

TRẦM CẢM SAU ĐỘT QUY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phạm Thị Thuận¹, Trương Quang Trung², Vũ Thị Thanh Huyền²

¹Viện Y học Cổ truyền Quân Đội, ²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu “Mô tả thực trạng trầm cảm sau đột quy trên người bệnh điều trị tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018 – 2019” và “Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quy”. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 111 người bệnh sau đột quy đang được điều trị và phục hồi chức năng tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương bằng bộ công cụ PHQ-9. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh sau đột quy là 57,7%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng trầm cảm sau đột quy gồm điều kiện kinh tế, sự thay đổi vai trò của người bệnh trong gia đình sau khi bị đột quy, khó khăn trong giao tiếp, khó nuốt, hiệu quả phục hồi chức năng, mức độ phụ thuộc của người bệnh, nhận thức của người bệnh về tình trạng đột quy, mức độ hỗ trợ xã hội và chất lượng chăm sóc điều dưỡng ($p < 0,05$). Như vậy, tỷ lệ mắc trầm cảm sau đột quy đang ở mức khá cao. Người bệnh sau đột quy tự đánh giá vai trò của bản thân trong gia đình bị ảnh hưởng (giảm hoặc phụ thuộc), có mức độ hỗ trợ xã hội thấp và nhận định về tình trạng bệnh đột quy một cách tiêu cực có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những người bệnh khác.

Từ khóa: Trầm cảm, đột quy, điều dưỡng, yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những hậu quả về tâm thần thường gặp nhất trên người bệnh sau đột quy với tỷ lệ mắc khoảng 1/3 [1 - 2]. Tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở năm đầu tiên sau đột quy, sau đó giảm dần vào những năm tiếp theo [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Văn Tuấn và Lê Cao Thái cho kết quả tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh sau đột quy nhồi máu não hiện ở mức 37% [4]. Các yếu tố có liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quy gồm tuổi, giới, sắc tộc, văn hóa, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, tiền sử gia đình có người mắc trầm cảm, mức độ tàn tật và sự hỗ trợ xã hội [5 - 6]. Trầm cảm gây ảnh hưởng tiêu cực tới kết quả phục hồi chức năng, làm tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng nhu cầu sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế cũng như làm giảm

chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy [3]. Tuy vậy, có tới hơn 50% trường hợp trầm cảm sau đột quy không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [7]. Nguyên nhân của việc bỏ sót chẩn đoán và điều trị có thể do các biểu hiện của trầm cảm dễ bị lẫn với các vấn đề về thể chất người bệnh gặp phải sau đột quy, nhân viên y tế chưa có kinh nghiệm trong việc nhận định các triệu chứng trầm cảm hoặc không có đủ thời gian để tiếp cận và đánh giá một cách hiệu quả khía cạnh sức khỏe tâm thần của người bệnh bởi sự ưu tiên quan tâm sức khỏe thể chất trước tiên. Việc phát hiện sớm tình trạng trầm cảm sau đột quy có vai trò vô cùng quan trọng trong việc cải thiện hiệu quả điều trị và chăm sóc người bệnh, giúp tiên lượng khả năng phục hồi [8].

Bệnh viện Lão khoa Trung ương và Viện Y học Cổ truyền Quân đội là hai cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội có chức năng điều trị và chăm sóc cho người bệnh sau đột quy. Tại hai cơ sở y tế này, người bệnh đều được kết hợp cả y học hiện đại và y học cổ truyền trong

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thuận,

Viện Y học Cổ truyền Quân Đội

Email: thuanpham@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 19/08/2019

Ngày được chấp nhận: 29/08/2019

quá trình điều trị và phục hồi chức năng sau đột quy. Với mục đích nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng trầm cảm sau đột quy trên người bệnh điều trị tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018 – 2019.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được tiến hành với 111 người bệnh sau đột quy đang điều trị, phục hồi chức năng tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong thời gian từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 08 năm 2019 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người bệnh được chẩn đoán xác định là đột quy não lần đầu trong hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế thế giới.

- Thời gian tính từ thời điểm khởi phát đột quy đến thời điểm tham gia vào nghiên cứu ít nhất là 14 ngày (2 tuần).

- Độ tuổi từ 18 trở lên.

- Tình trạng ý thức tỉnh táo tại thời điểm phỏng vấn.

- Có khả năng giao tiếp và hiểu được tiếng Việt.

- Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được chẩn đoán là cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc từng có tổn thương não bộ trước đó (ví dụ: chấn thương sọ não);

- Người bệnh từng bị tàn tật trước khi bị đột quy.

- Người bệnh có rối loạn ý thức, lú lẫn cấp do mọi nguyên nhân.

- Người bệnh có tiền sử rối loạn tâm thần trước khi bị đột quy như sa sút trí tuệ nặng, trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tâm thần phân liệt, nghiện chất đã từng được chẩn đoán trước đây.

- Người bệnh chuyển viện.

2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang

3. Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi gồm 2 phần

Phần I: (Dành cho người bệnh tham gia vào nghiên cứu) tự trả lời, gồm các mục: Đặc điểm chung về nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe, Bộ câu hỏi Nhận thức về bệnh tật tóm tắt (Brief – IPQ), Bộ câu hỏi tình trạng sức khỏe của người bệnh (PHQ-9), Thang đo đa chiều về nhận thức hỗ trợ xã hội (MSPSS), Bộ câu hỏi về Sự hài lòng của người bệnh với chất lượng chăm sóc điều dưỡng rút gọn (PSNCQQ).

Phần II: Phần dành cho nhóm nghiên cứu, thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và đánh giá, hỏi trực tiếp trên người bệnh, gồm các phần: Các đặc điểm về bệnh lý liên quan đến đột quy của người bệnh và Thang điểm Barthel Index.

4. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, một số thuật toán thống kê mô tả như tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn, và thống kê phân tích như Chi bình phương, tương quan Spearman's rho được sử dụng. Ngoài ra phân tích hồi quy logistic đa biến cũng được áp dụng.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Đồng thời, nghiên cứu được sự ủng hộ cho phép tiến hành của Ban lãnh đạo 2 bệnh viện. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Sau thời gian thu thập số liệu, có 111 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu hoàn thiện bộ câu hỏi. Tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu 67 tuổi, với người bệnh trẻ nhất là 31 tuổi và lớn tuổi nhất là 92 tuổi.

1. Trầm cảm trên người bệnh sau đột quỵ

Tình trạng trầm cảm của người bệnh được đánh giá qua thang điểm PHQ-9. Điểm dao động từ 0 đến 27 với điểm càng cao cho thấy mức độ trầm cảm càng trầm trọng. Điểm trung bình PHQ-9 trên nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu là $7,9 \pm 6,8$, với điểm thấp nhất là 0 (13 người) và cao nhất là 27 (2 người). Bảng 1 mô tả mức độ trầm cảm.

Bảng 1. Mức độ trầm cảm theo thang điểm PHQ-9

Điểm PHQ-9	Mức độ trầm cảm	n (%)
0 – 4	Không trầm cảm	47 (42,3%)
5 – 9	Trầm cảm mức độ nhẹ	21 (18,9%)
10 – 14	Trầm cảm mức độ trung bình	23 (20,7%)
15 – 19	Trầm cảm nặng mức trung bình	12 (10,8%)
20 - 27	Trầm cảm mức độ nặng	8 (7,2%)

Trong 111 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, có 47 người bệnh không mắc trầm cảm (chiếm 42,3%) và 64 người bệnh mắc trầm cảm ở các mức độ từ nhẹ đến nặng (chiếm 57,7%). Trong đó, trầm cảm mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 18,9% và 20,7%; trầm cảm mức độ nặng chiếm tỷ lệ ít nhất (7,2%).

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quỵ

Bảng 2. Tỷ lệ trầm cảm theo các đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm		Trầm cảm		OR (CI 95%)	p
		Có (n)	Không (n)		
Độ tuổi	< 65 tuổi	25	22	1,37 (0,64 – 2,94)	0,44
	≥ 65 tuổi	39	25		
Giới tính	Nam	42	31	1,02 (0,46 – 2,25)	1,00
	Nữ	22	16		
Nơi sống	Thành phố	34	32	1,88 (0,86 – 4,13)	0,12
	Nông thôn	30	15		

Đặc điểm	Trầm cảm		OR (CI 95%)	p	
	Có (n)	Không (n)			
Trình độ học vấn	≤ Phổ thông cơ sở	31	21	0,71 (0,40 – 1,83)	0,86
	≥ Phổ thông trung học	33	26		
Hiện đang làm việc	Có	30	19	0,77 (0,36 – 1,65)	0,56
	Không	34	28		
Tình trạng hôn nhân	Sống chung với vợ/chồng	51	42	2,14 (0,71 – 6,50)	0,20
	Sống một mình	13	5		
Điều kiện kinh tế	Khá giả trở lên	10	17	3,06 1,25 – 7,52	0,015
	Trung bình trở xuống	54	30		
Vai trò thay đổi sau đột quy	Không thay đổi	5	17	6,69 (2,25 – 19,88)	< 0,001
	Giảm vai trò, phụ thuộc	59	30		
Người thân chăm sóc khi nằm viện	Có	56	40	0,82 (0,27 – 2,43)	0,78
	Không	8	7		

Tỷ lệ trầm cảm sau đột quy không khác biệt về giới, nhóm tuổi, nơi sống, trình độ học vấn và đặc điểm người thân khi chăm sóc. Nhóm người bệnh có điều kiện kinh tế trung bình trở xuống có tỷ lệ trầm cảm cao gấp 3,06 lần so với nhóm người bệnh có điều kiện kinh tế khá giả trở lên ($p < 0,05$); nhóm người bệnh có sự thay đổi vai trò – phụ thuộc sau đột quy có tỷ lệ trầm cảm cao gấp 6,69 lần so với nhóm không có sự thay đổi vai trò sau đột quy ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ trầm cảm theo các đặc điểm bệnh lý liên quan đến đột quy

Các đặc điểm lâm sàng	Trầm cảm		OR (CI 95%)	p	
	Có (n)	Không (n)			
Thời gian từ lúc đột quy đến phỏng vấn	2 – 4 tuần	33	19	1	0,30
	5 – 12 tuần	15	14	0,62 (0,25 – 1,55)	
	13 – 24 tuần	7	4	1,01 (0,26 – 3,89)	
	≥ 25 tuần	8	10	0,46 (0,16 – 1,37)	
Loại đột quy	Thiếu máu não	46	38	1,65 (0,67 – 4,10)	0,37
	Chảy máu não	18	9		

Các đặc điểm lâm sàng		Trầm cảm		OR (CI 95%)	p
		Có (n)	Không (n)		
Vị trí tổn thương	Bán cầu não phải	20	20	1,42 (0,64 – 3,16)	0,42
	Bán cầu não trái	37	26		
Liệt mặt	Không	43	38	2,06 (0,84 – 5,04)	0,11
	Có	21	9		
Giao tiếp khó khăn	Không	23	29	2,87 (1,32 – 6,26)	0,007
	Có	41	18		
Khó nuốt	Không	37	39	3,56 (1,44 – 8,82)	0,007
	Có	27	8		
Liệt nửa người	Không	9	8	1,25 (0,44 – 3,54)	0,79
	Có	55	39		
Giảm khả năng giữ thăng bằng	Không	5	7	2,07 (0,61 – 6,97)	0,35
	Có	59	40		
Tăng huyết áp	Không	12	13	1,66 (0,68 – 4,06)	0,36
	Có	52	34		
Đái tháo đường	Không	55	38	0,69 (0,25 – 1,90)	0,60
	Có	9	9		
Hiệu quả phục hồi chức năng	Tốt	11	20	3,57 (1,50 – 8,52)	0,005
	Chưa tốt	53	27		

Tỷ lệ người mắc trầm cảm sau đột quy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh. Nhóm người bệnh gặp khó khăn trong giao tiếp, khó nuốt và chưa đạt hiệu quả trong phục hồi chức năng có tỷ lệ trầm cảm sau đột quy cao hơn nhóm còn lại (2,87 lần; 3,56 lần và 3,57 lần tương ứng) với $p < 0,05$.

Một số yếu tố liên quan khác được đánh giá bằng các thang điểm được chuẩn hóa. Thang điểm Barthel Index với điểm càng cao người bệnh càng độc lập tốt trong việc thực hiện các hoạt động sống thường ngày, thang điểm MSPSS với điểm càng cao người bệnh càng nhận được nhiều sự hỗ trợ xã hội, thang Brief – IPQ với điểm càng cao người bệnh càng nhìn nhận tiêu cực về tình trạng bệnh đột quy của mình và thang PSNCQQ rút gọn với điểm càng cao mức độ hài lòng với chất lượng chăm sóc điều dưỡng của người bệnh càng giảm. Bảng 4 trình bày mối tương quan một số thang điểm đánh giá với kết quả đánh giá trầm cảm.

Bảng 4. Mối tương quan giữa trầm cảm sau đột quỵ và một số đặc điểm khác

Các biến	Điểm PHQ 9	p
Sự phụ thuộc của người bệnh (Barthel Index)	r = - 0,59*	< 0,001
Nhận thức về bệnh (Brief – IPQ)	r = 0,80*	< 0,001
Hỗ trợ xã hội (MSPSS)	r = - 0,59*	< 0,001
Hoạt động chăm sóc điều dưỡng (PSNCQQ)	r = 0,44*	< 0,001

*Tương quan Spearman's Rho

Người bệnh có mức độ độc lập càng cao, mức độ hỗ trợ xã hội tốt, nhận thức về bệnh tích cực và đánh giá tốt về chăm sóc điều dưỡng có kết quả và tỷ lệ trầm cảm thấp hơn so với các nhóm khác với $p < 0,001$.

Mô hình hồi quy Logistic đa biến được áp dụng nhằm phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến đánh giá trầm cảm sau đột quỵ (bảng 5).

Bảng 5. Mô hình các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm sau đột quỵ

Các đặc điểm	OR	95% CI	p
Điều kiện kinh tế	4,94	0,56 – 43,37	0,149
Thay đổi vai trò trong gia đình	9,97	1,56 – 63,9	0,015
Giao tiếp khó khăn	0,20	0,03 – 1,21	0,081
Khó nuốt	1,69	0,23 – 12,49	0,608
Hiệu quả phục hồi chức năng	1,44	0,21 – 9,82	0,709
Mức độ phụ thuộc (Barthel Index)	1,003	0,98 – 1,03	0,812
Hỗ trợ xã hội (MSPSS)	0,39	0,16 – 0,96	0,04
Chăm sóc điều dưỡng (PSNCQQ)	0,264	0,06 – 1,16	0,077
Nhận thức về bệnh (Brief – IPQ)	4,66	2,21 – 9,81	< 0,001

Trong 9 đặc điểm được đưa vào mô hình hồi quy logistic, có 3 đặc điểm chính dự đoán và có nguy cơ chủ yếu với mức độ trầm cảm gồm Nhận thức của người bệnh về tình trạng đột quỵ (OR = 4,66; CI 95%: 2,21 – 9,81; $p < 0,001$). Sự thay đổi vai trò trong gia đình sau khi bị đột quỵ (OR = 0,1, CI 95%: 0,02 – 0,64; $p = 0,015$) và Mức độ hỗ trợ xã hội mà người bệnh nhận được (OR = 0,39; CI 95%: 0,16 – 0,96; $p = 0,04$). Mức độ giải thích của mô hình với tình trạng trầm cảm sau đột quỵ nằm trong khoảng từ 57,6% (Cox & Snell R²) đến 77,4% (Nagelkerke R²) và dự đoán của mô hình chính xác tới 91,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh sau đột quỵ trong nghiên cứu của chúng tôi là 57,7%, cao hơn nhiều so với các nghiên cứu của Hackett và cộng sự, Ayerber và cộng sự, Lê Văn Tuấn và cộng sự [1; 2; 4; 9]. Có sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc giữa các nghiên cứu là bởi các nghiên cứu khác nhau đã sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán, tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, công cụ chẩn đoán, thời điểm nghiên cứu và các quần thể nghiên cứu khác nhau. Đặc biệt, quần thể người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm người bệnh đột quỵ trong giai đoạn điều trị nội trú và tập phục hồi chức năng, vốn có tỷ lệ mắc trầm cảm sau đột quỵ cao hơn hẳn người bệnh đột quỵ trong cộng đồng [10].

Theo kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mắc trầm cảm với các nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn hay tình hình công việc. Tuy nhiên, nhóm người bệnh đánh giá điều kiện kinh tế của bản thân ở mức độ trung bình trở xuống có tỷ lệ mắc trầm cảm cao gấp 3,06 lần so với người có điều kiện kinh tế ở mức cao trở lên. Đặc biệt, những người sau khi bị đột quỵ bị giảm vai trò trong gia đình, thậm chí là trở thành người phụ thuộc có tỷ lệ mắc trầm cảm cao gấp gần 7 lần so với người không bị giảm vai trò trong gia đình. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Yu – Shi và cộng sự khi cho rằng nhóm người ở độ tuổi trẻ hơn có nguy cơ bị trầm cảm sau đột quỵ cao hơn nhóm người cao tuổi [6]. Kết quả này cũng khác biệt với hầu hết nghiên cứu trước đây khi cho rằng nữ giới có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn nam giới [8; 11]. Tuy nhiên, nghiên cứu cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Jarosz và cộng sự khi chỉ ra không có mối liên hệ giữa trình độ học vấn với tỷ lệ mắc trầm cảm và mối liên quan giữa trầm cảm và điều kiện kinh tế cũng như sự phụ thuộc sau khi bị đột quỵ [12].

Giả thiết phổ biến của các nghiên cứu trước là tổn thương vùng não trước trái và đột quỵ thiếu máu não có liên quan tới trầm cảm [7, 13]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt nào có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ trầm cảm với đột quỵ thiếu máu não và đột quỵ chảy máu não. Tỷ lệ mắc trầm cảm giữa tổn thương não bán cầu não trái và bán cầu não phải cũng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 2 yếu tố lâm sàng làm tăng tỷ lệ mắc trầm cảm sau đột quỵ là người bệnh gặp khó khăn trong giao tiếp và người bệnh có khó nuốt với mức ý nghĩa thống kê lần lượt là OR = 2,87; CI 95%: 1,32 – 6,26 và OR = 3,56, CI 95%: 1,44 – 8,82. Có thể giải thích tình trạng này bởi sự khó khăn trong giao tiếp khiến người bệnh khó thể hiện được hết những suy nghĩ và cảm xúc của bản thân. Ngoài ra hoạt động nuốt là một giai đoạn trong hoạt động ăn uống – một trong những hoạt động sống cơ bản của con người. Người bệnh gặp khó khăn trong việc nuốt khiến sinh hoạt hằng ngày bị ảnh hưởng, giảm lượng dinh dưỡng hấp thu và phải đối mặt với các áp lực về nguy cơ nghẹn sặc nguy hiểm dẫn đến tăng nguy cơ mắc trầm cảm.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, mức độ phụ thuộc của người bệnh sau đột quỵ càng cao có liên quan tới mức độ trầm cảm sau đột quỵ càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Haghgoo 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 ($r = -0,81$) [14].

Nghiên cứu tổng quan của Yu-Shi cho kết quả mức hỗ trợ xã hội là yếu tố bảo vệ giúp hạn chế trầm cảm sau đột quỵ [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự khi người bệnh càng nhận được nhiều sự hỗ trợ xã

hội, mức độ trầm cảm sau đột quỵ càng thấp ($r = -0,59, p < 0,001$).

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò của các chăm sóc, can thiệp điều dưỡng với trầm cảm sau đột quỵ [5]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có mức độ hài lòng với chất lượng chăm sóc điều dưỡng càng thấp (điểm PSNCQQ càng cao) có liên quan tới mức độ trầm cảm sau đột quỵ càng cao ($r = 0,44, p < 0,001$).

Đặc biệt, chúng tôi cũng tìm hiểu được đặc điểm nhận thức của người bệnh về tình trạng đột quỵ là một yếu tố tiên lượng vô cùng quan trọng đối với tình trạng trầm cảm sau đột quỵ ($OR = 4,66, CI 95\%: 2,21 - 9,81, p < 0,001$). Đột quỵ xảy ra đột ngột, nguy hiểm, để lại di chứng nặng nề khiến người bệnh hoang mang, lo lắng, không rõ tiên lượng phục hồi và tái phát, tình trạng này kéo dài làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc trầm cảm sau đột quỵ ở Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương đang ở mức khá cao với tỷ lệ 57,7%. Người bệnh sau đột quỵ tự đánh giá vai trò của bản thân trong gia đình bị ảnh hưởng (giảm hoặc phụ thuộc), có mức độ hỗ trợ xã hội thấp và nhận định về tình trạng bệnh đột quỵ một cách tiêu cực có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những người bệnh khác. Vì vậy, cần chú ý tới các cảm nhận của người bệnh để phát hiện sớm tình trạng trầm cảm sau đột quỵ, đồng thời tăng cường giáo dục sức khỏe để người bệnh hiểu rõ hơn về tình trạng và tiên lượng bệnh của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luis A., Salma A., Charles D.A.W., et al (2013)**. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta - analysis. *The British Journal*

of Psychiatry. **202**,14 – 21.

2. **Hackett M.L., Kristen P. (2014)**. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta - analysis of observational studies. *Int J Stroke*. **9(8)**, 2017 - 2025.

3. **Towfighi A., Bruce O., Nada E. H. et al (2016)**. Poststroke depression: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. **47**.

4. **Lê Văn Tuấn, Lê Cao Thái (2014)**. 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*. **18(1)**.

5. **Fu - ying Z., Ying - ying Y., Lei L., et al (2018)**. Clinical practice guidelines for post - stroke depression in China. *Brazilian Journal of Psychiatry*. **00(00)**.

6. **Yu S., Dongdong Y., Yanyan Z. et al (2017)**. Risk factors for Post - stroke depression: A meta - analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*. **10**.

7. **Llorca G. E., Castilla G., Fernandez M. et al (2014)**. Post - stroke depression: an update. *Neurologia*. **30**, 23 - 31.

8. **Francisco J. C. (2010)**. Post - stroke depression: Can prediction help prevention? *Future Neurol*. **5(4)**, 569 - 580.

9. **Ning S., Qiu - Jie L., Dong - Mei L., et al (2014)**. A Survey on 465 patients with post - stroke depression in China. *Archives of Psychiatric Nursing*. **28(6)**, 368 - 371.

10. **Robinson G. R., Ricardo E. J. (2016)**. Post - Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry*, **173(3)**. 221 - 231.

11. **Azra A., Jasminka D., Salem A., et al (2014)**. Post Stroke Depression. *Med Arh*. **68(1)**, 47 - 50.

12. **Halina S. J., Danuta M., Anna B., et al (2010)**. Predictors of depressive symptoms

in patients with stroke – a three - month follow - up. *Neurologia*. **44(1)**,13 - 20.

13. Robinson G. R., Gianfranco S. (2010). Poststroke Depression: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. **55(6)**, 341 -

349.

14. Haghgoo H. A., Elmira S. P., Ali S. H., et al (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*. **328**, 87 - 91.

Summary

POST – STROKE DEPRESSION AND ASSOCIATED FACTORS

The objectives of the study are to describe the post – stroke depression situation among inpatients in the Military Institute of Traditional Medicine and National Geriatric Hospital in 2018 – 2019” and to examine several factors associated with post – stroke depression”. Across – sectional study design was utilized among 111 post – stroke inpatients who were treated and rehabilitated in the Military Institute of Traditional Medicine and National Geriatric Hospital. The study results showed that post – stroke depression was found in 57.7% participants. Several factors significantly associated with post – stroke depression as are economic status, patient’s role in family changed after stroke, dysphasia, aphagia, effectiveness of rehabilitation, the functional independence, patient perception of stroke, perceived social support and patient’s satisfaction with nursing care quality ($p < 0.05$). In conclusion, post – stroke depression among inpatients was high. Patients who have high perception of changed in role in family, low social support and negative perception of stroke get highly risk of post – stroke depression.

Keywords: Depression, stroke, nurses, associated factors.