https://doi.org/10.66270/vap26.v14.n3.6

A REVIEW OF STATE ANXIETY AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESSES

Lam Van Minh[1],[2], Vu Thi Khanh Linh[1]
[1]Hanoi National University of Education; [2]Cho Ray Hospital

Received: December 31, 2025
Accepted: May 20, 2026

Abstract: *In the context of population aging and the growing prevalence of chronic illnesses, family caregivers play an increasingly important role in supporting treatment and providing long-term care. Prolonged caregiving under uncertain conditions, however, also makes them vulnerable to negative psychological reactions, among which anxiety is common. This narrative review systematizes the theoretical foundations and empirical evidence concerning state anxiety among family caregivers of patients with chronic illnesses. Literature was searched in PubMed and Google Scholar for the period 2016-2026; selected foundational sources published before 2016 were also included to clarify concepts and theoretical foundations. A total of 23 eligible sources were analyzed and synthesized under the following themes: the concept of state anxiety, caregiving contexts in which anxiety develops, major manifestations, related factors, and explanatory theoretical frameworks. The findings show that state anxiety among family caregivers is a situational emotional response that emerges when individuals appraise caregiving circumstances as threatening or exceeding their coping resources. It is manifested in three main domains:*

TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ LO ÂU TRẠNG THÁI Ở NGƯỜI NHÀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN MẮC BỆNH MẠN TÍNH

Lâm Văn Minh[1],[2], Vũ Thị Khánh Linh[1]
[1]Trường Đại học Sư phạm Hà Nội;
[2]Bệnh viện Chợ Rẫy.

Ngày nhận bài: 31/12/2025
Ngày duyệt đăng bài: 20/5/2026

Tóm tắt: *Trong bối cảnh già hóa dân số và gia tăng các bệnh mạn tính, người nhà chăm sóc bệnh nhân ngày càng giữ vai trò quan trọng trong hỗ trợ điều trị và chăm sóc lâu dài cho người bệnh. Tuy nhiên, quá trình chăm sóc kéo dài trong điều kiện bất định cũng khiến họ dễ xuất hiện các phản ứng tâm lý tiêu cực, trong đó lo âu là hiện tượng phổ biến. Bài viết này thực hiện tổng quan tường thuật nhằm hệ thống hóa cơ sở lý luận và các bằng chứng thực chứng về lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh mạn tính. Tài liệu được tìm kiếm trên PubMed và Google Scholar trong giai đoạn 2016 - 2026; đồng thời, một số tài liệu nền tảng trước năm 2016 được sử dụng bổ sung để làm rõ khái niệm và cơ sở lý thuyết. Tổng cộng có 23 tài liệu đủ điều kiện được đưa vào phân tích, tổng hợp theo các chủ đề: khái niệm lo âu trạng thái, bối cảnh hình thành lo âu ở người chăm sóc, biểu hiện chủ yếu, các yếu tố liên quan và khung lý thuyết giải thích. Kết quả cho thấy lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc là phản ứng cảm xúc mang tính tình huống, xuất hiện khi cá nhân đánh giá hoàn cảnh chăm sóc là đe dọa hoặc vượt quá nguồn lực ứng phó của bản thân. Trạng thái này biểu hiện trên ba phương diện chính: sinh lý, nhận thức - cảm xúc và hành vi. Các yếu tố thường liên quan đến mức độ lo âu gồm gánh*

physiological, cognitive-emotional, and behavioral. Factors commonly associated with anxiety include subjective caregiving burden, duration of caregiving, social support, and self-efficacy. The article therefore proposes that caregiver anxiety be approached as a psychological state that fluctuates with the caregiving context and requires early screening and appropriate support in clinical practice.

Keywords: *State anxiety; Family caregivers; Chronic illnesses; Caregiving burden; Narrative review.*

nặng chăm sóc chủ quan, thời gian chăm sóc, hỗ trợ xã hội và niềm tin vào khả năng của bản thân. Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất tiếp cận lo âu ở người nhà chăm sóc như một trạng thái tâm lý dao động theo bối cảnh chăm sóc, cần được sàng lọc sớm và hỗ trợ phù hợp trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: *Lo âu trạng thái; Người nhà chăm sóc; Bệnh mạn tính; Gánh nặng chăm sóc; Tổng quan tường thuật.*

1. Giới thiệu

Già hóa dân số và sự gia tăng của các bệnh mạn tính không lây đang tạo ra áp lực ngày càng lớn lên hệ thống y tế và chăm sóc dài hạn. Trong bối cảnh đó, người nhà chăm sóc trở thành lực lượng hỗ trợ quan trọng, đảm nhận nhiều nhiệm vụ từ chăm sóc sinh hoạt hằng ngày, theo dõi điều trị, hỗ trợ ra quyết định y tế đến đồng hành tâm lý với người bệnh. Vai trò này đặc biệt rõ ở các bệnh mạn tính kéo dài như ung thư, sa sút trí tuệ, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đột quỵ hoặc các rối loạn thoái hóa thần kinh, khi nhu cầu chăm sóc liên tục và gánh nặng chăm sóc có thể kéo dài trong nhiều tháng hoặc nhiều năm.

Tuy nhiên, chăm sóc người thân mắc bệnh mạn tính không chỉ là một hoạt động hỗ trợ đơn thuần mà còn là một bối cảnh tâm lý - xã hội đặc biệt. Người chăm sóc thường phải đối diện đồng thời với sự bất định về tiến triển bệnh, chi phí điều trị, nguy cơ biến chứng, sự xáo trộn đời sống gia đình và cảm giác trách nhiệm kéo dài. Trong bối cảnh đó, lo âu là một phản ứng tâm lý thường gặp. Nhiều nghiên cứu cho thấy người chăm sóc gia đình có nguy cơ xuất hiện các biểu hiện lo âu, trầm cảm, kiệt sức và suy giảm chất lượng cuộc sống cao hơn so với dân số chung (Moss và cộng sự, 2019; Hellis và Mukaetova-Ladinska, 2023).

Từ góc độ tâm lý học, cần phân biệt lo âu trạng thái với lo âu tính cách và rối loạn lo âu. Lo âu trạng thái phản ánh trạng thái cảm xúc tạm thời, dao động theo tình huống; lo âu tính cách là khuynh hướng tương đối ổn định của cá nhân; còn rối loạn lo âu là khái niệm lâm sàng cần được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chuyên môn. Cách phân biệt này giúp tránh đồng nhất phản ứng thích nghi trước áp lực chăm sóc với bệnh lý tâm thần.

Trong bài viết này, lo âu được tiếp cận chủ yếu dưới góc độ lo âu trạng thái, tức là trạng thái căng thẳng, bất an và cảnh giác xuất hiện khi người chăm sóc đánh giá tình huống chăm sóc là đe dọa hoặc vượt quá nguồn lực ứng phó hiện có. Cách tiếp cận này phù hợp với bối cảnh chăm sóc bệnh nhân mạn tính, nơi người nhà thường xuyên phải đánh giá và tái đánh giá nguy cơ, nguồn lực và khả năng ứng phó của bản thân theo từng thời điểm.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của người nhà chăm sóc bệnh nhân mạn tính đã bước đầu được quan tâm, song phần lớn mới tập trung vào các biến số như gánh nặng chăm sóc, chất lượng cuộc sống, căng thẳng hay trầm cảm; lo âu

thường chỉ được xem là một chỉ báo phụ thuộc trong nghiên cứu thực nghiệm. Một số công trình trên người chăm sóc bệnh nhân ung thư và đột quỵ đã cung cấp dữ liệu quan trọng về gánh nặng chăm sóc và biểu hiện lo âu (Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Thị Ngọc Phương, 2023; Lý Thùy Đan Phương và cộng sự, 2024). Tuy nhiên, các nghiên cứu tổng hợp chuyên biệt về lo âu trạng thái ở người chăm sóc còn hạn chế.

Vì vậy, bài viết này được thực hiện nhằm: (1) hệ thống hóa cơ sở lý luận về lo âu trạng thái trong nghiên cứu tâm lý học; (2) phân tích bối cảnh hình thành và các biểu hiện đặc trưng của lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh mạn tính; (3) tổng hợp các yếu tố liên quan và khung lý thuyết giải thích hiện tượng này; (4) đề xuất một số hàm ý cho nghiên cứu và thực hành hỗ trợ tâm lý đối với người nhà chăm sóc tại Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Bài viết sử dụng phương pháp tổng quan tường thuật nhằm tổng hợp, phân tích và diễn giải các tài liệu liên quan đến lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh mạn tính. Để bảo đảm tính minh bạch trong quá trình thu thập tài liệu, nghiên cứu tham khảo một số nguyên tắc trình bày và sàng lọc tài liệu thường dùng trong PRISMA, nhưng không nhằm xây dựng một tổng quan hệ thống hay phân tích gộp.

2.2. Nguồn và chiến lược tìm kiếm

Tài liệu được tìm kiếm trên hai nguồn chính: PubMed và Google Scholar. PubMed được lựa chọn vì đây là cơ sở dữ liệu có độ tin cậy cao đối với các nghiên cứu y sinh và sức khỏe tâm thần; Google Scholar được sử dụng để mở rộng khả năng tiếp cận các công trình liên ngành, tài liệu quốc tế và một số tài liệu trong nước.

Các từ khóa sử dụng bao gồm tiếng Anh và tiếng Việt: lo âu: “anxiety”, “state anxiety”, “lo âu”, “lo âu trạng thái”; người chăm sóc: “caregiver”, “family caregiver”, “informal caregiver”, “người chăm sóc”, “người nhà chăm sóc”; bệnh mạn tính: “chronic illness”, “chronic disease”, “hemodialysis”, “cancer”, “dementia”, “bệnh mạn tính”, “chạy thận nhân tạo”, “ung thư”, “sa sút trí tuệ”.

Các toán tử Boolean như AND, OR được dùng để kết hợp các từ khóa.

2.3. Tiêu chí lựa chọn tài liệu

- Tập trung vào người nhà chăm sóc hoặc người chăm sóc không chuyên của bệnh nhân mắc bệnh mạn tính;

- Có đề cập đến lo âu hoặc các biểu hiện lo âu của người chăm sóc;

- Tiếp cận lo âu chủ yếu như một trạng thái cảm xúc mang tính tình huống hoặc dao động theo bối cảnh chăm sóc; hoặc sử dụng các công cụ có khả năng nhận diện thành phần lo âu trạng thái như STAI;

- Là bài báo khoa học, bài tổng quan, sách chuyên khảo hoặc luận án có nội dung liên quan trực tiếp;

- Được công bố bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh;

- Đối với phần bằng chứng thực chứng, ưu tiên các tài liệu công bố trong giai đoạn 2016 - 2026.

Bên cạnh đó, một số tài liệu nền tảng được công bố trước năm 2016 vẫn được sử dụng để làm rõ các khái niệm cơ bản và khung lý thuyết kinh điển, như quan niệm về lo âu, mô hình căng thẳng - ứng phó và các công cụ đo lường thường dùng.

2.4. Tiêu chí loại trừ

- Chỉ tập trung vào người bệnh mà không có dữ liệu hoặc phân tích liên quan đến người chăm sóc;

- Nghiên cứu trên người chăm sóc chuyên nghiệp;

- Là bài xã luận, bình luận hoặc tài liệu không có toàn văn;

- Không liên quan trực tiếp đến lo âu trong bối cảnh chăm sóc bệnh mạn tính;

- Chỉ tiếp cận lo âu tính cách như một khuynh hướng nhân cách tương đối ổn định mà không làm rõ thành phần lo âu mang tính tình huống hoặc không có liên hệ trực tiếp với bối cảnh chăm sóc.

2.5. Phân tích và tổng hợp tài liệu

Sau quá trình sàng lọc theo tiêu chí trên, 23 tài liệu được đưa vào phân tích và phân nhóm theo chủ đề: (1) khái niệm lo âu và lo âu trạng thái; (2) bối cảnh chăm sóc và sự hình thành lo âu ở người chăm sóc; (3) biểu hiện của lo âu trạng thái; (4) các yếu tố liên quan; (5) khung lý thuyết giải thích và hàm ý thực hành.

Trong quá trình tổng hợp, nghiên cứu phân biệt giữa lo âu trạng thái và lo âu tính cách dựa trên hai tiêu chí chính. Thứ nhất, về mặt khái niệm, lo âu trạng thái được hiểu là trạng thái cảm xúc tạm thời, xuất hiện khi cá nhân đánh giá hoàn cảnh chăm sóc là đe dọa hoặc vượt quá nguồn lực ứng phó của bản thân; trong khi lo âu tính cách phản ánh khuynh hướng ổn định, lâu dài của nhân cách. Thứ hai, về mặt đo lường, các nghiên cứu sử dụng công cụ hoặc cách diễn giải kết quả theo hướng nhận diện lo âu gắn với hoàn cảnh chăm sóc hiện tại được ưu tiên đưa vào phân tích; các nghiên cứu chỉ xem xét đặc điểm lo âu bền vững như một nét tính cách không được xem là trọng tâm của tổng quan này.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Khái niệm lo âu và lo âu trạng thái

Lo âu được hiểu là trạng thái cảm xúc hướng tới tương lai, gắn với cảm giác bất an, căng thẳng và dự đoán về mối đe dọa có thể xảy ra, ngay cả khi mối đe dọa chưa rõ ràng hoặc chưa hiện diện trực tiếp (Barlow, 2004; Crocq, 2017). Trong cách tiếp cận nhận thức, lo âu liên quan đến xu hướng đánh giá quá cao nguy cơ và đánh giá thấp khả năng ứng phó của bản thân (Clark và Beck, 2011). Các tài liệu trong nước cũng xem lo âu là phản ứng cảm xúc có thể mang chức năng cảnh báo, nhưng trở nên bất lợi khi kéo dài, vượt quá khả năng kiểm soát hoặc gây suy giảm chức năng (Vũ Dũng, 2008; Bùi Quang Huy, 2017).

Trong phạm vi bài viết, lo âu trạng thái được xem là phản ứng cảm xúc tạm thời, phụ thuộc vào hoàn cảnh và biến đổi theo mức độ đe dọa mà cá nhân cảm nhận tại một thời điểm nhất định. Khái niệm này khác với lo âu tính cách - một khuynh hướng tương đối ổn định của nhân cách, và cũng khác với rối loạn lo âu - một thực thể lâm sàng cần

chẩn đoán chuyên môn. Với người nhà chăm sóc bệnh nhân mạn tính, lo âu trạng thái thường xuất hiện khi bệnh tình người thân diễn biến bất thường, khi phải ra quyết định điều trị, khi gánh nặng tài chính tăng lên hoặc khi nguồn hỗ trợ bị thiếu hụt. Do đó, việc tiếp cận lo âu như một trạng thái tâm lý mang tính tình huống giúp mô tả sát hơn trải nghiệm của người chăm sóc trong đời sống thực tế.

3.2. Bối cảnh hình thành lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc

Chăm sóc người thân mắc bệnh mạn tính là một quá trình lâu dài, đòi hỏi sự đầu tư đáng kể về thời gian, sức lực, tài chính và cảm xúc. Người chăm sóc không chỉ hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hằng ngày mà còn thường xuyên tham gia theo dõi triệu chứng, nhắc nhở điều trị, đưa người bệnh đi khám, tiếp nhận thông tin y khoa và xử lý các tình huống bất ngờ. Với bệnh thận mạn giai đoạn cuối phải chạy thận nhân tạo, người chăm sóc còn phải thích nghi với lịch điều trị lặp lại nhiều lần trong tuần, các biến chứng có thể xảy ra và sự phụ thuộc kéo dài của người bệnh (Himmelfarb và Ikizler, 2010; Cukor và cộng sự, 2013; Suri và cộng sự, 2014).

Các nghiên cứu về sa sút trí tuệ, ung thư, đột quỵ và bệnh thận mạn có điểm thống nhất là lo âu của người chăm sóc thường liên quan đến tính bất định của bệnh, mức độ phụ thuộc của người bệnh và cảm nhận quá tải trong vai trò chăm sóc. Tuy nhiên, mức độ nổi bật của từng yếu tố có thể khác nhau theo nhóm bệnh. Ở sa sút trí tuệ, thay đổi hành vi và suy giảm nhận thức của người bệnh thường làm tăng gánh nặng tâm lý; ở ung thư, tiên lượng bệnh và chi phí điều trị là nguồn lo âu đáng chú ý; còn ở lọc máu hoặc bệnh thận mạn, lịch điều trị lặp lại và nguy cơ biến chứng làm tăng trạng thái cảnh giác của người chăm sóc (Hellis và Mukaetova-Ladinska, 2023; Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Thị Ngọc Phương, 2023; Suri và cộng sự, 2014).

Theo mô hình quá trình căng thẳng trong chăm sóc, gánh nặng chăm sóc bao gồm cả gánh nặng khách quan và gánh nặng chủ quan. Gánh nặng khách quan liên quan đến khối lượng công việc, thời gian, tài chính và sự xáo trộn sinh hoạt; trong khi gánh nặng chủ quan phản ánh cảm giác mệt mỏi, bất lực, căng thẳng và mất kiểm soát của người chăm sóc (Pearlin và cộng sự, 1990). Điểm đáng chú ý là lo âu trạng thái không chỉ phụ thuộc vào mức độ bệnh nặng hay số lượng nhiệm vụ chăm sóc, mà còn chịu ảnh hưởng mạnh bởi cách người chăm sóc đánh giá tình huống và nguồn lực ứng phó của mình. Đây cũng là khoảng trống cần được nghiên cứu sâu hơn tại Việt Nam, nơi vai trò chăm sóc gia đình còn mang tính truyền thống và ít được hỗ trợ bằng các dịch vụ chuyên nghiệp.

3.3. Biểu hiện của lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc

Các tài liệu cho thấy biểu hiện của lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mạn tính có thể được quan sát trên ba phương diện chính: sinh lý, nhận thức - cảm xúc và hành vi.

Bảng 1. Biểu hiện của lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Phương diện	Biểu hiện thường gặp	Minh họa trong bối cảnh chăm sóc	Hàm ý nhận diện trong thực hành	Nguồn tham khảo
Sinh lý	Tim đập nhanh, hồi hộp, căng cơ, mệt mỏi kéo	Xuất hiện khi người bệnh có diễn biến bất thường, chờ kết quả xét nghiệm hoặc lo biến	Cần sàng lọc khi người chăm sóc than phiền mệt mỏi, hồi hộp hoặc khó chịu cơ	Barlow, 2004; Pinar và Afsar, 2015; Moss và cộng sự, 2019

Phương diện	Biểu hiện thường gặp	Minh họa trong bối cảnh chăm sóc	Hàm ý nhận diện trong thực hành	Nguồn tham khảo
	dài	chứng	thể kéo dài	
	Khó ngủ, ngủ không sâu, thức giấc nhiều lần	Người chăm sóc lo lắng về tình trạng người bệnh vào ban đêm hoặc phải thức để theo dõi	Giấc ngủ là chỉ báo sớm của căng thẳng và lo âu trong quá trình chăm sóc	Pinar và Afsar, 2015; Moss và cộng sự, 2019
Nhận thức - cảm xúc	Suy nghĩ lặp đi lặp lại về bệnh tình	Liên tục nghĩ tới khả năng biến chứng, tiên lượng xấu hoặc thất bại điều trị	Cần chú ý khi người chăm sóc khó dừng suy nghĩ về nguy cơ hoặc luôn ở trạng thái cảnh giác	Clark và Beck, 2011; Cukor và cộng sự, 2013
	Cảm giác bất an, khó kiểm soát tình hình	Lo rằng không thể chăm sóc đúng cách hoặc sợ xảy ra sự cố khi không có mặt	Là dấu hiệu quan trọng của lo âu trạng thái trong bối cảnh bất định	Lazarus và Folkman, 1984; Moss và cộng sự, 2019
	Lo lắng về tài chính và tương lai gia đình	Trăn trở về chi phí điều trị, mất thu nhập và gánh nặng chăm sóc kéo dài	Cần khai thác thêm yếu tố kinh tế - xã hội khi đánh giá nguy cơ lo âu	Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Thị Ngọc Phương, 2023; Choi và cộng sự, 2024
Hành vi	Giảm tham gia hoạt động xã hội	Hạn chế gặp gỡ, từ bỏ sở thích cá nhân để ưu tiên chăm sóc người bệnh	Dấu hiệu cho thấy người chăm sóc có nguy cơ bị thu hẹp hỗ trợ xã hội	Sullivan và Miller, 2015; Moss và cộng sự, 2019
	Kiểm tra người bệnh quá mức	Liên tục theo dõi dấu hiệu bất thường, thường xuyên gọi hỏi nhân viên y tế	Có thể phản ánh mức cảnh giác cao và bất an kéo dài	Cukor và cộng sự, 2013; Moss và cộng sự, 2019
	Né tránh hoặc tìm cách tự xoa dịu căng thẳng	Tránh nói về bệnh, tránh đối diện cảm xúc hoặc tìm cách giảm lo tạm thời	Cần phân biệt hành vi ứng phó tạm thời với dấu hiệu suy giảm thích nghi tâm lý	Muñoz-Cruz và cộng sự, 2024; Moss và cộng sự, 2019

Các biểu hiện trong bảng 1 cho thấy lo âu trạng thái là một hiện tượng đa chiều. Điểm thống nhất giữa các nghiên cứu là biểu hiện sinh lý và nhận thức - cảm xúc thường xuất hiện sớm khi người chăm sóc đối diện tình huống bất định. Trong khi đó, biểu hiện hành vi như kiểm tra quá mức, thu hẹp giao tiếp hoặc né tránh thường phản ánh nỗ lực ứng phó của người chăm sóc hơn là triệu chứng đơn lẻ. Bằng chứng về các biểu hiện hành vi còn chưa đồng nhất vì nhiều nghiên cứu đo lo âu bằng thang điểm tổng quát, ít phân tích riêng hành vi ứng phó trong từng bối cảnh bệnh lý. Điều này cho thấy cần có thêm nghiên cứu định tính hoặc nghiên cứu hỗn hợp tại Việt Nam để mô tả sâu hơn trải nghiệm lo âu trạng thái của người chăm sóc.

3.4. Các yếu tố liên quan đến lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc

3.4.1. Gánh nặng chăm sóc chủ quan

Trong các yếu tố được tổng hợp, gánh nặng chăm sóc chủ quan là yếu tố được nhắc đến nhiều nhất và có vai trò nổi bật. Khi người chăm sóc cảm thấy kiệt sức, bị quá tải,

thiếu thời gian cho bản thân và khó kiểm soát vai trò chăm sóc, mức độ lo âu có xu hướng tăng cao hơn (Kim và Park, 2019; Moss và cộng sự, 2019). Điều này cho thấy lo âu không chỉ phụ thuộc vào khối lượng công việc chăm sóc, mà còn phụ thuộc mạnh vào cách cá nhân cảm nhận và đánh giá trải nghiệm chăm sóc của mình.

3.4.2. Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội là nguồn lực bảo vệ được ghi nhận khá nhất quán. Khi người chăm sóc nhận được sự chia sẻ từ gia đình, nhân viên y tế hoặc cộng đồng, họ có xu hướng giảm cảm giác đơn độc, giảm bất định và điều chỉnh tốt hơn các phản ứng cảm xúc tiêu cực. Ngược lại, thiếu hỗ trợ xã hội làm tăng cảm giác bất lực và khiến lo âu trở nên thường xuyên hơn (Choi và cộng sự, 2024). Điểm chưa thống nhất là mức độ tác động của từng loại hỗ trợ, chẳng hạn hỗ trợ thông tin, hỗ trợ cảm xúc hay hỗ trợ tài chính, vẫn chưa được phân tích đầy đủ trong các nghiên cứu hiện có.

3.4.3. Niềm tin vào khả năng của bản thân

Niềm tin vào khả năng của bản thân trong việc chăm sóc và xử lý tình huống là một yếu tố tâm lý có ý nghĩa. Người chăm sóc tin rằng mình hiểu tình trạng bệnh, biết cách hỗ trợ người thân và có thể tìm kiếm trợ giúp khi cần thường trải nghiệm lo âu ở mức thấp hơn. Ngược lại, cảm giác thiếu năng lực hoặc sợ mắc sai sót trong chăm sóc dễ làm gia tăng bất an và căng thẳng. Tuy nhiên, bằng chứng về yếu tố này tại Việt Nam còn hạn chế, chủ yếu được suy luận gián tiếp qua các biến số như chất lượng cuộc sống, gánh nặng chăm sóc hoặc mức độ căng thẳng.

3.4.4. Thời gian và cường độ chăm sóc

Thời gian chăm sóc kéo dài cùng với cường độ chăm sóc cao làm tăng nguy cơ mệt mỏi tâm lý. Nghiên cứu trong nước trên người chăm sóc bệnh nhân ung thư cho thấy thời gian chăm sóc dài có liên quan đến chất lượng cuộc sống thấp hơn và gánh nặng chăm sóc cao hơn (Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Thị Ngọc Phương, 2023). Ở nhóm người chăm sóc bệnh nhân đột quỵ, tỷ lệ lo âu, trầm cảm và căng thẳng cũng cho thấy nhu cầu quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe tinh thần của người chăm sóc (Lý Thùy Đan Phương và cộng sự, 2024). Tuy nhiên, các nghiên cứu này thường sử dụng thiết kế cắt ngang, nên chưa thể làm rõ sự thay đổi của lo âu trạng thái theo thời gian chăm sóc.

3.4.5. Đặc điểm của bệnh lý và mức độ bất định

Lo âu trạng thái còn chịu ảnh hưởng từ đặc điểm bệnh lý của người được chăm sóc. Với những bệnh có tiên lượng khó lường, nguy cơ biến chứng cao hoặc tiến triển thất thường như ung thư, sa sút trí tuệ, bệnh thận mạn giai đoạn cuối và đột quỵ, người chăm sóc thường phải sống trong trạng thái chờ đợi và dự phòng. Mức độ bất định này là nguồn kích hoạt quan trọng của lo âu trạng thái. Nhìn chung, các nghiên cứu thống nhất rằng gánh nặng chủ quan, thiếu hỗ trợ xã hội và bất định bệnh lý là các yếu tố nổi bật; trong khi các yếu tố như niềm tin vào khả năng bản thân, cách ứng phó và đặc điểm văn hóa gia đình tại Việt Nam vẫn cần được nghiên cứu sâu hơn.

3.5. Công cụ đánh giá lo âu và lưu ý khi tiếp cận lo âu trạng thái

Trong nghiên cứu về lo âu ở người chăm sóc, một số công cụ thường được sử dụng gồm BAI, HADS và STAI (Beck và cộng sự, 1988; Zigmond và Snaith, 1983; Spielberger và cộng sự, 1983). Tuy nhiên, nếu định hướng nghiên cứu là lo âu trạng thái, STAI có ý nghĩa đặc biệt hơn vì công cụ này được xây dựng để phân biệt giữa lo âu trạng thái và lo âu tính cách. Điều này giúp người nghiên cứu nhận diện rõ hơn phần lo âu gắn với hoàn cảnh hiện tại thay vì khuynh hướng nhân cách lâu dài.

Trong khi đó, BAI và HADS chủ yếu hữu ích trong việc đánh giá mức độ triệu chứng lo âu hoặc sàng lọc các biểu hiện lo âu - trầm cảm trong bối cảnh y khoa. Do vậy, trong nghiên

cứu người nhà chăm sóc, việc lựa chọn công cụ cần gắn chặt với mục tiêu khái niệm. Nếu mục tiêu là xem lo âu như một trạng thái tâm lý dao động theo bối cảnh chăm sóc, các công cụ hoặc thiết kế đo lường nên phản ánh được tính chất tình huống này.

3.6. Khung lý thuyết giải thích lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc

Mô hình căng thẳng - ứng phó của Lazarus và Folkman (1984) là một trong những khung lý thuyết phù hợp để giải thích lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc. Theo mô hình này, phản ứng cảm xúc không xuất hiện trực tiếp từ bản thân sự kiện, mà từ quá trình cá nhân đánh giá ý nghĩa của sự kiện và đánh giá các nguồn lực mình có để ứng phó.

Áp dụng vào bối cảnh người chăm sóc, người nhà sẽ trải qua hai quá trình đánh giá cơ bản. Thứ nhất là đánh giá sơ cấp, tức đánh giá xem hoàn cảnh chăm sóc có đe dọa, nguy hiểm hay vượt quá khả năng chấp nhận hay không. Thứ hai là đánh giá thứ cấp, tức tự xem xét mình có đủ nguồn lực, kiến thức, sự hỗ trợ và năng lực để đối phó với hoàn cảnh ấy hay không.

Lo âu trạng thái xuất hiện khi người chăm sóc đánh giá tình huống là nghiêm trọng nhưng cảm thấy nguồn lực ứng phó của mình không đủ. Nếu các đánh giá này thay đổi theo tình huống, mức độ lo âu cũng dao động theo. Đây chính là đặc điểm nổi bật của lo âu trạng thái: nó gắn với hoàn cảnh, có thể tăng mạnh trong giai đoạn khủng hoảng hoặc biến chứng, sau đó giảm khi tình huống ổn định hơn hoặc khi cá nhân nhận được hỗ trợ phù hợp.

Khung lý thuyết này cũng giúp lý giải vì sao cùng chăm sóc một loại bệnh, có người rơi vào trạng thái lo âu cao, có người lại duy trì được sự bình tĩnh tương đối. Sự khác biệt không chỉ nằm ở mức độ bệnh nặng nhẹ, mà còn ở cách diễn giải tình huống, mức độ hỗ trợ xã hội, niềm tin vào khả năng bản thân và kinh nghiệm ứng phó đã tích lũy.

3.7. Hàm ý đối với thực hành hỗ trợ tâm lý

Tổng quan này gợi ý rằng lo âu ở người nhà chăm sóc không nên chỉ được xem là phản ứng cá nhân riêng lẻ, mà cần được nhận diện như một vấn đề có liên quan trực tiếp đến chất lượng chăm sóc và sức khỏe tâm thần cộng đồng. Trong thực hành lâm sàng, người nhà chăm sóc cần được xem là một đối tượng cần hỗ trợ song song với người bệnh, đặc biệt ở các đơn vị điều trị bệnh mạn tính kéo dài như lọc máu, ung bướu, thần kinh và lão khoa.

Một số hàm ý thực hành có thể rút ra gồm: tăng cường sàng lọc sớm các biểu hiện lo âu ở người nhà chăm sóc; cung cấp thông tin rõ ràng, nhất quán và dễ hiểu về bệnh, tiên lượng và kế hoạch chăm sóc; phát triển các hình thức hỗ trợ tâm lý ngắn hạn, tư vấn, nhóm hỗ trợ đồng đẳng hoặc hướng dẫn kỹ năng ứng phó; đồng thời củng cố mạng lưới hỗ trợ gia đình và xã hội. Các can thiệp tâm lý ngắn hạn, bao gồm can thiệp nhận thức - hành vi hoặc thư giãn, đã cho thấy tiềm năng làm giảm lo âu ở một số nhóm người chăm sóc (Akkerman và Ostwald, 2004; Pinar và Afsar, 2015).

Ở Việt Nam, các hoạt động này hiện còn tương đối hạn chế. Do đó, việc phát triển các nghiên cứu và can thiệp hướng đến người nhà chăm sóc là cần thiết cả về mặt khoa học lẫn thực tiễn.

4. Kết luận

Lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh mạn tính là phản ứng cảm xúc mang tính tình huống, xuất hiện khi người chăm sóc đánh giá hoàn cảnh chăm sóc là đe dọa hoặc vượt quá nguồn lực ứng phó. Trạng thái này biểu hiện trên ba phương diện chính: sinh lý, nhận thức - cảm xúc và hành vi, đồng thời có thể dao động theo diễn biến bệnh, yêu cầu chăm sóc và mức độ hỗ trợ mà người chăm sóc nhận được.

Các yếu tố liên quan nổi bật gồm gánh nặng chăm sóc chủ quan, thời gian và cường độ chăm sóc, hỗ trợ xã hội, niềm tin vào khả năng bản thân và mức độ bất định của bệnh lý. Trong đó, gánh nặng chủ quan và hỗ trợ xã hội là hai nhóm yếu tố được nhắc đến nhất quán nhất trong các tài liệu tổng quan. Ở Việt Nam, bằng chứng về lo âu của người chăm sóc còn phân tán và thường nằm trong các nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc, chất lượng cuộc sống hoặc căng thẳng tâm lý, nên cần có thêm nghiên cứu chuyên biệt về lo âu trạng thái.

Bài viết gợi ý rằng thực hành lâm sàng cần quan tâm nhiều hơn đến sàng lọc sớm lo âu ở người nhà chăm sóc, cung cấp thông tin điều trị rõ ràng và phát triển các hình thức hỗ trợ tâm lý phù hợp với bối cảnh gia đình Việt Nam. Hạn chế của bài viết là sử dụng tổng quan tường thuật, chưa đánh giá chất lượng phương pháp của từng nghiên cứu và chủ yếu dựa trên tài liệu tiếng Việt, tiếng Anh trong hai nguồn PubMed và Google Scholar. Các nghiên cứu tiếp theo nên sử dụng thiết kế định lượng, định tính hoặc hỗn hợp để làm rõ cơ chế hình thành, diễn biến theo thời gian và hiệu quả của các can thiệp hỗ trợ lo âu trạng thái ở người nhà chăm sóc bệnh nhân mạn tính tại Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Vũ Dũng (2008). *Từ điển Tâm lý học*. Hà Nội: Nxb Từ điển Bách khoa.
2. Nguyễn Thị Hiền và Nguyễn Thị Ngọc Phương (2023). Mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống với gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh ung thư. *Tạp chí Y học Việt Nam, 527*(1), 296-301. https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1.5686.
3. Bùi Quang Huy (2017). *Rối loạn lo âu*. Hà Nội: Nxb Y học.
4. Lý Thùy Đan Phương, Phạm Thị Vân Phương, Nguyễn Quang Tuấn, & Huỳnh Giao (2024). Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở người chăm sóc bệnh nhân đột quỵ điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam, 544*(2), 134-138. https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11833.

Tài liệu tiếng Anh

5. Akkerman, R. L., & Ostwald, S. K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 19*(2), 117-123. https://doi.org/10.1177/153331750401900202.
6. Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. Guilford Press.
7. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893.
8. Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring factors influencing caregiver burden: A systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. *Healthcare, 12*(10), 1002. https://doi.org/10.3390/healthcare12101002.
9. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
10. Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 107-116. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq.
11. Cukor, D., Ver Halen, N., & Fruchter, Y. (2013). Anxiety and quality of life in ESRD. *Seminars in Dialysis, 26*(3), 265-268. https://doi.org/10.1111/sdi.12065.

12. Hellis, E., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2023). Informal caregiving and Alzheimer's disease: The psychological effect. *Medicina, 59*(1), 48. https://doi.org/10.3390/medicina59010048.
13. Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2010). Hemodialysis. *New England Journal of Medicine, 363*(19), 1833-1845. https://doi.org/10.1056/NEJMra0902710.
14. Kim, E. K., & Park, H. (2019). Factors associated with burden of family caregivers of home-dwelling elderly people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing, 31*(4), 351-364. https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.4.351.
15. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.
16. Moss, K. O., Kurzawa, C., Daly, B., & Prince-Paul, M. (2019). Identifying and addressing family caregiver anxiety. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 21*(1), 14-20. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000489.
17. Muñoz-Cruz, J. C., López-Martínez, C., Orgeta, V., & Del-Pino-Casado, R. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between anxiety symptoms and coping in family carers of dependent people aged 18 and over. *Stress and Health, 40*(2), e3303. https://doi.org/10.1002/smi.3303.
18. Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist, 30*(5), 583-594. https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583.
19. Pinar, R., & Afsar, F. (2015). Back massage to decrease state anxiety, cortisol level, blood pressure, heart rate and increase sleep quality in family caregivers of patients with cancer: A randomised controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(18), 8127-8133. https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.18.8127.
20. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
21. Sullivan, A. B., & Miller, D. (2015). Who is taking care of the caregiver? *Journal of Patient Experience, 2*(1), 7-12. https://doi.org/10.1177/237437431500200103.
22. Suri, R. S., Larive, B., Hall, Y., Kimmel, P. L., Kliger, A. S., Levin, N., Kurella Tamura, M., & Chertow, G. M. (2014). Effects of frequent hemodialysis on perceived caregiver burden in the Frequent Hemodialysis Network trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 9*(5), 936-942. https://doi.org/10.2215/CJN.07170713.
23. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.