

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC THÁI NGUYÊN

NGUYỄN THANH CAO

**THỰC TRẠNG TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
NGUY CƠ ĐẾN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI TRƯỞNG
THÀNH TẠI PHƯỜNG SÔNG CÀU, THỊ XÃ BẮC KẠN
NĂM 2011 VÀ ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP**

LUẬN ÁN CHUYÊN KHOA CẤP II

THÁI NGUYÊN – NĂM 2012

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC THÁI NGUYÊN

Học viên: NGUYỄN THANH CAO

**THỰC TRẠNG TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
NGUY CƠ ĐẾN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI TRƯỞNG
THÀNH TẠI PHƯỜNG SÔNG CẦU, THỊ XÃ BẮC KẠN
NĂM 2011 VÀ ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP**

LUẬN ÁN CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: CK 62 72 76 01

Hướng dẫn khoa học: TS. Đặng Hoàng Anh

THÁI NGUYÊN - 2012

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan triển thực hiện đề tài này hoàn toàn độc lập, theo đúng hướng dẫn của Nhà trường và Giảng viên hướng dẫn.

Tôi cam đoan số liệu trong kết quả nghiên cứu trung thực, chính xác và được thực hiện tại địa điểm nghiên cứu.

Học viên

Nguyễn Thanh Cao

LỜI CẢM ƠN

Qua hai năm học tập và nghiên cứu, khóa học Chuyên khoa cấp II về Y tế công cộng đã giúp tôi trưởng thành.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám hiệu, Khoa sau đại học, Khoa Y tế công cộng, đặc biệt là các thầy, cô giáo đã không quản ngại đường xa, khó khăn đến Bắc Kạn giảng dạy, truyền đạt kiến thức cho lớp Chuyên khoa II.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Tiến sĩ Đặng Hoàng Anh, người cô đã nhiệt tình hướng dẫn, truyền cảm hứng và tạo những điều kiện thuận lợi nhất để tôi hoàn thành Luận án tốt nghiệp.

Tôi xin trân trọng cảm ơn thầy Đàm Khải Hoàn, thầy Hạc Văn Vinh, thầy Nguyễn Quang Mạnh đã giúp đỡ tôi trong quá trình làm Luận án tốt nghiệp.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo Sở Y tế, các đồng nghiệp tại phòng Nghiệp vụ Y và lãnh đạo Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi tham gia khóa học.

Tôi xin chân thành cảm ơn các bạn đồng nghiệp tại Trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh Bắc Kạn, Trạm Y tế phường và nhân viên y tế thôn bản phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn đã tích cực tham gia nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ủy ban nhân dân phường Sông Cầu, các ông, bà Tổ trưởng dân phố và người dân đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi triển khai nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng yêu thương và cảm phục người vợ hiền đã không quản khó khăn, chăm sóc hai con nhỏ trong những lúc tôi đi công tác, học tập xa nhà và động viên tôi trong suốt quá trình học tập.

Học viên

Nguyễn Thanh Cao

MỤC LỤC

	Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ	01
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN	
1.1. Khái niệm trầm cảm	03
1.2. Thực trạng trầm cảm trên thế giới và trong nước	04
1.3. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, yếu tố nguy cơ của trầm cảm	06
1.4. Điều trị trầm cảm	12
1.5. Phòng, chống trầm cảm ở cộng đồng	13
1.6. Thực trạng công tác điều trị, quản lý bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng ở thế giới và Việt Nam	14
1.7. Đặc điểm chung của thị xã Bắc Kạn và tình hình công tác phòng chống trầm cảm tại Bắc Kạn	18
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Phương pháp nghiên cứu	22
2.3. Các chỉ số nghiên cứu	29
2.4. Xử lý số liệu	31
2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	31
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	
3.1. Thực trạng trầm cảm ở người trưởng thành tại phường Sông Cầu	32
3.2. Một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn	45
3.3. Một số giải pháp can thiệp phòng, chống trầm cảm tại cộng đồng	51
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	
4.1. Thực trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn tỉnh Bắc Kạn	56
4.2. Một số yếu tố nguy cơ đối với mắc trầm cảm	65
4.3. Một số giải pháp can thiệp phòng, chống trầm cảm tại cộng đồng	69
KẾT LUẬN	72
KHUYẾN NGHỊ	74

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

Định nghĩa	Viết đầy đủ
BN	Bệnh nhân
BS	Bác sỹ
CSSKTT	Chăm sóc sức khỏe tâm thần
CTC	Chống trầm cảm
HĐND	Hội đồng nhân dân
ICD-10	Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 năm 1992
RLTC	Rối loạn trầm cảm
RLTT	Rối loạn tâm thần
SKTT	Sức khỏe tâm thần
TC	Trầm cảm
TCYTTG	Tổ chức y tế thế giới
TH	Tiểu học
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TT-GDSK	Truyền thông, giáo dục sức khỏe
UBND	Ủy ban nhân dân
NVYTTB	Nhân viên y tế thôn bản

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
3.1	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tuổi, giới	32
3.2	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tình trạng hôn nhân	32
3.3	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo trình độ học vấn	33
3.4	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo nghề nghiệp	33
3.5	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo thu nhập gia đình	34
3.6	Phân bố mắc trầm cảm ở nhóm bệnh nhân bị các bệnh mãn tính	34
3.7	Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm người có hành vi có hại cho sức khỏe	35
3.8	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo một số yếu tố của phụ nữ	35
3.9	Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm gặp stress trong gia đình	36
3.10	Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm gặp stress về xã hội	37
3.11	Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tiền sử gia đình có người bị trầm cảm	38
3.12	Các triệu chứng cơ thể khác của trầm cảm	40
3.13	Yếu tố thu nhập gia đình với mắc trầm cảm	45
3.14	Yếu tố mất mát người thân đối với mắc trầm cảm	45
3.15	Yếu tố ly dị vợ/chồng đối với mắc trầm cảm	45
3.16	Yếu tố cha mẹ ly thân/ly hôn đối với mắc trầm cảm	46
3.17	Yếu tố xung đột gia đình với mắc trầm cảm	46
3.18	Yếu tố mâu thuẫn hàng xóm với mắc trầm cảm	46
3.19	Yếu tố về quá tải công việc với mắc trầm cảm	47
3.20	Yếu tố về quá tải học hành với mắc trầm cảm	47
3.21	Yếu tố về thua lỗ kinh doanh với mắc trầm cảm	47
3.22	Yếu tố về hưu trí, mất sức với mắc trầm cảm	48
3.23	Yếu tố tiền sử bệnh mãn tính với mắc trầm cảm	48
3.24	Yếu tố một số vấn đề của phụ nữ với mắc trầm cảm	49
3.25	Yếu tố tiền sử gia đình với mắc trầm cảm	49
3.26	Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ với trầm cảm	50

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu	Tên biểu	Trang
3.1	Các triệu chứng đặc trưng của bệnh nhân trầm cảm	39
3.2	Các triệu chứng phổ biến của bệnh nhân trầm cảm	39
3.3	Mức độ rối loạn trầm cảm theo ICD 10	41
3.4	Cơ sở bệnh nhân đến khám và điều trị	41

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm (depression disorder) là một rối loạn về cảm xúc, có đặc điểm chung là bệnh nhân thấy buồn chán, mất sự hứng thú, cảm thấy tội lỗi hoặc giảm giá trị bản thân, khó ngủ hoặc sự ngon miệng, khả năng làm việc kém và khó tập trung. Trầm cảm có thể trở thành mãn tính hoặc tái phát và làm giảm khả năng của cá nhân trong thích ứng với cuộc sống, trong trường hợp nặng nhất, trầm cảm có thể dẫn tới tự sát. Hầu hết các ca bệnh trầm cảm có thể điều trị bằng thuốc hoặc liệu pháp tâm lý [3], [25]. Trong cơ cấu bệnh lý tâm thần, rối loạn trầm cảm là bệnh lý đứng thứ 2 về tính thường gặp, chiếm 20% số bệnh nhân tâm thần nặng tại các trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần [24].

Hàng năm khoảng 5% dân số thế giới rơi vào tình trạng trầm cảm. Theo nhiều nghiên cứu khác nhau cho kết quả, nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm trong suốt cuộc đời của nam giới là 15% và nữ là 24% [35], tần suất mắc bệnh cao ở dân số đang tuổi lao động. Hội chứng trầm cảm cũng góp phần lớn trong các bệnh không gây tử vong, chiếm gần 12% của tổng số năm sống của con người với khuyết tật. Trầm cảm gây ra nhiều tổn hại cho cá nhân, gia đình và xã hội và thường là bạn đồng hành của lạm dụng rượu và ma túy. Theo Tổ chức y tế thế giới (2007), trầm cảm là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng đứng thứ 7 trong 10 vấn đề sức khỏe toàn cầu do cả hai lý do: tỷ lệ mắc tương đối cao trong cuộc đời và hậu quả khuyết tật nặng nề mà nó gây ra. Dự báo trầm cảm sẽ trở thành một trong những nguyên nhân chủ yếu gây chết người và làm mất khả năng duy trì cuộc sống bình thường vào năm 2020 [74].

Do tính phổ biến và hậu quả nghiêm trọng của nó, trầm cảm đã trở thành một vấn đề lớn đối với sức khỏe cộng đồng. Ở Việt Nam, dịch tễ trầm cảm đã được nhiều tác giả nghiên cứu như Trần Viết Nghị, Trần Văn Cường, Nguyễn Văn Siêm, Trần Hữu Bình, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Mỹ

Hạnh, Nguyễn Thị Kim Hạnh... tuy nhiên cho đến nay các nghiên cứu mới triển khai ở các tỉnh đồng bằng và thành phố lớn [1], [7], [10], [11], [16], [28].

Tỉnh Bắc Kạn được tái lập năm 1997, sau 15 năm phát triển có nhiều thay đổi về kinh tế, xã hội so với trước đây, mật độ dân số tại các phường, thị trấn cao hơn hẳn vùng nông thôn, cơ cấu nghề nghiệp thay đổi. Chương trình phòng chống bệnh tâm thần cộng đồng được triển khai đến 100% xã, phường, thị trấn trong tỉnh, tuy nhiên mới chỉ có bệnh nhân tâm thần phân liệt được quản lý và điều trị có hiệu quả. Để giúp cho công tác phòng chống trầm cảm ngày càng hiệu quả, việc cần thiết là phải vẽ ra được bức tranh chi tiết về trầm cảm tại địa phương như đặc điểm dịch tễ học, các yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm... Chính vì vậy chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài ***“Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ đến trầm cảm ở người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn năm 2011 và đề xuất một số giải pháp”*** nhằm các mục tiêu sau:

1) Mô tả thực trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn tỉnh Bắc Kạn năm 2011.

2) Xác định một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn.

3) Đề xuất một số giải pháp can thiệp phòng, chống trầm cảm tại cộng đồng.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Khái niệm về trầm cảm

Trầm cảm (TC) là một trạng thái cảm xúc buồn rầu, chán nản khác với phản ứng buồn chán nhất thời ở người bình thường. TC có nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh phức tạp, biểu hiện lâm sàng không chỉ bằng các triệu chứng đặc trưng về tâm thần là giảm khí sắc mà còn kèm theo nhiều triệu chứng về cơ thể nên người bệnh TC thường đến với các chuyên khoa khác và dễ bị bỏ sót chẩn đoán. TC thường kèm các RLTT khác như lo âu [37], [44], [49], [50], [68], [74].

- TC điển hình được mô tả bằng sự ức chế toàn bộ các quá trình hoạt động tâm thần biểu hiện bằng 3 triệu chứng đặc trưng sau: *Khí sắc trầm*: Biểu hiện bằng nét mặt, dáng điệu buồn rầu, ủ rũ. *Mất hoặc giảm sự quan tâm thích thú*: không quan tâm đến mọi việc, không còn ham thích gì kể cả vui chơi. *Mất hoặc giảm năng lượng, giảm hoạt động*: dễ mệt mỏi không còn sức lực chỉ sau một cố gắng nhỏ. Các triệu chứng phổ biến khác của TC bao gồm: (1) mất hoặc khó tập trung chú ý; (2) giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin; (3) tự cho mình là không xứng đáng, hoặc có ý tưởng bị buộc tội, bị khuyết điểm; (4) nhìn tương lai ảm đạm, bi quan, đen tối; (5) có ý tưởng, hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát; (6) rối loạn giấc ngủ; (7) ăn ít ngon miệng [8], [25], [75].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn TC theo ICD 10: (1) *Trầm cảm nhẹ*, phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của TC và phải có ít nhất 2/7 triệu chứng phổ biến khác của TC. (2) *Trầm cảm vừa*, phải có ít nhất 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm và phải có ít nhất 3/7 triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm. (3) *Trầm cảm nặng*, phải có 3/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm và phải có ít nhất 4/7 triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm [8], [25], [75].

1.2. Thực trạng trầm cảm trên thế giới và trong nước

1.2.1. Trầm cảm trên thế giới

Trầm cảm là một tình trạng bệnh lý có tỷ lệ gặp cao ở các nước trên thế giới. Nhiều nghiên cứu đã được triển khai nhằm xác định bệnh lý này. Theo thống kê của một số nước châu Âu, rối loạn trầm cảm dao động từ 3 - 4% dân số. Một nghiên cứu ở Ucraina của Tintle N (2011) cho kết quả 14,4% phụ nữ và 7,1% nam giới độ tuổi từ 50 trở lên bị trầm cảm [69].

Ở Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc trầm cảm theo nhiều nghiên cứu vào khoảng 5 - 6%. Theo Laura A. Pratt (2006), trong vòng 2 tuần lễ có 5,4% người từ 12 tuổi trở lên bị trầm cảm. Khoảng 80% người bị trầm cảm đã báo cáo bị ảnh hưởng đến khả năng làm việc, duy trì cuộc sống gia đình và các hoạt động xã hội khác của họ. Tổng thiệt hại ước tính khoảng 2/3 trong tổng 80 tỷ USD trong năm 2000 vì khả năng sản xuất kém và hay nghỉ việc [56].

Ở Canada, theo Scott B Patten (2006), tỷ lệ trầm cảm chung trong cả cuộc đời là 12,2%, trầm cảm trong năm qua là 4,8%, trầm cảm trong 30 ngày qua là 1,8%. Trầm cảm chủ yếu phổ biến ở phụ nữ (5%) hơn ở nam giới (2,9%). Tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm tuổi từ 15 đến 25 tuổi. Tỷ lệ mắc trầm cảm nặng không liên quan đến trình độ học vấn nhưng có liên quan đến tình trạng bệnh mãn tính (4,9% so với người không có bệnh là 1,9%), thất nghiệp (4,6% so với người không thất nghiệp là 3,5%), và thu nhập (TC ở người nghèo nhất là 8,5%, người giàu nhất 3,2%). Người kết hôn có tỷ lệ thấp nhất (2,8% so với người không kết hôn là 5,3%, người ly dị là 6,5%). Phương trình hồi quy cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm hàng năm có thể tăng theo tuổi tác ở nam giới chưa bao giờ kết hôn [67].

Ở các nước châu Á – Thái Bình Dương, theo tác giả Chiu E (2004), tỷ lệ mắc trầm cảm trong vòng 1 tháng từ 1,3% đến 5,5%, trong vòng 1 năm qua từ 1,7% đến 6,7% và tỷ lệ mắc trầm cảm trong cả cuộc đời từ 1,1% đến 19,9% trung bình là 3,7%, thấp hơn nhiều khu vực trên thế giới [46]. Ở Australia thì tỷ lệ trầm cảm cao hơn một số nước khác (20 - 30% dân số),

trong đó 3 - 4% là trầm cảm vừa và nặng. Ở một số nước châu Á như Trung Quốc, theo tác giả Chen R, tỷ lệ trầm cảm ở người già trên 60 tuổi khu vực nông thôn là 6%, ở khu vực thủ đô là 3,6% [45].

1.2.2. Thực trạng trầm cảm trong nước

Ở Việt Nam, theo nhiều nghiên cứu khác nhau về dịch tễ học trầm cảm cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm trong cộng đồng khoảng từ 3 đến 8%. Đối với các nghiên cứu ở đối tượng đặc biệt như người cao tuổi, phụ nữ sau sinh cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn nhiều.

Theo Nguyễn Văn Siêm (2010) nghiên cứu tại xã Quất Động, Thường Tín Hà Tây cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 8,35% dân số ≥ 15 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam là 5/1. Tỷ lệ mắc ở độ tuổi 30-59 là 58,21%, từ 60 tuổi trở lên là 36,9%. Tỷ lệ mới mắc là 0,48%. Đại đa số bệnh nhân (94,24%) mắc bệnh trên 1 năm. Số mắc bệnh trên 4 năm có tỷ lệ 70,3%. Tính chất tiến triển mạn tính rất rõ rệt (93,6% là trầm cảm tái diễn). Các giai đoạn trầm cảm đơn độc chiếm 6,3% số ca. Trầm cảm tái diễn có loạn thần tỷ lệ 2,3% và rối loạn cảm xúc lưỡng cực 3,46%. Các yếu tố tâm lý - xã hội theo thứ tự tăng dần: sống độc thân, ly thân, góa bụa, stress cường độ mạnh, đông con, stress trung bình, bệnh cơ thể [20].

Theo Trần Văn Cường (2001), điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 8 địa điểm của các vùng sinh thái khác nhau, cho kết quả về tỷ lệ mắc các bệnh tâm thần là 12,5%, trong đó rối loạn trầm cảm F 32: 2,47%; rối loạn lo âu F 41: 2,27% dân số. Tỷ lệ bệnh nhân khám tại các cơ sở y tế nhà nước là 31,9%; tại các cơ sở y tế tư nhân là 21,9% và số bệnh nhân chưa bao giờ đi khám là 68,5%. Thái độ của gia đình, cộng đồng đối với người bệnh còn xa lánh, hắt hủi chiếm 68,5% [7].

Năm 2000, Trần Việt Nghị và cộng sự đã điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại phường Gia Sàng - thành phố Thái nguyên cho thấy các tỷ lệ như sau: bệnh tâm thần phân liệt F 20: 0,26%; rối loạn trầm cảm F 32: 2,6%; rối loạn lo âu F 41: 2,98% [16].

Theo tác giả Hồ Ngọc Quỳnh (2009) nghiên cứu trầm cảm ở sinh viên điều dưỡng và y tế công cộng tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở sinh viên y tế công cộng lên tới 17,6%, ở sinh viên điều dưỡng là 16,5% và liên quan tới một số yếu tố như sự quan tâm của cha mẹ, gắn kết với nhà trường, thành tích học tập, quan hệ xã hội, tự nhận thức về bản thân [19].

Trầm cảm ở đối tượng đặc biệt như phụ nữ sau sinh, theo tác giả Lương Bạch Lan (2009), tỷ lệ mắc trầm cảm ở các bà mẹ sau sinh là 11,6%, các yếu tố liên quan làm gia tăng tỷ lệ trầm cảm như thời gian nằm viện của con trên 30 ngày, không khỏe khi mang thai, tử vong sơ sinh [14].

Theo Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2008), tỷ lệ mắc trầm cảm ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh tới 37,9% [11].

1.3. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, yếu tố nguy cơ của trầm cảm

1.3.1. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

Về cơ bản có thể chia nguyên nhân của trầm cảm làm 3 loại sau: (1) *Trầm cảm phản ứng* là trầm cảm xuất hiện sau sự cố sang chấn, căng thẳng kéo dài. (2) *Trầm cảm thực tổn* là trầm cảm xuất hiện trên nền tảng có tổn thương ở não hoặc các bệnh lý cơ thể ngoài não, ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của não. (3) *Trầm cảm nội sinh* là trầm cảm do mất cân bằng, các chất dẫn truyền thần kinh cảm xúc, các amin sinh học như serotonin, noradrenalin, dopamin [8], [35].

- Yếu tố di truyền: Các nghiên cứu gia đình cho thấy 50% số bệnh nhân rối loạn cảm xúc có ít nhất một người cha hoặc mẹ mắc rối loạn cảm xúc thường là trầm cảm [40], [73].

- Cơ chế dẫn truyền thần kinh: Theo giả thuyết này, các nhà nghiên cứu thấy có tổn thương hệ thống dẫn truyền thần kinh ở các vùng khác nhau của não gây ra các rối loạn trầm cảm. [43], [53].

- Giả thuyết về nor-epinephrin, giả thuyết về dopamine: Theo tác giả Blows (2000) serotonin và noradrenaline ảnh hưởng rất lớn đến hành vi về tâm thần trong khi đó dopamine chỉ ảnh hưởng đến vận động [43].

- Nhân cách, các sự kiện trong cuộc sống (stress): Bệnh nhân trầm cảm thường trải nghiệm các stress mạnh trong thời gian trước đó. Người ta cho rằng stress có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố thúc đẩy cho giai đoạn TC nhẹ, hoặc là yếu tố làm trầm trọng thêm của các trường hợp TC nặng [53].

1.3.2. Một số yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm

- *Các bệnh mãn tính làm gia tăng tỷ lệ mắc trầm cảm*

Theo Robert G. Robinson (2002) tỷ lệ mắc trầm cảm trong suốt cuộc đời của người dân Hoa Kỳ vào khoảng 17%. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở những người khỏe mạnh thấp hơn rất nhiều so với những người đang mắc bệnh. Tỷ lệ mắc trầm cảm trong nhóm bệnh nhân rất cao, từ 20 đến 40%. Trầm cảm đơn thuần hoặc kết hợp với các bệnh lý khác đều gây những tổn hại nghiêm trọng về mặt thể chất và tinh thần. Nếu không được điều trị, trầm cảm có thể kéo dài nhiều tháng và có thể gây phức tạp thêm quá trình điều trị bệnh [65].

Bất cứ bệnh mãn tính hoặc bệnh nặng nào đều có thể dẫn đến trầm cảm [31]. Nhiều loại thuốc dùng cho các bệnh mãn tính có thể gây ra trầm cảm. Trong số đó có thuốc giảm đau trong bệnh viêm khớp, thuốc hạ cholesterol, thuốc điều trị cao huyết áp và bệnh tim, thuốc giãn phế quản được sử dụng cho bệnh hen suyễn và các bệnh phổi khác. Các bệnh có thể dẫn đến trầm cảm có thể liệt kê như sau: *Bệnh tuyến giáp*: Suy giáp có thể gây ra trầm cảm. Tuy nhiên, suy giáp cũng có thể được chẩn đoán lầm là trầm cảm và không bị phát hiện. *Đau mạn tính*: Các nghiên cứu đã báo cáo có sự liên kết mạnh mẽ giữa trầm cảm và đau đầu, bao gồm đau đầu mãn tính và đau nửa đầu. Một vài nghiên cứu chỉ ra rằng một hội chứng đau nửa đầu, lo lắng, và trầm cảm là do các yếu tố phổ biến, chẳng hạn như bất thường trong các chất hoá học, đặc biệt là dopamine hay serotonin. Đau cơ và hội chứng đau mãn tính khác cũng liên quan với bệnh trầm cảm. *Đột quỵ và các bệnh thần kinh khác*: Khi bị một cơn đột quỵ làm tăng nguy cơ phát triển bệnh trầm cảm. Ngoài ra, bệnh nhân Parkinson, chấn thương cột sống, và các vấn đề tương tự khác mà làm giảm khả năng vận động hay suy nghĩ thường gây ra trầm cảm. *Suy tim*:

Bệnh nhân bị suy tim hoặc bệnh nhân đã bị một cơn đau tim cũng có thể có nguy cơ bị trầm cảm. *Rối loạn giấc ngủ và mất ngủ*: Ngủ bất thường là một phần của rối loạn trầm cảm, nhiều bệnh nhân trầm cảm bị chứng mất ngủ. Mặc dù căng thẳng và trầm cảm là nguyên nhân chính của chứng mất ngủ, mất ngủ cũng có thể làm tăng hoạt động của các hormone và các mối liên kết trong não có thể tạo những thay đổi trong cảm xúc. Ngay cả khi có sự thay đổi nhỏ trong thói quen ngủ cũng có thể tác động đáng kể đến tâm trạng của một người [49], [54]. Theo tác giả Daniel Taylor (2005, những người bị mất ngủ có tỷ lệ mắc trầm cảm cao gấp 9,8 lần so với những người không mất ngủ [49].

Bệnh tiểu đường: nghiên cứu gần đây cho thấy trầm cảm có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường và bệnh tiểu đường có thể làm tăng nguy cơ trầm cảm [33], [38], [39]. Theo tác giả Egede (2010) (*Diabetes and depression: Global perspectives*), đái tháo đường và trầm cảm là 2 bệnh liên quan chặt chẽ với gánh nặng bệnh tật, tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe. Sự song hành của trầm cảm và đái tháo đường có liên quan đến giảm khả năng điều trị, giảm chuyển hóa, tăng biến chứng, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí điều trị, tăng mức độ tàn tật và giảm khả năng lao động và tất yếu gia tăng nguy cơ tử vong. Khoảng 60% bệnh nhân HIV/AIDS bị trầm cảm [52].

- *Các yếu tố thuộc về cá nhân*

- *Đối với phụ nữ*, do cấu trúc cơ thể, cơ chế hoạt động của một số cơ quan như sinh dục, nội tiết, giải phẫu của người phụ nữ khác với nam giới, do vậy cũng ảnh hưởng đến trầm cảm. Một số yếu tố liên quan làm gia tăng trầm cảm ở phụ nữ như: *Các yếu tố nội tiết*: Nội tiết thay đổi trong quá trình phát triển và sinh sản có thể đóng một vai trò trong bệnh trầm cảm. Ảnh hưởng của nội tiết đặc biệt liên quan đến tuổi dậy thì. Trong khi cả nam và nữ có tỷ lệ trầm cảm như nhau trước khi dậy thì, phụ nữ có nguy cơ cao gấp hai lần bị trầm cảm khi đến tuổi dậy thì. *Kinh nguyệt*: Nhiều phụ nữ trải nghiệm những

thay đổi tâm trạng trong khoảng thời gian kinh nguyệt, một tỷ lệ nhỏ phụ nữ bị rối loạn tiền kinh nguyệt. Đây là một hội chứng tâm thần cụ thể bao gồm trầm cảm nặng, khó chịu, và căng thẳng trước kỳ kinh. *Mang thai và sinh sản*: Biến động nội tiết xảy ra trong thai kỳ, đặc biệt là khi kết hợp với mối quan hệ căng thẳng và lo lắng, có thể làm gia tăng trầm cảm. Khoảng 10 - 15% của phụ nữ, đặc biệt khi có con đầu, bị trầm cảm sau khi sinh, tình trạng trầm cảm nghiêm trọng (đôi khi kèm theo rối loạn tâm thần) xảy ra trong năm đầu tiên sau khi sinh. Sự suy giảm nhanh chóng của các hormone sinh dục khi sinh con có thể đóng vai trò quan trọng trong trầm cảm sau sinh ở những phụ nữ nhạy cảm. Các nghiên cứu cho rằng những phụ nữ nhạy cảm hơn với biến động nội tiết tố có nguy cơ mắc trầm cảm sau sinh lớn hơn cho nếu họ có tiền sử cá nhân hay gia đình bị bệnh trầm cảm. Sẩy thai cũng làm gia tăng nguy cơ trầm cảm. *Tiền mãn kinh và mãn kinh*: Biến động nội tiết có thể gây ra trầm cảm khi phụ nữ được chuyển sang thời kỳ mãn kinh. Giấc ngủ bị gián đoạn cũng rất phổ biến trong thời tiền mãn kinh và có thể đóng góp vào trầm cảm. Khi phụ nữ đi vào thời kỳ mãn kinh, triệu chứng trầm cảm thường có xu hướng suy yếu dần. Trách nhiệm gia đình và chăm sóc trẻ em có thể đóng một vai trò trong việc gây ra trầm cảm ở phụ nữ. Ngoài ra, nhiều phụ nữ nghèo, bị lạm dụng tình dục, hoặc xung đột gia đình, nghiện rượu trong thời kỳ có thai cũng là những yếu tố nguy cơ làm gia tăng bệnh trầm cảm [32], [51], [57], [61], [64], [71], [73].

- *Trầm cảm ở nam giới*: Trầm cảm không phải là hiếm gặp ở nam giới. Một số bằng chứng cho thấy rằng đàn ông có khuynh hướng dùng rượu nhiều hơn để che giấu tình trạng trầm cảm của họ, dẫn đến số liệu thống kê ít hơn so với tỷ lệ trầm cảm thực tế. Một số nghiên cứu cho thấy trầm cảm ở nam giới có liên quan với các chỉ số như khuynh hướng hành vi bốc đồng hoặc lạm dụng rượu hay chất gây nghiện [58], [70].

- *Trầm cảm ở trẻ em và thanh thiếu niên*: Trầm cảm có thể xảy ra ở trẻ em ở mọi lứa tuổi, mặc dù thanh thiếu niên có nguy cơ cao nhất. Các nguy cơ

làm gia tăng trầm cảm như: tiếp xúc với căng thẳng, bị lạm dụng, bị chấn thương, trầm cảm tái diễn và những thay đổi khác về cảm xúc và tâm thần ở tuổi trưởng thành; sau khi bị một căn bệnh nào đó kéo dài, hoặc bị tàn tật; bị cha mẹ xa lánh, hoặc đổ vỡ gia đình, cha mẹ ly hôn. Một số nghiên cứu cho thấy 3-5% trẻ em và thanh thiếu niên bị trầm cảm lâm sàng, và 10 - 15% có một số triệu chứng trầm cảm [59], [61].

- *Trầm cảm ở người cao tuổi*: Tỷ lệ tăng lên đáng kể ở những người có bệnh mãn tính như Parkinson, Alzheimer, bệnh tim, và bệnh ung thư... Trầm cảm xảy ra với tỷ lệ 12 - 14% người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc bệnh viện. Ngoài ra, người già thường phải đối mặt với những thay đổi đáng kể trong cuộc sống như căng thẳng, sự mất mát người thân (vợ/chồng) cũng làm gia tăng tỷ lệ mắc trầm cảm. Một nghiên cứu ở Malaysia về một số yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm ở người già cho thấy mối liên quan giữa trầm cảm với *tiền sử gia đình*, bị mắc nhiều *bệnh mãn tính* và người gặp khó khăn về xã hội [9], [21], [34], [47], [60], [69].

• *Yếu tố về hành vi*

- *Hút thuốc lá*: Có sự liên kết quan trọng giữa hút thuốc lá và trầm cảm. Những người dễ bị trầm cảm đối mặt với nguy cơ 25% trở nên chán nản khi họ bỏ thuốc, kéo dài ít nhất 6 tháng. Hơn nữa, những người trầm cảm hút thuốc không có khả năng bỏ thuốc lá, chỉ có khoảng 6% cai thuốc thành công sau 1 năm. Những người hút thuốc có tiền sử trầm cảm không được khuyến khích tiếp tục hút thuốc lá, hơn nữa còn phải theo dõi sát về sự tái phát trầm cảm sau khi họ ngừng hút thuốc. Các thuốc chống trầm cảm bupropion, được sử dụng để giúp đỡ những người bỏ hút thuốc lá. Hút thuốc lá ở phụ nữ đặc biệt có ảnh hưởng đến đứa trẻ sau này sinh ra [70].

- *Vận động*: Theo Tờ thông tin tuần lễ Y tế tâm thần – Australia năm 2009 – “Rèn luyện khả năng thích ứng cao” thì mỗi người nên vận động 1 ngày tối thiểu là 30 phút, có tác dụng tăng cường sức khỏe, giảm stress và hạn

chế mắc trầm cảm [12]. Vận động cũng là một biện pháp điều trị để phục hồi chức năng cho bệnh nhân trầm cảm [42].

- *Áp lực của công việc*: Công việc căng thẳng, như làm công tác nghiên cứu khoa học, quản lý, làm việc quá sức, quá thời gian, kéo dài... thường là nguyên nhân của stress, tái diễn nhiều lần dẫn đến trầm cảm. Điều kiện lao động bao gồm nhiều yếu tố như: yếu tố môi trường (rung, ồn, ô nhiễm hơi khí độc...); tâm sinh lý: thể lực, thần kinh, giác quan...; yếu tố tổ chức (phân công lao động hợp lý...); yếu tố xã hội như quan hệ cấp dưới-trên, đồng nghiệp, thưởng phạt... tính chất của lao động như lao động trí óc hay thể lực, tự động hóa, thủ công... từ đó tác động tới người lao động, gây nên stress [50]. Theo Tạp chí Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008), nghiên cứu trầm cảm ở nhóm người đang làm việc độ tuổi 18-64 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở các nhóm nghề nghiệp khác nhau: Người làm công việc chăm sóc cá nhân và dịch vụ là 10,8%, chế biến thực phẩm 10,3%, công tác xã hội 9,6%, chăm sóc sức khỏe và kỹ thuật 9,6%, làm nghệ thuật, thiết kế, quảng cáo, thể thao, truyền thông: 9,1% [64], [78].

Nghiên cứu của Trương Đình Chính và cộng sự (2009) cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm trong điều dưỡng và nữ hộ sinh tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu là 59%. Những yếu tố thuộc môi trường làm việc có liên quan đến khả năng mắc rối loạn tâm thần là làm việc tại các khoa nhiều bệnh nhân hoặc/và bệnh nhân nặng, công việc đòi hỏi quan sát hoặc lựa chọn chính xác, công việc quá nặng nhọc, chịu sức ép nặng nề trong công việc, và nguy cơ bị mất việc [5].

- *Yếu tố về thu nhập gia đình*

Theo Laura A. Pratt and Debra J. Brody (8/2008) cho thấy người ở độ tuổi 18-39, 40-59 có thu nhập dưới mức nghèo thì tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn hẳn ở những người có thu nhập ở mức trên (tỷ lệ trầm cảm tương ứng là 11,5% / 3,5% và 22,4% / 5,9%) [56].

- *Yếu tố về tâm lý*: Những người tâm lý quá nhạy cảm, ít bạn bè, sống nội tâm, có khả năng chịu đựng stress yếu thường dễ mắc trầm cảm [64].

1.4. Điều trị trầm cảm

1.4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị trầm cảm bao gồm hóa trị liệu và tâm lý trị liệu và bao gồm một số các nguyên tắc như sau: (1) Phải phát hiện được sớm, chính xác trạng thái trầm cảm kể cả trầm cảm nhẹ, trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể của nhiều bệnh chuyên khoa khác. (2) Phải xác định được mức độ trầm cảm đang có ở người bệnh. (3) Phải xác định rõ nguyên nhân là trầm cảm nội sinh, trầm cảm phản ứng hay trầm cảm thực tổn. (4) Phải chỉ định kịp thời các thuốc chống trầm cảm, biết chọn lựa đúng tác dụng của thuốc, loại thuốc, liều lượng, cách dùng. (5) Phải nhận rõ trầm cảm có kèm theo những rối loạn loạn thần khác hay không. (6) Phải biết chỉ định kết hợp các thuốc an thần kinh khi cần thiết. (7) Sóc điện vẫn cần được sử dụng trong các trường hợp trầm cảm nặng, có ý tưởng hành vi tự sát dai dẳng hoặc kháng thuốc. (8) Đi đôi với điều trị bằng thuốc còn phải sử dụng các liệu pháp tâm lý. (9) Khi điều trị trầm cảm có kết quả, cần được duy trì trong thời gian tối thiểu là 6 tháng, có khi hàng năm để phòng ngừa tái phát [8], [18], [41], [68].

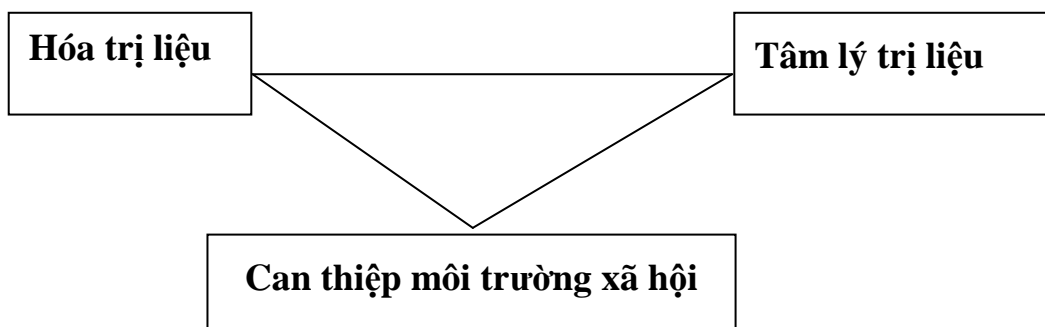
1.4.2. Quản lý và chăm sóc bệnh nhân trầm cảm

- *Thông tin cho bệnh nhân và gia đình:* Trầm cảm là bệnh lý hay gặp, nếu phát hiện sớm, điều trị kịp thời, chăm sóc tốt, đại đa số bệnh nhân sẽ khỏi hoặc thuyên giảm. Trầm cảm là một bệnh lý cảm xúc, không phải là một tình trạng bệnh “*tư tưởng*”, “*lười biếng*” hoặc “*yếu đuối*” vì vậy cần được chia sẻ, giúp đỡ, chăm sóc, không mặc cảm, không kỳ thị. *Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:* Hỏi và phát hiện nguy cơ tự sát, loại bỏ những tác nhân “stress”. Nếu do bệnh lý cơ thể, tổn thương não, nhiễm độc não phải tư vấn cho gia đình phối hợp với thầy thuốc chuyên khoa điều trị và chăm sóc. Bệnh nhân điều trị lâu dài, điều trị chống tái phát, nâng cao sức khỏe toàn diện [2], [3], [4], [8], [17].

1.5. Phòng, chống trầm cảm ở cộng đồng

Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về phòng chống các bệnh tâm thần nói chung, Việt Nam đã xây dựng mô hình phòng chống bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng, trong đó có bệnh trầm cảm. Đây là mô hình chuẩn. Trọng tâm của dự án này là lồng ghép công tác phát thuốc, theo dõi chăm sóc bệnh tâm thần vào hoạt động y tế cơ sở. Mô hình này đã được đánh giá lại cả về hiệu quả và cách đề cập.

Mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung và đối với bệnh trầm cảm nói riêng tại cộng đồng [28]



Điều kiện thực hiện quản lý và điều trị TC tại cộng đồng

Bệnh nhân được chẩn đoán sớm và gửi đi khám chuyên khoa xác định bệnh sớm. Phòng khám chuyên khoa có đủ khả năng thực hiện chẩn đoán xác định và đưa ra khuyến cáo cho hai hình thái trị liệu: tâm lý trị liệu, hoá trị liệu, đồng thời đưa ra khuyến nghị cho hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu thực hiện chăm sóc bệnh nhân tại cộng đồng và tìm hiểu can thiệp cải thiện môi trường xã hội của bệnh nhân. Hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu được trang bị kiến thức phát hiện sớm và được hướng dẫn thực hành trị liệu theo tài liệu của WHO (1998) “*Chăm sóc sức khỏe tâm thần ở tuyến cơ sở*”; kết hợp với gia đình theo dõi bệnh nhân, đồng thời, có kiến thức và kỹ năng xã hội tiến hành tìm hiểu về yếu tố môi trường xã hội để đưa ra biện pháp thực hiện cải thiện môi trường xã hội thuận lợi cho cải thiện sức khoẻ tâm trí của bệnh

nhân. Hệ thống thông tin hai chiều được thực hiện giữa tuyến chăm sóc sức khoẻ ban đầu và cơ sở chuyên khoa. Cộng đồng hiểu được lợi ích của vốn quan hệ xã hội và sức khoẻ tâm trí [26], [28].

Nội dung công tác chăm sóc và phục hồi chức năng bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng: (1) Chấp nhận trầm cảm là một căn bệnh thực sự; (2) Nhận biết và công nhận các triệu chứng của trầm cảm; (3) Cần hiểu về tiến triển của bệnh trầm cảm và các giai đoạn điều trị; (4) Dẹp bỏ các ý nghĩ ưu phiền của gia đình, bệnh nhân và xã hội về trầm cảm; (5) Cần hiểu về nguyên nhân của trầm cảm; (6) Chấp nhận ý tưởng điều trị; (7) Tìm hiểu về thuốc chống trầm cảm; (8) Hiểu biết về tâm lý liệu pháp; (9) Biết cách làm giảm nguy cơ tái phát; (10) Biết cách đối mặt với ý tưởng tự sát; (11) Người bị trầm cảm tự rèn luyện hàng ngày, ghi chép các hoạt động vào một bảng theo dõi để xác định khả năng phục hồi các hoạt động [4], [8].

1.6. Thực trạng công tác điều trị, quản lý bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng ở thế giới và Việt Nam

1.6.1. Công tác điều trị, quản lý bệnh nhân trầm cảm trên thế giới

Hiện nay trên thế giới, các nước có rất nhiều mô hình phòng, chống trầm cảm. Tuy nhiên đa số các nước đều triển khai theo các nhóm đối tượng đích cụ thể như: nhóm người già [32], nhóm thanh niên/vị thành niên, nhóm học sinh, sinh viên [11], [57], nhóm bệnh nhân mãn tính [29], [31], [35], [36], nhóm phụ nữ [59], nhóm người lao động [76]...

Đối với châu Âu, các quốc gia Cộng đồng châu Âu có nhiều chiến lược khác nhau về chăm sóc sức khoẻ tâm trí, phòng ngừa trầm cảm và tự sát. Tại Scotland, Chương trình quốc gia về chăm sóc sức khoẻ tâm trí năm 2001 đã đẩy mạnh 4 hoạt động: (1) nâng cao sức khoẻ tâm thần, (2) phòng chống tự tử, (3) phát hiện sớm dấu hiệu bệnh, (4) hỗ trợ phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Chương trình được nhắc lại trong 2 chu kỳ dự án (2003-2006 và 2006-2008). Các hoạt động của dự án tác động đến cả trong lĩnh vực chính sách và ngành. Các hoạt động đã thành công, bao gồm các hoạt động sơ cấp cứu về

tâm thần và nâng cao sức khỏe tâm thần cũng như hiểu biết của cộng đồng về tâm thần [72]. Tại Hà Lan, hoạt động phòng chống TC là 1 trong 5 hoạt động ưu tiên của chương trình y tế quốc gia giai đoạn 2007-2010, cùng với phòng chống béo phì, thuốc lá, nghiện rượu và bệnh tiểu đường. Chương trình “Đổi tác phòng chống trầm cảm” đã được khởi xướng bởi trường Đại học Trimbos và Hiệp hội tâm thần học Hà Lan. Các hoạt động phòng chống trầm cảm được lựa chọn ưu tiên trong chương trình này. Dự án đã xây dựng chương trình giáo dục phòng chống trầm cảm qua internet, là một trong các biện pháp để cải thiện nhận thức về phòng chống các bệnh tâm thần [72]. Tại Đức, năm 2001 đã thành lập website “Self-helf” – Tự giúp, để hỗ trợ bệnh nhân trầm cảm và tự sát [72]. Tại Thụy Điển, chương trình giáo dục phòng chống trầm cảm đã giúp giảm tỷ lệ tự sát do trầm cảm từ 45% tổng số trường hợp tự sát xuống còn 12% sau 2,5 năm và còn 16% sau 9,5 năm sau dự án. Tại các quốc gia khác ở Châu Âu cũng triển khai các hoạt động phòng, chống TC tương tự [72].

Chiến lược phòng chống trầm cảm giai đoạn 2008-2010 và một số năm tiếp theo ở Sidney Australia tập trung vào một số vấn đề trọng tâm: nhận thức của cộng đồng và chống phân biệt kỳ thị, cung cấp thông tin cho bệnh nhân/gia đình về trầm cảm/điều trị trầm cảm và cơ quan cung cấp dịch vụ y tế, phòng ngừa/phòng ngừa sớm, chăm sóc ban đầu về trầm cảm, nghiên cứu khoa học đối với các đối tượng đích [63]. Hiệp hội tâm thần học Australia năm 2009 đã đưa ra 10 khuyến cáo về rèn luyện khả năng thích ứng cao cho cộng đồng nhằm nâng cao sức khỏe tâm trí, bao gồm: dám chấp nhận mình không hoàn hảo, dành thời giờ cho bản thân, ghi danh một khóa học/một câu lạc bộ, năng vận động mỗi ngày càng nhiều càng tốt, dành thời gian tiếp xúc với người quý vị thấy thích thú, cười to mỗi ngày, mời hàng xóm sang uống trà, hãy làm ngay một việc gì mà quý vị đã trì hoãn lâu nay, hãy nhớ việc này rồi cũng sẽ qua đi, chú tâm đến những gì nằm trong vòng kiểm soát của mình [12].

Tại châu Á, đa số các nước đều tham gia vào Chiến lược phòng chống tự tử (STOPS – strategy to prevent suicide). Chiến lược đã triển khai các chiến dịch giáo dục để nâng cao nhận thức của cộng đồng về *trầm cảm có thể điều trị được và tự tử có thể phòng ngừa được*. Hàn Quốc đã triển khai chương trình giáo dục quốc gia được tài trợ bởi Bộ Y tế và Phúc lợi và Hiệp hội phòng chống tự tử Hàn Quốc. Sáng kiến trên tập trung vào một số vấn đề: (1) thông báo trên truyền hình, radio và trên tàu điện ngầm; (2) chương trình giáo dục về trầm cảm và phòng chống tự tử được đưa lên tivi, internet và phân phối qua đĩa CD-rom; (3) phân phát rộng rãi tờ rơi, sách mỏng, nhãn dính và áp phích; (4) tổ chức *Ngày sàng lọc trầm cảm*, để phát hiện, tư vấn và tổ chức các hội nghị chuyên đề về trầm cảm cho cộng đồng; (5) tổ chức các hoạt động cộng đồng trong Ngày Thế giới phòng chống tự tử hàng năm vào 10/9. Nhiều quốc gia khác cũng tổ chức các hoạt động phòng, chống trầm cảm tương tự [76].

1.6.2. Công tác điều trị, quản lý bệnh nhân trầm cảm ở Việt Nam

Nước ta có trên 15% dân số, tức là khoảng 12 triệu người mắc 10 chứng rối loạn tâm thần thường gặp như lo âu, trầm cảm, nghiện rượu, ma túy; mất trí tuổi già..., trong đó có tới 80% người bệnh không được chăm sóc và điều trị đúng cách do thiếu đội ngũ cán bộ y tế chuyên trách về vấn đề này. Hiện nay, chương trình điều trị bệnh trầm cảm tại cộng đồng đã và đang được triển khai thí điểm ở một số tỉnh trong cả nước [23].

Tuy nhiên, theo tiến sỹ Jean Marc Olive (2010), trưởng đại diện WHO tại Việt Nam thì Việt Nam đã có nỗ lực đáng kể trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, mô hình phòng chống bệnh tâm thần tại cộng đồng đã bao phủ 63 tỉnh thành với trên 40% xã, phường triển khai. Tuy vậy, chương trình chỉ mới tập trung vào việc khảo sát, quản lý, điều trị và phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh. Một số hạn chế của chương trình như: Các bệnh tâm thần khác – đặc biệt là TC – chưa được quản lý trong mô hình. Điều này có nghĩa là những người mắc những bệnh này không nhận

được sự chăm sóc và điều trị đầy đủ tại cộng đồng thậm chí tại các cơ sở y tế. Hơn nữa, khái niệm về rối loạn tâm thần – tình trạng ban đầu của bệnh tâm thần chưa được nhận thức đầy đủ. Kết quả là các vấn đề về sức khỏe tâm thần chỉ được xem như là các vấn đề của ngành y tế và chương trình sức khỏe tâm thần hiện nay có xu hướng chú trọng vào khía cạnh lâm sàng hơn là phát hiện sớm và phòng ngừa bệnh phát sinh với sự tham gia của các ban ngành khác và của toàn xã hội.” [13].

Xuất phát từ gánh nặng bệnh tật do trầm cảm gây ra, mô hình điểm quản lý trầm cảm đã được Bệnh viện Tâm thần trung ương I triển khai trong phạm vi Chương trình mục tiêu quốc gia về bảo vệ sức khỏe tâm thần. Ngoài ra một số tổ chức phi chính phủ đang triển khai thí điểm mô hình này như Quỹ Cựu chiến binh Mỹ VVAF, Tổ chức các Nhu cầu cơ bản. Để cung cấp bằng chứng khoa học về chi phí – hiệu quả trong quản lý bệnh trầm cảm tại cộng đồng ở Việt Nam, ngày 22/10/2011, Trường Đại học Y Hà Nội phối hợp với Viện Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai và Viện Karolinska, Thụy Điển tổ chức Hội thảo về xây dựng mô hình quản lý trầm cảm tại cộng đồng ở Việt Nam. Hội thảo với sự tham gia của các cán bộ đại diện Viện Đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng Đại học Y Hà Nội, Viện Sức khỏe tâm thần, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội, Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, một số Bệnh viện tâm thần trực thuộc Bộ Y tế và tỉnh, thành phố và đại diện của: Tổ chức y tế thế giới, Quỹ Cựu chiến binh Mỹ VVAF, Tổ chức các Nhu cầu cơ bản, Tổ chức Atalantic Philanthropies và chuyên gia quốc tế về sức khỏe tâm thần như GS. Harry Minas, Trung tâm Sức khỏe tâm thần quốc tế, Đại học Melbourne. Tại Hội thảo, các đại biểu đã thảo luận và thống nhất về một số nội dung chính cần được xây dựng và triển khai thực hiện trong quản lý trầm cảm, như xây dựng các quy trình chuyên môn, công cụ chuẩn mực trong khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trầm cảm; tổ chức đào tạo chuyên môn phù hợp cho cán bộ y tế tại các tuyến, đặc biệt là ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu; cán bộ y tế thôn bản, cộng tác viên y tế, gia đình

người bệnh; tổ chức các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức cộng đồng về trầm cảm, tránh kỳ thị...; tiến hành các hoạt động theo dõi, giám sát hỗ trợ từ tuyến trên; huy động sự tham gia của người bệnh, gia đình người bệnh, toàn cộng đồng. Bên cạnh đó, cần huy động sự hỗ trợ, cam kết phát triển bền vững hệ thống sức khỏe tâm thần của Chính phủ; xây dựng và hoàn thiện các chính sách về sức khỏe tâm thần (luật về sức khỏe tâm thần, chính sách thu hút nguồn nhân lực, chính sách trợ cấp cho cán bộ y tế...); xây dựng chiến lược quốc gia / kế hoạch tổng thể, dài hạn về lĩnh vực sức khỏe tâm thần với sự tham gia của Bộ Y tế, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Giáo dục và đào tạo, các cơ quan ở các tuyến: trung ương, tỉnh, huyện, Tổ chức y tế thế giới, các tổ chức phi chính phủ, các đoàn thể..., trong đó có quy định cụ thể nhiệm vụ của các ban, ngành, các bên liên quan; tăng cường hợp tác phát triển, nghiên cứu khoa học về sức khỏe tâm thần [6].

1.7. Đặc điểm chung của thị xã Bắc Kạn và tình hình công tác phòng chống trầm cảm tại Bắc Kạn

1.7.1. Đặc điểm chung của thị xã Bắc Kạn và phường Sông Cầu

*** Thị xã Bắc Kạn**

Thị xã Bắc Kạn là một thị xã và là tỉnh lỵ của tỉnh Bắc Kạn, diện tích: 131,95 km², dân số (2009) là 37.180 người, mật độ dân số 282 người/km². Thị xã Bắc Kạn là đô thị loại 4, dân số thành thị là 65,48%, nông thôn là 34,52%. Thị xã Bắc Kạn bao gồm 4 phường: Nguyễn Thị Minh Khai, Đức Xuân, Sông Cầu, Phùng Chí Kiên và 4 xã: Huyền Tụng, Dương Quang, Nông Thượng, Xuất Hóa. Cơ cấu kinh tế của thị xã: thương mại, du lịch chiếm 50%, công nghiệp 40,3%, nông lâm nghiệp là 9,7%; thu nhập bình quân đầu người 15,7 triệu đồng. Tỷ lệ hộ nghèo năm 2010 là 2,75% theo tiêu chí cũ. Trên địa bàn thị xã có 416 doanh nghiệp (142 Công ty cổ phần; 171 Công ty TNHH; 92 Doanh nghiệp tư nhân; 11 Hợp tác xã); có 2.471 hộ kinh doanh cá thể (ăn uống 249, dịch vụ 727, thương mại 1.264, sản xuất 231). Tổng sản lượng lương thực có hạt năm 2010 đạt 4.387 tấn. Trên địa bàn thị xã còn có

các cơ quan chính quyền cấp tỉnh, các sở, ngành, trường Cao đẳng cộng đồng, Trường Trung học y tế, Trường dạy nghề tỉnh. Thị xã Bắc Kạn hội tụ nhiều điều kiện cũng như nguy cơ gia tăng bệnh trầm cảm ở một đô thị miền núi [30].

Bản đồ thị xã Bắc Kạn

(nguồn: <http://maps.google.com/maps?q=bản+đồ+thị+xã+Bắc+Kạn&oe>)



* Phường Sông Cầu

Phường Sông Cầu nằm ở trung tâm thị xã Bắc Kạn, phía bắc giáp Sông Cầu, phía nam giáp phường Đức Xuân, phường Chí Kiên, phía Tây giáp xã Quang Thuận và xã Nông Thượng. Phường có tổng diện tích là 4,32 km², dài 4 km, rộng 1 km. Về địa hình: đồi thấp và bãi bồi dọc sông, về giao thông thuận lợi, có các đường nội thị và quốc lộ 270. Phường có 19 tổ dân phố với

số hộ 1.872, là: 7.014 khẩu, số hộ nghèo là 68, cận nghèo là 112 theo tiêu chí mới (2011). Đội ngũ cán bộ y tế của phường, hoạt động đều đặn, có kiến thức chuyên môn và nhiệt huyết công tác, có kinh nghiệm trong quản lý bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng. Lãnh đạo UBND phường rất quan tâm đến công tác y tế, các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế triển khai đạt hiệu quả cao, đặc biệt là chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng [29].

Bản đồ phường Sông Cầu

(Nguồn:

http://bandonhadat.vn/?lat=22.14471335&lng=105.8170125&lvdf=13&plg=w_11128).



1.7.2. Tình hình chẩn đoán, điều trị quản lý và chăm sóc bệnh nhân tâm thần, động kinh và trầm cảm tại Bắc Kạn

Từ năm 2000, tỉnh Bắc Kạn bắt đầu triển khai xây dựng mạng lưới chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng phù hợp với tình hình chung của cả nước và đặc thù kinh tế xã hội ở địa phương, nhưng mới tập trung chủ yếu bệnh tâm thần phân liệt. Tháng 8 năm 2001 mô hình điểm đầu tiên về công tác phòng chống bệnh tâm thần phân liệt đã được triển khai tại xã Vi Hương - huyện Bạch Thông với các hoạt động: truyền thông – giáo dục sức khỏe, điều tra khảo sát tỷ lệ bệnh tâm thần phân liệt lập hồ sơ bệnh án,

quản lý - điều trị - phục hồi chức năng tâm lý cho bệnh nhân tại nhà. Sau thành công bước đầu của mô hình điểm, Bắc Kạn triển khai nhân rộng mô hình, đến năm 2008 có 100% số xã, phường trong toàn tỉnh được triển khai hoạt động Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng. Năm 2011, Bắc Kạn triển khai thêm 10 mô hình điểm về phòng chống bệnh động kinh tại 8/8 huyện, thị. Người dân đã có kiến thức về chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe Tâm thần, nhất là kiến thức về bệnh tâm thần phân liệt từ đó giảm kỳ thị và các phương pháp chữa bệnh không khoa học. Bệnh nhân tâm thần được điều trị sớm và tích cực, ổn định ngay tại cộng đồng, giảm đáng kể chi phí cho người bệnh bớt đi gánh nặng cho gia đình và xã hội. Người nghèo, người dân vùng sâu, vùng xa cũng được chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe Tâm thần góp phần vào việc công bằng, bình đẳng trong các dịch vụ Y tế.

Hiện tại tỉnh có hai hệ thống điều trị các bệnh lý tâm thần nói chung và trầm cảm:

- Bệnh viện đa khoa tỉnh có khoa Tâm thần kinh có 01 bác sỹ chuyên ngành Tâm thần thực hiện điều trị các bệnh nhân tâm thần, động kinh, trầm cảm cấp tính.

- Trung tâm Phòng, chống bệnh xã hội có 02 bác sỹ chuyên khoa tâm thần, triển khai các hoạt động của Dự án Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, quản lý bệnh nhân, theo dõi, chỉ đạo tuyến đến cấp xã. Bệnh nhân tâm thần sau khi điều trị ổn định tại bệnh viện, được cấp sổ quản lý và lĩnh thuốc hàng tháng tại trạm Y tế xã. Đối với bệnh động kinh, tỉnh Bắc Kạn mới đang bước đầu thực hiện quản lý, điều trị bệnh nhân động kinh tại cộng đồng. Đối với trầm cảm, công tác phòng chống bệnh chưa được triển khai đến cộng đồng [27].

Các bệnh nhân trầm cảm ở địa phương khác của tỉnh được khám và chẩn đoán và được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh và điều trị ngoại trú ở nhà theo đơn thuốc của bác sỹ [27].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu mô tả

- *Nghiên cứu định lượng:*

Đối tượng nghiên cứu: gồm 4451 người trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên, sinh trước tháng 6 năm 1993).

+ Tiêu chuẩn chọn: có thời gian cư trú (hộ khẩu) ít nhất là 2 năm trở lên, có thể quản lý và theo dõi được.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: là những người dưới 18 tuổi, người tạm trú, đi công tác hoặc vắng mặt dài hạn, người không còn đủ minh mẫn để trả lời bộ câu hỏi.

- *Nghiên cứu định tính:* người chăm sóc bệnh trầm cảm tại gia đình, tổ trưởng dân phố, nhân viên y tế thôn bản

2.1.2. Nghiên cứu bệnh chứng

Đối tượng nghiên cứu bao gồm toàn bộ số bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm (193 người) ghép cặp với những người không mắc trầm cảm (386) theo tỷ lệ 1 bệnh/2 chứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng với định tính tìm hiểu thực trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn tỉnh Bắc Kạn năm 2011.

- Nghiên cứu bệnh chứng nhằm xác định một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn.

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn, tỉnh Bắc Kạn.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2011.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

2.2.3.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả

* *Nghiên cứu định lượng*: Chọn toàn bộ quần thể cộng đồng theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ trong cộng đồng, áp dụng theo công thức:

$$n = \left[Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{pq}{e^2} \right] + 1$$

Trong đó, p là tỷ lệ mắc bệnh theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Siêm năm 2010 [19] là 0,083, $q = 1-p = 0,917$, $z_{(1-\alpha/2)}^2$ ở ngưỡng 5% = 1,96, e là sai số mong muốn giữa kết quả nghiên cứu và cộng đồng, $e = 0,0083$. Thay vào công thức tính toán cho thấy cho cỡ mẫu là: **4.244**. Cỡ mẫu này gần tương đương với 100% quần thể nghiên cứu phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn nên chúng tôi lựa chọn phương án điều tra toàn bộ người trưởng thành ở cộng đồng (≥ 18 tuổi). Thực tế, trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 4.451 đối tượng nghiên cứu.

* *Nghiên cứu định tính*:

- Chọn toàn bộ 19 nhân viên y tế thôn bản của các tổ dân phố trong phường Sông Cầu để thảo luận nhóm có cấu trúc theo mục tiêu nghiên cứu về vai trò của cán bộ y tế trong phòng chống trầm cảm

- Chọn toàn bộ 19 tổ trưởng dân phố các tổ dân phố trong phường Sông Cầu để thảo luận nhóm theo mục tiêu nghiên cứu về vai trò của cộng đồng trong phòng chống trầm cảm tại cộng đồng

- Chọn ngẫu nhiên 15 người nhà bệnh nhân trầm cảm để thảo luận nhóm có cấu trúc theo mục tiêu nghiên cứu về vai trò của người nhà trong phòng chống trầm cảm

- Tiến hành 03 cuộc thảo luận nhóm với 3 nhóm đối tượng:
 - + Một cuộc thảo luận nhóm của người nhà bệnh nhân gồm 15 người
 - + Một cuộc thảo luận nhóm 19 người gồm toàn bộ nhân viên y tế thôn bản
 - + Một cuộc thảo luận nhóm gồm toàn bộ 19 tổ trưởng dân phố nơi có bệnh nhân trầm cảm sống.

2.2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng

Cỡ mẫu bệnh chứng được áp dụng theo công thức tính như sau:

$$n = Z^2_{(\alpha/2)} \frac{\{1/[p_1(1-p_1)]+1/[p_0(1-p_0)]\}}{[ln(1-\varepsilon)]^2}$$

Trong đó: p_1 : Tỷ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ được ước lượng cho nhóm bệnh; p_0 : Tỷ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ được ước lượng cho nhóm chứng; ε : Mức độ chính xác mong đợi (chênh lệch cho phép giữa tỷ suất chênh (OR) thực của quần thể và OR thu được từ mẫu).

Tính toán dựa theo nghiên cứu bệnh chứng của Salima O tại Malaysia cho kết quả tỷ lệ phơi nhiễm về tiền sử gia đình trong nhóm bệnh là 30,8%, trong nhóm chứng là 9,2%, OR = 4,37 [66].

Với số liệu trên, áp dụng vào công thức, với độ tin cậy là 99%, lực mẫu = 99%, tỷ lệ bệnh/chứng = 1/2, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu nhóm bệnh là 126, nhóm chứng là 252. Do đã triển khai nghiên cứu mô tả đối với toàn bộ cộng đồng, có đầy đủ số liệu nên chúng tôi lựa chọn phương pháp tối ưu: Nhóm bệnh gồm toàn bộ số bệnh nhân đã phát hiện mắc trầm cảm là 193 người, chọn nhóm chứng bằng phương pháp ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, địa chỉ gần nhất với bệnh nhân theo tỷ lệ 1 bệnh/2 chứng, nhóm chứng là 386 người. Tổng cộng: 193 bệnh + 386 chứng = 579.

2.2.4. Công cụ, phương pháp thu thập số liệu

* Công cụ thu thập số liệu đối với nghiên cứu mô tả

- Đối với nghiên cứu định lượng:

Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 30 câu (phụ lục 1) để sàng lọc, thu thập thông tin về tình trạng, dấu hiệu trầm cảm, các yếu tố liên quan đến trầm cảm, nhận thức của bản thân và cộng đồng về phòng, chống trầm cảm.

Những người có dấu hiệu mắc TC được bác sỹ chuyên khoa tâm thần trực tiếp khám, khai thác các triệu chứng, các yếu tố nguy cơ của trầm cảm.

- Đối với đối với nghiên cứu định tính:

Ba bản hướng dẫn thảo luận nhóm có cấu trúc cho ba nhóm:

+ Bản hướng dẫn thảo luận nhóm cán bộ y tế (phụ lục 2) gồm 8 câu hỏi về bệnh trầm cảm, công tác trong tại cộng việc phát hiện và chăm sóc điều trị bệnh nhân trầm cảm đồng của cán bộ y tế.

+ Bản hướng dẫn thảo luận nhóm tổ trưởng dân số (phụ lục 3) gồm 7 câu hỏi về bệnh trầm cảm và vai trò của người dân địa phương trong việc chăm sóc bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng,

+ Bản hướng dẫn thảo luận nhóm người nhà bệnh nhân (phụ lục 4): gồm 7 câu hỏi về bệnh trầm cảm, vai trò của người nhà trong việc chăm sóc bệnh nhân và một số kinh nghiệm trong điều trị chăm sóc bệnh nhân trầm cảm.

+ Sổ, bút, máy ghi âm để ghi chép lại các nội dung ý kiến thảo luận nhóm.

** Công cụ thu thập số liệu đối với nghiên cứu bệnh chứng*

Sử dụng phiếu thu thập thông tin sàng lọc ban đầu ở phần yếu tố nguy cơ trầm cảm. Nhóm bệnh và nhóm chứng được phỏng vấn về các yếu tố nguy cơ bởi các bác sỹ chuyên khoa tâm thần.

2.2.5. Định nghĩa một số biến

- **Mức thu nhập bình quân tính theo đầu người**, áp dụng theo Quyết định số 09/2011/QĐ-TTg ngày 30/1/2011 về việc ban hành chuẩn nghèo và cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015. Đối với thành thị: hộ nghèo có mức thu nhập bình quân đầu người < 500.000đ/người/tháng, hộ cận nghèo có

mức thu nhập bình quân từ 501.000đ đến 600.000đ/người/tháng, hộ không nghèo có mức thu nhập bình quân > 600.000đ/người/tháng [22].

Sông Cầu là phường của thành thị nên áp dụng chuẩn của thành thị.

- **Trình độ học vấn:** Người tham gia phỏng vấn đã học hết một trong các cấp độ: tiểu học (cấp I cũ), trung học cơ sở (cấp II cũ), trung học phổ thông (cấp III cũ), chuyên nghiệp, tính ở thời điểm hiện tại.

- **Nghề nghiệp:** Cán bộ hành chính là những người làm công chức, viên chức hoặc lao động nhẹ nhàng như bác sỹ, y tá... Công nhân/lao động thủ công là những người được tuyển dụng vào lao động trực tiếp tại các doanh nghiệp sản xuất hoặc cơ sở thủ công. Người buôn bán có thể là bán rong, bán hàng có quầy ở chợ hoặc cửa hàng riêng. Người làm nội trợ chủ yếu là làm việc chăm sóc gia đình, con cái. Nông dân là những người trồng lúa, rau hoặc hoa màu (ở phường Sông Cầu chủ yếu là trồng rau). Học sinh, sinh viên: đang học lớp cuối PTTH (từ 18 tuổi trở lên) hoặc đang học chuyên nghiệp.

- **Stress** là tất cả những sự việc, những hoàn cảnh trong các điều kiện sinh hoạt xã hội, trong mối liên quan phức tạp giữa người với người, tác động vào tâm thần, gây ra những cảm xúc mạnh, phần lớn là tiêu cực: sợ hãi, lo lắng, buồn rầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng... Các tình huống gây stress là những tình huống gây ra sự mất thăng bằng và đe dọa về cơ thể và tâm lý cho con người. Các tình huống trong tâm lý cá nhân như xâm phạm quyền lợi, địa vị, xung đột với người yêu, mất mát, chia ly, mâu thuẫn vợ chồng,... thường gây bệnh nhiều nhất. Các tình huống trong tâm lý xã hội như áp lực công việc, làm ăn thua lỗ, cạnh tranh...[53].

- **Chẩn đoán xác định trầm cảm theo ICD 10 ở mã F32:** Giai đoạn trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng đặc trưng và phổ biến sau [3], [8], [75]:

Các triệu chứng đặc trưng: Khí sắc trầm, mất mọi quan tâm và thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động.

Các triệu chứng phổ biến khác hay gặp: giảm sút sự tập trung và chú ý, giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin, những ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai thấy ảm đạm, ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng.

Các triệu chứng cơ thể (sinh học, sâu uất) của trầm cảm: mất quan tâm, ham thích trong những hoạt động thường ngày gây thích thú, không có phản ứng cảm xúc với những sự kiện và môi trường xung quanh thường ngày vẫn tạo phản ứng vui thích, thức giấc sớm ít nhất 2 giờ so với bình thường, trầm cảm nặng nề hơn về buổi sáng, chậm chạp, tâm lý vận động hoặc kích động, mất khẩu vị rõ rệt, sút cân (thường giảm $\geq 5\%$ so với trọng lượng cơ thể tháng trước), mất dục năng rõ rệt, rối loạn kinh nguyệt ở nữ.

Các triệu chứng loạn thần: Hoang tưởng, ảo giác hoặc sửng sờ. Hoang tưởng, ảo giác có thể phù hợp với khí sắc (hoang tưởng bị tội, bị thiệt hại, bị trừng phạt, nghi bệnh, hoang tưởng mở rộng, nhìn thấy cảnh trừng phạt, ảo thanh kết tội hoặc nói xấu, lãng nhục) hoặc không phù hợp với khí sắc (hoang tưởng bị theo dõi, liên hệ...)

Chẩn đoán mức độ trầm cảm theo ICD 10 như sau:

F32.0 Giai đoạn trầm cảm nhẹ:

Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.

Và có 2/7 triệu chứng phổ biến khác hay gặp của trầm cảm.

Không có triệu chứng cơ thể (sinh học) của trầm cảm.

Khó tiếp tục công việc và hoạt động xã hội nhưng không dừng hoàn toàn.

Kéo dài ít nhất 2 tuần.

F32.1. Giai đoạn trầm cảm vừa:

Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.

Và có ít nhất 3/7 triệu chứng phổ biến hay gặp của trầm cảm

Gây nhiều trở ngại trong sinh hoạt gia đình, xã hội và nghề nghiệp.

Có thể có các triệu chứng cơ thể (phải có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể).

Kéo dài ít nhất 2 tuần.

F32.2. Giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần:

Có 3/3 triệu chứng đặc trưng.

Và có ít nhất 4/7 triệu chứng phổ biến.

Kèm theo các triệu chứng cơ thể.

Không còn khả năng tiếp tục công việc xã hội và nghề nghiệp.

Kéo dài ít nhất 2 tuần, nhưng nếu các dấu hiệu rõ rệt, trầm trọng có thể chẩn đoán trước 2 tuần.

F32.3. Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần:

Thoả mãn các tiêu chuẩn đã nêu trong mục F32.2. ở trên.

Kèm theo hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Nếu cần, hoang tưởng và ảo giác có thể được phân rõ là phù hợp hay không phù hợp với khí sắc.

2.2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

** Thu thập số liệu định lượng của nghiên cứu mô tả*

- Phòng vấn sàng lọc đối tượng nghiên cứu: cán bộ trạm y tế xã và y tế thôn bản đã được tập huấn cho về phương pháp thu thập thông tin trực tiếp thu thập số liệu theo mẫu phiếu đã được thiết kế thống nhất.

- Khám lâm sàng và chẩn đoán trầm cảm: bác sỹ chuyên khoa tâm thần trực tiếp khám những bệnh nhân đã được sàng lọc để chẩn đoán xác định, phân loại mức độ TC.

** Thu thập số liệu định tính của nghiên cứu mô tả*

- Tổ chức các cuộc thảo luận nhóm các đối tượng liên quan:

+ Kê bàn ghế thành vòng tròn, giới thiệu từng thành viên ghi mã số từng người và thảo luận theo từng chủ đề phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

+ Một cán bộ trong nhóm nghiên cứu chủ trì và hướng dẫn thảo luận nhóm, một cán bộ khác trong nhóm nghiên cứu làm thư ký ghi chép nội dung thảo luận.

+ Kết thúc mỗi chủ đề cần thống nhất ý kiến mọi người rồi chuyển sang chủ đề khác.

- Gỡ băng và đối chiếu với ghi chép trong sổ để có được thông tin chính xác.

* *Thu thập số liệu đối với nghiên cứu bệnh chứng*: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn, phần 3 về các yếu tố nguy cơ. Bác sỹ chuyên khoa tâm thần trực tiếp phỏng vấn bệnh nhân (nhóm bệnh) và nhóm chứng để thu thập thông tin được chính xác hơn.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

2.3.1. Các chỉ số chung về thực trạng trầm cảm ở người trưởng thành ở phường Sông Cầu thị xã Bắc Kạn

- Tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm trong người trưởng thành phân theo các nhóm như:

- Tỷ lệ mắc trầm cảm chia theo nhóm tuổi

- Tỷ lệ mắc trầm cảm theo giới: nam, nữ.

- Tỷ lệ mắc TC theo trình độ học vấn: mù chữ, tiểu học, THCS, THPT, chuyên nghiệp.

- Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tình trạng hôn nhân: đã kết hôn, chưa kết hôn, ly hôn/ly thân; góa vợ/chồng;

- Tỷ lệ mắc trầm cảm theo nghề nghiệp: công chức/viên chức; công nhân/lao động thủ công; học sinh/sinh viên; buôn bán; nội trợ; nông dân; hưu trí; không có việc làm.

- Tỷ lệ mắc trầm cảm theo điều kiện kinh tế gia đình hộ nghèo, cận nghèo, không nghèo.

2.3.2. Các chỉ số mô tả triệu chứng trầm cảm

- Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm

- Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm
- Các triệu chứng về cơ thể khác của trầm cảm
- Mức độ trầm cảm theo ICD 10.

2.3.3. *Chỉ số về thực trạng chăm sóc bệnh nhân TC, quản lý và phòng chống trầm cảm tại cộng đồng của nhân viên y tế thôn bản và chính quyền*

2.3.4. *Các chỉ số về các yếu tố nguy cơ với trầm cảm*

- Các yếu tố nguy cơ về điều kiện kinh tế gia đình (nghèo) với mắc trầm cảm

- Các yếu tố nguy cơ về stress trong gia đình với mắc TC: bản thân ly dị/ly thân, áp lực của học hành, mâu thuẫn gia đình, bố mẹ hoặc bản thân ly thân/ly hôn

- Các yếu tố nguy cơ về stress trong công việc, xã hội với mắc TC: áp lực công việc, làm ăn thua lỗ hoặc mất việc làm, hưu trí hoặc mất sức lao động

- Các yếu tố nguy cơ về các bệnh mãn tính đối với mắc trầm cảm: bệnh tim mạch, đái tháo đường, mất ngủ/đau nửa đầu

- Các yếu tố nguy cơ về tiền sử gia đình có người mắc trầm cảm

- Các yếu tố nguy cơ về uống rượu, hút thuốc lá, dùng ma túy với mắc trầm cảm

- Các yếu tố nguy cơ về các thời kỳ đặc biệt của giới nữ với mắc TC: có thai, sinh đẻ, tiền mãn kinh.

2.3.5. *Các chỉ số về giải pháp của Chính quyền, tổ trưởng dân phố, y tế thôn bản, và gia đình bệnh nhân trong phòng, chống TC tại cộng đồng*

- Giải pháp về phía y tế thôn bản để quản lý, theo dõi và điều trị bệnh nhân TC

- Giải pháp về phía cộng đồng để hỗ trợ gia đình bệnh nhân TC

- Giải pháp về phía gia đình để hỗ trợ bệnh nhân trầm cảm, phòng chống tái phát và hòa nhập cộng đồng

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và không chế sai sót bằng phần mềm Epi info 3.5.3, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 17.0 và StataSE 11.

- Số liệu nghiên cứu mô tả định lượng được thống kê theo các bảng với tỷ lệ phần trăm (%). Số liệu mô tả định tính được trình bày trong các hộp, trích dẫn ý kiến của các đối tượng về vấn đề nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu bệnh chứng được trình bày trong các bảng tiếp liên (2 x 2, 2 x n).

- Các thuật toán: *phân tích đơn biến*, tính toán tỷ suất chênh OR, so sánh sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng bằng test khi bình phương để xác định mối liên quan giữa nguy cơ và bệnh (p). Sau đó chọn những biến có mối liên quan ($p < 0,05$) để đưa vào *phân tích hồi quy đa biến* (logistic regression) nhằm mục đích:

- + Loại trừ những yếu tố không thực sự là nguy cơ (do nhiễu);
- + Xác định sự đóng góp tổng thể của các yếu tố nguy cơ với mắc TC.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương chuyên khoa II trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên thông qua.

Tất cả người dân trong nhóm đối tượng nghiên cứu như bệnh nhân, người nhà và các đối tượng liên quan đều được giải thích rõ ràng, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân về bệnh nhân được giữ bí mật. Nghiên cứu được thông báo trước cho Ủy ban nhân dân phường Sông Cầu để tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu triển khai điều tra, phỏng vấn.

Nghiên cứu nhằm mục đích tìm hiểu về thực trạng, các yếu tố liên quan với bệnh lý trầm cảm, giúp địa phương triển khai tốt công tác phòng chống bệnh trầm cảm, giúp gia đình bệnh nhân điều trị có hiệu quả trầm cảm, phòng tái phát, góp phần nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân ở cộng đồng. Vì vậy đã nhận được sự đồng ý của người dân, các cấp chính quyền địa phương và các đơn vị liên quan.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu

3.1.1. Đặc điểm chung về mức trầm cảm tại phường Sông Cầu

Bảng 3.1: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới				Tổng (n = 4.451)	
	Nam	Tỷ lệ %	Nữ	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
18-30	5	0,8	18	4,6	23/987	2,3
31-40	6	0,9	20	4,4	26/1120	2,3
41-50	13	2,1	26	6,1	39/1045	3,7
51-60	8	1,8	48	15,8	56/753	7,4
61-70	6	3,6	24	16,4	30/315	9,5
> 70	3	2,4	16	15,2	19/131	14,5
Cộng	41	1,6	152	8,3	193/4.451	4,3

Nhận xét: Tỷ lệ mắc TC chung là 4,3%, trong đó 3 nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao là từ 51-60 tuổi (7,4%), 61-70 tuổi (9,5%) và từ 70 trở lên (14,5%), nữ (8,3%) mắc nhiều hơn nam (1,6%).

Bảng 3.2: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tình trạng hôn nhân

Tình trạng hôn nhân	Bị trầm cảm				Tổng cộng
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Chưa kết hôn	7	4,1	162	95,9	169
Lidi/Ly thân	45	21,1	168	78,9	213
Góa vợ, chồng	21	10,5	179	89,5	200
Kết hôn	120	3,1	3.749	96,9	3.869
Cộng	193	4,3	4.258	95,7	4.451

Nhận xét: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở đối tượng ly dị/ly thân cao nhất (21,1%), sau đó đến nhóm góa vợ/chồng (10,5%). Nhóm có tỷ lệ trầm cảm thấp nhất là nhóm kết hôn 3,1%.

Bảng 3.3: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Trầm cảm				Tổng cộng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mù chữ	0	0	41	100	41
Tiểu học	13	3,8	325	96,2	338
THCS	40	3,1	1.239	96,9	1.279
THPT	75	5,6	1.271	94,4	1.346
Chuyên nghiệp	65	4,5	1.382	95,5	1.447
Cộng	193	4,3	4.258	95,7	4.451

Nhận xét: Tỷ lệ mắc TC ở nhóm THPT (5,6%) và nhóm chuyên nghiệp (4,5%) cao hơn các nhóm, nhóm mù chữ không có trường hợp nào mắc TC.

Bảng 3.4: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Trầm cảm				Tổng cộng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không nghề nghiệp	37	18,1	167	81,9	204
Học sinh, sinh viên	44	13,8	274	86,2	318
Cán bộ hành chính	37	3,6	987	96,4	1.024
Lao động tự do	49	3,2	1.503	96,8	1.552
Buôn bán	14	3,0	451	97,0	465
Công nhân	4	2,8	138	97,2	142
Hưu trí	6	1,7	351	98,3	357
Nội trợ	2	1,1	188	98,9	190
Nông dân	0	0	199	100	199
Tổng	193	4,3	4.258	95,7	4.451

Nhận xét: Tỷ lệ mắc TC cao ở nhóm không có nghề nghiệp (18,1%) và nhóm học sinh viên (13,8%). Đặc biệt nông dân không có trường hợp nào mắc TC.

Bảng 3.5: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo thu nhập gia đình

Điều kiện kinh tế	Trầm cảm				Tổng cộng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nghèo	37	8,9	379	91,1	416
Cận nghèo	27	4,4	582	95,6	609
Không nghèo	129	3,8	3.297	96,2	3.426
Tổng	193	4,3	4.258	95,7	4.451

Nhận xét: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm nghèo cao nhất (8,9%), sau đó là nhóm cận nghèo (4,4%).

Bảng 3.6: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm bệnh nhân bị các bệnh mãn tính

Bệnh mãn tính	Trầm cảm				Tổng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Bệnh đau nửa đầu	71	20,8	270	79,2	341
Bệnh đái tháo đường	7	17,9	32	82,1	39
Bệnh tim mạch	32	14,2	194	85,8	226

Nhận xét: Tỷ lệ mắc TC ở nhóm bị bệnh đau nửa đầu cao nhất (20,8%) sau đó đến nhóm mắc bệnh đái tháo đường (17,9%) và nhóm bệnh tim mạch (14,2%).

Kết quả thảo luận nhóm người nhà bệnh nhân cũng cho thấy một số bệnh nhân sau khi bị mắc bệnh mãn tính thì bị mắc trầm cảm (Hộp 1)

“...ông nhà tôi bị đau đầu mấy chục năm nay, mấy năm vừa rồi thỉnh thoảng người như bị ngớ ngẩn, kêu đau khắp người, ăn uống kém hẳn, bây giờ đi khám phát hiện ra bị trầm cảm...”.

Bác S, tổ 8

Bảng 3.7: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm người có hành vi có hại cho sức khỏe

Hành vi	Trầm cảm				Tổng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Dùng rượu thường xuyên	11	4,3	247	95,7	258
Hút thuốc lá	10	2,0	484	98,0	494
Dùng ma túy	3	13,6	19	86,4	22

Nhận xét: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm có sử dụng ma túy (13,6%) cao hơn 2 nhóm còn lại.

Bảng 3.8: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở một số nhóm phụ nữ

Các yếu tố	Trầm cảm				Tổng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mang thai	4	2,9	134	97,1	138
Sinh đẻ	2	1,5	129	98,5	131
Tiền mãn kinh	66	29,7	156	70,3	222

Nhận xét: Những phụ nữ tiền mãn kinh có tỷ lệ mắc trầm cảm cao (29,7%) hơn nhóm mang thai (2,9%) và sinh đẻ (1,5%).

Bảng 3.9: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm gặp stress trong gia đình

Stress	Trầm cảm				Tổng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mất mát người thân mới đây	18	7,2	233	92,8	251
Ly dị hoặc ly thân với vợ/chồng	14	26,4	39	73,6	53
Cha mẹ ly thân, ly hôn	2	6,7	28	93,3	30
Xung đột gia đình	17	7,6	206	92,4	223

Nhận xét: Nhóm ly dị/ly thân có tỷ lệ mắc cao trầm cảm cao nhất (26,4%), các nhóm khác có tỷ lệ mắc trầm cảm thấp hơn.

Kết quả thảo luận nhóm với người nhà bệnh nhân cũng cho thấy, một số người sau khi gặp những stress mạnh trong cuộc sống gia đình thì có biểu hiện mắc trầm cảm (Hộp 2)

“...sau khi chồng tôi chết, tôi thấy cảm như mất hết tất cả, tôi đi khám mấy lần tại bệnh viện nhưng không thấy bác sỹ phát hiện ra bệnh gì cả, vừa rồi được bác sỹ tâm thần khám mới biết bị trầm cảm...”

Chị H, tổ 4

Phụ nữ là người chịu đựng stress trong gia đình nhiều hơn nên cũng dễ bị mắc trầm cảm (Hộp 3)

“...tôi thấy phụ nữ là người tay hòm chìa khóa, chịu mọi việc của gia đình, mọi việc đều đổ lên đầu, chắc chắn dễ bị trầm cảm hơn đàn ông...”

Bác N, tổ 10

Bảng 3.10: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm gặp stress về xã hội

Stress	Trầm cảm				Tổng
	Có		Không		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mâu thuẫn kéo dài ở nơi làm việc	2	3,3	58	96,7	60
Bị áp lực, quá tải trong công việc	44	7,6	537	92,4	581
Bị áp lực, quá tải trong học hành	1	0,8	121	99,2	122
Thua lỗ trong kinh doanh, mất việc làm	10	11,9	74	88,1	84
Hưu trí hay nghỉ mất sức lao động	30	24,0	95	76,0	125

Nhận xét: Tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm người hưu trí hay mất sức lao động (24%), nhóm có stress thua lỗ trong kinh doanh gặp 11,9%.

Kết quả thảo luận nhóm người nhà bệnh nhân cho thấy, một số trường hợp sau khi gặp stress trong công việc thì có biểu hiện mắc trầm cảm (Hộp 4)

“...thằng con tôi dạo trước doanh nghiệp của nó không hoạt động nữa, nó tìm việc mãi chưa được, suốt ngày nằm lì ở nhà hết xem ti vi lại ngủ, ăn uống kém, chẳng làm gì, tôi nghĩ do nó chán vì không có việc, cứ mắng nó, không ngờ nó lại bị trầm cảm...”

Bác N.V.X, tổ 9

Có trường hợp cán bộ sau khi bị luân chuyển công tác sang vị trí khác thấp hơn thì phát sinh trầm cảm (Hộp 5)

“Tôi thấy ông nhà tôi trước đây rất cẩn thận, chu đáo, vừa rồi cứ thấy ông ấy buồn rầu, tôi nghĩ do bị chuyển công tác mà sinh ra chán nản, nên hay cáu với ông ấy bảo “đạo này ông lười thế đến rửa mặt đánh răng cũng còn không muốn, chẳng nhẽ cái chỗ ấy béo bở lắm hay sao mà cứ tiếc mãi”. Ông ấy kêu người mệt mỏi, uể oải chẳng muốn làm gì, ngay cả mấy con chim cảnh ông ấy thích lắm mà đạo này tôi toàn phải chăm hộ, ông ấy ngồi dậy xem ti vi một tí rồi lại nằm dài. Mấy hôm trước ông ấy còn suốt ngày kêu sợ ma, sợ trộm mà khu nhà tôi lâu lắm có ai mất cắp bao giờ. Tôi thấy lạ lắm nhưng không biết hỏi ai. Đi khám bác sĩ tư, anh ấy bảo chỉ suy nhược cơ thể, dùng mấy triệu tiền thuốc mà chẳng thấy đỡ gì cả. May mà vừa rồi các bác sĩ chuyên khoa đến khám mới phát hiện ra bệnh trầm cảm...”

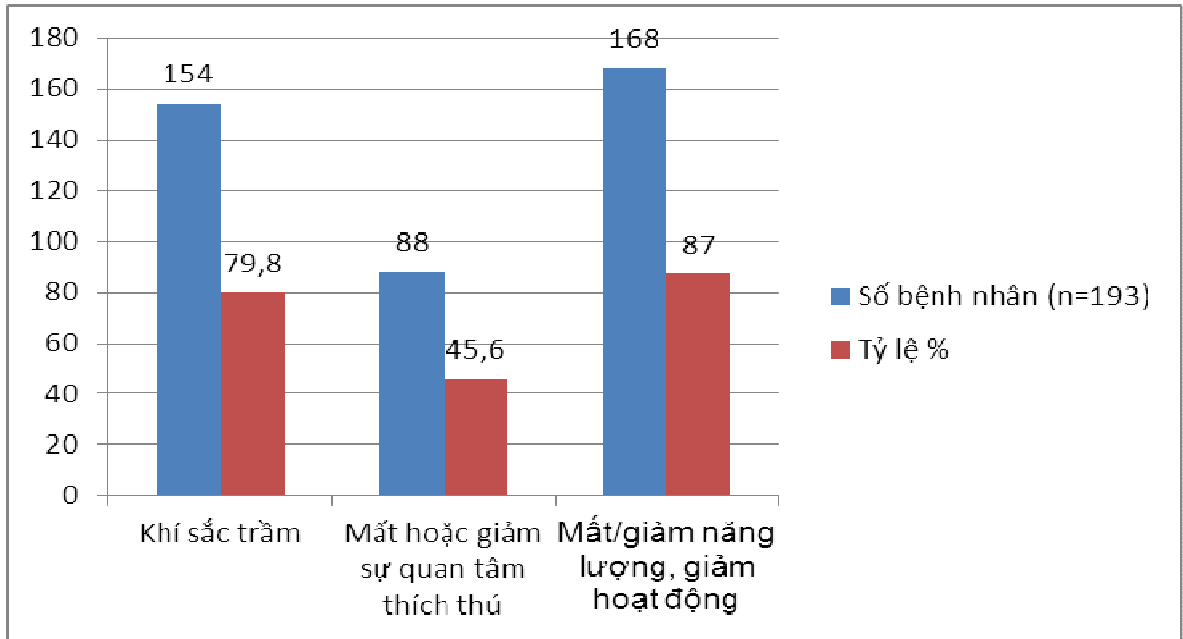
Bác H.T.C. tổ 1

Bảng 3.11: Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tiền sử gia đình có người bị trầm cảm

Tiền sử gia đình	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử gia đình có người bị trầm cảm	20	10,4
Tiền sử gia đình không có người bị trầm cảm	173	89,6
Tổng cộng	193	100

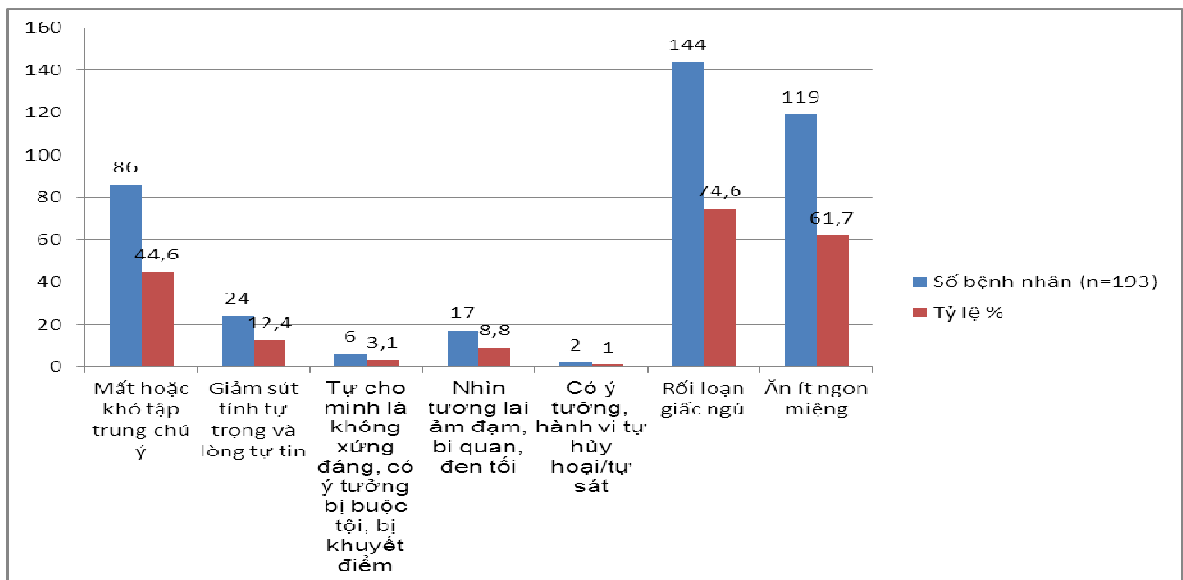
Nhận xét: Trong số 193 bệnh nhân trầm cảm có 20 bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị trầm cảm chiếm 10,4%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm tại phường Sông Cầu



Biểu đồ 3.1: Các triệu chứng đặc trưng của bệnh nhân trầm cảm

Nhận xét: Các triệu chứng đặc trưng của bệnh nhân trầm cảm như mất hoặc giảm năng lượng, giảm hoạt động gặp 87% và khí sắc trầm gặp 79,8%.



Biểu đồ 3.2. Các triệu chứng phổ biến của bệnh nhân trầm cảm

Nhận xét: Các triệu chứng chủ yếu là rối loạn giấc ngủ (74,6%) và ăn ít ngon miệng (61,7%). Mất hoặc khó tập trung chú ý chiếm tỷ lệ 44,6%.

Bảng 3.12: Các triệu chứng cơ thể khác của trầm cảm

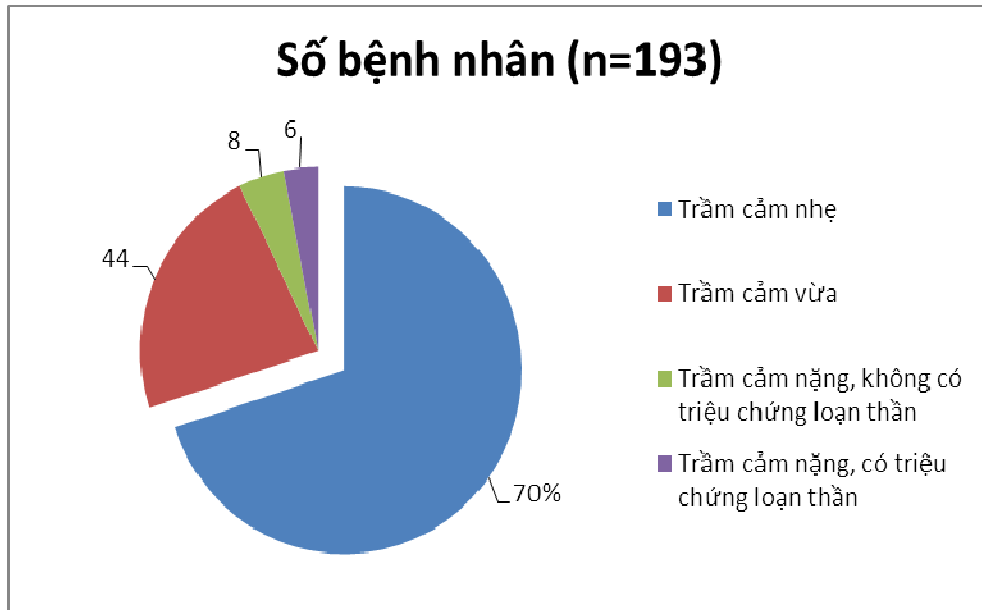
Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=193)	Tỷ lệ %
Đau đầu kéo dài	115	59,6
Hoa mắt, chóng mặt, ù tai	112	58,0
Cảm giác khó chịu, tê bì	76	39,4
Đau nhiều khớp	73	37,8
Đau tức ngực	68	35,2
Cảm giác hụt hơi, tức ngực, khó thở	51	26,4
Vã mồ hôi	47	24,4
Run chân tay	38	19,7
Giảm, mất khả năng tình dục	35	18,1
Đau bụng	29	15,0
Những cơn ớn lạnh	20	10,4

Nhận xét: Các triệu chứng cơ thể khác ở bệnh nhân TC biểu hiện không rõ ràng, chủ yếu là đau đầu kéo dài (59,6%) và hoa mắt, chóng mặt (58%).

Thảo luận nhóm với đại diện gia đình bệnh nhân, mọi người đều cho ý kiến về triệu chứng của bệnh nhân trầm cảm rất mơ hồ, giống như người bị mệt mỏi, hoặc chán nản sau khi gặp những sự việc khó khăn trong gia đình hay công việc. Các dấu hiệu cơ thể của bệnh nhân trầm cảm biểu hiện rất khác nhau, có người chỉ đơn thuần là mất ngủ, có người gầy sút, đi khám bệnh nhiều nơi mà không phát hiện ra bệnh, đa số bệnh nhân không biết đến khám ở chuyên khoa tâm thần (Hộp 6)

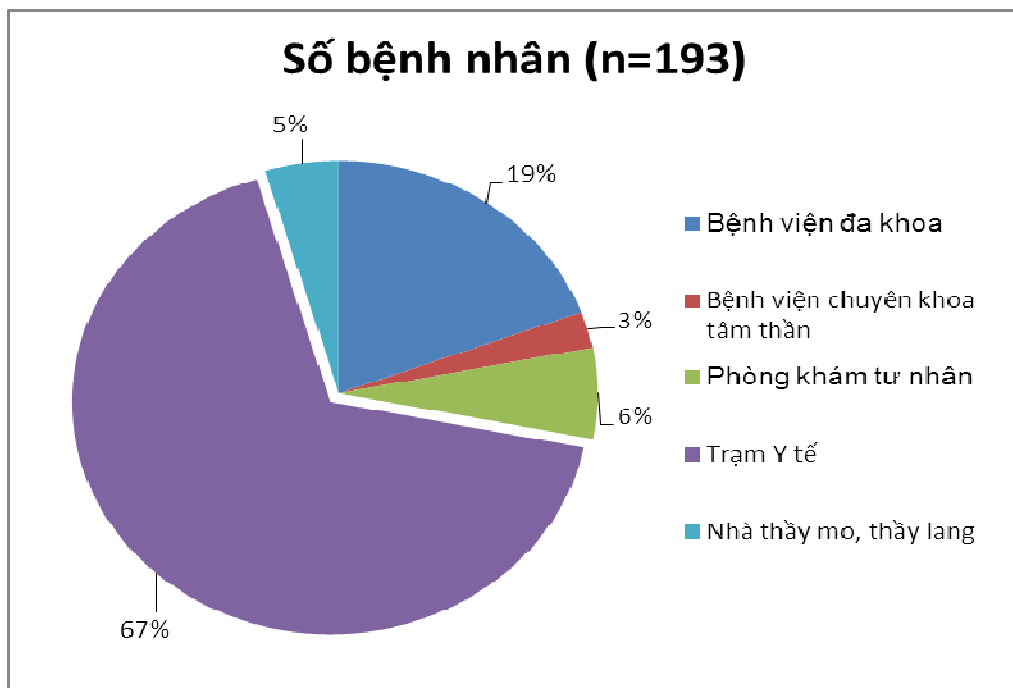
“...Nhà tôi trước đây khỏe lắm, trong ngõ nhà ai việc gì cũng giúp, dạo này ông ấy bảo bị hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi không muốn làm gì cả... đi khám tại Bệnh viện và TTYT mấy lần đều bảo là do suy nhược cơ thể, uống thuốc mãi chẳng khỏi”

Bác T, tổ 11



Biểu đồ 3.3. Mức độ rối loạn trầm cảm theo ICD 10

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trầm cảm ở thể nhẹ (72,5%), trầm cảm nặng gặp 5,7% trong đó có 6 bệnh nhân trầm cảm nặng có loạn thần (4,7%).



Biểu đồ 3.4. Cơ sở bệnh nhân đến khám và điều trị

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đến Trạm Y tế (67%), số bệnh nhân đến khám ở chuyên khoa tâm thần rất ít do không biết, hoặc do sợ bị kỳ thị, cá biệt một số trường hợp còn áp dụng những phương pháp không khoa học như cúng bái, thầy lang.

Kết quả thảo luận nhóm cũng cho thấy đa số bệnh nhân không biết mình bị trầm cảm, thường đi khám ở các cơ sở y tế tư nhân hoặc nhà nước nhưng không phải là chuyên khoa tâm thần (Hộp 7)

“...Chồng tôi mấy tháng vừa rồi tự dưng bảo bị mất ngủ, gầy rất nhanh, chẳng nhớ được gì, làm việc uể oải, tháng vừa rồi anh ấy xin cơ quan nghỉ suốt... Anh ấy đi khám ở phòng khám đa khoa tư nhân nhưng họ chỉ bảo là bị suy nhược cơ thể.”

Chị B, tổ 15

3.1.3. Thực trạng công tác chăm sóc bệnh nhân TC, quản lý và phòng chống trầm cảm tại cộng đồng của nhân viên y tế thôn bản và chính quyền

- **Nhân viên y tế thôn bản**

- Đa số nhân viên y tế thôn bản chưa nắm vững dấu hiệu của bệnh nhân trầm cảm (Hộp 8)

“Tôi thấy ở bệnh nhân có những biểu hiện ít tiếp xúc, trước đây giao tiếp bình thường nhưng sau đó không thấy ra khỏi nhà nên lúc đầu rất khó phát hiện bệnh, sau này mới biết đó là bệnh trầm cảm”.

Chị T, YTTB tổ 5

- Triệu chứng bệnh trầm cảm rất giống với các trạng thái tâm lý bình thường của con người nên khó phát hiện (Hộp 9)

“Tôi thấy cạnh nhà có một bác rất khó tính, chẳng bao giờ cười hay nói chuyện với ai, qua đợt vừa rồi khám phát hiện bị trầm cảm. Tôi thấy trầm cảm khó nhận biết quá vì chẳng thấy người ta biểu hiện gì khác thường cả”.

Chị M, YTTB tổ 17

- Hầu hết y tế thôn bản mới được nghe đến bệnh trầm cảm, từ trước tới nay họ ít để ý và chưa từng quản lý những bệnh nhân này (Hộp 10)

“Tổ của tôi có mấy bệnh nhân mắc trầm cảm. Trước đây tôi thấy họ cũng bình thường. Qua đợt điều tra vừa rồi tôi mới để ý, thấy ở bệnh nhân có những dấu hiệu như bi quan, chán ăn, lo âu, buồn rầu. Với lại vừa việc nhà, vừa việc nước nên cũng chẳng có thời gian mà xem xét họ bị làm sao”.

Chị L, YTTB tổ 4

- Vai trò của nhân viên y tế thôn bản trong công tác quản lý bệnh trầm cảm tại phường Sông Cầu chưa được rõ ràng, còn lúng túng trong việc quản lý bệnh nhân trầm cảm (Hộp 11)

“Từ ngày làm công tác y tế thôn bản đến nay, hầu hết các chương trình y tế ở xã tôi đều tham gia tuyên truyền, tổ chức các buổi họp như uống vitamin A, tiêm chủng, tôi còn kiêm cả công tác dân số. Nhưng đối với dự án phòng chống trầm cảm tôi còn thấy mới lạ lắm. Trạm Y tế xã phát cho tôi một cuốn sách hướng dẫn về trầm cảm nhưng đọc tôi chẳng hiểu gì cả. Mấy lần tôi gọi họ đi lĩnh thuốc, không ai đi, tôi cũng chỉ biết vậy không có cách nào vận động họ đi lĩnh thuốc, với lại cũng ngại họ đánh giá mình coi họ là bệnh nhân tâm thần”

Chị B.T.H, YTTB tổ 2

- Về phụ cấp trách nhiệm, các nhân viên y tế thôn bản đều cho rằng, công việc hỗ trợ cho trạm y tế phường đã quá nặng nề, nay kiêm nhiệm thêm công tác quản lý bệnh nhân TC thì cần phải hỗ trợ thêm về kinh phí (Hộp 12)

“Vừa qua chúng tôi tham gia quản lý bệnh nhân trầm cảm, vận động họ khó lắm, không phải lúc nào cũng gặp được để mời họ đi lĩnh thuốc. Phụ cấp y tế thôn bản đã quá thấp mà công việc nhiều. Một số dự án khác hỗ trợ thêm như chương trình dinh dưỡng, dân số. Vì vậy, chúng tôi đề nghị Chính quyền phường hoặc cơ quan y tế hỗ trợ thêm kinh phí để chúng tôi hoạt động, nếu không, khó có thể hoàn thành được nhiệm vụ.”

Đại diện 19 NVYTTB

- Đa số NVYTTB đều nhất trí cần được tập huấn kiến thức, cấp phát tài liệu tuyên truyền, hỗ trợ thêm kinh phí để tổ chức các buổi tuyên truyền tại cộng đồng thì triển khai công tác phòng chống TC mới thành công (Hộp 13)

“Mặc dù khó chúng tôi cũng cố gắng. Nhưng đề nghị cấp trên tiếp tục bồi dưỡng cho chúng tôi về chuyên môn, cung cấp thêm tài liệu, mỗi năm cho một ít kinh phí để tổ chức các buổi tuyên truyền. Hơn nữa, phòong chúng ta có loa truyền thanh, mỗi tuần phát một lúc về phòng chống bệnh này, chắc chắn sẽ giảm được số người mắc bệnh, mà chúng tôi cũng đỡ gánh nặng phải quản lý bệnh nhân”.

Bác T.T.M. YTTB tổ 18

• *Vai trò của Chính quyền và cộng đồng trong phòng chống trầm cảm*

- Các tổ trưởng dân phố cũng nhận định TC là bệnh khó phát hiện và dễ nhầm với trạng thái cảm xúc bình thường của con người. Tổ trưởng dân phố là người quản lý chung nên vai trò trong quản lý bệnh TC chưa cao (Hộp 14)

“Tôi thấy người dân còn chưa hiểu đúng về căn bệnh này, cho bệnh nhân là bị ngớ ngẩn, nên họ hay giấu giếm, khó phát hiện. Thực ra cho đến đợt vừa rồi tổng điều tra mới phát hiện, trước đây tôi cũng không để ý lắm đến căn bệnh này...”

Bác N.V.T, TT tổ 11

- Các tổ trưởng dân phố đều nhất trí cần phải có sự hỗ trợ từ cộng đồng dân phố đối với gia đình bệnh nhân trầm cảm, không kỳ thị, xa lánh bệnh nhân thì mới giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng (Hộp 15)

“Các cụ có câu “lá lành đùm lá rách”. Máy gia đình nghèo ở tổ tôi đã không có tiền lại có người mắc bệnh trầm cảm; chữa bệnh tốn kém mà hầu như cũng không ai để ý đến. Tôi nghĩ rằng cần có những buổi họp để quán triệt trong tổ, các hộ gia đình cần giúp đỡ những hộ này, không giúp bằng tiền thì cũng nên thăm hỏi động viên thì mới đúng là thực hiện phong trào văn hóa mới, toàn dân đoàn kết theo quan điểm của Chính phủ”

Bác N.V.K, tổ 12

3.2. Một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn

Bảng 3.13: Yếu tố thu nhập gia đình với mắc trầm cảm

Điều kiện kinh tế	Bị trầm cảm		p
	Nhóm bệnh n=193, (tỷ lệ %)	Nhóm chứng n=386, (tỷ lệ %)	
Nghèo	37 (58,7)	26 (41,3)	p < 0,05 ($\chi^2 = 20,5$; OR = 3,2)
Không nghèo	156 (30,23)	360 (69,77)	

Nhận xét: Kết quả ở bảng 3.17. cho thấy, điều kiện kinh tế nghèo là yếu tố nguy cơ đối với mắc trầm cảm (p < 0,05).

Bảng 3.14: Yếu tố mất mát người thân đối với mắc trầm cảm

Yếu tố		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Mất người thân mới đây	Có	18 (33,3)	36 (66,7)	p > 0,05 ($\chi^2 = 0$; OR=1)
	Không	175 (33,3)	350 (66,7)	

Nhận xét: Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy, yếu tố mất mát người thân mới đây không phải là nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm (p > 0,05).

Bảng 3.15: Yếu tố ly dị vợ/chồng đối với mắc trầm cảm

Yếu tố		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Ly dị vợ/chồng	Có	14 (77,8)	4 (22,2)	p < 0,01 ($\chi^2 = 16,5$; OR=7,5)
	Không	179 (31,9)	382 (68,1)	

Nhận xét: Ly dị vợ chồng là nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm (p < 0,01).

Bảng 3.16: Yếu tố cha mẹ ly thân/ly hôn đối với mắc trầm cảm

Yếu tố		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Cha mẹ ly thân/ly hôn	Có	2 (66,7)	1 (33,3)	p>0,05 ($\chi^2=1,5$; OR=4)
	Không	191 (33,2)	385 (66,8)	

Nhận xét: Yếu tố cha mẹ ly thân/ly hôn không phải là nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p > 0,05$).

Bảng 3.17: Yếu tố xung đột gia đình với mắc trầm cảm

Yếu tố		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Xung đột trong gia đình	Có	17 (39,5)	26 (60,5)	p>0,05 ($\chi^2=0,8$; OR=1,3)
	Không	176 (32,8)	360 (67,2)	

Nhận xét: Yếu tố xung đột gia đình không phải là nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p > 0,05$).

Bảng 3.18: Yếu tố mâu thuẫn hàng xóm với mắc trầm cảm

Yếu tố nguy cơ		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Mâu thuẫn hàng xóm	Có	2 (28,6)	5 (71,4)	p>0,05 ($\chi^2=0,07$; OR=0,8)
	Không	191 (33,4)	381 (66,6)	

Nhận xét: Mâu thuẫn hàng xóm không phải là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p > 0,05$).

Bảng 3.19: Yếu tố về quá tải công việc với mắc trầm cảm

Yếu tố nguy cơ		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Quá tải trong công việc	Có	44 (44,4)	55 (55,6)	p=0,01 ($\chi^2=6,6$; OR=1,8)
	Không	149 (31)	331 (69)	

Nhận xét: Quá tải trong công việc là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p < 0,05$).

Bảng 3.20: Yếu tố về quá tải học hành với mắc trầm cảm

Yếu tố nguy cơ		Bị trầm cảm				p
		Nhóm bệnh n=193, (%)		Nhóm chứng n=386, (%)		
Quá tải trong học hành	Có	1	(12,5)	7	(87,5)	p>0,05 ($\chi^2=1,6$; OR=0,28)
	Không	192	(33,6)	379	(66,4)	

Nhận xét: Quá tải học hành không phải là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p > 0,05$).

Bảng 3.21: Yếu tố về thua lỗ kinh doanh với mắc trầm cảm

Yếu tố nguy cơ		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Thua lỗ trong kinh doanh	Có	10 (52,6)	9 (47,4)	p>0,05 ($\chi^2=3,3$; OR=2,29)
	Không	183 (32,7)	377 (67,3)	

Nhận xét: Thua lỗ kinh doanh không phải là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p > 0,05$).

Bảng 3.22: Yếu tố về hưu trí, mất sức với mắc trầm cảm

Yếu tố nguy cơ		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Hưu trí, mất sức	Có	30 (51,7)	28 (48,3)	p<0,05 ($\chi^2=9,8$; OR=2,35)
	Không	163 (31,3)	358 (68,7)	

Nhận xét: Hưu trí, mất sức là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm ($p < 0,05$).

Bảng 3.23: Yếu tố tiền sử bệnh mãn tính với mắc trầm cảm

		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Bệnh tim mạch	Có	32 (40,5)	47 (59,5)	p>0,05 ($\chi^2=2,12$; OR=1,43)
	Không	161 (32,2)	339 (67,8)	
Bệnh đái tháo đường	Có	7 (53,8)	6 (46,2)	p>0,05 ($\chi^2=2,52$; OR=2,38)
	Không	186 (32,9)	380 (67,1)	
Bệnh đau nửa đầu	Có	71 (47,3)	79 (52,7)	p < 0,01 ($\chi^2=17,86$; OR=2,26)
	Không	122 (28,4)	307 (71,6)	

Nhận xét: Đau nửa đầu là yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm ($p < 0,01$).

Bảng 3.24: Yếu tố một số vấn đề của phụ nữ với mắc trầm cảm

		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh (n=152, %)	Nhóm chứng (n=304, %)	
Sinh đẻ	Có	2 (12,5)	14 (87,5)	p > 0,05 ($\chi^2=3,24$; OR=0,28)
	Không	150 (34,1)	290 (65,9)	
Có thai	Có	4 (18,2)	18 (81,8)	p > 0,05 ($\chi^2=2,4$; OR=0,43)
	Không	148 (34,1)	286 (65,9)	
Tiền mãn kinh	Có	66 (56,4)	51 (43,6)	p < 0,01 ($\chi^2=37,7$; OR=3,81)
	Không	86 (25,4)	253 (74,6)	

Nhận xét: Tiền mãn kinh là yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm (p < 0,01).

Bảng 3.25: Yếu tố tiền sử gia đình với mắc trầm cảm

		Bị trầm cảm		p
		Nhóm bệnh n=193, (%)	Nhóm chứng n=386, (%)	
Gia đình có người bị TC	Có	20 (80)	5 (20)	p < 0,01 ($\chi^2=25,6$; OR=8,8)
	Không	173 (31,2)	381 (68,8)	

Nhận xét: Tiền sử gia đình có người mắc trầm cảm là yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm (p < 0,01).

Bảng 3.26: Phân tích hồi quy logistic (logistic regression) các yếu tố nguy cơ với trầm cảm

Yếu tố nguy cơ	OR	Độ lệch chuẩn	z	p	95% CI
Nghèo	3,0	1,04	3,2	0,01	1,5-5,9*
Ly dị vợ/chồng	6,0	3,95	2,8	0,01	1,7-21*
Quá tải công việc	2,04	0,6	2,43	0,02	1,1-3,6*
Hưu trí, mất sức	2,8	0,96	3,11	0,02	1,5-5,3*
Đau nửa đầu	1,1	3,0	0,61	0,5	0,7-1,9
Gia đình có người mắc TC	16,0	10,6	4,2	0,00	4,3-58,0*
Tiền mãn kinh	3,7	0,93	5,2	0,00	2,2-6,0*

* Những yếu tố thực sự là nguy cơ ($p < 0,05$)

Nhận xét:

- Ở phân tích đơn biến có 7 yếu tố nguy cơ làm gia tăng mắc trầm cảm, nhưng qua phân tích hồi quy chỉ còn lại 6 yếu tố có nguy cơ thực sự, đó là: ly dị vợ/chồng, quá tải công việc, hưu trí/mất sức, gia đình có người mắc trầm cảm và tiền mãn kinh.

- Trong đó yếu tố về gia đình có người mắc trầm cảm có liên quan nhất (OR = 16), sau đó đến yếu tố ly dị (OR = 6,0), tiền mãn kinh (OR = 3,7). Tất cả các yếu tố trên có thể giải thích được 19,2% các trường hợp mắc TC, còn 80,8% do các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ khác gây nên.

- Yếu tố qua phân tích hồi quy không phải là yếu tố nguy cơ: Bệnh đau nửa đầu.

3.3. Một số giải pháp can thiệp phòng, chống trầm cảm tại cộng đồng

3.3.1. Một số giải pháp của y tế cơ sở

• **Nhóm giải pháp 1:** Tăng cường tuyên truyền cho người dân nâng cao nhận thức về trầm cảm tại cộng đồng bằng nhiều hình thức:

- In tờ rơi tuyên truyền về TC theo nội dung của Chương trình SKTT cộng đồng. Đặc biệt nhấn mạnh nội dung các triệu chứng của trầm cảm, cách phát hiện sớm trầm cảm ở cộng đồng, hướng dẫn chăm sóc, quản lý bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng, chống phân biệt, kỳ thị đối với bệnh nhân trầm cảm. Số lượng đủ để cấp phát đến gia đình các đối tượng có nguy cơ cao. Huy động nhân viên y tế thôn bản để phát tờ rơi cho các đối tượng.

- Thu băng và phát trên đài truyền thanh của phường mỗi tuần 1 lần.

- In băng zôn theo số lượng tổ dân phố, đủ để treo trên các trục đường chính của phường mỗi năm 01 lần vào ngày Sức khỏe tâm thần thế giới.

- Tổ chức các buổi nói chuyện về bệnh trầm cảm, những yếu tố nguy cơ, phương pháp phòng bệnh cho người dân cộng đồng.

- Kết quả thảo luận nhóm, đa số nhân viên y tế thôn bản đều nhất trí các hình thức tuyên truyền, kết hợp điều trị bằng thuốc và hỗ trợ bệnh nhân điều trị đúng liệu trình (Hộp 16)

“Tốt nhất là các buổi họp nhóm, có tài liệu truyền thông, các gia đình có cơ hội gặp gỡ trao đổi công việc. Ngoài ra cũng cần phát trên đài phát thanh, in tờ rơi phát cho các gia đình, mỗi năm cũng nên treo một vài lần các áp phích hay khẩu hiệu phòng chống trầm cảm, vì phường chúng ta đông dân, nhiều cơ quan trường học nên cũng có hiệu quả. Nếu bệnh nhân bỏ thuốc thì phải nhắc nhở ngay.”

Bác T.V.T, YTTB tổ 1

• **Nhóm giải pháp 2:** Cấp phát thuốc, điều trị bệnh nhân trầm cảm, giám sát và hỗ trợ bệnh nhân uống thuốc đều đặn, đủ liệu trình.

- Trên cơ sở số bệnh nhân phát hiện, tính toán số lượng thuốc đủ để cấp phát theo liệu trình

- Theo dõi và hướng dẫn người nhà và bệnh nhân theo dõi tác dụng phụ và báo cáo bác sỹ kịp thời để có hướng xử trí phù hợp;

- Trường hợp cần thiết sẽ chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế chuyên khoa để bác sỹ chuyên khoa tâm thần khám lại và chỉ định thuốc mới;

- Khám lại theo định kỳ;

- Tư vấn cho người nhà và bệnh nhân về điều trị và phòng bệnh trầm cảm.

- Kết quả thảo luận nhóm nhân viên y tế thôn bản, đa số đều nhất trí về giải pháp điều trị cho bệnh nhân tại cộng đồng (Hộp 17)

“...theo tôi trước hết làm sao phải phát hiện được bệnh nhân, cho họ uống thuốc theo bác sỹ chuyên khoa tâm thần kê đơn. Chúng tôi chỉ giúp được về theo dõi bệnh nhân hàng tháng, mời họ đi lĩnh thuốc cho đủ liều khó lắm, nhiều khi họ còn nghĩ sai về mình. Những người khó vận động có lẽ bác sỹ phải đến tận nhà tư vấn thì mới được...”

Chị B.T.H, YTTB tổ 2

Việc quản lý và điều trị bệnh TC tại nhà là rất phù hợp (Hộp 18)

“Điều trị bệnh tại nhà theo tôi là rất phù hợp vì bệnh nhân nhiều người nghèo, lại sợ đi bệnh viện, vừa tốn kém vừa phiền phức cho người nhà. Nếu có gì khó thì cứ đến trạm y tế nhờ bác sỹ là được. Việc khó nhất là theo dõi người bệnh có uống thuốc đều không, cái đó thì chỉ người nhà mới theo dõi được... Về tư vấn cho gia đình thì tôi không ngại nhưng thấy cũng rất khó, vì chẳng được học về căn bệnh này, nếu bác sỹ đi cùng một vài lần thì tôi nghĩ cũng có thể làm được nhưng cũng chỉ là động viên họ thôi.”

Chị L, YTTB tổ 4

Việc quản lý, chăm sóc bệnh nhân TC tại nhà vừa rẻ tiền vừa dễ thực hiện, kết hợp giữa uống thuốc và tập thể dục (Hộp 19)

“điều trị trầm cảm theo tôi chắc còn dễ hơn nhiều bệnh khác chẳng hạn như đái đường hay cao huyết áp, đi đâu cũng phải mang theo thuốc. Còn trầm cảm thì tôi nghĩ cứ uống thuốc đều và tập thể dục là khỏi ngay. Cứ theo tấm gương của mấy chị em quanh nhà tôi, bà nào bà ấy béo ục ịch đi tập thể dục sáng tối, chẳng thấy ai bị mắc trầm cảm...”

Chị M, YTTB tổ 17

• **Nhóm giải pháp 3:** Tập huấn, đào tạo, quản lý

- Tập huấn cho Y tế thôn bản về triệu chứng, nguyên nhân, phương pháp điều trị, theo dõi và quản lý trầm cảm tại cộng đồng;
- Tập huấn lại cho 100% cán bộ trạm y tế xã về Dự án Chăm sóc sức khỏe tâm thần và chăm sóc quản lý bệnh nhân trầm cảm dựa vào cộng đồng;
- Phân công cán bộ trạm y tế xã quản lý theo địa bàn tổ dân phố;
- Cung cấp đủ sổ sách, biểu mẫu báo cáo cho Y tế thôn bản và Y tế phường;
- Trạm y tế xã báo cáo định kỳ hàng tháng cho Trung tâm PCBXH tỉnh, nêu những khó khăn, thuận lợi về đề xuất giải pháp giải quyết những khó khăn tại phường.

Thảo luận nhóm YTTB, đa số đều nhất trí cần phải tập huấn thêm về kiến thức phòng, chống trầm cảm để mọi người có đủ kiến thức trong tuyên truyền, vận động nhân dân và trạm y tế cần cử người phụ trách từng tổ dân phố để hỗ trợ cho YTTB (Hộp 20)

“tôi đã được tập huấn một lần về căn bệnh này nhưng thấy mơ hồ quá, học xong mấy tháng lại quên hết. Theo tôi cấp trên cần tiếp tục cho người xuống trạm y tế xã tập huấn tiếp một vài lần, cho chúng tôi thêm tài liệu, với lại cán bộ y tế phường xuống tổ ít quá, nhiều khi gặp khó khăn mà không dám nói...”

Chị B.T.H, YTTB tổ 2

• **Nhóm giải pháp 4:** Hỗ trợ kinh phí hoạt động cho y tế thôn bản. Ngoài phần kinh phí do Dự án SKTT cộng đồng cấp, cần hỗ trợ thêm cho y tế thôn bản từ phía Chính quyền địa phương và các nhà tài trợ khác.

- Hỗ trợ kinh phí phù hợp cho mỗi tổ dân phố 02 buổi truyền thông phòng chống trầm cảm/1 năm. Nguồn kinh phí huy động từ Dự án Sức khỏe tâm thần cộng đồng và tài trợ.

- Thông báo số điện thoại hỗ trợ tư vấn về sức khỏe tâm trí và phòng chống trầm cảm.

Thảo luận nhóm Y tế thôn bản, mọi người đều tán thành quan điểm về tăng kinh phí cho hoạt động phòng chống trầm cảm tại cộng đồng (Hộp 21)

“... mỗi năm cho một ít kinh phí để tổ chức các buổi tuyên truyền. Hơn nữa, phường chúng ta có loa truyền thanh, mỗi tuần phát một lúc về phòng chống bệnh này, chắc chắn sẽ giảm được số người mắc bệnh, mà chúng tôi cũng đỡ gánh nặng phải quản lý bệnh nhân...”

Bác T.T.M. YTTB tổ 18

3.3.2. Giải pháp đối với cộng đồng

- Mỗi lần họp tổ dân phố, đề nghị dành cho y tế thôn bản thời gian thích hợp trình bày về bệnh trầm cảm và cách phòng, chống;

- Cung cấp tài liệu truyền thông về phòng chống TC tại nhà văn hóa của các tổ dân phố để mọi người có thể đọc trong các buổi họp;

- Tập huấn cho chính quyền địa phương và các đoàn thể về bệnh trầm cảm. Cung cấp đầy đủ và đúng những nội dung về phòng chống TC như: không phân biệt, kỳ thị đối với bệnh nhân. Cần động viên gia đình đưa bệnh nhân đi khám sớm, điều trị dứt điểm, giấu bệnh tức là hại bệnh nhân. Ý kiến của lãnh đạo phường cũng nhất trí quan điểm này (Hộp 22)

“Phường của chúng ta đã có đủ các nhà văn hóa tổ để sinh hoạt cộng đồng, ngoài thông báo các chủ trương của Đảng và Nhà nước còn phải là nơi tuyên truyền cho công tác phòng chống bệnh tật. Nếu có sách báo, tranh tuyên truyền treo tại nhà văn hóa các tổ thì tốt quá. Đối với tổ trưởng dân phố, tôi đề nghị ngành Y tế tập huấn cho các ông bà ấy để phối hợp và chỉ đạo nhân viên y tế thôn bản làm tốt hơn công tác này...”

Anh N.Đ.T, PCT phường SC

3.3.3. Giải pháp đối với gia đình bệnh nhân

- Tất cả gia đình bệnh nhân TC cần tham gia đầy đủ các buổi tuyên truyền về triệu chứng, nguyên nhân, cách dùng thuốc điều trị và phòng ngừa tái phát để gia đình có thể hỗ trợ cho bệnh nhân điều trị đúng, hiệu quả;

- Gia đình thực hiện các biện pháp chăm sóc người bệnh cả về tâm lý, sinh hoạt..., cho bệnh nhân uống thuốc đúng y lệnh của bác sỹ điều trị và tư vấn của bác sỹ, theo dõi sát bệnh nhân, phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát để điều trị kịp thời;

- Đề nghị gia đình cam kết hỗ trợ bệnh nhân uống cả về thể chất và tinh thần để giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng (Hộp 23)

“Tôi sẽ cố gắng động viên cháu uống thuốc đều đặn, chúng tôi trước đây chưa hiểu nhưng từ nay trở đi sẽ động viên cháu để vượt qua đợt khó khăn này. Vì cháu mới lần đầu tiên xa bố mẹ với lại học hành căng thẳng mà nó lại ít nói nên không có ai giúp đỡ. Có lẽ tôi phải xin cho cháu nghỉ học một năm để điều trị cho khỏi hẳn rồi mới đi học tiếp”.

Bác T.T. C. mẹ của bệnh nhân

- Đối với những bệnh nhân nặng, sau khi điều trị ổn định giai đoạn trầm cảm nặng tại bệnh viện, bác sỹ chuyên khoa tâm thần cần tiếp tục hỗ trợ tư vấn cho gia đình bệnh nhân phương pháp điều trị và về tâm lý.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng trầm cảm của người trưởng thành tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn tỉnh Bắc Kạn

4.1.1. Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tuổi, giới

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm người trưởng thành ở phường Sông Cầu là 4,3%, nam 1,6%, nữ 8,3% gấp 5 lần nam giới. So với tỷ lệ chung của thế giới không chênh lệch nhiều. So sánh với các nghiên cứu khác của một số tác giả như Nguyễn Văn Siêm, điều tra tại Quất Động, Hà Tây, tỷ lệ mắc trầm cảm là 8,35% dân số (trên 15 tuổi), nam 2,85%, nữ 13,45% [20]. Laura A. Pratt (2008) nhận thấy tỷ lệ mắc trầm cảm chung ở Hoa Kỳ năm 2005-2006 là 5,4%, nam: 4,0%, nữ 6,7%, theo tuổi: 1-17: 4,3%, 18-39: 4,7%, 50-59:7,3% [56]. Trần Văn Cường (2008-2009) cho kết quả tỷ lệ mắc trầm cảm chung trong cộng đồng là 3,2%, nữ cao gấp 3 lần nam, hay gặp ở lứa tuổi từ 20 – 49 (65,1%) [7].

Như vậy cho thấy tỷ lệ mắc ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khá nhiều. Tỷ lệ mắc trầm cảm tại Sông Cầu theo các lứa tuổi không có sự khác biệt nhiều (dưới 10%), trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Văn Siêm (2010) cho thấy có sự khác biệt khá lớn, đặc biệt là lứa tuổi 60-69 tới 36,9% [20]. Nguyễn Văn Thọ (2004) cũng thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở lứa tuổi trung niên và tuổi già cao hơn các nhóm tuổi khác [21].

Theo tác giả Chong M Y (2011) tại Đài Loan ở đối tượng người già trên 65 tuổi, tỷ lệ mắc trầm cảm trong vòng 1 tháng qua là 15,3% trầm cảm có rối loạn thần kinh chức năng và 5,9% là TC nặng. Nguy cơ tăng lên ở người già thành thị sống cô đơn, với mức học vấn thấp và ở nhóm đang mắc bệnh cơ thể khác [47].

Trầm cảm là một bệnh lý gây ức chế quá trình hoạt động tâm thần, vì vậy ảnh hưởng rất nhiều tới cuộc sống của bệnh nhân đặc biệt là những bệnh

nhân trong lứa tuổi lao động [37], [50], [78]. Vì vậy cần phát hiện sớm bệnh lý trầm cảm ở cộng đồng để có những tư vấn, điều trị sớm nhằm hạn chế tác hại do bệnh gây ra [21].

4.1.2. Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tình trạng hôn nhân

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy: tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm ly dị/ly thân (21,1%) sau đó là nhóm góa vợ/chồng (10,5%). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Siêm thì tỷ lệ mắc trầm cảm thấp hơn ở nhóm ly thân (1,44%), nhưng giống nhau ở nhóm góa bụa (10,95%) [20]. Theo Scott B. Patten (2006), tại Canada tỷ lệ trầm cảm ở nhóm li dị cao nhất (6,5%) sau đó là nhóm độc thân (5,3%) và nhóm đang kết hôn (2,8%) [67].

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã cho kết quả tương tự. Trầm cảm là trạng thái cảm xúc bệnh lý có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Nó có thể là hậu quả của trạng thái phản ứng trước những hoàn cảnh stress đối với cá nhân đó. Những vấn đề về gia đình như ly thân, ly dị,... là sang chấn tâm lý mạnh đối với những người phải trải qua, vì vậy tỷ lệ trầm cảm tăng cao hơn ở nhóm này cũng là điều cần quan tâm trong công tác chăm sóc trầm cảm ở cộng đồng [51], [61], [65].

4.1.3. Tỷ lệ mắc trầm cảm theo trình độ học vấn và nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 và 3.4 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm có trình độ PTTH (5,6%), tiếp đến là trình độ chuyên nghiệp (4,5%), nhóm tiểu học (3,8%) và nhóm trung học cơ sở (3,1%). Nhóm không nghề nghiệp có tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất (18,1%), tiếp đến là nhóm học sinh/sinh viên (13,8%) các nhóm khác tương đối thấp. So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Cường, tỷ lệ mắc trầm cảm chủ yếu gặp ở đối tượng hưu trí (14,3%), nhóm buôn bán (6,4%), các nhóm khác tương đối thấp và ít gặp nhất ở học sinh, sinh viên (0,2%) [7]. Trần Hữu Bình (2004) cũng gặp trầm cảm chủ yếu gặp ở đối tượng hưu trí (22,35%), nhóm buôn bán (32,35%), các nhóm khác tương đối thấp và ít gặp nhất ở học sinh, sinh viên

(1,18%) [1]. Theo nghiên cứu của Hồ Ngọc Quỳnh (2009), tỷ lệ mắc trầm cảm trong sinh viên điều dưỡng (6,3%) và y tế công cộng (6,6%) [19].

Như vậy, tỷ lệ mắc chung trầm cảm cũng tương tự với các nghiên cứu khác, tuy nhiên tỷ lệ mắc theo từng nhóm đối tượng có phần khác. Theo chúng tôi có thể là phường Sông Cầu thị xã Bắc Kạn là một phường miền núi, có nét đặc thù riêng về điều kiện văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc trầm cảm ở một số nhóm đối tượng.

4.1.4. Tỷ lệ mắc trầm cảm theo thu nhập gia đình

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm nghèo cao nhất (8,9%), sau đó là nhóm cận nghèo (4,4%), nhóm không nghèo (3,8%). So sánh với kết quả nghiên cứu của Laura A. Pratt (2008) thì tại Hoa Kỳ tỷ lệ người sống dưới mức nghèo khổ bị mắc trầm cảm rất cao 14,3% (so với 4,4% ở người không nghèo) [56]. Theo tác giả Scott B Patten (2006), tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm người nghèo nhất là 8,5%, nhóm thu nhập trung bình thấp là 5,3%, nhóm trung bình là 4,2%, nhóm trung bình khá là 3,7%, nhóm giàu là 3,2% [67]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể so với các tác giả khác.

Mức sống nghèo liên quan đến những lo lắng, thậm chí bế tắc trong lo toan cho những nhu cầu tối thiểu trong cuộc sống. Và như vậy nó đóng vai trò như một sang chấn tâm lý mạnh và trường diễn đối với những người sống trong hoàn cảnh đó, vì vậy tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với đối tượng không nghèo [8].

Tỉnh Bắc Kạn là một tỉnh nghèo của miền núi phía Bắc Việt Nam, nơi có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, mức thu nhập bình quân thấp. Vì vậy, trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng cần tăng cường tuyên truyền rộng rãi về bệnh trầm cảm và các để người dân có kiến thức về bệnh và tự phòng bệnh đặc biệt là những người có thu nhập thấp.

4.1.5. Tỷ lệ trầm cảm ở một số nhóm bệnh nhân mãn tính

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm bị bệnh đau nửa đầu cao nhất (20,8%) sau đó đến nhóm mắc bệnh đái tháo đường (17,9%) và nhóm bệnh tim mạch (14,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới về trầm cảm ở các bệnh mãn tính. Những bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính rất lo lắng về bệnh và lo lắng về sức khỏe, kinh tế... vì vậy thấy tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có bệnh mãn tính cao [31], [33], [39].

Tỷ lệ trầm cảm ở người bị đái tháo đường típ II lên tới 15% ở nam trong khi ở người chuyển hóa glucose bình thường tỷ lệ mắc trầm cảm là 7,7% theo kết quả của tác giả Adrianse (2008) khi nghiên cứu trên 550 người dân cộng đồng [33]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Chou, K. L. (2005) tại Hồng Kông ở đối tượng người già trên 60 tuổi, cho thấy 12% bị mắc đái tháo đường, 26% số đó mắc bệnh trầm cảm [48].

Bên cạnh bệnh lý đái tháo đường, bệnh lý tim mạch cũng là một trong những bệnh có tỷ lệ trầm cảm cao. Nghiên cứu của tác giả Angheel (2010) về mối liên quan giữa bệnh tim mạch và trầm cảm cho thấy trầm cảm là yếu tố tạo điều kiện cho sự gia tăng của bệnh tim mạch, mức cholesterol và huyết áp cao hơn ở những người bị trầm cảm nặng. Theo tác giả Robert G. Robinson (2002), tỷ lệ mắc trầm cảm nặng chiếm tới 20% số bệnh nhân đột quỵ nội trú và ngoại trú, và tới 13% đã được phát hiện ở cộng đồng thông qua các cuộc điều tra. Trầm cảm cũng đồng thời là yếu tố nguy cơ cho bệnh tim mạch, một nghiên cứu ở 2.382 bệnh nhân trầm cảm cho thấy nguy cơ đối với đột quỵ do thiếu máu cơ tim tăng lên tới 50% [65].

Theo nghiên cứu của tác giả Kalaydijian (2007) cho thấy đau nửa đầu có liên quan tới gia tăng tỷ lệ của 7 trong 9 dấu hiệu của trầm cảm. Tuy nhiên khi so sánh các triệu chứng thì các cá nhân bị đau nửa đầu không có sự khác biệt. Tác giả kết luận các cá nhân bị đau nửa đầu thường hay bị báo cáo là dấu hiệu của trầm cảm nhưng không hội tụ đủ các triệu chứng của trầm cảm [54].

4.1.6. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở một số nhóm người có các hành vi có hại cho sức khỏe

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm có sử dụng ma túy (13,6%) cao hơn nhóm dùng rượu (4,3%) và thuốc lá (2%).

Nghiên cứu của Lukassen tại Canada (2005) cho thấy, tỷ lệ nghiện rượu là 32,3% trong nhóm bệnh nhân bị mắc trầm cảm, so với nhóm không bị trầm cảm là 9,5%. Những yếu tố về nhân cách, tâm lý xã hội, lối sống, tình trạng sức khỏe được sử dụng để giải thích gánh nặng của trầm cảm và nghiện rượu đối với cả nam giới và phụ nữ [58].

4.1.7. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở một số nhóm phụ nữ

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.8 cho thấy những phụ nữ tiền mãn kinh có tỷ lệ mắc trầm cảm cao (29,7%) hơn nhóm mang thai (2,9%) và sinh đẻ (1,5%). So sánh với nghiên cứu của Adewuga tại Nigeria (2007) ở nhóm phụ nữ sắp sinh cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm là 8,3%, có sự liên quan chặt chẽ với một số yếu tố như chưa kết hôn, ly dị/ly thân, đa thê, con bị chết non. Tác giả kết luận trầm cảm rất phổ biến ở phụ nữ trước sinh ở Nigeria có liên quan chặt chẽ tới một số yếu tố gia đình và xã hội [32].

Tỷ lệ mắc trầm cảm sau sinh tại Bệnh viện Hùng Vương là 11,6% và liên quan đến một số yếu tố như kinh tế khó khăn, trình độ thấp, thời gian nằm viện trên 30 ngày, con bị chết, không khỏe khi mang thai, con không bú mẹ theo nghiên cứu của Lương Bạch Lan (2009) [14].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác. Điều đó cho thấy, có thể do đặc điểm về văn hóa xã hội của tỉnh Bắc Kạn có những nét thuận lợi đối với phụ nữ vì vậy tỷ lệ trầm cảm thấp hơn. Tuy nhiên theo chúng tôi, cần triển khai nghiên cứu trên diện rộng trên địa bàn tỉnh để có những định hướng tốt cho công tác phòng chống trầm cảm cho phụ nữ tỉnh Bắc Kạn.

4.1.8. Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm người gặp stress trong gia đình và xã hội

Sang chấn tâm lý là những vấn đề dẫn đến sự căng thẳng, buồn bã đối với cá nhân đối mặt với nó. Vì vậy, tỷ lệ trầm cảm ở nhóm có sang chấn tâm lý cao hơn. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9 và 3.10 cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm có stress như ly dị/ly thân (26,7%), sau đó là nhóm xung đột gia đình (7,6%), mất mát người thân (7,2%), cha mẹ ly thân/ly hôn (6,7%), nhóm hưu trí hay mất sức lao động gặp tới 24%, sau đó là nhóm thua lỗ trong kinh doanh (11,9%), áp lực công việc (7,6%), mâu thuẫn (3,3%).

So sánh với một số nghiên cứu trên thế giới, như Leung (2002), nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy những phụ nữ bị ngược đãi trong thời kỳ mang thai có tỷ lệ mắc trầm cảm sau sinh cao hơn hẳn nhóm không bị ngược đãi [57]. Nicodimos (2009) tại Ethiopia cho thấy sinh viên nữ chứng kiến bạo lực gia đình có tỷ lệ mắc trầm cảm gấp 3 lần so với nhóm không chứng kiến. Nam sinh viên chứng kiến cảnh bạo lực gia đình có ý tưởng tự sát cao gấp 2 lần so với những bạn không chứng kiến [62]. Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có vấn đề stress xung đột gia đình lên tới 52,6% và do yếu tố kinh tế là 31,6% như trong nghiên cứu của Lê Quốc Nam (2000) khi triển khai ở thành phố Hồ Chí Minh [15].

Kết quả nghiên cứu của Pikhart (2004) tại 3 nước châu Âu (Nga, Ba lan, Cộng hòa Séc) cũng cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm trong những người làm việc chuyên nghiệp là 10,5% ở nam giới và 14,2% ở nữ giới. Phân tích bằng logarit cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa nỗ lực cá nhân – đãi ngộ của chủ lao động trong phát sinh trầm cảm [64]. Theo tác giả Yu, S. F. (2006), tỷ lệ mắc trầm cảm chung trong nhóm nghề nghiệp là 40,2%. Nam giới mắc nhiều hơn nữ giới (43 và 35,4%). Nhóm già có tỷ lệ mắc thấp hơn nhóm trẻ, nhóm công nhân li dị có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn nhóm không kết hôn và đang kết hôn. Nhóm có học vấn trung bình mắc cao hơn nhóm có học vấn thạc sỹ. Những nhóm người sau có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn: nhiều công việc khác nhau, có nhiều mâu thuẫn, buồn tẻ, lao động trí óc, chăm sóc con

người, công việc không có tương lai, nghề độc hại [78]. Scott B Patten tại Canada (2006) cũng cho thấy tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm thất nghiệp trong vòng 1 năm qua là 4,6% cao hơn nhóm không thất nghiệp (3,5%) [67].

Như vậy, một trong những vấn đề cần thiết trong công tác phòng chống bệnh trầm cảm là tuyên truyền giáo dục người dân biết cách đối phó với stress trong cuộc sống.

4.1.9. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở những người có tiền sử gia đình bị trầm cảm

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.11 cho thấy có 40% số người có tiền sử gia đình có người bị trầm cảm, mắc trầm cảm. Qua nghiên cứu của nhiều tác giả, vấn đề tiền sử gia đình được cho là có liên quan chặt chẽ đến bệnh tâm thần phân liệt và bệnh trầm cảm. Theo nghiên cứu của Babinkostova (2011), cho thấy những bệnh nhân tâm thần phân liệt có biểu hiện trầm cảm có mối liên quan chặt chẽ hơn với yếu tố gia đình so với những bệnh nhân trầm cảm đơn thuần [40]. Nghiên cứu của Salimah O tại Malaysia (2008) ở những bệnh nhân cao tuổi trong bệnh viện Kuala Lumpur cho kết quả 30,8% bệnh nhân trầm cảm có tiền sử gia đình, trong đó nhóm chứng chỉ có 9,2% ($p < 0,001$) [66]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhận định của các nhà nghiên cứu khác trên thế giới.

Các tác giả trên thế giới và y văn cũng ghi nhận vai trò của yếu tố gia đình đối với trầm cảm. Mặc dù yếu tố di truyền vẫn còn nhiều giả thuyết khác nhau nhưng các tác giả vẫn thừa nhận vai trò của gia đình với những nhân tố khác như cách sống, nhân cách, thói quen trong sinh hoạt... Những điều đó có ảnh hưởng không nhỏ tới trầm cảm [3], [55].

4.1.10. Các triệu chứng của trầm cảm

Triệu chứng trầm cảm được thể hiện qua các biểu đồ 3.1, 3.2, 3.3 và bảng 3.12 cho thấy phần lớn các bệnh nhân trầm cảm ở phường Sông Cầu ở mức độ nhẹ và vừa (94,3%) với các triệu chứng đặc trưng là mất/giảm năng lượng, giảm hoạt động (87%) và khí sắc trầm (79,8%), các triệu chứng phổ biến là rối loạn giấc ngủ (74,6%), ăn ít ngon miệng (61,7%), mất hoặc giảm

tập trung chú ý (44,6%). Các triệu chứng này xuất hiện làm cho bệnh nhân thường xuyên có cảm giác buồn chán, trở nên tự ti. Tuy nhiên, các triệu chứng đó ở mức độ nhẹ chưa ảnh hưởng nhiều, bệnh nhân vẫn có thể tham gia học tập, công tác được.

Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm cũng gặp tỷ lệ cao như đau đầu kéo dài, hoa mắt chóng mặt, run chân tay, đau bụng... gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đặc biệt, nghiên cứu phát hiện một số bệnh nhân bị trầm cảm mức độ nặng với các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ý tưởng tự buộc tội, có ý tưởng hành vi tự sát ở cộng đồng song chưa đi khám bệnh (4,1%). Các triệu chứng đó làm cho người bệnh thất vọng nặng nề và rất nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Với các triệu chứng như vậy nên khi đánh giá mức độ trầm cảm, kết quả nghiên cứu cho thấy trầm cảm nhẹ chiếm 72,5%, 21,8% trầm cảm vừa và có 5,7% trầm cảm nặng. Theo Phạm Văn Quý (2008) gặp số người trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ là 65,2%, số người trầm cảm vừa là 34%, chỉ có 1 người bị trầm cảm nặng, không có trầm cảm có loạn thần [18]. Trong khi đó Trần Văn Cường gặp trầm cảm mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%), tiếp theo là trầm cảm vừa (21,2%), mức độ nặng không loạn thần là 15,6% và mức độ nặng có loạn thần gặp ít nhất (14,7%) [7].

Trầm cảm là sự ức chế toàn bộ các quá trình hoạt động tâm thần biểu hiện các triệu chứng đặc trưng như khí sắc trầm, giảm hoặc mất sự quan tâm thích thú..., các triệu chứng phổ biến như mất hoặc khó tập trung chú ý, giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin hoặc có ý tưởng bị buộc tội/bị khuyết điểm, nhìn tương lai ảm đạm, bi quan làm hạn chế trong công việc và cuộc sống và gây ảnh hưởng rất lớn tới cuộc sống của bệnh nhân. Ngoài ra ở bệnh nhân trầm cảm còn có nhiều biểu hiện cơ thể như ăn ít ngon miệng, đau đầu ... dễ chẩn đoán nhầm sang bệnh khác, gây rất nhiều khó khăn cho việc điều trị. Đây là một vấn đề cần quan tâm trong công tác quản lý trầm cảm tại cộng đồng nhằm nâng cao chất lượng quản lý bệnh ở thị xã Bắc Kạn.

4.1.11. Cơ sở bệnh nhân đến khám và điều trị

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đến khám tại bệnh viện chuyên khoa tâm thần rất thấp (3,1%), phần lớn bệnh nhân đến Trạm Y tế khám (82,9%). Qua phỏng vấn, phần lớn bệnh nhân và người nhà không biết bị trầm cảm và cũng không biết trầm cảm là một bệnh lý tâm thần, một số bệnh nhân biết bị trầm cảm thì lại sợ đến khám tại bệnh viện chuyên khoa thì mọi người sẽ biết. Bên cạnh đó còn một tỷ lệ người bệnh không đi khám điều trị bệnh mà đến thầy lang, cúng bái (5,7%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Phạm Văn Quý, số người có rối loạn trầm cảm đã đi khám và điều trị bệnh ở các cơ sở y tế (y tế cơ sở, các bệnh viện đa khoa) chỉ có 34,1%. Trong những người bệnh này, những người đi khám và điều trị tại chuyên khoa tâm thần chỉ có 7 người, tỷ lệ là 5,18%. Trong khi đó số người không đi khám bệnh, không điều trị, tự mua thuốc uống hoặc chữa bệnh bằng các phương pháp không phải của y học là 65,9% [18]. Nghiên cứu của chúng tôi triển khai trên địa bàn thị xã Bắc Kạn là một tỉnh nghèo, có điều kiện kinh tế xã hội thấp hơn các tỉnh miền xuôi, kiến thức của người dân về y tế nói chung và trầm cảm nói riêng cũng rất hạn chế, nhiều người dân con tin vào mê tín. Mặt khác, trầm cảm là một bệnh có nhiều triệu chứng không rõ ràng như cảm xúc buồn, chán nản... dễ nhầm với trạng thái cảm xúc bình thường vì vậy người bệnh ít đi khám. Hoặc nếu bệnh biểu hiện thêm các triệu chứng cơ thể như đau đầu, mất ngủ, ăn kém ngon miệng... thì người bệnh lại nghĩ đến bệnh cơ thể vì vậy đến khám ở các cơ sở y tế đa khoa thay vì đến phòng khám hoặc bệnh viện tâm thần.

Trong khi đó vai trò của nhân viên y tế thôn bản đối với quản lý bệnh TC chưa cao, chưa chú ý đến các dấu hiệu bất thường của bệnh nhân: *“Tôi thấy ở bệnh nhân có những biểu hiện hạn chế tiếp xúc, trước đây giao tiếp bình thường nhưng sau đó không thấy ra khỏi nhà nên lúc đầu rất khó phát hiện bệnh, sau này mới biết đó là bệnh trầm cảm”*.

Vì vậy, trong công tác phòng chống bệnh trầm cảm tại cộng đồng, một vấn đề cần quan tâm là tuyên truyền kiến thức về bệnh trầm cảm cho người dân. Mặt khác cần trang bị kiến thức về trầm cảm cho cán bộ y tế nhằm nâng cao chất lượng trong chẩn đoán, điều trị bệnh nhân trầm cảm.

4.2. Một số yếu tố nguy cơ đối với mắc trầm cảm

4.2.1. Nguy cơ về stress trong gia đình (nghèo, ly dị vợ/chồng) và xã hội (áp lực công việc, hưu trí/mất sức) đối với mắc trầm cảm

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.13, 3.15, 3.19, 3.22 và phân tích hồi quy tại bảng 3.26 cho thấy các yếu tố stress trong cuộc sống như điều kiện kinh tế nghèo, ly dị vợ/chồng, áp lực công việc, hưu trí hoặc mất sức lao động là yếu tố nguy cơ của trầm cảm. Laura A Pratt (2008) tại Hoa Kỳ cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa nhóm tuổi 18-39 và 40-59 sống dưới mức nghèo khổ có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn những người có mức sống cao [56]. Scot B Patten (2006) tại Canada cũng cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa thu nhập gia đình và trầm cảm [67]. Hồ Ngọc Quỳnh (2009) tại thành phố Hồ Chí Minh cũng nhận thấy có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình tới trầm cảm ở sinh viên nữ [19].

Nicodimos (2009) cũng thấy sự liên quan giữa bạo lực trong gia đình đối với gia tăng mắc trầm cảm ở sinh viên. Sinh viên nữ chứng kiến bạo lực gia đình có tỷ lệ mắc trầm cảm gấp 3 lần so với nhóm không chứng kiến ($p < 0,01$). Nam sinh viên chứng kiến cảnh bạo lực gia đình có ý tưởng tự sát cao gấp 2 lần so với những bạn không chứng kiến ($p < 0,01$) [62]. Kết quả nghiên cứu của Pikhart (2004) tại 3 nước châu Âu (Nga, Ba lan, Cộng hòa Séc) thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nỗ lực cá nhân-mức đãi ngộ của chủ lao động đến phát sinh trầm cảm [63]. Nghiên cứu của Scott (2006) cho kết quả có mối liên quan chặt chẽ giữa thất nghiệp, thu nhập thấp với mắc trầm cảm [67].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước về mối liên quan giữa sang chấn tâm lý và trầm cảm. Những sự kiện

sống mang tính chất stress như sự mất mát, chia ly, mất việc, bị xúc phạm nặng nề ... tác động như là một yếu tố khởi phát đối với trầm cảm. Trong đó sự mất mát do chết chóc hoặc chia ly có tầm quan trọng đặc biệt, nhất là ở thời thơ ấu. Hơn nữa các stress xảy ra trong gia đình, xã hội còn ảnh hưởng đến sự hồi phục, tái phát của các giai đoạn trầm cảm [8], [53]

4.2.2. Yếu tố tiền sử gia đình có người bị trầm cảm và mắc trầm cảm

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.25 và phân tích hồi quy tại bảng 3.26 cho thấy yếu tố tiền sử gia đình có người bị trầm cảm là yếu tố nguy cơ của trầm cảm. Theo nghiên cứu của Babinkostova (2011), những bệnh nhân tâm thần phân liệt có biểu hiện trầm cảm có mối liên quan chặt chẽ hơn với yếu tố gia đình so với những bệnh nhân trầm cảm đơn thuần [40]. Tại Malaysia, Salimah O (2008) nhận thấy 30,8% bệnh nhân trầm cảm có tiền sử gia đình ở những bệnh nhân cao tuổi trong bệnh viện Kuala Lumpur cho kết quả, trong đó nhóm chúng chỉ có 9,2% [66].

Các nghiên cứu khác về gia đình cho thấy 50% số bệnh nhân trầm cảm có ít nhất một người cha hoặc mẹ mắc trầm cảm. Nếu cha hoặc mẹ mắc trầm cảm thì 25% con cái họ mắc bệnh. Nếu cả hai bố mẹ cùng mắc bệnh thì 50 - 75% các trường hợp có con mắc trầm cảm. Đồng thời nghiên cứu trầm cảm ở các cặp sinh đôi cùng trứng cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 33 - 90% và rối loạn trầm cảm là 50%. Nghiên cứu ở các cặp sinh đôi khác trứng thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 5 - 25% và rối loạn trầm cảm là 10 - 15%. Một số nghiên cứu sâu hơn về gen cho biết, có thể xác định được một số điểm đặc biệt về gen trên các nhiễm sắc thể X, 5, 11, ở các gia đình có trầm cảm. Bên cạnh đó, tiền sử gia đình còn liên quan đến yếu tố môi trường gia đình với những phong tục, thói quen và cách sống...khác nhau, vì vậy liên quan đến trầm cảm [8], [17].

4.2.3. Yếu tố tiền mãn kinh ở phụ nữ với mắc trầm cảm

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.24 và phân tích hồi quy tại bảng 3.26 cho thấy, tiền mãn kinh là yếu tố nguy cơ đến mắc trầm cảm ở phụ nữ. Kết

quả nghiên cứu của chúng tôi khác so với một số nghiên cứu trước. Một số tác giả thấy có mối liên quan giữa trầm cảm và thời kỳ sau sinh. Lương Bạch Lan (2009) nhận thấy những bà mẹ sau sinh có con gửi ở bệnh viện dưỡng nhi Hùng Vương có tỷ lệ trầm cảm cao và liên quan đến tình trạng sức khỏe của con [14].

So sánh với nghiên cứu của Yen (2009) tại Đài Loan cho thấy có sự gia tăng trầm cảm ở những phụ nữ tiền mãn kinh [77]. Adewuga tại Nigeria (2007) ở nhóm phụ nữ sắp sinh cho thấy trầm cảm có sự liên quan chặt chẽ với một số yếu tố như chưa kết hôn, ly dị/ly thân, đa thê, con bị chết non. Tác giả kết luận trầm cảm rất phổ biến ở phụ nữ trước sinh ở Nigeria và liên quan chặt chẽ tới một số yếu tố gia đình và xã hội [32].

Theo y văn một trong các yếu tố nguy cơ của trầm cảm là phụ nữ ở thời kỳ mang thai và sau sinh vì có liên quan đến sự thay đổi nội tiết trong cơ thể. Một số cơ sở của giả thuyết này dựa trên trầm cảm hay gặp ở phụ nữ, các giai đoạn thường xuất hiện vào thời kỳ dậy thì, có thai, sau đẻ, rối loạn kinh nguyệt... Rối loạn trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận được cho rằng có liên quan đến trầm cảm. Bên cạnh đó, vai trò của nội tiết tố giáp trạng như TSH, TRH và T3 - T4 cũng được nêu lên trong quan điểm về bệnh sinh của trầm cảm. Tuy nhiên mối liên quan giữa yếu tố sau sinh với trầm cảm vẫn còn nhiều giả thuyết khác nhau và cũng một phần liên quan đến tâm lý phụ nữ như thay đổi sinh hoạt hình dáng và đặc biệt liên quan đến tình trạng con, giới tính của con [8], [43], [53].

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở cộng đồng, những bà mẹ được khảo sát là những bà mẹ có con khỏe mạnh. Mặt khác, địa phương nghiên cứu của chúng tôi là một thị xã miền núi, nơi có nhiều phong tục tập quán và quan niệm kiêng khem đối với phụ nữ sau sinh. Đây có lẽ là lý do dẫn đến tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp và không thấy có mối liên quan giữa trầm cảm và thời kỳ sau sinh.

Bùi Quang Huy (2008) cũng cho rằng phong tục tập quán và văn hóa khác nhau có ảnh hưởng tới trầm cảm ở cộng đồng [17]. Tuy nhiên chúng tôi cũng nhận thấy cần có những nghiên cứu trầm cảm tiếp theo về đối tượng phụ nữ sau sinh nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với bà mẹ và trẻ em.

Một trong những yếu tố liên quan được nhiều tác giả nghiên cứu và ghi nhận là mối liên quan giữa lứa tuổi tiền mãn kinh và trầm cảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận điều này. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2009) nhận thấy tỷ lệ trầm cảm ở lứa tuổi mãn kinh rất cao và liên quan đến nhiều yếu tố như bệnh tật, nghỉ hưu, sự ra đi của người thân [11]. Các nghiên cứu trước đây cũng khẳng định có sự liên quan giữa trầm cảm và tiền mãn kinh. Y văn cũng cho thấy khi ở lứa tuổi tiền mãn kinh có sự suy giảm nội tiết tố nữ estrogen dẫn đến những thay đổi về cơ thể và tâm lý của người phụ nữ, mặt khác lứa tuổi tiền mãn kinh liên quan nhiều đến thay đổi trong cuộc sống như xuất hiện bệnh tật, thay đổi trong gia đình như mất người thân, lo cho con cái trưởng thành....[8], [53]. Các yếu tố đó tác động là tăng nguy cơ mắc trầm cảm hơn so với lứa tuổi khác. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước trên thế giới và Việt Nam, đây cũng là một vấn đề cần quan tâm trong chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.17 đến bảng 3.26 cho thấy có nhiều yếu tố nguy cơ cùng ảnh hưởng đến mắc trầm cảm, đó là: tình trạng kinh tế nghèo, ly dị vợ/chồng, quá tải công việc, hưu trí/mất sức lao động, gia đình có người mắc trầm cảm và tiền mãn kinh ở phụ nữ. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cũng cho kết quả tương tự. Đây là một vấn đề không mới trên thế giới nhưng còn tương đối mới ở Việt Nam và Bắc Kạn. Việc nghiên cứu tìm hiểu yếu tố nguy cơ chính là để góp phần nâng cao kiến thức về bệnh này, áp dụng trong công tác quản lý điều hành công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, trong đó có bệnh trầm cảm.

4.3. Một số giải pháp can thiệp phòng, chống trầm cảm tại cộng đồng

4.3.1. Đối với tuyến y tế cơ sở

Qua thảo luận nhóm nhân viên y tế thôn bản, chúng tôi thấy việc đa dạng hóa các hình thức truyền thông, tăng cường tuyên truyền cho cộng đồng là rất cần thiết. Nội dung tuyên truyền cần tập trung vào các triệu chứng của bệnh trầm cảm, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của trầm cảm.

Theo tác giả Nguyễn Văn Quý, việc triển khai các buổi tọa đàm giữa thầy thuốc với gia đình, thì bệnh nhân và gia đình được trang bị những kiến thức cơ bản về tâm thần để có thể phát hiện bệnh, đưa người bệnh đi khám và điều trị đúng chuyên khoa, giảm thiểu sự kỳ thị mặc cảm của cộng đồng với người bệnh. Cũng theo Phạm Văn Quý, sau khi tập huấn cho cán bộ Y tế xã, các cán bộ trạm y tế được trang bị những kiến thức cơ bản về tâm thần học cộng đồng, về CSSKTT lồng ghép với chăm sóc sức khỏe ban đầu, họ đã nhận biết được các dấu hiệu tái phát và đã xử lý được cho 30 lượt bệnh nhân, tỷ lệ là 22,2% sau đó trao đổi lại với bác sỹ chuyên khoa [17].

Cần trang bị cho các cán bộ y tế cơ sở kiến thức chuyên khoa tâm thần và những kỹ năng giao tiếp với BN tâm thần, thì họ sẽ làm tốt công việc lồng ghép CSSKTT với CSSK ban đầu, họ sẽ phát hiện BN, đồng thời cũng chính họ là những người chăm sóc SKTT cho BN ở ngay cộng đồng [17]. Như vậy sẽ giảm gánh nặng cho đội ngũ bác sỹ chuyên khoa tâm thần, vốn rất mỏng tại Bắc Kạn.

Tác giả Amy M. Kilbourne khuyến cáo, việc giám sát trầm cảm có thể tích hợp vào hệ thống công cụ đa giám sát các bệnh khác (tiểu đường, chăm sóc dự phòng) để thu thập thông tin vào máy tính và từ đó giám sát trầm cảm được thường xuyên [36]. Tuy đối với y tế cơ sở hiện nay năng lực sử dụng máy tính còn rất hạn chế nhưng cũng cần phát triển những bộ công cụ này phục vụ cho công tác quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Như vậy, các giải pháp của chúng tôi mặc dù chưa triển khai song hoàn toàn phù hợp với giải pháp mà các tác giả khác đã nêu ra và theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới.

4.3.2. Đối với chính quyền và người dân

Gia đình là tế bào của xã hội thì chính quyền và cộng đồng là chỗ dựa của gia đình. Nếu không có sự quan tâm của chính quyền, sự hỗ trợ của cộng đồng thì các gia đình gặp khó khăn, đặc biệt là người nghèo mắc trầm cảm nặng chắc chắn sẽ không thể giải quyết được vấn đề và hậu quả là tự tử sẽ có thể xảy ra.

Kết quả thảo luận nhóm trong nghiên cứu cho thấy vai trò của cộng đồng trong công tác quản lý, chăm sóc người bệnh trầm cảm. Thảo luận nhóm tổ trưởng dân phố cũng nhấn mạnh, cộng đồng có vai trò lớn trong giúp đỡ gia đình bệnh nhân trầm cảm, *“Tôi nghĩ rằng cần có những buổi họp để quán triệt trong tổ, các hộ gia đình cần giúp đỡ những hộ này, không giúp bằng tiền thì cũng nên thăm hỏi động viên thì mới đúng là thực hiện phong trào văn hóa mới, toàn dân đoàn kết theo quan điểm của Chính phủ”*.

Theo tác giả Phạm Văn Quý, số người đồng cảm với người bệnh, chăm sóc cho người bệnh tăng lên đáng kể, từ 44,4% lên 97,2% sau can thiệp. Thái độ của cộng đồng với bệnh nhân, số người trong cộng đồng có thái độ coi thường và xúc phạm đến người bệnh giảm từ 27,8% xuống còn 0% sau can thiệp. Đa số người tham gia điều tra đều chấp nhận, thông cảm và giúp đỡ cho người bệnh (trước can thiệp 66,7%, sau can thiệp tỷ lệ là 97,6%) [17].

4.3.3. Đối với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân

Việc tuân thủ liệu trình điều trị, chăm sóc hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân để tránh tái phát và tái hòa nhập cộng đồng là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các ý kiến thảo luận nhóm đều thống nhất rằng để phòng chống bệnh trầm cảm tốt tại cộng đồng, gia đình có vai trò rất lớn đối với bệnh nhân. Người thân chia sẻ, là chỗ dựa tinh thần đối với người

bệnh. Bên cạnh đó, người thân cũng là người theo dõi, giám sát bệnh nhân uống thuốc và giúp bệnh nhân có chế độ sinh hoạt phù hợp để có tiến triển tốt.

Theo Tổ chức y tế thế giới (F32 - ICD 10), trong điều trị và quản lý bệnh nhân trầm cảm gia đình cần đặt ra những kế hoạch hoạt động ngắn để bệnh nhân tham gia và xây dựng lòng tin. Động viên bệnh nhân chống tự ti và tự phê phán, không quan tâm đến các ý nghĩ tiêu cực, tự ti. Nhận biết các vấn đề trong cuộc sống hiện tại hay các stress. Đặt ra các bước đi nhỏ để bệnh nhân có thể phấn đấu nhằm làm giảm bớt các vấn đề này. Nên tránh những quyết định lớn hay các thay đổi cuộc sống nghiêm trọng [75].

Theo tác giả Phạm Văn Quý thì kết quả các giải pháp can thiệp đối với gia đình bệnh nhân hết sức khả quan: Cảm giác đau khổ khi người thân bị bệnh, tỷ lệ đã giảm từ 18,5% xuống còn 1,2%. Số người còn nhờ đến các phương pháp chữa bệnh thần bí có giảm không nhiều. Số người không muốn cho người bệnh uống thuốc hướng thần giảm từ 79,6% xuống còn 15,9%. Số người không muốn đưa người thân vào bệnh viện Tâm thần giảm từ 96,3% xuống còn là 36,6% [17].

Các tác giả khác cũng khẳng định vai trò quan trọng của gia đình trong việc điều trị, phòng và quản lý bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng nhằm nâng cao chất lượng điều trị [3], [6], [26].

KẾT LUẬN

1. Thực trạng mắc TC ở người trưởng thành tại Phường Sông Cầu

- Tỷ lệ mắc trầm TC là 4,3%, nữ 8,3%, nam 1,6%.

- Tỷ lệ mắc TC theo tình trạng hôn nhân: ly dị/ly thân 21,1%, góa vợ/chồng 10,5%, chưa kết hôn 4,1%, kết hôn 3,1%.

- Tỷ lệ mắc TC theo học vấn: nhóm PTTH 5,6%, chuyên nghiệp 4,5%, tiểu học 3,8%, THCS 3,1%. Tỷ lệ mắc TC theo nghề nghiệp: nhóm không có nghề 18,1%, học sinh/sinh viên 13,8%, cán bộ hành chính 3,6%.

- Tỷ lệ mắc TC ở nhóm nghèo 8,9%, cận nghèo 4,4%, không nghèo 3,8%.

- Tỷ lệ mắc TC trong nhóm bệnh nhân mắc bệnh đau nửa đầu gặp 20,8%, đái tháo đường là 17,9%, tim mạch 14,2%. Tỷ lệ mắc TC ở phụ nữ tiền mãn kinh 29,7%, mang thai: 2,9%, sinh đẻ: 1,5%.

- Bệnh nhân trầm cảm đa số ở thể nhẹ (72,5%). Các triệu chứng đặc trưng như mất/giảm năng lượng, giảm hoạt động gặp 87%, rối loạn giấc ngủ là 74,6%, ăn ít ngon miệng chiếm 61,7%. Các triệu chứng cơ thể khác: đau đầu kéo dài 59,6%, hoa mắt chóng mặt 58%.

- Nơi bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu ở trạm Y tế (82,9%).

2. Một số yếu tố nguy cơ với mắc trầm cảm

Sáu yếu tố nguy cơ mắc trầm cảm bao gồm:

- Tình trạng kinh tế nghèo;

- Yếu tố ly dị vợ/chồng;

- Yếu tố áp lực công việc;

- Yếu tố hưu trí, mất sức lao động;

- Yếu tố tiền sử gia đình;

- Yếu tố tiền mãn kinh ở phụ nữ.

- Yếu tố qua phân tích đơn biến là nguy cơ nhưng phân tích hồi quy cho thấy không phải là nguy cơ trầm cảm: Bệnh đau nửa đầu.

3. Một số giải pháp can thiệp phòng, chống TC trong cộng đồng

3.1. Giải pháp với y tế cơ sở

- *Nhóm giải pháp 1:* Tăng cường tuyên truyền cho người dân nâng cao nhận thức về trầm cảm tại cộng đồng.

- *Nhóm giải pháp 2:* Cấp phát thuốc cho bệnh nhân TC, giám sát và hỗ trợ bệnh nhân uống thuốc đều đặn, đủ liệu trình.

- *Nhóm giải pháp 3:* Tập huấn, đào tạo, quản lý.

- *Nhóm giải pháp 4:* Hỗ trợ kinh phí hoạt động cho y tế thôn bản.

3.3.2. Giải pháp đối với cộng đồng

Tập huấn cho cán bộ chủ chốt, tham gia phối hợp cùng Y tế trong phòng, chống trầm cảm, cộng đồng cần hỗ trợ cho gia đình bệnh nhân, giảm phân biệt đối xử, kỳ thị để giúp bệnh nhân tái hòa nhập xã hội.

3.3.3. Giải pháp đối với gia đình của bệnh nhân

Tuyên truyền cho gia đình bệnh nhân, hỗ trợ gia đình bệnh nhân nặng. Gia đình cam kết hỗ trợ, nhắc nhở động viên bệnh nhân uống thuốc đều đặn, đủ liệu trình, giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng.

KHUYẾN NGHỊ

Để tăng cường công tác phòng, chống trầm cảm trong thời gian tới tại phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn và áp dụng cho địa phương khác trong tỉnh Bắc Kạn, chúng tôi kiến nghị:

1. Tăng cường tuyên truyền, phổ biến rộng rãi cho cộng đồng về bệnh trầm cảm (dấu hiệu bệnh, nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và phương pháp phòng chống) để người dân hiểu rõ và biết cách dự phòng cho bản thân.
2. Cần xây dựng mô hình quản lý bệnh trầm cảm dựa vào cộng đồng, có sự tham gia của chính quyền địa phương, y tế và người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Hữu Bình (2004), “*Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở một phường thành phố Hà Nội*”, Hội thảo quốc gia Chăm sóc sức khỏe tâm thần và phòng chống tự tử, tr. 30-38.
2. Trần Hữu Bình (2008), “*Rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân mắc bệnh thực thể*”, Tạp chí Y học lâm sàng, tr.15-19.
3. Bộ môn tâm thần và tâm lý y học (2005), “*Rối loạn cảm xúc*”, Bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 215-252.
4. Bộ Y tế (2008), “*Tài liệu số 16 – Phục hồi chức năng tâm thần dựa vào cộng đồng*”, Bộ Y tế, 16, tr. 3-14.
5. Trương Đình Chính (2009), “*Rối loạn trầm cảm ở điều dưỡng và nữ hộ sinh Bà Rịa Vũng Tàu năm 2009*”, Y tế công cộng, tr.1-10.
6. Chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm (2011), “*Xây dựng mô hình quản lý trầm cảm tại cộng đồng ở Việt Nam*”, 138 A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam. tr. 1-2.
7. Trần Văn Cường (2011), “*Điều tra dịch tễ học lâm sàng một số bệnh tâm thần thường gặp ở các vùng kinh tế xã hội khác nhau của nước ta hiện nay*”, Tạp chí Y học thực hành, tr. 1-13.
8. Đại học Y khoa Thái Nguyên (2008), “*Giáo trình tâm thần học*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 98-113, tr. 202-205.
9. Nguyễn Văn Dũng (2011), “*Đặc điểm các triệu chứng cơ thể trong trầm cảm người cao tuổi*”, Tạp chí Y học thực hành, số 8, tr.111-115.
10. Nguyễn Thị Kim Hạnh (2005), “*Điều tra dịch tễ trầm cảm ở hai xã của Thanh Hóa*”, Thông tin chuyên ngành các vấn đề liên quan đến tâm thần, 46, quý III, tr. 40-45.
11. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2008), “*Tỷ lệ và các yếu tố liên quan của rối loạn trầm cảm ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh*”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, số 13, tr. 87-91.

12. Hiệp hội Tâm thần Australia (2009), “*Rèn luyện khả năng thích ứng cao - building resilience*”, Tuần lễ Y tế tâm thần (Mental Health Week) - 2009, Tờ thông tin (FactSheet), tr. 1-2.
13. Mac Oliver AAJen (2008), “*Bài phát biểu nhân Ngày Sức khỏe tâm thần Thế giới 10/10/008*”, in *VOV HOME*, VH, Editor. Đài tiếng nói Việt Nam: Hà Nội. tr. 1-4.
14. Lương Bạch Lan (2009), “*Tỷ lệ và yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh*”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 13, tr. 1-5.
15. Lê Quốc Nam (2000), “*Vài nhận xét về tỷ lệ rối loạn trầm cảm trên 373 bệnh nhân đến khám tại các trạm y tế xã phường tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2000*”, Tạp chí Y học thực hành, 45, tr. 45-51
16. Trần Việt Nghị (2004), “*Nghiên cứu dịch tễ - lâm sàng rối loạn trầm cảm tới một số quần thể cộng đồng*”, Hội thảo quốc gia Chăm sóc sức khỏe tâm thần và phòng chống tự tử, tr. 76-83.
17. Bùi Quang Huy (2008), “*Trầm cảm*”, Nhà xuất bản Y học, tr.7-72.
18. Phạm Văn Quý (2008), “*Đánh giá hiệu quả can thiệp rối loạn trầm cảm trong cộng đồng*”, Luận văn CKII khóa 18, Đại học y Hà Nội, Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia, tr. 1-80.
19. Hồ Ngọc Quỳnh (2010), “*Sức khỏe tâm thần của sinh viên y tế công cộng và sinh viên điều dưỡng tại đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2009*”, Y học thực hành phố Hồ Chí Minh, 14, tr. 95-100.
20. Nguyễn Văn Siêm (2010), “*Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng rối loạn trầm cảm tại một xã đồng bằng sông Hồng*”, Tạp chí Y học thực hành, Số 5, tr. 71-74.
21. Nguyễn Văn Thọ (2006), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm với các triệu chứng cơ thể*”, Thông tin chuyên ngành các vấn đề liên quan đến tâm thần, BVTT TW 2, 51, quý IV, tr. 37-42.

22. Thủ tướng Chính phủ, “*Quyết định số 09/2011/QĐ-TTg về việc ban hành chuẩn nghèo và cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015*”, tr 1-2.
23. Lương Bích Thủy (2008), “*Chăm sóc và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần dựa vào cộng đồng*”, Đại học Khoa học xã hội và nhân văn - Đại học quốc gia Hà Nội, tr. 3-4.
24. Vương Văn Tịnh (2010), “*Một số nhận xét về dịch tễ học của trầm cảm*”, Tạp chí Y học thực hành, Số 9, tr. 17-19.
25. Tổ chức Y tế thế giới (1992), “*Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi*”, Geneva, tr. 91-100.
26. Tổ chức Y tế thế giới (1998), “*Chăm sóc sức khỏe ở tuyến cơ sở*”, Bộ Y tế, tr. 15-40.
27. Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội tỉnh Bắc Kạn (2010), “*Báo cáo công tác năm 2010*”, tr. 1-32.
28. Trần Tuấn (2008), “*Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí và mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng*”, Trung tâm nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng, tr. 1-6.
29. Ủy ban nhân dân phường Sông Cầu (2010), “*Báo cáo tình hình phát triển kinh tế, xã hội năm 2010, phương hướng nhiệm vụ năm 2011*”, Sông Cầu, tr. 1-15.
30. Ủy ban nhân dân thị xã Bắc Kạn (2010), “*Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ phát triển KT-XH năm 2010, nhiệm vụ và giải pháp phát triển KT-XH năm 2011*”, Bắc Kạn, tr. 1-19.

TIẾNG ANH

31. Abdulbari Bener (2011), “*Impact of depression on gastrotestinal symptom in general population*”, Biomedical Research 2011, 22, (4), pp. 407-415.

32. Adewuya A. O., Ola B. A., Aloba O. O., (2007), "*Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women*", *Depress Anxiety*, 24, (1), pp.15-21.
33. Adriaanse M. C., Dekker J. M., et al. (2008), "*Symptoms of depression in people with impaired glucose metabolism or type 2 diabetes mellitus: The hoorn study*", *Diabet Med*, 25, (7), pp. 843-849.
34. Aichberger M. C., Schouler-Ocak M., et al. (2010), "*Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (share)*", *EUR Psychiatry*, 25, (8), pp. 468-475.
35. American Psychiatric Association (2006), "*Text book of mood disorders*", Sun pharmaceutical industries Ltd., 1, 131-144, pp. 623-699.
36. Amy M. Kilbourne (2004), "*Translating evidence-based depression management services to community-based primary care practices*", *The Milbank Quarterly*, 82, No. 4, 2004, pp. 631–659.
37. Andrea H., Bultmann U., Amelsvoort van L. G., (2009), "*The incidence of anxiety and depression among employees - the role of psychosocial work characteristics*", *Depress Anxiety*, 26, (11), pp. 1040-1048.
38. Atlantis E., Browning C., (2010), "*Diabetes incidence associated with depression and antidepressants in the melbourne longitudinal studies on healthy ageing (melsha)*", *Int J Geriatr Psychiatry*, 25,(7), pp. 688-696.
39. Aujla N., Abrams K. R., et al. (2009), "*The prevalence of depression in White-European and South-Asian people with impaired glucose regulation and screen-detected type 2 diabetes mellitus*", *PLoS One*, 4, (11), pp. 55- 77.
40. Babinkostova Z., Stefanovski B. (2011), "*Family history in patients with schizophrenia and depressive symptoms*", *Prilozi*, 32, (1), pp. 219-228.
41. Benazzi F. (1999), "*Chronic depression subtypes: A 257 case study*", *Depress Anxiety*, 10, (2), pp. 81-84.

42. Berlin A. A., Kop W. J., Deuster P. A. (2006), "*Depressive mood symptoms and fatigue after exercise withdrawal: The potential role of decreased fitness*", Psychosom Med, 68, (2), pp. 224-230.
43. Blows W. T. (2000), "*Neurotransmitters of the brain: Serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine*", J Neurosci Nurs, 32, (4), pp. 234-238.
44. Bunevicius A., Peceliuniene J., Mickuviene N., (2007), "*Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients*", Depress Anxiety, 24, (7), pp. 455-460.
45. Chen R., L. Wei, Z. Hu, X. Qin, J. R. Copeland, et al. (2005), "*Depression in older people in rural China*", Arch Intern Med, 165, (17), pp. 2.019-2.025.
46. Chiu E. (2004), "*Epidemiology of depression in the Asia Pacific region*", Australas Psychiatry, 12 Suppl, pp. 4-10.
47. Chong M. Y. (2001), "*Community study of depression in old age in Taiwan: Prevalence, life events and socio-demographic correlates*", The British Journal of Psychiatry, 178, (1), pp. 29-35.
48. Chou K. L., A. H. Ho, I. Chi (2005), "*The effect of depression on use of emergency department services in Hong Kong Chinese older adults with diabetes*", Int J Geriatr Psychiatry, 20, (9), pp. 900-902.
49. Daniel J. Taylor. (2005), "*Depidemiology of insomnia, depression and anxiety*", Sleep, 28, pp. 1457-1464.
50. De Wit L. M., M. Fokkema, A. van Straten, F. Lamers, P. Cuijpers, et al. (2010), "*Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities*", Depress Anxiety, 27, (11), pp. 1057-1065.
51. E Antoniou RM (2008), "*Correlation of domestic violence during pregnancy with postatal depression*", Health Science Journal, 2, pp. 15-19.

52. Egede Leonard E., Charles Ellis (2010), "*Diabetes and depression: Global perspectives*", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, (3), pp. 302-312.
53. H M van Praag., ed. "*Stress, the brain and depression*", Cambridge University, ed. E. R. de Kloet J. van Os. Vol. 2004, Cambridge University. 1-8, pp. 24-263.
54. Kalaydjian A., W. Eaton, P. Zandi (2007), "*Migraine headaches are not associated with a unique depressive symptom profile: Results from the Baltimore epidemiologic catchment area study*", *J Psychosom Res*, 63, (2), pp. 123-129.
55. Kaplan Sadock, Williams & Wilkins (1997), "*Geriatric psychiatry, synopsis of psychiatry*", Seventh Edition, pp. 1.155-1.171.
56. Laura A. Pratt, Debra J. Brody. (2008), "*Depression in the United States household population, 2005–2006*", *NCSH Brief*, 7, pp. 1-8.
57. Leung W. C., F. Kung, J. Lam, T. W. Leung, P. C. Ho (2002), "*Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community*", *Int J Gynaecol Obstet*, 79, (2), pp. 159-166.
58. Lukassen J., M. P. Beaudet (2005), "*Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada*", *Soc Sci Med*, 61, (8), pp. 1658-1667.
59. Manassis K., R. Menna (1999), "*Depression in anxious children: Possible factors in comorbidity, *Depress Anxiety**", 10, (1), pp. 18-24.
60. Michael E Dewey. (2006), "*Retirement and depression*", Institute of Psychiatry of London, pp. 1-19.
61. National Institute of Mental Health, ed. "*Women and depression*". Vol. 2009, National Institutes of Mental Health, pp. 7-11.
62. Nicodimos S., B. S. Gelaye, M. A. Williams, Y. Berhane (2009), "*Associations between witnessing parental violence and experiencing symptoms of depression among college students*", *East Afr J Public Health*, 6, (2), pp. 184-90.

63. North Sidney Department of Health, ed. "*Nsw suicide prevention strategy 2010–2015*". Vol. 2010, NSW DEPARTMENT OF HEALTH, 73 Miller Street 59, pp. 4-17.
64. Pikhart H., M. Bobak, A. Pajak, S. Malyutina, R. Kubinova, et al. (2004), "*Psychosocial factors at work and depression in three countries of central and Eastern Europe*", Soc Sci Med, 58, (8), pp. 1475-1482.
65. Robinson G. Robert (2002), "*Depression and the medically ill*", Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress., pp. 1-5.
66. Salimah O., M. A. Rahmah, R. Rosdinom, S. S. Azhar (2008), "*A case control study on factors that influence depression among the elderly in Kuala Lumpur hospital and Universiti Kebangsaan Malaysia hospital*", Med J Malaysia, 63, (5), pp. 395-400.
67. Scott B Patten. (2006), "*Descriptive epidemiology of major depression in Canada*", Journal, Vol 51, No 2, February 2006, (Issue), pp. 80-90.
68. Stern S. L., T. Williams, S. L. Dixon, J. A. Clement, Z. A. Butt, et al. (1999), "*Do health professionals' attitudes interfere with the treatment of depression?*", Depress Anxiety, 9, (4), pp. 151-155.
69. Tintle N., B. Bacon, S. Kostyuchenko, Z. Gutkovich, E. J. Bromet (2011), "*Depression and its correlates in older adults in Ukraine*", Int J Geriatr Psychiatry, 26, (12), pp. 1292-1299.
70. Verger P., C. Lions, B. Ventelou (2009), "*Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults?*", The European Journal of Public Health, 19, (6), pp. 618-624.
71. Vranceanu A. M., L. C. Gallo, L. M. Bogart (2009), "*Depressive symptoms and momentary affect: The role of social interaction variables*", Depress Anxiety, 26, (5), pp. 464-470.
72. Wahlbeck K. & Mäkinen M (2008), "*Prevention of depression and suicide. Consensus paper of European community*", ISBN-, 978-92-79-09527-6, pp. 7-15.

73. Wang L., D. Qiao, Y. Li, J. Ren, K. He, et al. (2011), “*Clinical predictors of familial depression in Han Chinese women*”, *Depress Anxiety*, pp. 17-23.
74. World Health Organization (2007), “*World health statistics 2007*”. pp. 8-9.
75. World Health Organization (2008), “*The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders*”, *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, pp. 87-93.
76. World Health Organization (2008), “*Suicide and suicide prevention in Asia*”, pp 15-48.
77. Yen J. Y., M. S. Yang, M. H. Wang, C. Y. Lai, M. S. Fang (2009), “*The associations between menopausal syndrome and depression during pre-, peri-, and postmenopausal period among Taiwanese female aborigines*”, *Psychiatry Clin Neurosci*, 63, (5), pp. 678-684.
78. Yu S. F., S. Q. Yao, H. Ding, L. Q. Ma, Y. Yang, et al. (2006), “*Relationship between depression symptoms and stress in occupational populations*”, *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*, 24, (3), pp. 129-133.

PHỤ LỤC 1

BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN VỀ BỆNH TRẦM CẢM

(Bộ câu hỏi này nhằm mục đích giúp phòng, chống bệnh trầm cảm. Thông tin của bạn được giữ bí mật. Bạn hãy giúp chúng tôi bằng cách tích chữ X hoặc ghi rõ vào những ý thích hợp)

PHẦN 1. THÔNG TIN CHUNG

Câu 1. Tuổi của bạn (Chỉ chọn 1 ý)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Từ 18-29 | <input type="checkbox"/> Từ 50-59 |
| <input type="checkbox"/> Từ 30-39 | <input type="checkbox"/> Từ 60-69 |
| <input type="checkbox"/> Từ 30-39 | <input type="checkbox"/> Từ 70 trở lên |
| <input type="checkbox"/> Từ 40-49 | |

Câu 2. Giới của bạn: Nam Nữ

Câu 3. Địa chỉ của bạn: Số nhà..... Tổ:..... Số điện thoại của bạn:

Câu 4. Thu nhập bình quân của gia đình bạn tính theo đầu người

- Dưới 500.000đ./người/tháng (hộ nghèo)
- Từ 501.000đ đến 650.000đ./người/tháng (hộ cận nghèo)
- Từ 651.000đ./người/tháng trở lên (hộ không nghèo)
- Gia đình bạn có thuộc diện chính sách không?
 - Có. Tổng phụ cấp là..... đồng/tháng.
 - Không

Câu 5. Trình độ văn hóa hiện tại của bạn (chỉ chọn 1 ý)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mù chữ (Không đi học) | <input type="checkbox"/> Học xong THPT (cấp 3) |
| <input type="checkbox"/> Học xong Tiểu học (cấp 1) | <input type="checkbox"/> Học xong chuyên nghiệp |
| <input type="checkbox"/> Học xong THCS (cấp 2) | |

Câu 6. Tình trạng hôn nhân của bạn? (chỉ chọn 1 ý)

- Đã kết hôn
- Chưa kết hôn
- Ly hôn hoặc ly thân
- Góa vợ, góa chồng

Câu 7. Nghề nghiệp của bạn hiện nay là gì? (Chỉ chọn 1 ý)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cán bộ hành chính | <input type="checkbox"/> Học sinh, sinh viên |
| <input type="checkbox"/> Công nhân, lao động thủ công | <input type="checkbox"/> Hưu trí |
| <input type="checkbox"/> Buôn bán | <input type="checkbox"/> Lao động tự do |
| <input type="checkbox"/> Nội trợ | <input type="checkbox"/> Không nghề nghiệp, hoặc đang tìm việc làm |
| <input type="checkbox"/> Nông dân | |

PHẦN 2. THÔNG TIN VỀ BỆNH TRẦM CẢM

Câu 8. Bạn có bị trầm cảm không (*Lưu ý, nếu không không bị thì chuyển tới câu 17*)

- Có
 Không

Câu 9. Bạn đã bị trầm cảm từ bao giờ (tháng, năm) :.....

Câu 10. Đã bị tái phát bao nhiêu lần

Câu 11. Bạn đã đến đâu để khám và điều trị? (*có thể chọn nhiều ý*)

- Bệnh viện đa khoa?
 Bệnh viện chuyên khoa tâm thần?
 Phòng khám tư nhân?
 Trạm Y tế?

Câu 12. Bạn và gia đình có bao giờ cúng bái vì trầm cảm? (*chỉ chọn 1 ý*)

- Có
 Không

Câu 13. Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm (*Có thể chọn nhiều ý*)

- Khí sắc trầm
 Mất hoặc giảm sự quan tâm thích thú
 Mất hoặc giảm năng lượng, giảm hoạt động (dễ mệt mỏi)

Câu 14. Các dấu hiệu phổ biến khác của trầm cảm (*Có thể chọn nhiều ý*)

- Mất hoặc khó tập trung chú ý
 Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin
 Tự cho mình là không xứng đáng, có ý tưởng bị buộc tội, bị khuyét điểm
 Nhìn tương lai ảm đạm, bi quan, đen tối
 Có ý tưởng, hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát
 Rối loạn giấc ngủ
 Ăn ít ngon miệng

Câu 15. Một số biểu hiện khác mà bạn gặp (*Có thể chọn nhiều ý*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nghĩ nhiều đến cái chết | <input type="checkbox"/> Đau đầu kéo dài |
| <input type="checkbox"/> Giảm, mất khả năng tình dục | <input type="checkbox"/> Đau tức ngực |
| <input type="checkbox"/> Hoang tưởng | <input type="checkbox"/> Đau nhiều khớp |
| <input type="checkbox"/> Những cơn ớn lạnh | <input type="checkbox"/> Đau bụng |
| <input type="checkbox"/> Run chân tay | <input type="checkbox"/> Hụt hơi, tức ngực, khó thở |
| <input type="checkbox"/> Vã mồ hôi | <input type="checkbox"/> Hoa mắt, chóng mặt, ù tai |
| <input type="checkbox"/> Cảm giác khó chịu, tê bì | |

Câu 16. Bạn hãy mô tả, trong những lần bị trầm cảm (hoặc tái phát) thì có liên quan đến những yếu tố gì (*ghi cụ thể*):.....

.....

PHẦN 3

CÂU HỎI VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ DẪN ĐẾN TRẦM CẢM

Bạn hãy cho biết, từ khi sinh ra tới nay bạn đã trải qua những sự kiện gì đặc biệt trong cuộc đời mà bạn nghĩ có thể phát sinh hay gia tăng bệnh trầm cảm

Câu 17. Bạn đã gặp những khó khăn gì vượt quá sức chịu đựng? (có thể chọn nhiều ý)

- Mất mát người thân mới đây (cha/mẹ, vợ/chồng...)
- Ly dị hoặc ly thân với vợ/chồng
- Cha mẹ ly thân, ly hôn
- Xung đột gia đình
- Mâu thuẫn kéo dài ở nơi làm việc hoặc hàng xóm...
- Bị áp lực, quá tải trong công việc
- Bị áp lực, quá tải trong việc học hành (HS, sinh viên)
- Thua lỗ trong kinh doanh hay mất việc làm
- Hưu trí, hay nghỉ mất sức lao động
- Những sự việc khác (ghi rõ).....

Câu 18. Bạn thuộc típ người (chỉ chọn 1 ý)

- Vui vẻ, lạc quan
- Trầm, ít quan hệ bên ngoài
- Dễ xúc động

Câu 19. Thói quen của bạn (có thể chọn nhiều ý)

- Tập thể dục thường xuyên
- Dùng rượu thường xuyên

Câu 20. Bạn có hút thuốc lá (chỉ chọn 1 ý)

- Có
- Không

Câu 21. Bạn có dùng ma túy (chỉ chọn 1 ý)

- Có
- Không

Câu 22. Bạn đã hoặc đang mắc bệnh, tật gì? (có thể chọn nhiều ý)

22.1. Bệnh cấp tính (ghi cụ thể):.....

22.2. Bệnh mãn tính:

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim mạch | Từ bao giờ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh đái tháo đường | Từ bao giờ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh đau nửa đầu | Từ bao giờ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần khác | Từ bao giờ |

22.3. Bệnh nan y (ghi cụ thể):

22.4. Chấn thương (ghi cụ thể).....

22.5. Tàn tật (ghi cụ thể).....

Câu 23. Gia đình bạn có người (bố, mẹ, anh, chị...) bị trầm cảm (Chỉ chọn 1 ý)

- Có
- Không

Câu 24. (Nếu là phụ nữ) Bạn có cảm thấy mệt mỏi, vượt quá sức chịu đựng khi:

- Có thai
- Sinh đẻ
- Rối loạn kinh nguyệt
- Tiền mãn kinh

PHẦN 4. KIẾN THỨC VỀ PHÒNG CHỐNG TRẦM CẢM

Câu 25. Bạn đã bao giờ tìm hiểu thông tin về trầm cảm chưa? (nếu chưa, đến câu 27)

- Đã tìm Chưa bao giờ tìm

Câu 26. Bạn đã tìm thông tin đó ở đâu? (có thể chọn nhiều ý)

- Hỏi bác sỹ
 Hỏi bạn bè, gia đình
 Đọc sách hoặc tạp chí về sức khỏe
 Gọi giải đáp bằng điện thoại, tivi, radio, internet...
 Liên hệ với đơn vị sức khỏe cộng đồng (ví dụ Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh)
 Liên hệ với cơ quan sức khỏe tâm thần (TT PCBXH, khoa tâm thần kinh)

Câu 27. Bạn đã làm gì để phòng, chống trầm cảm? (có thể chọn nhiều ý)

- Dám chấp nhận mình không hoàn hảo
 Dành thời giờ cho bản thân
 Ghi danh một khóa học, gia nhập câu lạc bộ
 Năng vận động (lao động, thể thao) mỗi ngày càng nhiều cách càng tốt
 Dành thời giờ giao tiếp với người giúp mình có được lòng tự tin.
 Cười to mỗi ngày
 Mời hàng xóm sang uống trà
 Hãy làm ngay một việc gì mà bạn đã trì hoãn lâu nay
 Nghĩ rằng, nếu gặp khó khăn thì việc đó rồi cũng sẽ qua đi
 Chú tâm đến những gì nằm trong vòng kiểm soát của mình
 Ý kiến khác.....

Câu 28. Theo bạn, gia đình cần làm gì để phòng, chống trầm cảm (có thể chọn nhiều ý)

Nắm vững những biểu hiện của trầm cảm để phát hiện sớm những biểu hiện bất thường, kịp thời đưa bệnh nhân đến khám tại các cơ sở Y tế

- Động viên, an ủi người bệnh, cho họ uống thuốc đều, đúng chỉ định Bác sỹ

Câu 29. Theo bạn, cộng đồng cần làm gì để phòng chống trầm cảm? (có thể chọn nhiều ý)

Không phân biệt, coi thường, trêu chọc, ngược đãi người bệnh
 Giúp đỡ bệnh nhân khi họ gặp khó khăn
 Với cán bộ Y tế: phát hiện sớm, điều trị kịp thời và hướng dẫn phục hồi chức năng tâm lý, xã hội. Cấp phát thuốc đúng kỳ hạn và đầy đủ cho người bệnh

Câu 30. Nếu bạn bị bệnh mãn tính và đang bị trầm cảm, thì nên làm gì? (có thể chọn nhiều ý)

- Thông báo cho bác sỹ về vấn đề sức khỏe bạn đang mắc
 Tìm sự hỗ trợ, động viên từ gia đình, bạn bè
 Tham gia vào các hoạt động xã hội
 Tập thể dục thường xuyên
 Tìm hiểu về bệnh trầm cảm và căn bệnh mãn tính mình đang mắc
 Duy trì chế độ ăn lành mạnh, gồm nhiều loại thực phẩm dinh dưỡng
 Giữ trọng lượng cơ thể trong một mức độ phù hợp
 Hạn chế uống rượu
 Thường xuyên đi kiểm tra sức khỏe

Cảm ơn bạn đã dành thời gian hoàn thành bản điều tra này !

PHỤ LỤC 2
HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TỔ TRƯỞNG DÂN PHỐ

(Lưu ý: người chủ trì chỉ hướng dẫn người thảo luận theo chủ đề, không nên cố lái họ nói theo ý mà mình cho là đúng, ghi chép đầy đủ, sử dụng máy ghi âm đúng cách)

I. Hành chính

1. Họ và tên người hướng dẫn:.....
2. Họ và tên người thư ký:
3. Địa điểm.....Thời gian:
4. Thành viên

TT	Họ và tên	Địa chỉ
1		
2		
....		
10		

II. Nội dung

1. Ông/bà hiểu về bệnh trầm cảm như thế nào?
2. Theo Ông/Bà bệnh Trầm cảm có phổ biến như thế nào ở địa phương?
3. Ảnh hưởng của bệnh trầm cảm đối với sự phát triển về kinh tế, xã hội ở địa phương như thế nào?
4. Theo Ông/Bà cộng đồng cần làm gì để giúp đỡ bệnh nhân và gia đình bệnh nhân trầm cảm để họ hòa nhập vào xã hội?
5. Theo Ông/Bà Y tế cần làm gì để giúp đỡ bệnh nhân và gia đình bệnh nhân trầm cảm để họ hòa nhập vào xã hội? Để phòng mắc và tái phát trầm cảm
6. Theo Ông/Bà lãnh đạo địa phương cần làm gì để giúp đỡ bệnh nhân và gia đình bệnh nhân trầm cảm để họ hòa nhập vào xã hội? Để phòng mắc và tái phát trầm cảm?

(Thư ký có thể tốc ký hoặc ghi âm, và chụp một số ảnh làm tư liệu)

Ngày tháng năm 2011

PHỤ LỤC 3

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN/GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

(Lưu ý: người chủ trì chỉ hướng dẫn người thảo luận theo chủ đề, không nên cố lái họ nói theo ý mà mình cho là đúng, ghi chép đầy đủ, sử dụng máy ghi âm đúng cách)

I. Hành chính

1. Họ và tên người hướng dẫn:.....
2. Họ và tên người thư ký:
3. Địa điểm.....Thời gian:
4. Thành viên

TT	Họ và tên	Địa chỉ
1		
2		
....		
10		

II. Nội dung

1. Xin ông/bà cho biết, bệnh nhân bị trầm cảm có những dấu hiệu gì?
2. Theo ông/bà, nguyên nhân gì gây nên bệnh trầm cảm? (Bị ám ảnh hay do vấn đề gì thuộc về tâm linh? Do các yếu tố của bản thân như: Sức khỏe tinh thần ? Cá tính ? Sự rèn luyện? Do áp lực công việc, kinh doanh? Do xung đột, đổ vỡ trong gia đình hoặc mất mát người thân?)
3. Theo ông/bà, bệnh trầm cảm cần điều trị như thế nào? (Bệnh trầm cảm có thể hồi phục hoàn toàn được không? Phải dùng thuốc điều trị trầm cảm như thế nào? Có cần sự chăm sóc gì đặc biệt từ gia đình không? Bệnh nhân trầm cảm có cần sự hỗ trợ về tâm lý hay không? Ảnh hưởng của môi trường gia đình, xã hội đến bệnh nhân trầm cảm?)
4. Ông bà cho biết, bệnh nhân trầm cảm là người như thế nào? (Bệnh nhân vẫn là người bình thường, có ích cho GD và xã hội? Bệnh nhân là gánh nặng cho gia đình? Bệnh nhân là người có thể gây nguy hiểm cho gia đình và XH?)
5. Theo ông/bà, gia đình cần làm gì để giúp bệnh nhân trong quá trình điều trị và chăm sóc BN? Những khó khăn gặp phải của gia đình trong quá trình chăm sóc bệnh nhân?
6. Theo ông/bà, bệnh nhân trầm cảm cần làm gì để có thể điều trị trầm cảm một cách có hiệu quả, phòng tái phát trầm cảm?
7. Ông bà cho biết một số kinh nghiệm của gia đình trong quản lý, theo dõi, điều trị và giúp đỡ cho bệnh nhân trầm cảm? phòng tái phát, phòng cho người khác trong gia đình?

(Thư ký có thể tốc ký hoặc ghi âm, và chụp một số ảnh làm tư liệu)

Ngày tháng năm 2011

PHỤ LỤC 4

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN

(Lưu ý: người chủ trì chỉ hướng dẫn người thảo luận theo chủ đề, không nên cố lái họ nói theo ý mà mình cho là đúng, ghi chép đầy đủ, sử dụng máy ghi âm đúng cách)

I. Hành chính

1. Họ và tên người hướng dẫn:.....
2. Họ và tên người thư ký:
3. Địa điểm.....Thời gian:
4. Thành viên

TT	Họ và tên	Địa chỉ
1		
2		
....		
10		

II. Nội dung

1. Ông/bà cho biết triệu chứng của bệnh nhân trầm cảm như thế nào?
2. Theo ông/bà, bệnh trầm cảm do nguyên nhân gì?
3. Ông/bà cho biết nguyên tắc điều trị trầm cảm?
4. Ông/bà cho biết việc quản lý, chăm sóc người bệnh trầm cảm tại gia đình phải làm như thế nào?
5. Ông/bà cho biết, nguyên tắc của phòng, chống trầm cảm dựa vào cộng đồng?
6. Những khó khăn mà CBYT gặp phải trong việc quản lý, chăm sóc bệnh nhân trầm cảm?
7. Những kinh nghiệm trong quản lý, chăm sóc bệnh nhân trầm cảm tại cộng đồng?
8. Vai trò của CBYT trong việc giúp cho người dân phòng mắc bệnh, phòng tái phát bệnh trầm cảm. Đặc biệt là các đối tượng như phụ nữ (có thai, sinh đẻ, tiền mãn kinh), đàn ông (cán bộ) ở tuổi về hưu...

(Thư ký có thể tốc ký hoặc ghi âm, và chụp một số ảnh làm tư liệu)

Ngày tháng năm 2011