

HỖ TRỢ XÃ HỘI VÀ RỐI LOẠN CĂNG THẲNG SAU SANG CHẤN Ở NGƯỜI HẬU COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Dương Bảo Yến^{1,✉}, Huỳnh Ngọc Vân Anh¹

Nguyễn Như Vinh^{1,2}, Tô Gia Kiên¹

¹Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Dữ liệu về căng thẳng sau sang chấn (CTSSC) ở người hậu COVID-19 tại Việt Nam chưa đầy đủ, dù tỷ lệ CTSSC được báo cáo tới 47%. Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ CTSSC và các yếu tố liên quan ở người hậu COVID-19 đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và kiểm định giả thuyết hỗ trợ xã hội không liên quan đến CTSSC. Hỗ trợ xã hội được đo lường bằng MSPSS và CTSSC được xác định bằng IES-R. Tuổi trung vị của 385 người tham gia là 33 tuổi (tứ phân vị 37 - 45), nữ chiếm 73%. Tỷ lệ CTSSC là 12,5%. Kinh tế sụt giảm ($p = 0,037$), nhiễm COVID-19 trên 6 tháng ($p < 0,001$), có hơn 3 triệu chứng sau COVID-19 ($p < 0,001$) làm gia tăng tỷ lệ CTSSC. Nhóm người không được hỗ trợ xã hội tốt, có tỷ lệ CTSSC cao hơn 3 lần so với nhóm được hỗ trợ xã hội tốt ($p < 0,001$). Do đó, cần tăng hỗ trợ gia đình, xã hội, tài chính, giúp người hậu COVID-19 tiếp tục điều trị cho đến khi các triệu chứng ổn định, để góp phần làm giảm sự xuất hiện của CTSSC.

Từ khóa: Hậu COVID-19, Căng thẳng sau sang chấn, Hỗ trợ xã hội, Sức khỏe tâm thần.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (CTSSC) là rối loạn xảy ra ở những người đã trải qua hoặc chứng kiến một sự kiện đáng buồn, gây sốc, đáng sợ hoặc nguy hiểm như thiên tai, tai nạn nghiêm trọng, khủng bố, chiến tranh, cưỡng hiếp, bạo lực tình dục, hay những người bị đe dọa đến tính mạng hoặc chấn thương nghiêm trọng khác.¹ Một số người có thể bị CTSSC do cái chết bất ngờ, đột ngột của người thân yêu.¹

Bên cạnh đó, các đại dịch cũng có thể gây nên chứng CTSSC, điều này đã được chứng minh ở một số nghiên cứu về CTSSC sau các đại dịch truyền nhiễm ở thế kỷ 21, trong đó có COVID-19.² Kể từ cuối tháng 12 năm 2019, chủng virus SARS-CoV-2 gây nên dịch bệnh

COVID-19 trên quy mô lớn, dẫn đến tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng và kéo theo đó là nỗi sợ hãi và lo lắng chưa từng có cho toàn xã hội.³ Đánh giá phạm vi 34 nghiên cứu trên đối tượng người đã âm tính với virus SARS-CoV-2 dài ngày cho thấy tỷ lệ CTSSC với từ 12,1% - 46,9% 3 tháng sau xuất viện.⁴ Những cảm giác bất an tột độ trước một loại virus mới có khả năng lây lan nhanh, sợ bị nhiễm bệnh, nhập viện với COVID-19, hay sự mất mát một người thân yêu, những thay đổi bất buộc và mạnh mẽ để thích nghi với cuộc sống mới, các khó khăn tài chính cùng với việc không đủ kỹ năng đối phó và không có chiến lược quản lý căng thẳng, tất cả những yếu tố đó đã góp phần tạo ra gánh nặng đáng kể đối với sức khỏe tâm thần của từng cá nhân.⁵ Có thể nói, việc kết thúc thời gian dương tính với COVID-19 đối với một số người lại là sự bắt đầu của những rối loạn trong cơ thể, bao gồm cả thể chất lẫn tinh thần, trong khi di chứng của SARS-CoV-2 có

Tác giả liên hệ: Dương Bảo Yến

Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Email: baoyend176@gmail.com

Ngày nhận: 20/06/2023

Ngày được chấp nhận: 10/07/2023

thể kéo dài hàng tháng sau giai đoạn cấp tính.

Việt Nam có hơn 11,5 triệu ca nhiễm và hơn 43 nghìn ca tử vong do COVID-19 tính đến ngày 15/06/2023.⁶ Tuy nhiên, hiện có rất ít tài liệu chuyên về tình trạng sức khỏe tinh thần hậu COVID-19 ở nước ta. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (ĐHYD TP.HCM), nơi có dịch vụ chăm sóc y tế cho hàng nghìn người sau điều trị COVID-19, với mục tiêu xác định tỷ lệ CTSSC do nhiễm COVID-19 và kiểm định giả thuyết (H_0) hỗ trợ xã hội không ảnh hưởng đến CTSSC do nhiễm COVID-19. Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu về CTSSC, góp phần nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe tinh thần hậu COVID-19, tăng hiệu quả điều trị các di chứng và giảm những tổn thương lâu dài do COVID-19 gây ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người hậu COVID-19 được tuyển chọn dựa vào những tiêu chí (1) từ 18 tuổi trở lên, (2) khám hậu COVID-19 tại Bệnh viện ĐHYD TP.HCM trong thời gian nghiên cứu, (3) có kết quả dương tính với COVID-19 (bằng sinh phẩm test nhanh hay kết quả Realtime-PCR) ít nhất 1 tháng và (4) đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành từ đến 12/2021 đến tháng 07/2022. Dữ liệu được thu thập trên người đến khám hậu COVID-19 tại Bệnh viện ĐHYD TP.HCM. Bệnh viện ĐHYD TP.HCM triển khai phòng khám hậu COVID-19 từ ngày 06/12/2021, tiếp nhận khám, điều trị và theo dõi lên đến 200 người bệnh mỗi ngày với các tình trạng sau nhiễm COVID-19 như khó thở, mệt mỏi, ho, đau ngực, mất vị giác, rối loạn tâm lý.^{7,8}

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức ước lượng một tỷ lệ, với tỷ lệ CTSSC ở người từng nhiễm COVID-19 ước lượng theo nghiên cứu của Jeff Huarcaya-Victoria và cộng sự (2020) là 29,5%, xác suất sai lầm loại 1 là 0,05 và sai số biên cho phép là 0,05.⁹ Ước tính cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 320 người hậu COVID-19.

Kỹ thuật chọn mẫu

Người hậu COVID-19 được chọn thuận tiện. Nghiên cứu viên tiếp cận người hậu COVID-19 vào thời điểm họ đang chờ tới lượt khám, hoặc chờ tư vấn kết quả cận lâm sàng, hay khi đã khám xong. Sau khi giải thích về mục tiêu nghiên cứu, vấn đề bảo mật thông tin và người hậu COVID-19 đồng ý tham gia khảo sát, nghiên cứu viên bắt đầu phỏng vấn bằng bảng câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc.

Công cụ thu thập dữ liệu

Công cụ thu thập dữ liệu là bảng câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc bao gồm đặc điểm người hậu COVID-19, lịch sử điều trị COVID-19, trải nghiệm bất lợi liên quan tới COVID-19, tình trạng sau điều trị COVID-19, hỗ trợ xã hội và CTSSC. Đặc điểm người nhiễm gồm tuổi, giới, tôn giáo, nơi ở, tình trạng tiêm vaccine COVID-19 trước nhiễm, tiền sử tâm thần, bệnh mạn tính hiện mắc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, tình trạng kinh tế sụt giảm do dịch COVID-19, tình trạng hôn nhân và người cùng chung sống. Lịch sử điều trị COVID-19 gồm: thời điểm nhiễm COVID-19, nơi điều trị, dùng thuốc khi nhiễm bệnh, mức độ nhiễm COVID-19. Trải nghiệm bất lợi liên quan bệnh COVID-19: người thân nhiễm hay tử vong do COVID-19; sợ hãi hay cảm giác bất lực khi mắc bệnh; nghi ngờ bản thân là nguồn lây bệnh; ngắt kết nối với người thân khi cách ly; thấy cảnh người khác bị tử vong hoặc bị mắc COVID-19 nặng; bị kỳ thị, xa lánh hay phân biệt đối xử vì nhiễm COVID-19. Tình trạng

sau điều trị COVID-19: triệu chứng sau nhiễm COVID-19, tái nhiễm COVID-19. Hỗ trợ xã hội được đo lường bằng Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) và CTSSC được đánh giá bằng Impact of Events Scale – Revised (IES-R).

Impact of Events Scale – Revised (IES-R)

Tình trạng rối loạn căng thẳng sau sang chấn do nhiễm COVID-19 được đo lường bằng IES-R. Thang đo gồm 22 câu, được sử dụng trong nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới.¹⁰ Mỗi câu hỏi là thang Likert 0 - 4 điểm (không có, một chút, vừa phải, nhiều, cực kỳ nhiều) thể hiện mức độ ảnh hưởng của từng triệu chứng (thuộc các tiêu chí ám ảnh, lảng tránh và phản ứng thái quá) trong một tuần qua. Người bệnh có điểm số IES-R ≥ 33 được xem là có CTSSC. Thang đo có độ tin cậy cao với Alpha's Cronbach $> 0,9$.¹¹

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Hỗ trợ xã hội được xác định dựa trên thang đo MSPSS, gồm 12 câu đánh giá sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, và người đặc biệt khác mà người bệnh tự cảm nhận được. Mỗi câu là thang Likert 7 điểm từ 1 - 7 tương ứng với các mức đồng ý từ hoàn toàn không đồng ý đến hoàn toàn đồng ý.¹² Điểm số hỗ trợ xã hội chung được tính bằng tổng điểm trung bình của 12 câu, trong đó, điểm hỗ trợ từ gia đình được tính từ trung bình của các câu 3, 4, 8 và 11; điểm hỗ trợ từ bạn bè được tính từ trung bình của các câu 6, 7, 9 và 12; điểm hỗ trợ từ người đặc biệt khác được tính từ trung bình của các câu 1, 2, 5 và 10. Mức độ hỗ trợ chia làm hai mức là mức hỗ trợ thấp (≤ 5 điểm) và được hỗ trợ (> 5 điểm).¹² Các nghiên cứu trước đây cho thấy độ tin cậy cao của toàn bộ thang đo với Alpha's Cronbach $> 0,9$.¹³

Nghiên cứu thử

Phòng vấn thử nghiệm 30 (73,3% nữ) người

đến khám hậu COVID-19 tại Bệnh viện ĐHYD TP.HCM với tuổi trung vị 30 (25 - 41). MSPSS (Alpha's Cronbach = 0,96) và IES-R (Alpha's Cronbach = 0,84) có độ tin cậy cao và phù hợp để thu thập dữ liệu.

Phân tích thống kê

Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 4.6. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Thống kê mô tả với tần số và tỷ lệ cho tất cả các biến trong nghiên cứu. Kiểm định chính xác Fisher để xác định mối liên quan giữa CTSSC do nhiễm COVID-19 và các yếu tố tình trạng tiêm vaccine trước nhiễm bệnh, tiền sử tâm thần, kinh tế gia đình, nơi điều trị. Kiểm định Chi bình phương để xác định mối liên quan giữa CTSSC và các yếu tố còn lại về đặc điểm người hậu COVID-19, hỗ trợ xã hội, lịch sử điều trị và trải nghiệm liên quan đến nhiễm COVID-19, tình trạng sau điều trị COVID-19. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là 0,05. Lượng giá mối quan hệ dùng số đo tỉ số tỷ lệ hiện mắc (PR), khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy Poisson đa biến, với các biến số ở phân tích đơn biến có giá trị $p < 0,2$ đưa vào mô hình.¹⁴

3. Đạo đức nghiên cứu

Người hậu COVID-19 thỏa tiêu chí chọn mẫu được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu. Người hậu COVID-19 đồng ý tham gia nghiên cứu được yêu cầu ký tên vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu trước khi được phỏng vấn. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM chấp thuận số 153 và 299/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu viên phỏng vấn được 385 người khám hậu COVID-19 trong thời gian nghiên cứu. Với điểm cắt thang đo IES-R là 33, tỷ lệ mắc rối loạn căng thẳng sau sang chấn ở người khám hậu COVID-19 là 12,5% (48/385).

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội và CTSSC ở người hậu COVID-19 (n = 385)

Đặc điểm	Chung (n = 385)	CTSSC (n = 48)	Không CTSSC (n = 337)	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nhóm tuổi				
< 45 tuổi	278 (72,2)	20 (7,2)	258 (92,8)	< 0,001
≥ 45 tuổi	107 (27,8)	28 (26,2)	79 (73,8)	
Giới				
Nam	105 (27,3)	14 (13,3)	91 (86,7)	0,753
Nữ	280 (72,7)	34 (12,1)	246 (87,9)	
Tôn giáo				
Có	84 (21,8)	18 (21,4)	66 (78,6)	0,005
Không	201 (78,2)	30 (10,0)	271 (90,0)	
Nơi ở				
TP. Hồ Chí Minh	154 (40,0)	14 (9,1)	140 (90,9)	0,102
Tỉnh khác	231 (60,0)	34 (14,7)	197 (85,3)	
Tiêm vaccine trước nhiễm COVID-19				
Có	369 (95,8)	44 (11,9)	235 (88,1)	0,125 ^a
Không	16 (4,2)	4 (25,0)	12 (75,0)	
Tiền sử tâm thần				
Có	10 (2,6)	4 (40,0)	6 (60,0)	0,025 ^a
Không	375 (97,4)	44 (11,7)	331 (88,3)	
Hiện mắc bệnh mạn tính				
Có	115 (29,9)	27 (23,5)	88 (76,5)	< 0,001
Không	270 (70,1)	21 (7,8)	249 (92,2)	
Trình độ học vấn				
Dưới cấp 3	83 (21,6)	25 (30,1)	58 (69,9)	< 0,001
Từ cấp 3 trở lên	302 (78,4)	23 (7,6)	279 (92,4)	
Nghề nghiệp				
Không có việc làm	60 (15,6)	16 (26,7)	44 (73,3)	< 0,001
Có việc làm	325 (84,4)	32 (9,9)	293 (90,1)	
Kinh tế gia đình				
Khó khăn	19 (4,9)	7 (36,8)	12 (63,2)	0,005 ^a
Đủ sống đến dư dả	366 (95,1)	41 (11,2)	325 (88,8)	

Đặc điểm	Chung (n = 385)	CTSSC (n = 48)	Không CTSSC (n = 337)	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Kinh tế sụt giảm do dịch COVID-19				
Có	133 (34,5)	31 (23,3)	102 (76,7)	< 0,001
Không	252 (65,5)	17 (6,8)	325 (93,2)	
Tình trạng hôn nhân				
Sống chung/kết hôn	253 (65,7)	35 (13,8)	218 (86,2)	0,261
Độc thân/ly thân/ly dị/góa	132 (34,3)	13 (9,9)	119 (90,1)	
Sống chung				
Gia đình	335 (87,0)	45 (13,4)	290 (86,6)	0,138
Một mình/người khác	50 (13,0)	3 (6,0)	47 (94,0)	

CTSSC: Căng thẳng sau sang chấn

Tất cả dùng kiểm định Chi bình phương, trừ khi có ghi chú khác

(a) Kiểm định chính xác Fisher

Nhóm tuổi có mối liên quan với CTSSC, người có tuổi từ 45 trở lên thì tỷ lệ CTSSC cao hơn người dưới 45 tuổi ($p < 0,001$). Nhóm người hậu COVID-19 có theo tôn giáo có tỷ lệ CTSSC cao hơn ($p = 0,005$). Người có tiền sử tâm thần ($p = 0,025$) và hiện mắc bệnh mạn tính ($p < 0,001$) có tỷ lệ CTSSC cao hơn. Bên

cạnh đó, người có trình độ học vấn dưới cấp 3, hiện không có việc làm (bao gồm cả nghỉ hưu và nội trợ), kinh tế gia đình ở mức khó khăn và tình trạng kinh tế gia đình sụt giảm do dịch COVID-19 có tỷ lệ CTSSC cao hơn ($p < 0,05$) (bảng 1).

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm lịch sử bệnh COVID-19 và CTSSC ở người hậu COVID-19 (n = 385)

Đặc điểm	Chung (n = 385)	CTSSC (n = 48)	Không CTSSC (n = 337)	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Thời điểm nhiễm COVID-19				
≥ 6 tháng	39 (10,1)	13 (33,3)	26 (66,7)	< 0,001
< 6 tháng	346 (89,9)	35 (10,1)	311 (89,9)	
Nơi điều trị				
Bệnh viện/Khu cách ly	21 (5,4)	10 (47,6)	11 (52,4)	< 0,001 ^a
Tại nhà	364 (94,6)	38 (10,4)	326 (89,6)	

Đặc điểm	Chung	CTSSC	Không CTSSC	Giá trị p
	(n = 385)	(n = 48)	(n = 337)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Dùng thuốc khi bị nhiễm				
Không dùng thuốc/ tự mua thuốc uống	271 (70,4)	28 (10,3)	243 (89,7)	0,051
Thuốc do cơ sở y tế phát/ bác sĩ kê đơn	114 (29,6)	20 (17,5)	94 (82,5)	
Mức độ nhiễm COVID-19				
Trung bình đến rất nặng	137 (35,6)	36 (26,3)	101 (73,7)	< 0,001
Không triệu chứng/nhẹ	248 (64,4)	12 (4,8)	236 (95,2)	
Trải nghiệm bất lợi đến nhiễm COVID-19				
Hơn 1 trải nghiệm	222 (57,7)	42 (18,9)	180 (81,1)	< 0,001
Từ 1 trải nghiệm trở xuống	163 (42,3)	6 (3,7)	157 (96,3)	
Số triệu chứng sau điều trị COVID-19				
Hơn 3 triệu chứng	174 (45,2)	43 (24,7)	131 (75,3)	< 0,001
Từ 3 triệu chứng trở xuống	211 (54,8)	5 (2,4)	206 (97,6)	
Tái nhiễm COVID-19				
Có	44 (11,4)	10 (22,7)	34 (77,3)	0,029
Không	341 (88,6)	38 (11,1)	303 (88,9)	

CTSSC: *Căng thẳng sau sang chấn*

Tất cả dùng kiểm định Chi bình phương, trừ khi có ghi chú khác

(a) *Kiểm định chính xác Fisher*

Người có khoảng thời gian từ lúc bắt đầu nhiễm COVID-19 đến ngày phỏng vấn trên 6 tháng có tỷ lệ CTSSC cao hơn ($p < 0,001$). Điều trị tại bệnh viện và khu cách ly cũng được tìm thấy có mối liên quan với CTSSC so với nhóm tại nhà ($p < 0,001$). Khi điều trị COVID-19, nhóm người uống thuốc do cơ sở y tế phân phát hay do bác sĩ kê đơn có tỷ lệ CTSSC cao hơn nhóm tự mua thuốc uống hoặc không dùng thuốc ($p < 0,001$). Mức độ triệu chứng khi nhiễm COVID-19 càng nặng cho thấy khả năng mắc CTSSC cao hơn ($p < 0,001$). Ngoài ra, nhóm người có hơn một trải nghiệm bất lợi liên quan đến COVID-19, có tỷ lệ mắc CTSSC

cao hơn ($p < 0,001$). Các triệu chứng sau điều trị COVID-19 phổ biến nhất mà người hậu COVID-19 gặp phải là giảm trí nhớ/giảm tập trung, khó thở hay hụt hơi, mệt mỏi, ho và gặp vấn đề về giấc ngủ, trong đó hơn 3 triệu chứng sau COVID-19 được tìm thấy có mối liên quan với CTSSC ($p < 0,001$). Ngoài ra, người từng tái nhiễm COVID-19 có tỷ lệ CTSSC cao hơn người nhiễm một lần ($p < 0,029$) (Bảng 2).

Người nhận hỗ trợ xã hội, hỗ trợ gia đình, hỗ trợ từ bạn bè, hỗ trợ từ người đặc biệt ở mức tốt có tỷ lệ CTSSC thấp hơn người nhận được các hỗ trợ ở mức thấp ($p < 0,001$) (Bảng 3).

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhận hỗ trợ từ xã hội, gia đình, bạn bè, người đặc biệt với CTSSC ở người hậu COVID-19 (n = 385)

Đặc điểm	Chung (n = 385)	CTSSC (n = 48)	Không CTSSC (n = 337)	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hỗ trợ xã hội chung				
Mức thấp	81 (21,0)	31 (38,3)	50 (61,7)	< 0,001
Được hỗ trợ	304 (79,0)	17 (5,6)	287 (94,4)	
Hỗ trợ từ gia đình				
Mức thấp	59 (15,3)	28 (47,5)	31 (52,5)	< 0,001
Được hỗ trợ	326 (84,7)	20 (6,1)	306 (93,9)	
Hỗ trợ từ bạn bè				
Mức thấp	115 (29,9)	34 (29,6)	81 (70,4)	< 0,001
Được hỗ trợ	270 (70,1)	14 (5,2)	256 (94,8)	
Hỗ trợ từ người đặc biệt				
Mức thấp	105 (27,3)	33 (31,4)	72 (68,6)	< 0,001
Được hỗ trợ	280 (72,7)	15 (5,4)	265 (94,6)	

CTSSC: *Căng thẳng sau sang chấn*

Tất cả dùng kiểm định Chi bình phương

Bảng 4. Mối liên quan giữa CTSSC và các yếu tố bằng mô hình hồi quy Poisson đa biến

Đặc điểm	PR hiệu chỉnh	KTC 95%	Giá trị p
Hỗ trợ xã hội mức thấp	3,07	1,78 – 5,30	< 0,001
Kinh tế có sụt giảm do dịch COVID-19	1,79	1,04 – 3,09	0,037
Thời điểm nhiễm COVID-19 từ 6 tháng trở lên	2,49	1,57 – 3,94	< 0,001
Hơn 3 triệu chứng sau điều trị COVID-19	5,82	2,34 – 14,46	< 0,001

PR: *Prevalence Ratio*; KTC95%: *Khoảng tin cậy 95%*

Hồi quy Poisson đa biến hiệu chỉnh theo các yếu tố: *Hỗ trợ xã hội, kinh tế sụt giảm do dịch COVID-19, Thời điểm nhiễm COVID-19, số triệu chứng sau điều trị COVID-19*

Trong phân tích đa biến, người nhận hỗ trợ xã hội mức thấp (PR = 3,07; KTC 95%: 1,78 - 5,30; p < 0,001), tình trạng kinh tế sụt giảm do dịch COVID-19 (PR = 1,79; KTC 95%: 1,04 - 3,09; p = 0,037), thời điểm mắc COVID-19 trên 6 tháng (PR = 2,49; KTC 95%: 1,57 - 3,94; p < 0,001), có nhiều hơn 3 triệu chứng sau điều trị

COVID-19 (PR = 5,82; KTC 95%: 2,34 - 14,46; p < 0,001), thì có tỷ lệ CTSSC cao hơn những người không có các đặc điểm trên.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 385 người khám hậu COVID-19 tại Bệnh viện

ĐHYD TP.HCM đã xác định 12,5% người hậu COVID-19 có dấu hiệu căng thẳng sau sang chấn do nhiễm COVID-19. Hỗ trợ xã hội thấp, kinh tế sụt giảm do dịch COVID-19, thời điểm dương tính cách ngày phỏng vấn từ 6 tháng trở lên, và có hơn 3 triệu chứng sau điều trị COVID-19 là các yếu tố làm tăng nguy cơ CTSSC ở người bệnh hậu COVID-19.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wu và cộng sự (12,0%) sử dụng cùng thang đo IES-R và nghiên cứu của Chen và cộng sự (13,2%) dùng PCL-5 để đánh giá CTSSC.^{15,16} Hai thang đo đều có 22 câu dựa trên Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần do Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ công bố.^{10,16} Tuy nhiên, cùng sử dụng thang đo IES-R, tỷ lệ CTSSC trong nghiên cứu chúng tôi (12,5%) thấp hơn so với nghiên cứu của Jeff Huarcaya-Victoria với 29,5%.⁹ Điểm cắt trong nghiên cứu của Jeff Huarcaya-Victoria là 9 điểm, dựa trên phiên bản tiếng Tây Ban Nha đã được chuẩn hóa tại địa điểm nghiên cứu này, theo đó, IES-R phản ánh 5 loại mức độ nghiêm trọng của triệu chứng CTSSC: không có (0 - 8), nhẹ (9 - 25), trung bình (26 - 43) và nghiêm trọng (44 - 88), nhằm có chiến lược quan tâm hơn người hậu COVID-19 có những triệu chứng ban đầu của CTSSC.⁹ Trong khi nghiên cứu chúng tôi sử dụng điểm cắt là 33, được cho là mang lại độ chính xác tốt nhất để chẩn đoán CTSSC, tăng tính tin cậy cho kết quả nghiên cứu.¹¹ Bên cạnh đó, khi sử dụng cùng thang đo IES-R và điểm cắt 33, nghiên cứu Mario Gennaro Mazza lại có tỷ lệ CTSSC cao hơn nhiều (28,5%).¹⁷ Sự khác biệt này là do thời gian, địa điểm và đặc tính mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của Mario Gennaro Mazza diễn ra vào thời kỳ căng thẳng của dịch COVID-19 và Ý là tâm dịch lớn của châu Âu, phần lớn người bệnh phải nhập viện điều trị hoặc được chẩn đoán dương tính với SARS-CoV-2 tại phòng cấp cứu.¹⁷ Trong khi

nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong khi dịch COVID-19 đã có chiều hướng giảm nhẹ tại Việt Nam, với đa số người nhiễm đã được tiêm vaccine trước đó và mắc bệnh ở thể nhẹ. Việc mắc bệnh thể chất nặng có thể dẫn đến sự phát triển của các bệnh tâm thần khác nhau, trong đó có các triệu chứng CTSSC sau khi hồi phục, do đó, trải qua ít hơn mối nguy hại về sức khỏe và tính mạng với COVID-19 làm giảm sự phát triển của các triệu chứng CTSSC mà bệnh dịch mang lại.⁵ Người nhiễm COVID-19 chịu ít tổn hại sức khỏe thì ít có các triệu chứng CTSSC do COVID-19 gây ra.

Hỗ trợ xã hội thấp (hỗ trợ từ gia đình, hỗ trợ từ bạn bè và hỗ trợ từ những người quan trọng khác) được chứng minh làm tăng khả năng CTSSC do nhiễm COVID-19. Điều này đã bác bỏ giả thuyết H₀, hỗ trợ xã hội có liên quan đến tình trạng CTSSC do nhiễm COVID-19 và tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước.¹⁵⁻¹⁷ Những sự kiện sang chấn có thể làm suy giảm sức khỏe tâm lý của người trải qua, vì ảnh hưởng đến ý thức xã hội về chính bản thân của họ và ảnh hưởng đến mối quan hệ với những người xung quanh. Do đó, sự phục hồi hoặc có khả năng phục hồi tình trạng tâm lý sau sang chấn xảy ra khi ý thức về bản thân và sự kết nối với xã hội được khôi phục hoặc cải thiện. Hỗ trợ xã hội giúp người bệnh mở rộng nhiều nguồn lực khác nhau để chống lại CTSSC.¹⁸ Vai trò bảo vệ của hỗ trợ xã hội đối với sức khỏe tâm thần được thể hiện bao gồm, hỗ trợ cân bằng cảm xúc, thay đổi nhận thức của người bệnh về sự kiện gây sang chấn, tâm sự cho người khác về cảm giác và suy nghĩ của mình đã tạo cơ hội đồng hoá những dấu hiệu căng thẳng và phát triển các kỹ năng để quản lý cảm xúc tiêu cực, tạo điều kiện giảm bớt đau khổ sau chấn thương.¹⁸ Ngoài ra, việc cải thiện các mối quan hệ tiếp thêm động lực cho người bệnh tham gia quá trình điều trị đầy đủ hơn,

từ đó gia tăng hiệu quả điều trị bệnh tật. Do đó, hỗ trợ xã hội không chỉ giúp đỡ giảm nhẹ các vấn đề sức khỏe thể chất mà còn chia sẻ các mối lo về tinh thần và những cảm xúc tiêu cực của các đối tượng, cung cấp các nguồn lực cho cá nhân vượt qua những khó khăn mà họ gặp phải, vượt qua được những ám ảnh tạo thành triệu chứng của CTSSC trong thời gian hồi phục bệnh.¹⁹

Tình trạng sụt giảm kinh tế đáng kể sau dịch COVID-19 làm gia tăng tỷ lệ CTSSC. Điều này chưa được tìm hiểu ở các nghiên cứu trước đây. Việc phải đối mặt với những khó khăn trong tài chính đã được chứng minh làm gia tăng những bất thường trong sức khỏe tinh thần, tăng tỷ lệ các rối loạn tâm thần và xấu hơn nữa là dẫn đến những ca tự tử do sự thiếu thốn hoặc gặp thách thức trong việc giải quyết các vấn đề về tài chính.²⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,2% đối tượng tham gia trong độ tuổi lao động. Giãn cách xã hội kéo dài trong đại dịch COVID-19, khiến họ bị tạm ngưng việc làm. Thiếu hụt tài chính cho chi phí sinh hoạt thường ngày trong khi giá cả nhu yếu phẩm tăng cao và phải chi trả tiền điều trị, thuốc men. Gánh nặng trụ cột gia đình đặt lên người bệnh và nhất là những lao động chính trong nhà. Tất cả các yếu tố trên làm xuất hiện nhiều hơn các triệu chứng CTSSC với sự kiện mắc COVID-19.

Khoảng cách từ thời điểm dương tính COVID-19 lần đầu đến ngày phỏng vấn từ 6 tháng trở lên có mối liên quan với sự xuất hiện của CTSSC của người hậu COVID-19. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jeff Huarcaya-Victoria, thời gian từ lúc phỏng vấn quay ngược lại thời điểm dương tính lần đầu càng xa thì tỷ lệ CTSSC càng cao.⁹ Các cuộc phỏng vấn trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào tháng 4 đến hết tháng 5/2022, điều này tương đương với việc những người bệnh có thời điểm nhiễm COVID-19 từ

6 tháng trở lên khởi phát từ tháng 11/2021 về trước. Họ đã phải gặp nhiều rủi ro về bệnh tật khi tỷ lệ bao phủ mũi vaccine liều cơ bản còn thấp, triệu chứng bệnh nặng hơn, ảnh hưởng của những tin tức truyền thông về những trường hợp COVID-19 nặng và tử vong, tình hình phong tỏa khu vực kéo dài. Những điều này làm gia tăng những ám ảnh và sợ hãi của người bệnh. Bên cạnh đó, hầu hết người đến khám hậu COVID-19 trong nghiên cứu này vì những triệu chứng dai dẳng kéo dài hay mới khởi phát sau nhiễm, chỉ có số lượng ít người đến khám để kiểm tra sức khỏe sau COVID-19 (4,4% người tham gia không ghi nhận triệu chứng hậu COVID-19). Việc sau hơn 6 tháng vẫn còn chịu ảnh hưởng của những di chứng kéo dài từ cùng những trải nghiệm nhiễm bệnh trong thời gian dịch căng thẳng, tất cả đã góp phần dẫn đến tình trạng hậu chấn tâm lý sau COVID-19 của người tham gia.

Kết quả cho thấy người có nhiều hơn 3 triệu chứng sau điều trị COVID-19 làm tăng tỷ lệ CTSSC ở người hậu COVID-19. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jeff Huarcaya-Victoria.⁹ Việc phải tiếp tục đối mặt với những triệu chứng của bệnh COVID-19 thời gian dài gây ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, công việc cá nhân, gây suy giảm sức khỏe thể chất và đã ảnh hưởng tâm lý của người bệnh, khiến họ khó khăn hơn trong việc quay lại cuộc sống trước đây và có nhiều cảm giác như đang trải qua COVID-19 thêm một lần nữa, làm gia tăng ám ảnh về bệnh tật và dễ phát triển tình trạng CTSSC do nhiễm COVID-19.

Điểm mạnh của nghiên cứu là sử dụng thang đo IES-R có tính giá trị và độ tin cậy cao, đồng thời được sử dụng phổ biến để đánh giá tình trạng CTSSC ở những người sống sót sau COVID-19 cũng như được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu về tình trạng CTSSC nói chung ở Việt Nam. Tuy nhiên, vì nguồn lực hạn

chế, nghiên cứu chỉ chọn thuận tiện những người khám hậu COVID-19 tại Bệnh viện ĐHYD TP.HCM, nên không thể đại diện cho tất cả trường hợp hậu COVID-19. Bên cạnh đó, với thiết kế cắt ngang, nên chúng tôi chưa khẳng định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và tình trạng CTSSC.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn căng thẳng sau sang chấn do nhiễm COVID-19 là 12,5%, nhận được sự hỗ trợ xã hội đầy đủ là yếu tố bảo vệ người từng nhiễm COVID-19 trước CTSSC. Bên cạnh đó, kinh tế sụt giảm do dịch, thời điểm mắc bệnh trên 6 tháng, có nhiều hơn 3 triệu chứng sau điều trị COVID-19 góp phần làm gia tăng tỷ lệ CTSSC ở người bệnh sau COVID-19. Do vậy, để hạn chế sự xuất hiện của những CTSSC do nhiễm COVID-19, người hậu COVID-19 nên gia tăng kết nối với gia đình, bạn bè và các mối quan hệ xã hội khác; người thân gia đình cũng cần quan tâm và hỗ trợ nhiều hơn đến người hậu COVID-19, giúp họ tuân thủ điều trị các di chứng đến khi phục hồi sức khỏe, đồng thời cùng chia sẻ những khó khăn về tài chính và nguồn lực cuộc sống. Ngoài ra, cơ sở y tế nên sàng lọc và theo dõi người từng nhiễm COVID-19 có nguy cơ CTSSC như nhiều hơn 3 triệu chứng sau COVID-19, hiện vẫn còn các triệu chứng sau điều trị COVID-19 dù đã nhiễm bệnh từ trên 6 tháng, để sớm có những chiến lược ứng phó kịp thời, tăng khả năng hồi phục sức khỏe ở người hậu COVID-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirkpatrick HA, Heller G M. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47(4):337-46. doi:10.2190/PM.47.4.h
2. Yuan K, Gong Y M, Liu L, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century,

including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular psychiatry*. Sep 2021;26(9):4982-4998. doi:10.1038/s41380-021-01036-x

3. Tsamakias K, Triantafyllis A S, Tsiptsios D, et al. COVID-19 related stress exacerbates common physical and mental pathologies and affects treatment (Review). *Experimental and therapeutic medicine*. Jul 2020;20(1):159-162. doi:10.3892/etm.2020.8671

4. Shanbehzadeh S, Tavahomi M, Zanjari N, et al. Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of psychosomatic research*. Aug 2021;147:110525. doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110525

5. Giannopoulou I, Galinaki S, Kollintza E, et al. COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect 'storm' for mental health (Review). *Experimental and therapeutic medicine*. Oct 2021;22(4):1162. doi:10.3892/etm.2021.10596

6. Bộ Y tế. Cổng Thông tin của Bộ Y tế về Đại dịch COVID-19 Tình hình dịch cả nước. Accessed 06/06/2023. <https://covid19.gov.vn/>

7. Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Phòng khám Hậu COVID-19 Cải thiện chất lượng cuộc sống sau nhiễm SARS-CoV-2. Accessed 15/02/2022, <https://www.bvdaihoc.com.vn/Home/ViewDetail/3845>

8. Lao Động. Người dân TPHCM lạc trong ma trận khám hậu COVID-19. Accessed 25/07/2022, <https://laodong.vn/y-te/nguoi-dan-tphcm-lac-trong-ma-tran-kham-hau-covid-19-1012960.Ido>

9. Huarcaya-Victoria J, Barreto J, Aire L, et al. Mental Health in COVID-2019 Survivors from a General Hospital in Peru: Sociodemographic, Clinical, and Inflammatory Variable Associations. *International journal of mental health and addiction*. 2023;21(2):1264-1285. doi:10.1007/s11469-021-00659-z

10. Weiss D S, Marmar C R. *Assessing*

psychological trauma and PTSD. The Impact of Event Scale - Revised. Guilford; 1996:399-411.

11. Creame M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour research and therapy*. Dec 2003;41(12):1489-96. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010

12. Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*. Winter 1990;55(3-4):610-7. doi:10.1080/00223891.1990.9674095

13. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2011;7:161-6. doi:10.2174/1745017901107010161

14. Bendel Robert B. Afifi Abdelmonem. Comparison of stopping rules in forward "stepwise" regression. *Journal of the American Statistical association*. 1977;72(357):46-53.

15. Wu K K, Lee D, Sze A M, et al. Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depression in COVID-19 Survivors. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi: Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*. Mar 2022;32(1):5-10. doi:10.12809/

eaap2176

16. Chen Y, Huang X, Zhang C, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC psychiatry*. Feb 8 2021;21(1):80. doi:10.1186/s12888-021-03076-7

17. Mazza M G, De Lorenzo R, Conte C, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*. Oct 2020;89:594-600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037

18. Wang Y, Chung M C, Wang N, et al. Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*. Apr 2021;85:101998. doi:10.1016/j.cpr.2021.101998

19. Harandi T F, Taghinasab M M, Nayeri T D. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*. Sep 2017;9(9):5212-5222. doi:10.19082/5212

20. Bond K S, Chalmers K J, Jorm A F, et al. Assisting Australians with mental health problems and financial difficulties: A Delphi study to develop guidelines for financial counsellors, financial institution staff, mental health professionals and carers. *BMC health services research*. Jun 3 2015;15:218. doi:10.1186/s12913-015-0868-2

Summary

SOCIAL SUPPORTS AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PEOPLE WITH POST-COVID-19 CONDITIONS VISITING THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Data on post-traumatic stress disorder (PTSD) in Vietnam are limited, although the prevalence of PTSD was 47% in people with post-COVID-19 conditions. A cross-sectional study was conducted to

identify the prevalence of PTSD in people with post-COVID-19 conditions treated at the University Medical Center, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City as well as to test the null hypothesis that social support does not increase the prevalence of PTSD in people with post-COVID-19 conditions. The MSPSS scale was used to measure the level of social support. The IES-R scale was used to identify PTSD. The median age of 385 people with post COVID-19 was 33 years old (inter-quartile range 37 - 45 years old), female patients represented 73%. The prevalence of PTSD was 12.5%. People with economic recession ($p = 0.037$), COVID-19 infection longer than 6 months ($p < 0.001$) and having more than three post-COVID-19 symptoms ($p < 0.001$) are more likely to have PTSD compared to their counterparts. People with low social support are three times more likely to have PTSD. In conclusion, we suggest that people with post-COVID-19 conditions should have more financial, social and family supports for continuous treatment to stabilize and to reduce PTSD.

Keywords: Post-COVID-19, Post Traumatic Stress Disorder, Social Support, Mental Health.