

tỷ lệ đáp ứng khoảng 25-35%, tỷ lệ kiểm soát bệnh khoảng 50-70% tùy theo các nghiên cứu, tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và giới [2],[3],[4],[6]. Tuy nhiên, thể trạng BN là yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ kiểm soát bệnh, BN có PS 0-1 có tỷ lệ kiểm soát bệnh cao hơn nhóm có PS = 2, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,523$. Kết quả này có thể do tỷ lệ BN giữa 2 nhóm chênh lệch không nhiều và hầu hết các BN đều nhận được đủ liều hóa chất. Tương tự, tỷ lệ đáp ứng nhóm BN giai đoạn IVA và IVB không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các tác giả trong và ngoài nước và hầu hết các nghiên cứu cũng cho rằng tuổi, giới, giai đoạn không liên quan đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ này [5], [6],[7].

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Pemetrexed-Carboplatin điều trị BN cao tuổi ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV là một lựa chọn khả quan và cho tỷ lệ đáp ứng tương tự các phác đồ khác, tương tự các nhóm tuổi khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung et al** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimate of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancer in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3):209-249.
2. **Scagliotti G.V., Parikh P., von Pawel J. et al** (2008). Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus pemetrexed in chemotherapy-naive patients with advanced-stage non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, 26(21), 3543–3551.
3. **Grønberg B.H., Bremnes R.M., Fløtten Ø. et al** (2009). Phase III Study by the Norwegian Lung Cancer Study Group: Pemetrexed Plus Carboplatin Compared With Gemcitabine Plus Carboplatin As First-Line Chemotherapy in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *JCO*, 27(19), 3217–3224.
4. **Ito M. et al** (2019). Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non-small cell lung cancer: Meta-analysis. *Asia Pac J Clin Oncol*, 15(2), e3-e10.
5. **Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. et al** (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*, 45(2), 228–247.
6. **Phạm Văn Thái** (2015). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hoá chất phác đồ PC kết hợp xạ phẫu dao gamma quay, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Văn Khâm** (2014). Vấn đề người cao tuổi hiện nay. *Tạp chí khoa học xã hội Việt Nam*, 7, 80.

NHỮNG TÁC NHÂN GÂY CĂNG THẲNG VÀ CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ VỚI CĂNG THẲNG CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN MẮC BỆNH MẠN TÍNH

Nguyễn Mai Hương¹, Trần Thành Nam²,
Hoàng Huyền Trang³, Phạm Hồng Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả những căng thẳng và phân tích mối liên quan giữa căng thẳng và các chiến lược ứng phó ở trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính. Phương pháp: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 81 bệnh nhân từ 10 đến 16 tuổi (58,1% nam) hiện đang điều trị bệnh đái tháo đường type 1 và hội chứng thận hư tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Các công cụ đánh giá gồm: Bảng hỏi về gây căng thẳng liên quan tình trạng bệnh và thang đo Ứng phó với bệnh (Coping with a Disease Questionnaire – CODI). Kết quả: Trẻ mắc hội chứng thận hư báo cáo về những căng thẳng

do thay đổi cuộc sống hàng ngày, căng thẳng liên quan sự lo lắng của gia đình cao hơn ở mức có ý nghĩa so với trẻ mắc đái tháo đường type 1 ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt rõ rệt về mức độ sử dụng các chiến lược ứng phó giữa hai nhóm bệnh. Trong đó, ứng phó suy nghĩ mơ tưởng được dùng nhiều nhất (4,52), tiếp theo là né tránh (2,90), chấp nhận (2,77), suy nghĩ giảm nhẹ (2,42), giữ khoảng cách (2,08) và phản ứng cảm xúc (1,91). Các chiến lược ứng phó như chấp nhận, né tránh, suy nghĩ giảm nhẹ, suy nghĩ mơ tưởng không tương quan với bất cứ tác nhân gây căng thẳng nào. Tuy nhiên, ứng phó phản ứng cảm xúc tương quan thuận với $p < 0,01$ với cả ba loại tác nhân gây căng thẳng là thay đổi cuộc sống, tình trạng sức khỏe và sự không chắc chắn về bệnh.

Từ khoá: vị thành niên, bệnh mạn tính, ứng phó với căng thẳng.

SUMMARY

ILLNESS-SPECIFIC STRESSORS AND COPING STRATEGIES AMONG ADOLESCENTS WITH A CHRONIC DISEASE
Objectives: We performed this study with the

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mai Hương

Email: maihuongnhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 29.8.2023

goal of describing stressors and analyzing the association between stressors and stress coping strategies in adolescents with chronic disease. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study, conducted on 81 patients aged 10 to 16 years (58.1% male) currently being treated for type 1 diabetes and nephrotic syndrome at Vietnam National Children's Hospital. Assessment tools included a questionnaire on illness specific stressors and the Coping with a Disease Questionnaire (CODI). **Results:** Children with nephrotic syndrome reported significantly higher levels of stress related to changes in daily life due to illness, and family anxiety-related stress was significantly higher than children with type 1 diabetes ($p < 0.05$). There was no significant difference in the use of coping strategies between the two disease groups. In which, wishful thinking was used the most (4.52), followed by avoidance (2.90), acceptance (2.77), cognitive-palliative (2.42), distance (2.08), and emotional reaction (1.91). Coping strategies such as acceptance, avoidance, cognitive-palliative, and wishful thinking were not correlated with any of the stressors. However, emotional reaction was positively correlated with $p < 0.01$ for all three types of stressors, namely life change, health status, and disease uncertainty.

Keywords: chronic disease, coping, illness-related stressors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạn tính ở trẻ em và vị thành niên được định nghĩa là những tình trạng bệnh lý cơ thể kéo dài (thường trên 12 tháng), cản trở trẻ đi học thường xuyên, thực hiện việc học tập hoặc các hoạt động hàng ngày, đòi hỏi theo dõi hoặc điều trị thường xuyên của cán bộ y tế, cần sử dụng thuốc thường xuyên hoặc các thiết bị đặc biệt để hỗ trợ. Tại Mỹ, theo Van Cleave và cộng sự (2010) có khoảng 13-27% trẻ em mắc các bệnh mạn tính. Đái tháo đường type 1 và hội chứng thận hư là hai bệnh mạn tính hiện đang có xu hướng gia tăng tại Việt Nam và trên thế giới, với tỷ lệ mắc mới hàng năm lần lượt là 22.9 trên 100000 và 2-7 trên 100000 trẻ em và vị thành niên. Trẻ mắc các bệnh này thường gặp những tác nhân gây căng thẳng liên quan tới bệnh như: nghỉ học để đi khám định kỳ hoặc nằm viện, sử dụng thuốc thường xuyên điều trị tích cực và liên tục, chế độ dinh dưỡng và vận động cần tuân thủ những hướng dẫn rất chặt chẽ và giới hạn.

Ứng phó với căng thẳng là "Ứng phó là những nỗ lực có ý chí, có ý thức nhằm điều chỉnh cảm xúc, nhận thức, hành vi, sinh lý, và môi trường trong quá trình phản ứng lại với sự kiện hoặc tình huống gây căng thẳng" (Compas và cộng sự, 2001). Gần đây, ứng phó ở trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính là một chủ đề gần đây nhận được nhiều sự quan tâm của các nhà

nghiên cứu. Một số chiến lược ứng phó thích ứng (chấp nhận, giữ khoảng cách) có ý nghĩa dự báo hoạt động chức năng tốt hơn, ngược lại, các chiến lược ứng phó kém thích ứng (né tránh, phản ứng cảm xúc) là những yếu tố nguy cơ phát sinh các vấn đề sức khỏe tâm thần của trẻ. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào làm rõ mối liên quan giữa những căng thẳng do bệnh gây ra và những chiến lược ứng phó. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Những tác nhân gây căng thẳng và chiến lược ứng phó của trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính" với hai mục tiêu:

- *Mô tả những căng thẳng liên quan tới bệnh ở trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính.*

- *Phân tích mối liên quan giữa căng thẳng và những chiến lược ứng phó với căng thẳng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu những trường hợp là (i) Bệnh nhân mắc đái tháo đường type 1 hoặc hội chứng thận hư, (ii) tuổi từ 12 đến 16, (iii) đang nằm viện điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương, (iv) có thông tin đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp (i) Bệnh nhân có triệu chứng tổn thương thực thể hệ thần kinh trung ương, (ii) Bệnh nhân có bệnh rất nặng, đang được điều trị hồi sức tích cực, đe dọa ảnh hưởng tới tính mạng, (iii) Cha/mẹ hoặc người chăm sóc thiếu thông tin về trẻ, không muốn tham gia hoặc không tham gia đầy đủ các hoạt động trong nghiên cứu, (iv) Cha/mẹ hoặc người chăm sóc có bệnh lý thần kinh, rối loạn tâm thần ảnh hưởng chức năng nhận thức.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: tháng 1 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Nội tiết – Chuyển hóa – Di truyền và Liệu pháp phân tử và Khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu trong nghiên cứu

Lựa chọn mẫu thuận tiện: tất cả những bệnh nhân đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu đã thu nhận được 81 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

2.4. Công cụ thu thập số liệu nghiên cứu. Bệnh án nghiên cứu: gồm ba phần:

- Các câu hỏi về nhân khẩu học và các biến số độc lập liên quan đặc điểm trẻ mắc bệnh.

- Bảng hỏi về các tác nhân gây căng thẳng: gồm 10 mục về bốn nhóm tác nhân, được chấm điểm theo thang Likert 4 mức độ: 1 - Không căng thẳng hoặc lo lắng; 2 - Căng thẳng hoặc lo lắng mức độ ít; 3- Căng thẳng hoặc lo lắng mức độ trung bình; 4- Căng thẳng hoặc lo lắng mức độ nhiều. Điểm ở mỗi mục càng cao chứng tỏ trẻ càng căng thẳng, và lo lắng ở mức đó.

- Thang đo Ứng phó với bệnh (Coping with a Disease Questionnaire – CODI): là một công cụ do Peterson và cộng sự phát triển năm 2004, được sử dụng rộng rãi trên thế giới trong các nghiên cứu về căng thẳng ở trẻ mắc bệnh mạn tính. Thang đo gồm 29 mục, được chia thành 6 nhóm chiến lược ứng phó: chấp nhận, né tránh, suy nghĩ mơ tưởng, suy nghĩ giảm nhẹ, giữ khoảng cách, phản ứng cảm xúc. Thang đo được chấm điểm theo thang Likert 5 mức độ: 1 – Không bao giờ; 2 – Hiếm khi; 3 – Khá thường xuyên; 4 – Thường xuyên; 5 – Luôn luôn. Điểm ở mỗi mục càng cao thì mức độ sử dụng cách thức ứng phó đó càng cao. Trong nghiên cứu, giá trị Cronbach’s Alpha của thang đo là 0,801.

2.5. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn các bệnh nhân mắc đái tháo đường type 1 hoặc hội chứng thận hư phù hợp với các tiêu chuẩn của nghiên cứu, tiến hành lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu của gia đình người bệnh.

Bước 2: Thu thập số liệu: Trẻ được phỏng vấn nhằm trả lời các thông tin về nhân khẩu học và sự hỗ trợ của gia đình trong quá trình mắc bệnh. Sau đó trẻ được hướng dẫn thực hiện Bảng hỏi những tác nhân căng thẳng liên quan tới bệnh và Thang đo ứng phó với bệnh (Coping with a Disease Questionnaire – CODI). Thời gian phỏng vấn và thực hiện thang đo với trẻ khoảng 30 phút.

2.6. Phân tích số liệu nghiên cứu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân và gia đình bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu (n=81)

		Đái tháo đường type 1		Hội chứng thận hư	
		SL	%	SL	%
Giới tính	Nam	16	19,8	31	38,3
	Nữ	15	18,5	19	23,5
Tuổi	10-13	26	32,1	34	42
	14-18	5	6,2	16	19,8
	Tuổi trung bình (năm)	12,03 ± 1,89		12,18 ± 1,91	
Địa chỉ	Nông thị	16	19,8	27	33,3
	Thành phố	14	17,3	11	13,6
	Miền núi	1	1,2	12	14,8
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm	11	13,6	15	18,5
	Từ 1 đến 3 năm	13	16,0	14	17,3
	Trên 3 năm	7	8,6	21	25,9
	Thời gian trung bình (năm)	2,34 ± 1,62		2,90 ± 1,67	
Tổng		31	38,3	50	61,7

Nghiên cứu thu nhận được 81 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó có 58,1% nam và 41,9% nữ, tuổi trung bình là 12,12 ± 1,89. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới, độ tuổi và thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm bệnh. Tuy nhiên, có sự khác biệt về địa chỉ, trong đó tỷ lệ trẻ sống tại khu vực miền núi trong nhóm mắc hội chứng thận hư cao hơn rõ rệt.

Bảng 2. Những tác nhân gây căng thẳng

Căng thẳng liên quan bệnh	Đái tháo đường type 1		Hội chứng thận hư		p
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	
Thay đổi cuộc sống	2,58	0,67	3,04	0,59	0,002
Tình trạng sức khỏe	2,35	0,69	2,66	0,75	0,066
Sự không chắc chắn	2,74	0,94	2,72	0,93	0,92

Lo lắng của gia đình	3,29	0,78	3,68	0,62	0,015
Căng thẳng chung	2,61	0,52	2,92	0,59	0,019

Trẻ mắc hội chứng thận hư có mức độ căng thẳng cao hơn rõ rệt so với trẻ mắc đái tháo đường type 1 ở các mục thay đổi cuộc sống hàng ngày và sự lo lắng của gia đình.

Bảng 3. Những chiến lược ứng phó với căng thẳng

Chiến lược ứng phó	Đái tháo đường type 1		Hội chứng thận hư		p
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	
Chấp nhận	2,71	0,77	2,81	0,64	0,552
Né tránh	2,72	1,06	3,01	0,97	0,205
Suy nghĩ giảm nhẹ	2,32	0,71	2,48	0,79	0,372
Giữ khoảng cách	2,02	0,70	2,12	0,77	0,567
Phản ứng cảm xúc	1,75	0,57	2,01	0,67	0,072
Suy nghĩ mơ tưởng	4,41	0,71	4,58	0,57	0,220

Trẻ mắc đái tháo đường type 1 và trẻ mắc hội chứng thận hư sử dụng các chiến lược ứng phó ở mức độ tương tự nhau. Trong đó, chiến lược ứng phó suy nghĩ mơ tưởng được dùng nhiều nhất, tiếp theo là né tránh, chấp nhận, suy nghĩ giảm nhẹ. Ứng phó được sử dụng ít nhất là phản ứng cảm xúc.

Bảng 4. Tương quan Pearson giữa các tác nhân căng thẳng và các chiến lược ứng phó

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Thay đổi cuộc sống	1									
2. Sức khỏe	0,64**	1								
3. Sự không chắc chắn	0,41**	0,49**	1							
4. Lo lắng của gia đình	0,36**	0,36**	0,15	1						
5. Chấp nhận	0,08	0,16	0,18	0,03	1					
6. Né tránh	0,11	0,16	-0,01	0,16	0,09	1				
7. Suy nghĩ giảm nhẹ	-0,03	0,03	0,01	0,05	0,34**	0,14	1			
8. Giữ khoảng cách	0,16	0,26*	0,22*	0,05	0,14	0,62**	0,05	1		
9. Phản ứng cảm xúc	0,32**	0,46**	0,39**	0,22	-0,05	0,08	0,11	0,29**	1	
10. Suy nghĩ mơ tưởng	0,16	0,06	0,03	0,13	0,26*	0,28*	0,32**	-0,00	-0,14	1

**Tương quan có ý nghĩa ở mức $p < 00,010$; *Tương quan có ý nghĩa ở mức $p < 00,050$

Các chiến lược ứng phó như chấp nhận, né tránh, suy nghĩ giảm nhẹ, suy nghĩ mơ tưởng không tương quan với bất cứ tác nhân gây căng thẳng nào. Ứng phó phản ứng cảm xúc tương quan thuận mức trung bình với cả ba loại tác nhân gây căng thẳng là thay đổi cuộc sống, tình trạng sức khỏe và sự không chắc chắn về bệnh ($p < 0,01$). Ứng phó giữ khoảng cách tương quan thuận yếu với sức khỏe và sự không chắc chắn về bệnh với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 81 bệnh nhân từ 10 đến 12 tuổi, mắc một trong hai bệnh là đái tháo đường type 1 và hội chứng thận hư, đang điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương. Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 8 năm. Trẻ thuộc hai nhóm bệnh có sự tương đồng về tuổi, giới và thời gian mắc

bệnh. Theo các nghiên cứu tổng quan của Pinquart (2011), trẻ vị thành niên khi mắc các bệnh cơ thể mạn tính khi có những phương thức ứng phó kém thích ứng thì liên quan tới nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần cao gấp 2-3 lần so với trẻ khỏe mạnh. Ngược lại, trẻ có vấn đề sức khỏe tâm thần gặp tỷ lệ cao hơn về kém tuân thủ điều trị, thời gian nằm viện kéo dài hơn và hiệu quả điều trị kém hơn (Compas, 2012).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác nhân gây căng thẳng được phân thành 4 nhóm: thay đổi cuộc sống, tình trạng sức khỏe, sự không chắc chắn của bệnh và lo lắng từ phía gia đình. Kết quả nghiên cứu cho biết trẻ mắc hội chứng thận hư có mức độ căng thẳng cao hơn rõ rệt so với trẻ mắc đái tháo đường type 1, với $p < 0,05$, ở các lĩnh vực thay đổi cuộc sống, sự lo lắng của gia đình và căng thẳng nói chung. Điều này phù hợp với thực tế trẻ mắc hội chứng thận

hư thường xuyên phải điều trị bằng Corticoid, trẻ không chỉ chịu những ảnh hưởng do bệnh gây ra mà phải chịu nhiều tác dụng phụ liên quan tới dùng Corticoid kéo dài, mà những điều này đến lượt chúng lại gia tăng thêm gánh nặng cho trẻ mắc bệnh và gia đình. Bakkum và cộng sự đã cho biết có mối liên hệ giữa tình trạng căng thẳng tâm lý và tình trạng bệnh ở trẻ mắc hội chứng thận hư: căng thẳng liên quan tới tình trạng tăng protein niệu (95% CI [0.22, 1.14]). Đối với trẻ mắc đái tháo đường type 1, theo Rechenberg (2015), trẻ mô tả tình trạng bệnh của mình là "khó khăn, đòi hỏi nhiều và không biết bao giờ kết thúc". Cũng theo tác giả, có 50% trẻ báo cáo mức độ căng thẳng trên ngưỡng trung bình, và căng thẳng liên quan tới sự thay đổi của chỉ số HbA1C, đồng thời dự báo 40% sự biến thiên của chất lượng sống. Các nghiên cứu khác trên các nhóm bệnh lý mạn tính khác nhau cũng chỉ ra tầm quan trọng của việc xác định các tác nhân gây căng thẳng của trẻ vị thành niên trong quá trình mắc và điều trị bệnh, bởi những căng thẳng này có ảnh hưởng không chỉ sức khỏe tâm thần mà còn ảnh hưởng tới chất lượng điều trị bệnh (Compas, 2012).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tự báo cáo về các tác nhân gây căng thẳng có khác biệt giữa hai nhóm bệnh, tuy nhiên, báo cáo về các chiến lược ứng phó với căng thẳng lại không có khác biệt có ý nghĩa. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới khi đưa ra nhận xét ứng phó của bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính là tương tự nhau và cũng đa dạng như trẻ khỏe mạnh (Compas, 2012). Ở cả hai nhóm bệnh, ứng phó suy nghĩ mơ tưởng và né tránh được dùng mức độ nhiều nhất. Theo chúng tôi, mặc dù nói chung đây được coi là những chiến lược kém thích ứng, tuy nhiên trong bối cảnh bệnh mạn tính là một tình trạng không thể đảo ngược, việc có những suy nghĩ mơ tưởng hoặc né tránh có thể giúp trẻ cân bằng được cảm xúc của mình trong những tình huống vượt quá khả năng kiểm soát hoặc không thay đổi được. Ứng phó chấp nhận là chiến lược được sử dụng nhiều thứ hai, thể hiện trẻ dần thích ứng với tình trạng bệnh. Mặc dù hai chiến lược suy nghĩ mơ tưởng và né tránh có thể hữu ích với trẻ nhưng chỉ có ý nghĩa trong một khoảng thời gian ngắn vì chúng không giúp trẻ loại bỏ được vấn đề gây căng thẳng. Vì vậy, theo tác giả Al-Yateem (2020), về lâu dài vẫn cần huấn luyện hoặc hướng dẫn thực hành ứng phó chấp nhận cho trẻ mắc bệnh mạn tính. Ứng phó phản ứng cảm xúc được sử dụng với mức độ thấp nhất. Đây là chiến lược ứng phó

được coi là kém hữu ích và có liên quan tới nguy cơ phát sinh các vấn đề sức khỏe tâm thần và làm giảm chất lượng sống của trẻ mắc bệnh mạn tính.

Theo Compas (2012), những chiến lược ứng phó chủ động như chấp nhận, suy nghĩ giảm nhẹ, giữ khoảng cách có thể giúp trẻ mắc bệnh mạn tính có cách thức xử trí phù hợp những trải nghiệm căng thẳng trong suốt quá trình mắc bệnh và điều trị bệnh. Và ngược lại, khi trải qua sự căng thẳng quá mức thì trẻ thường sẽ có xu hướng tìm đến những chiến lược ứng phó thụ động và kém thích ứng như phản ứng cảm xúc. Khi đánh giá về mối liên quan giữa các tác nhân gây căng thẳng và các chiến lược ứng phó, kết quả nghiên cứu cho thấy ứng phó cảm xúc tương quan thuận với ba trên bốn tác nhân gây căng thẳng là thay đổi cuộc sống, sức khỏe và sự không chắc chắn của bệnh. Tác nhân căng thẳng sức khỏe là yếu tố dự báo hơn 20% sự biến thiên của ứng phó phản ứng cảm xúc. Theo nghiên cứu của Peeters và cộng sự năm 2008: ứng phó tập trung cảm xúc là những trẻ ít có cảm giác kiểm soát bệnh, liên quan tới chất lượng sống thấp hơn. Do vậy, việc phát hiện sớm và hỗ trợ trẻ giải quyết những căng thẳng liên quan đến bệnh có thể giúp làm giảm khả năng trẻ dùng các ứng phó phản ứng cảm xúc, giúp nâng cao trạng thái tâm lý xã hội của trẻ.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu những tác nhân gây căng thẳng và các chiến lược ứng phó ở 81 bệnh nhân là trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính (đại diện là hai bệnh: đái tháo đường type 1 và hội chứng thận hư), chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Có sự khác nhau có ý nghĩa về mức độ căng thẳng của trẻ ở hai nhóm bệnh đối với các tác nhân gây căng thẳng. Mặc dù vậy, các chiến lược ứng phó với căng thẳng thì không có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm bệnh, đồng thời giữa hai giới, thời gian mắc bệnh. Các chiến lược ứng phó được trẻ sử dụng nhiều nhất là suy nghĩ mơ tưởng và né tránh. Ứng phó phản ứng cảm xúc – là một ứng phó kém thích ứng, có tương quan thuận với căng thẳng liên quan thay đổi cuộc sống, sức khỏe và sự không chắc chắn của bệnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần có những hoạt động hỗ trợ tâm lý để làm giảm thiểu căng thẳng đối với bệnh nhân là trẻ vị thành niên mắc bệnh mạn tính. Khuyến khích thực hành các chiến lược ứng phó thích ứng.

VII. LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn người bệnh và gia

đình của người bệnh đã tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Trung tâm Nội tiết – Chuyển hóa – Di truyền và Liệu pháp phân tử và Khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Yateem N, Subu MA, Al-Shujairi A, Alrimawi I, Ali HM, Hasan K, Dad NP, Brenner M** (2020). Coping among adolescents with long-term health conditions: a mixed-methods study. *Br J Nurs*, 29(13), 762-769.
2. **Bakkum L, Willemen AM, Zoetebier L, Bouts AH** (2019). A longitudinal study on the effects of psychological stress on proteinuria in childhood steroid-sensitive nephrotic syndrome. *J Psychosom Res*, vol 121, 8-13.
3. **Cleave, Jeanne & Gortmaker, Steven & Perrin, James** (2010). Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 303, 623-630.
4. **Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM** (2012). Coping with chronic illness childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*, 8, 455-480.
5. **Lawrence JM, Divers J, Isom S, Saydah S et al** (2021). Trends in Prevalence of Type 1 and Type 2 Diabetes in Children and Adolescents in the US, 2001-2017. *JAMA*, 326(8), 717-727.
6. **Peeters Y, Boersma SN, Koopman HM** (2008). Predictors of quality of life: a quantitative investigation of the stress-coping model in children with asthma. *Health Qual Life Outcomes*, 26, 6-24.
7. **Pinquart M, Shen Y** (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*, 36(9), 1003-1016.
8. **Rechenberg K, Whittemore R, Holland M, Grey M** (2017). General and diabetes-specific stress in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 130, 1-8.
9. **Tamura H** (2021). Trends in pediatric nephrotic syndrome. *World J Nephrol*, 10(5), 88-100.

MÔ TẢ THỰC TRẠNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ FLUVOXAMIN Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

Lê Thị Phương Thảo^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kết quả điều trị Fluvoxamin ở người bệnh nội trú rối loạn lo âu lan tỏa tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến hành nghiên cứu ở 62 bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn Phân loại quốc tế bệnh tật - 10, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, test SF-36, thang CGI. **Kết quả:** Liều của Fluvoxamin chiếm tỉ lệ cao nhất là 400mg/ngày, thấp nhất 100mg/ngày. Tác dụng phụ hay gặp nhất là khô miệng (chiếm 29,03%), thứ 2 là táo bón và vã mồ hôi. Không có người bệnh nào ghi nhận tác dụng phụ là thay đổi cân nặng và xuất hiện ý tưởng tự sát. Trong quá trình điều trị thì đa số các bệnh nhân được thêm thuốc khác (66,13%), chỉ có 1,61% đối tượng chuyển thuốc. Mô hình kết hợp thuốc thường gặp nhất là giữa Fluvoxamine và benzodiazepine (88,71%), thứ 2 là Fluvoxamin và Quetiapin (59,68%) và thứ 3 là sự kết hợp giữa Fluvoxamine và Sulpirid (29,03%). **Kết luận:** Sử dụng Fluvoxamine để điều trị rối loạn lo âu lan tỏa nội trú thường được sử dụng với liều cao là 400mg/ngày, ít tác dụng phụ, các tác dụng không mong muốn dễ

chấp nhận là khô miệng, táo bón và run. Sự kết hợp điều trị giữa Fluvoxamine và thuốc bình thần (BZD), ATK (Quetiapine, Sulpirid) để đạt thuyên giảm triệu chứng và cải thiện điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh là phổ biến nhất. **Từ khóa:** Lo âu lan tỏa, thuốc, Fluvoxamine, SF-36, CGI

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE CURRENT RESULTS OF FLUVOXAMIN TREATMENT IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS

Objectives: To describe the current status of fluvoxamine treatment results in inpatients with generalized anxiety disorder (GAD) at the Institute of Mental Health. **Subjects and research methods:** conducting a study in 62 patients with GAD according to the ICD -10 criteria, inpatient treatment at the Institute of Mental Health. Research methods: Cross sectional study, SF-36 test, CGI scale. **Results:** The highest dose of Fluvoxamine was 400mg/day, the lowest was 100mg/day. The most common side effect is dry mouth (accounting for 29.03%), the second is constipation and sweating. None of the patients reported side effects such as weight change and suicidal ideation. During the course of treatment, most of the patients received other drugs (66.13%), only 1.61% of the subjects switched drugs. The most common pattern of drug combinations was between fluvoxamine and benzodiazepine (88.71%), second was fluvoxamine and quetiapine (59.68%) and third was the combination of fluvoxamine and sulpiride (29.03%). **Conclusion:** Using Fluvoxamine to treat GAD inpatient is often used with a high dose of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phương Thảo

Email: phuongthao2781990@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023