

# HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH TRẦM CẢM VỀ RỐI LOẠN TRẦM CẢM

Đặng Hoàng Minh

*Trường Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội.*

Trần Kiều Như

*Viện Nghiên cứu Phát triển Xã hội.*

Trương Thị Mỹ Hoa

*Trung tâm Nghiên cứu và Phát triển Cộng đồng Caring From Distance.*

Nguyễn Thái Quỳnh Chi

*Trường Đại học Y tế Công cộng.*

## TÓM TẮT

Trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tự tử, tử vong cao và gây ra suy giảm chức năng xã hội và tâm lý một cách nghiêm trọng. Tuy nhiên, hiểu biết của người dân và đặc biệt là của chính những người mắc trầm cảm thường hạn chế, ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiểu biết của người mắc trầm cảm về rối loạn trầm cảm. Nghiên cứu định lượng cắt ngang ở 75 người trưởng thành sau sàng lọc sử dụng thang đo PHQ-9. Bảng hỏi về hiểu biết trầm cảm (D-Lit) được sử dụng. Kết quả cho thấy hiểu biết của người mắc trầm cảm ở mức trung bình, chưa hiểu rõ các triệu chứng của trầm cảm. Người mắc trầm cảm biết về hai biện pháp trị liệu chính là tâm lý và dược lý, nhưng chưa hiểu sâu sắc về các biện pháp này. Đa phần người mắc trầm cảm lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh là bệnh viện tâm thần hoặc bệnh viện đa khoa. Nghiên cứu cho thấy cần có thêm nhiều chương trình nâng cao hiểu biết về trầm cảm cho người mắc trầm cảm.

**Từ khóa:** Trầm cảm; Người bệnh; Hiểu biết về trầm cảm; D-Lit.

Ngày nhận bài: 24/6/2024; Ngày duyệt đăng bài: 25/12/2024.

## 1. Đặt vấn đề

Trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tự tử, tử vong cao và gây ra suy giảm chức năng xã hội và tâm lý một cách nghiêm trọng (Marcus và cộng sự, 2012). Theo Tổ chức Y tế Thế giới, khoảng 3,8% dân số trên toàn cầu mắc trầm cảm, xấp xỉ khoảng 280 triệu người mắc trầm cảm, trong đó có 5% là người trưởng thành. Hơn 700.000 người chết do tự tử hàng năm liên quan đến trầm cảm (World Health Organization - WHO, 2023). Theo số liệu năm 2019, trầm cảm cũng là nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật, là nguyên nhân thứ 13 trong số 25 nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật tính theo chỉ số DALYs (số năm sống được hiệu chỉnh theo mức độ khuyết tật-DALYs) (GBD

2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Đến năm 2023, trầm cảm được dự đoán là yếu tố lớn nhất đóng góp vào gánh nặng chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới, ở các nước phát triển và đang phát triển (Ngo và cộng sự, 2014). Do đó, rối loạn trầm cảm hiện được xem là một vấn đề y tế công cộng (World Health Organization - WHO, 2023).

Trầm cảm có thể điều trị bằng tâm lý trị liệu hoặc/và dược lý (Herrman và cộng sự, 2022). Trên phạm vi toàn cầu, đã có nhiều tiến bộ đáng kể trong việc điều trị trầm cảm. Tuy nhiên, ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, trầm cảm vẫn chưa nhận được sự quan tâm thỏa đáng. Điều này dẫn đến tình trạng bệnh không được điều trị do nhiều nguyên nhân, bao gồm hạn chế về nguồn lực y tế, các định kiến xã hội và thiếu hiểu biết về bệnh trầm cảm (Evans-Lacko và cộng sự, 2018).

Ở Việt Nam, theo điều tra của Bệnh viện Tâm thần Trung ương năm 2014, tỷ lệ trầm cảm là khoảng 2,45% và là một trong 10 rối loạn tâm thần phổ biến (World Health Organization: WHO - 2019). Các số liệu cập nhật hơn báo cáo tỷ lệ trầm cảm ở các nhóm dân số khác nhau, giới hạn ở các địa bàn nghiên cứu nhỏ. Nghiên cứu của Vu và cộng sự (2019) trên nhóm người cao tuổi ở vùng nông thôn cho thấy tỷ lệ có dấu hiệu trầm cảm là 26,4%. Nghiên cứu của Dao và cộng sự (2018) cũng trên nhóm người cao tuổi nhưng ở đô thị lại báo cáo tỷ lệ này là 66,9%. Ở nhóm sinh viên, tỷ lệ trầm cảm từ khoảng 51,6% đến 52,3% (Quynh và Hai, 2021). Ở nhóm học sinh, tỷ lệ dao động từ 22,3% đến 41,1% (Nguyen và cộng sự, 2013; Nguyen Thi Khanh và cộng sự, 2020; Tran và cộng sự, 2020). Nhìn chung, các nghiên cứu này đều cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở Việt Nam tương đương hoặc cao hơn so với thế giới và có xu hướng tăng lên từ năm 1990 đến nay (Vu và cộng sự, 2024).

Mặc dù tỷ lệ trầm cảm ở Việt Nam là tương đối cao, người dân nói chung cũng như nhóm nhân viên y tế thường thiếu hiểu biết về trầm cảm, dẫn đến thái độ kỳ thị cao, việc thực hành điều trị và chăm sóc không kịp thời hoặc không đúng phương pháp (Murphy và cộng sự, 2018; Nguyen Thai và Nguyen, 2018). Tuy nhiên, chưa có công trình nào nghiên cứu hiểu biết về trầm cảm của chính nhóm người mắc rối loạn này ở Việt Nam. Kiểm soát bệnh tật có thể đạt được thông qua việc có hiểu biết về bệnh tốt, theo lý thuyết kiến thức - thái độ - thực hành (KAP). Theo đó, các thay đổi hành vi sức khỏe của con người có thể đạt được theo 3 bước liên tục nhau: hiểu biết (lĩnh hội được kiến thức), nảy sinh thái độ tích cực và hình thành thực hành/hành vi (Kim và cộng sự, 1969). Đối với hiểu biết về một bệnh, ví dụ như trầm cảm, đó là kiến thức và niềm tin về rối loạn đó, dẫn đến việc giúp nhận biết dấu hiệu bệnh, quản lý hoặc phòng ngừa bệnh (Jorm và cộng sự, 1997). Nói cách khác, hiểu biết không chỉ liên quan đến mặt nhận thức, có kiến thức mà là một khái niệm đa chiều cạnh mà trong đó tích hợp cả kiến thức để nhận biết một rối loạn hay một bệnh xuất hiện, các yếu tố rủi ro dẫn đến rối loạn, cách thức tìm kiếm trợ giúp và những phương thức điều trị có sẵn, cũng như biết cách hỗ trợ những người khác. Có hiểu biết tốt sẽ khuyến khích

người bệnh tham gia vào quá trình chăm sóc và duy trì sức khỏe của họ một cách chủ động, từ đó đóng vai trò đáng kể trong việc dự phòng, kiểm soát bệnh và phục hồi chức năng (Andrade và cộng sự, 2020). Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra hiểu biết về bệnh của bệnh nhân có tương quan đến việc phòng ngừa và quản lý bệnh hiệu quả hay không hiệu quả ở các mặt bệnh khác nhau như tiểu đường, thận, răng miệng và các bệnh lây nhiễm, v.v. (Alsaleh và cộng sự, 2023). Trầm cảm là rối loạn có thể phòng ngừa được và liên quan đến việc thay đổi hành vi trong quá trình điều trị, do đó, việc xác định được hiểu biết về trầm cảm của người bệnh có ý nghĩa quan trọng trong việc đạt được những mục tiêu trị liệu và phòng ngừa tái phát. Do vậy, nghiên cứu này có mục tiêu đánh giá hiểu biết về trầm cảm của nhóm người trưởng thành đã hoặc đang mắc trầm cảm, từ đó có những đề xuất về việc xây dựng và triển khai các chương trình can thiệp cũng như chính sách liên quan đến chăm sóc trầm cảm.

## 2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể gồm 75 người trưởng thành từ 18 - 64 tuổi (tuổi trung bình = 33,0; SD = 8,7) được sàng lọc trầm cảm. Những khách thể này tham gia vào một nghiên cứu về chương trình can thiệp tâm lý cho người trầm cảm qua điện thoại. Bảng hỏi PHQ-9 được sử dụng để sàng lọc những người có dấu hiệu trầm cảm. Thông tin giới thiệu về nghiên cứu được truyền tải trên các phương tiện xã hội. Những người quan tâm sẽ thực hiện bảng PHQ-9 trên Kobotoolbox. Những người có điểm PHQ-9 trên ngưỡng lâm sàng (5 điểm) (Löwe và cộng sự, 2004), đồng ý tham gia vào nghiên cứu bằng văn bản sẽ được các trợ lý nghiên cứu gửi bảng hỏi khảo sát trực tuyến.

Nghiên cứu định lượng cắt ngang được tiến hành vào tháng 4 năm 2021 đến tháng 8 năm 2023 ở Hà Nội. Khảo sát được thực hiện trực tuyến. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Viện Nghiên cứu Phát triển xã hội Việt Nam. Một số đặc điểm về khách thể nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 75)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	9	12,0
	Nữ	66	88,0
Tuổi	(M; SD; min-max)	33,0 (SD = 8,7; 18 - 61)	
Dân tộc	Kinh	74	98,7
	Khác	1	1,3
Tình trạng hôn nhân	Đã lập gia đình hoặc sống chung với nhau như vợ chồng	31	41,3
	Độc thân	33	44,0
	Ly hôn/Ly thân	11	14,7

Khu vực sinh sống	Nông thôn	6	8,0
	Thị trấn	3	4,0
	Thị xã lớn hoặc thành phố	66	88,0
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	8	10,7
	Cao đẳng/Đại học	63	84,0
	Sau đại học	4	5,3
Tình trạng việc làm	Có việc làm	60	80,0
	Thất nghiệp/Nội trợ	13	17,3
	Sinh viên	2	2,7
Thu nhập cá nhân	Dưới 2 triệu VND	14	18,7
	Trên 2 triệu đến 10 triệu VND	15	20,0
	Trên 10 triệu đến 15 triệu VND	11	14,7
	Trên 15 triệu đến 25 triệu VND	12	16,0
	Trên 25 triệu VND	12	16,0

Phần lớn người tham gia nghiên cứu là nữ (88%). Tuổi trung bình là  $33 \pm 8,7$  và dân tộc Kinh chiếm 98,7%. Đa số người tham gia sinh sống ở thị xã hoặc thành phố lớn (88%) và 84% có trình độ học vấn cao đẳng hoặc đại học. Tỷ lệ người tham gia đã kết hôn hoặc sống chung như vợ chồng là 41,3% và tỷ lệ người độc thân là 44% trong khi tỷ lệ người đã ly thân hoặc ly hôn chiếm 14,7%. Tỷ lệ có việc làm chiếm 80% và hơn 50% người tham gia thu nhập cá nhân từ 15 triệu VND trở xuống (gần 15% người tham gia không trả lời câu hỏi về thu nhập cá nhân).

## 2.2. Công cụ nghiên cứu

Ngoài thông tin nhân khẩu, bảng hỏi về hiểu biết về trầm cảm gồm 4 câu hỏi. Câu 1 về kiến thức về trầm cảm, sử dụng thang đo Năng lực trầm cảm (Depression Literacy, D-Lit) của Griffiths và cộng sự (2004) gồm 22 mệnh đề (item) với ba phương án trả lời “đồng ý”, “không đồng ý” và “tôi không biết”. Các item của D-lit có nội dung về các triệu chứng về trầm cảm như: “*Mất tự tin và giảm giá trị bản thân có thể là triệu chứng của trầm cảm*” hay “*Người bị trầm cảm thường nói chuyện dài dòng, không mạch lạc*”, về điều trị trầm cảm như “*Nhiều phương pháp điều trị trầm cảm hiệu quả cao hơn thuốc chống trầm cảm*”, “*Đối với bệnh trầm cảm, tư vấn có hiệu quả tương đương với liệu pháp Nhận thức - Hành vi dành cho trầm cảm*”. Thang D-Lit được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu trên thế giới như ở Thái Lan, Hàn Quốc, Việt Nam, v.v. với độ tin cậy trên 0,7 (Pruksarungruang và Rhein, 2022; Jeong và cộng sự, 2018; Van và cộng sự, 2020). Trong nghiên cứu này, hệ số tin cậy Alpha của Cronbach của thang D-Lit là 0,82.

Ngoài D-Lit, bảng hỏi có thêm 3 câu hỏi khác do nhóm nghiên cứu xây dựng về kiến thức: (a) các nguyên nhân về trầm cảm (stress, sang chấn, lối sống, v.v.);

(b) các biện pháp điều trị trầm cảm (điều trị được hay không, các cách thức điều trị) và (c) lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần.

### 2.3. Phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22. Các số liệu định lượng được xử lý là điểm trung bình (M), độ lệch chuẩn (SD), tỷ lệ.

### 3. Kết quả và bàn luận

Điểm trung bình hiểu biết về trầm cảm đánh giá thông qua thang D-Lit của người mắc trầm cảm là 10,6 điểm (min = 2; max = 19; SD = 3,29). So sánh với nghiên cứu Ram và cộng sự (2016) cũng trên nhóm bệnh nhân có trầm cảm ở Nam Ấn Độ có sử dụng thang D-Lit thì điểm trung bình của nhóm mẫu Việt Nam thấp hơn nhóm mẫu Ấn Độ (10,6 và 13,2). Tuy nhiên, so với nhóm sinh viên sau đại học ở Ả-rập Xê-út, thì điểm trung bình D-Lit ở hai nhóm là tương đương (10,65 và 10,6) (Alageel, 2024), cao hơn nhóm sinh viên ở Bangladesh (Mamun và cộng sự, 2020) (M = 9,3) và sinh viên năm 1 ngành ngôn ngữ Anh và Y khoa ở Nhật Bản (Imano và cộng sự, 2022) (M lần lượt là 7,61 và 9,51). Nhìn chung, các nghiên cứu ở các nước cho thấy mức độ hiểu biết về trầm cảm ở nhóm dân không phải chuyên gia về sức khỏe tâm thần rất khác nhau, nhưng đều ở mức trung bình thấp.

Phân tích cụ thể kết quả của từng câu trong thang D-Lit, tỷ lệ người trả lời đúng ở mức trên 80% đối với các dấu hiệu của trầm cảm như cảm giác tội lỗi, mất tự tin, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, rối loạn vận động, ảnh hưởng tới sự tập trung và trí nhớ. Tuy vậy, tỷ lệ cũng khá cao người tham gia gán các triệu chứng không phải của trầm cảm như nói chuyện dài dòng, hành vi bất cẩn, ảo thanh, có nhiều tính cách khác nhau

Quan sát bảng 2 cũng cho thấy có hai khuôn mẫu trả lời sai về rối loạn trầm cảm có thể quan sát được. Đầu tiên là khía cạnh đặc điểm tâm lý của trầm cảm (“*Hành vi bất cẩn và đại dột là dấu hiệu thường gặp của trầm cảm*”; “*Có nhiều tính cách khác nhau có thể là dấu hiệu của trầm cảm*”). Khuôn mẫu thứ 2 là về hiệu quả điều trị trầm cảm giữa thuốc và các biện pháp khác (“*Nhiều phương pháp điều trị trầm cảm hiệu quả cao hơn thuốc chống trầm cảm*”), giữa tham vấn và trị liệu nhận thức, hành vi (“*Đối với bệnh trầm cảm, tư vấn có hiệu quả tương đương với liệu pháp Nhận thức - Hành vi dành cho trầm cảm*”). Các biện pháp cụ thể điều trị trầm cảm (câu 19 đến 22), tỷ lệ trả lời “*không biết*” chiếm tỷ lệ cao hơn câu trả lời đúng hoặc sai. Tuy nhiên, câu 18 (“*Liệu pháp Nhận thức - Hành vi cho hiệu quả tương đương với thuốc chống trầm cảm đối với trầm cảm từ nhẹ đến vừa*”) có tỷ lệ trả lời đúng và không biết là tương đối sát nhau (52% và 44%). Điều này cho thấy, người có trầm cảm nhận biết được dấu hiệu chính của trầm cảm khá tốt, nhưng chưa phân biệt được các triệu chứng của trầm cảm với các vấn đề sức khỏe tâm thần khác và do đó có hiểu biết sai liên quan đến biểu hiện của vấn đề họ đang gặp phải. Họ cũng có hiểu biết hạn chế về các phương pháp khoa học điều trị trầm cảm. Kết quả này cho thấy cần tiếp tục nâng cao nhận thức, kiến thức về trầm cảm đối với nhóm mắc trầm cảm.

**Bảng 2:** Phương án trả lời item trong bảng D-Lit (n = 75)

STT	Câu	Trả lời đúng		Trả lời sai		Không biết	
		N	%	N	%	N	%
1	Người bị trầm cảm thường nói chuyện dài dòng, không mạch lạc*. (SAI)	27	36,0	24	32,0	24	32,0
2	Người trầm cảm có thể cảm thấy tội lỗi khi họ không mắc lỗi. (ĐÚNG)	66	88,0	2	2,7	7	9,3
3	Hành vi bất cẩn và đại dột là dấu hiệu thường gặp của trầm cảm*. (SAI)	21	28,0	42	56,0	12	16,0
4	Mất tự tin và giảm giá trị bản thân có thể là triệu chứng của trầm cảm. (ĐÚNG)	66	88,0	4	5,3	5	6,7
5	Tránh bước lên các vết nứt trên đường có thể là dấu hiệu của trầm cảm*. (SAI)	24	32,0	8	10,7	43	57,3
6	Người bị trầm cảm thường nghe thấy những giọng nói không có thực*. (SAI)	21	28,0	26	34,7	28	37,3
7	Ngủ quá nhiều hoặc quá ít có thể là dấu hiệu của trầm cảm. (ĐÚNG)	66	88,0	2	2,7	7	9,3
8	Ăn quá nhiều hoặc mất hứng thú với việc ăn uống có thể là dấu hiệu của trầm cảm. (ĐÚNG)	66	88,0	2	2,7	7	9,3
9	Trầm cảm không ảnh hưởng đến trí nhớ và sự tập trung của bạn*. (SAI)	61	81,3	8	10,7	6	8,0
10	Có nhiều tính cách khác nhau có thể là dấu hiệu của trầm cảm*. (SAI)	14	18,7	33	44,0	28	37,3
11	Người bị trầm cảm có thể trở nên chậm chạp hơn, hay bồn chồn, đứng ngồi không yên. (ĐÚNG)	67	89,3	2	2,7	6	8,0
12	Nhà tâm lý học lâm sàng có thể kê toa thuốc chống trầm cảm*. (SAI)	22	29,3	16	21,3	37	49,3
13	Trầm cảm mức độ trung bình có thể ảnh hưởng đến cuộc sống nhiều như bệnh xơ cứng rải rác hoặc điếc. (ĐÚNG)	25	33,3	4	5,3	46	61,3
14	Hầu hết những người bị trầm cảm cần được nhập viện*. (SAI)	59	78,7	4	5,3	12	16,0

15	Nhiều người nổi tiếng từng mắc căn bệnh trầm cảm. (ĐÚNG)	60	80,0	0	0,0	15	20,0
16	Nhiều phương pháp điều trị trầm cảm hiệu quả cao hơn thuốc chống trầm cảm*. (SAI)	1	1,3	58	77,3	16	21,3
17	Đối với bệnh trầm cảm, tư vấn có hiệu quả tương đương với liệu pháp Nhận thức - Hành vi dành cho trầm cảm*. (SAI)	3	4,0	47	62,7	25	33,3
18	Liệu pháp Nhận thức - Hành vi cho hiệu quả tương đương với thuốc chống trầm cảm đối với trầm cảm từ nhẹ đến vừa. (ĐÚNG)	39	52,0	3	4,0	33	44,0
19	Trong tất cả các biện pháp thay đổi lối sống và biện pháp thay thế để điều trị trầm cảm, sử dụng vitamin có vẻ hiệu quả nhất*. (SAI)	33	44,0	7	9,3	35	46,7
20	Bệnh nhân trầm cảm nên ngưng dùng thuốc chống trầm cảm ngay khi họ cảm thấy ổn hơn*. (SAI)	22	29,3	18	24,0	35	46,7
21	Thuốc chống trầm cảm có thể gây nghiện*. (SAI)	5	6,7	28	37,3	42	56,0
22	Thuốc chống trầm cảm thường có hiệu quả ngay*. (SAI)	27	36,0	11	14,7	37	49,3

Ghi chú: \*: Các item với phương án trả lời đúng là “Không đồng ý”. Khi tính điểm trung bình, các item được mã hóa lại để cùng chiều thuận, trả lời “Không đồng ý” được 1 điểm.

Liên quan đến hiểu biết cụ thể về tiên lượng điều trị của trầm cảm, 64 người (85,3%) cho rằng người mắc trầm cảm có khả năng hồi phục nếu được điều trị. Đây là một tỷ lệ cao, cho thấy đa phần người tham gia có hiểu biết đúng về tiên lượng điều trị của trầm cảm.

**Bảng 3: Hiểu biết của người mắc trầm cảm về nguyên nhân gây ra trầm cảm (n = 75)**

STT	Nguyên nhân gây trầm cảm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Căng thẳng trong cuộc sống, công việc, gia đình, tình cảm, hôn nhân, học tập, quan hệ xã hội	73	97,3
2	Bị sốc nặng như mất người thân, mất cửa, mất việc	67	89,3
3	Do bị bệnh lâu ngày	51	68,0

4	Biến đổi cơ thể như thay đổi nội tiết khi mang thai, mãn kinh, khi về già	61	81,3
5	Người có lối sống, cách suy nghĩ, hành động và ứng xử không phù hợp như sống thu mình, ngại giao tiếp, hay có suy nghĩ tiêu cực về bản thân	17	22,7
6	Khác	10	13,3

Yếu tố được 73/75 người mắc trầm cảm cho rằng nguyên nhân lớn nhất gây ra trầm cảm là “*Căng thẳng trong cuộc sống, công việc, gia đình, tình cảm, hôn nhân, học tập, quan hệ xã hội*”; nguyên nhân đứng thứ hai là “*Bị sốc nặng như mất người thân, mất của, mất việc*” (89,3%); tiếp đến là “*Biến đổi cơ thể như thay đổi nội tiết khi mang thai, mãn kinh, khi về già*” (81,3%). Trong số các nguyên nhân khác mà người mắc trầm cảm đề cập, có người nói đến “*Tổn thương tâm lý (trauma) kéo dài*”; bên cạnh đó, cũng có người cho rằng “*Cuộc sống quá đủ đầy, sống không có mục tiêu, không tìm ra động lực trong cuộc sống*” cũng gây ra trầm cảm. Hầu hết người tham gia cho rằng nguyên nhân của trầm cảm liên quan đến các yếu tố tâm lý (căng thẳng, bị sốc do mất mát), nguyên nhân sinh học không được đề cập tới. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của ở Úc, Nhật, Thụy Điển cho thấy các nguyên nhân tâm lý, xã hội như sang chấn, các vấn đề thời thơ ấu, mất người thân hoặc bạn bè, mất việc, mâu thuẫn gia đình, v.v. thường được gán với trầm cảm, số rất ít đề cập đến nguyên nhân liên quan đến sinh học (trong khi với tâm thần phân liệt thì người dân thường gán nguyên nhân sinh học) (Jorm và cộng sự, 1997; Nakane và cộng sự, 2005; Hanson và cộng sự, 2010).

Có 68% người mắc trầm cảm nhận định biện pháp làm giảm trầm cảm tốt nhất là “*Can thiệp tâm lý từ nhà chuyên môn*”. Biện pháp có tỷ lệ cao thứ hai (66,7%) là “*Đợi và để hồi phục tự nhiên*”, tiếp đó là “*Sử dụng thuốc chống trầm cảm*” (45,3%). Có một tỷ lệ không nhỏ người mắc trầm cảm “*Tìm kiếm sự giúp đỡ từ đền, chùa, thầy lang, thầy cúng*” (42,7%) và “*Sử dụng thuốc y học cổ truyền*” (22,7%). Với những biện pháp khác, mặc dù không có nhiều người mắc trầm cảm đề cập thêm nhưng ý kiến về các biện pháp làm giảm trầm buồn cũng khá đa dạng: “*Quên nỗi buồn đi, không tập trung vào nó*”; “*Tự nhận thức được mình có vấn đề tâm lý để tìm kiếm các biện pháp chữa lành*”; “*Không có phương pháp nào tuyệt đối, cũng không có phương pháp nào đúng với tất cả mọi người*”; “*Mỗi người nên tự trải nghiệm và tìm ra phương pháp phù hợp nhất với bản thân*”.

Số liệu ở bảng 4 cho thấy có gần 2/3 số người mắc trầm cảm cho là “*Đợi và hồi phục tự nhiên*” là một biện pháp giảm trầm cảm. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trầm cảm là một bệnh lý y học và không thể tự hồi phục (WHO, 2023). Việc hiểu sai về cách giảm trầm cảm như vậy sẽ dẫn đến việc trì hoãn tìm kiếm sự trợ giúp và điều trị. Kết quả này có thể giải thích như sau: có một tỷ lệ tương đối người tham gia hiểu chưa chính xác hoặc không biết về tác động của trầm cảm

(item 13) như một bệnh y học và các phương pháp điều trị y học (item 20, 21, 22) và cộng với hiểu biết ở mức trung bình về trầm cảm nói chung, do đó, có thể lý giải việc họ cho rằng “đợi và hồi phục tự nhiên” như là một biện pháp giảm trầm cảm.

**Bảng 4:** Hiểu biết của người mắc trầm cảm về biện pháp làm giảm trầm buồn ( $n = 75$ )

STT	Biện pháp làm giảm trầm buồn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Đợi và để hồi phục tự nhiên	50	66,7
2	Sử dụng thuốc chống trầm cảm	34	45,3
3	Can thiệp tâm lý từ nhà chuyên môn	51	68,0
4	Tìm kiếm sự giúp đỡ từ các đền, chùa, thầy lang, thầy cúng	32	42,7
5	Sử dụng thuốc y học cổ truyền (ví dụ thuốc nam thuốc bắc, châm cứu)	17	22,7
6	Khác	14	18,7

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao người mắc trầm cảm có hiểu biết đúng về các biện pháp trị liệu trầm cảm là trị liệu tâm lý và dược lý. Tỷ lệ người mắc trầm cảm cho là “*Can thiệp tâm lý từ nhà chuyên môn*” cao hơn “*Sử dụng thuốc chống trầm cảm*” (66,7% và 45,3%). Đây là dấu hiệu đáng mừng, mặc dù can thiệp, trị liệu tâm lý còn mới ở Việt Nam và chưa được chính thức ghi nhận trong các văn bản và bảo hiểm y tế, có một số lượng lớn người bệnh biết về hình thức trị liệu này. Tuy nhiên, so sánh kết quả này với kết quả của thang D-Lit, có thể nhận thấy rằng người mắc trầm cảm biết một chút về hai phương pháp chính để trị liệu cho trầm cảm nhưng chưa có các hiểu biết sâu sắc, ví dụ các liệu pháp trị liệu tâm lý cụ thể, hiệu quả của từng liệu pháp, v.v.

**Bảng 5:** Lựa chọn cơ sở y tế để khám khi có vấn đề sức khỏe tâm thần ( $n = 75$ )

STT	Biện pháp làm giảm trầm buồn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Trung tâm y tế xã/phường	0	0,0
2	Trung tâm y tế quận/huyện	2	2,7
3	Bệnh viện đa khoa	6	8,0
4	Bệnh viện chuyên khoa về sức khỏe tâm thần	50	66,7
5	Phòng khám Đông y	5	6,7
6	Khác	6	8,0
7	Không biết	6	8,0

Hầu hết người mắc trầm cảm đều lựa chọn các cơ sở y tế tây y làm nơi khám đầu tiên khi có vấn đề sức khỏe tâm thần, trong đó nhiều nhất là lựa chọn “*Bệnh viện chuyên khoa về sức khỏe tâm thần*” (66,7%). Trong 6 người lựa chọn khác, có 3 người tự đề xuất cụ thể là “*Chuyên gia tâm lý*”, 2 người ghi “*Không đi điều trị*”. Người tham gia cũng có hiểu biết tốt về hệ thống y tế, phân tuyến và chuyên khoa ở Việt Nam. Không có người nào lựa chọn đến trung tâm y tế xã/phường vì trên thực tế, ở cấp này không cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tâm thần. Chúng tôi lý giải rằng đây là nhóm người mắc trầm cảm nên khả năng cao là họ đã tiếp xúc, đến thăm khám ở các cơ sở chăm sóc y tế, do vậy, họ có sự am hiểu chung về hệ thống y tế.

#### 4. Kết luận

Nghiên cứu này là một trong các nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đánh giá hiểu biết của nhóm người bệnh mắc trầm cảm về rối loạn trầm cảm. Hiểu biết về trầm cảm được đo qua thang D-Lit tập trung vào các triệu chứng của trầm cảm và các phương pháp điều trị. Nhìn chung, nhóm người bệnh có hiểu biết về trầm cảm ở mức trung bình thấp, tuy nhiên, đa số có hiểu biết đúng theo khoa học về phương pháp cơ bản điều trị trầm cảm là trị liệu tâm lý và dược lý (tây y). Kết quả này cho thấy việc giáo dục sức khỏe cho người mắc trầm cảm về các triệu chứng, biểu hiện của trầm cảm, các thông tin sức khỏe cần được tăng cường hơn.

#### Chú thích:

**Lời cảm ơn:** Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia, đề tài mã số NCUD.05-2019.29.

#### Tài liệu tham khảo

1. Alageel, A. A. S. (2024). Prevalence of depressive symptoms and depression literacy (D-Lit) among Saudi postgraduate students. *Middle East Current Psychiatry*, 31(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s43045-024-00396-8>.
2. Alsaleh, F. M., Elzain, M., Alsairafi, Z. K., & Naser, A. Y. (2023). Perceived Knowledge, Attitude, and Practices (KAP) and Fear toward COVID-19 among Patients with Diabetes Attending Primary Healthcare Centers in Kuwait. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2369. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032369>.
3. Andrade, C., Menon, V., Ameen, S., & Kumar Praharaj, S. (2020). Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 478-481. <https://doi.org/10.1177/0253717620946111>.
4. Dao, A. T. M., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. K. (2018). Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *BioMed Research International*, 2018, 2370284. <https://doi.org/10.1155/2018/2370284>.
5. Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V.,

Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>.

6. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).

7. Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185, 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342>.

8. Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.032>.

9. Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Kohrt, B. A., Maj, M., McGorry, P., Reynolds, C. F., Weissman, M. M., Chibanda, D., Dowrick, C., Howard, L. M., Hoven, C. W., Knapp, M., Mayberg, H. S., ... Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: A Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet (London, England)*, 399(10328), 957-1022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02141-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02141-3).

10. Imano, T., Yokoyama, K., Itoh, H., Shoji, E., & Asano, K. (2022). Development of the Japanese version of the Depression Literacy Scale. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1708-1715. <https://doi.org/10.1177/00207640211057728>.

11. Jeong, Y. M., Hughes, T. L., McCreary, L., Johnson, T. P., Park, C., & Choi, H. (2018). Validation of the Korean Parental Depression Literacy Scale. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 712-726. <https://doi.org/10.1111/inm.12358>.

12. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 143-148. <https://doi.org/10.1007/BF00794613>.

13. Kim, T. R., Ross, J. A., & Smith, D. P. (1969). KOREA: Trends in Four National KAP Surveys, 1964-67. *Studies in Family Planning*, 1(43), 6-11. <https://doi.org/10.2307/1965090>.

14. Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Medical Care*, 42(12), 1194-1201. <https://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00006>.

15. Mamun, M. A., Naher, S., Moonajilin, Mst. S., Jobayar, A. M., Rayhan, I., Kircaburun, K., & Griffiths, M. D. (2020). Depression literacy and awareness programs among Bangladeshi students: An online survey. *Heliyon*, 6(9), e04901. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04901>.

16. Marcus, M., Yasamy, M. T., Van Van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern [Dataset]. In *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/e517532013-004>.
17. Murphy, J., Goldner, E., Corbett, K. K., Morrow, M., Nguyen, V. C., Linh, D. T., & Oanh, P. T. (2018). Conceptualizing depression in Vietnam: Primary health care providers' explanatory models of depression. *Transcultural Psychiatry*, *55*(2), 219-241. <https://doi.org/10.1177/1363461517748846>.
18. Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., Christensen, H., Nakane, H., & Griffiths, K. M. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: A comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, *5*, 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-33>.
19. Ngo, V. K., Weiss, B., Lam, T., Dang, T., Nguyen, T., & Nguyen, M. H. (2014). The Vietnam Multicomponent Collaborative Care for Depression Program: Development of Depression Care for Low- and Middle-Income Nations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *28*(3), 156-167.
20. Nguyen, D. T., Dedding, C., Pham, T. T., Wright, P., & Bunders, J. (2013). Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *13*, 1195. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1195>.
21. Nguyen Thai, Q. C., & Nguyen, T. H. (2018). Mental health literacy: Knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*, *12*, 19. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0195-1>.
22. Nguyen Thi Khanh, H., Nguyen Thanh, L., Pham Quoc, T., Pham Viet, C., Duong Minh, D., & Le Thi Kim, A. (2020). Suicidal behaviors and depression “among adolescents in Hanoi, Vietnam: A multilevel analysis of data from the Youth Risk Behavior Survey 2019. *Health Psychology Open*, *7*(2), 2055102920954711. <https://doi.org/10.1177/2055102920954711>.
23. Pruksarungruang, J., & Rhein, D. (2022). Depression Literacy: An Analysis of the Stigmatization of Depression in Thailand. *Sage Open*, *12*(4), 21582440221140376. <https://doi.org/10.1177/21582440221140376>.
24. Quynh, H. T. T., & Hai, H. T. (2021). Self-esteem and depression among vietnamese university students. *UED Journal of Social Sciences, Humanities and Education*, *11*(1), Article 1.
25. Tran, Q. A., Le, V. T. H., & Nguyen, T. H. D. (2020). Depressive symptoms and suicidal ideation among Vietnamese students aged 13-17: Results from a cross-sectional study throughout four geographical regions of Vietnam. *Health Psychology Open*, *7*(2), 2055102920973253. <https://doi.org/10.1177/2055102920973253>.
26. Van, V. H., Dao, K. T. A., & Minh, D. H. (2020). Effectiveness of Shining Mind- A Smartphone App to Increase Mental Health Literacy Among College Students. *VNU Journal of Science: Education Research*, *36*(4), Article 4. <https://doi.org/10.25073/2588-1159/vnuer.4480>.

27. Vu, H. T. T., Lin, V., Pham, T., Pham, T. L., Nguyen, A. T., Nguyen, H. T., Nguyen, T. X., Nguyen, T. N., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. T. H., Nguyen, L. H., Nguyen, Q. N., Nguyen, H. L. T., Tran, T. H., Tran, B. X., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Determining Risk for Depression among Older People Residing in Vietnamese Rural Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152654>.
28. Vu, Q. T., Harada, K., Nishimura, Y., Hagiya, H., Tan, E., Lehasa, O. M. E., Zamami, Y., & Koyama, T. (2024). Burden of depressive disorders in Vietnam from 1990 to 2019: A secondary analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Psychiatric Research*, 172, 420-426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.02.041>.
29. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO (2023, March 31). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
30. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO (2019). *Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam*. <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/mental-health>.