

Nhận thức về biểu hiện, nguyên nhân và cách điều trị rối loạn trầm cảm ở người bệnh

Giang Ngọc Thụy Vy¹, Trần Thanh Nam^{2*}

¹Bệnh viện Tâm thần TP Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

Ngày nhận bài 5/6/2017; ngày chuyển phản biện 8/6/2017; ngày nhận phản biện 30/6/2017; ngày chấp nhận đăng 4/7/2017

Tóm tắt:

Nghiên cứu đánh giá nhận thức về biểu hiện, nguyên nhân và cách điều trị đối với rối loạn trầm cảm trên bệnh nhân mắc rối loạn này. Bảng hỏi khảo sát được thu thập trên 109 bệnh nhân trầm cảm tới điều trị lần đầu tại Viện Sức khỏe tâm thần - VSKTT (Bệnh viện Bạch Mai) và Bệnh viện Tâm thần TP Hồ Chí Minh (BVTTTPHCM) theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có khoảng 16% người bệnh có thể nói tên bệnh của mình chính xác là rối loạn trầm cảm. Các biểu hiện thường được nhận diện cho rối loạn trầm cảm là vấn đề về giấc ngủ, giảm chú ý và các vấn đề thực thể. Người bệnh tin nguyên nhân gây ra trầm cảm gồm nguyên nhân tâm lý, sinh học và xã hội. Hầu hết bệnh nhân muốn tìm kiếm sự trợ giúp cho vấn đề của mình (80,7%) nhưng phổ biến nhất là tìm sự giúp đỡ của bác sĩ tâm thần và thuốc (56,9%) và sau đó là từ gia đình hay tự giúp mình (44%). Nghiên cứu chỉ rõ kiến thức của bệnh nhân trầm cảm về triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị có tương quan thuận với mức độ hoạt động chức năng của bệnh nhân, nguồn thông tin bệnh nhân được tiếp cận trước đó. Mức độ hoạt động chức năng là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách can thiệp điều trị trầm cảm ở bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh nhân, nhận thức, trầm cảm.

Chỉ số phân loại: 5.1

Đặt vấn đề

Rối loạn trầm cảm chủ yếu - Major depressive disorder - còn được gọi là rối loạn trầm cảm điển hình hay rối loạn trầm cảm chính (sau đây xin gọi tắt là trầm cảm) là một dạng rối loạn tâm thần phổ biến và gây ra gánh nặng cho xã hội. Trầm cảm chiếm 10-15% trong dân số [1] với tỷ lệ tự tử khá cao và khả năng tái phát lên đến 50% [2]. Báo cáo Gánh nặng toàn cầu do bệnh tật giai đoạn 1990-2020 của Christopher cho thấy, rối loạn này là nguyên nhân thứ hai gây ra tàn tật [3] và làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống con người khoảng 63% khi so sánh với nhóm người khỏe mạnh hoặc bị bệnh mạn tính khác [1-7].

Kinh nghiệm của các nước trên thế giới cho thấy, công cuộc chăm sóc sức khỏe cho những người bệnh trầm cảm thực sự gặp khó khăn nếu như chính bản thân bệnh nhân không nhận thức đúng về vấn đề họ gặp phải. Các nghiên cứu cho thấy, nhận thức thấp về bệnh không những liên quan đến việc bệnh nhân trầm cảm không đến cơ sở chăm sóc y tế cho đến khi bệnh kéo dài, trở nên trầm trọng hơn [6] mà còn ảnh hưởng lớn đối với việc tìm kiếm sự giúp đỡ và cam kết với những can thiệp được đề nghị [8] và cả phòng ngừa [9]. Chính vì thế, trên thế giới trong những năm qua, nghiên cứu hiểu biết về sức khỏe tâm thần nói chung và về trầm cảm

nói riêng của cộng đồng và cả của bệnh nhân được tiến hành nhằm tìm giải pháp để tăng cường hiệu quả và cam kết điều trị. Kết quả của các nghiên cứu đi trước đều khẳng định, khả năng hiểu triệu chứng, nhận định về nguyên nhân và ý thức về sự ảnh hưởng của bệnh có ảnh hưởng tích cực đến cách chọn dịch vụ điều trị của bệnh nhân cũng như tăng cường niềm tin, sự tuân thủ của người bệnh về phương pháp trị liệu hay hỗ trợ được chứng minh có hiệu quả.

Tại Việt Nam, ngoài số ít nghiên cứu quan niệm của bệnh nhân về rối loạn tâm thần nói chung được thực hiện tại cộng đồng [3-10], thì hầu hết các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần chỉ tập trung mô tả tỷ lệ dịch tễ, biểu hiện triệu chứng, tỷ lệ đáp ứng điều trị thuốc của bệnh nhân trầm cảm. Nói cách khác, còn thiếu nhiều bằng chứng khoa học về lĩnh vực này, đặc biệt là trên người bệnh đang đến khám tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng nhận thức về (a) Biểu hiện của trầm cảm; (b) Nguyên nhân gây trầm cảm; (c) Cách thức và hiệu quả của can thiệp; (d) Năng lực vận dụng kiến thức cho bản thân. Nghiên cứu sẽ tập trung trả lời 4 câu hỏi chính là: 1) Người bệnh trầm cảm hiểu biết về bệnh và nhận diện các triệu chứng, nguyên nhân và cách ứng phó/điều trị trầm cảm như thế nào; 2) Có sự khác biệt

*Tác giả liên hệ: Email: tranthanhnham@gmail.com

Perceptions of depressive symptoms, causes and scientific intervention methods in patients with depression

Ngoc Thuy Vy Giang¹, Thanh Nam Tran^{2*}

¹Ho Chi Minh City Psychiatric Hospital

²University of Education, Vietnam National University, Hanoi

Received 5 June 2017; accepted 4 July 2017

Abstract:

This study assesses perceptions of depressive symptoms, causes and scientific intervention methods in patients with depression. Questionnaires were conducted with a randomized sample of 109 depressive patients with the first-time treatment at Vietnam National Institute of Mental Health - Bachmai Hospital and Ho Chi Minh City Psychiatric Hospital. There are only 16% patients were able to correctly name their depressive disorders. Frequently mentioned symptoms of depression were attention deficit, sleep and somatic problems. Psychological, biological, and social causes were identified. Most respondents would like to seek help (80.7%) but showed a preference for psychiatrist and medical treatment (56.9%), then family care or self-help (44%). The results also showed significant correlations among the patient physical functions, the information resources that patients had already known, and the perception of symptoms, causes, and scientific intervention methods. It was proved that perceptions of symptoms, causes, and scientific intervention methods were influenced the most by the level of physical functions in patients.

Keywords: Depression, patients, perception.

Classification number: 5.1

trong nhận thức giữa các nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập và tình trạng hôn nhân hay không; 3) Mức độ trầm cảm, mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng và số lượng nguồn thông tin về trầm cảm mà bệnh nhân đã tiếp cận có liên quan đến nhận thức của bệnh nhân hay không; 4) Trong các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, thu nhập, mức độ trầm cảm, mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng và số lượng nguồn thông tin về trầm cảm thì yếu tố nào có ảnh hưởng mạnh nhất đến nhận thức của bệnh nhân?

Khách thể, quy trình, công cụ nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu

Khách thể và quy trình: Gồm 109 bệnh nhân đến khám tại VSKTT (Bệnh viện Bạch Mai) và BVTTTPHCM được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đáp ứng các tiêu chuẩn như (i) Bệnh nhân ≥ 18 tuổi đến khám lần đầu; (ii) Được các bác sĩ tâm thần khám lâm sàng và kết luận chẩn đoán trầm cảm; (iii) Có điểm thang đánh giá Hamilton ≥ 8 và thang đo trầm cảm Beck ≥ 10 ; (iv) Được giới thiệu về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, nhóm nghiên cứu cũng loại trừ các khách thể nếu đáp ứng những tiêu chí như (a) Có loạn thần; (b) Có bệnh lý y khoa hoặc bệnh cấp cứu, nan y, bệnh trong giai đoạn cuối; (c) Bệnh nhân không biết chữ; (d) Bệnh nhân có rối loạn nhận thức. Những bệnh nhân đáp ứng được các tiêu chí trên sẽ được mời trả lời phiếu khảo sát nhận thức biểu hiện nguyên nhân, cách điều trị trầm cảm.

Công cụ: Các công cụ được sử dụng trong nghiên cứu gồm:

i) Thang đánh giá trầm cảm Hamilton (HAM-D) với độ tin cậy cao cả bên trong (0,66-0,97) và bên ngoài (0,66-0,99), và độ hiệu lực cao (trong đó độ đặc hiệu 0,89, độ nhạy 0,88) [11].

ii) Thang đo trầm cảm Beck (BDI-II) gồm 21 tiểu mục với độ tin cậy ổn định bên trong Cronbach Alpha là 0,93 [12].

iii) Thang đánh giá sự ảnh hưởng hoạt động và xã hội (WSAS), đây là thang dành cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ ảnh hưởng các hoạt động chức năng của mình do bệnh lý gây ra [13].

iv) Phiếu khảo sát nhận thức về biểu hiện, nguyên nhân, cách điều trị trầm cảm tự xây dựng. Bảng hỏi được xây dựng dựa trên các câu hỏi của Bảng danh mục phỏng vấn mô hình giải thích (Explanatory Model Interview Catalogue - EMIC của Weiss, et al., 1992). Bảng hỏi này lấy từ phiên bản của Weiss và Channabasavana (1996). Độ tin cậy bên trong của bảng hỏi đã được nhóm nghiên cứu phân tích gồm thang triệu chứng (0,97), thang nguyên nhân (0,94), thang về hành vi điều trị (0,90) [14].

Phương pháp xử lý số liệu: Tương ứng với 4 câu hỏi nêu trên, chúng tôi đề xuất 4 giả thuyết tương ứng, các biến số và kế hoạch phân tích số liệu cụ thể như trong bảng 1.

Bảng 1. Các biến số và kế hoạch phân tích số liệu tương ứng với các giả thuyết nghiên cứu.

Giả thuyết	Tổng hợp các biến số	Kế hoạch phân tích
Bệnh nhân trầm cảm không nhận diện đủ triệu chứng, nguyên nhân, điều trị	+ 4 câu hỏi mở về nhận biết tên gọi, triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị; 19 triệu chứng trầm cảm chia 9 nhóm; 22 nguyên nhân trầm cảm chia 4 nhóm; 19 cách điều trị chia 5 nhóm	Mô tả về tần suất, điểm trung bình, độ lệch chuẩn và %
Có khác biệt giữa nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề, thu nhập, tình trạng hôn nhân trong nhận thức về trầm cảm	+ Biến số nhân khẩu học như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề, thu nhập, tình trạng hôn nhân + 4 câu hỏi mở về nhận biết tên gọi, triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị; 19 triệu chứng trầm cảm chia 9 nhóm; 22 nguyên nhân trầm cảm chia 4 nhóm; 19 cách điều trị chia 5 nhóm	Kiểm định Independent - t - test cho biến giới tính Kiểm định ANOVA cho các biến số nhân khẩu học khác
Mức độ rối loạn chức năng, mức độ trầm cảm và số lượng nguồn thông tin có mối liên hệ với nhận thức về trầm cảm	+ Câu hỏi về mức độ rối loạn chức năng + 4 câu hỏi mở về nhận biết tên gọi, triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị; 19 triệu chứng trầm cảm chia 9 nhóm; 22 nguyên nhân trầm cảm chia 4 nhóm; 19 cách điều trị chia 5 nhóm + Thang HAM-D, BDI-II, WSAS	Hệ số tương quan Pearson Correlation
Mức độ rối loạn chức năng là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến nhận thức của bệnh nhân	+ Câu hỏi về mức độ rối loạn chức năng + Biến số nhân khẩu học tuổi, trình độ học vấn, thu nhập + 4 câu hỏi mở về nhận biết tên gọi, triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị; 19 triệu chứng trầm cảm chia 9 nhóm; 22 nguyên nhân trầm cảm chia 4 nhóm; 19 cách điều trị chia 5 nhóm + Thang HAM-D, BDI-II, WSAS	Hồi quy bội

Kết quả nghiên cứu

Nhận thức của bệnh nhân về biểu hiện, nguyên nhân, cách điều trị trầm cảm

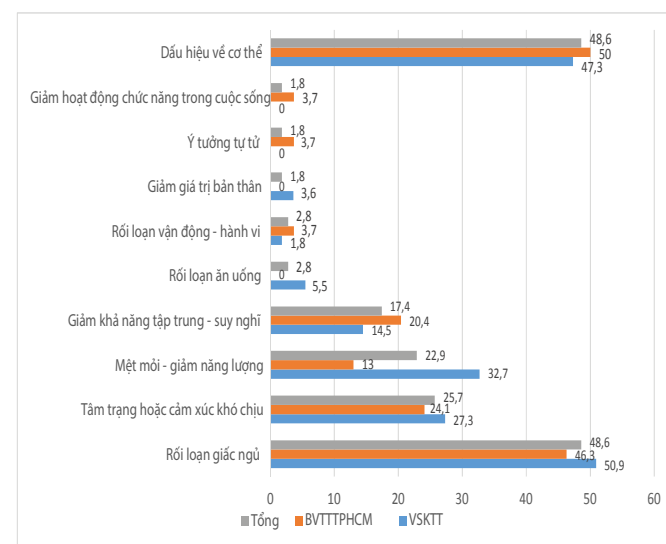
Khả năng nhận diện, gọi tên vấn đề của bệnh nhân:

Với câu hỏi mở “Bạn gọi tên vấn đề mình đang có là gì?”, số liệu thu được cho thấy chỉ có 73 người bệnh (67%) có thể gọi tên được vấn đề. Tuy nhiên, có đến 42,5% người bệnh gọi tên vấn đề của mình là bệnh thần kinh (rối loạn

thần kinh thực vật, suy nhược thần kinh, thần kinh yếu); 27,4% gọi tên vấn đề theo dấu hiệu cơ thể gây khó chịu cho bản thân (như bệnh đau đầu, bệnh mất ngủ) hay cho rằng do vấn đề bệnh cơ thể (tim mạch, thoái hóa khớp...). Tỷ lệ người bệnh gọi tên vấn đề mình đang gặp là trầm cảm chỉ chiếm 16,4%.

Nhận thức của bệnh nhân về các triệu chứng của trầm cảm:

Với câu hỏi “Hãy cho biết những dấu hiệu/biểu hiện khó chịu khiến bạn đến đây khám?”, mỗi bệnh nhân đã đưa các phương án trả lời và kết quả phân hồi thu được từ bệnh nhân được trình bày trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ % các triệu chứng khiến người bệnh đến khám.

Theo biểu đồ 1, triệu chứng Rối loạn giấc ngủ (bao gồm khó vào giấc ngủ, ngủ không sâu, thức giấc sáng sớm và không ngủ lại được, thời gian ngủ ít...) và Dấu hiệu cơ thể (run tay chân, đau đầu, chóng mặt, hồi hộp...) chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,6%; triệu chứng Tâm trạng hoặc cảm xúc khó chịu chiếm 25,7%; các biểu hiện Mệt mỏi - giảm năng lượng chiếm 22,9%; Giảm khả năng tập trung - suy nghĩ chiếm 17,9%. Các dấu hiệu khác đều được nhận diện chiếm dưới 3%. Chia theo địa bàn nghiên cứu, tại VSKTT, triệu chứng trầm cảm mà bệnh nhân đến thăm khám chiếm tỷ lệ cao nhất là Rối loạn giấc ngủ (50,9%), Dấu hiệu cơ thể (47,3%), Mệt mỏi - giảm năng lượng (32,7%), Tâm trạng - cảm xúc khó chịu (27,3%), Giảm khả năng tập trung - suy nghĩ (14,5%). Tại BVTTTPHCM thì Dấu hiệu cơ thể chiếm 50%, Rối loạn giấc ngủ 46,3%, Tâm trạng - cảm xúc khó chịu 24,1%, Giảm khả năng tập trung - suy nghĩ 20,4% và Mệt mỏi - giảm năng lượng 13,0%.

Có thể nhận xét chung rằng, những triệu chứng được nhận diện là vấn đề khiến người bệnh tìm đến can thiệp thường là do các vấn đề liên quan biểu hiện trên cơ thể, đặc biệt là tình trạng rối loạn giấc ngủ, các dấu hiệu cơ thể, tình trạng mệt mỏi kéo dài, cảm thấy giảm năng lượng. Bên cạnh đó, người bệnh cũng quan tâm đến trải nghiệm về cảm xúc - tâm trạng tồi tệ và khả năng tập trung - suy nghĩ bị suy giảm vốn gây ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc sống.

Nhận thức của bệnh nhân về nguyên nhân gây ra trầm cảm:

Khi được hỏi “Bạn có biết nguyên nhân gây ra vấn đề của bạn? Kể tên các nguyên nhân?” thì có 93 bệnh nhân (tỷ lệ 85,3%) cho rằng mình biết nguyên nhân gây ra vấn đề hiện tại. Tỷ lệ này đều cao ở cả 2 bệnh viện, với VSKTT là 49 trường hợp (89,1%) và BVTTTPHCM là 44 trường hợp (81,5%). Cụ thể hơn về khả năng nhận diện nguyên nhân gây ra trầm cảm của bệnh nhân được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Nhóm nguyên nhân gây ra trầm cảm do người bệnh tự nhận định.

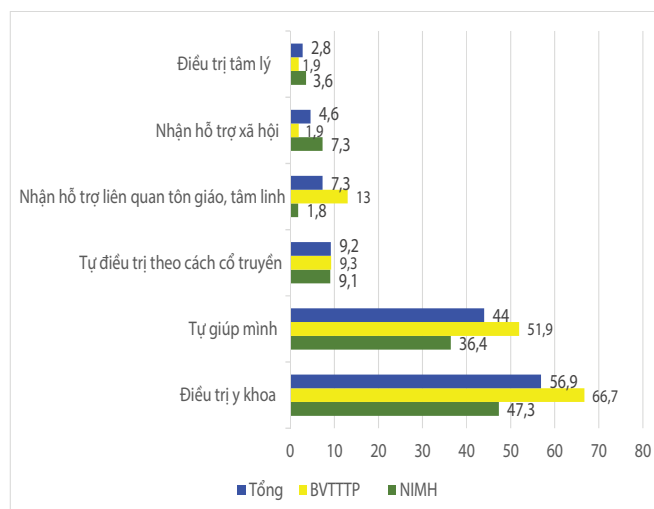
Các nhóm nguyên nhân gây trầm cảm	VSKTT		BVTTTPHCM		Tổng	
	n=55		n=54		N=109	
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC
Tâm lý	1,8	0,8	1,6	0,9	1,8	0,9
Môi trường - xã hội	1,6	1,1	1,4	0,9	1,5	0,9
Y - sinh học	1,3	0,7	1,0	0,6	1,2	0,7
Tôn giáo - tâm linh	0,4	0,7	0,5	0,8	0,5	0,8

ĐTB: Điểm trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn

Như vậy, điểm trung bình cao nhất thuộc về nguyên nhân Tâm lý là 1,8 (ĐLC=0,9), kế đến là nguyên nhân do Môi trường - xã hội (1,5; ĐLC=0,9), thứ ba là nguyên nhân Y - sinh học (1,2; ĐLC=0,7) và thấp nhất là nguyên nhân Tôn giáo - tâm linh là 0,5 (ĐLC=0,8). Thứ tự cao thấp này cũng tương tự ở mỗi bệnh viện.

Nhận thức của bệnh nhân về cách can thiệp, điều trị trầm cảm:

Kết quả khảo sát cho thấy có 80,7% số bệnh nhân cho rằng họ biết cách ứng phó hoặc tìm kiếm sự giúp đỡ và can thiệp. Tại VSKTT, tỷ lệ này là 67,3% và tại BVTTTPHCM là 94,4% (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ % bệnh nhân lựa chọn cách ứng phó và tìm kiếm giúp đỡ/điều trị.

Biểu đồ 2 cho thấy, Điều trị y khoa (uống thuốc chuyên khoa, nhập viện) là cách thức được người bệnh trầm cảm chọn nhiều nhất (56,9%), tiếp đến là phương pháp Tự giúp mình (đọc sách báo tìm hiểu những cách vượt qua trầm cảm, tập thể dục, uống thuốc bổ/thực phẩm chức năng, nghỉ ngơi, suy nghĩ tích cực...) chiếm tỷ lệ 44%, thấp nhất là Điều trị tâm lý 2,8%.

Điều đặc biệt là, đa số người bệnh (63,3%) cho rằng nguyên nhân gây ra vấn đề của mình do Tâm lý, nhưng tỷ lệ nghĩ đến cần Điều trị tâm lý lại thấp nhất, chỉ chiếm 2,8%; và mặc dù không có bất cứ người bệnh nào cho rằng nguyên nhân vấn đề hiện tại của mình do yếu tố Tôn giáo/tâm linh nhưng vẫn có một tỷ lệ (7,3%) người bệnh tìm đến sự hỗ trợ, chia sẻ liên quan vấn đề tôn giáo. Ngoài ra, 9,2% số người bệnh còn chọn Tự điều trị theo cách cổ truyền như uống lá dong, tâm sen, thảo dược...

Sự khác biệt về nhận thức của bệnh nhân về biểu hiện, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm theo các đặc điểm nhân khẩu học

Trong khuôn khổ có hạn của bài báo, chúng tôi chỉ trình bày ba đặc điểm nhân khẩu học, gồm:

Sự khác biệt về nhận thức giữa các nhóm tuổi:

- Về nhận diện triệu chứng: Kết quả phân tích ANOVA cho thấy, chỉ có khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($F=3,28$; $p=0,02$) giữa các nhóm tuổi là Suy nghĩ chậm hơn/khó ra quyết định với người bệnh ở nhóm tuổi thanh niên nhận diện nhiều nhất (ĐTB=2,42), rồi đến tuổi trưởng thành (ĐTB=2,38), thứ ba là trung niên (ĐTB=1,82) và cuối cùng là tuổi già (ĐTB=1,0).

- Về nhận diện nguyên nhân: Nhóm tuổi già có xu hướng nhận diện các nguyên nhân như Do bị cư xử tồi tệ hoặc được quá chiều chuộng ($F=8,19$; $p=0,001$), Do tang tóc/mất mát ($F=6,22$; $p=0,001$), Do ảnh hưởng từ vấn đề xã hội ($F=4,37$; $p=0,01$) và Gặp khó khăn trong công việc ($F=3,74$; $p=0,01$) cao hơn các nhóm tuổi khác một cách có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, nhóm thanh niên nhận diện nguyên nhân Tâm lý ($F=3,74$; $p=0,01$) và Môi trường - xã hội ($F=8,29$; $p=0,001$) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với các nhóm còn lại.

- Về nhận diện cách điều trị: Kết quả phân tích cho thấy, người bệnh ở độ tuổi trung niên đồng tình chọn Uống thuốc theo toa nhiều nhất ($\text{ĐTB}=3,06$; $\text{ĐLC}=0,93$), thấp nhất là thanh niên ($\text{ĐTB}=2,26$; $\text{ĐLC}=1,05$); người già và trung niên Cầu nguyện nhiều nhất ($\text{ĐTB}=2$; ĐLC lần lượt là 0 và 1,13), ít nhất là thanh niên ($\text{ĐTB}=1,11$; $\text{ĐLC}=0,88$), trong khi đó thanh niên chọn nhiều nhất ở cách Thay đổi hành vi không có ích ($\text{ĐTB}=2,32$; $\text{ĐLC}=1,20$), còn thấp nhất là ở tuổi già ($\text{ĐTB}=1$; $\text{ĐLC}=1,41$).

Sự khác biệt về nhận thức theo giới tính:

- Về nhận diện triệu chứng: Phân tích Independent Samples t-test cho thấy bệnh nhân nữ có xu hướng nhận diện triệu chứng về Ý tưởng/hành vi tự sát nhiều hơn nam một cách có ý nghĩa thống kê với ($t=-2,02$ và $p=0,05$). Không có sự khác biệt về giới trong nhận diện các triệu chứng còn lại.

- Về nhận diện nguyên nhân: Kết quả phân tích cho thấy, có sự khác biệt về giới trong nhận diện nguyên nhân gây ra trầm cảm. Cụ thể là nam có xu hướng nhận diện các nguyên nhân (i) Do lạm dụng chất ($t=2,21$; $p=0,03$); (ii) Gặp quá báo ($t=2,37$; $p=0,02$); (iii) Bị cư xử tồi tệ hoặc được quá chiều chuộng ($t=2,91$; $p=0,001$); (iv) Gặp khó khăn trong mối quan hệ ($t=2,05$; $p=0,04$); (v) Bùa/phép ($t=2,03$; $p=0,05$) cao hơn nữ giới một cách có ý nghĩa thống kê. Tương tự, khi xem xét các nhóm nguyên nhân gây ra trầm cảm, nam giới cũng có xu hướng nhận diện các nhóm nguyên nhân Môi trường - xã hội ($t=2,56$; $p=0,01$) và Tôn giáo/tâm linh ($t=2,14$; $p=0,04$) cao hơn nữ giới.

- Về nhận diện cách điều trị: Kết quả phân tích không tìm thấy bất kỳ một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào giữa nam và nữ trong nhận thức về cách ứng phó và tìm kiếm giúp đỡ/điều trị trầm cảm.

Sự khác biệt về nhận thức theo tình trạng hôn nhân:

Chúng tôi phân chia tình trạng hôn nhân thành 3 nhóm (i) Độc thân, (ii) Kết hôn và (iii) Ly thân/ly dị/góa và sử dụng phép kiểm định One-way ANOVA để kiểm định tác động của tình trạng hôn nhân lên nhận thức của bệnh nhân

về trầm cảm. Kết quả như sau:

- Về nhận diện triệu chứng: Kết quả cho thấy nhóm Ly thân/ly dị/góa nhận diện triệu chứng Khó hoàn thành nhiệm vụ ($F=3,38$; $p=0,04$) là một triệu chứng của trầm cảm cao nhất so với các nhóm còn lại. Những bệnh nhân độc thân cũng có xu hướng nhận diện nhóm triệu chứng Giảm hoạt động chức năng ($F=3,28$; $p=0,04$) cao hơn 2 nhóm còn lại.

- Về nhận diện nguyên nhân: Người bệnh đang trong tình trạng Ly thân/ly dị/góa nhận diện nguyên nhân tâm lý, xã hội và tâm linh như do Ảnh hưởng từ vấn đề xã hội ($F=5,66$; $p=0,001$), Gặp quá báo ($F=5,84$; $p=0,001$), Gặp khó khăn trong công việc ($F=3,43$; $p=0,04$), Gặp khó khăn trong mối quan hệ ($F=4,56$; $p=0,01$), Do ý Trời/Phật/Chúa ($F=3,67$; $p=0,03$), Do ma/quỷ ($F=5,35$; $p=0,01$), Do bùa phép ($F=4,84$; $p=0,01$) cao hơn các nhóm còn lại. Riêng những người bệnh còn Độc thân thì nhận diện nguyên nhân gây ra trầm cảm là do bị Cư xử tồi tệ hoặc được quá chiều chuộng ($F=9,62$; $p=0,0001$) cao hơn các nhóm khác.

- Về nhận diện cách điều trị: Người bệnh trong nhóm đã kết hôn và sống cùng bạn đời có xu hướng chọn Uống thuốc theo toa là cách điều trị trầm cảm cao nhất so với những nhóm bệnh nhân sống độc thân hoặc ly thân, ly dị/góa với $F=4,12$; $p=0,02$.

Mối quan hệ giữa mức độ trầm cảm; mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng; mức độ tiếp cận các nguồn thông tin và nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân, cách chữa trị trầm cảm

Để trả lời cho câu hỏi mức độ rối loạn chức năng, mức độ trầm cảm và số lượng nguồn thông tin có mối liên hệ với khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm như thế nào, nghiên cứu đã kiểm định tương quan Pearson Correlation giữa các biến số. Theo đó, mức độ trầm cảm không có tương quan có ý nghĩa thống kê với khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm, hay nói cách khác bệnh nhân trầm cảm nặng hay trầm cảm nhẹ lần đầu đến khám ở bệnh viện không thực sự khác nhau về khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm.

Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng của cá nhân có tương quan thuận với khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm. Nói cách khác, bệnh càng ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của bệnh nhân như mất ngủ, mệt mỏi, mất năng lượng, ăn không ngon thì người bệnh càng có xu hướng nhận diện tốt hơn về các triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị. Trong đó, mối tương quan giữa hoạt động chức năng bị ảnh hưởng nặng và khả

năng nhận diện triệu chứng là chặt nhất ($r=0,519$; $p<0,01$).

Số liệu cũng chỉ ra một phát hiện thú vị là mức độ tiếp cận nguồn thông tin của người bệnh chỉ tương quan với khả năng nhận diện nguyên nhân trầm cảm nhưng không có mối liên hệ với khả năng nhận diện triệu chứng hay xác định cách điều trị khoa học. Điều này có nghĩa là, các thông tin tuyên truyền về trầm cảm mới chỉ trang bị hiệu quả cho cộng đồng những kiến thức nguyên nhân và những yếu tố nguy cơ dẫn đến trầm cảm mà chưa thực sự trang bị cho cộng đồng năng lực nhận diện sớm các triệu chứng cũng như thông tin về cách điều trị trầm cảm được khoa học chứng minh.

Bảng 3. Tương quan Pearson giữa mức độ trầm cảm; mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng; mức độ tiếp cận các nguồn thông tin và nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân, cách chữa trị trầm cảm.

	Khả năng nhận diện triệu chứng	Khả năng nhận diện nguyên nhân	Khả năng xác định cách điều trị khoa học
Mức độ trầm cảm	-0,01	0,05	-0,15
Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng	0,519**	0,29**	0,24*
Mức độ tiếp cận với các nguồn thông tin	0,18	0,20*	-0,01

Ghi chú: * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

Yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân, cách chữa trị trầm cảm

Mặc dù phân tích tương quan trình bày ở trên đã chỉ ra được các mối quan hệ giữa các biến số nghiên cứu, nhưng phân tích tương quan chỉ có thể miêu tả mối quan hệ giữa các biến một cách tổng thể (total relations) mà không loại trừ được tác động của các biến gây nhiễu. Vì vậy, một câu hỏi tiếp theo được đặt ra trong các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, thu nhập, mức độ trầm cảm, mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng và số lượng nguồn thông tin về trầm cảm thì yếu tố nào có ảnh hưởng mạnh nhất đến nhận thức của của bệnh nhân. Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành kiểm định hồi quy với phương pháp Enter. Các biến phụ thuộc được xác định lần lượt là khả năng nhận diện triệu chứng; khả năng nhận diện nguyên nhân và khả năng xác định cách điều trị khoa học. Các biến độc lập được đưa vào các mô hình hồi quy là tuổi, trình độ học vấn, thu nhập, mức độ trầm cảm, mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng và số lượng nguồn thông tin về trầm cảm. Kết quả được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Hồi quy dự báo yếu tố ảnh hưởng đến khả năng nhận diện triệu chứng; khả năng nhận diện nguyên nhân và khả năng xác định cách điều trị khoa học.

Mô hình	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	t	p
	B	Sai số	Beta		
1. Dự báo khả năng nhận diện triệu chứng (R²=0,244; F=4.351, p<0,001)					
Hằng số (Constant)	1,262	0,735		1,718	0,090
Tuổi	-0,201	0,180	-0,122	-1,117	0,267
Học vấn	0,019	0,111	0,019	0,175	0,862
Thu nhập	0,122	0,099	0,128	1,234	0,221
Mức độ trầm cảm	-0,264	0,173	-0,157	-1,520	0,132
Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng	0,693	0,171	0,427	4,042	0,000
Mức độ tiếp cận với nguồn thông tin	0,140	0,180	0,079	0,776	0,440
2. Dự báo khả năng nhận diện nguyên nhân (R²=0,170; F=2,627, p<0,001)					
Hằng số (Constant)	2,168	0,867		2,500	0,015
Tuổi	-0,218	0,209	-0,122	-1,043	0,300
Học vấn	0,119	0,132	0,105	0,897	0,372
Thu nhập	-0,232	0,117	-0,221	-1,981	0,051
Mức độ trầm cảm	-0,237	0,211	-0,127	-1,119	0,267
Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng	0,502	0,206	0,281	2,434	0,017
Mức độ tiếp cận với nguồn thông tin	0,229	0,213	0,118	1,076	0,285
3. Dự báo khả năng xác định cách điều trị khoa học (R²=0,141; F=2,237, p<0,001)					
Hằng số (Constant)	3,008	0,847		3,552	0,001
Tuổi	-0,114	0,207	-0,065	-0,552	0,583
Học vấn	0,148	0,128	0,136	1,157	0,251
Thu nhập	0,107	0,114	0,105	0,938	0,351
Mức độ trầm cảm	-0,361	0,200	-0,200	-1,807	0,075
Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng	0,381	0,198	0,218	1,977	0,050
Mức độ tiếp cận với nguồn thông tin	-0,103	0,207	-0,054	-0,497	0,621

Theo số liệu bảng 4, trong cả 3 mô hình dự báo khả năng nhận diện triệu chứng; khả năng nhận diện nguyên nhân và khả năng xác định cách điều trị khoa học, chỉ có mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng là có ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) đến khả năng nhận diện triệu

chứng; khả năng nhận diện nguyên nhân và khả năng xác định cách điều trị khoa học. Các yếu tố còn lại đều không có ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong 3 mô hình, có thể nhận xét rằng mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng có ảnh hưởng lớn nhất đến khả năng nhận diện triệu chứng (với $Beta = 4,042$), thứ đến là khả năng nhận diện nguyên nhân (với hệ số $Beta = 2,434$) và cuối cùng là khả năng xác định cách điều trị khoa học ($Beta = 1,977$). Sử dụng kết quả ước lượng hệ số hồi quy riêng phần của các biến độc lập, có thể viết lại thành 3 phương trình hồi quy như sau:

+ Khả năng nhận diện triệu chứng = $1,262 + 4,042 \times$ Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng.

+ Khả năng nhận diện nguyên nhân = $2,168 + 2,434 \times$ Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng.

+ Khả năng xác định cách điều trị khoa học = $3,008 + 1,977 \times$ Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng.

Kết luận

Kết quả nghiên cứu đã trả lời các câu hỏi nghiên cứu đặt ra: Chỉ có 16,4% số người bệnh gọi tên chính xác được vấn đề mình đang gặp phải là trầm cảm. Những triệu chứng được nhận diện là vấn đề khiến người bệnh thường tìm đến can thiệp và cũng đồng tình nhiều nhất là Rối loạn giấc ngủ, kế tiếp là Giảm khả năng tập trung - suy nghĩ, thứ ba là Khí sắc trầm, rồi đến Mệt mỏi - giảm năng lượng. Nhận thức của bệnh nhân về nguyên nhân gây ra vấn đề của mình khá tích cực và khoa học, và cũng phù hợp giả thuyết 2. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân nhận diện được cả 3 nhóm nguyên nhân có tính khoa học chiếm nhiều nhất (37,5%). Đa đa số (80,7%) người bệnh cho rằng mình biết cách ứng phó hoặc tìm kiếm sự giúp đỡ/can thiệp và họ chọn nhiều nhất là cách điều trị theo hướng y khoa. Bên cạnh đó, những phương pháp tự giúp bản thân như kiểm soát cách suy nghĩ, thay đổi chế độ ăn uống và sinh hoạt lành mạnh hơn... chiếm tỷ lệ cao thứ hai (44%) và còn có 9,2% số người bệnh chọn cách điều trị theo hướng dân gian, cổ truyền. Điều đáng lưu ý là đa số người bệnh (tỷ lệ cao nhất 63,3%) cho rằng nguyên nhân gây ra vấn đề của mình là từ căn nguyên tâm lý nhưng tỷ lệ nghĩ đến cần điều trị tâm lý lại thấp nhất, chỉ chiếm 2,8%.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt trong khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm theo các yếu tố nhân khẩu học như nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân. Mức độ tiếp cận với các nguồn thông tin có tương quan thuận với khả năng nhận diện nguyên nhân trầm cảm. Mức độ ảnh hưởng hoạt động chức năng của bệnh nhân có tương quan thuận với khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm và là yếu tố duy nhất có ý nghĩa thống kê trong dự báo khả năng nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị trầm cảm khoa học.

Từ kết quả nghiên cứu có thể đưa ra khuyến nghị cải thiện công tác tuyên truyền cho cộng đồng về trầm cảm cần thiết thực hơn và tập trung nâng cao năng lực nhận diện triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị khoa học. Ở các bệnh viện tâm thần, đối với những bệnh nhân đến khám lần đầu, các bác sỹ và nhà tâm lý cũng cần dành thời gian làm công tác giáo dục tâm lý cho bệnh nhân nâng cao nhận thức về dấu hiệu và nguyên nhân dẫn đến trầm cảm để từ đó giúp bệnh nhân định hướng tìm sự giúp đỡ từ các phương pháp can thiệp khoa học, đồng thời tin tưởng và cam kết tham gia vào các hình thức điều trị đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ngô Tích Linh (2005), "Rối loạn trầm cảm nặng", *Tâm thần học*, Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, tr.116-123.
- [2] Joshua T. Thornhill (2012), *NMS Psychiatry*, Wolters Kluwer Health, 303p.
- [3] C.J. Murray, A.D. Lopez (1997), "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study", *The Lancet*, **349**(9064), pp.1498-1504.
- [4] S. Bonicatto, M. Dew, R. Zaratiegui, et al. (2001), "Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina", *Social science & medicine*, **52**(6), pp.911-919.
- [5] Lâm Tứ Trung và cộng sự (2012), *Đánh giá hoạt động can thiệp truyền thông dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng*, Quỹ Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam, Hà Nội.
- [6] V. Patel, M. Abas, J. Broadhead, et al. (2001), "Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe", *British Medical Journal*, **322**(7284), p.482.
- [7] M.H. Rapaport, C. Clary, R. Fayyad, et al. (2005), "Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders", *American Journal of Psychiatry*, **162**(6), pp.1171-1178.
- [8] B. Saravanan, K. Jacob, S. Johnson, et al. (2007), "Belief models in first episode schizophrenia in South India", *Social psychiatry and Psychiatric epidemiology*, **42**(6), pp.446-451.
- [9] J. Srinivasan, N.L. Cohen, S.V. Parikh (2003), "Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation", *Canadian Journal of Psychiatry*, **48**(7), pp.493-495.
- [10] L. Van der Ham, P. Wright, T.V. Van, et al. (2011), "Perceptions of mental health and help-seeking behavior in an urban community in Vietnam: An explorative study", *Community mental health Journal*, **47**(5), pp.574-582.
- [11] M. Hamilton (1960), "A rating scale for depression", *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, **23**(1), p.56.
- [12] A.T. Beck (1988), "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, **8**(1), pp.77-100.
- [13] J.C. Mundt, I.M. Marks, M.K. Shear, et al. (2002), "The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning", *The British Journal of Psychiatry*, **180**(5), pp.461-464.
- [14] R. Raguram, M.G. Weiss, S. Channabasavanna, et al. (1996), "Stigma, depression, and somatization in South India", *American Journal of Psychiatry*, **153**(8), pp.1043-1049.