

NHẬN THỨC VỀ BỆNH Ở BỆNH NHÂN TRẦM CẢM TẠI PHÒNG KHÁM TÂM THẦN KINH, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Đào Uyên Trang¹, Đào Thị Thu Hương¹,
Trần Nguyễn Khánh Minh¹, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp và ảnh hưởng đến chức năng trong cuộc sống. Nhận thức của người bệnh về các dấu hiệu của bệnh có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận điều trị sớm cũng như hiệu quả điều trị.

Mục tiêu: Khảo sát về nhận thức bệnh của bệnh nhân trầm cảm khám tại phòng khám Tâm Thần Kinh, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 139 bệnh nhân trầm cảm tại phòng khám Tâm Thần Kinh, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021 đến 4/2021. Bệnh nhân được xác định chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm chủ yếu của DSM-5. Nhận thức về bệnh và các yếu tố liên quan được khai thác qua bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 41,8 tuổi. Có 54,0% bệnh nhân biết đang bị trầm cảm, 34,5% biết bệnh nhưng không nghĩ bị trầm cảm, 11,5% hoàn toàn phủ nhận bệnh. Về ảnh hưởng của bệnh, 20,1% thấy không khó khăn, 45,3% thấy hơi khó khăn, 24,5% rất khó khăn, 10,1% cực kỳ khó khăn. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhận thức bệnh và tình trạng hôn nhân, ảnh hưởng của trầm cảm, một số triệu chứng của trầm cảm như giảm hứng thú, mặc cảm tội lỗi và ý nghĩ tự tử.

Kết luận: Trong khi các triệu chứng của trầm cảm xuất hiện ở gần như tất cả bệnh nhân nhưng gần một nửa bệnh nhân trầm cảm phủ nhận đang mắc bệnh trầm cảm. Bệnh nhân biết mình mắc trầm cảm có tỉ lệ gặp phải khó khăn do ảnh hưởng của trầm cảm nhiều hơn, gợi ý rằng bệnh nhân chỉ tiếp cận y tế và điều trị khi bệnh đã nặng nề.

Từ khóa: trầm cảm, giai đoạn trầm cảm chủ yếu, nhận thức bệnh

INSIGHT IN DEPRESSED PATIENTS AT THE CLINIC OF HO CHI MINH CITY UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

¹ Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Đào Uyên Trang (ndutrang.y12f@ump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 10/9/2021, ngày phản biện: 21/9/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/03/2022

ABSTRACT:

Depression is a common mental disorder that affect patient's activities in life. The patient's awareness of the signs of the problem can affect how early treatment starts as well as the effectiveness of treatment.

Objectives: Survey on disease awareness of depressed patients examined at the Psychiatric Clinic, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital and related factors.

Subjects and research methods: Cross-sectional study described 139 patients with depression at the Psychiatric Clinic, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy hospital from January 2021 to April 2021. The patient is diagnosed according to the primary depressive episode diagnostic standard of DSM-5. Insight and related factors are harnessed through a set of pre-structured questions.

Result: The average age of the patients involved in the study was 41.8 years. 54.0% of patients knew they were depressed, 34.5% knew the illness but did not think they were depressed, and 11.5% completely denied the illness. Regarding the effects of the illness, 20.1% found not impacted, 45.3% found somewhat impacted, 24.5% was highly impacted and 10.1% was extremely high impacted. There is a statistically significant connection between illness perception and status. The effects of depression on patients include losing interest, guilt and suicidal thoughts.

Conclusion: While symptoms of depression appear in nearly all patients, nearly half of depressed patients deny having depression. Patients who know they have depression have a higher incidence of depression, suggesting that patients only have access to medical and treatment when the illness is already severe.

Keywords: depression, major depressive episode, insight.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là rối loạn tâm thần thường gặp với các triệu chứng khí sắc trầm cảm, mất hứng thú, thay đổi cảm giác ngon miệng, mất ngủ, dễ mệt mỏi, chậm chạp hoặc kích động, khó ra quyết định, giảm khả năng tập trung, mặc cảm tội lỗi và ý nghĩ tự sát. Hiện nay trên thế giới có khoảng 264.000 người đang mắc trầm cảm . Đây cũng là một trong năm nguyên nhân dẫn đầu gây ra gánh nặng bệnh tật, ảnh hưởng nghiêm trọng đến vấn đề sức khỏe, cũng như các lĩnh vực quan trọng khác như quan hệ xã hội, giao tiếp, công việc và học

tập [2]. Hơn thế nữa, trầm cảm có thể đưa đến tự sát. Năm 2012, ước tính thế giới có khoảng 804000 trường hợp tự sát. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỉ lệ trầm cảm tại Việt Nam khoảng 4% [3]. Tỉ lệ tự sát trong năm 2015 là 5,87 trên 100.000 dân.

Người mắc rối loạn trầm cảm có thể có những trải nghiệm triệu chứng khác nhau. Trong nghiên cứu của E E Haroz cho thấy trong 173 người thì tỉ lệ hai tiêu chuẩn chính trầm cảm là khí sắc trầm buồn (68,8%) và giảm hứng thú (40,6%), các triệu chứng còn lại của trầm cảm là mệt mỏi, giảm năng lượng, vấn đề về giấc ngủ, thay đổi cân nặng hoặc cảm giác ngon

miệng, bút rứt và mặc cảm tội lỗi, ý nghĩ tự sát có tỉ lệ lần lượt là 58,6%; 58,2%; 44,1%; 28,9%; 40,6% [10]. Tuy nhiên tỉ lệ các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân lại khác nhau ví dụ như trong nghiên cứu của tác giả Pierre A Geoffroy trên 2573 bệnh nhân được chẩn đoán có giai đoạn trầm cảm thì 92% đối tượng than phiền về rối loạn giấc ngủ [9]. Hay nghiên cứu của tác giả Albers, H. M trên 884 người, có khoảng 3,3% có ý nghĩ tự tử hoặc tự làm hại bản thân [4].

Việc nhận ra bệnh và tiếp cận dịch vụ y tế kịp thời, đặc biệt trong giai đoạn khởi phát bệnh sẽ giúp gia tăng hiệu quả điều trị, hạn chế các hậu quả đáng tiếc xảy ra như tự tử. Trong nghiên cứu của tác giả Ghaemi, S. Nassir trên 103 bệnh nhân trầm cảm khám ngoại trú, cho thấy nhận thức bệnh có liên quan mạnh đến kết cục điều trị, những bệnh nhân có nhận thức tốt có kết cục điều trị tốt hơn so với những bệnh nhân có nhận thức bệnh kém [1]. Tuy nhiên, phần lớn người bệnh lại có định kiến về các bệnh lý tâm thần. Trong nghiên cứu của tác giả Cheng-Fang Yen trên 247 bệnh nhân trầm cảm, 36,8% bệnh nhân có rối loạn nhận thức về bệnh trầm cảm, 37,2% về triệu chứng bệnh, 15,8% về việc cần thiết của điều trị.

Thực tiễn thực hành lâm sàng cho thấy rằng phần lớn bác sĩ tập trung nhiều về triệu chứng bệnh mà ít khi quan tâm đến bệnh nhân có thật sự nghĩ rằng mình đang mắc trầm cảm hay không. Kể cả khi được chẩn đoán bệnh thì nhận thức về bệnh cũng có ích cho bệnh nhân trong quá trình điều trị, chẳng hạn như việc tuân thủ điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu với mục tiêu nhằm khảo sát nhận thức bệnh của bệnh nhân trầm cảm đến khám bệnh tại phòng khám Tâm Thần Kinh bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám Tâm Thần Kinh bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021-4/2021. Các đối tượng được lựa chọn và tham gia nghiên cứu gồm các bệnh nhân đến khám tại phòng khám từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đang mắc giai đoạn trầm cảm chủ yếu hay gọi tắt là trầm cảm. Đồng thời các đối tượng này có thể nghe và đọc được. Các bệnh nhân mắc tâm thần phân liệt, loạn thần cấp hay rối loạn dạng phân liệt, kích động được loại ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Công cụ thu thập số liệu

Bệnh nhân được xác định chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm chủ yếu của DSM-5 [6]. Bộ câu hỏi thu thập số liệu có cấu trúc gồm đặc điểm dân số xã hội của người bệnh, các bệnh lý mãn tính đi kèm, chín triệu chứng của giai đoạn trầm cảm như khí sắc trầm cảm, mất hứng thú, thay đổi cảm giác ngon miệng, mất ngủ, dễ mệt mỏi, chậm chạp hoặc kích động, khó ra quyết định, giảm khả năng tập trung, mặc cảm tội lỗi và tự sát, chẩn đoán sự ảnh hưởng của các

triệu chứng trầm cảm lên đời sống, công việc, học tập và các mối quan hệ của bệnh nhân. Đồng thời, để khảo sát nhận thức về bệnh của bệnh nhân chúng tôi định nghĩa biến số “nhận thức bệnh” là biến danh định gồm các giá trị:

Biết đang bị trầm cảm và bệnh

Biết bệnh nhưng là do thực phẩm, khí hậu, làm việc quá sức, siêu vi, nhu cầu nghỉ ngơi không tốt

Hoàn toàn chối bỏ việc bị bệnh

Biến số “nhận thức bệnh” được chuyển ngữ và sử dụng dựa trên mục “nhận thức bệnh” của thang đo Hamilton D-17 [7].

2.2.3. Kiểm soát thông tin sai lệch

Từng biến số trong bộ câu hỏi được định nghĩa rõ ràng. Các câu hỏi được trực tiếp hỏi đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu đầu vào dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc học ở đối tượng tham gia nghiên cứu bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	40	28,8
Nữ	99	71,2
Nhóm tuổi		
≤ 30 tuổi	42	30,2
31-59 tuổi	79	56,8
≥60 tuổi	18	12,0
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	42	30,2
Kết hôn/sống chung	87	62,6
Li dị/li thân/góa	10	7,2

DSM-5 được thực hiện bởi các bác sĩ Tâm Thần có hơn 10 năm kinh nghiệm làm việc.

2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 2.0 và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Các biến định tính được phân nhóm và tính tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được tính bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Khi so sánh sự khác biệt của biến định lượng dùng phép kiểm chi bình phương () hoặc Fisher. Đối với biến định lượng, khi so sánh sự khác biệt sử dụng phép kiểm t. Ngưỡng giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.2.5. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 2657/QĐ – ĐHYD.

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dân tộc		
Kinh	132	95,0
Khác	7	5,0
Nghề nghiệp		
Viên chức/văn phòng	35	25,2
Nông dân/công nhân	23	16,5
Học sinh/sinh viên	11	7,9
Nội trợ	19	13,7
Khác	51	36,7
Trình độ học vấn		
Từ cấp 1 trở xuống	18	13,0
Cấp 2	31	22,3
Cấp 3	36	25,9
Từ đại học/cao đẳng/trung cấp trở lên	54	38,8
Địa chỉ		
Thành thị	55	39,6
Nông thôn	84	60,4
Tôn giáo		
Không tôn giáo	71	51,1
Có tôn giáo	68	48,9
Bệnh lý đi kèm		
Có	22	15,8
Không	117	84,2
Nhận thức về bệnh		
Biết bị bệnh trầm cảm	75	54,0
Biết bị bệnh nhưng không phải bệnh trầm cảm	48	34,5
Hoàn toàn chối bỏ bị bệnh	16	11,5
Ảnh hưởng của trầm cảm		
Không khó khăn	28	20,1
Hơi khó khăn	63	45,3
Rất khó khăn	34	24,5
Cực kì khó khăn	14	10,1

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 1 thể hiện đặc điểm chung của 139 đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $41,5 \pm 14,8$ với tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất 77, trong đó độ tuổi từ 31-59 chiếm hơn phân nửa. Đồng thời, nữ giới nhiều gấp khoảng hai lần so với nam giới. Hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu là dân tộc kinh. Bên cạnh đó, 2/3 đối tượng là đã kết hôn hoặc sống chung.

Xét về đặc điểm nghề nghiệp, gần như các ngành nghề có tỉ lệ chênh lệch không quá lớn với nhân viên/viên chức khoảng 25%, công nhân/nông dân 15%, học sinh/sinh viên 10%, còn lại các nghề nghiệp khác như kinh doanh, thất nghiệp, nghề tự do khoảng 35%. Mặt khác, trình độ học vấn từ đại học/cao đẳng/trung cấp trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (40%), trình độ cấp hai và cấp ba chiếm tỉ lệ gần bằng

nhau khoảng 25%, trình độ từ tiểu học trở xuống chiếm thấp nhất (10%). Người tham gia tôn giáo và không tôn giáo có tỉ lệ gần bằng nhau. Cũng giống như đặc điểm tôn giáo, bệnh nhân hiện đang sống ở khu vực nông thôn và thành thị cũng có tỉ lệ sắp xỉ nhau. Số người tham gia nghiên cứu mắc một hoặc nhiều các các bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh gan, thận bằng ¼ những người không có mắc bệnh đi kèm.

Chỉ có khoảng một nửa bệnh nhân trầm cảm thật sự nghĩ rằng mình đang bị trầm cảm, trong khi đó có khoảng ¼ bệnh nhân hoàn toàn chối bỏ mình bị bệnh. Trầm cảm đã ảnh hưởng như thế nào đến công việc, mối quan hệ xã hội, gia đình thì có khoảng 50% bệnh nhân cảm thấy hơi khó khăn, 20% cảm thấy không khó khăn, 10% cảm thấy cực kì khó khăn.

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (N=139)

Triệu chứng	Tần suất (N)	Tỉ lệ (%)
Khí sắc trầm cảm	131	94,2
Giảm hứng thú	124	89,2
Rối loạn giấc ngủ	137	98,6
Thay đổi cảm giác ngon miệng/ cân nặng	125	89,9
Chậm chạp/bứt rứt	117	84,2
Giảm tập trung chú ý	131	94,2
Dễ mệt mỏi	135	97,1
Mặc cảm tội lỗi	93	66,9
Ý nghĩ tự sát	66	47,5

Bảng 2 cho thấy mất ngủ có tần suất cao nhất trong các triệu chứng. Bên cạnh đó, gần một nửa bệnh nhân nói rằng trong hai tuần qua từng có ý nghĩ tự sát hoặc nghĩ về cái chết. Trong hai triệu

chứng bắt buộc phải có để chẩn đoán giai đoạn trầm cảm chủ yếu thì triệu chứng khí sắc trầm cảm có tỉ lệ cao hơn triệu chứng giảm hứng thú khoảng 5%.

Bảng 3: mối liên quan giữa đặc điểm dân số xã hội và nhận thức của bệnh nhân trầm cảm tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Đặc điểm	Biết bị trầm cảm	Biết bệnh nhưng phủ nhận trầm cảm	Hoàn toàn chối bỏ bị bệnh	Giá trị p
	N(%)			
Giới tính				
Nam	20 (50,0)	16 (40,0)	4 (10,0)	0,684
Nữ	55 (55,6)	32 (32,3)	12 (12,1)	
Tuổi				
≤ 30 tuổi	25 (59,5)	9 (21,4)	8 (19,1)	0,160
31-59 tuổi	41 (51,9)	31 (39,2)	7 (8,8)	
≥60 tuổi	9 (50,0)	8 (44,4)	1 (5,6)	
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	25 (59,5)	8 (19,1)	9 (21,4)	0,015
Kết hôn/sống chung	43 (49,4)	38 (43,7)	6 (6,9)	
Li dị/li thân/góa	7 (70,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	
Dân tộc				
Kinh	72 (54,6)	45 (34,1)	15 (11,3)	0,634
Khác	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	
Nghề nghiệp				
Viên chức/văn phòng	21 (60,0)	11 (31,4)	3 (8,6)	0,051
Nông dân/công nhân	9 (39,1)	12 (52,2)	2 (8,7)	
Học sinh/sinh viên	8 (72,7)	0 (0,0)	3 (27,3)	
Nội trợ	8 (42,1)	10 (52,6)	1 (5,3)	
Khác	29 (56,9)	15 (29,4)	7 (13,7)	
Trình độ học vấn				
Từ cấp 1 trở xuống	7 (38,9)	11 (61,1)	0 (0,0)	0,128
Cấp 2	16 (51,6)	10 (32,3)	5 (16,1)	
Cấp 3	18 (50,0)	14 (38,9)	4 (11,1)	
Từ đại học/cao đẳng/trung cấp trở lên	34 (63,0)	13 (24,1)	7 (12,9)	
Địa chỉ				
Thành thị	33 (60,0)	16 (29,1)	6 (10,9)	0,490
Nông thôn	42 (50,0)	32 (38,1)	10 (11,9)	
Tôn giáo				

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Đặc điểm	Biết bị trầm cảm	Biết bệnh nhưng phủ nhận trầm cảm	Hoàn toàn chối bỏ bị bệnh	Giá trị p
	N(%)			
Không tôn giáo	42 (59,2)	19 (26,8)	10 (14,0)	0,129
Có tôn giáo	33 (48,5)	29 (45,7)	6 (8,8)	
Bệnh mãn tính đi kèm				
Có	63 (53,9)	39 (33,3)	15 (12,8)	0,494
Không	12 (54,6)	9 (40,9)	1 (4,5)	
Ảnh hưởng của trầm cảm				
Không khó khăn	8 (28,6)	14 (50,0)	6 (21,4)	0,047
Hơi khó khăn	35 (55,6)	21 (33,3)	7 (11,1)	
Rất khó khăn	21 (61,8)	11 (32,4)	2 (5,8)	
Cực kì khó khăn	11 (78,6)	2 (14,3)	1 (7,1)	

Bảng 3 cho thấy những người có tình trạng hôn nhân là li dị/li thân/góa có tỉ lệ nhận biết bản thân đang bị trầm cảm là cao nhất (70%) và những người đang độc thân phủ nhận hoàn toàn bị bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 20%. Sự nhận thức về bệnh giữa các nhóm tình trạng hôn nhân cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có sự khác nhau về tỉ lệ nhận thức bệnh giữa các nhóm, ở những người cảm thấy tình trạng bệnh hiện tại gây cực kì

khó khăn với người bệnh thì gần 80% nghĩ rằng mình đang mắc trầm cảm, còn đối với những người cảm thấy không khó khăn có tỉ lệ chối bỏ hoàn toàn bị bệnh cao nhất, khoảng 20% và chấp nhận bệnh cũng có tỉ lệ thấp nhất trong các nhóm khoảng 30%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, địa chỉ, tôn giáo, bệnh mãn tính đi kèm với nhận thức bệnh.

Bảng 4: Mối liên quan giữa triệu chứng trầm cảm và nhận thức về bệnh của bệnh nhân trầm cảm tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Triệu chứng	Biết bị trầm cảm	Biết bệnh nhưng phủ nhận trầm cảm	Hoàn toàn chối bỏ bị bệnh	Giá trị p
		N (%)		
Khí sắc trầm cảm	70 (53,44)	46 (35,1)	15 (11,5)	0,881
Giảm hứng thú	71 (57,3)	41 (33,1)	12 (9,6)	0,041
Rối loạn giấc ngủ	77 (53,3)	48 (35,0)	16 (11,7)	0,625
Thay đổi cảm giác ngon miệng/ cân nặng	69 (55,2)	42 (33,6)	14 (11,2)	0,680

Chậm chạp/bút rút	66 (56,4)	36 (30,8)	15 (12,8)	0,098
Giảm tập trung chú ý	71 (54,2)	46 (35,1)	14 (10,7)	0,424
Đễ mệt mỏi	73 (54,1)	46 (34,1)	16 (11,8)	0,782
Mặc cảm tội lỗi	57 (61,3)	30 (32,3)	6 (6,4)	0,009
Ý nghĩ tự sát	43 (65,2)	17 (25,8)	6 (9,0)	0,042

Bảng 4 cho thấy khoảng 60% những bệnh nhân có triệu chứng giảm hứng thú, mặc cảm tội lỗi và ý nghĩ tự sát biết mình bị trầm cảm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhận thức và nhóm người có hoặc không có 3 triệu chứng trên. Nghiên cứu cũng cho thấy chỉ có khoảng một nửa bệnh nhân có khí sắc trầm cảm nhận thấy mình bị trầm cảm. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm khí sắc trầm cảm và nhận thức bệnh. Các triệu chứng cơ thể chung như rối loạn giấc ngủ, thay đổi cảm giác ngon miệng hoặc cân nặng, chậm chạp hoặc bút rút, giảm tập trung chú ý, dễ mệt mỏi, có khoảng từ 50% đến 60% biết đang bị trầm cảm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm với nhận thức bệnh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân trắc học và triệu chứng trầm cảm

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới có tỉ lệ trầm cảm gần gấp đôi nam giới, đồng thời độ tuổi trung bình mắc trầm cảm $41,45 \pm 14,81$ với nhóm tuổi từ 31-59 chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 50%. Mặc dù hạn chế bởi thiết kế nghiên cứu cắt ngang, nhưng mối liên quan này là phù hợp khi biết rằng nữ giới thường có mức độ và tần suất mắc các vấn đề tâm thần cao

hơn nam giới. Điều này có thể là do vì nữ có sức khỏe tâm lý yếu hơn. Đồng thời kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Manit Srisurapanont và cộng sự được thực hiện trên 637 bệnh nhân trầm cảm và tỉ lệ nam giới bằng một nửa nữ giới [5].

Xét về các triệu chứng trầm cảm, mất ngủ là triệu chứng có tần suất cao nhất. Tuy mất ngủ không phải là tiêu chuẩn bắt buộc phải có trong chẩn đoán trầm cảm, nhưng lại là nguyên nhân thường gặp nhất để bệnh nhân trầm cảm đến phòng khám Tâm Thần Kinh. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Shih-Chieh Hsu trên 148 đối tượng trầm cảm có 98,8% bệnh nhân bị mất ngủ/ngủ nhiều [8]. Qua kết quả của chúng tôi và cùng với y văn cho thấy cần tầm soát trầm cảm ở những bệnh nhân bị mất ngủ.

4.2. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số xã hội và triệu chứng trầm cảm với nhận thức bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có khoảng 50% bệnh nhân phủ nhận rằng mình đang bị trầm cảm, đặc biệt có khoảng 10% bệnh nhân phủ nhận hoàn toàn việc bị bệnh. So với nghiên cứu của tác giả Cheng-Fang Yen (36,8% bệnh nhân phủ nhận bệnh) kết quả chúng tôi có tỉ lệ cao hơn [6]. Tuy nhiên, kết quả này có thể chấp nhận được vì trong nghiên cứu

của tác giả Cheng – Fang Yen bệnh nhân đã được hướng dẫn trầm cảm là gì, trong khi đó bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021-4/2021 chưa được hướng dẫn. Từ y văn và kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng cần giáo dục thông tin cho bệnh nhân về như thế nào là trầm cảm.

Kết quả của chúng tôi phần nào phản ánh đúng về nhận thức bệnh của người Á Đông nói chung và người Việt Nam nói riêng. Theo đó, ở các nước phương Tây thì vấn đề bệnh tật là của cá nhân và việc tiếp cận y tế là để giải quyết các vấn đề cá nhân. Ngoài ra, các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần không bị kỳ thị, đánh giá. Trong khi đó, tại Việt Nam những người mắc phải các vấn đề sức khỏe tâm thần thường bị người dân xem là “điên”, “khùng” và vì thế bị xa lánh, kỳ thị và thậm chí những gia đình có người thân có các vấn đề tâm thần cũng bị quy cho lối sống, cách sống. Chính vì vậy, người dân thường có khuynh hướng giấu bệnh và chỉ tiếp cận dịch vụ y tế khi tình trạng bệnh đã trở nên rất nghiêm trọng hoặc ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống. Vì vậy, ngoài việc giáo dục cho bệnh nhân về chính bệnh của mình, các chương trình truyền thông chung cho cộng đồng là cần thiết để người dân có thể phát hiện sớm bệnh của mình và cũng góp phần làm giảm nhận thức sai, kỳ thị đối với bệnh này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ở những bệnh nhân có ý nghĩ tự sát có tỷ lệ biết mình đang bị trầm cảm cao

nhất. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong nhóm có triệu chứng tội lỗi, ý nghĩ tự sát với nhận thức bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả He, Hongbo trên 140 bệnh nhân trầm cảm và lưỡng cực cho thấy ý nghĩ tự sát có tương quan thuận với nhận thức bệnh của bệnh nhân [11]. Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi và y văn cho thấy cần theo dõi sát ý nghĩ tự sát của bệnh nhân, đồng thời cần giáo dục tâm lý và cung cấp thông tin về bệnh nhiều hơn ở nhóm người mắc trầm cảm mà không có ý nghĩ tự sát.

Tuy nhiên, kết quả phân tích mối liên quan cũng rút ra được hai vấn đề cần quan tâm trong can thiệp. Một là, chỉ đến khi bệnh nhân thấy sự ảnh hưởng của bệnh đến nỗi rất khó khăn hoặc cực kỳ khó khăn thì phần nhiều mới biết mình bị bệnh mà không nhận ra được các dấu hiệu khởi phát của bệnh. Hai là, kể cả người nhận biết được mình bị trầm cảm hoặc người phủ nhận bệnh hoặc người hoàn toàn chối bỏ bệnh thì tỉ lệ các triệu chứng quan trọng của rối loạn trầm cảm như khí tức trầm cảm, giảm hứng thú đều như nhau không khác biệt có ý nghĩa thống kê và ở mức rất cao. Điều này có thể gợi ý rằng kể cả người biết mình bị bệnh nhưng cũng không phát hiện sớm hơn các triệu chứng hoặc chỉ đến bệnh viện khi triệu chứng này đã trở nên thường xuyên hoặc nặng nề.

Nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, với phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả,

ngiên cứu chỉ cho thấy được sự liên quan giữa các yếu tố nhân trắc – cảm và chưa cho thấy được mối liên quan nhân quả giữa hai yếu tố này. Thứ hai, do hạn chế về thời gian cũng như nguồn lực, chúng tôi chỉ “tiến hành khảo sát nhận thức về bệnh ở bệnh nhân trầm cảm” mà chưa khảo sát về nhận thức của bệnh nhân về điều trị. Điều cuối cùng, dù nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành kiểm soát các thông tin sai lệch, nhưng với những câu hỏi về tình dục khá nhạy cảm với người châu Á, đặc biệt là người Việt Nam nên bệnh nhân thường trả lời không hoặc ngại khi trả lời. Bên cạnh đó, bệnh nhân thường được đi khám cùng người nhà, nhiều bệnh nhân ngại không nói chính xác về ý nghĩ tự sát. Những sai lệch thông tin này cần được xem xét cẩn trọng hơn trong các nghiên cứu khác, đặc biệt tại Việt Nam khi mà các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần, hành vi tự tử vẫn còn ít nhiều bị kỳ thị hoặc bị đánh giá.

5. KẾT LUẬN

Trong khi các triệu chứng của trầm cảm xuất hiện ở gần như tất cả bệnh nhân nhưng gần một nửa bệnh nhân trầm cảm phủ nhận đang mắc bệnh trầm cảm. Bệnh nhân biết mình mắc trầm cảm có tỉ lệ gặp phải khó khăn do ảnh hưởng của trầm cảm nhiều hơn, gợi ý rằng bệnh nhân chỉ tiếp cận y tế và điều trị khi bệnh đã nặng nề. Các chương trình can thiệp ngoài việc nâng cao nhận thức của người bệnh về chính bệnh trầm cảm của mình thì về lâu dài cũng cần xem xét giúp nâng cao nhận thức của cộng đồng về bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Nassir Ghaemi, Erica Boiman, Frederick K. Goodwin (2000) “Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders”. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (3), 167-171.
2. Theo Vos, Amanuel Alemu Abajobir, Kalkidan Hassen Abate, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Foad Abd-Allah, et al. (2017) “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016”. *The Lancet*, 390 (10100), 1211-1259.
3. World Health Organization (2017) *Depression and other common mental disorders: global health estimates*, World Health Organization,
4. H. M. Albers, S. Kinra, K. V. Radha Krishna, Y. Ben-Shlomo, H. Kuper (2016) “Prevalence and severity of depressive symptoms in relation to rural-to-urban migration in India: a cross-sectional study”. *BMC Psychol*, 4 (1), 47.
5. M. Srisurapanont, J. P. Hong, S. Tian-Mei, A. Hatim, C. Y. Liu, P. Udomratn, et al. (2013) “Clinical features of depression in Asia: results of a large prospective, cross-sectional study”. *Asia Pac Psychiatry*, 5 (4), 259-67.
6. C. F. Yen, C. C. Chen, Y. Lee, T. C. Tang, C. H. Ko, J. Y. Yen (2005) “Insight

and correlates among outpatients with depressive disorders”. *Compr Psychiatry*, 46 (5), 384-9.

7. M. Hamilton (1960) “A rating scale for depression”. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23 (1), 56-62.

8. S. C. Hsu, S. J. Wang, C. Y. Liu, Y. Y. Juang, C. H. Yang, C. I. Hung (2009) “The impact of anxiety and migraine on quality of sleep in patients with major depressive disorder”. *Compr Psychiatry*, 50 (2), 151-7.

9. P. A. Geoffroy, N. Hoertel, B. Etain, F. Bellivier, R. Delorme, F. Limosin, et al. (2018) “Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and

psychiatric comorbidity in a population-based study”. *J Affect Disord*, 226, 132-141.

10. E. E. Haroz, M. Ritchey, J. K. Bass, B. A. Kohrt, J. Augustinavicius, L. Michalopoulos, et al. (2017) “How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature”. *Soc Sci Med*, 183, 151-162.

11. Hongbo He, Qing Chang, Yarong Ma (2018) “The Association of Insight and Change in Insight with Clinical Symptoms in Depressed Inpatients”. *Shanghai archives of psychiatry*, 30 (2), 110-118.