



Original Article

Formulating Policy on a Strength-based Support Program for Family Caregivers of People with Dementia at the Hospital Level

Nguyen Thu Trang*

VNU University of Social Sciences and Humanities, 336 Nguyen Trai, Thanh Xuan, Hanoi, Vietnam

Received 01 September 2021

Revised 03 October 2021; Accepted 07 October 2021

Abstract: To address psychological challenges of family caregivers of people with dementia, this article aims to formulate a policy for this target group at the hospital level. *Policy formulation* is one of the five steps in the policy process, including: *i) Agenda setting; ii) Policy formulation; iii) Decision making; iv) Policy implementation; and v) Policy evaluation.* The proposed policy focuses on addressing the lack of psychological services and interventions which are self-concept based and strength-based in order to help caregivers cope with and adjust to their caregiving burden. This policy consists of two key action plans: *i) Expanding the existing intervention with a supplement of the self-concept and strength-based components; and ii) Establishing support groups of family caregivers of people with dementia.* These action plans were assessed using the Matrix 5W of policy formulation. The results show high acceptance and feasibility of the action plans at the hospital level. In addition, their benefits were found to be outweigh the costs. These results serve as evidence for the decision making of the stakeholders.

Keywords: Policy process, policy formulation, dementia, Alzheimer's disease, hospital, family caregivers.

* Corresponding author:

Email address: ntrang.ussh@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4354>

Đề xuất phát triển chính sách hỗ trợ dựa vào điểm mạnh cho người nhà chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ ở quy mô bệnh viện

Nguyễn Thu Trang*

*Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội
336 Nguyễn Trãi, Thanh Xuân, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 01 tháng 9 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 03 tháng 10 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 07 tháng 10 năm 2021

Tóm tắt: Nhằm nhận diện những khó khăn tâm lý mà người nhà chăm sóc cho bệnh nhân sa sút trí tuệ (dementia, viết tắt SSTT) gặp phải, bài viết đề xuất chính sách cho nhóm này ở quy mô bệnh viện. Bước *Thiết lập chính sách* này nằm trong quy trình chính sách 5 bước, gồm: i) *Xác định vấn đề*; ii) *Thiết lập chính sách*; iii) *Ra quyết định*; iv) *Thực thi chính sách*; và v) *Đánh giá chính sách*. Chính sách được đề xuất tập trung vào vấn đề sự thiếu hụt các dịch vụ và can thiệp tâm lý xã hội tập trung vào quan điểm và hình ảnh bản thân của người chăm sóc, cũng như điểm mạnh của họ để thích ứng với gánh nặng chăm sóc. Hai nội dung chính được đề xuất gồm: i) Mở rộng mô hình can thiệp dành cho người chăm sóc theo hướng tập trung vào nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân (self-concept) của người chăm sóc và thể mạnh của họ; và ii) Thành lập nhóm hỗ trợ (support group) dành cho người chăm sóc. Những nội dung này được xây dựng và phân tích dựa trên Ma trận định hướng thiết lập chính sách 5W. Hai nội dung trên cho thấy tính phù hợp/chấp nhận cao tại địa bàn triển khai, cũng như tính khả thi cao, và lợi ích cao hơn so với chi phí. Những phân tích này sẽ là cơ sở cho bước ra quyết định của các bên liên quan.

Từ khóa: quy trình chính sách, thiết lập chính sách, SSTT, bệnh Alzheimer, bệnh viện, người chăm sóc.

1. Mở đầu

SSTT một căn bệnh nan y liên quan đến sự suy giảm chức năng nhận thức và hành vi thường bắt gặp ở người cao tuổi, được biết đến là một trong những căn bệnh thách thức nhất, đặc biệt đối với người chăm sóc [1]. Bệnh Alzheimer là một loại điển hình nhất của SSTT. Tùy thuộc loại và thời kì của bệnh, người bệnh SSTT có thể sống được thêm từ 3 đến 12 năm kể từ lúc chẩn đoán [2]. Trung bình, người bệnh có thể sống thêm 10 năm kể từ lúc chẩn đoán mắc bệnh này [3].

Hiện nay, căn bệnh này đã trở thành đại dịch toàn cầu bởi nó ảnh hưởng tới khoảng 50 triệu người trên khắp thế giới, mà hai phần ba số người mắc bệnh đến từ các nước thu nhập thấp và trung bình [4], trong đó phần đông là bệnh nhân đến từ các nước Đông Nam Á, chiếm tới 71% trong số này [5]. Trước tình hình này, người cao tuổi Việt Nam là nhóm đặc biệt dễ bị tổn thương khi mà Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới. Dự kiến đến năm 2050, người cao tuổi sẽ chiếm tới 30,8% tổng dân số quốc gia, và cùng với đó,

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: nttrang.ussh@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4354>

dự báo trong vòng hai thập kỉ, Việt Nam sẽ phải đối mặt số bệnh nhân SSTT tăng gấp đôi [6, 7].

Trong bối cảnh hiện nay, gánh nặng chăm sóc người cao tuổi SSTT chủ yếu đặt lên người nhà của họ [8, 9]. Bên cạnh những gánh nặng tài chính, sức khỏe thể chất như mất ngủ, mệt mỏi,... vấn đề căng thẳng tâm lý như lo âu, trầm cảm cũng rất phổ biến trong nhóm người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTT [10]. Trong số ít những nghiên cứu về nhóm đặc thù này, kết quả đều cho thấy người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTT nhận thức được gánh nặng lớn từ việc chăm sóc, thiếu tự tin vào kĩ năng chăm sóc của mình, trong khi các hỗ trợ y tế, xã hội cho họ đều còn rất hạn chế. Những thách thức này ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người chăm sóc [8, 9]. Mặc dù trong những năm gần đây, chính phủ Việt Nam đã bắt đầu quan tâm hơn tới bệnh SSTT và những nhóm bị ảnh hưởng trực tiếp, gồm người bệnh và người nhà chăm sóc họ, nhưng những chính sách hiện hành để hỗ trợ người chăm sóc còn rất hạn chế, thậm chí hầu như không tồn tại [11]. Do đó, đề xuất xây dựng chính sách cho nhóm này, đặc biệt từ cấp bệnh viện, là vô cùng cần thiết, trước khi có thể phát triển chính sách liên quan ở các cấp cao hơn.

Việc xây dựng chính sách cho nhóm này cần được dựa trên cơ sở khoa học thực chứng (evidence-based policy development) và tuân thủ một tiến trình chặt chẽ [12]. Kết quả nghiên cứu khoa học thực chứng đảm bảo cung cấp bằng chứng đáng tin cậy làm cơ sở xây dựng một chính sách phù hợp và hiệu quả cho người chăm sóc. Liên quan đến vấn đề hỗ trợ tâm lý xã hội cho người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTT ở cấp độ bệnh viện, một nghiên cứu đã được triển khai với nhóm này tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, vốn là bệnh viện duy nhất cung cấp chương trình điều trị SSTT chuyên sâu cho người cao tuổi ở Việt Nam. Cụ thể, một nghiên cứu định tính sử dụng phương pháp Khái quát hóa lý thuyết (Grounded theory) đã được triển khai với 20 người nhà chăm sóc cho bệnh nhân SSTT tham gia điều trị tại bệnh viện. Những người chăm sóc này được mời tham gia vào nghiên cứu sau khi rà soát họ đáp ứng được các tiêu chí sau: i) Là người nhà phụ trách chăm sóc

chính cho một bệnh nhân SSTT đang điều trị tại bệnh viện; ii) Ít nhất 18 tuổi; và iii) Không có vấn đề về nhận thức và có thể giao tiếp với nhà nghiên cứu. Tất cả những người chăm sóc này đều hoàn thành ít nhất 1 phỏng vấn tại nhà riêng hoặc bệnh viện sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu. Với những phỏng vấn tiến hành tại nhà riêng, nhà nghiên cứu ghi chép lại quan sát về môi trường sống và tương tác của người chăm sóc và người bệnh. Quá trình thu thập dữ liệu này diễn ra trong 7 tháng cuối năm 2017.

Thông qua dữ liệu quan sát và 30 phỏng vấn bán cấu trúc với 20 người chăm sóc (10 phỏng vấn trong số này là phỏng vấn tiếp nối với một số người chăm sóc lâu năm), kết quả nghiên cứu này chỉ ra một quá trình thích ứng của người chăm sóc với các gánh nặng chăm sóc và vai trò người chăm sóc chính cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh các giai đoạn: i) Trải nghiệm việc chăm sóc; ii) Nhận biết những gánh nặng chăm sóc, và sự biến đổi tâm lý bản thân, đặc biệt là sự thay đổi quan điểm nhìn nhận về bản thân; iii) Thực nghiệm các phương pháp để vượt qua các khó khăn trong việc chăm sóc và khó khăn tâm lý của chính bản thân; và iv) Chấp nhận bản thân trong vai trò người chăm sóc chính cho bệnh nhân SSTT và khó khăn nó mang lại. Quá trình thích ứng này bị chi phối bởi các yếu tố cá nhân (đặc điểm nhân khẩu học và mối quan hệ với bệnh nhân, niềm tin và cam kết trách nhiệm của bản thân với bệnh nhân, và kinh nghiệm cá nhân với những khó khăn trong quá khứ và việc chăm sóc người khác) và yếu tố cấu trúc xã hội (các giá trị và lễ thói văn hóa, áp lực và hỗ trợ xã hội). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của quan điểm về bản thân người chăm sóc (self-concept) cùng những vấn đề tâm lý ẩn sâu và sức mạnh nội tại của người chăm sóc, cũng như ảnh hưởng của yếu tố văn hóa xã hội đến việc đối phó và thích ứng với các gánh nặng chăm sóc người bệnh SSTT [13]. Những kết quả từ nghiên cứu này sẽ cung cấp bằng chứng quan trọng cho việc đề xuất chính sách cho người chăm sóc bệnh nhân SSTT ở cấp bệnh viện, mà trong bài viết này, là trường hợp Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Bên cạnh đó, việc tuân thủ quy trình chính sách (policy process) cũng giúp đảm bảo tính khoa học và hệ thống của chính sách được đề xuất. Quy trình chính sách phổ biến nhất là mô hình tròn lặp lại 5 bước, gồm: i) Xác định vấn đề (Agenda setting); ii) Thiết lập chính sách (Policy formulation); iii) Ra quyết định (Decision making); iv) Thực thi chính sách (Policy implementation); và v) Đánh giá chính sách (Policy evaluation) [14]. Trong phạm vi nghiên cứu này, bước i) Xác định vấn đề được dựa trên kết quả nghiên cứu trước đây về quá trình thích ứng của người nhà chăm sóc cho bệnh nhân SSTT [13]. Cụ thể, vấn đề được xác định là sự thiếu hụt các dịch vụ và can thiệp tâm lý xã hội tập trung vào quan điểm và hình ảnh bản thân của người chăm sóc, cũng như điểm mạnh của họ để thích ứng với gánh nặng chăm sóc. Trong giới hạn của bài viết, trọng tâm của bài sẽ là bước; và ii) Thiết lập chính sách cho nhóm người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTT tiếp nhận điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

2. Khung lý thuyết thiết lập chính sách

Thiết lập chính sách liên quan đến việc xác định một bộ các phương án để giải quyết vấn đề. Bộ các phương án này sẽ được sử dụng cho việc lựa chọn, ra quyết định về các phương án phù hợp và khả thi nhất trong bước tiếp theo. Việc thiết lập chính sách cần xem xét từ các khía cạnh như vấn đề ưu tiên và phương án lựa chọn, đối tượng hưởng lợi, chủ thể hành động, địa điểm và thời gian. Cochran và Malone (1995) nhấn mạnh rằng việc thiết lập chính sách cần hướng tới trả lời các câu hỏi về “cái gì/là gì” (What) như: Mục tiêu và ưu tiên của chính sách này là gì? Kế hoạch giải quyết vấn đề là gì?,... [15]. Việc xác định các phương án để nhận diện, giải quyết vấn đề đích mà chính sách hướng tới thường bắt đầu với một phổ rộng các cách tiếp cận. Sau đó, mỗi cách tiếp cận được thao tác hóa với những phương án cụ thể hơn [16]. Bên cạnh đó, các yếu tố con người cũng được xem xét trong quá trình thiết lập chính sách. Yếu tố con người ở đây liên quan tới cả đối tượng hưởng lợi (Whom) và chủ thể tham gia xây dựng và thực thi chính sách

(Who) [14, 16]. Chủ thể tham gia xây dựng và thực thi chính sách, còn được gọi là các bên tham gia, thường gồm một nhóm không chỉ đại diện cho quyền lợi của người hưởng lợi, mà còn có kiến thức nhất định về vấn đề đích và những nội dung đề xuất trong chính sách để đưa ra góp ý cho quá trình thiết lập chính sách. Nhóm này thường gồm đại diện nhóm hưởng lợi, nhà nghiên cứu, đại diện đơn vị chủ quản nội dung chính sách được xem xét triển khai, và những người sẽ trực tiếp triển khai chính sách. Nhóm này tạo thành mạng lưới chính sách (policy networks). Yếu tố thời gian (When) của phương án hành động cho mỗi nội dung chính sách cũng cần được quan tâm và thảo luận trong quá trình này [16]. Ngoài ra, bài viết này cũng muốn nhấn mạnh tới yếu tố địa điểm (Where) nơi chính sách sẽ được triển khai.

Bên cạnh các yếu tố chính để xem xét thiết lập một chính sách như đã kể trên, quá trình này không thể thiếu các tiêu chí đánh giá. Ở giai đoạn đầu thiết lập chính sách, các phương án đưa ra thường ở dạng các cách tiếp cận rộng với nhiều phương án nhỏ hơn. Nhóm chủ thể hành động cần lựa chọn những phương án phù hợp nhất để triển khai trong thực tiễn. Việc lựa chọn cần dựa trên những tiêu chí nhất định. Các tiêu chí phổ biến thường được áp dụng để đánh giá và lựa chọn phương án là tính chấp nhận hay phù hợp của nội dung chính sách và các yếu tố liên quan. Tính chấp nhận bao quát của tính chấp nhận về mặt chính trị (political acceptance), nghĩa là liệu các phương án đề xuất trong chính sách mới có phù hợp với thể chế và các quy định hiện hành của đơn vị, địa bàn thực thi hay không. Ngoài ra, các tiêu chí còn xem xét tính khả thi, sự cân bằng giữa chi phí và lợi ích của mỗi phương án [16].

Tổng hợp từ các nội dung trên, trong bài viết này, tác giả xin giới thiệu Ma trận định hướng thiết lập chính sách 5W (Bảng 1). Trong ma trận này, trục dọc gồm 5 yếu tố cần xem xét khi xây dựng nội dung chính sách (5W: What, Whom, Who, When, Where). Cụ thể, 5 yếu tố này định hướng người xây dựng chính sách trả lời các câu hỏi: nội dung hành động là gì, hướng tới ai, do ai thực hiện, khi nào, và ở đâu. Trục ngang của ma trận là các tiêu chí giúp nhóm chủ thể hành động

đánh giá và lựa chọn những phương án cuối cùng cho kế hoạch hành động. Bộ tiêu chí này bao

gồm 4 tiêu chí chính là: tính chấp nhận/phù hợp, tính khả thi, chi phí, và lợi ích.

Bảng 1. Ma trận định hướng thiết lập chính sách 5W (Điều chỉnh từ [16])

5W	Nội dung	Tiêu chí đánh giá và lựa chọn			
		Tính chấp nhận/phù hợp	Tính khả thi	Chi phí	Lợi ích
Cái gì/Là gì (What)	Mục tiêu và ưu tiên của chính sách là gì?				
	Kế hoạch giải quyết vấn đề là gì?				
	Các phương án nào hiện có để đạt được những mục tiêu trên?				
	Các ảnh hưởng ngoại lai nào, gồm cả tích cực và tiêu cực, có ảnh hưởng tới mỗi phương án?				
Tới ai (Whom)	Những nội dung chính sách được áp dụng tới ai?				
Ai (Who)	Ai là người thực thi triển khai các nội dung này?				
Khi nào (When)	Khi nào các nội dung chính sách được triển khai?				
Ở đâu (Where)	Các nội dung này được triển khai ở đâu?				

3. Đề xuất thiết lập chính sách hỗ trợ người nhà chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ quy mô bệnh viện

Vấn đề đích đối với người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTD được xác định trong trường hợp Bệnh viện Lão khoa Trung ương là sự thiếu hụt các dịch vụ và can thiệp tâm lý xã hội tập trung vào quan điểm và hình ảnh bản thân của người chăm sóc, cũng như điểm mạnh của họ để thích ứng với gánh nặng chăm sóc. Chính sách được xây dựng trong phần này sẽ dựa trên Ma trận định hướng thiết lập chính sách 5W và quan điểm nền tảng dựa vào điểm mạnh. Quan điểm dựa vào điểm mạnh (strength-based perspective) nhấn mạnh rằng mỗi cá nhân hay nhóm đều có thể mạnh riêng để đối phó với những khó khăn họ gặp phải, và môi trường xung quanh họ luôn sẵn có các nguồn lực hỗ trợ [17]. Dựa vào quan điểm này và kết quả nghiên cứu về nhóm người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTD [13], chính sách sau được đề xuất với 2 nội dung chính:

Nội dung 1: mở rộng mô hình can thiệp dành cho người chăm sóc theo hướng tập trung vào

nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân (self-concept) của người chăm sóc và thể mạnh của họ.

Nội dung 2: thành lập nhóm hỗ trợ (support group) dành cho người chăm sóc.

Các nội dung chính sách trên đều hướng tới mục tiêu chung là hỗ trợ người chăm sóc được tiếp cận với các can thiệp và dịch vụ phù hợp với nhu cầu và điểm mạnh của họ để xây dựng nhận thức về hình ảnh bản thân tích cực hơn, giảm gánh nặng tâm lý, và giúp họ đối phó và thích ứng tốt hơn với gánh nặng chăm sóc. Những nội dung chính sách này sẽ được áp dụng với những người là người nhà đang chăm sóc bệnh nhân SSTD tiếp nhận điều trị trong chương trình SSTD của bệnh viện. Thời gian triển khai được dự kiến là sau khi nhóm phê duyệt chính sách (gồm đại diện ban lãnh đạo bệnh viện, đại diện cán bộ y tế trực tiếp chữa trị, điều trị bệnh nhân SSTD, nhân viên Phòng Công tác xã hội, các nhà nghiên cứu, và đại diện nhóm người nhà chăm sóc bệnh nhân SSTD) thống nhất lựa chọn nội dung phù hợp để triển khai tại địa bàn bệnh viện. Những nội dung này, sau khi thử nghiệm và cho thấy tính phù hợp

và hiệu quả, có thể được khuyến nghị để trở thành chính sách hỗ trợ lâu dài trong hệ thống dịch vụ bệnh viện và được hỗ trợ một phần cơ sở vật chất và kinh phí để duy trì.

3.1. Nội dung 1: mở rộng mô hình can thiệp dành cho người chăm sóc theo hướng tập trung vào nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân (self-concept) của người chăm sóc và thể mạnh của họ.

Nội dung này hướng tới mở rộng mô hình can thiệp cá nhân người nhà chăm sóc cho bệnh nhân SSTT (REACH VN) đang được thí điểm tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Mô hình can thiệp thí điểm thuộc Dự án “Nâng cao chương trình can thiệp hỗ trợ cho người chăm sóc bệnh nhân Sa sút trí tuệ và năng lực nghiên cứu về Sa sút trí tuệ tại Việt Nam” kéo dài 5 năm từ năm 2019-2024 với sự hợp tác từ trường Đại học California, Davis, Hoa Kỳ, Trường Đại học Minnesota, Hoa Kỳ và Bệnh viện Lão khoa Trung ương [18]. Trong mô hình can thiệp thí điểm, một số cán bộ y tế của bệnh viện, bao gồm bác sĩ và điều dưỡng, được tập huấn để sử dụng Cẩm nang cho người chăm sóc nhằm cung cấp thông tin về cách quản lý các triệu chứng và hành vi của người bệnh, cũng như tham vấn và tư vấn giúp người chăm sóc quản lý tốt hơn các vấn đề về sức khỏe và căng thẳng hàng ngày của họ. Tuy nhiên, mô hình can thiệp hiện nay trong khuôn khổ REACH-VN chưa tập trung sâu vào khía cạnh hỗ trợ tâm lý, đặc biệt là những khó khăn tâm lý liên quan đến nhận thức về hình ảnh bản thân của người chăm sóc. Nội dung 1 hướng tới bổ sung nội dung này trong chương trình can thiệp và mở rộng nhóm các nhà can thiệp sang nhân viên công tác xã hội của bệnh viện.

Tính chấp nhận/phù hợp. Nội dung này phản ánh nhu cầu thực tiễn của người nhà bệnh nhân thể hiện trong kết quả nghiên cứu của đề tài thực hiện với 20 người chăm sóc. Một trong những kết quả quan trọng của đề tài là tầm quan trọng của việc nhận thức về hình ảnh bản thân của chính người chăm sóc dưới ảnh hưởng của gánh nặng chăm sóc. Việc trải nghiệm gánh nặng chăm sóc trong thời gian dài có thể khiến cho

hình ảnh bản thân của người chăm sóc bị bóp méo theo hướng tiêu cực, ảnh hưởng tới cảm xúc và sức khỏe tâm trí của họ. Việc nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân và thể mạnh, do đó, rất phù hợp với nhóm đối tượng này để cải thiện kỹ năng thích ứng và sức khỏe của họ.

Nội dung này có sự tương thích cao với nội dung dự án đang triển khai tại bệnh viện, do đó, có tính chấp nhận và phù hợp cao với bối cảnh bệnh viện. Dự án REACH VN được hỗ trợ kinh phí từ viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (NIH) và nhận được sự ủng hộ tích cực từ bộ Y tế Việt Nam [18]. Nội dung này không những kế thừa mà còn mở rộng nội dung can thiệp trong phần 2 của Cẩm nang dành cho người chăm sóc, cụ thể là mục Suy nghĩ tích cực với những phương pháp giải tỏa lo âu khi đối mặt với các thay đổi hành vi của người bệnh [19]. Đề xuất đào tạo và chuyển dần nhiệm vụ cung cấp can thiệp tâm lý cho nhân viên công tác xã hội của bệnh viện cũng phù hợp với điều kiện hiện nay của bệnh viện, khi mà Phòng Công tác xã hội đã được thành lập và chính thức được sắp xếp nhân sự và hoạt động từ 2019 [20].

Tính khả thi. Nội dung chính sách này có tính khả thi khi xét đến bối cảnh và đội ngũ nhà can thiệp. Chương trình can thiệp thí điểm REACH VN đã có sự điều chỉnh để phù hợp với văn hóa Việt Nam và có một đội ngũ các nhà can thiệp là các bác sĩ và điều dưỡng đã được tập huấn và cấp chứng chỉ [18]. Do vậy, việc tập huấn nâng cao cho đội ngũ này về nội dung nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân (self-concept) của người chăm sóc và thể mạnh của họ là hoàn toàn khả thi. Việc đào tạo cán bộ thuộc Phòng Công tác xã hội cũng là một phương án thay thế phù hợp để bổ sung nhân lực cho đội ngũ can thiệp lâu dài (nhóm nhiệm vụ). Hiện Phòng Công tác xã hội đã hoạt động được gần 2 năm với 6 thành viên, gồm 1 bác sĩ, 1 thạc sĩ, 2 cử nhân, và 2 điều dưỡng. Các nhân viên của Phòng có kinh nghiệm đào tạo, tập huấn và hỗ trợ, cung cấp thông tin pháp luật cho người bệnh và người nhà họ [20]. Đào tạo đội ngũ nhân viên công tác xã hội trở thành đội ngũ nòng cốt của nhóm can thiệp là hoàn toàn khả thi và phù hợp với chức năng nhiệm vụ và chuyên môn của họ.

Chi phí và lợi ích. Nội dung này mang đến lợi ích quan trọng đối với thích ứng tâm lý xã hội và sức khỏe người chăm sóc. Tuy nhiên, nội dung này đòi hỏi chi phí về nhân lực, thời gian để tập huấn nâng cao cho nhóm nhà can thiệp. Việc tập huấn nhóm nhà can thiệp là các bác sỹ và điều dưỡng về lâu dài có thể gây ra chi phí lớn về nhân lực và thời gian do khối lượng công việc hiện tại của các bác sỹ và điều dưỡng hiện đã rất lớn. Do đó, để duy trì nội dung này cần tính tới nhân lực thay thế (nhân viên công tác xã hội của bệnh viện). Việc đào tạo nâng cao và sử dụng đội ngũ nhân viên công tác xã hội để cung cấp mô hình can thiệp nâng cao không những đem lại lợi ích cho người chăm sóc mà còn tiết kiệm chi phí nhân lực và thời gian của các cán bộ bệnh viện khác về lâu dài.

3.2. Nội dung 2: thành lập nhóm hỗ trợ (support group) dành cho người chăm sóc

Nhóm hỗ trợ dành cho người chăm sóc là một nội dung quan trọng trong chính sách đề xuất này. Nội dung này phản ánh quan điểm dựa vào điểm mạnh của người chăm sóc khi nó quy tụ những người có chung vấn đề và mối quan tâm lại thành một nhóm để họ chia sẻ và hỗ trợ lẫn nhau. Nhóm hỗ trợ này sẽ giúp mỗi cá nhân người chăm sóc nhận ra điểm mạnh của bản thân và trao đổi, giúp đỡ những người khác cùng nhóm tiếp cận các nguồn lực vốn có tại bệnh viện và cộng đồng để đối phó với các khó khăn tâm lý mà họ gặp phải. Nhóm hỗ trợ cũng được coi là một hình thức trao quyền cho nhóm hưởng lợi của chính sách [17].

Tính chấp nhận/phù hợp. Nội dung này phù hợp với nguyện vọng của đa số người chăm sóc cho người bệnh thể hiện trong kết quả nghiên cứu của đề tài trước đó. Hầu hết người chăm sóc đề xuất việc tổ chức và được tham gia một nhóm đồng đẳng gồm những người chăm sóc giống như họ để được chia sẻ giảm bớt gánh nặng và học hỏi các kỹ năng mới. Nội dung này cũng phù hợp với chủ trương của bệnh viện về việc tăng cường các hoạt động hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân để nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống của họ. Nội dung này cũng tương thích với các mục tiêu của dự án REACH VN mà bệnh

viện đang triển khai, đó là giải tỏa căng thẳng, lo âu ở người chăm sóc, nâng cao sức khỏe của họ.

Tính khả thi. Nội dung này có tính khả thi cao khi xét đến yếu tố nhu cầu của người chăm sóc, nhân lực triển khai (nhân viên công tác xã hội), và không gian của bệnh viện. Thứ nhất, người chăm sóc cho bệnh nhân SSTT có nhu cầu cao về hỗ trợ tâm lý xã hội từ những người đồng cảnh ngộ. Họ nhận mạnh cảm giác bất lực và cô lập khi phải gánh vác gánh nặng chăm sóc mà không thể chia sẻ với những người có trải nghiệm tương tự. Bản thân người chăm sóc không biết cách liên hệ với những người chăm sóc khác tại bệnh viện. Cho đến nay, chưa có một nhóm hỗ trợ nào dành cho người chăm sóc được triển khai ở bệnh viện [13]. Thứ hai, nhân viên công tác xã hội là nhóm có kinh nghiệm chuyên môn phù hợp với việc triển khai nội dung này. Nhân viên công tác xã hội thường tiếp xúc với người chăm sóc để tư vấn thông tin pháp luật liên quan đến việc khám chữa bệnh nên họ có lợi thế trong việc kết nối và thành lập nhóm người chăm sóc có cùng nhu cầu tham gia nhóm. Thứ ba, không gian của bệnh viện, ví dụ như phòng họp, hội trường, phù hợp với việc tổ chức hoạt động nhóm. Người chăm sóc sinh sống ở nhiều địa bàn khác nhau, bao gồm các tỉnh thành ngoài Hà Nội. Mỗi tháng, họ thường đến bệnh viện để hỗ trợ người nhà của họ thăm khám và nhận thuốc định kì nên việc tổ chức hoạt động nhóm hỗ trợ tại bệnh viện là thuận tiện và phù hợp nhất với người chăm sóc đến từ nhiều địa phương khác nhau. Vì lịch trình lấy thuốc của mỗi bệnh nhân và người nhà họ là cố định vào một ngày trong tháng, nên việc chia nhóm sẽ cân nhắc tới những người nhà tới bệnh viện nhận thuốc vào cùng một ngày.

Chi phí và lợi ích. Việc tổ chức các nhóm hỗ trợ cho người chăm sóc sẽ đòi hỏi chi phí thời gian của nhân viên công tác xã hội và không gian của bệnh viện. Tuy nhiên, những chi phí này được dự toán ở mức tối thiểu, không ảnh hưởng tới các hoạt động của bệnh viện. Thêm vào đó, việc tận dụng nhân viên công tác xã hội tổ chức và điều phối các nhóm hỗ trợ cho người chăm sóc sẽ mang lại lợi ích lâu dài cho việc hỗ trợ, nâng cao sức khỏe tinh thần cho người chăm sóc.

Việc người chăm sóc được chia sẻ, giải tỏa tâm lý trong nhóm những người đồng cảnh ngộ dự kiến đem lại tác động tích cực tới sức khỏe của họ, và qua đó gián tiếp cải thiện hiệu quả và sức khỏe của bệnh nhân SSTT, giảm gánh nặng cho đội ngũ y tế của bệnh viện.

4. Kết luận

Nhằm nhận diện những khó khăn tâm lý mà người nhà chăm sóc cho bệnh nhân SSTT gặp phải, bài viết đề xuất chính sách cho nhóm này ở quy mô bệnh viện. Bước Thiết lập chính sách này nằm trong quy trình chính sách 5 bước, gồm: i) Xác định vấn đề; ii) Thiết lập chính sách; iii) Ra quyết định; iv) Thực thi chính sách; và v) Đánh giá chính sách [14]. Chính sách được đề xuất tập trung vào vấn đề sự thiếu hụt các dịch vụ và can thiệp tâm lý xã hội tập trung vào quan điểm và hình ảnh bản thân của người chăm sóc, cũng như điểm mạnh của họ để thích ứng với gánh nặng chăm sóc. Hai nội dung chính được đề xuất gồm: i) Mở rộng mô hình can thiệp dành cho người chăm sóc theo hướng tập trung vào nâng cao nhận thức về hình ảnh bản thân (self-concept) của người chăm sóc và thể mạnh của họ; và ii) Thành lập nhóm hỗ trợ (support group) dành cho người chăm sóc. Những nội dung này được xây dựng và phân tích dựa trên Ma trận định hướng thiết lập chính sách 5W. Hai nội dung trên cho thấy tính phù hợp/chấp nhận cao tại địa bàn triển khai, cũng như tính khả thi cao, và lợi ích cao hơn so với chi phí. Những phân tích này sẽ là cơ sở cho bước ra quyết định của các bên liên quan.

Tài liệu tham khảo

- [1] M. Comer, *Slow Dancing with a Stranger: Lost and Found in the Age of Alzheimer's*, Reprint Edition, New York, NY: HarperOne, 2015.
- [2] E. H. Kua, E. Ho, H. H. Tan, C. Tsoi, C. Thng, R. Mahendran, *The Natural History of Dementia*, *Psychogeriatrics*, Vol. 14, No. 3, 2014, pp. 196-201, <https://doi.org/10.1111/psyg.12053>.
- [3] Development of a Life Expectancy Calculator for Alzheimer's & Dementia, *Dementia Care Central*, May 05, 2020, <https://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/life-expectancy-calculator/> (accessed on: November 3rd, 2020).
- [4] Dementia, World Health Organization, September 19, 2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia/> (accessed on: December 20th, 2019).
- [5] World Health Organization, *Looming Dementia Epidemic in Asia*, *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, pp. 166-167.
- [6] General Statistics Office & United Nations Population Fund, *Vietnam Population Projection 2014 - 2049*, Vietnam News Agency Publishing House, 2016.
- [7] HelpAge Global Network, *Ageing population in Vietnam*, HelpAge. <http://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/> (accessed on: December 8th, 2018).
- [8] Q. T. Truong, *The Quality of Life and Caregiving Burden Among Caregivers of People with Dementia in Hanoi, Bac Ninh and Hai Phong, Vietnam*, Thesis, Queensland University of Technology, 2015, [Online], <http://eprints.qut.edu.au/82287/> (accessed on: October 4th, 2015).
- [9] B. N. Nguyen et al., *Assessing Caregiver Burden in Alzheimer's Disease*, *Vietnam J. Prev. Med.*, Vol. 5, No. 141, 2013, pp. 88-94.
- [10] B. N. Nguyen et al., *Challenges of Existing Vietnamese Healthcare Systems in Providing Care and Sustaining Community-based Interventions for Family Caregivers of Elderly with Dementia in Vietnam*, *Vietnam Med. J.*, Vol. 470, No. 1, 2018, pp. 158-162.
- [11] M. Tatarski, *Rapid Aging Threatens Vietnam's Growth*, *AEC News Today*, Apr. 13, 2016, [Online], <https://aecnewstoday.com/2016/rapid-aging-threatens-vietnams-growth/> (accessed on: February 13rd, 2017).
- [12] B. W. Head, *Policy Analysis: Evidence Based Policy-making*, in *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edition), J. D. Wright, Ed. Oxford: Elsevier, 2015, pp. 281-287, <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.75030-6>.
- [13] T. Nguyen, S. Levkoff, *What Will Come Will Come': The Journey of Adjustment and Acceptance on the Path of Dementia Care Among Vietnamese Family Caregivers*, *Qual. Health Res.*, Vol. 30, No. 10, 2020, pp. 1529-1545, <https://doi.org/10.1177/1049732320919390>.

- [14] M. Howlett, S. Giest, Policy Cycle, in *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edition), J. D. Wright, Ed. Oxford: Elsevier, 2015, pp. 288-292, <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.75031-8>.
- [15] C. L. Cochran, E. F. Malone, *Public Policy: Perspectives and Choices*, McGraw-Hill, 1995.
- [16] M. S. Sidney, Policy Formulation: Design and Tools, in *Handbook of Public Policy Analysis*, Routledge, 2007.
- [17] C. Zastrow, K. K. Ashman, *Understanding Human Behavior and the Social Environment*. Cengage Learning, 2009.
- [18] REACH VN Dementia Care in Vietnam, Reach VN, <https://sasuttritue.vn/gioi-thieu/> (accessed on: August 31st, 2021) (in Vietnamese).
- [19] Handbook for Carers, Reach VN Dementia Care in Vietnam, Mar. 25, 2021, <https://sasuttritue.vn/cam-nang-cho-nguoi-cham-soc.html/> (accessed on: August 31st, 2021) (in Vietnamese).
- [20] Social Work Department, <https://benhvienlaokhoa.vn/phong-cong-tac-xa-hoi-social-work-department/> (accessed on: September 1st, 2021) (in Vietnamese).