

LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA KIM ANH, HUYỆN SÓC SƠN, HÀ NỘI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NĂM 2020

Trần Thơ Nhi[✉], Trần Thị Thu Nhài

Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ lo âu và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường type 2. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 281 bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại phòng khám đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2020. Công cụ để sàng lọc lo âu là thang đánh giá lo âu HADS (Hospital anxiety and depression scale). Kết quả cho thấy có 51,2% bệnh nhân có lo âu. Một số yếu tố liên quan đến lo âu là trình độ học vấn (OR = 3,58; 95%CI: 1,57 - 8,17), vai trò trong gia đình (OR = 2,53; 95%CI: 1,33 - 4,84), điều trị đái tháo đường nội trú (OR = 3,03; 95%CI: 1,60 - 5,76), nhu cầu hỗ trợ (OR = 5,01; 95%CI: 2,01 - 12,53). Kết luận: Bệnh nhân đái tháo đường type 2 có khả năng mắc lo âu khá cao, vì vậy cần có biện pháp sàng lọc để phát hiện và điều trị kịp thời.

Từ khóa: Lo âu, đái tháo đường type 2, thang đo HADS, điều trị ngoại trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý phổ biến trên thế giới.¹ Trong vài thập kỷ qua cùng với sự thay đổi của hành vi lối sống, số người mắc bệnh ĐTĐ đã tăng hơn gấp đôi trên toàn cầu.^{2,3} Tổng số người mắc bệnh dự đoán sẽ tăng từ 171 triệu (2000) lên 366 triệu vào năm 2030.⁴ Việt Nam nằm trong 10 quốc gia có tỷ lệ bệnh nhân Đái tháo đường gia tăng cao nhất thế giới, tăng 5,5% mỗi năm. Hiện nay có khoảng 3,53 triệu người mắc bệnh, con số này dự báo tăng lên 6,3 triệu vào năm 2045.⁵

Năm 2018, Tổ chức Y tế Thế giới xác định đái tháo đường là một trong mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu,⁶ gây ra những hậu quả nặng nề về kinh tế - xã hội.² Bệnh nhân Đái tháo đường có nguy cơ mắc lo âu cao gấp hai lần so cộng đồng nói chung.⁷ Theo nghiên cứu của Ali Khan Khuwaja và cộng sự (2010) chỉ ra tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2

điều trị ngoại trú ở Pakistan là 57,9%.⁸ Lo âu làm cho bệnh nhân Đái tháo đường không tuân thủ chế độ điều trị, tập luyện do đó sẽ dẫn đến kiểm soát đường huyết không tốt,⁹ dẫn tới tăng mức độ trầm trọng của bệnh, giảm chất lượng cuộc sống, tăng sử dụng các dịch vụ y tế và chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng tỷ lệ tử vong.¹⁰⁻¹³ Vì vậy, việc kết hợp điều trị Đái tháo đường và giải quyết các vấn đề tâm lý xã hội sẽ giúp bệnh nhân tăng tuân thủ điều trị và giảm các rối loạn tâm thần, giúp cho việc quản lý bệnh nhân Đái tháo đường tốt hơn.⁹

Ngày nay, cùng với sự phát triển của y học, chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ngày càng được quan tâm, tuy vậy vấn đề lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được công bố. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu cụ thể sau:

- Xác định tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại phòng khám đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2020.

- Mô tả một số yếu tố liên quan đến lo âu

Tác giả liên hệ: Trần Thơ Nhi

Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranthonhi@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 04/04/2021

Ngày được chấp nhận: 27/07/2021

ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại phòng khám đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân Đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa Kim Anh, Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa Kim Anh.

(2) Bệnh nhân đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đủ thể lực và tinh thần để trả lời câu hỏi.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2020.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần thiết;

$\alpha=0,05$ mức ý nghĩa thống kê;

$Z_{1-\alpha/2}=1,96$;

$p=0,28$.¹⁴ là tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 trong một nghiên cứu trước tại

Việt Nam; $\varepsilon = 0,2$ là mức sai lệch tương đối.

- Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 247$. Sau khi cộng thêm 10% bỏ cuộc, cỡ mẫu cuối cùng được làm tròn là 272. Thực tế nghiên cứu tiếp cận được 281 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn đối tượng từ các bệnh nhân Đái tháo đường type 2 ngoại trú tại phòng khám đa khoa Kim Anh đồng ý tham gia và đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ bệnh nhân.

Các biến số nghiên cứu

Các biến số về nhân khẩu xã hội học của bệnh nhân Đái tháo đường type 2: Tuổi; giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, sống cùng gian đình, kinh tế, vai trò trong gia đình.

Các biến số cho mục tiêu 1 bao gồm: Lo âu chung; Lo âu theo giới tính, Lo âu theo trình độ học vấn...

Các biến số cho mục tiêu 2 bao gồm:

- Yếu tố nhân khẩu học.
- Yếu tố về đặc điểm bệnh: thời gian mắc bệnh, biến chứng, bệnh kèm theo, cách điều trị, điều trị Đái tháo đường nội trú.
- Yếu tố tiền sử: Tiền sử bệnh lý khác, tiền sử Đái tháo đường của gia đình.
- Yếu tố hành vi, lối sống: hút thuốc, uống rượu, tập thể dục.
- Yếu tố về nhu cầu hỗ trợ.

Công cụ thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng thang đánh giá lo âu, trầm cảm bệnh viện (HADS) gồm 14 câu hỏi, 7 câu cho mỗi phần, với hệ số Cronbach's alpha thử nghiệm tại Việt Nam ở bệnh nhân mắc bệnh mạn tính là 0,69 cho thang lo âu và 0,77 cho thang trầm cảm.¹⁴ Mỗi câu hỏi đánh giá theo thang điểm 4 được đánh số từ 0 đến 3, điểm số có thể dao động từ 0 đến 21 cho từng phần lo

âu và trầm cảm. Điểm cắt là 8 được khuyến cáo sử dụng trong các nghiên cứu đánh giá rối loạn tâm thần ở các bệnh mạn tính và trong cộng đồng, có thể đảm bảo cân bằng tối ưu giữa độ nhạy và độ đặc hiệu từ 0,7 đến 0,9 và tránh bỏ sót đối tượng.¹⁵

Điểm được tính cho mỗi phần lo âu:

Điểm thang đo	Mức độ lo âu
0 - 7	Bình thường
8 - 10	Rối loạn mức độ nhẹ
11 - 14	Rối loạn mức độ trung bình
14 - 21	Rối loạn mức độ nặng

Quy trình thu thập số liệu

Đầu tiên, nhóm nghiên cứu xin phép ban lãnh đạo phòng khám cho phép thực hiện nghiên cứu. Tiếp theo tiến hành phỏng vấn thử 20 đối tượng nghiên cứu, kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi. Sau khi phỏng vấn thử nghiệm, nhóm nghiên cứu đã chỉnh sửa bộ câu hỏi để phù hợp với ngôn ngữ địa phương. Tiếp theo, tiến hành thu thập số liệu chính thức.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Toàn bộ phiếu được nhập vào máy tính bằng chương trình EpiData 3.1. Sau khi nhập liệu xong, bộ số liệu được chuyển sang phần mềm

STATA 12.0 để làm sạch và tiến hành phân tích.

Sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả để mô tả thông tin chung và tỷ lệ lo âu. Các mối liên quan được đo lường hai biến thông qua kiểm định χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ và chỉ số OR với mức tin cậy 95%CI. Mô hình hồi quy đa biến Logistics được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với lo âu nhằm không chế sự ảnh hưởng của một số yếu tố nhiễu. Các biến số được đưa vào mô hình hồi quy đa biến dựa trên các mối liên quan đã được mô tả trong phần kiểm định 2 biến, theo các nhà thống kê khuyến cáo lấy $p < 0,2$ để tránh bỏ sót yếu tố nhiễu tiềm tàng¹⁶ và các yếu tố nguy cơ đã được đề cập tới trong y văn.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và Phòng khám Đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện sau khi được giải thích rõ mục đích, lợi ích và các thông tin liên quan đến nghiên cứu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào của nghiên cứu.

Thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Các thông tin chỉ phục vụ nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Dưới 60 tuổi	149	53,0
Từ 60 tuổi trở lên	132	47,0
Tuổi trung bình	58,8 ± 10,1 (Min:31;Max:89)	

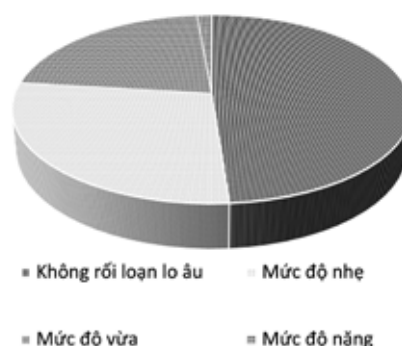
Thông tin chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	147	52,3
Nữ	134	47,7
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	15	5,3
Tiểu học	87	31,0
Trung học cơ sở	109	38,8
Trung học phổ thông	66	23,5
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	4	1,4
Nghề nghiệp		
Nông dân	168	59,8
Công nhân	35	12,4
Công chức/Viên chức	7	2,5
Buôn bán	27	9,6
Nghỉ hưu/ Nội trợ/ Thất nghiệp	41	14,6
Thợ mộc, lao động tự do	3	1,1
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	12	4,3
Đã kết hôn và sống cùng với nhau	257	91,4
Ly hôn/Ly thân/Góa	12	4,3
Tình trạng kinh tế		
Nghèo/Cận nghèo	34	12,1
Không nghèo	247	87,9
Thu nhập trung bình (triệu đồng)	2,55±1,9 (Min:0; Max: 10)	
Vai trò trong gia đình		
Lao động chính	114	40,6
Không phải lao động chính	167	59,4

Nghiên cứu có 281 bệnh nhân tham gia, kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 58,8 tuổi; từ 31 đến 89 tuổi. Bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53%). Giới nam chiếm hơn một nửa số đối tượng nghiên cứu (52,3%). Trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở (38,8%); nghề nghiệp nông dân chiếm đa số (59,8%). Hầu hết bệnh nhân đã kết hôn (91,4%), thu nhập trung bình là 2,55 triệu đồng/tháng với 12,1% đối tượng thuộc hộ nghèo/ cận nghèo và có tới gần một nửa số đối tượng là lao động chính trong gia đình chiếm 40,6% (Bảng 1).

2. Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2



Biểu đồ 1. Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2



Biểu đồ 2. Mức độ lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Kết quả nghiên cứu chỉ ra trong số 281 bệnh nhân đái tháo đường có 144 bệnh nhân có lo âu chiếm 51,2% (Biểu đồ 1). Trong số 144 người mắc lo âu có 28,1% ở mức nhẹ; 21,7% ở mức vừa và 1,4% ở mức nặng (Biểu đồ 2).

3. Một số yếu tố liên quan đến lo âu

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan tới lo âu

Yếu tố	Có lo âu n (%)	Không lo âu n (%)	OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI) **
Nghề nghiệp				
Nông dân	74 (44,1)	94 (55,9)	1	1
Công nhân	27 (77,1)	8 (22,9)	4,29 (1,84 - 9,98)	2,06 (0,76 - 5,6)
Buôn bán	16 (59,3)	11 (40,7)	1,84 (0,81 - 4,22)	1,81 (0,66 - 5,01)
Khác *	27 (52,9)	24 (47,1)	1,43 (0,76 - 2,68)	2,13 (0,99 - 4,59)
Trình độ học vấn				
THPT/cao hơn	29 (41,4)	41 (58,6)	1	1
Trung học cơ sở	49 (45,0)	60 (55,0)	1,15 (0,63 - 2,12)	1,75 (0,8 - 3,81)
Mù chữ/Tiểu học	66 (64,7)	36 (35,3)	2,59 (1,38 - 4,84)	3,58 (1,57 - 8,17)
Vai trò trong gia đình				
Không phải lao động chính	76 (45,5)	91 (54,5)	1	1
Lao động chính	68 (59,7)	46 (40,3)	1,77 (1,09 - 2,87)	2,53 (1,33 - 4,84)

Yếu tố	Có lo âu n (%)	Không lo âu n (%)	OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI) **
Thời gian mắc đái tháo đường				
≥ 5 năm	39 (39,8)	59 (60,2)	1	1
< 5 năm	105 (57,4)	78 (42,6)	2,03 (1,23 - 3,36)	1,81 (0,97 - 3,38)
Đã từng điều trị đái tháo đường nội trú				
Không	75 (41,0)	108 (59,0)	1	1
Có	69 (70,4)	29 (29,6)	3,43 (2,03 - 5,79)	3,03 (1,6 - 5,76)
Biến chứng thận				
Không	128 (49,0)	133 (51,0)	1	1
Có	16 (80,0)	4 (20,0)	4,16 (1,35 - 12,77)	3,69 (0,9 - 15,19)
Uống rượu				
Có	20 (37,0)	34 (63,0)	1	1
Không	124 (54,6)	103 (45,4)	2,05 (1,11 - 3,77)	1,65 (0,67 - 4,06)
Nhu cầu hỗ trợ				
Không có nhu cầu	8 (20,0)	32 (80,0)	1	1
Có nhu cầu	136 (56,4)	105 (43,6)	5,18 (2,29 - 11,71)	5,01 (2,01 - 12,53)

*khác : thất nghiệp, nghỉ hưu, nội trợ, công chức viên chức, thợ mộc

**Mô hình hồi quy đa biến được hiệu chỉnh với các yếu tố: tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, vai trò trong gia đình, tình hình kinh tế, số năm mắc Đái tháo đường, biến chứng thận, điều trị Đái tháo đường nội trú, cách điều trị, uống rượu, hút thuốc, tập thể dục, nhu cầu hỗ trợ.

Bảng 2 mô tả kết quả phân tích hồi quy đơn biến và đa biến về mối liên quan giữa một số yếu tố với lo âu cho kết quả như sau:

Về yếu tố nhân khẩu học: Kết quả phân tích đơn biến chỉ ra những người có nghề nghiệp là công nhân có nguy cơ mắc lo âu cao gấp hơn 4 lần so với những người có nghề nghiệp là nông dân với (OR=4,29; 95% CI: 1,84-9,98). Đối tượng có trình độ học vấn là không biết chữ/ tiểu học có nguy cơ mắc lo âu gấp 3 so với người học hết trung học phổ thông hoặc cao (OR=2,59; 95% CI: 1,38-4,84). Đối tượng giữ vai trò là lao động chính có nguy cơ mắc rối lo âu gấp 2 lần so với người không phải lao động chính (OR=1,77; 95% CI: 1,09- 2,87) (với

$p < 0,05$). Khi phân tích đa biến các yếu tố trình độ học vấn và vai trò trong gia đình tiếp tục có mối liên quan với lo âu. Người có trình độ học vấn là không biết chữ hoặc tiểu học có nguy cơ mắc lo âu cao hơn 4 lần so với người tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc cao hơn (OR=3,58; 95% CI: 1,57-8,17). Bệnh nhân giữ vai trò là lao động chính trong gia đình làm tăng nguy cơ mắc lo âu hơn 3 lần so với người không phải là lao động chính (OR=2,53; 95% CI: 1,33-4,84). Các yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình hình kinh tế không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu (với $p > 0,05$) khi phân tích đơn biến và đa biến.

Yếu tố về đặc điểm bệnh: Kết quả phân tích

đơn biến cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc Đái tháo đường dưới 5 năm nguy cơ lo âu gấp 2 lần so với người mắc trên 5 năm (OR= 2,03; 95% CI: 1,23-3,36). Đối tượng đã từng điều trị ĐTĐ nội trú có nguy cơ gấp 3 lần so với người chỉ điều trị ngoại trú (OR=3,43; 95% CI: 2,03-5,79). Bệnh nhân có biến chứng thận có nguy cơ mắc lo âu cao hơn gấp 4,16 lần (95% CI: 1,35-12,77) so với không có biến chứng thận (với $p < 0,05$). Phân tích đa biến yếu tố điều trị đái tháo đường nội trú tiếp tục có liên quan tới lo âu, cụ thể có điều trị nội trú làm tăng nguy cơ lo âu gấp 3 lần so với người chỉ điều trị ngoại trú (OR= 3,03; 95% CI: 1,6-5,76).

Về tiền sử bệnh và đặc điểm hành vi, lối sống của đối tượng nghiên cứu: Phân tích đơn biến yếu tố không uống rượu bia có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2 lần (OR=2,05; 95% CI: 1,11-3,77) so với người có uống.

Về nhu cầu hỗ trợ: Khi phân tích đơn biến và đa biến yếu tố nhu cầu hỗ trợ đều có mối liên quan chặt chẽ với lo âu. Bệnh nhân có nhu cầu cần được hỗ trợ có nguy cơ mắc lo âu gấp 5 lần so với người không có nhu cầu (với kết quả đơn biến và đa biến lần lượt là OR=5,18; 95% CI: 2,29-11,71 và OR=5,01; 95% CI: 2,01-12,53) (bảng 2).

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình hình kinh tế và lo âu trên bệnh nhân đái tháo đường type 2.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 ngoại trú chiếm hơn một nửa (51,2%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của AlBekairy (2018) ở 158 bệnh nhân Đái tháo đường type 2 sử dụng thang HADS đã đưa ra tỷ lệ lo âu là 50,6%.¹⁷ Tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ganasegeran (2014)

trên cùng đối tượng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân có lo âu là 31,4%.¹⁸ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu Camara (2015) trên cùng thang đo, cho thấy tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 là 58,7%.¹⁹ Sự khác biệt về tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do sự khác biệt về đặc điểm của từng địa phương tiến hành nghiên cứu; về nền văn hoá, xã hội; có thể do khác nhau về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tư vấn tâm lý xã hội giành cho bệnh nhân Đái tháo đường tại mỗi đất nước. Sự khác biệt có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn của từng nghiên cứu, công cụ khác nhau dẫn đến kết quả nghiên cứu sẽ khác nhau.

Một số yếu tố liên quan đến lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bao gồm:

Thứ nhất, trình độ học vấn có mối liên quan với nguy cơ mắc lo âu ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2, đối tượng có trình độ học vấn thấp có nguy cơ bị lo âu gấp 3 lần so với nhóm học hết trung học phổ thông hoặc cao hơn (OR=3,58; 95%CI: 2.38-5.62). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Ganasegeran (2014) chỉ ra bệnh nhân chưa tốt nghiệp trung học có điểm lo lắng cao hơn so với những người có bằng cấp ba.¹⁸ Giáo dục thúc đẩy các cá nhân hướng tới sự hiểu biết đúng đắn về các cơ chế và biến chứng của bệnh, thúc đẩy tăng cường tuân thủ và tuân thủ điều trị bệnh để có kết quả tốt hơn cho sức khỏe.¹⁸ Theo Ingvar Bjelland (2008) đã khẳng định tác dụng bảo vệ của giáo dục tích lũy theo thời gian, trình độ học vấn cao hơn có tác dụng bảo vệ chống lại lo âu.²⁰

Thứ hai, bệnh nhân là lao động chính trong gia đình có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2,53 lần so với người không phải là lao động chính. Điều này có thể do lao động chính là người phụ trách chính về nguồn thu nhập của gia đình. Khi bị Đái tháo đường sẽ phải điều trị kéo dài, sức

khỏe giảm sút, tăng chi phí cho sức khỏe, phải đối mặt với nguy cơ nghỉ làm, mất công việc hiện tại ... điều này có thể làm thay đổi vai trò của cá nhân trong gia đình, tăng gánh nặng cho kinh tế gia đình, làm tăng lo lắng và tăng nguy cơ xuất hiện lo âu.

Thứ ba, bệnh nhân đã từng điều trị Đái tháo đường nội trú làm tăng nguy cơ mắc lo âu gấp 3 lần. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Abdulkareem (2018): thời gian nằm viện tăng 1 ngày làm tăng 1,1 lần nguy cơ lo âu.¹⁷ Có thể do bệnh nhân phải điều trị nội trú là những bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt, bệnh diễn biến nặng làm lo lắng nhiều hơn. Cùng với việc tăng chi phí điều trị, tăng gánh nặng kinh tế cho gia đình, bệnh nhân cần có người chăm làm cho một số người tự ti khi phải phụ thuộc người khác có thể là nguyên nhân gây tăng nguy cơ mắc lo âu, trầm cảm.

Thứ tư, những người có nhu cầu cần hỗ trợ có nguy cơ mắc lo âu gấp 5 lần so với người không cần hỗ trợ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Abdulrahman (2017): tỷ lệ bệnh nhân có lo âu cao hơn 5,35 lần và 6,62 lần ở những bệnh nhân được hỗ trợ xã hội thấp so với người được hỗ trợ cao. Nguyên nhân có thể do Đái tháo đường là bệnh mạn tính, điều trị kéo dài, tác động tiêu cực đến tất cả các lĩnh vực gồm thể chất; tinh thần, tài chính, công việc và các mối quan hệ.^{21,22} Do đó ngoài nhu cầu về điều trị bệnh còn nhiều nhu cầu khác như: cung cấp thông tin bệnh; hướng dẫn tập thể dục hợp lý; tư vấn dinh dưỡng.²³ Vì vậy đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân góp phần tăng tuân thủ điều trị, giảm nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần và kiểm soát bệnh Đái tháo đường tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc lo âu trên bệnh nhân Đái tháo đường type 2 ngoại trú tại Phòng khám Đa khoa Kim Anh là khá cao, chiếm tỷ lệ 51,2%.

Một số yếu tố liên quan đến lo âu bao gồm: Những bệnh nhân có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ mắc lo âu cao gần 4 lần so với những bệnh nhân có trình độ học vấn cao hơn (OR =3,58; 95%CI: 1,57-8,17); những bệnh nhân giữ vai trò là lao động chính trong gia đình có nguy cơ mắc lo âu gấp 3 lần so với người không phải lao động chính (OR =2,53; 95%CI: 1,33-4,84). Những bệnh nhân đã từng điều trị đái tháo đường nội trú thì nguy cơ mắc lo âu cao gấp hơn 3 lần so với những bệnh nhân không phải điều trị nội trú (OR=3,03; 95%CI: 1,60-5,76). Những bệnh nhân có nhu cầu cần được hỗ trợ cao thì nguy cơ mắc lo âu cao hơn 5 lần so với những bệnh nhân không có nhu cầu được hỗ trợ (OR=5,01; 95%CI: 2,01-12,53).

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám hiệu Nhà trường, Phòng Đào Quản lý đào tạo Đại học, Phòng Công tác học sinh sinh viên, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Bộ môn Y đức và Tâm lý học đã giúp đỡ và tạo điều kiện cho chúng tôi trong quá trình nghiên cứu. Đặc biệt, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến lãnh đạo Phòng khám Đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội và những bệnh nhân Đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại đây đã cung cấp thông tin để tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roglic G, World Health Organization, eds. *Global Report on Diabetes*. World Health Organization; 2016.
2. Zimmet P. Diabetes – The Biggest Epidemic in Human History. *MedGenMed*. 2007;9(3):30-32.
3. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. 2001;414(6865):782-787.

doi:10.1038/414782a.

4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-1053. doi:10.2337/diacare.27.5.1047.

5. Sở Y tế Thành Phố Hà Nội. Tình hình mắc đái tháo đường tại Việt Nam. Sở Y tế Thành Phố Hà Nội. Published June 28, 2019. Accessed October 24, 2019. <http://soyte.hanoi.gov.vn/vi/news/benh-khong-lay/viet-nam-hien-co-toi-69-9-nguoi-mac-dai-thao-duong-khong-biet-minh-mac-benh-8841.html>.

6. World health organization. The top 10 causes of death. Published 2018. Accessed October 23, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

7. Nichols L, Barton PL, Glazner J, McCollum M. Diabetes, minor depression and health care utilization and expenditures: a retrospective database study. *Cost Eff Resour Alloc*. 2007;5:4. doi:10.1186/1478-7547-5-4.

8. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetol Metab Syndr*. 2010;2:72. doi:10.1186/1758-5996-2-72.

9. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2018;22(5):696-704. doi:10.4103/ijem.IJEM_579_17.

10. Lin EHB, Rutter CM, Katon W, et al. Depression and Advanced Complications of Diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(2):264-269. doi:10.2337/dc09-1068.

11. Lin EHB, Heckbert SR, Rutter CM, et al. Depression and Increased Mortality in Diabetes:

Unexpected Causes of Death. *Ann Fam Med*. 2009;7(5):414-421. doi:10.1370/afm.998.

12. Mosaku K, Kolawole B, Mume C, Ikem R. Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: a comparative study. *J Natl Med Assoc*. 2008;100(1):73-78. doi:10.1016/s0027-9684(15)31178-0.

13. Khowaja LA, Khuwaja AK, Cosgrove P. Cost of diabetes care in out-patient clinics of Karachi, Pakistan. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:189. doi:10.1186/1472-6963-7-189.

14. Trần Thùy Dương. *Nhu Cầu Hỗ Trợ Tâm Lý Của Bệnh Nhân Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình*. Luận văn thạc sỹ tâm lý học; 2017.

15. Ingvar Bjellanda, Alv A. Dahlb, Tone Tangen Haug, Dag Neckelmann. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. Published online 2002.

16. Hosmer DW, Lemeshow S. Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression. In: *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc.; 2000:91-142. Accessed November 29, 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com.ep.fjernadgang.kb.dk/doi/10.1002/0471722146.ch4/summary>.

17. AlBekairy A, AbuRuz S, Alsabani B, et al. Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med Princ Pract*. 2018;26(6):547-553. doi:10.1159/000484929.

18. Ganasegeran K, Renganathan P, Manaf RA, Al-Dubai SAR. Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross-sectional single-centre study. *BMJ Open*. 2014;4(4). doi:10.1136/bmjopen-2014-004794.

19. Camara A, Baldé NM, Enoru S, Bangoura JS, Sobngwi E, Bonnet F. Prevalence of anxiety and depression among diabetic

African patients in Guinea: association with HbA1c levels. *Diabetes Metab.* 2015;41(1):62-68. doi:10.1016/j.diabet.2014.04.007.

20. Ingvar Bjelland, Steinar Krokstad, Arnstein Mykletun. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. Published online 2008. <https://sci-hub.se/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18234406/>.

21. Nicolucci A, Burns KK, Holt RIG, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic*

Medicine. 2013;30(7):767-777. doi:10.1111/dme.12245.

22. Holt RIG, Kalra S. A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2013;17(Suppl1):S95. doi:10.4103/2230-8210.119515.

23. Hà Thị Huyền, Lê Văn Khánh, Tô Minh Tuấn. Kiến thức, thái độ, hành vi và nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang điều trị tại phòng khám nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum tháng 7 năm 2016. *Sở y tế tỉnh Kon Tum.* Published online 2016:69.

Summary

ANXIETY AND FACTORS INFLUENCING AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT KIM ANH GENERAL CLINIC, SOC SON DISTRICT, HANOI IN 2020

This study aimed to determine the prevalence of anxiety and its associated factors among 281 type 2 diabetes outpatients at Kim Anh General Clinic, Soc Son district, Hanoi in 2020. Participants were screened for anxiety using the Hospital anxiety and depression scale (HADS). The results showed that 51.2% of the participants were dealing with anxiety. Factors associated with anxiety included education attainment (OR=3.58; 95%CI: 1.57-8.17), family role (OR=2.53; 95%CI: 1.33-4.84), inpatient diabetes treatment (OR=3.03; 95%CI: 1.60-5.76), and the need for support (OR=5.01; 95%CI: 2.01-12.53). Prevalence of anxiety among patients with type 2 diabetes were high, therefore, screening for prompt detection and treatment of anxiety were highly recommended for this group.

Keywords: Anxiety, type 2 diabetes, HADS scale, outpatient treatment.