

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ ĐỘC LẬP SINH HOẠT CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN NGHỆ AN NĂM 2024

Mai Thị Hương¹; Nguyễn Thị Hồng Gấm²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt của người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An năm 2024. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 240 người bệnh đột quỵ ổn định về sức khỏe, sử dụng thang điểm Barthel để đánh giá mức độ độc lập. Kết quả cho thấy chỉ 12,9% người bệnh đạt mức độc lập hoàn toàn, trong khi 50,4% phụ thuộc một phần và 36,7% phụ thuộc hoàn toàn. Các yếu tố có mối liên quan thống kê với mức độ độc lập gồm: tuổi, tình trạng hôn nhân, kinh tế, vị trí liệt, tiền sử đột quỵ, bệnh kèm theo, mức độ nặng chủ quan và thời gian mắc bệnh ($p < 0,01$). Nghiên cứu cho thấy mức độ độc lập của người bệnh sau đột quỵ còn thấp và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố lâm sàng và xã hội. Từ đó làm cơ sở định hướng can thiệp phục hồi chức năng cá thể hóa, góp phần nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: Đột quỵ, người bệnh, mức độ độc lập trong sinh hoạt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (hay còn gọi là tai biến mạch máu não) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật lâu dài trên toàn cầu. Theo Tổ chức Đột quỵ Thế giới (World Stroke Organization), mỗi năm có hơn 12 triệu ca đột quỵ mới và gần 7 triệu người tử vong vì bệnh này, trong đó hơn 80% là ở các nước thu nhập trung bình và thấp [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc và tử vong do đột quỵ ngày càng gia tăng. Ước tính, có khoảng 200.000 ca đột quỵ mỗi năm và gần một nửa trong số đó sống sót nhưng phải đối mặt với các di chứng nặng nề [2].

Một trong những hậu quả nghiêm trọng sau đột quỵ là sự suy giảm khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và làm tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo nghiên cứu gần đây của Mohammed và cộng sự [3] năm 2023, hơn 60% người bệnh sau đột quỵ bị hạn chế ở các mức độ khác nhau trong thực hiện các hoạt động cơ bản như ăn uống, di

chuyển, vệ sinh cá nhân. Đặc biệt, các yếu tố nhân khẩu học (tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp) và yếu tố lâm sàng (vị trí tổn thương, bệnh kèm theo, tiền sử đột quỵ...) có ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ phục hồi chức năng và khả năng độc lập của người bệnh [3].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy thực trạng mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quỵ còn cao. Nghiên cứu của Dương Đình Hiếu và Nguyễn Thị Ngọc Trinh [4] năm 2024 tại Bệnh viện Đà Nẵng ghi nhận chỉ khoảng 18% người bệnh đạt mức độc lập hoàn toàn sau khi ra viện, trong khi hơn 40% vẫn phải phụ thuộc hoàn toàn vào người khác trong sinh hoạt hàng ngày. Đáng chú ý, tại khu vực Bắc Trung Bộ nói chung và tỉnh Nghệ An nói riêng, các nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này, đặc biệt trong quá trình điều trị tại các bệnh viện Y học cổ truyền còn khá hạn chế.

Với thực tại trên, việc xác định các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Kết quả nghiên cứu không chỉ cung cấp cơ

Tác giả chính: Mai Thị Hương
Email: maihuong@vnu.edu.vn

sở thực tiễn để xây dựng các chương trình phục hồi chức năng hiệu quả, phù hợp với đặc điểm dân số địa phương mà còn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc, giảm thiểu gánh nặng cho người bệnh, gia đình và hệ thống y tế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt của người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đột quỵ não đến khám và điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại các khoa lâm sàng bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trưởng thành đột quỵ não đã ổn định về sức khoẻ tổng quát, đang có triệu chứng liệt nửa người. Người bệnh có khả năng giao tiếp, nhận thức tốt, có thể hiểu và trả lời được các câu hỏi phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử mắc các bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ hoặc rối loạn nhận thức nghiêm trọng, ảnh hưởng đến khả năng tham gia nghiên cứu. Người bệnh đột quỵ não phân loại chăm sóc cấp 1. Người bệnh đột quỵ có bệnh lý nặng khác đi kèm.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An từ tháng 4/2024 đến tháng 6/2024.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu;

α : mức ý nghĩa thống kê; (Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$);

p: tỷ lệ mức độ độc lập trong sinh hoạt của một nghiên cứu tương tự. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Quốc Bảo [5] năm 2017 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên, tỷ lệ người bệnh độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày là 15,3% ($p=0,153$);

d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể ($d=0,05$ với mong muốn độ chính xác là 95%);

Thay vào công thức trên tính được $n = 200$. Xem xét tỷ lệ người bệnh không hoàn thành khảo sát là 20%, tổng số cỡ mẫu là 240 người bệnh.

Công cụ thu thập số liệu

Nhóm biến Phần A: Bộ câu hỏi đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.

Phần B: Bộ câu hỏi đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Phần C: Bộ câu hỏi đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đột quỵ não theo thang điểm Barthel. Thang điểm Barthel Index là công cụ gồm 10 mục dùng để đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh ĐQN. Với tổng điểm từ 0 đến 100, thang điểm phân loại mức độ độc lập thành phụ thuộc hoàn toàn (0-45 điểm), phụ thuộc một phần (50-85 điểm) và độc lập hoàn toàn (90-100 điểm), trong đó điểm càng cao thể hiện khả năng độc lập càng tốt. Bộ công cụ này đã được sử dụng ở Việt Nam bằng phiên bản Tiếng Việt bởi tác giả Trần Thị Quốc Bảo [5] với độ tin cậy Cronbach's Alpha đạt 0,92.

3. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được phân tích bằng SPSS 27.0 ($p<0,05$). Các phương pháp bao gồm thống kê mô tả (tần số, %, trung bình, độ lệch chuẩn), kiểm định Chi-Square để xác định mối liên quan.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trường Đại học điều dưỡng Nam Định số 22/GCN-HĐĐĐ, ngày 08/04/2024. Đối tượng nghiên cứu được thông báo, giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Trong quá trình phỏng

vấn, đối tượng nghiên cứu có quyền đặt câu hỏi/từ chối trả lời hoặc dừng tham gia phỏng vấn bất cứ khi nào. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên

cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và xã hội của người bệnh (n=240)

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Tuổi	< 45	19	7,9
	45-59	38	15,8
	60-74	123	51,3
	≥ 75	60	25,0
	Trung bình (ĐLC)	65,9 ± 13,7	
Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	0,8
	Giáo dục phổ thông	131	54,6
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	91	37,9
	Sau đại học	16	6,7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	54	22,5
	Ly hôn/Góa (chồng/vợ)	53	22,1
	Có gia đình	133	55,4
Nghề nghiệp	Nông dân	103	42,9
	Lao động tự do	39	16,3
	Cán bộ viên chức	3	1,3
	Nghỉ hưu/Mất sức	95	39,5
Tình trạng kinh tế	Phụ thuộc hoàn toàn	22	9,2
	Phụ thuộc một phần	149	62,1
	Không phụ thuộc	69	28,7

Đa số người bệnh là người cao tuổi (trung bình 65.9 tuổi), chủ yếu từ 60-74 tuổi (51,3%). Phần lớn có trình độ học vấn phổ thông (54,6%), đã có gia đình (55,4%) và phụ thuộc một phần về kinh tế (62,1%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Đặc điểm lâm sàng	Phân loại	n	%
Vị trí liệt	Bên phải	139	57,9
	Bên trái	101	42,1
Tiền sử đột quỵ não	Lần đầu	159	66,3
	Tái phát	81	33,7
Quan điểm về mức độ nặng	Nhẹ	121	50,4
	Nặng	119	49,6
Bệnh kèm theo	Không	120	50,0
	Có (THA, ĐTĐ tít 2)	120	50,0
Khoảng thời gian đã xảy ra đột quỵ	≤1 năm	155	64,6
	>1 năm	85	35,4

Nghiên cứu cho thấy 57,9% người bệnh bị liệt bên phải và 66,3% là đột quỵ lần đầu. Khoảng một nửa có bệnh kèm theo (50%), và đa số mắc đột quỵ trong vòng 1 năm trở lại (64,6%).

Bảng 3. Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đột quỵ não

Mức độ độc lập theo Barthel	n	%
Độc lập hoàn toàn	31	12,9
Phụ thuộc một phần	121	50,4
Phụ thuộc hoàn toàn	88	36,7
Điểm mức độ độc lập chung (Mean $\pm$ SD)	56,6 $\pm$ 27,3	

Chỉ có 12,9% người bệnh độc lập hoàn toàn, trong khi hơn một nửa (50,4%) phụ thuộc một phần và 36,7% phụ thuộc hoàn toàn. Điều này cho thấy đa số người bệnh đột quỵ não trong nghiên cứu có mức độ phụ thuộc đáng kể trong sinh hoạt hàng ngày.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ độc lập và đặc điểm nhân khẩu học/lâm sàng

Đặc điểm	Phân nhóm	Độc lập hoàn toàn (n, %)	Phụ thuộc một phần (n, %)	Phụ thuộc hoàn toàn (n, %)	Giá trị p*
Giới tính	Nam	21 (15,0)	73 (52,1)	46 (32,9)	0,27
	Nữ	10 (10,0)	48 (48,0)	42 (42,0)	
Tuổi	<60 tuổi	13 (22,8)	35 (61,4)	9 (15,8)	<0,01
	$\geq$ 60 tuổi	18 (9,8)	86 (47,0)	79 (43,2)	
Trình độ học vấn	$\leq$ THPT	18 (13,6)	68 (51,1)	47 (35,3)	0,88
	>THPT	13 (12,2)	53 (49,5)	41 (38,3)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/Ly hôn/Góa	19 (17,8)	42 (39,3)	46 (42,9)	<0,01
	Có gia đình	12 (9,0)	79 (59,4)	42 (31,6)	
Nghề nghiệp	Nông dân/LĐ tự do/CBVC	22 (15,2)	78 (53,8)	45 (31,0)	0,07
	Nghỉ hưu/Mất sức	9 (9,4)	43 (45,3)	43 (45,3)	
Tình trạng kinh tế	Không phụ thuộc	22 (31,9)	31 (44,9)	16 (23,2)	<0,01
	Phụ thuộc	9 (5,3)	90 (52,6)	72 (42,1)	

Tuổi, tình trạng hôn nhân và tình trạng kinh tế có mối liên quan đáng kể đến mức độ độc lập ($p < 0,05$). Người trẻ tuổi hơn, có gia đình và không phụ thuộc kinh tế có xu hướng độc lập hơn.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ độc lập và đặc điểm lâm sàng của người bệnh đột quỵ não

Đặc điểm lâm sàng	Phân nhóm	Độc lập hoàn toàn (n, %)	Phụ thuộc một phần (n, %)	Phụ thuộc hoàn toàn (n, %)	Giá trị p*
Vị trí liệt	Bên trái	21 (20,8)	54 (53,5)	26 (25,7)	<0,01
	Bên phải	10 (7,2)	67 (48,2)	62 (44,6)	
Tiền sử đột quỵ não	Lần đầu	28 (17,6)	97 (61,0)	34 (21,4)	<0,01
	Tái phát	3 (3,7)	24 (29,6)	54 (66,7)	
Bệnh kèm theo	Không	25 (20,8)	86 (71,7)	9 (7,5)	<0,01
	Có (THA, ĐTĐ týp 2)	6 (5,0)	35 (29,2)	79 (65,8)	
Quan điểm mức độ nặng	Nhẹ	31 (25,6)	90 (74,4)	0 (0)	<0,01
	Nặng	0 (0)	31 (26,1)	88 (73,9)	
Khoảng thời gian đã xảy ra đột quỵ	$\leq$ 1 năm	25 (16,1)	80 (51,6)	50 (32,3)	<0,01
	>1 năm	4 (4,7)	22 (25,9)	59 (69,4)	

Tất cả các yếu tố lâm sàng như vị trí liệt, tiền sử đột quy, bệnh kèm theo, mức độ nặng và thời gian mắc đột quy đều có ý nghĩa thống kê đến mức độ độc lập ($p < 0,05$). Người bệnh đột quy lần đầu, không có bệnh kèm theo và mắc bệnh trong thời gian ngắn có khả năng độc lập tốt hơn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh đột quy não có mức độ độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày chỉ chiếm 12,9%, trong khi có tới 50,4% phụ thuộc một phần và 36,7% phụ thuộc hoàn toàn. Điểm trung bình mức độ độc lập theo thang Barthel là $56,6 \pm 27,3$, cho thấy phần lớn người bệnh sau đột quy não vẫn còn hạn chế trong các hoạt động chức năng cơ bản. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Quốc Bảo, năm 2017, tại Phú Yên, trong đó tỷ lệ người bệnh độc lập hoàn toàn là 15,3% [5]. Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong thời gian kể từ khi xảy ra đột quy, điều kiện chăm sóc, hoặc phương pháp phục hồi chức năng tại các cơ sở y tế khác nhau.

Sự khác biệt rõ rệt về mức độ độc lập giữa các nhóm tuổi cho thấy người dưới 60 tuổi có tỷ lệ độc lập hoàn toàn cao hơn đáng kể so với người ≥ 60 tuổi (22,8% so với 9,8%; $p < 0,01$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó như của Musa và cộng sự, năm 2018, cho thấy khả năng phục hồi chức năng sau đột quy bị ảnh hưởng mạnh bởi tuổi tác do khả năng thích nghi thần kinh và sức khỏe tổng thể suy giảm theo thời gian [6].

Tình trạng hôn nhân và hỗ trợ xã hội cũng có mối liên quan chặt chẽ đến mức độ độc lập. Người có gia đình có tỷ lệ độc lập hoàn toàn thấp hơn (9,0%) so với nhóm độc thân, ly hôn hoặc góa (17,8%; $p < 0,01$). Sự chênh lệch này phản ánh vai trò kép của hỗ trợ xã hội: một mặt, gia đình là nguồn lực quan trọng giúp người bệnh chăm sóc và phục hồi; mặt khác, sự hỗ trợ quá mức có thể vô tình tạo ra tâm lý ỷ lại, giảm động

lực tự luyện tập. Trong khi đó, nhóm sống đơn độc buộc phải chủ động hơn trong sinh hoạt, dẫn đến khả năng tự lập cao hơn. Phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp y tế cá nhân hóa. Với người có gia đình, cần hướng dẫn người nhà cân bằng giữa hỗ trợ và khuyến khích tính tự chủ. Với người đơn thân, cần tăng cường dịch vụ xã hội thay thế để đảm bảo an toàn mà vẫn duy trì tính độc lập.

Về tình trạng kinh tế, kết quả cho thấy người bệnh không phụ thuộc kinh tế có tỷ lệ độc lập hoàn toàn cao hơn rõ rệt (31,9% so với 5,3%; $p < 0,01$). Điều này củng cố giả thuyết rằng, điều kiện tài chính tốt giúp người bệnh tiếp cận các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên sâu hơn, nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện khả năng tự lập.

Vị trí liệt cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt về mức độ độc lập, người bị liệt bên trái có tỷ lệ độc lập hoàn toàn cao hơn (20,8% so với 7,2%; $p < 0,01$). Điều này có thể được lý giải bởi đặc điểm tổn thương ở bán cầu não phải (liệt trái) thường ít ảnh hưởng đến ngôn ngữ và nhận thức so với tổn thương bán cầu trái (liệt phải), vốn ảnh hưởng đến trung tâm ngôn ngữ làm giảm khả năng giao tiếp, một yếu tố quan trọng trong phục hồi chức năng [7].

Ngoài ra, người bệnh bị đột quy lần đầu có tỷ lệ độc lập cao hơn so với người tái phát (17,6% so với 3,7%; $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự (2020), trong đó tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn cao hơn rõ rệt ở nhóm đột quy tái phát [8]. Nguyên nhân có thể do tổn thương lặp lại làm tăng mức độ tàn tật vĩnh viễn và giảm khả năng phục hồi thần kinh.

Các bệnh kèm theo như tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng phục hồi độc lập của người bệnh sau đột quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự chênh lệch rõ rệt giữa hai nhóm: tỷ lệ độc lập hoàn toàn ở nhóm không có bệnh kèm theo (20,8%) cao gấp 4 lần so với nhóm có bệnh kèm theo (5,0%; $p < 0,01$). Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi

tác động kép của các bệnh mạn tính: không chỉ làm trầm trọng thêm tình trạng tổn thương mạch máu mà còn cản trở quá trình phục hồi chức năng và ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý người bệnh. Các nghiên cứu quốc tế cũng khẳng định mối liên hệ này, chỉ rõ rằng tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 không chỉ làm tăng nguy cơ xảy ra đột quỵ, mà còn làm giảm đáng kể khả năng phục hồi chức năng sau đột quỵ [3], [9]. Trước những bằng chứng này, việc kiểm soát chặt chẽ các bệnh nền cần được xem là yếu tố then chốt trong chiến lược phục hồi chức năng toàn diện, giúp cải thiện chất lượng sống và tăng khả năng tự lập cho người bệnh.

Về thời gian mắc bệnh, người bị đột quỵ ≤ 1 năm có mức độ độc lập cao hơn đáng kể so với nhóm mắc bệnh > 1 năm (16,1% so với 4,7%; $p < 0,01$). Điều này phản ánh hiệu quả của can thiệp sớm phục hồi chức năng. Theo WHO (2004), thời gian vàng trong điều trị phục hồi chức năng là 6 tháng đầu sau đột quỵ, thời điểm thần kinh có khả năng tái tổ chức mạnh mẽ nhất [9]. Nghiên cứu của Võ Hoàng Nghĩa và Cao Minh Châu, năm 2021, mức độ độc lập trong sinh hoạt sau đột quỵ khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy là 18,3% - cao hơn nghiên cứu này [10]. Sự khác biệt có thể xuất phát từ điều kiện trang thiết bị y tế, đội ngũ phục hồi chức năng chuyên sâu hoặc thời gian lưu viện dài hơn tại bệnh viện tuyến Trung ương.

Một phát hiện quan trọng trong nghiên cứu này liên quan đến nhận thức chủ quan của người bệnh về mức độ nghiêm trọng của đột quỵ. Kết quả cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ phục hồi giữa hai nhóm: nhóm người bệnh tự đánh giá tình trạng nhẹ đạt tỷ lệ độc lập hoàn toàn 25,6%, trong khi không có trường hợp nào trong nhóm đánh giá bệnh nặng đạt mức độ này ($p < 0,01$). Mặc dù là yếu tố chủ quan, nhận thức này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì phản ánh tâm lý người bệnh, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến động

lực phục hồi, mức độ tích cực tham gia trị liệu và khả năng tuân thủ điều trị.

Thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cung cấp cái nhìn tĩnh về mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ tại một thời điểm, không thể đánh giá sự thay đổi theo thời gian hoặc tiến triển của bệnh. Đồng thời, kết quả chỉ phản ánh tình trạng người bệnh tại một cơ sở y tế, chưa đại diện toàn diện. Mặc dù thang điểm Barthel chuẩn hóa và có độ tin cậy cao, kết quả vẫn có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý hoặc khả năng giao tiếp của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan chặt chẽ đến mức độ độc lập trong sinh hoạt của người bệnh đột quỵ não, bao gồm cả đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố lâm sàng. Kết quả cho thấy mức độ độc lập còn thấp và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố có thể can thiệp được. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc sớm và xây dựng các chương trình phục hồi chức năng cá thể hóa nhằm nâng cao khả năng tự chăm sóc và chất lượng sống cho người bệnh đột quỵ tại cộng đồng, đặc biệt trong điều kiện y học cổ truyền và tại các tuyến y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] **Feigin VL**, et al. *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. Int J Stroke, 2022, 17(1):18–29.
- [2] **Bộ Y tế**. *80% bệnh nhân sau đột quỵ chịu những di chứng, nhu cầu phục hồi chức năng để nâng cao chất lượng sống* [Internet]. Cổng thông tin Bộ Y tế; 2022 Sep 12. Có sẵn tại: https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/80-benh-nhan-sau-ot-quy-chiu-nhung-di-chung-nhu-cau-phuc-hoi-chuc-nang-e-nang-chat-luong-song
- [3] **Mohammed S**, et al. *Post-stroke limitations in daily activities: experience from a tertiary care hospital in Ethiopia*. BMC Neurol, 2023, 23(1):364.
- [4] **Dương Đình Hiếu, Nguyễn Thị Ngọc Trinh**. *Khảo sát mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng*

ngày của người bệnh sau đột quỵ não tại khoa đột quỵ, Bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2024, 7(4):132–44.

- [5] **Trần Thị Quốc Bảo.** *Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2017.* Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2017.
- [6] **Musa KI, Keegan TJ.** *The change of Barthel Index scores from the time of discharge until 3-month-discharge among acute stroke patients in Malaysia: A random intercept model.* PLoS One, 2018, 13(12): e0208594.
- [7] **Nguyễn Văn Chi.** Cập nhật chẩn đoán và xử trí đột quỵ não cấp. Hội nghị Tim mạch toàn quốc. Hội Tim mạch học Việt Nam, 2016.
- [8] **Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thanh Thu, Nguyễn Văn Trường.** *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019.* Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2020, 3(4):77–83.
- [9] **World Health Organization.** *A glossary of terms for community health care and services for older persons.* Geneva: WHO, 2004.
- [10] **Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu.** *Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày người bệnh đột quỵ não khi xuất.* Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2021, 16(1):135-143.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO THE LEVEL OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF STROKE PATIENTS AT NGHE AN TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

This study was conducted to identify factors associated with the level of independence in daily activities among stroke patients at Nghe An Traditional Medicine Hospital in 2024. A cross-sectional descriptive study design was employed, involving 240 stroke patients with stable health. The Barthel Index was used to assess their level of independence. The results revealed that only 12.9% of patients achieved complete independence, while 50.4% were partially dependent and 36.7% were completely dependent. Factors statistically significantly associated with the level of independence included: age, marital status, economic status, paralysis location, history of stroke, comorbidities, subjective severity, and duration of illness ($p < 0.01$). The study indicates that the level of independence among post-stroke patients remains low and is influenced by numerous clinical and social factors. This provides a basis for guiding individualized rehabilitation interventions, thereby contributing to improving the quality of life for patients.

Keywords: Stroke, patients, activities of daily living independence.