở phụ nữ ung thư vú.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nữ được chẩn đoán và đang điều trị ung thư vú tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân nữ từ đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư vú (mọi giai đoạn);

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có khó khăn đáng kể trong giao tiếp, hoặc tình trạng lâm sàng chưa ổn định (sau phẫu thuật) tại thời điểm thu thập dữ liệu.

Những bệnh nhân có chẩn đoán rối loạn tâm thần (trầm cảm, lo âu hoặc các rối loạn tâm thần khác) đang được quản lý và điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức ước lượng một trung bình:

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

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một trung bình. Theo nghiên cứu tham khảo [14], độ lệch chuẩn ước tính là 11,55. Với $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$) và sai số chấp nhận là 1,2 ($\approx 10\%$ độ lệch chuẩn) nhằm đảm bảo độ chính xác của ước lượng và tính khả thi của nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu là 342 bệnh nhân ung thư vú.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn tuân thủ tiêu chuẩn chọn mẫu và được lấy mẫu liên tiếp trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 05/2025 tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (khoa Hóa trị) và bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh (với khoa Hóa trị, khoa Xạ trị, khoa Nội tuyến vú, gan, niệu và khoa Ngoại tuyến vú).

Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có cấu trúc bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng và các thang đo về chú ý nhận thức chánh niệm, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu

Thang đo Chú ý nhận thức chánh niệm - MAAS gồm 15 mục [10]. Công cụ được chuyển ngữ sang tiếng Việt theo quy trình dịch xuôi –ngược, có đối chiếu và hiệu chỉnh nội dung nhằm bảo đảm tính tương đồng về mặt nội dung ngữ nghĩa so với phiên bản gốc. Trước khi thu thập dữ liệu chính thức, bảng câu hỏi được thử nghiệm thí điểm trên một nhóm nhỏ 30 người bệnh để đánh giá tính rõ ràng, mức độ dễ hiểu và sự phù hợp ngôn ngữ trong bối cảnh Việt Nam. Trong nghiên cứu này, thang đo có độ tin cậy nội tại phù hợp (Cronbach's $\alpha = 0,79$).

Thang đo chất lượng cuộc sống - QLQ-C30 bao gồm 5 thang chức năng, 3 thang triệu chứng, 6 mục triệu chứng đơn lẻ và một mục sức khỏe tổng quát. Điểm số được quy đổi về thang 0–100 theo hướng dẫn của EORTC [15]. Điểm cao ở thang chức năng và sức khỏe tổng quát phản ánh tình trạng tốt, trong khi điểm cao ở thang triệu chứng cho thấy mức độ nghiêm trọng hơn [16].

Thang đo HADS (14 mục), đánh giá lo âu (HADS-A) và trầm cảm (HADS-D) trong 7 ngày qua. Mỗi mục tính theo thang Likert 4 mức (0–3), tổng điểm mỗi thang phụ từ 0–21

(điểm càng cao, triệu chứng càng nặng).

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập bằng EpiData, và phân tích bằng R. Thống kê mô tả được dùng để trình bày đặc điểm mẫu. Các kiểm định t-test/ANOVA, Mann–Whitney/Kruskal–Wallis và tương quan Pearson/Spearman được sử dụng để phân tích đơn biến tùy theo phân phối dữ liệu ($p < 0,05$). Mô hình hồi quy đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến MAAS. Các biến độc lập được đưa vào mô hình nếu có ý nghĩa thống kê, có giá trị $p < 0,2$ hoặc ý nghĩa lâm sàng trong phân tích đơn biến, bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, tôn giáo, hôn nhân, nghề nghiệp), đặc điểm lâm sàng (giai đoạn bệnh, hóa trị, xạ trị, bệnh kèm), sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống (ngoại trừ triệu chứng tiêu chảy).

Phân tích tầm quan trọng và kiểm định mô hình

Phân phối tổng điểm MAAS ($64,5 \pm 11,2$) đạt giả định phân phối gần chuẩn ($|\text{skewness}| < 1$), phù hợp cho hồi quy tuyến tính và phân tích tầm quan trọng tương đối. Đa cộng tuyến được kiểm soát qua hệ số VIF và GVIF hiệu chỉnh. Sau đó, phương pháp Lindeman–Merenda–Gold (LMG) được thực hiện để phân rã hệ số xác định (R^2), giúp xác định và xếp hạng tỷ lệ đóng góp của từng yếu tố dự báo vào biến kết cuộc [22].

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 346 bệnh nhân nữ ung thư vú, tuổi trung bình $50,8 \pm 11,5$. Đa số là người Kinh, đã kết hôn và sống ngoài Thành phố Hồ Chí Minh. Nghề nghiệp phổ biến là nội trợ và lao động tự do. Về lâm sàng, thời gian mắc bệnh trung bình là $23,5 \pm 21,0$ tháng, chủ yếu điều trị ngoại trú. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn II–III, với các phương pháp điều trị chính gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị. Đa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh kèm theo (Bảng 1).

Bảng 2 trình bày điểm trung bình của từng mục trong thang đo MAAS. Các mục liên quan đến thực hiện hành vi một cách tự động hoặc thiếu chú ý trong sinh hoạt hằng ngày có điểm trung bình tương đối cao, bao gồm M6 (quên tên người vừa nghe), M10 (làm việc tự động), M14 (làm việc không chú ý) và M15 (ăn mất tập trung). Ngược lại, điểm thấp nhất ghi nhận ở các mục M9 (quá tập trung mục tiêu), M13 (bận tâm quá khứ/tương lai) và M4 (di chuyển thiếu chú ý).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu	n = 346	
	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi [†]	50,8	(11,5)
Dân tộc		
Kinh	333	(96,2%)
Hoa	10	(2,9%)
Khác	3	(0,9%)
Tôn giáo		
Không tôn giáo	164	(47,4%)
Phật giáo	139	(40,2%)
Thiên chúa giáo	35	(10,1%)
Khác	8	(2,3%)
Nơi ở hiện tại		
TP.HCM	123	(35,5%)
Khác	223	(64,5%)
Hôn nhân		
Độc thân	26	(7,5%)
Đã kết hôn	296	(85,5%)
Ly hôn	5	(1,4%)
Góa	19	(5,5%)
Học vấn		
Mù chữ	10	(2,9%)
Biết đọc/viết	14	(4,0%)
Cấp 1	74	(21,4%)
Cấp 2	116	(33,5%)
Cấp 3	73	(21,1%)
Cao đẳng/Đại học	59	(17,1%)
Nghề nghiệp		
Nông dân	40	(11,6%)
Công nhân	34	(9,8%)
Nội trợ	130	(37,6%)
Lao động tự do	81	(23,4%)
Viên chức	49	(14,2%)
Sinh viên	0	(0,0%)
Thất nghiệp	10	(2,9%)
Khác	2	(0,6%)

[†]Trung bình (Độ lệch chuẩn)

Giá trị VIF dao động từ 1,30–1,84 cho thấy không có đa cộng tuyến đáng kể trong mô hình. Mô hình hồi quy về tầm quan trọng tương đối giải thích 48,35% phương sai của điểm MAAS. Các chỉ số sức khỏe tâm thần đóng góp chủ yếu vào phương sai giải thích, nổi bật là lo âu (16,9%), chức năng cảm xúc (11,0%) và mất ngủ (7,5%). Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, lo âu cao hơn có liên quan đáng kể đến điểm số MAAS thấp hơn ($\beta = -0,054$, $p < 0,001$), trong khi chức năng cảm xúc có liên quan tích cực ($\beta = 0,006$, $p = 0,007$). Mất ngủ

cũng có liên quan tiêu cực đến MAAS ($\beta = -0,002, p = 0,017$).
Căng thẳng tâm lý (11,8%) và trầm cảm (9,2%) mặc dù có
mức đóng góp tương đối lớn vào phương sai giải thích nhưng
không đạt ý nghĩa thống kê. Các biến còn lại, bao gồm chức

năng thể chất, chức năng xã hội, chán ăn, mệt mỏi, đặc điểm
nhân khẩu học, lâm sàng và điều trị, có mức đóng góp thấp và
không có ý nghĩa thống kê (Hình 1, 2).

Bảng 2. Bảng mô tả điểm số trung bình từng mục thang đo MAAS (n=346)

No	TB $\pm$ DLC ¹	Thang đo chủ ý nhận thức chánh niệm
1	4,23 $\pm$ 1,67	Tôi có thể đang trải qua một vài cảm xúc và không nhận ra những cảm xúc này cho đến một lúc sau
2	4,65 $\pm$ 1,39	Tôi làm rơi hoặc làm rớt đồ đạc do bất cẩn, không chú ý hoặc do đang suy nghĩ về điều gì khác
3	4,09 $\pm$ 1,63	Tôi thấy khó tập trung vào những gì đang xảy ra ở hiện tại
4	3,84 $\pm$ 1,66	Tôi thường đi đến nơi tôi cần đến một cách nhanh chóng mà không chú ý đến những gì trải qua/điễn ra trên đường đi
5	3,89 $\pm$ 1,71	Tôi thường không nhận ra cảm giác căng thẳng hoặc khó chịu cho đến khi chúng thực sự thu hút sự chú ý của tôi
6	5 $\pm$ 1,1	Tôi hầu như quên tên của một người ngay sau khi được nghe/giới thiệu từ lần đầu tiên
7	4,40 $\pm$ 1,25	Dường như tôi đang hoạt động một cách tự động vô thức mà không chú ý nhiều đến những gì mình đang làm
8	4,39 $\pm$ 1,41	Tôi vội vã làm/thực hiện các hoạt động mà không thực sự chú ý đến chúng
9	3,73 $\pm$ 1,75	Tôi tập trung nhiều vào việc mà tôi muốn làm đến nỗi tôi mất kết nối với những gì mình đang làm ở hiện tại để đạt được điều đó
10	4,66 $\pm$ 1,20	Tôi làm công việc hoặc điều gì đó một cách tự động mà không nhận biết được mình đang làm gì
11	3,99 $\pm$ 1,53	Tôi thấy mình vừa đang làm việc này và vừa làm một việc khác
12	4,28 $\pm$ 1,47	Tôi di chuyển đến một nơi một cách vô thức và sau đó tự hỏi sao mình đến được đó
13	3,59 $\pm$ 1,81	Tôi thấy mình hay bận tâm suy nghĩ về tương lai hoặc quá khứ
14	4,67 $\pm$ 1,19	Tôi thấy mình làm nhiều việc nhưng không chú ý
15	5,04 $\pm$ 1,21	Tôi ăn mà không nhận biết mình đang ăn

¹TB (Trung bình); DLC (Độ lệch chuẩn)

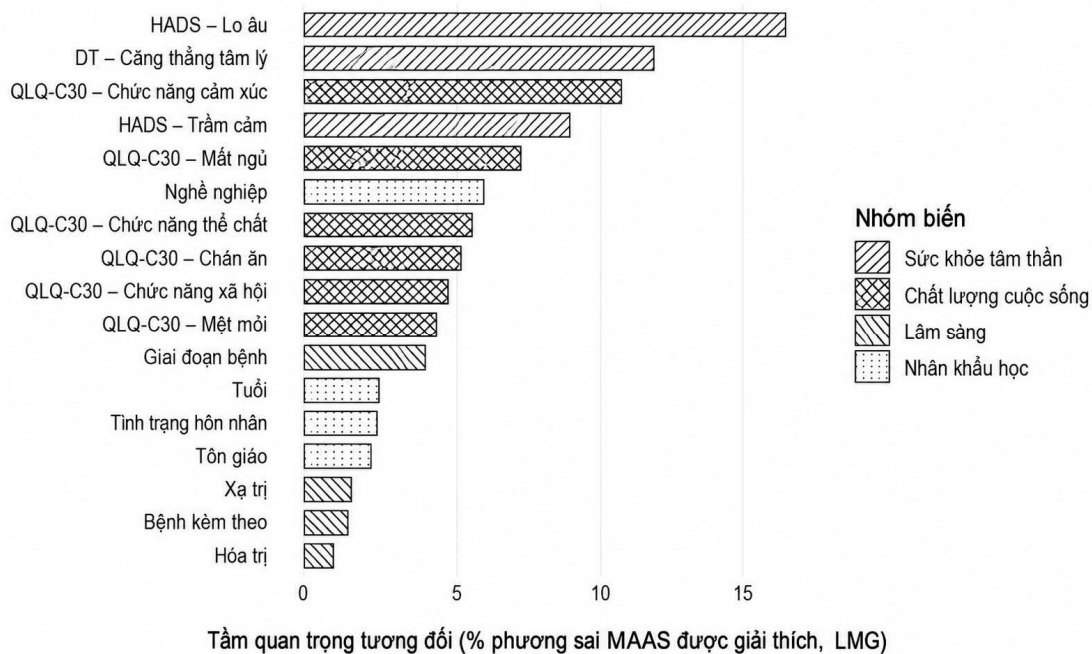
	MAAS	PF	RF	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	IN	AP	CO	DI	ANX	DEP	DT
MAAS	1*	0.4*	0.31*	0.46*	0.26*	0.36*	-0.37*	-0.11	-0.29*	-0.31*	-0.41*	-0.39*	-0.16	-0.06	-0.54*	-0.49*	-0.5*
PF		1*	0.64*	0.3*	0.27*	0.4*	-0.69*	-0.24*	-0.6*	-0.26*	-0.4*	-0.48*	-0.31*	-0.22*	-0.32*	-0.39*	-0.26*
RF			1*	0.26*	0.18*	0.45*	-0.62*	-0.13	-0.58*	-0.17*	-0.34*	-0.44*	-0.14	-0.11	-0.28*	-0.32*	-0.23*
EF				1*	0.3*	0.34*	-0.27*	-0.05	-0.27*	-0.28*	-0.3*	-0.36*	-0.21*	-0.17*	-0.48*	-0.46*	-0.49*
CF					1*	0.13	-0.23*	-0.17*	-0.13	-0.2*	-0.15	-0.22*	-0.23*	-0.17*	-0.29*	-0.36*	-0.26*
SF						1*	-0.41*	-0.05	-0.36*	-0.08	-0.4*	-0.34*	0	-0.04	-0.33*	-0.37*	-0.31*
FA							1*	0.27*	0.63*	0.27*	0.46*	0.46*	0.25*	0.21*	0.32*	0.41*	0.3*
NV								1*	0.11	0.26*	0.1	0.18*	0.38*	0.39*	0.16	0.11	0.02
PA									1*	0.23*	0.43*	0.46*	0.14	0.08	0.29*	0.31*	0.25*
DY										1*	0.17*	0.2*	0.13	0.11	0.31*	0.27*	0.17*
IN											1*	0.41*	0.13	0.06	0.31*	0.36*	0.36*
AP												1*	0.22*	0.12	0.4*	0.33*	0.3*
CO													1*	0.42*	0.17	0.15	0.12
DI														1*	0.15	0.11	0.15
ANX															1*	0.71*	0.68*
DEP																1*	0.77*
DT																	1*

Ghi chú. Các giá trị thể hiện hệ số tương quan Pearson theo cặp (r). * $p < 0,05$. MAAS = Thang đo Chủ ý nhận thức Chánh niệm (Mindfulness Awareness Attention Scale); PF = Chức năng thể chất; RF = Chức năng vai trò; EF = Chức năng cảm xúc; CF = Chức năng nhận thức; SF = Chức năng xã hội; FA = Mệt mỏi; NV = Buồn nôn và nôn; PA = Đau; DY = Khó thở; IN = Mất ngủ; AP = Chán ăn; CO = Táo bón; DI = Tiêu chảy; ANX = Lo âu (HADS-A); DEP = Trầm cảm (HADS-D); DT = Căng thẳng (Distress Thermometer).

Kết quả từ ma trận tương quan cho thấy MAAS **tương quan thuận** có ý nghĩa với các lĩnh vực chức năng: **cảm xúc ($r = 0,46$), thể chất ($r = 0,40$), xã hội ($r = 0,36$), vai trò ($r = 0,31$) và nhận thức ($r = 0,26$).**

Ngược lại, MAAS **tương quan âm** với các triệu chứng **mệt mỏi ($r = -0,37$), đau ($r = -0,29$), khó thở ($r = -0,31$), mất ngủ ($r = -0,41$), chán ăn ($r = -0,39$) và đặc biệt tương đối mạnh với các vấn đề tâm thần như lo âu ($r = -0,54$), trầm cảm ($r = -0,49$), căng thẳng ($r = -0,50$).**

Hình 1. Bảng ma trận tương quan giữa các biến số



Hình 2. Biểu đồ % phương sai của các biến trong mô hình hồi quy

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định trung bình điểm số chú ý nhận thức chánh niệm và tỷ lệ đóng góp tương đối của các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống trong việc giải thích sự khác biệt về điểm số này ở 346 phụ nữ ung thư vú. Kết quả cho thấy chỉ số về sức khỏe tâm thần như lo âu, căng thẳng và trầm cảm chiếm phần lớn phương sai được giải thích cho điểm số MAAS. Đáng chú ý là lo âu cao có liên quan đáng kể đến giảm điểm số chú ý nhận thức chánh niệm. Kết quả này cũng củng cố giả thuyết rằng chánh niệm và sức khỏe tâm thần có mối quan hệ chặt chẽ với nhau trong bối cảnh ung thư [17-20]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư thực quản trải qua phẫu thuật cắt thực quản, trong đó lo âu và trầm cảm có tương quan nghịch mạnh với điểm MAAS. Những bệnh nhân với mức lo âu hoặc trầm cảm nhẹ hoặc không có triệu chứng (HADS-A; HADS-D) ghi nhận điểm MAAS cao hơn đáng kể so với nhóm có triệu chứng trung bình hoặc nặng. Điều này cho thấy khi lo lắng hoặc căng thẳng gia tăng, khả năng duy trì chú ý nhận thức chánh niệm có khả năng suy giảm [21]. Nghiên cứu phân tích tầm quan

trọng tương đối trước đây cũng ghi nhận lo âu và căng thẳng là những yếu tố có mức đóng góp cao, nhấn mạnh vai trò nổi bật của các chỉ số tâm lý đối với đặc tính chánh niệm này [16].

Chất lượng cuộc sống cũng có mối liên quan đáng kể với MAAS trong kết quả được tìm thấy của chúng tôi. Tương tự với một nghiên cứu cho thấy căng thẳng cảm nhận và chánh niệm cùng giải thích gần 39% phương sai của chất lượng cuộc sống. Trong đó, căng thẳng có tương quan nghịch với cả chánh niệm và chất lượng cuộc sống, trong khi chánh niệm tương quan thuận với chất lượng cuộc sống. Mặc dù nghiên cứu tham khảo sử dụng phân tích trung gian với chất lượng cuộc sống làm biến số kết cuộc khác với chúng tôi, tuy nhiên kết quả vẫn gián tiếp nhấn mạnh vai trò của chánh niệm đối với cả chất lượng cuộc sống các yếu tố tâm lý [22]. Bên cạnh sức khỏe tâm thần, các mục của chất lượng cuộc sống cũng đóng góp đáng kể vào phương sai điểm MAAS, trong đó chức năng cảm xúc là yếu tố nổi bật nhất. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu cho thấy chức năng cảm xúc giữ vị trí trung tâm trong cấu trúc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú và có liên hệ chặt chẽ với các chỉ số tâm lý như trầm cảm [18,19]. Phân tích mạng lưới cũng cho thấy chức năng cảm xúc có mối liên quan tích cực với MAAS và yếu tố này đóng vai trò quan trọng trong cấu trúc mạng lưới tâm lý -

chánh niệm - chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư vú [16]. Ngoài ra, các triệu chứng về thể chất (mệt mỏi, mất ngủ, chán ăn) và chức năng xã hội cũng có liên quan đến chánh niệm, nhưng nhìn chung mối tương quan này yếu hơn so với các đặc điểm tâm lý [23]. Điều này cho thấy, mặc dù chất lượng cuộc sống là một yếu tố quan trọng trong mô hình giải thích MAAS, sự đóng góp của chất lượng cuộc sống đến MAAS chủ yếu qua khía cạnh cảm xúc chiếm cao hơn là các triệu chứng thể chất. Tuy nhiên, kết quả này chúng tôi cũng cần nhắc đến giải vì mô hình hồi quy về tầm quan trọng tương đối chỉ phản ánh mức đóng góp dựa vào mối liên hệ giữa các yếu tố được thu thập tại cùng một thời điểm qua thiết kế cắt ngang.

Ngược lại, các yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng chỉ đóng góp phần nhỏ vào phương sai điểm MAAS. Phần lớn các nghiên cứu trước đây đều không ghi nhận mối liên hệ đáng kể giữa tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân hoặc tôn giáo với điểm số MAAS ở bệnh nhân ung thư [17-20]. Về đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh, loại điều trị hoặc bệnh lý đi kèm nhìn chung không có đóng góp đáng kể với chánh niệm, và khả năng chánh niệm được ghi nhận tương đối ổn định trong suốt các giai đoạn điều trị khác nhau [24].

Điểm mạnh của nghiên cứu nằm ở việc áp dụng mô hình hồi quy tầm quan trọng tương đối cho phép định lượng mức đóng góp của từng yếu tố vào sự thay đổi điểm số chánh niệm. Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang không cho phép các diễn giải kết quả theo quan hệ nhân quả. Do đó chưa thể xác định rằng chánh niệm thấp có khả năng dẫn đến gia tăng căng thẳng tâm lý hay ngược lại căng thẳng làm suy giảm khả năng duy trì nhận thức chánh niệm theo thời gian. Các nghiên cứu dọc hoặc can thiệp là cần thiết để làm rõ cơ chế tác động và đánh giá hiệu quả của các chương trình tăng cường chánh niệm đối với sức khỏe tâm thần trong dân số ung thư.

5. KẾT LUẬN

Chú ý nhận thức chánh niệm ở phụ nữ ung thư vú liên quan chủ yếu đến căng thẳng tâm lý, chức năng cảm xúc và chất lượng cuộc sống hơn là các yếu tố lâm sàng hay điều trị. Do đó, việc sàng lọc thường quy các vấn đề tâm lý và chất lượng cuộc sống, cùng với các chiến lược chăm sóc hỗ trợ nhằm giảm căng thẳng và cải thiện chức năng cảm xúc, có thể góp phần tăng cường khả năng duy trì chú ý nhận thức chánh niệm

ở người bệnh.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược TPHCM theo HĐ số 254/2024/HĐ-ĐHYD ngày 23/08/2024.

Xung đột lợi ích

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

ORCID

Kim Xuân Loan

<https://orcid.org/0009-0008-2435-4299>

Nguyễn Tấn Thành

<https://orcid.org/0009-0004-2109-1949>

Lê Hồng Ngọc

<https://orcid.org/0009-0008-7602-8049>

Võ Bạch Bảo Ngọc

<https://orcid.org/0009-0000-8283-7215>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Kim Xuân Loan

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Kim Xuân Loan, Nguyễn Tấn Thành

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Tấn Thành

Giám sát nghiên cứu: Kim Xuân Loan

Nhập dữ liệu: Nguyễn Tấn Thành

Quản lý dữ liệu: Kim Xuân Loan, Nguyễn Tấn Thành

Phân tích dữ liệu: Kim Xuân Loan

Viết bản thảo đầu tiên: Kim Xuân Loan, Nguyễn Tấn Thành, Võ Bạch Bảo Ngọc, Lê Hồng Ngọc

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Kim Xuân Loan, Nguyễn Tấn Thành, Võ Bạch Bảo Ngọc, Lê Hồng Ngọc

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 Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 3748/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 22/11/2024 và Bệnh viện Ung Bướu, số 16/BVUB-HĐĐĐ ngày 07/01/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Absolute numbers, Incidence, Mortality, Females, in 2022 Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer. 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&cancers=39&types=0.
2. 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):209-49.
3. Al-Shaabi A, Alahdal M, Yu S, Pan H. The efficiency of distress thermometer in the determination of supporting needs for cancer inpatients. *Libyan J Med*. 2021;16(1):1957199.
4. Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer*. 2008;113(4):870-8.
5. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-848.
6. Medvedeva A, Medvedev ON. Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). In: Medvedev ON, Krägeloh CU, Siegert RJ, Singh NN, editors. *Handbook of Assessment in Mindfulness Research*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. p. 395-427.
7. Bower JE, Partridge AH, Wolff AC, Thorner ED, Irwin MR, Joffe H, et al. Targeting depressive symptoms in younger breast cancer survivors: the pathways to wellness randomized controlled trial of mindfulness meditation and survivorship education. *J Clin Oncol*. 2021;39(31):3473-3484.
8. Jing S, Zhang A, Chen Y, Shen C, Currin-McCulloch J, Zhu C. Mindfulness-based interventions for breast cancer patients in China across outcome domains: a systematic review and meta-analysis of the Chinese literature. *Support Care Cancer*. 2021;29(10):5611-21.
9. Tan SB, Capelle DP, Zainal NZ, Lim EJ, Loh EC, Lam CL. Mindfulness: A new paradigm of psychosocial care in the palliative care setting in Southeast Asia. *Ann Acad Med Singapore*. 2017;46(9):339-46.
10. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005;58(1):29-33.
11. Wang X, Dai Z, Zhu X, Li Y, Ma L, Cui X, et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life of breast cancer patient: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2024;19(7):e0306643.
12. Chen L, Peng P, Xu Z, Ding X. The effects of exercise on the quality of life of patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis based on the QLQ-C30 quality of life scale. *Gland Surg*. 2023;12(5):633-50.
13. Thirumaran M, Vijayaraman M, Irfan M, Khaja Moinuddin S, Shafaque N. Influence of Age and Gender on Mindfulness-Cognitive Science. *Indian J Public Health Res Dev*. 2020; DOI:10.37506/ijphrd.v1i13.1442.
14. Bao X, Xue S, Kong F. Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Pers Individ Dif*. 2015;78:48-52.
15. Fayers P, Bottomley A, Group EQoL. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer*. 2002;38:125-33.
16. Kim LX, Kim ST, Truong BNH, Van Do D, Pham DX, Kang JI, et al. Network analysis of the intercorrelations between quality of life, trait mindfulness, and mental health among patients with breast cancer. *Sci Rep*. 2025;15(1):24561.
17. Malandrone F, Urru S, Berchiolla P, Rossini PG, Oliva F, Bianchi S, et al. Exploring the Effects of Variety and Amount of Mindfulness Practices on Depression, Anxiety, and Stress Symptoms: Longitudinal Study on a Mental Health-Focused eHealth System for Patients With Breast or Prostate Cancer. *JMIR Ment Health*. 2024;11:e57415.
18. Kao YL, Dai MS, Tsai WC, Hsiao FH. The relationship between decision regret, quality of life, and mindfulness in early-stage breast cancer survivors. *Breast*. 2025;81:104435.
19. Chu X, Lou Y, Wang Z, Xu Q. Effect of mindfulness based cognitive therapy on the mental health and quality of life in patients with breast cancer. *Indian J Pharm Sci*. 2020;82(3):48-52.
20. Al-Ghabeesh SH, Al-Kalaldah M, Rayan A, Al-Rifai A, Al-Halaiqa F. Psychological distress and quality of life

- among Jordanian women diagnosed with breast cancer: the role of trait mindfulness. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(5):e13082.
21. Deng X, Hu YH, Xiong YJ, Mao N, Hong B, He G. Correlation of anxiety and depression with mindfulness in esophageal cancer patients undergoing esophagectomy and analysis of risk factors. *World J Psychiatry*. 2025;15(9):104813.
22. Dehghan M, Jazinizade M, Malakoutikhah A, Madadimahani A, Iranmanesh MH, Oghabian S, et al. Stress and Quality of Life of Patients with Cancer: The Mediating Role of Mindfulness. *Journal of Oncology*. 2020;2020:3289521.
23. Wang T, Tang C, Jiang X, Guo Y, Zhu S, Xu Q. Effectiveness of web-based mindfulness-based interventions for patients with cancer: systematic review and meta-analyses. *J Med Internet Res*. 2024;26:e47704.
24. Manica I, Almeida S, Lemos R, Sousa B, Oliveira-Maia AJ. Trait mindfulness is protective for development of psychological distress in women with early breast cancer. *Health Psychol Behav Med*. 2025;13(1):2517599.