

quả thu được góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá bệnh nhân với đầy đủ các yếu tố nguy cơ từ ban đầu để lựa chọn phác đồ điều trị kháng sinh hợp lý, bên cạnh việc tuân thủ các phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng trong thực hành lâm sàng, nhằm nâng cao kết quả điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The top 10 causes of death.** Geneva: World Health Organization, 2013
2. **Mandell, Lionel A., Richard G. Wunderink, Antonio Anzueto, et al.** "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults." *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 44 Suppl 2 (March 1, 2007): S27-72.
3. **BỘ Y TẾ** (2015) Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-BYT.
4. **H. T. Trinh, P. H. Hoang, M. Cardona-Morrell và cộng sự** (2015), Antibiotic therapy for inpatients with community-acquired pneumonia in a developing country, *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 24 (2), 129-136.
5. **Ramirez, Julio A., Timothy L. Wiemken, Paula Peyrani, et al.** "Adults Hospitalized With Pneumonia in the United States: Incidence,

- Epidemiology, and Mortality." *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 65, no. 11 (November 13, 2017): 1806-12.
6. **Ghia, Canna Jagdish, and Gautam Sudhakar Rambhad.** "Systematic Review and Meta-Analysis of Comorbidities and Associated Risk Factors in Indian Patients of Community-Acquired Pneumonia." *SAGE Open Medicine* 10 (January 2022).
  7. **Torres, Antoni, Willy E Peetermans, Giovanni Viegi, and Francesco Blasi.** "Risk Factors for Community-Acquired Pneumonia in Adults in Europe: A Literature Review." *Thorax* 68, no. 11 (November 2013): 1057-65.
  8. **Phạm Hùng Vân, Nguyễn Văn Thành và Trần Văn Ngọc** (2017) Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện. Kết quả nghiên cứu REAL 2016- 2017. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 51-63.
  9. **Metlay, Joshua P., Grant W. Waterer, et al.** "Diagnosis and Treatment of Adults with Community-Acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 200, no. 7 (October 1, 2019).
  10. **Trần Văn Ngọc** (2004) Đánh giá hiệu quả điều trị kháng sinh viêm phổi mắc phải trong cộng đồng. *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh* 8(1), tr. 22-27.

## CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI RỐI LOẠN MẤT NGỦ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI, TP HCM

Trương Thảo Nguyên<sup>1</sup>, Nguyễn Như Hồ<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm của giấc ngủ, chất lượng giấc ngủ (CLGN) và chất lượng cuộc sống (CLCS) của người cao tuổi có chẩn đoán rối loạn mất ngủ, điều trị ngoại trú. **Đôi tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả được thực hiện từ tháng 5/2023 đến tháng 7/2023 trên bệnh nhân tuổi từ 60 đang điều trị ngoại trú bằng thuốc tại bệnh viện Nguyễn Trãi. Dữ liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi Chỉ số CLGN Pittsburgh (PSQI) và EQ-5D-5L để đánh giá CLGN và CLCS của bệnh nhân. **Kết quả:** Gần 2/3 bệnh nhân cho biết có thời lượng ngủ <5 giờ và hiệu quả giấc ngủ <65%. Các vấn đề phổ biến nhất là khó vào giấc, thức dậy giữa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng và

mất ngủ vì cần vào nhà vệ sinh. 75% bệnh nhân đồng thời khó ngủ và khó duy trì giấc ngủ. Khoảng 75% bệnh nhân gặp vấn đề ở 2 chỉ tiêu đánh giá CLCS là đau/khó chịu và lo lắng, u sầu. **Kết luận:** Mặc dù được chẩn đoán và điều trị mất ngủ, CLGN và CLCS của bệnh nhân người cao tuổi vẫn chưa tối ưu. Cần có các biện pháp khác hỗ trợ bên cạnh việc sử dụng thuốc để nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống, người cao tuổi, mất ngủ.

#### SUMMARY

### SLEEP QUALITY AND LIFE QUALITY OF ELDERLY PATIENTS WITH INSOMNIA DISORDERS AT NGUYEN TRAI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Objectives:** To investigate sleep characteristics, sleep quality and quality of life among outpatients treated for insomnia. **Methods:** We conducted a descriptive, cross-sectional study from May 2023 to July 2023 on outpatients at least 60 years of age, being prescribed with medications to treat insomnia. Data were collected through face-to-face interviews, using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Trãi TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

EQ-5D-5L questionnaires. **Results:** All patients (n=116) had poor sleep quality. Mixed insomnia accounted for 75.0%. Nearly 2/3 of the patients reported sleep duration of less than 5 hours per night, and sleep efficacy of <65%. The dominant sleeping troubles were inability to fall asleep within 30 minutes, awakening in the middle of the night or early morning, and the necessity to go to the bathroom. Regarding life quality aspects, pain/ discomfort and anxiety/depression was found in about 75% of the patients. **Conclusions:** Despite being diagnosed and treated, sleep quality and life quality of elderly patients remains suboptimal. In addition to medication treatment, nonpharmacological approaches should be considered to improve treatment outcome.

**Keywords:** sleep quality, life quality, elderly patients, insomnia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, dân số người cao tuổi có xu hướng ngày càng gia tăng, dẫn đến nhiều vấn đề trong chăm sóc sức khỏe và gánh nặng cho hệ thống y tế. [1] Một trong số các vấn đề phổ biến ở người cao tuổi là mất ngủ. Giấc ngủ đóng vai trò thiết yếu đối với sức khỏe thể chất lẫn tinh thần. Tuy nhiên, chất lượng giấc ngủ suy giảm theo độ tuổi ngày càng tăng. Các vấn đề về giấc ngủ có thể làm tăng nguy cơ mắc phải một số bệnh lý về thể chất và tâm thần, tăng nguy cơ tử vong và suy giảm chất lượng cuộc sống.[2] Hiện nay, chưa có dữ liệu cập nhật về chất lượng giấc ngủ (CLGN) và chất lượng cuộc sống (CLCS) của người cao tuổi được chẩn đoán rối loạn mất ngủ. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu khảo sát các đặc điểm của giấc ngủ và đánh giá CLGN và CLCS ở người cao tuổi hiện đang điều trị ngoại trú bệnh mất ngủ tại bệnh viện Nguyễn Trãi, TPHCM.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân đến khám ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi, TPHCM.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, có 1 trong các chẩn đoán sau: Rối loạn giấc ngủ (mã ICD-10: G47); Rối loạn vào giấc và duy trì giấc ngủ (Mã ICD-10: G47.0); Mất ngủ không thực tổn (Mã ICD-10: F51.0); Thất miên [rối loạn giấc ngủ] (Mã U55.621) và các triệu chứng khó ngủ xảy ra  $\geq 3$  đêm/tuần và tồn tại  $\geq 3$  tháng.

Tiêu chuẩn loại: Bệnh nhân đồng mắc các rối loạn giấc ngủ khác; không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không thể trả lời phỏng vấn.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang, mô tả.

**Cỡ mẫu:** Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu 5/2023 – 7/2023.

### Nội dung khảo sát:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, nơi sống

- Đặc điểm giấc ngủ: giờ đi ngủ, giờ thức dậy buổi sáng, thời lượng nằm trên giường ban đêm, thời lượng ngủ thực tế, hiệu quả giấc ngủ, thời gian tiềm thời.

- Các vấn đề về giấc ngủ: tần suất các vấn đề gây mất ngủ, kiểu mất ngủ, tần suất sử dụng thuốc để ngủ

- Ảnh hưởng của giấc ngủ và CLGN: ảnh hưởng sự tỉnh táo ban ngày, ảnh hưởng khả năng duy trì hứng thú hoàn thành công việc, CLGN chủ quan và CLGN khách quan (bình thường nếu tổng điểm PSQI < 5 điểm, kém nếu tổng điểm PSQI  $\geq 5$  điểm). [3]

- Đặc điểm CLCS: Được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi EQ-5D-5L, bao gồm 5 chỉ tiêu: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/ khó chịu, lo lắng/ u sầu theo thang điểm Likert từ 1 đến 5. Từ tổng điểm của 5 tiêu chí, hệ số CLCS tổng thể được tính toán bằng cách tra bảng "Thang điểm đo lường CLCS tại Việt Nam".[4]

**Phân tích dữ liệu.** Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Excel. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình (TB)  $\pm$  độ lệch chuẩn (SD) nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn. Biến định tính được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm (%).

**Y đức.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu về Y sinh học của bệnh viện Nguyễn Trãi phê duyệt theo số 01/BVNT - HĐĐĐ ngày 13/10/2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm nhân khẩu học.** Trong thời gian khảo sát, nghiên cứu đã phỏng vấn 116 bệnh nhân. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi bị rối loạn mất ngủ (n=116)**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	79	68,1
	Nam	37	31,9
Tuổi (TB $\pm$ SD)		69,0 $\pm$ 6,1	
Nhóm tuổi	60-69	66	56,9
	70-79	42	36,2
	$\geq 80$	8	6,9
Nơi sống	Nội thành TPHCM	107	92,2
	Ngoại thành TPHCM	9	7,8

**Nhận xét:** Nữ giới chiếm tỷ lệ gấp 2 lần nam giới. Hầu hết bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 60 – 69 tuổi và sống ở nội thành TPHCM.

**Đặc điểm giấc ngủ**

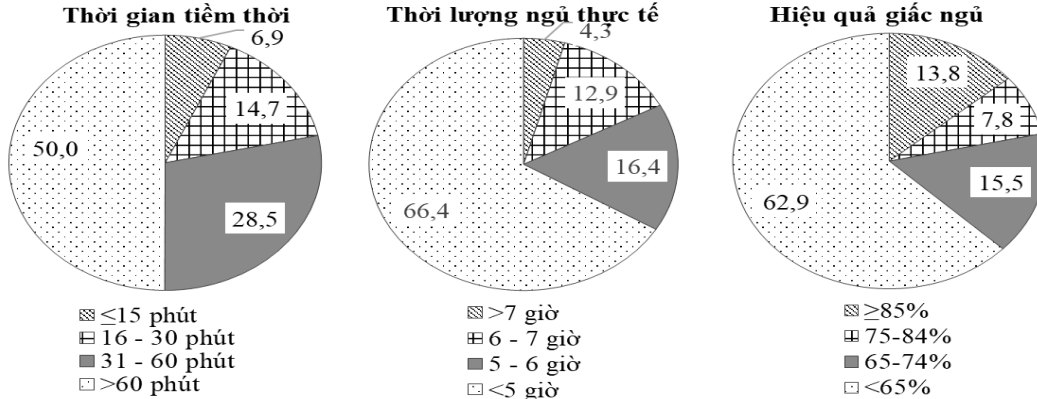
Các đặc điểm chính của giấc ngủ ghi nhận qua bộ câu hỏi PSQI được trình bày trong Bảng 2 và Biểu đồ 1.

**Bảng 2. Đặc điểm giấc ngủ của người cao tuổi bị rối loạn mất ngủ (n=116)**

Đặc điểm	TB ± SD
----------	---------

Giờ đi ngủ (theo 24 giờ/ngày)	21,5±1,3
Giờ thức dậy buổi sáng (theo 24 giờ/ngày)	5,1±1,2
Thời lượng nằm trên giường ban đêm (giờ)	7,5±1,4
Thời lượng ngủ thực tế (giờ)	4,2±1,6
Hiệu quả giấc ngủ (%)	57,0±19,6
Thời gian tiềm thời (phút)	75,0 (45,0;120,0)*

Chú thích: \* Số liệu phân phối không chuẩn, trình bày bằng trung vị (Q1; Q3)



**Biểu đồ 1. Phân bố thời gian tiềm thời, thời lượng ngủ và hiệu quả giấc ngủ theo tỷ lệ % (n=116)**

**Nhận xét:** Thời gian đi ngủ và thức dậy vào buổi sáng của người cao tuổi bị rối loạn mất ngủ có khác biệt lớn giữa các cá thể. Giờ đi ngủ và giờ thức dậy trung bình là 21 giờ 30 phút và 5 giờ 5 phút. Gần 2/3 bệnh nhân có thời lượng ngủ thực tế <5 giờ và hiệu quả giấc ngủ <65%. Thời gian tiềm thời >30 phút được ghi nhận ở gần 80% bệnh nhân.

**Các vấn đề về giấc ngủ.** Những vấn đề liên quan đến mất ngủ và sự cần thiết dùng thuốc ngủ của mẫu nghiên cứu được mô tả trong Bảng 3.

**Bảng 3. Phân bố đặc điểm vấn đề về giấc ngủ theo tần suất xảy ra (n=116)**

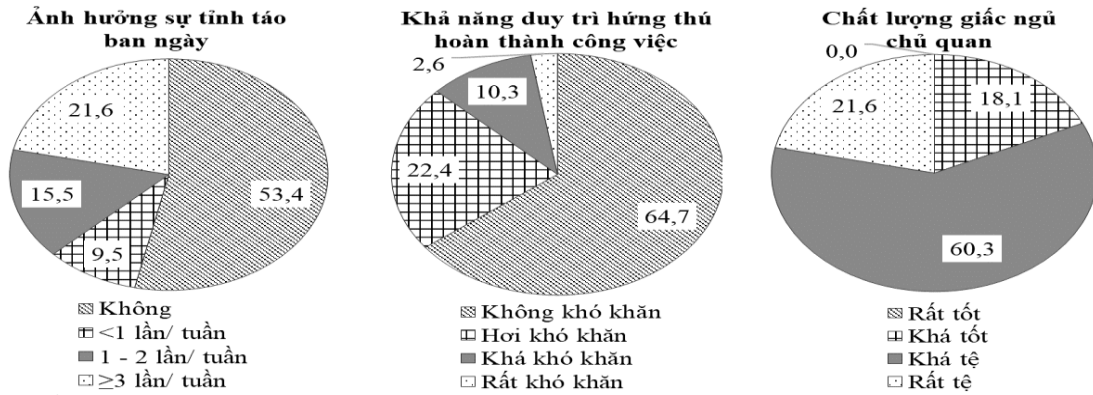
Đặc điểm	Tần suất xảy ra (lần/tuần)			
	Không bao giờ	<1	1-2	≥3
Không ngủ được trong vòng 30 phút	6,0%	3,4%	6,0%	84,5%
Tỉnh dậy nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng	9,5%	2,6%	8,6%	79,3%
Mất ngủ vì cần vào nhà vệ sinh	15,5%	4,3%	19,0%	61,2%
Mất ngủ vì khó thở	87,9%	3,4%	1,7%	6,9%
Mất ngủ vì ho hoặc ngáy to	81,0%	6,9%	1,7%	10,3%

Mất ngủ vì cảm thấy rất lạnh	87,1%	8,6%	2,6%	1,7%
Mất ngủ vì cảm thấy rất nóng	87,9%	4,3%	3,4%	4,3%
Mất ngủ vì ác mộng	76,7%	12,1%	1,7%	9,5%
Mất ngủ vì cảm thấy đau	61,2%	14,7%	9,5%	14,7%
Mất ngủ vì lý do khác	94,8%	0,9%	0,9%	3,4%
Cần sử dụng thuốc ngủ (kê đơn/ không kê đơn)	14,7%	1,7%	1,7%	81,9%

**Nhận xét:** Trong các vấn đề về giấc ngủ, không ngủ được trong vòng 30 phút (84,5%), tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng (79,3%) và cần vào nhà vệ sinh (61,2%) là các vấn đề phổ biến ở bệnh nhân. Khoảng 1/4 bệnh nhân mất ngủ do đau nhức với tần suất từ 1 lần trở lên mỗi tuần. Tỷ lệ sử dụng thuốc (kê đơn/ không kê đơn) để hỗ trợ giấc ngủ chiếm khoảng 86%.

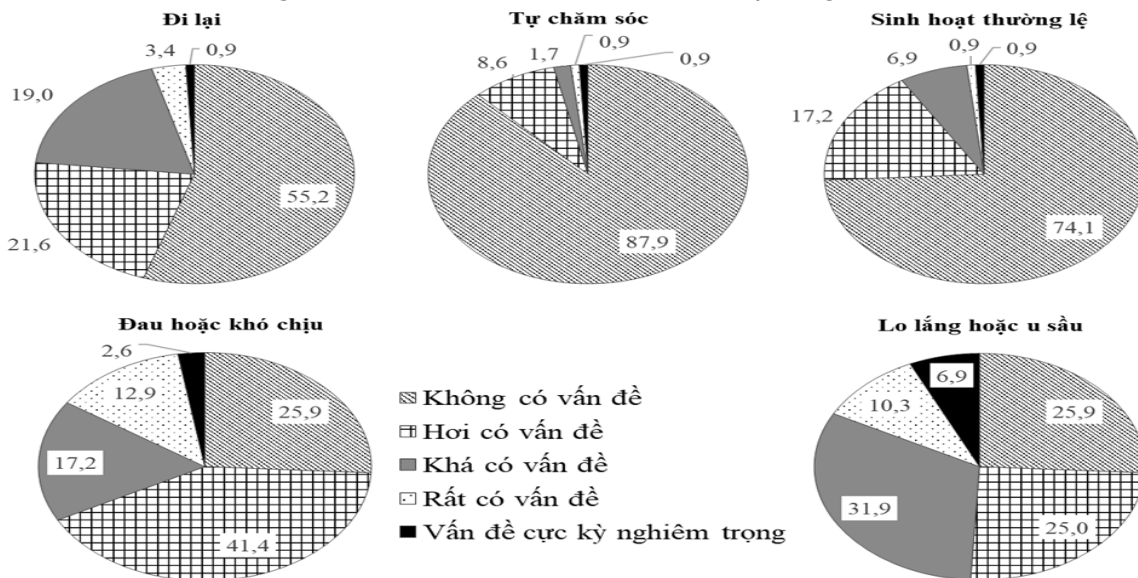
**Ảnh hưởng của giấc ngủ và CLGN.** Phân bố tần suất hoặc mức độ ảnh hưởng của giấc ngủ lên sinh hoạt ban ngày và các mức chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân được mô tả trong Biểu đồ 4.

Tổng điểm PSQI có trung vị (Q1; Q3) là 14,5 (12,0; 16,0). Không có bệnh nhân nào có giấc ngủ bình thường (tổng điểm PSQI <5 điểm).



**Biểu đồ 2. Phân bố tần suất, mức độ ảnh hưởng của giấc ngủ và CLGN chủ quan**

**Nhận xét:** Mặt ngủ ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày và khả năng duy trì hứng thú hoàn thành công việc ở hơn 1/3 bệnh nhân. Hơn 80% bệnh nhân tự đánh giá CLGN ở mức khá tệ hoặc rất tệ.



**Biểu đồ 3. Phân bố mức độ nghiêm trọng của 5 hạng mục của CLCS theo bộ câu hỏi EQ-5D-5L**

Hệ số CLCS tổng thể có trung vị (Q1; Q3) là 0,747 (0,663; 0,852).

**Nhận xét:** Đau, khó chịu và lo lắng, u sầu là những vấn đề thuộc về CLCS phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi bị mất ngủ (khoảng 75%).

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm nhân khẩu học.** Trong nghiên cứu, bệnh nhân có tuổi trung bình 69 tuổi, và tỷ lệ giữa nữ giới so với nam giới là 2 lần. Các đặc điểm này tương tự với nghiên cứu trên người cao tuổi tại cộng đồng TPHCM của Lê Minh Tường Vân và cộng sự (2019). [1]

**Đặc điểm giấc ngủ.** Qua khảo sát trên 116 bệnh nhân đang điều trị mất ngủ, thời lượng ngủ thực tế mỗi đêm là  $4,3 \pm 1,5$  (nhiều nhất là 8,5 giờ và ít nhất là 1 giờ). Phần lớn bệnh nhân báo cáo thời lượng ngủ <6 giờ mỗi đêm, trong đó 2/3 bệnh nhân ngủ được <5 giờ mỗi đêm. Kết quả này thấp hơn kết quả của các nghiên cứu trong nước trên người cao tuổi sống tại cộng đồng, với thời lượng ngủ trung bình là 5,7 và 6,9 giờ. [1,5] Như vậy, bệnh nhân rối loạn mất ngủ có thời gian ngủ thực tế thấp hơn đáng kể so với người cao tuổi nói chung. Đồng thời, thời lượng ngủ thấp hơn so với khuyến cáo của Hội giấc ngủ

quốc gia Hoa Kỳ (National Sleep Foundation) là tối thiểu 5 giờ để đảm bảo sức khỏe thể chất lẫn tinh thần. [6]

Hiệu quả giấc ngủ là tỷ lệ giữa thời gian ngủ thực tế so với tổng thời gian nằm trên giường tính từ giờ lên giường đi ngủ đến giờ thức dậy buổi sáng. Mặc dù dành trung bình  $7,5 \pm 1,4$  giờ nằm trên giường vào ban đêm, hiệu quả giấc ngủ trung bình 57,0% thấp hơn nhiều so với ngưỡng bình thường (85%) cũng như so với hiệu quả giấc ngủ của người cao tuổi nói chung tại cộng đồng (trung bình 80,2%). [1] Các nguyên nhân chủ yếu là thời gian tiềm thời dài (gấp 2 lần so với tiềm thời của người cao tuổi nói chung khoảng 39 phút) và tần suất cao các lần thức dậy trong đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng.

**Vấn đề về giấc ngủ.** Phần lớn bệnh nhân mất ngủ kiểu hỗn hợp vừa khó vào giấc vừa khó duy trì giấc ngủ, tỉ lệ cao gấp 5-7 lần số lượng bệnh nhân chỉ có 1 triệu chứng khó vào giấc hoặc khó duy trì giấc ngủ/ thức giấc quá sớm vào buổi sáng. Nghiên cứu của Liu và cộng sự (2005) cho kết quả tương tự, tuy nhiên, kiểu hỗn hợp chỉ gấp 1,5 lần so với các kiểu chỉ có 1 triệu chứng. [7] Do đó, cần lựa chọn các thuốc khởi phát tác dụng nhanh và kéo dài để kiểm soát các triệu chứng vào đầu buổi tối lẫn trong đêm cho bệnh nhân.

Trong các vấn đề gây mất ngủ phổ biến, bên cạnh tình trạng không ngủ được trong vòng 30 phút và tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng, tình trạng khó ngủ do cần vào nhà vệ sinh ảnh hưởng tới 61,2% bệnh nhân với tần suất  $\geq 3$  đêm/tuần. Tiểu đêm được chứng minh là một yếu tố độc lập có liên quan đến nguy cơ bị mất ngủ tang trong nghiên cứu của Bliwise và cộng sự (2009). [8] Bên cạnh đó, gần 15% bệnh nhân thường xuyên bị khó ngủ do cơn đau vào ban đêm. Đau mạn tính có liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém đã được chứng minh trong nghiên cứu của Lê Minh Tường Vân và cộng sự (2019). [1]

**Ảnh hưởng của giấc ngủ và đánh giá CLGN.** Mất ngủ ảnh hưởng đến sự tỉnh táo ở 21,6% bệnh nhân (với tần suất  $\geq 3$  ngày/ tuần) và làm giảm hứng thú hoàn thành công việc ở 35,3% bệnh nhân. So sánh với người cao tuổi nói chung, tỷ lệ người cao tuổi có những hiện tượng này thấp hơn, với tỷ lệ tương ứng là 2,8% và 26,5%. Rất ít người cao tuổi thường xuyên buồn ngủ vào ban ngày. [5]

Hơn 80% bệnh nhân đánh giá chủ quan CLGN ở mức khá tệ - rất tệ và 75% bệnh nhân có điểm PSQI  $\geq 12,0$ , không có bệnh nhân nào có

điểm PSQI ở mức bình thường ( $< 5$ ). Điều này phản ánh thực trạng CLGN kém và sự ảnh hưởng đáng kể lên hoạt động ban ngày của bệnh nhân cao tuổi bị mất ngủ.

**Chất lượng cuộc sống.** Điểm CLCS theo bộ công cụ EQ-5D-5L được phát triển cho người Việt Nam thấp nhất là -0,566 và cao nhất là 1,000. Điểm CLCS của bệnh nhân cao tuổi bị mất ngủ trong nghiên cứu có trung vị là 0,741. Như vậy, bệnh nhân có CLCS ở mức khá.

Theo nghiên cứu của Abd Allah và cộng sự (2014), bệnh nhân cao tuổi bị mất ngủ có CLCS thấp ở hầu hết mọi mặt, bao gồm hoạt động chức năng, giới hạn khả năng hoạt động chức năng do sức khỏe thể chất hoặc trạng thái tinh thần, cảm nhận đau và tâm thần tổng quát. [2] Kết quả của nghiên cứu hiện tại cho thấy các chỉ tiêu sống bị giảm chất lượng là cảm giác đau hoặc khó chịu, sự lo lắng hoặc u sầu (hơn 70% bệnh nhân) và khả năng đi lại (gần 45% bệnh nhân). Chỉ 12-25% bệnh nhân gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc hoặc sinh hoạt thường lệ. Sự khác biệt về kết quả so với nghiên cứu của Abd Allah và cộng sự (2014) có thể do bộ câu hỏi được sử dụng trong nghiên cứu trước là Short-Form 36, đánh giá tất cả hoạt động từ cường độ vừa đến nặng. Ngoài ra, đối tượng của nghiên cứu trước là người cao tuổi đang tham gia trong các câu lạc bộ người cao tuổi, có nhiều hoạt động hơn nên ghi nhận nhiều chỉ tiêu của chất lượng cuộc sống suy giảm hơn.

Với tỷ lệ cao bệnh nhân gặp các vấn đề về đau/khó chịu và lo lắng/u sầu cao trong mẫu nghiên cứu người cao tuổi, kết quả nghiên cứu gợi ý cần chú trọng việc điều trị đau ở bệnh nhân và hỗ trợ cải thiện các vấn đề liên quan đến tâm lý lo lắng của bệnh nhân nhằm nâng cao hiệu quả điều trị mất ngủ ở người cao tuổi.

## V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ ngắn, thời gian tiềm thời dài. Tất cả bệnh nhân đều có CLGN kém theo thang điểm PSQI. Đau, khó chịu và lo lắng, u sầu là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi bị mất ngủ. Mặc dù được chẩn đoán và điều trị mất ngủ, CLGN và CLCS của bệnh nhân người cao tuổi vẫn chưa tối ưu. Cần có các biện pháp khác hỗ trợ bên cạnh việc sử dụng thuốc để nâng cao hiệu quả điều trị.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu là đề tài khoa học công nghệ được phê duyệt bởi Sở Khoa Học và Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh (DOST HCMC) do Bệnh

viện Nguyễn Trãi chủ trì theo Quyết định số 90/QĐ-SKHCN ngày 19 tháng 1 năm 2023.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Tường Vân, Nguyễn Trần Tô Trân, Nguyễn Văn Trí (2019). Khảo sát chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại cộng đồng quận 8 TP. Hồ Chí Minh. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 23 (6), 83–9.
2. Abd Allah ES, Abdel-Aziz HR, Abo El-Seoud AR (2014). Insomnia: Prevalence, risk factors, and its effect on quality of life among elderly in Zagazig City, Egypt. J Nurs Educ Pract, 4 (8), 52.
3. To N, Nguyen N (2015). Validity of the Vietnamese version of the Pittsburgh sleep quality index. Sleep Med, 16:S52.
4. Mai VQ, Sun S, Minh HV, Luo N, Giang KB, Lindholm L, et al (2020). An EQ-5D-5L Value

Set for Vietnam. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil, 29 (7), 1923–33.

5. Võ Thị Hà Hoa, Nguyễn Thị Khánh Linh (2021). Nghiên cứu chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng. Nội Tiết Và Đái Tháo Đường, 47, 155–61.
6. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health, 1 (1), 40–3.
7. Liu X, Liu L (2005). Sleep Habits and Insomnia in a Sample of Elderly Persons in China. Sleep, 28 (12), 1579–87.
8. Bliwise DL, Foley DJ, Vitiello MV, Ansari FP, Ancoli-Israel S, Walsh JK (2009). Nocturia and disturbed sleep in the elderly. Sleep Med, 10 (5), 540–8.

## KHẢ NĂNG DUY TRÌ HAPPY HOUSE - CAN THIỆP SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI 4 TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG CỦA HÀ NỘI

Nguyễn Thị Nga<sup>1</sup>, Trần Đức Thạch<sup>2</sup>, Lã Linh Nga<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Thu Hằng<sup>4</sup>, Nguyễn Thanh Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích khả năng duy trì của chương trình can thiệp (Happy House) về sức khỏe tâm thần (SKTT) với học sinh lớp 10 (HS) tại 4 trường trung học phổ thông (THPT), Hà Nội. **Phương pháp:** Thiết kế cắt ngang kết hợp định tính và định lượng. Nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu (PVS), thảo luận nhóm (TLN) với HS, cha mẹ HS, giáo viên và lãnh đạo trường. Nghiên cứu định lượng: phát vấn trực tuyến 531 HS theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Số liệu định tính được ghi âm, gỡ băng và phân tích theo chủ đề nghiên cứu. Số liệu định lượng được làm sạch và phân tích mô tả bằng phần mềm Stata 14.0. **Kết quả:** Hầu hết các bên liên quan và bản thân HS đánh giá khả năng duy trì của chương trình là khá cao theo các khía cạnh về tính hữu ích, sự phù hợp của chương trình, mong muốn tiếp tục của các bên tham gia, trường học có đủ năng lực để thực hiện trên cơ sở được đào tạo, chính sách hiện hành thuận lợi, có thể điều chỉnh và lồng ghép để duy trì. Tỷ lệ HS đánh giá chương trình là hữu ích; phù hợp để duy trì và mong muốn tiếp tục chương trình ở mức cao và rất cao lần lượt là 78% và 75%. **Kết luận:** Chương trình Happy

House có khả năng duy trì cao và nên được tham khảo để góp phần cải thiện sức khỏe tâm thần của HS.

**Từ khóa:** khả năng duy trì, sức khỏe tâm thần, can thiệp Happy House, vị thành niên

### SUMMARY

#### SUSTAINABILITY OF HAPPY HOUSE - A MENTAL HEALTH PROGRAM IN FOUR HIGH SCHOOLS IN HANOI

**Aims:** To evaluate the sustainability of Happy House – a mental health program in 4 high schools in Hanoi. **Methods:** A cross-sectional study combines qualitative and quantitative methods. Qualitative research conducts among students, parents, teachers and representative of schools by using in-depth interviews, focus group interviews. A total of 531 students were recruited in the quantitative research (multi-stage sampling). Data analysis included a content analysis and descriptive analysis by Stata 14.0. **Results:** Majority respondents indicated that sustainability of Happy House program was high based on usefulness of program, suitable to maintain, desired to continue program, schools have capacity to continue under condition of teacher training, advantages of policies, the program's ease of adaptation and integration. Proportion of program usefulness, suitable to maintenance and desired to continue program were high (respectively 78%, 75%). **Conclusion:** The Happy House program is highly maintainable and should be considered for implementation to the improvement of students' mental health.

**Keywords:** sustainability, mental health, Happy House, adolescent

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

<sup>2</sup>Đại học Monash, Úc

<sup>3</sup>Trung tâm Nghiên cứu và Ứng dụng KH Tâm lý-Giáo dục (PPRAC)

<sup>4</sup>Bộ Giáo dục và Đào tạo

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga

Email: ntn5@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023