

NHU CẦU THÔNG TIN VÀ CĂNG THẰNG TÂM LÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ TẠI HUYỆN THẠCH THẮT – THÀNH PHỐ HÀ NỘI, NĂM 2020-2021

Nguyễn Ngọc Ánh¹ Nguyễn Thanh Bình C²,
Nguyễn Thanh Bình D¹, Nguyễn Thị Thanh Bình E¹,
Nguyễn Thị Ánh Nguyệt¹, Đặng Thị Kim Nhung¹,
Nguyễn Trung Anh³, Lê Thị Phương Oanh, Tạ Mỹ Vân⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhu cầu thông tin và chăm sóc căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại cộng đồng và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 cặp người bệnh và người chăm sóc chính của họ sinh sống tại huyện Thạch Thất, Hà Nội năm 2020 – 2021. Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc được lượng giá bằng thang điểm Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). **Kết quả:** 55,6% trường hợp người chăm sóc chưa được đáp ứng nhu cầu về thông tin và căng thẳng tâm lý, trong đó trung bình 53,1% không nhận được trợ giúp từ nguồn không chính thức và 93,7% không nhận được trợ giúp từ nguồn chính thức. Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc tăng lên khi giai đoạn sa sút trí tuệ của người bệnh theo CDR tăng lên ($p < 0,05$). Nhu cầu căng thẳng tâm lý có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến thu nhập bình quân của gia đình ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đa số người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ chưa được đáp ứng nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý kể cả từ nguồn trợ giúp không chính thức và chính thức, và có liên quan chặt chẽ đến giai đoạn bệnh và thu nhập của gia đình.

Từ khóa: sa sút trí tuệ, người chăm sóc, nhu cầu thông tin, nhu cầu căng thẳng tâm lý.

SUMMARY

THE INFORMATION AND PSYCHOLOGICAL STRESS NEEDS CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS AT THACH THAT DISTRICT, HA NOI FROM 2020 TO 2021

Objective: Describe of information and psychological stress needs of caregivers of dementia patients and related factors. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 90 caregivers of dementia patients at Thach That District from 2020 to 2021, using Camberwell Assessment of Need for the Elderly

(CANE) for information and psychological stress needs. **Results:** 55.6% of unmet caregivers' information and psychological stress needs, which on average 53.1% did not receive help from informal care and 93.7% from formal care. The need for information and psychological stress increased when the patient's dementia stage according to CDR increased ($p < 0.05$). The psychological stress need has a statistically significant relationship with the average family income ($p < 0.05$). **Conclusions:** The majority of caregivers of dementia patients have an unmet need for information and psychological stress, both from informal and formal care, and has a statistically significant related to stage of dementia and their income.

Keywords: Dementia, caregivers, information needs, psychological stress

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ già hóa nhanh nhất thế giới. Ước tính tỷ lệ người trên 60 tuổi mắc sa sút trí tuệ tại Việt Nam là 7,9% [1]. Theo báo cáo dự báo dân số Việt Nam năm 2014, dân số Việt Nam đạt hơn 90 triệu người, trong đó gần 9 triệu người trên 60 tuổi tương đương số lượng người mắc sa sút trí tuệ khoảng 718 nghìn người [2]. Người bệnh sa sút trí tuệ với các triệu chứng suy giảm khả năng nhận thức có tác động đáng kể đến khả năng độc lập, kỹ năng sống hàng ngày và tương tác xã hội của người bệnh. Chăm sóc người bị sa sút trí tuệ đặt ra nhiều thách thức, người chăm sóc phải tăng cường giám sát và chăm sóc các nhu cầu cá nhân khi người bị sa sút trí tuệ trở nên phụ thuộc nhiều hơn khi giai đoạn bệnh ngày càng nặng. Người chăm sóc cũng cần phải học cách quản lý các triệu chứng rối loạn hành vi, thay đổi tính cách của người bệnh và mất khả năng giao tiếp hiệu quả với họ. Khi sa sút trí tuệ tiến triển, những người chăm sóc ngày càng cảm thấy căng thẳng và kiệt sức, có thể dẫn đến lo âu, trầm cảm, gián đoạn công việc và tài chính cạn kiệt [3]. Tình trạng thiếu thông tin kiến thức chăm sóc người bệnh và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc, đặc biệt là khả năng tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ cộng đồng còn thấp dẫn đến giảm hiệu quả chăm sóc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sa sút trí tuệ cũng như sức

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

⁴Đại học California, Davis Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Ánh

Email: ngocanh.nig@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

khỏe thể chất và tinh thần của người chăm sóc [4]. Các chương trình quản lý người bệnh SSTT tại cộng đồng chủ yếu tập trung giải quyết các triệu chứng nhận thức và hành vi của người bệnh mà ít quan tâm đến nhu cầu của người chăm sóc trong việc tư vấn đối phó các tình huống bệnh, tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ và sức khỏe tâm thần của người chăm sóc. Để hiểu rõ hơn nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh SSTT, chúng tôi sử dụng thang Camberwell Assessment of Need (CANE) for the Elderly, là một công cụ đáng tin cậy và đã được kiểm định đánh giá nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc, đồng thời tìm hiểu mức độ NCS cần hỗ trợ và các yếu tố liên quan. Dựa trên nhu cầu cụ thể góp phần tư vấn xây dựng các chương trình can thiệp và dịch vụ hỗ trợ đa dạng, toàn diện cho người bệnh và NCS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 90 cặp người bệnh và người chăm sóc chính của người bệnh sa sút trí tuệ sinh sống tại nhà thuộc huyện Thạch Thất, Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2020 đến tháng 8/2021 tại huyện Thạch Thất, Hà Nội. Người cao tuổi được quản lý bởi các trạm y tế xã trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Thạch Thất.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Nhập và lưu trữ số liệu trên phần mềm Epidata 3.1; xử lý số liệu bằng các phương pháp thống kê y học trên phần mềm Stata 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt Đạo đức trong nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả người tham gia phải thể hiện sự đồng ý thông qua bản đồng thuận. Phỏng vấn sẽ được tiến hành riêng để đảm bảo bí mật và quyền riêng tư. Thông tin cá nhân của người tham gia sẽ được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

2.6. Quá trình nghiên cứu. Sàng lọc người trên 60 tuổi có nguy cơ bị sa sút trí tuệ là những người có rối loạn trí nhớ, rối loạn hành vi, có bằng chứng về suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày. Người chăm sóc chính là những người đủ 18 tuổi trở lên, có trách nhiệm chính hoặc tham gia chăm sóc chính cho người bệnh được chẩn đoán SSTT ở trên (dành nhiều thời

gian nhất cho việc chăm sóc người bệnh trong hộ gia đình) và có thời gian chăm sóc cho người bệnh ít nhất là 6 tháng trở lên. Quá trình sàng lọc do nhân viên y tế ở thôn bản và trạm y tế đã được tập huấn tiến hành. Danh sách bệnh nhân có nguy cơ cao và người chăm sóc chính của họ được lập và gửi tới nhóm nghiên cứu của dự án. Các nghiên cứu viên của dự án liên lạc với người chăm sóc chính của người bệnh để giới thiệu về chương trình và nếu họ muốn tham gia vào nghiên cứu này thì mời họ đưa người bệnh đến trạm y tế nơi họ sinh sống để được khám thần kinh, đánh giá nhận thức và giai đoạn sa sút trí tuệ bằng bộ công cụ chuẩn.

2.7. Bộ công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu:

- Công cụ sàng lọc người bệnh: Trắc nghiệm đánh giá nhận thức Mini-Cog, đánh giá giai đoạn bệnh sa sút trí tuệ của người bệnh theo bộ công cụ CDR, đánh giá rối loạn hành vi theo bộ công cụ NPI-Q, và đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ công cụ Katz.

- Công cụ phỏng vấn người chăm sóc chính: Bộ CANE đánh giá 2 nhu cầu chăm sóc liên quan đến thông tin và căng thẳng tâm lý của NCS chính, cũng như khả năng đáp ứng các nhu cầu này từ nguồn chính thức và không chính thức.

+ Người chăm sóc chính cho người bệnh SSTT được phỏng vấn trực tiếp bởi các nghiên cứu viên tại trạm y tế theo bộ câu hỏi CANE với 2 nhu cầu: thông tin và căng thẳng tâm lý.

Bước 1: Khảo sát mỗi nhu cầu được xếp loại như sau:

o Không cần (0): không có nhu cầu ở lĩnh vực đó.

o Đáp ứng nhu cầu (1): nhu cầu đã được đáp ứng hoặc nếu có nhu cầu nhỏ cần được can thiệp không đáng kể.

o Nhu cầu chưa được đáp ứng (2): hiện tại nhu cầu chưa được đáp ứng.

o Không biết (3): nếu người được hỏi không biết bản chất của vấn đề hoặc về sự hỗ trợ mà người đó được nhận.

Bước 2: Nếu NCS trả lời ở bước 1 là mục (1) và (2), tiếp tục khảo sát thực trạng nhận trợ giúp từ nguồn trợ không chính thức. Trong đó, nguồn không chính thức bao gồm gia đình, bạn bè hoặc hàng xóm.

o Cho điểm 1 nếu chỉ thỉnh thoảng hỗ trợ hoặc không thường xuyên.

o Cho điểm 2 nếu sự hỗ trợ hầu hết thời gian hoặc thường xuyên hơn.

o Cho điểm 3 nếu sự hỗ trợ diễn ra hàng ngày hoặc tích cực hơn (nghĩa là trong một giai

đoạn dài).

o Cho điểm 4 nếu sự hỗ trợ rất tích cực và/hoặc hàng ngày (ví dụ, gia đình sống cùng người dùng và hỗ trợ họ hầu hết mọi việc).

o Cho điểm 9 nếu người được phỏng vấn không chắc chắn về mức độ hỗ trợ.

Bước 3: Phần này hỏi về việc người dùng có nhận được bất kỳ sự hỗ trợ nào từ dịch vụ địa phương không. Những hỗ trợ chính thức này được định nghĩa bao gồm người chăm sóc được trả lương, chăm sóc nội trú, chăm sóc dài hạn, hỗ trợ ngắn hạn, trung tâm chăm sóc ban ngày, bệnh viện, điều dưỡng tâm lý cộng đồng hoặc các nhân viên khác. Cách chấm điểm tương tự như tại bước 2.

Bước 4: Khảo sát về nhu cầu nhận trợ giúp của NCS, trong đó

o Cho điểm 1 nếu nhu cầu thành thạo cần hỗ trợ hoặc không thường xuyên.

o Cho điểm 2 nếu cần hỗ trợ hầu hết thời gian hoặc thường xuyên hơn.

o Cho điểm 3 nếu cần hỗ trợ diễn ra hàng ngày hoặc tích cực hơn

o Cho điểm 4 nếu cần hỗ trợ rất tích cực và/hoặc hàng ngày

o Cho điểm 9 nếu người được phỏng vấn không chắc chắn về mức độ cần hỗ trợ.

Bước 5: Khảo sát về khả năng nhận định đúng loại hình chăm sóc của NCS, trong đó:

o Cho điểm 0: Không nhận định đúng

o Cho điểm 1: Nhận định đúng loại hình chăm sóc

o Cho điểm 9: nếu người được phỏng vấn không chắc chắn loại hình chăm sóc

Bước 6: Khảo sát mức hài lòng chung của NCS, trong đó:

o Cho điểm 0: Không hài lòng

o Cho điểm 1: Hài lòng

o Cho điểm 9: nếu người được phỏng vấn không chắc chắn mức độ hài lòng của họ

Bộ công cụ này đã được nghiên cứu viên chính xin cấp bản quyền của tác giả để dịch sang tiếng Việt. Các chuyên gia cố vấn của nhóm nghiên cứu cùng các nghiên cứu viên đã dịch từ

tiếng Anh sang tiếng Việt và dịch ngược lại. Nhóm nghiên cứu đã phỏng vấn thử 10 người chăm sóc chính và tiến hành chỉnh sửa phù hợp hơn với cách hỏi của văn hoá người Việt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	38	42,2
	Nữ	52	57,8
Tuổi	Trung bình	75,8 ± 10,0	
	60 – 69	21	23,3
	70 – 79	33	36,7
	≥ 80	36	40,0
Giai đoạn CDR	0,5	8	8,9
	1	19	21,1
	2	27	30,0
	3	36	40,0
Người bệnh sống cùng	Một mình	2	2,2
	Bạn đời	51	56,7
	Họ hàng	6	6,7
	Con/cháu	31	34,4
Nghề nghiệp của người chăm sóc	Làm việc toàn thời gian	14	15,6
	Làm việc bán thời gian	20	22,2
	Thất nghiệp	6	6,7
	Nghỉ hưu	10	11,1
	Nội trợ toàn thời gian	40	44,4
Thu nhập bình quân của gia đình (triệu/tháng)	Dưới 2 triệu	19	21,1
	2 đến dưới 5 triệu	44	48,9
	5 đến dưới 10 triệu	26	28,9
	Trên 10 triệu	1	1,1
Tổng		90	100

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 75,8 ± 10,0, trong đó đa số là nhóm tuổi trên 70 (76,7%), là nữ (57,8%), SSTT trung bình và nặng (CDR ≥ 2, 70%); sống cùng bạn đời hoặc con cháu (91,1%) và thu nhập bình quân của gia đình dưới 5 triệu/tháng (70%).

Bảng 2. Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc

Nhu cầu	Không có nhu cầu		Nhu cầu được đáp ứng		Nhu cầu chưa được đáp ứng		Không biết	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhu cầu thông tin	21	23,3	10	11,1	57	63,3	2	2,2
Căng thẳng tâm lý	30	33,3	16	17,8	43	47,8	1	1,1
Tỷ lệ trung bình		28,3		14,4		55,6		1,7

Nhận xét: Đa số trường hợp người chăm sóc chưa được đáp ứng nhu cầu về thông tin và căng thẳng tâm lý (55,6%).

Bảng 3. Đặc điểm nhận trợ giúp và nhu cầu của người chăm sóc

Nhu cầu	Tổng (n)	Không được trợ giúp		Trợ giúp ít		Trợ giúp vừa		Trợ giúp nhiều		Không biết	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trợ giúp không chính thức											
Nhu cầu thông tin	67	44	65,7	19	28,3	3	4,5	0	0	1	4,5
Căng thẳng tâm lý	59	23	39,0	32	54,2	4	6,8	0	0	0	0
Tỷ lệ trung bình			53,1		40,5		5,6		0		0,8
Trợ giúp chính thức											
Nhu cầu thông tin	67	62	92,5	5	7,5	0	0	0	0	0	0
Căng thẳng tâm lý	59	56	94,9	2	3,4	1	1,7	0	0	0	0
Tỷ lệ trung bình			93,7		5,6		0,8		0		0
Cần sự giúp đỡ											
Nhu cầu thông tin	67	1	1,5	11	16,4	23	34,3	31	46,3	1	1,5
Căng thẳng tâm lý	59	4	6,8	15	25,4	13	22,0	27	45,8	0	0
Tỷ lệ trung bình			4,0		20,6		28,6		46,0		0,9

Nhận xét: Đa số trường hợp người chăm sóc không nhận được trợ giúp không chính thức và chính thức (53,1% và 93,7%). Nhu cầu NCS cần sự trợ giúp cao (95,2%), đa số cần trợ giúp mức độ nhiều (46%) và vừa (28,6%).

Bảng 4. Mức độ nhận thức đúng loại hình giúp đỡ và sự hài lòng của NCS

Nhu cầu	Tổng (n)	Không		Có		Không biết	
		n	%	n	%	n	%
Nhận định đúng về loại hình giúp đỡ							
Nhu cầu thông tin	67	62	92,5	2	3,0	3	4,5
Căng thẳng tâm lý	59	41	69,5	13	22,0	5	8,5
Tỷ lệ trung bình			81,8		11,9		6,3
Mức độ hài lòng							
Nhu cầu thông tin	67	27	40,3	2	3,0	38	56,7
Căng thẳng tâm lý	59	20	33,9	11	18,6	28	47,5
Tỷ lệ trung bình			37,3		10,3		52,4

Nhận xét: Đa số NCS không nhận định đúng về các loại hình giúp đỡ (81,8%). Mức độ hài lòng chung của NCS chỉ đạt 10,3%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 90 cặp người bệnh và người chăm sóc chính của người bệnh sa sút trí tuệ có tuổi trung bình của người bệnh là $75,8 \pm 10,0$, đa số là nhóm tuổi trên 70 (76,7%), là nữ (57,8%), SSTT trung bình và nặng ($CDR \geq 2$, 70%). Khảo sát nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của NCS người bệnh SSTT, kết quả tại bảng 2 cho thấy 74,4% NCS có nhu cầu thông tin và 65,6% có nhu cầu liên quan đến căng thẳng tâm lý. Tuy nhiên tỷ lệ các nhu cầu này được đáp ứng rất thấp, lần lượt là 11,1% nhu cầu thông tin và 17,8% căng thẳng tâm lý. Kết quả này có thể lý giải tại bảng 3 mặc dù thực tế nhu cầu NCS cần sự trợ giúp rất cao (95,2%), đa số cần trợ giúp ở mức độ nhiều (46%) và vừa (28,6%), tuy nhiên hầu hết trường hợp lại không nhận được trợ giúp từ cả không chính thức và chính thức (53,1% và 93,7%), đặc biệt là nhu cầu hỗ trợ căng thẳng tâm lý của NCS. Một nguyên nhân khác do có đến 81,8% trường hợp NCS không nhận định đúng về các

dịch vụ hỗ trợ và giúp đỡ, vì vậy với những trải nghiệm trong quá trình tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ có xu hướng tiêu cực, mức độ hài lòng chung của họ về hai nhu cầu này chỉ đạt 10,3%. Tương tự nghiên cứu Lee và cộng sự năm 2014 khảo sát các nhu cầu chưa được đáp ứng của NCS cho thấy chỉ có khoảng 19% NCS biết cách tiếp cận các dịch vụ cộng đồng và 28% đồng ý rằng các nhà cung cấp dịch vụ đã giúp họ vượt qua vấn đề trong chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ. Mặc dù vậy 38% NCS có mức độ căng thẳng cao và 15% có triệu chứng trầm cảm từ trung bình đến nặng [6]. Bởi vì hầu hết các dịch vụ chăm sóc cho những người mắc chứng sa sút trí tuệ được cung cấp bởi những người chăm sóc không chính thức bao gồm vợ/ chồng, con cái. Việc chăm sóc người bệnh SSTT có thể trở thành gánh nặng vào gây ra căng thẳng và áp lực NCS bao gồm cả sức khỏe thể chất, tinh thần và kinh tế, trong khi đó sự thiếu niềm tin vào chất lượng dịch vụ hỗ trợ cũng ảnh hưởng đáng kể đến sự quyết định tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ chính thức. Bởi

vậy, các chương trình can thiệp hỗ trợ bên cạnh việc tạo điều kiện cho những người chăm sóc không chính thức tiếp tục với vai trò của họ càng lâu càng tốt, các hỗ trợ khác có thể bao gồm cung cấp thông tin cần thiết, các kỹ năng để đối phó với rối loạn tâm thần – hành vi của người bệnh, dành thời gian nghỉ ngơi để có thể tham gia vào các hoạt động khác, giải tỏa căng thẳng và hỗ trợ tài chính [7]. Một loạt các chương trình và dịch vụ đã được phát triển ở các quốc gia có thu nhập cao để hỗ trợ những người chăm sóc và giảm căng thẳng cho họ. Mặc dù vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy một khoảng cách đáng kể giữa nhu cầu của người chăm sóc và khả năng đáp ứng của các dịch vụ chăm sóc hiện tại dành cho bệnh sa sút trí tuệ.

Từ các kết quả trên chúng tôi nhận thấy sự cần thiết và các rào cản cần phải thay đổi hệ thống quản lý người bệnh SSTT tại nhà và cộng đồng, phát triển các chương trình và dịch vụ chăm sóc người bệnh theo nhu cầu được cá nhân hóa cũng như cung cấp các nguồn lực hỗ trợ giảm gánh nặng và căng thẳng tâm lý cho người chăm sóc. Những thay đổi về xã hội đã và đang diễn ra trên khắp thế giới - cấu trúc gia đình thay đổi, thể hệ phân chia, di cư, văn hóa... sẽ dần dần dẫn đến chuyển từ dịch vụ chăm sóc không chính thức sang nhu cầu lớn hơn đối với các loại hình chăm sóc chính thức khác nhau (hỗ trợ tại nhà, chăm sóc ban ngày, chăm sóc dài hạn, viện dưỡng lão...). Xu hướng này đưa ra một thách thức lớn đối với xã hội và hệ thống quản lý về tài chính, nhân sự và tập huấn. Việc tìm hiểu nhu cầu thiết yếu của người bệnh SSTT cũng như NCS dưới góc độ đa chiều giúp hoạch định chiến lược can thiệp và xây dựng chính sách phù hợp cho một mô hình quản lý và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ có 74,4% có nhu cầu thông tin và 65,6% có nhu cầu liên quan đến căng thẳng tâm lý, tuy nhiên chỉ có 11,1% nhu cầu thông tin và 17,8% căng thẳng tâm lý được đáp ứng; 81,8% trường hợp NCS không nhận đúng về các dịch vụ hỗ trợ và giúp đỡ, mức độ hài lòng chung chỉ đạt 10,3%. Số lượng nhu cầu và tỷ lệ căng thẳng tâm lý của NCS tăng lên người bệnh SSTT giai đoạn càng nặng và thu nhập bình quân của gia đình càng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Kim Việt** (2009). Nghiên cứu đặc điểm sa sút trí tuệ tại cộng đồng. ạp chí Y học thực hành, 679(10), 16–18.
2. **Tổng cục Thống kê** (2016). Dự báo dân số Việt Nam 2014-2049. Nhà xuất bản Thông tấn Hà Nội.
3. **Alzheimer's Association, Thies W., và Bleiler L.** (2013). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 208–245.
4. **Crellin N.E., Orrell M., McDermott O. và cộng sự.** (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 18(8), 954–969.
5. **Black B.S., Johnston D., Leoutsakos J. và cộng sự.** (2019). Unmet needs in community-living persons with dementia are common, often non-medical and related to patient and caregiver characteristics. *Int Psychogeriatr*, 31(11), 1643–1654.
6. **Jennings L.A., Reuben D.B., Evertson L.C. và cộng sự.** (2015). Unmet Needs of Caregivers of Individuals Referred to a Dementia Care Program. *J Am Geriatr Soc*, 63(2), 282–289.
7. **World Health Organization** (2015). Supporting informal caregiver of people living with dementia. (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/)
8. **Alzheimer's Disease International** (2018). Global estimates of informal care

TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2021

Nguyễn Trọng Sơn¹, Đinh Ngọc Anh¹,
Đàm Thị Thúy Dung¹, Nguyễn Phương Anh¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Sơn

Email: drnguyentrongson@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả trải nghiệm người bệnh nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng khảo sát là trên 425 người bệnh nội trú thông qua "Phiếu khảo sát trải nghiệm người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện" có điều chỉnh của Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh. Trải nghiệm trong thời gian nằm viện của người bệnh nội trú được phân loại thành 03 khía cạnh gồm