

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỨC ĐỘ LO ÂU Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ LO ÂU NGOẠI TRÚ

Dương Khánh Duy^{1,✉}, Đỗ Thị Hiền², Nguyễn Thảo Vân¹

Phạm Thị Thu Hoàng², Phạm Thành Luân¹

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Rối loạn lo âu là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất, gây ra sự suy giảm chức năng xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 214 người bệnh khám và điều trị rối loạn lo âu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 7/2025 đến tháng 12/2025 nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống và mối liên quan giữa điểm chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu. Nghiên cứu được tiến hành thông qua thăm khám lâm sàng và bệnh án nghiên cứu, trong đó có thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 và thang điểm đánh giá lo âu Zung. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $36,7 \pm 12,2$, với phần lớn là nữ giới, đã kết hôn và ở cùng gia đình. Chất lượng cuộc sống có mối quan hệ nghịch biến với mức độ lo âu theo phương trình: $y = 108 - 1,11x$. Tình trạng lo âu càng tăng thì chất lượng cuộc sống càng giảm, đặc biệt khi mức độ lo âu chuyển từ nhẹ-trung bình sang nặng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện và điều trị hiệu quả các triệu chứng lo âu nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, rối loạn lo âu, sức khỏe tâm thần.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu (RLLA) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất, đặc trưng bởi tình trạng lo lắng, sợ hãi và hành vi né tránh kéo dài, gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng tập trung, cảm xúc và hoạt động hàng ngày của người bệnh. Trên phạm vi toàn cầu, tỷ lệ hiện mắc suốt đời của các RLLA được ước tính có thể lên tới 30%, khiến rối loạn cảm xúc này trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu về gánh nặng bệnh tật.¹ Tại Việt Nam, một số nghiên cứu trong cộng đồng và trên các nhóm đối tượng khác nhau cũng ghi nhận tỷ lệ RLLA tương đối cao, đặc biệt ở nhóm tuổi lao động.²

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một khái niệm đa chiều, trong đó có nhận thức của cá nhân về tình trạng sức khỏe thể chất (SKTC), sức khỏe tâm thần (SKTT), khả năng tham gia các hoạt động xã hội và mức độ hài lòng với cuộc sống. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy RLLA có mối liên hệ chặt chẽ với sự suy giảm CLCS ở người bệnh.³ Sự suy giảm này thể hiện trên nhiều lĩnh vực của đời sống, từ hiệu suất lao động, các mối quan hệ xã hội cho đến cảm nhận chung về sức khỏe. Mức độ lo âu càng cao thì sự suy giảm CLCS càng rõ rệt, cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá không chỉ triệu chứng bệnh mà cả tác động của tình trạng lo âu đến cuộc sống người bệnh.⁴

Mặc dù, RLLA phổ biến và có ảnh hưởng đáng kể đến CLCS, các nghiên cứu tại Việt Nam vẫn chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ, trong khi những

Tác giả liên hệ: Dương Khánh Duy

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: duyrpm@gmail.com

Ngày nhận: 17/03/2026

Ngày được chấp nhận: 08/05/2026

đánh giá toàn diện về CLCS và các yếu tố liên quan còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân điều trị ngoại trú.⁵ Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu ở người bệnh điều trị lo âu ngoại trú” nhằm: (1) *Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn lo âu bằng thang đo SF-36 và (2) Đánh giá mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu ở nhóm đối tượng này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tại phòng khám Sức khỏe Tâm thần trong thời gian: 07/2025 – 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 18 tuổi hoàn thiện bộ câu hỏi nghiên cứu và được chẩn đoán RLLA (các mã F40, F41 theo phân loại ICD-10).

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, thiếu thông tin hoặc thông tin không hợp lệ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả các bệnh nhân đi khám tại phòng khám Sức khỏe Tâm thần trong thời gian nghiên cứu và thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng số người bệnh là 214 người.

Công cụ thu thập số liệu

Thang Zung đánh giá lo âu

Thang tự đánh giá lo âu ZUNG (Zung Self-Rating Anxiety Scale, SAS) là một trắc nghiệm tâm lý thường được sử dụng để đánh giá mức độ lo âu. Đây là thang điểm tự đánh giá, gồm 20 mục, đánh giá mức độ lo âu dựa trên 4 nhóm triệu chứng: Nhận thức, thần kinh tự trị, vận động và hệ thần kinh trung ương. Điểm tổng thô từ 20 - 80, sau đó quy đổi sang “chỉ

số” (điểm thô x 1,25) để phân loại: < 45 (Bình thường), 45 - 59 (Lo âu nhẹ-vừa), 60 - 74 (Lo âu nặng), > 75 (Lo âu rất nặng). Một điều cần lưu ý là thang điểm ZUNG không chẩn đoán bệnh nhưng hỗ trợ phát hiện sớm và theo dõi tiến triển của RLLA.⁶

Bộ câu hỏi Short-form 36 (SF-36)

Đây là một công cụ được phát triển bởi nhóm nghiên cứu y tế (Medical Outcomes Study -MOS) thuộc tập đoàn RAND. SF-36 gồm 36 câu hỏi đánh giá về SKTC (hoạt động thể chất, hạn chế do sức khỏe thể chất, cảm giác đau, tình trạng sức khỏe chung) và về SKTT (năng lượng, chức năng xã hội, hạn chế do vấn đề cảm xúc, tình trạng tinh thần). Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100. Điểm càng cao thì xác định tình trạng sức khỏe càng tốt.⁷ Trên cơ sở điểm trung bình chung, CLCS của bệnh nhân được phân loại thành 3 mức như sau:

Từ 0 đến ≤ 25 điểm: CLCS thấp.

Từ 25 đến 75 điểm: CLCS trung bình.

Từ > 75 điểm: CLCS cao.

Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Người bệnh đến khám chuyên khoa Sức khỏe Tâm thần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được khai thác tiền sử, bệnh sử và khám bệnh Tâm thần bởi bác sĩ chuyên khoa Tâm thần theo quy trình có sẵn tại bệnh viện.

- Bước 2: Qua quá trình thăm khám, những đối tượng được chẩn đoán sơ bộ là lo âu được chỉ định là các bài trắc nghiệm tâm lý chuyên biệt để đánh giá về lo âu, và được mời tham gia nghiên cứu.

- Bước 3: Trong quá trình làm trắc nghiệm tâm lý, người bệnh được giải thích tham gia vào nghiên cứu. Chuyên viên tâm lý, cũng là thành viên tham gia vào nghiên cứu, tại phòng Tâm lý lâm sàng của Khoa Khám bệnh phỏng vấn trực tiếp người bệnh để lấy thông tin theo bệnh án nghiên cứu. Các chuyên viên đều được tập huấn trước về bộ câu hỏi SF-36. Mỗi người

bệnh tham gia nghiên cứu được phỏng vấn bộ câu hỏi SF36 để đánh giá CLCS.

- Bước 4: Dữ liệu sau khi thu thập được phân tích và xử lý trên phần mềm máy tính. Người bệnh được chẩn đoán xác định RLLA sẽ được đưa vào phân tích số liệu. Người bệnh không được chẩn đoán RLLA sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0 cho hệ điều hành Windows. Phân bố chuẩn của các biến định lượng được kiểm định bằng kiểm định Kolmogorov–Smirnov. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), trong khi các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Phân tích phương sai một yếu tố (ANOVA) được sử dụng để so sánh sự khác biệt về CLCS giữa các phân độ lo âu. Khi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, phân tích hậu kiểm (post-hoc) được thực hiện để xác định sự khác biệt giữa từng cặp nhóm. Phân tích hồi quy tuyến tính để đánh giá mối liên

quan giữa CLCS (thang điểm SF36) và mức độ lo âu (thang điểm Zung). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và được đảm bảo chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được giải thích đầy đủ, tự nguyện tham gia nghiên cứu, và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu này được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua quá trình thu thập số liệu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 214 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Giới tính</i>	Nam	80	37,4
	Nữ	134	62,6
<i>Nhóm tuổi</i>	18 – 25	50	23,4
	26 – 44	111	51,9
	45 – 60	44	20,6
	> 60	9	4,1
	<i>Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$), Thấp nhất – cao nhất</i>		36,7 \pm 12,2 (18 - 73)
<i>Tình trạng hôn nhân</i>	Chưa kết hôn	56	26,2
	Kết hôn	142	66,3
	Ly hôn	16	7,5
<i>Người sống cùng</i>	Một mình	15	7,0
	Gia đình	186	86,9
	Người quen	13	6,1

Người bệnh nữ giới chiếm đa số với 62,6%. Hơn một nửa số người bệnh nằm trong độ tuổi 26 - 44 (51,9%) và có thu nhập < 10 triệu đồng (56,5%) với độ tuổi trung bình là $36,7 \pm 12,2$.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (66,4%) và ở cùng với gia đình (86,9%).

2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF36

Bảng 2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF36

Phân loại	Thang điểm SF36	$\bar{x} \pm SD$
Sức khỏe thể chất	Hoạt động thể chất	$66,6 \pm 23,3$
	Hạn chế thể chất	$38,9 \pm 37,6$
	Cảm giác đau	$62,1 \pm 26,1$
	Sức khỏe chung	$33,1 \pm 20,5$
Sức khỏe tinh thần	Hạn chế tinh thần	$37,5 \pm 39,5$
	Năng lượng	$45,3 \pm 18,9$
	Trạng thái cảm xúc	$53,0 \pm 18,2$
	Chức năng xã hội	$61,6 \pm 24,1$
Điểm trung bình		$49,8 \pm 18,3$

Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo SF-36 là $49,8 \pm 18,3$ (mức độ trung bình). Điểm chất lượng sức khỏe thể chất trung bình là $50,2 \pm 20,0$, cao hơn điểm trung bình chất lượng sức

khỏe tinh thần $49,4 \pm 20,2$.

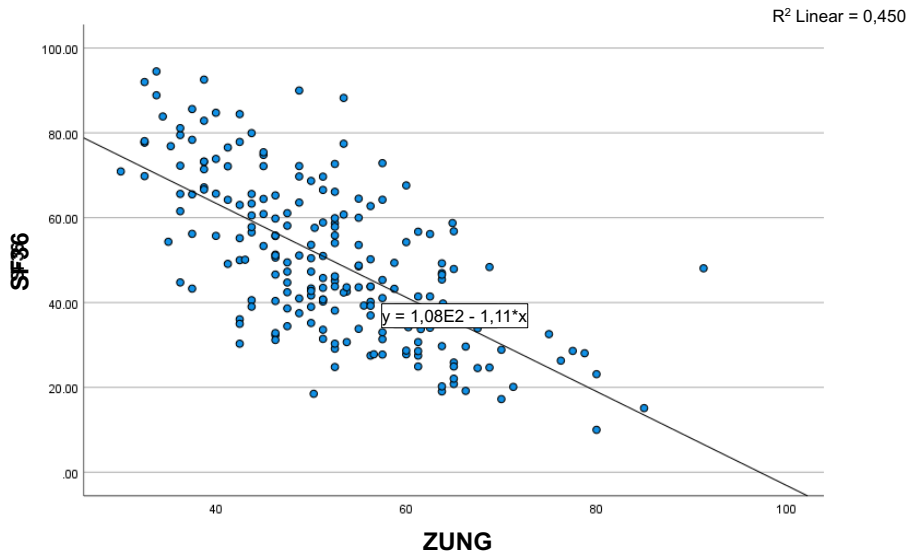
3. Mối quan hệ giữa chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu

Bảng 3. Mối quan hệ giữa chất lượng cuộc sống với mức độ lo âu theo thang điểm Zung

Đặc điểm	Điểm chất lượng cuộc sống ($\bar{x} \pm SD$)			p
	Không lo âu (< 45)	Lo âu nhẹ-trung bình (45 - 59)	Lo âu nặng - rất nặng (> 60)	
Sức khỏe thể chất				
Hoạt động thể chất	$79,6 \pm 18,9$	$66,3 \pm 22,4$	$54,9 \pm 22,6$	< 0,001
Hạn chế thể chất	$63,4 \pm 36,9$	$35,5 \pm 35,3$	$22,0 \pm 30,7$	0,0475
Cảm giác đau	$76,9 \pm 20,8$	$64,3 \pm 24,3$	$44,5 \pm 24$	< 0,001
Sức khỏe chung	$48,2 \pm 22,9$	$32,2 \pm 16,9$	$20,9 \pm 14,3$	< 0,001
Sức khỏe tinh thần				
Hạn chế tinh thần	$61,9 \pm 18,5$	$44,8 \pm 15,5$	$30,7 \pm 11,2$	< 0,001
Năng lượng	$63,6 \pm 38,5$	$36,3 \pm 38,7$	$15,5 \pm 26$	< 0,001
Trạng thái cảm xúc	$67,0 \pm 19,4$	$52,5 \pm 14,5$	$40,9 \pm 13,3$	< 0,001
Chức năng xã hội	$74,8 \pm 20,7$	$63,1 \pm 20,6$	$46,8 \pm 25,1$	< 0,001
Điểm trung bình	$66,9 \pm 15,8$	$49,4 \pm 14,3$	$34,5 \pm 12,1$	< 0,001

Điểm CLCS trung bình có xu hướng giảm dần khi mức độ lo âu tăng lên từ bình thường đến rất nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở tất cả các khía cạnh của SF-36 ($p < 0,05$). Đặc biệt, nhóm lo âu nặng - rất nặng có điểm

số thấp nhất ở mọi khía cạnh đánh giá so với các nhóm còn lại. Kết quả Post-hoc ghi nhận sự suy giảm CLCS rõ rệt nhất khi bệnh nhân chuyển từ mức độ lo âu nhẹ-trung bình sang mức độ nặng.



Biểu đồ 1. Mô hình hồi quy tuyến tính giữa chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu

Biểu đồ trên cho thấy mối tương quan tuyến tính nghịch đảo (với hệ số góc âm) giữa điểm lo âu Zung và điểm chất lượng cuộc sống SF-36, trong đó: khi điểm Zung tăng lên (mức độ lo âu cao hơn), điểm SF-36 có xu hướng giảm xuống. Hệ số xác định $R^2 = 0,450$ cho thấy mức độ lo âu giải thích khoảng 45% sự biến thiên của chất lượng cuộc sống.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung và chất lượng cuộc sống

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu từ 214 đối tượng đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Về phân bố giới tính, tỷ lệ nữ:nam trong nghiên cứu là 62,6:37,4, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn xấp xỉ 1,7 lần. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây, khi các rối loạn lo âu và rối loạn cảm xúc thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới.⁸ Về

phân bố theo độ tuổi, rối loạn lo âu gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 26 – 44, chiếm hơn một nửa tổng số đối tượng nghiên cứu (51,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Damian Santomauro và cộng sự thực hiện trên 204 quốc gia và vùng lãnh thổ.⁹ Theo mô hình sinh học – tâm lý – xã hội của rối loạn lo âu, đây là giai đoạn cuộc đời mà các cá nhân thường phải đối mặt với nhiều áp lực đồng thời từ công việc, kinh tế, gia đình và các mối quan hệ xã hội.¹⁰ Đồng thời, đây cũng là nhóm tuổi mà phần lớn người Việt Nam bước vào giai đoạn lập gia đình và ổn định cuộc sống, điều này được phản ánh qua tỷ lệ đối tượng đã kết hôn chiếm đa số trong nghiên cứu (66,4%).

Xét về điều kiện sống, đa số người bệnh trong nghiên cứu đang sống cùng gia đình với tỷ lệ 86,9%. Kết quả này phản ánh đặc điểm văn hóa – xã hội phổ biến tại Việt Nam, nơi cấu trúc gia đình vẫn giữ vai trò trung tâm trong đời

sống cá nhân. Việc sống cùng gia đình có thể mang lại nguồn hỗ trợ xã hội quan trọng cho người bệnh rối loạn lo âu, bao gồm hỗ trợ về mặt cảm xúc, tài chính và chăm sóc sức khỏe.¹¹ Về thu nhập, hơn một nửa số đối tượng trong nghiên cứu tự đánh giá có thu nhập dưới 10 triệu đồng mỗi tháng (56,5%), trong khi nhóm có thu nhập từ 10 triệu đồng trở lên chiếm 43,5%. Thu nhập là một yếu tố kinh tế – xã hội quan trọng có thể ảnh hưởng đến SKTT cũng như CLCS của người bệnh. Những cá nhân có thu nhập thấp thường phải đối mặt với nhiều áp lực về tài chính, chi phí sinh hoạt và khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, từ đó có thể làm gia tăng mức độ căng thẳng tâm lý và duy trì các triệu chứng lo âu. Đồng thời, thu nhập thấp cũng có thể ảnh hưởng gián tiếp đến CLCS thông qua các yếu tố như điều kiện sống, cơ hội tiếp cận nguồn lực xã hội và khả năng duy trì điều trị lâu dài.¹²

CLCS được sử dụng để miêu tả nhận thức, sự hài lòng cá nhân và phản ánh các khía cạnh khác nhau của cuộc sống như khả năng hoạt động, tâm lý, cảm xúc cũng như các mối quan hệ xã hội.¹³ Chất lượng cuộc sống trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu theo thang SF-36 là $49,8 \pm 18,3$ (mức trung bình), trong đó điểm SKTC trung bình là $50,2 \pm 20$, cao hơn điểm SKTT trung bình là $49,4 \pm 20,2$ (bảng 2). Khi so sánh với nghiên cứu của Ngô Tuấn Khiêm và cộng sự, tiến hành trên nhóm người bệnh mất ngủ tại Nam Định, CLCS chung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt ($49,8 \pm 18,3$ so với $57,7 \pm 12,5$).¹⁴ Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thang điểm thể chất cao hơn: $50,2 \pm 20$ so với $49,1 \pm 15$, điều này là do đa số người bệnh trong nghiên cứu của Ngô Tuấn Khiêm là người cao tuổi và họ có thể mắc kèm theo các bệnh lý cơ thể khác như bệnh lý cơ xương khớp, tim mạch, nội tiết... khiến SKTC suy giảm.¹⁵ Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu chủ yếu xuất phát từ SKTT

thấp hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ($49,4 \pm 20,2$ so với $66,4 \pm 12,5$). So với mất ngủ đơn thuần, RLLA gây ra căng thẳng thần kinh kéo dài, giảm sự tập trung và các chức năng xã hội. Lo âu trong một khoảng thời gian dài có thể dẫn đến kiệt sức, giảm năng suất và hiệu quả làm việc; đây đều là những khía cạnh được đánh giá dựa trên thang điểm SF-36.

2. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh giảm rõ rệt theo mức độ nặng của lo âu (Bảng 3). Ở hầu hết các lĩnh vực của thang đo SF-36, nhóm bệnh nhân có mức độ lo âu càng cao thì điểm số chất lượng cuộc sống càng thấp, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong lĩnh vực SKTC, điểm số của các thành phần như hoạt động thể chất, hạn chế thể chất, cảm giác đau và sức khỏe chung đều giảm dần theo mức độ lo âu. Điều này cho thấy RLLA không chỉ ảnh hưởng đến SKTT đơn thuần mà còn liên quan đến những hạn chế trong hoạt động thể chất và cảm nhận sức khỏe tổng thể. Ở lĩnh vực SKTT và điểm sức khỏe trung bình, sự khác biệt giữa các nhóm mức độ lo âu càng thể hiện rõ rệt hơn ($p < 0,001$). Kết quả phân tích Post-hoc cho thấy sự suy giảm chất lượng cuộc sống rõ rệt nhất xảy ra khi mức độ lo âu của người bệnh chuyển từ nhẹ-trung bình sang nặng. Điều này gợi ý rằng khi các triệu chứng lo âu vượt qua một ngưỡng nhất định, tác động của chúng đến các lĩnh vực khác nhau của cuộc sống trở nên rõ rệt hơn. Ở giai đoạn lo âu nhẹ, nhiều người bệnh vẫn có thể duy trì tương đối tốt các hoạt động thường ngày, chức năng xã hội và công việc. Tuy nhiên, khi mức độ lo âu tăng lên, các triệu chứng như lo lắng kéo dài, căng thẳng, khó kiểm soát suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng thực hiện các hoạt động thể

chất, hiệu suất làm việc cũng như các mối quan hệ xã hội của người bệnh.

Mối liên hệ giữa CLCS và mức độ RLLA cũng được thể hiện rõ qua biểu đồ 1: kết quả phân tích tương quan trong nghiên cứu cũng cho thấy mối liên hệ tuyến tính giữa điểm số lo âu (Zung Index) và điểm trung bình CLCS (TB) theo phương trình: $y = 108 - 1,11x$. Biểu đồ phân tán cho thấy xu hướng nghịch chiều giữa hai biến số này, với đường hồi quy tuyến tính có hệ số góc âm. Điều này cho thấy xu hướng khi điểm số lo âu tăng lên thì điểm CLCS có xu hướng giảm xuống. Kết quả này tương đồng với kết quả từ những nghiên cứu trước đây về mối liên quan giữa CLCS và RLLA.^{8,16,17} Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi trong bối cảnh điều trị ngoại trú, người bệnh vẫn phải duy trì các vai trò xã hội như công việc, gia đình và các mối quan hệ cá nhân, do đó các triệu chứng lo âu có thể tác động trực tiếp đến nhiều khía cạnh của cuộc sống hàng ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chưa thể xác định được mối quan hệ nhân quả giữa rối loạn lo âu và chất lượng cuộc sống. Thứ hai, phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại một cơ sở khám chữa bệnh có thể làm giảm tính đại diện của mẫu nghiên cứu cho quần thể chung, do đó khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Mặc dù vậy, nghiên cứu này cung cấp những dữ liệu ban đầu có giá trị về mối liên quan giữa mức độ lo âu và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân trong bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam. Trong tương lai, các nghiên cứu với thiết kế dọc, cỡ mẫu lớn hơn và kiểm soát tốt hơn các yếu tố nhiễu sẽ giúp làm rõ hơn mối quan hệ giữa lo âu và chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích trong nghiên cứu củng cố thêm bằng chứng cho thấy mức độ lo âu có liên

quan chặt chẽ đến sự suy giảm CLCS. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và kiểm soát hiệu quả RLLA trong thực hành lâm sàng tại các phòng khám SKTT nói riêng cũng như phòng khám ngoại trú nói chung; không chỉ nhằm cải thiện triệu chứng bệnh mà còn góp phần nâng cao CLCS của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Penninx BWJH, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021;397(10277):914-927. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7
2. Yang X, Fang Y, Chen H, et al. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30:e36. doi:10.1017/S2045796021000275
3. Lopez J, Perez-Rojo G, Noriega C, Sánchez-Cabaco A, Sitges E, Bonete B. Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):815. doi:10.1186/s12877-024-05401-7
4. Wickramasekera N, Tubeuf S. Measuring quality of life for people with common mental health problems. *J Ment Health*. 2023;32(1):3-10. doi:10.1080/09638237.2020.1818190
5. Le HT, Lai AJX, Sun J, et al. Anxiety and Depression Among People Under the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam. *Front Public Health*. 2020;8:589359. doi:10.3389/fpubh.2020.589359
6. Zung WWK. A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-379. doi:10.1016/S0033-3182(71)71479-0
7. Matcham F, Norton S, Steer S, Hotopf M. Usefulness of the SF-36 Health Survey in screening for depressive and anxiety disorders

in rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2016;17:224. doi:10.1186/s12891-016-1083-y

8. Wilmer MT, Anderson K, Reynolds M. Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research. *Curr Psychiatry Rep.* 2021;23(11):77. doi:10.1007/s11920-021-01290-4

9. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2021;398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7

10. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahbabi AA. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry.* 2023;30(1):44. doi:10.1186/s43045-023-00315-3

11. Freidl M, Wegerer M, Litvan Z, et al. Determinants of quality of life improvements in anxiety and depressive disorders—A longitudinal study of inpatient psychotherapy. *Front Psychiatry.* 2022;13. doi:10.3389/fpsy.2022.937194

12. Neyazi A, Padhi BK, Mohammadi AQ, et al. Depression, anxiety and quality of life of Afghan women living in urban areas under the Taliban government: a cross-sectional study.

BMJ Open. 2023;13(8):e071939. doi:10.1136/bmjopen-2023-071939

13. Connell J, O’Cathain A, Brazier J. Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Soc Sci Med.* 2014;120:12-20. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.026

14. Ngô Tuấn Khiêm, Đoàn Thị Huệ, Nguyễn Hoàng Yến, Nguyễn Văn Tuấn. Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 ở người mất ngủ tại xã Trục Đạo, huyện Trục Ninh, tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;526(1B):1B. doi:10.51298/vmj.v526i1B.5473

15. Rafael B, Horváth L, Szemán F, Várkonyi T, Lengyel C, Dávid A. [Association of diabetes mellitus with depression, anxiety and quality of life]. *Orv Hetil.* 2022;163(45):1789-1797. doi:10.1556/650.2022.32628

16. Silveira E, Taft C, Sundh V, Waern M, Palsson S, Steen B. Performance of the SF-36 Health Survey in screening for depressive and anxiety disorders in an elderly female Swedish population. *Qual Life Res.* 2005;14(5):1263-1274. doi:10.1007/s11136-004-7753-5

17. Alemu WG, Due C, Muir-Cochrane E, Mwanri L, Azale T, Ziersch A. Quality of life among people living with mental illness and predictors in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.* 2024;33(5):1191-1209. doi:10.1007/s11136-023-03525-8

Summary

THE ASSOCIATION BETWEEN QUALITY OF LIFE AND ANXIETY SEVERITY IN OUTPATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS

Anxiety disorders are among the most common mental health disorders and are associated with impaired social functioning and reduced quality of life. We conducted a cross-sectional descriptive study on 214 patients diagnosed with anxiety disorders to evaluate quality of life and the association between quality of life and anxiety severity level; patients were diagnosed and treated at the outpatient clinic of Hanoi Medical University Hospital from July 2025 to December 2025. Data were collected using a structured research questionnaire including the SF-36 quality of life scale and the Zung Self-Rating Anxiety Scale. The results showed that the mean age of participants was 36.7 ± 12.2 years old, with the majority being female, married, and living with their families. Quality of life was negatively associated with anxiety levels according to the equation: $y = 108 - 1.11x$. As anxiety severity increased, quality of life decreased, particularly when anxiety progressed from mild–moderate to severe levels, with statistical significance ($p < 0.05$). These findings highlight the importance of early detection and effective treatment of anxiety symptoms in order to improve patients' quality of life.

Keywords: Quality of life, anxiety disorders, mental health.