

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG SỐNG BỆNH NHÂN CÒN SỐNG SAU ĐỘT QUỴ QUA THANG ĐIỂM WHOQOL-BREF

Nguyễn Đình Toàn

Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát các lĩnh vực về chất lượng sống bệnh nhân còn sống ở thời điểm 3 tháng sau đột quỵ và xác định các yếu tố dự báo chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 190 bệnh nhân còn sống sau đột quỵ được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi ở thời điểm 3 tháng sau đột quỵ. Chất lượng sống được đánh giá bằng thang điểm WHOQOL-BREF bao gồm 26 mục chia làm 4 lĩnh vực: sức khỏe thể chất (7 mục), sức khỏe tâm thần (6 mục), các mối quan hệ xã hội (3 mục), và sức khỏe liên quan môi trường sống (8 mục) và 2 mục chất lượng sống chung và sức khỏe chung. Phân tích hồi quy đa biến để tìm các yếu tố độc lập dự báo chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ. **Kết quả:** 79,5% bệnh nhân bị trầm cảm sau đột quỵ với điểm BECK trung bình là $20,48 \pm 7,24$. Giá trị trung bình điểm chất lượng sống trong tất cả các lĩnh vực đều thấp hơn giá trị bình thường có ý nghĩa thống kê. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống chung, sức khỏe chung, sức khỏe tâm thần, các mối quan hệ xã hội và sức khỏe liên quan môi trường sống giữa 2 nhóm bệnh nhân có trầm cảm và không trầm cảm. Không có mối liên hệ giữa điểm chất lượng sống WHOQOL-BREF ở tất cả các lĩnh vực với tuổi, điểm Glasgow, điểm NIHSS và điểm mRankin. Tuổi và tổng điểm BECK là các yếu tố độc lập dự báo chất lượng sống giảm ở bệnh nhân sau 3 tháng đột quỵ qua phân tích hồi quy đa biến. **Kết luận:** Việc nhận diện tuổi và trầm cảm là các yếu tố dự báo chất lượng sống bệnh nhân cho thấy sự cần thiết phải hỗ trợ tích cực bệnh nhân còn sống sau đột quỵ nhằm duy trì và củng cố hệ thống chăm sóc toàn diện bệnh nhân.

Từ khóa: Rối loạn mạch máu não, trầm cảm, chất lượng sống

Abstract

STUDY ON QUALITY OF LIFE OF POST STROKE SURVIVORS BY WHOQOL-BREF SCALE

Nguyen Dinh Toan

Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: To examine overall and domain-specific quality of life in stroke survivors after 3 months and to identify variables that predict quality of life after stroke. **Methods:** A cross-sectional, descriptive correlational designing on 190 stroke survivors who were interviewed to 3 months after stroke. Quality of life was measured with the use of the WHOQOL-BREF which have 26-item instrument consisting of four domains: physical health (7 items), psychological health (6 items), social relationships (3 items) and environmental health (8 items); and two overall QOL and general health items. Multiple regression analysis was used to predict quality of life. **Results:** 79.5% percent of subjects scored in the depressed range which the mean of BECK scale was 20.48 ± 7.24 . The mean of quality of life score in all domains were low comparable to that of a normal range. There was a significantly difference in the overall quality of life, general health, psychological health, social relationships and environmental health between the groups patient with and without depression. There was not the relationship between the WHOQOL-BREF in all domains with age, Glasgow scale, NIHSS scale, mRankin scale. Age and total BECK scale were the independent factor predicting the low quality of life in post stroke patient after 3 months by analysing the multiple regression. **Conclusions:** The identification of depression and age as predictors of quality of life suggests the need to assist stroke survivors in maintaining and strengthening their support systems.

Key words: Cerebrovascular Disorders, depression, quality of life

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và bệnh tim mạch và là nguyên

nhân hàng đầu gây tàn phế. Một khi bệnh nhân đã bị đột quỵ thì hoặc tử vong hoặc di chứng tàn phế do đó tạo nên một gánh nặng cho gia đình và xã

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Đình Toàn, email: toan_joseph@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2017.4.13

- Ngày nhận bài: 1/7/2017, Ngày đồng ý đăng: 25/8/2017, Ngày xuất bản: 15/9/2017

hội. Trong chiến lược điều trị toàn diện, việc cải thiện chất lượng sống ở những bệnh nhân sống sót sau đột quỵ được nhìn nhận là hết sức cần thiết, như là một phần không thể thiếu của công việc điều trị. Từ đó, các nghiên cứu về sự liên quan của các yếu tố có tính quyết định đến chất lượng sống của những bệnh nhân sống sót sau đột quỵ càng được chú ý nhiều hơn.

Xuất phát từ các lý do đó, chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu chất lượng sống của bệnh nhân còn sống sau đột quỵ”** nhằm hai mục tiêu:

- Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân ở tháng thứ 3 sau đột quỵ theo thang điểm chất lượng sống của TCYTGT phiên bản rút gọn (WHOQOL - BREF).

- Tìm mối liên hệ của các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân sau đột quỵ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 190 bệnh nhân còn sống sau đột quỵ nhồi máu não được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi ở thời điểm 3 tháng

sau đột quỵ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các biến nghiên cứu: Chất lượng sống được đánh giá bằng thang điểm WHOQOL-BREF bao gồm 26 mục chia làm 4 lĩnh vực: sức khỏe thể chất (7 mục), sức khỏe tâm thần (6 mục), các mối quan hệ xã hội (3 mục), và sức khỏe liên quan môi trường sống (8 mục) và 2 mục chất lượng sống chung và sức khỏe chung. Mức độ nặng lâm sàng được đánh giá qua thang điểm NIHSS và Glasgow. Mức độ tàn phế sau đột quỵ được đánh giá bằng thang điểm mRankin. Trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm BECK.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.5 để tính điểm trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối thiểu, tối đa của thang điểm WHOQOL - BREF của nhóm nghiên cứu. Tìm mối tương quan r giữa các chỉ số của thang WHOQOL - BREF với các yếu tố liên quan. Phân tích hồi quy đa biến để tìm các yếu tố độc lập dự báo chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Phân bố nhóm nghiên cứu theo giới tính

Bảng 3.1. Phân bố nhóm nghiên cứu theo giới tính

Giới	Tần suất (n)	Tỷ lệ %
Nam	99	52,1
Nữ	91	47,9
Tổng số	190	100

Nam chiếm đa số trong đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ 52,1%

3.1.2. Phân bố nhóm nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.2. Phân bố nhóm nghiên cứu theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
< 65	72	37,9
≥ 65	118	62,1
Tổng	190	100

Độ tuổi ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ gần gấp đôi so với < 65 tuổi.

3.2. Đánh giá chất lượng sống toàn diện của bệnh nhân đột quỵ

3.2.1. Điểm trung bình của thang WHOQOL-BREF ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.3. Điểm trung bình của thang WHOQOL-BREF ở nhóm nghiên cứu

Các mục của thang WHOQOL-BREF			p
	Không trầm cảm	Có trầm cảm	
Q1 (chất lượng sống chung)	4,28 ± 0,79	3,26 ± 1,24	<0,0001
Q2 (hài lòng về sức khỏe chung)	4,25 ± 0,68	3,14 ± 1,22	<0,0001

D1 (hài lòng về sức khỏe thể chất)	10,33 ± 3,37	10,55 ± 3,15	>0,05
D2 (hài lòng về sức khỏe tâm thần)	13,51 ± 2,4	11,52 ± 3,07	<0,0001
D3 (hài lòng về các mối quan hệ xã hội)	10,72 ± 3,85	9,09 ± 3,92	<0,05
D4 (hài lòng về môi trường sống)	12,56 ± 3,44	13,31 ± 3,66	>0,05
Tổng điểm (chất lượng cuộc sống chung)	55,67 ± 7,11	50,87 ± 7,21	<0,0001

Chất lượng cuộc sống chung, sức khỏe chung, sức khỏe tâm thần, quan hệ xã hội và tổng điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có trầm cảm và không có trầm cảm với $p < 0,05$.

3.2.2. Đánh giá trầm cảm sau đột quỵ theo thang điểm BECK

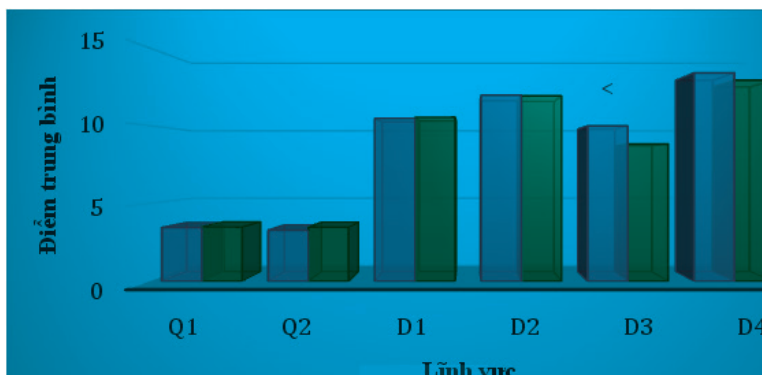
Bảng 3.4. Đánh giá trầm cảm sau TBMMN theo thang điểm BECK

Phân loại Beck	Tần suất	Tỷ lệ %	
Không trầm cảm	39	20,5	20,48 ± 7,24
Trầm cảm nhẹ	56	29,5	
Trầm cảm vừa	70	36,8	
Trầm cảm nặng	25	13,2	

Tỷ lệ có dấu hiệu trầm cảm nhẹ - vừa chiếm tỷ lệ cao với 66,3% bệnh nhân

Tỷ lệ trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ cao hơn dân số chung với 13,2%

3.2.3. Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân đột quỵ theo các yếu tố nhân khẩu học



Biểu đồ 3.1. Chất lượng sống của bệnh nhân TBMMN theo giới

Chỉ có mức độ hài lòng về các quan hệ xã hội có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Chất lượng sống của bệnh nhân TBMMN theo tuổi

Tuổi	Q1	Q2	D1	D2	D3	D4
<40 tuổi	1 ± 0	2 ± 0	11	11	15	10
40-59 tuổi	3,25 ± 1,3	3,34 ± 1,3	10,1 ± 3,1	12,9 ± 3,3	9,0 ± 4,3	13,7 ± 3,6
60-79 tuổi	3,38 ± 1,2	3,25 ± 1,2	10,6 ± 3,3	11,5 ± 3,0	9,12 ± 3,8	12,8 ± 3,6
≥ 80 tuổi	3,89 ± 1,0	3,67 ± 1,1	10,7 ± 3,1	11,9 ± 2,7	11,9 ± 2,7	13,4 ± 3,6
p	>0,005	>0,005	>0,005	>0,005	>0,005	>0,005

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các lĩnh vực trong đánh giá chất lượng cuộc sống với nhóm tuổi.

3.2.4. Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân đột quỵ theo các đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.6. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân đột quỵ theo thang điểm Glasgow

Glasgow	Q1	Q2	D1	D2	D3	D4
≤ 8 điểm	3,3 ± 1,15	4 ± 1,73	11,7 ± 4,5	14 ± 1	13 ± 1	13,3 ± 5,1
9-12 điểm	3,17 ± 1,15	3,4 ± 1,4	9,9 ± 3,2	11,49 ± 3,2	9,9 ± 4,2	13,0 ± 3,3
≥ 13 điểm	3,5 ± 1,2	3,3 ± 1,2	10,6 ± 3,2	12 ± 3,0	9,2 ± 3,9	13,2 ± 3,6
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống với đánh giá thang điểm Glasgow.

Bảng 3.7. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân đột quỵ theo thang điểm NIHSS

NIHSS	Q1	Q2	D1	D2	D3	D4
NIHSS 0-4	3,4 ± 1,34	3,2 ± 1,16	10,7 ± 2,9	12,0 ± 3,0	8,9 ± 4,3	13,0 ± 3,4
NIHSS 5-14	3,5 ± 1,2	3,5 ± 1,2	10,5 ± 3,2	11,8 ± 3,0	9,5 ± 3,6	13,0 ± 3,7
NIHSS 15-25	3,27 ± 1,1	3,3 ± 1,4	9,9 ± 3,6	12,5 ± 3,3	10,1 ± 4,2	14,3 ± 3,5
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thang điểm NIHSS với chất lượng cuộc sống.

Bảng 3.8. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TBMMN theo thang điểm mRankin

mRankin	Q1	Q2	D1	D2	D3	D4
mRankin= 0-2	3,4 ± 1,3	3,4 ± 1,2	10,6 ± 2,9	12,1 ± 3,1	9,3 ± 4,0	13,3 ± 3,5
mRankin= 3-6	3,5 ± 1,2	3,3 ± 1,3	10,4 ± 3,4	11,8 ± 2,9	9,5 ± 3,9	13,1 ± 3,7
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống và thang điểm mRankin

3.3. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ

3.3.1. Phân tích đa biến các yếu tố với thang điểm chất lượng cuộc sống

Bảng 3.9. Phân tích đa biến của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với chất lượng cuộc sống

Biến số độc lập	B	beta	T	p
Hằng số	60,4		9,53	0,001
tuổi	-0,59	-0,13	-0,94	<0,05
BECK total	-0,216	-0,210	-1,9	<0,05

Qua phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF thì tuổi và tổng điểm trầm cảm Beck là yếu tố độc lập. Phương trình hồi quy đa biến: $y = 60,4 - 0,59(\text{tuổi}) - 0,216(\text{Beck total})$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Hiện tại chưa có đủ cơ sở khoa học để lý giải tại sao tỉ lệ nam mắc đột quỵ cao hơn nữ nhưng người ta nhận thấy do đặc điểm và tính chất công việc cũng như những gánh nặng xã hội mà người đàn ông phải đảm đương cộng với những thói quen không điều độ trong sinh hoạt là những yếu tố thuận lợi dễ khởi phát đột quỵ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 52,1%, nhóm tuổi trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ gần gấp hai lần so với dưới 65 tuổi. Trong nghiên cứu của Rare và cộng sự, tỷ lệ nam giới chiếm 81,3%, độ tuổi trung bình là 67 tuổi. Nghiên cứu của Baumann trên 94 bệnh nhân, tuổi trung bình là 65,5 tuổi, nam chiếm tỷ lệ 55,3% [3]. Nghiên cứu của Baune trên 112 bệnh nhân bị tai biến mạch máu não, tuổi trung bình là 55 tuổi, giới nam chiếm 51,8% [4]. Theo Nguyễn Duy Bách và CS tỉ lệ NMN thường gặp ở độ tuổi từ 41 - 70 tuổi [1]. Nguyễn Văn Thông và CS: Tỉ lệ nam:nữ là 1,2:1 và độ tuổi thường gặp là trên 60 tuổi [2]

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình và tỷ lệ nam/nữ khá giống với nghiên cứu của Baumann, và có sự khác biệt với các nghiên cứu khác. Điều này được giải thích do sự khác biệt về tính chất dân cư, mô hình bệnh tật tại các khu vực.

4.2. Đánh giá chất lượng sống toàn diện của bệnh nhân đột quỵ theo thang đo WHOQOL-BREF.

Bệnh nhân sau khi bị đột quỵ thường có các triệu chứng về cảm xúc chủ yếu là trầm cảm như thay đổi khí sắc trong ngày, tư duy chậm chạp, đôi khi lo âu hoặc kích động, giảm cân, mất ngon miệng, dậy sớm vào buổi sáng, khó đi vào giấc ngủ, xa lánh xã hội, mất hứng thú, tự đánh giá thấp bản thân, cảm giác bị tội có thể có ý tưởng tự tử. Thanh đánh giá trầm cảm của Beck là một công cụ đánh giá chủ quan rối loạn trầm cảm được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu lâm sàng tâm thần học và dược lý, cũng như trong lĩnh vực đa khoa và cả trong dịch tễ học, mang lại những dữ liệu sâu sắc về tình trạng trầm cảm. Có thể nói đây là một công cụ được các bệnh nhân chấp nhận tốt và sử dụng dễ dàng, vì nó ngắn gọn. Tỷ lệ trầm cảm đánh giá theo thang điểm Beck chiếm 79,5%, trung bình 20,48 điểm trong nghiên cứu này. Theo Oros có tới 66,7% bệnh nhân bị tai biến mạch máu não bị trầm cảm từ nhẹ đến nặng, trung bình 20,3 điểm [8]. Theo nghiên cứu của Aline thì điểm trầm cảm theo Beck trung bình 11,61. Theo Hayee, có 41% bệnh nhân trầm cảm sau tai đột quỵ. Trong nghiên cứu của Park có 70,6% bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm từ nhẹ đến nặng theo thang đo Beck [9]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi khá

giống nghiên cứu của Park nhưng có sự khác biệt với các nghiên cứu khác.

Bộ công cụ WHOQOL-100 tỏ ra toàn diện nhất khi đề cập đến cả 6 khía cạnh sức khỏe thể chất, tâm lý, kinh tế, xã hội, tâm linh và môi trường. Về số lượng các câu hỏi trong các bộ công cụ dao động từ 9 đến 136 câu hỏi. Trong đó, bộ công cụ WHOQOL-100 bao gồm 100 câu hỏi được đánh giá là chi tiết nhưng tương đối dài nếu áp dụng cho đối tượng NCT. Bộ công cụ WHOQOL-Brief được rút ngắn từ WHOQOL-100 với 26 câu hỏi, tỏ ra có tính ứng dụng linh hoạt ở các nền văn hóa khác nhau, được áp dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia. Tuy nhiên các nhà nghiên cứu cũng chỉ ra rằng bộ công cụ có số lượng câu hỏi lớn lại đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy. Qua bảng 3.3 điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo các lĩnh vực về chất lượng cuộc sống chung, hài lòng sức khỏe chung, sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, quan hệ xã hội và tổng điểm của nhóm trầm cảm thấp hơn không trầm cảm. Cụ thể lần lượt các mục giữa bệnh nhân trầm cảm và không trầm cảm lần lượt: chất lượng sống chung là $4,28 \pm 0,79$ và $3,26 \pm 1,24$, hài lòng sức khỏe chung là $4,25 \pm 0,68$ và $3,14 \pm 1,22$, hài lòng về sức khỏe thể chất là $10,33 \pm 3,37$ và $10,55 \pm 3,15$, hài lòng về sức khỏe tâm thần là $13,51 \pm 2,4$ và $11,52 \pm 3,07$, hài lòng về các mối quan hệ xã hội là $10,72 \pm 3,85$ và $9,09 \pm 3,92$, hài lòng về môi trường sống là $12,56 \pm 3,44$ và $13,31 \pm 3,66$. Tuy nhiên chỉ có chất lượng cuộc sống chung, sức khỏe chung, sức khỏe tâm thần, quan hệ xã hội và tổng điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trầm cảm và không trầm cảm với $p < 0,05$. Hài lòng về môi trường sống ở nhóm trầm cảm cao hơn không trầm cảm tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cũng qua nghiên cứu, Chỉ có mức độ hài lòng về các quan hệ xã hội có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với $p < 0,05$. Điều đó cho thấy vai trò của giới trong sức khỏe tâm thần của bệnh nhân sau tai đột quỵ não. Tuy nhiên do nghiên cứu tiến hành trên số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn nên chưa đánh giá được tác động đầy đủ các lĩnh vực về vật chất, xã hội.... của chất lượng cuộc sống.

4.3. Tương quan hồi quy giữa các yếu tố nguy cơ đột quỵ đến chất lượng cuộc sống theo thang đo WHOQOL-BREF.

Trong nghiên cứu, qua phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF, chỉ có tuổi và tổng điểm trầm cảm Beck là yếu tố độc lập. Phương trình hồi quy đa biến: $y = 60,4 - 0,59(\text{tuổi}) - 0,216(\text{Beck total})$. Tuổi càng cao, người bệnh bị nhiều bệnh lý phối hợp đặc biệt các bệnh mạn tính như tăng

huyết áp, đái tháo đường,... Các bệnh lý này làm giảm ảnh hưởng tới sinh hoạt cũng như giao tiếp xã hội của bệnh nhân, làm giảm chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân có điểm đánh giá trầm cảm theo Beck càng cao tức có nguy cơ trầm cảm cao, thì vấn đề sức khỏe tinh thần và thể chất, xã hội suy giảm làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Nhiều nghiên cứu chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa trầm cảm và chất lượng sống của bệnh nhân sau đột quỵ (Haghgoo et al 2013; Kwok et al 2006; Herrmann et al 1998; Chong 1995; Carod-Artal et al 2009) [6].

Tác giả Carol Artal nghiên cứu trên 260 bệnh nhân sống sót sau đột quỵ ở Brazil cho thấy trầm cảm và tàn phế là 2 yếu tố có tính quyết định nhất đến chất lượng sống bệnh nhân đột quỵ [5]. Tác giả Park ở Hàn quốc nghiên cứu trên 180 bệnh nhân sau đột quỵ ở hàn quốc cho thấy mức độ nặng của trầm cảm liên quan chặt chẽ với dự hậu lâm sàng sau 6 tháng theo dõi [9]. Một nghiên cứu khác của Obembe nghiên cứu tái hòa nhập cộng đồng bệnh nhân đột quỵ cho thấy chức năng vận động và trầm cảm là hai yếu tố quan

trọng nhất ảnh hưởng đến hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân đột quỵ [7].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 190 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não, chúng tôi nhận thấy:

1. Chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ

- Tỷ lệ trầm cảm bệnh nhân sau đột quỵ là 79,5% chủ yếu là trầm cảm mức độ nhẹ vừa chiếm 66,3%

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tất cả các tiêu chí chất lượng sống giữa 2 nhóm trầm cảm và không trầm cảm

- Không có sự khác biệt về các tiêu chí chất lượng sống theo tuổi và giới

- Không có sự khác biệt về các tiêu chí chất lượng sống theo điểm NIHSS và Glasgow lúc nhập viện.

2. Các yếu tố ảnh hưởng chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ

- Tuổi và thang điểm BECK là 2 yếu tố độc lập dự báo suy giảm chất lượng sống bệnh nhân sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Bách, Bùi Văn Vĩ, Dương Thanh Bình (2009), “ Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba-Đồng Hới”, Tạp chí khoa học Đại học Huế, 52, tr.5-12.

2. Nguyễn Văn Thông và cộng sự (2006), Nghiên cứu tiêu chuẩn chuẩn đoán sớm và điều trị tích cực đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp và bán cấp, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc Phòng, Bệnh viện TW 108, tr.5-38.

3. Baumann M., S. Couffignal, E. Le Bihan, N. Chau (2012) “Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg”. BMC Neurol, 12, 105.

4. Baune B. T., Y. Aljeesh (2006) “The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza

Strip”. Ann Gen Psychiatry, 5, 6.

5. Carod-Artal FJ, Stieven Trizotto D, Ferreira Coral L, Menezes Moreira C (2009). Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. J Neurol Sci;284(1):63-68.

6. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. (2013), Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. J Neurol Sci;328(1-2):87-91.

7. Obembe, A, Mapayi, B, Johnson, O, Agunbiade, T, Emechete, A. (2013) Community reintegration in stroke survivors: relationship with motor function and depression. HKPJ;31(2), 69-74.

8. Oros Rareş I, Codruța A Popescu, Sorin O Iova, Petru Mihancea, Claudia A Iova (2016) “Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients”. Human & Veterinary Medicine, 8 (1)

9. Park GY, Im S, Oh CH, Lee SJ, Pae CU (2015), The association between the severity of poststroke depression and clinical outcomes after first-onset stroke in Korean patients, Gen Hosp Psychiatry;37(3):245-250