

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CUBA ĐỒNG HỚI NĂM 2024

Nguyễn Thị Tình✉, Phạm Thị Hiền

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam CuBa - Đồng Hới

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khoa Hồi sức tích cực (ICU) của các bệnh viện là nơi tiếp nhận và điều trị các bệnh nhân nguy kịch, đe dọa tính mạng. Việc có người thân điều trị trong môi trường ICU là một trải nghiệm đầy căng thẳng, dễ dẫn đến stress. Mặc dù có nhiều nghiên cứu trên thế giới về vấn đề này, nhưng tại Việt Nam nghiên cứu về stress của người nhà bệnh nhân trong ICU vẫn còn hạn chế.

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả mức độ stress và khảo sát các yếu tố liên quan đến stress của người nhà bệnh nhân tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang với 384 đối tượng là người nhà bệnh nhân đủ điều kiện tham gia trong khoảng thời gian từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2024. Công cụ được sử dụng là thang đo DASS-21 và bộ câu hỏi có sẵn. Dữ liệu thu thập được phân tích bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy 41,7% người nhà bệnh nhân có stress, trong đó 63,8% ở mức độ nhẹ, 25,6% mức độ vừa, 8,7% mức độ nặng và 1,9% mức độ rất nặng. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ stress bao gồm độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, mối quan hệ với bệnh nhân, khả năng chi trả viện phí, điều kiện kinh tế gia đình, điều kiện phòng chờ, và thời gian trao đổi thông tin với nhân viên y tế với $p < 0.05$

Kết luận: Stress ở người nhà bệnh nhân ICU là một vấn đề nghiêm trọng cần được can thiệp kịp thời với nhiều yếu tố liên quan có thể can thiệp được. Vì vậy, cần triển khai các biện pháp hỗ trợ tâm lý để giảm thiểu tác động tiêu cực của stress đối với người nhà bệnh nhân.

Từ khóa: Stress, DASS-21, người nhà bệnh nhân, khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới.

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Tình, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam CuBa- Đồng Hới

Email:nguyentinhbvcuba@gmail.com

Ngày gửi bài: 04/8/2025; Ngày nhận xét: 21/8/2025; Ngày duyệt bài: 26/10/2025

<https://doi.org/10.54804>

ABSTRACT

Background: Intensive Care Units (ICUs) admit and treat critically ill patients with life-threatening conditions. Having a relative hospitalized in the ICU is a stressful experience that may lead to stress. Although many studies worldwide have addressed this issue, research in Vietnam on stress among family members of ICU patients remains limited. The aim of this study was to determine the stress levels and related factors among family members of patients in the Intensive Care - Toxicology Department.

Objectives and methods: The objective of this study is to determine the level of stress and the factors associated with stress among family members of patients in the ICU - Poison Control Department. This is a cross-sectional descriptive study conducted with 384 participants from May to October 2024. The data collection tool used was the DASS-21 scale and a structured questionnaire. Data were analyzed using SPSS software.

Results: The results showed that 41.7% of family members experienced stress, of which 63.8% had mild stress, 25.6% moderate, 8.7% severe, and 1.9% extremely severe. Factors influencing stress levels included age, gender, occupation, educational level, relationship with the patient, ability to pay hospital fees, family economic condition, waiting room conditions, and the amount of time spent communicating with healthcare staff with a $p < 0.05$.

Conclusion: Stress among family members of ICU patients is a serious issue that requires timely intervention. Many related factors are modifiable. Therefore, psychological support measures should be implemented to minimize the negative impact of stress on patients' families.

Keywords: Stress, DASS-21, relatives of patients, Intensive Care Unit, Vietnam-Cuba Friendship Hospital Dong Hoi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Hồi sức tích cực (ICU) là nơi tiếp nhận các bệnh nhân có tình trạng nặng nghiêm trọng, cần sự điều trị và chăm sóc đặc biệt liên tục. Người nhà bệnh nhân ICU thường đối mặt với rất nhiều căng thẳng tâm lý do không có sự tham gia trực tiếp vào quá trình điều trị, thiếu thông tin về tình trạng bệnh của người thân và áp lực tài chính. Stress của người nhà bệnh nhân có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý và thể chất của họ, và đồng thời làm giảm hiệu quả trong việc chăm sóc bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận mức độ lo âu, trầm cảm và stress cao ở người thân bệnh nhân ICU. Tổng quan hệ thống của Azura Abdul và cộng sự tại một số

trường đại học ở Malaysia, thực hiện trên 1.252 tài liệu trong giai đoạn 2010-2019, cho thấy người nhà bệnh nhân nặng điều trị tại ICU thường đối diện với các rối loạn tâm lý nghiêm trọng [1].

Tại Ba Lan, nghiên cứu của Katarzyna Bialek và Marcin Sadowski (2021) báo cáo gần 90% người thân bệnh nhân ICU trải qua mức độ lo âu và stress cao [2]. Tại Hoa Kỳ, một khảo sát lâm sàng ghi nhận 47% người tham gia có người thân từng nằm ICU gặp phải tình trạng căng thẳng kéo dài; khoảng một phần ba cảm thấy lo lắng sau khi người thân nhập viện, và nhiều người phát triển các biểu hiện của trầm cảm, lo âu sau chấn thương cấp tính [3].

Tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam nghiên cứu stress trên đối tượng người nhà bệnh nhân ở ICU rất hạn chế và tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới chưa có nghiên cứu nào. Vì vậy nhóm nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát mức độ stress và các yếu tố liên quan của người nhà bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam CuBa Đồng Hới năm 2024” với 2 mục đích:

- Mô tả mức độ stress của người nhà bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam- CuBa Đồng Hới.

- Khảo sát một số yếu tố liên quan tới stress của người nhà bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới, từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả người nhà có người thân nằm viện tại khoa Hồi sức tích cực trong thời gian nghiên cứu, đủ tiêu chuẩn tuổi ≥ 18 , có khả năng nghe, nói, đọc viết bình thường, không có vấn đề về nhận thức.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, người nhà có các bệnh về tâm lý trước đó.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ trong quần thể:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

p: Tỷ lệ stress $p = 0,5$ (cỡ mẫu tối ưu) tính được cỡ mẫu 384

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên

Đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn sẽ được mời tham gia nghiên cứu vào các tất cả các ngày trong tuần, mỗi ngày 5 đối tượng từ ngày tháng 5/2024 cho đến khi đủ 384 người đến tháng 10/2024 ngẫu nhiên trên phần mềm điện tử bệnh nhân nội trú tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc theo số thứ tự bệnh nhân: 3, 6, 9, 12, 15.

▪ Công cụ thu thập số liệu thông tin được thu nhập dựa trên bộ câu hỏi có sẵn dựa trên các biến số chỉ số và thang đo lường stress của bộ công cụ DASS 21.

▪ Với mục đích của đề tài là khảo sát mức độ stress chúng tôi lấy 7 tiểu mục của nhóm stress để khảo sát. Dựa vào thang điểm DASS 21 sau khi cộng tổng điểm, nhân đôi, đánh giá các mức độ stress theo bảng điểm sau [4].

Bảng 2.1. Mức độ stress

Mức độ	Stress
Bình thường	0 - 14
Nhẹ	15 - 18
Vừa	19 - 25
Nặng	26 - 33
Rất nặng	≥ 34

* *Phương pháp thu thập số liệu*:

Tập huấn nhóm nghiên cứu, xác định đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, giải thích mục đích của nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu, khi đối tượng đồng ý nghiên cứu, tiến hành phát vấn, quan sát đối tượng điền vào bộ câu hỏi thiết kế có sẵn, kiểm tra xác thực cung cấp thông tin,

sử dụng phần mềm SPSS để phân tích xử lý số liệu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được thông qua tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới đồng ý cho tiến hành nghiên cứu. Việc nghiên cứu được sự đồng ý của người nhà bệnh nhân. Các thông tin nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 384 người nhà bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới từ tháng 05 đến tháng 10 năm 2024. Dữ liệu được thu thập và phân tích để đánh giá mức độ stress và các yếu tố liên quan.

3.1. Đặc điểm, thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm, thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=384)

Đặc điểm, thông tin của đối tượng	f (%)	n	Đặc điểm, thông tin của đối tượng	f(%)	n
Nhóm tuổi			Điều kiện kinh tế gia đình		
18 - 39	26,6	102	Trên trung bình	8,1	31
40 - 59	55,2	212	Trung bình	71,1	273
> 60	18,2	70	Dưới trung bình	20,8	80
Giới tính			Khả năng chi trả viện phí		
Tuổi trung bình (min-max)	46,95 ± 12,53 (75-18)				
Nam	49,5	190	Hoàn toàn dễ	9,1	35
Nữ	50,5	194	Đủ khả năng	57,0	219
Dân tộc			Rất khó khăn	31,5	212
Kinh	96,6	371	Không có khả năng chi trả	2,3	9
Khác	3,4	13			
Nghề nghiệp			Trình độ văn hóa		
Thất nghiệp	3,1	12	ĐH, CĐ, TCC	26,3	101
Làm nghề tự do	26,0	100	Tiểu học, trung học	26,6	102
CB-CNVC	23,7	91	12/12	41,1	158
Công nhân, nông dân	35,9	138	Sau đại học	6	23
Nghề khác	11,2	43			
Mối quan hệ với bệnh nhân					
Cha/mẹ/con	54,9	211	Anh/chị/em ruột	13,0	50
Vợ/chồng	23,2	89	Khác	8,9	34

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $46,95 \pm 12,53$. Nhóm tuổi từ 40 đến 59 là nhóm nhiều nhất chiếm 55,2%. Tỷ lệ nam, nữ tương đương nhau, chủ yếu đối tượng là dân tộc kinh chiếm 96,6%. Nghề nghiệp nhiều nhất là công nhân, nông dân

chiếm 35,9%, Trình độ văn hóa chủ yếu 12/12 chiếm 41,1% Hơn một nửa người nhà bệnh nhân quan hệ là cha, mẹ, con. Điều kiện kinh tế gia đình chủ yếu ở mức trung bình chiếm 71,1%.

Bảng 3.2. Đặc điểm thông tin của bệnh nhân (n = 384)

Đặc điểm liên quan tới bệnh nhân	f (%)	n	Đặc điểm liên quan tới bệnh nhân	f (%)	n
Tuổi bệnh nhân			Thẻ BHYT		
18 - 39	11,5	44	Có	94,8	364
40 - 59	27,6	106	Không	5,2	20
> 60	60,9	234	Tri giác		
Tuổi trung bình (min - max)	$63,8 \pm 17,7$ (20 - 95)				
Thời gian nhập viện			Không biết	10,7	41
< 24 giờ	11,5	44	Có biết	89,3	214
Sau 24 giờ - 7 ngày	49,2	189	Tỉnh táo	29,7	114
>7 ngày	39,3	151	Lơ mơ	22,4	86
			Hôn mê	37,2	143
Chẩn đoán					
Có biết	93,5	359	Mạn tính	31,2	86
Không biết	6,5	25	Cấp tính	68,8	143

Tuổi trung bình của bệnh nhân đang nằm viện $63,8 \pm 17,7$. Thời gian trung bình bệnh nhân đang nằm điều trị 9 ± 11 ngày. Nhóm chủ yếu đang nằm viện trong khoảng sau 24 giờ đến 7 ngày chiếm

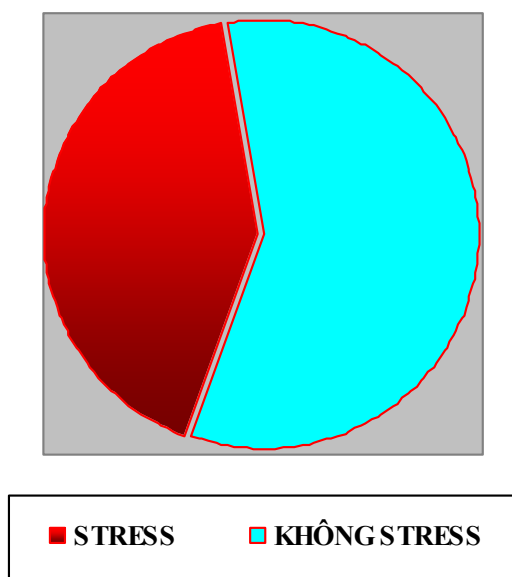
49,2%. Đa số đối tượng biết chẩn đoán bệnh của người nhà mình chiếm 93,5%. Tri giác bệnh nhân hôn mê chiếm nhiều nhất 37,2%. Người bệnh nằm điều trị tại khoa có 94,8 % có thể bảo hiểm y tế.

Bảng 3.3. Đặc điểm của khoa phòng bệnh (n = 384)

Đặc điểm liên quan tới khoa, phòng bệnh	f (%)	n
Thời gian và thăm		
Chưa lần nào	5,2	20
2 lần/ngày	74,5	286
Có ở lại với bệnh nhân	20,3	78
Thời lượng trao đổi thông tin với NVYT		
Chưa lần nào	19	73
Thỉnh thoảng/chưa chủ động	30,7	118
Mỗi ngày	50,3	193
Khu vực phòng chờ/phòng dịch vụ		
Thoải mái	41,7	160
Không thoải mái	39,1	150
Lo sợ	19,3	74

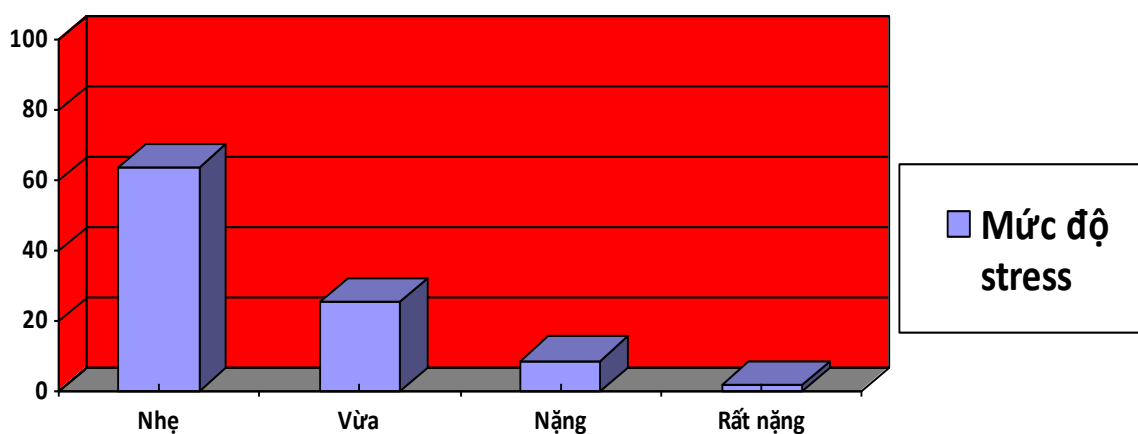
Có 74,5% đối tượng vào thăm bệnh thông tin hằng ngày. Có 19,1% người nhà nhân 2 ngày/lần, 5,2%. Gần một nửa bệnh nhân cảm thấy lo sợ về phòng chờ. người nhà bệnh nhân chưa được trao đổi

3.2. Tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tình trạng stress

Tình trạng stress của đối tượng: 41,7% (n = 160), không stress 58,3% (n=224)



Biểu đồ 3.2. Mức độ stress

Trong 41,7% đối tượng bị stress có 63,8% (n = 102) mức độ nhẹ 25,6% (n = 41) mức độ vừa, 8,7% (n = 14) mức độ nặng, 1,9% (n = 3) mức độ nặng.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng stress

Bảng 3.4. mối liên hệ giữa stress và đặc điểm đối tượng (n = 384)

Đặc điểm	Stress (n)	Không stress (n)	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi				
18 - 39	53	49	2,16 (1,14- 4,1)	0,02
40 - 59	90	122	1,7 (0,9-3,1)	0,07
≥ 60	49	21	1	
Giới tính				
Nam	60	130	1	
Nữ	100	94	2,3 (1,5-2,5)	< 0,01
Dân tộc				
Kinh	154	217	1	
Khác	6	7	1,2(0,3- 3,6)	0,74
Nghề nghiệp				
Thất nghiệp	10	2	9,3 (1,8-48)	0,008
Tự do	39	61	1,1 (0,6-2,5)	0,6
Cán bộ CNVC	18	73	0,6 (0,2-1)	0,06
Công nhân/nông dân	78	60	2,4 (1,2-4,9)	0,015
Nghề khác (có thu nhập)	15	28	1	
Trình độ văn hóa				
Sau đại học	3	20	1	
Đại học, cao đẳng, trung cấp	30	71	2,8 (0,7-10,1)	0,2
12/12	71	87	5,4 (1,6-19)	0,08
Trung học, tiểu học	56	46	8,1 (2,2-29)	0,01
Mối quan hệ với bệnh nhân				
Cha/mẹ/con	85	126	1,6 (0,7-3,5)	0,2
Vợ/chồng	51	38	3,2 (1,4-7,5)	0,007
Anh/chị/em ruột	14	36	0,9(1,3-7,5)	0,8
Khác	10	24	1	
Khả năng chi trả viện phí				
Hoàn toàn dễ	5	30	1	
Đủ khả năng chi trả sau một vài sắp xếp	65	153	2,5 (0,9-7)	0,06
Khó khăn/nợ một phần	82	39	12,6 (4,5-35)	< 0,01
Hoàn toàn không có khả năng chi trả	7	2	21 (3,3-131)	0,01
Điều kiện kinh tế gia đình				
Trên trung bình	4	27	1	
Trung bình	96	177	3,6 (1,2-11)	0,018
Dưới trung bình	60	20	20,2 (6,3-65)	< 0,01

Nhóm tuổi càng trẻ nguy cơ stress càng cao. Nhóm tuổi từ 18 đến 39 có nguy cơ stress cao hơn 2 lần so với nhóm trên 60 tuổi. Nữ có nguy cơ stress cao gấp 2,3 lần so với nam giới. Nhóm đối tượng thất nghiệp cao gấp 9,3 lần so với nhóm nghề khác có thu nhập. Trình độ văn hóa ở nhóm thấp có nguy cơ stress gấp 8,1 lần so với nhóm sau đại học.

Nhóm đối tượng mối quan hệ vợ/chồng có nguy cơ stress cao hơn các nhóm khác và cao gấp 3,2 lần so với nhóm mối quan hệ khác. Khả năng chi trả viện phí và điều kiện kinh tế gia đình nguy có stress cao ở nhóm kinh tế gia đình thấp và khó khăn trong việc chi trả

Bảng 3.5. Mối liên hệ giữa stress của đối tượng và đặc điểm của bệnh nhân (n=384)

Đặc điểm	Stress (n)	Không stress (n)	OR (95%CI)	p
Thời gian nhập viện				
< 24 giờ	15	29	1	
24 giờ - 7 ngày	65	124	1,01 (0,5-2)	0,9
> 7 ngày	80	71	2,2(1,1-4,3)	0,03
Biết chẩn đoán bệnh				
Có	149	210	1	
Không	11	14	1,1 (0,5-2,5)	0,8
Chẩn đoán bệnh				
Cấp tính	124	123	3,5 (2,1-5,8)	< 0,01
Mãn tính	25	87	1	
Nhóm tuổi bệnh nhân:				
18-39	28	16	4,5 (2,2-8,7)	< 0,01
40-59	66	40	4,2 (2,5-6,8)	< 0,01
≥ 60	66	166	1	
Tri giác của bệnh nhân				
Không rõ	16	25	1	
Hôn mê	82	61	2, 1(1-4,2)	0,05
Tỉnh táo	23	91	0,4 (0,1-0,8)	0,02
Lơ mơ	39	47	1,2 (0,6-2,7)	0,5
Thẻ bảo hiểm y tế				
Có	146	218	1	
Không	14	6	3,5 (1,3-9,2)	0,012

Thời gian nhập viện sau 7 ngày có nguy cơ stress cao hơn gấp 2 lần so với các nhóm khác. Nhóm bệnh nhân cấp tính có nguy cơ stress cao hơn nhóm bệnh nhân mãn tính 3,5 lần. Tuổi bệnh nhân

càng trẻ thì nguy cơ người nhà bệnh nhân stress càng cao. Nhóm bệnh nhân không có thẻ bảo hiểm y tế người nhà có nguy cơ stress cao hơn 3,5 lần so nhóm đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế.

Bảng 3.6 Mối liên hệ giữa stress của đối tượng và đặc điểm khoa phòng (n = 384)

Đặc điểm	Stress (n)	Không stress (n)	OR (95% CI)		p
Thời gian vào thăm bệnh					
Chưa lần nào	13	7	1		
Thăm 2 lần/ngày	132	154	0,4 (0,2-1,1)		0,1
Ở cùng bệnh nhân	15	63	0,13 (0,04-0,3)		< 0,01
Thời gian trao đổi với NVYT					
Mỗi ngày	55	138	1		
Thỉnh thoảng	57	61	2,3 (1,4-3,8)		<0,01
Chưa chủ động	48	25	4,8 (2,7- 8,5)		<0,01
Khu vực phòng chờ/phòng dịch vụ					
Thoải mái	42	118	1		
Không thoải mái	60	90	1,8 (1,2-3)		0,01
Lo sợ	58	16	10,1(5,2-20)		<0,01

Khu vực phòng chờ/phòng dịch vụ, nhóm đối tượng cảm thấy lo sợ nguy cơ stress cao gấp 10 lần so với nhóm cảm thấy thoải mái. Nhóm người nhà bệnh nhân được trao đổi thông tin mỗi ngày có nguy cơ stress thấp hơn các nhóm khác. nhóm đối tượng ở cùng bệnh nhân có nguy cơ stress thấp.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ stress ở người nhà bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc là 41,7%, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ (63,8%), vừa (25,6%), nặng (8,7%) và rất nặng (1,9%). Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động đã được ghi nhận tại các nghiên cứu quốc tế, từ 30% đến 94% [5]. Nghiên cứu của Bialek & Sadowski (2021) tại Ba Lan cho thấy gần 90% người nhà bệnh nhân ICU có biểu hiện lo âu và stress cao, đặc biệt phần lớn ở mức độ nặng và rất nặng (89,19%) [6]. Tại Châu Âu, điều tra độc lập ở Áo và Thụy Sĩ cũng ghi nhận trên

một nửa người nhà bệnh nhân ICU có triệu chứng căng thẳng tâm lý [7]. Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ stress giữa các nghiên cứu có thể do sự khác biệt về thang đo sử dụng (DASS-21 trong nghiên cứu này so với HADS trong nghiên cứu của Bialek & Sadowski), kích thước mẫu, thời gian khảo sát và yếu tố văn hóa [6].

Về độ tuổi của người nhà, nhóm từ 18 đến 39 tuổi có nguy cơ stress cao hơn đáng kể so với nhóm ≥ 60 tuổi (OR = 2,16; 95% CI: 1,14 - 4,1; p = 0,02). Kết quả này tương đồng với phát hiện của Pochard et al. (2001) (OR = 1,52; 95% CI: 1,03 - 1,79; p = 0,02) [8]. Người trẻ tuổi thường đối diện với nhiều áp lực liên quan đến việc làm, kinh tế, chăm sóc con cái, và thiếu kinh nghiệm ứng phó với khủng hoảng sức khỏe trong gia đình.

Giới tính cũng là một yếu tố ảnh hưởng đáng kể. Nữ giới có nguy cơ stress cao hơn nam giới (OR = 2,3; 95% CI: 1,5-2,5; p < 0,01). Phát hiện này phù hợp với

ngiên cứu tại Pháp và Thụy Sĩ, trong đó phụ nữ có điểm stress trung bình cao hơn đáng kể so với nam giới ($33,6 \pm 14,4$ vs. $25,8 \pm 10,2$; $p = 0,093$) [7], [8]. Điều này có thể được lý giải bởi vai trò giới trong xã hội, phụ nữ thường đảm nhận trách nhiệm chăm sóc người thân và dễ bị ảnh hưởng bởi yếu tố cảm xúc. Ngoài ra, yếu tố sinh lý như sự biến động hormone trong chu kỳ kinh nguyệt, mang thai và mãn kinh cũng làm tăng tính nhạy cảm với stress.

Nghề nghiệp là một biến số quan trọng. Người thất nghiệp có nguy cơ stress cao nhất ($OR = 9,3$; 95% CI: 1,8-48; $p = 0,008$), tiếp đến là công nhân/nông dân ($OR = 2,4$; 95% CI: 1,2-4,9; $p = 0,015$). Dù tỷ lệ người thất nghiệp trong mẫu nghiên cứu thấp (3,1%) khiến khoảng tin cậy rộng, kết quả vẫn có ý nghĩa thống kê. Khác với nghiên cứu của Beesley et al. (2018) tại Mỹ không tìm thấy mối liên hệ giữa nghề nghiệp và stress [3], điều này có thể do bối cảnh kinh tế - xã hội khác biệt. Ở Việt Nam, người lao động phổ thông hoặc thất nghiệp thường có thu nhập thấp, ít bảo trợ xã hội và thời gian túc trực dài hơn tại bệnh viện, góp phần làm tăng mức độ căng thẳng.

Trình độ học vấn cũng ảnh hưởng đáng kể. Người nhà có trình độ tiểu học hoặc trung học cơ sở có nguy cơ stress cao hơn các nhóm còn lại ($OR = 8,1$; 95% CI: 2,2-29; $p = 0,01$). Lý do có thể là khả năng tiếp nhận và xử lý thông tin y khoa hạn chế, dẫn đến lo lắng quá mức. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Hà (2020) về stress ở người nhà bệnh nhân ung thư ($OR = 2,7$; 95% CI: 1,0 - 6,9) [9], nhưng khác với nghiên cứu tại Iran không tìm thấy sự liên quan giữa học vấn và stress [10].

Mối quan hệ giữa người nhà và bệnh nhân cũng có ảnh hưởng. Nhóm có quan hệ (vợ/chồng) có nguy cơ stress cao hơn

($OR = 3,2$; 95% CI: 1,4 - 7,5; $p = 0,07$). Các nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (Kose et al., 2020), Pháp (Pochard et al., 2001) và Ba Lan đều ghi nhận tỷ lệ lo âu - trầm cảm cao nhất ở nhóm vợ/chồng bệnh nhân ICU [11], [8], [2]. Đây là mối quan hệ tình cảm sâu sắc nhất trong gia đình, đồng thời chịu ảnh hưởng trực tiếp về kinh tế và tâm lý khi đối diện nguy cơ mất mát.

Yếu tố tài chính nổi bật là một trong những nguyên nhân gây stress. Người nhà hoàn toàn không có khả năng chi trả có nguy cơ stress cao nhất ($OR = 21$; 95% CI: 3,3-131; $p = 0,001$), tiếp theo là nhóm có khó khăn/nợ viện phí ($OR = 12,6$; 95% CI: 4,5-35; $p < 0,001$). Nhóm thu nhập dưới trung bình có $OR = 20,2$ (95% CI: 6,3-65). Mặc dù một số nhóm có cỡ mẫu nhỏ khiến khoảng tin cậy kéo dài, xu hướng vẫn rõ ràng. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Hà (2020) [9], cho thấy stress không chỉ bắt nguồn từ yếu tố bệnh tật mà còn từ gánh nặng chi phí, đặc biệt khi điều trị tại ICU có chi phí cao và phát sinh nhiều khoản không nằm trong phạm vi BHYT.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân có ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ stress của người nhà. Bệnh nhân nằm viện trên 7 ngày khiến nguy cơ stress người nhà tăng gấp đôi so với nằm viện < 24 giờ ($OR = 2,2$; 95% CI: 1,1 - 4,3; $p = 0,03$). Thời gian chăm sóc kéo dài gây mệt mỏi thể chất, rối loạn giấc ngủ, gia tăng áp lực tài chính và tạo cảm giác kiệt sức.

Loại bệnh lý của bệnh nhân cũng là yếu tố quan trọng. Người nhà bệnh nhân cấp tính có nguy cơ stress cao hơn người nhà bệnh nhân mạn tính ($OR = 3,5$; 95% CI: 2,1 - 5,8; $p < 0,01$). Điều này có thể giải thích bởi tính đột ngột, diễn tiến nhanh của bệnh cấp tính khiến người nhà chưa kịp

chuẩn bị tâm lý, buộc phải ra quyết định trong thời gian ngắn, đồng thời đối mặt với nguy cơ tử vong bất ngờ.

Tuổi của bệnh nhân cũng ảnh hưởng đến mức độ stress của người nhà. So với nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi, nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (18 - 39 và 40 - 59) khiến người nhà stress cao hơn, tương tự nghiên cứu của Kose et al. (2020) cho thấy điểm stress người nhà tỷ lệ nghịch với tuổi bệnh nhân ($r = 0,98$; $p < 0,001$) [10]. Nguyên nhân là người trẻ thường là trụ cột kinh tế, có vai trò quan trọng trong gia đình, việc họ nhập viện ICU là cú sốc lớn đối với người thân.

Trạng thái tri giác của bệnh nhân cũng ảnh hưởng đến mức độ căng thẳng. Khi bệnh nhân còn tỉnh táo, người nhà ít stress hơn ($OR = 0,4$; 95% CI: 0,1-0,8; $p = 0,02$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Saruhan (2019), cho thấy stress người nhà tỷ lệ nghịch với điểm Glasgow của bệnh nhân [12]. Lý do là khi bệnh nhân tỉnh táo, người nhà được giao tiếp, chia sẻ, nhận phản hồi trực tiếp - giúp họ cảm thấy an tâm, ít cảm giác bất lực.

Trong môi trường hồi sức tích cực (ICU), nơi mọi diễn biến bệnh lý đều khẩn cấp và có nguy cơ tử vong cao, không chỉ người bệnh mà cả thân nhân cũng trải qua những biến động tâm lý sâu sắc. Các yếu tố thuộc về cơ sở vật chất, môi trường chờ đợi và chất lượng tương tác giữa nhân viên y tế với người nhà đóng vai trò then chốt trong việc giảm nhẹ hoặc gia tăng mức độ stress của thân nhân bệnh nhân.

Thứ nhất, điều kiện và không gian phòng chờ có ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ stress. So với nhóm người nhà cảm thấy “thoải mái” khi ở phòng chờ, nhóm cảm thấy “lo sợ” có nguy cơ stress tăng

gấp 10 lần ($OR = 10,1$; 95% CI: 5,2-20; $p < 0,01$), và nhóm cảm thấy “không thoải mái” có nguy cơ cao hơn gần gấp đôi ($OR = 1,8$; 95% CI: 1,2-3; $p = 0,01$). Đây là một chỉ dấu cảnh báo về giá trị tâm lý của không gian vật lý ICU. Nghiên cứu đa trung tâm của Pochard và cộng sự tại 35 khoa ICU ở Pháp cho thấy chỉ 81,5% khoa có phòng chờ và trong số đó, đến 44% chỉ được sử dụng để họp gia đình - thiếu tiện nghi và không đáp ứng được nhu cầu hỗ trợ tâm lý cho thân nhân (Pochard et al., 2001) [8]. Trong bối cảnh Việt Nam, nhiều phòng chờ là hành lang chung, kém lối đi cho bệnh nhân nặng xuất viện hoặc tử vong, dẫn đến việc thân nhân chứng kiến cảnh đau thương liên tục - một hình thức sang chấn tâm lý gián tiếp không thể coi thường.

Thứ hai, mức độ giao tiếp và chia sẻ thông tin giữa nhân viên y tế với người nhà bệnh nhân cũng là yếu tố quyết định. Nghiên cứu cho thấy nhóm không được nhân viên y tế chủ động trao đổi thông tin có nguy cơ stress cao gấp 4,8 lần so với nhóm được thông báo thường xuyên ($OR = 4,8$; 95% CI: 2,8-7,5; $p < 0,01$). Nhóm chỉ được trao đổi thông tin “thỉnh thoảng” cũng có nguy cơ tăng ($OR = 2,3$; 95% CI: 1,4-3,8; $p < 0,01$). Điều này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Ulutasdemir và cộng sự (2016) cho thấy người nhà ICU có nhu cầu thông tin rõ ràng, kịp thời và đầy đủ là yếu tố cần thiết nhất để giảm stress và lo âu [13].

Không chỉ dừng lại ở chia sẻ thông tin, việc thân nhân có cơ hội hiện diện bên cạnh bệnh nhân cũng là yếu tố “bảo vệ” về mặt tâm lý. Kết quả phân tích cho thấy, so với nhóm “chưa được thăm lần nào”, nhóm “được ở cùng bệnh nhân” có nguy cơ stress giảm rõ rệt ($OR = 0,13$; 95% CI: 0,04-0,3; $p < 0,01$). Nhiều nghiên

cứu quốc tế cũng đồng thuận rằng, việc cho phép thân nhân tiếp xúc, chăm sóc và tương tác với người bệnh - ở mức độ an toàn - sẽ mang lại lợi ích lâm sàng cả cho bệnh nhân lẫn người nhà (Berntzen & Bjørk, 2014; McKiernan & McCarthy, 2010) [14], [15].

Việc thiếu quan tâm tới nhu cầu cảm xúc và thông tin của người nhà có thể khiến họ dễ rơi vào trạng thái tiêu cực, dẫn đến lo âu, tức giận và stress kéo dài. Các tác giả Agard & Maindal (2009) cho rằng sự hài lòng của thân nhân ICU phụ thuộc chặt chẽ vào thái độ hỗ trợ và khả năng giao tiếp của nhân viên y tế [16]. Do đó, không chỉ bác sĩ mà cả điều dưỡng, hộ lý và nhân viên hành chính trong khoa hồi sức cần được huấn luyện kỹ năng giao tiếp, tiếp cận tâm lý và quản lý cảm xúc trong giao tiếp y tế.

Tóm lại, môi trường khoa phòng ICU không chỉ là nơi cung cấp điều trị tích cực cho bệnh nhân mà còn là “trường tâm lý” cho người thân - nơi mọi yếu tố từ vật lý đến hành vi đều có thể thúc đẩy hoặc giảm thiểu mức độ stress. Việc cải thiện chất lượng phòng chờ, chính sách thăm bệnh linh hoạt và thiết lập quy trình giao tiếp chuẩn mực giữa nhân viên y tế và người nhà là những bước thiết yếu hướng đến mô hình ICU nhân văn và toàn diện hơn.

Hạn chế của nghiên cứu

Do thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu chưa đánh giá được diễn tiến mức độ stress theo thời gian, đặc biệt ở nhóm người nhà bệnh nhân sau khi xuất viện. Ngoài ra, nghiên cứu chưa so sánh được mức độ stress giữa người nhà bệnh nhân tử vong tại viện và người nhà bệnh nhân hồi phục, xuất viện hoặc chuyển khoa, từ đó

còn hạn chế trong việc xác định mối liên quan giữa kết cục điều trị và mức độ stress..

5. KẾT LUẬN

Stress ở người nhà bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực là một vấn đề đáng lưu ý, với tỷ lệ ghi nhận là 41,7%, trong đó chủ yếu ở mức độ nhẹ. Nhiều yếu tố có liên quan đến mức độ stress, bao gồm tuổi còn trẻ, giới nữ, nghề nghiệp không ổn định, trình độ học vấn thấp, hoàn cảnh kinh tế khó khăn, bệnh lý cấp tính của người thân và sự thiếu hụt thông tin trong quá trình điều trị. Những yếu tố này phần lớn có thể can thiệp được thông qua các chiến lược cải thiện giao tiếp giữa nhân viên y tế và thân nhân, hỗ trợ tâm lý kịp thời, cũng như nâng cao chất lượng môi trường chăm sóc tại bệnh viện. Kết quả nghiên cứu là cơ sở thực tiễn quan trọng để xây dựng các chính sách hỗ trợ toàn diện hơn cho người nhà bệnh nhân, góp phần nâng cao chất lượng điều trị tại ICU một cách bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mei, C. C., Noor, A. B., & Med, A. (2021). Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients. *Clinical Nursing*, 31(5-6), 497-507. <https://doi.org/10.1111/jocn.15962>
2. Katarzyna, B., & Marcin, S. (2021). Stress, anxiety, depression, and basic hope in family members of patients hospitalized in intensive care units - Preliminary report. *Anaesthesiologia Intensive Therapy*, 53(2), 134-140. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.10654>
3. Beesley, S. J., Hopkins, R. O., & Holt-Lunstad, J. (2018). Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Critical Care Medicine*, 46(2), 229-235. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002830>

4. Depression Anxiety Stress Scales - DASS. (2021, September 17). Retrieved from <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>
5. Zarei, M., Keyvan, M., & Hashemizadeh, H. (2015). Assessing the level of stress and anxiety in family members of patients hospitalized in special care units. *International Journal of Review Life Sciences*, 5, 118-122.
6. Białek, K., & Sadowski, M. (2021). Anxiety and stress in relatives of ICU patients. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 53(2), 120-127
7. Hoffmann, M., Jeitziner, M., & Riedl, M. M. (2018). Psychological burden on ICU patient relatives in Austria and Switzerland: A multicenter study. *Intensive Crit Care Nurs*, 44, 38-43.
8. Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893-1897.
9. Lê Thị Hà (năm 2017) Stress lo âu ở người chăm sóc là người nhà bệnh nhân ung thư, tại một số bệnh viện Hà Nội năm 2017, Đại học Y Hà Nội
10. Isil Kose et al. (2020). Emotional burden and age-related differences in family members of ICU patients. *Journal of Psychosocial Research*, 14(1), 38-46.
11. Kose, I., Zincircioglu, C., & Ozturk, Y. K. (2020). Psychological effects of critical illness on patients' relatives. *Turkish Journal of Psychiatry*, 31(3), 205-211.
12. Saruhan, R., & C. (2019). The relationship between GCS score and family stress in ICU patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 7(2), 102-108.
13. Ulutasdemir, N., Tanriverdi, G., & Bayraktar, D. (2016). Needs of the patient relatives in intensive care units. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 855-862.
14. Berntzen, H., & Bjørk, I. T. (2014). Experiences of relatives of critically ill patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 69-77.
15. McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261.
16. Agard, A. S., & Maindal, H. T. (2009). Interactions with relatives of critically ill patients: The perspective of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(3), 114-122.