

# Anxiety pattern by GAD-7 scale in postoperation patients at Cardiac Surgery Unit, Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

Minh Thi Do<sup>1</sup>, Viet Tuan Tran<sup>1,2</sup>✉

<sup>1</sup>Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

<sup>2</sup>Hanoi Medical University

► **Correspondence to**

Viet Tuan Tran, MD, MSc  
Vietnam National Heart Institute,  
Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam  
Email: trantuanviet87@gmail.com

► Received 09 March 2023

Accepted 30 March 2023

Published online 31 March 2023

**To cite:** Do MT, Tran VT, et al. *J Vietnam Cardiol* 2023; **104**:46-52.

## ABSTRACT

Heart surgery is a method of treatment, it can causes trauma that has a certain effect on the body, changes the patient's psyche, causes fear, anxiety, stress for patients. The study aimed to assess the status of patients' anxiety disorders after heart surgery.

**Methods:** Cross-sectional including 100 patients after heart surgery were assessed for anxiety disorders on a GAD-7 scale and assessed for a number of factors associated with postoperative anxiety disorders.

**Results:** There was up to 51% of patients after heart surgery present with severe anxiety disorders through screening on the GAD-7 scale. The risk of anxiety disorders was particularly higher in the female group, 7.35 times higher than in the male group, and in patient who are unable to take care of themselves, patients who depend entirely on caregivers are 8.67 times more likely to develop anxiety disorders than the average caregiver-dependent group. The risk of anxiety disorders is not associated with the age and the level of education of the patients. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The GAD-7 scale is a simple and effective anxiety screening scale, provides clinical practice with better treatment and psychological counseling for patients after heart surgery, contributes to improving the quality of life for patients.

**Key words:** Anxiety disorder, GAD-7 scale, heart surgery.

# Đặc điểm lo âu trên thang GAD-7 ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai

Đỗ Thị Minh<sup>1</sup>, Trần Tuấn Việt<sup>1,2</sup>✉

<sup>1</sup>Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

## ► Tác giả liên hệ

ThS.BS. Trần Tuấn Việt  
Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam  
Email: trantuanviet87@gmail.com

► Nhận ngày 09 tháng 03 năm 2023  
Chấp nhận đăng ngày 30 tháng 03 năm 2023  
Xuất bản online ngày 31 tháng 03 năm 2023

**Mẫu trích dẫn:** Do MT, Tran VT, et al. *J Vietnam Cardiol* 2023; **104**:46-52.

## TÓM TẮT

Phẫu thuật tim là một phương pháp điều trị, gây ra sang chấn có ảnh hưởng nhất định đến cơ thể, làm biến đổi tâm lý của bệnh nhân, gây sợ hãi, lo lắng, căng thẳng cho bệnh nhân. Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng rối loạn lo âu của bệnh nhân sau phẫu thuật tim.

**Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, 100 bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2022 đến hết tháng 8/2022 được đánh giá về thực trạng rối loạn lo âu theo thang điểm GAD-7 và khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu sau phẫu thuật.

**Kết quả:** Có 51% bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch có biểu hiện mắc rối loạn lo âu ở mức độ nặng thông qua sàng lọc bằng thang điểm GAD-7. Nguy cơ mắc rối loạn lo âu đặc biệt cao hơn ở nhóm bệnh nhân nữ, gấp 7.35 lần so với nhóm nam giới ( $p < 0.05$ ) và ở nhóm bệnh nhân không thể tự chăm sóc được bản thân, nhóm bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn hoặc nghiêm trọng vào người chăm sóc có nguy cơ mắc rối loạn lo âu cao gấp 8.67 lần so với nhóm phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ vào người chăm sóc ( $p < 0.05$ ); nguy cơ mắc rối loạn lo âu không có mối liên hệ với độ tuổi hay trình độ học vấn của các bệnh nhân ( $p < 0.05$ ).

**Kết luận:** Thang điểm GAD-7 là

thang điểm sàng lọc lo âu đơn giản và hiệu quả, giúp cho việc thực hành lâm sàng có phương án điều trị và tư vấn tâm lý tốt hơn đối với các bệnh nhân sau phẫu thuật tim, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Rối loạn lo âu, thang điểm GAD-7, phẫu thuật tim.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là một rối loạn cảm xúc đặc trưng bởi cảm giác lo sợ lan tỏa, khó chịu mơ hồ kèm theo các triệu chứng thần kinh tự chủ như đau đầu, vã mồ hôi, siết chặt ở ngực, bứt rứt không thể ngồi yên hay đứng yên một chỗ.[1]

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: “Rối loạn lo âu thường gặp trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, phần đông những người mắc chứng bệnh này còn ít được ngành y tế nói chung và ngành tâm thần nói riêng chú ý đến. Biểu hiện lâm sàng các rối loạn lo âu rất đa dạng, phức tạp, có triệu chứng của rối loạn lo âu nhưng không có triệu chứng nào đủ nặng để xác định chẩn đoán. Bệnh thường có kèm theo triệu chứng suy giảm chức năng chung”[1]. Rối loạn lo âu là trạng thái tâm lý tâm thần có tỷ lệ mắc bệnh khoảng từ 0,8 đến 1,7% dân số, chiếm từ 10 đến 20% bệnh nhân nội trú tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần.

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị, gây ra sang chấn có ảnh hưởng nhất định đến cơ thể, biến đổi tâm lý của

bệnh nhân. Phẫu thuật tim không chỉ gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe thể chất mà còn gây sợ hãi, lo lắng, căng thẳng cho bệnh nhân. Lo âu được coi là bệnh lý khi không tương xứng với nguy hiểm thực tế hoặc gây cản trở cuộc sống bình thường của bệnh nhân, gây ảnh hưởng đến kết quả của các cuộc phẫu thuật.

Bộ câu hỏi GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item) là một công cụ sàng lọc lo âu đơn giản và hiệu quả sử dụng rộng rãi tại Việt Nam, tuy nhiên nghiên cứu chuyên sâu về rối loạn lo âu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật còn hạn chế. Chính vì những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu “Mô tả đặc điểm rối loạn lo âu ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh Viện Bạch Mai”.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, sau phẫu thuật tim tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh Viện Bạch Mai.
- Bệnh nhân đã phục hồi sau phẫu thuật, có thể tự hoàn thành được bộ câu hỏi nghiên cứu.
- Bệnh nhân hiểu rõ các mục tiêu nghiên cứu và sẵn sàng tham gia vào nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tâm lý trong quá khứ
- Bệnh nhân đang có triệu chứng loạn thần.
- Bệnh nhân không đủ tỉnh táo để thực hiện câu hỏi nghiên cứu.
- Bệnh nhân chưa phục hồi sau phẫu thuật vẫn cần hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn.

### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng chọn

100 bệnh nhân sau phẫu thuật tim tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 5/2022 đến hết tháng 8/2022 đáp ứng tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

### Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn ĐTNC gồm bốn phần:

- Nhóm câu hỏi về thông tin chung của ĐTNC bao gồm các câu hỏi về tuổi, giới, tôn giáo, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, mức thu nhập, tình trạng sức khỏe, có mắc các bệnh mạn tính, thời gian sử dụng rượu, thời gian sử dụng thuốc lá.
- Bộ câu hỏi về khảo sát thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC: Dựa vào thang đánh giá rối loạn lo âu GAD-7.
- Bộ câu hỏi khảo sát mức độ phụ thuộc của bệnh nhân sau mổ: thang Barthel Index.
- Bộ câu hỏi khảo sát một số yếu tố gây rối loạn lo âu của bệnh nhân sau phẫu thuật tim:
  - + Khảo sát về vấn đề hồi phục và phục hồi chức năng sau mổ.
  - + Khảo sát về vấn đề tư vấn và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân sau phẫu thuật.
  - + Khảo sát về vấn đề sử dụng thuốc sau phẫu thuật của ĐTNC.
  - + Khảo sát về cảm nhận hiệu quả của cuộc phẫu thuật.

### Phân tích và quản lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0
- Quản lý số liệu: Các phiếu điều tra được sử dụng để nhập liệu và lưu trữ sau khi nghiên cứu kết thúc.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 bệnh nhân, trong đó 55 bệnh nhân nam, 45 bệnh nhân nữ; có 63 bệnh nhân dưới 60 tuổi và 37 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.

**Bảng 1.** Một số đặc điểm chung của ĐTNC

Giới tính \ Nhóm tuổi	60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		p
	n	%	n	%	n		
Nam	33	60.0	22	40.0	55	100	0.537
Nữ	30	66.7	15	33.3	45	100	

**Bảng 2.** Mức độ phụ thuộc của bệnh nhân theo thang điểm Barthel Index

Mức độ phụ thuộc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc	11	11.0
Phụ thuộc nghiêm trọng vào người chăm sóc	48	48.0
Phụ thuộc mức độ trung bình vào người chăm sóc	38	38.0
Phụ thuộc mức độ nhẹ vào người chăm sóc	3	3.0
Tổng	100	100

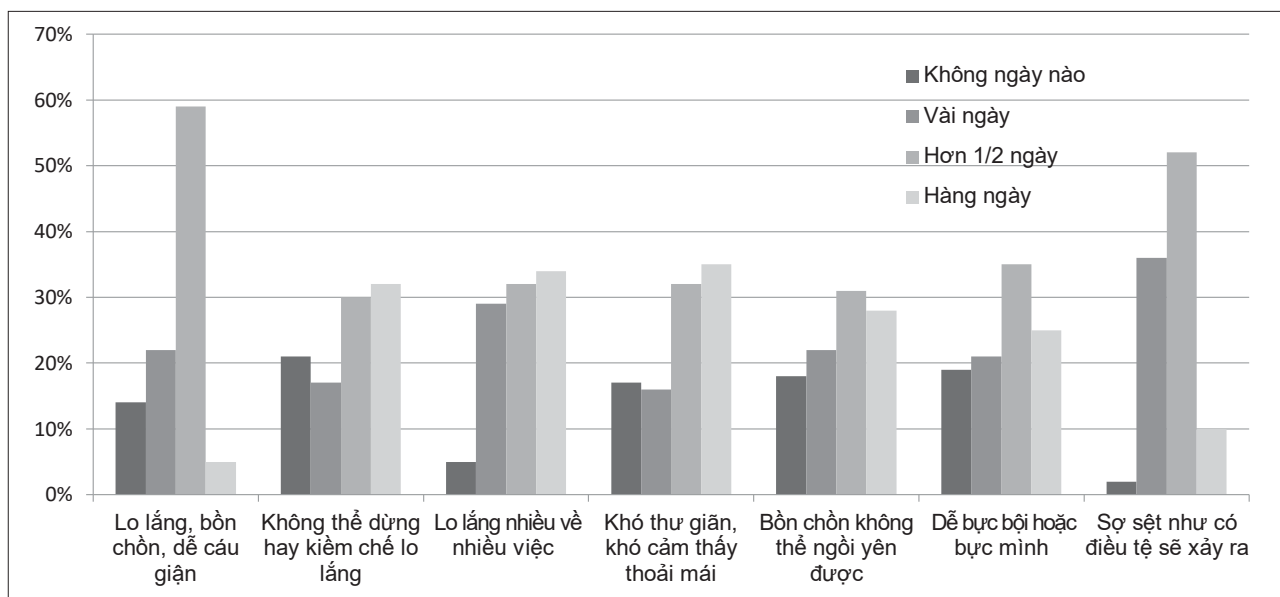
Nghiên cứu cũng đánh giá được mức độ phụ thuộc của bệnh nhân như sau: 11% bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 48% bệnh nhân phụ thuộc nghiêm trọng, 38% bệnh nhân phụ thuộc ở mức độ trung bình và 3% bệnh nhân phụ thuộc ở mức độ nhẹ. Điều này phù hợp với thực tế, vì bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch được theo dõi hoàn toàn bằng máy monitor trung tâm, bệnh nhân có sử dụng thuốc vận mạch, truyền bơm tiêm điện liên tục. Bệnh nhân sau mổ có dẫn lưu trung thất và màng phổi cần được hút áp lực âm, 1 chiều với hệ thống hút trung tâm. Bởi vậy mọi sinh hoạt của bệnh nhân sẽ thực hiện ngay tại giường bệnh. Bệnh nhân sau phẫu thuật còn rất đau, thể trạng kém cần nhiều sự trợ giúp của nhân viên y tế và người nhà.

**Khảo sát về thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC**

**Bảng 3.** Mức độ rối loạn lo âu của ĐTNC theo thang điểm GAD-7

Mức độ rối loạn lo âu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không lo âu	16	16.0
Lo âu mức độ nhẹ	20	20.0
Lo âu mức độ trung bình	13	13.0
Lo âu mức độ nặng	51	51.0
Tổng	100	100

Phân tích cho thấy, có 16% không có biểu hiện của lo âu, 20% có biểu hiện lo âu mức độ nhẹ, 13% có biểu hiện lo âu mức độ trung bình và 51% có biểu hiện lo âu mức độ nặng. Điều này cho thấy, bệnh nhân sau phẫu thuật có rất nhiều lo lắng. Sau hồi tỉnh, bệnh nhân sẽ chịu cơn đau vết mổ, mong muốn khi nào được gặp người nhà, khi nào được ăn uống. Khi ra khỏi phòng hồi sức I, bệnh nhân có thể lo lắng về sự liền của vết mổ, kết quả cuộc phẫu thuật, các loại thuốc được sử dụng sau phẫu thuật. Bệnh nhân cần được hướng dẫn cách vệ sinh cá nhân tại giường, mong muốn được nhân viên y tế giải thích về tình trạng hồi phục.



**Biểu đồ 1.** Thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC theo thang điểm GAD-7

Qua thang điểm GAD-7, với 7 câu hỏi yêu cầu người làm trả lời về mức độ thường xuyên gặp phải vấn đề trong hai tuần vừa qua cho thấy rằng: Cảm giác lo lắng, bồn chồn, dễ cáu giận và sợ sệt như có điều gì tồi tệ xảy ra chiếm >50% bệnh nhân cảm nhận thấy xảy ra trong hơn một ngày. 20-30% ĐTNC cảm thấy xảy ra trong vòng vài ngày, có < 10% ĐTNC thấy

xảy ra hàng ngày. Từ trên 20-30% ĐTNC, cảm giác không thể dùng hay kiểm chế lo lắng, lo lắng về nhiều việc, khó thư giãn, khó cảm thấy thoải mái, cảm giác bồn chồn không thể ngồi yên được xảy ra hàng ngày, chiếm hơn một nửa ngày.

**Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân sau phẫu thuật**

**Bảng 4.** Mức độ phụ thuộc của ĐTNC với tình trạng rối loạn lo âu

Mức độ phụ thuộc của bệnh nhân	Lo âu		Không lo âu		Tổng		OR (95% CI)	P
	N	%	N	%	N	%		
Phụ thuộc nghiêm trọng trở lên	56	94.9	3	5.1	59	100	8.667 [2.281-32.928]	0.001
Phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ	28	68.3	13	31.7	41	100	1	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa hai nhóm “Phụ thuộc nghiêm trọng trở lên” và “Phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ”

( $p < 0.05$ ). Trong đó nhóm “Phụ thuộc nghiêm trọng trở lên” có nguy cơ mắc rối loạn lo âu cao gấp 8.667 lần so với nhóm “Phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ”.

**Bảng 5.** Mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học với thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC

Đặc điểm		Lo âu		Không lo âu		Tổng		OR (95% CI)	P
		N	%	N	%	N	%		
Giới tính	Nam	41	74.5	14	25.5	55	100	0.136 [0.029-0.637]	0.005
	Nữ	43	95.6	2	4.4	45	100		
Tuổi	≤ 60	53	84.1	10	15.9	63	100	1.026 [0.340-3.097]	0.999
	> 60	31	83.8	6	16.2	37	100		
Học vấn	THPT trở xuống	62	81.6	14	18.4	76	100	0.403 [0.085-1.915]	0.345
	Đại học/Cao đẳng/Trung cấp	22	91.7	2	8.3	24	100		

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa hai nhóm nam và nữ ( $p < 0.05$ ). Trong đó nhóm nam giới có nguy cơ mắc rối loạn lo âu chỉ bằng 0.136 lần so với nhóm nữ giới. Hay nói cách khác, nhóm nữ giới có nguy cơ cao gấp 7.353 lần so với nhóm nam giới.

học vấn khác nhau ( $p > 0.05$ ). Hay nói cách khác, không có mối liên hệ rõ ràng giữa trình độ học vấn và nguy cơ mắc rối loạn lo âu.

Không có sự khác biệt rõ ràng về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa hai nhóm ĐTNC trên 60 tuổi và dưới 60 tuổi ( $p > 0.05$ ). Hay nói cách khác, không có mối liên hệ rõ ràng giữa tuổi và nguy cơ mắc rối loạn lo âu.

**BÀN LUẬN**

**Khảo sát về thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC**

Qua phân tích thang điểm GAD -7 để đánh giá thực trạng rối loạn lo âu của ĐTNC cho thấy, 16% ĐTNC không có biểu hiện rối loạn lo âu và mức độ rối loạn lo âu như sau: 20% có biểu hiện rối loạn lo âu nhẹ, 13% có biểu hiện rối loạn lo âu mức vừa, 51% có biểu hiện rối loạn lo âu mức độ nặng. Phần lớn biểu hiện rối loạn lo âu ở ĐTNC do họ có cảm xúc và hành

vi từ mức độ nhẹ đến trung bình. Điều này cho thấy, bệnh nhân sau phẫu thuật có rất nhiều lo lắng. Sau hồi tỉnh, bệnh nhân sẽ chịu cơn đau vết mổ, mong muốn khi nào được gặp người nhà, khi nào được ăn uống. Khi ra khỏi phòng hồi sức I, bệnh nhân có thể lo lắng về sự liền của vết mổ, kết quả cuộc phẫu thuật, các loại thuốc được sử dụng sau phẫu thuật. Bệnh nhân cần được hướng dẫn cách vệ sinh cá nhân tại giường, mong muốn được nhân viên y tế giải thích về tình trạng hồi phục.

Qua thang điểm GAD-7, với 7 câu hỏi yêu cầu người làm trả lời về mức độ thường xuyên gặp phải vấn đề trong hai tuần vừa qua cho thấy rằng, cảm giác lo lắng, bồn chồn, dễ cáu giận và sợ sệt như có điều gì tồi tệ xảy ra chiếm > 50% bệnh nhân cảm nhận thấy xảy ra trong hơn một ngày, 20-30% bệnh nhân cảm thấy xảy ra trong vòng vài ngày, có < 10% ĐTNC thấy xảy ra hàng ngày. Từ trên 20-30% ĐTNC, cảm giác không thể dừng hay kiểm chế lo lắng, lo lắng về nhiều việc, khó thư giãn, khó cảm thấy thoải mái, cảm giác bồn chồn không thể ngồi yên được xảy ra hàng ngày, chiếm hơn một nửa ngày.

Khi bệnh nhân lo lắng quá mức, sẽ có cảm giác bồn chồn, vật vã, không thể ngồi yên được, dễ kích thích phản ứng thái quá nếu không được đáp ứng nhu cầu. Có những bệnh nhân sẽ tức giận, đập phá hoặc nghĩ đến những điều tồi tệ sẽ xảy ra với chính bản thân họ. Khi đó, nhân viên y tế những người luôn ở bên cạnh bệnh nhân, cần thăm khám thường xuyên, trò chuyện để nắm bắt được tâm lý bệnh nhân. Từ đó đưa ra phác đồ điều trị, những biện pháp tâm lý, hay đơn giản là chia sẻ, động viên tinh thần để bệnh nhân hợp tác, yên tâm điều trị, bệnh nhân tin vào kết quả của cuộc phẫu thuật. Bên cạnh đó, giúp bệnh nhân thực hiện những việc vệ sinh cá nhân khi cần, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, kết nối bệnh nhân với người nhà để bệnh nhân yên tâm. Hướng dẫn người chăm sóc cách vệ sinh cho bệnh nhân, hiểu tâm lý bệnh nhân để người nhà động viên bệnh nhân hợp tác với nhân viên y tế.

#### **Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa

hai nhóm nam và nữ ( $p < 0.05$ ). Trong đó nhóm nam giới có nguy cơ mắc rối loạn lo âu chỉ bằng 0.136 lần so với nhóm nữ giới. Hay nói cách khác, nhóm nữ giới có nguy cơ cao gấp 7.353 lần so với nhóm nam giới. Các tác giả Clayton, Enrique, Mykletun và các cộng sự cho rằng rối loạn lo âu thường gặp ở nữ cao gấp 2 lần nam.

Không có sự khác biệt rõ ràng về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa hai nhóm ĐTNC trên 60 tuổi và dưới 60 tuổi ( $p > 0.05$ ). Hay nói cách khác, không có mối liên hệ rõ ràng giữa tuổi và nguy cơ mắc rối loạn lo âu. Theo Enrique (2006), Fraveli (1999) và một số tác giả khác, rối loạn lo âu có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, tỷ lệ gặp cao nhất là ở từ 25 -45 tuổi. Như vậy kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhận định của tác giả.

Không có sự khác biệt rõ ràng về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa những nhóm ĐTNC có trình độ học vấn khác nhau ( $p > 0.05$ ). Hay nói cách khác, không có mối liên hệ rõ ràng giữa trình độ học vấn và nguy cơ mắc rối loạn lo âu. Theo nghiên cứu của M.Gelder, rối loạn lo âu không có sự phân biệt về trình độ văn hóa. Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu là những người trong độ tuổi lao động, có hiểu biết và nắm bắt thông tin, vì vậy trình độ văn hóa của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu cao hơn mặt bằng chung. Theo Kaplan, trình độ dân trí và chuyên môn thấp thì tỷ lệ mắc cao hơn. Kết quả nghiên cứu này khác so với nhận định của Kaplan. Sự khác nhau này có thể lý giải như sau: Đối với người dân Việt Nam, có trình độ chuyên môn thấp và không có chuyên môn thường hạn chế về kinh tế, phải toan tính mưu sinh nên ít chăm lo cho sức khỏe, mẫu nghiên cứu chúng tôi chọn là bệnh nhân tự nguyện đến khám và điều trị phẫu thuật không phải là nghiên cứu dịch tễ học.

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nguy cơ mắc rối loạn lo âu giữa hai nhóm "Phụ thuộc nghiêm trọng trở lên" và "Phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ" ( $p < 0.05$ ). Trong đó nhóm "Phụ thuộc nghiêm trọng trở lên" có nguy cơ mắc rối loạn lo âu cao gấp 8.667 lần so với nhóm "Phụ thuộc mức độ trung bình và nhẹ". Bệnh nhân



phụ thuộc mức độ nghiêm trọng vào người nhà sẽ có nguy cơ bị rối loạn lo âu cao. Bệnh nhân phụ thuộc nghiêm trọng vào người nhà nghĩa là bệnh nhân không thể tự vệ sinh cá nhân, ăn uống thay quần áo. Mọi sinh hoạt ăn uống, vệ sinh cá nhân của bệnh nhân hiện ngay tại giường bệnh, và cần sự trợ giúp của người chăm sóc, nhân viên y tế. Hiện tại, bệnh phòng của chúng tôi chưa đảm bảo tính riêng tư cho mỗi bệnh nhân, điều đó cũng ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Bệnh nhân mới phẫu thuật vẫn còn đau, sinh hoạt cá nhân còn hạn chế, cần nhiều sự hỗ trợ từ người chăm sóc bên cạnh đó còn sự lo lắng cho cuộc phẫu thuật, lo lắng đến khả năng hồi phục sau phẫu thuật làm ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Tất cả những lo lắng của bệnh nhân sẽ góp phần làm tăng nguy cơ mắc rối loạn lo âu.

## KẾT LUẬN

Những bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch có tỷ lệ cao mắc rối loạn lo âu ở các mức độ khác nhau thông qua sàng lọc bằng thang điểm GAD-7. Đặc biệt có tới 51% bệnh nhân có khả năng mắc rối loạn lo âu ở mức độ nặng. Nguy cơ mắc rối loạn lo âu cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân nữ và nhóm bệnh nhân không thể tự chăm sóc được bản thân. Đây cũng là những vấn đề nổi bật cần lưu ý trong thực hành lâm sàng để có phương án điều trị và tư vấn tâm lý tốt hơn đối với các bệnh nhân sau phẫu thuật tim.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. 1995;26:843–849.
- Depression Among Caregivers of Stroke Survivors Anu Berg, Lic Psych; Heikki Paloma`ki, MD; Jouko Lo`nnqvist, MD; Matti Lehtihalmes, Lic Phil; Markku Kaste, MD.
- Greveson GC, Gray CS, French JM, James OFW. Long-term outcome for patients and carers following hospital admission for stroke. *Age Ageing*. 1991;20:337–344.
- Jones AL, Charlesworth JF, Hendra TJ. Patient mood and carer strain during stroke rehabilitation in the community following early hospital discharge. *Disabil Rehabil*. 2000;22:490 – 494.
- Klainin Pand Arthur D.G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 46(10), 1355–1373.
- Liberto T.L. (2012). Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: An Integrated Review. *J Pediatr Health Care*, 26(2), 109–117.
- McDowell I. (2006), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*, Oxford University Press, Oxford ; New York.
- Organization W.H. (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva: World Health Organization.
- Richards D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clin Psychol Rev*, 31(7), 1117–1125.
- Tran Duy Tuan et al. (2011). Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instruments. *J Affect Disord*, 133(1–2), 281–293.
- World Health Organization (1992). *ICD-10, international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*, World Health Organization.
- World Health Organization (2002), *Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization, (2008), *The global burden of disease: 2004 update*, Geneva.
- World Health Organization, ed. (2015), *Mental health atlas 2014*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Yatan Pal Singh Balhara and et al (2013), A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient – caregivers, *Journal of Mid-Life Health*.
- Yuan-li Guo and Yan-jin Liu (2015), Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China, *Internal Journal of Nursing Sciences*.