BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**ĐẶNG BÍCH LOAN**

**ĐÁNH GIÁ KINH NGHIỆM CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ TẠI NHÀ Ở VIỆT NAM**

**ĐỀ CƯƠNG LUẬN VĂN THẠC SĨ**

**THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2024**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**ĐẶNG BÍCH LOAN**

**ĐÁNH GIÁ KINH NGHIỆM CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ TẠI NHÀ Ở VIỆT NAM**

**CHUYÊN NGÀNH: NỘI KHOA (THẦN KINH) MÃ SỐ: 8720107**

**NGƯỜI DỰ KIẾN HƯỚNG DẪN KHOA HỌC: TS. BS. TRẦN CÔNG THẮNG**

**THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2024**

# MỤC LỤC

[MỤC LỤC i](#_TOC_250020)

[DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT i](#_TOC_250019)

[DANH MỤC BẢNG VÀ SƠ ĐỒ iv](#_TOC_250018)

[DANH MỤC HÌNH ẢNH v](#_TOC_250017)

[MỞ ĐẦU 1](#_TOC_250016)

[Chương 1. TỔNG QUAN 3](#_TOC_250015)

* 1. [Tổng quan về sa sút trí tuệ 3](#_TOC_250014)
  2. [Tổng quan về chăm sóc và gánh nặng chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ 19](#_TOC_250013)
  3. [Các nghiên cứu đã thực hiện trong và ngoài nước 24](#_TOC_250012)

[Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 28](#_TOC_250011)

* 1. [Thiết kế nghiên cứu 28](#_TOC_250010)
  2. [Thời gian và địa điểm nghiên cứu 28](#_TOC_250009)
  3. [Đối tượng nghiên cứu 28](#_TOC_250008)
  4. [Cỡ mẫu nghiên cứu 29](#_TOC_250007)
  5. [Xác định các biến số độc lập và phụ thuộc 29](#_TOC_250006)
  6. [Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu 34](#_TOC_250005)
  7. [Quy trình nghiên cứu 35](#_TOC_250004)
  8. [Phương pháp phân tích dữ liệu 35](#_TOC_250003)
  9. [Đạo đức trong nghiên cứu 35](#_TOC_250002)

[Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ 37](#_TOC_250001)

* 1. [Đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ 37](#_TOC_250000)
  2. Đặc điểm của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ 37
  3. Kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà 38

# Chương 4. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN 39

* 1. Nhân lực 39
  2. Phương tiện thực hiện 39
  3. Kinh phí 39
  4. Thời gian thực hiện các hoạt động 39

# TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC

# DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

**Tiếng Việt**

|  |  |
| --- | --- |
| NCS | Người chăm sóc |
| SSTT | Sa sút trí tuệ |

**Tiếng Anh**

|  |  |
| --- | --- |
| AD | Alzheimer’s Disease Bệnh Alzheimer |
| ADL | Activities of Daily Living Hoạt động hàng ngày |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải |
| BSFC-s | Burden Scale for Family Caregiver – Short version  Thang điểm gánh nặng cho người chăm sóc gia đình – bản rút gọn |
| CBD | Corticobasal Degeneration Thoái hoá vỏ não hạch nền |
| CBI | Caregiver Burden Inventory  Bảng kiểm gánh nặng người chăm sóc |
| CDR | Clinical Dementia Rating  Thang điểm đánh giá sa sút trí tuệ lâm sàng |
| CG(s) | Caregiver(s) Người chăm sóc |
| CSI | Caregiver Strain Index  Bảng kê mức độ căng thẳng của người chăm sóc |
| DLB | Dementia with Lewy Bodies  Sa sút trí tuệ thể Lewy |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition  Sổ tay chẩn đoán và thống kê các loại rối loạn tâm thần, tái bản lần 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| DSRS | Dementia Severity Rating Scale  Thang điểm đánh giá mức độ nặng của sa sút trí tuệ |
| FAST | Functional Assessment Staging Tool  Công cụ phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh |
| FTD | Frontaltemporal Dementia Sa sút trí tuệ trán thái dương |
| GDS | Global Deterioration Scale Thang điểm suy thoái toàn cầu |
| HIV | Human Immunodeficiency Viruses Virus suy giảm miễn dịch ở người |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living  Hoạt động hàng ngày có dụng cụ |
| ICD-10 | International Classification of Disease 10th revision Phân loại bệnh quốc tế, phiên bản thứ 10 |
| LMICs | Low- and Middle-Income Countries Các nước có thu nhập trung bình thấp |
| MCI | Mild Cognitive Disorder Suy giảm nhận thức nhẹ |
| MMSE | Mini-Mental State Examination Trắc nghiệm tâm thần tối thiểu |
| NPI-Q | The Neuropsychiatric Inventory Questionaire  Bộ câu hỏi trắc nghiệm đánh giá hành vi tâm thần |
| PPD | Parkinson’s Disease Dementia  Sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson |
| PSP | Progressive Supranuclear Palsy  Liệt trên nhân tiến triển |
| TMT-A | Trail Making Test A |

|  |  |
| --- | --- |
| TMT-B | Trail Making Test B |
| VaD | Vascular Dementia  Sa sút trí tuệ mạch máu |
| WHO | World Health Orrganization  Tổ chức Y tế thế giới |
| ZBI | Zarit Burden Interview  Bảng phỏng vấn gánh nặng theo Zarit |

# DANH MỤC BẢNG VÀ SƠ ĐỒ

**Danh mục bảng**

Bảng 1.1. Sự suy giảm các lĩnh vực nhận thức trong sa sút trí tuệ

Bảng 1.2. Các nguyên nhân chính của sa sút trí tuệ và các đặc điểm chính Bảng 1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ theo DSM-V

Bảng 1.4. Một số test đánh giá chức năng nhận thức

Bảng 1.5. Tỷ lệ NCS người bệnh SSTT có bệnh lý mãn tính so với NCS người không mắc chứng SSTT hoặc người không phải là NCS

Bảng 2.1. Các biến số liên quan đến đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ Bảng 2.2. Các biến số liên quan đến người chăm sóc

Bảng 3.1. Đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ

Bảng 3.2. Đặc điểm của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ

# Danh mục sơ đồ

Sơ đồ 1. Quy trình thực hiện nghiên cứu

# DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1. Diễn tiến lâm sàng của bệnh Alzheimer

Hình 2. Tỷ lệ người chăm sóc cho người mắc bệnh Alzheimer hoặc các chứng sa sút trí tuệ khác so với người chăm sóc cho người cao tuổi khác hỗ trợ các hoạt động sống hàng ngày cụ thể, tại Hoa Kỳ, năm 2015

Hình 3. Những thay đổi liên quan đến công việc của NCS người bệnh SSTT

# MỞ ĐẦU

Hiện nay, tình trạng già hoá dân số đang là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu tại các quốc gia, điều này đã dẫn đến sự gia tăng các bệnh lý không lây nhiễm và thoái hoá, trong đó có sa sút trí tuệ (SSTT) là một bệnh lý thoái hoá thần kinh khá thường gặp ở người cao tuổi. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính đến năm 2023 số người mắc sa sút trí tuệ trên toàn cầu đạt xấp xỉ 55 triệu người, 60% trong số đó thuộc về các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình1. Việt Nam là một trong những quốc gia thuộc nhóm thu nhập trung bình thấp (LMICs) và có tốc độ già hoá dân số nhanh trên thế giới, những người từ 60 tuổi trở lên chiếm 11,9% vào năm 2019 và dự đoán sẽ tăng trên 25% vào năm 2050 theo số liệu của Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc2. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỉ lệ mắc sa sút trí tuệ dao động trong khoảng 4,5 – 7,9% trong quần thể người cao tuổi3,4. Tại Hội nghị Quốc gia Việt Nam về vấn đề sa sút trí tuệ lần thứ 1 đã đưa ra thống kê có khoảng 660,000 người Việt Nam mắc sa sút trí tuệ năm 2015 và đến năm 2030 con số này có thể lên đến 1,2 triệu người5.

Việc gia tăng số người mắc sa sút trí tuệ đặt ra một thách thức không nhỏ đối với người chăm sóc (NCS) cho các bệnh nhân này, không chỉ về mặt kinh tế mà còn là các gánh nặng về mặt thể chất và tinh thần. Năm 2019, việc chi tiêu chăm sóc cho người bệnh sa sút trí tuệ gây tiêu tốn cho nền kinh tế toàn cầu khoảng 1,3 nghìn tỉ đô-la Mỹ, khoảng 50% chi phí này là đến từ những NCS (thành viên gia đình, bạn bè,…)1. Tại Việt Nam, năm 2015 ước tính đã chi khoảng 960 triệu đô-la Mỹ cho người bệnh sa sút trí tuệ, trong tương lai, nếu không có kế hoạch cụ thể để nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh sa sút trí tuệ, số tiền phải chi trả khoảng 1,75 tỷ đô-la Mỹ vào năm 2030 (trong đó những NCS phải gánh khoảng 60% chi phí này)5. Hiện nay, nhận thấy chưa có nhiều các chương trình tập huấn, hỗ trợ NCS người bệnh sa sút trí tuệ, hầu hết các đối tượng này đều không có kinh nghiệm chuyên môn mà đa phần đều là các kinh nghiệm cá nhân, tự phát trong quá trình sinh hoạt hàng ngày, do đó họ gặp không ít khó khăn và

trở ngại trong việc chăm sóc và theo dõi người bệnh. Có rất nhiều NCS khi được khảo sát cho thấy họ rất cần được biết thêm nhiều thông tin về bệnh lý sa sút trí tuệ, cũng như cần được hỗ trợ về mặt tinh thần trong quá trình chăm sóc cho người bệnh. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ánh, Đỗ Thị Khánh Hỷ (2021)6 cho thấy có 57,7% trường hợp NCS có gánh nặng ở mức độ nghiêm trọng và rất nghiêm trọng theo thang điểm Zarit và những gánh nặng này có xu hướng tăng dần có ý nghĩa thống kê theo thời gian chăm sóc, giai đoạn bệnh và sự xuất hiện các triệu chứng của bệnh nhân. Tuy nhiên hiện nay, vẫn chưa có nhiều các công trình nghiên cứu trên đối tượng NCS người bệnh sa sút trí tuệ, mà việc quan tâm, chăm sóc đối tượng này là một thách thức không nhỏ đối với bản thân, gia đình và cộng đồng. Chính vì những lí do trên mà nhóm nghiên cứu chúng tôi luôn trăn trở về câu hỏi “Làm sao để có thể xây dựng được một hướng dẫn về việc chăm sóc cho người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà một cách hiệu quả và khoa học?”. Và để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi muốn tiến hành **“Đánh giá kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà ở Việt Nam”** với 2 mục tiêu như sau:

* + 1. Khảo sát mối liên quan giữa mức độ nặng của người bệnh sa sút trí tuệ với gánh nặng của người chăm sóc.
    2. Phân tích kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà ở Việt Nam.

# Chương 1. TỔNG QUAN

# Tổng quan về sa sút trí tuệ

* + 1. **Định nghĩa**

Thuật ngữ sa sút trí tuệ “dementia” bắt nguồn từ một từ Latin là “demens” nghĩa là mất trí nhớ, và đã được sử dụng từ thế kỷ thứ 13 và xuất hiện trong cộng đồng y khoa vào thế kỷ thứ 18 trong quyển sách “Từ điển y học (Physical Dictionary)” của Blancard vào năm 17267.

Thế kỷ thứ 19, thuật ngữ sa sút trí tuệ được đưa ra trước giới y khoa bởi nhà tâm thần học nổi tiếng Philippe Pinel (1745 – 1826) vào năm 1806. Trước khi Philippe Pinel thực hiện cải cách nhân đạo, những người mắc chứng suy giảm trí nhớ đều bị giam cầm và sống trong điều kiện khắc nghiệt. Ông đã thành công trong việc thành lập các nhà thương điên thay cho nhà tù và kiên quyết ủng hộ những tiếp cận khoa học trong lĩnh vực sa sút trí tuệ tại Pháp và trên toàn thế giới7.

Ngày nay, theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới – WHO (1992) sa sút trí tuệ là một hội chứng xảy ra do bệnh lý của não bộ, thường mang tính mạn tính hoặc tiến triển. Sa sút trí tuệ bao gồm sự suy giảm của một số chức năng vỏ não cao cấp bao gồm trí nhớ, tư duy, thông hiểu, tính toán, học tập, ngôn ngữ và ra quyết định. Những khiếm khuyết chức năng này thường xuất hiện cùng với các thay đổi về cảm xúc, hoạt động xã hội hoặc các động lực xã hội. Bệnh Alzheimer và bệnh lý mạch máu não là một trong các nguyên nhân dẫn đến sa sút trí tuệ8.

Theo ICD-10, sa sút trí tuệ được định nghĩa là một hội chứng do bệnh của não – thường có tính chất mạn tính hoặc tiến triển – trong đó có sự suy giảm của nhiều chức năng vỏ não cao cấp bao gồm trí nhớ, suy nghĩ, định hướng, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và khả năng phán đoán9.

# Dịch tễ

Theo ước tính, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ trên toàn cầu đối với người từ 60 tuổi trở lên vào năm 2010 là 4,7%, với tỷ lệ mắc bệnh theo vùng tương ứng là 2,6% ở Châu Phi, 4,0% ở Châu Á, 6,2% ở Châu Âu và 6,9% ở Bắc Mỹ. Ở tất cả các khu vực khác ngoài Bắc Mỹ và Châu Á Thái Bình Dương, tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới thấp hơn (giảm từ 19% đến 29%) so với nữ giới. Xu hướng chung ở tất cả các vùng là tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi. Ước tính có 35,6 triệu người mắc bệnh sa sút trí tuệ vào năm 2010. Số ca bệnh được ước tính tăng gần gấp đôi cứ sau 20 năm, lên 65,7 triệu vào năm 2030 và 115,4 triệu vào năm 2050. Có sự khác biệt đáng kể trong việc tăng tỷ lệ mắc bệnh giữa các khu vực từ năm 2010 đến năm 2030, với số người mắc bệnh tăng nhanh hơn ở các nước đang phát triển. Cụ thể là mức tăng 40% ở Châu Âu, 63% ở Bắc Mỹ, tăng từ 77% đến 146% ở các khu vực khác nhau của Mỹ Latinh, tăng 107% ở Châu Á và 111% ở Châu Phi10. Ước tính vào năm 2010, 57,7% trong tổng số người mắc bệnh sa sút trí tuệ sống ở các nước thu nhập trung bình và thấp (LMICs), tỷ lệ này sẽ tăng lên 63,4% vào năm 2030 và 70,5% vào năm 20508.

Tại Hội nghị Quốc gia Việt Nam về vấn đề sa sút trí tuệ lần thứ 1 đã đưa ra thống kê có khoảng 660,000 người Việt Nam mắc sa sút trí tuệ năm 2015 và đến năm 2030 con số này có thể lên đến 1,2 triệu người5.

“Sa sút trí tuệ có xu hướng tăng dần theo tuổi. Vào khoảng 40 tuổi, tỉ lệ SSTT chỉ chiếm 0,1% dân số; trên 65 tuổi, tỉ lệ này là 5 – 8%; trên 75 tuổi tăng lên 15 – 20% và trên 85 tuổi tỉ lệ SSTT chiếm đến 25 – 50% dân số.”11

# Đặc điểm lâm sàng

* + - 1. **Sự suy giảm các lĩnh vực nhận thức thần kinh trong sa sút trí tuệ**

Có 6 lĩnh vực nhận thức thần kinh theo DSM-V bao gồm:

* + - * + Tập trung chú ý (chú ý duy trì, chú ý phân chia, chú ý chọn lọc, tốc độ xử lý thông tin )
        + Chức năng điều hành (lên kế hoạch, ra quyết định, làm việc, phản hồi, sửa lỗi,…)
        + Học tập và trí nhớ (trí nhớ tức thì, trí nhớ gần, trí nhớ dài hạn)
        + Ngôn ngữ (ngôn ngữ diễn đạt bao gồm cách tìm từ, gọi tên, lưu loát, ngữ pháp, cú pháp và ngôn ngữ tiếp nhận)
        + Thị giác không gian (bao gồm các khả năng liên quan đến nhận thức thị giác, xây dựng thị giác, phối hợp giác quan – vận động, thực hành và nhận biết)
        + Nhận thức xã hội (nhận biết cảm xúc của bản thân và người chung quanh) Bảng 1.1. Sự suy giảm các lĩnh vực nhận thức trong sa sút trí tuệ12

|  |  |
| --- | --- |
| **Lĩnh vực nhận thức thần kinh** | **Một số ví dụ về biểu hiện lâm sàng** |
| Khả năng tập trung chú ý | *Mức độ nghiêm trọng:*  + Gặp khó khăn gia tăng và dễ dàng bị sao nhãng trong môi trường nhiều kích thích (tivi, radio, hội thoại,…)  + Không thể tập trung, khó lưu giữ thông tin mới trong đầu, chẳng hạn như nhớ lại số điện thoại hoặc địa chỉ vừa được cung cấp, hoặc thuật lại những gì vừa được nghe,…  + Không thể thực hiện các tính toán trong đầu. Mọi suy nghĩ đều mất nhiều thời gian hơn bình thường và mọi thông tin cần xử lý đều phải được đơn giản hóa thành một hoặc một vài chi tiết.  *Mức độ nhẹ:*  + Các hoạt động thường mất nhiều thời gian hơn so với trước đây. Bắt đầu phát hiện ra lỗi trong các hoạt động thường ngày; nhận thấy công việc cần kiểm tra lại nhiều lần hơn so với trước đây.  + Suy nghĩ dễ dàng hơn khi không bị kích thích bởi những yếu tố xung quanh (radio, tivi, các cuộc trò chuyện khác, điện thoại di động, lái xe). |
| Chức năng điều hành | *Mức độ nghiêm trọng:*  + Bỏ dở các công việc phức tạp như vận hành máy móc.  + Chỉ có thể tập trung vào một nhiệm vụ tại một thời điểm. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | + Cần dựa vào người khác để lên kế hoạch cho các hoạt động sống thiết yếu hoặc khi phải đưa ra quyết định.  *Mức độ nhẹ:*  + Gặp khó khăn hơn trong việc thực hiện nhiều việc cùng một lúc hoặc khó khăn trong việc tiếp tục một nhiệm vụ bị gián đoạn bởi một hành động nào đó.  + Có thể phàn nàn về việc mệt mỏi hơn do phải nỗ lực nhiều hơn để tổ chức, lên kế hoạch và đưa ra quyết định.  + Có thể nhận thấy rằng các buổi họp mặt xã hội đông người khiến họ mệt mỏi hơn hoặc ít thú vị hơn do phải nỗ lực nhiều hơn để theo dõi các cuộc trò chuyện thay đổi liên tục. |
| Học tập và trí nhớ | *Mức độ nghiêm trọng:*  + Lặp lại cùng một câu chuyện thường xuyên trong cùng một cuộc trò chuyện.  + Cần được nhắc nhở thường xuyên để định hướng cho công việc đang làm.  *Mức độ nhẹ:*  + Gặp khó khăn trong việc nhớ lại các sự kiện gần đây, và ngày càng phụ thuộc vào việc lập danh sách hoặc lên lịch cụ thể.  + Cần nhắc nhở thường xuyên hoặc đọc lại để theo dõi các nhân vật trong phim hoặc tiểu thuyết.  **Lưu ý:** Ngoại trừ các trường hợp rối loạn thần kinh nghiêm trọng, trí nhớ ngữ nghĩa (kiến thức về ngôn ngữ và khái niệm), trí nhớ tự truyện (kiến thức về các sự kiện cá nhân) và học ngầm (học hỏi vô thức) thường được bảo tồn tốt hơn so với trí nhớ gần. |
| Ngôn ngữ | *Mức độ nghiêm trọng:*  + Gặp khó khăn đáng kể với ngôn ngữ biểu đạt hoặc tiếp nhận. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | + Thường sử dụng các cụm từ thông dụng như “cái đó” và “bạn biết tôi muốn nói gì” và thích sử dụng đại từ chung chung thay vì tên riêng. Trong trường hợp suy giảm nghiêm trọng, thậm chí có thể không nhớ tên của những người bạn thân và gia đình.  + Sử dụng từ ngữ kỳ lạ, mắc lỗi ngữ pháp và nói năng tự phát hoặc nói ít.  + Ngôn ngữ trở nên rập khuôn; lặp lại lời nói của người khác (echolalia) và nói năng tự động thường xuất hiện trước khi mất khả năng nói.  *Mức độ nhẹ:*  + Gặp khó khăn trong việc tìm từ.  + Có thể tránh sử dụng tên riêng của người quen biết.  + Lỗi ngữ pháp liên quan đến việc bỏ sót hoặc sử dụng sai các mạo từ, giới từ, trợ động từ, v.v. một cách tinh tế. |
| Thị giác không gian | *Mức độ nghiêm trọng:* Gặp khó khăn đáng kể với các hoạt động quen thuộc trước đây (sử dụng điện thoại, lái xe), gặp khó khăn khi định hướng trong môi trường quen thuộc; thường xuyên bị lú lẫn hơn vào lúc hoàng hôn.  *Mức độ nhẹ:*  + Có thể cần dựa vào bản đồ hoặc người khác để chỉ đường nhiều hơn. Sử dụng ghi chú và đi theo người khác để đến một địa điểm mới.  + Có thể thấy mình bị lạc lõng hoặc quay cuồng khi không tập trung vào nhiệm vụ.  + Cần phải bỏ ra nhiều công sức hơn cho các công việc liên quan đến định hướng không gian như lắp ráp, may vá,… |

|  |  |
| --- | --- |
| Nhận thức xã hội | *Mức độ nghiêm trọng:*  + Hành vi rõ ràng vượt quá chuẩn mực xã hội được chấp nhận; thể hiện sự thiếu nhạy bén với các chuẩn mực xã hội về ăn mặc kín đáo hoặc các chủ đề chính trị, tôn giáo hoặc tình dục trong cuộc trò chuyện.  + Quá tập trung vào một chủ đề bất chấp sự thờ ơ hoặc phản hồi trực tiếp của nhóm.  + Hành động theo ý định cá nhân mà không quan tâm đến gia đình hoặc bạn bè.  + Ra quyết định mà không quan tâm đến an toàn (ví dụ: ăn mặc không phù hợp với thời tiết hoặc bối cảnh xã hội).  + Thông thường, người bệnh ít nhận thức được những thay đổi này. *Mức độ nhẹ:* Có những thay đổi nhỏ trong hành vi hoặc thái độ, thường được mô tả như là thay đổi tính cách, chẳng hạn như:  + Khả năng nhận biết các tín hiệu xã hội hoặc đọc biểu cảm khuôn mặt kém hơn.  + Giảm khả năng đồng cảm.  + Sự hướng ngoại hoặc hướng nội tăng lên.  + Kiểm soát bản thân giảm.  + Mất quan tâm hoặc bồn chồn nhẹ hoặc theo từng giai đoạn. |

*(Nguồn: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, 2013, pp. 593-605)*

# Các rối loạn tâm thần và hành vi

Các triệu chứng thần kinh tâm thần thường gặp ở những người mắc sa sút trí tuệ, gây đau khổ cho những người bệnh mắc phải các triệu chứng này và với những người chăm sóc cho họ.

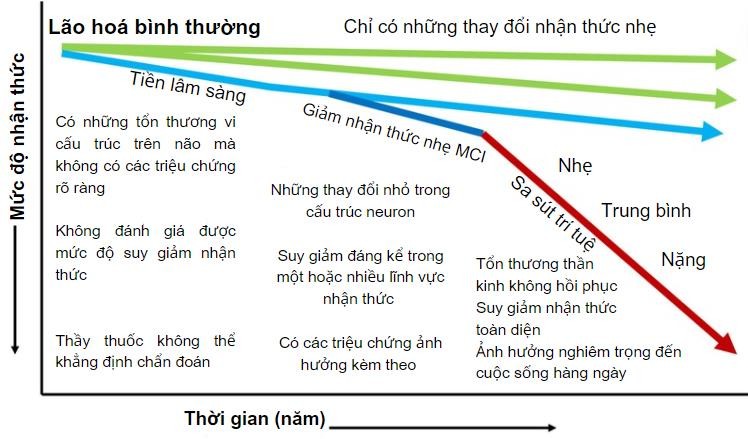
Các triệu chứng thần kinh tâm thần thường phổ biến ở giai đoạn nhẹ và trung bình của bệnh, tăng lên khi bệnh tiến triển và thường có nhiều hơn một triệu chứng.

Triệu chứng kích động về hành vi tâm thần có thể bao gồm một chuỗi các biểu hiện cả về lời nói lẫn hành vi. Về mặt lời nói, ở mức độ nhẹ có thể là các phát ngôn lặp đi lặp lại (các câu hỏi hoặc các cụm từ lặp lại), la hét, khóc hoặc cười bệnh lý (triệu chứng giả hành) và ở các dạng nghiêm trọng hơn có thể leo thang thành lời nói hung hăng như đe dọa hoặc xúc phạm người khác. Điều tương tự cũng xảy ra đối với các hành vi lặp đi lặp lại leo thang thành hành vi hung hăng, kích động13.

Các rối loạn hành vi tâm thần được đánh giá thông qua Bộ câu hỏi kiểm tra chức năng hành vi tâm thần (The Neuropsychiatric Inventory–Questionaire – NPI-Q). Bảng kiểm NPI-Q đã được phát triển và kiểm chứng chéo với bộ câu hỏi NPI tiêu chuẩn để cung cấp đánh giá ngắn gọn về triệu chứng thần kinh tâm thần trong các tình huống thực hành lâm sàng thường quy14. Bảng kiểm NPI-Q được chuyển thể từ NPI15, là một bộ câu hỏi phỏng vấn cung cấp thông tin đã được kiểm chứng để đánh giá các triệu chứng thần kinh tâm thần trong tháng trước. Bộ câu hỏi NPI gốc bao gồm 10 triệu chứng thần kinh tâm thần, sau đó hai biểu hiện khác là rối loạn hành vi vào ban đêm và thay đổi thói quen ăn uống đã được bổ sung vào. Một sửa đổi gần đây của NPI-Q là việc bổ sung thang đo mức độ căng thẳng của người chăm sóc (Caregiver Distress Scale) để đánh giá tác động tâm lý của các triệu chứng hành vi tâm thần ở người bệnh sa sút trí tuệ đã được báo cáo. Các triệu chứng hành vi tâm thần được đề cập trong Bộ câu hỏi NPI-Q bao gồm:

* Hoang tưởng: người bệnh nghĩ rằng người khác ăn trộm của mình hay dự định hãm hại mình.
* Ảo giác: người bệnh có vẻ như nghe hoặc nhìn thấy những điều không có thật.
* Kích động: người bệnh từ chối sự giúp đỡ từ người khác hoặc người bệnh trở nên cứng đầu, khó chăm sóc.
* Trầm cảm: người bệnh trông buồn bã, thiếu năng lượng hoặc thỉnh thoảng hay khóc.
* Lo âu: người bệnh buồn bã khi phải rời xa NCS hoặc có những biểu hiện lo lắng, khó thở, thở dài, không thể thả lỏng hoặc căng thẳng quá mức.
* Hưng cảm: người bệnh xuất hiện trạng thái hay hành động vui vẻ và hạnh phúc một cách thái quá.
* Thu rút: người bệnh thiếu quan tâm, thích thú với những hoạt động thường ngày hoặc trong các hoạt động/kế hoạch của người khác đề ra cho họ.
* Mất ức chế: người bệnh có những hành động bốc đồng, ví dụ như nói chuyện với người lạ như thể đã quen biết, hoặc nói những lời có thể tổn thương người khác
* Dễ kích thích: người bệnh hay nóng nảy và cáu kỉnh. Họ khó đối mặt với việc trì hoãn hoặc khó chịu khi phải chờ đợi các hoạt động được lên kế hoạch sẵn
* Rối loạn vận động: người bệnh làm các hành động lặp đi lặp lại như đi tới đi lui lòng vòng quanh nhà, vân vê nút áo, quấn dây hoặc các hành động lặp lại khác.
* Hành vi ban đêm: người bệnh làm NCS thức giấc trong đêm, thức dậy quá sớm vào buổi sáng hoặc ngủ ngày quá nhiều.
* Rối loạn ăn uống: người bệnh sụt hoặc lên cân, hoặc thay đổi món ăn yêu thích.

# Diễn tiến lâm sàng sa sút trí tuệ



Hình 1. Diễn tiến lâm sàng của bệnh Alzheimer16

*(Nguồn: Front. Neurosci. 17:1209378. doi: 10.3389/fnins.2023.1209378)*

Các nhà khoa học và bác sĩ lâm sàng mô tả ba giai đoạn tiến triển của bệnh Alzheimer17:

* + - * + *Giai đoạn tiền lâm sàng hoặc tiền triệu chứng:* Giai đoạn im lặng trong đó các mảng lão hóa tích tụ trong não nhưng không đủ để gây ra các triệu chứng đáng chú ý.
        + *Suy giảm nhận thức nhẹ (MCI):* Các triệu chứng trở nên dễ nhận thấy đối với cá nhân và/hoặc gia đình bị ảnh hưởng và tình trạng suy giảm nhận thức ở mức đáng kể nhưng không ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày.
        + *Sa sút trí tuệ:* Mất khả năng trí tuệ đáng kể xảy ra, ảnh hưởng đến trí nhớ cộng với một hoặc nhiều khả năng nhận thức khác và sự suy giảm này cản trở hoạt động hàng ngày.

Suy giảm nhận thức nhẹ (MCI) là trạng thái trung gian giữa nhận thức bình thường và chứng sa sút trí tuệ, trong đó có suy giảm nhận thức khách quan nhưng không suy giảm mức độ chức năng tổng thể. Trong khi những thay đổi tinh tế cụ thể trong nhận thức có thể xảy ra ở quá trình lão hóa bình thường, MCI cũng có thể là dấu hiệu báo trước của chứng sa sút trí tuệ.

Trong giai đoạn đầu của tất cả các loại bệnh sa sút trí tuệ, chỉ một phần nhỏ của não bị tổn thương. Trong giai đoạn này, người bệnh có ít triệu chứng hơn vì chỉ những chức năng được chi phối bởi phần não bị tổn thương mới bị ảnh hưởng. Những triệu chứng ban đầu này thường tương đối nhỏ. Đây là lý do tại sao chứng sa sút trí tuệ “nhẹ” được sử dụng như một thuật ngữ thay thế cho giai đoạn đầu của bệnh.

Mỗi loại sa sút trí tuệ ở giai đoạn đầu có thể do ảnh hưởng đến một vùng não khác nhau. Đây là lý do tại sao các triệu chứng khác nhau giữa các nguyên nhân tổn thương cấu trúc khác nhau ở não. Ví dụ, mất trí nhớ thường gặp ở bệnh Alzheimer giai đoạn đầu nhưng lại rất hiếm gặp ở FTD giai đoạn đầu.

Khi sa sút trí tuệ tiến triển sang giai đoạn giữa và giai đoạn sau, các triệu chứng của các loại bệnh sa sút trí tuệ khác nhau có xu hướng trở nên giống nhau hơn. Điều này là do não bị ảnh hưởng nhiều hơn khi chứng sa sút trí tuệ tiến triển.

Theo thời gian, căn nguyên gây ra chứng sa sút trí tuệ sẽ lan sang các phần khác của não, điều này dẫn đến nhiều triệu chứng hơn. Đồng thời, những vùng não vốn đã bị tổn thương lại càng bị ảnh hưởng nhiều hơn, khiến các triệu chứng vốn đã có của người bệnh trở nên tồi tệ hơn. Cuối cùng, hầu hết các phần của não đều bị tổn thương nặng nề do căn bệnh này. Điều này gây ra những thay đổi lớn về mọi mặt về trí nhớ, suy nghĩ, ngôn ngữ, cảm xúc và hành vi cũng như các vấn đề về thể chất.

Các giai đoạn của bệnh sa sút trí tuệ chỉ mang tính định hướng. Có thể khó để biết khi nào chứng sa sút trí tuệ của một người đã tiến triển từ giai đoạn này sang giai đoạn khác vì:

* + - * + Một số triệu chứng có thể xuất hiện theo thứ tự khác với các giai đoạn được mô tả hoặc hoàn toàn không xuất hiện;
        + Các giai đoạn có thể chồng chéo lên nhau – người bệnh có thể cần trợ giúp về một số khía cạnh của cuộc sống hàng ngày nhưng lại có thể tự mình quản lý các nhiệm vụ và hoạt động khác;
        + Một số triệu chứng, đặc biệt là những triệu chứng liên quan đến hành vi, có thể phát triển ở một giai đoạn nào đó rồi giảm bớt hoặc thậm chí biến mất sau đó. Các triệu chứng khác, chẳng hạn như mất trí nhớ, các vấn đề về ngôn ngữ và suy nghĩ, có xu hướng tồn tại và trở nên trầm trọng hơn theo thời gian18.

# Nguyên nhân

* + - 1. **Dựa vào giải phẫu bệnh học**

Nguyên nhân sa sút trí tuệ được chia thành hai nhóm chính: do thoái hóa thần kinh và không do thoái hóa thần kinh.

Dạng sa sút trí tuệ phổ biến nhất ở người lớn tuổi là bệnh Alzheimer (AD), chiếm 60 đến 80% trường hợp. Các tình trạng thoái hóa thần kinh phổ biến gây ra chứng sa sút trí tuệ bao gồm19:

* + - * + Bệnh Alzheimer (AD)
        + Sa sút trí tuệ thể Lewy (DLB)
        + Sa sút trí tuệ trán – thái dương (FTD)
        + Sa sút trí tuệ do bệnh Parkinson (PDD)

Ngoài ra còn có một số nguyên nhân thoái hóa ít gặp khác cũng có thể đi kèm như liệt trên nhân tiến triển (PSP), thoái hóa vỏ não – hạch nền (CDB), teo đa hệ thống và bệnh Huntington cũng có thể liên quan đến sa sút trí tuệ. Đặc điểm chính của nhóm này là diễn tiến chậm và mạn tính.

Chứng sa sút trí tuệ không do thoái hóa thần kinh có thể hồi phục được hoặc tiến triển chậm lại nếu nguyên nhân cơ bản có thể được xác định và điều trị đầy đủ. Phổ biến nhất trong nhóm là chứng sa sút trí tuệ do mạch máu (VaD).

Sa sút trí tuệ hỗn hợp đề cập đến sự cùng tồn tại của nhiều bệnh lý gây ra sa sút trí tuệ, phổ biến nhất là AD và sa sút trí tuệ mạch máu.

Bảng 1.2. Các nguyên nhân chính của sa sút trí tuệ và các đặc điểm chính20

|  |  |
| --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Đặc điểm chính** |
| Bệnh Alzheimer (AD) | Là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh lý sa sút trí tuệ. Chiếm tỷ lệ khoảng 60 – 80%.  Giảm trí nhớ là biểu hiện sớm nhất, diễn tiến từ từ tăng dần. Các vấn đề về giao tiếp, giảm khả năng phán đoán và thay đổi hành vi có thể theo sau.  Sinh bệnh học là do sự tích tụ của protein beta-amyloid bên ngoài tế bào thần kinh và các sợi xoắn của protein tau bên trong tế bào thần kinh là những dấu hiệu đặc trưng của bệnh Alzheimer. Chúng đi kèm với quá trình chết tế bào thần kinh và tổn thương mô não. |
| Bệnh mạch máu não (VaD) | Sa sút trí tuệ mạch máu đơn thuần chiếm tỉ lệ 5 – 10% nguyên nhân sa sút trí tuệ.  Sinh bệnh học là do tổn thương mạch máu não khi các mạch máu não không nhận đủ oxy, máu và chất dinh dưỡng. Người có tổn |

|  |  |
| --- | --- |
|  | thương mạch máu kèm theo sự phát triển của triệu chứng suy giảm nhận thức được nhận định là mắc chứng sa sút trí tuệ mạch máu. |
| Sa sút trí tuệ thể Lewy (DLB) | SSTT thể Lewy đơn thuần chiếm 5% nguyên nhân SSTT, còn lại là dạng hỗn hợp với bệnh Alzheimer.  Triệu chứng bao gồm rối loạn giấc ngủ, ảo giác thị giác, suy giảm thị giác không gian,… Những triệu chứng này có thể thay đổi đáng kể theo từng ngày, thậm chí trong cùng một ngày. Bên cạnh đó, người mắc DLB thường gặp các vấn đề về vận động tương tự như bệnh Parkinson.  Sinh bệnh học là do thể Lewy (thể vùi protein alpha-synuclein trong tế bào thần kinh). Khi chúng phát triển trên vỏ não, triệu chứng sa sút trí tuệ sẽ xảy ra. |
| Thoái hóa trán- thái dương (FTD) | FTD chiếm khoảng 3% các trường hợp sa sút trí tuệ trong các nghiên cứu ở những người từ 65 tuổi trở lên.  Các triệu chứng sớm điển hình bao gồm những thay đổi rõ rệt về tính cách và hành vi, hoặc khó khăn trong việc hiểu ngôn ngữ. Không giống như Alzheimer, trí nhớ thường được bảo tồn trong giai đoạn đầu của bệnh.  Sinh bệnh học do các tế bào thần kinh ở thuỳ trán và thái dương của não bị thoái hoá, các thuỳ này trở nên teo nhỏ. Xuất hiện bất thường của protein Tau hoặc protein TDP-43. |
| SSTT do bệnh Parkinson (PDD) | Theo một thống kê thì có khoảng 3,6% các trường hợp sa sút trí tuệ là do PDD và 24,5% bệnh nhân mắc bệnh Parkinson sẽ xuất hiện triệu chứng của sa sút trí tuệ. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Triệu chứng lâm sàng bao gồm rối loạn vận động (chậm chạp, run khi nghỉ, thay đổi dáng đi,…) và các triệu chứng nhận thức phát triển thường là nhiều năm sau các triệu chứng về vận động.  Sinh bệnh học là do xuất hiện thể vùi protein alpha-synuclein trong vùng nhân đen của não và các tế bào thần kinh khác. |
| Xơ hải mã | Xơ hải mã xuất hiện trong khoảng 3 – 13% các trường hợp sa sút trí tuệ, thường xảy ra ở những người từ 85 tuổi trở lên.  Triệu chứng điển hình là mất trí nhớ, và thường bị chẩn đoán nhầm là bệnh Alzheimer.  Sinh bệnh học do tình trạng teo nhỏ và xơ hoá các mô trong vùng hải mã của não (nơi có vai trò then chốt trong việc hình thành trí nhớ). Thường đi kèm sự tích tụ đột biến gấp nếp sai protein TDP-43. |
| Thể hỗn hợp | Nhiều cơ chế sinh bệnh cùng tồn tại. |

# Dựa vào diễn tiến bệnh11

“Các nguyên nhân không thoái hóa thần kinh rất đa dạng và có diễn tiến khác nhau từ cấp tính, bán cấp đến mạn tính. Các nguyên nhân nhóm này có thể phân ra theo diễn tiến bệnh:

* + - * + Diễn tiến cấp:

Bệnh lý mạch máu não (SSTT mạch máu, có thể xảy ra đơn thuần hoặc hỗn hợp với các nguyên nhân khác)

Sau chấn thương sọ não

Chuyển hóa (hạ natri, hạ đường huyết)

* + - * + Diễn tiến bán cấp:

Nhiễm trùng (nhiễm HIV/AIDS, giang mai, lao, ký sinh trùng,...)

Viêm não (viêm não tự miễn, bệnh Prion,...)

U tân sinh

* + - * + Diễn tiến mạn tính:

Chuyển hóa bất thường (ví dụ hạ natri máu, suy giáp,...)

Biến dưỡng (thiếu máu, thiếu vitamin B12,...)

Bất thường cấu trúc: não úng thủy áp lực bình thường, xơ chai hải mã,...

Trầm cảm (giả SSTT)”

# Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán sa sút trí tuệ cần có sự phối hợp giữa việc khai thác thật chính xác tiền sử, bệnh sử của bệnh nhân đồng thời cần phải thăm khám toàn diện, đặc biệt là đánh giá sự suy giảm chức năng trong các lĩnh vực nhận thức thần kinh, các dấu hiệu thần kinh khu trú cũng như các bệnh lý kèm theo.

Hiện nay việc chẩn đoán sa sút trí tuệ thường dựa vào tiêu chuẩn DSM-V. Bảng 1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ theo DSM-V12

|  |  |
| --- | --- |
| A | Có bằng chứng suy giảm nhận thức đáng kể ở ít nhất 2 trong số các lĩnh vực nhận thức (chú ý phức tạp, chức năng điều hành, học tập và ghi nhớ, chức năng ngôn ngữ, vận động giác quan hoặc là nhận thức xã hội) dựa trên:   1. Sự than phiền của người bệnh, hoặc của thân nhân người bệnh, hoặc ghi nhận bởi bác sĩ về sự suy giảm rõ rệt chức năng nhận thức của người bệnh, và 2. Suy giảm đáng kể trong biểu hiện nhận thức, tốt nhất là được xác định bởi các test tâm thần kinh đã được chuẩn hoá hoặc nếu không thì dựa trên đánh giá lâm sàng có chất lượng khác. |
| B | Sự suy giảm nhận thức gây ảnh hưởng đến khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (ví dụ như cần có sự hỗ trợ tối thiểu ở các hoạt động sống phức tạp như trả hoá đơn, uống thuốc,…). |
| C | Người bệnh đang không trong tình trạng sảng, lú lẫn cấp. |
| D | Suy giảm nhận thức không do nguyên nhân tâm thần kinh khác. |

*(Nguồn: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, 2013,*

*pp. 593-605)*

Việc đánh giá sự suy giảm chức năng trong các lĩnh vực nhận thức thần kinh được thực hiện dựa trên các test lâm sàng như sau (Bảng 1.4).

Bảng 1.4. Một số test đánh giá chức năng nhận thức21

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Lĩnh vực (Domains)** | **Trắc nghiệm Tâm thần kinh/Bộ câu hỏi (Neuropsychological test/Questionairs)** |
| 1 | Sàng lọc chung sa sút trí tuệ (Global Dementia Screening) | Test đánh giá trạng thái Tâm thần tối thiểu (Mini Mental State Examination: MMSE) |
| 2 | Nhớ từ (Verbal Memory) | Nhớ danh sách từ (Word List recall) Nhớ lại ngay (Immediate Recall) |
| 3 | Tốc độ vận động thị giác (Visuomotor Speed)  Chức năng điều hành (Executive function) | Trail Making Test A (TMT-A) Trail Making Test B (TMT-B) |
| 4 | Nhớ từ (Verbal memory) | Nhớ lại có trì hoãn (Delayed Recall)  Nhận biết có trì hoãn (Delayed Recognition) |
| 5 | Sự chú ý (Attention) | Đọc xuôi dãy số (Digit Span Forward) Đọc ngược dãy số (Digit Span Backward) |
| 6 | Ngôn ngữ (Language) | Nói lưu loát từ về các con vật |
| 7 | Xây dựng hình ảnh qua thị giác (Visuoconstruction) | Trắc nghiệm vẽ đồng hồ (Clock Drawing Test) |
| 8 | Định danh | Boston naming test |

*Nguồn: Hội Bệnh Alzheimer và Rối loạn thần kinh nhận thức Việt Nam*

# Phân độ giai đoạn bệnh

Một số công cụ hỗ trợ đánh giá giai đoạn của người bệnh sa sút trí tuệ bao gồm:

* + - * Thang điểm đánh giá sa sút trí tuệ lâm sàng (Clinical Dementia Rating – CDR)22: CDR được phát triển tại Trường Y Đại học Washington và được xuất bản lần đầu tiên vào năm 1982. Thang điểm CDR được ứng dụng toàn cầu để chỉ ra sự có mặt hoặc không

có sa sút trí tuệ, và nếu có mắc bệnh sẽ cho biết mức độ nghiêm trọng của sa sút trí tuệ. Điểm CDR bằng 0 cho biết không có sa sút trí tuệ. Điểm CDR 0.5, 1, 2 và 3 tương ứng với mức độ sa sút trí tuệ rất nhẹ, nhẹ, trung bình và nặng.23

* + - * Thang điểm đánh giá mức độ nặng sa sút trí tuệ (Dementia Severity Rating Scale
* DSRS): DSRS là một bảng câu hỏi gồm 12 mục đánh giá các khả năng chức năng và nhận thức khác nhau, được thu thập dựa trên thông tin từ người chăm sóc, dùng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh Alzheimer (AD) từ giai đoạn nhẹ nhất đến nặng nhất trên các lĩnh vực chức năng và nhận thức chính bị ảnh hưởng. DSRS có độ tin cậy tốt, được đo bằng cách quan sát lặp đi lặp lại trong thời gian ngắn và so sánh câu trả lời của người chăm sóc với thông tin do bác sĩ hoặc trợ lý nghiên cứu phi y tế giàu kinh nghiệm thu thập24.
  + Thang điểm thoái hoá toàn bộ (Global Deterioration Scale – GDS): GDS được phát triển vào năm 1982 bởi Tiến sĩ Barry Reisberg và các đồng nghiệp, GDS là một trong những hệ thống đầu tiên thuộc loại này xác định giai đoạn của chứng sa sút trí tuệ. Thang đánh giá gồm bảy giai đoạn, trong đó giai đoạn 1 phản ánh không có suy giảm nhận thức, giai đoạn 2 phản ánh suy giảm nhận thức rất nhẹ và các giai đoạn 3-7 được định nghĩa tương ứng là suy giảm nhận thức nhẹ, trung bình, trung bình nặng, nặng và rất nặng25,26.
  + Trắc nghiệm trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini Mental State Examination – MMSE)27: MMSE do Folstein đưa ra từ năm 1975 và là công cụ trợ giúp chẩn đoán sa sút trí tuệ được sử dụng rộng rãi nhất trên thế giới. Tuy nhiên, tuổi tác, trình độ học vấn và chủng tộc/dân tộc dường như có tác động đáng kể đến điểm MMSE tổng thể. Ngoài ra, MMSE ban đầu được dùng để xác định tình trạng suy giảm nhận thức do nhiều nguyên nhân khác nhau gặp ở các bệnh nhân tâm thần nội trú. Thế nhưng sau đó MMSE đã được sử dụng phổ biến để xác định bệnh nhân mắc chứng sa sút trí tuệ ở cơ sở điều trị ngoại trú. Đặc biệt tính hiệu quả của MMSE dùng để sàng lọc sa sút trí tuệ tại cộng đồng ở Việt Nam đã được chứng minh thông qua nghiên cứu của tác giả Cao Mạnh Long và

cộng sự cho kết quả diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,89. MMSE được chứng minh là bộ công cụ có giá trị cao trong sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. Áp dụng điểm cắt 23/24 để sàng lọc sa sút trí tuệ theo khuyến cáo, trắc nghiệm MMSE có độ nhạy là 0,88 và độ đặc hiệu là 0,7228.

* + Công cụ đánh giá chức năng theo giai đoạn bệnh (Functional Assessment Staging Tool – FAST)29: FAST ra đời năm 1984 do tác giả Risberg B mô tả. Thang gồm chi tiết các đặc điểm chức năng sống theo từng giai đoạn bệnh Alzheimer một cách chính xác, giúp tiết kiệm thời gian đồng thời tiên lượng diễn tiến bệnh theo trình tự các giai đoạn từ nhẹ đến nặng một cách rõ ràng, thang chỉ dựa vào thông tin người chăm sóc do đó rất phù hợp cho các bệnh nhân ở giai đoạn nặng. Thang điểm FAST đã được Việt hoá và được chứng minh có tính tin cậy cao với hệ số tương quan nội lớp r = 0,88 theo hệ số tương quan Pearson theo nghiên cứu của tác giả Tào Thị Hoa và Trần Công Thắng (2021)30.

# Tổng quan về chăm sóc và gánh nặng chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ

* + 1. **Khái niệm về chăm sóc và người chăm sóc**

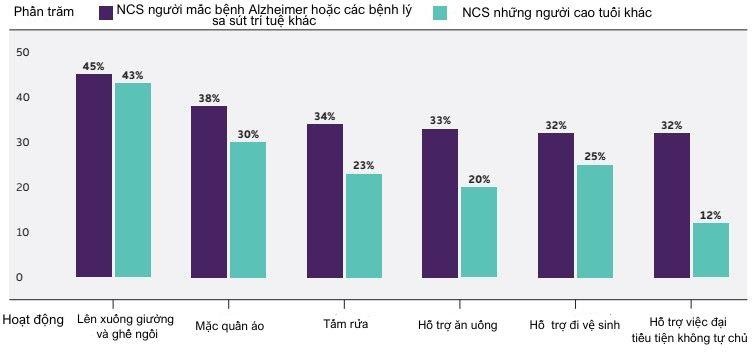
Theo định nghĩa của từ điển Oxford, khái niệm về chăm sóc (care) là quá trình bảo vệ một người nào đó và cung cấp cho họ những gì mà họ cần.

Người chăm sóc là người không được trả công và là người có vai trò hỗ trợ một người khác về chăm sóc thể chất hoặc đối mặt với bệnh tật (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992)31. Tương tự, Pearlin và các cộng sự định nghĩa việc chăm sóc không chính thức là “Các hoạt động và kinh nghiệm liên quan đến việc cung cấp sự giúp đỡ và hỗ trợ cho người thân hoặc bạn bè, những người không thể tự chăm sóc cho bản thân họ”31. Từ điển Merriam-Webster (2001) định nghĩa người chăm sóc là “Người cung cấp chăm sóc trực tiếp cho trẻ em hoặc người bệnh mãn tính”31.

# Vai trò của người chăm sóc

Theo Hiệp hội Alzheimer thì NCS người bệnh sa sút trí tuệ có rất nhiều vai trò. Khi chăm sóc một người mắc sa sút trí tuệ, việc chăm sóc thường bao gồm hỗ trợ người

bệnh một hoặc nhiều hoạt động sống hàng ngày (ADL) như tắm rửa và mặc quần áo, cũng như nhiều hoạt động sống thường ngày mang tính công cụ (IADL) như thanh toán hóa đơn, mua sắm và sử dụng phương tiện giao thông. NCS cũng cung cấp hỗ trợ về mặt tình cảm cho người bệnh sa sút trí tuệ, giúp họ kiểm soát tình trạng sức khỏe, đồng thời giao tiếp và phối hợp chăm sóc với các thành viên khác trong gia đình và các nhân viên y tế20. Có thể thấy người bệnh sa sút trí tuệ người cần nhiều hỗ trợ trong các hoạt động sống hàng ngày (ADL) hơn so với những đối tượng người cao tuổi khác.



Hình 2. Tỷ lệ người chăm sóc cho người mắc bệnh Alzheimer hoặc các chứng sa sút trí tuệ khác so với người chăm sóc cho người cao tuổi khác hỗ trợ các hoạt động sống hàng ngày cụ thể, tại Hoa Kỳ, năm 201520

*(Nguồn: Alzheimer's disease Facts and Figures, 2024)*

# Gánh nặng của người chăm sóc

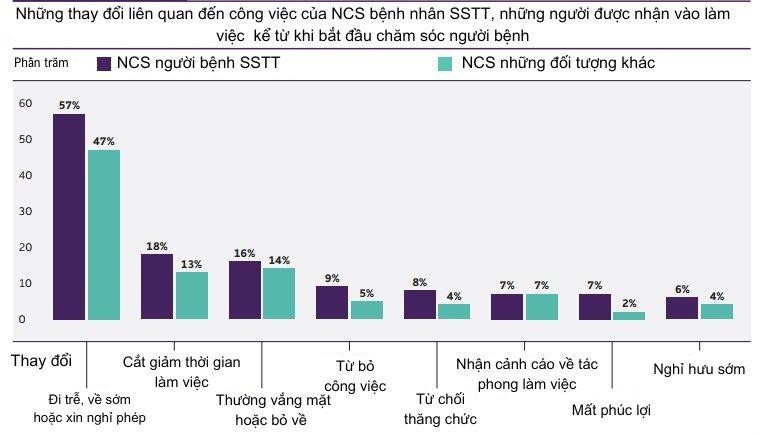
Gánh nặng được định nghĩa như là hậu quả của các vấn đề về tài chính, thể chất và tâm lý liên quan đến phản ứng và thái độ của người chăm sóc đối với nhu cầu cung cấp dịch vụ chăm sóc32. Gánh nặng được coi là một khái niệm đa chiều liên quan đến các đánh giá cá nhân tiêu cực liên quan đến bối cảnh, việc cung cấp sự chăm sóc và thay đổi về sức khỏe của một người. Được xem xét trong các khía cạnh về thể chất và cảm

xúc, biểu hiện của gánh nặng có thể bao gồm mệt mỏi liên tục, rối loạn giấc ngủ, đau cơ, mất tập trung và mất tập trung, thiếu kiên nhẫn, lo lắng, trầm cảm, khó chịu và căng thẳng.

Gánh nặng của người chăm sóc là kết quả của việc đo lường những đánh giá tiêu cực về điều kiện sức khoẻ của những người chăm sóc các bệnh nhân với các bệnh lý như sa sút trí tuệ, đột quỵ, ung thư33.

Chăm sóc một người mắc bệnh Alzheimer hoặc chứng sa sút trí tuệ khác đi kèm những thách thức đặc biệt. Ví dụ, những người ở giai đoạn trung bình đến nặng của bệnh lý sa sút trí tuệ sẽ gặp phải tình trạng suy giảm khả năng phán đoán, định hướng và khả năng thông hiểu cũng như giao tiếp. NCS gia đình thường xuyên phải giúp đỡ người bệnh kiểm soát những vấn đề này. Bên cạnh đó, tính cách và hành vi của người mắc bệnh cũng bị ảnh hưởng, và đây thường là những thách thức lớn nhất đối với NCS. Khi bệnh tiến triển, người bệnh cần được giám sát và chăm sóc cá nhân ngày càng nhiều. Khi các triệu chứng của bệnh trở nên trầm trọng hơn, NCS có thể gặp phải căng thẳng về mặt cảm xúc, dẫn đến tỷ lệ trầm cảm gia tăng; các vấn đề sức khỏe mới hoặc cũ trở nên trầm trọng hơn; thu nhập và tài chính bị suy giảm một phần do gián đoạn việc làm và phải chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe hoặc các dịch vụ khác cho cả bản thân và người thân mắc bệnh20.

* Gánh nặng về tài chính của NCS: Ước tính năm 2021, chi phí trung bình của NCS người bệnh SSTT gần gấp đôi so với NCS người không mắc SSTT, các chi phí này bao gồm chi phí chăm sóc y tế, chăm sóc cá nhân và phí sinh hoạt cũng như phí dịch vụ chăm sóc tạm thời cho NCS,…20 Việc phải dành nhiều thời gian để chăm sóc người bệnh SSTT cũng tác động không nhỏ đến công việc của NCS (xem hình 3).



Hình 3. Những thay đổi liên quan đến công việc của NCS người bệnh SSTT20

*(Nguồn: Alzheimer's disease Facts and Figures, 2024)*

* Gánh nặng về tâm lý của NCS: Nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ trầm cảm cao hơn (30 – 40%) ở những NCS người bệnh SSTT so với NCS bệnh nhân tâm thần phân liệt (20%) hoặc đột quỵ (19%). Tương tự, tỷ lệ lo âu ở NCS người bệnh SSTT là 44%, cao hơn so với việc chăm sóc người bệnh đột quỵ (31%). Những gia đình có người thân mắc SSTT thường xảy ra những vấn đề tranh cãi nội bộ, dẫn đến những căng thẳng trong gia đình xoay quanh việc ai sẽ nhận trách nhiệm chăm sóc người bệnh SSTT. Áp lực này sẽ ngày càng gia tăng cùng với mức độ nặng của bệnh lý SSTT.20
* Gánh nặng về sức khoẻ của NCS: đối với một số NCS, việc phải dành sức lực và thời gian để chăm sóc người bệnh SSTT khiến cho sức khoẻ của họ ngày càng giảm sút. Một số dữ liệu cho thấy khi chăm sóc người bệnh SSTT làm tăng nguy cơ mắc bệnh và các biến chứng về sức khoẻ so với nhóm chăm sóc cho người không mắc bệnh SSTT hoặc không phải làm nhiệm vụ chăm sóc (xem bảng 1.5). Căng thẳng kéo dài ở NCS có thể liên quan đến một số bệnh lý mãn tính như tăng huyết áp, suy giảm miễn dịch, bệnh mạch vành,…Đặc biệt đối với những người bệnh SSTT có kèm theo các triệu chứng rối

loạn hành vi tâm thần thì NCS sẽ đối mặt với nguy cơ phải nhập viện cao hơn so với những NCS bệnh nhân SSTT không mắc các chứng rối loạn hành vi tâm thần.20

Bảng 1.5. Tỷ lệ NCS người bệnh SSTT có bệnh lý mãn tính so với NCS người không mắc chứng SSTT hoặc người không phải là NCS20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tình trạng bệnh lý | NCS người bệnh SSTT | NCS người không mắc SSTT | Không phải NCS |
| Đột quỵ | 5.2 | 3.4 | 3.2 |
| Bệnh mạch vành | 8.3 | 7.2 | 6.6 |
| Bệnh lý tim-mạch(\*) | 11.8 | 9.5 | 8.6 |
| Đái tháo đường | 12.8 | 11.1 | 11.3 |
| Ung thư | 14.3 | 13.3 | 11.5 |
| Béo phì | 32.7 | 34.6 | 29.5 |

(\*) đã bao gồm cả bệnh mạch vành và đột quỵ

*(Nguồn: Alzheimer's disease Facts and Figures, 2024)*

# Công cụ đánh giá gánh nặng của người chăm sóc

Các thang điểm giúp đánh giá gánh nặng của người chăm sóc

* + - * Thang điểm rút gọn đánh giá gánh nặng dành cho người chăm sóc trong gia đình (Burden scale for family caregivers short version – BSFC-s)34: Để cung cấp một cách nhanh chóng và tiết kiệm để đánh giá gánh nặng chủ quan, Graessel, Berth, Lichte và Grau đã phát triển một dạng ngắn gọn của BSFC là BSFC-s bao gồm 10 mục để đo lường gánh nặng chủ quan ở những NCS không chính thức. Mỗi mục là một tuyên bố được đánh giá theo thang điểm 4 với các giá trị “hoàn toàn không đồng ý” (0), “không đồng ý” (1), “đồng ý” (2) và “hoàn toàn đồng ý” (3). Mức độ đồng ý cao cho thấy gánh nặng chủ quan cao hơn đối với người chăm sóc. Độ tin cậy (Cronbach's alpha) là 0,92.
      * Caregiver Burden Inventory (CBI)35: được phát triển bởi các nhà nghiên cứu người Canada Novak và Guest năm 1989 để đo lường năm khía cạnh của gánh nặng: phụ thuộc thời gian, phát triển, thể chất, xã hội và cảm xúc.
      * Chỉ số căng thẳng của người chăm sóc (Caregiver Strain Index – CSI)36: Được phát triển bởi Robinson vào năm 1983 để đánh giá các yếu tố gây căng thẳng ở những NCS bệnh nhân lớn tuổi. CSI được tính bằng cách tính tổng các câu trả lời 0 (không) và 1 (có) cho 13 mục. Do đó, điểm CSI dao động từ 0-13. Độ tin cậy (Cronbach's alpha) là 0,86.
      * Thang điểm đánh giá gánh nặng chăm sóc Zarit (Zarit Burden Interview)37: được phát triển bởi Zarit, Reever và Bach-Peterson vào năm 1980 để đánh giá tác động nhận thức của chăm sóc đến các khía cạnh như sức khoẻ, đời sống cá nhân và xã hội, tình hình tài chính, tình cảm và các mối quan hệ cá nhân của người chăm sóc. Phiên bản gốc bao gồm 29 câu hỏi nhưng số lượng câu hỏi nhiều, thời gian phỏng vấn kéo dài gây khó khăn trong việc thu thập thông tin một cách chính xác. Do đó phiên bản 12 câu hỏi đã ra đời và được dịch ra nhiều ngôn ngữ khác nhau bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Nhật, tiếng Trung,… Phiên bản 12 câu hỏi này đã được sử dụng trong một số nghiên cứu liên quan đến người chăm sóc cho những người bị suy giảm nhận thức. Trong các y văn quốc tế, một số lượng lớn các nghiên cứu đã sử dụng ZBI-12 để đánh giá gánh nặng của người chăm sóc trong các bối cảnh khác nhau và đã được chứng minh là có độ nhạy cao và hiệu quả trong việc đánh giá tổng thể gánh nặng của người chăm sóc32. Thang điểm ZBI cũng đã được Việt hoá thông qua nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Ngọc38 và đã được xem xét khả năng sử dụng ZBI trong việc đánh giá gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu cho thấy ZBI có độ tin cậy ở mức cao với hệ số Cronbach’s alpha là 0,92. Điểm số ZBI có liên quan chặt chẽ với chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng như mức độ ảnh hưởng của bệnh nhân theo trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần NPI. Vì lí do đó nên trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu chúng tôi sẽ sử dụng thang điểm này để đánh giá gánh nặng của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà.

# Các nghiên cứu đã thực hiện trong và ngoài nước

* + 1. **Các nghiên cứu trên thế giới**
       1. **Nghiên cứu “Gánh nặng của việc chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ - so sánh giữa người chăm sóc của gia đình và người chăm sóc chuyên nghiệp. Một nghiên cứu mô tả”39**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25 người chăm sóc gia đình (family caregivers) và 25 người chăm sóc chuyên nghiệp (professional caregivers) người bệnh mắc sa sút trí tuệ tại một bệnh viện miền Nam nước Đức đã hoàn thành bảng câu hỏi BIZA-D-PV được đánh giá phù hợp trong từng mẫu. Sự phân bố tần số, sự khác biệt về trung bình và mối tương quan đã được xác định. Và những người chăm sóc gia đình được phân loại thành các nhóm nguy cơ (risk groups).

Nghiên cứu cho kết quả so với những người chăm sóc chuyên nghiệp, những NCS gia đình có gánh nặng cao hơn những do sự suy giảm nhận thức cũng như hành vi hung hăng và mất phương hướng của người mắc sa sút trí tuệ. Sự khác biệt liên quan đến các nhiệm vụ chăm sóc không được phát hiện. Những NCS gia đình là nữ giới có gánh nặng cao hơn so với nam giới, trong khi đối với nhóm NCS chuyên nghiệp, nam giới lại có gánh nặng cao hơn nữ giới. Mối tương quan giữa một số khía cạnh về gánh nặng và độ tuổi của người chăm sóc, mức độ nặng của sa sút trí tuệ cũng như các triệu chứng thực thể đã được mô tả. Phân loại NCS gia đình thành các nhóm nguy cơ cho thấy nguy cơ mắc trầm cảm cao, khuynh hướng bạo lực đối với người sa sút trí tuệ và quy tắc hoá người mắc sa sút trí tuệ trong những tháng tới chiếm khoảng 44 – 72% các trường hợp.

# “Nghiên cứu định tính về kinh nghiệm cá nhân của những người chăm sóc không chính thức chăm sóc cho người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ tại Lithuania”

Nghiên cứu định tính được thực hiện trên 31 người tham gia đều là những người chăm sóc không chính thức cho người lớn tuổi mắc sa sút trí tuệ. Các cuộc thảo luận nhóm tập trung đã được ghi âm và phiên âm nguyên văn. Một cách tiếp cận quy nạp đã được sử dụng và phân tích dữ liệu theo phạm trù đã được áp dụng.

Bốn phạm trù đã được xác định bao gồm: học tập, chăm sóc thông qua kinh nghiệm cá nhân; ý nghĩa của việc chăm sóc đối với phúc lợi xã hội; cảm xúc mâu thuẫn

của NCS liên quan đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc và giải quyết các thách thức liên quan đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Nghiên cứu cho thấy, trong số những người chăm sóc không chính thức, có nhiều trải nghiệm, cảm xúc mâu thuẫn và các chiến lược giải quyết vấn đề liên quan đến việc chăm sóc người lớn tuổi mắc sa sút trí tuệ. Trở thành một người chăm sóc hiệu quả cần phải phát triển kỹ năng chuyên môn và tâm lý. Phát triển kỹ năng chăm sóc, môi trường hỗ trợ và thái độ tích cực có thể giúp tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc. Chăm sóc ảnh hưởng rất lớn đến sức khoẻ tinh thần, thể chất và xã hội của người bệnh; do đó, cần có những cách tiếp cận toàn diện để ngăn ngừa sự kiệt sức và các bất lợi xã hội liên quan.

# Các nghiên cứu tại Việt Nam

* + - 1. **“Nghiên cứu gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2020 – 2021”**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ năm 2020 đến năm 2021 cho kết quả: Gánh nặng chăm sóc trung bình của người chăm sóc theo thang điểm Zazit là 42,7 ± 17,1. Trong đó trên 80% trường hợp có điểm ZBI từ 41 trở lên, tương đương với mức độ trung bình trở lên và có đến 57,7% trường hợp gánh nặng mức độ nghiêm trọng và rất nghiêm trọng. Gánh nặng chăm sóc có xu hướng tăng dần có ý nghĩa thống kê (p<0,05) theo thời gian chăm sóc bệnh nhân trong ngày; thời gian mắc bệnh; giai đoạn sa sút trí tuệ; sự xuất hiện các triệu chứng bao gồm giảm nhận biết, giảm sự chú ý, giảm tư duy, tính toán, giảm ngôn ngữ và hoạt động hàng ngày, mất ức chế, rối loạn vận động, rối loạn ăn uống và hành vi ban đêm.6

# Nghiên cứu “Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại huyện Thạch Thất – Thành phố Hà Nội năm 2020

**– 2021”**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 cặp người bệnh và người chăm sóc chính của họ cho kết quả 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, trong đó 55,6% trường hợp người chăm sóc chưa được đáp ứng nhu cầu về thông tin và căng thẳng tâm lý, trung bình 53,1% không nhận được sự 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).40

# Nghiên cứu định tính về sự chăm sóc của gia đình dành cho người bệnh sa sút trí tuệ tại Việt Nam41

Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc (semi-structured) với 21 người liên quan chính (bao gồm 12 người chăm sóc gia đình, 9 người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và các nhà lãnh đạo cộng đồng). Một phân tích mô tả (descriptive), theo chủ đề (thematic) đã được tiến hành. Phân tích dữ liệu định tính cho thấy 4 quan điểm (themes) liên quan đến trải nghiệm chăm sóc trong gia đình:

* + - * + Thứ nhất, người chăm sóc cho rằng các triệu chứng của sa sút trí tuệ là một tiến trình lão hoá thông thường hơn là một loại bệnh lý;
        + Thứ hai, việc chăm sóc là do quan niệm về đạo đức gia đình, con cái cần phải phụng dưỡng, báo hiếu cho cha mẹ;
        + Thứ ba, mô hình chăm sóc bị ảnh hưởng bởi giới tính và thứ tự trong gia đình;
        + Thứ tư, việc chăm sóc đặt ra nhiều thách thức bao gồm hạn chế về thời gian, tài chính, cô lập khỏi xã hội, ảnh hưởng về sức khoẻ thể chất và tinh thần.

Nghiên cứu chỉ ra rằng người chăm sóc bác bỏ ý nghĩ cho rằng chăm sóc là một “gánh nặng” và thể hiện sự căng thẳng tâm lý thông qua các từ ngữ như “buồn bã, kiệt sức, thất vọng”.

# Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

# Thiết kế nghiên cứu

* + - * + Mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang
        + Mục tiêu 2: Nghiên cứu định tính

# Thời gian và địa điểm nghiên cứu

* + - * + Thời gian nghiên cứu: từ 11/2024 đến 06/2025
        + Địa điểm nghiên cứu: Đơn vị Trí nhớ và Sa sút trí tuệ Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện 30-4.

# Đối tượng nghiên cứu

* + 1. **Dân số mục tiêu**

Người bệnh sa sút trí tuệ và người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện 30-4.

# Dân số chọn mẫu

Người bệnh sa sút trí tuệ và người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ đang điều trị ngoại trú tại Đơn vị Trí nhớ và Sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện 30-4 từ 11/2024 - 06/2025.

# Tiêu chuẩn chọn mẫu

* **Tiêu chuẩn chọn vào**
  + - * + Người bệnh đã được chẩn đoán sa sút trí tuệ ở bất cứ giai đoạn nào.
        + Người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ là người từ đủ 18 tuổi trở lên, là thành viên trong gia đình, là người chăm sóc thường trực hoặc chăm sóc ngắt quãng nhưng vẫn nắm được thông tin chăm sóc người bệnh và tình trạng bệnh liên tục từ những người chăm sóc khác (nếu có) và tổng thời gian chăm sóc người bệnh từ đủ 6 tháng trở lên và trong tương lai sẽ tiếp tục chăm sóc cho người bệnh.
        + Người chăm sóc đồng ý tham gia nghiên cứu.

# Tiêu chuẩn loại trừ

* + - * + Người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu.
        + Người người chăm sóc không hoàn tất phiếu khảo sát.
        + Người người chăm sóc đổi ý và muốn rút khỏi nghiên cứu.

# Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, lấy trọn mẫu từ 11/2024 - 06/2025.

# Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên mối tương quan giữa việc mức độ sa sút trí tuệ của người bệnh với gánh nặng của người chăm sóc.

Công thức tính cỡ mẫu:

2

𝑍1−𝛼 + 𝑍1−𝛽

𝑛 ≥ ( 2 ) + 3

Trong đó:

* n là cỡ mẫu tối thiểu
* α là sai lầm loại 1
* β là sai lầm loại 2

1 log 2

1 + 𝑟

𝑒 1 − 𝑟

* Z1−α

2

là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê

(Z1−α = 1,96 với mức ý nghĩa thống kê là 5%)

2

* Z1−β là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê (Z1−β = 0.84 với mức ý nghĩa thống kê là 5%)
* r là hệ số tương quan

Theo nghiên cứu của Désirée Seidel và Jochen René Thyrian39 có mối tương quan thuận giữa mức độ nặng sa sút trí tuệ với gánh nặng của người chăm sóc. Hệ số tương quan (r) dao động từ 0,46 – 0,52  Do đó chọn r = 0,5

Như vậy áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu là n = 30

# Xác định các biến số độc lập và phụ thuộc

* + 1. **Biến số liên quan đến đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ**

Bảng 2.1. Các biến số liên quan đến đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên biến** | **Loại biến** | **Giá trị của biến** |
| **BIẾN ĐỘC LẬP** | | |
| Tuổi | Định lượng | Số tuổi (năm) |
| Giới tính | Định tính | Nữ = 0  Nam = 1 |
| Thời gian bệnh | Định lượng | Số năm |
| Giai đoạn bệnh (MMSE) | Thứ tự | Nhẹ = 1  Vừa = 2  Nặng = 3 |
| Phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh (FAST) | Thứ tự | Giai đoạn 1 = 1  Giai đoạn 2 = 2  Giai đoạn 3 = 3  Giai đoạn 4 = 4  Giai đoạn 5 = 5 Giai đoạn 6a = 6 Giai đoạn 6b = 7 Giai đoạn 6c = 8 Giai đoạn 6d = 9 Giai đoạn 6e = 10 Giai đoạn 7a = 11 Giai đoạn 7b = 12 Giai đoạn 7c = 13 Giai đoạn 7d = 14 Giai đoạn 7e = 15 Giai đoạn 7f = 16 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rối loạn chức năng hành vi tâm thần | Định tính | Không = 0  Có = 1 |

* Định nghĩa biến
  + - * + Tuổi: số tuổi của bệnh nhân tính tại thời điểm bệnh nhân đến khám, bằng năm khám trừ đi năm sinh
        + Giới tính: là biến định tính, được đánh giá dựa trên thông tin từ căn cước công dân của người bệnh
        + Thời gian bệnh: số năm mắc bệnh của bệnh nhân tính từ thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu
        + Giai đoạn bệnh: tính theo thang điểm MMSE (xem phụ lục 1)

Suy giảm nhận thức nhẹ: 20 – 24 điểm

Suy giảm nhận thức vừa: 14 – 19 điểm

Suy giảm nhận thức nặng: 0 – 13 điểm

* + - * + Phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh: tính theo thang điểm FAST (xem phụ lục

2)

* + - * + Rối loạn chức năng hành vi tâm thần: dựa trên thang điểm NPI-Q

(Neuropsychiatric Inventory Questionaire) (xem phụ lục 3), bệnh nhân được đánh giá có rối loạn chức năng hành vi tâm thần khi có bất kỳ biểu hiện nào được liệt kê trong bộ câu hỏi.

# Biến số liên quan đến người chăm sóc

Bảng 2.2. Các biến số liên quan đến người chăm sóc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên biến** | **Loại biến** | **Giá trị của biến** |
| **BIẾN ĐỘC LẬP** | | |
| Tuổi | Định lượng | Năm |
| Giới | Định tính | Nữ = 0  Nam = 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trình độ học vấn | Định tính | Mù chữ = 0 Tiểu học = 1  THCS/THPT = 2  Trung cấp/Cao đẳng/Đại học = 3 Sau đại học = 4 |
| Tình trạng hôn nhân | Định tính | Độc thân = 1  Đã có gia đình = 2  Ly thân/Ly dị/Goá vợ/chồng = 3 |
| Mối quan hệ với người bệnh | Định tính | Chồng/Vợ = 1 Con ruột = 2 Con dâu/rể = 3  Được thuê mướn = 4 Khác = 5 |
| Thời gian chăm sóc người bệnh trong ngày | Định tính | <8 giờ/ngày = 1  8 – 12 giờ/ngày = 2  >12 giờ/ngày = 3 |
| Tổng thời gian chăm sóc người bệnh | Định tính | 6 tháng – <1 năm = 1  1 – 5 năm = 2  >5 năm = 3 |
| Thu nhập hàng tháng | Định tính | <5.000.000/tháng = 1  5.000.000 – 10.000.000/tháng = 2  10.000.000 – 15.000.000/tháng = 3  >15.000.000/tháng = 4 |
| Nghề nghiệp | Định tính | Nội trợ = 1  Viên chức/Lao động văn phòng = 2 Công nhân/Lao động tay chân = 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Đi học = 4  Thất nghiệp = 5 Nghỉ hưu = 6 |
| **BIẾN PHỤ THUỘC** | | |
| Điểm số đánh giá gánh nặng chăm sóc | Định lượng | Số điểm |

* Định nghĩa biến
  + - * + Tuổi: số tuổi của người chăm sóc tính tại thời điểm NCS đưa bệnh nhân đến khám, bằng năm khám trừ đi năm sinh.
        + Giới tính: là biến định tính, được đánh giá dựa trên thông tin từ căn cước công dân của NCS.
        + Trình độ học vấn: là biến định tính, được xác định dựa theo thông tin mà NCS cung cấp.
        + Tình trạng hôn nhân: là biến định tính, được xác định dựa theo thông tin mà NCS cung cấp.
        + Mối quan hệ với người bệnh: là biến định tính, được xác định dựa theo thông tin mà NCS cung cấp.
        + Thời gian chăm sóc người bệnh trong ngày: là biến định tính, được xác định thông qua số giờ chăm sóc người bệnh SSTT trong ngày và phân thành 3 mức độ <8 giờ/ngày, từ 8 – 12 giờ/ngày hoặc >12 giờ/ngày.
        + Tổng thời gian chăm sóc người bệnh: là biến định tính, được xác định từ lúc NCS bắt đầu nhận việc chăm sóc người bệnh SSTT đến thời điểm hiện tại (tính bằng năm) và có thể chăm sóc ngắt quãng, không liên tục nhưng phải nắm được tình hình của người bệnh thông qua liên lạc với những NCS còn lại (nếu có), và được phân thành 3 mức độ 6 tháng - <1 năm, từ 1 – 5 năm và >5 năm.
        + Thu nhập hàng tháng: là biến định tính, được xác định theo thông tin mà NCS cung cấp và được chia thành 4 mức độ < 5 triệu đồng/tháng, từ 5 – 10 triệu đông/tháng, từ 10 – 15 triệu đồng/tháng và >15 triệu đồng/tháng.
        + Nghề nghiệp: là biến định tính, được xác đinh theo thông tin mà NCS cung cấp.
        + Điểm số đánh giá gánh nặng chăm sóc tính bằng thang điểm ZBI (Zarit Burgen Interview assessing caregiver burden) phiên bản rút gọn 12 yếu tố42 (phụ lục 4)

Không có gánh nặng hoặc gánh nặng nhẹ: 0 – 10 điểm

Gánh nặng nhẹ đến trung bình: 10 – 20 điểm

Gánh nặng nhiều: >20 điểm

# Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

* + 1. **Chọn mẫu:**

Chúng tôi sẽ chọn những người bệnh sa sút trí tuệ và người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ đang điều trị ngoại trú tại Đơn vị Trí nhớ và Sa sút trí tuệ Bệnh viện 30-4 và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và thoả tiêu chuẩn nhận vào của nghiên cứu. Sau đó sẽ giải thích cho người tham gia nghiên cứu kí đồng thuận tham gia nghiên cứu và tiến hành thu thập số liệu.

# Công cụ thu thập số liệu

Bước 1: Thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án và bảng thu thập thông tin soạn sẵn bao gồm:

* + - * + Phần I: Thông tin của người bệnh sa sút trí tuệ
        + Phần II: Thông tin của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ
        + Phần III: Thang điểm đánh giá gánh nặng của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ
        + Phần IV: Bộ câu hỏi liên quan đến kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà

Bước 2: Nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành phỏng vấn thử, kiểm tra sơ bộ (pilot) trên khoảng 5 người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ để hoàn thiện bảng thu thập thông tin.

Bước 3: Người nghiên cứu trực tiếp tiến hành thu thập thông tin của người bệnh cũng như người chăm sóc dưới sự giám sát của người hướng dẫn.

Bước 4: Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata (đối với mục tiêu nghiên cứu định lượng) và MAXQDA 2022 (đối với mục tiêu nghiên cứu định tính)

# Quy trình nghiên cứu

Sơ đồ 1. Quy trình thực hiện nghiên cứu

Người bệnh và người chăm sóc đến khám tại Đơn vị Trí nhớ và Sa sút trí tuệ Bệnh viện Bệnh viện 30-4 và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thoả tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu.

Thu thập số liệu, loại những đối tượng muốn rút khỏi nghiên cứu hoặc không hoàn thành bảng câu hỏi nghiên cứu.

Nhập dữ liệu và xử lý dữ liệu.

# Phương pháp phân tích dữ liệu

* + - * + Số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn và được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 (đối với mục tiêu nghiên cứu định lượng) và phần mềm MAXQDA 2022 (đối với mục tiêu nghiên cứu định tính).
        + Số liệu (dành cho nghiên cứu định lượng) sẽ được xử lý bằng phần mềm Stata 14.
        + Dữ liệu (dành cho nghiên cứu định tính) sẽ được xử lý bằng phần mềm MAXQDA 2022.

# Đạo đức trong nghiên cứu

* + - * + Dữ liệu được thu thập dựa trên phỏng vấn trực tiếp những người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ đang điều trị ngoại trú tại Đơn vị Trí nhớ và Sa sút trí tuệ Bệnh viện 30/4 và Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM dưới sự giám sát của người hướng dẫn và

các bác sĩ được phân công khám chữa bệnh tại hai đơn vị nêu trên. Dữ liệu về giai đoạn bệnh của người bệnh sa sút trí tuệ sẽ được thu thập dựa trên thông tin hồ sơ bệnh án và không tiết lộ danh tính người bệnh.

* + - * + Thông tin được thu thập dựa trên sự đồng thuận tham gia của người bệnh và người chăm sóc. Các thông tin cá nhân sẽ được bảo mật, danh tính sẽ được mã hóa. Mọi thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
        + Đề tài sẽ được trình lên Hội đồng Y Đức của Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh xét duyệt trước khi tiến hành nghiên cứu trên thực tế.

# Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ

# Đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ

Bảng 3.1. Đặc điểm của người bệnh sa sút trí tuệ

|  |  |
| --- | --- |
| **Biến số** | **% (n) hoặc trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị** |
| Tuổi (năm) |  |
| Giới tính |  |
| Thời gian bệnh (năm) |  |
| Giai đoạn bệnh |  |
| Phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh |  |
| Rối loạn chức năng hành vi tâm thần |  |

# Đặc điểm của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ

Bảng 3.2. Đặc điểm của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ

|  |  |
| --- | --- |
| **Biến số** | **% (n) hoặc trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị** |
| Tuổi (năm) |  |
| Giới tính |  |
| Trình độ học vấn |  |
| Nghề nghiệp |  |
| Tình trạng hôn nhân |  |
| Mối quan hệ với người bệnh |  |
| Tình trạng hôn nhân |  |
| Thời gian chăm sóc người bệnh trong ngày |  |
| Tổng thời gian chăm sóc người bệnh |  |
| Thu nhập hàng tháng |  |
| Điểm số gánh nặng chăm sóc (ZBI) |  |

# Kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà

Các kinh nghiệm chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà được thống kê, tóm tắt những kinh nghiệm chính sau khi đã xử lý bằng phần mềm phân tích dữ liệu định tính. Các thông tin về kinh nghiệm chăm sóc bao gồm:

* + - * + Sự hiểu biết về bệnh lý sa sút trí tuệ của người chăm sóc
        + Những khó khăn/thuận lợi trong quá trình chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ

# Chương 4. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

* 1. **Nhân lực**

Học viên thực hiện đề tài.

# Phương tiện thực hiện

* + - * + Phiếu thu thập thông tin;
        + Phần mềm Epidata 3.1;
        + Phần mềm Stata 14;
        + Phần mềm MAXQDA 2022.

# Kinh phí

Chi phí thu thập thông tin, thực hiện và phân tích kết quả thống kê: do học viên tự chi trả.

# Thời gian thực hiện các hoạt động

- Thu thập số liệu: 10/2024 – 07/2025

- Viết luận văn: 07/2025 – 09/2025

* + - * + Nộp đơn xin báo cáo luận văn: 09/2025

- Báo cáo luận văn: 10/2025 – 11/2025

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dementia. World Health Organization. Updated March 15, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Già hoá dân số. [https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a- d%C3%A2n- s%E1%BB%91#:~:text=Vi%E1%BB%87t%20Nam%20l%C3%A0%20m%E1%BB% 99t%20trong,sang%20x%C3%A3%20h%E1%BB%99i%20%E2%80%9Cgi%C3%A0](https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a-d%C3%A2n-s%E1%BB%91#%3A%7E%3Atext%3DVi%E1%BB%87t%20Nam%20l%C3%A0%20m%E1%BB%99t%20trong%2Csang%20x%C3%A3%20h%E1%BB%99i%20%E2%80%9Cgi%C3%A0%E2%80%9D)

[%E2%80%9D](https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a-d%C3%A2n-s%E1%BB%91#%3A%7E%3Atext%3DVi%E1%BB%87t%20Nam%20l%C3%A0%20m%E1%BB%99t%20trong%2Csang%20x%C3%A3%20h%E1%BB%99i%20%E2%80%9Cgi%C3%A0%E2%80%9D).

1. Nguyễn Kim Việt. Nghiên cứu đặc điểm sa sút trí tuệ tại cộng đồng. *Y học thực hành*. 2009;679(10):16-18.
2. Phạm Thắng, Lương Chí Thành. Nghiên cứu dịch tễ về sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. *Y học thực hành*. 2010;715(5):53-55.
3. Anh NT, Thang P, Ha DT, et al. . Towards the development of Vietnam's national dementia plan-the first step of action. *Australas J Ageing*. 2020;39(2):137-141. doi:10.1111/ajag.12755
4. Nguyễn Ngọc Ánh, Đỗ Thị Khánh Hỷ. Nghiên cứu gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2020–2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;1(6):244-249.
5. Assal F. History of Dementia. *Front Neurol Neurosci*. 2019;44:118-126. doi:10.1159/000494959
6. *Dementia: a public health priority*. 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
7. Ajit Shah, Jain S. Core Psychiatry (Third Edition). W.B. Saunders; 2012:487- 488:chap 32.
8. International AsD. *World Alzheimer Report 2009*. 2009. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport.pdf>
9. Lê Văn Tuấn, Trần Công Thắng. Sa sút trí tuệ. *Giáo trình Thần kinh học*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh; 2020:173-183.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2013:593-605:chap Neurocognitive Disorders.
11. Rebecca Radue AW, Sanjay Asthana. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier; 2019:437-454:chap Chapter 24 - Neuropsychiatric symptoms in dementia.
12. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2000;12(2):233-239.
13. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein

J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-2308.

1. Zhou Y WL, Gao S, Wang J and Hu Z. Characterization of diffusion magnetic resonance imaging revealing relationships between white matter disconnection and behavioral disturbances in mild cognitive impairment: a systematic review. *Front Neurosci*. 2023;17:1209378. doi:10.3389/fnins.2023.1209378
2. Mild Cognitive Impairment. National Institutes of Health. 2024. <https://mind.uci.edu/dementia/mild-cognitive-impairment/>
3. The progression, signs and stages of dementia. Alzheimer's Society. Updated 24 February 2021. [https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and- diagnosis/how-dementia-progresses/progression-stages-dementia](https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/how-dementia-progresses/progression-stages-dementia)
4. Eric B Larson M, MPH. Evaluation of cognitive impairment and dementia. Wolters Kluwer; 2022. [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive- impairment-and- dementia?search=dementia&source=search\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\_ty pe=default&display\_rank=1#H1784455405](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?search=dementia&amp;source=search_result&amp;selectedTitle=1%7E150&amp;usage_type=default&amp;display_rank=1&amp;H1784455405)
5. Association As. *Alzheimer's disease Facts and Figures*. 2024. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
6. Tống Mai Trang. Giới thiệu các test đánh giá chức năng thần kinh nhận thức VnCA. presented at: Hội nghị khoa học toàn quốc 2022; 2022;
7. Morris JC. Clinical dementia rating: a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type. *International psychogeriatrics*. 1997;9(S1):173-176.
8. Lim WS, Chong MS, Sahadevan S. Utility of the clinical dementia rating in Asian populations. *Clinical medicine & research*. 2007;5(1):61-70.
9. Clark CM ED. Performance of the dementia severity rating scale: a caregiver questionnaire for rating severity in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1996;10(1):31-39.
10. Reisberg B FS, Dc Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *AmJ Psychiatry*. 1982;139(9):1136-1139. doi:doi:10.1176/ajp.139.9.1136
11. Reisberg B FS, de Leon MJ, Crook T. Global Deterioration Scale (GDS).

*Psychopharmacol Bull*. 1988;24(4):661-663.

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PRJJopr. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975;12(3):189-198.
2. Long CM, Thanh HTK, Toàn TK. Giá trị của trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) trong sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;149(1):229-236.
3. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *International psychogeriatrics*. 1992;4(3):55-69.
4. Tào Thị Hoa, Trần Công Thắng. Đánh giá chức năng người bệnh alzheimer bằng thang điểm FAST phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh - Functional assessment

staging (FAST) in Vietnamese patients with Alzheimer’s disease. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2021;25(2):41-46.

1. Hunt CK. Concepts in Caregiver Research. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(1):27-32. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00027.x>
2. Gratão ACM BA, Ottaviani AC, et al. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement Neuropsychol*. 2019;13(1):122- 129. doi:10.1590/1980-57642018dn13-010015
3. V Y. Caregiver Burden Scale: Zarit interview. Michalos, AC (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research: Springer, Dordrecht; 2014.
4. Pendergrass A, Malnis C, Graf U, Engel S, Graessel E. Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Services Research*. 2018/04/02 2018;18(1):229. doi:10.1186/s12913-018-3047-4
5. Novak M GC. Application of a multidimensional caregiver burden inventory.

*Gerontologist*. 1989;29(6):798-803. doi:10.1093/geront/29.6.798

1. Robinson BC. Data from: Caregiver Strain Index (CSI). 1983. *APA PsycTests Database Record*. doi:<https://doi.org/10.1037/t37398-000>
2. Zarit SH RK, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
3. Nguyễn Bích Ngọc . Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2013;5(151):88-94.
4. Seidel D, Thyrian JR. Burden of caring for people with dementia–comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2019:655-663.
5. Nguyễn Ngọc Ánh, Nguyễn Thanh Bình C, Nguyễn Thanh Bình D, et al. Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại huyện Thạch Thất–Thành phố Hà Nội, năm 2020-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1A)
6. Nguyen H, Nguyen T, Tran D, Hinton L. “It’s extremely hard but it’s not a burden”: A qualitative study of family caregiving for people living with dementia in Vietnam. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259788. doi:10.1371/journal.pone.0259788
7. Yap P. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. *Ann Acad Med Singapore*. 2010;39(10):758-763.

# PHỤ LỤC

**PHỤ LỤC 1: THANG ĐIỂM TRẮC NGHIỆM TÂM THẦN TỐI THIÊU MMSE MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE)**

(Đánh dấu × cạnh điểm câu trả lời Đúng – Khoanh tròn điểm nếu câu trả lời Sai)

Lưu ý: không để bệnh nhân nhìn thấy đồng hồ, lịch treo tường, đọc được các thông tin liên quan đến bài test

**ĐỊNH HƯỚNG** (Ông/Bà cho biết)

* Hôm nay là thứ mấy? ……… 1đ
* Hôm nay là ngày bao nhiêu? ……… 1đ
* Tháng mấy? ……… 1đ
* Năm nào? ……… 1đ
* Bây giờ là mấy giờ (mùa nào)? ……… 1đ
* Ông/Bà đang ở chỗ này là chỗ nào? ……… 1đ (bệnh viện, tên con đường,…)
* Ở khoa nào? ……… 1đ
* Thành phố nào? ……… 1đ
* Miền nào: Nam, Trung, Bắc? ……… 1đ
* Nước nào? ……… 1đ

**TRÍ NHỚ** (Tiếp nhận, ghi nhớ): Bây giờ tôi sẽ đọc 3 từ, ông/bà hãy chú ý lắng nghe và nhắc lại

\*Cho nhắc lại ba từ: Con mèo ……… 1đ

Chiếc xe ……… 1đ

Cây lúa ……… 1đ

(Mỗi từ/1 giây, 1đ cho mỗi từ đúng)

\*Cho lặp lại 1 lần nữa để chắc chắn đã nhớ (Tôi sẽ đọc lại 3 từ một lần nữa, ông/bà chú ý lắng nghe và nhắc lại…Rất tốt! Ông/bà hãy nhớ 3 từ này, chút nữa tôi sẽ hỏi lại).

SỰ CHÚ Ý: Tính toán Hoặc đánh vần ngược từ “KHÔNG”, Làm test

Bây giờ ông/bà hãy làm toán phép trừ 7. Bắt đầu từ 100 – 7, có được kết quả của phép trừ sau đó ông/bà trừ tiếp cho 7, được kết quả lại tiếp tục trừ 7 cho đến khi tôi nói dừng lại. Ông/bà đã hiểu chưa? Nếu hiểu rồi thì ông/bà hãy bắt đầu. Nếu chưa hiểu tôi sẽ giải thích lại. Giờ thì bắt đầu nhé!

Lưu ý: Khi bệnh nhân bắt đầu làm toán thì không giải thích gì thêm, chỉ ghi chép lại kết quả.

100 – 7 = ……(93) ……… 1đ

(93) – 7 = ……(86) ……… 1đ

(86) – 7 = ……(79) ……… 1đ

(79) – 7 = ……(72) ……… 1đ

(72) – 7 = ……(65) ……… 1đ

**TRÍ NHỚ:** nhớ lại (Bây giờ ông/bà hãy nhắc lại 3 từ mà ông/bà mới học – Không cần đúng thứ tự)

Nhắc lại 3 từ đã ghi nhớ ở trên: Con mèo ……… 1đ

(Không cần đúng thứ tự) Chiếc xe ……… 1đ

Cây lúa ……… 1đ

**NGÔN NGỮ:** Nói tên đồ vật: Chỉ đồ vật ở trên bàn và hỏi “Ông/bà hãy cho biết tên của đồ vật này là gì?”

Đồng hồ ……… 1đ

Cây viết ……… 1đ Cho lặp lại cụm từ: (Ông/bà hãy nhắc lại câu nói sau)

“Không có nếu, và hoặc nhưng gì cả” ……… 1đ

**HIỂU NGÔN NGỮ NÓI:** Lấy 1 tờ giấy đưa bệnh nhân bằng 2 tay và hướng dẫn bệnh nhân làm theo các bước ở dưới: “Ông/bà hãy…”

* Cầm tờ giấy bằng tay phải ……… 1đ
* Gấp lại làm đôi ……… 1đ
* Đưa lại cho bác sỹ bằng tay trái ……… 1đ

**HIỂU NGÔN NGỮ VIẾT:** (BS/KTV giơ tờ giấy có ghi dòng chữ “NHẮM MẮT LẠI” và yêu cầu bệnh nhân đọc thầm (không thành tiếng) và thực hiện theo:

“NHẮM MẮT LẠI” ……… 1đ

**VẼ** (Đưa tờ giấy có 2 hình ngũ giác giao nhau in sẵn và nói: “Ông/bà hãy hãy vẽ lại hình ngũ giác này, có 2 góc giao nhau)

Vé chép lại hai ngũ giác giao nhau ……… 1đ

**CHỮ VIẾT:** (Ông/bà hãy viết 1 câu ngắn có đầy đủ chủ ngữ và vị ngữ vào tờ giấy này (tờ giấy không có câu chữ nào cả - có thể dùng tờ giấy có hình ngũ giác giao nhau)

Cho viết một câu đúng ngữ pháp và có nghĩa ……… 1đ

TỔNG ĐIỂM:

# PHỤ LỤC 2: PHÂN ĐỘ CHỨC NĂNG THEO GIAI ĐOẠN BỆNH (FAST – FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING TOOL)

Thang FAST đã được dịch thành phiên bản Tiếng Việt với sự đồng ý của Giáo sư Riesberg B dựa vào thông tin từ người chăm sóc cung cấp30.

|  |  |
| --- | --- |
| **Giai đoạn** | **Đặc điểm theo giai đoạn** |
| 1 | Không có khó khăn về chức năng, chủ quan hay khách quan. |
| 2 | Than phiền quên vị trí cất đồ vật. Khó khăn chủ quan trong công việc. |
| 3 | Giảm chức năng trong công việc một cách rõ ràng được nhận thấy bởi đồng nghiệp. Khó khăn trong việc du lịch đến một nơi mới. Giảm năng lực tổ chức. |
| 4 | Giảm khả năng để thực hiện các công việc phức tạp, như lên kế hoạch bữa ăn tối cho khách mời, xử lý tài chính cá nhân (như quên trả tiền hóa đơn), khó khăn trong đi chợ, v.v |
| 5 | Cần trợ giúp trong lựa chọn trang phục phù hợp để mặc trong ngày, theo mùa, hoặc theo dịp, ví dụ người bệnh có thể mặc những trang phục giống nhau lặp lại nếu không được nhắc nhở. |
| 6a | Mặc quần áo không phù hợp với hoàn cảnh nếu không có trợ giúp hay gợi ý (như có thể mặc áo đi ra ngoài sau khi đã mặc đồ ngủ, mang giày/dép sai chân hoặc khó khăn trong cài nút áo) thỉnh thoảng hoặc thường xuyên hơn trong vài tuần qua. |
| 6b | Không thể tắm (rửa) đúng cách (như điều chỉnh nhiệt độ nước tắm cho phù hợp) thỉnh thoảng hoặc thường xuyên hơn trong vài tuần qua. |
| 6c | Không có khả năng sử dụng nhà vệ sinh đúng cách (như dội nước, lau chùi sau khi vệ sinh hoặc bỏ giấy vệ sinh không đúng vị trí) thỉnh thoảng hoặc thường xuyên hơn trong vài tuần qua. |

|  |  |
| --- | --- |
| 6d | Tiểu không tự chủ (thỉnh thoảng hoặc thường xuyên hơn trong vài tuần qua). |
| 6e | Tiêu không tự chủ (thỉnh thoảng hoặc thường xuyên hơn trong vài tuần qua). |
| 7a | Khả năng nói bị giới hạn khoảng 6 từ hoặc ít hơn trong suốt 1 ngày hoặc trong 1 buổi phỏng vấn chuyên sâu. |
| 7b | Khả năng nói bị giới hạn chỉ còn một từ đơn trong suốt 1 ngày hoặc trong 1 buổi phỏng vấn chuyên sâu (người bệnh có thể nói lặp đi lặp lại một từ). |
| 7c | Mất khả năng tự đi lại (không thể đi lại nếu không có trợ giúp). |
| 7d | Không tự ngồi được nếu không có trợ giúp (như cá nhân sẽ ngã nếu không có tay vịn ở ghế). |
| 7e | Mất khả năng cười. |
| 7f | Mất khả năng giữ tư thế đầu độc lập. |

# PHỤ LỤC 3: BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN HÀNH VI TÂM THẦN (NPI – Q)

Cảm phiền Ông/Bà hãy trả lời những câu hỏi sau dựa trên những thay đổi đã xảy ra kể từ khi bệnh nhân bắt đầu có vấn đề về trí nhớ.

Khoanh tròn “Có” chỉ khi triệu chứng ***xuất hiện trong vòng 1 tháng qua***. Nếu không có, vui lòng khoanh tròn “Không”.

Đối với những vấn đề “Có”:

* 1. Đánh giá mức độ nặng của triệu chứng (ảnh hưởng như thế nào đến bệnh nhân): 1 = Nhẹ (có thay đổi nhưng không đáng kể)

2 = Trung bình (thay đổi đánh kể nhưng không nổi bật) 3 = Nặng (thay đổi rõ ràng và nổi bật)

* 1. Đánh giá mức độ căng thẳng mà Ông/Bà đã trải nghiệm do triệu chứng đó gây nên (ảnh hưởng như thế nào đến Ông/Bà):

0 = Không căng thẳng

1 = Rất ít (nhẹ, không thành vấn đề) 2 = Nhẹ (vượt qua được dễ dàng)

3 = Trung bình (không phải lúc nào cũng vượt qua được) 4 = Nặng (khó vượt qua)

5 = Rất nặng (không thể vượt qua)

Cảm phiền Ông/Bà hãy trả lời những câu hỏi sau thật kỹ. Hãy hỏi ý kiến của người khảo sát nếu có bất kỳ thắc mắc nào.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hoang tưởng** | | Người bệnh thỉnh thoảng tin những điều không có thật, ví dụ như nghĩ người khác ăn trộm của mình hay dự định hãm hại mình? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Ảo giác** | | Người bệnh có nghe hay nhìn thấy những gì không có thật? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kích động** | | Người bệnh thỉnh thoảng từ chối sự giúp đỡ từ người khác hoặc người bệnh trở nên khó quản lý? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Trầm cảm** | | Người bệnh trông buồn bã hoặc nói họ có phiền muộn? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Lo âu** | | Người bệnh buồn bã khi phải xa Ông/bà? Họ có biểu hiện của lo lắng như khó thở, thở dài, không thể thư giãn hoặc căng thẳng quá mức? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Hưng cảm** | | Người bệnh xuất hiện trạng thái hay hành động vui vẻ và hạnh phúc một cách thái quá? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Thu rút** | | Người bệnh thiếu quan tâm, thích thú với những hoạt động thường ngày, hoặc trong các hoạt động/kế hoạch của người khác? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Mất ức chế** | | Người bệnh có những hành động bốc đồng, ví dụ, nói chuyện với người lạ như thể quen biết, hoặc nói những lời tổn thương người khác? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Dễ kích thích** | | Người bệnh có nóng nảy và cáu kỉnh không? Họ khó trì hoãn hoặc phải chờ đợi các hoạt động được lên kế hoạch sẵn? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Rối loạn vận động** | | Người bệnh có làm các hành động lặp đi lặp lại không có mục đích, như đi xung quanh nhà, cầm nút áo, quấn dây,…? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Hành vi ban đêm** | | Người bệnh có làm Ông/bà thức giấc trong đêm, dậy quá sớm vào buổi sáng, hoặc có những giấc ngủ ngắn trong ngày không? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ăn uống** | | Người bệnh có sụt hay lên cân, hoặc thay đổi món ăn yêu thích không? | | | | | | | | |
| Có | Không | Mức độ nặng 1 | 2 | 3 | Mức độ căng thẳng 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# Tổng kết bảng câu hỏi NPI-Q

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Thứ tự** | **Mức độ nghiêm trọng** | **Lo âu của người chăm sóc** |
| **Hoang tưởng** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Ảo giác** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Kích động** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Trầm cảm** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Lo âu** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Hưng cảm** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Thu rút** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Mất ức chế** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Dễ kích thích** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Rối loạn vận động** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Hành vi ban đêm** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **Ăn uống** | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| **TỔNG CỘNG** |  |  |  |

**PHỤ LỤC 4: THANG ĐIỂM ZARIT ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG NGƯỜI CHĂM SÓC (THE ZARIT SCALE OF CAREGIVER BURDEN)**

Những câu hỏi sau đây sẽ phản ánh những cảm giác mà người chăm sóc đã trải qua khi chăm sóc người bệnh.

Sau khi đọc từng câu hỏi, hãy chỉ ra những cảm giác mà Ông/Bà đã trải qua bằng cách khoanh tròn vào con số diễn tả phù hợp nhất tần suất xuất hiện những cảm giác đó.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Không bao giờ | Hiếm khi | Thỉnh thoảng | Thường xuyên | Hầu như luôn luôn |
| 1) Ông/Bà có bao giờ cảm thấy không có thời gian dành cho bản thân không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ông/Bà có bao giờ cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và phải cố gắng thực hiện các nghĩa vụ gia đình khác hay không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ông/Bà có cảm thấy giận dữ khi phải ở bên cạnh người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ông/Bà có cảm thấy người bệnh làm ảnh hưởng tiêu cực đến các mối quan hệ xung quanh của bạn hay không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5) Ông/Bà có cảm thấy mệt mỏi khi phải ở gần người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ông/Bà có cảm thấy sức khoẻ của mình bị giảm sút vì phải chăm sóc người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ông/Bà có cảm thấy sự riêng tư của mình bị ảnh hưởng bởi vì chăm sóc người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ông/Bà có cảm thấy đời sống xã hội của mình bị ảnh hưởng bởi vì phải chăm sóc người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ông/Bà có cảm thấy mình mất kiểm soát cuộc sống cá nhân khi người bệnh bị bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Ông/Bà có cảm thấy mất phương hướng về những việc cần phải làm cho người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Ông/Bà có cảm thấy bạn cần phải làm nhiều hơn cho người bệnh không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12) Ông/Bà có cảm thấy mình có thể chăm sóc người bệnh tốt hơn không? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

# PHỤ LỤC 5: BỘ CÂU HỎI THU THẬP DỮ LIỆU

MÃ SỐ**:**

# THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH

- Họ và tên người bệnh: ---------------------------------------------------

- Tuổi: ------------------------------------------------------------------------

- Giới tính: -------------------------------------------------------------------

- Thời gian bệnh: -----------------------------------------------------------

- Điểm MMSE: -------------------------------------------------------------

* Phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh (FAST): ---------------------

- Rối loạn chức năng hành vi tâm thần: ---------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------

# THÔNG TIN NGƯỜI CHĂM SÓC

- Họ và tên người chăm sóc: ----------------------------------------------

- Tuổi: ------------------------------------------------------------------------

- Giới tính: -------------------------------------------------------------------

- Trình độ học vấn: ---------------------------------------------------------

- Nghề nghiệp: --------------------------------------------------------------

- Tình trạng hôn nhân: -----------------------------------------------------

- Mối quan hệ với người bệnh: -------------------------------------------

* Thời gian chăm sóc người bệnh trong ngày: --------------------------

- Tổng thời gian chăm sóc người bệnh: ---------------------------------

- Thu nhập hàng tháng: ----------------------------------------------------

- Điểm số ZBI: --------------------------------------------------------------

# KINH NGHIỆM CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SSTT TẠI NHÀ

**Câu 1. Ông/Bà có thể mô tả mối quan hệ của mình với người bệnh được hay không?** *(Ông/Bà và người bệnh đã sống cùng nhau trong thời gian bao lâu? Ông/Bà bắt đầu chăm sóc cho người bệnh bao lâu rồi?)*

……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….... **Câu 2. Ông/Bà có thể cho tôi biết quá trình tìm ra bệnh lý sa sút trí tuệ ở người bệnh như thế nào không?**

*(Làm thế nào Ông/Bà phát hiện người bệnh mắc SSTT? Ông/Bà biết về bệnh SSTT thông qua kênh thông tin nào? Theo Ông/Bà sa sút trí tuệ là gì?*

*Những triệu chứng của SSTT mà người bệnh do Ông/Bà chăm sóc đang gặp phải là gì? SSTT ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống của người bệnh mà Ông/Bà đang chăm sóc)*

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………… **Câu 3. Ông/Bà có thể chia sẻ kinh nghiệm chăm sóc người bệnh tại nhà như thế nào hay không?**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

# Câu 4. Việc chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ có ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống của Ông/Bà.

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………… **Câu 5. Một ngày chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà của Ông/Bà diễn ra như thế nào?**

# Ông/Bà làm thế nào để cân bằng thời gian giữa việc chăm sóc người bệnh và hoạt động cá nhân của mình?

* **Có ai chia sẻ trách nhiệm chăm sóc người bệnh với Ông/Bà hay không? Nếu có thì mọi người phân chia việc chăm sóc như thế nào? Nếu không có, Ông/Bà có thể chia sẻ lí do hay không?**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

# …………………………………………………………………………………………… Câu 6. Những khó khăn và thách thức mà Ông/Bà và gia đình phải đối mặt khi chăm sóc người bệnh? (Về tài chính, về sức khoẻ thể chất và tâm lý, về các mối quan hệ xã hội). Ông/Bà đã đối mặt với những thách thức đó như thế nào?

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………… **Câu 7. Còn vấn đề gì mà Ông/Bà muốn chia sẻ thêm trong quá trình chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại nhà hay không?**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………