

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ SỰ KHÁC NHAU THEO GIỚI TÍNH CÁC THÀNH TỐ TRONG THANG ĐIỂM GDS-15 ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI NỘI TRÚ CÓ SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Hoàng Thị Tuyết¹, Lê Anh Đào¹, Huỳnh Thanh Đào¹, Ninh Hoàng Phong^{1,*}

1. Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

* Tác giả liên hệ: Ninh Hoàng Phong ✉ dr.hoangphong058@gmail.com

TÓM TẮT: Trầm cảm thường gặp ở bệnh nhân suy tim cao tuổi nội trú và có thể biểu hiện khác nhau theo giới tính. Mô tả đặc điểm dịch tễ, bệnh đồng mắc, đặc điểm lão khoa và so sánh sự khác nhau theo giới tính của các thành tố thang điểm GDS-15 ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim tại Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 137 bệnh nhân ≥ 60 tuổi nội trú có suy tim tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất (64 nam, 73 nữ). Biến định tính trình bày tần số, tỷ lệ %; biến định lượng phân phối không chuẩn dùng trung vị, khoảng tứ phân vị. So sánh nam-nữ bằng chi bình phương/Fisher hoặc Mann-Whitney; trầm cảm xác định khi GDS-15 ≥ 5 điểm. BMI trung vị 22 (21-24) kg/m². Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường là bệnh đồng mắc thường gặp nhất. Phụ thuộc IADL 85,4%, suy yếu 86,8%, trầm cảm theo GDS-15 81,8%; GDS-15 trung vị 6 (5-7). Không khác biệt ý nghĩa theo giới ở bệnh đồng mắc, phân suất tổng máu thất trái (EF), ADL/IADL, suy yếu, trầm cảm hay từng thành tố GDS-15. Sáu thành tố GDS-15 có tỷ lệ trả lời "có" cao nhất theo giới là cảm thấy trí nhớ kém đi, cảm thấy khỏe mạnh/nhiều sinh lực và thích ở nhà hơn ra ngoài. Tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15 ở mức cao; nữ có tỷ lệ cao hơn nam về mặt số học nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Sàng lọc trầm cảm bằng GDS-15 nên được tích hợp thường quy vào chăm sóc điều dưỡng, không phân biệt giới tính.

Từ khóa: suy tim, trầm cảm, GDS-15, giới tính, người cao tuổi, điều dưỡng.

SEX DIFFERENCES IN COMPONENTS OF THE GDS-15 DEPRESSION SCALE AMONG HOSPITALISED OLDER PATIENTS WITH HEART FAILURE AT THONG NHAT HOSPITAL

Hoang Thi Tuyet, Le Anh Dao, Huynh Thanh Dao, Ninh Hoang Phong

ABSTRACT: Depression is common among older inpatients with heart failure and may present differently by sex. To describe demographic, comorbidity and geriatric characteristics, and to compare sex differences in components of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) among hospitalised older patients with heart failure at Thong Nhat Hospital. A cross-sectional study of 137 inpatients aged ≥ 60 years with heart failure at the Department of Cardiology, Thong Nhat Hospital (64 men, 73 women). Categorical variables were presented as frequency and percentage; skewed continuous variables as median and interquartile range. Comparisons between men and women used chi-square/Fisher's exact or Mann-Whitney tests; depression was defined as GDS-15 ≥ 5 . Median BMI was 22 (IQR 21-24) kg/m². Hypertension, dyslipidaemia and diabetes were the most common comorbidities. IADL dependence occurred in 85.4%, frailty in 86.8%, and GDS-15 depression in 81.8%; median GDS-15 score was 6 (IQR 5-7). No statistically significant sex differences were found in comorbidities, ejection fraction, ADL/IADL dependence, frailty, depression, or any GDS-15 component. The six GDS-15 items with the highest "yes" rates by sex were memory complaints, feeling full of energy, and preferring to stay home. Depression screened by GDS-15 was highly prevalent; women had a numerically higher rate than men without reaching statistical significance. Routine GDS-15 depression screening should be integrated into nursing care regardless of sex.

Keywords: heart failure, depression, GDS-15, sex differences, older adults, nursing.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hội chứng lâm sàng phức tạp, thường gặp ở người cao tuổi và là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến nhập viện, giảm chất lượng sống và tử vong. Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2021, chẩn đoán suy tim dựa trên sự phối hợp giữa triệu chứng, dấu hiệu, peptide lợi niệu và bằng chứng bất thường cấu trúc hoặc chức năng tim; phân suất tống máu thất trái là cơ sở quan trọng để phân nhóm suy tim EF giảm, EF giảm nhẹ và EF bảo tồn [1].

Bên cạnh gánh nặng huyết động và bệnh đồng mắc tim mạch, trầm cảm là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim và có liên quan với giảm tự chăm sóc, giảm tuân thủ điều trị, tăng sử dụng dịch vụ y tế và tiên lượng bất lợi. Các tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân suy tim thay đổi đáng kể, từ 14% đến 60% tùy công cụ đánh giá và bối cảnh nghiên cứu, với tỷ lệ gộp toàn cầu ước tính khoảng 41,9% trong một phân tích gộp gần đây, phụ thuộc vào dân số nghiên cứu, bối cảnh nội trú hay ngoại trú và công cụ đánh giá [2-4].

Ở người cao tuổi, trầm cảm có thể biểu hiện không điển hình và dễ chồng lấp với mệt mỏi, giảm hoạt động, mất ngủ, giảm trí nhớ hoặc giảm khả năng gắng sức do suy tim. Thang điểm trầm cảm lão khoa 15 câu hỏi (GDS-15) là công cụ sàng lọc ngắn gọn, dễ sử dụng trong thực hành điều dưỡng và ít tập trung vào triệu chứng cơ thể hơn một số thang điểm trầm cảm khác [5, 6].

Tuy nhiên, các biểu hiện trầm cảm có thể khác nhau giữa nam và nữ, đồng thời chịu tác động của suy yếu, phụ thuộc chức năng và bệnh đồng mắc. Việc phân tích từng thành tố GDS-15 theo giới có thể giúp nhận diện kiểu hình triệu chứng nổi bật, từ đó hỗ trợ quy trình sàng lọc và tư vấn trong chăm sóc người bệnh suy tim cao tuổi. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, bệnh đồng mắc, đặc điểm lão khoa và so sánh sự khác nhau theo giới tính của các thành tố GDS-15 ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim tại Bệnh viện Thống Nhất.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, bệnh đồng mắc, đặc điểm lão khoa và so sánh sự khác nhau theo giới tính của các thành tố thang điểm GDS-15 ở bệnh

nhân cao tuổi nội trú có suy tim tại Bệnh viện Thống Nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, đưa vào toàn bộ bệnh nhân ≥ 60 tuổi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong bộ số liệu nghiên cứu; kết quả có 137 bệnh nhân được đưa vào phân tích, gồm 64 nam và 73 nữ.

- Tiêu chuẩn chọn vào

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2021 [1], và có đầy đủ dữ liệu để tính điểm thang trầm cảm lão khoa GDS-15.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ không xác định được nhóm tuổi, không đủ dữ liệu để tính điểm GDS-15, hoặc thiếu thông tin về giới tính; bản ghi được xác định là trùng lặp bệnh nhân (chỉ giữ bản ghi đầu tiên).

Phương pháp thu thập số liệu: Đặc điểm dịch tễ, bệnh đồng mắc, đặc điểm suy tim, đánh giá lão khoa (hoạt động sống hằng ngày cơ bản [ADL], hoạt động sống hằng ngày có sử dụng công cụ [IADL], hội chứng suy yếu) và 15 thành tố của thang điểm GDS-15 được thu thập bằng phiếu thu thập số liệu chuẩn bị trước, dựa trên hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

Định nghĩa biến số: Thang điểm GDS-15 gồm 15 câu hỏi trả lời có/không, trong đó các câu 1, 5, 7, 11 và 13 được đảo điểm theo quy tắc chuẩn của thang đo; tổng điểm GDS-15 dao động từ 0-15, trầm cảm được xác định khi tổng điểm ≥ 5 . Phân suất tống máu thất trái (EF) được phân nhóm EF $\geq 50\%$, EF 41-49% và EF $\leq 40\%$. Phụ thuộc

ADL, phụ thuộc IADL và suy yếu được ghi nhận dưới dạng biến nhị giá có/không.

2.1. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, tính trên số quan sát hợp lệ (không thiếu dữ liệu) của từng biến. Biến định lượng có phân phối không chuẩn được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

So sánh giữa nam và nữ: đối với biến định tính, sử dụng kiểm định chi bình phương (Pearson, không hiệu chỉnh liên tục) khi vọng trị của tất cả các ô trong bảng chéo ≥ 5 ; sử dụng kiểm định chính xác Fisher (Fisher's exact test) khi có ít nhất một ô có vọng trị < 5 . Đối với biến định lượng phân phối không chuẩn, sử dụng kiểm định Mann-Whitney U. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được xác lập ở $p < 0,05$.

Số liệu được làm sạch trước phân tích: các mã ngoài danh mục hợp lệ của biến được xem là thiếu dữ liệu đối với biến tương ứng; các giá trị GDS-15 khác 0 được quy về 1 (có) trước khi tính điểm. Dữ liệu được quản lý bằng Microsoft Excel và được phân tích bằng phần mềm R/RStudio.

2.2. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức của đề tài nghiên cứu, số 94-118/2026/CN-HĐĐD-BVTN, ngày 20 tháng 04 năm 2026.

3. KẾT QUẢ

Từ bộ số liệu ban đầu, sau khi loại các bản ghi trùng và chỉ giữ bệnh nhân ≥ 60 tuổi, có 137 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích (64 nam, 73 nữ).

3.1. Đặc điểm chung, phân suất tổng máu và bệnh đồng mắc

Từ bộ số liệu ban đầu, sau khi loại các bản ghi trùng và chỉ giữ bệnh nhân ≥ 60 tuổi, có 137 bệnh nhân được đưa vào phân tích (64 nam, 73 nữ). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị là 22 (21-24) kg/m^2 , không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ [Bảng 1]. Đa số bệnh nhân là người Kinh (99,3%), sống tại thành thị (86,0%), có gia đình (79,7%) và có bảo hiểm y tế

(97,8%); không ghi nhận khác biệt theo giới ở các đặc điểm nhân khẩu học này. Phân suất tổng máu $\geq 50\%$ chiếm tỷ lệ cao nhất (54,0%), tiếp theo là EF $\leq 40\%$ (27,7%) và EF 41-49% (18,2%), không khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới ($p=0,471$) [Bảng 1]. Tăng huyết áp (87,6%), rối loạn lipid máu (68,6%) và đái tháo đường (33,6%) là các bệnh đồng mắc thường gặp nhất; không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới ở bất kỳ bệnh đồng mắc nào được khảo sát [Bảng 1].

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và bệnh đồng mắc của bệnh nhân ≥ 60 tuổi trong nghiên cứu				
Đặc điểm	Tổng (n=137)	Nam (n=64)	Nữ (n=73)	P
Tuổi, n (%)				
≥ 60	137 (100,0)	64 (100,0)	73 (100,0)	
BMI, kg/m^2	22 (21–24)	22 (21–23)	22 (20–24)	0,984
Dân tộc, n (%)				
Kinh	136 (99,3)	64 (100,0)	72 (98,6)	1,000
Khác	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (1,4)	
Trình độ học vấn, n (%)				
Sau đại học	2 (1,4)	2 (3,1)	0 (0,0)	0,213
Đại học/Cao đẳng	18 (13,1)	11 (17,2)	7 (9,6)	
Trung cấp	20 (14,6)	10 (15,6)	10 (13,7)	
THPT	23 (16,8)	12 (18,8)	11 (15,1)	
Khác	74 (54,0)	29 (45,3)	45 (61,6)	
Địa chỉ, n (%)				
Nông thôn	19 (14,1)	6 (9,4)	13 (18,3)	0,136
Thành thị	116 (85,9)	58 (90,6)	58 (81,7)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				
Độc thân	2 (1,4)	2 (3,1)	0 (0,0)	0,317
Có gia đình	109 (79,6)	50 (78,1)	59 (80,8)	
Đã ly dị	1 (0,7)	1 (1,6)	0 (0,0)	

Khác	25 (18,2)	11 (17,2)	14 (19,2)	
Nguồn sống, n (%)				
Sống một mình	2 (1,4)	2 (3,1)	0 (0,0)	0,285
Sống cùng gia đình	111 (81,0)	50 (78,1)	61 (83,6)	
Sống cùng người khác	24 (17,5)	12 (18,8)	12 (16,4)	
Bảo hiểm y tế, n (%)				
Có	134 (97,8)	63 (98,4)	71 (97,3)	1,000
Không	3 (2,2)	1 (1,6)	2 (2,7)	
Phân suất tổng máu, n (%)				
EF ≥50%	74 (54,0)	31 (48,4)	43 (58,9)	0,471
EF 41-49%	25 (18,2)	13 (20,3)	12 (16,4)	
EF ≤40%	38 (27,7)	20 (31,2)	18 (24,7)	
Bệnh đồng mắc, n (%)				
Tăng huyết áp	120 (87,6)	56 (87,5)	64 (87,7)	0,976
Rối loạn lipid máu	94 (68,6)	45 (70,3)	49 (67,1)	0,688
Đái tháo đường	46 (33,6)	21 (32,8)	25 (34,2)	0,859
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	5 (3,6)	3 (4,7)	2 (2,7)	0,664
Bệnh van tim	13 (9,5)	5 (7,8)	8 (11,0)	0,531
COPD	6 (4,4)	3 (4,7)	3 (4,2)	1,000
Bệnh thận mạn	20 (14,6)	7 (10,9)	13 (17,8)	0,256
Bệnh khác	60 (43,8)	29 (45,3)	31 (42,5)	0,738

Tỷ lệ phần trăm tính trên số quan sát hợp lệ của từng biến. P so sánh giữa nam và nữ, kiểm

định chi bình phương (vong trị ô ≥5) hoặc Fisher's exact (vong trị ô <5) cho biến định tính; Mann-Whitney cho biến định lượng phân phối lệch.

3.2. Đặc điểm lão khoa và tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15

Tỷ lệ phụ thuộc IADL và suy yếu đều ở mức cao, lần lượt là 85,4% và 86,8%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới (p=0,868 và p=0,811) [Bảng 2]. Điểm GDS-15 trung vị là 6 (5-7) ở cả nam và nữ, không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,652). Tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15 (≥5 điểm) là 81,8%; nữ có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nam về mặt số học (86,3% so với 76,6%) nhưng khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê (p=0,141) [Bảng 2].

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa của bệnh nhân ≥60 tuổi trong nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=137)	Nam (n=64)	Nữ (n=73)	P
Phụ thuộc ADL, n (%)	62 (45,3)	30 (46,9)	32 (43,8)	0,721
Phụ thuộc IADL, n (%)	117 (85,4)	55 (85,9)	62 (84,9)	0,868
Suy yếu, n (%)	118 (86,8)	56 (87,5)	62 (86,1)	0,811
GDS-15, điểm	6 (5-7)	6 (5-7,2)	6 (5-7)	0,652
Trầm cảm theo GDS-15 (≥5 điểm), n (%)	112 (81,8)	49 (76,6)	63 (86,3)	0,141

Tỷ lệ phần trăm tính trên số quan sát hợp lệ của từng biến. P so sánh giữa nam và nữ, kiểm định chi bình phương (vong trị ô ≥5) hoặc Fisher's exact (vong trị ô <5) cho biến định tính; Mann-Whitney cho biến định lượng phân phối lệch.

3.3. Đặc điểm các thành tố GDS-15 theo giới tính

Trong số 15 thành tố của thang điểm GDS-15, tỷ lệ trả lời "có" cao nhất lần lượt là cảm thấy trí nhớ kém đi (70,1%), cảm thấy khỏe mạnh/nhiều sinh lực (63,5%) và

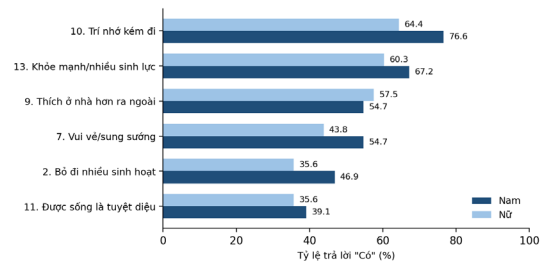
thích ở nhà hơn ra ngoài (56,2%) [Bảng 3]. Ngược lại, thành tố "hài lòng với cuộc sống" có tỷ lệ trả lời "có" thấp nhất (5,8%). Không có thành tố nào trong 15 thành tố GDS-15 khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ (tất cả $p > 0,05$) [Bảng 3]. Cần lưu ý thang điểm GDS-15 bao gồm cả câu hỏi thuận và câu hỏi đảo điểm (câu 1, 5, 7, 11 và 13), do đó tỷ lệ trả lời "có" của từng thành tố cần được diễn giải theo quy tắc tính điểm riêng của từng câu, không nên xem mọi câu trả lời "có" là biểu hiện của trầm cảm. Sáu thành tố GDS-15 có tỷ lệ trả lời có cao nhất theo giới được trình bày tại [Hình 1].

Bảng 3. Đặc điểm các thành tố của thang điểm GDS-15 ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi trong nghiên cứu

Thành tố	Tổng (n=137)	Nam (n=64)	Nữ (n=73)	P
1. Hài lòng với cuộc sống	8 (5,8)	6 (9,4)	2 (2,7)	0,146
2. Bỏ đi nhiều sinh hoạt/sở thích	56 (40,9)	30 (46,9)	26 (35,6)	0,181
3. Cảm thấy cuộc sống trống rỗng	27 (19,7)	14 (21,9)	13 (17,8)	0,550
4. Thường xuyên chán nản	40 (29,2)	20 (31,2)	20 (27,4)	0,621
5. Thường xuyên cảm thấy tinh thần không thoải mái	39 (28,5)	20 (31,2)	19 (26,0)	0,499
6. Sự chuyển gí đó xảy ra	46 (33,6)	22 (34,4)	24 (32,9)	0,853
7. Cảm thấy vui vẻ/sung sướng	67 (48,9)	35 (54,7)	32 (43,8)	0,205
8. Cảm thấy không ai có thể giúp	36 (26,3)	14 (21,9)	22 (30,1)	0,273
9. Thích ở nhà hơn ra ngoài	77 (56,2)	35 (54,7)	42 (57,5)	0,738
10. Cảm thấy trí nhớ kém đi	96 (70,1)	49 (76,6)	47 (64,4)	0,120

11. Cảm thấy được sống là tuyệt diệu	51 (37,2)	25 (39,1)	26 (35,6)	0,677
12. Cảm thấy vô dụng	27 (19,7)	11 (17,2)	16 (21,9)	0,487
13. Cảm thấy khỏe mạnh/nhiều sinh lực	87 (63,5)	43 (67,2)	44 (60,3)	0,402
14. Cảm thấy tình trạng vô vọng	10 (7,3)	6 (9,4)	4 (5,5)	0,514
15. Nghĩ phần lớn người xung quanh tốt hơn mình	21 (15,3)	12 (18,8)	9 (12,3)	0,298

Tỷ lệ phần trăm tính trên số quan sát hợp lệ của từng thành tố. P so sánh giữa nam và nữ, kiểm định chi bình phương (vọng trị ≥ 5) hoặc Fisher's exact (vọng trị < 5). Thang điểm GDS-15 gồm câu hỏi thuận và câu hỏi đảo điểm (câu 1, 5, 7, 11, 13); tỷ lệ trả lời "có" trong bảng không tương đương trực tiếp với điểm số trầm cảm của từng câu.



Hình 1. Tỷ lệ trả lời "Có" theo giới ở 6 thành tố GDS-15 có tỷ lệ cao nhất

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này phân tích nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi nội trú có suy tim và ghi nhận tỷ lệ trầm cảm sàng lọc bằng GDS-15 ở mức cao. Mặc dù nữ có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nam về mặt số học, khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê. Tương tự, không có sự khác biệt theo giới ở từng thành tố GDS-15. Kết quả nhấn mạnh rằng trong bối cảnh suy tim nội trú ở người cao tuổi, gánh nặng bệnh thực thể, suy yếu và

phụ thuộc chức năng có thể là những yếu tố nổi bật hơn so với khác biệt giới trong biểu hiện trầm cảm.

4.1. Đặc điểm dịch tễ, suy tim và bệnh đồng mắc

Trong mẫu nghiên cứu, tăng huyết áp chiếm 87,6%, rối loạn lipid máu 68,6% và đái tháo đường 33,6%. Đây là các bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân suy tim cao tuổi và có ý nghĩa thực hành quan trọng vì đa bệnh lý làm tăng nguy cơ đa thuốc, biến cố nhập viện, giảm khả năng tự chăm sóc và tăng nhu cầu giáo dục sức khỏe. Phân bố phân suất tổng máu không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, mặc dù nữ có tỷ lệ EF $\geq 50\%$ cao hơn về mặt số học. Không ghi nhận sự khác biệt theo giới ở các bệnh đồng mắc chính, gợi ý rằng trong quần thể nội trú cao tuổi, nam và nữ đều có gánh nặng bệnh đồng mắc đáng kể. Do đó, chăm sóc điều dưỡng người bệnh suy tim cao tuổi cần tiếp cận theo hướng đa chiều, bao gồm kiểm soát triệu chứng suy tim, theo dõi bệnh đồng mắc, đánh giá khả năng tự chăm sóc, hỗ trợ dùng thuốc và chuẩn bị kế hoạch xuất viện.

4.2. Đặc điểm lão khoa và tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15

Tỷ lệ phụ thuộc IADL và suy yếu lần lượt là 85,4% và 86,8%, phản ánh gánh nặng hội chứng lão khoa rất cao trong nhóm bệnh nhân suy tim nội trú. Tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15 là 81,8%, cao hơn nhiều so với một số nghiên cứu trước đây ở bệnh nhân suy tim cao tuổi. Sự khác biệt này có thể liên quan đến bối cảnh nội trú, mức độ nặng của bệnh tim mạch, tỷ lệ suy yếu cao và cách sử dụng GDS-15 như một công cụ sàng lọc thay vì chẩn đoán xác định [2-4, 7]. GDS-15 có ưu điểm là ngắn gọn, phù hợp với người cao tuổi và giảm nhấn mạnh vào triệu chứng cơ thể. Tuy nhiên, ở bệnh nhân suy tim, các biểu hiện như giảm hoạt động, thích ở nhà, giảm năng lượng hoặc lo sợ tình trạng bệnh có thể vừa phản ánh trầm cảm, vừa phản ánh hậu quả của suy tim và suy yếu. Vì vậy, kết quả GDS-15 dương tính nên được xem là tín hiệu cần đánh giá sâu hơn, bao gồm đánh giá khí sắc, giấc ngủ, nhận thức, đau, mức hỗ trợ xã hội và nguy cơ suy giảm chức năng [5, 6]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trầm cảm ở nữ cao hơn nam nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện khác biệt

nhỏ hoặc do ảnh hưởng của suy yếu và phụ thuộc chức năng lẫn át khác biệt giới. Kết quả này cũng gợi ý rằng trong thực hành điều dưỡng, sàng lọc trầm cảm nên được thực hiện thường quy cho cả nam và nữ cao tuổi có suy tim, thay vì chỉ tập trung vào một giới.

4.3. Đặc điểm các thành tố GDS-15 theo giới tính

Không có thành tố GDS-15 nào khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ. Các câu trả lời "có" thường gặp nhất gồm cảm thấy trí nhớ kém đi, cảm thấy khỏe mạnh/nhiều sinh lực và thích ở nhà hơn ra ngoài. Do GDS-15 bao gồm cả câu hỏi thuận và câu hỏi đảo điểm, tỷ lệ trả lời "có" của từng thành tố cần được diễn giải theo quy tắc tính điểm của từng câu, không nên xem tất cả câu trả lời "có" là biểu hiện trầm cảm. Thành tố "cảm thấy trí nhớ kém đi" có tỷ lệ cao nhất, cho thấy than phiền nhận thức là vấn đề đáng chú ý ở bệnh nhân suy tim cao tuổi. Than phiền này có thể liên quan đến trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, nhập viện cấp tính, đa thuốc, suy giảm tưới máu não hoặc suy giảm nhận thức đi kèm. Vì vậy, khi bệnh nhân có than phiền trí nhớ, điều dưỡng cần chú ý đánh giá khả năng hiểu hướng dẫn điều trị, tuân thủ thuốc, tự theo dõi triệu chứng và nhu cầu hỗ trợ của gia đình. Tỷ lệ "thích ở nhà hơn ra ngoài" cũng cao, phù hợp với bối cảnh suy tim cao tuổi thường có giảm gắng sức, khó thở, mệt và hạn chế hoạt động xã hội. Thành tố này có thể phản ánh đồng thời giảm hoạt động do bệnh tim mạch và xu hướng thu rút xã hội liên quan trầm cảm. Do đó, can thiệp sau xuất viện nên kết hợp giáo dục bệnh suy tim, phục hồi chức năng phù hợp, khuyến khích hoạt động an toàn và tăng cường hỗ trợ xã hội.

4.4. Ý nghĩa thực hành điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu ủng hộ việc tích hợp GDS-15 vào quy trình đánh giá điều dưỡng cho bệnh nhân suy tim cao tuổi nội trú. Sàng lọc trầm cảm giúp nhận diện sớm bệnh nhân có nguy cơ giảm tự chăm sóc, giảm tuân thủ điều trị, khó tiếp nhận giáo dục sức khỏe hoặc cần hỗ trợ tâm lý - xã hội. Đặc biệt, những bệnh nhân có suy yếu, phụ thuộc IADL hoặc than phiền trí nhớ cần được đánh giá toàn diện hơn về khả năng tự quản lý bệnh sau xuất viện. Trong thực hành, bệnh nhân có điểm GDS-15 ≥ 5 nên được đánh giá thêm về mức độ ảnh hưởng chức năng, chất lượng giấc

ngủ, lo âu, đau, hỗ trợ gia đình và nguy cơ cô lập xã hội. Với các trường hợp điểm GDS-15 cao, biểu hiện vô vọng hoặc suy giảm chức năng rõ, cần phối hợp bác sĩ điều trị và chuyên khoa tâm thần/tâm lý lâm sàng để đánh giá sâu hơn. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm, tư vấn, kết nối nguồn lực hỗ trợ và theo dõi sau xuất viện.

5. HẠN CHẾ

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa suy tim, suy yếu, phụ thuộc chức năng và trầm cảm. Thứ hai, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Thứ ba, GDS-15 là công cụ sàng lọc, không thay thế chẩn đoán trầm cảm bằng phỏng vấn lâm sàng chuẩn hóa. Thứ tư, bộ số liệu chỉ ghi nhận nhóm tuổi <60 và ≥60, không có tuổi theo năm sinh, nên không thể phân tích ảnh hưởng của tuổi như một biến liên tục trong nhóm ≥60 tuổi. Thứ năm, một số biến có thiếu dữ liệu hoặc mã ngoài danh mục hợp lệ; các trường hợp này đã được xử lý như thiếu dữ liệu trước phân tích, nhưng vẫn có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của một số ước lượng.

6. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim, tỷ lệ trầm cảm theo GDS-15 là 81,8%, điểm GDS-15 trung vị 6 (5-7). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới ở đặc điểm bệnh đồng mắc, phân suất tổng máu, phụ thuộc ADL, phụ thuộc IADL, suy yếu, tỷ lệ trầm cảm hoặc từng thành tố GDS-15. Các thành tố có tỷ lệ trả lời "có" cao nhất là cảm thấy trí nhớ kém đi, cảm thấy khỏe mạnh/nhiều sinh lực và thích ở nhà hơn ra ngoài. Kết quả nhấn mạnh vai trò của sàng lọc trầm cảm bằng GDS-15 và đánh giá lão khoa toàn diện trong chăm sóc điều dưỡng bệnh nhân suy tim cao tuổi nội trú, không phân biệt giới tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] McDonagh TJEHJ. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Supplementary data: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure As-

sociation (HFA) of the ESC. 2021.

[2] Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. JotAcoC. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. 2006;48(8):1527-37.

[3] Delville CL, McDougall GJ. Iimhn. A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. 2008;29(9):1002-17.

[4] Moradi M, Doostkami M, Behnamfar N, Rafiemanesh H, Behzadmehr RJCpic. Global prevalence of depression among heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. 2022;47(6):100848.

[5] Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. 1982;17(1):37-49.

[6] Sheikh JI, Yesavage JAJCGTJoA, Health M. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. 1986.

[7] Liguori I, Russo G, Curcio F, Sasso G, Della-Morte D, Gargiulo G, et al. Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship. 2018;15(6):451.