



Original Article

Caring for Home-based Mental Health Patients: Proposing Supportive Policy Implications Based on a Community-based Management Approach - the Case of Huong Dao Commune, Tam Duong District, Vinh Phuc Province

Nguyen Van Luu*

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

Received 29th October 2025

Revised 03rd December 2025; Accepted 08th December 2025

Abstract: This study aims to identify the major challenges and essential support needs of family caregivers of people with mental disorders. Building on these findings, the research proposes policy implications informed by the Community-Based Management (CBM) approach. Employing a mixed-methods design that combines a quantitative survey with 23 caregivers and in-depth interviews with 5 commune-level officials in Huong Dao Commune, Tam Duong District, Vinh Phuc Province, the study highlights caregivers as an independent target group requiring specific attention within mental health care policies. The results demonstrate that caregivers face three principal groups of challenges, including limited caregiving skills and restricted access to professional information, psychological and emotional burdens, and financial difficulties. Their expressed support needs converge around the desire for structured caregiving skills training, mental health support, and opportunities for community connection to share caregiving burdens and enhance care quality. Based on these findings, the study proposes policy implications in three key directions: promoting empowerment and community participation, strengthening intersectoral coordination in service provision, and enhancing the proactive role of local authorities in managing and developing community-based mental health care networks.

Keywords: Home-based mental health caregiving; family caregivers; community-based management; social policy.

* Corresponding author.

E-mail address: luu2001vp@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4586>

Chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà: Đề xuất hàm ý chính sách hỗ trợ dựa trên cách tiếp cận quản lý dựa trên cộng đồng - trường hợp xã Hướng Đạo, huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc

Nguyễn Văn Lưu*

*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 29 tháng 10 năm 2025

Chỉnh sửa ngày 03 tháng 12 năm 2025; Chấp nhận đăng ngày 08 tháng 12 năm 2025

Tóm tắt: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm nhận diện những khó khăn chủ yếu và xác định các nhu cầu hỗ trợ thiết yếu của người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà. Từ đó, nghiên cứu hướng đến việc đề xuất các hàm ý chính sách hỗ trợ dựa trên cách tiếp cận Quản lý dựa trên cộng đồng (Community-Based Management). Bằng cách áp dụng phương pháp hỗn hợp (khảo sát định lượng $n=23$ người chăm sóc và phỏng vấn sâu $n=5$ cán bộ xã) tại xã Hướng Đạo, huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc, nghiên cứu làm rõ vai trò của người chăm sóc như một nhóm đối tượng độc lập cần được quan tâm trong chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần. Kết quả nghiên cứu cho thấy người chăm sóc phải đối mặt với ba nhóm khó khăn chính, gồm hạn chế về kỹ năng chăm sóc và tiếp cận thông tin chuyên môn, gánh nặng tâm lý - cảm xúc, và khó khăn về tài chính. Các nhu cầu hỗ trợ được thể hiện tập trung ở mong muốn được đào tạo kỹ năng chăm sóc một cách bài bản, được hỗ trợ về tinh thần và có cơ hội kết nối cộng đồng nhằm chia sẻ gánh nặng và nâng cao chất lượng chăm sóc. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đề xuất các hàm ý chính sách theo ba định hướng chính, bao gồm thúc đẩy trao quyền và huy động sự tham gia của cộng đồng, củng cố phối hợp liên ngành trong cung cấp dịch vụ và tăng cường vai trò chủ động của chính quyền cơ sở trong quản lý và phát triển mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

Từ khóa: Chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà; người chăm sóc tại nhà; quản lý dựa trên cộng đồng; chính sách xã hội.

1. Đặt vấn đề

Sức khỏe tâm thần (SKTT) là một vấn đề y tế công cộng mang tính toàn cầu, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Theo WHO (2025), cứ bảy người thì có một người gặp vấn đề về SKTT [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này được ước tính ở mức 14,1% dân số và có xu

hướng gia tăng trong bối cảnh hậu đại dịch COVID-19 [2]. Mặc dù hệ thống chăm sóc SKTT đã có nhiều cải thiện, song nhiều hạn chế vẫn tồn tại, đặc biệt ở khu vực nông thôn, như thiếu hụt cơ sở vật chất, đội ngũ chuyên môn và sự hiện diện dai dẳng của kỳ thị xã hội.

Trong bối cảnh đó, người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà - chủ yếu là thành viên

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: luu2001vp@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4586>

trong gia đình - giữ vai trò then chốt trong quá trình hỗ trợ điều trị và phục hồi cho người bệnh [3]. Tuy nhiên, họ thường phải gánh chịu áp lực kéo dài về thể chất, tinh thần và tài chính, khiến nguy cơ kiệt sức tăng cao và chất lượng chăm sóc suy giảm [3]. Hiện nay, chính sách của Việt Nam chủ yếu tập trung hỗ trợ người bệnh tâm thần, trong khi các hỗ trợ dành cho người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà mới chỉ mang tính gián tiếp [4]. Việc thiếu một định hướng chính sách toàn diện dành riêng cho nhóm đối tượng này đang dẫn tới hiệu quả chăm sóc tại cộng đồng chưa được bảo đảm và làm gia tăng chi phí xã hội.

Những hạn chế nêu trên cho thấy cần thiết phải hình thành một định hướng chính sách rõ ràng và phù hợp đối với người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà. Trong bối cảnh nhiều hoạt động chăm sóc và hỗ trợ về thực chất phụ thuộc mạnh vào nguồn lực cộng đồng và khả năng phối hợp giữa các tác nhân ở cấp cơ sở, việc tiếp cận vấn đề dưới góc độ Quản lý dựa trên cộng đồng (CBM) trở nên đặc biệt phù hợp. Cách tiếp cận này nhấn mạnh vai trò chủ thể của cộng đồng trong quá trình ra quyết định, điều phối nguồn lực và triển khai các hoạt động hỗ trợ tại cơ sở. Đây cũng là cách tiếp cận phù hợp với bối cảnh Việt Nam, nơi các yếu tố văn hóa - xã hội, sự gắn kết cộng đồng và tính chủ động của chính quyền cơ sở có ảnh hưởng sâu sắc đến hiệu quả chăm sóc và phục hồi tâm thần. Từ đó, câu hỏi nghiên cứu chủ đạo được đặt ra là: Hàm ý chính sách nào có thể được đề xuất nhằm hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà theo hướng quản lý dựa trên cộng đồng?

Nghiên cứu được triển khai tại xã Hướng Đạo, huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc (nay là xã Tam Dương, tỉnh Phú Thọ), một địa bàn nông thôn với tỷ lệ bệnh nhân tâm thần quản lý tại cộng đồng thuộc nhóm cao (6,3% trên tổng số 136 xã). Địa bàn này cũng phản ánh rõ những đặc trưng phổ biến của khu vực nông thôn như dân cư phân tán, kinh tế chủ yếu dựa vào nông nghiệp, tỷ lệ lao động di cư thời vụ lớn và nguồn lực y tế cơ sở còn hạn chế. Đặc biệt, cộng đồng nơi đây từng chịu ảnh hưởng kéo dài của các sang chấn lịch sử thời chiến, làm gia tăng nguy

cơ xuất hiện các rối loạn tâm thần. Việc lựa chọn xã Hướng Đạo không mang tính ngẫu nhiên mà nhằm phản ánh trung thực bối cảnh chung của nhiều cộng đồng nông thôn Việt Nam đang đối mặt với những thách thức tương tự, đồng thời tạo điều kiện quan sát cơ chế phối hợp giữa các tác nhân ở cấp cơ sở trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Những bằng chứng thực nghiệm thu thập được tại địa bàn nghiên cứu cung cấp cơ sở quan trọng để đề xuất các hàm ý chính sách phù hợp, khả thi và gắn với đặc trưng văn hóa - xã hội của địa phương theo định hướng CBM.

2. Tổng quan tình hình nghiên cứu

Trong những năm gần đây, nghiên cứu về sức khỏe tâm thần có xu hướng chuyển dịch từ mô hình điều trị lâm sàng sang mô hình phục hồi dựa vào cộng đồng. Sự chuyển dịch này phản ánh yêu cầu mở rộng cách tiếp cận đối với người bệnh, đồng thời xem xét các yếu tố xã hội - văn hóa đóng vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi. Tuy vậy, phần lớn các công trình vẫn duy trì mô hình truyền thống coi người bệnh là trung tâm, trong khi vai trò, gánh nặng và trải nghiệm của người chăm sóc chưa được nghiên cứu một cách hệ thống và độc lập.

Các nghiên cứu quốc tế về sức khỏe tâm thần lâu nay chủ yếu tập trung vào can thiệp y học và điều trị nội trú, coi người bệnh là đối tượng trung tâm của chăm sóc [5]. Cách tiếp cận này phản ánh xu hướng chung của hệ thống tâm thần học hiện đại, được mô tả trong các nghiên cứu Thornicroft và Tansella (2004), Killaspy (2006), G. Thornicroft (2012) hay Harvey và cộng sự (2023), cho thấy mô hình lâm sàng vẫn giữ vị thế chủ đạo với trọng tâm là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng cá nhân. Các yếu tố xã hội, văn hóa và vai trò của cộng đồng trong phục hồi thường ít được tích hợp vào mô hình dịch vụ [6-9]. Tại Việt Nam, các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cũng chủ yếu tuân theo hướng tiếp cận lâm sàng, tập trung quản lý bệnh nhân tại cơ sở y tế, trong khi hoạt động phục hồi và tái hòa nhập xã hội tại cộng đồng còn hạn chế [10]. Hệ quả là nhiều bệnh nhân sau điều trị khó duy trì

sự ổn định, dễ tái phát và tiếp tục gây gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Song song với các nghiên cứu về người bệnh, nhiều công trình đã chỉ ra vai trò thiết yếu của người chăm sóc trong quá trình điều trị và phục hồi. Các nghiên cứu của Sirey (2014) và Chadda (2014) chứng minh rằng người nhà chăm sóc không chỉ tham gia trực tiếp vào chăm sóc mà còn chịu tác động sâu sắc về tâm lý, thể chất và tài chính [5, 11]. Chadda (2014) tại Ấn Độ cho thấy gánh nặng chăm sóc có mối liên hệ chặt chẽ với căng thẳng, kiệt sức, trầm cảm và chất lượng sống của người chăm sóc [3]. Jobin (2021) tiếp tục nhấn mạnh vai trò trung tâm của người chăm sóc trong phục hồi bệnh nhân, đồng thời chỉ ra rằng họ thường không nhận được sự công nhận và hỗ trợ tương xứng trong hệ thống dịch vụ [12]. Những phát hiện này khẳng định rằng việc nâng cao năng lực, sức khỏe tinh thần và điều kiện hỗ trợ cho người chăm sóc là yếu tố không thể thiếu để bảo đảm hiệu quả phục hồi.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về người chăm sóc vẫn còn hạn chế và chủ yếu mang tính mô tả. Công trình của L. H. Nhan (2025) cho thấy đa số người chăm sóc có thái độ trung lập hoặc coi mở đối với người bệnh, chỉ 14% thể hiện thái độ tiêu cực; các yếu tố như học vấn, kinh nghiệm chăm sóc và nhu cầu hỗ trợ có ảnh hưởng đáng kể đến thái độ [13]. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn xem người chăm sóc như nhóm phụ trợ, chưa nhận diện họ như một đối tượng độc lập trong hệ thống chăm sóc. Nghiên cứu của Cương và cộng sự (2025) tại Nam Định cũng cho thấy người chăm sóc còn hạn chế về kiến thức và thực hành, đặc biệt trong tuân thủ dùng thuốc và hỗ trợ phục hồi chức năng; trong đó, yếu tố kinh tế và mức độ hiểu biết là biến liên quan quan trọng [14]. Mặc dù cung cấp dữ liệu có giá trị, các nghiên cứu này chưa đặt người chăm sóc vào bối cảnh hỗ trợ cộng đồng và chưa thảo luận sâu về hàm ý chính sách.

Nhiều quốc gia đã công nhận người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà là một nhóm đối tượng chính sách độc lập. Tại Canada, chính sách năm 2019 đưa ra các hướng dẫn hỗ trợ phi tài chính như đào tạo kỹ năng, hướng dẫn tự chăm sóc và thực hành chuyên biệt, nhằm nâng

cao năng lực và sức khỏe tinh thần của người chăm sóc [15]. Tại Hoa Kỳ, hệ thống chính sách liên bang và tiểu bang cung cấp các hình thức hỗ trợ đa dạng, bao gồm dịch vụ nghỉ ngơi, đào tạo người chăm sóc, bảo vệ quyền lợi lao động, bồi hoàn chi phí và tư vấn tâm lý [16]. Những mô hình này cho thấy khi người chăm sóc được công nhận và hỗ trợ đầy đủ, họ có điều kiện tham gia hiệu quả hơn vào mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Tại Việt Nam, người chăm sóc vẫn chưa được xác định rõ ràng trong các văn bản chính sách hiện hành. Các quy định cấp trung ương như Nghị định 20/2021/NĐ-CP, Quyết định 155/QĐ-TTg, Quyết định 2057/QĐ-BYT hay Quyết định 1651/QĐ-BYT chủ yếu hướng vào nhu cầu của người bệnh, còn hộ gia đình chăm sóc chỉ thụ hưởng gián tiếp thông qua khoản kinh phí nuôi dưỡng và một số hỗ trợ bổ sung như tập huấn kỹ năng, vay vốn và dạy nghề [4, 17-19]. Tiếp nối định hướng của trung ương, nhiều địa phương ban hành các kế hoạch phòng chống rối loạn sức khỏe tâm thần (kết hợp với các bệnh không lây nhiễm), song trọng tâm vẫn là quản lý, điều trị và phục hồi cho người bệnh. Riêng tại Vĩnh Phúc, Kế hoạch số 24/KH-UBND năm 2022 mới chỉ bước đầu lồng ghép một số hoạt động truyền thông và vận động cộng đồng [20]. Nhìn chung, hệ thống chính sách hiện nay thiếu các công cụ cụ thể để đào tạo, hỗ trợ tâm lý và điều phối sự phối hợp giữa y tế, chính quyền và cộng đồng nhằm hỗ trợ người chăm sóc tại nhà.

Từ các phân tích trên có thể thấy hai khoảng trống nổi bật. Thứ nhất, nghiên cứu trong nước còn thiếu các phân tích thực chứng chuyên sâu về nhu cầu, trải nghiệm và gánh nặng của người chăm sóc trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Thứ hai, các nghiên cứu chưa vận dụng khung lý thuyết phù hợp để giải thích vai trò của cộng đồng và chính quyền cơ sở trong hỗ trợ người chăm sóc, dẫn tới việc thiếu vắng các hàm ý chính sách cụ thể. Đồng thời, chính sách hiện hành chưa công nhận người chăm sóc như một đối tượng độc lập cần được hỗ trợ.

Nghiên cứu này hướng đến lấp đầy khoảng trống đó bằng cách đặt người chăm sóc tại nhà ở vị trí trung tâm, tiếp cận từ góc độ cộng đồng và

vận dụng khung Quản lý dựa trên cộng đồng (Community-Based Management - CBM) để đề xuất các hàm ý chính sách khả thi. Việc lựa chọn cấp xã làm đơn vị khảo sát cho phép nghiên cứu cung cấp bằng chứng thực nghiệm về nhu cầu và trải nghiệm của người chăm sóc, đồng thời làm rõ vai trò của họ trong hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Đây là cơ sở khoa học để xây dựng các đề xuất chính sách hỗ trợ trực tiếp, chuyên biệt và phù hợp với bối cảnh địa phương.

3. Khái quát về cách tiếp cận quản lý dựa trên cộng đồng (CBM) và khung phân tích dựa trên CBM

Cách tiếp cận Quản lý dựa trên cộng đồng (Community-Based Management - CBM) bắt nguồn từ lý thuyết về quản lý có sự tham gia và quản trị nguồn lực cộng đồng. Bessette (2006) phát triển khung CBM trong bối cảnh phát triển nông thôn, nhấn mạnh vai trò chủ thể của cộng đồng trong toàn bộ chu trình ra quyết định, từ nhận diện vấn đề, xây dựng giải pháp đến tổ chức thực hiện và giám sát [21]. Trọng tâm của CBM nằm ở ba yếu tố cốt lõi: trao quyền cho cộng đồng, nâng cao năng lực và tăng cường phối hợp - giám sát giữa các tác nhân. Trong nghiên cứu này, cách tiếp cận của Bessette được vận dụng như nền tảng lý thuyết nhằm phân tích và đề xuất hàm ý chính sách hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của cộng đồng địa phương, chính quyền cơ sở và các mạng lưới xã hội trong việc giảm gánh nặng và nâng cao hiệu quả chăm sóc.

Việc áp dụng CBM của Bessette (2006) trong nghiên cứu về người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà dựa trên ba luận điểm lý thuyết chủ đạo. Thứ nhất, CBM xác định cộng đồng - bao gồm hộ gia đình, chính quyền cơ sở và các tổ chức đoàn thể - là chủ thể trung tâm của quá trình quản lý và phát triển. Điều này phù hợp với thực tế chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, nơi phần lớn hoạt động điều trị và hỗ trợ diễn ra trong phạm vi gia đình và cộng đồng dân cư. Thứ hai, CBM nhấn mạnh quá trình trao quyền và nâng cao năng lực cho thành viên cộng đồng. Đối

với người chăm sóc, điều này thể hiện ở khả năng tiếp cận thông tin, kỹ năng chăm sóc và sự chủ động trong phối hợp với hệ thống y tế cơ sở. Thứ ba, CBM đề cao sự phối hợp đa bên đi kèm với cơ chế giám sát cộng đồng nhằm bảo đảm tính minh bạch, hiệu quả và bền vững của các hoạt động hỗ trợ [21]. Những luận điểm này cho thấy CBM là một khung phù hợp để phân tích vai trò của cộng đồng trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần và xây dựng hàm ý chính sách hỗ trợ người chăm sóc một cách toàn diện và khả thi. Cách tiếp cận này đặc biệt tương thích với bối cảnh văn hóa - xã hội của Việt Nam, nơi sự gắn kết cộng đồng và đóng góp của các mạng lưới xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và hỗ trợ các nhóm dễ tổn thương. Vận dụng CBM cho phép nghiên cứu không chỉ tập trung vào gánh nặng cá nhân của người chăm sóc mà còn xem xét các điều kiện cộng đồng - thể chế ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả chăm sóc.

Khung phân tích lý thuyết của nghiên cứu được xây dựng trên ba yếu tố cốt lõi của CBM theo Bessette (2006): trao quyền, năng lực cộng đồng và phối hợp - giám sát [21]. Các yếu tố này phản ánh vai trò chủ thể của cộng đồng trong quản lý và huy động nguồn lực, đồng thời xác định sự phối hợp giữa gia đình, hệ thống chính quyền và mạng lưới xã hội trong hỗ trợ người chăm sóc.

Dựa trên ba yếu tố này, nghiên cứu cụ thể hóa thành các chỉ báo thực nghiệm nhằm đo lường mức độ tham gia của người chăm sóc, khả năng tiếp cận nguồn lực và mức độ phối hợp trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà. Việc xây dựng khung chỉ báo này giúp kết nối giữa lý thuyết và thực tiễn, đồng thời định hướng thu thập và phân tích dữ liệu để làm rõ vai trò của cộng đồng cấp cơ sở.

Dựa trên khung CBM, nghiên cứu triển khai một quy trình ba bước nhằm chuyển hóa lý thuyết CBM thành các gợi ý chính sách có tính khả thi và phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của cấp cơ sở.

i) Xác định vấn đề: Thu thập thông tin từ người chăm sóc, chính quyền địa phương và cộng đồng nhằm nhận diện khó khăn, nhu cầu và rào cản trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà.

ii) Huy động cộng đồng: Phân tích mức độ tham gia và năng lực của các tổ chức xã hội - đoàn thể trong hỗ trợ người chăm sóc, qua đó đánh giá tiềm năng và hạn chế của cộng đồng.

iii) Thiết kế hàm ý chính sách: Dựa trên kết quả phân tích dữ liệu, xây dựng các đề xuất chính sách dựa vào cộng đồng, nhấn mạnh vai trò phối hợp đa bên và cơ chế giám sát cộng đồng nhằm hỗ trợ người chăm sóc một cách thiết thực và bền vững.

Việc vận dụng quy trình này bảo đảm rằng các đề xuất chính sách không chỉ phản ánh thực trạng và nhu cầu của người chăm sóc mà còn gắn với các nguồn lực và cấu trúc xã hội của địa phương. Đồng thời, cách tiếp cận CBM giúp định hướng chính sách theo hướng tăng cường sự tham gia của cộng đồng, thúc đẩy phối hợp liên ngành và phát huy vai trò chủ động của chính quyền cơ sở trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

Bảng 1. Khung phân tích dựa trên CBM

Yếu tố CBM	Chỉ báo nghiên cứu	Nguồn dữ liệu/ Phương pháp thu thập
Trao quyền	Mức độ tham gia của người chăm sóc trong ra quyết định; khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ hỗ trợ.	Khảo sát bảng hỏi và phỏng vấn người chăm sóc.
Năng lực cộng đồng	Mức độ hỗ trợ từ chính quyền, đoàn thể và mạng lưới xã hội trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần.	Phỏng vấn sâu cán bộ xã, đại diện đoàn thể.
Phối hợp và giám sát	Cơ chế phối hợp giữa gia đình - chính quyền - cộng đồng trong quản lý, giám sát và hỗ trợ người chăm sóc.	Phân tích SWOT và dữ liệu định tính từ phỏng vấn sâu.

4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai theo phương pháp hỗn hợp mang tính thăm dò, kết hợp khảo sát định lượng giữ vai trò chủ đạo với phỏng vấn định tính nhằm phản ánh toàn diện thực trạng chăm sóc, những khó khăn gặp phải và nhu cầu hỗ trợ của người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng. Cách tiếp cận này cho phép đối chiếu và bổ sung dữ liệu, tạo nền tảng phân tích phù hợp với khung Quản lý dựa trên cộng đồng (CBM) được vận dụng trong nghiên cứu.

Về định lượng, nghiên cứu sử dụng khảo sát mô tả nhằm phản ánh thực trạng của nhóm người chăm sóc tại địa bàn xã Hướng Đạo. Đối tượng khảo sát là những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà tối thiểu sáu tháng và có tên trong danh sách quản lý của Trạm Y tế xã.

Phương pháp chọn mẫu được áp dụng là mẫu toàn phần, lựa chọn toàn bộ 23 người chăm sóc hiện đang được theo dõi tại địa phương, phù hợp với quy mô dân số và mục tiêu bao quát hóa thực trạng ở cấp cơ sở.

Bảng hỏi khảo sát định lượng được thiết kế với ba nhóm thông tin chính. Nhóm thứ nhất thu thập đặc điểm nhân khẩu học, bao gồm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn và thời gian chăm sóc. Nhóm thứ hai ghi nhận các khó khăn trong chăm sóc liên quan đến năng lực chuyên môn, sức khỏe tâm lý và gánh nặng kinh tế. Nhóm thứ ba phản ánh nhu cầu hỗ trợ về đào tạo kỹ năng, tư vấn tâm lý và kết nối cộng đồng. Dữ liệu thu được được xử lý và trình bày dưới dạng mô tả, phù hợp với cỡ mẫu toàn phần (n=23), không tiến hành suy rộng thống kê.

Bảng 2. Một số đặc điểm cơ bản của mẫu khảo sát định lượng

Đặc điểm	Tần suất (n=23)	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nữ	17	73,9
Tuổi trung bình	47,6	-
Nghề nghiệp chính: Nông nghiệp	14	60,9
Trình độ học vấn: THCS trở xuống	12	52,2
Thời gian chăm sóc ≥ 2 năm	18	78,3

Bên cạnh khảo sát định lượng, nghiên cứu thực hiện năm cuộc phỏng vấn sâu với các nhóm tham gia liên quan ($n=5$), bao gồm cán bộ trạm y tế, lãnh đạo Ủy ban nhân dân xã, đại diện hội phụ nữ, hội người cao tuổi và người trực tiếp chăm sóc. Các cuộc phỏng vấn nhằm làm rõ vai trò phối hợp giữa gia đình, chính quyền cơ sở và mạng lưới cộng đồng trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà. Dữ liệu định tính được xử lý theo phương pháp phân tích nội dung, thông qua quy trình mã hóa chủ đề nhằm xác định các mẫu hình liên quan đến trao quyền, năng lực cộng đồng và cơ chế phối hợp - giám sát, phù hợp với khung CBM làm nền tảng phân tích của nghiên cứu. Tất cả người tham gia đều đồng ý tham gia tự nguyện và dữ liệu được bảo đảm ẩn danh.

Nghiên cứu có những giới hạn nhất định do cỡ mẫu nhỏ và phạm vi khảo sát chỉ tập trung tại một xã nông thôn. Kết quả nghiên cứu vì vậy mang tính mô tả và phản ánh đặc thù địa phương, không có giá trị khái quát hóa cho toàn bộ khu vực nông thôn Việt Nam. Tuy nhiên, các phát hiện thu được vẫn có ý nghĩa thực tiễn quan trọng, cung cấp cơ sở khoa học và bằng chứng thực nghiệm phục vụ xây dựng các hàm ý chính sách hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cấp cơ sở.

5. Kết quả và thảo luận

Kết quả khảo sát tại xã Hướng Đạo cho thấy người chăm sóc bệnh nhân tâm thần đang đối mặt với ba nhóm khó khăn chủ yếu gồm hạn chế về kiến thức và kỹ năng chăm sóc, gánh nặng tâm lý và những ràng buộc tài chính kéo dài. Ba nhóm khó khăn này phản ánh những hạn chế tương ứng trong ba trụ cột cốt lõi của cách tiếp cận Quản lý dựa trên cộng đồng (CBM), đó là trao quyền, phối hợp và năng lực cộng đồng. Mỗi quan hệ này lý giải tại sao gánh nặng chăm sóc gia tăng, trong khi hiệu quả phục hồi của người bệnh chưa được bảo đảm.

5.1. Khó khăn về kiến thức và kỹ năng chăm sóc - Hạn chế trong trao quyền

Theo quy định tại Điều 20, Khoản 3 của Nghị định 20/2021/NĐ-CP, người chăm sóc có quyền

được “hướng dẫn, đào tạo nghiệp vụ nhận chăm sóc, nuôi dưỡng”. Tuy nhiên, kết quả khảo sát cho thấy quy định này chưa thực sự đi vào thực tiễn tại cấp cơ sở.

Trong tổng số 23 người chăm sóc được khảo sát, có 73,9% ($n = 17$) cho biết họ thiếu kiến thức và kỹ năng chăm sóc, đặc biệt trong xử lý hành vi bất thường, kiểm soát cảm xúc và chăm sóc thể chất cho người bệnh. Nhiều người cho biết họ “không được hướng dẫn cụ thể về cách giao tiếp hay can thiệp khi người bệnh kích động” và “chỉ dựa vào kinh nghiệm bản thân hoặc học hỏi từ hàng xóm”. Những phản hồi này phản ánh hai vấn đề song song: một mặt là việc đào tạo chưa được tổ chức thường xuyên ở cơ sở; mặt khác người chăm sóc cũng gặp hạn chế trong việc chủ động tiếp cận thông tin chuyên môn do điều kiện thời gian, nhận thức hoặc chưa nắm được các kênh tiếp cận phù hợp. Theo cách tiếp cận CBM, “trao quyền” chỉ có ý nghĩa khi người chăm sóc được trang bị năng lực để chủ động ứng phó trong hoạt động chăm sóc, thay vì phụ thuộc hoàn toàn vào hệ thống y tế. Việc phần lớn người chăm sóc không được đào tạo bài bản tạo ra trạng thái lệ thuộc và bất an trong xử lý các tình huống khẩn cấp. Phát hiện này tương đồng với nghiên cứu của Chadda (2014), khi cho thấy thiếu tập huấn làm gia tăng cảm giác bất lực, kiệt sức và lo âu kéo dài ở người chăm sóc [3].

Dữ liệu định tính củng cố nhận định trên. Một người chăm sóc cho biết: “Con trai tôi bị tâm thần từ lúc thanh niên... Tôi chỉ biết giữ con trong nhà để tránh làm phiền hàng xóm. Bà thấy mình kiệt sức và không biết làm sao để giúp con” (P1-Caregiver). Chia sẻ này cho thấy người chăm sóc không chỉ thiếu kỹ năng mà cũng không có kênh thông tin tin cậy để tìm đến khi gặp tình huống khó khăn. Dù có 26,1% người chăm sóc ($n = 6$) từng tham gia tập huấn, nhưng họ phản ánh rằng nội dung đào tạo còn thiên về lý thuyết hoặc không gắn với tình huống thực tiễn mà họ gặp hàng ngày. Một người chăm sóc khác chia sẻ: “Cô cũng được tập huấn rồi, nhưng khi vào tình huống thực tế thì vẫn lúng túng... Con không chịu uống thuốc thì cô không ép được,... Nhiều lúc nó la hét, đập phá, cô cũng không biết phải xử lý thế nào” (P2-Caregiver).

Kết quả này cho thấy cơ chế tập huấn hiện hành chưa thực sự giúp người chăm sóc trở thành chủ thể tích cực trong quản lý và phục hồi tâm thần tại cộng đồng.

Một số người chăm sóc cũng cho biết dù có nhu cầu được hướng dẫn thêm, họ không biết phải tìm đến ai hoặc tìm ở đâu. Điều này cho thấy hạn chế không chỉ nằm ở phía người chăm sóc, mà còn thể hiện sự thiếu vắng cơ chế sẵn có tại cộng đồng để họ có thể chủ động tiếp cận hỗ trợ. Trong bối cảnh đó, ngay cả khi người chăm sóc có nỗ lực hỏi thêm cán bộ chuyên môn hoặc y tế xã, họ vẫn gặp trở ngại vì hoạt động tư vấn, hỗ trợ không được tổ chức thường xuyên. Vì vậy, mức độ chủ động tìm kiếm hướng dẫn của người chăm sóc phụ thuộc rất lớn vào khả năng tiếp cận thông tin, thời gian rảnh và mức độ sẵn có của nguồn hỗ trợ tại địa phương.

Những phân tích trên cho thấy hạn chế về kiến thức và kỹ năng chăm sóc không chỉ xuất phát từ nguyên nhân cá nhân của người chăm sóc, mà phản ánh trực tiếp sự thiếu hụt của cơ chế trao quyền tại cơ sở - một trụ cột nền tảng của CBM. Khi hoạt động đào tạo không được duy trì đều đặn, không gắn với tình huống thực tế và thiếu các kênh hỗ trợ bổ sung, người chăm sóc khó có thể trở thành tác nhân chủ động trong chăm sóc và phục hồi sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

5.2. Khó khăn về tâm lý - Hạn chế trong phối hợp và hỗ trợ cộng đồng

Khó khăn về tâm lý xuất hiện như một xu hướng nổi bật trong toàn bộ mẫu khảo sát. Có 82,6% người chăm sóc ($n = 19/23$) cho biết họ thường xuyên trải qua căng thẳng, kiệt sức, lo âu hoặc cảm giác bị cô lập xã hội. Nhiều người nói rằng họ “ngại tiếp xúc với hàng xóm” hoặc “xấu hổ vì gia đình có người bệnh tâm thần”, cho thấy mức độ tổn thương tâm lý kéo dài vượt quá khả năng tự điều chỉnh của bản thân và gia đình.

Bên cạnh hạn chế trong các văn bản chính sách vốn chưa đề cập cụ thể tới hỗ trợ tâm lý cho người chăm sóc, dữ liệu thực nghiệm của nghiên cứu cũng cho thấy không có hoạt động tham vấn, trị liệu hay hỗ trợ tinh thần nào được tổ chức thường xuyên tại địa bàn xã. Khi được hỏi về

nguồn hỗ trợ tinh thần khả dụng, phần lớn người chăm sóc cho biết họ “không biết nơi nào để chia sẻ” hoặc “không có ai để hỏi khi cảm thấy quá mệt mỏi”. Điều này cho thấy sự thiếu hụt hỗ trợ tâm lý không chỉ nằm ở quy định chính sách, mà còn phản ánh việc thiếu cơ chế triển khai, thiếu nhân lực chuyên môn và thiếu mô hình hỗ trợ phù hợp tại cộng đồng.

Những biểu hiện trên phản ánh hạn chế trong yếu tố “phối hợp” của CBM - nơi gia đình, cộng đồng và chính quyền cần liên kết để giảm áp lực cho người chăm sóc. Mặc dù địa phương có sự tham gia của Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên và Trạm Y tế xã, nhưng dữ liệu phỏng vấn cho thấy các tổ chức này chủ yếu thực hiện nhiệm vụ khi được phân công, chưa xây dựng được cơ chế phối hợp ổn định hay hoạt động hỗ trợ dài hạn. Cán bộ địa phương cũng xác nhận rằng các hoạt động chủ yếu mang tính sự vụ, phụ thuộc vào từng đợt dự án hoặc chỉ đạo cấp trên chứ không có kế hoạch hỗ trợ người chăm sóc một cách thường xuyên. Điều này được một cán bộ xã giải thích: “Chúng tôi luôn sẵn sàng phối hợp để triển khai chương trình hỗ trợ,... nhưng nguồn lực còn hạn chế”.

Dữ liệu định tính bổ sung thêm chiều sâu cho phát hiện này. 65,2% người chăm sóc ($n = 15/23$) cho biết có cảm giác “căng thẳng, mệt mỏi và cô đơn”. Một người chăm sóc kể lại: “*Em mong mọi người xung quanh hiểu và thông cảm. Nhiều lúc đi học, các bạn trêu chọc, lấy mẹ và em ra làm trò cười... Em tủi thân và ảm ức vì không ai chịu hiểu cho gia đình em*” (P5-Caregiver). Tình trạng bị kỳ thị và thiếu chia sẻ trong cộng đồng cho thấy mạng lưới hỗ trợ phi chính thức - vốn là trụ cột văn hóa của cộng đồng nông thôn - cũng chưa thực sự phát huy vai trò.

Dưới góc độ CBM, sự thiếu phối hợp này làm suy yếu đáng kể khả năng giảm gánh nặng tinh thần cho người chăm sóc. Một khi cộng đồng không vận hành như một hệ thống hỗ trợ, người chăm sóc phải đối mặt với tình trạng căng thẳng và cô lập, từ đó giảm khả năng duy trì chăm sóc dài hạn. Đây là hệ quả trực tiếp của việc thiếu một mạng lưới hỗ trợ cộng đồng bền vững - yếu tố cốt lõi bảo đảm hiệu quả của chăm sóc sức khỏe tâm thần tại địa phương.

5.3. Khó khăn về tài chính - Hạn chế về năng lực cộng đồng

Theo quy định hiện hành, người bệnh tâm thần nặng thuộc diện bảo trợ xã hội và người chăm sóc được hưởng hỗ trợ tài chính nhằm duy trì điều trị và ổn định cuộc sống. Tuy nhiên, dữ liệu khảo sát cho thấy mức hỗ trợ này chưa tương xứng với chi phí điều trị ngày càng tăng, đặc biệt khi nhiều gia đình phải mua thêm thuốc theo đơn ngoài danh mục bảo hiểm. Một người chăm sóc cho biết: *“Mẹ em thường lấy thuốc theo đơn bác sĩ kê riêng nên mỗi tháng hết hơn 2 triệu, ...”* (P5-Caregiver). Với các hộ làm nông nghiệp hoặc lao động tự do, chi phí này trở thành gánh nặng đáng kể.

Bên cạnh đó, khó khăn tài chính không chỉ xuất phát từ chi phí điều trị mà còn từ việc giảm khả năng lao động do phải dành phần lớn thời gian ở nhà để chăm sóc người bệnh. Trong mẫu khảo sát, có 26,1% người chăm sóc ($n = 6/23$) cho biết họ buộc phải nghỉ việc, chuyển việc hoặc bị giảm thu nhập. Một người nói rõ: *“Từ ngày chủ bệnh cô cũng nghỉ công ty, chuyển việc khác làm tại nhà để tiện chăm sóc”* (P3-Caregiver). Điều này phản ánh thiệt hại kinh tế kép: giảm nguồn thu nhập trong khi chi phí chăm sóc lại tăng lên.

Dưới góc độ CBM, những khó khăn này cho thấy hạn chế trong “năng lực cộng đồng”, vốn liên quan đến khả năng huy động, phân bổ và phối hợp các nguồn lực xã hội để hỗ trợ các nhóm yếu thế. Dữ liệu định tính cho thấy địa phương chưa có cơ chế hỗ trợ sinh kế, tư vấn tài chính hoặc kết nối các nguồn lực xã hội nhằm giảm bớt áp lực cho người chăm sóc. Điều này khiến gánh nặng tài chính của hộ gia đình chủ yếu được giải quyết theo cách tự xoay xở, phụ thuộc vào nguồn thu nhập bấp bênh từ nông nghiệp hoặc lao động giản đơn.

Việc thiếu cơ chế hỗ trợ tài chính và dịch vụ xã hội tại cộng đồng dẫn đến vòng xoáy bất lợi: khó khăn tài chính → giảm khả năng duy trì chăm sóc dài hạn → tăng nguy cơ tái phát của người bệnh → gia tăng áp lực kinh tế - xã hội. Theo khung CBM, đây là dấu hiệu của năng lực cộng đồng thấp, khi các nguồn lực công - tư - xã

hội chưa được huy động hiệu quả để hỗ trợ người chăm sóc thoát khỏi vòng luẩn quẩn kinh tế này.

Ba nhóm khó khăn được xác định - kiến thức và kỹ năng chăm sóc, gánh nặng tâm lý và khó khăn tài chính - tương ứng với ba thành tố của CBM: trao quyền, phối hợp và năng lực cộng đồng. Khi cả ba yếu tố này đều suy yếu, người chăm sóc phải gánh chịu “gánh nặng kép”: thiếu kiến thức, kiệt quệ tinh thần và suy giảm khả năng kinh tế. Chuỗi nhân - quả này cho thấy nguyên nhân phần nhiều đến từ hệ thống chứ không chỉ từ điều kiện hộ gia đình.

Từ trường hợp xã Hướng Đạo, mô hình CBM giúp lý giải rõ hơn tính liên thông giữa ba nhóm khó khăn: thiếu trao quyền dẫn đến tâm lý kiệt quệ; thiếu phối hợp khiến áp lực gia tăng; và năng lực cộng đồng thấp làm suy giảm tính bền vững của chăm sóc.

6. Một số hàm ý chính sách trên cơ sở tận dụng nguồn lực tại địa phương

Các quy định hiện hành chủ yếu hỗ trợ gián tiếp người chăm sóc thông qua chính sách dành cho người bệnh, trong khi những hỗ trợ trực tiếp liên quan đến năng lực, gánh nặng tâm lý và vai trò độc lập của người chăm sóc vẫn còn hạn chế. Kết quả khảo sát tại xã Hướng Đạo cho thấy các khó khăn của người chăm sóc mang tính hệ thống và chịu ảnh hưởng của môi trường cộng đồng, cho thấy cần có những đề xuất chính sách vừa phù hợp với điều kiện địa phương, vừa nhất quán với các khung chính sách hiện hành.

Do phạm vi khảo sát nhỏ ($n=23$) và tập trung tại một địa bàn, các hàm ý chính sách dưới đây không hướng đến đại diện cho toàn bộ khu vực nông thôn Việt Nam mà cung cấp gợi ý dựa trên bằng chứng thực nghiệm cụ thể của xã Hướng Đạo. Tuy nhiên, những phát hiện này phản ánh những điểm trùng hợp với các kết luận trong nghiên cứu quốc tế về vai trò then chốt của người chăm sóc và tính tất yếu của tiếp cận dựa vào cộng đồng, từ đó có thể tham chiếu trong việc hoàn thiện chính sách ở bối cảnh tương đồng.

Dựa trên khung CBM và dữ liệu thực địa, nghiên cứu đề xuất các nhóm hàm ý chính sách dựa trên ba trụ cột: i) Trao quyền cho người

chăm sóc; ii) Tăng cường phối hợp và huy động cộng đồng; và iii) Thiết lập cơ chế giám sát và đánh giá định kỳ ở cấp cơ sở.

6.1. Trao quyền cho người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà

Mục tiêu của nhóm hàm ý này là nâng cao năng lực và tính chủ động của người chăm sóc - nhóm nhân lực không chính thức nhưng đóng vai trò trung tâm trong hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Đối tượng ưu tiên là người chăm sóc trực tiếp, đặc biệt nhóm phụ nữ trung niên, hộ nghèo và cận nghèo - nhóm chiếm đa số trong khảo sát. Cơ chế thực hiện hướng tới việc tận dụng nguồn lực sẵn có tại địa phương như: Các khóa đào tạo ngắn hạn tại trạm y tế xã, phối hợp với Trung tâm Y tế huyện và Hội Liên hiệp Phụ nữ, tập trung vào kỹ năng giao tiếp, xử lý hành vi kích động và chăm sóc an toàn; Thành lập các nhóm tự lực 5-10 người chăm sóc trong cùng thôn để tăng tính chia sẻ, hỗ trợ lẫn nhau và kết nối với cán bộ y tế theo định kỳ; Cung cấp tài liệu hướng dẫn, kênh tư vấn trực tuyến qua mạng xã hội hoặc nhóm Zalo cộng đồng nhằm mở rộng khả năng tiếp cận thông tin trong điều kiện người chăm sóc khó tham gia các hoạt động tập trung. Nguồn lực thực hiện có thể lồng ghép với kinh phí truyền thông - giáo dục sức khỏe trong Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số và nguồn xã hội hóa từ các tổ chức đoàn thể tại địa phương.

6.2. Tăng cường hợp tác và huy động cộng đồng

Nhóm hàm ý này hướng tới xây dựng một cơ chế phối hợp nhiều bên nhằm giảm tải gánh nặng tâm lý, tài chính và hỗ trợ hoạt động chăm sóc thường nhật. Kết quả phỏng vấn cho thấy mặc dù Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên và Trạm Y tế xã đều tham gia hỗ trợ các hộ gia đình khó khăn, nhưng hoạt động hỗ trợ người chăm sóc thường mang tính sự vụ theo từng đợt chỉ đạo hoặc chương trình mục tiêu. Đây là cơ sở luận cứ cho nhận định “chưa hình thành cơ chế phối hợp liên ngành bền vững”. Sự thiếu bền vững này thể hiện ở ba khía cạnh: i) Không có lịch sinh hoạt cố định hoặc cơ chế liên hệ thường xuyên giữa các tổ

chức để đồng hành cùng người chăm sóc; ii) Thiếu chia sẻ thông tin giữa các bên, dẫn tới người chăm sóc vẫn ở trong tình trạng bị cô lập và khó tiếp cận các hỗ trợ phù hợp; và iii) Hoạt động phụ thuộc vào chỉ đạo cấp trên, thiếu một cơ chế do địa phương chủ trì để điều phối dài hạn.

Để khắc phục những hạn chế trong phối hợp hiện nay, nghiên cứu đề xuất thành lập Mạng lưới hỗ trợ người chăm sóc bệnh nhân tâm thần cấp xã (CBM-Xã) do Ủy ban nhân dân xã chủ trì, trạm y tế đảm nhiệm vai trò đầu mối chuyên môn, với sự tham gia của các đoàn thể xã hội như Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Hội Người cao tuổi và các tổ tự quản ở thôn, xóm. Mạng lưới này có chức năng thiết lập cơ chế phối hợp thường xuyên, duy trì hoạt động truyền thông nhằm nâng cao nhận thức cộng đồng, giảm kỳ thị và củng cố kết nối xã hội - những yếu tố có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm tải gánh nặng tâm lý cho người chăm sóc. Trong khuôn khổ đó, các hoạt động liên ngành được triển khai định kỳ hằng quý giữa y tế, văn hóa, giáo dục và các tổ chức xã hội để rà soát, cập nhật danh sách người chăm sóc cần hỗ trợ và xây dựng kế hoạch truyền thông phù hợp với thực tiễn địa phương. Song song, các hoạt động kết nối cộng đồng như “Ngày cộng đồng sức khỏe tâm thần” hoặc “Câu lạc bộ sẻ chia” được tổ chức nhằm tạo môi trường thân thiện, góp phần giảm kỳ thị và hỗ trợ người bệnh cũng như người chăm sóc. Nguồn lực thực hiện được huy động từ ngân sách hoạt động thường xuyên của Ủy ban nhân dân xã, kết hợp với kinh phí của Chương trình mục tiêu quốc gia về sức khỏe tâm thần và sự hỗ trợ chuyên môn từ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh.

6.3. Thiết lập cơ chế giám sát và đánh giá hỗ trợ

Cơ chế giám sát và đánh giá đóng vai trò then chốt trong việc bảo đảm hiệu quả và tính bền vững của các hoạt động hỗ trợ người chăm sóc, đặc biệt trong bối cảnh chăm sóc tại cộng đồng đòi hỏi sự theo dõi liên tục và phản hồi kịp thời. Mục tiêu của cơ chế này là thiết lập hệ thống theo dõi hai chiều giữa người chăm sóc và cơ quan y tế tuyến xã, qua đó nhận diện sớm các nguy cơ kiệt sức, các dấu hiệu tái phát hành vi và những vấn đề cần can thiệp khẩn cấp. Cơ chế được vận

hành với sự tham gia của Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế và các tổ chức đoàn thể trong mạng lưới CBM-Xã. Ủy ban nhân dân xã giữ vai trò chủ trì giám sát định kỳ, trong khi trạm y tế có trách nhiệm tổng hợp báo cáo hằng quý về tình hình người bệnh và người chăm sóc, đồng thời trình các báo cáo này lên Ban Chỉ đạo công tác xã hội cấp tỉnh. Người chăm sóc có thể phản ánh khó khăn thông qua nhóm tự lực hoặc đường dây nóng của trạm y tế; cán bộ y tế tiếp nhận các phản

hồi này và đề xuất biện pháp hỗ trợ khẩn cấp khi cần thiết. Việc đánh giá được thực hiện hằng năm dựa trên ba chỉ số chính, gồm mức độ cải thiện kỹ năng chăm sóc, mức độ giảm căng thẳng tâm lý và mức độ tăng cường kết nối cộng đồng của người chăm sóc. Kinh phí triển khai được lồng ghép với hệ thống báo cáo của Kế hoạch quốc gia về Sức khỏe tâm thần và nguồn xã hội hóa tại địa phương, bảo đảm duy trì hoạt động một cách ổn định và phù hợp với điều kiện thực tiễn của xã.

Bảng 3. Phân tích SWOT về khả năng triển khai chính sách tại cấp xã

ĐIỂM MẠNH Hệ thống y tế cơ sở hoạt động ổn định; chính quyền quan tâm đến an sinh; mạng lưới đoàn thể rộng, có kinh nghiệm hỗ trợ hộ khó khăn.	ĐIỂM YẾU Nhân lực chuyên môn còn hạn chế: chỉ một cán bộ phụ trách SKTT kiêm nhiệm; không có nguồn kinh phí riêng cho hỗ trợ người chăm sóc; cơ chế phối hợp giữa các đoàn thể chưa ổn định (chỉ hoạt động khi có chỉ đạo).
CƠ HỘI Hưởng lợi từ chính sách sức khỏe tâm thần quốc gia; có khả năng huy động xã hội hóa và liên kết các tổ chức phi chính phủ.	THÁCH THỨC Định kiến về bệnh tâm thần còn phổ biến; ngân sách cấp xã hạn chế; rủi ro gián đoạn phối hợp liên ngành do chưa có khung vận hành bền vững.

Các đề xuất hàm ý chính sách được xây dựng từ những bằng chứng thực nghiệm thu thập tại xã Hướng Đạo, phản ánh đầy đủ điều kiện vận hành của hệ thống y tế tuyến xã, mức độ sẵn sàng của các đoàn thể và nhu cầu thực tế của người chăm sóc. Tính khả thi của các đề xuất thể hiện ở ba phương diện có quan hệ chặt chẽ với nhau. Trước hết, trạm y tế xã và các tổ chức đoàn thể đã có kinh nghiệm triển khai nhiều chương trình hỗ trợ hộ nghèo và các nhóm yếu thế, nhờ đó có khả năng đảm nhận vai trò nòng cốt trong đào tạo kỹ năng chăm sóc cơ bản, điều phối nhóm tự lực và kết nối nguồn lực xã hội. Cùng với đó, mạng lưới cộng đồng vốn đang tồn tại tạo điều kiện thuận lợi cho việc phối hợp liên ngành, giúp giảm chi phí điều hành và tăng khả năng duy trì mô hình trong bối cảnh ngân sách địa phương còn hạn chế. Cuối cùng, nhu cầu và mức độ sẵn sàng của người chăm sóc tương đối cao, thể hiện ở mong muốn được tập huấn kỹ năng và hỗ trợ tinh thần, cho thấy các đề xuất chính sách phù hợp với nhu cầu thực tiễn và định hướng ưu tiên tại địa phương.

Tuy vậy, nghiên cứu cũng thừa nhận một số giới hạn có thể ảnh hưởng đến mức độ triển khai trên thực tế. Khảo sát chỉ được thực hiện tại một

xã với cỡ mẫu nhỏ, nên mức độ đại diện còn hạn chế và chưa cho phép so sánh sâu với các mô hình, chính sách ở địa phương khác. Bộ chính sách tham chiếu chủ yếu tập trung ở cấp trung ương và cấp tỉnh, trong khi thông tin về sự khác biệt trong tổ chức thực thi giữa các địa bàn chưa được khai thác đầy đủ. Bên cạnh đó, mô hình phối hợp cộng đồng theo hướng CBM vẫn còn mới tại xã Hướng Đạo, chưa có tiền lệ rõ ràng để tham chiếu, dẫn tới nguy cơ gián đoạn trong giai đoạn đầu nếu thiếu hướng dẫn kỹ thuật và cơ chế giám sát - phản hồi chặt chẽ. Một yếu tố quan trọng khác là mức độ kỳ thị đối với bệnh tâm thần vẫn khá phổ biến, cản trở khả năng huy động cộng đồng tham gia nhóm tự lực và các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức, qua đó ảnh hưởng đến tính bền vững của mô hình. Mặc dù tồn tại những giới hạn này, nghiên cứu cho thấy hướng tiếp cận CBM vẫn phù hợp với bối cảnh nông thôn Việt Nam và có khả năng ứng dụng cao, không chỉ đáp ứng nhu cầu trước mắt của người chăm sóc mà còn góp phần củng cố chức năng cộng đồng, nâng cao hiệu quả phục hồi sức khỏe tâm thần và hoàn thiện chính sách an sinh xã hội tại địa phương.

7. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại nhà ở xã Hướng Đạo đang đối mặt với ba nhóm khó khăn cốt lõi gồm hạn chế về kỹ năng chăm sóc, áp lực tâm lý và gánh nặng tài chính. Ba nhóm khó khăn này tương ứng trực tiếp với ba trụ cột của cách tiếp cận CBM là “trao quyền”, “phối hợp” và “năng lực cộng đồng”, phản ánh rằng gánh nặng chăm sóc không chỉ xuất phát từ đặc điểm của từng hộ gia đình mà còn bắt nguồn từ những hạn chế mang tính cấu trúc trong môi trường cộng đồng và cơ chế hỗ trợ hiện hành. Trên cơ sở các phát hiện thực nghiệm, nghiên cứu đề xuất ba nhóm hàm ý chính sách gồm trao quyền cho người chăm sóc thông qua đào tạo kỹ năng và tổ chức nhóm tự lực; tăng cường phối hợp cộng đồng bằng việc hình thành mạng lưới hỗ trợ liên ngành do chính quyền xã chủ trì; và nâng cao năng lực cộng đồng thông qua hỗ trợ sinh kế và lồng ghép các hoạt động trợ giúp tài chính trong kế hoạch an sinh xã hội của địa phương. Các đề xuất này phù hợp với nhu cầu thực tế và phản ánh chính xác bối cảnh địa phương, đồng thời gợi mở hướng hoàn thiện chính sách tại các địa bàn tương đồng. Nhìn chung, nghiên cứu không chỉ đóng góp vào việc thiết kế các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng mà còn bổ sung bằng chứng thực nghiệm cho việc vận dụng tiếp cận CBM trong phân tích và hoạch định chính sách xã hội tại khu vực nông thôn Việt Nam.

Lời cảm ơn

Bài viết được thực hiện trong khuôn khổ đề tài “Vận dụng lý thuyết quản lý dựa trên cộng đồng để đề xuất chính sách hỗ trợ người nhà bệnh nhân tâm thần chăm sóc tại nhà - Nghiên cứu trường hợp tại xã Hướng Đạo, huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc” (Mã số SV.2025.26). Đề tài nằm trong danh mục các đề tài trọng điểm dành cho sinh viên năm 2025, được hỗ trợ kinh phí bởi Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Tài liệu tham khảo

- [1] World Health Organization, Mental Disorders, <https://www.who.int>, 2025 (accessed on: September 1st, 2025).
- [2] Ministry of Health, Vietnam Has Approximately 14 Million People with Mental Disorders, <https://moh.gov.vn>, 2023 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [3] R. K. Chadda, Caring for the Family Caregivers of Persons with Mental Illness, *Indian Journal of Psychiatry*, Vol. 56, No. 3, 2014, pp. 221-227, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.140616>.
- [4] Government of Vietnam, Decree No. 20/2021/ND-CP on Social Assistance Policies for Social Protection Beneficiaries, <https://thuvienphapluat.vn/van-ban>, 2021 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [5] D. Perlick, J. F. Clarkin, J. A. Sirey, Burden Experienced by Family of Patients with Bipolar Affective Disorder, *Psychiatric Services*, Vol. 46, No. 8, 1995, pp. 597-600, <https://doi.org/10.1176/ps.46.8.ps468836>.
- [6] G. Thornicroft, M. Tansella, Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 185, 2004, pp. 283-290.
- [7] H. Killaspy, From the Asylum to Community Care: Learning from Experience, *British Medical Bulletin*, Vol. 79-80, 2006, pp. 245-258, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldl017>.
- [8] G. Thornicroft, Evidence-Based Mental Health Care and Implementation Science in Low- and Middle-Income Countries, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 21, No. 3, 2012, pp. 241-244, <https://doi.org/10.1017/S2045796012000261>.
- [9] C. Harvey, T. M. Zirnsak, C. Brasier, P. Ennals, J. Fletcher, B. Hamilton, H. Killaspy, P. McKenzie, H. Kennedy, L. Brophy, Community-Based Models of Care Facilitating the Recovery of People Living with Persistent and Complex Mental Health Needs: A Systematic Review and Narrative Synthesis, *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 14, 2023, Article 1259944, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1259944>.
- [10] Rtcccd-Molisa, Assessment of the Current Situation of the Mental Health Care System Managed by the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, WHO Vietnam, 2011 (in Vietnamese).
- [11] R. K. Chadda, K. S. Deb, Indian Family Systems, Collectivistic Society and Psychotherapy, *Indian*

- Journal of Psychiatry, Vol. 55, No. 2, 2013, pp. 299-309.
- [12] F. Lauzier-Jobin, J. Houle, Caregiver Support in Mental Health Recovery: A Critical Realist Qualitative Research, *Qualitative Health Research*, Vol. 31, No. 13, 2021, pp. 2440-2453, <https://doi.org/10.1177/10497323211039828>.
- [13] L. H. Nhan, Attitudes of Caregivers Toward Home-Treated Patients with Schizophrenia, Van Hien University, 2025 (in Vietnamese).
- [14] L. V. Cuong, T. T. Anh, H. T. Phuong, Assessment of Adherence to Relapse Prevention for Schizophrenia among Primary Caregivers in Nam Dinh Province, Vietnam *Journal of Community Medicine*, Vol. 66, Special Issue 10, 2025, pp. 330-336, <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2664> (in Vietnamese).
- [15] Mental Health Commission of Canada, Mental Health and the Family Caregivers: Policies and Programs in Canada, Mental Health Commission of Canada, Ottawa, 2019.
- [16] M. R. Green et al., Caregiver Policies in the United States: A Systematic Review, *Journal of Public Health Policy*, Vol. 46, No. 1, 2024, pp. 22-37, <https://doi.org/10.1057/S41271-024-00529-7>.
- [17] Prime Minister, Decision 155/QD-TTg Approving the National Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and Mental Health Disorders for the Period 2022-2025, <https://quyet-dinh-155-QD-TTg-2022>, 2022 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [18] Ministry of Health, Decision 2057/QD-BYT Issuing the Professional Document Guidelines for Mental Healthcare During the COVID-19 Pandemic, <https://quyet-dinh-2057>, 2020 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [19] Ministry of Health, Decision 1651/QD-BYT Approving the Project on Prevention, Detection, Management, and Treatment of Cancers, Cardiovascular Diseases, Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Asthma, and Mental Health Disorders for the Period 2024-2025, <https://quyet-dinh-1651-QD-BYT-2024>, 2024 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [20] Vinh Phuc Provincial People's Committee, Plan No. 24/KH-UBND on the Implementation of the Community Mental Healthcare Program in the 2022-2025 Period in Vinh Phuc Province, <https://ke-hoach-24-kh-ubnd-2022>, 2022 (accessed on: September 1st, 2025) (in Vietnamese).
- [21] G. Bessette, People, Land, and Water: Participatory Development Communication for Natural Resource Management, Earthscan, London, 2006.