

ĐÁNH GIÁ CẢM GIÁC SỢ NGÃ VÀ NGUY CƠ NGÃ Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA XƯƠNG KHỚP – NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Thị Hoài Mỹ¹, Đặng Thị Loan¹, Nguyễn Thành Chung¹
và Ngô Thị Thảo^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Cảm giác sợ ngã và nguy cơ ngã là những thách thức lâm sàng nổi bật ở người cao tuổi, đặc biệt là tại các khoa điều trị bệnh lý mạn tính. Nghiên cứu cắt ngang này khảo sát thực trạng và mối liên quan giữa cảm giác sợ ngã và nguy cơ ngã ở 362 người cao tuổi (tuổi trung bình $71,37 \pm 4,23$ (năm); 53,9% nữ) tại Khoa Xương khớp-Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, sử dụng thang điểm FES-I và JHFRAT. Kết quả cho thấy cảm giác sợ ngã hiện diện đáng kể (65,5% có cảm giác sợ ngã; FES-I trung bình $31,57 \pm 13,87$) cùng tỷ lệ nguy cơ ngã cao (64,4% có nguy cơ trung bình/cao; JHFRAT trung bình $7,82 \pm 4,23$). Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với nguy cơ ngã trung bình/cao bao gồm tuổi cao (≥ 70 tuổi, OR = 3,83, 95% CI: 2,27 - 6,48), tình trạng sử dụng nhiều thuốc (≥ 5 loại, OR = 4,02, 95% CI: 2,33 - 6,94), và sự hiện diện của cảm giác sợ ngã (Có cảm giác sợ ngã theo FES-I, OR = 3,47, 95% CI: 1,91 - 6,33) (tất cả $p < 0,001$). Kết luận, cảm giác sợ ngã không chỉ phổ biến mà còn là một yếu tố độc lập quan trọng cho nguy cơ ngã ở nhóm người bệnh điều trị nội trú này, bên cạnh tuổi tác và đa dược lý. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cấp thiết của việc tích hợp đánh giá cảm giác sợ ngã vào quy trình sàng lọc ngã, hướng tới các can thiệp phòng ngừa đa diện và hiệu quả hơn.

Từ khoá: Người bệnh cao tuổi, cảm giác sợ ngã, nguy cơ ngã, điều trị nội trú, FES-I, JHFRAT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số toàn cầu, ngã ở người cao tuổi (NCT) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm, với tần suất xảy ra cao và hậu quả nghiêm trọng cả về thể chất, chức năng vận động và chi phí y tế.¹ Một yếu tố tâm lý thường đi kèm và góp phần làm trầm trọng thêm nguy cơ ngã là cảm giác sợ ngã (CGSN) – sự suy giảm tự tin vào khả năng giữ thăng bằng và thực hiện các hoạt động thường ngày một cách an toàn. Đây là một hệ lụy tâm lý phổ biến, hiện diện ngay cả ở người chưa từng

ngã và có thể khởi phát vòng tiêu cực: sợ hãi dẫn đến hạn chế hoạt động, gây suy giảm thể chất và do đó làm tăng nguy cơ ngã thực sự.²⁻⁴ Tuổi tác, giới nữ và đặc biệt là tình trạng đa dược lý (polypharmacy) là những yếu tố nguy cơ đã được xác định rõ cho cả hai tình trạng này.^{2,5}

Mặc dù, mối liên hệ giữa CGSN và nguy cơ ngã đã được ghi nhận, tuy nhiên các nghiên cứu sử dụng công cụ chuẩn hóa (FES-I, JHFRAT) để đánh giá mối tương quan này trên người bệnh nội trú còn hạn chế.²⁻⁴ Đặc biệt, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, hiện chưa có bất kỳ dữ liệu công bố nào khảo sát thực trạng CGSN và đánh giá mối liên hệ với nguy cơ ngã. Khoảng trống nghiên cứu mang tính

Tác giả liên hệ: Ngô Thị Thảo

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngothithao@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/05/2025

Ngày được chấp nhận: 22/05/2025

đặc thù tại địa phương này là cơ sở khoa học thúc đẩy sự cần thiết của đề tài nhằm cung cấp bằng chứng thực nghiệm đầu tiên, phục vụ cho thực hành lâm sàng và xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp tại bệnh viện. Sự cần thiết này càng được nhấn mạnh khi nghiên cứu tập trung vào nhóm người bệnh cao tuổi đang điều trị các bệnh lý cơ xương khớp và nội tiết – đối tượng vốn có các yếu tố nguy cơ nội tại đặc thù (đau mạn tính, yếu cơ, biến chứng thần kinh, nguy cơ hạ đường huyết...) và đòi hỏi điều kiện chăm sóc nội trú chuyên biệt. Chính vì sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ và điều kiện chăm sóc đặc thù này, cùng với khoảng trống dữ liệu hiện có, việc xây dựng chiến lược phòng ngừa ngã tối ưu và phù hợp với thực tiễn lâm sàng tại chỗ đang bị cản trở. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu:

(1) Xác định thực trạng CGSN và nguy cơ ngã ở người bệnh cao tuổi đang điều trị nội trú tại khoa Xương khớp – Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, và

(2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã trung bình/ cao ở nhóm đối tượng trên. Kết quả nghiên cứu có thể được làm cơ sở cho việc phát triển các chiến lược phòng ngừa ngã hiệu quả và phù hợp hơn cho nhóm đối tượng này tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh đang điều trị nội trú tại Khoa Xương khớp – Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn nếu thỏa mãn tất cả các tiêu chí sau:

(1) ≥ 60 tuổi;

(2) Có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi trong phiếu điều tra;

(3) Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Không đưa vào nghiên cứu những người bệnh có một trong các tiêu chí sau:

(1) Đang trong tình trạng nặng cấp cứu (sốc, suy hô hấp nặng, hôn mê...);

(2) Có rối loạn tâm thần nặng (loạn thần, sa sút trí tuệ...) dẫn đến không thể trả lời chính xác bộ câu hỏi.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2024 đến hết tháng 03/2025 tại Khoa Xương khớp – Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ trong quần thể: $n = Z^2(1-\alpha/2) * P(1-P)/d^2$, trong đó $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (tương ứng độ tin cậy 95%), $p = 0,62$ (tỷ lệ cảm giác sợ ngã ước tính từ nghiên cứu của Xaypanya Chanthavong), và $d = 0,05$ (sai số tuyệt đối mong muốn). Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 362 người bệnh.²

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm có 04 phần:

- Phần 1 là đặc điểm chung của đối tượng bao gồm thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới), kinh tế-xã hội (nghề nghiệp, học vấn, nơi sống, hôn nhân, BHYT), hoàn cảnh sống, người chăm sóc, và các chỉ số nhân trắc (chiều cao, cân nặng, BMI phân loại theo khuyến nghị của WHO cho người Châu Á).

- Phần 2 là lối sống (hút thuốc, uống rượu) và tình trạng sử dụng thuốc hiện tại, được tổng hợp từ hồ sơ bệnh án để xác định tình trạng đa thuốc (sử dụng đồng thời ≥ 5 loại thuốc).

- Phần 3 là đánh giá cảm giác sợ ngã, sử

dụng Thang đo quốc tế về sợ ngã (FES-I) phiên bản tiếng Việt.⁶ Thang đo này gồm 16 mục hoạt động (điểm từ 1- Không lo sợ đến 4- Rất lo sợ, tổng điểm 16 - 64), với điểm cắt > 23 được sử dụng để xác định có CGSN mức độ đáng kể, dựa trên các nghiên cứu xác nhận giá trị thang đo.⁷

- Phần 4 là nguy cơ ngã thông qua Công cụ đánh giá nguy cơ ngã Johns Hopkins (JHFRAT) phiên bản tiếng Việt. Công cụ này đã được sử dụng trong thực hành lâm sàng tại một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Nghiên cứu này sử dụng bản dịch tiếng Việt đã được hiệu chỉnh và áp dụng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong nghiên cứu công bố trên Tạp chí Nghiên cứu Y học năm 2022.⁸ Công cụ này lượng giá 7 yếu tố nguy cơ, cung cấp điểm tổng để phân loại mức độ nguy cơ từ: Thấp (< 6 điểm), Trung bình (6-13 điểm), và Cao (> 13 điểm). Dù chưa được chuẩn hóa chính thức, JHFRAT vẫn cho thấy tính khả thi và giá trị ứng dụng trong bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu quốc tế cũng đã xác nhận tính hợp lệ của công cụ này trong môi trường bệnh viện nội trú cấp tính.⁹

Quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu viên được tập huấn tiến hành phỏng vấn trực tiếp người bệnh trong vòng 24 giờ đầu sau khi nhập viện, khi đã nhận được sự đồng ý tham gia. Các thông tin về chẩn đoán, thuốc điều trị và chỉ số nhân trắc sau đó được xác minh và bổ sung từ hồ sơ bệnh án

tại bệnh viện.

Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Redcap. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để trình bày đặc điểm đối tượng, cảm giác sợ ngã và nguy cơ ngã. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để tìm yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã trung bình/ cao. Các biến độc lập được lựa chọn để đưa vào mô hình đa biến dựa trên kết quả từ phân tích đơn biến ($p < 0,20$) bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng sử dụng nhiều thuốc, thói quen hút thuốc lá hiện tại, thói quen uống rượu và tình trạng cảm giác sợ ngã. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa chấp thuận, tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki và các quy định của Bộ Y tế Việt Nam. Tất cả người tham gia đều được giải thích đầy đủ, tự nguyện ký biên bản đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân được mã hóa để đảm bảo tính bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 11/2024 đến tháng 03/2025, tiến hành trên 362 người cao tuổi điều trị nội trú tại khoa Xương khớp – Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế - xã hội của đối tượng nghiên cứu (n = 362)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	60 – 69	160	44,2
	70 – 79	153	42,3
	≥ 80	49	13,5
	$\bar{X} \pm SD$, Min - Max: 71,37 $\pm$ 7,43, 60 - 97		
Giới	Nam	167	46,1
	Nữ	195	53,9
Nghề nghiệp	Đã nghỉ hưu	356	98,3
	Đi làm	6	1,7
Nơi sống	Nông thôn	238	65,7
	Thành thị	124	34,3
Trình độ học vấn	Dưới THPT	306	84,5
	THPT	54	14,9
	Trên THPT	2	0,6
Bảo hiểm y tế	Có	352	97,2
	Không	10	2,8
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/ chồng	315	87,0
	Độc thân/ ly dị/ ly thân	8	2,2
	Góa	39	10,8
Sống cùng ai	Cùng gia đình	340	93,9
	Một mình	21	5,8
	Sống với người chăm sóc	1	0,3
Người chăm sóc chính tại bệnh viện	Gia đình	341	94,2
	Người chăm sóc	4	1,1
	Một mình	17	4,7

Ghi chú: $\bar{X}$: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn; Min: Giá trị nhỏ nhất; Max: Giá trị lớn nhất; THPT: Trung học phổ thông

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 71,37 $\pm$ 7,43 tuổi, trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm 44,2%. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (53,9% so với 46,1%). Phần lớn đối tượng sinh sống tại nông thôn (65,7%), đã nghỉ hưu

(98,3%), có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (THPT) (84,5%) và có bảo hiểm y tế (97,2%). Đa số sống cùng gia đình (93,9%) và gia đình là người chăm sóc chính tại bệnh viện (94,2%).

Bảng 2. Đặc điểm lối sống, tình trạng sử dụng nhiều thuốc và dinh dưỡng (n = 362)

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trước đây hút thuốc	Không	262	72,4
	Có	100	27,6
Hiện tại hút thuốc	Không	328	90,6
	Có	34	9,4
Uống rượu	Không	295	81,5
	Có	67	18,5
Sử dụng nhiều thuốc	Không (< 5 loại)	185	51,1
	Có (≥ 5 loại)	177	48,9
Tình trạng BMI	Thiếu cân	41	11,3
	Bình thường	207	57,2
	Thừa cân + béo phì	114	31,5

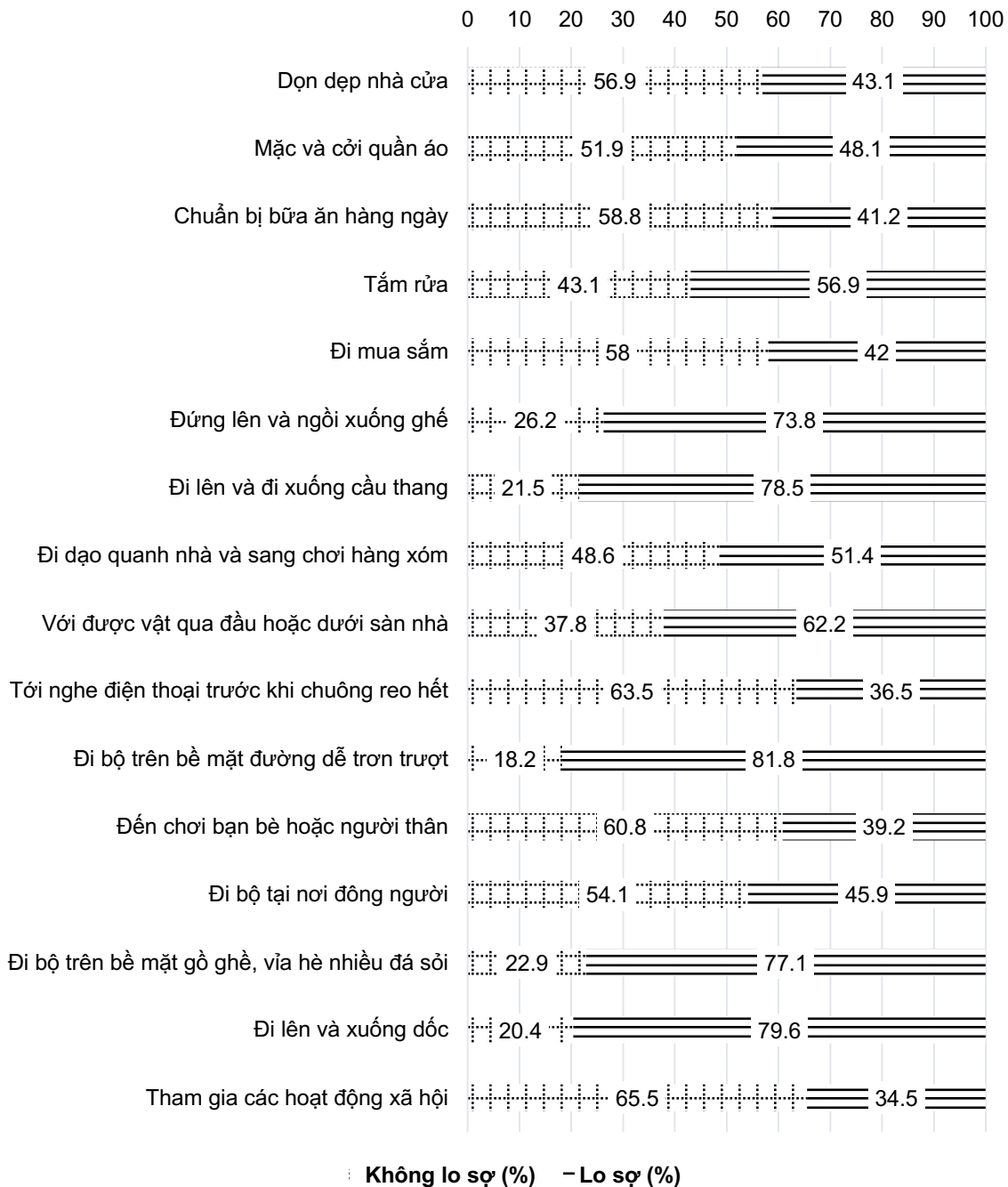
Tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm sử dụng nhiều thuốc (≥ 5 loại) là 48,9%. Tỷ lệ có tiền sử hút thuốc là 27,6% và hiện đang hút thuốc là 9,4%, uống rượu là 18,5%. Tình trạng dinh

dưỡng cho thấy đa số có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường (57,2%) hoặc thừa cân/béo phì (31,5%), trong khi tỷ lệ thiếu cân là 11,3%.

2. Đặc điểm về cảm giác sợ ngã (CGSN)

Bảng 3. Phân bố cảm giác sợ ngã theo thang điểm FES-I (n = 362)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có cảm giác sợ ngã	125	34,5
Có cảm giác sợ ngã	237	65,5
Điểm FES-I trung bình	$\bar{X} \pm SD$, Min - Max: 31,57 ± 13,87, 16 - 64	



Biểu đồ 1. Đặc điểm cảm giác sợ ngã theo thang điểm FES-I (n = 362)

Điểm trung bình theo thang đo FES-I là $31,57 \pm 13,87$, cho thấy mức độ CGSN đáng kể trong nhóm nghiên cứu. Phân tích chi tiết các hoạt động gây lo ngại nhất cho thấy NCT sợ hãi cao độ khi thực hiện các hoạt động đòi hỏi thăng bằng và vận động phức tạp, bao gồm: đi

bộ trên bề mặt trơn trượt (81,8% lo sợ từ mức ít trở lên), đi xuống dốc (79,6%), đi lên/xuống cầu thang (78,5%), và đi trên bề mặt gỗ ghè (77,1%). Đáng chú ý, ngay cả hoạt động cơ bản như đứng lên/ngồi xuống ghế cũng gây lo ngại cho 73,8% đối tượng.

3. Đặc điểm về nguy cơ ngã

Bảng 4. Phân bố mức nguy cơ ngã theo thang điểm JHFRAT (n = 362)

Mức độ nguy cơ ngã	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp	129	35,6
Nguy cơ trung bình	194	53,6
Nguy cơ cao	39	10,8
Điểm JHFRAT trung bình	$\bar{X} \pm SD$, Min - Max: $7,82 \pm 4,23$, 2 - 21	

Điểm trung bình theo thang điểm JHFRAT là $7,82 \pm 4,23$. Phân loại theo tổng điểm, có 129 (35,6%) người bệnh thuộc nhóm nguy cơ ngã thấp (< 6 điểm), 194 (53,6%) thuộc nhóm nguy cơ trung bình (6 - 13 điểm), và 39 (10,8%) thuộc

nhóm nguy cơ cao (> 13 điểm). Như vậy, có tới 64,4% người bệnh có nguy cơ ngã từ mức trung bình trở lên.

4. Phân tích một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã trung bình/ cao

Bảng 5. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã trung bình/ cao (n = 362)

Yếu tố		Nguy cơ ngã thấp	Nguy cơ ngã trung bình/ cao	OR (95% CI)	p
		n (%)	n (%)		
Nhóm tuổi (năm)	60-69	84 (52,5%)	76 (47,5%)	1	< 0,001
	≥ 70	45 (22,3%)	157 (77,7%)	3,83 (2,27 - 6,48)	
Giới tính	Nam	68 (40,7%)	99 (59,3%)	1	0,54
	Nữ	61 (31,3%)	134 (68,7%)	0,81 (0,42 - 1,58)	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/ chồng	120 (38,1%)	195 (61,9%)	1	0,23
	Độc thân/ ly dị / ly thân	1 (12,5%)	7 (87,5%)	3,86 (0,42 - 35,28)	
	Góa	8 (20,5%)	31 (79,5%)	1,35 (0,54 - 3,38)	
Sử dụng nhiều thuốc	Không	97 (52,4%)	88 (47,6%)	1	< 0,001
	Có	32 (18,1%)	145 (81,9%)	4,02 (2,33 - 6,94)	
Hiện tại hút thuốc	Không	111 (33,8%)	217 (66,2%)	1	0,98
	Có	18 (52,9%)	16 (47,1%)	1,01 (0,42 - 2,42)	
Uống rượu	Không	95 (32,2%)	200 (67,8%)	1	0,97
	Có	34 (50,7%)	33 (49,3%)	1,01 (0,48 - 2,16)	
Cảm giác sợ ngã	Không	75 (60%)	50 (40%)	1	< 0,001
	Có	54 (22,8%)	183 (77,2%)	3,47 (1,91 - 6,33)	

Người bệnh từ 70 tuổi trở lên có nguy cơ ngã trung bình/ cao cao hơn người từ 60 - 69 tuổi (OR = 3,83, 95% CI: 2,27 - 6,48). Người bệnh sử dụng nhiều thuốc (từ 5 loại trở lên) có nguy cơ ngã trung bình/ cao cao hơn so với người bệnh không sử dụng nhiều thuốc (OR = 4,02, 95% CI: 2,33 - 6,94). Bên cạnh đó, người bệnh có cảm giác sợ ngã cũng có nguy cơ ngã trung bình/ cao cao hơn người bệnh không có cảm giác sợ ngã (OR = 3,47, 95% CI: 1,91 - 6,33). Các yếu tố như giới tính, tình trạng hôn nhân, hút thuốc và uống rượu không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ ngã.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng CGSN và nguy cơ ngã ở người bệnh cao tuổi đang điều trị nội trú tại khoa Xương khớp – Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ CGSN hiện diện đáng kể trong quần thể này, với 65,5% người bệnh có CGSN theo điểm cắt FES-I > 23 và điểm số FES-I trung bình ($31,57 \pm 13,87$) tương đối cao. Mức độ lo ngại này có thể được lý giải một cách hợp lý bởi tác động trực tiếp và thường xuyên của các triệu chứng bệnh lý nền như đau khớp mạn tính, hạn chế tầm vận động, yếu cơ do thoái hóa hoặc viêm khớp, tình trạng loãng xương làm tăng nhận thức về nguy cơ gãy xương, hay các biến chứng thần kinh ngoại biên, hạ đường huyết tiềm ẩn ở người bệnh đái tháo đường. Tất cả những yếu tố này đều làm suy giảm khả năng kiểm soát tư thế và vận động an toàn, từ đó nuôi dưỡng và củng cố nỗi sợ hãi khi thực hiện các hoạt động hàng ngày, đặc biệt là những hoạt động đòi hỏi sự thăng bằng động và khả năng thích ứng cao với môi trường như đi trên bề mặt trơn trượt, gồ ghề hay lên xuống cầu thang – vốn là những hoạt động gây lo sợ cao nhất được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.⁶ Cùng với gánh nặng tâm lý từ CGSN là vấn đề đáng lo ngại về

nguy cơ ngã khách quan được đánh giá qua công cụ JHFRAT. Điểm số JHFRAT trung bình ($7,82 \pm 4,23$) và tỷ lệ rất lớn người bệnh được phân loại vào nhóm nguy cơ trung bình (53,6%) và cao (10,8%) – tổng cộng 64,4% – cho thấy một nguy cơ tiềm ẩn rất lớn về các biến cố ngã trong tương lai gần.

Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã trung bình/ cao ở nhóm đối tượng trên

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng sử dụng nhiều thuốc (≥ 5 loại thuốc) ảnh hưởng tới 48,9% đối tượng và là yếu tố nguy cơ đáng kể. Phân tích hồi quy logistic đa biến của chúng tôi khẳng định tình trạng sử dụng nhiều thuốc (polypharmacy) là một yếu tố độc lập, làm tăng nguy cơ ngã trung bình/ cao lên 4,02 lần (95% CI: 2,33 - 6,94, $p < 0,001$) so với nhóm không sử dụng nhiều thuốc. Điều này hoàn toàn phù hợp với khối lượng lớn các bằng chứng khoa học đã tích lũy, cho thấy tác động bất lợi của việc sử dụng nhiều thuốc, đặc biệt là các nhóm thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương, hệ tim mạch, hoặc gây hạ đường huyết, tác động lên sự ổn định tư thế và chức năng nhận thức của NCT.²⁻⁴ Do vậy, cần nhấn mạnh vai trò không thể thiếu của việc rà soát, đánh giá và tối ưu hóa phác đồ điều trị được lý như một trụ cột trong mọi chiến lược phòng ngừa ngã hiệu quả, đặc biệt trong môi trường bệnh viện nơi việc kê đơn thường phức tạp. Tương tự, tuổi tác cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ ngã ở nhóm từ 70 tuổi (OR = 3,83, 95% CI: 2,27 - 6,48) so với nhóm 60 - 69 tuổi ($p < 0,001$), phù hợp với quy luật suy giảm sinh lý tự nhiên và tích lũy bệnh tật theo tuổi.²⁻⁴ Kết quả nghiên cứu cũng khẳng định sự hiện diện của CGSN (được đánh giá qua FES-I) là một yếu tố độc lập và có ý nghĩa thống kê, làm tăng nguy cơ ngã trung bình/ cao lên 3,47 lần (95% CI: 1,91 - 6,33, $p < 0,001$) so với nhóm không có CGSN. Điều này cung cấp bằng chứng mạnh mẽ ủng hộ giả thuyết rằng CGSN không chỉ đơn thuần

là một phản ứng tâm lý đối với nguy cơ hoặc trải nghiệm ngã, mà còn có thể đóng vai trò như một yếu tố nguy cơ độc lập, hoặc ít nhất là một yếu tố trung gian quan trọng, trong chuỗi bệnh sinh dẫn đến ngã.^{3,4} Cơ chế tiềm ẩn có thể bao gồm việc CGSN dẫn đến hành vi né tránh hoạt động thể chất, gây ra tình trạng suy giảm chức năng vận động thứ phát (teo cơ, giảm sức bền, mất linh hoạt, suy giảm khả năng phản xạ thăng bằng), từ đó làm tăng tính dễ tổn thương trước các yếu tố gây ngã từ môi trường hoặc nội tại. Mỗi liên kết hai chiều này tạo thành một vòng luẩn quẩn khó phá vỡ. Kết quả phân tích đa biến của chúng tôi càng nhấn mạnh sự cần thiết của việc tích hợp đánh giá CGSN một cách hệ thống vào các quy trình sàng lọc nguy cơ ngã tại bệnh viện, bên cạnh các yếu tố nguy cơ như tuổi tác và số lượng thuốc sử dụng.

Nghiên cứu này vẫn còn một vài điểm hạn chế. Một là, thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập mối quan hệ nhân quả hoặc theo dõi diễn biến theo thời gian giữa CGSN và ngã. Hai là, việc thực hiện tại một khoa, một bệnh viện duy nhất có thể giới hạn khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể NCT hoặc các bối cảnh y tế khác. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa đi sâu khảo sát vai trò của các yếu tố tâm lý xã hội khác (như trầm cảm, lo âu, hỗ trợ xã hội), tình trạng dinh dưỡng chi tiết, hay các đặc điểm cụ thể của môi trường sống, vốn cũng có thể ảnh hưởng đến CGSN và nguy cơ ngã. Những hạn chế này mở ra hướng cho các nghiên cứu trong tương lai với thiết kế dọc, đa trung tâm và đánh giá đa diện hơn các yếu tố nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy cảm giác sợ ngã và nguy cơ ngã là những vấn đề sức khỏe phổ biến ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Khoa Xương khớp – Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, với 65,5% người bệnh có CGSN và 64,4% có nguy cơ ngã từ trung

bình trở lên. Các yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ ngã trung bình/ cao bao gồm tuổi từ 70 tuổi trở lên, tình trạng sử dụng nhiều thuốc (≥ 5 loại), và sự hiện diện của CGSN (đánh giá qua FES-I).

KHUYẾN NGHỊ

Chúng tôi đề xuất cần thiết phải xem xét đồng thời cả yếu tố tâm lý và thể chất trong thực hành lâm sàng. Do đó, việc tích hợp đánh giá cảm giác sợ ngã vào quy trình sàng lọc nguy cơ ngã thường quy và triển khai các chiến lược can thiệp đa mô thức, đặc biệt chú trọng quản lý dược lý hợp lý và các biện pháp giải tỏa tâm lý sợ ngã, là hướng tiếp cận cần thiết nhằm nâng cao an toàn và chất lượng chăm sóc cho người bệnh cao tuổi tại các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Oct 4 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Xaypanya Chanthavong. Cảm giác sợ ngã và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi [master's thesis]. Hanoi Medical University; 2018.
3. Chen Y, Du H, Song M, et al. Relationship between fear of falling and fall risk among older patients with stroke: a structural equation modeling. *BMC Geriatr*. 2023; 23(1): 647. doi:10.1186/s12877-023-04298-y.
4. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994; 331(13): 821-827. doi:10.1056/NEJM199409293311301.
5. Trần Thị Hậu. Nguy cơ ngã và một số yếu tố liên quan trên người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương [master's thesis]. Hanoi Medical University; 2022.

6. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age Ageing*. 2005; 34(6): 614-619. doi:10.1093/ageing/afi196.

7. Delbaere K, Close JC, Mikolaizak AS, Sachdev PS, Brodaty H, Lord SR. The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. *Age Ageing*. 2010; 39(2): 210-216. doi:10.1093/ageing/afp225.

8. Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Thị Minh, Trần Văn Thắng. Nguy cơ ngã và một số yếu tố liên quan trên người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;150(4):85-92.

9. Kim YJ, Choi KO, Cho SH, Kim SJ. Validity of the Morse Fall Scale and the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool for fall risk assessment in an acute care setting. *J Clin Nurs*. 2022; 31(23-24): 3584-3594. doi:10.1111/jocn.16185.

Summary

ASSESSMENT OF FEAR OF FALLING AND FALL RISK AMONG ELDERLY INPATIENTS AT THE DEPARTMENT OF MUSCULOSKELETAL - ENDOCRINOLOGY, THANH HOA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Fear of falling (FOF) and fall risk are prominent clinical challenges among the elderly, particularly among inpatients with chronic diseases. This cross-sectional study investigated the prevalence and association between fear of falling and fall risk in 362 elderly inpatients (mean age 71.37 years old; 53.9% female) at the Department of Musculoskeletal-Endocrinology, Thanh Hoa Provincial General Hospital, using the FES-I scale and JHFRAT tool. Results showed that FOF was highly prevalent (65.5% had FOF; mean FES-I 31.57 ± 13.87), alongside a high rate of fall risk (64.4% with moderate/high risk; mean JHFRAT 7.82 ± 4.23). Multivariate logistic regression analysis identified older age (especially ≥ 70 years old, OR = 3.83, 95% CI: 2.27 - 6.48), polypharmacy (≥ 5 drugs, OR = 4.02, 95% CI: 2.33 - 6.94), and the presence of FOF (assessed by FES-I, OR = 3.47, 95% CI: 1.91 - 6.33) as independent factors significantly associated with moderate/high fall risk (all $p < 0.001$). In conclusion, FOF is not only common but also a significant criteria independent of fall risk in this inpatient population, alongside with advanced age and polypharmacy. The study underscores the necessity of integrating FOF assessment into routine fall risk screening protocols to guide more comprehensive and effective prevention strategies.

Keywords: Elderly, fear of falling, fall risk, inpatients, FES-I, JHFRAT.