

CÁCH ỨNG PHÓ CỦA NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ VỚI MỘT SỐ LOẠI CẢM XÚC ÂM TÍNH

Nguyễn Xuân Long, Đào Thị Diệu Linh, Tạ Nhật Ánh, Nguyễn Thị Thắng
Trường Đại học Ngoại ngữ, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Nguyễn Việt Hùng

Khoa Quốc tế, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Nguyễn Thị Mai Lan, Vũ Thu Trang

Học viện Khoa học xã hội.

Nguyễn Hiệp Thương, Nguyễn Văn Hiếu

Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.

TÓM TẮT

Nghiên cứu này tập trung vào việc phân tích các cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với các loại cảm xúc âm tính. Trong đó đi sâu phân tích 5 cách ứng phó của người nhà bệnh nhân như: buông xuôi, ứng phó tìm sự giúp đỡ, ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề, ứng phó dựa vào tôn giáo, ứng phó trốn tránh theo 3 loại cảm xúc thường thấy: lo lắng, tức giận, thất vọng, buồn chán. Kết quả nghiên cứu cho thấy, người nhà bệnh nhân ung thư sử dụng cả năm cách ứng phó với cảm xúc âm tính. Trong đó, cách ứng phó được sử dụng thường xuyên nhất là cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề, cách ứng phó tìm kiếm sự giúp đỡ và cách ứng phó trốn tránh. Cách ứng phó dựa vào tôn giáo và cách ứng phó buông xuôi là hai cách ứng phó ít được sử dụng hơn các cách ứng phó trên.

Từ khóa: *Cách ứng phó; Người nhà bệnh nhân ung thư; Cảm xúc âm tính.*

Ngày nhận bài: 28/9/2020; Ngày duyệt đăng bài: 25/10/2020.

1. Đặt vấn đề

Theo công bố mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2018, Australia có tỷ lệ mắc ung thư cao nhất thế giới (468/100.000), Mỹ có tỷ lệ mắc ung thư đứng thứ 5 thế giới (352,2/100.000), Trung Quốc có tỷ lệ mắc ung thư đứng thứ 68 thế giới (201,7/100.000) và Việt Nam có tỷ lệ mắc ung thư đứng thứ 100 thế giới (151,4/100.000). Người bị chẩn đoán ung thư và người nhà bệnh nhân ung thư gặp phải vô vàn khó khăn trên tất cả các phương diện của đời sống. Nếu người bệnh phải chống chọi với mức độ triệu chứng về thể

chất và tinh thần tăng dần theo các giai đoạn bệnh thì người nhà bệnh nhân cũng phải đối mặt với những áp lực tương đương, thậm chí lớn hơn về cả thể chất, tinh thần và tài chính (Katarzyna Woźniak, Dariusz Izycki, 2014). Đặc biệt, không chỉ người bị chẩn đoán ung thư bị thay đổi tất cả các thói quen, hoạt động sống hàng ngày, vị trí và trách nhiệm của họ tại gia đình, trong cộng đồng xã hội mà người nhà bệnh nhân ung thư cũng vậy. Những người chăm sóc bệnh nhân ung thư thường cảm thấy quá tải với các nghĩa vụ và các vai trò mới được bổ sung cho họ, vì vậy họ sẽ càng cảm thấy nặng nề hơn khi phải chăm sóc toàn thời gian cho cả gia đình và đồng thời phải hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân... (Katarzyna Woźniak, Dariusz Izycki, 2014). Những lý do này dẫn tới những cảm xúc âm tính xuất hiện ở cả bệnh nhân ung thư và người nhà bệnh nhân ung thư. Nếu họ không có những cách ứng phó phù hợp và hiệu quả với những cảm xúc âm tính thì những cảm xúc âm tính này ở họ sẽ trở thành những cảm xúc âm tính tiêu cực, mang tới cho họ những khó khăn tâm lý do cảm xúc tiêu cực gây ra, thậm chí là rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm... Do vậy, nếu những thành viên trong gia đình biết sử dụng các cách ứng phó phù hợp và hiệu quả nhằm giúp đỡ người bệnh ung thư và tự giúp chính bản thân mình vượt qua được những khó khăn tâm lý, giảm bớt những cảm xúc âm tính tiêu cực thì hoạt động hỗ trợ, chăm sóc của người nhà đối với bệnh nhân ung thư sẽ tích cực và hiệu quả hơn, góp phần tăng tính hiệu quả cho hoạt động điều trị ung thư của bệnh nhân.

Bài viết này tập trung vào việc phân tích các cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với các loại cảm xúc âm tính. Trong đó đi sâu phân tích 5 cách ứng phó của người nhà bệnh nhân như: buông xuôi, ứng phó tìm sự giúp đỡ, ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề, ứng phó dựa vào tôn giáo, ứng phó trốn tránh theo 3 loại cảm xúc thường thấy: lo lắng, tức giận, thất vọng buồn chán.

2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Điều tra, khảo sát được thực hiện tại ba đô thị lớn đại diện của 3 miền Bắc, Trung, Nam Việt Nam là Hà Nội, Đà Nẵng, thành phố Hồ Chí Minh. Đây là ba đô thị lớn có các bệnh viện K và bệnh viện u bướu, đang điều trị số lượng lớn bệnh nhân ung thư cho cả nước. Cụ thể: Thành phố Hà Nội: khảo sát tại Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều; Thành phố Đà Nẵng: khảo sát tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng; Thành phố Hồ Chí Minh: khảo sát tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh. Đây đều là các bệnh viện tuyến cuối, tập trung nhiều bệnh nhân ung thư từ các tỉnh/thành phố trong khu vực, không chỉ bệnh nhân giai đoạn nặng đến chữa trị mà còn cả bệnh nhân các giai đoạn đầu đến

để chẩn đoán. Việc lựa chọn các bệnh viện này để thu thập số liệu cho phép tiếp cận nguồn người nhà bệnh nhân đa dạng.

2.2. Khách thể nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, mẫu nghiên cứu được xác định và giới hạn như sau:

Người nhà bệnh nhân ung thư là bố, mẹ hoặc ca hai, vợ/chồng, con của bệnh nhân ung thư và những người có quan hệ họ hàng với bệnh nhân ung thư (anh/em ruột; anh em họ; cô/dì/chú/bác...). Trong bài viết này, gọi tắt là người nhà.

Bác sỹ/nhân viên y tế là những người đã, đang trực tiếp tham gia vào việc thăm khám, điều trị cho bệnh nhân ung thư và tiếp cận với người nhà bệnh nhân ung thư.

Quá trình chọn mẫu được thực hiện nhằm đảm bảo tính phổ quát của mẫu nghiên cứu. Cụ thể, sau khi nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức, nhóm nghiên cứu liên hệ với các bệnh viện ung bướu lớn tại ba miền Bắc, Trung, Nam để tiếp cận khách thể nghiên cứu. Tại các bệnh viện, tất cả người nhà bệnh nhân đang có mặt tại bệnh viện vào thời điểm thu thập số liệu được mời tham gia nghiên cứu. Người nhà bệnh nhân tập trung trong một phòng lớn để trả lời phiếu điều tra. Số người nhà bệnh nhân chấp nhận trả lời phiếu là 730, số phiếu có giá trị để xử lý số liệu là 704 (chiếm 96,5%) do đặc thù việc chăm sóc bệnh nhân rất vất vả và người chăm sóc phải cùng lúc đảm nhận nhiều công việc khác nhau nên họ khá khó khăn trong việc dành thời gian tham gia khảo sát. Sau khi số liệu được thu thập tại mỗi bệnh viện, nhóm nghiên cứu kiểm tra tính phổ quát của mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu được thông kê nhằm đảm bảo bao trùm và phân bố tương đối đồng đều theo giới tính (nam và nữ), nghề nghiệp (nông nghiệp, kinh doanh buôn bán, dịch vụ, nghề tự do, học sinh, thất nghiệp...), trình độ học vấn.

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu được thể hiện trong bảng sau đây:

Bảng 1: Cơ cấu mẫu khảo sát người nhà bệnh nhân ung thư (N = 704)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
1. Giới tính	Nam	222	31,5
	Nữ	482	68,5
2. Độ tuổi	Dưới 45 tuổi	315	44,8
	Từ 45 tuổi trở lên	389	55,2
3. Bệnh viện	Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều, Hà Nội	495	70,3

	Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng	96	13,6
	Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh	113	16,1
4. Trình độ học vấn	Tiểu học	195	27,7
	TIICS	189	26,8
	THPT	148	21,1
	Trung cấp trở lên	172	24,4

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu chính được sử dụng là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Nội dung bảng hỏi nhằm thu thập các thông tin về: cảm xúc âm tính của người nhà bệnh nhân; cách ứng phó với cảm xúc âm tính của người nhà bệnh nhân và một số thông tin cá nhân. Trong đó, các câu hỏi đánh giá các cảm xúc thường trải nghiệm, được thiết kế dựa trên thang cảm xúc PANAS-X (Watson và Clark, 1994). Thang PANAS-X gồm 60 mệnh đề (item) đo các cảm xúc dương tính và âm tính mà cá nhân thường trải nghiệm trong vòng 4 tuần gần nhất. Đề tập trung vào các cảm xúc âm tính mà người nhà bệnh nhân thường trải nghiệm, nghiên cứu lược bỏ 13/18 item cảm xúc dương tính, gồm 6 item về cảm xúc tự tin, 4 item về trạng thái chú ý và 3 item về cảm giác vui vẻ. Trong 45 item về cảm xúc âm tính, có 12 item thuộc nhóm cảm xúc sợ hãi, 9 item thuộc nhóm cảm xúc tức giận, 6 item thuộc nhóm cảm xúc buồn, 6 item thuộc nhóm cảm xúc tội lỗi, 6 item thuộc nhóm cảm xúc xấu hổ. Trong bài viết này, chúng tôi tập trung phân tích cách ứng phó của người nhà bệnh nhân khi gặp 3 cảm xúc sau: lo lắng (nằm trong nhóm cảm xúc sợ hãi); tức giận (nằm trong nhóm cảm xúc tức giận) và thất vọng, chán nản (nằm trong nhóm cảm xúc buồn và tội lỗi).

Nghiên cứu cũng sử dụng thang Brief COPE (Carver, 1997) để đánh giá các cách ứng phó với cảm xúc âm tính. Thang đo gồm 28 item đánh giá theo 5 mức độ (từ không bao giờ đến rất thường xuyên). Thang đo được chuyển ngữ và lấy ý kiến chuyên gia về độ chính xác trong diễn đạt các item. Thang đo được kiểm nghiệm phép phân tích nhân tố để tìm ra các nhóm cách ứng phó, sau đó lấy trung bình cộng của các item trong mỗi nhóm là điểm trung bình (M) cách ứng phó của nhóm đó. Điểm càng cao thể hiện cách ứng phó càng được thực hiện thường xuyên. Sau khi khảo sát và kiểm nghiệm thang đo Cách ứng phó với cảm xúc âm tính qua phân tích nhân tố EFA, hình thành mô hình 5 nhân tố của thang đo: (1) buông xuôi, gồm item 4, 6, 11, 13, 16; (2) tìm sự giúp đỡ, gồm item 5, 9, 15, 18; (3) trực tiếp giải quyết vấn đề, gồm item 20, 24, 25; (4) dựa vào tôn giáo, gồm item 22, 27 và (5) trốn tránh, gồm item 3, 8. Độ tin

cây của các tiêu thang đo lần lượt là: 0,75; 0,64; 0,63; 0,68 và 0,52 thể hiện độ tin cậy ở mức chấp nhận được.

Như vậy, so với thang Brief COPE gốc, thang đo Việt hóa chỉ giữ 16/28 item. Khi xem xét các item bị loại bỏ, chúng tôi thấy nhiều đặc trưng thú vị chỉ có ở người nhà bệnh nhân ung thư. Một số item hướng tới trực tiếp giải quyết vấn đề lại ít được người nhà bệnh nhân lựa chọn, như item 2 “Tìm mọi cách khắc phục những khó khăn của mình và người bệnh”, item 7 “Làm mọi cách để cải thiện tình hình (thoát khỏi cảm xúc tiêu cực, hỗ trợ người bệnh..)”, item 14 “Vạch ra kế hoạch để giải quyết khó khăn hoặc thoát khỏi cảm xúc khó chịu”. Người nhà bệnh nhân hướng tới chấp nhận tình hình như một cách giải quyết vấn đề thay vì tìm mọi cách để giải quyết những cảm xúc âm tính của bản thân như đề xuất trong thang gốc. Người nhà bệnh nhân cũng không chọn những cách ứng phó như item 1 “Cố gắng quên đi bằng cách tìm việc gì khác để làm” và item 19 “Giải trí, thư giãn bằng cách chơi thể thao, đi dạo, đi mua sắm, nghe nhạc, đọc sách, chơi game, lướt web”, item 28 “Tôi bông đùa (hài hước) về khó khăn của mình”. Những item bị loại bỏ này cho thấy 2 đặc trưng của người nhà bệnh nhân ung thư trong ứng phó với cảm xúc âm tính của bản thân mình: (1) họ luôn đặt mong muốn của bệnh nhân và nhiệm vụ chăm sóc bệnh nhân lên hàng đầu, nên dù trốn tránh hoặc buông xuôi trước cảm xúc của bản thân, họ cũng không dùng những cách ứng phó ảnh hưởng đến việc chăm sóc bệnh nhân, (2) bệnh ung thư là bệnh nan y, nên việc kiểm soát tình trạng bệnh hay các yếu tố liên quan đến chăm sóc người bệnh là khó khăn, khiến người nhà bệnh nhân ít khi trực tiếp đối diện với vấn đề theo cách ứng phó mà những khách thể khác thường làm.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với một số loại cảm xúc tiêu cực

Trong số các cảm xúc âm tính thường gặp, cảm xúc mà người nhà bệnh nhân ung thư gặp nhiều nhất là lo lắng (83,4%), tiếp theo là cảm xúc thất vọng, chán nản (52,7%) và cuối cùng là cảm xúc tức giận (15,5%). Tuy cảm xúc tức giận chưa phải là cảm xúc có tỷ lệ cao như cảm xúc lo lắng, thất vọng, chán nản nhưng là cảm xúc tiêu cực dễ dẫn đến những phản ứng hay hành động khó kiểm soát với người bệnh cũng như đối với nhân viên y tế. Để tìm hiểu rõ hơn bản chất của các cách ứng phó với cảm xúc âm tính của người nhà bệnh nhân, nghiên cứu phân tích 5 cách ứng phó của người nhà bệnh nhân theo 3 loại cảm xúc thường thấy: lo lắng, tức giận, thất vọng buồn chán. Kết quả nghiên cứu được phân tích cụ thể dưới đây:

3.1.1. Cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với cảm xúc lo lắng

Phân tích số liệu được tổng hợp tại bảng 2 cho thấy, trong 5 cách ứng phó của người nhà bệnh nhân với cảm xúc lo lắng thì cách ứng phó buông xuôi là cách ứng phó ít được sử dụng nhất ($M = 1,89$; $SD = 0,84$), ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề và tìm sự giúp đỡ là hai cách ứng phó thường được người nhà bệnh nhân sử dụng nhiều nhất (M lần lượt = 3,69 và 3,58). Đáng chú ý, điểm trung vị của cả hai cách ứng phó này đều bằng 4,00, cho thấy xu hướng phân bố câu trả lời hơi lệch về bên phải, đồng nghĩa với việc có nhiều người chọn thường xuyên và rất thường xuyên thực hiện các hành vi trong hai nhóm này khi họ gặp lo lắng. Thực tế, tỷ lệ phần trăm người chọn thường xuyên cho các hành động thuộc hai nhóm này dao động từ 46 - 50% thường xuyên và 15 - 20% rất thường xuyên. Như vậy, đa số người nhà bệnh nhân được hỏi thực hiện hai hành vi này ở mức thường xuyên và cao hơn khi họ gặp lo lắng.

Bảng 2: Mức độ thể hiện các cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với cảm xúc lo lắng

Cách ứng phó	M	Trung vị	SD
1. Buông xuôi			
Đi uống rượu, uống thuốc an thần hay hút thuốc để cảm thấy dễ chịu hơn	1,57	1,00	0,98
Buông xuôi, chẳng muốn làm gì, mặc kệ mọi chuyện đến đâu thì đến	1,99	1,00	1,19
Tìm đến rượu hay thuốc lá, thuốc kích thích để giúp mình vượt qua những khó khăn này	1,69	1,00	1,14
Thu mình, tự dằn vò ban thân	2,05	2,00	1,21
Từ bỏ mọi nỗ lực thay đổi tình hình	2,17	2,00	1,36
Trung bình chung	1,89	1,00	0,84
2. Ứng phó tìm sự giúp đỡ			
Tìm sự ủng hộ từ bạn bè và người thân	3,52	4,00	1,17
Tôi nói chuyện với người khác để mình bớt khó chịu hơn	3,58	4,00	1,13
Tìm một người có thể cảm thông, chia sẻ và thấu hiểu mình	3,61	4,00	1,11
Giải tỏa, chia sẻ với một người nào đó về những cảm xúc tiêu cực đang diễn ra	3,63	4,00	1,02
Trung bình chung	3,58	3,75	0,78

3. Ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề			
Tự nhủ mọi chuyện xảy ra là bình thường, mình phải chấp nhận hoàn cảnh của mình	3,61	4,00	1,04
Học cách sống với khó khăn của mình	3,73	4,00	1,02
Suy nghĩ nhiều về những việc cần làm	3,75	4,00	1,04
Trung bình chung	3,69	4,00	0,79
4. Ứng phó dựa vào tôn giáo			
Tìm đến tôn giáo để cầu mong sự an ủi	2,62	3,00	1,44
Tôi cầu nguyện hoặc thiện nhiều hơn để cảm thấy dễ chịu hơn	2,91	3,00	1,41
Trung bình chung	2,77	3,00	1,25
5. Ứng phó trốn tránh			
Tôi tự nói với mình rằng những khó khăn hiện tại chỉ là giấc mơ	3,02	3,00	1,38
Không thể tin những khó khăn này lại xảy ra với mình	3,04	3,00	1,33
Trung bình chung	3,02	3,00	1,13

Ngược lại, điểm trung vị của nhóm hành vi buông xuôi là 1,00, cho thấy phân bố điểm lệch về bên trái, đồng nghĩa với việc có nhiều người chọn không bao giờ thực hiện hành vi buông xuôi khi họ gặp lo lắng. Thực tế, tỷ lệ phần trăm người chọn không bao giờ cho các hành động buông xuôi nằm trong khoảng 45 - 67%. Đây là tỷ lệ rất cao người lựa chọn đối với một lựa chọn mang tính phủ định hoàn toàn, cho thấy sự không phổ biến của cách ứng phó này ở người nhà bệnh nhân ung thư khi gặp lo lắng.

Trong 16 biểu hiện ứng phó cụ thể, các hành vi có điểm trung bình cao nhất là "suy nghĩ nhiều về những việc cần làm" ($M = 3,75$; $SD = 1,04$) và "học cách sống với khó khăn của mình" ($M = 3,73$; $SD = 1,02$). Như vậy, cách thức ứng phó nổi bật nhất với cảm xúc lo lắng là những cách ứng phó thiên về nhận thức và hướng tới chấp nhận và tìm cách giải quyết vấn đề.

Theo nghiên cứu của Smith và Ellsworth (1985), đặc trưng của cảm xúc lo lắng là: tính rõ ràng của tình huống gây cảm xúc: rất thiếu rõ ràng; mức độ chú ý của chủ thể khi cảm nhận cảm xúc: yếu cầu chú ý ở mức bình thường; tính dễ chịu của trải nghiệm cảm xúc: gây cảm giác tương đối khó chịu; nỗ lực cần có để giải quyết tình huống cảm xúc: đòi hỏi nỗ lực cao; tác nhân gây cảm xúc: có thể do bản thân gây ra, cũng có thể do người khác; khả năng kiểm soát tình huống cảm xúc: chủ yếu là do hoàn cảnh chi phối, bản thân khó có thể

kiểm soát. Với đặc trưng như vậy, những hành vi thường dùng để ứng phó với cảm xúc lo lắng của người nhà bệnh nhân cũng phản ánh bản chất của cảm xúc lo lắng. Việc người nhà bệnh nhân không biết vì sao mà lo lắng (tính rõ ràng thấp) nhưng lại cho rằng mình phải làm thật nhiều, chuẩn bị thật kỹ mới bớt đi cảm xúc lo lắng (tính nỗ lực cao) khiến họ thường xuyên phải suy nghĩ về cách giải quyết vấn đề khi nay sinh lo lắng. Thêm vào đó, việc tin rằng vấn đề này nằm ngoài khả năng kiểm soát của bản thân (tính kiểm soát thấp) kích thích hành vi chấp nhận tình huống, gặp cách sống với những khó khăn hiện tại.

3.1.2. Cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với cảm xúc tức giận

Bảng 3: Mức độ thể hiện các cách ứng phó với cảm xúc tức giận của người nhà bệnh nhân ung thư

Cách ứng phó	M	Trung vi	SD
1. Buông xuôi			
Đi uống rượu, uống thuốc an thần hay hút thuốc để cảm thấy dễ chịu hơn	1,55	1,00	0,93
Buông xuôi, chẳng muốn làm gì, mặc kệ mọi chuyện đến đâu thì đến	2,09	1,00	1,45
Tìm đến rượu hay thuốc lá, thuốc kích thích để giúp mình vượt qua những khó khăn này	2,18	1,00	1,72
Thu mình, tự dằn vò bản thân	2,55	2,00	1,37
Từ bỏ mọi nỗ lực thay đổi tình hình	2,27	2,00	1,42
Trung bình chung	2,13	1,80	1,19
2. Ứng phó tìm sự giúp đỡ			
Tìm sự ủng hộ từ bạn bè và người thân	3,45	3,00	1,29
Tôi nói chuyện với người khác để mình bớt khó chịu hơn	3,91	4,00	0,83
Tìm một người có thể cảm thông, chia sẻ và thấu hiểu mình	3,64	4,00	0,81
Giải tỏa, chia sẻ với một người nào đó về những cảm xúc tiêu cực đang diễn ra	4,09	5,00	1,14
Trung bình chung	3,77	3,50	0,86
3. Ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề			
Tự nhủ mọi chuyện xảy ra là bình thường, mình phải chấp nhận hoàn cảnh của mình	3,73	4,00	1,01

Học cách sống với khó khăn của mình	4,18	4,00	0,75
Suy nghĩ nhiều về những việc cần làm	3,64	4,00	1,36
Trung bình chung	3,85	4,00	0,83
4. Ứng phó dựa vào tôn giáo			
Tìm đến tôn giáo để cầu mong sự an ủi	3,36	4,00	1,69
Tôi cầu nguyện hoặc thiền nhiều hơn để cảm thấy dễ chịu hơn	2,73	3,00	1,62
Trung bình chung	3,04	3,00	1,51
5. Ứng phó trốn tránh			
Tôi tự nói với mình rằng những khó khăn hiện tại chỉ là giấc mơ	3,27	3,00	1,42
Không thể tin những khó khăn này lại xảy ra với mình	3,27	4,00	1,62
Trung bình chung	3,27	3,00	1,27

Kết quả nghiên cứu tổng hợp tại bảng 3 cho thấy, trong 5 cách ứng phó với cảm xúc tức giận của người nhà bệnh nhân ung thư thì cách ứng phó với cảm xúc âm tính mà người nhà bệnh nhân sử dụng nhiều nhất khi có cảm xúc tức giận nảy sinh ở họ là cách ứng phó tập trung vào việc trực tiếp giải quyết vấn đề ($M = 3,85$; $SD = 0,83$). Điều này là khả hợp lý. Bởi lẽ, nó sẽ giúp họ suy nghĩ về những việc họ cần phải làm, họ cũng sẽ tự học được cách thích ứng với cuộc sống khó khăn của họ và gia đình khi rơi vào hoàn cảnh khó khăn đặc biệt này và họ cũng giảm bớt được cảm xúc tức giận. Số liệu nghiên cứu cho thấy, cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề có điểm trung vị cao hơn điểm trung bình, do vậy cách ứng phó này được người nhà bệnh nhân lựa chọn thường xuyên và rất thường xuyên thực hiện mỗi khi cảm thấy tức giận.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, buông xuôi là cách ứng phó mà người nhà bệnh nhân ít thực hiện nhất khi có cảm xúc tức giận ($M = 2,13$; $SD = 1,19$). Xem xét điểm trung vị cũng cho thấy, cách ứng phó buông xuôi có điểm trung vị thấp hơn điểm trung bình. Điều này chứng tỏ xu hướng lựa chọn không bao giờ hoặc hiếm khi thực hiện các cách ứng phó này khi người nhà bệnh nhân ung thư cảm thấy tức giận.

Trong 16 hành vi ứng phó, những hành vi phổ biến nhất là “học cách sống với khó khăn của mình” ($M = 4,18$; $SD = 0,75$) và “Giải tỏa, chia sẻ với một người nào đó về những cảm xúc tiêu cực đang diễn ra” ($M = 4,09$; $SD = 1,14$). Như vậy, khi đối mặt với cảm xúc tức giận, người nhà bệnh nhân vừa có xu hướng chấp nhận cảm xúc này, vừa tìm cách giải tỏa cảm xúc với một người khác. Theo nghiên cứu của Smith và Ellsworth (1985), đặc trưng của cảm xúc tức giận thể hiện qua các biểu hiện như: tính rõ ràng của tình huống gây cảm

xúc; mức độ chú ý của chủ thể khi cảm nhận cảm xúc; tính dễ chịu của trải nghiệm cảm xúc; nỗ lực cần có để giải quyết tình huống cảm xúc và khả năng kiểm soát tình huống cảm xúc. Với đặc trưng như vậy, những hành vi thường dùng để ứng phó với cảm xúc tức giận của người nhà bệnh nhân cũng phản ánh bản chất của cảm xúc tức giận. Việc người nhà bệnh nhân cảm thấy cực kỳ khó chịu khi tức giận (tính dễ chịu thấp) thúc đẩy họ giải tỏa, chia sẻ cảm xúc với người khác. Tình huống gây tức giận thường rõ ràng hơn tình huống gây lo lắng (tính rõ ràng trung bình). do đó người đang tức giận cảm thấy có thể kiểm soát tình huống tốt hơn (tính kiểm soát cao), có thể làm nhiều việc để thay đổi tình hình hơn người đang lo lắng. Chính vì vậy, cảm xúc tức giận không đi liền với hành vi suy đi tính lại vấn đề mà thường đi cùng với hành vi giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, hành vi của người nhà bệnh nhân thường thực hiện khi họ cảm thấy tức giận lại không phải có những hành động quyết liệt nhằm giải quyết vấn đề mà họ chấp nhận vấn đề, bởi đặc trưng của người nhà bệnh nhân ung thư, như đã trình bày ở trên, là khả năng kiểm soát và ra quyết định nhìn chung không cao. Họ khó tự quyết định các vấn đề liên quan đến bệnh nhân mà không tham khảo ý kiến của bác sĩ và bệnh nhân. Đồng thời, đặc trưng của cảm xúc tức giận ở người nhà bệnh nhân ung thư là tức giận với những gì mình không kiểm soát được, như tức giận vì bệnh xảy ra với người thân của mình, tức giận vì không thể làm gì để giúp người thân mau khỏi bệnh, tức giận vì việc chăm sóc hỗ trợ người bệnh quá vất vả và hoặc không theo ý muốn, v.v. Tất cả các nguyên nhân này đều khó kiểm soát, trái với đặc trưng của cảm xúc tức giận thông thường. Vì vậy, tức giận ở người nhà bệnh nhân mang tính kiểm soát thấp, kích thích hành vi chấp nhận tình huống, gặp cách sống với những khó khăn hiện tại.

3.1.3. Cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với cảm xúc thất vọng, chán nản

Trong 5 cách ứng phó với cảm xúc thất vọng, chán nản của người nhà bệnh nhân ung thư thì cách ứng phó buông xuôi là cách ứng phó ít được người nhà bệnh nhân ung thư thực hiện nhất ($M = 2,18$; $SD = 0,74$). Tuy nhiên, cách ứng phó được người nhà bệnh nhân thực hiện thường xuyên nhất khi có cảm xúc thất vọng, chán nản đó là cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề ($M = 3,35$; $SD = 0,99$). Khi xem xét điểm trung vị, các nhóm ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề và ứng phó trốn tránh có điểm trung vị cao hơn điểm trung bình, cho thấy xu hướng thiên về lựa chọn thường xuyên thực hiện các hành vi này khi gặp cảm xúc thất vọng, chán nản. Ngược lại, ứng phó buông xuôi có điểm trung bình cao hơn điểm trung vị, cho thấy xu hướng lựa chọn không bao giờ hoặc hiếm khi thực hiện các hành vi này khi chán nản, thất vọng.

Bảng 4: Mức độ thể hiện các cách ứng phó với cảm xúc thất vọng, chán nản của người nhà bệnh nhân ung thư

Cách ứng phó	M	Trung vi	SD
1. Buông xuôi			
Đi uống rượu, uống thuốc an thần hay hút thuốc để cảm thấy dễ chịu hơn	1,70	1,00	0,87
Buông xuôi, chẳng muốn làm gì, mặc kệ mọi chuyện đến đâu thì đến	2,46	2,00	1,45
Tìm đến rượu hay thuốc lá, thuốc kích thích để giúp mình vượt qua những khó khăn này	1,64	1,00	0,98
Thu mình, tự dằn vò bản thân	2,68	3,00	1,34
Từ bỏ mọi nỗ lực thay đổi tình hình	2,26	2,00	1,39
Trung bình chung	2,18	2,20	0,74
2. Ứng phó tìm sự giúp đỡ			
Tìm sự ủng hộ từ bạn bè và người thân	3,19	3,00	1,39
Tôi nói chuyện với người khác để mình bớt khó chịu hơn	3,55	4,00	1,33
Tìm một người có thể cảm thông, chia sẻ và thấu hiểu mình	2,96	3,00	1,33
Giải tỏa, chia sẻ với một người nào đó về những cảm xúc tiêu cực đang diễn ra	3,12	3,00	1,31
Trung bình chung	3,21	3,25	0,90
3. Ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề			
Tự nhủ mọi chuyện xảy ra là bình thường, mình phải chấp nhận hoàn cảnh của mình	3,29	4,00	1,27
Học cách sống với khó khăn của mình	3,12	4,00	1,44
Suy nghĩ nhiều về những việc cần làm	3,65	4,00	0,97
Trung bình chung	3,35	3,67	0,99
4. Ứng phó dựa vào tôn giáo			
Tìm đến tôn giáo để cầu mong sự an ủi	2,25	2,00	1,35
Tôi cầu nguyện hoặc thiền nhiều hơn để cảm thấy dễ chịu hơn	3,09	3,00	1,44
Trung bình chung	2,67	2,50	1,16

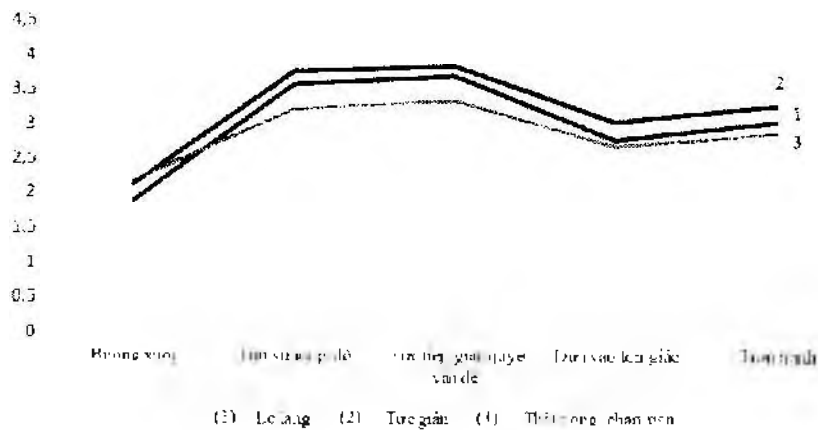
5. Ứng phó trốn tránh			
Tôi tự nói với mình rằng những khó khăn hiện tại chỉ là giấc mơ	2,79	3,00	1,44
Không thể tin những khó khăn này lại xảy ra với mình	2,95	3,00	1,40
Trung bình chung	2,87	3,00	1,05

Trong 16 biểu hiện cụ thể của ứng phó, các hành vi thường được thực hiện nhất là “suy nghĩ nhiều về những việc cần làm” ($M = 3,65$; $SD = 0,99$) và “nói chuyện với người khác để mình bớt khó chịu hơn” ($M = 3,55$; $SD = 1,33$). Như vậy, khi cảm thấy chán nản, thất vọng, người nhà bệnh nhân có xu hướng suy nghĩ về cách giải quyết vấn đề và giải tỏa cảm xúc với người khác.

Đặc trưng của cảm xúc chán nản, thất vọng cũng thể hiện ở năm khía cạnh: tính rõ ràng của tình huống gây cảm xúc; mức độ chú ý của chủ thể khi cảm nhận cảm xúc; tính dễ chịu của trải nghiệm cảm xúc; tác nhân gây cảm xúc và khả năng kiểm soát tình huống cảm xúc (Smith và Ellsworth, 1985). Kết quả những khía cạnh này thể hiện ở người nhà bệnh nhân ung thư như sau: đôi khi chủ thể nhận thức không rõ ràng về tình huống gây ra cảm xúc tiêu cực đó; sự chú ý của chủ thể khi cảm nhận về các cảm xúc đó thấp; chủ thể cảm thấy khó chịu khi trải nghiệm các cảm xúc tiêu cực; cảm xúc khó chịu này thường do điều kiện ngoại cảnh hay người khác gây ra, chủ thể rất khó có thể kiểm soát được tình huống và đòi hỏi chủ thể cần có nỗ lực cao để có thể giải quyết các tình huống gây ra cảm xúc đó. Việc người nhà bệnh nhân cảm thấy cực kỳ khó chịu khi chán nản, lo âu (tính dễ chịu thấp) thúc đẩy họ giải tỏa, chia sẻ cảm xúc với người khác. Thêm vào đó, việc người nhà bệnh nhân không biết vì sao mà buồn phiền, chán nản (tính rõ ràng thấp) nhưng lại cho rằng mình phải làm thật nhiều, chuẩn bị thật kỹ mới bớt đi cảm xúc chán nản (tính nỗ lực cao) khiến họ thường xuyên phải suy nghĩ về cách giải quyết vấn đề khi này sinh lo lắng.

3.2. So sánh cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư với cảm xúc âm tính theo các loại cảm xúc

Biểu đồ 1 cho thấy, cách ứng phó của người nhà bệnh nhân với các cảm xúc âm tính khác nhau đi theo xu hướng tương đối giống nhau. Cụ thể: Cách ứng phó buông xuôi là cách ứng phó ít phổ biến nhất, trong khi trực tiếp giải quyết vấn đề và tìm sự giúp đỡ là những cách ứng phó thường được sử dụng nhất ở người nhà bệnh nhân ung thư khi họ có cảm xúc lo lắng, tức giận hay thất vọng, chán nản. Kết quả này cho thấy xu hướng ứng phó tập trung vào vấn đề thay vì ứng phó tập trung vào cảm xúc là xu hướng ứng phó phổ biến hơn và thường được người nhà bệnh nhân ung thư sử dụng nhiều hơn.



Biểu đồ 1: So sánh điểm trung bình các cách ứng phó theo loại cảm xúc

Biểu đồ 1 cho thấy, cảm xúc tức giận là cảm xúc được ứng phó thường xuyên nhất, sau đó đến cảm xúc lo lắng và ít thường xuyên nhất là cảm xúc thất vọng, chán nản. Điều này cho thấy những kết quả bước đầu về nhu cầu ứng phó với cảm xúc âm tính của người nhà bệnh nhân ung thư. Như đã phân tích ở trên, cảm xúc lo lắng là cảm xúc phổ biến nhất ở người nhà bệnh nhân, sau đó đến cảm xúc thất vọng, chán nản và ít phổ biến nhất là cảm xúc tức giận. Những cảm xúc không phổ biến thường là cảm xúc được chú ý giải quyết nhiều hơn, dẫn tới xu hướng đẩy mạnh ứng phó với cảm xúc tức giận khi nó xuất hiện. Cảm xúc chán nản, thất vọng đi liền với ít hành động, do đó ứng phó buông xuôi phổ biến ở cảm xúc chán nản, thất vọng hơn hai cảm xúc còn lại. Đồng thời, mức độ thực hiện các hoạt động ứng phó khác cũng thấp hơn so với hai cảm xúc kia.

4. Kết luận

Kết quả nghiên cứu này đã chỉ ra rằng, người nhà bệnh nhân sử dụng cả 5 cách ứng phó với cảm xúc âm tính. Trong đó, cách ứng phó được sử dụng thường xuyên nhất là cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề, cách ứng phó tìm kiếm sự giúp đỡ và cách ứng phó trốn tránh. Cách ứng phó dựa vào tôn giáo và cách ứng phó buông xuôi là hai cách ứng phó ít được sử dụng hơn các cách ứng phó trên. Điều đó cho thấy, khi gặp các cảm xúc âm tính, người nhà bệnh nhân ung thư chủ yếu lựa chọn cách trực tiếp giải quyết vấn đề, hiếm khi buông xuôi hay từ bỏ mọi nỗ lực thay đổi tình hình.

Xét các cách ứng phó của người nhà bệnh nhân ung thư theo từng loại cảm xúc tiêu cực, kết quả nghiên cứu cho thấy: Đối với cảm xúc lo lắng, đa phần người nhà bệnh nhân lựa chọn cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề và tìm sự giúp đỡ. Đối với cảm xúc tức giận, người nhà bệnh nhân thường xuyên sử dụng cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề nhất, tiếp đó là cách ứng phó tìm kiếm sự giúp đỡ. Cách ứng phó buông xuôi được người nhà bệnh nhân ung thư sử dụng ít nhất. Đối với cảm xúc thất vọng, chán nản, chủ yếu người nhà bệnh nhân ung thư cũng lựa chọn cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề, còn cách ứng phó buông xuôi được lựa chọn ít nhất. Tuy nhiên, với cảm xúc thất vọng và chán nản, xu hướng người nhà bệnh nhân ung thư lựa chọn cách ứng phó trực tiếp giải quyết vấn đề và trốn tránh thường xuyên hơn.

Sơ sánh các cách ứng phó theo cảm xúc, kết quả nghiên cứu cho thấy, buông xuôi là cách ứng phó ít phổ biến nhất, trong khi trực tiếp giải quyết vấn đề và tìm sự giúp đỡ là những cách ứng phó thường được sử dụng nhất. Điều đó cho thấy, xu hướng ứng phó tập trung vào vấn đề thay vì ứng phó tập trung vào cảm xúc là xu hướng ứng phó phổ biến hơn ở người nhà bệnh nhân ung thư. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy cảm xúc tức giận là cảm xúc được ứng phó thường xuyên nhất, sau đó đến cảm xúc lo lắng và ít thường xuyên nhất là cảm xúc thất vọng, chán nản.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Thị Minh Hằng (2014). *Ứng phó với cảm xúc tiêu cực của học sinh trung học cơ sở*. Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội: Khoa học Xã hội và Nhân văn. Tập 30. Số 4. Tr. 25 - 34.
2. Phan Thị Mai Hương (chủ biên. 2007). *Cách ứng phó của trẻ vị thành niên với hoàn cảnh khó khăn*. NXB Khoa học xã hội. Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thanh Mai (2013). *Các phương thức ứng phó ở cha mẹ trẻ bị ung thư trong một năm đầu sau chẩn đoán*. Tạp chí Nhi khoa. Số 6 (2). Tr. 67 - 73.

Tài liệu tiếng Anh

4. Carver C.S. (1997). *You want to measure coping but your protocols' too long: Consider the Brief COPE*. International Journal of Behavioral Medicine. 4 (1). P. 92 - 100.
5. Katarzyna Woźniak, Dariusz Izycki (2014). *Cancer: A family at risk*. Prz. Menopauzalny. Vol. 13. P. 253 - 261. DOI: 10.5114/pm.2014.45002.
6. Smith C.A. & Ellsworth P.C. (1985). *Patterns of cognitive appraisal in emotion*. Dissertation Abstracts International. Vol. 47. P. 4002B (University Microfilms No. 87-00, 820).

7. Smith C.A. & Ellsworth P.C. (1985). *Patterns of cognitive appraisal in emotion*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 48 (4). P. 813.
8. Watson D. & Clark L.A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule - Expanded form*. The University of Iowa. Retrieved from <https://www2.psychology.uiowa.edu/faculty/clark/panas-x.pdf> (Accessed on 05/4/2020).