

# TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI HUYỆN PHONG ĐIỀN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2017-2018

Nguyễn Bá Nam\*, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Minh Phương

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: banamhcm0501@gmail.com

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Người tăng huyết áp có khả năng mắc kèm theo các rối loạn tâm thần trong đó có trầm cảm, dẫn tới làm tăng gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. **Mục tiêu:** Xác định tình trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 434 người bệnh tăng huyết áp tại Huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu ghi nhận có 16,1% người bệnh tăng huyết áp có nguy cơ mắc trầm cảm; 5,1% người bệnh bị trầm cảm ở mức độ nhẹ và 1,2% người bệnh bị trầm cảm mức độ vừa và nặng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc trầm cảm giữa bệnh nhân tăng huyết áp nữ (28,1%) và nam (13,6%), với  $p=0,005$ . Người bệnh thường gặp áp lực trong cuộc sống, không tập thể dục đủ 150 phút/tuần và tối thiểu 5 ngày/tuần, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp từ 5 năm trở lên, và không nhận được sự giúp đỡ của gia đình có nguy cơ mắc bệnh trầm cảm nhiều hơn nhóm còn lại (với OR lần lượt là 3,43; 1,93; 2,29; và 2,72). **Kết luận:** Trầm cảm có thể gây thêm gánh nặng bệnh tật và cần có những can thiệp làm giảm yếu tố nguy cơ trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp.

**Từ khóa:** trầm cảm, tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ, Cần Thơ.

## ABSTRACT

### DEPRESSION AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN PHONG DIEN DISTRICT CAN THO CITY 2017-2018

Nam Ba Nguyen\*, Dat Tan Nguyen, Kien Trung Nguyen, Phuong Minh Nguyen

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Hypertensives are likely to be associated with mental disorders including depression, which leads to increased burden of disease for patients, families and society. **Objectives:** To determine the status of depression and its related factors in patients with hypertension in Phong Dien district, Can Tho City. **Materials and methods:** A cross-sectional study among 434 hypertensive patients in Phong Dien District, Can Tho City. **Results:** There were 16.1% of hypertensive patients at risk for depression, 5.1% of patients with mild depression, and 1.2% of patients with mild and severe depression according to the PHQ-9. There was a significant difference rates of depression between females (28.1%) and males (13.6%), with  $p = 0.005$ . Often stressed life, not enough 150 minutes and at least 5 days doing exercise per week, duration of hypertention from 5 years or more, and support from the family had higher risk for depressive compared to the others (with OR of 3.43; 1.93; 2.29; and 2.72, respectively). **Conclusion:** Depression can add to the burden of disease and require intervention to reduce risk factors for depression in patients with hypertension.

**Key words:** depression, hypertension, risk factors, Can Tho.

## V. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh tăng huyết áp có khả năng mắc kèm theo các rối loạn tâm thần trong đó có trầm cảm, dẫn tới làm tăng gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, gia đình và xã hội [9]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng trầm cảm là rối loạn thường gặp nhất trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi và ngày càng trở nên phổ biến hơn. Theo Kohn R, rối loạn trầm cảm trong quần thể dân cư là 5,6% [6]. Những người mắc bệnh mạn tính phải đối mặt với nguy cơ trầm cảm cao hơn từ 25%-33% so với những người không có bệnh mạn tính. Bất kỳ tình trạng bệnh mạn tính nào cũng có thể gây nên bệnh trầm cảm, nó là nguy cơ làm gia tăng mức độ nghiêm trọng của bệnh và làm đảo lộn cuộc sống của người bệnh [5], [8].

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh phổ biến với các biểu hiện bao gồm tăng huyết áp và rối loạn tâm thần và là gánh nặng bệnh tật của các quốc gia đang phát triển nói chung và Việt Nam nói riêng [1],[3]. Số lượng nghiên cứu về thực trạng trầm cảm ở người

bệnh tăng huyết áp còn rất hạn chế và chỉ tập trung nghiên cứu tại các bệnh viện lớn và thành thị. Tại Cần Thơ và đồng bằng Sông Cửu Long hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về tình trạng trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp, nhằm góp phần vào cung cấp thêm thông tin về tình hình trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu nhằm xác định tình trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh THA được quản lý tại các trạm y tế thuộc huyện Phong Điền, Thành phố Cần Thơ từ 18 tuổi trở lên, thường trú từ 6 tháng trở lên tại địa phương và đồng ý tham gia nghiên cứu. Ngoại trừ những người bệnh không có khả năng nghe nói, hiểu và trả lời câu hỏi; đang nằm viện hoặc vắng mặt trong thời gian nghiên cứu. Người bệnh THA thường trú ít nhất 6 tháng tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ đủ khả năng nghe, trả lời câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

*Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* 434 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp, được chọn ngẫu nhiên bằng hình thức bốc thăm ngẫu nhiên dựa trên danh sách quản lý của các trạm y tế ở 4 xã, thị trấn tại Huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ.

*Thời gian nghiên cứu:* từ 7 năm 2017 đến tháng 4 năm 2018

*Phương pháp thu thập số liệu:* Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn.

*Nội dung nghiên cứu:*

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và các yếu tố liên quan: đặc điểm về tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình theo quyết định số 59/2015/QĐ-TTg [2], áp lực cuộc sống, tham gia và sử dụng bảo hiểm y tế, thời gian mắc bệnh, và sự tuân thủ điều trị điều trị tăng huyết áp: tuân thủ chế độ luyện tập thể dục, tuân thủ chế độ ăn, hạn chế sử dụng rượu bia, không dùng thuốc lá, tuân thủ tái khám và theo dõi huyết áp (người bệnh được đánh giá có tuân thủ điều trị chung khi có tuân thủ thuốc và 3/5 các chế độ còn lại [7]), và tuân thủ thuốc hạ áp theo thang đo Morisky phân thành 3 mức độ: tốt (0 điểm), trung bình (1-2 điểm) và kém ( $\geq 3$  điểm).

Tình hình trầm cảm: Áp dụng thang đo PHQ 9 để đánh giá mức độ trầm cảm của người bệnh THA. Người bệnh được phân thành 4 nhóm là không có dấu hiệu (0-4 điểm, có nguy cơ (5-9 điểm), trầm cảm nhẹ (10-14 điểm), trầm cảm vừa (15-19 điểm) và nặng (20-27 điểm). Tổng điểm là 27, người bệnh được đánh giá có trầm cảm khi điểm  $\geq 10$  điểm [12].

*Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:* Các thông tin được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Dùng các phép kiểm định Chi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỉ lệ, và mô hình hồi qui logistic đa biến với phương pháp Wald Backward để tìm một số yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm của người bệnh. Những biến có giá trị  $p \leq 0,1$  được chúng tôi đưa vào mô hình đa biến với mục đích khử nhiễu nhằm tìm ra yếu tố thật sự tác động đến trầm cảm của người bệnh. Kiểm định có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)
<b>Nhóm tuổi (Trung bình: 63,14; DLC:12,32)</b>			
Từ 18 – 49 tuổi	57 (13,1)	22 (12,9)	35 (13,3)
Từ 50 – 69 tuổi	258 (59,4)	104 (60,8)	154 (58,6)

<b>Đặc điểm</b>	<b>Tổng n (%)</b>	<b>Nam n (%)</b>	<b>Nữ n (%)</b>
Từ 70 – 90 tuổi	119 (27,4)	45 (26,3)	74 (28,1)
<b>Dân tộc</b>			
Kinh	428 (98,6)	168 (98,2)	260 (98,9)
Khác	6 (1,4)	3 (1,8)	3 (1,1)
<b>Trình độ học vấn</b>			
Mù chữ	72 (16,6)	20 (11,7)	52 (19,8)
Tiểu học	221 (50,9)	83 (48,5)	138 (52,5)
Trung học cơ sở	96 (22,1)	45 (26,3)	51 (19,4)
Trung học phổ thông trở lên	45 (10,4)	23 (13,5)	22 (8,4)
<b>Nghề nghiệp</b>			
Lao động chân tay	252 (58,1)	98 (57,3)	154 (58,6)
Lao động trí óc	29 (6,7)	18 (10,5)	11 (4,2)
Khác	153 (35,3)	55 (32,2)	98 (37,3)
<b>Kinh tế</b>			
Nghèo và cận nghèo	55 (12,7)	20 (11,7)	35 (13,3)
Hộ không nghèo	379 (87,3)	151 (88,3)	228 (86,7)
<b>Áp lực cuộc sống</b>			
Thường xuyên	107 (24,7)	36 (21,1)	71 (27,0)
Không	327 (75,3)	135 (78,9)	192 (73,0)
<b>Tình hình tham gia và sử dụng bảo hiểm y tế</b>			
Có tham gia và có sử dụng	331 (76,3)	133 (77,8)	198 (75,3)
Có tham gia nhưng không sử dụng	63 (14,5)	23 (13,5)	40 (15,2)
Không có bảo hiểm y tế	40 (9,2)	15 (8,7)	25 (9,5)
<b>Thời gian mắc bệnh</b>			
1- 5 năm	233 (53,7)	106 (62,0)	127 (48,3)
Trên 5 năm	201 (46,3)	65 (38,0)	136 (51,7)
<b>Tổng</b>	<b>434 (100,0)</b>	<b>171 (36,4)</b>	<b>263 (63,6)</b>

Nghiên cứu được tiến hành trên 171 nam giới (36,4%), 263 nữ giới (63,6%). Tuổi trung bình là 63,14 (ĐLC: 12,32) tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 50-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4% (nam:60,8%; nữ 58,6%); dân tộc Kinh chiếm 98,6%; học vấn tiểu học chiếm cao nhất là 50,9% (nam: 48,5%; nữ: 52,5%) và lao động chân tay chiếm 58,1% (nam: 57,3%; nữ: 58,6%). Có 12,7% người bệnh có kinh tế thuộc hộ nghèo/ cận nghèo (nam: 11,7%; nữ: 13,3%). Người bệnh gặp áp lực trong cuộc sống thường xuyên chiếm 24,7% (nam: 21,1%; nữ: 27%). Có 76,3% người bệnh có sử dụng BHYT để khám chữa bệnh (nam: 77,8%; nữ: 75,3%). Thời gian mắc bệnh < 5 năm chiếm 53,7% (nam: 62%; nữ: 48,3%).

Bảng 2. Đánh giá tuân thủ các chế độ điều trị THA

<b>Tuân thủ điều trị (n=434)</b>	<b>Tổng n (%)</b>	<b>Nam n (%)</b>	<b>Nữ n (%)</b>
Tuân thủ điều trị chung	236 (54,4)	119 (59,6)	117 (44,5)
Thuốc hạ áp	256 (59,0)	86 (50,3)	170 (64,6)
Tái khám và theo dõi huyết áp thường xuyên	212 (48,8)	83 (48,5)	129 (49,0)
Chế độ ăn	252 (58,1)	78 (45,6)	174 (66,2)
Không hút thuốc lá	185 (42,6)	47 (27,5)	138 (52,5)
Hạn chế rượu bia	339 (78,1)	76 (44,4)	263 (100)
Vận động thể lực và theo dõi cân nặng	281 (64,7)	116 (67,8)	165 (62,7)

Có 59% người bệnh có tuân thủ điều trị (TTĐT) thuốc hạ áp; nữ giới tuân thủ thuốc hạ áp là 64,6% cao hơn so với nam giới là 50,3% và sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$ . TTĐT chế độ ăn, không hút thuốc lá, hạn chế rượu bia lần lượt là 58,1%; 42,6% và 78,1%. TTĐT khám và theo dõi huyết áp chiếm 48,8% (nam: 48,5%; nữ: 49%); TTĐT thể lực và theo dõi cân nặng chiếm 64,7% (nam: 67,8%; nữ: 62,7%).

Bảng 3. Mức độ tuân thủ điều trị thuốc hạ áp theo thang điểm Morisky

Mức độ TTĐT	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)
Tốt	163 (37,6)	54 (31,6)	109 (41,4)
Trung Bình	93 (21,4)	32 (18,7)	61 (23,2)
Kém	178 (41,0)	85 (49,7)	93 (35,4)

Theo thang điểm Morisky, có 37,6% người bệnh TTĐT thuốc hạ áp tốt; 21,4% tuân thủ trung bình và có đến 41% người bệnh tuân thủ kém.

### 3.2. Tình trạng trầm cảm của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 4. Tỷ lệ trầm cảm trong mẫu nghiên cứu theo thang đo PHQ 9

Mức độ trầm cảm	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
Không có dấu hiệu trầm cảm	337 (77,8)	148 (86,5)	189 (71,9)	<b>0,048*</b>
Có nguy cơ trầm cảm	70 (16,1)	17 (9,9)	53 (20,2)	
Trầm cảm mức độ nhẹ	22 (5,1)	5 (2,9)	17 (6,5)	
Trầm cảm mức độ vừa đến nặng	5 (1,2)	1 (0,6)	4 (1,5)	

\*Fisher's Exact Test

Có 22,2% người bệnh có biểu hiện trầm cảm và nữ giới có biểu hiện trầm cảm nhiều hơn nam giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,048$

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017-2018

Bảng 5. Mối liên quan giữa nguy cơ trầm cảm và một số yếu tố

Yếu tố	Biểu hiện trầm cảm		Logistic đơn biến		Logistic đa biến	
	Có n (%)	Không n (%)	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
<b>Áp lực trong cuộc sống</b>						
Có	46 (43,0)	61 (57,0)	4,08 (2,51-6,62)	<b>&lt;0,001</b>	4,34 (2,54-7,40)	<b>&lt;0,001</b>
Không	51 (15,6)	276 (84,4)				
<b>Tập thể dục tối thiểu 150 phút/ tuần và ít nhất 5 ngày/ tuần</b>						
Sai	57 (27,7)	149 (72,3)	1,80 (1,14-2,84)	<b>0,011</b>	1,93 (1,15-1,94)	<b>0,012</b>
Đúng	40 (17,5)	188 (82,5)				
<b>Số năm mắc bệnh</b>						
≥ 5 năm	61 (30,3)	140 (69,7)	2,38 (1,49-3,80)	<b>&lt;0,001</b>	2,29 (1,35-2,29)	<b>0,002</b>
1-5 năm	36 (15,5)	197 (84,5)				
<b>Hút thuốc lá</b>						
Không	87 (25,4)	255 (74,6)	2,80 (1,39-5,65)	<b>0,003</b>	3,58 (1,64-3,58)	<b>0,001</b>
Có	10 (10,9)	82 (89,1)				
<b>Quan tâm giúp đỡ của gia đình</b>						
Không	31 (26,1)	88 (73,9)	1,82 (1,0-3,13)	<b>0,050</b>	2,72 (1,34-5,52)	<b>0,050</b>
Hiếm	42 (25,1)	125 (74,9)				
Thường xuyên	24 (16,2)	124 (83,8)	-	-	-	-

Những người bệnh có áp lực trong cuộc sống và công việc; tập thể dục không đúng; thời gian mắc bệnh trên 5 năm; không hút thuốc lá; không được gia đình quan tâm và giúp đỡ có biểu hiện trầm cảm nhiều hơn những người bệnh khác với OR lần lượt là 4,34; 1,93; 3,58; và 2,72.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm tỷ lệ là 63,6% và nam giới chiếm tỷ lệ là 36,4%, kết quả nghiên cứu này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lý Thị Phương Hoa, nam giới chiếm tỷ lệ 50,2% và nữ giới chiếm tỷ lệ là 49,8% [1]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do khác nhau về địa bàn nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi thu mẫu tại

cộng đồng còn của tác giả Lý Thị Phương Hoa được thực hiện tại bệnh viện. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Neupane D trong đó nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nữ giới (28,5% so với 71,5%) [9]. Điều này hoàn toàn hợp lý với thực tế trong cộng đồng ở nữ giới trong độ tuổi từ 40 trở lên cùng với sự suy giảm của nội tiết tố estrogen làm cho người phụ nữ có những nguy cơ về bệnh chuyển hóa và tăng huyết áp. Độ tuổi trung bình của người bệnh THA tại Huyện Phong Điền, Thành phố Cần Thơ là 63,14 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 50-69 chiếm tỷ lệ 59,4% và có thể được lý giải khi người bệnh càng lớn tuổi sự lão hóa của mạch máu cộng với việc hạn chế của các hoạt động thể lực nhất là ở phụ nữ khi mà nồng độ nội tiết tố giảm làm tăng nguy cơ thừa cân béo phì nên vì vậy tăng huyết áp cũng tăng dần theo tuổi và điều này hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu trước đây [1],[5],[9],[10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 22,2% người bệnh THA có dấu hiệu mắc bệnh trầm cảm. Trong đó, có 16,1% người bệnh có nguy cơ trầm cảm; 5,1% người bệnh trầm cảm ở mức độ nhẹ và 1,2% người bệnh có trầm cảm từ vừa đến nặng và nữ giới có tỷ lệ trầm cảm nhiều hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng so với nghiên cứu của Lý Thị Phương Hoa nghiên cứu ở người bệnh THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương (2009), có 26,5% người bệnh THA có dấu hiệu mắc bệnh trầm cảm và nữ giới mắc bệnh (39,4%) và nam giới (15,0%) với  $p=0,002$  [1]. Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới như của Fish và Murtagh, có 5% người trưởng thành mắc bệnh trầm cảm và trong số này tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao gấp 2 lần so với nam giới [5],[8]. Theo nghiên cứu của Abdullah D. AlKhathami, người bệnh THA là nữ giới mắc trầm cảm nhiều hơn so với nam giới với  $p<0,001$  và  $OR=2,56$  [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Samar Mahmood và cộng sự (2017) có 40,1% người bệnh THA bị trầm cảm và nữ giới mắc trầm cảm cao hơn so với nam giới ( $p=0,009$ ) [11].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận người bệnh THA không tập thể dục hoặc có nhưng không đúng theo khuyến cáo của WHO có nguy cơ bị trầm cảm nhiều hơn những người bệnh tập đúng theo khuyến cáo với  $p=0,011$  và  $OR=1,80$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Abdullah D. AlKhathami tại Vương Quốc Ả Rập, những người bệnh không tập thể dục có tỷ lệ bị trầm cảm (58,7%) cao hơn nhóm bệnh nhân tập thể dục có gián đoạn (53,0%) và tập thể dục bình thường (37,0%) với  $p=0,013$  [3]. Những người bệnh không hút thuốc lá có nguy cơ trầm cảm nhiều hơn những người bệnh có hút thuốc lá với  $OR=3,58$  và  $p=0,001$ . Điều này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây và phù hợp với phong tục tập quán của người Á Đông phụ nữ đa phần không hút thuốc lá và cũng là đối tượng thường chịu nhiều áp lực trong cuộc sống hơn so với nam giới [5],[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Samar Mahmood ghi nhận bệnh nhân có hút thuốc lá bị trầm cảm nhiều hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p=0,149$  [11]. Nguyên nhân của sự khác biệt từ 2 nghiên cứu có thể do sự khác nhau về địa lý và văn hóa khác nhau giữa 2 quốc gia. Ở nghiên cứu của chúng tôi nhóm không hút thuốc đa phần là phụ nữ và theo tập quán của Việt Nam và các nước Á Đông thì phụ nữ không có thói quen hút thuốc. Song song đó, sự quan tâm và giúp đỡ từ gia đình là yếu tố quan trọng giúp người bệnh có thể tuân thủ điều trị tốt hơn, chúng tôi ghi nhận những người bệnh không nhận được sự quan tâm giúp đỡ của gia đình có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với nhóm người bệnh được gia đình quan tâm thường xuyên với  $p=0,005$  và  $OR=2,72$ .

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận có 16,1% người bệnh THA có nguy cơ mắc trầm cảm; 5,1% người bệnh bị trầm cảm ở mức độ nhẹ và 1,2% người bệnh bị trầm cảm mức độ vừa và nặng. Nữ giới mắc trầm cảm là 28,1% và 13,6% ở nam giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$ . Người bệnh thường gặp áp lực trong cuộc sống, không tập thể dục đủ 150 phút/tuần và tối thiểu 5 ngày/tuần, mắc bệnh từ 5 năm trở lên, không hút thuốc lá và không nhận được sự giúp đỡ của gia đình có nguy cơ mắc bệnh trầm cảm nhiều hơn nhóm còn lại với  $p<0,05$  và

OR lần lượt là 3,43; 1,93; 2,29; 3,58; 2,72. Trầm cảm có thể gây thêm gánh nặng bệnh tật và cần có những can thiệp làm giảm tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Thị Phương Hoa, Võ Tấn Sơn & Berbiglia, V., (2010), Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(4).
2. Thủ tướng chính phủ (2015), Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg “Về việc ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016-2020”.
3. Abdullah D. AlKhathami, et. Al (2017), Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients, *Saudi Med J.* 2017 Jun; 38(6): 621–628, Doi: [10.15537/smj.2017.6.17941].
4. Barua A, Ghosh MK, Kar N, et al, Prevalence of depressive disorders in the elderly, *Ann Saudi Med.* 2011;31:620–624.
5. Fish D, (1998). “New choices in treating depression”, *The practitioner*, 242, 24-32.
6. Kohn R, Epstein Lubow (2006), “Course and outcomes of depression in the elderly”, *Current Psychiatry Report*, 8(1), pp.34-40.
7. Morisky DE (2008), “Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting”, *J Clin Hypertens*, 10(5), 348-354.
8. Murtagh J, (1998). “General Practice” (second edition). Sydney: McGraw-Hill, 130-136.
9. Neupane D, Panthi B, McLachlan CS, et al, Prevalence of undiagnosed depression among persons with hypertension and associated risk factors: a cross-sectional study in urban Nepal, *PloS*, 2015;10:0.
10. Sarris J, O’Neil A, Coulson CE, et al, Lifestyle medicine for depression, *BMC Psychiatry.* 2014; 14:107.
11. Samar Mahmood, Syeda Z Hassan, Muqadus Tabraze, et. Al (2017), Prevalence and Predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, Pakistan, *Cureus.* 2017 Jun; 9(6): e1397, [10.7759/cureus.1397], PMID: PMC5572043.
12. Zhanzhan Li, Yanyan Li, Lizhang Chen, Peng Chen, and Yingyun Hu (2015), “Prevalence of Depression in Patients With Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Medicine (Baltimore)*, 2015 Aug; 94(31): e1317.  
(Ngày nhận bài: 23/10/2018- Ngày duyệt đăng: 18/03/2019)