

Đánh giá gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Caregiver burden and related factors among caregivers of stroke patients in Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital

Nguyễn Thị Thúy¹, Dương Minh Đức¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Phạm Thị Ngọc^{1,2}✉

¹ Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

² Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ

Phạm Thị Ngọc
Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh,
Trường Đại học Y Hà Nội
Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh,
Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức
Email: phamngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

ABSTRACT

Objective: To assess caregiver burden and related factor to constipation among caregivers of stroke patients in Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital.

Methodology: This is a cross-sectional study performed in 90 caregivers of stroke patients. Zarit Burden Interview was used to assess caregiver burden.

Results: The mean score of caregiver burden was 20.83 ± 13.02 ; and majority of caregivers had mild to moderate burden (47.8%), there were 6.7% of caregiver had moderate to severe burden ($p < 0.05$). Perceived self-health, the number of days for caregiving, and functional dependence of stroke patients had statistically significant associations with caregiver burden, in which the number of days for caregiving, and functional dependence of stroke patients statistically significant predicted caregiver burden ($p < 0.05$).

Conclusion: Caregiver burden of caregivers of stroke patients in our study were moderate. Early interventions that focus on risk factors, support caregivers in caring for patients, and increase the patient's functional independence will help reduce caregiver burden.

Keywords: caregiver burden, related factors, stroke patients.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên

90 người chăm sóc người bệnh đột quỵ. Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh được đánh giá bằng bộ câu hỏi Zarit Burden Interview.

Kết quả: Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ là $20,83 \pm 13,02$, trong đó đa số người chăm sóc có gánh nặng ở mức nhẹ đến trung bình (47,8%), có tới 6,7% người chăm sóc có gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình đến nặng. Các yếu tố phân loại sức khỏe, số ngày chăm sóc và mức độ phụ thuộc của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê đến gánh nặng của người chăm sóc, trong đó số ngày chăm sóc và mức độ phụ thuộc của người bệnh dự đoán có ý nghĩa thống kê với gánh nặng của người chăm sóc ($p < 0,05$)

Kết luận: Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ trung bình. Các biện pháp can thiệp sớm tập trung vào các yếu tố nguy cơ, hỗ trợ người chăm sóc trong việc chăm sóc người bệnh, tăng cường mức độ độc lập chức năng của người bệnh sẽ giúp làm giảm gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc.

Từ khóa: gánh nặng chăm sóc, yếu tố liên quan, người bệnh đột quỵ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, sự phát triển của y học hiện đại cùng với sự ra đời của các trung tâm đột quỵ đã góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do đột quỵ gây ra. Tuy nhiên, đột quỵ vẫn là căn nguyên gây tử vong đứng hàng thứ hai và nguyên nhân gây tàn tật đứng hàng thứ ba trên toàn thế giới. Năm 2020, trên toàn thế giới đã có 7,08 triệu ca tử vong do bệnh mạch máu não, trong đó Đông Nam Á là một trong những khu vực đứng đầu về tỷ lệ tử vong do đột quỵ nói chung¹. Tỷ lệ đột quỵ thay đổi theo từng khu vực và quốc gia, ở một

số nước châu Á như Ấn Độ có tỷ lệ đột quỵ não là 154/100000 người/năm, tỷ lệ mắc đột quỵ tại Hàn Quốc là 105/100000 người/năm. Tại Việt nam, tỷ lệ mắc đột quỵ tại là 250/100000 người/năm² và đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong chiếm 21,7% tổng tỷ lệ tử vong năm 2012³.

Đột quỵ não là một biến cố nghiêm trọng ảnh hưởng tới tất cả các khía cạnh đời sống của mỗi cá nhân mắc phải. Sự tác động của đột quỵ não tới mỗi cá nhân thường không lường trước được, đột quỵ không chỉ để lại những hậu quả nặng nề cho người bệnh (bao gồm các vấn đề thể chất, tâm lý, xã hội và kinh tế) mà nó còn là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Một khảo sát năm 2017 ở Tây Ban Nha cho thấy 2/3 số người sống sót sau đột quỵ cần một người chăm sóc, hỗ trợ họ trong các hoạt động hàng ngày và hàng tuần⁴. Một nghiên cứu khác được tiến hành ở Turkey cho thấy 80% người bệnh đột quỵ có khả năng hòa nhập vào cộng đồng sau quá trình phục hồi chức năng, tuy nhiên họ phụ thuộc vào cảm xúc và sự hỗ trợ xã hội của các thành viên trong gia đình⁵. Văn hóa truyền thống gia đình của người Việt Nam cho rằng gia đình là đơn vị cơ bản của xã hội, những người lớn tuổi hoặc ốm đau thường được chăm sóc bởi các thành viên trong gia đình⁶. Do đó người chăm sóc đóng một vai trò quan trọng trong việc tạo điều kiện cho những người sống sót sau đột quỵ được phục hồi.

Trong những năm gần đây hệ thống y tế không chỉ tập trung vào việc phục hồi chức năng cho người bệnh mà còn nâng cao nhận thức về vai trò của người chăm sóc trong việc quản lý lâu dài những người sống sót sau đột quỵ. Nghiên cứu của tác giả Phạm năm 2021 đã chỉ ra rằng có tới 54,39% người chăm sóc của người bệnh đột quỵ có gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình⁷. Nghiên cứu của Kumar cho thấy phần lớn người

chăm sóc có gánh nặng chăm sóc từ mức nhẹ đến trung bình⁸. Người chăm sóc trong gia đình không chỉ cung cấp cho các hoạt động chăm sóc hàng ngày như việc tắm rửa, mặc quần áo, giúp đỡ người bệnh trong việc di chuyển mà họ còn phải đối phó với một số vấn đề tâm thần của người bệnh. Do đó những áp lực chăm sóc đó sẽ dẫn tới gánh nặng chăm sóc ở những người chăm sóc người bệnh sau đột quỵ. Một số yếu tố đã được thống kê là liên quan đến gánh nặng chăm sóc bao gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, nhận thức về tình trạng sức khỏe của bản thân, và mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh⁵⁻⁷.

Các nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ đã được tiến hành trên thế giới, tuy nhiên vấn đề này vẫn chưa được chú trọng nhiều ở Việt Nam. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Khoa Nội- Hồi sức Thần kinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức” với 2 mục tiêu:**

- Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ tại khoa Nội- Hồi sức Thần kinh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Khoa Nội- Hồi sức Thần kinh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm

Khoa Nội- Hồi sức thần kinh, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

2.1.2. Thời gian

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/2023-12/2023, thời gian thu số liệu từ tháng 05/2023 đến hết tháng 08/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Người chăm sóc người bệnh đột quỵ điều trị nội trú tại Khoa Nội – Hồi sức thần kinh.

Người trên 18 tuổi

Người chăm sóc người bệnh này được xác định là người chăm sóc chính (người dành nhiều thời gian nhất với người bệnh. Trong trường hợp người bệnh có nhiều người chăm sóc thì người dành nhiều thời gian chăm sóc cho người bệnh nhất sẽ được lựa chọn) và không được trả lương chăm sóc cho những người sống sót sau đột quỵ.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người chăm sóc đã từng bị đột quỵ hoặc được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tâm lý trong quá khứ.

Người chăm sóc có kèm chẩn đoán các bệnh lý khác: ung thư, parkinson, suy gan, suy thận.

Người chăm sóc không sẵn sàng tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lấy toàn bộ người chăm sóc người bệnh đột quỵ trong khoảng thời gian từ tháng 05/2023 đến hết tháng 08/2023 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.3. Bộ công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ nghiên cứu gồm 3 phần: Các biến nhân khẩu học bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, thu nhập bình quân, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, quan hệ với người bệnh, số lần người bệnh bị đột quỵ, thời gian chăm sóc người bệnh kể từ khi bị đột quỵ, thời gian chăm sóc người bệnh trung bình trong ngày và tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của bản thân. Thang điểm Barthel Index (BI) đánh giá mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh, và thang điểm Zarit Burden Interview (ZBI) đánh giá gánh nặng của người chăm sóc.

Barthel Index (BI): BI là thang điểm được phát triển bởi Mahoney & Barthel²⁰ đánh giá mức độ phụ thuộc của người bệnh thông qua đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sống hàng ngày của người bệnh. Thang điểm này có 10 mục liên quan đến chức năng ruột, bàng quang, ăn, chải đầu, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển, vận động, mặc quần áo, lên/xuống cầu thang và tắm.. Mỗi mục sẽ được cho điểm từ 0- 10 hoặc 15 (mô tả 3 mức độ: không thể tự thực hiện, cần một số sự trợ giúp, thực hiện độc lập, tương ứng với số điểm là 0, 5, 10 hoặc 15). Điểm số càng cao phản ánh tính độc lập của người bệnh càng cao. Tổng số điểm có thể có của thang điểm dao động từ 0 đến 100 điểm và được chia thành 4 mức độ: mức độ phụ thuộc hoàn toàn (0- 20 điểm), phụ thuộc nghiêm trọng (21- 60 điểm), phụ thuộc trung bình (61-90 điểm) và phụ thuộc mức độ nhẹ (90-100 điểm). Thang điểm này đã được dịch và sử dụng trong nghiên cứu được thực hiện ở người Việt Nam với giá trị Cronbach's alpha của thang điểm này đạt 0,956. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị Cronbach's alpha của thang điểm này đạt

Zarit Burden Interview (ZBI): Thang điểm ZBI gồm 22 câu hỏi, đánh giá gánh nặng chăm sóc dựa trên các khía cạnh sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, tài chính, đời sống xã hội và mối quan hệ giữa người chăm sóc và người bệnh. Câu trả lời cho mỗi câu hỏi dựa trên 5 mức độ với 0 = không bao giờ, 1= hiếm khi, 2 = thi thoảng, 3 = khá thường xuyên, 4 = luôn luôn. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0- 88 điểm với các mức: Không có gánh nặng (0-20 điểm), gánh nặng vừa phải (21-40 điểm), gánh nặng trung bình (41-60 điểm) và gánh nặng nghiêm trọng (61-88 điểm). Đây là bộ công cụ thiết kế bao phủ được nhiều khía cạnh và được sử dụng nhiều nhất cho mục đích đánh giá về gánh nặng của người chăm sóc. Bộ công cụ này đã được nhiều

quốc gia sử dụng như Iran, Trung Quốc, Hàn Quốc, Ấn Độ, Việt Nam. Trong nghiên cứu này giá trị Cronbach's alpha của thang điểm này đạt.

2.4. Phân tích số liệu

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0 được sử dụng cho việc nhập và phân tích số liệu. Tất cả số liệu được nhập vào máy tính và kiểm tra cẩn thận, đảm bảo không có sai số. Giả thuyết của nghiên cứu được sử dụng để định hướng cho việc phân tích. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng cho các test thống kê là 0.05. Phân tích mô tả sẽ phân tích giá trị trung bình và độ lệch chuẩn cho các biến liên tục, tần số và phần trăm có các biến phân loại. Nghiên cứu định dạng các biến tuổi, thời gian chăm sóc trong một ngày, thời gian chăm sóc từ khi người bệnh bị đột quỵ như các biến liên tục (mean \pm SD), giới tính, nghề nghiệp là biến nhị phân. Mối quan hệ với người bệnh, số lần người bệnh bị đột quỵ, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập bình quân, tự đánh giá về tình trạng sức khỏe là biến phân loại. Sự khác biệt giữa các yếu tố nhân khẩu học và GNCS được phân tích sử dụng Independent Sample T test và ANOVA, tương quan Pearson Correlation được sử dụng để đánh giá tương quan giữa các biến liên tục và điểm trung bình GNCS. Với $p < 0,05$ cho thấy phân tích có ý nghĩa thống kê.

2.5. Quá trình thu thập số liệu

Nghiên cứu viên giới thiệu và giải thích mục đích, phương pháp và quy trình thu thập dữ liệu nghiên cứu với Trưởng khoa. Sau khi được sự đồng ý của trưởng khoa, nghiên cứu viên sẽ đào tạo cho người thu thập số liệu, đảm bảo tất cả người tham gia lấy số liệu đều hiểu về mục đích, phương pháp và quy trình lấy số liệu. Người thu thập số liệu sẽ chọn những người tham gia đáp ứng đủ các tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu và thực hiện các cuộc phỏng vấn trực tiếp bao gồm giới thiệu bản thân với những người tham gia,

giải thích mục đích và lợi ích của việc tham gia nghiên cứu, quyền lợi và yêu cầu sự đồng ý để tham gia vào nghiên cứu. Người thu số liệu sẽ phỏng vấn những người tham gia và điền câu trả lời của họ vào bộ câu hỏi nghiên cứu. Sau khi hoàn thành bộ câu hỏi, người thu số liệu sẽ cảm ơn người tham gia vì đã tham gia vào nghiên cứu. Sau khi tất cả thông tin được thu thập, nghiên cứu viên sẽ mã hóa số liệu và nhập số liệu vào máy tính để chuẩn bị cho quá trình phân tích số liệu.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Để cương nghiên cứu và bộ công cụ thu thập số liệu được gửi lên Hội đồng thông qua đề cương của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Sau khi đề cương được thông qua, nghiên cứu viên sẽ đào tạo cho người thu thập số liệu, đảm bảo tất cả người tham gia lấy số liệu đều hiểu về mục

đích, phương pháp và quy trình lấy số liệu. Sau đó, tất cả người thu thập số liệu sẽ chọn những người tham gia đáp ứng đủ các tiêu chí lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ giải thích rõ mục đích và quy trình nghiên cứu, người nhà người bệnh tham gia được giải thích rằng nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích xác định gánh nặng chăm sóc người bệnh đột quỵ của người chăm sóc chính mà không có bất kỳ mục đích nào khác, việc tham gia nghiên cứu là tuyệt đối an toàn và vô hại và họ có quyền bảo mật, ẩn danh và rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không bị phạt. Thông tin cá nhân của người tham gia sẽ được mã hóa để xác định người tham gia. Tất cả các biểu mẫu thu thập và dữ liệu được bảo mật và chỉ nhà nghiên cứu mới có thể truy cập vào dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc người bệnh đột quỵ

Bảng 1. Đặc điểm chung của người chăm sóc (N=90)

Đặc điểm chung của NCS		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Tuổi				42,32±12,65	20-77
Giới	Nam	32	35,6		
	Nữ	58	64,4		
Nghề nghiệp	Ổn định	48	53,3		
	Không ổn định	42	46,7		
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	8	8,9		
	Trung học	33	36,7		
	Cao đẳng/Trung cấp	26	28,9		
	Đại học/Sau đại học	23	25,6		
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	64	71,1		
	Góa	5	5,6		
	Ly hôn/Ly thân	5	5,6		
	Chưa kết hôn	16	17,8		

Đặc điểm chung của NCS		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Quan hệ với người bệnh	Vợ/chồng	26	28,9		
	Mẹ/bố	9	10,0		
	Con trai/con gái	43	47,8		
	Khác	12	13,3		
Thời gian chăm sóc kể từ khi NB bị đột quỵ (ngày)				11,51 ± 5,70	5 – 30
Thời gian chăm sóc trong ngày (giờ)				16,74 ± 6,57	3 - 24
Số lần đột quỵ	1 lần	74	82,2		
	≥ 2 lần	16	17,8		
Tự đánh giá về sức khỏe	Trung bình	26	28,9		
	Tốt	47	52,2		
	Rất tốt	17	18,9		
Tổng		90	100		

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người chăm sóc là 42,32±12,65 với người chăm sóc trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và người cao tuổi nhất là 77 tuổi, trong đó nữ giới chiếm đa số với 64,4%. Có tới 46,7% người chăm sóc có nghề nghiệp không ổn định. Về trình độ học vấn, có tới 36,7% người chăm sóc có trình độ trung học, vẫn có tới 8,9% người chăm sóc có trình độ học vấn mức tiểu học. Về tình trạng hôn nhân, 71,1% người chăm sóc đã kết hôn. Đa số người chăm sóc là con trai/con gái của người bệnh (47,8%)

theo sau bởi vợ/chồng của người bệnh (28,9%).

Thời gian chăm sóc trung bình kể từ khi người bệnh bị đột quỵ là 11,51 ± 5,70 ngày, trong đó trung bình người chăm sóc dành 16,74 ± 6,57 giờ để chăm sóc người bệnh. Có tới 82,2% người bệnh bị đột quỵ lần đầu tiên, 17,8% người bệnh bị đột quỵ từ 2 lần trở lên. Có tới 52,2% người chăm sóc cho rằng mình có sức khỏe tốt, tuy nhiên vẫn có 28,9% người chăm sóc có sức khỏe mức trung bình

3.2. Phụ thuộc chức năng của người bệnh

Bảng 2. Mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh (N=90)

Phụ thuộc chức năng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD	Khoảng
Hoàn toàn phụ thuộc (0 – 20)	39	43,3	40,11 ± 35,56	0 – 100
Phụ thuộc nghiêm trọng (21 – 60)	26	28,9		
Phụ thuộc trung bình (61 – 90)	14	15,6		
Phụ thuộc ít (91 – 99)	1	1,1		
Không phụ thuộc (100)	10	11,1		
Tổng	90	100		

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy điểm trung bình mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh là $40,11 \pm 35,56$, trong đó phần lớn người bệnh phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc (43,3%), theo sau bởi phụ thuộc nghiêm trọng (28,9%) và phụ thuộc trung bình (15,6%). Có 11,1% người bệnh hoàn toàn độc lập và chỉ có 1,1% người bệnh phụ thuộc ít vào người chăm sóc.

3.3. Gánh nặng chăm sóc của NCS người bệnh đột quy

Bảng 3. Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc (N=90)

Gánh nặng chăm sóc	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Mean \pm SD	Khoảng
Không có gánh nặng (20)	41	45,6	20,83 \pm 13,02	0-53
Gánh nặng nhẹ đến trung bình (21-40)	43	47,8		
Gánh nặng trung bình đến nặng (41-60)	6	6,7		
Gánh nặng nghiêm trọng (>60)	0	0,0		
Tổng	90	100		

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy điểm trung bình gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quy là $20,83 \pm 13,02$. Trong đó, gánh nặng nhẹ đến trung bình chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 47,8%, theo sau bởi không có gánh nặng (45,6%). Tuy nhiên vẫn có tới 6,7% người chăm sóc cho thấy gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình đến nặng.

3.4. Các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc

3.4.1. Sự khác biệt trong các nhóm đặc điểm chung của NCS và GNCS

Bảng 4. Sự khác biệt giữa các nhóm đặc điểm chung của NCS và GNCS (N = 90)

Đặc điểm chung của NCS		Gánh nặng chăm sóc			
		Tần số (n)	Mean \pm SD	F/t	p
Giới tính	Nam	32	24,38 \pm 11,07	1,947	0,055
	Nữ	58	18,88 \pm 13,68		
Nghề nghiệp	Ổn định	48	20,17 \pm 13,15	-0,517	0,606
	Không ổn định	42	21,60 \pm 12,98		
Trình độ học vấn	\leq Tiểu học	8	23,75 \pm 14,61	0,371	0,774
	Trung học phổ thông	33	19,67 \pm 14,30		
	Cao đẳng/Trung cấp	26	22,31 \pm 12,43		
	Đại học/Sau đại học	23	19,83 \pm 11,65		
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	64	20,73 \pm 12,93	0,329	0,804
	Góa	5	21,60 \pm 22,43		
	Ly hôn/Ly thân	5	26,00 \pm 10,44		
	Chưa kết hôn	16	19,38 \pm 11,31		

Đặc điểm chung của NCS		Gánh nặng chăm sóc			
		Tần số (n)	Mean ± SD	F/t	p
Quan hệ với người bệnh	Vợ/Chồng	26	20,50 ± 13,63	0,632	0,597
	Mẹ/Bố	9	26,22 ± 8,03		
	Con trai/Con gái	43	20,51 ± 12,83		
	Khác	12	18,67 ± 15,61		
Số lần đột quỵ	1 lần	74	20,51 ± 12,89	-0,499	0,619
	≥ 2 lần	16	22,31 ± 13,91		
Sức khỏe của NCS	Trung bình	26	25,50 ± 14,12	3,406	0,038
	Tốt	47	17,64 ± 11,42		
	Rất tốt	17	22,53 ± 13,69		

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, quan hệ với người bệnh, số lần đột quỵ về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về gánh nặng chăm sóc của các nhóm trong tự nhận thức về tình trạng sức khỏe của người chăm sóc ($p < 0,05$).

3.4.2. Tương quan giữa các đặc điểm chung của NCS và GNCS

Bảng 5. Tương quan giữa đặc điểm chung của NCS và GNCS (N = 90)

	Gánh nặng chăm sóc	
	r	p
Tuổi	0,006	0,958
Thời gian làm NCS	0,528	0,000
Thời gian chăm sóc trong ngày	0,143	0,180

Nhận xét: Bảng 5 cho thấy tuổi và thời gian chăm sóc trong ngày của người chăm sóc không có tương quan với gánh nặng chăm sóc ($p > 0,05$). Thời gian chăm sóc kể từ khi người bệnh bị đột quỵ có tương quan thuận tương đối mạnh với gánh nặng chăm sóc ($r = 0,528, p < 0,001$).

3.4.3. Tương quan giữa mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh và GNCS

Bảng 6. Tương quan giữa mức độ phụ thuộc chức năng và GNCS (N = 90)

	Gánh nặng chăm sóc	
	r	p
Phụ thuộc chức năng	-0,712	0,000

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy có sự tương quan nghịch giữa mức phụ thuộc chức năng của người bệnh và gánh nặng chăm sóc ($r = -0,712; p = 0,000$). Khi điểm phụ thuộc chức năng của người bệnh tăng cao thì điểm gánh nặng chăm sóc sẽ giảm và ngược lại điểm phụ thuộc chức năng càng thấp thì gánh nặng chăm sóc càng cao (người bệnh càng độc lập thì gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc càng thấp).

3.4.4. Yếu tố dự đoán gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc

Bảng 7. Yếu tố dự đoán GNCS (N = 90)

Model	SS	df	MS	F	p
Regression	8176,094	3	2725,365	33,956	0.000
Residual	6902,406	86	80,216		
Total	15078,50	89			

R-square = 0.542; Adjusted R-square = 0.526

Biến	Coefficient	Std.error	t	p
Constant	21,665	4,224	5,129	0.000
Phân loại sức khỏe	1,327	1,388	0,956	0.342
Số ngày chăm sóc	0,455	0.198	2,297	0.024
Mức độ phụ thuộc	-0,221	0,032	-6,991	0,000

Mô hình hồi quy cho thấy 54,2% sự thay đổi của gánh nặng chăm sóc được giải thích bởi số ngày người chăm sóc cho người bệnh và mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh. 45,8% (100%-54,2%) sự thay đổi của gánh nặng chăm sóc không được giải thích bởi mô hình này.

Số ngày chăm sóc của người chăm sóc và mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh dự đoán có ý nghĩa thống kê đối với GNCS ($p < 0.05$), trong đó số ngày chăm sóc có giá trị dự đoán lớn nhất đối với gánh nặng chăm sóc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc và mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nhẹ đến trung bình. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu được thực hiện tại Đài Loan với kết quả nghiên cứu cho thấy người chăm sóc người bệnh đột quỵ phải chịu gánh nặng chăm sóc ở mức độ nhẹ đến trung bình²¹. Một nghiên cứu khác của Kumar (2015) cũng cho thấy điểm gánh nặng trung bình của người chăm sóc ở Ấn Độ ở mức độ nhẹ đến trung bình⁸. Trong một nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam năm 2021 cũng cho thấy gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chủ yếu rơi vào mức độ nhẹ đến trung bình⁷. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy thấy gánh nặng của người chăm sóc cao hơn so với những nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Phạm

và đồng nghiệp năm 2017 cho thấy những người chăm sóc cho người lớn tuổi bị đột quỵ phải trải qua gánh nặng chăm sóc ở mức độ từ trung bình đến nặng⁶ hoặc trong nghiên cứu của Tosun và đồng nghiệp (2017), điểm gánh nặng của người chăm sóc cũng cao hơn so với nghiên cứu hiện tại ($47,42 \pm 11,91$)²². Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu này có thể được giải thích bởi một số lý do bao gồm sự khác biệt về văn hóa và thời gian chăm sóc của người chăm sóc cho những người sống sót sau đột quỵ.

Tình trạng phụ thuộc chức năng của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh phụ thuộc mức độ cao vào người chăm sóc. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây: nghiên cứu được thực hiện ở Jamaica cho thấy điểm trung bình mức độ phụ thuộc chức năng của những người sống sót sau đột quỵ là $56,77 \pm 29,95$, cho thấy sự phụ thuộc nghiêm trọng¹⁹. Kết quả này cũng được tìm thấy trong một nghiên cứu do Ngo và cộng sự thực hiện vào năm 2019, cho thấy mức độ phụ thuộc từ trung bình đến cao ở những người sống sót sau đột quỵ²³. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu được thực hiện bởi Juan và cộng sự ở Tây Ban Nha năm 2017 cho thấy mức độ phụ thuộc của hầu hết người bệnh sau 3 tháng sau đột quỵ là thấp. Sự khác biệt có thể được giải thích bởi thực tế là các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được tuyển chọn sau giai đoạn đột quỵ cấp tính và vì vậy họ cần một khoảng thời gian để hồi phục. Vì vậy, mức độ phụ thuộc chức năng

của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Juan, những bệnh nhân đã trải qua 3 tháng phục hồi chức năng.

4.2. Các yếu tố liên quan đến GNCS của người chăm sóc

Về độ tuổi và giới tính của người chăm sóc trong nghiên cứu này cũng tương tự như các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của người chăm sóc là 42,32 tuổi (SD = 12,65) và 64,4% số người chăm sóc là nữ. Kết quả này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đây^{9,12,22,23}. Trong nghiên cứu của Ngo (2019), độ tuổi trung bình của người chăm sóc là 52,4 tuổi (SD = 8,8) và hơn 2/3 số người chăm sóc là nữ. Trong nghiên cứu của Karahan (2014), tuổi trung bình của người tham gia là 47,6 tuổi (SD = 10,7) và nữ chiếm 77,1% tổng số. Điều này có thể được giải thích là do cơ cấu xã hội ở nhiều nước châu Á, nơi những kỳ vọng về văn hóa và xã hội đối với vai trò chăm sóc đòi hỏi phụ nữ phải có trách nhiệm chăm sóc các thành viên trong gia đình khi bị ốm. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, tuổi không có mối liên quan đến gánh nặng chăm sóc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Gribo và cộng sự (2015)¹³. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với một nghiên cứu được thực hiện ở Đông Nam Nigeria cho thấy gánh nặng của người chăm sóc có mối tương quan thuận với tuổi của họ²⁴. Một nghiên cứu khác của Bharracharijee và cộng sự ở Ấn Độ cho thấy tuổi trẻ hơn là yếu tố làm tăng gánh nặng cho người chăm sóc¹². Các nghiên cứu từ các xã hội khác nhau đã đưa ra những kết quả trái ngược nhau về mối quan hệ giữa gánh nặng của người chăm sóc và tuổi tác, điều này có thể là do sự khác biệt trong cấu trúc gia đình và văn hóa khác nhau giữa các nghiên cứu. Vì vậy, điều này được cho là sẽ hạn chế hoặc loại bỏ ảnh hưởng của tuổi tác đối với gánh nặng chăm sóc.

Mối quan hệ với người bệnh và trình độ học vấn của người chăm sóc cũng tương đồng các nghiên cứu trước đây. Phần lớn những người chăm sóc trong nghiên cứu này là con cái trưởng thành của bệnh nhân đột quỵ và tất cả những người tham gia đều biết chữ. Điều này phù hợp với văn hóa truyền thống của Việt Nam cho rằng gia đình là đơn vị cơ bản của xã hội và cha mẹ cũng như những người lớn tuổi là những người được các thành viên trong gia đình như con gái, con trai và vợ hoặc chồng của họ tôn trọng và thường xuyên chăm sóc. Đây là niềm tin mãnh liệt vào hệ thống niềm tin về lòng hiếu thảo ở các nước phương Đông. Những kết quả này phù hợp với những phát hiện của Tsai ở Bắc Đài Loan. Họ phát hiện ra rằng hơn một nửa số người chăm sóc là con gái hoặc con trai của bệnh nhân và hầu hết những người tham gia đều biết chữ⁹. Các đặc điểm nhân khẩu học liên quan đến mối quan hệ giữa người chăm sóc và người bệnh trong nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm (2017) với 59,2% người tham gia là con gái hoặc con trai của bệnh nhân⁶. Trong nghiên cứu này, trình độ học vấn của những người chăm sóc cũng tương tự như nghiên cứu về những người chăm sóc được thực hiện ở miền Bắc Việt Nam nhằm mục đích xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của những người chăm sóc những người sống sót sau đột quỵ^{7,23}. Ngược lại, mối quan hệ với bệnh nhân có tương quan nghịch với gánh nặng của người chăm sóc, nghĩa là những người chăm sóc có mối quan hệ gần gũi hơn với bệnh nhân đột quỵ, như vợ hoặc chồng của bệnh nhân đột quỵ, có mức gánh nặng cao hơn trẻ em hoặc những người thân khác của những người sống sót sau đột quỵ. Mặc dù trong một số nghiên cứu cho thấy mối quan hệ với người bệnh và trình độ học vấn trong một nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan với gánh nặng chăm sóc, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cả hai yếu

tổ này đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc.^{6,21}

Số giờ chăm sóc mỗi ngày trong nghiên cứu này tương tự như kết quả của nghiên cứu trước đây được thực hiện ở Việt Nam. Trong nghiên cứu này, những người chăm sóc dành trung bình 16 giờ mỗi ngày để chăm sóc bệnh nhân. Số giờ người chăm sóc làm việc trong nghiên cứu này gấp đôi đối với kết quả của một nghiên cứu khác được thực hiện tại Việt Nam bởi Phạm và đồng nghiệp vào năm 2017, cho thấy những người chăm sóc dành khoảng 8,11 giờ mỗi ngày để chăm sóc cho người bệnh⁶. Bên cạnh đó số giờ chăm sóc trong nghiên cứu của Phạm, từ 4 giờ đến 16 giờ, khá khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, dao động từ 3 đến 24 giờ mỗi ngày. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi các địa điểm khác nhau nơi người chăm sóc được tuyển dụng. Nghiên cứu đó diễn ra ở khoa ngoại trú và nghiên cứu này tuyển dụng những người chăm sóc từ khoa nội trú. Tuy nhiên thời gian mỗi ngày để chăm sóc bệnh nhân đột quỵ, không có mối liên quan đến gánh nặng của người chăm sóc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Gribi với số giờ chăm sóc hàng ngày có mối tương quan tích cực ở mức độ vừa phải với mức độ gánh nặng¹³. Nhìn chung người chăm sóc càng có nhiều thời gian chăm sóc bệnh nhân thì họ càng có ít thời gian riêng tư cho bản thân, do đó làm giảm thời gian dành cho công việc được trả lương, giao tiếp xã hội và giải trí. Những người chăm sóc dành ít thời gian hơn để chăm sóc những người sống sót sau đột quỵ sẽ có nhiều thời gian hơn cho bản thân và do đó giảm bớt gánh nặng.

Có sự khác biệt giữa các nhóm trong tình trạng sức khỏe của bản thân và gánh nặng chăm sóc. Kết quả này cũng phù hợp với một nghiên cứu của Ostwald cũng cho thấy sức khỏe kém tương ứng với gánh nặng chăm sóc lớn hơn,

người chăm sóc cho rằng nhiệm vụ chăm sóc người bệnh sẽ dẫn đến các vấn đề sức khỏe cho chính họ²⁵. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm (2017), Phạm (2021) cho thấy tình trạng sức khỏe mà người chăm sóc tự nhận thức càng tốt thì điểm số gánh nặng càng thấp^{6,7}. Thời gian chăm sóc kể từ khi người bệnh bị đột quỵ có liên quan có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc, thời gian chăm sóc người bệnh càng dài thì gánh nặng chăm sóc càng lớn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy gánh nặng của người chăm sóc có tương quan nghịch với mức độ phụ thuộc chức năng của người bệnh, nghĩa là mức độ phụ thuộc chức năng làm tăng gánh nặng của người chăm sóc. Trong nghiên cứu này, hầu hết những người chăm sóc đều có gánh nặng ở mức độ từ nhẹ đến trung bình và hầu hết những người sống sót sau đột quỵ đều bị phụ thuộc ở mức độ vừa phải hoặc nghiêm trọng. Những người sống sót sau đột quỵ chỉ có thể thực hiện một phần các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và những người chăm sóc cần giúp đỡ họ trong việc cho ăn, tắm rửa, mặc quần áo, đi lại, sử dụng nhà vệ sinh và quản lý bàng quang và ruột của họ. Những nhiệm vụ này tạo thành gánh nặng cho người chăm sóc. Một số nghiên cứu trước đây cũng cho thấy mức độ phụ thuộc chức năng càng tăng thì gánh nặng chăm sóc càng tăng^{6,7}. Một nghiên cứu khác cho thấy sự phụ thuộc của bệnh nhân vào các hoạt động sinh hoạt hàng ngày dự đoán gánh nặng của người chăm sóc²¹.

REFERENCES

1. Connie W. T, et al., *Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association*. Circulation, 2022. **145**(8).
2. Ng, J.C., et al., *Current state of acute stroke care in Southeast Asian countries*. Interv Neuroradiol, 2019. **25**(3): p. 291-296.

3. Thrift, A.G., et al., *Global stroke statistics*. Int J Stroke, 2017. **12**(1): p. 13-32.
4. Oliva-Moreno, J., et al., *Economic valuation of informal care in cerebrovascular accident survivors in Spain*. BMC Health Serv Res, 2013. **13**: p. 508.
5. Ali Y. K, Sami K, and Halim Y, *Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers*. Acta Medica, 2014. **57**(2): p. 68-72.
6. Hanh, P.T.H., P. Jullamate, and N. Piphatvanitcha. *Factors Related to Caregiver Burden among Family Caregivers of Older Adults with Stroke in Hai Duong, Vietnam*. 2017.
7. Ngoc, P.T.B. and S.-C. Hsu. *Caregivers of Stroke Survivors: Factors Associated with Caregiver Burden*. 2021.
8. Kumar K and Kaur S., *Burden and Coping Strategies in Caregivers of Stroke Survivors*. Journal of Neurology and Neuroscience, 2015.
9. Tsai, P.C., et al., *Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives*. Patient Prefer Adherence, 2015. **9**: p. 449-57.
10. Hayashi, Y., H.H. Hai, and N.A. Tai, *Assessment of the needs of caregivers of stroke patients at state-owned acute-care hospitals in southern Vietnam, 2011*. Prev Chronic Dis, 2013. **10**: p. E139.
11. McCullagh, E., et al., *Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients*. Stroke, 2005. **36**(10): p. 2181-6.
12. Bhattacharjee, M., et al., *Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India)*. Ann Indian Acad Neurol, 2012. **15**(2): p. 113-9.
13. Gbiri, C.A., O.A. Olawale, and S.O. Isaac, *Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors*. Ann Phys Rehabil Med, 2015. **58**(2): p. 98-103.
14. Choi-Kwon, S., et al., *Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea*. Arch Phys Med Rehabil, 2005. **86**(5): p. 1043-8.
15. Rawat, M., R. Sharma, and D. Goel, *Burden of Stroke Survivors on Caregiver and Quality of Life*. International Journal of Current Research 2017. **9**(11).
16. Nishio, D., et al., *Factors Influencing the Burden on Caregivers of Stroke Patients with Hemiplegia Living at Home*. 2015. **3**: p. 1-5.
17. Gorgulu, U., et al., *Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey*. Medical Science and Discovery, 2016. **3**(4): p. 159-165.
18. Hung, J.W., et al., *Factors associated with strain in informal caregivers of stroke patients*. Chang Gung Med J, 2012. **35**(5): p. 392-401.
19. Roopchand-Martin, S. and S. Creary-Yan, *Level of Caregiver Burden in Jamaican Stroke Caregivers and Relationship between Selected Sociodemographic Variables*. West Indian Med J, 2014. **63**(6): p. 605-9.
20. Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, *FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX*. Md State Med J, 1965. **14**: p. 61-5.
21. Yeh, P.M. and Y. Chang, *Use of Zarit Burden Interview in analysis of family caregivers' perception among Taiwanese caring with hospitalized relatives*. Int J Nurs Pract, 2015. **21**(5): p. 622-34.
22. Zeynep K. T. and Munire T., *Burden of Caregiving for Stroke Patients and The Role of Social Support Among Family Members: An Assessment Through Home Visits* International Journal of Caring Sciences, 2017. **10**(3): p. 1696.
23. Long, N.X., et al., *Factors predicting the health status of caregivers of stroke survivors: A cross-sectional study*. Nurs Health Sci, 2019. **21**(2): p. 262-268.
24. Akosile, C.O., E.C. Okoye, and O.K. Odunowo, *Carers' burden in stroke and some associated factors in a south-eastern nigerian population*. African Journal of Neurological Sciences 2009. **28**(2).
25. Ostwald, S.K., et al., *Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation*. Top Stroke Rehabil, 2009. **16**(2): p. 93-104.