

LO ÂU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở 281 BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI, NĂM 2022

Lê Thị Thanh Bình^{1*}
Trần Thị An¹, Đỗ Thị Khánh Hỷ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ lo âu và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 281 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, năm 2022. Sàng lọc lo âu bằng thang đánh giá lo âu HADS (Hospital anxiety and depression scale).

Kết quả: Trạng thái lo âu xuất hiện trên 51,2% bệnh nhân nghiên cứu. Một số yếu tố liên quan đến lo âu trên các đối tượng nghiên cứu gồm: trình độ học vấn (OR = 3,58; 95%CI: 1,57-8,17); vai trò của đối tượng nghiên cứu trong gia đình (OR = 2,53; 95%CI: 1,33-4,84); điều trị đái tháo đường nội trú (OR = 3,03; 95%CI: 1,60-5,76); nhu cầu hỗ trợ (OR = 5,01; 95%CI: 2,01-12,53).

Kết luận: Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có khả năng mắc lo âu khá cao. Cần có biện pháp sàng lọc để phát hiện và điều trị kịp thời.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, lo âu, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of anxiety and some related factors in type 2 diabetes patients.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on the 281 inpatients with type 2 diabetes treated at Hanoi Heart Hospital in 2022. Screening for anxiety by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: Anxiety was present in 51.2% of the study patients. Some factors were associated with anxiety, including education level (OR = 3.58; 95%CI: 1.57-8.17), role in the family (OR = 2.53; 95%CI: 1.33-4.84), inpatient diabetes treatment (OR = 3.03; 95%CI: 1.60-5.76), and support needs (OR = 5.01; 95%CI: 2.01-12.53).

Conclusion: Patients with type 2 diabetes have a relatively high likelihood of experiencing anxiety. Screening measures should be implemented for early detection and timely treatment.

Keywords: Type 2 diabetes, anxiety, related factors.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Thị Thanh Bình, Email: thanhbinh12a4h3a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/3/2023; mời phản biện khoa học: 4/2023; chấp nhận đăng: 25/5/2023.

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lí phổ biến trên thế giới [1]. Trong vài thập kỉ qua, cùng với sự thay đổi hành vi lối sống, số người mắc bệnh ĐTĐ đã tăng hơn gấp 2 lần trên toàn cầu [2], [3]. Dự đoán số người mắc bệnh ĐTĐ sẽ tăng từ 171 triệu người năm 2000 lên 366 triệu người năm 2030 [4]. Việt Nam nằm trong 10 quốc gia có tỉ lệ bệnh nhân (BN) ĐTĐ gia tăng nhanh nhất thế giới (gần 5,5% mỗi năm). Việt Nam hiện có khoảng 3,53 triệu người mắc bệnh ĐTĐ. Con số này dự báo sẽ tăng lên 6,3 triệu người vào năm 2045 [5].

Năm 2018, Tổ chức Y tế thế giới xác định ĐTĐ là một trong mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu [6], tạo ra những hậu quả nặng nề về kinh tế - xã hội [2]. BN ĐTĐ có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2 lần so cộng đồng nói chung [7]. Theo nghiên cứu của Ali Khan Khuwaja và cộng sự (2010), tỉ lệ lo âu ở BN ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú ở Pakistan là 57,9% [8]. Lo âu làm cho BN ĐTĐ không tuân thủ chế độ điều trị, tập luyện; từ đó, sẽ dẫn đến không kiểm soát tốt glucose máu [9], làm tăng thêm mức độ trầm trọng của bệnh, giảm chất lượng cuộc sống, tăng sử dụng các dịch vụ y tế, tăng các chi phí chăm sóc sức khỏe

và tăng tỉ lệ tử vong [10], [11], [12], [13]. Vì vậy, việc kết hợp điều trị ĐTDĐ và giải quyết tốt các vấn đề tâm lí sẽ giúp BN giảm lo âu và giảm các rối loạn tâm thần khác, tuân thủ điều trị tốt hơn và nâng cao chất lượng quản lí người bệnh ĐTDĐ [9].

Ngày nay, cùng với sự phát triển của y học, chăm sóc toàn diện cho người bệnh nhân ngày càng được quan tâm. Tuy vậy, vấn đề lo âu trên BN ĐTDĐ típ 2 ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được công bố.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu sau:

- Mô tả tình trạng lo âu ở BN ĐTDĐ típ 2, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, năm 2022.
- Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu trên người bệnh ĐTDĐ nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có chẩn đoán xác định ĐTDĐ típ 2, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian nghiên cứu; từ 30 tuổi trở lên, đủ năng lực giao tiếp, đồng ý tham gia nghiên cứu và sẵn sàng trả lời câu hỏi nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc ĐTDĐ típ 1, ĐTDĐ thai kì, ĐTDĐ do các nguyên nhân khác; không đủ năng lực thể chất, tinh thần tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm, thời gian nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Tim Hà Nội (gồm Khoa Nội, Khoa Quốc tế, Khoa Hồi sức tích cực), từ tháng 8/2022-3/2023 (số liệu từ tháng 3-8/2022).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cơ mẫu và cách chọn mẫu: xác định cỡ mẫu theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; α là mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$, ứng với độ tin cậy 95%, thay vào bảng ta được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); p là tỉ lệ BN có triệu chứng lo âu trong nghiên cứu tiến hành trước đó (lấy p = 0,512 theo nghiên cứu của Trần Thơ Nhị và Trần Thị Thu Nhài, năm 2021 [24]); d là sai số tuyệt đối cho phép (chọn d = 0,06). Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết trong nghiên cứu là 266. Thực tế, chúng tôi chọn vào nghiên cứu 281 BN.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn đối tượng nghiên cứu trong số các BN

ĐTDĐ típ 2 điều trị nội trú đồng ý tham gia nghiên cứu, bảo đảm các tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ số lượng BN cần thiết.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Các biến số về nhân khẩu xã hội học: tuổi đời, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, sống cùng gia đình, kinh tế, vai trò trong gia đình.

+ Các biến số mục tiêu 1: tình trạng lo âu chung; tỉ lệ lo âu (theo giới tính, trình độ học vấn...).

+ Các biến số mục tiêu 2: nhân khẩu học; đặc điểm bệnh ĐTDĐ típ 2 (thời gian mắc, biến chứng, cách điều trị, điều trị nội trú); tiền sử bệnh (tiền sử ĐTDĐ trong gia đình, bệnh lí khác kèm theo...); hành vi, lối sống (hút thuốc, uống rượu, tập thể dục); nhu cầu được hỗ trợ.

- Công cụ thu thập số liệu: sử dụng thang đánh giá lo âu, trầm cảm bệnh viện (HADS) gồm 14 câu hỏi, 7 câu hỏi cho mỗi phần, với hệ số Cronbach's alpha thử nghiệm tại Việt Nam ở BN mắc bệnh mạn tính là 0,69 cho thang lo âu và 0,77 cho thang trầm cảm [14]. Mỗi câu hỏi đánh giá theo thang điểm 4 (từ 0-3 điểm), điểm số từng phần lo âu và trầm cảm có thể dao động từ 0-21 điểm. Điểm cắt là 8 được khuyến cáo sử dụng trong các nghiên cứu đánh giá rối loạn tâm thần ở các bệnh mạn tính và trong cộng đồng, có thể bảo đảm cân bằng tối ưu giữa độ nhạy và độ đặc hiệu từ 0,7-0,9 và tránh bỏ sót đối tượng [15]. Điểm đánh giá tính cho mỗi phần lo âu:

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

- Quy trình thu thập số liệu gồm: báo cáo đề cương, xin phép thực hiện nghiên cứu; phỏng vấn thử 20 đối tượng nghiên cứu, kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi; chỉnh sửa bộ câu hỏi để phù hợp với ngôn ngữ địa phương; triển khai nghiên cứu, thu thập và xử lí số liệu.

- Xử lí số liệu: nhập số liệu bằng chương trình EpiData 3.1. Sau đó, chuyển toàn bộ số liệu sang phần mềm STATA 12.0 để làm sạch và phân tích. Sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả để mô tả thông tin chung và tỉ lệ lo âu. Các mối liên quan được đo lường hai biến thông qua kiểm định χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ và chỉ số OR ở mức tin cậy 95%CI. Mô hình hồi quy đa biến

Logistics được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với lo âu nhằm không chế sự ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu. Các biến số đưa vào mô hình hồi quy đa biến dựa trên các mối liên

quan đã được mô tả trong phần kiểm định 2 biến (theo khuyến cáo, lấy $p < 0,2$ để tránh bỏ sót yếu tố nhiễu tiềm tàng [16] và các yếu tố nguy cơ đã được đề cập tới trong y văn).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng BN	Tỉ lệ %
Tuổi	Từ 31-59 tuổi	149	53,0
	Từ 60-89 tuổi	132	47,0
	Trung bình	58,8 ± 10,1	
Giới tính	Nam	147	52,3
	Nữ	134	47,7
Trình độ học vấn	Không biết chữ	15	5,3
	Tiểu học	87	31,0
	Trung học cơ sở	109	38,8
	Trung học phổ thông	66	23,5
	Trung cấp trở lên	4	1,4
Nghề nghiệp	Nông dân	168	59,8
	Công nhân	35	12,4
	Buôn bán	27	9,6
	Công chức/viên chức	7	2,5
	Hưu/nội trợ/thất nghiệp	41	14,6
	Thợ mộc, lao động tự do	3	1,1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	12	4,3
	Sống cùng vợ/chồng	257	91,4
	Li hôn/li thân/góa	12	4,3
Tình trạng kinh tế	Nghèo/cận nghèo	34	12,1
	Không nghèo	247	87,9
	Thu nhập trung bình (min-max)	2,55 ± 1,9 triệu đồng (0-10 triệu đồng)	
Vai trò trong gia đình	Là lao động chính	114	40,6
	Không là lao động chính	167	59,4

BN nghiên cứu có tuổi đời từ 31-89 tuổi, trung bình 58,8 tuổi; phần lớn BN dưới 60 tuổi (53,0%), là nam giới (52,3%), trình độ học vấn trung học cơ sở (38,8%), nghề nghiệp nông dân (59,8%), đã kết hôn (91,4%), thu nhập trung bình 2,55 triệu đồng/tháng và 40,6% là lao động chính trong gia đình.

Bảng 2. Phân bố tỉ lệ lo âu trên BN nghiên cứu.

Trạng thái lo âu trên BN nghiên cứu		Số lượng BN	Tỉ lệ %
Có lo âu	Mức độ nhẹ	79	28,1
	Mức độ vừa	61	21,7
	Mức độ nặng	4	1,4
	Tổng	144	51,2
Không lo âu		137	48,8

Đa số BN ĐTĐ típ 2 nghiên cứu có trạng thái lo âu (51,2%); trong đó, 28,1% BN lo âu mức nhẹ, 21,7% BN lo âu mức độ vừa và 1,4% BN lo âu mức độ nặng.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới lo âu trên BN ĐTĐ típ 2 nghiên cứu.

Yếu tố đánh giá		Trạng thái lo âu		OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)**
		Có	Không		
Nghề nghiệp	Nông dân	74 (44,1%)	94 (55,9%)	1	1
	Công nhân	27 (77,1%)	8 (22,9%)	4,29 (1,84-9,98)	2,06 (0,76-5,6)
	Buôn bán	16 (59,3%)	11 (40,7%)	1,84 (0,81-4,22)	1,81 (0,66-5,01)
	Khác*	27 (52,9%)	24 (47,1%)	1,43 (0,76-2,68)	2,13 (0,99-4,59)
Trình độ học vấn	THPT trở lên	29 (41,4%)	41 (58,6%)	1	1
	Trung học cơ sở	49 (45,0%)	60 (55,0%)	1,15 (0,63-2,12)	1,75 (0,8-3,81)
	Mù chữ/tiểu học	66 (64,7%)	36 (35,3%)	2,59 (1,38-4,84)	3,58 (1,57-8,17)
Vai trò trong gia đình	Không là lao động chính	76 (45,5%)	91 (54,5%)	1	1
	Lao động chính	68 (59,7%)	46 (40,3%)	1,77 (1,09-2,87)	2,53 (1,33-4,84)
Thời gian mắc ĐTĐ	≥ 5 năm	39 (39,8%)	59 (60,2%)	1	1
	< 5 năm	105 (57,4%)	78 (42,6%)	2,03 (1,23-3,36)	1,81 (0,97-3,38)
Điều trị nội trú ĐTĐ trước đó	Không	75 (41,0%)	108 (59,0%)	1	1
	Có	69 (70,4%)	29 (29,6%)	3,43 (2,03-5,79)	3,03 (1,6-5,76)
Biến chứng thận	Không	128 (49,0%)	133 (51,0%)	1	1
	Có	16 (80,0%)	4 (20,0%)	4,16 (1,35-12,77)	3,69 (0,9-15,19)
Uống rượu	Không	20 (37,0%)	34 (63,0%)	1	1
	Có	124 (54,6%)	103 (45,4%)	2,05 (1,11-3,77)	1,65 (0,67-4,06)
Nhu cầu hỗ trợ	Không	8 (20,0%)	32 (80,0%)	1	1
	Có	136 (56,4%)	105 (43,6%)	5,18 (2,29-11,71)	5,01 (2,01-12,53)

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

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

Về yếu tố nhân khẩu học: phân tích đơn biến chỉ ra những BN nghề nghiệp là công nhân thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 4 lần so với BN có nghề nghiệp là nông dân (OR = 4,29; 95%CI: 1,84-9,98); BN không biết chữ và học đến tiểu học thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 3 so với BN học hết trung học phổ thông trở lên (OR = 2,59; 95%CI: 1,38-4,84); BN giữ vai trò là lao động chính trong gia đình thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2 lần BN không phải là lao động chính (OR = 1,77; 95%CI: 1,09- 2,87; p < 0,05). Khi phân tích đa biến các yếu tố trình độ học vấn và vai trò trong gia đình, tiếp tục thấy có mối liên quan với lo âu: BN không biết chữ và học hết tiểu học thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 4 lần so với BN tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (OR = 3,58; 95%CI: 1,57-8,17); BN giữ vai trò là lao động chính trong gia đình làm tăng nguy cơ mắc lo âu hơn 3 lần so với BN không phải là lao động chính (OR = 2,53; 95%CI: 1,33-4,84). Các yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình hình kinh tế không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu (p > 0,05) khi phân tích đơn biến và đa biến.

Yếu tố đặc điểm bệnh: phân tích đơn biến cho thấy, BN có thời gian mắc ĐTĐ dưới 5 năm thì nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2 lần so với BN mắc ĐTĐ trên 5 năm (OR = 2,03; 95%CI: 1,23-3,36); BN đã từng điều trị ĐTĐ nội trú thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 3 lần so với BN chỉ điều trị ngoại trú (OR = 3,43; 95%CI: 2,03- 5,79); BN có biến chứng thận thì có nguy cơ mắc lo âu cao hơn gấp 4,16 lần BN không có biến chứng thận (OR = 4,16; 95%CI: 1,35-12,77; p < 0,05). Phân tích đa biến, thấy yếu tố điều trị ĐTĐ nội trú có liên quan tới lo âu (BN có điều trị nội trú làm tăng nguy cơ mắc lo âu gấp 3 lần so với BN chỉ điều trị ngoại trú, với OR = 3,03; 95%CI: 1,6-5,76).

Về tiền sử bệnh và hành vi, lối sống của BN: phân tích đơn biến thấy yếu tố uống rượu bia làm tăng nguy cơ mắc lo âu gấp 2 lần so với không uống rượu bia (OR = 2,05; 95%CI: 1,11-3,77).

Về nhu cầu được hỗ trợ: phân tích đơn biến và đa biến đều phát hiện có mối liên quan chặt chẽ với lo âu. BN có nhu cầu được hỗ trợ thì có nguy cơ mắc lo âu gấp 5 lần so với BN không có nhu cầu (đơn biến: OR = 5,18; 95%CI: 2,29-11,71; đa biến: OR = 5,01; 95%CI: 2,01-12,53).

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình hình kinh tế với nguy cơ mắc lo âu trên các BN ĐTĐ típ 2 nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 51,2% BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú mắc lo âu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của AlBekairy năm 2018 ở 158 BN ĐTĐ típ 2 sử dụng thang HADS (50,6% BN có lo âu [17]; song cao hơn so với nghiên cứu của Ganasegeran (2014) trên cùng đối tượng (31,4% BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú có lo âu [18] và thấp hơn nghiên cứu của Camara (2015) trên cùng thang đo (58,7% BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú mắc lo âu [19]. Sự khác biệt này có thể do những nghiên cứu thực hiện tại nhiều khu vực không tương đồng về văn hóa, xã hội, kinh tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tư vấn tâm lý xã hội giành cho BN... hoặc có thể do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu, công cụ đánh giá khác nhau.

Chúng tôi thấy rằng, một số yếu tố liên quan đến lo âu ở BN ĐTĐ típ 2 nghiên cứu, bao gồm:

- Trình độ học vấn có mối liên quan với nguy cơ mắc lo âu ở BN ĐTĐ típ 2. BN có trình độ học vấn tiểu học và mù chữ thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 3 lần so với BN học hết trung học phổ thông và cao hơn (OR = 3,58; 95%CI: 2,38-5,62). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ganasegeran năm 2014 (BN chưa tốt nghiệp trung học có điểm lo lắng cao hơn so với BN có bằng trung học [18]. Giáo dục thúc đẩy các cá nhân hướng tới sự hiểu biết đúng đắn về các cơ chế và biến chứng của bệnh, thúc đẩy tăng cường tuân thủ và tuân thủ điều trị bệnh để có kết quả tốt hơn cho sức khỏe [18]. Ingvar Bjelland (2008) đã khẳng định: tác dụng “bảo vệ” của giáo dục tích lũy theo thời gian, trình độ học vấn cao hơn có tác dụng bảo vệ chống lại lo âu [20].

- BN là lao động chính trong gia đình thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2,53 lần so với BN không phải là lao động chính. Điều này có thể lí giải rằng, lao động chính là người tạo ra nguồn thu nhập cơ bản của gia đình; khi bị ĐTĐ, BN sẽ phải điều trị kéo dài, giảm sút sức khỏe, tăng chi phí cho sức khỏe cá nhân, phải đối mặt với nguy cơ giảm thu nhập, tăng gánh nặng kinh tế cho cả gia đình, dẫn tới áp lực kinh tế, tinh thần và tăng nguy cơ xuất hiện lo âu.

- BN đã từng điều trị ĐTĐ nội trú trước đó làm tăng nguy cơ mắc lo âu gấp 3 lần; tương tự nghiên cứu của Abdulkareem (2018): thời gian nằm viện tăng 1 ngày làm tăng 1,1 lần nguy cơ lo âu trên BN [17]. Có thể lí do dẫn đến phải điều trị nội trú là BN kiểm soát glucose máu chưa tốt, bệnh diễn

biến nặng làm lo lắng nhiều hơn. Cùng với đó, việc tăng chi phí điều trị, tăng gánh nặng kinh tế cho gia đình, BN cần có người đi theo chăm sóc... làm cho BN cảm giác phải phụ thuộc người khác. Đây cũng có thể là nguyên nhân gây tăng nguy cơ mắc lo âu, trầm cảm trên người bệnh.

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

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 281 BN ĐTĐ típ 2, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, năm 2022, kết quả:

- Trạng thái lo âu xuất hiện trên 51,2% BN nghiên cứu.

- Các yếu tố liên quan đến lo âu trên BN ĐTĐ típ 2 nghiên cứu gồm: trình độ học vấn (OR = 3,58; 95%CI: 1,57-8,17); vai trò của BN trong gia đình (OR = 2,53; 95%CI: 1,33-4,84); đã điều trị ĐTĐ nội trú trước đó (OR = 3,03; 95%CI: 1,60-5,76); nhu cầu được hỗ trợ (OR = 5,01; 95%CI: 2,01-12,53).

Với tỉ lệ mắc lo âu khá cao trên các BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, năm 2022, chúng tôi cho rằng các cơ sở y tế cần quan tâm sàng lọc, phát hiện và điều trị kịp thời các rối loạn lo âu để nâng cao chất lượng điều trị chung trên các BN ĐTĐ nội trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roglic G (2016), *Global Report on Diabetes*. World Health Organization; 2016.
2. Zimmet P (2007), “Diabetes - The Biggest Epidemic in Human History”, *MedGenMed*. 2007;9(3):30-32.
3. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J (2001), “Global and societal implications of the diabetes epidemic”, *Nature*. 2001; 414(6865): 782-787. doi:10.1038/414782a.

4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H (2004), "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030". *Diabetes Care*. 2004; 27(5): 1047-1053. doi:10.2337/diacare.27.5.1047.
5. Sở Y tế Thành phố Hà Nội: "Tình hình mắc ĐTĐ tại Việt Nam", Published June 28, 2019. Accessed October 24, 2019. <http://soyte.hanoi.gov.vn/vi/news/benh-khong-lay/viet-nam-hien-co-toi-69-9-nguoi-mac-dai-thao-duong-khong-biet-minh-mac-benh-8841.html>.
6. World health organization: The top 10 causes of death. Published 2018. Accessed October 23, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
7. Nichols L, Barton PL, Glazner J, McCollum M (2007), "Diabetes, minor depression and health care utilization and expenditures: a retrospective database study". *Cost Eff Resour Alloc*. 2007; 5:4. doi:10.1186/1478-7547-5-4.
8. Khuwaja A.K, Lalani S, Dhanani R, Azam I.S, Rafique G, White F (2010), "Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi- centre study of prevalence and associated factors". *Diabetol Metab Syndr*. 2010;2:72. doi:10.1186/1758-5996-2-72.
9. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R (2018), "Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes". *Indian J Endocrinol Metab*. 2018; 22(5): 696-704. doi:10.4103/ijem.IJEM_579_17.
10. Lin E.H.B, Rutter C.M, Katon W, et al (2010), "Depression and Advanced Complications of Diabetes". *Diabetes Care*. 2010; 33(2): 264-269. doi:10.2337/dc09-1068.
11. Lin E.H.B, Heckbert S.R, Rutter C.M, et al (2009), "Depression and increased mortality in diabetes: Unexpected causes of death". *Ann Fam Med*. 2009; 7(5): 414-421. doi:10.1370/afm.998.
12. Mosaku K, Kolawole B, Mume C, Ikem R (2008), "Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: a comparative study". *J Natl Med Assoc*. 2008; 100(1): 73-78. doi:10.1016/s0027-9684(15)31178-0.
13. Khowaja L.A, Khuwaja A.K, Cosgrove P (2007), "Cost of diabetes care in out-patient clinics of Karachi, Pakistan", *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:189. doi:10.1186/1472-6963-7-189.
14. Trần Thùy Dương (2017) *Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của BN tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình*, Luận văn thạc sĩ tâm lý học, 2017.
15. Ingvar Bjellanda, Alv A Dahlb, Tone Tangen Haug, Dag Neckelmann (2002), *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review*. Published online 2002.
16. Hosmer D.W, Lemeshow S (2000), "Model - Building Strategies and Methods for Logistic Regression". *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc.; 2000: 91-142. doi/10.1002/0471722146.ch4/summary.
17. Al-Bekairy A, AbuRuz S, Alsabani B, et al (2018), "Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus". *Med Princ Pract*. 2018; 26(6): 547-553. doi:10.1159/000484929.
18. Ganasegeran K, Renganathan P, Manaf RA, Al-Dubai S.A.R (2014), "Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross-sectional single-centre study". *BMJ Open*. 2014; 4(4). doi:10.1136/bmjopen-2014-004794.
19. Camara A, Baldé N.M, Enoru S, Bangoura JS, Sobngwi E, Bonnet F (2015), "Prevalence of anxiety and depression among diabetic African patients in Guinea: association with HbA1c levels". *Diabetes Metab*. 2015; 41(1): 62-68. doi:10.1016/j.diabet.2014.04.007.
20. Ingvar Bjelland, Steinar Krokstad, Arnstein Mykletun (2008), "Does a higher educational level protect against anxiety and depression? " *The HUNT study*. Published online 2008. <https://sci-hub.se/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18234406/>.
21. Nicolucci A, Burns K.K, Holt R.I.G, et al (2013), "Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes". *Diabetic Medicine*. 2013; 30(7): 767-777. doi:10.1111/dme.12245.
22. Holt R.I.G, Kalra S (2013), "A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes". *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013; 17(Suppl1): S95. doi:10.4103/2230-8210.119515.
23. Hà Thị Huyền, Lê Văn Khánh, Tô Minh Tuấn (2006), "Kiến thức, thái độ, hành vi và nhu cầu chăm sóc y tế của BN ĐTĐ típ 2 đang điều trị tại Phòng khám nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum, tháng 7/2016". *Sở Y tế tỉnh Kon Tum*. Published online 2016:69.
24. Nhị, T. T, & Nhài, T. T. T (2021), ""Lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám Đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2020", *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 144 (8), 166-175. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v144i8.479>. □