SOME FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL IDEATION IN POST-STROKE PATIENTS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Le Thi Thu Ha[1,2*], Pham Khanh Vi[1]

[1]*Department of Psychiatry, Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, 8 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 05/05/2026
Reviced: 24/07/2026; Accepted: 22/08/2026

SUMMARY

Objectives: To analyze the selected factors associated with suicidal ideation among post-stroke patients at the National Geriatric Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 304 post-stroke inpatients from August 2025 to February 2026. Data were collected through direct clinical assessment and medical record review. Suicidal ideation was assessed through direct interviews, while mental health status and quality of life were evaluated using the PSQI, HADS, and SS-QOL-17 scales, respectively. Data were analyzed using SPSS version 27.0.

Results: The prevalence of suicidal ideation was 11.8%. Male had a higher prevalence of suicidal ideation than female (OR crude = 2.85; p = 0.006). Younger patients, later post-stroke stage, and the presence of sequelae were significantly associated with suicidal ideation. Mental health factors, including insomnia, anxiety, depression, and poor quality of life, were strongly associated with suicidal ideation (p < 0.001).

Conclusions: Suicidal ideation among post-stroke patients is associated with multiple factors, particularly mental health disorders and reduced quality of life. Early screening and timely intervention for these factors are essential for suicide prevention.

Keywords: Stroke; suicidal ideation; quality of life.

*Corresponding author
Email: lethuha@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 912652248 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6267

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN Ý TƯỞNG TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Thu Hà[1,2*], Phạm Khánh Vi[1]

[1]*Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Viện Sức khoẻ Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai, 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 05/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/07/2026; Ngày duyệt đăng: 22/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 304 người bệnh sau đột quỵ điều trị nội trú từ tháng 8/2025 đến 2/2026. Dữ liệu được thu thập bằng thăm khám trực tiếp kết hợp hồ sơ bệnh án. Ý tưởng tự sát được phỏng vấn trực tiếp; các yếu tố sức khoẻ tâm thần và chất lượng cuộc sống được đánh giá lần lượt bằng các thang PSQI, HADS và SS-QOL-17. Số liệu được phân tích bằng SPSS 27.0.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có ý tưởng tự sát là 11,8%. Nam giới có tỷ lệ ý tưởng tự sát cao hơn nữ giới (OR thô = 2,85; p = 0,006). Người bệnh trẻ tuổi hơn, giai đoạn bệnh muộn và chịu di chứng liên quan có ý nghĩa với ý tưởng tự sát. Chất lượng giấc ngủ kém, lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống thấp có mối liên quan chặt chẽ với ý tưởng tự sát (p<0,001).

Kết luận: Ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ liên quan đến nhiều yếu tố, đặc biệt là các rối loạn tâm thần và chất lượng cuộc sống. Việc sàng lọc và can thiệp sớm các yếu tố này có vai trò quan trọng trong dự phòng tự sát.

Từ khoá: Đột quỵ; ý tưởng tự sát; chất lượng cuộc sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ được xem là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong và tàn phế trên phạm vi toàn cầu, với gánh nặng bệnh tật ngày càng tăng, đặc biệt tại các nước đang phát triển. Những di chứng về vận động, nhận thức và chức năng xã hội sau đột quỵ không chỉ làm suy giảm chất lượng cuộc sống mà còn góp phần làm tăng nguy cơ xuất hiện các rối loạn tâm thần ở người bệnh.[1]

Trong số các vấn đề sức khỏe tâm thần sau đột quỵ, trầm cảm, lo âu và rối loạn giấc ngủ là những rối loạn thường gặp, có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng xấu và giảm khả năng phục hồi chức năng.[2] Đặc biệt, các rối loạn này được ghi nhận là yếu tố quan trọng có liên quan đến ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ.

Tự sát là một vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng trên phạm vi toàn cầu, với hơn 700.000 trường hợp tử vong mỗi năm. Ở những người bệnh sau đột quỵ, tỷ lệ tự sát tăng lên rõ rệt so với dân số chung, đặc biệt trong giai đoạn những năm đầu sau khi bị đột quỵ.[3] Ý tưởng tự sát được xem là bước khởi đầu trong hành vi tự sát và có giá trị dự báo đáng kể đối với tiến triển hành vi này trong tương lai.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy các yếu tố như giới tính, tuổi, mức độ tàn tật, giai đoạn bệnh, trầm cảm, lo âu, mất ngủ và chất lượng cuộc sống kém có liên quan đến ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ.[4] Tại Việt Nam, các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần sau đột quỵ còn hạn chế, đặc biệt là về hành vi tự sát. Việc đánh giá vai trò các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và xây dựng chiến lược dự phòng tự sát cho nhóm người bệnh này.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích một số yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu phải đáp ứng đầy đủ cả tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người tham gia là người bệnh sau đột quỵ đã được chẩn đoán xác định theo Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị Đột quỵ não năm 2024 của Bộ Y tế; đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương và đồng ý tham gia phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh đang mắc các bệnh lý nội khoa hoặc ngoại khoa nặng gây nguy hiểm tính mạng.

Người bệnh có các tình trạng làm hạn chế khả năng giao tiếp, bao gồm hành vi chống đối, thiếu hợp tác hoặc suy giảm nhận thức ở mức độ nặng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2025 đến tháng 2 năm 2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế của nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tuyển chọn tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên đang

*Tác giả liên hệ
Email: lethuha@hmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 912652248 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6267

điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 304 người.

2.5. Các công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu kết hợp với các trắc nghiệm tâm lý. Các dữ liệu ghi nhận bao gồm đặc điểm nhân khẩu – xã hội học và đặc điểm lâm sàng liên quan đến đột quỵ. Ý tưởng tự sát được đánh giá trực tiếp bằng tiêu chuẩn vàng thông qua phỏng vấn trực tiếp bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang điểm Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); lo âu và trầm cảm được đo lường bằng thang Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang Stroke-Specific Quality of Life (SS-QoL-17).

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến nhân khẩu – xã hội học bao gồm giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, khu vực sinh sống và trình độ học vấn.

Nhóm biến lâm sàng liên quan đến đột quỵ gồm thể đột quỵ, số lần mắc, giai đoạn bệnh hiện tại và tình trạng di chứng.

Biến kết cục chính là ý tưởng tự sát, được phân loại dạng nhị phân (có/không).

Các biến về sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống bao gồm điểm số chất lượng giấc ngủ (PSQI), lo âu - trầm cảm (HADS) và chất lượng cuộc sống (SS-QOL-17).

2.7. Thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập trong suốt thời gian nghiên cứu thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bảng câu hỏi thiết kế sẵn, kết hợp với các thang đo. Thông tin về đặc điểm nhân khẩu – xã hội và các đặc điểm lâm sàng của đột quỵ được trích xuất từ hồ sơ bệnh án, đồng thời được đánh giá lại qua người bệnh. Ý tưởng tự sát được phỏng vấn trực tiếp. Chất lượng giấc ngủ, lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống được đánh giá tương ứng bằng các thang đo PSQI, HADS và SS-QoL-17. Các nội dung phỏng vấn được thực hiện trong điều kiện đảm bảo tính riêng tư, giải thích rõ mục đích nghiên cứu và cam kết bảo mật thông tin cho người bệnh.

Sau khi hoàn tất thu thập, toàn bộ dữ liệu được rà soát, đối chiếu và ghi chép vào bệnh án nghiên cứu. Các biến số sau đó được mã hóa và lưu trữ một cách có hệ thống để phục vụ cho quá trình xử lý và phân tích thống kê.

2.8. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng các phương pháp thống kê y học. Phương pháp thống kê mô tả được áp dụng để mô tả đặc điểm của mẫu nghiên cứu, trong đó biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, còn biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Mối liên quan giữa các yếu tố nghiên cứu và ý tưởng tự sát được đánh giá bằng các phép kiểm phù hợp: kiểm định Chi-square được sử dụng cho các biến định tính như giới tính, hoàn cảnh sống, trình độ học vấn, thể bệnh đột quỵ, giai đoạn bệnh hiện tại và tình trạng di chứng; riêng biến di chứng khi không đảm bảo điều kiện áp dụng Chi-square được kiểm định bằng Fisher's exact test. Đối với các biến định lượng có phân phối chuẩn như tuổi trung bình và điểm chất lượng cuộc sống (SS-QOL-17), sử dụng kiểm định Independent Samples t-test để so sánh giữa hai nhóm có và không có ý tưởng tự sát. Các biến định lượng không phân phối chuẩn như điểm mất ngủ (PSQI) và lo âu (HADS-A) được phân tích bằng kiểm định Mann–Whitney U. Tỷ số chênh được trình bày là OR thô cùng với giá trị p tương ứng. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

Để kiểm soát các yếu tố nhiễu và xác định các yếu tố liên quan độc lập với ý tưởng tự sát, phân tích hồi quy logistic đa biến đã được áp dụng. Nhằm đảm bảo độ tin cậy của mô hình và tránh hiện tượng quá khớp (over-fitting) do giới hạn về số lượng biến cố, chúng tôi đã chọn lọc 4 biến số đưa vào mô hình (bao gồm giới tính, tuổi, điểm HADS-D và điểm SS-QOL-17) dựa trên ý nghĩa thống kê từ phân tích đơn biến kết hợp với tầm quan trọng về mặt lâm sàng. Sự phù hợp của mô hình với dữ liệu thực tế được đánh giá thông qua kiểm định Hosmer-Lemeshow. Mối liên quan trong mô hình đa biến được biểu thị bằng tỷ số chênh hiệu chỉnh (aOR) cùng với khoảng tin cậy 95% (95% CI).

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu quan sát, không tác động đến quá trình điều trị thường quy của người bệnh tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Người bệnh cùng gia đình được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và tham gia trên cơ sở tự nguyện. Dữ liệu thu thập được đảm bảo tính bảo mật, trung thực và chính xác; các thông tin nhạy cảm được mã hóa. Người tham gia có quyền rút lui bất cứ lúc nào mà không chịu bất kỳ ảnh hưởng nào. Nghiên cứu được triển khai sau khi có sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Lão khoa Trung ương và Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 2433/QĐ-ĐHYHN ngày 29 tháng 5 năm 2025.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n=304)

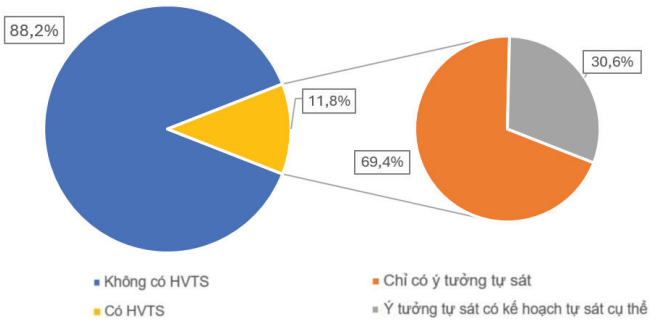
Đặc điểm nhân khẩu xã hội học	Số NB	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	154	50,7
Nữ	150	49,3
Tuổi trung bình	73,5 ± 8,8	
Tình trạng hôn nhân		
Đang sống cùng vợ/chồng	211	69,4
Ly thân- ly dị -góa	86	28,3
Chưa kết hôn	7	2,3
Khu vực sống		
Thành thị	157	51,7
Nông thôn	139	45,7
Khác	8	2,6
Trình độ học vấn		
Tiểu học	38	12,5
Trung học cơ sở	41	13,5
Trung học phổ thông	107	35,2
Trung cấp – cao đẳng- đại học	110	36,2
Mù chữ	8	2,6

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nữ và nam chiếm tỷ lệ ngang nhau. Tuổi trung bình 73,5 ± 8,8 tuổi. Về đặc điểm nhân khẩu xã hội, phần lớn người bệnh sống cùng cùng vợ/chồng (69,4%) và khu vực sống nông thôn và thành thị gần tương đương nhau. Về trình độ học vấn, chủ yếu là trung cấp – cao đẳng – đại học (36,2%).

Bảng 2. Đặc điểm đột quỵ (n=304)

	Số NB	Tỷ lệ (%)
Thể đột quỵ		
Nhồi máu não	261	85,9
Xuất huyết não	35	11,5
Khác	8	2,6
Số lần mắc đột quỵ		
Lần đầu	185	60,9
Lần 2	97	31,9
Từ lần 3 trở đi	22	7,2
Giai đoạn bệnh hiện tại		
Giai đoạn cấp	67	22,0
Giai đoạn hồi phục	123	40,5
Giai đoạn mạn tính	114	37,5
Di chứng		
Có	267	87,8
Không	37	12,2

Nhận xét: Về đặc điểm bệnh lý đột quỵ, thể nhồi máu não chiếm đa số (85,9%) và đa phần là người bệnh mắc lần đầu (60,9%). Về giai đoạn bệnh, giai đoạn cấp chiếm tỷ lệ ít nhất (22,0%).



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ ý tưởng tự sát

Nhận xét: Trong số 304 người bệnh nghiên cứu, có 36 người bệnh (11,8%) có ý tưởng tự sát (trong nhóm này có đến 30,6% số người có kế hoạch cụ thể, không ai có toan tự sát).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan của đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý đột quỵ với ý tưởng tự sát

Ý tưởng tự sát	Có	Không	p
Đặc điểm nhân khẩu xã hội học			
Giới tính, n (%)			p = 0,006 và OR thô = 2,85
Nam	26 (16.9%)	128 (83,1%)	
Nữ	10 (6,7%)	140 (93,3%)	
Hoàn cảnh sống, n (%)			
Đang sống cùng vợ/chồng	29 (13,7%)	182 (86,3%)	p = 0,122
Không sống cùng vợ/chồng	7 (7,5%)	86 (92,5%)	
Trình độ học vấn, n (%)			
Trung học phổ thông trở xuống	24 (12,4%)	170 (87,6%)	p =0,705
Trung cấp, đại học, cao đẳng	12 (10,9%)	98 (89,1%)	
Tuổi trung bình (± SD)	68,33 ± 8,61	74,15 ± 8,55	p < 0,001
Đặc điểm bệnh lý đột quỵ			
Thể đột quỵ, n (%)			
Nhồi máu não	29 (11,1%)	232 (88,9%)	p = 0,331
Xuất huyết não/ thể khác	7 (16,3%)	36 (83,7%)	
Giai đoạn bệnh			
Giai đoạn cấp	2 (3%)	65 (97%)	p = 0.038 và χ2 = 6,53
Giai đoạn hồi phục	17 (13,8%)	106 (86,2%)	
Giai đoạn mạn tính	17 (14,9%)	97 (85,1%)	
Di chứng			
Có	36 (13,5%)	231 (86,5%)	p = 0.012
Không	0 (0,0%)	37 (100,0%)	

Nhận xét: Nam giới có tỷ lệ ý tưởng tự sát cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR thô = 2,85; p = 0,006. Nhóm người bệnh trẻ tuổi hơn có tỷ lệ tự sát cao hơn (p < 0,001). Giai đoạn bệnh hiện tại và tình trạng di chứng sau đột quỵ có liên quan có ý nghĩa thống kê với ý tưởng tự sát (p < 0,05).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan sức khỏe tâm thần với ý tưởng tự sát

Ý tưởng tự sát	Có	Không	p
Chất lượng giấc ngủ qua thang PSQI			
Trung bình ± SD	15,17 ± 3,05	7,30 ± 5,56	<0,001
Lo âu qua thang HADS-A			
Trung bình ± SD	10,61 ± 3,08	4,47 ± 3,40	<0,001
Trầm cảm qua thang HADS-D			
Trung bình ± SD	15,03 ± 2,13	6,21 ± 4,11	<0,001
Chất lượng cuộc sống sau đột quỵ (SS-QOL-17)			
Trung bình ± SD	29,03 ± 3,99	46,65 ± 11,29	<0,001

Nhận xét: Nhóm có ý tưởng tự sát có điểm PSQI, HADS-A và HADS-D trung bình cao hơn, điểm SS-QOL-17 trung bình thấp hơn rõ rệt so với nhóm không có (p < 0,001).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng với ý tưởng tự sát trong mô hình hồi quy logistic đa biến

Yếu tố		OR hiệu chỉnh	Khoảng tin cậy 95% (95% CI)	p
Giới tính	Nam (so với Nữ)	1,58	0,52 – 4,81	0,418
Tuổi	Tăng mỗi 1 tuổi	0,94	0,88 – 1,01	0,056
Trầm cảm (HADS-D)	Tăng mỗi 1 điểm	1,46	1,20 - 1,77	< 0,001
Chất lượng cuộc sống (SS-QOL-17)	Tăng mỗi 1 điểm	0,85	0,76 – 0,95	0,005

(Ghi chú: Hosmer and Lemeshow Test: χ^2= 0,566; p = 1,000)

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy trầm cảm và chất lượng cuộc sống là hai yếu tố liên quan độc lập với ý tưởng tự sát (p < 0,05). Cụ thể, điểm trầm cảm tăng thêm 1 điểm làm tăng gấp 1,46 lần nguy cơ xuất hiện ý tưởng tự sát (95% CI: 1,20 – 1,77). Ngược lại, điểm chất lượng cuộc sống tăng thêm 1 điểm giúp làm giảm 15% khả năng này (aOR = 0,85). Các yếu tố giới tính và tuổi không còn mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau khi đã kiểm soát các biến số khác (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ là 11,8%, tương đồng với phân tích gộp của Zhang (2022) cũng cho tỷ lệ này vào khoảng 12.[5] Điều này cho thấy ý tưởng tự sát là một vấn đề đáng báo động ở người bệnh sau đột quỵ và cần được quan tâm trong thực hành chăm sóc và phục hồi chức năng sau điều trị.

Nam giới có tỷ lệ ý tưởng tự sát cao hơn với OR thô = 2,85, p = 0,006. Kết quả này tương đồng với phân tích gộp của Zhang (2022), trong đó nam giới là một yếu tố liên quan có ý nghĩa đối với ý tưởng tự sát sau đột quỵ.[5]

Đáng chú ý, nhóm người bệnh trẻ tuổi hơn có tỷ lệ xuất hiện ý tưởng tự sát cao hơn so với nhóm lớn tuổi (68,33 ± 8,61 so với nhóm không có 74,15 ± 8,55), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Người bệnh trẻ sau đột quỵ thường phải đối mặt với gánh nặng lớn hơn do sự gián đoạn công việc, mất vai trò trong gia đình, các vấn đề về kinh tế... Những mất mát này có thể làm gia tăng cảm giác bất lực, giảm giá trị bản thân và từ đó góp phần làm tăng khả năng xuất hiện ý tưởng tự sát trong nhóm đối tượng này.[6]

Giai đoạn bệnh muộn và có di chứng sau đột quỵ có liên quan đến ý tưởng tự sát, trong đó giai đoạn hồi phục/mạn tính có tỷ lệ cao hơn so với giai đoạn cấp. Điều này có thể giải thích do sau giai đoạn cấp, người bệnh bắt đầu nhận thức rõ hơn về mức độ tàn tật và hạn chế chức năng lâu dài, từ đó làm gia tăng căng thẳng tâm lý và khả năng xuất hiện ý tưởng tự sát.

Về các yếu tố sức khỏe tâm thần, chúng tôi tìm thấy thấy mối liên quan chặt chẽ giữa chất lượng giấc ngủ kém, lo âu, trầm cảm với ý tưởng tự sát (p < 0,001). Cụ thể, điểm số trung bình chất lượng giấc ngủ qua thang PSQI ở nhóm có ý tưởng tự sát cao hơn rõ rệt so với nhóm không có (15,17 ± 3,05 so với 7,30 ± 5,56), cho thấy tình trạng rối loạn giấc ngủ nặng hơn ở nhóm này. Người bệnh có ý tưởng tự sát qua thang HADS có mức điểm lo âu (10,61 ± 3,08 so với 4,47 ± 3,40) và trầm cảm (15,03 ± 2,13 so với 6,21 ± 4,11) cao hơn ở nhóm không có. Điều này gợi ý rằng các rối loạn tâm thần như lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ không chỉ hiện diện mà còn ở mức độ nặng ở những người bệnh có ý tưởng tự sát. Hong (2018) nghiên cứu trên người bệnh đột quỵ nhận thấy trầm cảm có mối liên quan thuận làm tăng tỷ lệ tự sát hoàn thành ở nhóm người bệnh này.[7] Tang (2011) cũng ghi nhận mất ngủ có liên quan đến ý tưởng tự sát sau đột quỵ.[8]

Trong phân tích đơn biến, chất lượng cuộc sống thấp (SS-QOL) cũng có mối liên quan mật thiết với ý tưởng tự sát. Người bệnh có chất lượng cuộc sống suy giảm thường phải đối mặt với tình trạng hạn chế chức năng kéo dài, giảm khả năng độc lập và phụ thuộc người chăm sóc, từ đó dễ xuất hiện cảm giác tuyệt vọng, mất ý nghĩa sống và gia tăng khả năng hình thành ý tưởng tự sát.

Khi phân tích mối liên quan thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra điểm đáng chú ý: các đặc điểm nhân khẩu học như giới nam và tuổi trẻ, mặc dù có ý nghĩa ở phân tích đơn biến, nhưng đã không còn duy trì được mối liên quan độc lập với ý tưởng tự sát sau khi kiểm soát các yếu tố lâm sàng (p > 0,05). Điều này gợi ý rằng ảnh hưởng của giới tính và tuổi tác có thể đã bị chi phối bởi các yếu tố tâm lý và chức năng nặng nề hơn. Nam giới và người trẻ tuổi sau đột quỵ thường đối mặt với sự sụt giảm đột ngột về vai trò xã hội và gánh nặng kinh tế, khiến họ dễ rơi vào trạng thái suy sụp tâm lý nghiêm trọng. Thay vào đó, phân tích đa biến khẳng định trầm cảm và sự suy giảm chất lượng cuộc sống mới là hai yếu tố liên quan độc lập và mạnh mẽ nhất đến ý tưởng tự sát. Cụ thể, điểm trầm cảm (HADS-D) tăng 1 điểm thì khả năng xuất hiện ý tưởng tự sát tăng gấp 1,46 lần. Kết quả này giống với nghiên cứu của Hong (2018), nhấn mạnh vai trò trực tiếp của trầm cảm đối với hành vi tự sát ở người bệnh đột quỵ.[7] Tương tự, chất lượng cuộc sống (SS-QOL-17) được xác định là một yếu tố bảo vệ độc lập; điểm chất lượng cuộc sống càng cao, nguy cơ tự sát càng giảm (aOR = 0,85). Tình trạng tàn phế kéo dài, mất khả năng độc lập sinh hoạt khiến người bệnh cảm thấy bản thân là gánh nặng, dẫn đến sự tuyệt vọng – cốt lõi của ý tưởng tự sát, nghiên cứu của Lourenço (2021) cũng cho kết quả tương tự.[9]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số các nghiên cứu quốc tế, rằng ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ là vấn đề đa yếu tố, việc dự phòng tự sát cần nhắm trực tiếp vào việc tầm soát, điều trị tích cực chứng trầm cảm và tăng cường phục hồi chức năng toàn diện để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Do đó, việc sàng lọc sớm và can thiệp các rối loạn tâm thần có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng tự sát ở nhóm người bệnh này.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần ghi nhận. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, việc sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có thể hạn chế tính đại diện của kết quả. Thứ ba, ý tưởng tự sát là vấn đề nhạy cảm, do đó việc thu thập thông tin có thể chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau, dù nghiên cứu đã được phỏng vấn trực tiếp bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần (tiêu chuẩn vàng) và được thực hiện trong điều kiện bảo mật. Do số người bệnh có ý tưởng tự sát trong mẫu nghiên cứu là 36 trường hợp, để đảm bảo độ tin cậy của mô hình thống kê (tránh hiện tượng quá khớp - over-fitting), chúng tôi chỉ áp dụng mô hình hồi quy đa biến rút gọn với 4 biến số đại diện quan trọng nhất. Một số yếu tố tiềm năng khác như lo âu, mất ngủ hoặc tình trạng di chứng chưa được đưa vào mô hình kiểm soát nhiễu. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai là cần thiết để đánh giá toàn diện hơn các yếu tố này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ý tưởng tự sát ở người bệnh sau đột quỵ là 11,8%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa bao gồm giới nam, tuổi trẻ hơn, giai đoạn bệnh muộn, có di chứng và đặc biệt là các rối loạn tâm thần như rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm cùng với chất lượng cuộc sống thấp. Kết quả này gợi ý sự cần thiết của việc sàng lọc ý tưởng tự sát sớm và can thiệp kịp thời các rối loạn tâm thần, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống trong chăm sóc người bệnh sau đột quỵ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. *Circulation Research*. 2017;120(3):439-448. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308413

[2] Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CDA, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):14-21. doi:10.1192/bjp.bp.111.107664

[3] Eriksson M, Glader EL, Norrving B, Asplund K. Poststroke suicide attempts and completed suicides. *Neurology*. 2015;84(17):1732-1738. doi:10.1212/WNL.0000000000001514

[4] Kishi Y, Robinson RG, Rosier JT. Suicidal Plans in Patients With Stroke: Comparison Between Acute-Onset and Delayed-Onset Suicidal Plans. *International Psychogeriatrics*. 1996;8(4):623-634. doi:10.1017/S1041610296002931

[5] Zhang S, Wang A, Zhu W, Qiu Z, Zhang Z. Meta-analysis of risk factors associated with suicidal ideation after stroke. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):1. doi:10.1186/s12991-021-00378-8

[6] Morris R. The Psychology of Stroke in Young Adults: The Roles of Service Provision and Return to Work. *Stroke Research and Treatment*. 2011;2011(1):534812. doi:10.4061/2011/534812

[7] Hong JP, Park S, Ahn SH, Kim JS. Factors associated with post-stroke suicidal death. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;96:135-137. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.10.005

[8] Tang WK, Lu JY, Liang H, et al. Is Insomnia Associated With Suicidality in Stroke? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(12):2025-2027. doi:10.1016/j.apmr.2011.06.030

[9] Lourenço E, Sampaio MR dos M, Nzwalo H, Costa EI, Ramos JLS. Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross Sectional Community-Based Study. *Brain Sciences*. 2021;11(11):1509. doi:10.3390/brainsci11111509