

Tác động của các yếu tố tâm lý xã hội và mức độ phụ thuộc chức năng đối với tình trạng trầm cảm của người bệnh sau đột quỵ tại Khoa Nội hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023

Phạm Thị Ngọc^{1,2}, Vũ Thị Hậu¹, Dương Minh Đức², Nguyễn Anh Tuấn²
Phạm Thị Thanh Phương¹, Nguyễn Minh Phương²

¹ Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

² Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau đột quỵ bao gồm mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh, nhận thức về căng thẳng, và nhận thức về hỗ trợ xã hội, các yếu tố nhân khẩu học và mô tả mối quan hệ giữa các yếu tố này.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với phương pháp lấy mẫu toàn bộ trên 60 người bệnh. Số liệu được thu thập bằng cách sử dụng bộ câu hỏi bao gồm các yếu tố nhân khẩu học, bộ câu hỏi Patient Health Questionnaire-9, Barthel Index, Perceived Stress Scale-10, và Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Kết quả: Điểm trung bình mức độ trầm cảm của người bệnh là $13,02 \pm 6,82$, trong đó có 23,33% người bệnh có mức độ trầm cảm trung bình, tỷ lệ người bệnh có mức độ trầm cảm nghiêm trọng và tương đối nghiêm trọng là bằng nhau với 21,67%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng tài chính, vai trò trong kinh tế gia đình, vai trò thay đổi sau đột quỵ với tình trạng trầm cảm

sau đột quỵ. Có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố phụ thuộc chức năng, nhận thức về căng thẳng và nhận thức về hỗ trợ xã hội với trầm cảm sau đột quỵ.

Kết luận: Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cần quan tâm hơn nữa đến sức khỏe tâm thần của người bệnh để đưa ra các sàng lọc về sức khỏe tâm thần, cung cấp các tư vấn tâm lý phù hợp ở giai đoạn sớm sau đột quỵ để làm giảm mức độ stress, tăng cường khả năng phục hồi chức năng, giảm mức độ trầm cảm của người bệnh để từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: trầm cảm sau đột quỵ, phụ thuộc chức năng, stress, hỗ trợ xã hội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, sự phát triển của y học hiện đại đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do đột quỵ gây ra, tuy nhiên bệnh lý mạch máu não vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu. Trên thế giới, tỷ lệ đột quỵ thay đổi đáng kể tùy theo từng quốc gia, trong đó ở Đông Nam Á tỷ lệ đột quỵ thấp nhất là ở Malaysia (67/100.000 người/năm), trong khi đó ở Việt

Nam tỷ lệ đột quỵ là 250/100.000 người/năm [1]. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ đột quỵ cao trên toàn Thế giới với tỷ lệ tử vong là 112.600 người/năm (chiếm 21,7% tổng số người tử vong năm 2012) [2].

Đột quỵ không chỉ để lại những hậu quả nặng nề cho người bệnh (bao gồm các vấn đề về thể chất, tâm thần, xã hội và kinh tế) mà nó còn là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Những người sống sót sau cơn đột quỵ trải qua những kết quả tiêu cực về thể chất và tâm thần. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 15 triệu người bị đột quỵ có nguy cơ bị trầm cảm [3], [4]. Các triệu chứng trầm cảm sau đột quỵ ảnh hưởng đến khả năng phục hồi của người bệnh và làm chậm quá trình hồi phục nếu các triệu chứng này không được phát hiện và điều trị sớm [5, 6]. Hầu hết người bệnh sau đột quỵ có tình trạng trầm cảm đều bị suy giảm các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày [7], phục hồi nhận thức kém, chậm quay trở lại các hoạt động xã hội, giảm chất lượng cuộc sống [8] và tăng tỷ lệ tử vong [9]. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến trầm cảm sau đột quỵ Poststroke depression (PSD) đã được nghiên cứu và báo cáo rộng rãi trong y văn bao gồm tiền sử trầm cảm, mức độ nghiêm trọng của đột quỵ, sự phụ thuộc vào chức năng và suy giảm nhận thức [10, 11].

Hơn nữa, đột quỵ còn gây ra tình trạng căng thẳng trong cuộc sống của người bệnh, đòi hỏi phải có các chiến lược đối phó hiệu quả với sự hỗ trợ của gia đình và xã hội (những yếu tố bảo vệ giúp chống lại các hậu quả tiêu cực của đột quỵ, bao gồm cả tình trạng trầm cảm). Những người trải qua cơn đột quỵ sau đột quỵ thường xuyên bị suy giảm kết nối và mức độ hỗ trợ xã hội của họ [12], ngoài ra những người nhận được ít sự hỗ trợ xã hội hơn đã cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn, tham gia xã hội kém hơn, chất lượng cuộc sống thấp và khuyết tật về thể chất so với những người cùng lứa tuổi nhận được hỗ trợ đầy đủ [13] (trong khi với sự hỗ trợ xã hội

đầy đủ sẽ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm sự phụ thuộc chức năng [8]). Mặt khác, đột quỵ làm gián đoạn mối quan hệ gia đình khi những người trải qua cơn đột quỵ không thể tiếp tục vai trò trước khi bị đột quỵ hoặc giao tiếp hiệu quả với các thành viên khác trong gia đình [13].

Nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng là những người hỗ trợ trực tiếp cho người bệnh sau đột quỵ, hàng ngày sẽ giúp người bệnh đối phó hiệu quả với căng thẳng liên quan đến hậu quả đột quỵ. Hỗ trợ xã hội sẽ giúp tăng cường sức khỏe và cải thiện khả năng phục hồi. Do đó, các điều dưỡng nên nhận thức được ảnh hưởng của hỗ trợ xã hội đối với kết quả sức khỏe của người bệnh và tạo điều kiện tối đa để hỗ trợ cho những người bệnh này [14]. Sự hiểu biết rõ ràng về các hiện tượng của trầm cảm và hỗ trợ xã hội sẽ cung cấp thông tin chi tiết và hỗ trợ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác định những người bệnh có nguy cơ cao, những người rất có thể sẽ được hưởng lợi từ các can thiệp dựa trên hỗ trợ. Đối lại điều này có thể giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, làm giảm thời gian, chi phí nằm viện và giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên tại Việt Nam nói chung cũng như Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức nói riêng vấn đề sức khỏe tâm thần của người bệnh vẫn chưa được chú trọng nhiều, bên cạnh đó những nghiên cứu tập trung vào vấn đề này cũng còn hạn chế. Xuất phát từ các lý do nói trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Tác động của các yếu tố tâm lý xã hội và mức độ phụ thuộc chức năng đối với tình trạng trầm cảm của người bệnh sau đột quỵ tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023”** với 2 mục tiêu:

1. *Khảo sát tình trạng trầm cảm của người bệnh đột quỵ tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

2. *Đánh giá tác động của các yếu tố tâm lý xã hội và mức độ phụ thuộc chức năng lên tình trạng trầm*

cảm của người bệnh đột quy tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn
 - + Người bệnh sau đột quy điều trị tại Khoa Nội
- Hồi sức Thần kinh
 - + Người bệnh ≥ 18 tuổi
 - + Người bệnh có khả năng giao tiếp và hiểu được tiếng Việt
- Tiêu chuẩn loại trừ
 - + Người bệnh giảm tri giác, mất trí, thất ngôn hoặc được chẩn đoán với rối loạn tâm thần

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong thời gian nghiên cứu, có 60 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Bộ công cụ thu thập số liệu

- Các biến nhân khẩu học bao gồm: tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, nơi sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng tài chính, vai trò trong kinh tế gia đình, nhận thức về hiệu quả của quá trình phục hồi.

- Bộ câu hỏi đánh giá mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh: Barthel Index (BI).

- Bộ câu hỏi đánh giá mức độ trầm cảm của người bệnh: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

- Bộ câu hỏi đánh giá nhận thức về mức độ stress: Perceived Stress Scale (PSS10).

- Bộ câu hỏi đánh giá nhận thức về hỗ trợ xã hội: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MDSPSS).

2.6. Quá trình thu thập số liệu

Tất cả người tham gia đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được lựa chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ thực hiện cuộc phỏng vấn trực tiếp bao gồm giới thiệu bản thân với người tham gia, giải thích mục đích và lợi ích của nghiên cứu, quyền của người tham gia và yêu cầu người tham gia vào nghiên cứu. Sau khi được sự cho phép của họ để tham gia vào nghiên cứu, người tham gia được yêu cầu ký vào các mẫu đơn đồng ý. Quá trình phỏng vấn diễn ra trong một căn phòng được chuẩn bị sẵn để đảm bảo tính ẩn danh cho những người tham gia. Sau khi tất cả thông tin đã được thu thập, nghiên cứu viên sẽ mã hóa dữ liệu và nhập nó vào máy tính để chuẩn bị cho quy trình phân tích số liệu.

2.7. Phân tích số liệu

Số liệu được phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức theo quyết định số 864/TB-VĐ. Mọi thông tin liên quan đến người tham gia đều được giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm nhân khẩu học

3.1.1. Các đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (N=60)

Các đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	< 60 tuổi	31	51,67
	≥ 60 tuổi	29	48,33
	Mean \pm SD = 56,78 \pm 16,02		

Các đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	36	60,00
	Nữ	24	40,00
Dân tộc	Kinh	54	90,00
	Khác	6	10,00
Tôn giáo	Không	50	83,33
	Có	10	16,67
Nơi sống	Nông thôn	47	78,33
	Thành phố	13	21,67
Trình độ học vấn	≤ Cấp II	33	55,00
	≥ Cấp III	27	45,00
Hiện tại đang làm việc	Có	42	70,00
	Không	18	30,00
Tình trạng hôn nhân	Sống 1 mình	11	11,67
	Sống chung với vợ/chồng	49	81,67
Điều kiện kinh tế	Khá giả	4	6,67
	Trung bình	56	93,33
Vai trò trong kinh tế gia đình	Là trụ cột kinh tế	18	30,00
	Bình đẳng	32	53,33
	Phụ thuộc	10	16,67
Vai trò trong gia đình bị thay đổi sau đột quỵ	Không thay đổi	14	23,33
	Giảm vai trò	21	35,00
	Phụ thuộc hoàn toàn	25	41,67

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $56,78 \pm 16,02$, đa số người bệnh là nam chiếm 60%. Đối tượng tham gia chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 90% và không theo tôn giáo chiếm 83,33%. Có tới 78,33% người bệnh sống ở nông thôn, đa số người bệnh có trình độ học vấn từ cấp II trở xuống chiếm 55,00%. Về tình trạng

công việc, có tới 70,00% người bệnh đang làm việc, người bệnh phần lớn đều sống chung với vợ hoặc chồng chiếm 81,67%. Có 93,33% đối tượng nghiên cứu tự đánh giá điều kiện kinh tế của bản thân ở mức trung bình. Sau khi bị đột quỵ, có tới 76,67% người bệnh bị giảm vai trò trong gia đình hoặc phải phụ thuộc hoàn toàn vào gia đình.

3.1.2. Mức độ về tình trạng căng thẳng (stress) của người bệnh

Bảng 3.2. Mức độ stress của người bệnh (N=60)

Mức độ Stress	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Mức độ thấp	22	36,67	17,53 ± 8,80	0-35
Mức độ trung bình	27	45,00		
Mức độ cao	11	18,33		
Tổng	60	100		

Nhận xét: Điểm trung bình mức độ Stress của người bệnh là $17,53 \pm 8,80$ điểm, trong đó có tới 45,00% người bệnh có stress ở mức độ trung bình, 18,33% người bệnh có stress mức độ cao, mức độ thấp chiếm 36,67%.

3.1.3 Nhận thức về tình trạng hỗ trợ xã hội

Bảng 3.3. Nhận thức về hỗ trợ xã hội (N=60)

Hỗ trợ xã hội	Mean ± SD	Khoảng điểm
Từ người đặc biệt	$17,33 \pm 2,61$	4-20
Từ gia đình	$17,32 \pm 2,32$	4-20
Từ bạn bè	$11,55 \pm 4,74$	4-20
Hỗ trợ xã hội	$39,20 \pm 6,79$	

Nhận xét: Điểm trung bình nhận thức về hỗ trợ xã hội là $39,20 \pm 6,79$, trong đó hỗ trợ từ phía người đặc biệt và gia đình có điểm trung bình cao hơn (lần lượt là $17,33 \pm 2,61$ và $17,32 \pm 2,32$) so với hỗ trợ từ bạn bè ($11,55 \pm 4,75$).

3.1.4. Phụ thuộc chức năng của người bệnh

Bảng 3.4. Mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh (N=60)

Phụ thuộc chức năng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Phụ thuộc hoàn toàn (0-20)	13	21,67	48,42±30,29	5-100
Phụ thuộc nghiêm trọng (21-60)	24	40,00		
Phụ thuộc trung bình (61-90)	16	26,67		
Phụ thuộc ít (91-99)	7	11,67		
Tổng	60	100,00		

Nhận xét: Điểm trung bình mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh là 48,42±30,29, trong đó có 40% số người bệnh có mức độ phụ thuộc nghiêm trọng, 21,67% số người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn và chỉ có 11,67% người bệnh có mức độ phụ thuộc ít.

3.2. Tình trạng trầm cảm của người bệnh

Bảng 3.5. Mức độ trầm cảm của người bệnh theo thang điểm PHQ-9

Mức độ trầm cảm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Không trầm cảm (1-4)	8	13,33	13,02±6,82	0-27
Trầm cảm nhẹ (5-9)	12	20,00		
Trầm cảm trung bình (10-14)	14	23,33		
Trầm cảm tương đối nghiêm trọng (15-19)	13	21,67		
Trầm cảm nghiêm trọng (20-27)	13	21,67		
Tổng	60	100,00%		

Nhận xét: Điểm trung bình mức độ trầm cảm của người bệnh là 13,02±6,82, trong đó trầm cảm mức độ trung bình là 23,33%, trầm cảm mức độ tương đối nghiêm trọng và nghiêm trọng với tỷ lệ lần lượt là 21,67% và 21,67%. Có 20,00% người bệnh có trầm cảm ở mức độ nhẹ và 8 người bệnh không mắc trầm cảm chiếm 13,33%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quỵ

3.3.1. Sự khác biệt giữa các nhóm trong đặc điểm nhân khẩu học với PSD

Bảng 3.6. Sự khác biệt giữa các nhóm trong đặc điểm nhân khẩu học với PSD (N=60)

Các đặc điểm nhân khẩu học		(n)	Trầm cảm sau đột quỵ			
			Mean±SD	F/t	p	Post Hoc Test
Độ tuổi	< 60 tuổi	31	11,71±5,84	-1,55	0,13	
	≥ 60 tuổi	29	14,41±7,59			
Giới tính	Nam	36	11,89±6,87	-1,59	0,12	
	Nữ	24	14,71 ± 6,52			

Các đặc điểm nhân khẩu học		(n)	Trầm cảm sau đột quỵ			
			Mean±SD	F/t	p	Post Hoc Test
Dân tộc	Kinh	54	13,13 ± 48	0,38	0,70	
	Khác	6	12,00 ± 10,14			
Tôn giáo	Không tôn giáo	50	12,52 ± 7,00	-1,27	0,21	
	Đạo khác	10	15,50 ± 5,40			
Nơi sống	Nông thôn	45	13,45 ± 7,13	1,26	0,22	
	Thành thị	13	11,46 ± 5,50			
Trình độ học vấn	≤ Cấp II	33	16,33 ± 5,87	4,92	<0,001	
	≥ Cấp III	27	8,96 ± 5,67			
Hiện đang làm việc	Có	42	13,90 ± 6,90	1,56	0,12	
	Không	18	10,94 ± 6,34			
Tình trạng hôn nhân	Sống chung vợ/ chồng	49	12,04 ± 6,55	-2,44	0,02	
	Sống một mình	11	17,36 ± 6,58			
Điều kiện kinh tế	Trung bình	56	13,52 ± 6,74	-2,20	0,03	
	Khá giả	4	6,00 ± 3,37			
Vai trò trong kinh tế gia đình	(1)Trụ cột	18	9,00 ± 7,07	5,10	0,009	(1)<(2)
	(2)Bình đẳng	32	14,63 ± 5,14			
	(3)Phụ thuộc	10	15,10 ± 8,56			
Vai trò thay đổi sau đột quỵ	(1)Không thay đổi	14	7,14 ± 5,86	9,01	<0,001	(1)<(3)<(2)
	(2)Giảm vai trò	21	15,67 ± 5,99			
	(3)Phụ thuộc hoàn toàn	25	13,02 ± 6,81			

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, vai trò trong kinh tế gia đình và vai trò thay đổi sau đột quỵ về mức độ trầm cảm sau đột quỵ ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong độ tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, nơi sống, hiện đang làm việc về PSD ($p > 0,05$).

3.3.2. Mối tương quan giữa tình trạng trầm cảm với mức độ stress, phụ thuộc chức năng, nhận thức về hỗ trợ xã hội

Bảng 3.7. Mối tương quan giữa tình trạng PSD với với tổng điểm tình trạng căng thẳng nhận thức của người bệnh (N=60)

	PSD	
	r	P
Mức độ stress	0,694	<0,001
Phụ thuộc chức năng	-0,597	<0,001
Hỗ trợ xã hội	-0,766	<0,001

*Tương quan Pearson

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa mức độ stress với mức độ trầm cảm sau đột quỵ ($r = 0,694$, $p < 0,001$), người bệnh có mức độ stress càng cao thì trầm cảm sau đột quỵ càng cao. Có mối tương quan nghịch giữa hỗ trợ xã hội với mức độ trầm cảm sau đột quỵ ($r = -0,766$, $p < 0,001$), người bệnh có hỗ trợ xã hội càng cao thì trầm cảm sau đột quỵ càng thấp. Có mối tương quan nghịch giữa điểm mức độ phụ thuộc chức năng và điểm PSD ($r = -0,597$, $p < 0,001$), người bệnh phụ thuộc càng nhiều (điểm BI càng thấp) thì mức độ trầm cảm càng cao).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ stress, phụ thuộc chức năng và hỗ trợ xã hội của người bệnh sau đột quỵ

Yếu tố về mặt tinh thần cũng là một trong các vấn đề cần được đặc biệt quan tâm chú ý sau đột quỵ. Tình trạng stress của người bệnh được đánh giá thông qua thang điểm PSS-10. Kết quả cho thấy tỷ lệ stress mức độ cao là 18,33%, mức độ trung bình là 45% và mức độ thấp chiếm khá ít 36,67%. Điều đó được lý giải bởi những người trải qua cơn đột quỵ sau cơn đột quỵ trải qua mức độ căng thẳng cao hơn khi họ không thể khôi phục các chức năng bình thường.

Mức độ phụ thuộc của người bệnh được đánh giá bằng thang điểm Barthel Index (BI). Điểm BI càng thấp cho thấy người bệnh càng phụ thuộc nhiều vào người chăm sóc. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 88,33% đối tượng nghiên cứu gặp khó khăn ở các mức độ trong việc thực hiện các hoạt động sống thường ngày và cần sự hỗ trợ. Trong đó, có tới 21,67% người bệnh phải phụ thuộc hoàn toàn vào sự chăm sóc của người khác; 26,67% số người bệnh có mức độ phụ thuộc mức trung bình và 40% số người phụ thuộc mức độ trầm trọng, đòi hỏi sự hỗ trợ rất lớn của người chăm sóc trong việc thực hiện các hoạt động sống thường ngày. Chỉ có khoảng 11,67% người bệnh phụ thuộc ít hoặc

hoàn toàn chủ động trong các hoạt động sinh hoạt. Nghiên cứu này có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Thuận và cộng sự được thực hiện trên 111 người cho ra kết quả có tới 85,59% người bệnh gặp khó khăn ở các mức độ trong việc thực hiện sinh hoạt hàng ngày trong đó 22,52% người bệnh phải phụ thuộc hoàn toàn vào sự trợ giúp từ người khác [7]. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt nhưng không nhiều so với báo cáo của Ngô Tuấn Khanh khi chỉ có khoảng 25% đến 30% người bệnh có khả năng tự đi lại và phục vụ bản thân, 20% đến 25% người bệnh gặp khó khăn trong đi lại và cần sự hỗ trợ của người khác trong việc thực hiện các hoạt động sống thường ngày, 15% đến 25% người bệnh phải phụ thuộc hoàn toàn vào người khác [15]. Sự khác biệt được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người bệnh trong giai đoạn nặng cần điều trị và họ vẫn chưa được phục hồi chức năng nhiều nên tỷ lệ xuất hiện người bệnh ở mức độ nặng, cần chăm sóc và hỗ trợ cao hơn so với quần thể bệnh nhân đột quỵ nói chung. Qua đó cho thấy ảnh hưởng của đột quỵ lên việc thực hiện các hoạt động sống thường ngày của người bệnh là vô cùng nghiêm trọng.

Nhận thức về hỗ trợ xã hội là một yếu tố rất quan trọng gắn liền với quá trình hồi phục của người bệnh sau đột quỵ giúp họ vượt qua được những khó khăn cả về thể chất lẫn tinh thần khi phải chiến đấu với hậu quả mà bệnh để lại. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh đều nhận được rất nhiều sự hỗ trợ từ phía người thân, gia đình, bạn bè. Điều này có thể được giải thích bởi văn hóa gia đình và cộng đồng của người Việt Nam vốn gắn gũi và tương trợ lẫn nhau. Bên cạnh sự hỗ trợ từ người thân và gia đình thì sự hỗ trợ từ bạn bè cũng rất cần thiết mặc dù tổng điểm trung bình hỗ trợ từ bạn bè là 11 điểm điều đó chứng tỏ cũng có một số người không nhận được hỗ trợ từ bạn bè. Điều đó cũng dễ hiểu bởi tính

cách một số người mong muốn sự hỗ trợ, chia sẻ từ gia đình, người thân nhiều hơn là bạn bè xã hội và họ cũng không muốn chia sẻ những khó khăn của mình với bạn bè. Bên cạnh những người nhận được nhiều sự hỗ trợ từ người thân gia đình bạn bè thì cũng có một số người chỉ nhận được hỗ trợ ở mức thấp. Những người bệnh này ngoài việc điều trị và chăm sóc về sức khỏe thể chất, nhân viên y tế cần đặc biệt quan tâm và chia sẻ hơn với người bệnh để hỗ trợ họ khi cần thiết.

4.2. Tình trạng trầm cảm sau đột quỵ

Trầm cảm sau đột quỵ (PSD) là vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất, ảnh hưởng đến khoảng 33% những người trải qua cơn đột quỵ [16]. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi PHQ-9 nhằm đánh giá sàng lọc tình trạng trầm cảm trên người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ PSD rất cao lên tới 86,67%, kết quả này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu tổng quan về PSD của Hackett và cộng sự, Ayerbe và cộng sự [3, 10]. Sự khác biệt tỷ lệ trầm cảm nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của họ có thể được giải thích là do chúng tôi lấy đối tượng nghiên cứu là người bệnh nội trú (đối tượng đang trong giai đoạn bệnh nặng và phục hồi lại sức khỏe), vốn có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn hẳn nhóm người bệnh trong cộng đồng [17].

Theo nghiên cứu của Shahnaz và cộng sự tại Jordan đánh giá PSD thì có tới 76,3% người bệnh có trầm cảm ở các mức độ, thấp hơn so với tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi và nhưng lại cao hơn nhiều trong các nghiên cứu khác [18]. Một nghiên cứu khác của Charles và cộng sự năm 2019 đã sử dụng thang đánh giá trầm cảm Hamilton cũng cho thấy tỷ lệ trầm cảm rất cao lên tới 85% trong đó hơn 50% người bệnh bị trầm cảm nặng, con số tỷ lệ trầm cảm xấp xỉ gần bằng nghiên cứu của chúng tôi [19]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tuyền và cộng sự tại bệnh viện

ở Đà Nẵng đánh giá PSD trên đối tượng người cao tuổi (≥ 60 tuổi) năm 2017 đã cho thấy tỷ lệ người bệnh trầm cảm nhẹ và nặng lần lượt là 43,8% và 25,8% [20]. Hay như nghiên cứu của Đặng Văn Hùng và cộng sự tỷ lệ trầm cảm nhẹ 43,33%, trầm cảm vừa 35,56%, trầm cảm nặng là 21,11% [8]. Một nghiên cứu khác của tác giả Lê Văn Tuấn và cộng sự cho kết quả trong số 34 người bệnh bị trầm cảm sau đột quỵ thể nhồi máu não có 61,8% người bệnh bị trầm cảm nhẹ, 23,5% người bệnh có trầm cảm trung bình và 14,7% người bệnh có trầm cảm nặng [21]. Nghiên cứu của chúng tôi có đối tượng nghiên cứu bao gồm người bệnh đột quỵ ở cả hai thể nhồi máu não và chảy máu não, đây có thể là nguyên nhân khiến tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh của chúng tôi cao hơn. Ngoài ra còn có một nghiên cứu mới nhất năm 2019 của Phạm Thị Thuận cũng sử dụng bộ công cụ PHQ-9 để đánh giá tình trạng trầm cảm và cũng tiến hành trên nhóm bệnh nhân nhồi máu não và chảy máu não cho thấy tỷ lệ 57,7% người tham gia trầm cảm sau đột quỵ [7]. Sự khác biệt về tỷ lệ PSD trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể đến từ việc lựa chọn các bộ công cụ khác nhau (HADS-D, thang điểm Halmiton), thời gian đánh giá kể từ khi người bệnh bị đột quỵ (nửa năm hay một năm hay 2 năm) sau đột quỵ và việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu đã tạo nên sự khác biệt này.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quỵ

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh sau đột quỵ càng phụ thuộc trong việc thực hiện thực hiện các hoạt động sống thường ngày có tỷ lệ trầm cảm càng cao ($r = -0,597, p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hagghoo và cộng sự khi kết luận có mối tương quan nghịch giữa khả năng thực hiện các hoạt động sống thường ngày với mức độ trầm trọng của trầm cảm sau đột quỵ. Nghiên cứu tổng quan của Yu-Shi cũng cho kết quả

mức độ độc lập của người bệnh là yếu tố nguy cơ của việc mắc trầm cảm ở giai đoạn cấp và bán cấp (dưới 3 tháng) sau đột quỵ [22]. Một nghiên cứu tổng quan khác của Robert G Robinson và Gianfranco Spalletta trên kết quả của 15 nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa sự xuất hiện và mức độ trầm trọng của trầm cảm sau đột quỵ với mức độ trầm trọng trong việc suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động sống thường ngày [23]. Có thể thấy, các hậu quả sau đột quỵ có ảnh hưởng rất lớn tới tình trạng trầm cảm sau đột quỵ. Người bệnh đang từ trạng thái độc lập trong sinh hoạt hằng ngày nay phải phụ thuộc vào sự hỗ trợ của những người xung quanh để thực hiện các hoạt động cơ bản nhất như ăn uống, đi lại, đại tiểu tiện, làm mất đi sự tự tin, tăng cảm giác thất vọng, thúc đẩy các suy nghĩ tiêu cực rằng người bệnh là vô giá trị, là gánh nặng cho mọi người. Nếu không được hỗ trợ để phục hồi chức năng và giải quyết các suy nghĩ tiêu cực, buồn chán, người bệnh theo thời gian sẽ rơi vào trạng thái trầm cảm.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh ảnh hưởng của sự hỗ trợ xã hội tới tình trạng trầm cảm sau đột quỵ, mức độ hỗ trợ xã hội thấp được xem là yếu tố tiên lượng trầm cảm sau đột quỵ [24],[25]. Nghiên cứu tổng quan của Yu-Shi cho kết quả mức độ hỗ trợ xã hội là yếu tố bảo vệ giúp hạn chế trầm cảm sau đột quỵ [22]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự khi người bệnh cho rằng bản

thân càng nhận được nhiều sự hỗ trợ xã hội, mức độ trầm cảm sau đột quỵ càng thấp ($r = -0,766$; $p < 0,001$). Gia đình, người thân, bạn bè, đồng nghiệp là những nguồn hỗ trợ cả về vật chất và tinh thần to lớn giúp người bệnh vượt qua bệnh tật và tái hòa nhập với cuộc sống. Vì vậy, ngoài các vấn đề liên quan đến sức khỏe thể chất, nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng cần khuyến khích người bệnh chia sẻ các vấn đề của bản thân với người xung quanh, mặt khác hướng dẫn gia đình, bạn bè của người bệnh các hoạt động có thể giúp hỗ trợ cho sự phục hồi của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy rằng trầm cảm sau đột quỵ bị ảnh hưởng bởi mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh, nhận thức về stress, nhận thức về hỗ trợ xã hội cũng như các đặc điểm nhân khẩu học (trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng tài chính, vai trò trong kinh tế gia đình, và thay đổi chức năng sau đột quỵ).

Việc tìm ra các yếu tố có liên quan đến trầm cảm sau đột quỵ sẽ giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe sẽ nên cân nhắc đến việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cần thiết và can thiệp hiệu quả cho từng cá nhân trong giai đoạn đầu sau đột quỵ nhằm làm giảm mức độ stress và trầm cảm của người bệnh từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh đột quỵ.

ABSTRACT

Objectives: To identify factors related to post stroke depression among stroke survivors, including the functional dependence, perceived stress, and perceived social support, as well as demographic characteristics, and to describe the relationship among them.

Methodology: A cross-sectional study was performed, with a total sample of stroke survivors (N=60). Data was collected using a questionnaire on patient's characteristics, the Patient Health Questionnaire-9, the Barthel Index, the Perceived Stress Scale-10, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Results: The mean score of patient's depression was $13,02 \pm 6,82$, in which 23,33% of patients had

moderate depression, patients with moderately severe depression and severe depression were equal with 21,67%. There were statistically significant differences among groups of education level, marital status, financial status, function in financial family, and functional change after stroke to PSD. There were statistically significant correlation between perceived stress, functional dependence, perceived social support and PSD.

Conclusions: It is crucial for health care providers to pay more attention to patient's mental health to provide mental health screening, appropriate psychological counseling in early stages after stroke with aiming of reducing the severity of depression of patients, decreasing their stress level, increasing their functional independence, and enhancing quality of life for patients.

Keywords: Post stroke depression, functional dependence, perceived stress, perceived social support.

REFERENCES

1. Thrift, A.G., et al., *Global stroke statistics*. Int J Stroke, 2017. **12**(1): p. 13-32.
2. Roth, L., *Leading Causes of Death in Vietnam*. 2017.
3. Hackett, M.L. and K. Pickles, *Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies*. Int J Stroke, 2014. **9**(8): p. 1017-25.
4. Virani, S.S., et al., *Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association*. Circulation, 2020. **141**(9): p. e139-e596.
5. Almhdawi, K.A., et al., *Post-stroke depression, anxiety, and stress symptoms and their associated factors: A cross-sectional study*. Neuropsychol Rehabil, 2021. **31**(7): p. 1091-1104.
6. Robinson, R.G. and R.E. Jorge, *Post-Stroke Depression: A Review*. Am J Psychiatry, 2016. **173**(3): p. 221-31.
7. Stein, L.A., et al., *Association Between Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Disorder and Outcomes After Ischemic Stroke*. Front Neurol, 2018. **9**: p. 890.
8. Khedr, E.M., et al., *Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients—hospital-based study*. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 2020. **56**(1): p. 66.
9. Bartoli, F., et al., *Early Post-stroke Depression and Mortality: Meta-Analysis and Meta-Regression*. Front Psychiatry, 2018. **9**: p. 530.
10. Ayerbe, L., et al., *Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis*. Br J Psychiatry, 2013. **202**(1): p. 14-21.
11. Babkair, L.A., *Risk Factors for Poststroke Depression: An Integrative Review*. J Neurosci Nurs, 2017. **49**(2): p. 73-84.
12. Saadi, A., et al., *Post-stroke social networks, depressive symptoms, and disability in Tanzania: A prospective study*. Int J Stroke, 2018. **13**(8): p. 840-848.
13. Northcott, S., et al., *A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change*. Clin Rehabil, 2016. **30**(8): p. 811-31.
14. Babkair, L.A., et al., *The Effect of Psychosocial Factors and Functional Independence on Poststroke Depressive Symptoms: A Cross-Sectional Study*. J Nurs Res, 2021. **30**(1): p. e189.

15. Lương Tuấn Khanh, *Phục hồi chức năng thần kinh sau đột quỵ*. Đại cương về phục hồi chức năng sau đột quỵ não. 2016: AVANT program.
16. Das, J. and K.R. G, *Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke*. Neurosci Biobehav Rev, 2018. **90**: p. 104-114.
17. Robert G. Robinson and Ricardo E. Jorge, *Post-Stroke Depression: A Review*. Am J Psychiatry, 2016. **173**(3): p. 221-231.
18. Ayasrah, S.M., M.M. Ahmad, and I.A. Basheti, *Post-Stroke Depression in Jordan: Prevalence Correlates and Predictors*. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2018. **27**(5): p. 1134-1142.
19. Ezema, C.I., et al., *Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living*. Ethiop J Health Sci, 2019. **29**(1): p. 841-846.
20. Jullamate, P. and E. Rosenberg, *Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam*. Journal of nursing and health sciences, 2017. **11**(3): p. 148-157.
21. Lê Văn Tuấn and Lê Cao Thái, *Đánh giá đặc tính tương đồng giữa giải phẫu thần kinh và trầm cảm sau đột quỵ nhồi máu não cấp*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 2014. **18**(1).
22. Yu Shi, et al., *Risk Factors for Post-stroke Depression: A Meta-analysis*. Frontiers in Aging Neuroscience, 2017. **9**(218).
23. Robert G. Robinson and Gianfranco Spalletta, *Poststroke Depression: A review*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2010. **55**(6): p. 341 - 349.
24. Francisco Javier Carod-Artal, *Post-stroke depression: can prediction help prevention?* Future Neurol, 2010. **5**(4): p. 569-580.
25. Annemieke De Ryck, et al., *Risk factors for poststroke depression: Identification of inconsistencies based on a systematic review*. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 2014. **27**(3).