

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH COVID-19 XUẤT VIỆN TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Nguyễn Thiện Minh^{1,✉}, Đỗ Thị Lan Anh², Nguyễn Thị Trường Xuân³
Lý Tiểu Long¹, Đặng Thị Thiện Ngân¹, Nguyễn Thị Hoàng Huệ¹
Nguyễn Thị Bạch Ngọc¹, Huỳnh Thị Kim Truyền¹, Sầm Hà Như Vũ¹
Lê Phước Hùng⁴, Phạm Thị Kim Yến⁵

¹Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Eye Care Foundation - Vietnam

⁴Trung tâm Y tế Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

⁵Đại học Trà Vinh

COVID-19 gây ảnh hưởng cả sức khỏe thể chất và tâm thần của người bệnh, do đó hiểu biết về ảnh hưởng của COVID-19 đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) của người bệnh là chìa khóa quan trọng nhằm xây dựng chính sách và các chương trình can thiệp cộng đồng. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu cắt ngang ở 324 người bệnh COVID-19 nội trú vào thời điểm xuất viện, tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, tháng 11 năm 2021, với thang đo EQ-5D-5L phiên bản tiếng Việt. Điểm HRQoL trung bình và độ lệch chuẩn của toàn thể 324 đối tượng nghiên cứu tương ứng là $0,874 \pm 0,216$. Có 33,3% người bệnh COVID-19 tham gia có lo lắng/u sầu. Sau khi phân tích đa biến và kiểm soát các yếu tố gây nhiễu tiềm tàng, nghiên cứu này cho thấy nữ giới có HRQoL cao hơn nam giới; tuổi càng cao điểm HRQoL giảm; mắc bệnh đái tháo đường và/ hoặc bệnh lao phổi/ ngoài phổi cũ là yếu tố làm giảm HRQoL ở người bệnh COVID-19. Cần có các chương trình hỗ trợ và tư vấn tâm lý, sàng lọc rối loạn tâm thần ở người bệnh COVID-19 nhập viện.

Từ khóa: COVID-19, HRQoL, EQ-5D-5L, chất lượng cuộc sống.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là một bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, gây ra bởi sự lây nhiễm của virus SARS-CoV-2. Mặc dù phần lớn người bệnh chỉ có triệu chứng nhẹ ở đường hô hấp, nhưng một số bệnh nhân có thể gặp Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), có nguy cơ tử vong.¹ Virus SARS-CoV-2 không chỉ gây bệnh và hậu quả ở phổi, mà còn ảnh hưởng đến hầu hết các hệ cơ quan khác.^{2,3} Ở những người bệnh đã hồi phục sau khi mắc COVID-19, có 11% - 24% vẫn có thể tiếp tục bị ảnh hưởng

bởi cảm giác khó thở và giảm khả năng sinh hoạt, giảm HRQoL.⁴ Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh COVID-19 sau điều trị giúp lượng giá mức độ ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống.^{5,6} Nghiên cứu này nhằm xác định điểm chất lượng cuộc sống trung bình của người bệnh COVID-19 đã nhập viện và được xuất viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch trong tháng 11 năm 2021 bằng thang đo EQ-5D-5L.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đã mắc COVID-19 chuẩn bị xuất viện, có kết quả xét nghiệm Realtime PCR SARS-CoV-2 âm tính và đạt tiêu chuẩn xuất viện. Tiêu chí chọn lựa đối

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thiện Minh,
Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch
Email: nguyenthien2301@gmail.com
Ngày nhận: 16/12/2021
Ngày được chấp nhận: 08/02/2022

tượng nghiên cứu: từ đủ 18 tuổi trở lên, biết chữ, tỉnh táo, có thể trả lời câu hỏi nghiên cứu, đã mắc COVID-19 (có mã ICD-10 trong chẩn đoán là U07.1) và điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, xuất viện theo kế hoạch trong vòng ít nhất 48 giờ tính từ thời điểm khảo sát. Tiêu chí loại trừ là người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu chống độc dành cho người bệnh COVID-19; người bệnh có khuyết tật trí tuệ, câm, điếc, hoặc không thể trả lời các câu hỏi khảo sát.

Thời gian nghiên cứu

Từ 15/09/2021 đến 15/12/2021.

Thời gian thu thập số liệu

Từ 01/11/2021 cho đến 30/11/2021.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, cách chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu để ước tính một trung bình, với giá trị độ lệch chuẩn là độ lệch chuẩn tham khảo từ nghiên cứu của Meys và cộng sự.⁷ Với xác suất sai lầm loại I, alpha là 0,05. Cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 312 đối tượng, thực tế phỏng vấn được 324 người. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện những người bệnh trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi chia cỡ mẫu tối thiểu (312 đối tượng) cho tất cả các khoa điều trị COVID-19 dựa trên số lượng người bệnh COVID-19 thực tế xuất viện theo khoa.

Công cụ thu thập dữ liệu

Nghiên cứu sử dụng bản dịch EQ-5D-5L tiếng Việt và bảng kết quả chuyển đổi HRQoL của nhóm nghiên cứu tại Trường Đại học Y tế công cộng, có điểm chất lượng cuộc sống tối thiểu và tối đa, tương ứng, lần lượt là -0.5115 và 1.⁸ Công cụ đánh giá HRQoL trong nghiên cứu là bộ công cụ EQ-5D-5L gồm: di chuyển, tự chăm sóc, các hoạt động thông thường, lo lắng/trầm cảm và đau/ khó chịu; và 5 cấp độ: không có vấn đề (cấp độ 1), vấn đề nhỏ, vấn đề vừa phải, vấn đề nghiêm trọng và các vấn đề cực đoan (cấp độ 5).

2. Phương pháp

Nghiên cứu khảo sát người bệnh vào ngày người bệnh xuất viện. Người bệnh tham gia nghiên cứu được nhân viên y tế tư vấn, chấp thuận tham gia nghiên cứu thì được hướng dẫn để thực hiện bảng khảo sát soạn sẵn có cấu trúc, thông qua điện thoại di động, hình thức trực tuyến.

3. Xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Google Form để tạo bộ công cụ khảo sát trực tuyến và phân tích bằng phần mềm StataCopr©Stata phiên bản 16.0. Đặc điểm của người bệnh được báo cáo với tần số, tỷ lệ và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) của tỷ lệ với các biến: giới (biến nhị giá), nhóm tuổi, bệnh kèm (gồm: cao huyết áp, đái tháo đường, từng mắc lao (gồm lao phổi/ ngoài phổi), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), ung thư phổi). Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy logistic thứ tự để đánh giá mối liên quan giữa HRQoL theo từng lĩnh vực (biến kết cục dạng thứ tự) với một số đặc điểm của đối tượng. Mô hình beta binomial để phân tích giá trị quy đổi của thang đo EQ-5D-5L.⁹ Sau khi chuyển đổi, kết quả cho thấy 54,3% có giá trị bằng 1 trong điểm HRQoL sau quy đổi, vì thế, chúng tôi sử dụng mô hình one-inflated beta, sai số chuẩn của hệ số hồi quy ước tính bằng phương pháp robust.¹⁰

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu cam kết tôn trọng con người, tuân thủ các nguyên tắc Nuremberg, tuyên ngôn Tuyên bố Helsinki dựa trên sự tự nguyện của người tham gia khảo sát, và không thu thập thông tin để xác nhận được danh tính của người tham gia khảo sát. Người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích của nghiên cứu, người tham gia hiểu, biết về quyền của họ khi tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được phê duyệt về tính khoa học và đạo đức của theo Giấy chứng nhận số 1072/PNT ngày 23/09/2021 của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu (n = 324)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Giới (nam)	180	55,5
Tuổi*	50,0; 50; 39-62	
Nhóm tuổi		
Dưới 30 tuổi	24	7,4
30 - 39 tuổi	60	18,5
40 - 49 tuổi	72	22,2
50 - 59 tuổi	64	19,8
60 - 69 tuổi	68	21,0
Trên 69 tuổi	36	11,1
Ngày nằm viện*	15,2; 14; 9- 19	
Bệnh nền (có)	224	69,1
Đái tháo đường (có)	88	27,2
Cao huyết áp (có)	84	25,9
Tình mắc lao (có)	36	11,1
COPD (có)	16	4,9
Ung thư phổi (có)	12	3,7

*Trung bình; trung vị; khoảng tứ vị

Bảng 2. Tần số và tỷ lệ của 5 lĩnh vực HRQoL (n = 324)

Lĩnh vực	Tần số (tỷ lệ)				
	Cấp độ 1	Cấp độ 2	Cấp độ 3	Cấp độ 4	Cấp độ 5
Sự đi lại	220 (67,9%)	68 (21%)	28 (8,6%)	4 (1,2%)	4 (1,2%)
Tự chăm sóc	236 (72,8%)	48 (14,8%)	20 (6,2%)	16 (4,9%)	4 (1,2%)
Sinh hoạt thường lệ	240 (74,1%)	48 (14,8%)	20 (6,2%)	12 (3,7%)	4 (1,2%)
Đau/ khó chịu	240 (74,1%)	60 (18,5%)	16 (4,9%)	8 (2,5%)	0
Lo lắng/ u sầu	216 (66,7%)	80 (24,7%)	16 (4,9%)	12 (3,7%)	0

Sau khi quy đổi, điểm HRQoL trung bình và độ lệch chuẩn tương ứng là 0,874 ± 0,216.

Điểm chất lượng cuộc sống tối thiểu và tối đa, tương ứng, lần lượt là -0.3471 và 1.

Bảng 3. Mối liên quan giữa từng lĩnh vực HRQoL là một số đặc điểm của đối tượng tham gia, mô hình hồi quy logistic thứ tự đa biến (n = 324)

Đặc điểm	Hệ số hồi quy (KTC 95%)	OR (KTC 95%)	p-value
Sự đi lại			
Giới (nữ)	-0,150 (-0,914; 0,615)	0,861 (0,401; 1,849)	0,701
Tuổi	0,104 (0,066; 0,143)	1,110 (1,069; 1,153)	<0,001
Cao huyết áp (có)	1,251 (0,516; 1,986)	3,492 (1,675; 7,283)	0,001
Đái tháo đường (có)	-0,458 (-1,138; 0,223)	0,633 (0,32; 1,250)	0,188
Từng mắc lao (có)	1,198 (0,126; 2,271)	3,315 (1,134; 9,690)	0,029
COPD (có)	-0,695 (-2,043; 0,653)	0,499 (0,130; 1,921)	0,312
Ung thư phổi (có)	1,261 (0,497; 2,024)	3,528 (1,644; 7,569)	0,001
Tự chăm sóc			
Giới (nữ)	-0,137 (-0,849; 0,575)	0,872 (0,428; 1,777)	0,706
Tuổi	0,075 (0,036; 0,115)	1,078 (1,036; 1,122)	<0,001
Cao huyết áp (có)	2,597 (1,362; 3,833)	13,428 (3,903; 46,198)	<0,001
Đái tháo đường (có)	-1,531 (-2,488; -0,574)	0,216 (0,083; 0,563)	0,002
Từng mắc lao (có)	1,346 (0,027; 2,665)	3,843 (1,028; 14,37)	0,045
COPD (có)	-1,065 (-2,976; 0,846)	0,345 (0,051; 2,330)	0,275
Ung thư phổi (có)	-1,585 (-2,411; -0,758)	0,205 (0,090; 0,469)	<0,001
Sinh hoạt thường lệ			
Giới (nữ)	-0,576 (-1,307; 0,155)	0,562 (0,271; 1,167)	0,122
Tuổi	0,126 (0,082; 0,171)	1,135 (1,085; 1,187)	<0,001
Cao huyết áp (có)	2,167 (1,207; 3,126)	8,728 (3,342; 22,791)	<0,001
Đái tháo đường (có)	-0,721 (-1,476; 0,035)	0,486 (0,228; 1,035)	0,061
Từng mắc lao (có)	0,465 (-0,555; 1,485)	1,592 (0,574; 4,413)	0,372
COPD (có)	-1,981 (-4,322; 0,360)	0,138 (0,013; 1,434)	0,097
Ung thư phổi (có)	-1,652 (-2,494; -0,811)	0,192 (0,083; 0,444)	<0,001
Đau/ khó chịu			
Giới (nữ)	-1,294 (-2,163; -0,424)	0,274 (0,115; 0,654)	0,004
Tuổi	0,091 (0,051; 0,131)	1,095 (1,052; 1,14)	<0,001
Cao huyết áp (có)	1,142 (0,369; 1,914)	3,131 (1,446; 6,782)	0,004

Đặc điểm	Hệ số hồi quy (KTC 95%)	OR (KTC 95%)	p-value
Đái tháo đường (có)	-0,219 (-0,832; 0,394)	0,803 (0,435; 1,483)	0,484
Từng mắc lao (có)	-0,071 (-0,771; 0,629)	0,932 (0,463; 1,876)	0,843
COPD (có)	-2,037 (-4,025; -0,049)	0,130 (0,018; 0,952)	0,045
Ung thư phổi (có)	0,294 (-1,115; 1,703)	1,341 (0,328; 5,489)	0,683
Lo lắng/ u sầu			
Giới (nữ)	-0,088 (-0,768; 0,592)	0,916 (0,464; 1,808)	0,800
Tuổi	0,072 (0,041; 0,103)	1,074 (1,042; 1,108)	<0,001
Cao huyết áp (có)	1,108 (0,387; 1,828)	3,028 (1,473; 6,224)	0,003
Đái tháo đường (có)	-0,593 (-1,186; 0,001)	0,553 (0,305; 1,001)	0,050
Từng mắc lao (có)	-0,061 (-0,768; 0,646)	0,941 (0,464; 1,908)	0,866
COPD (có)	-1,720 (-3,492; 0,051)	0,179 (0,030; 1,053)	0,057
Ung thư phổi (có)	-0,143 (-1,746; 1,459)	0,866 (0,174; 4,303)	0,861

Bảng 4. Mối liên quan giữa HRQoL và một số đặc điểm dân số học, mô hình one inflated đơn biến với phân phối beta (n = 324)

Đặc điểm	Điểm HRQoL ± ĐLC	Hệ số (KTC 95%)	p-value
Giới	Nam	0,878 ± 0,208	ref
	Nữ	0,883 ± 0,201	0,379 (0,129; 0,630)
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	0,982 ± 0,040	ref
	30 - 39 tuổi	0,977 ± 0,041	0,177 (0,073; 0,281)
	40 - 49 tuổi	0,905 ± 0,221	-0,954 (-1,501; -0,407)
	50 - 59 tuổi	0,942 ± 0,097	-0,139 (-0,341; 0,062)
	60 - 69 tuổi	0,785 ± 0,196	-0,690 (-0,887; -0,493)
	Trên 69 tuổi	0,675 ± 0,320	-0,537 (-0,876; -0,199)
Bệnh kèm	Có	0,808 ± 0,251	-0,807 (-1,129; -0,484)
	Không	0,967 ± 0,064	ref
Đái tháo đường	Có	0,754 ± 0,158	-0,317 (-0,590; -0,044)
	Không	0,925 ± 0,221	ref
Cao huyết áp	Có	0,881 ± 0,253	0,100 (-0,150; 0,351)
	Không	0,880 ± 0,165	ref

	Đặc điểm	Điểm HRQoL ± ĐLC	Hệ số (KTC 95%)	p-value
Từng mắc lao	Có	0,889 ± 0,138	-0,183 (-0,433; 0,066)	0,151
	Không	0,880 ± 0,212	ref	
COPD	Có	0,910 ± 0,123	0,252 (-0,150; 0,655)	0,220
	Không	0,879 ± 0,208	ref	
Ung thư phổi	Có	0,841 ± 0,188	0,07 (-0,475; 0,616)	0,800
	Không	0,882 ± 0,206	ref	

Bảng 5. Mô hình đa biến mối liên quan giữa một số đặc điểm dân số, bệnh nền và điểm quy đổi HRQoL, mô hình one inflated đa biến với phân phối beta (n=324)

Đặc điểm	Hệ số (KTC 95%)	p-value
Giới (nữ)	0,303 (0,020; 0,585)	0,036
Tuổi	-0,017 (-0,030; -0,003)	0,015
Cao huyết áp (có)	-0,491 (-0,984; 0,002)	0,051
Đái tháo đường (có)	-0,429 (-0,078; -0,780)	0,017
Từng mắc lao (có)	-0,594 (-0,845; -0,343)	< 0,001
COPD (có)	0,584 (-0,229; 1,397)	0,159
Ung thư phổi (có)	0,153 (-0,262; 0,568)	0,469

Mắc bệnh lao phổi/ ngoài phổi trước đây, làm giảm điểm HRQoL có ý nghĩa thống kê. Nhìn chung, nữ giới có HRQoL cao hơn nam giới, tuổi càng cao điểm HRQoL giảm, mắc bệnh đái tháo đường và/ hoặc bệnh lao phổi/ ngoài phổi cũ là yếu tố làm giảm HRQoL ở người bệnh COVID-19.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát HRQoL vào thời điểm xuất viện của 324 người bệnh COVID-19 nhập viện đã bình phục tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch trong tháng 11 năm 2021 bằng thang đo EQ-5D-5L. Điểm HRQoL trung bình ở người bệnh COVID-19 tham gia $0,874 \pm 0,216$, cao hơn các nghiên cứu ở các quốc gia khác. Sự khác biệt này là do: thời điểm đánh giá HRQoL,

tỷ lệ người bệnh từng điều trị ICU trong đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu nhập viện/ không nhập viện.^{7, 11, 12}

Trong số 5 lĩnh vực HRQoL, lo lắng/ u sầu có 33,3% người cho biết có trở ngại, trong đó 3,7% cho biết “rất lo lắng hay rất u sầu”. Bên cạnh các ảnh hưởng thể chất, gánh nặng sức khỏe tinh thần mà người bệnh COVID-19 phải chịu là lớn, phù hợp với các phát hiện trên toàn cầu. Trong thời gian dịch COVID-19 toàn cầu, nữ giới bị ảnh hưởng bởi đại dịch và có nguy cơ trầm cảm và rối loạn lo âu cao hơn nam giới; người trẻ tuổi hơn bị ảnh hưởng nhiều hơn các nhóm tuổi lớn hơn. Do đại dịch COVID-19, trên toàn cầu có thêm 53,2 triệu người (tăng 27,6%) rối loạn trầm cảm, và có thêm 76,2 triệu người (tăng 25,6%) rối loạn lo âu lan tỏa.²⁰ Người có

rối loạn tâm thần gia tăng nguy cơ tử vong và nhập viện sau khi nhiễm SARS-CoV-2.¹³

Sự suy giảm này trong HRQoL của người cao tuổi được quan sát thấy ở cả 5 lĩnh vực HRQoL, tương tự với các phát hiện trước đó. Trong phân tích theo từng lĩnh vực HRQoL, giới tính không có ảnh hưởng đến HRQoL, còn cao huyết áp thì làm giảm HRQoL (bảng 3). Sau khi chuyển đổi điểm HRQoL thì nữ giới có điểm quy đổi HRQoL cao hơn so với nam giới, còn cao huyết áp không có mối liên quan với điểm HRQoL (bảng 4, bảng 5). Một số nghiên cứu khác sử dụng bộ công cụ EQ-5D-5L cũng cho thấy HRQoL của nữ giới sau khi mắc COVID-19 thấp hơn nam giới, cụ thể bệnh nhân nam ($0,63 \pm 20$) so với bệnh nhân nữ ($0,58 \pm 20$).⁶ Điều này khác với nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có điểm HRQoL cao hơn nam giới trong cả mô hình đơn biến và đa biến, sau khi hiệu chỉnh với các biến tiềm tàng, điểm khác biệt chính các nghiên cứu khác sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF để đánh giá HRQoL.¹⁴

Người mắc bệnh lao trước đây bị giảm HRQoL khi cùng mắc COVID-19 (bảng 5). Trong năm 2020, ước tính đại dịch COVID-19 làm giảm 19% số người được điều trị bệnh lao kháng thuốc ở các quốc gia nhận được hỗ trợ của Quỹ Toàn cầu và giảm 37% số người được điều trị bệnh lao siêu kháng thuốc.²⁵ Bệnh lao là một yếu tố nguy cơ gây tử vong ở người bệnh COVID-19, theo đó, người bệnh COVID-19 có tiền sử mắc có tỷ số chênh hiệu chỉnh tử vong trong quá trình điều trị là 1,26 lần (aOR = 1,26; KTC 95%: 1,15 - 1,38) so với người bệnh chưa từng mắc lao.¹⁵ Ở một quốc gia có gánh nặng bệnh lao và lao kháng thuốc cao như Việt Nam, phát hiện này là quan trọng vì mắc lao cho thấy đã gây khó khăn khả năng tự chăm sóc của người bệnh (bảng 3). Cụ thể, nếu người bệnh có tiền sử mắc lao thì làm tăng 3,843 lần (KTC 95%: 1,028; 14,37) khó khăn khi tự chăm sóc.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế. Đầu tiên, hầu hết người tham gia nghiên cứu thực hiện tự điền bộ câu hỏi khảo sát dẫn đến các thông tin về bệnh kèm theo, mức độ nặng có thể được khảo sát chưa khảo sát đầy đủ. Thứ hai, chúng tôi thiếu thông tin về mức độ nặng của người bệnh trong quá trình điều trị, tình trạng tiêm vaccine phòng COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy điểm HRQoL của 324 người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch vào thời điểm xuất viện (0,874) là cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây với cùng bộ công cụ khảo sát (EQ-5D-5L). Trong số năm lĩnh vực của HRQoL thì lĩnh vực sức khỏe tâm thần là đáng quan tâm nhất với 33,3% người bệnh có trở ngại, cho thấy cần có các can thiệp tâm lý dành cho người bệnh trong và sau khi điều trị COVID-19 làm cải thiện HRQoL của người bệnh.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn người bệnh và nhân viên y tế tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch đã phối hợp thực hiện khảo sát, cung cấp dữ liệu cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond Engl.* 2020; 395(10229): 1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3
2. Asadi-Pooya AA, Simani L. Central nervous system manifestations of COVID-19: A systematic review. *J Neurol Sci.* 2020; 413: 116832. doi:10.1016/j.jns.2020.116832
3. Venkatesan P. NICE guideline on long COVID. *Lancet Respir Med.* 2021; 9(2): 129. doi:10.1016/S2213-2600(21)00031-X.

4. Bryson WJ. Long-term health-related quality of life concerns related to the COVID-19 pandemic: a call to action. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2021; 30(3): 643-645. doi:10.1007/s11136-020-02677-1.
5. Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk. *QJM Int J Med*. Published online January 24, 2021; hcab007. doi:10.1093/qjmed/hcab007.
6. Poudel AN, Zhu S, Cooper N, et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLOS ONE*. 2021; 16(10): e0259164. doi:10.1371/journal.pone.0259164.
7. Meys R, Delbressine JM, Goërtz YMJ, et al. Generic and Respiratory-Specific Quality of Life in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *J Clin Med*. 2020; 9(12): E3993. doi:10.3390/jcm9123993.
8. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2020; 29(7): 1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7.
9. Khan I, Morris S. A non-linear beta-binomial regression model for mapping EORTC QLQ- C30 to the EQ-5D-3L in lung cancer patients: a comparison with existing approaches. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12: 163. doi:10.1186/s12955-014-0163-7
10. Buis ML. *ZOIB: Stata Module to Fit a Zero-One Inflated Beta Distribution by Maximum Likelihood*. Boston College Department of Economics; 2012. Accessed December 11, 2021. <https://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s457156.html>.
11. Arab-Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong Public Health Res Perspect*. 2020; 11(5): 296-302. doi:10.24171/j.phrp.2020.11.5.05.
12. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2021; 93(2): 1013-1022. doi:10.1002/jmv.26368.
13. Vai B, Mazza MG, Delli Colli C, et al. Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(9):797-812. doi:10.1016/S2215-0366(21)00232-7.
14. Hawlader MDH, Rashid MU, Khan MAS, et al. Quality of life of COVID-19 recovered patients in Bangladesh. *PLOS ONE*. 2021; 16(10): e0257421. doi:10.1371/journal.pone.0257421.
15. Jassat W, Cohen C, Tempia S, et al. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. *Lancet HIV*. 2021; 8(9):e554-e567. doi:10.1016/S2352-3018(21)00151-X.

Summary

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF HOSPITALIZED COVID-19 SURVIVORS AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

COVID-19 affects both physical and mental health of patients seriously. Understanding the impact of COVID-19 on patients' health related quality of life is an important key to developing policies and community intervention programs. A cross-sectional study was conducted among 324 inpatient COVID-19 patients at Pham Ngoc Thach hospital; at the time of discharge, in november 2021, the Vietnamese version of the EQ-5D-5L quality of life scale was used for the survey. Health related quality of life score and standard deviation of all 324 study subjects were 0.874 ± 0.216 , respectively.

More than one-third (33.3%) of participants with COVID-19 had anxiety/melancholy. After multivariate analysis and controlling for potential confounding factors, the study showed that female patients had a higher quality of life than male patients; as age peaks, the quality of life decreased; prevalence of diabetes and/or former pulmonary/extra pulmonary tuberculosis were factors that reduce quality of life among patients with COVID-19. Moreover, screening for mental disorders among hospitalized COVID-19 patients should be done for all patients to identify the problems as the early stage.

Keywords: COVID-19, HRQoL, EQ-5D-5L, quality of life.