KHẢ NĂNG PHỤC HỒI TÂM LÝ CỦA NỮ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ: TỪ SANG CHẤN ĐẾN TĂNG TRƯỞNG

Nguyễn Thị Tố Duyên
Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt: *Ung thư vú không chỉ đe dọa sức khỏe thể chất mà còn làm xáo trộn căn tính, vai trò gia đình, nghề nghiệp và các quan hệ xã hội của người phụ nữ. Khác với cách tiếp cận chủ yếu tập trung vào lo âu, trầm cảm và suy giảm chất lượng sống, bài viết vận dụng Tâm lý học tích cực để xem khả năng phục hồi tâm lý là một tiến trình thích ứng có thể được nuôi dưỡng. Trên cơ sở tổng thuật nghiên cứu trong và ngoài nước, bài viết làm rõ các nguồn lực gồm tái định giá tích cực, lạc quan và tự hiệu năng; đồng thời phân tích trợ giúp xã hội cảm nhận được như một "vùng đệm" giúp người bệnh giảm cảm nhận đe dọa và tái thiết ý nghĩa sống. Bài viết chỉ ra khoảng trống nghiên cứu tại Việt Nam, nhất là thiếu nghiên cứu dọc và công cụ đo lường được bản địa hóa, từ đó đề xuất hàm ý cho sàng lọc tâm lý, hỗ trợ gia đình và nhóm đồng đẳng tại cơ sở ung bướu.*

Từ khóa*: khả năng phục hồi tâm lý, ung thư vú, trợ giúp xã hội, tăng trưởng sau sang chấn.*

PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN FEMALE BREAST CANCER PATIENTS: FROM TRAUMA TO GROWTH

Abstract: *Breast cancer not only threatens physical health but also disrupts women's identity, family roles, occupational functioning, and social relationships. In contrast to approaches that mainly focus on anxiety, depression, and reduced quality of life, this article applies the perspective of Positive Psychology to view psychological resilience as an adaptive process that can be fostered and strengthened. Based on a review of domestic and international studies, the article clarifies key resilience resources, including positive reappraisal, optimism, and self-efficacy. It also examines perceived social support as a "buffer" that helps patients reduce their sense of threat and reconstruct meaning in life. The article identifies research gaps in Vietnam, particularly the lack of longitudinal studies and culturally adapted measurement instruments, and proposes implications for psychological screening, family support, and peer-support groups in oncology settings.*

Keywords*: psychological resilience, breast cancer, social support, post-traumatic growth.*

Nhận bài: 07/06/2026 *Phản biện: 07/07/2026* *Duyệt đăng: 10/07/2026*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và tiếp tục tạo gánh nặng lớn đối với y tế toàn cầu (Bray và cộng sự, 2018). Với người bệnh, chẩn đoán không chỉ là thông báo y khoa mà còn là biến cố làm đứt gãy cảm nhận về bản thân và trật tự đời sống. Người phụ nữ đang đảm nhiệm nhiều vai trò có thể bất ngờ chuyển sang vị thế cần được chăm sóc. Cùng với áp lực điều trị, họ phải đối diện với nỗi lo tái phát, thay đổi hình ảnh cơ thể, suy giảm chức năng, khó khăn tài chính và bất ổn quan hệ. Burgess và cộng sự (2005) cho thấy lo âu và trầm cảm xuất hiện ở tỷ lệ đáng kể trong năm đầu sau chẩn đoán; ở phụ nữ trẻ, các vấn đề về sinh sản, nghề nghiệp và hôn nhân thường nổi bật hơn (Avis, Crawford và Manuel, 2004).

Tuy nhiên, phản ứng tâm lý của bệnh nhân không đồng nhất. Một bộ phận vẫn duy trì trạng thái tương đối ổn định, hợp tác điều trị và tái lập đời sống; một số người còn ghi nhận thay đổi tích cực trong nhận thức, quan hệ và ưu tiên sống. Điều đó cho thấy chỉ đo lường triệu chứng rối loạn chưa đủ để lý giải quá trình thích ứng. Khi tỷ lệ sống được cải thiện, chăm sóc cần hướng tới cả chất lượng sống và năng lực thích ứng lâu dài. Câu hỏi quan trọng không chỉ là người bệnh tổn thương ở mức độ nào, mà còn là nguồn lực nào giúp họ phục hồi và phát triển sau nghịch cảnh.

Bài viết hệ thống hóa lý luận và bằng chứng về khả năng phục hồi tâm lý, vai trò của trợ giúp xã hội, khoảng trống nghiên cứu tại Việt Nam và hàm ý cho thực hành lâm sàng.

II. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI TÂM LÝ

2.1. Từ mô hình khiếm khuyết đến mô hình sức mạnh

Tâm lý học y khoa truyền thống chủ yếu nhận diện lo âu, trầm cảm và suy giảm chất lượng sống. Cách tiếp cận này cần thiết cho chẩn đoán, nhưng dễ mô tả người bệnh chủ yếu qua tổn thương. Tâm lý học tích cực không phủ nhận đau khổ mà bổ sung câu hỏi: con người huy động điểm mạnh, quan hệ và nguồn lực môi trường như thế nào để thích ứng với biến cố nghiêm trọng.

Masten (2001, 2014) gọi khả năng phục hồi là "sức bật bình thường", nhấn mạnh đây không phải phẩm chất phi thường mà là kết quả của các hệ thống thích ứng phổ biến như tự điều chỉnh, quan hệ gắn bó và hỗ trợ cộng đồng. Bonanno (2004) xem phục hồi là khả năng duy trì hoặc tái lập trạng thái cân bằng tâm lý tương đối ổn định sau biến cố. Phục hồi không đồng nghĩa với không đau buồn hoặc luôn suy nghĩ tích cực. Người có sức bật vẫn có thể khủng hoảng, nhưng biết điều chỉnh cảm xúc, tìm kiếm trợ giúp, duy trì hoạt động có ý nghĩa và tái tổ chức đời sống.

Trong ung thư vú, khả năng phục hồi là tiến trình động, thay đổi từ lúc chẩn đoán, qua điều trị đến giai đoạn hậu điều trị. Nó hình thành từ tương tác giữa nguồn lực cá nhân, đặc điểm bệnh, điều kiện kinh tế, chất lượng chăm sóc và mạng lưới xã hội. Quan niệm này tránh cả việc coi người bệnh hoàn toàn bất lực lẫn việc buộc họ phải mạnh mẽ trong mọi hoàn cảnh.

2.2. Các cơ chế tâm lý tích cực thúc đẩy thích ứng

Cơ chế thứ nhất là tái định giá tích cực: nhìn nhận biến cố theo hướng thực tế nhưng có tính xây dựng, như nhận ra ưu tiên mới, giá trị của quan hệ hoặc phần đời sống còn có thể kiểm soát. Sears, Stanton và Danoff-Burg (2003) cho thấy tái định giá tích cực và ứng phó giải quyết vấn đề liên quan với tăng trưởng sau sang chấn ở phụ nữ ung thư vú. Tedeschi và Calhoun (2004) lưu ý tăng trưởng không có nghĩa bệnh tật là điều đáng mong muốn, mà là thay đổi tích cực nảy sinh khi cá nhân tái thiết niềm tin và ý nghĩa sống.

Cơ chế thứ hai là lạc quan, được hiểu là kỳ vọng có cơ sở rằng cá nhân vẫn có thể hướng tới kết quả có giá trị, chứ không phải phủ nhận nguy cơ. Carver và cộng sự (2005) cho thấy lạc quan dự báo sự thích ứng tốt hơn trong và sau điều trị. Người lạc quan thường tiếp tục nỗ lực, lựa chọn ứng phó chủ động và điều chỉnh mục tiêu khi hoàn cảnh thay đổi (Carver, Scheier và Segerstrom, 2010).

Cơ chế thứ ba là tự hiệu năng, tức niềm tin rằng bản thân có thể thực hiện hành vi cần thiết để xử lý tình huống (Bandura, 1997). Trong điều trị, tự hiệu năng thể hiện ở khả năng trao đổi với bác sĩ, quản lý tác dụng phụ, duy trì sinh hoạt hoặc đề nghị trợ giúp. Bloom và cộng sự (2001) cho thấy hỗ trợ cảm xúc và thông tin liên quan với sức khỏe thể chất, tinh thần tốt hơn. Môi trường hỗ trợ vì thế không chỉ an ủi mà còn củng cố cảm giác kiểm soát và năng lực hành động.

Tái định giá giúp xác định mục tiêu có ý nghĩa; lạc quan duy trì động lực; tự hiệu năng chuyển động lực thành hành vi. Cấu trúc đa chiều này được phản ánh trong Thang khả năng phục hồi Connor-Davidson, gồm năng lực cá nhân, kiên trì, chấp nhận thay đổi và sử dụng quan hệ hỗ trợ (Connor và Davidson, 2003).

III. BẰNG CHỨNG NGHIÊN CỨU TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

3.1. Các phát hiện quốc tế

Các nghiên cứu quốc tế nhìn chung xác nhận khả năng phục hồi là nguồn lực quan trọng đối với chất lượng sống. Ristevska-Dimitrovska và cộng sự (2015) ghi nhận người có mức phục hồi cao thường báo cáo chất lượng sống tốt hơn và ít bị ảnh hưởng bởi mệt mỏi, đau, mất ngủ hoặc áp lực tài chính. Mohlin và cộng sự (2020) cũng cho thấy sức bật liên hệ tích cực với chức năng tâm lý, xã hội và nhận thức. Kết quả không hàm ý khả năng phục hồi loại bỏ tác dụng phụ, nhưng cho thấy nó góp phần điều chỉnh cách người bệnh diễn giải và ứng phó với bệnh tật.

Một hướng nổi bật xem khả năng phục hồi là cơ chế trung gian giữa trợ giúp xã hội và kết quả thích ứng. Küçükakça Çelik, Çakır và Kut (2021) cho thấy hỗ trợ xã hội có thể cải thiện chất lượng sống thông qua việc củng cố sức bật; Zhang, Zhao, Cao và Ren (2017) cũng xác nhận vai trò này. Sự hỗ trợ không thay thế nỗ lực của người bệnh mà giúp họ nhận ra nguồn lực, duy trì hy vọng và hành động hiệu quả hơn.

Cách giải thích trên phù hợp với giả thuyết vùng đệm của Cohen và Wills (1985): khi cá nhân tin rằng có người sẵn sàng hỗ trợ, stress được đánh giá ít đe dọa hơn và ứng phó hiệu quả hơn. Kroenke và cộng sự (2013) cho thấy mạng lưới xã hội liên quan đáng kể với chất lượng sống sau chẩn đoán. Ngoài gia đình và bạn đời, nhóm đồng đẳng tạo không gian chia sẻ, nơi người bệnh được thấu hiểu bởi những người đã trải qua hoàn cảnh tương tự (Ussher và cộng sự, 2006).

3.2. Nghiên cứu tại Việt Nam và khoảng trống

Tại Việt Nam, nghiên cứu về tâm lý bệnh nhân ung thư vú chủ yếu tập trung vào chất lượng sống, lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan. Phạm và cộng sự (2017) khảo sát chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân điều trị hóa chất; Lê và cộng sự (2024) đánh giá chất lượng sống sau điều trị triệt căn. Các công trình cung cấp dữ liệu thực tiễn quan trọng nhưng chưa xem khả năng phục hồi như một cấu trúc tâm lý độc lập, có cơ chế hình thành và vai trò dự báo riêng.

Các nghiên cứu gần đây đã chú ý hơn tới nhu cầu hỗ trợ. Kim và cộng sự (2024) cho thấy bệnh nhân ung thư vú tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh có nhiều nhu cầu tâm lý - xã hội trong quá trình điều trị. Phạm và cộng sự (2024) tại Bệnh viện Trung ương Huế cũng nhấn mạnh vai trò của hỗ trợ xã hội. Dù vậy, còn thiếu nghiên cứu kiểm định đồng thời khả năng phục hồi, hỗ trợ cảm nhận và chất lượng sống; thiếu thiết kế dọc; và thiếu phân tích đối với phụ nữ đang đảm nhiệm nhiều vai trò gia đình - xã hội.

Các thang quốc tế như CD-RISC hoặc MSPSS có nền tảng rõ ràng, nhưng cần được kiểm định độ tin cậy, giá trị cấu trúc và tính tương đương văn hóa tại Việt Nam. Chỉ dịch ngôn ngữ mà không xem xét cách người Việt hiểu về gia đình và tìm kiếm trợ giúp có thể làm giảm độ chính xác của kết quả.

IV. TRỢ GIÚP XÃ HỘI NHƯ "VÙNG ĐỆM" TRONG BỐI CẢNH VIỆT NAM

Trợ giúp xã hội cảm nhận được là niềm tin rằng cá nhân được quan tâm và có thể nhận hỗ trợ khi cần. Uchino (2009) phân biệt khái niệm này với hỗ trợ thực tế: một người có thể được giúp đỡ nhiều nhưng vẫn cô đơn, hoặc chưa cần hỗ trợ cụ thể nhưng vẫn an tâm vì biết có người đồng hành. Cảm nhận về sự sẵn có và phù hợp của hỗ trợ vì vậy thường có giá trị bảo vệ mạnh hơn số lượng hành vi trợ giúp.

Trong văn hóa Việt Nam, gia đình thường là nguồn hỗ trợ trung tâm. MSPSS phân chia hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và người đặc biệt (Zimet và cộng sự, 1988), nhưng "gia đình" trong thực tế có thể gồm mạng lưới nhiều thế hệ. Nguồn lực này hỗ trợ chăm sóc, tài chính và duy trì vai trò xã hội. Tuy nhiên, hỗ trợ chỉ có lợi khi phù hợp nhu cầu và tôn trọng quyền tự quyết. Che giấu thông tin, áp đặt quyết định hoặc yêu cầu người bệnh luôn "mạnh mẽ" có thể làm tăng cảm giác bất lực và tội lỗi.

Bạn bè, đồng nghiệp, tổ chức cộng đồng và nhóm đồng đẳng có thể bổ sung các loại hỗ trợ khác nhau. Nhóm đồng đẳng hữu ích trong chia sẻ kinh nghiệm quản lý tác dụng phụ, quay lại công việc hoặc thích ứng với hình ảnh cơ thể. Nguồn lực tín ngưỡng và tâm linh cũng có thể giúp một số bệnh nhân tìm ý nghĩa, nhưng phải dựa trên lựa chọn cá nhân và không thay thế điều trị y khoa. Bản địa hóa mô hình hỗ trợ cần tôn trọng nhu cầu, niềm tin và ranh giới của từng người bệnh.

V. HÀM Ý CHO THỰC HÀNH TÂM LÝ LÂM SÀNG

Thứ nhất, đánh giá tâm lý tại cơ sở ung bướu cần kết hợp sàng lọc nguy cơ với nhận diện nguồn lực. Bên cạnh lo âu, trầm cảm và tuyệt vọng, cán bộ chuyên môn nên tìm hiểu khả năng điều chỉnh cảm xúc, tự hiệu năng, cách ứng phó và mức độ hỗ trợ cảm nhận. Cách đánh giá này giúp cá nhân hóa kế hoạch: có người cần trị liệu chuyên sâu, trong khi người khác cần thông tin, huấn luyện kỹ năng hoặc kết nối nguồn lực xã hội.

Thứ hai, can thiệp nên theo từng giai đoạn. Ngay sau chẩn đoán, ưu tiên là ổn định cảm xúc, cung cấp thông tin và hỗ trợ ra quyết định. Khi điều trị ổn định, có thể áp dụng chương trình ngắn hạn về quản lý stress, giải quyết vấn đề, tái định giá và tự hiệu năng. Ở giai đoạn hậu điều trị, trọng tâm là nỗi sợ tái phát, phục hồi vai trò và hình ảnh cơ thể. Cần tránh biến "tích cực" thành yêu cầu khiến người bệnh che giấu đau khổ.

Thứ ba, bệnh viện có thể phát triển nhóm hỗ trợ đồng đẳng do nhân sự chuyên môn điều phối. Người đã hoàn tất điều trị có thể chia sẻ với bệnh nhân mới, nhưng cần được tập huấn về lắng nghe, bảo mật, giới hạn vai trò và chuyển gửi khi có khủng hoảng. Kết hợp gặp trực tiếp với hỗ trợ trực tuyến sẽ tăng khả năng tiếp cận.

Thứ tư, can thiệp gia đình cần là thành phần của chăm sóc toàn diện. Nhân viên tâm lý có thể hướng dẫn người thân lắng nghe, hỏi nhu cầu, chia sẻ trách nhiệm và tôn trọng quyền quyết định của bệnh nhân. Người chăm sóc cũng cần được hỗ

trợ để phòng ngừa kiệt sức. Khi gia đình trở thành môi trường an toàn, trợ giúp xã hội mới phát huy vai trò vùng đệm.

Cuối cùng, nghiên cứu trong nước cần ưu tiên thiết kế dọc, kiểm định quan hệ giữa trợ giúp xã hội, khả năng phục hồi và chất lượng sống, đồng thời chuẩn hóa công cụ theo nhóm tuổi, giai đoạn bệnh và vùng văn hóa. Kết quả cần được chuyển thành quy trình sàng lọc và chương trình can thiệp phù hợp điều kiện bệnh viện.

VI. KẾT LUẬN

Khả năng phục hồi tâm lý mở rộng cách nhìn về nữ bệnh nhân ung thư vú: họ không chỉ chịu tổn thương mà còn có thể huy động điểm mạnh, tái thiết ý nghĩa và duy trì đời sống có giá trị. Sức bật hình thành từ tái định giá tích cực, lạc quan, tự hiệu năng và các quan hệ hỗ trợ. Trợ giúp xã hội cảm nhận được đóng vai trò vùng đệm, nhưng hiệu quả phụ thuộc vào sự phù hợp, tôn trọng và khả năng củng cố quyền chủ động. Tại Việt Nam, tích hợp đánh giá dựa trên điểm mạnh, hỗ trợ gia đình, nhóm đồng đẳng và nghiên cứu bản địa hóa sẽ góp phần xây dựng chăm sóc ung thư toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psycho-Oncology, 13(5), 295–308.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. Social Science & Medicine, 53(11), 1513–1524.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 59(1), 20–28.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. BMJ, 330(7493), 702.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. Clinical Psychology Review, 30(7), 879–889.

Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. Health Psychology, 24(5), 508–516.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76–82.

Kim, X. L., Huỳnh, T. Đ., Nguyễn, T. K. C., Vũ, C. G., Võ, Ý. L., Võ, T. T. B., Đỗ, V. D., & Phạm, X. D. (2024). Các nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội phổ biến ở bệnh nhân ung thư vú tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam, 541(3), 75–79.

Küçükakça Çelik, G., Çakır, H., & Kut, E. (2021). Mediating role of social support in resilience and quality of life in patients with breast cancer: Structural equation model analysis. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 8(1), 86–93.

Kroenke, C. H., Kwan, M. L., Neugut, A. I., Ergas, I. J., Wright, J. D., Caan, B. J., Hershman, D., & Kushi, L. H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Research and Treatment, 137(1), 261–271.

Lê, K. T., Nguyễn, T. H., Nguyễn, H. T. L., & Nguyễn, V. Q. H. (2024). Đánh giá chất lượng sống ở bệnh nhân ung thư vú được điều trị triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Tạp chí Y học Việt Nam, 541(3), 51–56.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 56(3), 227–238.

Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. Guilford Press.

Mohlin, Å., Axelsson, U., Bendahl, P. O., Borrebaeck, C., Hegardt, C., Johnsson, P., Hallberg, I. R., & Rydén, L. (2020). Psychological resilience and health-related quality of life in Swedish women with newly diagnosed breast cancer. Cancer Management and Research, 12, 12041–12051.

Phạm, T. B. L., Hoàng, N. H., Nguyễn, T. V., Lê, H. T. N., & Lê, Đ. D. (2024). Nghiên cứu sự hỗ trợ xã hội và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học Cộng đồng, 65(Số chuyên đề 6), 200–207.

Phạm, T. D., & cộng sự (2017). Chất lượng cuộc sống và các yếu tố ảnh hưởng trên bệnh nhân ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Thực hành, 8(1050), 78–82.

Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 3(4), 727–731.

Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. Health Psychology, 22(5), 487–497.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 15(1), 1–18.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with an emphasis on the separability of perceived and received support. Perspectives on Psychological Science, 4(3), 236–255.

Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. Social Science & Medicine, 62(10), 2565–2576.

Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. Medical Science Monitor, 23, 5969–5979.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52(1), 30–41.