

TỈ LỆ RỐI LOẠN LO ÂU Ở BỆNH NHÂN RỤNG TÓC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lý Kim Bích¹, Đào Hoàng Thiên Kim²,
Huỳnh Như¹, Trần Quang Nhân¹, Nguyễn Huy Lộc¹, Nguyễn Văn Thông^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*Email: nvthong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày phản biện: 22/10/2025

Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rụng tóc là bệnh lý da liễu phổ biến, không đe dọa tính mạng nhưng ảnh hưởng đáng kể đến tâm lý, đặc biệt là rối loạn lo âu. Một số nghiên cứu quốc tế đã chứng minh mối liên hệ giữa hai tình trạng này, tuy nhiên tại Việt Nam còn ít dữ liệu. Thang đo GAD-7 là công cụ sàng lọc nhanh và hiệu quả để đánh giá lo âu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ, mức độ rối loạn lo âu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân rụng tóc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân rụng tóc đến khám tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 4/2025. Rụng tóc được chẩn đoán lâm sàng, mức độ lo âu được đánh giá bằng thang đo GAD-7. Các đặc điểm nhân khẩu học, loại rụng tóc và yếu tố lâm sàng được thu thập, phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 31,12±10,70; nữ giới chiếm 51,9%; 54,3% sống ở nông thôn. Rụng tóc từng mảng chiếm tỉ lệ cao nhất (71,6%), kế đến là rụng tóc do androgen (18,5%) và rụng tóc không sẹo khác (9,9%). Tỉ lệ rối loạn lo âu chung là 30,9%; cao nhất ở rụng tóc từng mảng (37,9%). Nữ giới có nguy cơ lo âu cao hơn nam giới, được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập ($p=0,001$). Giới tính nữ và thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng có nguy cơ lo âu cao hơn, được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập (lần lượt là $p=0,009$ và $p=0,014$). **Kết luận:** Rối loạn lo âu khá phổ biến ở bệnh nhân rụng tóc, đặc biệt ở nữ giới. Quản lý toàn diện nên bao gồm cả sàng lọc và hỗ trợ tâm lý.

Từ khóa: rụng tóc, rối loạn lo âu, thang đo GAD-7.

ABSTRACT

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS IN HAIR LOSS PATIENTS AT CAN THO DERMATOLOGY HOSPITAL

Ly Kim Bich¹, Dao Hoang Thien Kim²,
Huynh Nhu¹, Tran Quang Nhan¹, Nguyen Huy Loc¹, Nguyen Van Thong^{1*}

1. Can Tho University of medicine and pharmacy

2. Pham Ngoc Thach University of Medicine

Background: Alopecia is a prevalent dermatological condition that, although not life-threatening, can exert a significant psychological impact—most notably in the form of anxiety disorders. While numerous international studies have established an association between hair loss and anxiety, evidence from Vietnam remains scarce. The Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale serves as a rapid and validated instrument for the screening and assessment of anxiety symptoms. **Objective:** To determine the prevalence and severity of anxiety disorders and to identify associated factors among patients with alopecia. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with alopecia at Can Tho Dermatology Hospital between July 2024 and April 2025. Alopecia was clinically diagnosed, and

the severity of anxiety was evaluated using the GAD-7 scale. Demographic characteristics, alopecia subtypes, and clinical parameters were collected and statistically analyzed. Results: The mean age of participants was 31.12±10.70 years; 51.9% were female, and 54.3% resided in rural areas. Alopecia areata was the predominant subtype (71.6%), followed by androgenetic alopecia (18.5%) and other non-scarring alopecias (9.9%). The overall prevalence of anxiety disorders was 30.9%, with the highest rate observed in patients with alopecia areata (37.9%). Female gender was identified as an independent risk factor for anxiety ($p=0.001$). Female gender and a disease duration of ≤ 6 months were associated with a higher risk of anxiety and were identified as independent risk factors ($p=0.009$ and $p=0.014$, respectively). Conclusion: Anxiety disorders are relatively common among patients with alopecia, particularly among female individuals. Comprehensive patient management should incorporate both dermatological treatment and systematic psychological evaluation and support.

Keywords: Hair loss, anxiety disorder, GAD-7 scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mái tóc là biểu tượng của bản sắc và sự tự tin; do đó, rụng tóc, dù không đe dọa tính mạng, vẫn gây ảnh hưởng tâm lý sâu sắc [1]. Nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỉ lệ rối loạn lo âu ở bệnh nhân rụng tóc cao hơn rõ rệt so với dân số chung và biến thiên rộng tùy theo thể bệnh. Cụ thể, Sellami R. và cs. (2014) ghi nhận tỉ lệ lo âu lên đến 62% ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng [1], trong khi Yu Linli và cộng sự (2023) báo cáo 28,13% ở nhóm rụng tóc nội tiết, đặc biệt tập trung ở người trẻ và độc thân [2]. Mối quan hệ này mang tính hai chiều thông qua các cơ chế sinh học phức tạp. Arck và cộng sự (2006) đã chứng minh sự tồn tại của một "trục HPA tại chỗ" ngay trong nang tóc; khi lo âu kéo dài, các hormone stress như CRH được giải phóng không chỉ từ não bộ mà còn tác động trực tiếp tại nang tóc, gây viêm và ức chế chu kỳ phát triển tóc [3]. Về mặt lâm sàng, lo âu ở nhóm bệnh nhân này thường gắn liền với sự biến đổi tiêu cực về hình ảnh bản thân. Theo Cash (1992), tình trạng "tự ý thức về cơ thể" sâu sắc dẫn đến các cơ chế phòng vệ và hành vi né tránh xã hội, bắt nguồn từ nỗi sợ hãi về sự suy giảm sức hấp dẫn cá nhân. Tại Việt Nam, dữ liệu về vấn đề này còn hạn chế. Nghiên cứu này sử dụng thang đo GAD-7 công cụ có độ tin cậy cao và tương quan mạnh với tiêu chuẩn vàng HAM-A ($r=0,852$) [4] nhằm xác định tỉ lệ, mức độ và các yếu tố liên quan của rối loạn lo âu ở bệnh nhân tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu hướng tới việc xây dựng mô hình quản lý toàn diện, kết hợp giữa điều trị da liễu và hỗ trợ tâm lý chuyên sâu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám được chẩn đoán rụng tóc tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân rụng tóc đến khám tại khoa khám bệnh của Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu được chẩn đoán rụng tóc dựa trên lâm sàng theo Hướng dẫn của Bộ Y Tế (2015) [5].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang hoặc đã dùng thuốc hướng thần trong 3 tháng trước nghiên cứu; Có bệnh nội khoa hoặc thần kinh mạn tính ảnh hưởng đến tâm lý hoặc giấc ngủ; Có rối loạn tâm thần nặng đã chẩn đoán; Rụng tóc do nguyên nhân toàn thân hoặc do thuốc; Không hợp tác hoặc không đủ khả năng hiểu và trả lời bảng câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- **Cỡ mẫu:** Tính cỡ mẫu theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ:

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

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu, α là sai lầm loại 1, $\alpha=0,05$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ là trị số từ phân phối chuẩn của hệ số tin cậy $1-\alpha$, p là tỉ lệ bệnh nhân rụng tóc từng mảng mắc rối loạn rối loạn lo âu, theo nghiên cứu của Johanna M Mandelin và cộng sự (2025) $p=23\%$ [6]; d là sai số cho phép, chọn $d=0,1$. Tính được $n=68$, vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 69 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi tuyển chọn được 81 bệnh nhân rụng tóc. Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm nhân khẩu học cơ bản của đối tượng nghiên cứu. Về lâm sàng, chỉ những trường hợp rụng tóc không sẹo được đưa vào khảo sát, bao gồm ba thể chính: rụng tóc từng mảng (AA), rụng tóc nội tiết tố nam (AGA) và các rụng tóc không sẹo khác. Theo phân loại ICD-10 [7], nhóm rụng tóc không sẹo khác bao gồm rụng tóc telogen (TE), rụng tóc anagen và một số dạng hiếm gặp khác. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận thời gian mắc bệnh, số lần tái phát và tiền sử gia đình. Mức độ lo âu được đánh giá bằng thang đo GAD-7 do Spitzer và cộng sự (2006) [8] phát triển [9]. Đây là bảng tự đánh giá gồm 7 câu hỏi đã được chuẩn hóa để sàng lọc rối loạn lo âu với tổng điểm từ 0 đến 21. Nghiên cứu sử dụng điểm cắt là 10 để phân loại bệnh lý: bệnh nhân đạt < 10 điểm được xem là không có rối loạn lo âu, trong khi nhóm ≥ 10 điểm được xác định là có rối loạn lo âu. Trong đó, mức độ lo âu được chia thành hai nhóm cụ thể: trung bình (10–14 điểm) và nặng (15–21 điểm).

- **Công cụ thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu.

- **Các bước tiến hành nghiên cứu:** Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 4/2025, được giải thích mục tiêu và quy trình nghiên cứu, sau đó ký cam kết đồng ý tham gia. Nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn, thăm khám lâm sàng và hướng dẫn bệnh nhân tự điền thang điểm GAD-7 tại phòng khám.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 25. Các biến định lượng được kiểm tra bằng Shapiro–Wilk, do không phân phối chuẩn nên sử dụng kiểm định Mann–Whitney để so sánh hai nhóm. Kiểm định Chi-Square được dùng cho biến định tính và tỷ số chênh (OR) để đánh giá mối liên hệ. Các biến có ý nghĩa được đưa vào hồi quy logistic đa biến nhằm xác định yếu tố độc lập, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học-Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt theo số 24.063.HV/PCT-HĐĐĐ. Tất cả bệnh nhân tham gia tự nguyện sau khi được giải thích rõ mục tiêu và quy trình nghiên cứu. Mọi thủ thuật đều an toàn, không gây ảnh hưởng sức khỏe-tinh thần, và thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm dân số xã hội học

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội học

Đặc điểm		Tỉ lệ
Tuổi (trung bình±độ lệch chuẩn)		31,12±10,70
Giới tính	Nam	48,1%
	Nữ	51,9%
Nơi cư trú	Thành thị	45,7%
	Nông thôn	54,3%
Học vấn	< Trung học phổ thông	34,6%
	≥ Trung học phổ thông	65,4%
Công việc	Đang đi làm	82,7%
	Không đi làm/ đi học	17,3%
Hôn nhân	Độc thân/ ly hôn	27,2%
	Đã kết hôn/hẹn hò	72,8%

Nhận xét: Bệnh nhân rụng tóc có tuổi trung bình khoảng 31,12±10,70. Nữ giới có tỉ lệ nhỉnh hơn (51,9%) so với nam giới. Đáng chú ý, đa số bệnh nhân sinh sống ở khu vực nông thôn (54,3%). Về trình độ học vấn, từ trung học phổ thông trở lên chiếm tỉ lệ lớn nhất (65,4%). Phần lớn bệnh nhân đang đi làm (82,7%) và đã kết hôn/hẹn hò (72,8%).

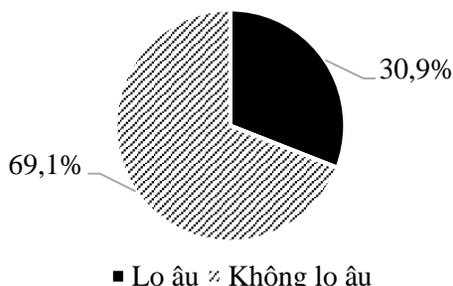
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng rụng tóc

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ
Loại rụng tóc	Rụng tóc do nội tiết tố nam tính	15	18,5
	Rụng tóc từng mảng	58	71,6
	Rụng tóc không sẹo khác	8	9,9
Thời gian	≤ 6 tháng	52	64,2
	> 6 tháng	29	35,8
Lần mắc	Lần đầu	55	67,9
	Lần thứ hai trở đi	26	32,1
Tiền sử gia đình	Có	2	2,5
	Không	79	97,5

Nhận xét: Rụng tóc từng mảng chiếm tỉ lệ cao nhất 71,6%, thời gian mắc ≤ 6 tháng chiếm ưu thế 64,2%, lần đầu chiếm cao nhất 67,9%, không có tiền sử gia đình chiếm 97,5%.

3.2. Tỉ lệ rối loạn lo âu



Biểu đồ 1. Tỉ lệ rối loạn lo âu trên bệnh nhân rụng tóc.

Nhận xét: Bệnh nhân rụng tóc có rối loạn lo âu chiếm tỉ lệ 30,9%.

Bảng 3. Mức độ rối loạn lo âu ở bệnh nhân rụng tóc

		Số lượng	Tỉ lệ
Không lo âu		56	69,1%
Có lo âu	Trung bình	24	29,6%
	Nặng	1	1,2%

Nhận xét: Bệnh nhân rụng tóc có rối loạn lo âu trung bình chiếm 29,6% và nặng chiếm 1,2%.

Bảng 4. Rối loạn lo âu ở các loại rụng tóc

Loại rụng tóc	Rối loạn lo âu	
	Không	Có
Rụng tóc do nội tiết tố nam tính	12 (80)	3 (20)
Rụng tóc từng mảng	36 (62,1)	22 (37,9)
Rụng tóc không sẹo khác	8 (100)	0 (0)

Nhận xét: Rụng tóc từng mảng có tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất cao nhất 37,9%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân rụng tóc

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân rụng tóc

Một số yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		OR (95% CI)	p (χ^2)	aOR (95% CI)	p (logistic)
	Không	Có				
Tuổi	41,60 ^a	39,66 ^a	-	0,732*	0,986 (0,915-1,061)	0,700
Giới tính						
Nam	35 (89,7)	4 (10,3)	8,750 (2,640–29,002)	< 0,001	6,183 (1,571-24,340)	0,009
Nữ	21 (50)	21 (50)				
Nơi cư trú						
Thành thị	27 (73,0)	10 (27,0)	1,397 (0,537–3,635)	0,630	1,741 (0,523-5,797)	0,366
Nông thôn	29 (65,9)	15 (34,1)				
Học vấn						
< THPT	21 (75)	7 (25)	1,543 (0,552–4,309)	0,458	2,303 (0,560-9,466)	0,247
≥ THPT	35 (66,0)	18 (34,0)				
Công việc						
Đi làm/đi học	48 (71,6)	19 (28,4)	1,895 (0,580–6,193)	0,344	2,849 (0,442-18,387)	0,271
Không đi làm/ đi học	8 (57,1)	6 (42,9)				
Hôn nhân						

Một số yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		OR (95% CI)	p (χ^2)	aOR (95% CI)	p (logistic)
	Không	Có				
Độc thân/ly hôn	17 (77,3)	5 (22,7)	1,744 (0,561 – 5,471)	0,423	1,586 (0,419-6,005)	0,497
Kết hôn/hẹn hò	39 (66,1)	20 (33,9)				
Thời gian mắc bệnh						
> 6 tháng	26 (89,7)	3 (10,3)	6,356 (1,705 – 23,688)	0,006	7,629 (1,521-38,273)	0,014
≤ 6 tháng	30 (57,7)	22 (42,3)				
Lần mắc						
Lần thứ 2 trở đi	19 (73,1)	7 (26,9)	1,320 (0,470 – 3,712)	0,598	3,685 (0,938-14,473)	0,062
Lần đầu	37 (67,3)	18 (32,7)				
Không	54 (68,4)	25 (31,6)				

* Mann-Whitney U Test; **Fisher's Exact Test; ***Likelihood Ratio, a: mean rank.

Nhận xét: Trong phân tích đơn biến, các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn lo âu bao gồm: giới tính ($p < 0,001$), thời gian mắc bệnh ($p = 0,006$) và loại rụng tóc ($p = 0,017$). Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ có yếu tố giới tính ($p = 0,009$) và thời gian mắc bệnh ($p = 0,014$) giữ được mối liên hệ độc lập có ý nghĩa thống kê với rối loạn lo âu. Cụ thể, bệnh nhân nữ có nguy cơ lo âu cao gấp 6,183 lần so với nam giới, và bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng có nguy cơ cao gấp 7,629 lần so với nhóm > 6 tháng. Các yếu tố khác như nơi cư trú, học vấn, công việc, hôn nhân và tiền sử gia đình không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê sau khi đã hiệu chỉnh cho các biến trong mô hình ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ rối loạn lo âu trong nghiên cứu là 30,9%, thấp hơn mức 62% của Sellami R. và cs. (2014) [1] nhưng tương đồng với báo cáo của Mandelin và cs. (2025) tại Phần Lan (23,0%) [6] và phân tích gộp của Lauron S. và cộng sự (2023) (34%) [9]. Sự khác biệt này có thể do thang đo GAD-7 tập trung vào các triệu chứng lo âu lan tỏa, giúp nhận diện "gánh nặng tâm lý âm thầm" với mức độ trung bình chiếm ưu thế tuyệt đối (96,0%) hơn là các rối loạn tâm thần nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy rụng tóc từng mảng (AA) có tỉ lệ lo âu cao nhất (37,9%), phù hợp với Mandelin và cộng sự (2025) khi khẳng định diện tích rụng tóc càng lớn ($\geq 50\%$) càng làm giảm đáng kể chỉ số hạnh phúc (OR = 0,60) [6]. Nữ giới có nguy cơ cao gấp 6,183 lần nam giới ($p = 0,009$), phản ánh áp lực về thẩm mỹ nặng nề tương tự báo cáo của Kong Y. và cộng sự (2025) [10]. Đặc biệt, nhóm mới mắc (≤ 6 tháng) có nguy cơ cao gấp 7,629 lần nhóm kéo dài ($p = 0,014$), chứng tỏ tâm lý chưa kịp thích nghi trong giai đoạn đầu của bệnh. Khác với sự né tránh xã hội kéo dài trong nghiên cứu của Williamson và cộng sự [11], bệnh nhân tại Cần Thơ vẫn duy trì hoạt động xã hội tốt (82,7%). Tuy nhiên, nhiều tác giả nhấn mạnh việc thiếu hụt hỗ trợ chuyên môn dù gánh nặng tâm lý rất lớn [6]. Do đó, việc sàng lọc và can thiệp tâm lý thường quy là cần thiết [12], [13]. Bác sĩ đa liễu cần chủ động

trấn an và giải thích tiên lượng, đặc biệt trong 6 tháng đầu để cắt đứt vòng xoắn bệnh lý "stress - rụng tóc" thông qua trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận (HPA).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 81 bệnh nhân rụng tóc tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ từ tháng 07/2024 đến tháng 04/2025, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau: tỉ lệ rối loạn lo âu là 30,9% (theo GAD-7), với đặc điểm lâm sàng chủ yếu là mức độ trung bình (96,0%). Có mối liên quan ý nghĩa thống kê giữa loại rụng tóc và lo âu ($p=0,017$), trong đó rụng tóc từng mảng (AA) chiếm tỉ lệ cao nhất (37,9%). Giới tính nữ ($aOR=6,183;p=0,009$) và thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng ($aOR=7,629;p=0,014$) được xác định là hai yếu tố nguy cơ độc lập. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc tâm lý thường quy, đặc biệt ở bệnh nhân nữ trong giai đoạn đầu của bệnh. Với tỉ lệ rối loạn lo âu đáng kể (30,9%), các cơ sở da liễu cần triển khai sàng lọc tâm lý thường quy bằng thang đo GAD-7 cho tất cả bệnh nhân rụng tóc. Thang đo này có ưu điểm là ngắn gọn, dễ thực hiện nhanh ngay tại phòng khám, giúp bác sĩ không bỏ sót các trường hợp có "gánh nặng tâm lý âm thầm". Đồng thời, bác sĩ lâm sàng cần đặc biệt chú trọng tư vấn tiên lượng và trấn an tâm lý cho nhóm đối tượng nguy cơ cao bao gồm nữ giới và những bệnh nhân trong 6 tháng đầu mắc bệnh. Việc can thiệp hỗ trợ sớm trong "giai đoạn vàng" này đóng vai trò then chốt trong việc giảm mức độ lo âu và nâng cao hiệu quả điều trị tổng thể cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sellami Rim, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, et al. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian journal of dermatology*. 2014. 59 (4), 421, DOI: 10.4103/0019-5154.135525.
- Yu Linli, Moorthy SathishKumar, Peng Lin, Shen Liangliang, Han Yu, et al. Evaluation of anxiety and depression in patients with androgenetic alopecia in Shanghai: a cross-sectional study. *Dermatologic Therapy*. 2023. 2023 (1), 5140620, DOI: 10.1155/2023/5140620.
- Arck Petra C, Slominski Andrzej, Theoharides Theoharis C, Peters Eva MJ, Paus Ralf. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *Journal of Investigative Dermatology*. 2006. 126 (8), 1697-1704.
- Ruiz Miguel A, Zamorano Enric, García-Campayo Javier, Pardo Antonio, Freire Olga, et al. Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2011. 128 (3), 277-286, DOI: 10.1016/j.jad.2010.07.010.
- Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu. *Quyết định số*. 2023. 75, 446-455,
- Mandelin J. M., Rehn L., Kosunen M., Väkeväinen M., Rannanpää S. The Diverse Experiences and Challenges of Individuals With Alopecia Areata: Survey Results From Finland. *J Patient Exp*. 2025. 12, 23743735251346633, DOI: 10.1177/23743735251346633.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision). World Health Organization. 2019.
- Spitzer Robert L., Kroenke Kurt, Williams Janet B. W., Löwe Bernd. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. 166 (10), 1092-1097, DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Lauron Sophie, Plasse Camille, Vaysset Marion, Pereira Bruno, D'Incan Michel, et al. Prevalence and Odds of Depressive and Anxiety Disorders and Symptoms in Children and Adults With Alopecia Areata: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatology*. 2023. 159 (3), 281-288, DOI: 10.1001/jamadermatol.2022.6085.

10. Kong Y., Shang Y., Zhang L. Association between androgenetic alopecia and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2025. 16, 1705957, DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1705957.
 11. Williamson Daniel, Gonzalez Marc, Finlay Andrew Yule. The effect of hair loss on quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001. 15 (2), 137-139, DOI: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.
 12. Marije van Dalen, Muller Kirsten S, Kasperkovitz-Oosterloo Johanna M, Okkerse Jolanda ME, Pasmans Suzanne GMA. Anxiety, depression, and quality of life in children and adults with alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*. 2022. 9, 1054898, DOI: 10.3389/fmed.2022.1054898.
 13. Kashaninasab Fatemeh, Bandi Mir Farhad Ghaleh, Ghazvini Azim, Goodarzi Azadeh, Moudi Sussan, *et al.* The Quality of Sleep and Quality of Life in Patients with Alopecia. *Journal of Sleep sciences*. 2020. DOI: 10.18502/jss.v5i2.5609.
-