

POST-STROKE DEPRESSION AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN STROKE SURVIVORS

Nguyen Chau Thanh*, Nguyen Thi Hoa Huyen

Health Sciences Institute, VinUniversity - Vinhomes Ocean Park Urban Area, Gia Lam Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 24/05/2025

Revised: 10/06/2025; Accepted: 15/06/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the prevalence of post-stroke depression (PSD) and identify associated factors among stroke survivors in Vietnam.

Methods: A cross-sectional study was conducted at four hospitals in Hanoi from December 2023 to March 2025. A total of 185 stroke survivors were recruited using convenience sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire, including the PHQ-9, PSQI, and Barthel Index. Statistical analysis was performed using SPSS 22.0.

Results: PSD was present in 68.1% of participants (PHQ-9 > 4). No significant associations were found between depression and demographic or clinical variables. However, poor sleep quality ($p = 0.00$), higher levels of dependency ($p = 0.01$), and slower functional recovery ($p = 0.03$) were significantly associated with PSD.

Conclusion: Post-stroke depression is common among Vietnamese stroke survivors. Poor sleep, high dependence, and delayed rehabilitation progress are key factors associated with PSD. Early detection and integrated psychological support should be prioritized in post-stroke care.

Keywords: Post-stroke depression, PHQ-9, functional recovery, sleep quality, Barthel Index.

*Corresponding author

Email: 20thanh.nc@vinuni.edu.vn **Phone:** (+84) xxx **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2646**

TRẦM CẢM SAU ĐỘT QUY VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁC BỆNH NHÂN SỐNG SỐT SAU ĐỘT QUY

Nguyễn Châu Thành*, Nguyễn Thị Hoa Huyền

Viện Khoa học Sức Khỏe, Đại học VinUni - KĐT Vinhomes Ocean Park, H. Gia Lâm, Tp. Hà Nội

Received: 24/05/2025

Revised: 10/06/2025; Accepted: 15/06/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm sau đột quy và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sống sót sau đột quy tại Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại 4 bệnh viện ở Hà Nội từ 12/2023 đến 3/2025. Tổng cộng 185 bệnh nhân đột quy được chọn mẫu thuận tiện và khảo sát bằng bảng câu hỏi tự điền gồm PHQ-9, PSQI và chỉ số Barthel. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 22.0.

Kết quả: Tỷ lệ trầm cảm sau đột quy là 68,1% (PHQ-9 > 4). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm và các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng. Tuy nhiên, trầm cảm có liên quan đáng kể đến chất lượng giấc ngủ kém ($p = 0.00$), mức độ phụ thuộc cao ($p = 0,01$), và tiến trình phục hồi chức năng chậm ($p = 0.03$).

Kết luận: Trầm cảm sau đột quy là vấn đề phổ biến, đặc biệt ở bệnh nhân có giấc ngủ kém và khả năng tự chăm sóc hạn chế. Việc sàng lọc sớm và can thiệp tâm lý nên được kết hợp trong điều trị phục hồi sau đột quy.

Từ khóa: Trầm cảm sau đột quy, PHQ-9, phục hồi chức năng, chất lượng giấc ngủ, chỉ số Barthel.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm sau đột quy (Post-Stroke Depression – PSD) là một rối loạn tâm lý thường gặp sau đột quy, đặc trưng bởi cảm giác buồn bã kéo dài, mất hy vọng và giảm hứng thú với các hoạt động thường ngày. Tình trạng này có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình phục hồi và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống trên toàn cầu¹⁰. PSD là một tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 30–50% bệnh nhân đột quy trên thế giới^[5]. Tỷ lệ đột quy cao làm ảnh hưởng với sức khỏe tâm thần, làm tăng gánh nặng cho bệnh nhân trong quá trình phục hồi sau đột quy và phục hồi chức năng.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây báo cáo tỷ lệ PSD dao động từ 30% đến 38%, cho thấy sự ảnh hưởng đáng kể trong cộng đồng bệnh nhân đột quy Việt Nam^[6,7]. PSD xuất phát từ sự tác động phức tạp của nhiều yếu tố. Yếu tố kinh tế - xã hội đóng vai trò quan trọng, khi những bệnh nhân có thu nhập thấp thường gặp nhiều khó khăn hơn trong việc tiếp

cận dịch vụ y tế, thiếu sự hỗ trợ từ gia đình và phải đối mặt với áp lực tài chính lớn hơn. Yếu tố lâm sàng, bao gồm mức độ nghiêm trọng của đột quy và các bệnh đi kèm như tiểu đường, tăng huyết áp, cũng là những yếu tố nguy cơ đáng kể. Những bệnh nhân bị đột quy nặng thường có suy giảm chức năng nhiều hơn, dẫn đến căng thẳng tâm lý cao hơn^[4]. Yếu tố tâm lý - xã hội cũng có vai trò quan trọng trong sự phát triển của PSD. Những yếu tố này ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi phục, dẫn đến kết quả sau phục hồi chức năng, chất lượng cuộc sống suy giảm và tỷ lệ tử vong cao hơn^[3]. Ngoài ra, trầm cảm có thể cản trở hiệu quả của các biện pháp phục hồi chức năng, kéo dài thời gian phục hồi và tạo áp lực lên hệ thống y tế.

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về PSD, nhưng vẫn còn tồn tại những khoảng trống kiến thức đáng kể, đặc biệt là ở Việt Nam. Phần lớn các nghiên cứu trước đây tập trung vào quy mô mẫu lớn, có thể bỏ sót những trải nghiệm cá nhân của các nhóm bệnh nhân nhỏ hơn. Ngoài ra, nghiên cứu về mức độ

*Tác giả liên hệ

Email: 20thanh.nc@vinuni.edu.vn Điện thoại: (+84) xxx <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2646>

ng nghiêm trọng của PSD và sự khác biệt trong biểu hiện bệnh ở bệnh nhân đột quy tại Việt Nam còn hạn chế. Việc giải quyết những khoảng trống này là rất quan trọng để phát triển các can thiệp phù hợp, cải thiện sức khỏe tâm thần và nâng cao chất lượng chăm sóc sau đột quy.

Nghiên cứu này nhằm mục đích: *Tìm hiểu mức độ nghiêm trọng của trầm cảm sau đột quy và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sống sót sau đột quy.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 04 bệnh viện ở thành phố Hà Nội. 02 bệnh viện thuộc tuyến trung ương, 02 bệnh viện thuộc tuyến thành phố.

Thời gian thu thập dữ liệu diễn ra từ giai đoạn tháng 12/2023 đến tháng 3/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- *Bệnh nhân đột quy được chẩn đoán từ phía bác sĩ của bệnh dựa trên hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) được chọn tham gia nghiên cứu phải đáp ứng các tiêu chí:* (1) Khởi phát đột ngột; (2) Xuất hiện triệu chứng thần kinh; (3) Kéo dài ít nhất 24 giờ; (4) Nghi ngờ có nguồn gốc từ mạch máu; (5) Khoảng thời gian từ khi khởi phát đột quy đến khi tham gia nghiên cứu ít nhất 14 ngày (2 tuần); (6) Là người Việt Nam, có khả năng nói, đọc, viết tiếng Việt thành thạo; (7) ≥ 18 tuổi trở lên.

- *Tiêu chí loại trừ:* (1) Không đủ khả năng ký đồng thuận tham gia nghiên cứu do suy giảm nhận thức, khó khăn trong giao tiếp hoặc khuyết tật thể chất nghiêm trọng do đột quy; (2) Có tiền sử rối loạn tâm thần (ví dụ: tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực, v.v.); (3) Có rối loạn nhận thức từ trước khi được chẩn đoán đột quy; (4) Đang sử dụng thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần hoặc thuốc chống loạn thần; (5) Được chẩn đoán mắc rối loạn ý thức cấp tính do bất kỳ nguyên nhân nào, cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), hoặc các bệnh lý về thần kinh khác.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, với tổng số 200 bệnh nhân sau đột quy được tiếp cận và mời tham gia. Sau khi loại trừ các bảng khảo sát không hợp lệ do thiếu thông tin đáng kể, số lượng bảng khảo sát hợp lệ và hoàn chỉnh được đưa vào phân tích cuối cùng là 185.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

Các biến nhân khẩu học bao gồm: thông tin về tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, loại đột quy, thời gian kể từ khi bị đột quy.

Để đánh giá tình trạng trầm cảm, thang đo PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) được sử dụng. Chất lượng giấc ngủ được đo lường bằng bộ câu hỏi Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày được đánh giá thông qua chỉ số Barthel (BI - Barthel Index). Các công cụ đo lường này đã được dịch, kiểm định độ tin cậy và sử dụng trong các nghiên cứu tại Việt Nam.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

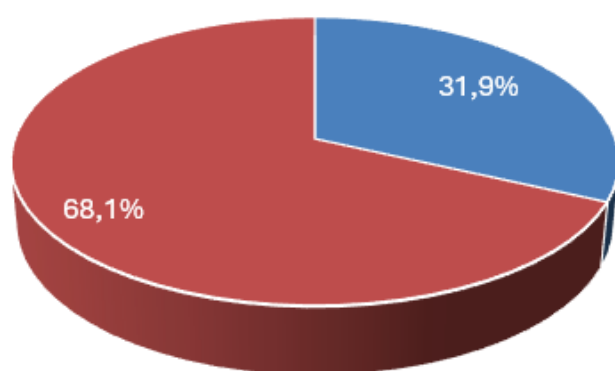
Dữ liệu được thu thập thông qua bảng khảo sát trực tuyến ẩn danh bằng tiếng Việt, phù hợp với đối tượng bệnh nhân. Các bệnh nhân được chẩn đoán đột quy bởi bác sĩ tại bệnh viện và được yêu cầu trả lời các câu hỏi phản ánh tình trạng sức khỏe tâm thần trong tháng qua. Bảng khảo sát được nhóm nghiên cứu đánh giá về nội dung và mức độ dễ hiểu trước khi triển khai. Đồng thời, nhóm cũng tổ chức tập huấn cho thành viên thu thập số liệu nhằm đảm bảo tính nhất quán trong quá trình khảo sát. Bệnh nhân tự điền bảng câu hỏi hoặc được hỗ trợ nếu cần. Dữ liệu nhân khẩu học và lâm sàng được thu thập trực tiếp hoặc từ hồ sơ bệnh án. Sau thu thập, số liệu được kiểm tra, mã hóa và nhập vào phần mềm thống kê để phân tích.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (Armonk, NY, USA). Thống kê mô tả được sử dụng để tổng hợp đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, bao gồm giá trị trung bình, tần số, tỷ lệ phần trăm và độ lệch chuẩn. Nghiên cứu sử dụng một số thuật toán thống kê mô tả như tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn, và Chi bình phương. Trong trường hợp kiểm tra giả định của Chi bình phương không được thỏa mãn, các thông kê phân tích thay thế như Fisher's Exact và Monte Carlo sẽ được áp dụng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec và Trường Đại học VinUniversity theo Quyết định số 56/2023/QĐ-VMC. Mọi thông tin liên quan đến người tham gia đều được giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.



■ Không trầm cảm ■ Có trầm cảm

Biểu đồ 1. Tỷ lệ trầm cảm sau đột quỵ

Nhận xét: Biểu đồ 1 đánh giá tỷ lệ trầm cảm của các bệnh nhân sau đột quỵ. Dựa trên thang đo PHQ-9, kết quả cho thấy 68,1% bệnh nhân sau đột quỵ có biểu hiện trầm cảm từ nhẹ đến nặng (PHQ-9 > 4), trong khi 31,9% không có trầm cảm (PHQ-9 từ 0 - 4).

Bảng 1. Mối quan hệ giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm sau đột quỵ

Đặc điểm nhân khẩu học	Mean ± SD n (%)	PHQ-9		χ ²	p
		Không n (%)	Có n (%)		
Tuổi: 62.63 ± 13.6		23 (18,5)	101 (81,5)		
Giới tính					
Nam	126 (68,1)	39 (31,0)	87 (69,0)	0,374	0,54
Nữ	59 (31,9)	20 (33,9)	39 (66,1)		
Khu vực sinh sống					
Thành thị	126 (68,1)	39 (31,0)	87 (69,0)	1,161	0,689
Nông thôn	59 (31,9)	20 (33,9)	39 (66,1)		
Nghề nghiệp					
Lao động tay chân	117 (63,2)	39 (33,3)	78 (66,7)	0,304	0,581
Lao động trí óc	68 (36,8)	20 (29,4)	48 (70,6)		

Đặc điểm nhân khẩu học	Mean ± SD n (%)	PHQ-9		χ ²	p
		Không n (%)	Có n (%)		
Vai trò trong kinh tế gia đình					
Trụ cột	98 (53)	32 (32,7)	66 (67,3)	1,503	0,472
Bình đẳng	53 (28,6)	19 (35,8)	34 (64,2)		
Phụ thuộc	34 (18,4)	8 (23,5)	26 (76,5)		
Vai trò trong gia đình bị thay đổi sau đột quỵ					
Không thay đổi	54 (29,2)	17 (31,5)	37 (68,5)	0,006	0,939
Giảm vai trò	131 (70,8)	42 (71,2)	89 (70,6)		

Nhận xét: Bảng 1 trình bày mối quan hệ giữa các yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm sau đột quỵ. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ trầm cảm sau đột quỵ với các yếu tố như giới tính (p = 0,54), khu vực sinh sống (p = 0,689), nghề nghiệp (p = 0,581), vai trò kinh tế trong gia đình (p = 0,472), và sự thay đổi vai trò trong gia đình sau đột quỵ (p = 0,939).

Bảng 2. Mối quan hệ giữa đặc điểm lâm sàng của đột quỵ và trầm cảm

Đặc điểm nhân khẩu học	Mean ± SD n (%)	Trầm cảm sau đột quy (PHQ-9)		χ ²	p
		Không n (%)	Có n (%)		
Thời gian từ lúc bị đột quy đến thời điểm nghiên cứu					
2 - 4 tuần	45 (24,3)	18 (40,0)	27 (60,0)	4,383	0,112
5 - 12 tuần	96 (51,9)	24 (25,0)	72 (75,0)		
≥13 tuần	44 (23,8)	17 (38,6)	27 (61,4)		
Loại đột quy					
Thiếu máu	143 (77,3)	43 (30,1)	100 (69,9)	0,963	0,327
Chảy máu	42 (22,7)	16 (38,1)	26 (61,9)		

Đặc điểm nhân khẩu học	Mean ± SD n (%)	Trầm cảm sau đột quy (PHQ-9)		χ2	p
		Không n (%)	Có n (%)		
Liệt mặt					
Có	39 (21,1)	15 (38,5)	24 (61,5)	0,982	0,322
Không	146 (78,9)	44 (30,1)	102 (69,9)		
Vị trí tổn thương					
Bán cầu não phải	142 (76,8)	50 (35,2)	92 (64,8)	3,155	0,207
Bán cầu não trái	27 (14,6)	6 (22,2)	21 (77,8)		
Khác	16 (8,6)	3 (18,8)	13 (81,3)		
Khó nuốt					
Có	54 (29,2)	16 (29,6)	38 (70,4)	0,180	0,672
Không	131 (70,8)	43 (32,8)	88 (67,2)		
Yếu/liệt nửa người					
Có	60 (32,4)	20 (33,3)	40 (66,7)	0,085	0,771
Không	125 (67,6)	39 (31,2)	86 (68,8)		

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy mối quan hệ giữa triệu chứng lâm sàng và PSD. Không có yếu tố nào trong số này có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian từ lúc bị đột quy đến thời điểm nghiên cứu ($p = 0,112$), loại đột quy (thiếu máu hay chảy máu, $p = 0,327$), vị trí tổn thương ($p = 0,207$), liệt mặt ($p = 0,322$), khó nuốt ($p = 0,672$), và yếu/liệt nửa người ($p = 0,771$) đều không cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ trầm cảm.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau đột quy

	PSD		χ^2	p
	Không (n%)	Có (n%)		
Quá trình phục hồi chức năng				
Tiến triển chậm	14 (15,1)	79 (84,9)	25,572	0,03
Tiến triển trung bình	39 (51,3)	37 (48,7)		
Tiến triển tốt	6 (37,5)	10 (62,5)		
Chất lượng giấc ngủ (PSQI)				
Bình thường	45 (43,7)	58 (56,3)	14,89	0,00
Kém	14 (17,1)	68 (82,9)		
Mức độ phụ thuộc (Barthel Index)				
Phụ thuộc hoàn toàn	17 (15,3)	94 (84,7)	37,626	0,01
Phụ thuộc vừa phải	26 (51,0)	25 (49,0)		
Phụ thuộc ít	16 (69,6)	7 (30,4)		

Nhận xét: Bảng 3 phân tích mối liên quan giữa các yếu tố quá trình phục hồi chức năng, chất lượng giấc ngủ với PSD cho thấy có ba yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có quá trình phục hồi chức năng chậm có tỷ lệ trầm cảm cao hơn rõ rệt so với những người phục hồi trung bình hoặc tốt ($p = 0,03$). Chất lượng giấc ngủ cũng có mối liên hệ đáng kể với tình trạng trầm cảm, khi 82,9% người có giấc ngủ kém bị trầm cảm, so với 56,3% ở nhóm ngủ bình thường ($p = 0,00$). Ngoài ra, mức độ phụ thuộc theo thang Barthel càng cao thì tỷ lệ trầm cảm càng lớn, với 84,7% bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn bị trầm cảm, trong khi chỉ 30,4% người phụ thuộc ít có dấu hiệu trầm cảm ($p = 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 68,1% bệnh nhân sau đột quy có biểu hiện trầm cảm từ nhẹ đến nặng theo thang PHQ-9, cho thấy đây là vấn đề phổ biến và đáng quan tâm. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Atigossou et al. (2023) với 21%[1], và nằm trong khoảng dao động 19–55% theo Sagen et al.[9]. Sự khác biệt có thể đến từ thời điểm khảo sát trong nghiên cứu này (2 tuần đến 3 tháng sau đột quy), khi bệnh nhân chưa ổn định tâm lý. Ngoài ra, phương

pháp thu thập dữ liệu cũng là yếu tố ảnh hưởng. Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi tự điền PHQ-9, phụ thuộc vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu trước sử dụng phương pháp đánh giá kéo dài, kết hợp các công cụ khác như Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) hay Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) và có sự tham gia của bác sĩ tâm lý trong chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, bác sĩ chỉ thực hiện chẩn đoán đột quỵ mà không đánh giá tâm lý, điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của việc xác định trầm cảm và dẫn đến khác biệt về tỷ lệ so với các nghiên cứu quốc tế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng quá trình phục hồi chức năng chậm có liên quan đáng kể đến tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở bệnh nhân sau đột quỵ. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Ayerbe và cộng sự (2013), trong đó ghi nhận rằng những bệnh nhân có tiến triển chức năng kém trong giai đoạn đầu sau đột quỵ có nguy cơ cao hơn phát triển trầm cảm kéo dài [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại tập trung vào thời điểm trung bình 2–13 tuần sau đột quỵ, trong khi các nghiên cứu trên thường khảo sát ở giai đoạn ≥ 3 tháng, do đó mức độ ảnh hưởng có thể thay đổi theo thời gian và quá trình thích nghi của bệnh nhân. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trầm cảm vẫn hiện diện ở mức khá cao ngay cả ở nhóm có tiến triển tốt (62,5%), điều này có thể phản ánh ảnh hưởng của các yếu tố khác như thiếu hỗ trợ xã hội, lo lắng về tái phát hoặc sự kỳ vọng cao từ phía người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ kém và tỷ lệ trầm cảm sau đột quỵ cao ($p = 0,00$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ayerbe và cộng sự (2015), khi tác giả cũng nhấn mạnh mối liên hệ phức tạp giữa rối loạn giấc ngủ ở các bệnh nhân đột quỵ [2]. Chất lượng giấc ngủ kém thúc đẩy các triệu chứng trầm cảm thông qua việc làm rối loạn nhịp sinh học, rối loạn chức năng các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin và dopamine, và gia tăng tình trạng viêm hệ thống. Ngược lại, trầm cảm cũng có thể gây ra tình trạng khó ngủ hoặc ngủ không sâu giấc, tạo thành một vòng luẩn quẩn ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình hồi phục toàn diện. Khác với các nghiên cứu sử dụng theo dõi dài hạn hoặc chẩn đoán lâm sàng kết hợp bác sĩ tâm lý, nghiên cứu của chúng tôi dựa trên công cụ tự báo cáo (PHQ-9 và PSQI), tuy thuận tiện cho việc sàng lọc trên quy mô lớn nhưng có thể bỏ sót một số khía cạnh lâm sàng sâu hơn.

Mức độ phụ thuộc cao theo thang đo Barthel cho thấy mối tương quan rõ rệt với tỷ lệ trầm cảm sau đột quỵ, khi nhóm bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn có đến 84,7% mắc trầm cảm. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước như của Quy et al., trong đó đều khẳng định rằng sự mất đi sự độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày là một yếu tố nguy cơ

quan trọng dẫn đến trầm cảm sau đột quỵ [8]. Việc phụ thuộc vào người chăm sóc có thể tạo ra cảm giác bất lực và gây ra cảm xúc tiêu cực kéo dài. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu trước đó, nghiên cứu hiện tại ghi nhận tỷ lệ trầm cảm ở nhóm phụ thuộc hoàn toàn cao hơn đáng kể. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ bối cảnh đặc thù tại Việt Nam, nơi hệ thống phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý sau đột quỵ vẫn còn hạn chế. Ngoài ra, yếu tố văn hóa, bao gồm kỳ vọng xã hội về vai trò của người trưởng thành và áp lực duy trì sự độc lập trong sinh hoạt, có thể góp phần làm trầm trọng thêm cảm giác tuyệt vọng ở nhóm bệnh nhân mất chức năng vận động.

Dựa trên những phát hiện của nghiên cứu, các nghiên cứu trong tương lai có thể xem xét thiết kế theo chiều dọc để theo dõi sự thay đổi mức độ trầm cảm sau đột quỵ theo thời gian, đặc biệt từ giai đoạn cấp tính đến mạn tính. Việc kết hợp nhiều công cụ đánh giá, bao gồm cả thang đo khách quan và phỏng vấn lâm sàng bởi chuyên gia tâm lý, sẽ giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán. Ngoài ra, cần mở rộng phạm vi khảo sát đến các yếu tố xã hội – văn hóa như kỳ vọng gia đình, vai trò giới, và mức độ hỗ trợ xã hội, vốn có thể ảnh hưởng mạnh đến sức khỏe tinh thần của bệnh nhân.

5. HẠN CHẾ

Nghiên cứu hiện tại sử dụng phương pháp cắt ngang và công cụ tự báo cáo (PHQ-9 và PSQI), do đó có thể bị ảnh hưởng bởi nhận thức chủ quan của người tham gia và khó đánh giá đầy đủ các biểu hiện lâm sàng của trầm cảm. Ngoài ra, thời điểm khảo sát dao động từ 2 đến 13 tuần sau đột quỵ, có thể chưa phản ánh toàn diện tiến trình thay đổi tâm lý theo thời gian. Việc không có sự tham gia trực tiếp của bác sĩ tâm lý trong đánh giá cũng hạn chế độ chính xác của chẩn đoán.

6. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trầm cảm sau đột quỵ là một vấn đề phổ biến, với tỷ lệ lên đến 68,1% trong nhóm bệnh nhân được khảo sát. Các yếu tố như chất lượng giấc ngủ kém, mức độ phụ thuộc cao trong sinh hoạt và tiến trình phục hồi chức năng chậm đều có mối liên quan rõ rệt đến tình trạng trầm cảm. Đặc biệt, nhóm bệnh nhân hoàn toàn phụ thuộc và có chất lượng giấc ngủ kém ghi nhận tỷ lệ trầm cảm cao hơn đáng kể. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm và can thiệp kịp thời nhằm hỗ trợ tâm lý và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Atigossou OLG, Ouédraogo F, Honado AS, Alagnidé E, Kpadonou TG, Batcho CS. Association between post-stroke psychological disorders, activity limitations and health-related quality of life in chronic stroke survivors in Benin. *Disabil Rehabil.* 2023;45(13):2087–94.
- [2] Ayerbe L, Ayis SA, Crichton S, Rudd AG, Wolfe CD. Explanatory factors for the association between depression and long-term physical disability after stroke. *Age Ageing.* 2015;44(6):1054–8.
- [3] Ezema CI, Akusoba PC, Nweke MC, Uchewoke CU, Agono J, Usoro G. Influence of post-stroke depression on functional independence in activities of daily living. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(1):841–6.
- [4] Fong TCT, Lo TLT, Ho RTH. Indirect effects of social support and hope on quality of life via emotional distress among stroke survivors: A three-wave structural equation model. *Front Psychiatry.* 2022;13:919078.
- [5] Llorca GE, Castilla-Guerra L, Moreno MF, Doblado SR, Hernández MJ. Post-stroke depression: an update. *Neurología.* 2015;30(1):23–31.
- [6] Nguyen TA, Nguyen TX, Tran LHX, Vu TTH. Characteristics of post-stroke depression in elderly patients. *J Med Res.* 2020;136(12).
- [7] Nguyen TTP, Nguyen TX, Nguyen TC, Nguyen HTT, Nguyen TN, Nguyen TTH, et al. Post-stroke depression in Vietnamese patients is associated with decreased sleep quality and increased fatigue: a one-institution cross-sectional analysis. *Sleep Breath.* 2023;27(4):1629–37.
- [8] Quy NTN, Phu NT. Clinical features and daily activity dependence in stroke patients: a Barthel index-based study at Ha Tinh Rehabilitation Hospital in 2024. *YHCĐ.* 2024;65.
- [9] Sagen U, Vik TG, Moum T, Mørland T, Finset A, Dammen T. Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale. *J Psychosom Res.* 2009;67(4):325–32.
- [10] World Health Organization. Depressive disorder (depression). Geneva: World Health Organization; 2023.

