

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN GÁNH NẶNG TÂM LÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ CAO TUỔI TẠI KHOA LÃO HỌC BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Thân Hà Ngọc Thế^{2,3}, Vũ Dương Tuyết Lan¹, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị người bệnh sa sút trí tuệ đòi hỏi lấy người bệnh làm trung tâm và công việc này không thể hoàn thành nếu không có sự tham gia của người chăm sóc gia đình. Những người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ chịu gánh nặng tâm lý nhiều hơn đáng kể so với những người chăm sóc người bệnh không mắc chứng sa sút trí tuệ.

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến trầm cảm và lo âu của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ cao tuổi điều trị nội trú tại khoa Lão Học, Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, dân số chọn mẫu là “người chăm sóc gia đình” của người bệnh sa sút trí tuệ điều trị nội trú tại khoa Lão Học, Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Người chăm sóc từ 18 tuổi trở lên, là người chăm sóc chính và có thời gian chăm sóc ít nhất 6 tháng. Trầm cảm và lo âu của người chăm sóc được đánh giá bằng “Thang điểm Trầm cảm

– Lo âu – Căng thẳng” (Depression – Anxiety – Stress Scale/DASS)

Kết quả: Nghiên cứu thu thập được 111 người chăm sóc với độ tuổi trung bình là 54 ± 12 tuổi, trong đó nữ chiếm 59%. Tỷ lệ trầm cảm và lo âu của người chăm sóc lần lượt là 31,5% và 39,6%. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu bao gồm: chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ mức độ nặng, thời gian chăm sóc mỗi ngày trên 9 giờ và giới tính người chăm sóc.

Kết luận: Khi tiếp cận chăm sóc và điều trị người bệnh sa sút trí tuệ cần quan tâm đánh giá gánh nặng tâm lý của người chăm sóc. Ưu tiên đánh giá trên đối tượng người chăm sóc là nữ, chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ nặng với thời gian chăm sóc mỗi ngày kéo dài.

Từ khoá: người chăm sóc gia đình, sa sút trí tuệ, trầm cảm, lo âu

SUMMARY

FACTORS RELATED TO DEPRESSION AND ANXIETY OF CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA AT THE DEPARTMENT OF GERIATRICS NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Treating people with dementia requires patient-centered care and this work cannot be completed without the participation of family caregivers. Caregivers of people with dementia experience significantly greater psychological burden than caregivers of people without dementia.

Objectives: Identify factors related to depression, anxiety and stress of caregivers of

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Bộ môn Lão khoa – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa Lão – Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: ThS.BS. Vũ Dương Tuyết Lan

Email: tuyetlan91@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 31/5/2024

Ngày duyệt bài: 08/7/2024

elderly dementia patients receiving inpatient treatment at the Department of Geriatrics, Gia Dinh People's Hospital.

Methods: A cross-sectional study, the sampled population is the family caregiver of dementia patients at the Department of Geriatrics, Gia Dinh People's Hospital. Carer 18 years of age or older who is the primary caregiver and has provided care for at least 6 months. Caregiver depression and anxiety is assessed using the “Depression – Anxiety – Stress Scale/DASS”

Results: The study collected 111 caregivers with an average age of 54 ± 12 years, in which female was 59%. Rates of depression and anxiety among caregivers were 31.5% and 39.6%, respectively. Factors related to depression and anxiety include: caring for people with severe dementia, daily care time of more than 9 hours, and the gender of the caregiver.

Conclusions: When approaching care and treatment for people with dementia, it is necessary to consider assessing the psychological burden of the caregiver. Prioritize the assessment on female caregivers, caring for patients with severe dementia with long daily care hours.

Keywords: family caregiver, dementia, depression, anxiety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng mạn tính gây suy giảm nhận thức, rối loạn hành vi và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB), tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội [8]. Phần lớn NB SSTT sống tại nhà và được chăm sóc bởi người thân trong gia đình. Điều trị NB SSTT trí tuệ đòi hỏi lấy NB làm trung tâm, nghĩa là NB được xác định các mối liên kết với người chăm sóc (NCS), được tôn trọng như một công dân và họ có giá trị của bản thân mặc

dù bị suy giảm nhận thức [8]. Việc chăm sóc lấy NB làm trung tâm là không thể hoàn thành nếu không có sự tham gia của NCS.

Những gánh nặng gặp phải ở NCS NB SSTT rất đa dạng và phức tạp, bao gồm những gánh nặng về thể chất, tâm lý, tài chính cũng như đời sống xã hội [8]. Mặc dù đã có những báo cáo về mặt tích cực của việc chăm sóc, đa số các nghiên cứu cho thấy tác động tiêu cực đến sức khỏe tinh thần của NCS. Và một số nghiên cứu còn cho thấy rằng các khía cạnh sức khỏe tinh thần lại đóng vai trò trung tâm trong sức khỏe tổng thể của NCS. Những NCS NB SSTT bị căng thẳng nhiều hơn đáng kể so với những NCS người bệnh không mắc chứng SSTT và phải chịu các triệu chứng trầm cảm, lo âu cũng như các vấn đề thể chất nghiêm trọng hơn. Triệu chứng lo âu và trầm cảm xảy ra phổ biến, các phân tích tổng hợp cho thấy tỉ lệ NCS có triệu chứng trầm cảm và lo âu lần lượt là 31,4% và 32,1% [2]. Tuy nhiên NCS thường trở thành “người bệnh vô hình” vì nhu cầu được chăm sóc sức khỏe của họ thường bị bỏ qua do sự phức tạp và khẩn cấp của việc chăm sóc NB SSTT. Những yếu tố trên tạo nên chất lượng chăm sóc NB kém, sự bỏ mặc NB và tăng nhu cầu hỗ trợ về chăm sóc.

Cho đến nay, các nghiên cứu trên đối tượng NCS còn ít, nghiên cứu về gánh nặng tâm lý của NCS chủ yếu đánh giá riêng biệt từng biểu hiện như trầm cảm hoặc lo âu mà ít có nghiên cứu đánh giá tổng thể cũng như xác định các yếu tố liên quan trên đồng thời cả hai rối loạn này. Vì vậy việc đánh giá gánh nặng tâm lý của NCS NB SSTT là quan trọng. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu: *Xác định tỉ lệ trầm cảm, lo âu và các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu của NCS NB SSTT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức

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

Trong đó: Với $\alpha = 0,05$ độ tin cậy là 95% nên $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. $P = 0,5$. d : độ chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,1$. Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 96$.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: NCS gia đình ≥ 18 tuổi, là NCS chính, có thời gian chăm sóc ít nhất 6 tháng, đang chăm sóc NB SSTT điều trị nội trú tại khoa Lão Học trong khoảng thời gian nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NCS không thể giao tiếp hiệu quả với nhân viên y tế.

Biến số nghiên cứu chính:

Trầm cảm và lo âu được đánh giá bằng hai thang đo phụ trong thang điểm DASS 21, bao gồm: (1) thang DASS – D đánh giá trầm cảm; (2) thang DASS – A đánh giá lo âu. Mỗi thang đo phụ gồm 7 câu hỏi, mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn trả lời theo thang điểm Likert từ 0 đến 3 với mức độ tương ứng như sau: (0) Không đúng với tôi chút nào cả; (1) Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng; (2) Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng; (3) Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng. Tổng điểm của mỗi thang đo phụ sẽ được nhân với hai và nằm trong khoảng từ 0 đến 42 điểm. Dựa vào tổng điểm của từng thang đo phụ để chia mức độ triệu chứng trầm cảm, lo âu, căng thẳng thành bình thường, nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng [5].

Bảng 1. Điểm cắt của thang DASS

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu
Bình thường	0 – 9	0 – 7
Nhẹ	10 – 13	8 – 9
Trung bình	14 – 20	10 – 14
Nặng	21 – 27	15 – 19
Rất nặng	≥ 28	≥ 20

Các biến số nghiên cứu phụ: (1) Đặc điểm NB SSTT bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và mức độ SSTT, (2) đặc điểm NCS bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, mối quan hệ với NB, thu nhập, tổng thời gian chăm sóc tính bằng năm, thời gian chăm sóc mỗi ngày tính bằng giờ.

Tiến hành nghiên cứu:

Chọn mẫu liên tục cho đến khi đủ số lượng mẫu. NCS NB SSTT điều trị nội trú tại khoa Lão Học thỏa tiêu chuẩn nhận vào, sẽ được giải thích, mời tham gia nghiên cứu. Nếu NCS đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ

được ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Sau đó, chúng tôi tiến hành thu thập thông tin về đặc điểm của NB, đặc điểm của NCS và đánh giá thang điểm DASS.

Xử lý số liệu:

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 15.1. Trình bày dưới dạng tần số (tỉ lệ %), sử dụng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher exact đối với các biến định tính. Trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, sử dụng phép kiểm T-test đối với các biến số định lượng. Phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa trầm

cảm, lo âu với các yếu tố khảo sát. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 298/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20 tháng 4 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 111 NCS NB SSTT cao tuổi tham gia nghiên cứu từ 01/01/2022 đến

ngày 30/06/2022. Độ tuổi trung bình của NCS là 54 ± 12 , NCS nhỏ tuổi nhất là 23 tuổi, lớn tuổi nhất là 93 tuổi. NCS là nữ chiếm 59% ($n=65$), chủ yếu là con của người bệnh chiếm 77% (bao gồm con trai, con gái, con rể, con dâu), vợ của người bệnh chiếm 14%. Gần một nửa NCS (46,8%) chăm sóc bệnh nhân 1 – 2 năm. Thời gian chăm sóc trung bình mỗi ngày 4 – 6 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất là 38,7% và theo sau là > 9 giờ chiếm 26%.

Bảng 2. Tỉ lệ và mức độ trầm cảm – lo âu

Mức độ	Trầm cảm n (%)	Lo âu n (%)
Không rối loạn	76 (68,47)	67 (60,36)
Có rối loạn	35 (31,53)	44 (39,64)
Nhẹ	13 (37,14)	18 (40,91)
Trung bình	7 (20,00)	11 (25,00)
Nặng	8 (22,86)	5 (11,36)
Rất nặng	7 (20,00)	10 (22,73)

Trong nhóm NCS có rối loạn tâm lý, hơn một phần ba có mức độ trầm cảm, lo âu nhẹ. 5,41% NCS có biểu hiện của đồng thời trầm cảm và lo âu.

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát trầm cảm và các yếu tố liên quan

		OR	KTC 95%	p
Đặc điểm người bệnh				
Mức độ SSTT	Nhẹ	1 (tham chiếu)		
	Trung bình	3,37	0,60 – 19,04	0,169
	Nặng	9,00	1,58 – 51,24	0,013
Thời gian bệnh (mỗi 1 năm)		1,09	0,67 – 1,78	0,732
Đặc điểm người chăm sóc				
Tuổi (mỗi 10 năm)		0,96	0,89 – 1,07	0,592
Giới	Nữ	1 (tham chiếu)		
	Nam	0,21	0,05 – 0,83	0,026
Trình độ học vấn	Dưới THPT	1 (tham chiếu)		
	Từ THPT	2,01	0,45 – 9,05	0,360
Thu nhập	< 5 triệu VNĐ	1 (tham chiếu)		
	≥ 5 triệu VNĐ	0,72	0,13 – 3,91	0,708
Mối quan hệ với NB	Vợ/Chồng	1 (tham chiếu)		
	Con	0,11	0,01 – 1,42	0,092
	Khác	-	-	

Tổng thời gian chăm sóc	1 – 2 năm	1 (tham chiếu)		
	3 – 5 năm	1,92	0,32 – 11,38	0,472
	> 5 năm	1,28	0,07 – 24,63	0,869
Thời gian chăm sóc mỗi ngày	1 – 3 giờ	1 (tham chiếu)		
	4 – 6 giờ	0,51	0,08 – 3,16	0,472
	7 – 9 giờ	3,14	0,41 – 24,23	0,273
	> 9 giờ	7,43	1,21 – 45,41	0,030

Phân tích hồi quy đa biến chúng tôi ghi nhận các biến độc lập liên quan đến trầm cảm bao gồm: (1) Mức độ SSTT: NCS NB SSTT mức độ nặng có tỉ lệ trầm cảm cao gấp 9 lần so với NCS NB mức độ nhẹ ($p = 0,013$). (2) Thời gian chăm sóc mỗi ngày

càng tăng làm tăng tỉ lệ trầm cảm. Trong đó, ghi nhận nhóm NCS dành thời gian > 9 giờ mỗi ngày có tỉ lệ trầm cảm cao hơn gấp 7,4 lần so với nhóm 1 – 3 giờ ($p = 0,05$). (3) Giới: NCS là nam có tỉ lệ mắc trầm cảm thấp hơn NCS nữ ($OR = 0,21$; $p = 0,026$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát lo âu và các yếu tố liên quan

		OR	KTC 95%	p
Đặc điểm bệnh nhân				
Mức độ SSTT	Nhẹ	1 (tham chiếu)		
	Trung bình	5,19	0,92 – 29,11	0,062
	Nặng	15,76	2,56 – 97,18	0,003
Thời gian bệnh (mỗi 1 năm)		1,00	0,57 – 1,76	0,992
Đặc điểm người chăm sóc				
Tuổi (mỗi 10 năm)		1,01	0,92 – 1,10	0,876
Giới	Nữ	1 (tham chiếu)		
	Nam	0,06	0,01 – 0,29	< 0,001
Trình độ học vấn	Dưới THPT	1 (tham chiếu)		
	Từ THPT	3,25	0,64 – 16,35	0,154
Thu nhập	< 5 triệu VNĐ	1 (tham chiếu)		
	≥ 5 triệu VNĐ	1,86	0,31 – 11,05	0,496
Mối quan hệ với NB	Vợ/Chồng	1 (tham chiếu)		
	Con	0,21	0,02 – 2,76	0,237
	Khác	0,01	0,0001 – 0,34	0,013
Tổng thời gian chăm sóc	1 – 2 năm	1 (tham chiếu)		
	3 – 5 năm	1,60	0,27 – 9,67	0,607
	> 5 năm	3,66	0,18 – 73,22	0,396
Thời gian chăm sóc mỗi ngày	1 – 3 giờ	1 (tham chiếu)		
	4 – 6 giờ	0,33	0,06 – 1,86	0,209
	7 – 9 giờ	5,98	0,72 – 49,62	0,098
	> 9 giờ	6,87	1,09 – 43,47	0,041

Phân tích hồi quy đa biến chúng tôi ghi nhận các biến độc lập liên quan đến lo âu bao gồm: (1) Mức độ SSTT: NCS NB SSTT mức độ nặng có tỉ lệ lo âu cao hơn so với NCS NB mức độ nhẹ ($OR = 15,76$; $p = 0,003$), (2) Thời gian chăm sóc mỗi ngày càng tăng làm tăng tỉ lệ lo âu. Nhóm NCS dành thời gian > 9 giờ mỗi ngày có tỉ lệ lo âu cao hơn 6,87 lần so với nhóm 1 – 3 giờ ($p = 0,041$), (3) Giới: NCS là nam có tỉ lệ lo âu thấp hơn NCS nữ ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm DASS để khảo sát gánh nặng tâm lý của NCS bệnh nhân SSTT, kết quả ghi nhận được tỉ lệ trầm cảm, lo âu lần lượt là 31,53% và 39,64%. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Kaye Ervin và tác giả Smyth Aisling tiến hành tại Úc [4],[6]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của NB SSTT khác nhau, hay từ đặc điểm chăm sóc và văn hóa của người Việt Nam. Hầu hết người dân sống trong gia đình nhiều thế hệ, con cháu hay vợ chồng có trách nhiệm trong chăm sóc người thân, thậm chí họ cho rằng bản thân là chỗ dựa chủ yếu cho NB và lấy việc chăm sóc làm niềm tự hào. Vấn đề tôn giáo và văn hóa ảnh hưởng lên suy nghĩ của NCS đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu thực hiện tại các nước Châu Á khác, nó liên quan gián tiếp đến sức khỏe tinh thần của NCS và ảnh hưởng đến cách họ phản ứng với NB SSTT trong quá trình chăm sóc. Chúng tôi còn ghi nhận 5,41% NCS có biểu hiện của đồng thời trầm cảm và lo âu. Đồng mắc trầm cảm và lo âu có thể gây nên nhiều hậu quả nghiêm trọng, như mức độ nặng và thời gian mắc rối loạn tâm thần cao hơn, chức năng tâm lý xã hội thấp hơn, khả năng tự tử cao, hiệu quả điều trị thấp và tái phát trầm cảm, lo âu nhiều

hơn. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá gánh nặng tâm lý tổng thể bao gồm cả trầm cảm và lo âu.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm và lo âu với mức độ SSTT theo thang điểm MMSE. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Samara Barrera-Caballero ghi nhận mức độ rối loạn hành vi tâm lý của NB SSTT có liên quan đến đồng mắc trầm cảm và lo âu ở NCS [1]. SSTT là bệnh lý mạn tính, tiến triển và các biểu hiện bất thường về nhận thức, hành vi của NB sẽ thay đổi qua từng giai đoạn, NB SSTT nặng sẽ phụ thuộc nhiều hơn vào NCS. NCS vừa phải hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hằng ngày với tần suất ngày càng gia tăng, vừa phải đối phó với các rối loạn nhận thức hành vi tiến triển của NB nên dễ có các biểu hiện trầm cảm, lo âu và căng thẳng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ NCS là nam chịu gánh nặng tâm lý ít hơn nữ và giới tính là yếu tố liên quan độc lập đến trầm cảm ($p = 0,026$) và lo âu ($p < 0,001$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Samara Barrera-Caballero cho biết NCS là nữ là yếu tố liên quan đến đồng mắc trầm cảm và lo âu [1]. Phát hiện này có thể liên quan đến tình trạng dễ tổn thương của NCS là nữ khi tiếp xúc với các tác nhân gây căng thẳng. Nghiên cứu của tác giả Torti cho biết NCS là nữ ở các quốc gia châu Á phải chịu mức độ gánh nặng chăm sóc cao hơn khi so với châu Mỹ và châu Âu [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian chăm sóc NB mỗi ngày càng cao thì tỉ lệ NCS mắc trầm cảm, lo âu càng cao. Phân tích đa biến cho kết quả thời gian chăm sóc mỗi ngày > 9 giờ là yếu tố liên quan độc lập với trầm cảm ($OR = 7,43$; $p = 0,030$), lo âu ($OR = 6,87$; $p = 0,041$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của tác giả Covinsky thực hiện trên 5627 NCS NB SSTT ngoại trú tại Mỹ cho thấy số giờ chăm sóc mỗi tuần là yếu tố liên quan độc lập với trầm cảm, với thời gian chăm sóc 40 – 79 giờ/tuần (tương đương 6 – 11 giờ/ngày) có OR = 1,89; KTC 95% 1,51 – 2,38 so với < 40 giờ/tuần [3]. Thời gian chăm sóc mỗi ngày được cho là một chỉ báo gánh nặng khách quan, là một trong những yếu tố dự báo nhất quán nhất về trầm cảm, lo âu của NCS. Thời gian chăm sóc > 9 giờ mỗi ngày có thể so sánh tương đương với hơn một ngày làm việc tiêu chuẩn và số giờ chăm sóc lại càng phải tăng lên khi bệnh trầm trọng hơn. Hay nói cách khác, chăm sóc bệnh nhân SSTT trở thành một công việc toàn thời gian đối với NCS và họ không được trả lương khi làm công việc này. NCS sẽ có ít thời gian hơn cho bản thân, họ có xu hướng hi sinh những mục tiêu và sở thích cá nhân, hạn chế thời gian với gia đình và bạn bè, từ bỏ hoặc giảm thời gian lao động. Dẫn đến NCS chịu nhiều ràng buộc về tình cảm và tài chính hơn, cảm giác bị cô lập với xã hội, gây nên nhiều gánh nặng tâm lý hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ trầm cảm và lo âu của NCS NB SSTT tương đối cao, do đó khi tiếp cận chăm sóc và điều trị NB SSTT cần quan tâm đánh giá gánh nặng tâm lý của NCS và xem chúng như một vấn đề được gây ra bởi tương tác của nhiều yếu tố liên quan thay vì bất kỳ yếu tố đơn độc nào. Ưu tiên đánh giá trên đối tượng người chăm sóc là nữ, chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ nặng với thời gian chăm sóc mỗi ngày kéo dài. Từ đó có thể tầm soát sớm các vấn đề tâm lý NCS đang gặp phải, giúp can thiệp và hỗ trợ kịp thời, thông qua đó nâng cao hiệu quả trong chăm sóc, chất lượng cuộc sống của cả người bệnh SSTT và NCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barrera-Caballero S, Romero-Moreno R, Del Sequeros Pedroso-Chaparro M, et al.** Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. *Psychol Aging*. 2021;36(5):667-676.
2. **Collins RN, Kishita N.** Prevalence of depression and burden among informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis. *Ageing Society*. 2020;40(11):2355-2392.
3. **Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, et al.** Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(12):1006-14.
4. **Ervin K, Pallant J, Reid C.** Caregiver distress in dementia in rural Victoria. *Australasian journal on ageing*. 2015;34(4):235-240.
5. **Lovibond PF, Lovibond SH.** The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-343.
6. **Smyth A, Whitehead L, Quigley E, Vafeas C, Emery L.** Disrupted sleep and associated factors in Australian dementia caregivers: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2020;20(1):1-7.
7. **Torti FM, Jr., Gwyther LP, Reed SD, Friedman JY, Schulman KA.** A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2004;18(2):99-109.
8. **World Health Organization.** Dementia. Accessed January 17, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>