

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

Vũ Thị Quý^{1b}, Trương Tuấn Anh², Nguyễn Thị Lý^{2b},
Mai Thị Yến^{2b}, Trần Thị Hải Lý²

¹Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên,

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần kinh Hưng Yên năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi Phỏng vấn về gánh nặng chăm sóc của Zarit (Zarit Burden Interview/ZBI) đã được dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa để khảo sát 95 người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt (60 nữ và 35 nam). **Kết quả:** Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh là ZBI = 54,03 ± 14,29 với điểm cao nhất là 82 và thấp nhất là 10. Người có gánh nặng chăm sóc mức nghiêm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất,

tiếp đến là mức rất nghiêm trọng, mức trung bình và mức nhẹ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về gánh nặng chăm sóc giữa hai giới nam - nữ và mối quan hệ với người bệnh. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu đã cung cấp một số thông tin ban đầu về gánh nặng chăm sóc người bệnh Tâm thần phân liệt những mức độ gánh nặng khác nhau cũng như các đặc điểm riêng về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt đang điều trị nội trú, từ đó đưa ra hướng đi phù hợp để nâng cao chất lượng giáo dục thực hành điều dưỡng.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, người bệnh, tâm thần phân liệt, nội trú.

CURRENT BURDEN OF FAMILY CAREGIVER OF THE SCHIZOPHRENIA PATIENS AT HUNG YEN MENTAL HOSPITAL IN 2020

ABSTRACT

Objective: To describe the current burden of caring for people with schizophrenia inpatient treatment at Hung Yen Mental Hospital in 2020. **Method:** A cross-sectional descriptive study using questionnaires Interview of Zarit (Zarit

Burden Interview / ZBI) has been translated into Vietnamese and standardized by Nguyen Bich Ngoc for human surveys caring for 95 people with schizophrenia (60 women and 35 men). **Results:** The average burden of care of primary caregiver for patients was ZBI = 54,03 ± 14,29 with the highest score of 82 and the lowest of 10. People with the burden of serious care accounted for the highest proportion, followed by very severe, moderate and mild. However, there was no significant difference in burden of care between men and women and the relationship with the ill. **Conclusion:**

Người chịu trách nhiệm: Vũ Thị Quý
Email: quyphong2383@gmail.com
Ngày phản biện: 04/8/2020
Ngày duyệt bài: 12/8/2020
Ngày xuất bản: 31/8/2020

The results of the study have provided some initial information on the burden of caring for people with schizophrenia, different levels of burden as well as the unique characteristics of life satisfaction of scholarly patients with schizophrenia who are inpatient treatment, thereby giving appropriate direction to improve the quality of nursing practice education.

Keywords: *Burden of care, patients, schizophrenia, inpatient.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu. Bệnh TTPL chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% dân số [1]. Bệnh tâm thần phân liệt đặt ra nhiều vấn đề nan giải trong y học không chỉ vì đặc điểm của bệnh mà còn ở những hành vi nguy hại đến bản thân người bệnh (NB) và người xung quanh [4], [5]. Có khoảng 40-80% người bệnh tâm thần phân liệt sống cùng gia đình của họ. Những bệnh nhân này phải thường xuyên dựa vào gia đình của họ để được chăm sóc hỗ trợ về thể chất và tinh thần trong suốt cuộc đời [6]. Hành vi của một người mắc bệnh tâm thần tạo ra nhu cầu chăm sóc và hơn ai hết người thân của NB là người chịu trách nhiệm chính trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc phức tạp của NB hay NB đã tạo ra gánh nặng chăm sóc (GNCS) cho người thân.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định người chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt gặp rất nhiều khó khăn, vất vả đó chính là gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh tâm thần phân liệt. Trong khi đó ở Việt

Nam nói chung và bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên nói riêng hiện nay có rất ít đề tài nghiên cứu về chủ đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt những nghiên cứu về vấn đề gánh nặng của những người chăm sóc cho người bệnh TTPL. Do đó, nghiên cứu “*Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt*” được thực hiện với mong muốn đo lường gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh TTPL đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những người chăm sóc chính sống cùng NB TTPL tái phát ít nhất 12 tháng có trách nhiệm cao nhất trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc NB. Hiện nay NCSC đang chăm nuôi NB điều trị tại Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người chăm sóc chính trực tiếp chăm sóc NB TTPL đã được chẩn đoán TTPL cách đây ít nhất 12 tháng. Người chăm sóc chính trên 18 tuổi đủ tỉnh táo minh mẫn để tham gia hết thời gian phỏng vấn. Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người chăm sóc chính có NB đang trong giai đoạn kích động, chưa ổn định.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2019 đến tháng 6/2020

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Điều trị, Bệnh viện Tâm thần kinh Hưng Yên

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp - Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích để khảo sát GNCS của NCSC người bệnh TTPL.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu theo tỉ lệ.

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

Trong đó :

n: là cỡ mẫu ước lượng

Z: Trị số phân phối chuẩn

α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$ vì vậy $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,12$

p: tỉ lệ đối tượng lựa chọn. Theo nghiên cứu của tác giả Long Ngo Xuan có 46% người chăm sóc người bệnh TTPL có gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình, nên chúng tôi chọn $p = 0,46$ [6].

Thay các giá trị vào công thức trên chúng tôi tính được $n = 95$.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NCSC có người bệnh đang điều trị nội trú đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng cách cho NCSC điền vào bảng câu hỏi khảo sát.

2.6. Công cụ nghiên cứu

Theo bộ câu hỏi Phòng vấn về gánh nặng chăm sóc của Zarit (Zarit Burden Interview/ZBI). Bộ công cụ này gồm 22 câu hỏi về: sức khỏe thể chất và tinh thần, tài chính, đời sống xã hội và mối quan hệ giữa người chăm sóc với NB. Bộ câu hỏi này đã được Nguyễn Bích Ngọc dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa. Thời gian để hoàn thành đánh giá này mất khoảng 20 phút. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 88 điểm với các mức độ: từ 0 đến 20 điểm: không có hoặc có gánh nặng nhẹ; 21 đến

40 điểm: gánh nặng mức độ trung bình; 41 đến 60 điểm: gánh nặng nghiêm trọng; 61 đến 88 điểm: gánh nặng rất nghiêm trọng [2].

2.7. Phân tích số liệu

Phân tích thống kê và xây dựng các mô hình thống kê y tế được tiến hành sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

Phân tích thống kê mô tả số lượng, và giá trị trung bình cùng độ lệch chuẩn được sử dụng để miêu tả các đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Kiểm định khi bình phương, Student-t, và ANOVA được sử dụng để so sánh sự khác biệt của các tỉ lệ hoặc giá trị trung bình.

2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi nhà nghiên cứu giải thích kỹ lưỡng về các mục tiêu và phương pháp nghiên cứu. Đồng thời, người tham gia có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào họ muốn.

Dữ liệu thu được từ người tham gia nghiên cứu được bảo mật và mã hóa hoàn toàn trên máy tính. Thông tin cá nhân của những người tham gia không được sử dụng trong bất kỳ công bố công khai nào.

Dữ liệu thu thập được trong nghiên cứu này là riêng tư và hoàn toàn không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, chăm sóc NB và lợi ích của người tham gia nghiên cứu.

Người tham gia nghiên cứu được tôn trọng và đối xử bình đẳng như nhau.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của người chăm sóc chính

Đặc điểm		SL	TL %
Tuổi	Từ 18 đến 40 tuổi	22	23,2
	Từ 41 đến 60 tuổi	40	42,1
	Trên 60 tuổi	33	34,7
	Mean±SD	52,68 ± 14,48	
Hôn nhân	Chưa kết hôn	10	10,5
	Đã kết hôn	85	89,5
Trình độ học vấn	Tiểu học	32	33,7
	THCS	34	35,8
	THPT	13	13,7
	THCN/Cao đẳng/Đại học	16	16,8
	Khác	0	0,0
	Tiểu học	32	33,7
Mức thu nhập	Từ 0 đến dưới 1,5 triệu VNĐ	32	33,7
	Từ 1,5 triệu đến dưới 3 triệu VNĐ	14	14,7
	Từ 3 triệu đến dưới 4,5 triệu VNĐ	17	17,9
	Từ 4,5 triệu VNĐ trở lên	32	33,7
Tổng		95	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Đa số NCSC người bệnh thuộc nhóm tuổi 41-60 tuổi (42,1%), đã kết hôn (89,5%). Về trình độ văn hóa: số người chăm sóc có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao (35,8%). Mức thu nhập kinh tế: Người chăm sóc có mức thu nhập chủ yếu từ 0 đến 1,5 triệu (33,7%) và từ 4,5 triệu trở lên (33,7%).

Bảng 3.2. Mối quan hệ của người chăm sóc và người bệnh Tâm thần phân liệt

Quan hệ với người bệnh	SL	TL %
Bố/Mẹ	7	7,4
Vợ/Chồng	27	28,4
Anh/Em	23	24,2
Con/cháu	36	37,9
Họ hàng	2	2,1

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Phần lớn người chăm sóc chính là con/cháu của người bệnh (37,9%). Chỉ có 2,1% là họ hàng với người bệnh.

3.2. Thực trạng gánh nặng chăm sóc người bệnh ở người chăm sóc chính

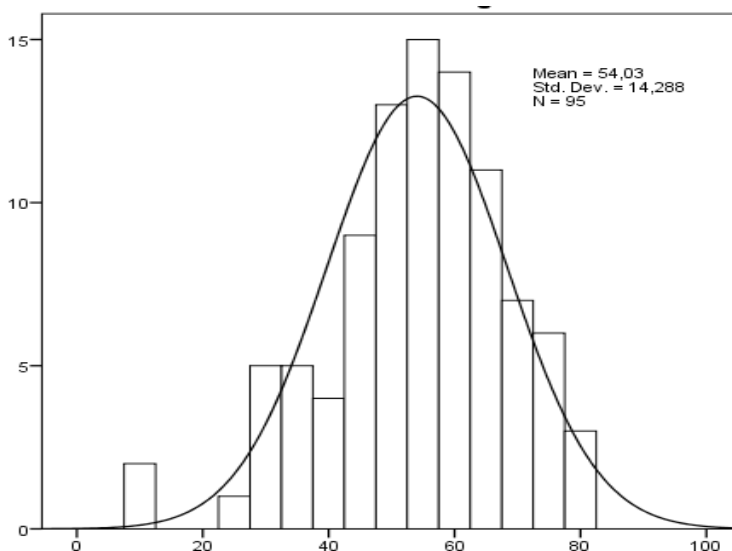
Bảng 3.3. Cảm nhận của người chăm sóc chính về gánh nặng khi chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt theo thang đo ZBI

Các nội dung theo thang đo ZBI	Tỷ lệ % xuất hiện				
	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn
Người bệnh đòi hỏi phục vụ nhiều hơn nhu cầu	6,3	11,6	44,2	27,4	10,5
Cảm thấy mình phải dành hết thời gian cho người bệnh mà không còn thời gian dành cho bản thân	6,3	7,4	27,4	46,3	12,6
Cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và cố gắng thực hiện nghĩa vụ đối với gia đình hoặc công việc	2,1	2,1	20,0	42,1	33,7
Cảm thấy bị rắc rối vì hành vi của người bệnh	1,1	10,5	49,5	26,3	12,6
Cảm thấy bức bối khi phải ở bên cạnh người bệnh	3,2	12,6	55,8	23,2	5,3
Cảm thấy người bệnh làm ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ hiện nay của mình với các thành viên khác trong gia đình hoặc với bạn bè	8,4	9,5	54,7	18,9	8,4
Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh	1,1	2,1	18,9	42,1	35,8
Cảm thấy người bệnh bị phụ thuộc vào mình	3,2	7,4	18,9	44,2	26,3
Cảm thấy căng thẳng khi phải ở bên cạnh người bệnh	1,1	7,4	27,4	43,2	21,1
Cảm thấy sức khỏe của mình bị giảm sút vì phải chăm sóc người bệnh	8,4	16,8	26,3	35,8	12,6
Cảm thấy bị giảm bớt cuộc sống riêng tư của mình vì phải chăm sóc người bệnh	3,2	13,7	42,1	33,7	7,4
Cảm thấy cuộc sống xã hội của mình bị giảm bớt vì phải chăm sóc người bệnh	6,3	9,5	45,3	28,4	10,5
Cảm thấy bất tiện khi có nhiều bạn bè đến thăm người bệnh	27,4	42,1	17,9	8,4	4,2
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	6,3	5,3	24,2	37,9	26,3
Cảm thấy mình không có đủ tiền để chăm sóc người bệnh thêm vào những khoản chi tiêu của mình	5,3	6,3	14,7	30,5	43,2
Cảm thấy mình không thể chăm sóc người bệnh lâu dài hơn nữa	6,3	7,4	27,4	35,8	23,2
Cảm thấy mất kiểm soát cuộc sống của mình kể từ khi người bệnh	3,2	13,7	45,3	31,6	6,3

Các nội dung theo thang đo ZBI	Tỷ lệ % xuất hiện				
	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn
Có mong muốn để người khác chăm sóc người bệnh thay cho mình	14,7	12,6	23,2	31,6	17,9
Cảm thấy không chắc chắn về những việc mình đã làm cho người bệnh	7,4	12,6	34,7	37,9	7,4
Cảm thấy cần phải làm nhiều việc hơn nữa cho người bệnh	5,3	3,2	33,7	48,4	9,5
Cảm thấy mình có thể chăm sóc người bệnh tốt hơn nữa	7,4	6,3	31,6	46,3	8,4
Nói chung, tôi cảm thấy bị gánh nặng trong chăm sóc người bệnh	0	5,3	29,5	41,1	24,2

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Có nhiều mức độ cảm nhận khác nhau về từng khía cạnh của gánh nặng chăm sóc, một số cảm nhận ở mức bốn (luôn luôn) có tỷ lệ cao như: *Cảm thấy mình không có đủ tiền để chăm sóc người bệnh thêm vào những khoản chi tiêu của mình (43,2%); Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh (35,8%); Cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và cố gắng thực hiện nghĩa vụ đối với gia đình hoặc công việc (33,7%)*.

Nhưng với cảm nhận: *Nói chung, tôi cảm thấy bị gánh nặng trong chăm sóc người bệnh* thì: không có ai trả lời *Không bao giờ*; mức *Khá thường xuyên* là cao nhất với 41,1%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố điểm gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc

Biểu đồ 3.1 cho thấy: Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính là 54,03 điểm với độ lệch chuẩn là 14,3 và 95% khoảng tin cậy là 51,12 - 56,94 điểm. Điểm thấp nhất của các đối tượng là 10 và cao nhất là 80 điểm trên tổng số 88 điểm của thang đo ZBI.

Bảng 3.4. Phân loại mức độ gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính

Mức độ GNCS	SL	TL %
Không có/Nhẹ	2	2,1
Gánh nặng trung bình	12	12,6
Gánh nặng nghiêm trọng	49	51,6
Gánh nặng rất nghiêm trọng	32	33,7

Bảng 3.4 cho thấy: người chăm sóc có mức độ gánh nặng nghiêm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,6%. Chỉ có 2,1% số người chăm sóc có mức độ gánh nặng nhẹ hoặc không có. Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc theo ZBI là 54,03 với độ lệch chuẩn 14,29.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình của người chăm sóc chính là $52,68 \pm 14,48$. Kết quả này tương đồng với kết quả của Long Ngo Xuan phần lớn tuổi của người chăm sóc là 40 tuổi trở lên chiếm 86,6% tổng số [6], nhưng cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Inogbo [5] khi độ tuổi trung bình người chăm sóc chính trong nghiên cứu đó chỉ là 45,1 với độ lệch chuẩn 12,03. Sở dĩ có sự khác nhau trên là do những khác biệt trong phương pháp chọn mẫu giữa các nghiên cứu và văn hóa mỗi quốc gia.

Về trình độ học vấn của NCSC, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Inogbo [5] khi tỷ lệ NCSC có mức trình độ học vấn trung học cơ sở là 35,8% so với 33,3% và tiểu học là 31,6% so với 27,1%.

Về tình trạng hôn nhân: tỷ lệ NCSC đã lập gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,5% cao hơn tương đối so với tỷ lệ 61,6% trong nghiên cứu của Inogbo nhưng tương đồng với nghiên cứu của Long Ngo Xuan với 90,8%.

Nhìn chung do đặc điểm nghề nghiệp đa phần là nông dân nên mức thu nhập của NCSC dao động ở mức từ không đến trên

dưới 4,5 triệu đồng một tháng trong đó mức thu nhập dưới 1,5 triệu chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,7%. Thu nhập thấp đi kèm với việc phải luôn luôn theo dõi và chăm sóc người nhà mắc TTPL cùng với việc chưa có các chính sách hỗ trợ thỏa đáng khiến cuộc sống của những gia đình có người mắc bệnh TTPL trở lên vô cùng khó khăn.

Trong quan hệ với người bệnh, tỷ lệ người chăm sóc là con/cháu cao nhất với 37,9%. Điều này phù hợp với văn hóa của người Việt Nam luôn đặt chữ hiếu lên hàng đầu. Con/cháu có trách nhiệm phụng dưỡng, chăm sóc cho ông bà, cha mẹ.

4.2. Thực trạng gánh nặng chăm sóc người bệnh Tâm thần phân liệt ở người chăm sóc chính

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cảm nhận của người chăm sóc chính về gánh nặng khi chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt theo thang đo ZBI là đa diện, trong đó có một số cảm nhận ở mức bốn (luôn luôn) có tỷ lệ cao như: *Cảm thấy mình không có đủ tiền để chăm sóc người bệnh thêm vào những khoản chi tiêu của mình (43,2%); Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh (35,8%); Cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và cố gắng thực hiện nghĩa vụ đối với gia đình hoặc công việc (33,7%)*. Nhưng với cảm nhận *Nói chung, tôi cảm thấy bị gánh nặng trong chăm sóc người bệnh* thì: không có ai trả lời *Không bao giờ*; mức *Khá thường xuyên* là cao nhất với 41,1%. Kết quả này cũng tương đồng với kết luận của tác giả Long Xuan Ngo rằng điều kiện kinh tế gia đình, mức thu nhập thấp có ảnh hưởng trực tiếp đến gánh nặng chăm sóc[6]; tác giả Nguyễn Thanh Bình cũng khẳng định có yếu tố liên quan trực tiếp của triệu chứng trầm cảm, lo âu đến chất lượng cuộc sống người chăm sóc. Tuy nhiên, kết quả này đồng thời phản ánh chân thực cảm nhận của người chăm sóc người bệnh TTPL rằng mặc dù gặp nhiều căng thẳng, khó khăn về kinh tế, ức chế về

tin thần nhưng từ sâu trong nội tâm mỗi người luôn chất chứa tình thương yêu, lo lắng cho người thân của mình (Có 14,7 % người được khảo sát không *mong muốn để người khác chăm sóc người bệnh thay cho mình*). Đây cũng là một nét đẹp truyền thống của người Việt.

Về phân bố điểm GNCS, điểm trung bình ZBI = 54,03 ± 14,29 với điểm cao nhất là 82 và thấp nhất là 10 bên cạnh đó gánh nặng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng chiếm lần lượt 61,6% và 33,7%. So với kết quả nghiên cứu của tác giả Long Ngo Xuan: điểm số gánh nặng được đánh giá bởi những người chăm sóc ở mức độ vừa phải ($X = 0,95$, $SD = 0,46$) [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích: do cách phân chia mức độ GNCS của tác giả Long Ngo Xuan chỉ có ba mức: Thấp, Vừa phải và mức cao. Tuy nhiên so với nghiên cứu của Trương Quang Trung và Nguyễn Bích Ngọc [2],[3] cho kết quả điểm trung bình ZBI lần lượt là 35,16 ± 15,9 và 29,30 ± 13,58. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, điểm trung bình GNCS ở những NCSC người bệnh TTPL là cao hơn rất nhiều so với các bệnh lý sa sút trí tuệ khác. Lý do có thể biết đến là sự khác biệt trong tính chất nguy hiểm, khó lường về cảm xúc, hành vi của người bệnh TTPL mà các bệnh mạn tính khác không có như: kích động dữ dội la hét, đánh đập thậm chí gây nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh và những người xung quanh mà không hề có dấu hiệu báo trước.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng gánh nặng của những người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt chủ yếu ở mức độ nghiêm trọng. Gánh nặng được thể hiện ở nhiều khía cạnh khác nhau theo cảm nhận của người chăm sóc chính. Như vậy, để giảm bớt gánh nặng cho người chăm sóc cần có chính sách quan tâm hỗ trợ, động viên, tư vấn sức khỏe đo lường mức độ ảnh hưởng của gánh nặng chăm sóc tới sức khỏe người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam (2020). Quyết định v/v ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp" Hà Nội
2. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trọng Hưng, Phạm Thắng (2014). Gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn cuối và các yếu tố liên quan. Tạp chí nghiên cứu y học, 100 (2), pp. 148-155.
3. Jamshidi N et al (2016). The challenges of nursing students in the clinical learning environment: A qualitative study. *The Scientific World Journal*, 2016.
3. Nguyễn Bích Ngọc (2013). Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer. Tạp chí Y học dự phòng, 5 (141), pp. 88-94.
4. Nguyễn Văn Tinh (2017). Đánh giá mức độ tái hòa nhập cộng đồng và công tác quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại 3 huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2017. Luận văn bác sỹ Chuyên khoa II Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Inogbo C. F, Olotu S. O, James B. O. et al. (2017). Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Pan Afr Med J*, 28, pp. 284.
6. Long Ngo Xuan, Hengudomsut Pornpat, Deoisres Wannee (2011). Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Thai Nguyen, Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 6 (2), pp.