

GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH CHO NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phan Thị Loan^{1,2}, Nguyễn Thị Tố Uyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc và phân tích một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho người bệnh ung thư điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hỗn hợp theo trình tự giải thích, gồm giai đoạn định lượng cắt ngang trên 225 người chăm sóc chính và giai đoạn định tính với 10 phỏng vấn sâu, 3 thảo luận nhóm tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Gánh nặng chăm sóc đo bằng thang Zarit Burden Interview 22 câu (ZBI-22, 0-88 điểm); sức khỏe người chăm sóc bằng EQ-VAS; mức phụ thuộc người bệnh bằng chỉ số Barthel.

Kết quả: Điểm ZBI trung bình $31,11 \pm 18,10$; 27,5% người chăm sóc có gánh nặng từ trung bình-nặng đến nặng. ZBI-22 có Cronbach's alpha 0,956, phản ánh độ tin cậy nhất quán nội tại; độ giá trị cấu trúc chưa được đánh giá trên quần thể này. Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến 11 biến, hai yếu tố còn liên quan độc lập: người chăm sóc có bệnh mạn tính có điểm ZBI cao hơn 12,88 điểm (KTC95%: 5,98-19,78; $p < 0,001$); mỗi điểm Barthel tăng liên quan ZBI giảm 0,28 điểm (KTC95%: -0,39 đến -0,18; $p < 0,001$). Kết quả định tính cho thấy gánh nặng đa chiều, chịu ảnh hưởng bởi mức phụ thuộc, sức khỏe người chăm sóc, khả năng có người thay thế và hỗ trợ từ gia đình, nhân viên y tế.

Kết luận: Một bộ phận đáng kể người chăm sóc chính có gánh nặng từ trung bình-nặng đến nặng, liên

quan đến bệnh mạn tính của người chăm sóc và mức phụ thuộc của người bệnh. Các hàm ý thực hành từ dữ liệu định tính cần được kiểm chứng thêm trước khi triển khai như can thiệp chính thức.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, thang ZBI, ung thư, người chăm sóc chính, Thái Nguyên.

SUMMARY

CAREGIVER BURDEN AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To describe the status of caregiver burden and analyze factors associated with caregiver burden among primary caregivers of cancer patients treated at Thai Nguyen National Hospital in 2026.

Subjects and methods: An explanatory sequential mixed-methods study, comprising a cross-sectional quantitative phase among 225 primary caregivers and a qualitative phase with 10 in-depth interviews and 3 focus group discussions, was conducted at the Oncology Center, Thai Nguyen National Hospital. Caregiver burden was measured using the 22-item Zarit Burden Interview (ZBI-22, 0-88); caregiver self-rated health using EQ-VAS (0-100); patient functional dependence using the Barthel Index (0-100).

Results: The mean ZBI score was 31.11 ± 18.10 (range 0-88); 27.5% of caregivers had moderate-to-severe or severe burden. The ZBI-22 had a Cronbach's alpha of 0.956, reflecting internal consistency only; construct validity in this population was not assessed. In an 11-variable multivariable linear regression model, caregivers with a chronic disease had a ZBI score 12.88 points higher than those without (95%CI: 5.98-19.78; $p < 0.001$); each one-point increase in the Barthel Index was associated with a 0.28-point decrease in ZBI score (95%CI: -0.39 to -0.18; $p < 0.001$). Qualitative findings

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên,

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Loan

Email: phanloan967@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 22/08/2026

Ngày duyệt bài: 31/08/2026

showed burden was multidimensional, influenced by patient dependence, caregiver health, availability of a substitute caregiver, and family/health-staff support.

Conclusion: A substantial proportion of primary caregivers experienced moderate-to-severe or severe burden, associated with caregiver chronic disease and patient functional dependence. Practice implications drawn from the qualitative findings (risk screening, caregiver health support, skills education, interdisciplinary connection) should be further tested before being implemented as formal interventions.

Keywords: Caregiver burden, Zarit Burden Interview, cancer, primary caregiver, Thai Nguyen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, tạo gánh nặng lớn cho người bệnh, gia đình và hệ thống y tế. Theo GLOBOCAN 2024, thế giới ghi nhận khoảng 20,64 triệu ca mắc mới và 9,76 triệu ca tử vong do ung thư [7]; tại Việt Nam năm 2024 ước tính có 177.404 ca mắc mới và 111.015 ca tử vong [5].

Điều trị ung thư thường kéo dài, gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích hoặc chăm sóc giảm nhẹ. Người bệnh có thể suy giảm khả năng sinh hoạt hằng ngày và cần sự hỗ trợ thường xuyên của gia đình. Người chăm sóc chính - thường không được đào tạo chuyên môn, không nhận tiền công - đảm nhiệm phần lớn việc hỗ trợ ăn uống, vệ sinh, đi lại, quản lý thuốc và tinh thần cho người bệnh. Khi nhu cầu chăm sóc vượt quá nguồn lực sẵn có, người chăm sóc có thể xuất hiện gánh nặng chăm sóc - khái niệm đa chiều phản ánh ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe thể chất, tâm lý, xã hội và tài chính của họ [3],[8].

Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận điểm ZBI trung bình $27,21 \pm 11,49$

[1]; tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế ghi nhận 35,7% người chăm sóc có gánh nặng từ nhẹ đến cao [2]. Gánh nặng chăm sóc khác nhau đáng kể giữa các cơ sở, tùy đặc điểm người chăm sóc, người bệnh và tổ chức dịch vụ.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là cơ sở tuyến cuối, tiếp nhận người bệnh ung thư từ Thái Nguyên và các tỉnh trung du, miền núi phía Bắc, nơi người chăm sóc có thể gặp khó khăn về khoảng cách đi lại và kinh tế, nhưng chưa có đầy đủ bằng chứng về gánh nặng chăm sóc tại đây. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho người bệnh ung thư điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc tại địa điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Giai đoạn định lượng gồm người chăm sóc chính không hưởng tiền công của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu, từ đủ 18 tuổi, đảm nhiệm phần lớn và dành nhiều thời gian chăm sóc nhất trong 7 ngày gần nhất, đồng ý tự nguyện tham gia. Giai đoạn định tính gồm người chăm sóc đã tham gia định lượng, chọn có chủ đích để tạo khác biệt về điểm ZBI, và người cung cấp thông tin chủ chốt là nhân viên y tế/Công tác xã hội.

2.2. Thời gian, địa điểm: Thu thập định lượng từ 01/6-15/7/2026; định tính từ 16/7-10/8/2026, tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Thiết kế: Nghiên cứu hỗn hợp theo trình tự giải thích (explanatory sequential),

gồm giai đoạn định lượng thực hiện trước và giai đoạn định tính thực hiện sau nhằm giải thích sâu hơn kết quả định lượng. Phân bố điểm ZBI theo ba nhóm thấp/giữa/cao được dùng làm căn cứ chọn mẫu định tính có chủ đích; kết quả định tính sau đó được đối chiếu ngược lại với các phát hiện định lượng theo từng chủ đề qua bảng tích hợp (joint display), đặc biệt các trường hợp không nhất quán (ví dụ Barthel cao nhưng ZBI cao). Phỏng vấn và thảo luận nhóm dừng khi không còn chủ đề mới sau hai cuộc phỏng vấn liên tiếp (bảo hòa theo kinh nghiệm, chưa tính chỉ số định lượng). Dữ liệu định tính được hai thành viên mã hóa độc lập theo phương pháp phân tích chủ đề, đối chiếu và thống nhất qua thảo luận nhóm; nhóm nghiên cứu ghi nhật ký phân tích và phản hồi tóm tắt chủ đề với một số người tham gia để kiểm tra chéo.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu định lượng tính theo công thức ước tính một tỷ lệ, $p=0,357$ [2], độ tin cậy 95%, sai số 6,5%, cho n tối thiểu 209; thực tế 225 người đủ tiêu chuẩn được chọn mẫu liên tiếp. Mẫu định tính gồm 10 phỏng vấn sâu (7 người chăm sóc theo 3 nhóm ZBI và 3 người cung cấp thông tin chủ chốt) và 3 thảo luận nhóm, tổng 29 lượt tham gia, 27 người.

2.5. Bộ công cụ, biến số: Gánh nặng chăm sóc đo bằng ZBI-22 [8], mỗi câu 0-4 điểm, tổng 0-88, phân 4 mức: 0-20 (ít/không), 21-40 (nhẹ-trung bình), 41-60 (trung bình-nặng), 61-88 (nặng). Cronbach's alpha 0,956 phản ánh tính nhất quán nội tại giữa các câu hỏi, không đồng nghĩa với độ giá trị cấu trúc của thang đo trên quần thể người chăm sóc ung thư tại Việt Nam; nghiên cứu chưa đánh giá độ giá trị hội tụ/phân biệt trên mẫu này. Sức khỏe

tự đánh giá đo bằng EQ-VAS (0-100). Mức độc lập sinh hoạt của người bệnh đo bằng chỉ số Barthel [6] (0-100). Các biến độc lập khác gồm đặc điểm nhân khẩu học, sức khỏe, quá trình chăm sóc của người chăm sóc và đặc điểm bệnh lý, điều trị của người bệnh.

2.6. Phân tích số liệu: Số liệu định lượng phân tích bằng SPSS 26; mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị; so sánh nhóm bằng Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis; tương quan bằng hệ số Spearman; yếu tố liên quan độc lập với điểm ZBI xác định bằng hồi quy tuyến tính đa biến 11 biến xác định trước, $p<0,05$. Do ZBI có giới hạn thang đo và phân bố có thể lệch, nghiên cứu chưa thực hiện đầy đủ các kiểm tra chẩn đoán mô hình (tuyến tính, phân phối/phương sai phần dư, đa cộng tuyến VIF, điểm ảnh hưởng) - hạn chế cần bổ sung trước khi công bố chính thức. Dữ liệu định tính phân tích theo phương pháp phân tích chủ đề, tích hợp với kết quả định lượng như mô tả ở trên.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên thông qua và được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho phép triển khai. Người tham gia được giải thích, tự nguyện đồng ý, có quyền từ chối/rút lui; dữ liệu được mã hóa, bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình người chăm sóc là $46,17\pm 11,61$; nhóm 30-44 tuổi chiếm cao nhất (40,9%); nữ chiếm 53,3%; đã kết hôn 93,8%; con chiếm 52,9%, vợ/chồng 36,9% trong quan hệ với người bệnh. Tỷ lệ có bệnh mạn tính 25,3%; EQ-VAS trung bình

70,00±14,24. Trung bình 2,47±1,39 người cùng chăm sóc; thời gian đảm nhiệm chăm sóc trung bình 6,84±7,60 tháng; tổng giờ chăm sóc/7 ngày trung bình 71,0±51,3 giờ. Người bệnh có tuổi trung bình 62,35±12,10; ung thư

phổi thường gặp nhất (22,7%); xạ trị là phương pháp điều trị chính phổ biến nhất (29,3%). Chỉ số Barthel trung bình 81,98±24,15; 49,3% người bệnh độc lập hoàn toàn (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của người chăm sóc chính và người bệnh (n=225)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi người chăm sóc (năm), TB±SD	46,17±11,61
Giới tính nữ, n (%)	120 (53,3)
Đã kết hôn, n (%)	211 (93,8)
Quan hệ với người bệnh là con / vợ-chồng, n (%)	119 (52,9) / 83 (36,9)
Có bệnh mạn tính, n (%)	57 (25,3)
Điểm EQ-VAS, TB±SD	70,00±14,24
Số người cùng tham gia chăm sóc, TB±SD	2,47±1,39
Thời gian đảm nhiệm chăm sóc (tháng), TB±SD	6,84±7,60
Tổng giờ chăm sóc/7 ngày, TB±SD	71,00±51,30
Tuổi người bệnh (năm), TB±SD	62,35±12,10
Ung thư phổi, n (%)	51 (22,7)
Xạ trị là phương pháp điều trị chính, n (%)	66 (29,3)
Chỉ số Barthel của người bệnh, TB±SD	81,98±24,15
Người bệnh độc lập hoàn toàn (Barthel=100), n (%)	111 (49,3)

Thực trạng gánh nặng chăm sóc: Điểm ZBI trung bình 31,11±18,10, dao động 0-88 (Cronbach's alpha=0,956, phản ánh tính nhất quán nội tại). Nhóm gánh nặng nhẹ-trung bình chiếm cao nhất (44,9%), tiếp đến không/ít (27,6%), trung bình-nặng (23,1%) và nặng (4,4%); 72,4% có gánh nặng từ nhẹ-trung bình trở lên, 27,5% từ trung bình-nặng đến nặng (Bảng 2).

Bảng 2. Phân bố mức độ gánh nặng chăm sóc theo thang ZBI (n=225)

Mức độ gánh nặng (điểm ZBI)	n	%
0-20: Không/ít gánh nặng	62	27,6
21-40: Nhẹ-trung bình	101	44,9
41-60: Trung bình-nặng	52	23,1
61-88: Nặng	10	4,4

Tổng điểm ZBI, TB±SD: 31,11±18,10. Cronbach's alpha=0,956 (tính nhất quán nội tại; độ giá trị cấu trúc chưa được kiểm định trên quần thể này).

Một số yếu tố liên quan: Phân tích tương quan Spearman cho thấy điểm ZBI tương quan nghịch với Barthel ($\rho=-0,393$; $p<0,001$) và EQ-VAS ($\rho=-0,265$; $p<0,001$), tương quan thuận yếu với tuổi người chăm sóc ($\rho=0,172$;

$p=0,010$). Phân tích đơn biến (Mann-Whitney/Kruskal-Wallis) cho thấy điểm ZBI khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi, nghề nghiệp, bệnh mạn tính, thời gian và giờ chăm sóc, loại ung thư, phương pháp điều trị và mức Barthel ($p<0,05$); chưa khác biệt theo giới, học vấn, quan hệ với người bệnh và số người cùng chăm sóc.

Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến 11 biến (Bảng 3), hai yếu tố còn liên quan độc lập, có ý nghĩa thống kê với điểm ZBI: người chăm sóc có bệnh mạn tính có điểm ZBI cao hơn 12,88 điểm (KTC95%: 5,98-

19,78; $p<0,001$); mỗi điểm Barthel của người bệnh tăng liên quan điểm ZBI giảm 0,28 điểm (KTC95%: -0,39 đến -0,18; $p<0,001$). Các biến còn lại trong mô hình 11 biến (tuổi, giới, nghề nghiệp, EQ-VAS của người chăm sóc; thời gian đảm nhiệm, tổng giờ chăm sóc/7 ngày, số người cùng chăm sóc; loại ung thư, phương pháp điều trị chính của người bệnh) không đạt ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh; hệ số hồi quy đầy đủ của các biến này cần được bổ sung từ kết quả phân tích gốc trước khi công bố chính thức.

Bảng 3. Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến điểm ZBI (kết quả rút gọn)

Yếu tố	B hiệu chỉnh (KTC95%)	p
Bệnh mạn tính (có so với không)	12,88 (5,98 - 19,78)	<0,001
Chỉ số Barthel (mỗi điểm)	-0,28 (-0,39 - -0,18)	<0,001

Mô hình xác định trước gồm 11 biến: tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh mạn tính, EQ-VAS của người chăm sóc; thời gian đảm nhiệm, tổng giờ chăm sóc/7 ngày, số người cùng chăm sóc; loại ung thư, phương pháp điều trị chính và Barthel của người bệnh. Chín biến còn lại không đạt ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Bảng hệ số đầy đủ và các kiểm định chẩn đoán mô hình (tuyến tính, phần dư, VIF, điểm ảnh hưởng) cần bổ sung từ kết quả gốc trước khi công bố.

Kết quả định tính: Phân tích 10 phỏng vấn sâu và 3 thảo luận nhóm (27 người) hình thành 5 chủ đề (Bảng 4). Gánh nặng mang tính đa chiều, khác biệt theo mức ZBI: nhóm thấp ít quá tải khi người bệnh còn độc lập; nhóm cao có gánh nặng thể chất-tâm lý-nghề nghiệp đồng thời, đặc biệt khi chăm sóc kéo dài, không có người thay và người chăm sóc

có bệnh nền. Một trích dẫn minh họa trường hợp gánh nặng cao dù người bệnh còn độc lập (Barthel 100): “Tôi cảm thấy gánh nặng rất nặng dù chị vẫn độc lập trong sinh hoạt. Điều làm tôi mệt nhất là nỗi sợ bệnh tiến triển” (PVS-NCS-C01) - cho thấy gánh nặng tâm lý-dự báo có thể tồn tại độc lập với gánh nặng thể chất đo bằng Barthel. Gia đình và điều dưỡng được mô tả là nguồn hỗ trợ giúp giảm áp lực; sàng lọc, tư vấn tâm lý và theo dõi sau ra viện được mô tả còn hạn chế. Từ đối chiếu hai nguồn dữ liệu, nhóm nghiên cứu đề xuất các hàm ý thực hành cần kiểm chứng thêm theo 6 hướng: sàng lọc và phân tầng nguy cơ; chăm sóc sức khỏe người chăm sóc; giáo dục-dạy lại kỹ năng; phối hợp gia đình; hỗ trợ tâm lý-xã hội liên ngành; đầu mối tư vấn và theo dõi liên tục.

Bảng 4. Các chủ đề chính từ nghiên cứu định tính

Chủ đề	Nội dung cốt lõi
1. Gánh nặng chăm sóc mang tính đa chiều	Mức độ khác nhau theo ZBI; gánh nặng tâm lý có thể cao dù người bệnh còn độc lập
2. Yếu tố làm tăng/giảm gánh nặng	Phụ thuộc, chăm sóc kéo dài, bệnh mạn tính, thiếu người thay làm tăng; phân công gia đình làm giảm
3. Gia đình và nhân viên y tế là nguồn hỗ trợ quan trọng	Chia sẻ chăm sóc và hướng dẫn kỹ năng được mô tả giúp người chăm sóc tự tin, giảm áp lực
4. Hỗ trợ hiện tại còn chưa đồng bộ, liên tục	Chưa sàng lọc thường quy; tư vấn tâm lý và theo dõi sau ra viện còn hạn chế
5. Nhu cầu và hàm ý thực hành theo quy cơ	Gợi ý hướng sàng lọc phân tầng, tài liệu hỗ trợ, đầu mối liên hệ - cần kiểm chứng thêm

IV. BÀN LUẬN

Điểm ZBI trung bình $31,11 \pm 18,10$ cao hơn kết quả $27,21 \pm 11,49$ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [1]. Có 27,5% người chăm sóc đạt gánh nặng từ trung bình-nặng đến nặng, phù hợp nhận định quốc tế rằng gánh nặng đáng kể thường tập trung ở nhóm chăm sóc người bệnh phụ thuộc cao hoặc bệnh tiến triển [4]. ZBI-22 có Cronbach's alpha 0,956, cho thấy độ tin cậy nội tại cao; tuy nhiên chỉ số này không thay thế cho việc đánh giá độ giá trị cấu trúc, vốn chưa được kiểm định trên quần thể nghiên cứu này.

Bệnh mạn tính của người chăm sóc là yếu tố liên quan độc lập nổi bật nhất trong mô hình đa biến (chênh lệch 12,88 điểm ZBI), phù hợp y văn cho thấy bệnh nền có thể làm giảm khả năng chịu đựng của người chăm sóc [4]. Chỉ số Barthel của người bệnh cũng liên quan độc lập (mỗi điểm tăng liên quan ZBI giảm 0,28 điểm), tương đồng nhận định rằng mức phụ thuộc chức năng làm tăng khối lượng nhiệm vụ hỗ trợ sinh hoạt [4]. Đây là các mối liên quan quan sát được từ thiết kế cắt ngang, không hàm ý quan hệ nhân quả hay xác định

“yếu tố quyết định”. Đáng chú ý, dữ liệu định tính ghi nhận trường hợp Barthel 100 nhưng ZBI rất cao, cho thấy gánh nặng không chỉ đến từ hỗ trợ thể chất mà còn từ lo lắng tiên lượng bệnh - minh họa giá trị bổ sung của cấu phần định tính trong giải thích các trường hợp không nhất quán.

Chín biến còn lại trong mô hình 11 biến không đạt ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh, dù một số có khác biệt ở phân tích đơn biến - gợi ý các mối liên quan thô này có thể chịu nhiều bởi mức phụ thuộc và sức khỏe người chăm sóc. Mô hình hồi quy tuyến tính chưa được kiểm tra đầy đủ các giả định (tuyến tính, phân phối/phương sai phần dư, đa cộng tuyến, điểm ảnh hưởng); đây là hạn chế cần khắc phục trước khi công bố chính thức, vì ZBI có giới hạn thang đo và có thể phân bố lệch.

Kết quả định tính cho thấy hỗ trợ của gia đình và hướng dẫn kỹ năng của điều dưỡng được mô tả có vai trò giảm áp lực, trong khi sàng lọc, tư vấn tâm lý và theo dõi sau ra viện được mô tả còn mang tính phát sinh, chưa đồng bộ. Các hàm ý thực hành đề xuất từ đó (sàng lọc

nguy cơ, hỗ trợ sức khỏe người chăm sóc, giáo dục kỹ năng, hỗ trợ tâm lý-xã hội liên ngành) cần được xem là giả thuyết thực hành để kiểm chứng bằng nghiên cứu can thiệp, chưa phải giải pháp đã chứng minh hiệu quả.

Nghiên cứu có điểm mạnh là cỡ mẫu vượt mức tối thiểu, kết hợp ba công cụ chuẩn hóa và thiết kế hỗn hợp. Hạn chế gồm: thiết kế cắt ngang không xác định nhân quả; mô hình hồi quy chưa được chẩn đoán đầy đủ và chỉ công khai hai biến có ý nghĩa; độ giá trị cấu trúc của ZBI chưa được kiểm định trên quần thể này; nghiên cứu tại một bệnh viện nên khả năng suy rộng còn hạn chế; mẫu định tính chọn có chủ đích nên không nhằm ước lượng tỷ lệ trong quần thể.

V. KẾT LUẬN

Trên 225 người chăm sóc chính cho người bệnh ung thư, điểm ZBI trung bình $31,11 \pm 18,10$; 27,5% có gánh nặng từ trung bình-nặng đến nặng. Trong mô hình hồi quy đa biến 11 biến, bệnh mạn tính của người chăm sóc (chênh lệch +12,88 điểm ZBI) và chỉ số Barthel của người bệnh (mỗi điểm tăng liên quan giảm 0,28 điểm ZBI) là hai yếu tố còn liên quan độc lập, có ý nghĩa thống kê; đây là các mối liên quan quan sát từ thiết kế cắt ngang, không hàm ý quan hệ nhân quả. Kết quả định tính cho thấy gánh nặng chăm sóc mang tính đa chiều, chịu ảnh hưởng của mức phụ thuộc, sức khỏe người chăm sóc, khả năng có người thay thế và mức hỗ trợ từ gia đình, nhân viên y tế.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Thí điểm sàng lọc nguy cơ gánh nặng chăm sóc tại Trung tâm Ung bướu, ưu tiên

người chăm sóc có bệnh mạn tính hoặc chăm sóc người bệnh phụ thuộc nhiều; các nội dung sàng lọc và hỗ trợ cụ thể cần được kiểm chứng qua nghiên cứu can thiệp trước khi triển khai đại trà.

2. Bổ sung bảng kết quả đầy đủ 11 biến của mô hình hồi quy và các kiểm định chẩn đoán mô hình trong bản thảo gửi đăng chính thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Sơn, Nguyễn Minh Châu, Nguyễn Thị Huyền. Khảo sát gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh ung thư tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;183:373-383.
2. Trần Bình Thắng, Nguyễn Văn Cầu, Đặng Cao Khoa và cs. Một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Tạp chí Y tế Công cộng. 2024;69:46-53.
3. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA. 2014;311:1052-1060.
4. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychological, relationship, and financial burden of family caregiving in cancer: a review. J Oncol Pract. 2013;9(4):197-202.
5. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Viet Nam Fact Sheet, GLOBOCAN 2024. Lyon: IARC; 2026.
6. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:56-61.
7. Sung H, Filho AM, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA Cancer J Clin. 2026;e70090.
8. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-655.