

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA CAN THIỆP TÂM LÝ NHÓM CHO NGƯỜI BỆNH TRẦM CẢM TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2021

Đỗ Tuyết Mai^{1,✉}, Nguyễn Thanh Tâm², Trần Thị Thanh Hương^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²BasicNeeds Việt Nam

³Bệnh viện K

Trầm cảm là rối loạn cảm xúc phổ biến gây nhiều hậu quả tiêu cực cho cá nhân và cộng đồng, tuy nhiên có thể quản lý hiệu quả bằng can thiệp tâm lý nhóm. Nghiên cứu thực hiện lần đầu tại Việt Nam nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của can thiệp tâm lý nhóm cho trầm cảm tại Thái Nguyên năm 2021. Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng, theo dõi trước và sau can thiệp, tiến hành ở 10 xã/phường tại thành phố Thái Nguyên từ 8/2020 - 12/2021. Can thiệp tâm lý nhóm 8 buổi theo liệu pháp kích hoạt hành vi, được thực hiện trên 359 người tuổi 18-65 có điểm PHQ-9 ≥ 10 và loại trừ rối loạn tâm thần nặng khác. Đánh giá trước và sau can thiệp sử dụng thang PHQ-9 (đánh giá trầm cảm), Q-LES-Q-SF (chất lượng cuộc sống) và BRCS (khả năng thích ứng). Sau 3 tháng, điểm trầm cảm giảm trung bình 8,32 ($ES = 2,47$), tỷ lệ trầm cảm giảm từ 100% xuống 49,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố ảnh hưởng gồm chất lượng cuộc sống, khả năng thích ứng cũng cải thiện đáng kể.

Từ khóa: Hiệu quả, can thiệp, tâm lý, nhóm, trầm cảm, Thái Nguyên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần thường gặp nhất, đặc trưng bởi khí sắc trầm, giảm quan tâm thích thú và giảm năng lượng kéo dài ít nhất 2 tuần. Trầm cảm ước tính đang ảnh hưởng tới trên 300 triệu người trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trầm cảm dự đoán sẽ trở thành gánh nặng bệnh tật lớn thứ ba toàn cầu vào năm 2030.¹ Trầm cảm không được điều trị có thể gây ra nhiều hậu quả nặng nề với cá nhân, gia đình và xã hội, đặc biệt tại các nước đang phát triển như Việt Nam.

Điều trị trầm cảm chủ yếu gồm hai phương pháp chính: thuốc và trị liệu tâm lý, trong đó can thiệp tâm lý được cho là bền vững và hiệu quả trong phòng tái phát dài hạn.² Liệu pháp

tâm lý bao gồm can thiệp tâm lý cá nhân và can thiệp tâm lý nhóm, trong đó liệu pháp tâm lý nhóm là hình thức điều trị với sự tham gia của nhiều người bệnh được lựa chọn cẩn thận theo các tiêu chí xác định và dưới sự hướng dẫn bởi người điều hành được đào tạo và giám sát kỹ thuật. Liệu pháp tâm lý nhóm là một hình thức trị liệu phổ biến, tương đối dễ thực hiện so với các liệu pháp tâm lý cá nhân, giúp thay đổi các hành vi kém thích ứng bởi các hành vi có lợi cho sức khỏe tâm thần của từng thành viên qua tác động tương hỗ và thông cảm giữa các thành viên nhóm. Cán bộ thực hiện tâm lý nhóm có thể là cán bộ chuyên khoa hoặc không chuyên khoa được đào tạo và giám sát theo các nội dung được xây dựng phù hợp với cộng đồng.^{3,4} Can thiệp tâm lý nhóm cho trầm cảm dựa trên liệu pháp kích hoạt hành vi là một phương pháp trị liệu tâm lý xã hội đã được chứng minh phù hợp và hiệu quả với người trầm cảm tại cộng đồng, đặc biệt tại các nước có thu nhập trung bình thấp.⁵⁻⁷

Tác giả liên hệ: Đỗ Tuyết Mai

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: bsdotuyetmai@gmail.com

Ngày nhận: 15/06/2022

Ngày được chấp nhận: 27/07/2022

Dù các phương pháp điều trị trầm cảm ngày càng phát triển phong phú, nhưng nghiên cứu cho thấy thực tế chỉ có 30% người bệnh trầm cảm nhận được điều trị phù hợp.⁸ Các nước thu nhập trung bình-thấp có tỷ lệ tiếp cận điều trị trầm cảm thấp do nhiều yếu tố như kì thị xã hội, ít nhân lực cán bộ chuyên khoa, thiếu nguồn lực thuốc và trị liệu tâm lý. Theo báo cáo của WHO năm 2001, quản lý trầm cảm hiệu quả cần dựa vào cộng đồng và chuyển giao nhiệm vụ cho hệ thống y tế cơ sở không chuyên khoa (task-shifting) nhằm giúp giảm áp lực cho y tế trung ương, giảm gánh nặng bệnh tật và tăng khả năng tiếp cận.⁹ Cũng theo khuyến cáo của WHO, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả khả quan của mô hình Chăm sóc theo bước (Stepped care) dựa vào cộng đồng, chuyển giao nhiệm vụ cho các cán bộ y tế không chuyên tại địa phương, đặc biệt là giáo dục tâm lý và trị liệu hành vi, phù hợp với nguồn lực thấp tại các nước đang phát triển.^{3,4}

Tại Việt Nam, với thực trạng phát triển kinh tế xã hội nhanh chóng, áp lực lên sức khỏe tâm thần và hệ thống chăm sóc y tế ngày càng tăng cao, trong khi đó hệ thống bác sĩ chuyên khoa và nguồn lực chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Trước tình hình đó, xu hướng phát triển y tế cơ sở ngày càng được quan tâm, đặc biệt là một số dự án đã bước đầu triển khai can thiệp trầm cảm tại cộng đồng. Tuy nhiên, cho tới nay các nghiên cứu về can thiệp tâm lý nhóm cho người trầm cảm tại cộng đồng Việt Nam còn rất hạn chế. Việc xác định hiệu quả của liệu pháp tâm lý nhóm có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của người trầm cảm tại Việt Nam, hứa hẹn tăng tỷ lệ tiếp cận và hiệu quả điều trị, đồng thời giảm gánh nặng lên hệ thống y tế với nguồn lực hạn chế. Do đó, đề tài được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu của can thiệp tâm lý nhóm cho người bệnh trầm cảm tại tỉnh Thái Nguyên năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng, theo dõi trước và sau can thiệp.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở 10 xã/phường của thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên gồm: Quyết Thắng, Tân Thịnh, Thịnh Đán, Tân Lập, Trung Thành, Gia Sàng, Hương Sơn, Cam Giá, Tích Lương, Phú Xá.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người dân trong độ tuổi từ 18 đến 65 tại 10 xã/phường ở thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên có điểm PHQ-9 ≥ 10 sau sàng lọc trầm cảm (Do trầm cảm ở trẻ em và người già có đặc điểm khác so với trầm cảm ở người trưởng thành nên nghiên cứu tập trung vào đối tượng 18-65 tuổi có đủ khả năng tham gia can thiệp).

- Nhân viên y tế: 5 cán bộ bệnh viện tâm thần tỉnh Thái Nguyên, 2 cán bộ/trạm y tế của 10 xã/phường tiến hành nghiên cứu.

- Tự nguyện chấp nhận tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người có các bệnh lý cơ thể nặng, rối loạn tâm thần nặng, động kinh, sa sút trí tuệ, chậm phát triển trí tuệ, lạm dụng chất.

- Người bị giảm thính lực, khuyết tật, không nghe hiểu tiếng Việt tốt.

- Người có trầm cảm nặng, hưng cảm có hoang tưởng hoặc ảo giác hoặc nguy cơ tự sát. Những đối tượng này được khám và đánh giá bởi bác sĩ tâm thần tuyến tỉnh và sẽ được chuyển tới bệnh viện tâm thần tỉnh Thái Nguyên để điều trị.

- Người không chấp nhận tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, đánh giá trước-sau:

$$n = \frac{2C(1-r)}{(ES)^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu của nhóm can thiệp;

$C = 13$ là hằng số liên quan đến sai lầm loại I và loại II với $\alpha = 0,05$ và $\beta = 0,05$; $r = 0,6$ là hệ số tương quan;

ES là hệ số ảnh hưởng = d/s với $d = 2$ là độ ảnh hưởng trung bình mong muốn của can thiệp và $s = 4,1$ là độ lệch chuẩn của điểm PHQ-9 trên nhóm bệnh nhân trầm cảm tại Việt Nam¹⁰. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu của nhóm can thiệp là 44. Trên thực tế nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 359 người dân có điểm PHQ-9 ≥ 10 tại 10 xã/phường ở thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên.

Cách chọn mẫu thuận tiện

Mỗi xã/phường tiến hành sàng lọc và thu thập 100-150 người dân để tuyển chọn ra khoảng 30-35 người tham gia can thiệp nhóm theo các tiêu chuẩn lựa chọn bên trên.

Biến số nghiên cứu

- Biến số phụ thuộc là điểm trầm cảm được tính theo thang đo PHQ-9.

- Các biến độc lập bao gồm:

+ Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân, thu nhập hộ gia đình thu thập theo mẫu phiếu thiết kế sẵn.

+ Đánh giá chất lượng cuộc sống tính theo thang đo Q-LES-Q-SF.

+ Đánh giá khả năng thích ứng với tình huống khó khăn BRCS.

- Kết quả của can thiệp trầm cảm sau can thiệp được đánh giá dựa trên:

+ Sự thay đổi tỷ lệ các mức độ trầm cảm dựa trên đánh giá theo thang đo PHQ-9.

+ Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng về chất lượng cuộc sống, đánh giá theo thang đo Q-LES-Q-SF.

+ Sự thay đổi tỷ lệ thích ứng với tình huống khó khăn, đánh giá theo thang đo BRCS.

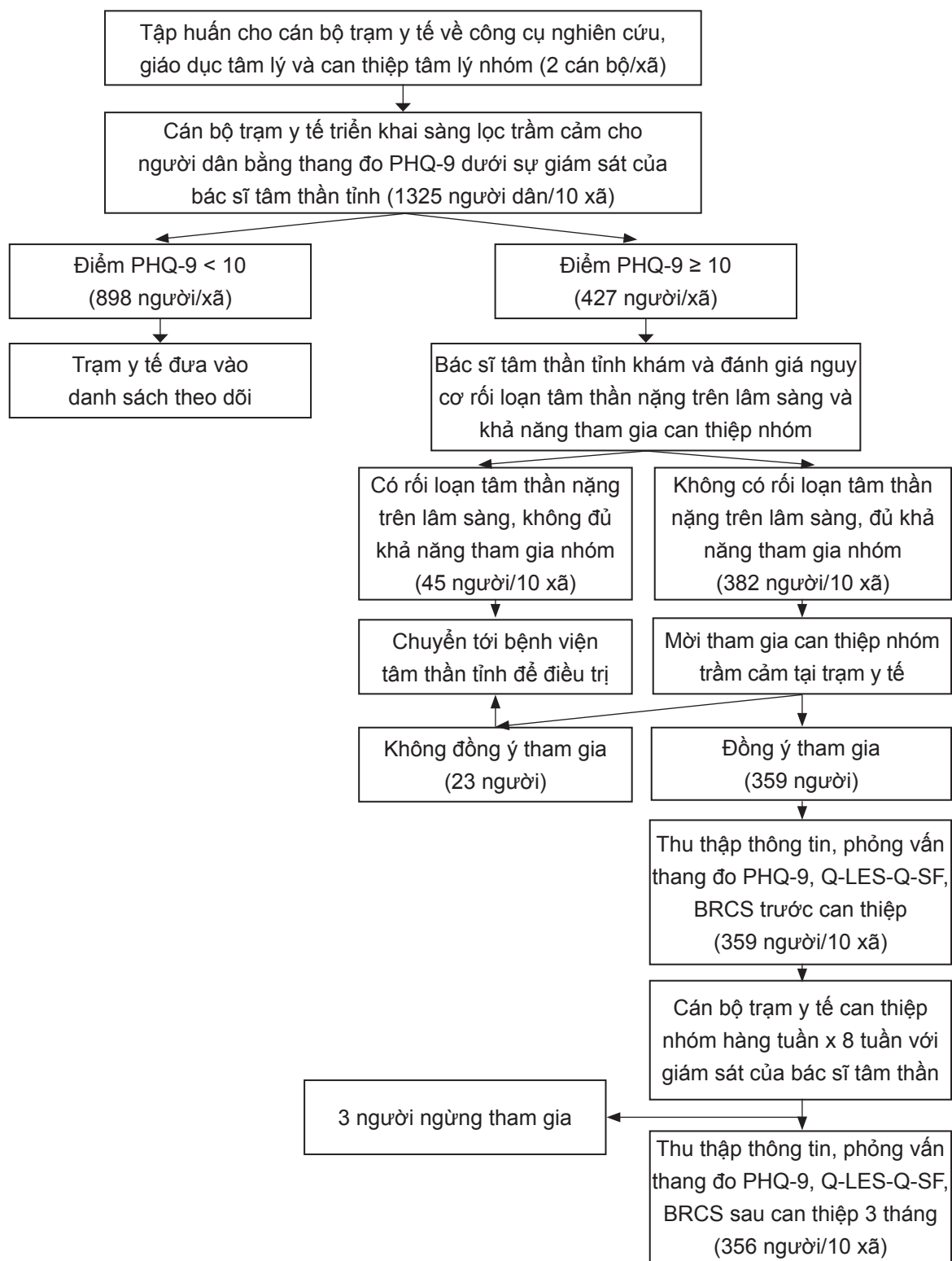
Công cụ nghiên cứu

- Thang đo PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 item) do Spitzer Williams và Kroenke xây dựng để sàng lọc trầm cảm, gồm 9 câu hỏi đánh giá trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Sổ tay chẩn đoán và thống kê các loại rối loạn tâm thần bản 4. Tổng điểm từ 0 - 27 chia thành các mức độ: 0 - 4 điểm: bình thường; 5 - 9 điểm: Trầm cảm nhẹ; 10 - 14 điểm: Trầm cảm vừa; 15 - 19 điểm: Trầm cảm nặng; 20 - 27 điểm: Trầm cảm rất nặng. Thang điểm này đã được chuẩn hóa và sử dụng rộng rãi tại Việt Nam. Tổng điểm PHQ-9 ≥ 10 có độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 88% đối với trầm cảm điển hình.¹¹

- Thang đo Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form): là thang đo đánh giá sự hài lòng về chất lượng cuộc sống, gồm 14 mục tính điểm từ 1 - 5. Tổng điểm từ 14 - 70, điểm càng cao cho thấy sự hài lòng và chất lượng cuộc sống càng cao.

- Thang đo khả năng thích ứng với tình huống khó khăn BRCS (Brief Resilient Coping Scale): gồm 4 câu đánh giá khả năng phục hồi và thích ứng với tình huống khó khăn, mỗi câu chấm điểm từ 1 - 5. Tổng điểm từ 4 - 20 với các mức độ: 4 - 13 điểm: khả năng thích ứng thấp; 14 - 16 điểm: thích ứng trung bình; 17 - 20: thích ứng tốt.

Quy trình nghiên cứu



Hình 1. Quy trình nghiên cứu

- Các đối tượng có tổng điểm PHQ-9 ≥ 10 và không có nguy cơ rối loạn tâm thần nặng được sàng lọc và giám sát chặt chẽ bởi bác sĩ tâm thần tuyến tỉnh và được mời tham gia vào nghiên cứu. Các đối tượng trầm cảm nặng có chỉ định sử dụng thuốc (ý tưởng hành vi tự sát nghiêm trọng, có hoang tưởng ảo giác hoặc lạm dụng chất nặng) được giới thiệu tới điều trị tại bệnh viện tâm thần tỉnh và không tham gia sinh hoạt. Tất cả các trường hợp trầm cảm mức độ nặng-rất nặng theo thang điểm PHQ-9 nhưng đủ điều kiện tham gia can thiệp nhóm đã được xác nhận của bác sĩ chuyên khoa và được giám sát chặt chẽ hàng tuần trong các buổi sinh hoạt bởi bác sĩ chuyên khoa hỗ trợ nhóm cùng các cán bộ trạm y tế xã nơi tiến hành can thiệp.

- Sau khi xác nhận đồng ý tham gia, nghiên cứu viên tiến hành lấy thông tin cần thiết dựa trên bộ câu hỏi nghiên cứu đã được thiết kế dưới dạng lựa chọn đáp án sẵn có.

- Cán bộ trạm y tế được đào tạo về giáo dục tâm lý trên bệnh nhân trầm cảm. Tất cả các cán bộ trạm y tế tham gia nghiên cứu đã hoàn thành khóa tập huấn 2 tuần về sàng lọc trầm cảm và can thiệp tâm lý nhóm theo mô hình Chăm sóc theo bước với người bệnh trầm cảm.

- Cán bộ trạm y tế tiến hành can thiệp nhóm trầm cảm gồm 8 buổi dưới sự hỗ trợ và giám sát của các bác sĩ chuyên khoa tâm thần tỉnh.

- Thời điểm 3 tháng sau kết thúc can thiệp: nghiên cứu viên tiến hành thu thập thông tin định lượng các đối tượng tham gia sinh hoạt nhóm.

- Nội dung can thiệp tâm lý nhóm trầm cảm bao gồm giáo dục tâm lý (cung cấp thông tin về bệnh trầm cảm để giảm kỳ thị và giáo dục người bệnh về lợi ích và khả năng điều trị trầm cảm) và liệu pháp kích hoạt hành vi theo nhóm (mỗi nhóm do 2 cán bộ trạm y tế xã đã được đào tạo can thiệp cho 15 - 20 người dân, gồm 8 buổi, 1,5 giờ/buổi hàng tuần dưới sự giám sát và hỗ trợ của các bác sĩ tâm thần tuyến

tỉnh). Đây là nội dung can thiệp tâm lý nhóm trầm cảm được phát triển từ kinh nghiệm nghiên cứu và triển khai trên diện rộng của dự án Các đối tác trong chăm sóc (Partner in Care) và Các đối tác cộng đồng trong chăm sóc (Community Partners in Care) triển khai tại Hoa Kỳ, dự án MANAS triển khai tại Ấn Độ,³ dự án Chăm sóc kết hợp theo bước cho quản lý trầm cảm tại Việt Nam (Vietnam Collaborative Care for Depression Program – CCDDP) và Chương trình Sức khỏe tâm thần và Phát triển cộng đồng (Mental Health and Community Development – MHD) tại Việt Nam. Nội dung 8 buổi sinh hoạt nhóm dựa trên liệu pháp kích hoạt hành vi thuộc liệu pháp nhận thức hành vi, bao gồm:

+ Buổi 1: Giới thiệu và định hướng.

+ Buổi 2: Thực hiện các hoạt động có lợi cho sức khỏe.

+ Buổi 3: Lựa chọn hoạt động phù hợp, cách cân bằng cuộc sống.

+ Buổi 4: Xác định mục tiêu và lập kế hoạch hoạt động.

+ Buổi 5: Kỹ năng giải quyết vấn đề.

+ Buổi 6: Tầm quan trọng của kết nối xã hội.

+ Buổi 7: Kỹ năng giao tiếp đơn giản và hiệu quả.

+ Buổi 8: Phòng chống tái phát bệnh và tốt nghiệp.

3. Xử lý số liệu

- Số liệu định lượng được thu thập và nhập bằng phần mềm EpiData v3.1 và xử lý bằng phần mềm STATA 15.0.

- Xác định tỉ lệ, tần số trên quần thể nghiên cứu đối với biến định tính, xác định trung bình độ lệch chuẩn đối với biến định lượng. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu là $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

- Tính toán sự khác biệt 2 nhóm trước và sau can thiệp bằng kiểm định Wilcoxon signed

ranked test, do đây là can thiệp so sánh trước-sau; không có nhóm chứng, đo tại 2 thời điểm, sử dụng đối với biến định lượng, phân bố không chuẩn. Sử dụng ước tính hệ số ảnh hưởng effect size giữa 2 lần đo lường.

- Xác định các yếu tố liên quan tới thang điểm trầm cảm sau can thiệp 3 tháng dựa vào mô hình phương trình ước tính tổng quát (Generalized Estimation Equation).¹²

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ tuyệt đối các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội

tại quyết định số 313/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 29 tháng 12 năm 2020. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và hoàn toàn có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, nhóm nghiên cứu thu thập được 359 người phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu và tiến hành can thiệp tâm lý nhóm. Sau 3 tháng có 3 đối tượng không tiếp tục tham gia nghiên cứu, do vậy đánh giá sau thời điểm can thiệp 3 tháng thực hiện trên 356 người bệnh.

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n	%
Tuổi (Mean ± SD)	55,0 ± 7,55	
Giới		
Nam	23	6,41
Nữ	336	93,59
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	12	3,34
Kết hôn	253	70,47
Ly dị	24	6,69
Góa	70	19,50
Trình độ văn hóa		
Tiểu học	25	6,96
THCS	144	40,11
THPT	133	37,05
Cao đẳng/Đại học	57	15,88
Số thành viên gia đình (Mean ± SD)	3,75 ± 1,77	
Bảo hiểm y tế		
Không	12	3,34
100%	40	11,14
95%	77	21,45
80%	230	64,07

Thu nhập hộ gia đình/tháng (VNĐ)		
< 500.000	12	3,34
500.000 - < 2.000.000	58	16,16
2.000.000 - < 5.000.000	145	40,39
5.000.000 - <10.000.000	117	32,59
>10.000.000	11	3,06
Không rõ	16	4,46

Trong 359 đối tượng tham gia nghiên cứu, đa số đối tượng là nữ (chiếm 93,59%). Độ tuổi trung bình là 55 tuổi. Trình độ văn hóa chủ yếu là cấp 2 (40,11%) và cấp 3 (15,88%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (chiếm 70,47%) và có bảo hiểm y tế (97%). Thu nhập hộ gia đình trung bình chủ yếu ở mức 2-5 triệu (40,39%) và 5-10 triệu (32,59%).

2. Kết quả can thiệp trước và sau 3 tháng

Trong thời gian can thiệp, có 3 đối tượng không tham gia đầy đủ và dừng lại trước thời điểm 3 tháng, vì vậy chúng tôi không vào tính toán liên quan tới kết quả sau can thiệp.

Bảng 2. Sự thay đổi mức độ trầm cảm và khả năng thích ứng với tình huống khó khăn trước và sau can thiệp 3 tháng (N = 356)

Thang điểm	Trước can thiệp	Sau 3 tháng	p
Mức độ trầm cảm (thang PHQ-9)			
Không trầm cảm (0 - 4)	0 (0,0%)	180 (50,6%)	< 0,001
Trầm cảm nhẹ (5 - 9)	0 (0,0%)	142 (39,9%)	
Trầm cảm vừa (10 - 14)	256 (71,3%)	22 (6,2%)	
Nặng (15-19)	87 (24,2%)	12 (3,4%)	
Rất nặng (≥ 20)	16 (4,5%)	0 (0,0%)	
Khả năng thích ứng với tình huống khó khăn (thang BRCS)			
Thấp (4 - 13)	344 (95,8%)	219 (61,5%)	< 0,01
Trung bình (14 - 16)	13 (3,6%)	105 (29,5%)	
Tốt (17 - 20)	2 (0,6%)	32 (9,0%)	

Bảng 2 cho thấy sau 3 tháng, điểm trầm cảm theo thang PHQ-9 giảm trung bình 8,32 điểm với mức độ ảnh hưởng lớn (ES = 2,47). Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp tỷ lệ trầm cảm giảm đáng kể từ 100% xuống 49,4%. Đặc biệt là tỷ lệ trầm cảm nặng và rất nặng giảm đáng kể: từ 28,7% trầm cảm

nặng-rất nặng trước can thiệp giảm xuống còn 3,4% trầm cảm nặng. Sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo thang điểm BRCS, tỷ lệ đối tượng thích ứng thấp giảm đáng kể từ 95,8% xuống 61,5%. Sự khác biệt về tỷ lệ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. So sánh kết quả can thiệp trước và sau 3 tháng (N = 356)

Thang điểm	Trước can thiệp	Sau 3 tháng	Khác biệt trung bình giữa trước & sau can thiệp	Hệ số ảnh hưởng trước-sau (Cohen's d)	p
PHQ-9					< 0,001
Trung bình (độ lệch chuẩn)	13,29 (3,03)	4,96 (3,68)	8,32 (0,25)	2,47	
Q-LES-Q-SF					< 0,001
Trung bình (độ lệch chuẩn)	31,98 (5,26)	42,03 (8,46)	-10,04 (0,5)	-1,42	
BRCS					< 0,001
Trung bình (độ lệch chuẩn)	9,03 (2,55)	12,63 (3,28)	-3,60 (0,21)	-1,22	

Bảng 3 mô tả kết quả trước và sau can thiệp sử dụng test Wilcoxon signed ranked test. Sau 3 tháng, các chỉ số về trầm cảm, lo âu, chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng với khó khăn đều cải thiện đáng kể. Cụ thể, điểm trầm cảm theo thang PHQ-9 giảm trung bình 8,32 điểm với mức độ ảnh hưởng lớn (ES = 2,47). Ngoài ra điểm chất lượng cuộc sống (Q-LES-Q-SF) và khả năng thích ứng với khó khăn (BRCS) đều tăng lần lượt là 1,42 điểm và 1,22 điểm với hệ số ảnh hưởng lớn. Điểm chất lượng cuộc sống (Q-LES-Q-SF) và khả năng thích ứng với khó khăn (BRCS) của đối tượng

can thiệp đều tăng lần lượt là 10,04 điểm và 3,60 điểm với hệ số ảnh hưởng lớn. Sự khác biệt điểm giữa trước và sau can thiệp về trầm cảm, chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng với hoàn cảnh khó khăn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi điểm trầm cảm theo thang PHQ-9 sau can thiệp 3 tháng.

Nghiên cứu áp dụng mô hình hồi quy đa biến sử dụng phương trình ước tính tổng quát (bảng 4) để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới sự thay đổi của điểm PHQ-9 sau can thiệp 3 tháng.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi điểm trầm cảm theo thang PHQ-9 của nhóm can thiệp sau can thiệp 3 tháng

Đặc điểm	Coef.	95% CI	p-value
Q-LES-Q-SF	-0,296	-0,339; -0,252	< 0,001
BRCS	-0,249	-0,355; -0,144	< 0,001
Giới			
Nam	REF		
Nữ	0,478	-0,512; 1,462	0,346
Tuổi	0,037	0,002; 0,073	0,041

Đặc điểm	Coef.	95% CI	p-value
Trình độ văn hóa			
Tiểu học	REF		
THCS	-0,223	-1,269; 0,823	0,676
THPT	-0,274	-1,325; 0,778	0,61
Cao đẳng/Đại học	0,216	-0,955; 1,388	0,718
Tình trạng hôn nhân			
Độc thân	REF		
Kết hôn	1,46	0,062; 2,857	0,041
Ly dị	2,147	0,487; 3,808	0,011
Góa	1,38	-0,061; 2,821	0,06
Số thành viên gia đình	0,009	-0,146; 0,164	0,911
Bảo hiểm y tế			
100%	REF		
95%	0,026	-0,876; 0,927	0,956
80%	0,306	-0,496; 1,109	0,455
Thu nhập bình quân tháng (VNĐ)			
< 500.000	REF		
500.000 - < 2.000.000	0,774	-0,669; 2,215	0,293
2.000.000 - < 5.000.000	0,681	-0,71; 2,064	0,339
5.000.000 - <10.000.000	1,226	-0,21; 2,662	0,094
>10.000.000	1,598	-0,394; 3,551	0,117
Không rõ	1,534	-0,255; 3,305	0,093
Hàng số	17,832	14,672; 20,953	<0,001
Wald chi2	442,33		
P > chi2	< 0,001		

Theo đó, các yếu tố ảnh hưởng tới mức độ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu gồm: chất lượng cuộc sống, khả năng thích ứng với tình huống khó khăn, tuổi và tình trạng hôn nhân ly dị. Trong đó, điểm chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng với tình huống khó khăn có

liên quan đáng kể tới trầm cảm, khi tăng 1 điểm trên thang điểm Q-LES-Q-SF và BRCS thì điểm trầm cảm tương ứng giảm 0,296 và 0,249 trên thang điểm PHQ-9. Phương trình này là phù hợp với $P < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành can thiệp tâm lý nhóm trên 359 đối tượng tham gia, trong đó đa số là nữ (93,59%), tuổi trung bình là 55, trình độ văn hóa cấp 2-3 (khoảng 56%) và đã kết hôn (70,47%). Sau 3 tháng sinh hoạt nhóm có 3 đối tượng không tiếp tục tham gia nghiên cứu. Nội dung can thiệp tâm lý nhóm chủ yếu dựa trên liệu pháp kích hoạt hành vi, trong đó nhấn mạnh tăng cường nhận thức về bệnh, tập huấn các kỹ năng thích ứng như liệu pháp giải quyết vấn đề để vượt qua trầm cảm, kết hợp hình thức sinh hoạt nhóm phù hợp với cộng đồng.

Trong số 356 người hoàn thành sinh hoạt nhóm, các chỉ số về trầm cảm, chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng với khó khăn đều cải thiện đáng kể. Sau 3 tháng can thiệp, điểm trầm cảm theo thang điểm PHQ-9 giảm trung bình 8,32 điểm với mức độ ảnh hưởng lớn (ES = 2,47). Về mức độ trầm cảm, sau 3 tháng can thiệp tỷ lệ trầm cảm giảm đáng kể: trước can thiệp 100% đối tượng được sàng lọc có mức độ trầm cảm từ vừa đến rất nặng, sau 3 tháng can thiệp tỷ lệ trầm cảm chỉ còn 49,4%. Hơn thế nữa, tỷ lệ trầm cảm nặng và rất nặng giảm đáng kể: từ gần 30% trầm cảm nặng-rất nặng trước can thiệp giảm xuống còn 3,4% trầm cảm nặng sau 3 tháng. Sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu phân tích gộp về hiệu quả của liệu pháp tâm lý nhóm đối với trầm cảm với mức độ ảnh hưởng trung bình ES = 1,03 với mức độ cải thiện triệu chứng đáng kể ở nhóm được điều trị so với nhóm không điều trị.¹³ Nghiên cứu cũng chứng minh liệu pháp tâm lý nhóm áp dụng ở các nước thu nhập trung bình thấp có hiệu quả lớn với chi phí thấp.⁷ Kết quả nghiên cứu này phù hợp với ghi nhận từ mô hình chăm sóc theo bước tại Ấn Độ áp dụng can thiệp nhóm với dẫn dắt bởi các cán bộ cộng đồng với tỷ lệ thuyên

giảm trầm cảm đáng kể so với nhóm chứng khi theo dõi dọc 6 tháng.³ Nghiên cứu về liệu pháp kích hoạt hành vi tích hợp trong chăm sóc ban đầu cũng cho thấy mức độ giảm điểm trầm cảm trên thang PHQ-9 đáng kể cả sau 12 tháng theo dõi.¹⁴ Mặt khác, thử nghiệm lâm sàng có đối chứng áp dụng liệu pháp kích hoạt hành vi theo nhóm đã ghi nhận tỷ lệ bỏ cuộc thấp hơn và hiệu quả về chất lượng cuộc sống tốt hơn.⁶ Tại Nigeria thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng áp dụng chăm sóc theo bước với can thiệp kỹ năng giải quyết vấn đề được điều hành bởi các cán bộ không chuyên về sức khỏe tâm thần cũng cho thấy hiệu quả đáng kể,⁴ gợi ý mô hình chăm sóc trầm cảm đơn giản và phù hợp chi phí với các nước thu nhập trung bình thấp như Việt Nam.

Không chỉ có hiệu quả trong giảm triệu chứng trầm cảm, kết quả đánh giá sau 3 tháng về chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng của đối tượng nghiên cứu cũng được cải thiện. Sau 3 tháng điểm chất lượng cuộc sống theo thang Q-LES-Q-SF và khả năng thích ứng với khó khăn theo thang BRCS đều tăng lần lượt là 10,04 điểm và 3,60 điểm với hệ số ảnh hưởng lớn, sự khác biệt điểm giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Cụ thể hơn, tỷ lệ đối tượng thích ứng thấp giảm đáng kể từ 95,8% xuống 61,5%, sự khác biệt về tỷ lệ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Khi xét mối liên quan tới trầm cảm trước và sau can thiệp, áp dụng mô hình hồi quy đa biến sử dụng phương trình ước tính tổng quát, nghiên cứu nhận thấy chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng đều có liên quan rõ rệt. Cụ thể hơn, khi tăng 1 điểm trên thang đo chất lượng cuộc sống (Q-LES-Q-SF) và khả năng thích ứng (BRCS) thì điểm trầm cảm tương ứng giảm 0,296 và 0,249 trên thang điểm PHQ-9. Điều này có thể giải thích do chất lượng cuộc

sống tốt hơn và khả năng ứng phó với khó khăn tốt hơn là các yếu tố bảo vệ khỏi trầm cảm.² Nghiên cứu của Samann cũng cho thấy hiệu quả của liệu pháp kích hoạt hành vi theo nhóm với các triệu chứng trầm cảm, đặc biệt về tính bền vững, tăng cường kỹ năng và các thói quen tốt để phòng tái phát.¹⁵ Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Petersen cho thấy can thiệp kích hoạt hành vi có hiệu quả giảm trầm cảm và tăng chất lượng cuộc sống khi theo dõi 12 tháng sau can thiệp.¹⁴ Như vậy, can thiệp tâm lý với nội dung tăng cường kỹ năng thích ứng hoàn cảnh, tăng chất lượng cuộc sống có thể là một hướng đi tiềm năng trong quản lý trầm cảm ở cộng đồng.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu lần đầu triển khai tại Việt Nam nhằm đánh giá kết quả bước đầu của can thiệp tâm lý nhóm tại cộng đồng có cỡ mẫu lớn và theo dõi dọc. Tuy nhiên, nghiên cứu với nguồn lực hạn chế và tiến hành tại cộng đồng không tránh khỏi một số hạn chế đáng kể. Hạn chế lớn nhất của nghiên cứu là can thiệp không có nhóm chứng, do vậy không hiệu chỉnh được ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu đến kết quả can thiệp. Mặt khác, nghiên cứu áp dụng mô hình chuyển giao kiến thức và kỹ năng cho cán bộ y tế cơ sở, giúp tăng năng lực y tế cơ sở và giảm áp lực lên y tế chuyên khoa, tuy nhiên có thể có sai sót trong quá trình can thiệp nhóm tại địa phương do chủ yếu dùng nguồn nhân lực là cán bộ không chuyên khoa. Để hạn chế phần nào sai sót về hiệu quả của can thiệp, nhóm nghiên cứu đã triển khai giám sát chặt chẽ và hỗ trợ tích cực tất cả các buổi sàng lọc và sinh hoạt nhóm với sự tham gia của các bác sĩ tâm thần tỉnh. Nhìn chung cần có thêm các nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng với quy mô lớn hơn trong tương lai để đánh giá chính xác hơn hiệu quả của mô hình can thiệp tâm lý nhóm cho người trầm cảm tại cộng đồng Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu lần đầu thực hiện tại Việt Nam áp dụng liệu pháp tâm lý nhóm dựa theo liệu pháp kích hoạt hành vi trên 359 người trầm cảm tại Thái Nguyên từ 8/2020 - 12/2021 cho thấy: Đa số đối tượng nghiên cứu là nữ, tuổi trung niên, học vấn cấp 2-3 và đã kết hôn. Trong số 356 đối tượng hoàn thành can thiệp nhóm, các chỉ số về trầm cảm, chất lượng cuộc sống và khả năng thích ứng với khó khăn đều cải thiện đáng kể. Sau 3 tháng can thiệp, mức độ và tỷ lệ trầm cảm đều giảm có ý nghĩa thống kê, trong đó các yếu tố ảnh hưởng tới sự thay đổi điểm trầm cảm sau can thiệp 3 tháng gồm chất lượng cuộc sống, khả năng thích ứng với tình huống khó khăn, tuổi và tình trạng ly dị. Kết quả nghiên cứu gợi ý can thiệp tâm lý nhóm có thể là một hướng mới giúp quản lý trầm cảm hiệu quả tại cộng đồng với nguồn lực thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Depression. Published 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood disorders. In: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Eleventh edition. Wolters Kluwer; 2015: 257-269.
3. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2010; 376(9758): 2086-2095. doi:10.1016/S0140-6736(10)61508-5.
4. Gureje O, Oladeji BD, Montgomery AA, et al. Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): a cluster-randomised controlled

- trial. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7):e951-e960. doi:10.1016/S2214-109X(19)30148-2.
5. Kellett S, Simmonds-Buckley M, Bliss P, Waller G. Effectiveness of Group Behavioural Activation for Depression: A Pilot Study. *Behav Cogn Psychother*. 2017; 45(4): 401-418. doi:10.1017/S1352465816000540.
6. D'Elia A, Bawor M, Dennis BB, et al. Feasibility of behavioral activation group therapy in reducing depressive symptoms and improving quality of life in patients with depression: the BRAVE pilot trial. *Pilot Feasibility Stud*. 2020; 6(1): 1-11. doi:10.1186/s40814-020-00596-z.
7. Siskind D, Baingana F, Kim J. Cost-effectiveness of group psychotherapy for depression in Uganda. *J Ment Health Policy Econ*. 2008; 11(3): 127-133.
8. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005; 352(24): 2515-2523. doi:10.1056/NEJMsa043266.
9. Levav I, Rutz W. The WHO World Health Report 2001: New understanding--New hope. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2002; 39(1): 50-56.
10. Dang Duy Thanh et al. Initial assessment of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in depression screening. *Journal of Practice Medicine*. 2011; 774(7): 173-176.
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(9): 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
12. Hoàng Văn Minh, Khương Quỳnh Long, Phạm Thanh Tùng, et al. Phương pháp phân tích thống kê số liệu can thiệp. In: *Phương Pháp Nghiên Cứu Can Thiệp: Thiết Kế và Phân Tích Thống Kê*. Nhà xuất bản Y học; 2019: 117-121: chap 3.
13. McDermut W, Miller IW, Brown RA. The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001; 8(1): 98-116. doi:10.1093/clipsy.8.1.98.
14. Petersen JJ, Hartig J, Paulitsch MA, et al. Classes of depression symptom trajectories in patients with major depression receiving a collaborative care intervention. *PLoS One*. 2018; 13(9): e0202245. doi:10.1371/journal.pone.0202245.
15. Samaan Z, Dennis BB, Kalbfleisch L, et al. Behavioral activation group therapy for reducing depressive symptoms and improving quality of life: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2016; 2: 22. doi:10.1186/s40814-016-0064-0.

Summary

PRELIMINARY RESULT OF GROUP-BASED PSYCHOTHERAPY FOR PEOPLE WITH DEPRESSION IN THAI NGUYEN IN 2021

Depression is a common emotional disorder with many negative consequences for the community, however, it can be managed with group psychological intervention. The first study conducted in Vietnam aims to evaluate the initial result of group-based psychotherapy for depression in Thai Nguyen in 2021. This is an intervention study without a control group, followed up before and after the intervention, conducted in 10 commune in Thai Nguyen city from August 2020 to December 2021. Group intervention includes 8 sessions of behavioral activation therapy on 359 people aged 18 - 65 with PHQ-9 score ≥ 10 . Evaluation before and after intervention using PHQ-9 scale (assessment of depression), Q-LES-Q-SF (quality of life) and BRCS (resilience). After 3 months of intervention, the depression score decreased by an average of 8.32 with ES = 2.47. The rate of depression dropped significantly from 100% to 49.4%, the difference before and after was statistically significant ($p < 0.05$). Factors affecting depression including quality of life and adaptability also improved significantly after intervention.

Keywords: Effectiveness, group-based, psychotherapy, depression, Thai Nguyen.