

- 1265/QĐ-UBND, ngày 15 tháng 5 năm 2017 về "Thành lập Trung tâm Y tế huyện Tân Linh trực thuộc Sở Y tế trên cơ sở hợp nhất Trung tâm Y tế huyện Tân Linh và Bệnh viện huyện Tân Linh sát nhập Trung tâm Y tế huyện Tân Linh".
5. **Bộ Y tế** (2005), Thông tư số 23/2005/TT-BYT ngày 25 tháng 8 năm 2005 của Bộ Y tế về Hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp Y tế.
  6. **Bộ Y tế** (2021), Thông tư số 07/2021/TT-BYT ngày 27 tháng 5 năm 2021 của Bộ Y tế về Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc trung ương.
  7. **Chính phủ** (2015), Nghị định số: 16/2015/NĐ-CP ngày 14 tháng 2 năm 2015 về Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.
  8. **Chính phủ** (2021), Nghị định số: 60/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 6 năm 2021 về Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.
  9. **UBND tỉnh Bình Thuận** (2021), Quyết định số 42/QĐ -UBND ngày 08/01/2021 về việc giao quyền tự chủ tài chính cho các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế giai đoạn 2020 – 2022.
  10. **Huỳnh Thanh Huỳnh** (2022), Thực trạng thu chi tài chính và những thuận lợi khó khăn tại Trung tâm Y tế huyện Đăk Glông tỉnh Đăk Nông giai đoạn 2018 – 2021.

## CHUYỂN NGỮ THANG ĐO CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ BRIEFCOPE 28 CÂU, GIÁ TRỊ NỘI DUNG, TIN CẬY NỘI BỘ VÀ PHÂN TÍCH MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Kim Xuân Loan<sup>1</sup>, Võ Ý Lan<sup>1</sup>, Đỗ Thị Cảnh<sup>1</sup>,  
Phạm Xuân Dũng<sup>2</sup>, Đỗ Văn Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Lý do tiến hành:** Thang đo BriefCOPE được sử dụng để đánh giá các chiến lược ứng phó đã được phiên dịch và đánh giá tính tin cậy và giá trị trên các quốc gia khác nhau. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu sử dụng thang đo này cũng như báo cáo giá trị nội dung và độ tin cậy trên nhóm bệnh nhân ung thư vú vẫn còn khá ít. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu này giúp thang đo được chuyển ngữ phù hợp trên đối tượng bệnh nhân cũng như xem xét các mối tương quan giữa các chiến lược ứng phó của bệnh nhân ung thư vú. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành ở hai giai đoạn chuyển ngữ đánh giá tính giá trị nội dung qua thẩm định chuyên môn và giai đoạn hai trên 235 bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện Ung bướu TPHCM. **Kết quả:** Kết quả từ chuyển ngữ và đánh giá tính giá trị nội dung cho thấy thang đo phù hợp để sử dụng trên đối tượng ung thư vú, hệ số Cronbach Alpha cho thấy tính tin cậy nội bộ cao của thang đo tổng 28 câu và 14 mục. Các chiến lược sử dụng ở bệnh nhân ung thư vú trong mẫu nghiên cứu chủ yếu là các chiến lược ứng phó thích ứng tích cực. Một số chiến lược là tốt hơn những chiến lược khác tuy nhiên chiến lược được sử dụng bởi bệnh nhân này có thể không phù hợp khi áp dụng với bệnh nhân khác. Do vậy, việc giúp bệnh nhân nhận diện những cách ứng phó không thích hợp như từ bỏ, lắng nghe

và hỗ trợ tìm giải pháp nhằm giúp họ tăng cường khả năng đối diện, chấp nhận bệnh tật từ đó giải quyết vấn đề tích cực hơn là hết sức quan trọng và cần thiết.  
**Từ khóa:** chiến lược ứng phó BriefCOPE, ung thư vú, giá trị nội dung, tin cậy nội bộ, mối tương quan

### SUMMARY

#### TRANSLATION OF THE BRIEFCOPE 28-ITEM COPING STRATEGY SCALE, CONTENT VALIDITY, INTERNAL RELIABILITY, AND CORRELATIONS AMONG COPING STRATEGIES USED IN BREAST CANCER PATIENTS AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

**Rational for study:** The incidence of breast cancer is increasing in Vietnam. The BriefCOPE scale, used to assess coping strategies, has been translated and evaluated for reliability and validity in various countries. However, in Vietnam, there are limited studies that have utilized this scale on cancer patients, especially breast cancer patients. Therefore, this research aims to appropriately translate the scale for the patient population and explore the correlations between coping strategies among breast cancer patients. **Methods:** The study was conducted in two stages, involving professional evaluation of the translated scale's content and followed by the second phase on 235 breast cancer patients at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. **Results:** The findings from the translation and content validity assessment indicate that the scale is suitable for use with breast cancer patients, as evidenced by the high internal reliability, measured through the Cronbach's Alpha coefficient, for both the 28-question total scale and its 14 subscales. The coping strategies employed by

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh Viện Ung Bướu TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Kim Xuân Loan

Email: kimxuanloan2712@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 3.10.2023

Ngày duyệt bài: 24.10.2023

breast cancer patients in the sample predominantly consisted of positive adaptive responses. While some strategies proved more effective than others, it is essential to recognize that what works for one cancer patient may not be suitable for another. Hence, assisting patients in identifying inappropriate coping methods, such as giving up or avoiding, and encouraging active problem-solving and acceptance of the illness is crucial and necessary for enhancing their ability to cope positively.

**Keywords:** BriefCOPE, breast cancer, content validity, internal reliability, correlation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Những năm gần đây, tỷ lệ ung thư vú đang gia tăng một cách nhanh chóng và tỷ lệ này có xu hướng tăng lên mỗi năm. Tại Việt Nam, theo ghi nhận của Globocan 2020 và báo cáo của Tổ chức y tế thế giới WHO, ung thư vú chiếm 25,8% ung thư ở nữ giới.<sup>1</sup> Hầu hết bệnh nhân ung thư vú khi được chẩn đoán sẽ gặp nhiều căng thẳng. Những chiến lược ứng phó với căng thẳng thích hợp được báo cáo có mối liên quan tích cực với khả năng hồi phục của bệnh nhân, mang lại ảnh hưởng tốt đến kết quả điều trị, tỷ lệ sống sót, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống của phụ nữ bị ung thư vú. Nhiều công cụ đo lường chiến lược ứng phó đã được phát triển và sử dụng trên bệnh nhân ung thư vú được báo cáo cụ thể trong một tổng quan hệ thống, các công cụ phổ biến gồm thang đo COPE, BriefCOPE, MAC, mini MAC trong đó thang đo COPE được phát triển bởi Carver Charles năm 1989 với tổng số 60 câu và sau đó được rút ngắn còn 28 câu giúp đánh giá các chiến lược sử dụng một cách nhanh chóng, tiện lợi và tin cậy. Thang đo BriefCOPE đã được phiên dịch và đánh giá tính tin cậy và giá trị trên các quốc gia khác nhau, tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu sử dụng thang đo này được tìm thấy trên học sinh, người có HIV/AIDS tuy nhiên nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư vẫn còn khá ít. Đồng thời, chúng tôi chưa tìm thấy một nghiên cứu chuyển ngữ thang đo cũng như báo cáo giá trị nội dung và độ tin cậy trên nhóm bệnh nhân ung thư vú. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu này giúp thang đo được chuyển ngữ phù hợp trên đối tượng bệnh nhân cũng như xem xét các mối tương quan giữa các chiến lược ứng phó của bệnh nhân ung thư vú.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân nữ từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư vú và đang điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh được mời tham gia vào nghiên cứu

Bệnh nhân sau khi được giới thiệu đầy đủ về nghiên cứu bởi nghiên cứu viên và đồng ý tham gia vào nghiên cứu được ghi nhận vào văn bản đồng thuận bằng giấy. Các bệnh nhân trong tình trạng quá yếu không thể tham gia nghiên cứu hoặc bệnh nhân có các vấn đề về rối loạn tâm thần, khiếm thính, khiếm thị, không có khả năng nghe nói tiếng Việt được loại ra khỏi nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu gồm xác nhận một phiên bản tiếng Việt phù hợp với văn hóa của thang đo BriefCOPE trên bệnh nhân ung thư vú qua chuyển ngữ và đánh giá tính giá trị nội dung của thang đo qua thẩm định chuyên gia, đánh giá tính tin cậy nội bộ của thang đo BriefCOPE 28 mục, và mục tiêu cho nghiên cứu cắt ngang là phân tích mối tương quan giữa các nội dung chiến lược ứng phó ở bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện ở hai giai đoạn: giai đoạn chuyển ngữ và giai đoạn 2 thực hiện nghiên cứu cắt ngang chính thức trên bệnh nhân ung thư vú. Giai đoạn 1 chuyển ngữ được thực hiện theo quy trình đề xuất bởi Guillemin gồm 5 bước: dịch xuôi, dịch ngược, tổng hợp, thẩm định bởi chuyên gia và nghiên cứu thử. Nhóm nghiên cứu đã viết thư điện tử xin phép tác giả và đơn vị giữ bản quyền gốc của tác giả Carver được phát hành trên trang web chính thức của đại học Miami Hoa Kỳ. Bước tiến hành dịch xuôi Anh – Việt trong đó phiên bản gốc BriefCOPE 28 câu được dịch sang tiếng Việt một cách độc lập bởi nghiên cứu viên là người thuộc lĩnh vực y tế và một cử nhân ngôn ngữ Anh có kinh nghiệm trong công tác dịch thuật và giảng dạy tiếng Anh. Sau khi hoàn thành bản dịch xuôi Anh – Việt, bản dịch ngược Việt- Anh được tiến hành bởi hai phiên dịch độc lập thành thạo cả hai tiếng Anh và Việt là người Việt di cư có thời gian sinh sống và làm việc lâu dài với tối thiểu là 5 năm tại quốc gia nói tiếng Anh. Phiên dịch viên không được cung cấp thông tin gì về chiến lược ứng phó BriefCOPE khi tiến hành chuyển ngữ. Tiếp theo, các bản dịch được tổng hợp, đối chiếu và dựa trên sự đồng thuận để chọn lựa bản dịch sau cùng sát nghĩa với bản gốc trước khi đưa vào bước thẩm định bởi các chuyên gia.

Để đánh giá tính giá trị nội dung của thang đo ở bước thẩm định, tổng cộng bảy chuyên gia là những người chuyên nghiệp có công trình nghiên cứu hoặc có kinh nghiệm lâu năm trong lĩnh vực liên quan. Một biểu mẫu đánh giá tính

giá trị nội dung được gửi riêng đến mỗi chuyên gia cùng với thư ngỏ hướng dẫn cách đánh giá, bản gốc tiếng Anh cũng được cung cấp cùng với bản dịch thuật cuối cùng. Mỗi chuyên gia tiến hành đánh giá tính liên quan (relevant) và tính rõ ràng (clarity) của từng câu hỏi dựa trên thang điểm Likert với 4 lựa chọn đánh giá nội dung từ 1 (không thể sử dụng, không đúng ý nghĩa hoặc không rõ ràng), 2 (chưa thể sử dụng, cần phải chỉnh sửa nhiều), 3 (có thể sử dụng với một vài chỉnh sửa nhỏ), 4 (có thể sử dụng mà không nhất thiết phải chỉnh sửa). Kết quả chọn lựa ở mức 3 trở xuống, chuyên gia được đề xuất gợi ý chỉnh sửa cụ thể trong biểu mẫu. Các chuyên gia được đề nghị đánh giá độc lập nhau nhằm đảm bảo đạt tính khách quan cao nhất cho việc đánh giá.

**Phương pháp thống kê cho đánh giá tính giá trị nội dung thang đo** dựa vào chỉ số Chỉ số I-CVI được tính bằng tỷ lệ chuyên gia đánh giá từng nội dung câu hỏi là "có thể sử dụng" trên tổng số chuyên gia. Ngưỡng I-CVI được chấp nhận là 0,80 khi có số lượng chuyên gia tham gia đánh giá là 6 trở lên. Bên cạnh đó, nhóm nghiên cứu sử dụng đồng thời chỉ số Kappa nhiều người đánh giá (Multirater kappa coefficient) để xem xét khả năng đạt đồng thuận và Kappa được lý giải theo các mức sau: Khá: 0,40 – 0,59 ; Tốt: 0,60 – 0,74; Rất tốt: >0,74.

Giai đoạn 2, một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ 08/2021 đến tháng 12/2021 trên tổng mẫu là 235 bệnh nhân ung thư vú đang điều trị tại bệnh viện ung bướu TPHCM. Kỹ thuật lấy mẫu phân tầng theo số lượt bệnh nhân đến khám trung bình được báo cáo trong 3 tháng gần nhất tại các khoa Hóa, Nội 4, Xạ 4, và Chăm sóc giảm nhẹ.

**Công cụ nghiên cứu:** là bộ câu hỏi có cấu trúc được soạn sẵn sử dụng cho phỏng vấn bệnh nhân. Bộ câu hỏi gồm thông tin về đặc điểm dân số kinh tế xã hội; kết cuộc của nghiên cứu được đo lường bằng thang đo chiến lược ứng phó Brief Cope để đánh giá các chiến lược ứng phó của cá nhân trong những tình huống khó khăn, stress và áp lực trong cuộc sống được phát triển và giới thiệu phiên bản ngắn bởi Carver.<sup>2</sup> Thang đo gồm 28 mục được chấm điểm số cho từng mục từ 1 ("Chưa từng thực hiện điều này") đến 4 ("Thực hiện điều này rất nhiều lần"). Thời gian để hoàn thành bộ câu hỏi trung bình từ 18 – 25 phút.

**Phương pháp thống kê cho đánh giá tính tin cậy, mối tương quan:** Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra mức độ hoàn thành các câu trả lời, được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1 và sử dụng phần mềm stata phiên

bản 14.0 để phân tích dữ liệu.

Mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm cho các biến số về đặc điểm dân số và thang đo Briefcope. Hệ số tương quan Spearman được sử dụng cho tính hệ số tương quan giữa các câu trong thang đo chiến lược ứng phó và có giá trị từ -1 đến 1. Cỡ mẫu được tính cho hệ số Cronbach's Alpha dựa trên công thức của Bonnette với thang đo 28 mục, với  $\beta = 80\%$  và xác suất sai lầm loại I  $\alpha = 0.05$ . Hệ số Cronbach's Alpha được sử dụng để đánh giá tính tin cậy nội bộ cho thang đo tổng thể và thang đo thành phần. Giá trị Cronbach's Alpha chấp nhận được dao động từ 0,6 đến 0,95, chúng tôi chọn Cronbach's Alpha tại giả thuyết Ho (CAO) là 0,65 và giá trị Cronbach Alpha kì vọng là 0,75, do vậy cỡ mẫu tối thiểu được ước tính cho Cronbach's Alpha là 147 bệnh nhân.<sup>3</sup>

**2.3. Y đức.** Nghiên cứu xin chấp thuận Y Đức từ hội đồng Y Đức Đại học Y Dược TPHCM (Mã quyết định: 20809-ĐHYD) và chấp thuận Y Đức của Bệnh viện Ung Bướu TPHCM (Mã quyết định 4276/QĐ-BVUB).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Kết quả về chuyển ngữ và đánh giá tính giá trị nội dung của thang đo:** Kết quả đánh giá tính giá trị nội dung của thang đo sau chuyển ngữ từ các chuyên gia đánh giá các câu hỏi rõ ràng, có thể dùng để đánh giá Chiến lược ứng phó trên bệnh nhân ung thư vú. Về tính liên quan, kết quả I-CVI có giá trị từ 0,86 đến 1, kết quả này cũng tương tự cho tính rõ ràng I-CVI khi có giá trị từ 0,86 đến 1, kết quả này là đạt điều kiện chấp nhận tốt khi có 7 chuyên gia tham gia đánh giá cho thang đo. Chỉ số Kappa tính được đạt mức 0.85 – 1 thỏa điều kiện về đồng thuận cho bản dịch thẩm định sau cùng bởi các chuyên gia đánh giá. Một số nội dung đã được các chuyên gia xem xét chỉnh sửa từ ngữ để phù hợp thực tế và rõ nghĩa hơn. Cụ thể như sau, 03 chuyên gia đề nghị thay thế từ "bệnh" thành "vấn đề hoặc tình huống" và thống nhất phiên dịch ngôi "it" thành của toàn bộ câu hỏi thành "vấn đề". Các câu có nội dung từ ngữ được góp ý thay đổi để phù hợp thực tế gồm câu 4 về khía cạnh sử dụng chất từ "chất" thay bằng là "rượu bia hay chất gây nghiện"; câu 18 về khía cạnh hài hước là "Tôi đùa vui về vấn đề đó" được thay bằng "Tôi xem hình huống này là một trò đùa"; câu 19 khía cạnh tự phân tâm thay từ "mơ tưởng" (daydreaming ) thành "mơ mộng"; câu 21 khía cạnh bộc lộ cảm xúc "thể hiện cảm xúc tiêu cực" thay bằng "bộc lộ cảm xúc tiêu cực";

câu 28 về khía cạnh hài hước: "Tôi lấy bệnh tật của mình làm trò đùa" thay thành "Tôi giễu cợt/đùa cợt trong tình huống/vấn đề này". Dựa trên thẩm định của chuyên gia, phiên bản cuối cùng có các mục sửa đổi theo một số đề xuất góp ý mà nhóm nghiên cứu thấy phù hợp và nhìn chung các mục góp ý khác không có sự thay đổi nhiều về nội dung của các câu hỏi.

### **3.2. Kết quả về các chiến lược ứng phó và mối tương quan giữa các chiến lược ứng phó trên bệnh nhân ung thư vú:**

**Đặc điểm dân số, xã hội của đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 258 bệnh nhân tham gia phỏng vấn, tuy nhiên từ chối tham gia 07 ca, và 10 ca ngừng phỏng vấn do gián đoạn phỏng vấn không theo lại được hoặc do bệnh nhân không tiếp tục phỏng vấn và 6 mẫu được loại khỏi quá trình phân tích do thiếu mẫu cục bộ ở thang đo chiến lược ứng phó. Kết quả sau cùng đưa vào phân tích là 235 bệnh nhân, cỡ mẫu sau cùng này vẫn đảm bảo đủ năng lực thống kê so với cỡ mẫu ước tính ban đầu.

**Kết quả về đặc tính nền của mẫu nghiên cứu:** Đa số bệnh nhân là dân tộc Kinh, gần 80% bệnh nhân sinh sống ở tỉnh khác, đa phần đều đã kết hôn, nhóm tuổi chiếm nhiều ở độ tuổi 40-49 tuổi và 50-59 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 33,19% và 33,62%. Tỷ lệ bệnh nhân có tôn giáo là Phật giáo chiếm phần lớn trong mẫu với tỷ lệ 52%, kế đến là nhóm không tôn giáo chiếm 33%, Thiên chúa giáo chiếm 10%, và 4,8% là tôn giáo khác. Về học vấn và nghề nghiệp, chủ yếu bệnh nhân có trình độ học vấn dưới cấp 1, cấp 1 chiếm 43,83% và cấp 2 chiếm 31,06%, nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ 36,17%, kế đến là nông dân 19,57%, buôn bán chiếm 15,74%, nhóm bệnh nhân nghỉ hưu hoặc làm công nhân có tỷ lệ tương tự nhau trong mẫu, chiếm ít nhất trong mẫu là viên chức nhà nước. Đa phần các bệnh nhân tự đánh giá tình trạng kinh tế gia đình đủ trang trải chiếm 54,89%, tỷ lệ kinh tế có thiếu hụt chiếm 1/3 trong mẫu, chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có tình trạng kinh tế gia đình dư giả 12,77%. Về tiền sử bệnh mạn tính kèm theo có 12,77% bệnh nhân có bệnh kèm theo với số lượng bệnh là ít nhất một bệnh kèm.

**Kết quả về tính tin cậy của thang đo BriefCope:** Kết quả về tính tin cậy của thang đo Brief Cope được đánh giá qua tính tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha. Hệ số Cronbach's Alpha của thang đo tổng 28 câu là 0,8552 cho thấy có độ tin cậy nhất quán nội tại cao, với mỗi mục có hệ số Cronbach's Alpha ở mức rất tốt từ 0,83-0,86. Ngoài ra, theo cấu trúc lý thuyết của Carver,

thang đo 28 câu được chia làm 14 mục và hệ số Cronbach của 14 mục là 0,7168 có tính nhất quán nội tại tốt, ở mỗi mục dao động từ 0,64 đến 0,73.

**Kết quả mô tả về các chiến lược ứng phó ở bệnh nhân ung thư vú:** Mặc dù phải đương đầu với bệnh tật nhưng các kết quả về chiến lược ứng phó cho thấy phần lớn bệnh nhân có sự tích cực, chủ động, tìm kiếm các giải pháp hỗ trợ để sống chung và nỗ lực giải quyết tình huống gặp phải. Cụ thể hơn, xét về từng khía cạnh trong 14 khía cạnh theo cấu trúc lý thuyết của Carver, kết quả cho thấy các chiến lược thuộc nội dung mang tính tích cực như chấp nhận, ứng phó chủ động, nhận sự hỗ trợ cảm xúc, nhận sự giúp đỡ từ người khác, điều chỉnh tích cực và tôn giáo có tỷ lệ tương đối nhiều bệnh nhân thực hiện ở mức đánh giá 3 và 4 tương ứng với thường xuyên và rất nhiều.

Cụ thể hơn, tỷ lệ bệnh nhân chấp nhận sự thật về bệnh, học cách sống chung với bệnh và tập trung nỗ lực làm điều gì đó cho tình huống gặp phải chiếm khá cao lần lượt là 94,46%; 92,77% và 91,07%. Cùng với đó, đa phần bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu không chỉ được hỗ trợ về cảm xúc (an ủi, thấu hiểu, hỗ trợ tinh thần) mà còn nhận được những hỗ trợ cụ thể (sự giúp đỡ, lời khuyên) từ người khác. Đồng thời bệnh nhân cũng thường xuyên thực hiện thử làm gì đó để khiến tình huống trở nên tốt hơn (80,43%) và có tinh thần lạc quan như tìm kiếm điều gì đó tốt đẹp (79,57%) hoặc cố gắng nhìn nhận vấn đề ở góc độ khác khiến nó trông tích cực hơn (79,14%) cũng như việc thường xuyên và nhiều lần tìm lời khuyên và sự giúp đỡ từ người khác về việc cần làm (74,47%). Bên cạnh các động lực tích cực, một số chiến lược khác về tôn giáo hoặc tự phân tâm cũng hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình đối mặt với bệnh được tìm thấy thực hiện nhiều ở bệnh nhân là cầu nguyện hoặc ngồi thiền (67,66%); tìm kiếm sự thoải mái trong tôn giáo/ niềm tin hoặc làm việc gì đó để ít suy nghĩ như xem phim, ngủ, mơ tưởng (65,95%).

Các chiến lược khác thuộc nội dung về bộc lộ cảm xúc, phủ nhận, tự trách có được báo cáo trên bệnh nhân ung thư vú tuy nhiên các tỷ lệ này là thấp và dao động trong khoảng 10% đến dưới 30%. Đáng lưu ý là chiến lược từ bỏ cố gắng ứng phó rất hiếm được sử dụng, tương tự, chiến lược sử dụng chất như bia rượu hoặc chất kích thích để để cảm thấy tốt hơn và vượt qua bệnh là rất hiếm hoặc hoàn toàn không được sử dụng trên bệnh nhân ung thư vú.

**Kết quả về đánh giá môi trường quan giữa các chiến lược ứng phó:** Kết quả ma trận tương quan ở biểu đồ 1 cho thấy các cặp câu hỏi đo lường cùng một khía cạnh có hệ số tương quan thuận từ trung bình đến rất mạnh và điều này cho thấy các cấu trúc về mối quan hệ giữa các cặp câu hỏi đo lường cùng một khía cạnh dựa vào dữ liệu thực tế cho kết quả tương tự lý thuyết. Biểu đồ 1 cho thấy hệ số tương quan thuận rất mạnh ( $r > 0.8$ ) giữa các cặp câu hỏi đo lường cùng một khía cạnh như lập kế hoạch, điều chỉnh tích cực, phủ nhận, sử dụng chất, từ bỏ, tự trách, chấp nhận và tôn giáo thể hiện mối liên hệ chặt chẽ giữa hai câu hỏi, điều này có thể được hiểu là hai câu có thể đồng thời cùng nhau xảy ra chẳng hạn như khi bệnh nhân có rất nhiều lần hoặc thường xuyên cố gắng lập ra chiến lược về những việc cần làm thì song song đó cũng rất nhiều lần thường xuyên suy nghĩ kỹ càng về những bước cần làm. Ở khía cạnh sử dụng chất, khi bệnh nhân chưa bao giờ hoặc ít khi dùng bia rượu để cảm thấy tốt hơn thì đồng thời cũng không hoặc ít khi dùng bia rượu để vượt qua vấn đề là bệnh tật của họ. Điều này cũng tương tự cho các cặp câu hỏi có hệ số tương quan mạnh ( $r > 0.7$ ) về khía cạnh ứng phó chủ động, nhận hỗ trợ cảm xúc và bộc lộ cảm

xúc. Tuy nhiên, đối với chiến lược tự phân tâm, nhận hỗ trợ cụ thể và hài hước, kết quả về hệ số tương quan giữa các cặp câu hỏi đo lường cho từng chiến lược là trung bình hoặc yếu ( $0,3 < r < 0,5$ ) điều này có thể cho thấy mặc dù cả hai câu hỏi cùng đo lường một khía cạnh nhưng có thể không đồng thời được bệnh nhân sử dụng hoặc chỉ một trong hai câu là được sử dụng thường hơn so với câu còn lại. Chẳng hạn về khía cạnh nhận hỗ trợ cụ thể, bệnh nhân thường xuyên nhận được sự giúp đỡ và lời khuyên từ người khác thì không hẳn thường xuyên tìm lời khuyên và sự giúp đỡ từ người khác về việc cần làm và ngược lại.

Khi so sánh tương quan giữa câu hỏi thuộc các khía cạnh khác nhau, tìm thấy mối tương quan thuận giữa các câu thuộc khía cạnh "từ bỏ" (BDE6-BDE16) và các câu thuộc khía cạnh "tự trách" (SB13-SB26) với hệ số tương quan trung bình từ 0.333 đến 0.397. Kết quả này cho thấy ở bệnh nhân ung thư khi thường xuyên tự trách bản thân hoặc đổ lỗi cho bản thân về vấn đề bệnh của mình thì có xu hướng từ bỏ đối phó với vấn đề và ngược lại việc từ bỏ đối phó cũng tăng sự tự trách bản thân. Có thể thấy hai yếu tố này tác động lẫn nhau và có thể tạo ra vòng lặp tiêu cực trên bệnh nhân.

**Bảng 1. Kết quả về đánh giá môi trường quan giữa các chiến lược ứng phó**

Nội dung thang đo BriefCope	Điểm số [n (%)]				Cronbach alpha 28 câu	Cronbach alpha 14 mục
	1 Chưa bao giờ làm	2 Đôi khi làm	3 Làm vừa phải	4 Làm rất nhiều		
<b>Ứng phó chủ động (ACC)</b>						0,663
ACC2. Tập trung nỗ lực làm điều gì đó cho tình huống gặp phải	0	21 (8,94)	101 (42,98)	113 (48,09)	<b>0,845</b>	
ACC7. Tôi thử làm gì đó để khiến tình huống trở nên tốt hơn	2 (0,85)	44 (18,72)	79 (33,62)	110 (46,81)	<b>0,841</b>	
<b>Nhận sự hỗ trợ cụ thể (INS)</b>						0,6851
INS10. Tôi nhận được sự giúp đỡ và lời khuyên từ người khác	3 (1,28)	27 (11,49)	76 (32,34)	129 (54,89)	<b>0,848</b>	
INS23. Tôi cố gắng tìm lời khuyên và sự giúp đỡ từ người khác về việc cần làm	6 (2,55)	54 (22,98)	103 (43,83)	72 (30,64)	<b>0,850</b>	
<b>Điều chỉnh tích cực (POS)</b>						0,6739
POS12. Tôi cố gắng nhìn vấn đề này dưới góc độ khác khiến nó trông tích cực hơn	2 (0,85)	48 (20,43)	93 (39,57)	92 (39,57)	<b>0,844</b>	
POS17. Tôi tìm kiếm điều gì đó tốt đẹp trong những điều đang xảy ra	3 (1,28)	45 (19,15)	96 (40,85)	91 (38,72)	<b>0,844</b>	
<b>Lập kế hoạch (PLA)</b>						0,6491
PLA14. Tôi cố gắng lập ra chiến lược về những việc cần làm	58 (24,68)	47 (20,0)	51 (21,70)	79 (33,62)	<b>0,839</b>	
PLA25. Tôi suy nghĩ kỹ càng về những bước cần làm	45 (19,15)	49 (20,85)	52 (22,13)	89 (37,87)	<b>0,837</b>	

<b>Nhận sự hỗ trợ cảm xúc (ESU)</b>						0,6812	
ESU5. Tôi nhận được sự hỗ trợ tinh thần từ người khác	3 (1,28)	25 (10,64)	91 (38,72)	116 (49,36)	<b>0,844</b>		
ESU15. Tôi nhận được sự an ủi và thấu hiểu từ mọi người	4 (1,70)	23 (9,79)	58 (24,68)	150 (63,83)	<b>0,849</b>		
<b>Bộc lộ cảm xúc (VEN)</b>						0,6869	
VEN9. Tôi nói ra điều gì đó nhằm giải tỏa cảm giác khó chịu của mình	58 (24,68)	69 (29,36)	92 (39,15)	16 (6,81)	<b>0,845</b>		
VEN21. Tôi bộc lộ ra những cảm xúc tiêu cực của mình	55 (23,40)	115 (48,94)	59 (25,11)	6 (2,55)	<b>0,850</b>		
<b>Tự trách (SB)</b>						0,7300	
SB13. Tôi tự trách bản thân mình	114 (48,51)	92 (39,15)	28 (11,91)	1 (0,43)	<b>0,858</b>		
SB26. Tôi đổ lỗi cho bản thân về những gì đã xảy ra	123 (52,34)	84 (35,74)	27 (11,49)	1 (0,43)	<b>0,856</b>		
<b>Hài hước (HUM)</b>						0,7393	
HUM18. Tôi xem tình huống này là một trò đùa	155 (65,96)	54 (22,98)	25 (10,64)	1 (0,43)	<b>0,856</b>		
HUM28. Tôi đùa cợt trong tình huống này	100 (42,55)	66 (28,09)	67 (28,51)	2 (0,85)	<b>0,857</b>		
<b>Chấp nhận (ACE)</b>						0,6740	
ACE20. Tôi chấp nhận sự thật là điều đó đã xảy ra	1 (0,43)	12 (5,11)	102 (43,40)	120 (51,06)	<b>0,845</b>		
ACE24. Tôi học cách sống chung với vấn đề đó	2 (0,85)	15 (6,38)	105 (44,68)	113 (48,09)	<b>0,845</b>		
<b>Tôn giáo (REL)</b>						0,7020	
REL22. Tôi cố gắng tìm kiếm sự thoải mái trong tôn giáo hoặc niềm tin tâm linh	26 (11,06)	55 (23,4)	53 (22,55)	101 (42,98)	<b>0,848</b>		
REL27. Tôi cầu nguyện hoặc ngồi thiền	28 (11,91)	48 (20,43)	51 (21,70)	108 (45,96)	<b>0,851</b>		
<b>Tự phân tâm (SD)</b>						0,7370	
SD1. Tôi chuyển sang làm việc hoặc các hoạt động khác để không suy nghĩ nhiều	18 (7,66)	62 (26,38)	105 (44,68)	50 (21,28)	<b>0,856</b>		
SD19. Tôi làm việc gì đó để ít suy nghĩ về vấn đề đó ít hơn như xem phim, xem tivi, đọc sách, ngủ, mơ mộng hay đi mua sắm	17 (7,23)	63 (26,81)	82 (34,89)	73 (31,06)	<b>0,862</b>		
<b>Phủ nhận (DE)</b>						0,7300	
DE3. Tôi nói với bản thân rằng "điều này không phải sự thật"	108 (45,96)	71 (30,21)	49 (20,85)	7 (2,98)	<b>0,857</b>		
DE8. Tôi từ chối tin rằng nó đã xảy ra	119 (50,64)	75 (31,91)	38 (16,17)	3 (1,28)	<b>0,856</b>		
<b>Sử dụng chất (SU)</b>						0,7202	
SU4. Tôi dùng bia rượu hay chất gây nghiện khác để cảm thấy tốt hơn	232 (98,7)	2 (0,85)	1 (0,43)	0	<b>0,856</b>		
SU11. Tôi dùng rượu và chất gây nghiện để vượt qua điều đó	233 (99,15)	2 (0,85)	0	0	<b>0,856</b>		
<b>Hành vi từ bỏ (BDE)</b>						0,7147	
BDE6. Tôi từ bỏ việc cố gắng giải quyết vấn đề đó	157 (66,81)	66 (28,09)	12 (5,11)	0	<b>0,855</b>		
BDE16. Tôi từ bỏ sự cố gắng ứng phó	166 (70,64)	52 (22,13)	17 (7,23)	0	<b>0,853</b>		
<b>Toàn thang đo</b>						<b>0,8552</b>	<b>0,7168</b>
1: Chưa bao giờ làm điều này; 2: Đôi khi làm điều này; 3: Làm điều này ở mức vừa phải; 4: Làm điều này rất nhiều/thường xuyên							

	ACC2	ACC7	INS10	INS23	POS12	POS17	PLA14	PLA25	ESU5	ESU15	VEN9	VEN21	SB13	SB26	HUM18	HUM28	ACE20	ACE24	REL22	REL27	SD1	SD19	DE3	DE8	SU4	SU11	BDE6	BDE16	
ACC2	1.000																												
ACC7	0.759	1.000																											
INS10	0.324	0.326	1.000																										
INS23	0.261	0.253	0.493	1.000																									
POS12	0.385	0.547	0.309	0.192	1.000																								
POS17	0.394	0.561	0.324	0.124	0.873	1.000																							
PLA14	0.557	0.614	0.235	0.298	0.513	0.489	1.000																						
PLA25	0.580	0.658	0.253	0.262	0.545	0.521	0.907	1.000																					
ESU5	0.399	0.461	0.560	0.442	0.392	0.423	0.421	0.449	1.000																				
ESU15	0.289	0.267	0.686	0.439	0.250	0.258	0.144	0.167	0.725	1.000																			
VEN9	0.305	0.395	0.341	0.224	0.390	0.408	0.358	0.384	0.285	0.231	1.000																		
VEN21	0.136	0.225	0.229	0.193	0.153	0.175	0.187	0.251	0.218	0.225	0.712	1.000																	
SB13	-0.067	-0.037	0.043	-0.067	-0.034	-0.076	-0.082	-0.034	0.020	0.070	0.017	0.085	1.000																
SB26	-0.105	-0.078	-0.005	-0.035	-0.109	-0.109	-0.105	-0.116	-0.059	-0.003	-0.050	0.043	0.847	1.000															
HUM18	0.218	0.192	0.143	0.071	0.227	0.266	0.167	0.239	0.197	0.188	0.207	0.206	-0.067	-0.106	1.000														
HUM28	-0.198	-0.255	0.107	0.005	-0.103	-0.097	-0.385	-0.280	-0.176	0.045	-0.119	-0.092	-0.052	-0.018	0.380	1.000													
ACE20	0.425	0.565	0.307	0.220	0.457	0.484	0.558	0.586	0.459	0.228	0.314	0.153	-0.060	-0.095	0.187	-0.325	0.944	1.000											
ACE24	0.491	0.578	0.281	0.236	0.441	0.433	0.543	0.604	0.447	0.226	0.293	0.160	-0.107	-0.125	0.190	-0.334	0.944	1.000											
REL22	0.253	0.275	0.216	0.153	0.172	0.280	0.303	0.288	0.170	0.207	0.251	0.039	-0.020	0.167	-0.174	0.342	0.346	1.000											
REL27	0.169	0.243	0.174	0.144	0.110	0.151	0.241	0.268	0.274	0.156	0.205	0.265	0.127	0.054	0.127	-0.180	0.255	0.261	0.823	1.000									
SD1	0.159	0.130	0.218	0.131	0.103	0.116	0.054	0.034	0.092	0.102	0.181	0.177	0.027	0.013	0.304	0.272	0.070	0.002	0.196	0.115	1.000								
SD19	-0.004	-0.056	0.259	0.101	0.018	0.024	-0.158	-0.181	0.004	0.187	0.150	0.184	0.068	0.081	0.250	0.425	-0.061	-0.121	0.111	0.062	0.598	1.000							
DE3	0.028	0.093	-0.004	0.118	0.049	0.093	0.170	0.135	0.097	-0.008	0.181	0.129	0.139	0.119	0.081	-0.176	0.002	0.023	0.065	0.132	-0.001	-0.099	1.000						
DE8	0.079	0.095	0.056	0.135	0.054	0.061	0.184	0.142	0.094	0.022	0.190	0.128	0.148	0.092	0.087	-0.128	-0.046	0.000	0.083	0.123	0.042	-0.039	0.367	1.000					
SU4	-0.023	-0.036	-0.059	-0.037	-0.058	-0.058	0.078	0.043	-0.054	-0.037	-0.033	0.061	0.055	0.099	-0.070	-0.079	-0.035	-0.066	-0.099	-0.052	-0.006	-0.104	-0.038	-0.059	1.000				
SU11	-0.056	-0.021	-0.051	-0.061	-0.020	0.029	0.067	0.017	-0.046	-0.063	-0.029	-0.008	-0.019	0.052	-0.060	-0.041	0.007	-0.057	-0.130	-0.088	0.022	-0.090	-0.033	-0.080	0.345	1.000			
BDE6	-0.241	-0.174	-0.037	-0.003	-0.173	-0.182	-0.117	-0.159	-0.107	-0.095	-0.098	0.028	0.397	0.333	-0.010	-0.016	-0.150	-0.203	0.065	0.106	-0.005	-0.014	0.196	0.202	0.114	0.098	1.000		
BDE16	-0.261	-0.288	-0.104	-0.071	-0.202	-0.220	-0.148	-0.180	-0.241	-0.211	-0.092	0.010	0.323	0.339	-0.012	0.013	-0.179	-0.208	0.021	0.081	0.005	0.012	0.156	0.172	0.198	0.171	0.859	1.000	

Hình 1. Kết quả về đánh giá mối tương quan giữa các chiến lược ứng phó

IV. BÀN LUẬN

Kết quả từ chuyển ngữ và đánh giá tính giá trị nội dung cho thấy thang đo phù hợp để sử dụng trên đối tượng ung thư vú, hệ số Cronbach Alpha cho thấy tính tin cậy nội bộ cao của thang đo tổng 28 câu và 14 mục. Bên cạnh đó, kết quả mô tả về tỷ lệ các chiến lược sử dụng ở bệnh nhân ung thư vú trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các chiến lược ứng phó thích ứng tích cực trong việc đối mặt với bệnh của mình. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi được tìm thấy tương tự như nghiên cứu trên 57 phụ nữ Ai Cập được chẩn đoán ung thư vú với bản BriefCOPE cho thấy sự chấp nhận, hỗ trợ cảm xúc tinh thần và tôn giáo là những chiến lược bệnh nhân sử dụng thường xuyên nhất.<sup>4</sup> Tỷ lệ bệnh nhân ung thư có thực hiện chiến lược lập kế hoạch tương đối thường xuyên như suy nghĩ về những bước cần làm (60%) và cố gắng lập ra chiến lược về những việc cần làm (55,32%), và kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Li và cộng sự trên 100 phụ nữ mắc ung thư vú Trung Quốc chủ yếu sử dụng chiến lược lập kế hoạch và tự phân tâm để đối phó với bệnh của họ.<sup>5</sup> và đồng thời tương đồng với nghiên cứu về các chiến lược ứng phó thích ứng và không thích ứng trong đó các chiến lược thích ứng gồm điều chỉnh tích cực, chấp nhận, nhận hỗ trợ tinh thần,

nhận hỗ trợ cụ thể, lập kế hoạch là phổ biến ở bệnh nhân ung thư tiến triển.<sup>10</sup>

Tuy nhiên, kết quả đồng thời cho thấy vẫn cần nhiều quan tâm đến nhóm bệnh nhân có sự phủ nhận và tự trách, mặc dù nghiên cứu cho thấy sự phủ nhận bệnh có liên quan đến việc điều chỉnh tâm lý kém nhưng phủ nhận cũng được xem là một chiến lược đối phó thích ứng giúp bệnh nhân dần dần đối mặt với thực tế bệnh một cách từ từ mà không bị choáng ngợp bởi lo lắng và sợ hãi. Bên cạnh đó, chiến lược từ bỏ mặc dù cũng ít được sử dụng trên bệnh nhân nhưng cũng cần xem xét theo bối cảnh cụ thể. Từ bỏ là một cách đối phó với bệnh tật và ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tình trạng bệnh, hiệu quả của điều trị, tác dụng phụ của điều trị hoặc yếu tố tâm lý như lo lắng sợ hãi của bệnh nhân, trong đó, kết quả nghiên cứu tìm thấy "từ bỏ" liên quan đến việc bệnh nhân không còn cố gắng đối phó với bệnh tật và không tìm kiếm giải pháp do vậy dẫn đến ít có nỗ lực để làm cho tình huống tốt hơn lên (ứng phó chủ động) cũng như giảm việc thúc đẩy điều chỉnh tâm lý của họ (điều chỉnh tích cực) và ít chấp nhận tình trạng bệnh hơn.<sup>6,7</sup>

Các chiến lược về hài hước cũng được tìm thấy là hiếm ở bệnh nhân ung thư vú, và kết quả về hệ số tương quan nghịch giữa chiến lược "hài

hước" với chiến lược "lập kế hoạch", và giữa "hài hước" và "chấp nhận" cho thấy khi bệnh nhân ung thư vú chấp nhận thực tế rằng họ đang sống chung với bệnh tật, trải qua quá trình chấp nhận bệnh tật và hiểu tình hình sức khỏe của mình do đó việc sử dụng hài hước lấy bệnh tật làm trò đùa có thể không phù hợp với họ, hoặc tương tự, khi bệnh nhân chọn lựa việc lập kế hoạch ứng phó với bệnh tật và xác định các cách để đối mặt với bệnh tật thì việc sử dụng chiến lược hài hước là không phù hợp. Nói cách khác, mức độ ít sử dụng hoặc không sử dụng chiến lược lấy bệnh tật làm trò đùa cho thấy bệnh nhân ung thư vú đã chọn các hình thức ứng phó khác, chú trọng vào chấp nhận bệnh và lên kế hoạch để đối mặt với bệnh thay vì dùng hài hước để ứng phó với bệnh của họ.

Các nghiên cứu về các chiến lược ứng phó trên nhiều đối tượng cho thấy cho thấy một số chiến lược là tốt hơn những chiến lược khác tuy nhiên đối với bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng, chiến lược được sử dụng bởi bệnh nhân này có thể không phù hợp khi áp dụng với bệnh nhân khác, việc giúp bệnh nhân nhận diện những cách ứng phó không thích hợp như "từ bỏ", và tìm giải pháp hỗ trợ nhằm giúp họ tăng cường khả năng đối diện, chấp nhận bệnh tật từ đó giải quyết vấn đề tích cực hơn là hết sức quan trọng và cần thiết.<sup>8,9</sup>

## V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên thực hiện chuyển ngữ thang đo tương đương về mặt ngôn ngữ và thích ứng văn hóa tại Việt Nam. Nghiên cứu mô tả này cung cấp thông tin, kiến thức quan trọng về các chiến lược ứng phó mà bệnh nhân ung thư vú sử dụng nhiều khi đối phó với bệnh và các thách thức trong quá trình điều trị, đồng thời hiểu rõ mối tương quan giữa các chiến lược nhằm giúp nhận diện các chiến lược tương quan với nhau từ đó làm nền tảng thiết kế chương trình can thiệp phù hợp đồng thời đề xuất các phân tích sâu hơn tiếp theo về phân tích nhân tố khám phá và phân tích nhân tố khẳng định để xác định lại cấu trúc mô hình chiến lược ứng phó trên bệnh nhân ung thư vú và các yếu tố liên quan.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự tham gia của các phiên dịch viên: Điều dưỡng Rosa Pham McLoda, Medical Assistant, Digestive Health Associates of Texas; Bác sỹ Trần Thị Ngọc Hiếu, Doctor of Medicine, The University of Western

Australia, TS Lê Ngọc Tấn, The University of Quebec Montreal, Canada; Cử nhân ngôn ngữ Anh Nguyễn Mai Thi. Chúng tôi chân thành cảm ơn PGS, TS Thái Thanh Trúc; TS Tô Gia Kiên, TS. Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh; BS CKII Trần Trung Nghĩa; ThS BS Nguyễn Thị Phú; ThS BS CKI Bùi Xuân Mạnh; ThS Ái Ngọc Phân đã tham gia vào thẩm định bộ câu hỏi.

Chúng tôi cũng gửi lời biết ơn sâu sắc đến những bệnh nhân ung thư vú điều trị tại Bệnh viện Ung bướu TP HCM đã đồng ý và tham gia vào nghiên cứu. Đồng thời, chúng tôi cũng gửi lời cảm ơn bà Nguyễn Thị Ngọc Diệp, Thạc sĩ ngôn ngữ Anh, Việt kiều Úc đã hỗ trợ quà tặng cho bệnh nhân ung thư tham gia nghiên cứu.

Tài trợ kinh phí: Nguồn kinh phí chính cho thực hiện nghiên cứu được cấp từ nguồn đề tài cấp cơ sở tại Đại học Y Dược TPHCM.

Đóng góp của các tác giả: Nghiên cứu có sự đóng góp tương đương từ các tác giả bài báo.

Xung đột lợi ích: Không. Không có mâu thuẫn hay xung đột lợi ích nào được báo cáo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2020). Cancer Viet Nam 2020 country profile. <https://www.who.int/publications/m/item/cancer-vnm-2020>, truy cập ngày 10/05/2023.
2. **CS C.** You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
3. **DG B.** Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. *Educ Behav Stat.* 2002;27(4):335 - 340.
4. **EA E, WF A-E, HS A, O F, ME E.** Coping Strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer. *Breast cancer: basic and clinical research. Breast Cancer (Auckl).* 2014;8:97-102.
5. **J L, VA L.** Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nurs Health Sci.* 2007;9(3):199-204.
6. **Hack TF, Degner LF.** Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology.* 2003;13(14):235-247.
7. **Kneier A, Rosenbaum EH, Rosenbaum I, Behar D, Fobair P.** Coping with cancer: Ten Steps toward Emotional Well-Being. In. *Stanford Medicine Magazine* 2019:170-181.
8. **Carver CS, Connor-Smith J.** Personality and coping. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:679-704.
9. **R H, S S, H K-G, S G.** Variability and stability of coping in women with breast cancer. *Support Care Cancer. Support Care Cancer.* 2012;20(10):2277-2285.
10. **Adaptive and maladaptive coping strategies among patients with advanced cancer.** *Journal of Clinical Oncology.* 39(15).