



Gánh nặng chăm sóc và yếu tố liên quan của người chăm sóc chính người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1

Ngô Thị Diệp Phương¹, Phạm Thị Thu Hương², Nguyễn Bá Tâm², Nguyễn Thị Nguyệt³, Nguyễn Thu Trà⁴

¹Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1; ²Trường Y Dược Phenikaa - Đại học Phenikaa,

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội; ⁴Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố liên quan ở người chăm sóc chính người bệnh rối loạn tâm thần do sử dụng rượu tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 120 người chăm sóc chính. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi gồm các đặc điểm nhân khẩu học, thang đo gánh nặng chăm sóc Zarit Burden Interview (ZBI-22), thang đo hỗ trợ xã hội MSPSS. Phân tích thống kê sử dụng SPSS 22.0 với các phép kiểm định Chi-square, t-test và tương quan Spearman. **Kết quả:** Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc là $61,59 \pm 13,05$; 62,5% người chăm sóc rơi vào mức gánh nặng “rất nghiêm trọng”. Gánh nặng có liên quan có ý nghĩa với bệnh lý kèm theo ($p = 0,04$), khả năng lao động của người bệnh ($p = 0,005$), mức độ hỗ trợ xã hội ($p < 0,01$), thời gian chăm sóc ($r = 0,296$; $p < 0,01$), số lần nhập viện ($r = 0,310$; $p < 0,01$) và tuổi người bệnh ($r = -0,189$; $p < 0,05$). **Kết luận:** Người chăm sóc chính người bệnh rối loạn tâm thần do sử dụng rượu chịu gánh nặng cao, đặc biệt khi người bệnh có bệnh lý kèm theo, mất khả năng lao động và thiếu hỗ trợ xã hội. Cần có giải pháp hỗ trợ toàn diện để giảm bớt áp lực chăm sóc.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc; rối loạn tâm thần; rối loạn do sử dụng rượu; người chăm sóc chính; hỗ trợ xã hội

Caregiver burden and associated factors of primary caregivers of inpatients with mental and behavioral disorders due to alcohol use at Central Psychiatric Hospital No. 1

Ngô Thị Diệp Phương¹, Phạm Thị Thu Hương², Nguyễn Bá Tâm², Nguyễn Thị Nguyệt³, Nguyễn Thu Trà⁴

¹Central Psychiatric Hospital No. 1; ²University of Medicine and Pharmacy - Phenikaa University,

³University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University Hanoi; ⁴Hanoi Medical College

ABSTRACT

Objective: To describe the level of caregiver burden and associated factors among primary caregivers of patients with alcohol-induced mental disorders at the Central Psychiatric Hospital No. 1. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 120 primary caregivers. Data were collected using a structured questionnaire including demographic characteristics, the Zarit Burden Interview (ZBI-22), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Statistical analysis was performed using SPSS 22.0 with Chi-square tests, t-tests, and Spearman correlation. **Results:** The mean caregiver burden score was 61.59 ± 13.05 ; 62.5% of caregivers experienced a “very severe” burden. Caregiver burden was significantly associated with comorbidity ($p = 0.04$), patients’ working ability ($p = 0.005$), social support level ($p < 0.01$), caregiving time ($r = 0.296$; $p < 0.01$), number of hospitalizations ($r = 0.310$; $p < 0.01$), and patients’ age ($r = -0.189$; $p < 0.05$). **Conclusion:** Primary caregivers of patients with alcohol-related mental disorders face high levels of burden, especially when caring for patients with comorbidities, loss of work ability, and low social support. Comprehensive interventions are needed to alleviate caregiver burden.

Keywords: Caregiver burden; mental disorder; alcohol use disorder; primary caregiver; social support.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu là một trong những nhóm bệnh có tỷ lệ tái phát và gánh nặng xã hội cao, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ. Trong quá trình điều trị, đặc biệt là điều trị nội trú, vai trò của người chăm sóc chính trong gia đình là vô cùng quan trọng nhưng cũng đồng thời đặt họ vào tình trạng bị quá tải cả về thể chất, tâm lý và tài chính.

Tại Việt Nam, người chăm sóc chính thường là vợ hoặc người thân trực hệ, phần lớn là nữ giới, đảm nhiệm nhiều trách nhiệm trong chăm sóc y tế và sinh hoạt cho người bệnh. Tuy nhiên, sự quá tải chăm sóc kéo dài dễ dẫn đến kiệt sức, trầm cảm và ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc tiếp tục. Theo nghiên cứu của Vadher và cộng sự (2020), hơn 78% người chăm sóc là nữ giới, và có tới 65% chịu gánh nặng ở mức nặng đến rất nặng ¹. Nghiên cứu của Mai Thị Yên và cộng sự tại Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên năm 2020 cho thấy có đến 60,5% người chăm sóc phải chịu gánh nặng ở mức “nặng” và “rất nặng”, trong đó yếu tố thời gian chăm sóc, mức độ bệnh và sự hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng đáng kể ². Tương tự, nghiên cứu của Vũ Thị Quý và cộng sự tại cùng bệnh viện cũng ghi nhận người chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt phải đối mặt với nhiều áp lực, đặc biệt là nữ giới và những người không có nguồn thu nhập ổn định ³.

Mặc dù đã có một số nghiên cứu về gánh nặng của người chăm sóc người bệnh tâm thần, song các nghiên cứu chuyên biệt về nhóm người bệnh rối loạn tâm thần do sử dụng rượu vẫn còn hạn chế, đặc biệt trong bối cảnh điều trị nội trú tại Việt Nam. Đồng thời, hiện nay theo Nghị định 20/2021/NĐ-CP, người bệnh tâm thần được hưởng trợ

cấp và điều trị, tuy nhiên chưa có chính sách riêng biệt và toàn diện để hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân tâm thần nói chung và người bệnh do sử dụng rượu nói riêng, khiến nhóm đối tượng này dễ bị bỏ quên trong các chương trình can thiệp. Vì vậy, việc đánh giá thực trạng gánh nặng của người chăm sóc chính và các yếu tố liên quan là cơ sở quan trọng để xây dựng các chương trình hỗ trợ hiệu quả hơn về mặt xã hội và y tế, trên cơ sở đó nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng gánh nặng của người chăm sóc chính người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 năm 2023 và xác định một số yếu tố liên quan.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là người chăm sóc chính của người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu theo tiêu chuẩn ICD-10. Tuổi ≥ 18 , sống cùng người bệnh trong vòng ít nhất 1 năm trở lại đây. Có khả năng đọc hiểu tiếng Việt, hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người chăm sóc có tiền sử hoặc đang được chẩn đoán mắc rối loạn tâm thần. Từ chối tham gia hoặc không hoàn thành bảng hỏi.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2023 tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n : là cỡ mẫu ước lượng trong nghiên cứu. Z : là trị số phân phối chuẩn bằng 1,96 với độ tin cậy 95%. d : là sai số cho phép, chọn $d = 0,09$. $p = 0,46$: tỉ lệ người có gánh nặng chăm sóc ¹. Thay các giá trị vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 117,8, làm tròn là 120 người chăm sóc chính.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có 120 đối tượng tham gia nghiên cứu

Bộ công cụ thu thập số liệu

Phần 1: Thông tin chung: Thu thập các đặc điểm nhân khẩu – xã hội của người chăm sóc chính (tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, quan hệ với người bệnh, thời gian chăm sóc...) và thông tin lâm sàng cơ bản của người bệnh (tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, số lần nhập viện, khả năng tự phục vụ...).

Phần 2: Thang đo gánh nặng chăm sóc: Sử dụng thang đo Zarit Burden Interview (ZBI-22) – phiên bản 22 câu hỏi, đo lường cảm nhận gánh nặng chủ quan của người chăm sóc trong 5 lĩnh vực: sức khỏe, tâm lý, tài chính, quan hệ xã hội và kỳ vọng tương lai. Thang đo được sử dụng trong nghiên cứu dựa trên phiên bản đã được dịch và hiệu chỉnh sang tiếng Việt bởi Vũ Thị Quý và các cộng sự ². Mỗi mục có thang điểm từ 0 (không bao giờ) đến 4 (luôn luôn), tổng điểm từ 0 – 88. Mức độ gánh nặng được phân loại theo điểm tổng: 0 – 20: Không có gánh nặng; 21 – 40: Gánh nặng nhẹ; 41 – 60: Gánh nặng trung bình; 61 – 88: Gánh nặng nặng.

Phần 3: Thang đo nhận thức hỗ trợ xã hội: Nghiên cứu sử dụng thang Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – phiên bản tiếng Việt của Đinh Thị Hồng Vân ⁴ bao gồm 12

câu hỏi thuộc 3 tiêu mục: Hỗ trợ từ người thân trong gia đình; Hỗ trợ từ bạn bè; Hỗ trợ từ những người quan trọng khác (significant others); Thang đo sử dụng thang điểm Likert 5 mức từ 1 (rất không đồng ý) đến 5 (rất đồng ý). Tổng điểm càng cao phản ánh mức độ nhận được hỗ trợ xã hội càng cao. Được chia thành 3 mức độ: 12 - 24 điểm: Mức hỗ trợ thấp; 25 - 47 điểm: Mức hỗ trợ trung bình; từ 48 – 60 điểm: Mức hỗ trợ cao.

Cả hai thang đo nói trên đều đã được kiểm định trên 30 đối tượng nghiên cứu với độ tin cậy cao (ZBI: Cronbach's alpha = 0,89; MSPSS: Cronbach's alpha = 0,76), đảm bảo độ tin cậy và phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

Phương pháp thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi cấu trúc qua phỏng vấn có hướng dẫn. Nghiên cứu viên tiếp cận người chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn, giới thiệu mục đích nghiên cứu và xin ý kiến tham gia. Sau khi đồng ý, người tham gia ký phiếu chấp thuận và được hướng dẫn cách điền bảng hỏi. Sau khi hoàn thành, nghiên cứu viên kiểm tra lại bảng hỏi để đảm bảo thông tin đầy đủ và hợp lệ.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: phân tích trên phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thuật toán Thống kê mô tả xác định tần số, phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Hệ số tương quan Spearman (r) để xác định hệ số tương quan của các biến liên tục. Phân tích T-test để phân tích mối liên quan giữa các biến phân loại, định danh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định chấp thuận số 838/GCN-HĐĐĐ ngày 14/04/2023 và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu học của người chăm sóc chính (n = 120)

	Đặc điểm	n	%
Tuổi	Từ 18 đến 40 tuổi	48	40,0
	Từ 41 đến 60 tuổi	55	45,8
	Từ 61 tuổi trở lên	17	14,2
	X ± SD	44,98 ± 13,6 (Min: 20, Max: 83)	
Giới tính	Nam	38	31,7
	Nữ	82	68,3
Mối quan hệ với người bệnh	Bố /Mẹ	15	12,5
	Vợ	79	65,8
	Con/ Cháu	16	13,3
	Anh / Em	10	8,3

Người chăm sóc chính có độ tuổi trung bình là 44,98 ± 13,6, phần lớn thuộc nhóm tuổi từ 41 – 60 (45,8%). Nữ giới chiếm đa số với 68,3%. Về mối quan hệ với người bệnh, vợ là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%).

Bảng 2. Gánh nặng về tâm lý (n = 120)

STT	Nội dung thang đo ZBI	%					X	SD
		Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn		
1	Cảm thấy người bệnh đòi hỏi phục vụ nhiều hơn nhu cầu họ cần	5,8	3,3	8,3	55,0	27,6	3,17	2,60
5	Cảm thấy bức bối khi ở bên cạnh người bệnh	3,3	2,5	7,5	53,3	33,4	3,21	1,01
7	Cảm thấy lo lắng vì những nguy cơ có thể xảy ra đối với người bệnh	0	1,7	22,5	20,8	55,0	2,91	0,97
9	Cảm thấy căng thẳng khi phải ở bên cạnh người bệnh	1,7	0,8	10,8	52,5	34,2	3,07	0,99
16	Cảm thấy mình không thể chăm sóc người bệnh lâu dài hơn nữa	4,1	0,0	34,2	42,5	19,2	3,21	1,01

STT	Nội dung thang đo ZBI	%					X	SD
		Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn		
17	Cảm thấy mất kiểm soát cuộc sống của mình kể từ khi người bệnh	3,3	9,2	30,0	39,2	18,3	2,73	0,92
18	Có mong muốn để người khác chăm sóc người bệnh thay cho mình	2,5	3,3	20,0	25,8	48,4	2,60	0,99
22	Nói chung cảm thấy bị gánh nặng trong chăm sóc người bệnh	1,7	0,8	5,0	42,5	50,0	1,81	1,09

Người chăm sóc chính ghi nhận mức độ gánh nặng tâm lý cao, với tỷ lệ cảm thấy căng thẳng, bức bối và lo lắng khi chăm sóc người bệnh dao động từ 52,5% đến 55%. Đáng chú ý, 50% người chăm sóc cho biết luôn cảm thấy bị gánh nặng, và gần một nửa mong muốn có người thay thế trong việc chăm sóc. Điều này cho thấy áp lực tâm lý là rõ rệt và phổ biến.

Bảng 3. Gánh nặng về trách nhiệm chăm sóc (n = 120)

STT	Nội dung thang đo ZBI	%					X	SD
		Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn		
8	Cảm thấy người bệnh bị phụ thuộc vào mình	4,2	0,8	18,3	37,5	39,2	3,29	0,87
14	Cảm thấy dường như người bệnh trông đợi mình chăm sóc nếu như người bệnh chỉ có thể nhờ một người chăm sóc duy nhất	2,5	2,5	18,3	30,8	45,9	2,57	0,91
19	Cảm thấy không chắc chắn về những việc mình đã làm cho người bệnh	13,3	30,0	29,2	21,7	5,8	3,14	1,02
20	Cảm thấy cần phải làm nhiều việc hơn nữa cho người bệnh	25,0	9,2	32,5	25,0	8,3	1,77	1,11
21	Cảm thấy mình có thể chăm sóc người bệnh tốt hơn nữa	16,7	15,8	42,5	20,0	5,0	1,83	1,28

Người chăm sóc chính cảm nhận rõ trách nhiệm nặng nề, với gần 77% cho rằng người bệnh phụ thuộc nhiều vào họ. Gần một nửa cho rằng bản thân là người duy nhất được người bệnh trông đợi chăm sóc. Tuy nhiên, cũng có một bộ phận băn khoăn về hiệu quả chăm sóc, với khoảng 30% thường xuyên cảm thấy chưa làm đủ hoặc có thể làm tốt hơn.

Bảng 4. Phân loại gánh nặng của người chăm sóc chính (n = 120)

Gánh nặng của người chăm sóc chính		X = 61,59	SD = 13,05
Mức độ gánh nặng chăm sóc		n	%
1	Không có hoặc rất ít (0 - 20 điểm)	2	1,7
2	Nhẹ (21 - 40 điểm)	6	5,0
3	Nghiêm trọng (41 - 60 điểm)	37	30,8
4	Rất nghiêm trọng (61 – 88 điểm)	75	62,5

Đa số người chăm sóc chính chịu gánh nặng ở mức rất nghiêm trọng (62,5%), với điểm trung bình toàn nhóm là $61,59 \pm 13,05$. Chỉ 6,7% có mức gánh nặng nhẹ hoặc không đáng kể, cho thấy gánh nặng chăm sóc trong nhóm đối tượng nghiên cứu là phổ biến và ở mức cao.

Bảng 5. Mối liên quan giữa bệnh lý kèm theo, khả năng lao động của người bệnh và hỗ trợ xã hội với gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính (n = 120)

Đặc điểm	Mức độ gánh nặng chăm sóc				p (T-test)
	Không có/Rất ít	Nhẹ	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng	
Bệnh lý kèm theo					
Có (n = 47)	2 (4,3%)	4 (8,5%)	14 (29,8%)	27 (57,4%)	0,04
Không (n = 73)	0 (0%)	2 (2,7%)	23 (31,5%)	48 (65,8%)	
Khả năng lao động					
Không làm được việc (n = 95)	0 (0%)	3 (3,2%)	28 (29,5%)	64 (67,4%)	0,005
Giảm (n = 25)	2 (8,0%)	3 (12,0%)	9 (36,0%)	11 (44,0%)	
Mức độ hỗ trợ xã hội					
Hỗ trợ trung bình	0 (0,0%)	2 (1,9%)	32 (30,2%)	72 (67,9%)	< 0,01
Hỗ trợ cao	2 (14,3%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	

Kết quả cho thấy gánh nặng chăm sóc có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng bệnh lý kèm theo ($p = 0,040$) và khả năng lao động của người bệnh ($p = 0,005$). Người chăm sóc cho người bệnh không còn khả năng lao động hoặc có bệnh lý kèm theo có xu hướng chịu gánh nặng nặng hơn. mức độ hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng rõ rệt đến gánh nặng: nhóm có hỗ trợ cao có tỷ lệ gánh nặng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng thấp hơn hẳn (57,1%) so với nhóm chỉ nhận được hỗ trợ trung bình (98,1%) ($p < 0,01$). Điều này khẳng định vai trò bảo vệ của hỗ trợ xã hội trong việc giảm gánh nặng tâm lý và trách nhiệm đối với người chăm sóc.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tuổi, số lần nhập viện, thời gian mắc bệnh, thời gian chăm sóc của người bệnh với gánh nặng của người chăm sóc chính (n = 120)

Biến	Gánh nặng chăm sóc	Tuổi khởi phát bệnh	Tuổi người bệnh	Thời gian chăm sóc trung bình	Số lần nhập viện
Tuổi khởi phát bệnh	-0,282**	—			
Tuổi người bệnh	-0,189*	0,826**	—		
Thời gian chăm sóc trung bình	0,296**	0,260**	0,330**	—	
Số lần nhập viện	0,310**	-0,101	0,184*	0,094	—

*Phân tích Spearman; *p < 0,05; **p < 0,01*

Gánh nặng chăm sóc có mối tương quan thuận có ý nghĩa với số lần nhập viện ($r = 0,310$; $p < 0,01$) và thời gian chăm sóc trung bình ($r = 0,296$; $p < 0,01$), cho thấy người chăm sóc phải hỗ trợ lâu dài hoặc người bệnh tái nhập viện nhiều lần thường cảm thấy gánh nặng cao hơn. Ngược lại, tuổi khởi phát bệnh và tuổi người bệnh có tương quan nghịch với gánh nặng chăm sóc, cho thấy người bệnh càng khởi phát sớm hoặc càng trẻ thì gánh nặng lên người chăm sóc càng lớn.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của người chăm sóc chính: Kết quả nghiên cứu cho thấy người chăm sóc chính có tuổi trung bình là $44,98 \pm 13,6$ tuổi, chủ yếu thuộc nhóm tuổi từ 41–60 (45,8%). Độ tuổi này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước như của Vadher et al. (2020) là $44,9 \pm 13,8$ tuổi¹, và Surendra et al. (2023) là $42,7 \pm 12,5$ tuổi⁵. Điều này cho thấy người chăm sóc thường là người trong độ tuổi lao động hoặc trung niên – nhóm có khả năng gánh vác trách nhiệm cả về thể chất lẫn tài chính trong gia đình.

Về giới tính, nữ giới chiếm đa số trong vai trò chăm sóc chính (68,3%), phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước: Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Văn Hợp⁶, Kiran và cộng sự (2016) nữ giới (66.7%), nam giới (33.3%)⁷, Vadher.S và cộng sự (2020) nữ giới 78%, nam giới (22%)¹. Điều này cho thấy phù hợp với truyền thống văn hóa tại Việt Nam, nơi phụ nữ thường đảm nhiệm các công việc chăm sóc gia đình.

Về mối quan hệ với người bệnh, người chăm sóc chủ yếu là vợ (65,8%), tiếp theo là con/cháu (13,3%), bố/mẹ (12,5%) và anh/em (8,3%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Vadher et al. (2020), trong đó vợ chỉ chiếm 56% và bố/mẹ đến 34%¹. Kết quả này khẳng định rằng trong điều kiện chăm sóc tại nhà và điều trị nội trú dài ngày, vợ hoặc người thân trực hệ thường gánh vác phần lớn trách nhiệm.

Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính

Gánh nặng về tâm lý: Kết quả nghiên cứu cho thấy người chăm sóc chính phải đối mặt với gánh nặng tâm lý rõ rệt. Có 55,0% cảm thấy người bệnh đòi hỏi quá mức ở mức “khá thường xuyên”, 53,3% thường xuyên bức bối khi ở bên cạnh người bệnh và 34,2% cảm thấy căng thẳng. Những tỉ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Trần Thị Thoa (2023), trong đó chỉ 7,1%, 1,8% và 6,3% người chăm sóc báo cáo các cảm xúc tương ứng⁸. Đặc biệt, 55% người chăm sóc luôn cảm thấy lo lắng về những nguy cơ

có thể xảy ra đối với người bệnh. Điều này không chỉ phản ánh nỗi lo lắng về tình trạng sức khỏe mà còn bao gồm các hệ quả tiềm tàng liên quan đến hành vi hoặc an toàn của người bệnh. Gánh nặng tâm lý này cho thấy người chăm sóc chính đang đối mặt với sự quá tải về tinh thần, có thể do thiếu hỗ trợ tâm lý và không được chuẩn bị đầy đủ về kỹ năng chăm sóc. Những khó khăn này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người chăm sóc mà còn tác động tiêu cực đến chất lượng chăm sóc và mối quan hệ với người bệnh.

Gánh nặng về trách nhiệm chăm sóc: Người chăm sóc chính trong nghiên cứu này phải đối mặt với áp lực trách nhiệm đáng kể. Có đến 39,2% cho biết “luôn luôn” cảm thấy người bệnh phụ thuộc vào họ và 37,5% cảm nhận điều này “khá thường xuyên”. Đồng thời, 45,9% luôn cảm thấy họ là người duy nhất mà người bệnh có thể trông cậy. Các tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Thoa (2023), với các con số tương ứng chỉ là 6,3%, 15,2% và 17,9%⁸. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Kadam và cộng sự (2019) tại Ấn Độ⁹, khi nhóm tác giả ghi nhận người chăm sóc người bệnh rối loạn sử dụng rượu phải chịu gánh nặng cao về mặt trách nhiệm cá nhân và xã hội, đặc biệt trong bối cảnh người bệnh tái phát nhiều lần và phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày. Họ cũng nhận thấy sự kỳ vọng từ gia đình và xã hội đặt nặng lên vai người chăm sóc, làm gia tăng kiệt sức tâm lý. Các dữ liệu trong và ngoài nước đều cho thấy người chăm sóc người bệnh rối loạn tâm thần do sử dụng rượu đang chịu gánh nặng kép – vừa là trách nhiệm thực tế trong chăm sóc thể chất, vừa là sức ép tâm lý từ sự lệ thuộc hoàn toàn của người bệnh. Điều này đòi hỏi các can thiệp hỗ trợ cần phải được thiết kế không chỉ dành cho người bệnh, mà

còn trực tiếp hướng tới nâng đỡ và giảm tải cho người chăm sóc.

Gánh nặng chăm sóc chung: Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình gánh nặng chăm sóc theo thang ZBI là $61,59 \pm 13,05$, phản ánh mức độ gánh nặng rất cao. Có tới 62,5% người chăm sóc chính nằm trong nhóm “rất nghiêm trọng”, cao hơn nhiều so với kết quả của Trần Thị Thoa (2023) với điểm trung bình chỉ $27,8 \pm 15,2$ ⁸, Vadher và cộng sự (2020) là $49,9 \pm 23,8$ ¹ và Dilek et al. (2021) là $51,47 \pm 18,91$ ¹⁰. Mức độ gánh nặng cao như vậy làm tăng nguy cơ rối loạn tâm lý, suy giảm sức khỏe thể chất, và ảnh hưởng đến các mối quan hệ gia đình – xã hội cũng như tình hình tài chính của người chăm sóc.

Bên cạnh đó, 30,8% người chăm sóc nằm trong nhóm “nghiêm trọng” (41–60 điểm). Mặc dù mức độ gánh nặng ở nhóm này có thể thấp hơn so với nhóm “rất nghiêm trọng”, họ vẫn đang phải đối mặt với áp lực đáng kể, nhất là trong việc cân bằng giữa vai trò chăm sóc, công việc, và trách nhiệm gia đình. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thoa (2023), trong đó nhóm “nghiêm trọng” chỉ chiếm 17,6%⁸. So sánh với nghiên cứu của Kadam và cộng sự (2019) tại Ấn Độ – một trong những nghiên cứu chuyên sâu về gánh nặng người chăm sóc người bệnh rối loạn sử dụng rượu – cho thấy tỷ lệ người chăm sóc có gánh nặng rất nghiêm trọng là 43,75% và nghiêm trọng là 35%⁹. Mặc dù tỷ lệ nhóm “rất nghiêm trọng” trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, tỷ lệ nhóm “nghiêm trọng” lại thấp hơn. Sự khác biệt này có thể phản ánh yếu tố văn hóa, hệ thống hỗ trợ xã hội và sự khác biệt trong điều kiện kinh tế giữa các quốc gia. Tổng thể, các kết quả cho thấy gánh nặng chăm sóc trong nhóm nghiên cứu không chỉ phổ biến mà còn ở mức cao và rất cao, đặt ra yêu cầu cấp thiết cho các can

thiệt hỗ trợ tâm lý – xã hội dành cho người chăm sóc chính.

Một số yếu tố liên quan đến gánh nặng của người chăm sóc chính: Kết quả nghiên cứu cho thấy gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và hoàn cảnh của người bệnh. Cụ thể, người chăm sóc cho người bệnh không còn khả năng lao động hoặc có bệnh lý kèm theo có tỷ lệ gánh nặng rất nghiêm trọng lần lượt là 67,4% và 57,4%, cao hơn đáng kể so với nhóm người bệnh chỉ giảm khả năng lao động hoặc không có bệnh lý kèm theo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$ và $p = 0,04$), cho thấy tình trạng thể chất và chức năng của người bệnh là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến áp lực mà người chăm sóc phải đối mặt.

Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kadam và cộng sự (2019) tại Ấn Độ, cho thấy người chăm sóc người bệnh rối loạn sử dụng rượu thường gặp gánh nặng nghiêm trọng hơn khi người bệnh có bệnh lý đi kèm hoặc mất hoàn toàn khả năng tự chăm sóc⁹. Tương tự, Trần Thị Thoa (2023) tại Việt Nam ghi nhận rằng người chăm sóc người bệnh tâm thần có các vấn đề sức khỏe kèm theo thường chịu áp lực chăm sóc lớn hơn do tăng thời gian và nhu cầu hỗ trợ⁸.

Mức độ hỗ trợ xã hội cũng là một yếu tố ảnh hưởng rõ rệt. Trong nghiên cứu này, nhóm có hỗ trợ xã hội cao chỉ có 21,4% người chăm sóc rơi vào nhóm “rất nghiêm trọng”, trong khi con số này lên tới 67,9% ở nhóm chỉ nhận được hỗ trợ trung bình ($p < 0,01$). Điều này nhất quán với kết quả của Dilek et al. (2021) tại Thổ Nhĩ Kỳ, nhấn mạnh vai trò bảo vệ của hỗ trợ xã hội trong giảm gánh nặng cho người chăm sóc người bệnh mãn tính¹⁰. Hỗ trợ xã hội không chỉ giúp chia sẻ trách nhiệm mà còn mang lại

giá trị tinh thần, giảm cảm giác cô lập và quá tải cho người chăm sóc.

Hỗ trợ xã hội được xem là một yếu tố bảo vệ quan trọng đối với người chăm sóc, giúp giảm bớt tác động tiêu cực của gánh nặng chăm sóc kéo dài. Khi nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, cộng đồng hoặc nhân viên y tế, người chăm sóc có xu hướng cảm thấy được thấu hiểu, chia sẻ và không đơn độc trong quá trình chăm sóc. Sự hỗ trợ này có thể mang lại nguồn lực vật chất (như tài chính, thời gian), tinh thần (như lời động viên, sự đồng cảm) và thông tin (như kỹ năng chăm sóc, kiến thức về bệnh). Theo mô hình “đệm tâm lý” (buffering model), hỗ trợ xã hội giúp giảm căng thẳng, tăng khả năng thích nghi với hoàn cảnh khó khăn, hạn chế nguy cơ kiệt sức và rối loạn tâm lý như trầm cảm hoặc lo âu.

Ngoài ra, kết quả còn chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố lâm sàng với gánh nặng chăm sóc. Thời gian chăm sóc trung bình ($r = 0,296$; $p < 0,01$) và số lần nhập viện của người bệnh ($r = 0,310$; $p < 0,01$) có tương quan thuận với gánh nặng. Càng chăm sóc kéo dài hoặc người bệnh nhập viện nhiều lần, người chăm sóc càng dễ rơi vào tình trạng kiệt sức và căng thẳng. Điều này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Vadher và cộng sự (2020), cho rằng tần suất tái nhập viện và thời gian điều trị kéo dài làm tăng áp lực chăm sóc, chi phí và xung đột trong gia đình¹.

Ngược lại, tuổi người bệnh ($r = -0,189$; $p < 0,05$) và tuổi khởi phát bệnh ($r = -0,282$; $p < 0,01$) có tương quan nghịch với gánh nặng chăm sóc, nghĩa là người bệnh càng trẻ hoặc phát bệnh càng sớm thì gánh nặng đối với người chăm sóc càng lớn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Surendra et al. (2023), trong đó người bệnh trẻ tuổi thường phụ thuộc nhiều hơn và kéo dài thời

gian chăm sóc⁵. Điều này có thể lý giải bởi một số yếu tố: người bệnh trẻ tuổi thường có mức độ phụ thuộc cao hơn, kéo dài hơn và hành vi xung động, khó kiểm soát hơn so với người lớn tuổi, làm tăng áp lực quản lý và chăm sóc. Ngoài ra, họ thường chưa có khả năng tự lập về kinh tế, khiến người chăm sóc phải gánh thêm chi phí điều trị và sinh hoạt. Mặt khác, việc người trẻ mắc bệnh cũng đi kèm với sự sụp đổ kỳ vọng từ gia đình, gây ra gánh nặng tâm lý lớn cho người chăm sóc – đặc biệt là cha mẹ hoặc người thân trực hệ. Nếu bệnh khởi phát sớm, thời gian chăm sóc kéo dài sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống cá nhân, nghề nghiệp và sức khỏe của người chăm sóc.

Tóm lại, các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc trong nghiên cứu hiện tại bao gồm cả khía cạnh lâm sàng (bệnh lý, khả năng lao động, số lần nhập viện) và xã hội (thời gian chăm sóc, mức độ hỗ trợ). Những kết quả này không chỉ phản ánh thực trạng trong bối cảnh Việt Nam mà còn phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, nhấn mạnh tính phổ quát của vấn đề và nhu cầu cần có các can thiệp đa ngành – y tế, tâm lý và xã hội – để hỗ trợ người chăm sóc chính một cách hiệu quả và toàn diện.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người chăm sóc chính cho người bệnh rối loạn tâm thần do sử dụng rượu tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 phải đối mặt với gánh nặng chăm sóc ở mức rất cao, đặc biệt là về mặt tâm lý và trách nhiệm. Tỷ lệ người chăm sóc có mức gánh nặng “rất nghiêm trọng” chiếm đến 62,5%, với điểm trung bình thang đo ZBI là $61,59 \pm 13,05$.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc bao gồm: tình trạng bệnh lý kèm theo, khả năng lao động của người bệnh, mức độ hỗ trợ xã hội, thời gian

chăm sóc trung bình, số lần nhập viện, tuổi người bệnh và tuổi khởi phát bệnh. Trong đó, hỗ trợ xã hội cao đóng vai trò là yếu tố bảo vệ quan trọng, giúp giảm nhẹ cảm giác quá tải và kiệt sức ở người chăm sóc.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường hỗ trợ xã hội cho người chăm sóc thông qua tư vấn tâm lý, giáo dục sức khỏe và kết nối cộng đồng. Lồng ghép đánh giá gánh nặng chăm sóc vào kế hoạch điều trị người bệnh tâm thần. Điều dưỡng viên cần phát hiện sớm và hỗ trợ người chăm sóc có nguy cơ gánh nặng cao. Xây dựng chính sách hỗ trợ phù hợp cho người chăm sóc người bệnh mạn tính mất khả năng lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vadher S, Desai R, Panchal B, et al. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *General psychiatry*. 2020;33(4):e100215. doi:10.1136/gpsych-2020-100215.
2. Mai TY, Vũ TQ. Một số yếu tố ảnh hưởng tới gánh nặng chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;516(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.3008>.
3. Vũ TQ, Trương TA, Nguyễn TL, Mai TY, Trần THL. Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên năm 2020. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2020;3(3):20-27.
4. Vân ĐTH. Mối quan hệ giữa chỗ dựa xã hội và cách ứng phó với Stress của sinh viên trường Đại học Y Dược Đại học Huế *Tạp chí Khoa học và Giáo dục Trường Đại học Sư phạm Huế*. 2010, 93.

5. Rajpurohit SS, Kalooya GS, Sarkar S, Chadda RK. A prospective observational study of change in caregiver burden and psychological distress in caregivers of patients with alcohol dependence. *Industrial psychiatry journal*. Jul-Dec 2023;32(2):266-272. doi:10.4103/ipj.ipj_191_22.
6. Phan VH. Một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan của người bệnh loạn thần do rượu có hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định 2021. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2023;6(03):92-101. DOI: 10.54436/jns.2023.03.634.
7. Kiran M, Senthil MJGJfRA. Family burden among caregivers of patients with epilepsy and alcohol dependence. *Global journal for research analysis* 2016;5(3):296-300. <https://doi.org/10.36106/gjra>.
8. Thoa TT, Mai NT, Ngọc BNHB. Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân nghiện rượu mạn tính điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2023;2023:95-101. <https://doi.org/10.52322/jocmbmh.133.11>.
9. Kadam KS, Unnithan VB, Mane MR, Angane AY. Brewing caregiver burden: Indian insights into alcohol use disorder. *Indian J Soc Psychiatry*. 2020;36(3):236-242. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_117_19.
10. Ayakdaş Dağlı D, Baysan Arabacı L, Taş Soylu G, Büyükbayram Arslan A. Relationship Between Caregivers' Care Burden and Their Social Function ing Perceptions Toward Addicted Patients: A Cross-Sectional Survey. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021/10// 29(3):353-360. doi:10.5152/FNJN.2021.20147.