

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH LỘC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THẬN HÀ NỘI

Trần Thị Tuyết¹, Nguyễn Thị Thi¹, Trần Thị Phương Lan¹

Vương Thị Hòa², Ngô Trung Dũng³ và Trần Tuấn Tú^{4,✉}

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City,

²Trường Đại học Thăng Long

³Bệnh viện Thận Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng rối loạn lo âu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Thận Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 390 người bệnh từ tháng 01/2026 đến tháng 03/2026. Tình trạng lo âu được đánh giá bằng thang điểm Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội là 14,1%. Các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng lo âu gồm: thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng, mức độ hỗ trợ xã hội thấp/trung bình, mắc bệnh kèm theo, suy giảm chất lượng giấc ngủ và lo ngại về quy trình lọc máu. Rối loạn lo âu ở người bệnh lọc máu chu kỳ còn ở mức đáng lưu ý và liên quan đến nhiều yếu tố tâm lý - xã hội và lâm sàng.

Từ khóa: Rối loạn lo âu, HADS, lọc máu chu kỳ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), rối loạn lo âu được đặc trưng bởi cảm giác sợ hãi, lo lắng quá mức và kéo dài, thường kèm theo các biểu hiện căng thẳng cơ thể và rối loạn hành vi.¹ Tình trạng này có thể xảy ra ở mọi đối tượng, đặc biệt là những người bệnh (NB) mắc bệnh mạn tính. Một phân tích tổng hợp trên 61 nghiên cứu với hơn 10.000 người bệnh thận mạn cho thấy tỷ lệ triệu chứng lo âu là 43% và tỷ lệ rối loạn lo âu được chẩn đoán là 19%. Đặc biệt, ở nhóm người bệnh lọc máu, tỷ lệ triệu chứng lo âu dao động từ 31% đến 42%, cao hơn rõ rệt so với dân số chung.²

Tác giả liên hệ: Trần Tuấn Tú

Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Email: trantuanu@tump.edu.vn

Ngày nhận: 09/06/2026

Ngày được chấp nhận: 02/07/2026

Rối loạn lo âu không những ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống, mà còn làm tăng nguy cơ nhập viện trong vòng 1 năm, kéo dài thời gian nằm viện và có liên quan đến tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân ở nhóm NB lọc máu chu kỳ.³ Tác giả Meng và cộng sự (2022) nghiên cứu trên 305 người bệnh lọc máu chu kỳ tại miền Bắc Trung Quốc và ghi nhận 25,9% NB có lo âu.⁴ Tại Việt Nam, các nghiên cứu cũng cho thấy tình trạng tương tự. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2021, tác giả Lương Công Minh và cộng sự cho biết có 52,9% NB có nguy cơ lo âu, trong đó 5,9% NB được xác định có rối loạn lo âu.⁵ Tại Bệnh viện Quân Y 103, tác giả Phạm Ngọc Thảo cũng ghi nhận tỷ lệ cao NB có biểu hiện lo âu (35%).⁶ Những kết quả này cho thấy Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng cao về lo âu ở NB bệnh thận mạn, tương đương hoặc vượt so với nhiều quốc gia khác.

Trong các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu ở NB lọc máu chu kỳ, mức độ hỗ trợ xã hội được đánh giá là một trong các yếu tố bảo vệ, giúp hỗ trợ dự phòng tình trạng lo âu, ở nhóm người bệnh lọc máu chu kỳ.⁷ Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam mới chỉ tập trung vào đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm nhân khẩu và lâm sàng đến tình trạng lo âu mà chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về mối liên quan của hỗ trợ xã hội đến tình trạng rối loạn tâm thần trên.

Để làm cơ sở cho các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng, hướng tới chăm sóc người bệnh toàn diện về cả thể chất và tinh thần, trong đó tập trung vào các yếu tố có thể thay đổi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng rối loạn lo âu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội” nhằm mục tiêu: Đánh giá tình trạng lo âu ở người bệnh lọc máu chu kỳ và xác định một số yếu tố về đặc điểm nhân khẩu, lâm sàng và mức độ hỗ trợ xã hội liên quan đến tình trạng trên trong năm 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, đã lọc máu chu kỳ từ đủ 3 tháng.

- Người bệnh tỉnh táo, có khả năng giao tiếp, hiểu và trả lời các câu hỏi trong bộ công cụ nghiên cứu.

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang trong giai đoạn cấp cứu, biến chứng cấp tính, suy giảm nhận thức hoặc mắc rối loạn tâm thần trước và trong quá trình nghiên cứu. NB phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2026 đến hết tháng 3/2026 tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Thận Hà Nội.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cho một quần thể:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu (Tổng số người tham gia nghiên cứu).

α : 0,05 ứng với độ tin cậy 95%.

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 tương ứng với α = 0,05.

d: là sai số mong muốn lấy d = 0,05.

p = 0,29, tỷ lệ lo âu ở người bệnh lọc máu chu kỳ trong một nghiên cứu trước.⁸

Như vậy, thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 321. Cộng thêm 10% để loại trừ các phiếu không hợp lệ, cỡ mẫu cuối cùng được làm tròn là 353. Trên thực tế, chúng tôi đã thu nhận được 390 người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu lựa chọn liên tiếp NB đến lọc máu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không trong đối tượng loại trừ trong thời gian thực hiện nghiên cứu, qua đó góp phần giảm nguy cơ sai lệch do lựa chọn mẫu chủ quan của nhà nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, người chăm sóc, thu nhập bình quân/tháng, vai trò kinh tế trong gia đình.

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Thời gian lọc máu, mắc bệnh kèm theo, tăng cân giữa hai kỳ lọc máu, nhập viện trong 6 tháng qua, biến chứng trong buổi lọc máu.

Mức độ hỗ trợ xã hội tự cảm nhận của NB lọc máu chu kỳ.

Công cụ đánh giá

Khảo sát mức độ rối loạn lo âu của NB bệnh thận mạn LMCK bằng thang đo HADS - tiểu thang HADS-A, tiểu thang gồm 7 câu hỏi tự báo cáo những triệu chứng của chính người bệnh trong thời gian tuần kể trước. Mỗi câu hỏi đánh giá theo thang Likert 4 mức độ, với các số điểm từ 0 đến 3. Mức độ lo âu được tính theo tổng điểm, bao gồm 4 mức độ lo âu: Bình thường: 0 - 7 điểm; Mức độ nhẹ: 8 - 10 điểm; Mức độ vừa: 11 - 14 điểm; Mức độ nặng: từ 15 điểm trở lên.⁹ Thang đo đã được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy trên người bệnh Việt Nam với Cronbach's alpha 0,81, và áp dụng trong nhiều nghiên cứu trên người bệnh lọc máu chu kỳ tại Việt Nam.^{5,10} Trong nghiên cứu này, điểm cắt từ 8 trở lên (≥ 8) được sử dụng để xác định các trường hợp có biểu hiện lo âu.¹¹

Mức độ hỗ trợ xã hội được đánh giá bằng Thang đo Hỗ trợ Xã hội (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS) gồm 12 mục hỏi, phản ánh ba khía cạnh nguồn hỗ trợ xã hội gồm: gia đình, bạn bè và người quan trọng khác. Mỗi mục được đánh giá theo thang Likert 7 mức độ, từ 1 - "hoàn toàn không đồng ý" đến 7 - "hoàn toàn đồng ý", với tổng điểm dao động từ 12 đến 84. Dựa trên tổng điểm, mức độ cảm nhận hỗ trợ xã hội được phân loại thành ba nhóm: thấp: 12 - 35 điểm; trung bình: 36 - 60 điểm; cao: 61 - 84 điểm.¹²

Quy trình thu thập số liệu

Sau khi được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện, nhóm nghiên cứu tiếp cận NB, mỗi NB đồng ý tham gia, được phỏng vấn 1 lần bằng bộ câu hỏi có cấu trúc. Sau khi phỏng vấn thử trên 30 người bệnh, kiểm tra tính logic và phù hợp của bộ câu hỏi, nhóm nghiên cứu đã chỉnh sửa cách diễn đạt và phân loại tại một số

câu hỏi về đặc điểm nhân khẩu và đặc điểm lâm sàng để phù hợp với cả nhóm NB người cao tuổi. Bộ công cụ HADS vẫn được giữ nguyên và có hệ số Cronbach's Alpha là 0,89. Tiếp theo, nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu chính thức.

Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được làm sạch trước khi được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0

Phân tích thống kê mô tả: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD).

Phân tích thống kê suy luận: Phân tích hồi quy logistic đơn biến được thực hiện để sàng lọc các yếu tố liên quan; các biến có ý nghĩa thống kê được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng lo âu. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với giá trị $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự phê duyệt của Trường Đại học Thăng Long theo Quyết định số 25120302/QĐ-ĐHTL ngày 03/12/2025 và được sự chấp thuận của Bệnh viện Thận Hà Nội.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích đầy đủ thông tin.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 390 người bệnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ tương đối tương đồng, lần lượt là 49,5% và 50,5%. Nhóm NB tuổi < 60 chiếm tỷ lệ cao (59%) so với nhóm NB ≥ 60 tuổi (41%). Phần lớn người bệnh có nghề nghiệp nông dân/tự do/nội trợ (57,4%), trình độ học vấn dưới PTTH (51,5%) và đã lập gia đình (88,5%). Đa số người bệnh có người chăm sóc (95,4%), thu nhập bình quân dưới 10 triệu đồng/tháng (87,7%) và không có đóng góp kinh tế trong gia đình (76,7%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 390)

	Đặc điểm chung cá nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Giới</i>	Nam	193	49,5
	Nữ	197	50,5
<i>Tuổi</i>	< 60	230	59,0
	≥ 60	160	41,0
<i>Nghề nghiệp</i>	Nông dân/ Tự do/ Nội trợ	224	57,4
	Khác	166	42,6
<i>Trình độ học vấn</i>	< PTTH	201	51,5
	≥ PTTH	189	48,5
<i>Tình trạng hôn nhân</i>	Đã lập gia đình	345	88,5
	Chưa lập gia đình/ Ly hôn/ly thân	45	11,5
<i>Người chăm sóc</i>	Không	18	4,6
	Có	372	95,4
<i>Thu nhập bình quân/ tháng</i>	≥ 10.000.000	48	12,3
	< 10.000.000	342	87,7
<i>Vai trò kinh tế trong gia đình</i>	Lao động chính/ Có đóng góp	91	23,3
	Không đóng góp	299	76,7

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 390)

	Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Thời gian lọc máu</i>	> 5 năm	234	60
	≤ 5 năm	156	40
	Trung bình	8,28 ± 6,86	
<i>Mắc bệnh kèm theo</i>	Không	119	30,5
	Có	271	69,5
<i>Tăng cân giữa 2 kỳ lọc máu</i>	> 5% trọng lượng khô	131	33,6
	≤ 5% trọng lượng khô	259	66,4
<i>Nhập viện trong 6 tháng qua</i>	Không	296	75,9
	Có	94	24,1
<i>Biến chứng trong buổi lọc máu trong 1 tuần qua</i>	Không	272	69,7
	Có	118	30,3

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cảm nhận về chất lượng giấc ngủ	Rất tệ/Khá tệ	168
	Rất tốt/ khá tốt	222
Cảm nhận lo ngại về quy trình lọc máu	Có	25
	Không	365

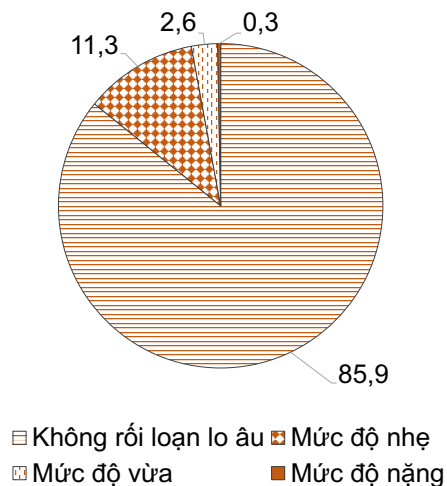
Trong Bảng 2, phần lớn người bệnh có thời gian lọc máu trên 5 năm (60%) và mắc bệnh kèm theo (69,5%). Tỷ lệ người bệnh tăng cân giữa hai kỳ lọc máu trên 5% trọng lượng khô chiếm 33,6%; 24,1% người bệnh có nhập viện trong 6 tháng qua và 30,3% xuất hiện biến chứng trong

buổi lọc máu trong tuần gần nhất.

Kết quả Bảng 3 cho thấy 57,4% người bệnh có mức độ hỗ trợ xã hội ở mức trung bình, 38,5% NB có mức độ hỗ trợ xã hội ở mức cao và tỷ lệ NB có mức độ hỗ trợ xã hội thấp chiếm tỷ lệ ít nhất 4,1%.

Bảng 3. Mức độ hỗ trợ xã hội của người bệnh (n = 390)

Mức độ hỗ trợ xã hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thấp (12 - 35 điểm)	16	4,1
Trung bình (36 - 60 điểm)	224	57,4
Cao (61 - 84 điểm)	150	38,5



Biểu đồ 1. Phân bố mức độ lo âu theo thang điểm HADS-A

Tỷ lệ người bệnh không có biểu hiện lo âu chiếm 85,9%. Có 14,1% người bệnh xuất hiện lo âu ở các mức độ, trong đó lo âu nhẹ chiếm

tỷ lệ cao nhất (11,3%), tiếp theo là lo âu mức độ vừa (2,6%) và lo âu mức độ nặng có tỷ lệ thấp nhất (0,3%).

Bảng 4. Tổng hợp một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu

Yếu tố liên quan		Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Người chăm sóc	Không				
	Có	4,2 (1,5 - 11,6)	0,004	3,1 (0,9 - 9,9)	0,05
Thu nhập	≥ 10.000.000đ				
	< 10.000.000đ	3,4 (1,7 - 6,8)	< 0,01	4,8 (1,8 - 12,7)	0,001
Vai trò kinh tế	Đóng góp chính/ Có đóng góp 1 phần				
	Không đóng góp	2,5 (1,4 - 4,6)	0,002	1,7 (0,7 - 3,8)	0,19
Mắc bệnh kèm theo	Có				
	Không	3,4 (1,5 - 7,8)	0,002	4,5 (1,7 - 11,7)	0,002
Cảm nhận về chất lượng giấc ngủ	Rất tệ/Khá tệ				
	Rất tốt/ khá tốt	2,6 (1,4 - 4,8)	< 0,001	3,0 (1,5 - 6,1)	0,001
Cảm nhận lo ngại về quy trình lọc máu	Có				
	Không	5,7 (2,4 - 13,4)	< 0,001	4,9 (1,8 - 12,7)	0,001
Mức độ hỗ trợ xã hội	Thấp/ Trung bình				
	Cao	4,3 (1,9 - 9,4)	< 0,001	3,8 (1,6 - 9,1)	0,002

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, tìm thấy các yếu tố có mối liên quan độc lập với tình trạng lo âu gồm: thu nhập ≥ 10 triệu đồng/tháng (OR = 4,8; 95%CI: 1,8 - 12,7; p = 0,001), mắc bệnh kèm theo (OR = 4,5; 95%CI: 1,7 - 11,7; p = 0,002), cảm nhận chất lượng giấc ngủ rất tệ/khá tệ (OR = 3,0; 95%CI: 1,5 - 6,1; p = 0,001), lo ngại về quy trình lọc máu (OR = 4,9; 95%CI: 1,8 - 12,7; p = 0,001) và hỗ trợ xã hội mức thấp/trung bình (OR = 3,8; 95%CI: 1,6 - 9,1; p = 0,002).

Người bệnh không có người chăm sóc, vai trò kinh tế trong gia đình không còn mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến (p $\geq 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 390 người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội ghi nhận tỷ lệ

lo âu là 14,1%, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ (11,3%), mức độ vừa chiếm 2,6% và mức độ nặng rất thấp (0,3%).

Lo âu là trạng thái cảm xúc, đặc trưng bởi cảm giác căng thẳng, lo lắng, sợ hãi hoặc bất an trước một mối đe dọa chưa rõ ràng hoặc chưa xảy ra. Rối loạn lo âu có thể ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, tinh thần, mức độ tuân thủ hạn chế dịch và chế độ ăn ở NB lọc máu chu kỳ.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn lo âu là 14,1%; lo âu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (11,3%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nhiều nghiên cứu khác như Phạm Ngọc Thảo, Phạm Quốc Toàn (2025) nghiên cứu trên NB lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân Y 103 cho biết tỷ lệ NB có lo âu là 35%, tác giả Lương Công Minh và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ NB có nguy cơ lo âu là

52,9%, xác định có lo âu là 5,9%.^{5,6} So với các nghiên cứu quốc tế, kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn rõ rệt khi Meng và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân chạy thận là 25,9%.⁴ Sự khác biệt có thể liên quan đến bộ công cụ nghiên cứu được sử dụng để đánh giá tình trạng lo âu trên đối tượng nghiên cứu của các tác giả. Trong khi tác giả Phạm Ngọc Thảo đánh giá tình trạng lo âu theo thang điểm DASS-21, Meng và cộng sự sử dụng thang đo Zung Self-Rating Anxiety Scale, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo HADS để khảo sát tỷ lệ lo âu. Thang đo HADS cũng được đánh giá là công cụ được sử dụng phổ biến nhất trên NB lọc máu chu kỳ, và loại bỏ được nhiều triệu chứng cơ thể vốn dễ gây nhiễu ở bệnh nhân suy thận.^{2,13} Do vậy, tỷ lệ NB có rối loạn lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác.

Bên cạnh đó, thời gian lọc máu dài cũng có thể là một trong các nguyên nhân của sự khác biệt này. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 60% người bệnh có thời gian lọc máu trên 5 năm, cao hơn so với 44,6% trong nghiên cứu của Meng và cộng sự. Thời gian lọc máu tăng lên giúp cải thiện đáng kể ở nhiều lĩnh vực của NB như: cải thiện gánh nặng của bệnh Thận, chức năng nhận thức, vai trò cảm xúc, chất lượng giấc ngủ, sự hài lòng của người bệnh.¹⁴ Điều này giúp nâng cao chất lượng cuộc sống, cho thấy bệnh nhân có thể dần thích nghi cả về thể chất và tâm lý khi quá trình lọc máu tiếp tục.

Nghiên cứu cho thấy mức thu nhập bình quân/tháng có mối liên quan độc lập đến tình trạng rối loạn lo âu ở NB lọc máu chu kỳ (OR = 4,8; 95%CI: 1,8 - 12,7; p = 0,001). Kết quả này khác biệt với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó khó khăn kinh tế thường liên quan đến tăng nguy cơ lo âu. Tác giả Ưông Thị Nhi (2025) báo cáo lo âu ít phổ biến hơn ở bệnh nhân có điều kiện kinh tế khá giả hơn (11,5%, p = 0,001).⁸ Tuy nhiên, mức thu nhập không phản ánh đầy đủ

gánh nặng kinh tế mà người bệnh phải đối mặt, đặc biệt ở người bệnh lọc máu chu kỳ. Tổng quan hệ thống của Chan và cộng sự (2024) cho thấy các chỉ số phản ánh áp lực tài chính và mối lo ngại về kinh tế là những yếu tố dự báo mạnh hơn đối với lo âu và trầm cảm so với bản thân mức thu nhập. Có tới 67,16% số nghiên cứu trong tổng quan ghi nhận các lo ngại về tài chính, an ninh kinh tế hoặc thay đổi thu nhập có liên quan có ý nghĩa với các triệu chứng lo âu.¹⁵ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ thu thập thông tin về mức thu nhập hàng tháng mà chưa đánh giá các chỉ số phản ánh gánh nặng tài chính, mối lo ngại về kinh tế, vì vậy, kết quả này cần được kiểm chứng thêm trong các nghiên cứu tiếp theo có đánh giá toàn diện hơn về tình trạng kinh tế và áp lực tài chính của người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mắc bệnh kèm theo gặp ở 69,5% NB, phản ánh mức độ nặng của bệnh tật mà NB lọc máu chu kỳ phải đối mặt, và có mối liên quan độc lập với tình trạng lo âu ở nhóm NB này. Kết quả của chúng tôi phù hợp với phân tích tổng hợp của Huang và cộng sự (2021), cho thấy sự khác biệt đáng kể về các triệu chứng lo âu liên quan đến bệnh lý kèm theo.² Điều này gợi ý người bệnh có nhiều bệnh lý kèm theo, phải đối mặt với gánh nặng điều trị lớn hơn, triệu chứng chồng lấp và tiên lượng bệnh nặng hơn, từ đó làm gia tăng nguy cơ rối loạn tâm lý.² Do đó, cần tăng cường quản lý và kiểm soát bệnh lý kèm theo như: khám, kiểm tra lâm sàng cho NB trước mỗi buổi lọc máu; thực hiện các đánh giá cận lâm sàng định kỳ để đánh giá hiệu quả lọc và kiểm soát các chỉ số bất thường.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê về cảm nhận chất lượng giấc ngủ với tình trạng lo âu ở đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy 43,1% bệnh nhân báo cáo cảm nhận chất lượng giấc ngủ rất tệ/khá tệ. Kết quả của chúng tôi phù

hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Shi và cộng sự (2026) ghi nhận tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém ở bệnh nhân lọc máu dao động từ 31,5% đến 93,8%, với tỷ lệ gộp toàn cầu là 64,2%.¹⁶ Chất lượng giấc ngủ ảnh hưởng đến tình trạng lo âu có thể được giải thích qua các cơ chế sinh lý: Thiếu ngủ có thể dẫn đến tình trạng quá tải điều hòa nội môi, làm suy giảm khả năng dẻo dai thần kinh của não và các con đường miễn dịch, gây căng thẳng, suy yếu khả năng điều hòa cảm xúc, do đó góp phần gây ra các rối loạn tâm trạng, lo âu và rối loạn tâm thần.¹⁷ Do vậy, suy giảm chất lượng giấc ngủ nên được cân nhắc như một yếu tố nguy cơ, một bệnh đồng mắc khi xem xét, đánh giá tình trạng lo âu trên người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy cảm nhận lo ngại về quy trình lọc máu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với trạng thái lo âu ở NB. Mối quan hệ trên có thể được giải thích theo mô hình tự điều chỉnh dựa trên lẽ thường (Common-Sense Model of Illness Self-Regulation). Theo mô hình này, khi lọc máu chu kỳ, NB sẽ phải tiếp xúc lặp đi lặp lại với nhiều thủ thuật của quy trình lọc máu, NB sẽ dần hình thành nhận thức về tình trạng bệnh, điều trị, và các mối đe dọa liên quan đến điều trị từ đó kích hoạt các phản ứng cảm xúc tiêu cực như lo sợ, bất an và lo âu thông qua các cơ chế điều hòa nhận thức và hành vi.¹⁸ Vì vậy, bên cạnh việc tối ưu hóa kỹ thuật lọc máu và phòng ngừa biến chứng, nhân viên y tế cần quan tâm đánh giá sớm những lo ngại của người bệnh đối với quá trình điều trị. Truyền thông để NB có kiến thức về tự chăm sóc, quản lý bệnh nhằm giảm cảm nhận về mối đe dọa của điều trị, góp phần hạn chế nguy cơ xuất hiện các rối loạn lo âu.

Bên cạnh các yếu tố về đặc điểm nhân khẩu và lâm sàng, mức độ hỗ trợ xã hội đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và giảm thiểu tình trạng lo âu ở NB lọc máu chu kỳ. Nghiên cứu cho thấy NB có mức độ hỗ trợ xã hội cao có tỷ

lệ lo âu thấp hơn so với NB có mức độ hỗ trợ thấp/trung bình. Tương đồng với kết quả của chúng tôi, tác giả Sarah J Erickson và cộng sự (2024) cho biết điểm số hỗ trợ xã hội tổng thể cao hơn có tương quan với kết quả do bệnh nhân tự báo cáo tốt hơn bao gồm mức độ lo lắng ($r = -0,23$, $p = 0,004$), cùng với chất lượng giấc ngủ tốt hơn ($r = -0,32$, $p < 0,001$).¹⁹ Nghiên cứu của Ioanna Lilympaki và cộng sự (2016) cho biết việc tăng một điểm hỗ trợ từ bạn bè dường như làm giảm 57% khả năng có mức độ lo âu cao.²⁰ Việc khuyến khích người bệnh chia sẻ khó khăn và hỗ trợ NB tìm kiếm sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè và các tổ chức xã hội giúp NB cải thiện tình trạng lo âu.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế như: Thiết kế đơn trung tâm, với phương pháp lựa chọn mẫu thuận tiện có thể làm hạn chế tính đại diện của mẫu và khả năng khái quát của kết quả. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của nghiên cứu được tính cho mục tiêu ước lượng tỷ lệ lo âu mà chưa tính riêng cho mô hình hồi quy logistic. Nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà chưa phân tích được mối quan hệ nhân - quả giữa các yếu tố độc lập với tình trạng lo âu. Việc thu thập số liệu chủ yếu dựa trên việc tự báo cáo của người bệnh thông qua thang đo HADS và hỗ trợ xã hội nên có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và yếu tố chủ quan của người bệnh. Những phát hiện của nghiên cứu này mở ra các hướng nghiên cứu trong tương lai: (1) Nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn với phương pháp chọn mẫu xác suất. (2) Đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lo âu ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội ở mức đáng lưu ý, 14,1%. Đây vẫn là một tỷ lệ cần quan tâm trong bối cảnh lọc máu chu kỳ là phương pháp điều trị kéo dài suốt đời, đòi hỏi

việc sàng lọc và can thiệp tâm lý thường quy. Mức thu nhập bình quân, mắc bệnh kèm theo, chất lượng giấc ngủ, lo ngại về quy trình lọc máu và mức độ hỗ trợ xã hội là các yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng lo âu. Kết quả này gợi ý các hoạt động hỗ trợ, chăm sóc và điều trị trong chiến lược phòng ngừa và giảm tỷ lệ rối loạn lo âu ở NB lọc máu chu kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Anxiety disorders. World Health Organization. Updated September 27, 2023. Accessed June 11, 2026. WHO Anxiety Disorders.
2. Huang CW, Wee PH, Low LL, et al. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:27-40. Doi: 10.1016/j.genhosppsy. 2020.12.003.
3. Schouten RW, Haverkamp GL, Loosman WL, et al. Anxiety Symptoms, Mortality, and Hospitalization in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Cohort Study. *Am J Kidney Dis*. 2019;74(2):158-166. doi:10.1053/j.ajkd.2019.02.017
4. Meng Y, Wu Ht, Niu JI, et al. Prevalence of depression and anxiety and their predictors among patients undergoing maintenance hemodialysis in Northern China: a cross-sectional study. *Renal Failure*. 2022;44(1):933-944.
5. Công Minh L, Thanh Bình N, Đức Chiến V, và cs. Tỷ lệ rối loạn lo âu và các yếu tố liên quan ở người bệnh chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;515(2). doi:10.51298/vmj.v515i2.2745
6. Pham NT, Pham QT. Assessment of anxiety disorder using the DASS-21 and related factors in maintenance hemodialysis patients. *J Mil Pharm Med*. 2025;50(4):102-110. doi:10.56535/jmpm.v50i4.1108
7. Erickson SJ, Yabes JG, Han Z, et al. Associations between Social Support and Patient-Reported Outcomes in Patients Receiving Hemodialysis: Results from the TACcare Study. *Kidney360*. 2024;5(6):860-869. doi:10.34067/KID.0000000000000456
8. Uong TN, Ho TB, Huynh TV, et al. Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients: A Cross-sectional Study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2025;13(1). doi:10.5812/jnms-163939.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.
10. Khue PM, Thom VT, Minh DQ, et al. Depression and Anxiety as Key Factors Associated With Quality of Life Among Lung Cancer Patients in Hai Phong, Vietnam. *Front Psychiatry*. 2019;10:352. Published 2019 May 16. doi:10.3389/fpsy.2019.00352
11. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77. doi:10.1016/S0022-3999(01)00296-3
12. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi:10.1207/S15327752JPA5201_2.
13. Loosman WL, Siegert CEH, Korzec A, et al. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(Pt 4):507-516
14. Yan S, Wang Y, Li Z, et al. Dialysis Vintage and Symptom Burden in Hemodialysis: A Comprehensive Analysis. *Nurs Health Sci*. 2025;27(3):e70226. doi:10.1111/nhs.70226

15. Chan JK, Marzuki AA, Vafa S, et al. A systematic review on the relationship between socioeconomic conditions and emotional disorder symptoms during COVID-19: unearthing the potential role of economic concerns and financial strain. *BMC Psychol.* 2024;12:268. doi:10.1186/s40359-024-01715-8
16. Shi GF, Zhou XH, Chen L, et al. Global prevalence of poor sleep quality in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2026;13:1770352. doi:10.3389/fmed.2026.1770352
17. Palagini L, Hertenstein E, Riemann D, Nissen C. Sleep, insomnia and mental health. *J Sleep Res.* 2022;31(4):e13628. doi:10.1111/jsr.13628
18. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis NLD, Orbell S. The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychol Bull.* 2017;143(11):1117-1154. doi:10.1037/bul0000118.
19. Erickson SJ, Yabes JG, Han Z, et al. Associations between Social Support and Patient-Reported Outcomes in Patients Receiving Hemodialysis: Results from the TACcare Study. *Kidney360.* 2024;5(6):860-869. doi:10.34067/KID.0000000000000456
20. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, et al. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Mater Sociomed.* 2016;28(5):361-365. doi:10.5455/msm.2016.28.361-365

Summary

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT HANOI NEPHROLOGY HOSPITAL

This study aimed to determine the prevalence of anxiety disorders and identify factors associated with anxiety among patients undergoing maintenance hemodialysis at the Hemodialysis Department of Hanoi Nephrology Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted among 390 patients from January 2026 to March 2026. Anxiety was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Univariate and multivariable logistic regression analyses were performed to identify associated factors. The results showed that the prevalence of anxiety disorder among maintenance hemodialysis patients at Hanoi Nephrology Hospital was 14.1%. Independent factors associated with anxiety included monthly income exceeding 10 million VND, low to moderate levels of social support, the presence of comorbidities, poor sleep quality, and concerns regarding the hemodialysis procedure. In conclusion, anxiety disorder remains a significant mental health issue among hemodialysis patients and is associated with several psychosocial and clinical factors.

Keywords: Anxiety, hemodialysis, HADS.