

**ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

Người thực hiện: **NGUYỄN HỮU ĐỊNH**

**THỰC TRẠNG CÁC TRIỆU CHỨNG LO ÂU Ở
BỆNH NHÂN HẬU COVID 19 ĐIỀU TRỊ BỆNH VIỆN E.**

**KHOÁ LUẬN TỐT NGHIỆP ĐẠI HỌC
Y ĐA KHOA**

Hà Nội – 2023

**ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

Người thực hiện: **NGUYỄN HỮU ĐỊNH**

**THỰC TRẠNG CÁC TRIỆU CHỨNG LO ÂU Ở
BỆNH NHÂN HẬU COVID 19 ĐIỀU TRỊ BỆNH VIỆN E.**

**KHOÁ LUẬN TỐT NGHIỆP ĐẠI HỌC
Y ĐA KHOA**

Khoá: **QH.2017Y**

Người hướng dẫn: **TS.BS. NGUYỄN HỮU CHIẾN**

Hà Nội – 2023

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên em xin chân thành cảm ơn đến ban chủ nhiệm, thầy cô giáo Bộ môn Tâm thần và Tâm Lý học lâm sàng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi cho em có cơ hội được cọ sát với thực tế, tìm hiểu thêm những kiến thức không chỉ có trong sách vở và có thể hoàn thành tốt Khoá luận tốt nghiệp này.

Em xin gửi lời cảm ơn đến các Thầy/Cô Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sỹ trong hội đồng khoa học thông qua đề cương, hội đồng khoa học bảo vệ khoá luận đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu cho em trong quá trình nghiên cứu, hoàn chỉnh khoá luận tốt nghiệp chuyên ngành y đa khoa.

Từ đáy lòng mình, em xin gửi lời cảm ơn sâu sắc nhất đến **Thầy TS.BS Nguyễn Hữu Chiến** và **Ths. BSNT Nguyễn Việt Chung** kính mến, đã tận tình chỉ bảo, hướng dẫn chuyên môn chúng em về các vấn đề liên quan đến khoá luận. Em đã được học hỏi thêm rất nhiều từ thầy về phong cách làm việc, thái độ trong nghề nghiệp, sự tận tâm chỉ bảo của một người thầy cũng như sự chẫn chu, trách nhiệm của bản thân với công việc.

Qua đây, em xin cảm ơn cảm ơn các anh, chị, cô, chú đang làm việc ở Bệnh viện E đã tạo những điều kiện thuận lợi cho chúng em hoàn thành được khoá luận.

Một lần nữa, xin cảm ơn tất cả mọi người! Kính chúc mọi người nhiều sức khoẻ và hạnh phúc trong cuộc sống!

Hà Nội, ngày 22 tháng 05 năm 2023

Tác giả

Nguyễn Hữu Định

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

GAD7	: General Anxeity Disorder 7
ICD-10	: International Classification of Disiseases 10th Revision
WHO	: World Health Organization (Tổ chức Y Tế thế giới)
RLLA	: Rối loạn lo âu
SARS-CoV-2	: Severe acute respiratory syndrome coronavirus the 2 nd

LỜI CAM ĐOAN

Em là **Nguyễn Hữu Định**, sinh viên khoá QH.2017Y, ngành y đa khoa, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân em trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **TS.BS Nguyễn Hữu Chiến**.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu

Tác giả

Nguyễn Hữu Định

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1- TỔNG QUAN.....	3
1.1.CÁC KHÁI NIỆM LIÊN QUAN	3
1.1.1.Khái niệm về Sar- CoV- 2.....	3
1.1.2.Khái niệm về hậu COVID.....	4
1.1.3.Khái niệm về lo âu	6
1.2.MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ LO ÂU Ở NGƯỜI NHIỄM SARS- CoV- 2 TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM.....	11
1.2.1.Các nghiên cứu trên thế giới.....	11
1.2.2.Các nghiên cứu ở Việt Nam.....	15
CHƯƠNG 2- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	16
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	16
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	16
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	16
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	16
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	16
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	16
2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu.....	16
2.3.3. Các biến số nghiên cứu.....	17
2.4. Công cụ nghiên cứu	18
2.5. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu	21
2.6. Các sai số và cách khắc phục.....	21
2.7. Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu.....	21
2.8. Hạn chế của nghiên cứu	22
CHƯƠNG 3- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	24
3.1.Đặc điểm cá nhân của đối tượng hậu COVID-19 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022.....	24

3.2.Đặc điểm lo âu ở bệnh nhân hậu COVID- 19 theo thang điểm GAD7 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022.	28
3.3. Một số yếu tố liên quan đến lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022	33
CHƯƠNG 4- BÀN LUẬN.....	36
4.1. Đặc điểm cá nhân của người nhiễm SARS- CoV- 2 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022.....	36
4.2. Mô tả thực trạng rối loạn lo âu ở bệnh nhân hậu COVID-19 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022	37
4.3. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân hậu COVID-19 đã được điều trị tại bệnh viện E từ tháng 2/2022 – 3/2022	39
4.3.1.Mối liên quan giữa rối loạn lo âu với yếu tố cá nhân	39
4.3.2. Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và diễn biến bệnh	40
KẾT LUẬN	42
KHUYẾN NGHỊ	43
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	44
PHỤ LỤC	46

DANH MỤC BẢNG

Danh mục biểu đồ:

Biểu đồ 3.1. Phân bố tỉ lệ giới tính của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 3.2. Phân bố trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Danh mục bảng:

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố khoảng thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm về triệu chứng khi mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm về triệu chứng còn tồn tại tới hiện tại của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Số lần mắc Covid của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Tỷ lệ người mắc triệu chứng lo âu của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 và đặc điểm cá nhân

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 và số triệu chứng

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa lo âu ở bệnh nhân hậu COVID-19 và thời gian nằm viện

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 và số lần mắc.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 8/12/2019, một nhóm bệnh nhân có các triệu chứng do nguyên nhân lạ đã được báo cáo ở Trung Quốc. Sau một số thử nghiệm và nghiên cứu, đã được xác định virus gây bệnh là SARS-CoV-2[1] gây hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng.

Tính đến ngày 23/9/2021, Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) công bố trên toàn cầu đã có 761.402.282 trường hợp được xác nhận nhiễm COVID-19, trong đó có 6.887.000 trường hợp tử vong [2]

Tại Việt Nam kể từ đầu dịch đến nay có 1.746.092 ca nhiễm, đứng thứ 31/224 vùng lãnh thổ (trung bình cứ 1 triệu người sẽ có 17.706 ca nhiễm) [3]

Phần lớn các bệnh nhân nhiễm COVID-19 có triệu chứng tiêu hóa có thêm các triệu chứng khác về đường hô hấp như ho (92,6%), đau họng (81,5%). Các triệu chứng hô hấp khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như đờm (37%), nghẹt mũi (33,3%), khó thở (33,3%), đau ngực 9,3%, mất khứu giác (5,6%). Có 38,9% bệnh nhân sốt trên 38,5 độ. Số lượng trung bình các dòng bạch cầu không tăng trong nhóm nghiên cứu. Các chỉ số chức năng gan, thận trung bình đều nằm trong giá trị bình thường. CRP trung bình của nhóm nghiên cứu là 15,8mg/L[4]. Bên cạnh đó, SARS-CoV-2 cũng hình thành các rối loạn tâm thần kèm theo như lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, stress và các vấn đề khác trong thời gian cách ly, điều trị và cả khi khỏi bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Covid-19 gây nên các hệ quả trực tiếp và gián tiếp lên tình trạng sức khỏe tâm thần, COVID-19 có liên quan đến các biến chứng thần kinh và tâm thần, chẳng hạn như mê sảng/ các bệnh lý não, kích động, đột quỵ, mất ngủ, mất vị giác và khứu giác, lo âu, trầm cảm và hội chứng Guillain-Barré [5]

Theo nghiên cứu của Zhu và cộng sự (2020) hầu hết bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng là sốt (80,4%), ho (63,1%), mệt mỏi (46%)[6]

Theo nghiên cứu của Roger và cộng sự (2020) nhận thấy, trong giai đoạn cấp của bệnh, người mắc SARS-CoV-2 thường gặp các rối loạn tâm thần sau: trạng thái sảng 27,9%; khí sắc trầm 32,6%; lo âu 35,7%; trí nhớ giảm 34,2%; mất ngủ 41,9%. Nghiên cứu của Xiangyu Kong và cộng sự (04/2020) đã đánh giá các triệu chứng trầm cảm và lo âu bằng thang điểm Lo âu và Trầm cảm của Bệnh viện (HADS). Kết quả của nghiên cứu có tới 34,72% người tham gia có các triệu chứng lo âu và 28,47% người tham gia có triệu chứng trầm cảm [7]

Đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng đến một tỷ lệ lớn dân số thế giới, trong khi nhiều sự chú ý về mặt lâm sàng và tập trung nghiên cứu đã được dành cho việc điều trị tình trạng viêm do Sars- CoV- 2 gây ra, thì tình trạng sức khỏe tâm thần của bệnh nhân bị nhiễm virus cũng cần được xem xét bởi tương đối ít người biết về những ảnh hưởng trực tiếp tiềm tàng của nó đối với sức khỏe tâm thần. Do đó, em tiến hành đề tài “**Thực trạng các triệu chứng lo âu ở bệnh nhân hậu Covid 19 điều trị bệnh viện E**” với 2 mục tiêu sau:

1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng lo âu ở bệnh nhân mắc Covid hậu Covid điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022.
2. Mục tiêu 2: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh trên bệnh nhân mắc Covid điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. CÁC KHÁI NIỆM LIÊN QUAN

1.1.1. Khái niệm về Sars- CoV- 2:

Vào cuối tháng 12 năm 2019, một nhóm bệnh nhân được đưa vào bệnh viện với chẩn đoán ban đầu là viêm phổi không rõ nguyên nhân. Những bệnh nhân này có liên quan về mặt dịch tễ học với một chợ bán buôn hải sản và động vật hoang dã ở Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc. Tác nhân gây bệnh đã được xác định là một loại coronavirus mới [8]

Nhóm Nghiên cứu Coronavirus (CSG) thuộc Ủy ban phân loại virus quốc tế (ICTV) đã dựa trên phát sinh loài, phân loại học và thực tiễn, chính thức công nhận loại virus này có họ hàng với coronavirus gây hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng và gọi nó là coronavirus gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng 2 (SARS-CoV-2), tên tiếng anh là: Severe acute respiratory syndrome coronavirus the 2nd.

SARS-CoV-2 thuộc nhóm coronavirus (Betacoronavirus), họ Coronaviridae trong bộ Nidovirales có đường kính 65–125 nm và chứa một sợi RNA có chiều dài từ 26 đến 32 kb. Coronavirus bao gồm một số loại, chẳng hạn như alpha, beta, gamma, delta, H5N1 cúm A, H1N1 2009, và cùng nhóm với coronavirus gây hội chứng hô hấp ở Trung Đông (MERS-CoV) và coronavirus hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng (SARS-CoV) là nguyên nhân gây ra dịch SARS và bùng phát MERS lần lượt vào năm 2003 và 2012 [8]

Ngày 11 tháng 02 năm 2020, WHO công bố tên chính thức căn bệnh do coronavirus mới gây ra sẽ được đặt tên là COVID-19[9]

SARS-CoV-2 đã nhanh chóng lan rộng trên toàn thế giới với nhiều quốc gia và được WHO tuyên bố là đại dịch toàn cầu vào ngày 11 tháng 3 năm 2020[10]

Phương thức lây truyền chủ yếu của nó hiện nay là từ người sang người, thường được truyền qua các giọt dịch hô hấp mà con người hắt hơi, ho hoặc thở ra. Một người nhiễm bệnh có thể xuất hiện các triệu chứng sau thời gian ủ bệnh kéo dài từ 2 đến 14 ngày, trung bình là 5 ngày, trong thời gian đó nó vẫn có thể truyền nhiễm. Cần thận

trọng để giúp hạn chế lây truyền bệnh, bao gồm vệ sinh cá nhân tốt và rửa tay thường xuyên.

Triệu chứng lâm sàng:

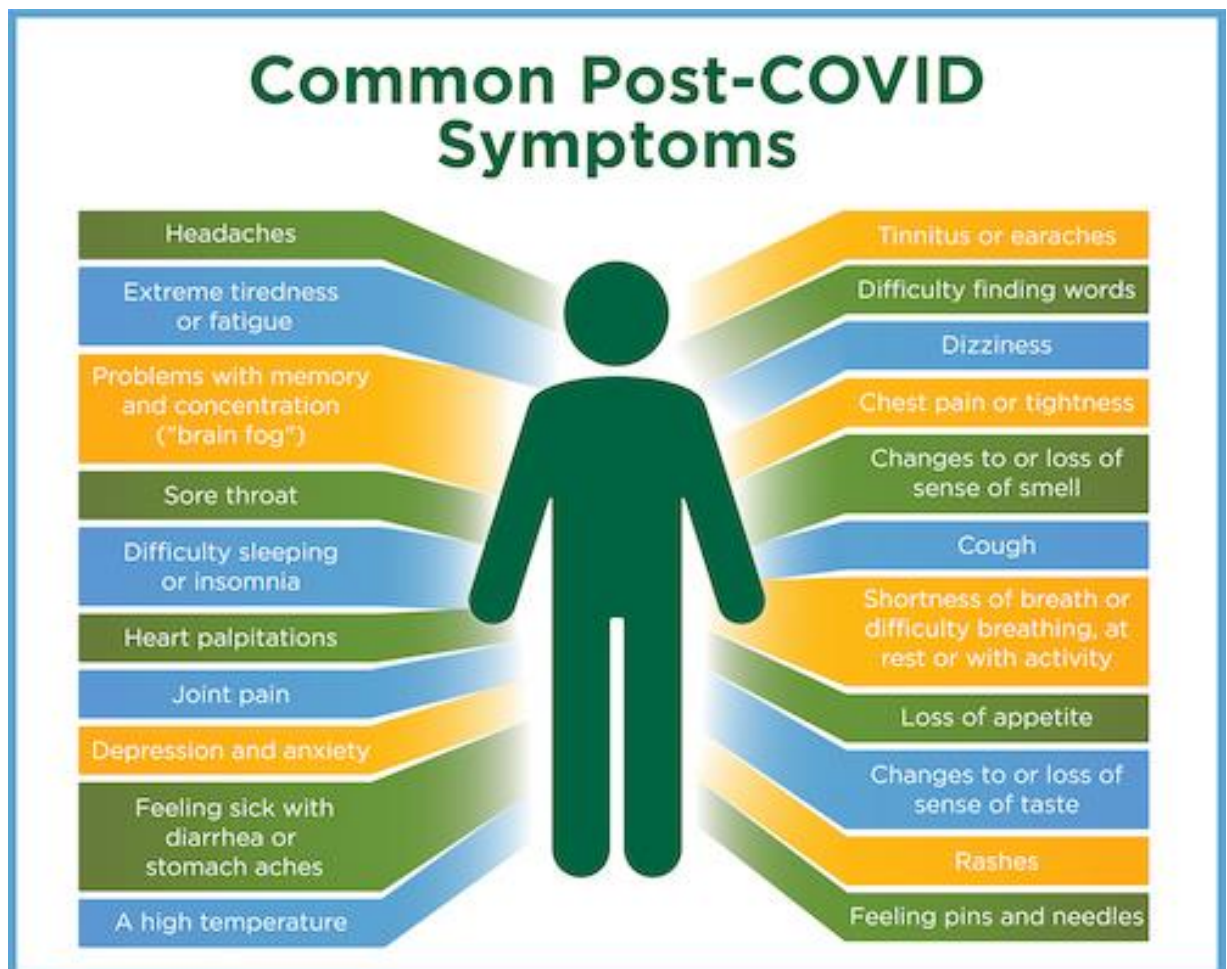
Thời gian ủ bệnh từ 2-14 ngày, trung bình 5-7 ngày, thể delta có thời gian ủ bệnh ngắn hơn.

Giai đoạn khởi phát: chủng alpha có các biểu hiện sốt, ho khan, mệt mỏi, đau họng, đau đầu. Một số trường hợp bị nghẹt mũi, chảy nước mũi,... Chủng mới delta triệu chứng thường nặng hơn (tiêu chảy, đau cơ, đau họng)

Giai đoạn toàn phát: 80% bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, 20% bệnh nhân diễn biến nặng và diễn biến nặng khoảng 5-10 ngày và 5% cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực. Thể delta khiến tỉ lệ nhập viện cấp cứu cao hơn

Giai đoạn hồi phục: bệnh nhân thường hết sốt sau 7-10 ngày, toàn trạng ổn định thường tự hồi phục, có thể gặp mệt mỏi kéo dài. Những trường hợp nguy kịch có thể phải hồi sức kéo dài nhiều tháng, có thể tiến triển xơ phổi, ảnh hưởng tâm lý.[11]

1.1.2. Khái niệm về hậu COVID-19



Theo WHO, "Tình trạng hậu COVID -19 xảy ra ở những người có tiền sử nhiễm SARS CoV-2 có thể hoặc đã được xác nhận, thường là 3 tháng kể từ khi bắt đầu COVID-19 với các triệu chứng và kéo dài ít nhất 2 tháng và không thể giải thích bằng chẩn đoán thay thế. Các triệu chứng phổ biến bao gồm mệt mỏi, khó thở, rối loạn chức năng nhận thức nhưng cũng có những triệu chứng khác và thường có ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày. Các triệu chứng có thể mới khởi phát sau khi hồi phục ban đầu sau đợt COVID-19 cấp tính hoặc kéo dài từ đợt bệnh ban đầu. Các triệu chứng cũng có thể dao động hoặc tái phát theo thời gian". Với định nghĩa được tiêu chuẩn hóa này, chúng tôi cũng sẽ có thể đo lường gánh nặng của căn bệnh này tốt hơn, giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về sự phổ biến của nó trên toàn cầu. Cuối cùng, chúng tôi hy vọng nó sẽ hỗ trợ và thúc đẩy nghiên cứu về chủ đề này. Việc có một định nghĩa thống nhất sẽ cho phép chúng tôi hiệp lực nghiên cứu toàn cầu và nâng cao hiểu biết có liên quan trên toàn cầu về tình trạng này."

1.1.3. Khái niệm về lo âu



Khái niệm: Lo âu là hiện tượng phản ứng tự nhiên (bình thường) của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua, tồn tại, vươn tới. Lo âu là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa. Lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh

hướng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ quá mức hay vô lý đó gọi là lo âu bệnh lý

Trước thế kỷ XIX nó hầu như không được xem là bệnh. Nhưng điều đó không hoàn toàn đúng, có những dấu hiệu cho thấy rằng lo âu đã được xác định rõ ràng là một ảnh hưởng tiêu cực và là một chứng rối loạn riêng biệt bởi các nhà triết học và bác sĩ Hy Lạp-La Mã.

Trong *Tusculan Disputations*, Cicero (106 TCN đến 43 TCN) đã gọi đau khổ (*molestia*), lo lắng (*sollicitudo*), và lo âu (*angor*) là rối loạn (*aegritudo*), do sự tương đồng giữa tâm trí rắc rối và một cơ thể bệnh tật, với lo âu (*angor*). Giữa thời cổ đại và tâm thần học hiện đại, đã có một khoảng thời gian hàng thế kỷ khi khái niệm lo âu được coi như một căn bệnh dường như đã biến mất khỏi các ghi chép bằng văn bản. Bệnh nhân lo âu vẫn còn tồn tại, nhưng họ được chẩn đoán bằng các thuật ngữ chẩn đoán khác. Vào cuối thế kỷ XIX đầu thế kỷ XX, lo âu là một thành phần quan trọng của nhiều loại chẩn đoán mới, từ suy nhược thần kinh đến chứng loạn thần. George Miller Beard lần đầu tiên mô tả chứng suy nhược thần kinh vào năm 1869. Các triệu chứng của nó rất đa dạng bao gồm có triệu chứng lo âu. Sigmund Freud đã tách chứng loạn thần kinh lo âu khỏi chứng suy nhược thần kinh. Kể từ thế kỷ XX, lo âu cũng là một rối loạn trong phân loại tâm thần học. Ngưỡng lâm sàng giữa lo lắng thích ứng bình thường trong cuộc sống hàng ngày và lo âu bệnh lý đau buồn cần điều trị tùy thuộc vào đánh giá lâm sàng [12]

W.H Auden gọi kỹ nguyên hiện tại là “Kỷ nguyên của lo âu”. Sự phức tạp hiện nay của nền văn minh, sự biến đổi nhanh chóng trong mọi mặt của đời sống, sự mất đi một số giá trị tinh thần, truyền thống ... đã và đang gây ra những xung đột và lo âu mới cho nhiều cá nhân và xã hội ở những mức độ khác nhau. Lo âu thường gặp là một cảm giác sợ hãi mơ hồ, khó chịu, lan tỏa cùng với rối loạn cơ thể ở bất cứ bộ phận nào, chúng thường mang tính chất chu kỳ.

Lo âu có thể là hoạt động thích nghi như là một tín hiệu báo động và bảo trước sự đe dọa bên ngoài hoặc bên trong và hậu quả là tạo ra hoạt động thích hợp. Cần phân biệt giữa lo âu bình thường và lo âu bệnh lý. Người bị lo âu bình thường có thể được điều trị bằng cách trấn an hoặc biện pháp tâm lý đơn giản nếu cần. Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng

đến hoạt động, không mất đi với sự trấn an và có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ quá mức hay vô lý[13]

Theo “Từ điển Tâm lý học” của GS.TS. Vũ Dũng (2008) RLLA là: “Sự sợ hãi quá mức không có nguyên nhân hay do chủ quan của bệnh nhân và không thể giải thích được do một bệnh tâm thần hoặc do bệnh cơ thể. RLLA là rối loạn mà bệnh nhân không thể kiểm soát được, biểu hiện bền vững và mang tính lan tỏa, thậm chí có thể xảy ra dưới dạng kịch phát”. Các RLLA gồm: Các RLLA ám ảnh sợ: ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ xã hội, ám ảnh sợ đặc hiệu, ám ảnh cưỡng bức, rối loạn hoảng sợ, RLLA lan tỏa [14]

Theo Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ, Lo âu là một cảm xúc được đặc trưng bởi sự lo lắng và các triệu chứng căng thẳng trong đó một cá nhân dự đoán được nguy hiểm, thảm họa hoặc bất hạnh sắp xảy ra. Cơ thể thường tự vận động để đáp ứng các mối đe dọa được nhận thức: Cơ bắp trở nên căng thẳng, thở nhanh hơn và tim đập nhanh hơn. Lo lắng có thể được phân biệt với sợ hãi cả về mặt khái niệm và sinh lý, mặc dù hai thuật ngữ này thường được sử dụng thay thế cho nhau. Lo lắng được coi là một phản ứng hướng tới tương lai, có tác dụng lâu dài, tập trung rộng rãi vào một mối đe dọa lan tỏa, trong khi nỗi sợ hãi là một phản ứng thích hợp, hướng đến hiện tại và tồn tại trong thời gian ngắn đối với một mối đe dọa cụ thể và có thể xác định rõ ràng

Trầm cảm và lo âu thường đi đôi với nhau. Triệu chứng lo âu ở nhiều người bị trầm cảm còn gây khó chịu hơn cả các triệu chứng trầm cảm của họ[13]

Những dấu hiệu của lo âu

Triệu chứng nhận thức: Sợ mất kiểm soát, sợ tổn thương cơ thể hoặc tử vong, sợ bị phát điên, sợ bị người khác đánh giá xấu, có những suy nghĩ về hình ảnh hay kí ức đáng sợ, có nhận thức không thực tế hoặc không liên quan, kém tập trung, hay nhầm lẫn, giảm sự chú ý, khó để nói

Triệu chứng sinh lý: Tăng nhịp tim, hồi hộp trống ngực, khó thở, thở nhanh, đau ngực hoặc nặng ngực, cảm giác bóp nghẹn, chóng mặt, đổ mồ hôi, bốc hỏa, ớn lạnh, buồn nôn, đau bụng, rối loạn tiêu hóa, run rẩy, dị cảm, tê bì tay chân, cảm thấy mất sức lực, căng mồm cơ, khô miệng

Triệu chứng hành vi: tránh các tình huống đe dọa, theo đuổi sự an toàn, bồn chồn kích động, thờ ơ, ít vận động, khó để nói

Triệu chứng cảm xúc: lo lắng, sợ hãi, bồn chồn, thiếu kiên nhẫn, hay tức giận.

[15]

Tiêu chuẩn chẩn đoán Rối loạn lo âu lan tỏa theo DSM-V

Bệnh nhân có

Lo âu quá mức và lo lắng về một số hoạt động hoặc sự kiện

Bệnh nhân gặp khó khăn trong việc kiểm soát những lo lắng, số ngày bị lo lắng xuất hiện nhiều hơn những ngày không có triệu chứng và kéo dài ≥ 6 tháng. Những lo lắng cũng phải liên quan đến ≥ 3 trong số những điều sau đây:

Cảm giác bồn chồn hoặc căng thẳng hoặc bực dọc

Dễ bị mệt mỏi

Khó tập trung

Cáu gắt

Căng cơ

Giấc ngủ bị rối loạn

Ngoài ra, lo âu và lo lắng không thể được giải thích bởi việc sử dụng chất hoặc rối loạn về cơ thể (ví dụ, cường giáp).

1.2 ĐẶC ĐIỂM CỦA LO ÂU Ở NGƯỜI NHIỄM SARS- CoV-2:

Dịch tễ

Rối loạn lo âu là chứng rối loạn tâm thần phổ biến nhất trong suốt cuộc đời, chúng thường bắt đầu từ thời thơ ấu và thanh thiếu niên. Những rối loạn này - RLLA tổng quát, RLLA xã hội, RLLA phân ly, ám ảnh sợ hãi cụ thể, rối loạn hoảng sợ và chứng sợ mất trí nhớ - có tỷ lệ hiện mắc suốt đời gần 30% [16]

Trong một nghiên cứu của bất kỳ năm nào ước tính tỷ lệ phần trăm người lớn Hoa Kỳ mắc các chứng RLLA khác nhau là: ám ảnh cụ thể: 8% đến 12%; RLLA xã hội: 7%; rối loạn hoảng sợ: 2% - 3%; sợ agoraphobia: 1-2,9% ở thanh thiếu niên và người lớn; RLLA tổng quát: 2%; RLLA phân ly: 0,9%-1,9%. Phụ nữ có nhiều khả năng bị RLLA hơn nam giới

Trong suốt năm 2020, đại dịch đã dẫn đến sự gia tăng 27,6% số trường hợp rối loạn trầm cảm nặng và 25,6% các trường hợp RLLA toàn cầu. Hầu hết mọi người đều xuất hiện các triệu chứng lo âu hoặc trầm cảm hoặc cả 2 khi mất đi người thân do đại dịch hoặc ít nhiều bị chính đại dịch ảnh hưởng đến.[17]

Căn nguyên và cơ chế gây bệnh

Đối với lo âu, điều quan trọng cần lưu ý là mọi người đều cảm thấy lo lắng ở một mức độ nào đó thường xuyên trong suốt cuộc đời của họ. Nguyên nhân của RLLA có thể liên quan đến các chất dẫn truyền thần kinh, chẳng hạn như dopamine, serotonin, norepinephrine. Có khả năng tình trạng này có nhiều nguyên nhân có thể bao gồm:

Bệnh đi kèm phổ biến hơn là không mắc chứng RLLA, có nghĩa là hầu hết những người bị lo lắng nghiêm trọng đều trải qua nhiều loại lo lắng khác nhau.

Liên quan đến các yếu tố môi trường trong gia đình, hành vi nuôi dạy con cái cũng có thể tác động đến nguy cơ RLLA. Trải qua các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống hoặc căng thẳng mãn tính cũng liên quan đến sự phát triển của chứng RLLA. Khả năng tiếp cận thấp hơn với các nguồn lực kinh tế xã hội hoặc là thành viên của một nhóm thiểu số cũng được cho là có liên quan đến nguy cơ cao hơn.

Trải qua một tình trạng bệnh mãn tính, bệnh nặng, người nhà mắc bệnh cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc chứng RLLA [18]

Với người bệnh COVID-19, Lo lắng về sức khỏe, phát sinh do hiểu sai về cảm giác cơ thể và những thay đổi nhận thức, có thể có tác dụng bảo vệ trong cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên, trong thời kỳ bùng phát dịch bệnh truyền nhiễm, đặc biệt nếu thông tin sai lệch hoặc phóng đại trên các phương tiện truyền thông về các yếu tố liên quan đến sự lây truyền của vi rút, thời gian ủ bệnh, phạm vi địa lý của nó, số người nhiễm và tỷ lệ tử vong thực tế đã dẫn đến sự bất an và lo sợ trong người dân [19]

Theo dõi tiếp xúc bắt buộc và cách ly 14 ngày, là một phần trong các phản ứng của Chính phủ các nước để bảo vệ sức khỏe cộng đồng đối với sự bùng phát dịch bệnh, có thể làm bệnh nhân lo lắng và mặc cảm hơn về tác động của việc lây nhiễm, cách ly và kỳ thị đối với gia đình và bạn bè của họ [20]

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng lo lắng, khó nhớ hoặc khó tập trung và tâm trạng chán nản là những biểu hiện tâm thần kinh chính ở những bệnh nhân bị nhiễm coronavirus, cho thấy rằng sự xuất hiện của các triệu chứng này có thể là hậu quả của việc nhiễm virus [21]

Theo nghiên cứu của Bun Sheng và cộng sự (2005), mức độ nghiêm trọng của người bệnh có hội chứng hô hấp cấp tính và corticosteroid có liên quan đáng kể với biểu hiện lo âu, trầm cảm, rối loạn tâm thần và các vấn đề về hành vi trong giai đoạn cấp tính.

Tác dụng phụ khi sử dụng corticosteroid có ảnh hưởng đến biểu hiện lo âu, trầm cảm chiếm 2,9% [22]

Triệu chứng lâm sàng Triệu chứng cơ bản là lo âu, hoảng sợ, thường phát sinh cấp, thời gian diễn biến bệnh kéo dài ngày nhiều tuần (thường là 6 tháng), có khi xuất hiện những cơn hoảng sợ cấp, lặp đi lặp lại.

Sợ hãi (lo lắng về bất hạnh trong tương lai, cảm giác “dễ cáu”, khó tập trung...).

Căng thẳng vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau căng đầu, run chân tay, không có khả năng thư giãn)

Hoạt động quá mức thần kinh tự chủ (đầu óc trống rỗng, ra mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt...)

Sự lo âu - sợ hãi là biểu hiện chính, chủ yếu, nguyên phát dẫn đến phản ứng sợ sệt quá mức.

Người bệnh khó vào giấc ngủ vì suy nghĩ nghiền ngẫm trong đêm, thức giấc lúc nửa đêm hoặc gặp ác mộng [23]

Các yếu tố liên quan đến lo âu nói chung

Giống như các rối loạn tâm thần khác, mặc dù nhiều nghiên cứu đã cung cấp một số dữ liệu nhưng cho đến nay khoa học vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân chính xác gây ra stress, lo âu, trầm cảm. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã chỉ ra được các yếu tố liên quan đến các rối loạn đó. Bao gồm các yếu tố sau:

- Các đặc điểm cá nhân: tuổi, giới tính, cân nặng, tình trạng bệnh tật, tính cách, suy nghĩ, trình độ học vấn, lối sống...

- Gia đình: di truyền, số người trong gia đình, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình, tình trạng về kinh tế, vật chất...

- Môi trường xã hội: an ninh trật tự, tình hình chính trị, văn hoá, kinh tế...

- Nơi làm việc: các mối quan hệ trong công việc, văn hoá tổ chức, môi trường làm việc, cơ sở vật chất, trang thiết bị, khối lượng công việc, các nguy cơ gặp phải trong công việc, vị trí, chức danh...

- Môi trường tự nhiên: thiên tai, thời tiết, tiếng ồn, nhiệt độ, giao thông, bụi, sự ô nhiễm...

Các yếu tố liên quan đến COVID-19

Không đủ nguồn lực bảo vệ

Sự thiếu hụt các công cụ bảo vệ là một yếu tố rủi ro dẫn đến những căng thẳng tâm lý trong đại dịch COVID-19. Tuy nhiên, một số nghiên cứu báo cáo rằng việc thiếu thiết bị bảo vệ cá nhân, đào tạo không đầy đủ hoặc không đầy đủ và các biện pháp khuyến khích khác liên quan đến bảo vệ đã ảnh hưởng đến nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở nhân viên y tế. Bên cạnh đó, Sakib *etal* cho thấy chỉ 15,9% chuyên gia chăm sóc sức khỏe hài lòng với chất lượng của PPE do chính quyền cung cấp và tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở những HCP không hài lòng với PPE (30,2% so với 18,0%). Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào báo cáo các vấn đề liên quan đến PPE đối với sức khỏe tâm thần được tiến hành trong các nhóm thuận tập khác.

Nhận thức liên quan đến COVID-19

Nhận thức của mọi người về đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần của họ. Một nghiên cứu cho thấy rằng những người tham gia có niềm tin thấp nhất vào nơi sống hiện tại của họ do đại dịch COVID-19 và rất lo lắng về thu nhập của họ cho thấy mối liên hệ cực kỳ quan trọng với mức độ đau khổ về sức khỏe tâm thần cao hơn. Trong khi đó, trong trường hợp nhận thức về cuộc sống xã hội hiện tại, những người được hỏi hài lòng thì ít có khả năng bị trầm cảm, lo lắng và căng thẳng.

Ngoài ra, nhận thức liên quan đến sự cách ly và phong tỏa do đại dịch COVID-19 gây ra, tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của đại dịch, tác động của nó đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe, khiến mọi người không thể có đủ chăm sóc y tế.

Sợ lây nhiễm COVID-19

Hầu hết các nghiên cứu báo cáo rằng nỗi sợ nhiễm COVID-19 ảnh hưởng đến nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần, trong khi nỗi sợ bị nhiễm SARS-CoV-2 của bản thân hoặc thành viên gia đình hoặc người thân của họ là những yếu tố rủi ro. Ví dụ, các nhân viên ngân hàng báo cáo rằng họ sợ bị nhiễm SARS-CoV-2 khi đồng nghiệp của họ bị nhiễm bệnh, sau đó phát triển các vấn đề

về sức khỏe tâm thần (cụ thể hơn là lo âu, trầm cảm) ở các nhân viên ngân hàng khác.

Các triệu chứng liên quan đến COVID-19

Những người có triệu chứng liên quan đến COVID-19 có nguy cơ cao mắc các hậu quả liên quan đến sức khỏe tâm thần. Một nghiên cứu giữa các sinh viên cho thấy sinh viên có nhiều hơn một triệu chứng có tỷ lệ căng thẳng và mức độ lo lắng cao hơn so với những sinh viên có một triệu chứng (tương ứng là 3,06 so với 1,60 và 4,96 so với 3,02; tham khảo: không có triệu chứng). Tương ứng, một nghiên cứu khác đã quan sát thấy rằng những người tham gia có các triệu chứng giống COVID-19, bao gồm sốt, mệt mỏi và ho khan trong 14 ngày qua, dễ bị trầm cảm, lo lắng và căng thẳng.

Bị nghi ngờ/ nhiễm COVID-19

Những cá nhân nghi ngờ hoặc xác nhận rằng họ có tiếp xúc gần hoặc gián tiếp với các trường hợp được xác nhận nhiễm COVID-19 đã phải chịu mức độ lo lắng, trầm cảm và căng thẳng cao hơn đáng kể. Tương tự như vậy, nguy cơ lo lắng và căng thẳng cao hơn gấp 3,17 và 3,99 lần được quan sát thấy ở những người tham gia báo cáo đã tiếp xúc với những cá nhân được xác nhận mắc COVID-19.

Bị cách ly hoặc cô lập

Cách ly và phong tỏa là những tình huống thường làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần cao hơn. Ví dụ, một nghiên cứu cho thấy những người tham gia báo cáo bị cách ly lo lắng gấp 3,67 lần so với những người không bị cách ly. Một nghiên cứu khác của Ripon *et al* báo cáo rằng phụ nữ thường có nguy cơ mắc PTSD và trầm cảm cao hơn 4,7 và 4,8 lần ở những người bị cách ly tại nhà so với những người bị cách ly nam.

Cơ sở chăm sóc sức khỏe và thông tin liên quan đến bệnh nhân

Các bác sĩ báo cáo không đủ nguồn lực để đối phó với những bệnh nhân bị nhiễm COVID-19 có nguy cơ trầm cảm và/hoặc lo lắng cao hơn; nghĩa là, rủi ro cao hơn lần lượt là 2,28, 5,30 và 2,99 lần được dự đoán đối với các mức độ trầm cảm và/hoặc lo lắng nhẹ, trung bình và nghiêm trọng. Vì vậy, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã được báo cáo về tình trạng bồn chồn khi kiểm tra bệnh nhân có

các triệu chứng giống như cúm, trong khi tỷ lệ trầm cảm được xác định ở những bác sĩ này cao gấp đôi so với những người không bồn chồn. Do đó, các bác sĩ báo cáo sẵn sàng đối phó với bệnh nhân dương tính với COVID-19 đã trải qua mức độ trầm cảm và lo lắng cao hơn.

1.3. Giới thiệu thang đo lường GAD7 và các yếu tố liên quan.

Hiện nay, trên thế giới có rất nhiều bộ công cụ được sử dụng để nghiên cứu, đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần. Có thể kể đến một số bộ công cụ được sử dụng nhiều trong nghiên cứu khoa học như thang tự đánh giá lo âu của Zung (SAS), thang đánh giá lo âu của Beck (BAI), thang đo đánh giá trầm cảm của Beck (BDI), Thang điểm tự đánh giá trầm cảm của Zung (SDS), thang đo trầm cảm PHQ-9 của Spitzer, Williams và Kroenke, thang đánh giá trầm cảm và lo âu (AKUADS), thang đánh giá stress, lo âu, trầm cảm của Lovibond (DASS 21 và DASS 42), Thang đo Lo âu và Trầm cảm Bệnh viện (HADS),...[24]

Thang đo GAD7 (General Anxiety Disorder 7) được thiết kế bởi Spitzer. Nghiên cứu đã được thực hiện tại 15 phòng khám chăm sóc ban đầu ở Hoa Kỳ từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 6 năm 2005 với sự tham gia của 2740 bệnh nhân trưởng thành.

Thang đo gồm 7 mục có độ tin cậy tốt với độ nhạy 89% và độ đặc hiệu 82%. Điểm càng cao chứng tỏ sức khỏe tâm thần bệnh nhân càng đáng báo động. Mặc dù GAD và các triệu chứng trầm cảm thường xảy ra đồng thời nhưng phân tích nhân tố đã xác nhận chúng là khía cạnh khác biệt. [25]

Tóm lại, GAD7 là công cụ hợp lệ và hiệu quả để sàng lọc GAD và đánh giá mức độ nghiêm trọng của nó trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng. Vì vậy, tôi đã chọn thang điểm GAD7 để sử dụng cho nghiên cứu của mình

1.4. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ LO ÂU, TRẦM CẢM Ở NGƯỜI NHIỄM SARS-CoV- 2 TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM:

1.4.1. Các nghiên cứu trên thế giới:

Hiện nay, các vấn đề sức khỏe tâm thần đang ngày được quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là trong hoàn cảnh đại dịch Covid-19 đang trở thành vấn đề nhức nhối trên toàn cầu. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về lo âu, trầm cảm theo nhiều hướng và trên nhiều đối tượng khác nhau như: học sinh – sinh viên, thanh thiếu niên, người mắc các bệnh mãn tính phụ nữ có thai, sinh viên y– dược, các NVYT – người trực tiếp hay gián tiếp

chăm sóc sức khỏe cho nhân dân...và đặc biệt là những người được xác định là dương tính với SARS- CoV-2.

Nghiên cứu của Xiangyu Kong và cộng sự (2020) đã đánh giá các triệu chứng trầm cảm và lo âu bằng Thang điểm Lo âu và Trầm cảm của Bệnh viện 18 (HADS), và các yếu tố liên quan bằng Thang điểm Hỗ trợ Xã hội Nhận thức (PSSS) ở các bệnh nhân được chẩn đoán là mắc COVID-19. Mẫu của nghiên cứu bao gồm 144 bệnh nhân mắc COVID-19 tại Bệnh viện Huoshenshan (Vũ Hán, Trung Quốc). Kết quả của nghiên cứu có tới 34,72% người tham gia có các triệu chứng lo âu và 28,47% người tham gia có triệu chứng trầm cảm. Nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa trạng thái lo âu, trầm cảm với hỗ trợ xã hội; với các đặc điểm nhân khẩu học như: tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và sự lây nhiễm của các thành viên khác trong gia đình. Nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân nữ và những bệnh nhân lớn tuổi, có độ bão hòa oxy thấp hơn và ít hỗ trợ xã hội hơn sẽ có xu hướng xuất hiện các triệu chứng lo âu. Bên cạnh đó, những bệnh nhân lớn tuổi, người thân trong gia đình bị nhiễm bệnh và ít được hỗ trợ xã hội hơn có nhiều khả năng bị trầm cảm cao hơn. Nghiên cứu chỉ thu thập dữ liệu khi bệnh nhân nhập viện, do đó không cho phép điều tra những suy luận hoặc thay đổi theo thời gian [7]

Nghiên cứu của Clara Paz và cộng sự (2020) sử dụng thang đo trầm cảm(PHQ-9) và thang đo lo âu (GAD-7) để đánh giá tình trạng trầm cảm lo âu ở bệnh nhân được xác định hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 tại Ecuador. Mẫu của nghiên cứu gồm 759 người trong đó có 59,7% là nghi nhiễm và 40,3% được xác nhận là mắc COVID-19. Kết quả cho thấy 22,9% bệnh nhân nhiễm SARS-CoV- 2 và 18,5% người nghi nhiễm bị trầm cảm; tỷ lệ lo âu ở người bệnh COVID-19 và người nghi nhiễm có sự chênh lệch không nhiều (24,2%và21,4%). Không có sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ trầm cảm và lo âu khi so sánh các trường hợp đã xác nhận và nghi ngờ. Nghiên cứu chỉ tập trung so sánh các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của hai nhóm bệnh nhân được xác nhận nhiễm bệnh và nghi ngờ nhiễm bệnh, chưa mở rộng đến các yếu tố cá nhân như mối quan hệ với gia đình, bạn bè, xã hội,...[26]

Nghiên cứu của Jie Zhang, Zhen Yang và cộng sự (07/2020) đã sử dụng Thang điểm Lo âu và Trầm cảm Bệnh viện (HADS) để đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm ở các bệnh nhân mắc COVID- 19. Mẫu của nghiên cứu bao gồm 296 bệnh nhân từ Bệnh viện Fang Cang (Vũ Hán, Hồ Bắc, Trung Quốc) nhiễm COVID-19 có biểu hiện nhẹ.

Kết quả cho thấy, tỷ lệ lo âu chiếm 20,9% và tỷ lệ trầm cảm chiếm 18,6% những người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ ra 19 đặc điểm lo âu, trầm cảm ở người nhiễm SARS-CoV-2 có triệu chứng nhẹ và khả năng phục hồi của bệnh nhân; khả năng phục hồi có mối liên hệ tiêu cực với lo lắng và trầm cảm, vì những bệnh nhân có mức độ phục hồi cao hơn có mức độ lo lắng và trầm cảm thấp hơn [5].

Nghiên cứu của Xueyi Li, Jun Tian và Qun Xu (2020) cũng đã sử dụng thang điểm Lo âu và Trầm cảm Bệnh viện (HADS) để đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm ở các bệnh nhân mắc COVID-19. Mẫu của nghiên cứu bao gồm 99 bệnh nhân nhiễm SARS-CoV-2 tại Bệnh viện Leishenshan ở Trung Quốc. Kết quả của nghiên cứu có 41,5% có biểu hiện lo âu và 50,5% người bị trầm cảm. Nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng các yếu tố liên quan đến triệu chứng lo âu là tuổi tác và giới tính; tuổi và thời gian nằm viện là những yếu tố ảnh hưởng đến triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân COVID-19 [27]

Một nghiên cứu tổng hợp của Jiawen Deng và cộng sự (10/2020) đã tìm kiếm để tìm các bài báo có liên quan trên MEDLINE, EMBASE, PubMed, Web of Science, CINAHL, Wanfang Data, Wangfang Med Online, CNKI và CQVIP và đưa vào phân tích của 31 nghiên cứu với mẫu n= 5153. Đa số bệnh nhân được chọn là bệnh nhân nội trú và bệnh nhân đến từ Trung Quốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 45% bệnh nhân COVID-19 bị trầm cảm, 47% bệnh nhân có triệu chứng lo âu [28]

1.4.2. Các nghiên cứu ở Việt Nam:

Tại Việt Nam, vấn đề sức khỏe tâm thần dần được quan tâm nhiều hơn, tuy nhiên các nghiên cứu về lo âu của người bệnh hậu Covid vẫn còn rất hạn chế. Có thể liệt kê một số công trình nghiên cứu sau đây:

Khảo sát của Tiến sĩ tâm lý Trì Thị Minh Thúy (09/2021) tại Bệnh viện Hồi sức COVID-19 TP.Hồ Chí Minh (do Bệnh Viện Chợ Rẫy phụ trách) cho biết kết quả khảo sát, đánh giá sức khỏe tinh thần của bệnh nhân COVID-19 bị trầm cảm là 20%, RLLA là 53,3%, stress là 16,7%. Đặc biệt, những bệnh nhân từng thở oxy qua mặt nạ, hoặc thở máy có tỉ lệ RLLA cao, lên tới 66,7%. Đồng thời, 67% bệnh nhân rất mong muốn được tư vấn, điều trị tâm lý trong suốt quá trình điều trị tại bệnh viện và sau khi xuất viện [29]

Qua tìm hiểu các nghiên cứu trong nước và ngoài nước, tôi nhận thấy sức khỏe tâm thần của bệnh nhân nhiễm SARS- CoV- 2 cần được quan tâm nhiều hơn. Tuy nhiên, có thể thấy số lượng các nghiên cứu về lo âu và trầm cảm của bệnh nhân hậu Covid còn hạn chế. Với mong muốn góp phần vào nghiên cứu sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan trên đối tượng bệnh nhân COVID-19, tôi thực hiện nghiên cứu này để cung cấp thêm thông tin, góp phần mô tả bức tranh về sức khỏe tâm thần bệnh nhân hậu COVID-19 để từ đó có thể đưa ra các giải pháp để tăng cường sức khỏe tâm thần cho người bệnh.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

Bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm virus SARS- CoV-2, được điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022.

Bệnh nhân đồng ý tham gia trả lời các câu hỏi sau khi được giới thiệu và giải thích về nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân gặp khó khăn trong việc khai thác thông tin.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: 2021-2022.

Thời gian thu thập số liệu: 2021-2022.

Địa điểm thực hiện nghiên cứu: Bệnh viện E

Giới thiệu địa điểm nghiên cứu:

Bệnh viện E là một cơ sở y tế chuyên khoa tuyến trung ương uy tín hàng đầu tại Hà Nội với lịch sử hình thành và phát triển hơn 50 năm.

Trong suốt hơn 50 năm hình thành và phát triển bệnh viện không ngừng đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, cập nhật các công nghệ, kỹ thuật hiện đại, nâng cao chất lượng chuyên môn đội ngũ y bác sĩ và cán bộ nhân viên để phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân.

Bên cạnh nhiệm vụ khám và điều trị cho người dân, Bệnh Viện E cũng tập trung nguồn lực thực hiện nhiều đề tài nghiên cứu khoa học, đội ngũ y bác sĩ không ngừng tiếp nhận đào tạo y tế[30]

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: thuận tiện

Cỡ mẫu thu thập được: 65 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện và chọn toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, bộ câu hỏi được gọi điện cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

2.3.3. Các biến số nghiên cứu

Mục tiêu 1

Tên biến	Định nghĩa	Loại biến	PP thu thập số liệu
Mức độ lo âu	Mức độ lo âu ở bệnh nhân mắc hậu Covid theo thang đo GAD7 (bình thường, lo âu)	Định tính	Mẫu phiếu điện tử

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân COVID- 19 đã được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện E

1	Tuổi	Tính theo năm dương lịch	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
2	Giới tính	Giới tính nam hoặc nữ theo thông tin CMND/CCCD	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
3	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp do bệnh nhân cung cấp	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
4	Nơi sống	Nơi sống được ghi trong CMND/CCCD	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
5	Thời gian nằm viện	Thời gian tính theo ngày từ lúc nhập viện đến khi ra viện	Định lượng	Mẫu phiếu điện tử
6	Triệu chứng bệnh	Bệnh nhân có triệu chứng hậu COVID hay không	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
7	Tiền sử bệnh nền	Bệnh nhân có hay không có bệnh lý mạn tính	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
8	Số lần mắc COVID	Bệnh nhân cung cấp	Định lượng	Mẫu phiếu điện tử
9	Các triệu chứng khi mắc	Những triệu chứng xuất hiện khi bệnh nhân mắc covid	Định tính	Mẫu phiếu điện tử

10	Các triệu chứng sau covid	Những triệu chứng còn tồn tại hoặc mới xuất hiện sau mắc covid	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
11	Trình độ học vấn	Bệnh nhân có trình độ học vấn nào	Định tính	Mẫu phiếu điện tử

2.4. Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi gồm 7 câu hỏi về cảm giác của bệnh nhân trong 2 tuần vừa qua theo thang đo GAD7

GAD7(General Anxiety Disorder 7) là thang điểm đánh giá rối loạn lo âu chung gồm 7 câu hỏi. Mỗi câu hỏi được đánh giá từ 0-3 điểm dựa trên mức độ lo âu của bệnh nhân. 0 điểm là không xuất hiện cảm giác lo âu, 3 điểm là xuất hiện gần như hàng ngày. Điểm chung được tính bằng cách cộng tổng tất cả 7 câu hỏi. Kết quả được đánh giá theo bảng dưới đây:

Mức độ	Tổng điểm
Bình thường	0-10
Lo âu	10-21

Đặc điểm rối loạn lo âu theo mô tả lâm sàng

STT	Tên biến	Định nghĩa	Loại biến	PP thu thập số liệu
1	Cảm giác bồi rối, lo lắng, bực mình	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
2	Không thể ngừng lo lắng hoặc kiểm soát sự lo lắng	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
3	Lo lắng quá mức về nhiều điều khác nhau	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử

4	Khó thư giãn	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
5	Thấy bồn chồn bứt rứt đến mức không thể ngồi yên được	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
6	Dễ trở nên cáu kỉnh và bực bội	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử
7	Cảm thấy sợ hãi như thể có điều gì đó khủng khiếp sắp xảy ra	Là không xuất hiện, xuất hiện vài ngày, Nhiều hơn nửa thời gian, Gần như hàng ngày	Định tính	Mẫu phiếu điện tử

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các biến số nghiên cứu. Sau khi đã hoàn thành bộ câu hỏi sẽ được điều tra thử trên bệnh nhân nhằm kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi. Sau khi thử nghiệm, liên hệ quản lý bệnh viện xin danh sách bệnh nhân và chọn thời điểm thích hợp để liên hệ. Những bệnh nhân tham gia nghiên cứu sẽ được mời tham gia nghiên cứu, giải thích đầy đủ mục đích, tính bảo mật của nghiên cứu, thời gian cần thiết để hoàn thành một phiếu điều tra, và trên cơ sở đó quyết định có tham gia nghiên cứu hay không. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được cung cấp phiếu điều tra online thông qua gọi điện và hỏi trả lời sau đó người nghiên cứu điền vào phiếu điện tử.

2.6. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu:

Thông tin được làm sạch và mã hóa bằng Microsoft excel.

Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê toán học SPSS. Cả thống kê suy luận và thống kê mô tả được thực hiện. Thống kê mô tả các biến định lượng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn, thống kê mô tả các biến định tính bao gồm tỉ lệ phần trăm. Thống kê suy luận cho biến định lượng được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận

2.7. Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu:

- Nghiên cứu nhằm mục đích làm nguồn tư liệu phục vụ nghiên cứu khoá luận của bản thân và là tài liệu tham khảo cho các sinh viên của Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội trong quá trình đào tạo, nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu có sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu và sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu.

- Trước khi tham gia, đối tượng nghiên cứu được cung cấp rõ ràng, đầy đủ thông tin liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối hoặc rút lui khi tham gia nghiên cứu.

- Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.

- Trung thực trong xử lý số liệu.

- Đảm bảo trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

2.8. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên chỉ cho thấy được tình trạng lo âu của bệnh nhân tại một thời điểm và không thể chứng minh được mối quan hệ nhân quả.

- Việc thu thập số liệu thông qua gọi điện, không thể phỏng vấn bệnh nhân một cách trực tiếp, mà người bệnh trả lời qua khảo sát điền mẫu phiếu điện tử. Điều này có thể dẫn đến nhiều sai số cũng như tình trạng người bệnh cố làm nặng hoặc nhẹ triệu chứng của mình.

- Kết quả thu được từ thang đo không có ý nghĩa chẩn đoán xác định lo âu mà chỉ đóng vai trò sàng lọc ban đầu các đối tượng có biểu hiện của lo âu, trầm cảm.

- Để xác định được các yếu tố liên quan đến lo âu trầm cảm cần phải nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân đủ lớn.

- Nghiên cứu viên chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc thu thập và phân tích kết quả.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả thực trạng lo âu ở bệnh nhân mắc Covid kéo dài và hậu Covid điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022

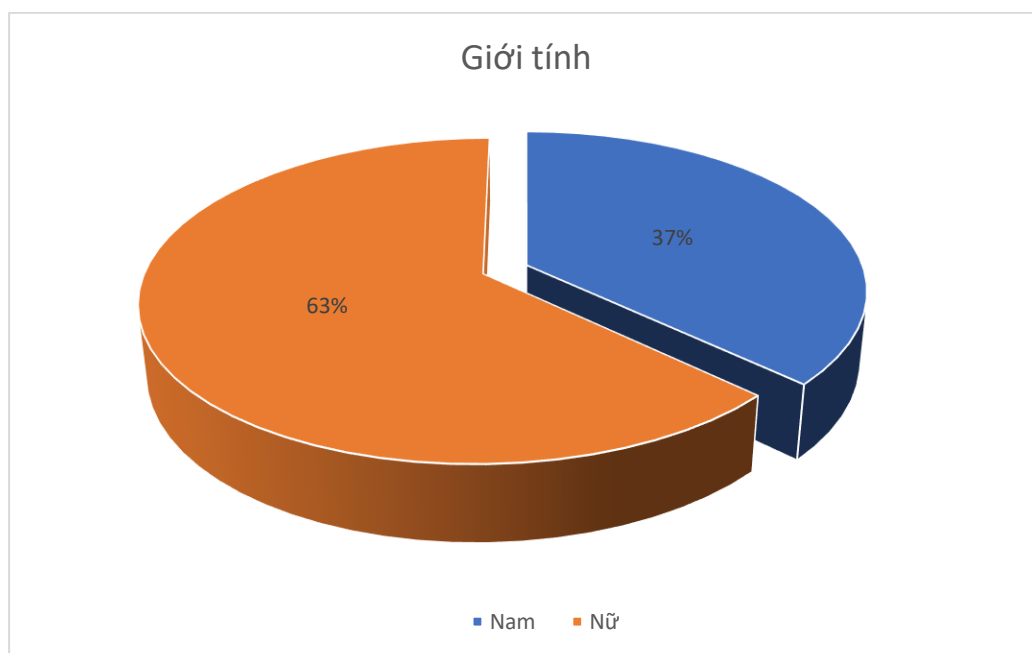
3.1.1. Đặc điểm thông tin cá nhân của đối tượng

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
≤18 tuổi	4	6,2
>18 tuổi	61	93,8
Tổng số	65	100
$X \pm SD$ (GTNN – GTLN)	53,22 ± 19,572	

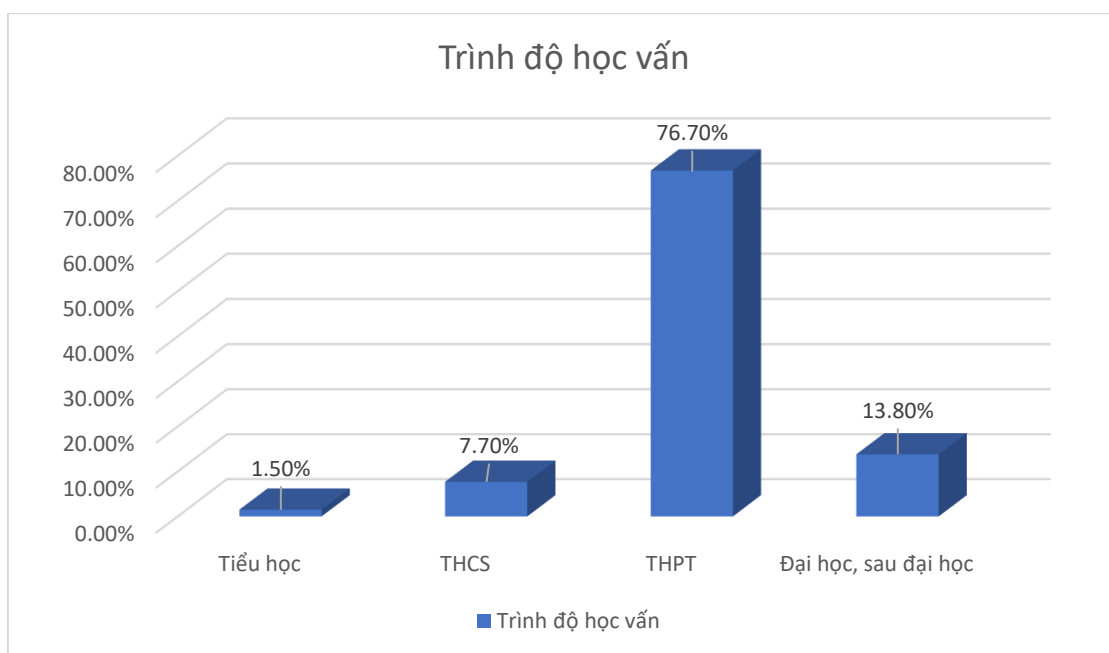
Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân nhiễm SARS- CoV2 tại bệnh viện E là 53,22 tuổi(SD 19,572), tuổi nhỏ nhất là 11, tuổi lớn nhất là 88. Bệnh nhân ≤18 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là 6,2%, bệnh nhân > 19 tuổi chiếm tỉ lệ cao 93,8%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tỉ lệ giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: biểu đồ 3.1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu có 36,92% là nam, tỉ lệ nữ cao hơn nam 63,08%



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: từ biểu đồ 3.2 đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn ở mức THPT là cao nhất (76,9%), tiếp đến là mức Đại học, SDH, mức Tiểu học và THCS chiếm tỉ lệ thấp (lần lượt là 1,5% và 7,7%)

Bảng 3.2. Phân bố khoảng thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu

Số tuần nằm viện	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
≤ 7 ngày	36	55,4
7-14 ngày	29	44,6
Tổng số	65	100
X ± SD (GTNN – GTLN)	7,92± 4,342	

Nhận xét: bảng 3.2 cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 7,92 ngày (SD= 4,342) trong đó chủ yếu (55,4%) là người bệnh nằm viện dưới 1 tuần, số người nằm viện trên 1 tuần chiếm 44,6%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về triệu chứng khi mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
≤ 1 triệu chứng	28	43,07
> 1 triệu chứng	37	56,93
Tổng số	65	100

Nhận xét: có 65 đối tượng tham gia nghiên cứu trong đó có 43,07% là chỉ có 1 triệu chứng, còn lại 56,93% có từ 2 triệu chứng trở lên trong thời điểm bị bệnh

Bảng 3.4. Đặc điểm triệu chứng còn tồn tại tới hiện tại của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Không còn triệu chứng	10	15,38%
Còn triệu chứng	55	84,62%
Tổng số	65	100

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy sau khỏi bệnh có đến 84,62% nhận thấy vẫn còn các triệu chứng, thường còn 1 triệu chứng, chỉ có 15,38% bệnh nhân nói rằng mình hoàn toàn khỏe mạnh.

Bảng 3.5. Số lần mắc Covid của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
1 lần	52	80%
2 lần	13	20
Tổng số	65	100

Nhận xét: Hầu hết(80%) số bệnh nhân lần đầu mắc covid, còn lại 20% bệnh nhân mắc lần thứ 2

3.1.2. Đặc điểm lo âu của bệnh nhân hậu Covid 19 tại bệnh viện E.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người mắc triệu chứng lo âu của đối tượng tham gia nghiên cứu theo thang điểm GAD- 7

Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Lo âu	3	4,6
Không lo âu	62	95,4
Tổng số	65	100
X ± SD (GTNN – GTLN)	2,66 ±3,089	

Ghi chú: ngưỡng lo âu là 10 điểm

Nhận xét: Trên thang đo đánh giá lo âu, điểm trung bình ghi nhận 2,66±3,089. Điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 19. Tỷ lệ người có các triệu chứng lo âu(từ 10 điểm trở lên) là 4,6% còn lại đa số (95,4%)

3.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu của bệnh nhân covid 19 tại bệnh viện E.

3.2.1 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và các đặc điểm cá nhân

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân COVID-19 và đặc điểm cá nhân

Đặc điểm cá nhân		Lo âu		Không lo âu		OR (KTC=95%)	P
		n	%	n	%		
Tuổi	≤ 18	0	0	4	6,9	1,034	0,627
	>18	7	100	54	93,1		
Giới	Nam	2	28,6	22	37,9	0,917	0,484
	Nữ	5	71,4	36	62,1		
Trình độ học vấn	THPT	5	71,4	51	86,2	1,042	0,292
	ĐH, SĐH	2	28,6	7	13,8		
Nghề nghiệp	Học sinh, Nghỉ hưu	1	14,3	38	65,5	0,955	0,268
	Tự do Viên chức	6	85,7	20	34,5		

Nhận xét: Qua bảng 3.7, chúng ta thấy các yếu tố: độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp chưa liên quan đến thực trạng lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 tại Bệnh viện E mặc dù cũng có sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm này (vì $p > 0,05$)

3.2.2. Mối liên quan giữa rối loạn tâm thần ở bệnh nhân và diễn biến bệnh

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân COVID-19 và triệu chứng trong và sau khi mắc

Đặc điểm		Lo âu		Không lo âu		OR (KTC 95%)	P
		n	%	n	%		
Số triệu chứng khi mắc	1	2	28,6	24	41,4	1,057	0,413
	≥ 2	5	71,4	34	58,6		
Số triệu chứng hiện tại	1	0	0	4	6,9	1,038	0,672
	≥ 2	7	100	54	43,1		

Nhận xét: Qua bảng 3.8, chúng ta thấy yếu tố: số triệu chứng khi mắc chưa liên quan đến thực trạng lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 tại Bệnh viện E mặc dù cũng có sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm này (vì $p > 0,05$)

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân COVID-19 và thời gian nằm viện sau khi mắc

Đặc điểm		Lo âu		Không lo âu		OR (KTC 95%)	P
		n	%	n	%		
Thời gian nằm viện (ngày)	≤ 7	3	42,9	33	56,9	1,25	0,378
	> 7	4	57,1	25	43,1		

Nhận xét: Qua bảng 3.9, chúng ta thấy yếu tố thời gian nằm viện chưa liên quan đến thực trạng lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 tại Bệnh viện E mặc dù cũng có sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm này (vì $p > 0,05$)

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa lo âu của bệnh nhân COVID-19 và số lần mắc Covid Sau khi mắc

Đặc điểm		Lo âu		Không lo âu		OR (KTC 95%)	P
		n	%	n	%		
Số lần mắc	1	6	85,7	46	79,3	0,962	0,572
	2	1	14,3	12	20,7		

Nhận xét: Qua bảng 3.10, chúng ta thấy yếu tố: số lần mắc chưa liên quan đến thực trạng lo âu của bệnh nhân hậu COVID-19 tại Bệnh viện E mặc dù cũng có sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm này (vì $p > 0,05$)

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của người nhiễm SARS- CoV2 tại bệnh viện E năm 2021- 2022.

Tổng số người tham gia nghiên cứu là 65 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 53,22, tuổi nhỏ nhất là 11, lớn nhất là 88. Bệnh nhân ≤ 18 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là 6,2%, bệnh nhân từ 19 chiếm tỉ lệ cao nhất là 93,8%. Đối tượng tham gia nghiên cứu có 36,92% là nam, tỉ lệ nữ cao hơn nam 63,08%. Kết quả này có sự khác biệt so tuổi trung bình ở nghiên cứu của Xiangyu Kong và cộng sự (2020) với 49,98 tuổi và có sự tương đồng về tỷ lệ giới tính với 51,4% người bệnh là nữ[7]. Nghiên cứu của Clara Paz và cộng sự (2020), độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 38,27 tuổi; bệnh nhân nữ chiếm 51,3% [26]. Nghiên cứu của Xueyi Li, Jun Tian và Qun Xu (2020), tuổi trung bình của người tham gia là 51,4 tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 30 và lớn nhất là 73 tuổi. Sự khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu có thể là do cỡ mẫu, thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn ở mức THPT là cao nhất (76,9%), tiếp đến là mức Đại học, SDH, mức Tiểu học và THCS chiếm tỉ lệ thấp (lần lượt là 1,5% và 7,7%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Xiangyu Kong và cộng sự (04/2020) khoảng một phần ba số đối tượng (37,5%) có trình độ học vấn từ cử nhân trở lên, và chỉ 2,8% có trình độ tiểu học; 41% trong tổng số 144 người tham gia nghiên cứu có người nhà nhiễm virus SARS- CoV- 2.

Về diễn biến bệnh của đối tượng nghiên cứu thì nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 7,92 ngày (SD= 4,342) trong đó chủ yếu (55,4%) là người bệnh nằm viện dưới 1 tuần, 33,8% nằm viện từ 1-2 tuần, số người nằm viện trên 2 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất (10,8%).

Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Xueyi Li, Jun Tian và Qun Xu (2020) về giá trị trung bình của thời gian nằm viện cho đến khi điều tra là 12,4 ngày.

4.2. Mô tả thực trạng lo âu ở bệnh nhân mắc Covid hậu Covid điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022.

Nghiên cứu sử dụng thang điểm GAD7 (General Anxiety Disorder 7) được nghiên cứu và phát triển bởi Robert L Spitzer[25] là thang điểm đánh giá rối loạn lo âu chung gồm 7 câu hỏi.

Thực trạng lo âu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người nhiễm virus SARS- CoV- 2 tại Bệnh viện E có biểu hiện lo âu là 4,6%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Aziz-ur-Rahman Niazi và cộng sự (2021) cho kết quả có tới 69,7% trên tổng số 459 bệnh nhân tại Herat (Afghanistan) có biểu hiện lo âu ở các mức độ khác nhau với thang đo được sử dụng ở đây là DASS 21 [31]. Sự khác biệt này có thể là do có sự khác nhau về cỡ mẫu cũng như văn hoá, đời sống xã hội của đối tượng tại các địa điểm khác nhau, tại các quốc gia khác nhau và thang đo được sử dụng để khảo sát giữa hai nghiên cứu cũng có sự khác nhau

So với kết quả nghiên cứu của Jie Zhang, Zhen Yang và cộng sự (2020), kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ lo âu thấp hơn. Tác giả sử dụng thang đo HADS để đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm của 296 bệnh nhân có các 50 triệu chứng nhẹ của COVID-19 từ Bệnh viện Fang Cang ở Vũ Hán, Trung Quốc kết quả thu được tỉ lệ lo âu là 20,9 [32]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi cỡ mẫu của hai nghiên cứu có sự chênh lệch khá lớn, hơn nữa hai địa điểm nghiên cứu có đặc điểm tương đối khác nhau, ở hai nền văn hóa khác nhau và thời gian nghiên cứu cũng có sự chênh lệch, cũng như việc sử dụng 2 thang điểm khác nhau để đánh giá cũng tăng đáng kể sự khác biệt.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả về tỉ lệ lo âu của bệnh nhân COVID-19 thấp hơn nghiên cứu của Xue-Dan Nie và cộng sự (2021) tại Vũ Hán (Trung Quốc). Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đánh giá mức độ lo âu của Zung (SAS) cho kết quả 38,5% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có biểu hiện lo âu [33]. Nghiên cứu của tác giả được thực hiện trên đối tượng tại viện E chưa xác định có biểu hiện lo âu hay không. Vì vậy không thể tránh khỏi có sự khác nhau về kết quả nghiên cứu do đặc điểm đối tượng nghiên cứu, cũng như nền văn hoá, kinh tế giữa hai đất nước khác nhau. Hơn nữa, Trung Quốc là nơi khởi phát dịch, mật độ dân số cao, chính sách cách ly có phần hà khắc khiến người dân có phần lo lắng hơn về tình trạng bệnh của họ.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lương Công Thức và cộng sự, thực hiện tại Bắc Giang vào tháng 6 năm 2021 dựa trên thang điểm DASS-42 cho kết quả tỷ lệ người bệnh nhiễm virus SARS- CoV- 2 là 5,12%. Sự khác biệt này có thể do thời điểm, địa điểm khác nhau, hơn nữa hai nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đánh giá khác nhau [34]

Kết quả khảo sát của tác giả Trì Thị Minh Thúy (09/2021) đánh giá trên tất cả các người bệnh nặng, cần nằm hồi sức tại Bệnh viện Hồi sức COVID-19TP. Hồ Chí

Minh (do Bệnh Viện Chợ Rẫy phụ trách) cho biết tỷ lệ người bệnh có biểu hiện lo âu là 53,3%. Người bệnh ở đây bị ảnh hưởng cả bởi tình trạng viêm, thuốc điều trị hồi sức cũng như những áp lực tinh thần. Điều này dẫn tới các tỷ lệ lo âu cao hơn đáng kể so với kết quả của nhóm nghiên cứu khi đánh giá những người bệnh mắc virus Sars-CoV-2 ở mức độ nhẹ, không có bệnh nền, không phải điều trị hồi sức và có đến 43% người bệnh có dưới 2 triệu chứng.

4.3. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh trên bệnh nhân mắc Covid điều trị tại bệnh viện E năm 2021-2022..

4.3.1. Môi liên quan giữa các yếu tố cá nhân với tình trạng lo âu

Một số nghiên cứu trước đây đã cho thấy yếu tố cá nhân và mức độ hỗ trợ xã hội có mối liên quan tới tình trạng biểu hiện lo âu của người nhiễm virus SARS- CoV- 2. Trong đó, có thể kể đến, nghiên cứu của Jie Zhang, ZhenYang và cộng sự (2020) cho thấy giới tính có mối liên quan với tình trạng biểu hiện lo âu, những bệnh nhân nữ có nguy cơ lo âu cao hơn những bệnh nhân nam. Tương tự, nghiên cứu của Ebru Sahan và cộng sự (2020) cũng cho thấy nữ giới có tỉ lệ lo âu cao hơn nam giới, ngoài ra nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan giữa tình trạng lo âu với tuổi, những người trên 50 tuổi có nguy cơ lo âu cao hơn và yếu tố trong phòng điều trị có người thân cùng nhiễm bệnh có thể làm giảm mức độ lo lắng của người bệnh COVID-19 [35].

Bên cạnh các nghiên cứu trên đối tượng là bệnh nhân COVID-19, tác giả Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2015) nghiên cứu tình trạng lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy cũng có mối liên quan giữa yếu tố giới tính với tình trạng biểu hiện lo âu [36]. Nghiên cứu còn cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng biểu hiện lo âu với trình độ học vấn và tình trạng công việc. Tác giả Trần Thị Thanh Hương cũng có nghiên cứu thực trạng lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân ung thư vú tại Hà Nội, cho kết quả có sự liên quan giữa trình độ học vấn với biểu hiện lo âu 54 của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan giữa các yếu tố cá nhân như độ tuổi, tình trạng hôn nhân với tình trạng biểu hiện lo âu của người bệnh [37].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố đặc điểm cá nhân như: tuổi, giới tính, trình độ học vấn không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng lo âu của người nhiễm virus SARS- CoV- 2 tại Bệnh viện E ($p>0,05$). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Clara Paz và cộng sự (2020)

4.3.2. Mối liên quan giữa các yếu tố diễn biến bệnh với tình trạng lo âu

Một số nghiên cứu trước đây đã cho thấy yếu tố diễn biến bệnh có mối liên quan tới tình trạng biểu hiện lo âu của người nhiễm virus SARS- CoV- 2. Trong đó, có thể kể đến, nghiên cứu của Aziz-ur-Rahman Niazi và cộng sự (2021) cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng lo âu với tiền sử bệnh mạn tính và những triệu chứng lâm sàng của bệnh COVID-19. Những bệnh nhân có tiền sử bệnh mạn tính và có triệu chứng ho, khó thở, đau ngực có nguy cơ lo âu cao hơn.

Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Jie Zhang, ZhenYang và cộng sự (2020) lại chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa biểu hiện lo âu và các yếu tố như: có triệu chứng bệnh COVID-19, thời gian nằm viện.

Tại Việt Nam khảo sát của tác giả Trì Thị Minh Thúy (09/2021) cho thấy đối với những bệnh nhân có triệu chứng và diễn biến bệnh nặng từng thở oxy qua mặt nạ, hoặc thở máy cũng có tỉ lệ RLLA cao hơn, lên tới 66,7%.

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2015) nghiên cứu tình trạng lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu 56 kỳ cho thấy sự mối liên hệ có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân với tiền sử bệnh kèm theo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lần mắc, thời gian nằm viện, triệu chứng trong khi mắc và hiện tại không có ý nghĩa thống kê với tình trạng lo âu của người nhiễm virus SARS- CoV- 2 tại Bệnh viện E ($p>0,05$). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jie Zhang, ZhenYang và cộng sự (2020)

Điều này có thể được giải thích rằng, ở những bệnh nhân mắc bệnh từ 2 lần trở lên, họ đã có kinh nghiệm và tâm lí sẵn sàng đối phó với Covid sau lần mắc đầu tiên giống như cách mà hệ miễn dịch ghi nhớ tác nhân gây bệnh sau lần tiếp xúc đầu tiên vậy. Cũng chính bởi lẽ đó, lần thứ 2 mắc bệnh triệu chứng cũng sẽ nhẹ hơn vì cơ thể đã có miễn dịch đặc hiệu.

Thời gian nằm viện bệnh nhân đã được y bác sĩ chăm sóc, hướng dẫn tận tình tạo cảm giác an toàn và thoải mái như chính nhà mình vậy.

Hiện nay, phương thức tiếp cận thông tin chính thống đa dạng và dễ dàng. Người bệnh nhận biết rõ triệu chứng mình đang có là phổ biến và không đáng ngại cũng giảm bớt phần nào lo âu của người bệnh.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu sử dụng thang đo GAD7 để xác định tình trạng lo âu của 65 người nhiễm SARS- CoV2 tại bệnh viện E năm 2021-2022 và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy:

1. Tỷ lệ lo âu theo thang điểm GAD7 ở người nhiễm virus SARS- CoV2 tại bệnh viện E là 4,6%

2. Một số yếu tố liên quan với tình trạng lo âu ở người nhiễm virus SARS- CoV2 tại bệnh viện E năm 2021-2022

Dấu hiệu lo âu ở người bệnh nhiễm virus SARS- CoV2 không có mối liên quan nào với các đặc điểm cá nhân của người tham gia nghiên cứu và diễn biến bệnh.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với cơ sở điều trị:

- Tiếp tục nỗ lực phòng chống dịch bệnh COVID-19, kiểm soát sự lây lan và nhanh chóng tạo miễn dịch cộng đồng.

- Quan tâm nhiều hơn tới sức khỏe tâm thần của bệnh nhân COVID-19, đảm bảo cơ sở và nhân lực để có thể kịp thời chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh.

2. Đối với bệnh nhân:

- Chú ý đến cảm xúc của bản thân, tham gia các hoạt động bản thân cảm thấy thư giãn.

- Tập các bài tập nhẹ nhàng để nâng cao sức khỏe.

- Giữ kết nối với những người thân yêu thông qua các nền tảng mạng xã hội.

- Tuân thủ điều trị của bác sĩ để tránh làm nặng bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. H. Li, Z. Liu và J. Ge (2020), "Scientific research progress of COVID-19/SARS-CoV-2 in the first five months", *J Cell Mol Med*, **24(12)**, tr. 6558-6570.
2. Tổ chức y tế thế giới WHO (2023), *Thống kê Covid*, truy cập ngày 31/03/2023, tại trang web <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. Bộ Y Tế (2023), *Số ca mắc Covid 19 tại Việt Nam*, truy cập ngày 31/03/2023-2023, tại trang web https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/ngay-au-nam-2022-co-14-835-ca-mac-covid-19-ha-noi-nhieu-nhat-1-748-ca.
4. Nguyễn Công Long, Đào Lệ Quyên và Đặng Thị Lỡn (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân COVID-19 có triệu chứng đường tiêu hóa", *COPD*, **1(1)**, tr. 9.
5. Tổ chức y tế thế giới WHO (2023), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*, truy cập ngày 31/03-2023, tại trang web <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>.
6. Jieyun Zhu, Pan Ji, Jielong Pang và các cộng sự. (2020), "Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: a meta-analysis", *Journal of medical virology*, **92(10)**, tr. 1902-1914.
7. X Kong, K Zheng, M Tang và các cộng sự. (2020), "Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. medRxiv", *Preprint]. medRxiv*, **2020(24.20043075)**, tr. 10.1101.
8. Arghavan Zebardast và Talat Mokhtari Azad, "The Pathogenesis of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)", *Journal of Cellular & Molecular Anesthesia*, **7(2)**, tr. 122-127.
9. Tổ chức y tế thế giới WHO (2023), "WHO's COVID-19 response."
10. Shibi Muralidar, Senthil Visaga Ambi, Saravanan Sekaran và các cộng sự. (2020), "The emergence of COVID-19 as a global pandemic:

Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2", *Biochimie*, **179**, tr. 85-100.

11. Bộ Y Tế (2021), Bộ Y Tế ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid 19, chủ biên.

12. Marc-Antoine Crocq (2022), "A history of anxiety: from Hippocrates to DSM", *Dialogues in clinical neuroscience*.

13. Weiss Bahr Đặng Bá Lãm (2007), *Giáo dục , tâm lý và sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam- Một số vấn đề lý luận và thực tiễn liên ngành*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.

14. Vũ Dũng (2008), *Từ điển Tâm lý học*, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, Hà Nội.

15. Chand S.P. và Marwaha R (2022), "Anxiety. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).".

16. Jeffrey R Strawn và Amir Levine (2020), "Treatment response biomarkers in anxiety disorders: From neuroimaging to neuronally-derived extracellular vesicles and beyond", *Biomarkers in neuropsychiatry*, **3**, tr. 100024.

17. Eric Robinson Michael Daly (2022), "Depression and anxiety during COVID-19".

18. Stewart Ndutard Ngasa, Leticia Armelle Sani Tchouda, Christabel Abanda và các cộng sự. (2021), "Prevalence and factors associated with anxiety and depression amongst hospitalised COVID-19 patients in Laquintinie Hospital Douala, Cameroon", *PLoS One*, **16(12)**, tr. e0260819.

19. Felipe Ornell, Jaqueline B Schuch, Anne O Sordi và các cộng sự. (2020), "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies, chủ biên, *SciELO Brasil*, tr. 232-235.

20. Yu-Tao Xiang, Yuan Yang, Wen Li và các cộng sự. (2020), "Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed", *The lancet psychiatry*, **7(3)**, tr. 228-229.

21. Luciano da Silva Lopes, Raquel Oliveira Silva, Guilherme de Sousa Lima và các cộng sự. (2021), "Is there a common pathophysiological

mechanism between COVID-19 and depression?", *Acta Neurologica Belgica*, **121**, tr. 1117-1122.

22. Bun Sheng, Sammy Kin Wing Cheng, Kwok Kwong Lau và các cộng sự. (2005), "The effects of disease severity, use of corticosteroids and social factors on neuropsychiatric complaints in severe acute respiratory syndrome (SARS) patients at acute and convalescent phases", *European psychiatry*, **20(3)**, tr. 236-242.

23. BỘ Y TẾ. (2020), *PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN*, truy cập ngày 01/04/2023-2023, tại trang web https://sachyduoc.org/phac-do-dieu-tri-benh-tam-than-2020-bo-y-te_i1355_c158.aspx.

24. Lê Trung (2000), *Bệnh nghề nghiệp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

25. Robert L Spitzer, Kurt Kroenke, Janet BW Williams và các cộng sự. (2006), "A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7", *Archives of internal medicine*, **166(10)**, tr. 1092-1097.

26. Clara Paz, Guido Mascialino, Lila Adana-Díaz và các cộng sự. (2020), "Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador", *Psychiatry and clinical neurosciences*.

27. Xueyi Li, Jun Tian và Qun Xu (2021), "The associated factors of anxiety and depressive symptoms in COVID-19 patients hospitalized in Wuhan, China", *Psychiatric Quarterly*, **92**, tr. 879-887.

28. Jiawen Deng, Fangwen Zhou, Wenteng Hou và các cộng sự. (2021), "The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis", *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1486(1)**, tr. 90-111.

29. Bộ Y Tế (2022), *Bệnh nhân rối loạn lo âu loạn tỏa sau covid19, chủ biên*.

30. Bệnh Viện E (2023), *Giới thiệu bệnh viện E*, truy cập ngày, tại trang web <https://benhviene.com/>.

31. Mina Alekozay và Abdul Fattah Najm (2022), "Prevalence and associated factors of depression, anxiety and stress among coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in Herat, Afghanistan", *Global Health Journal*, **6(2)**, tr. 85-90.

32. Jie Zhang, Zhen Yang, Xiao Wang và các cộng sự. (2020), "The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study", *Journal of clinical nursing*, **29(21-22)**, tr. 4020-4029.
33. Xue-Dan Nie, Qin Wang, Min-Nan Wang và các cộng sự. (2021), "Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan", *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, **25(2)**, tr. 109-114.
34. Lương Công Chức và cộng sự (2021), "Nghiên cứu đặc điểm rối loạn trầm cảm lo âu và stress ở bệnh nhân Covid 19".
35. Ebru Şahan, Shafiga Mursalova Ünal và İsmet Kırpınar (2021), "Can we predict who will be more anxious and depressed in the COVID-19 ward?", *Journal of Psychosomatic Research*, **140**, tr. 110302.
36. Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2016), "Một số yếu tố liên quan đến lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa thận lọc máu nhân tạo, bệnh viện Bạch Mai 2015", *Tạp chí nghiên cứu khoa học*.
37. Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2018), "Một số yếu tố liên quan tới lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân ung thư vú tại Hà Nội", *Tạp chí nghiên cứu Y học*,.

PHỤ LỤC 1.

THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU GAD7

Tên bệnh nhân:

Tuổi:.....

Ngày làm:

Điền dấu "X" vào một cột thích hợp về tần suất xuất hiện của mỗi một cảm giác của bản thân trong hai tuần vừa qua (mỗi hàng chỉ chọn 1 câu trả lời).

<i>Nội dung</i>	<i>Không xuất hiện</i>	<i>Xuất hiện vài ngày</i>	<i>Nhiều hơn nửa thời gian</i>	<i>Gần như hàng ngày</i>
1. Cảm giác bối rối, lo lắng và bực mình				
2. Không thể ngừng lo lắng hoặc kiểm soát sự lo lắng đó				
3. Lo lắng quá mức về nhiều điều khác nhau				
4. Khó thư giãn				
5. Thấy bồn chồn bứt rứt đến mức không thể ngồi yên được				
6. Dễ trở nên cáu kỉnh và bực bội				
7. Cảm thấy sợ hãi như thể có điều gì đó khủng khiếp sắp xảy ra				