

GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH CHO NGƯỜI BỆNH THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Trịnh Thị Hồng Nhung✉, Nguyễn Bá Cẩn, Phạm Đắc Quân
Lê Trọng Tấn, Phạm Thị Lan Thanh, Trịnh Anh Viên
Trường Đại học Y Hà Nội Phân hiệu Thanh Hóa

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 186 người chăm sóc chính tại Trung tâm Thận – Lọc máu và Khoa Nội thận – Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa nhằm mô tả gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ năm 2025. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc bao gồm thông tin nhân khẩu – xã hội của người chăm sóc, đặc điểm người bệnh và thang đo Zarit Burden Interview (ZBI). Kết quả cho thấy điểm gánh nặng chăm sóc trung vị là 45 (IQR: 37 – 51) trên tổng điểm 88. Đa số người chăm sóc có gánh nặng chăm sóc từ trung bình đến nặng (62,9%). Các nhóm chịu gánh nặng cao hơn gồm người chăm sóc chính là bố/mẹ, trình độ học vấn thấp, làm nội trợ hoặc đã nghỉ hưu, thu nhập thấp và chăm sóc trong thời gian dài. Kết quả nhấn mạnh nhu cầu xây dựng các chương trình hỗ trợ nhằm giảm gánh nặng cho các nhóm nguy cơ cao.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, người chăm sóc chính, bệnh thận nhân tạo chu kỳ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu.¹ Bệnh thận mạn được định nghĩa là các bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của thận kéo dài trên 3 tháng do bất kỳ nguyên nhân nào dẫn tới những tác động về sức khỏe của người bệnh.² Ước tính trong năm 2017, trên thế giới có khoảng 697,5 triệu người bệnh thận mạn tính (chiếm 9,1%) trong đó 1,2 triệu người tử vong vì căn bệnh này, tại Việt Nam số người mắc bệnh là 10 triệu người tương đương 12.329 người/100.000 dân, tỷ lệ chết đặc hiệu là 20,6/100.000 dân.³ Lọc máu chu kỳ là một trong những phương pháp thẩm phân máu được dùng điều trị như một phương pháp tối ưu cho bệnh nhân thận mạn tính giai

đoạn cuối.^{2,4} Lọc máu chu kỳ là một quy trình phức tạp, đòi hỏi người bệnh phải thường xuyên đến cơ sở y tế, nơi có khả năng thực hiện lọc máu nhân tạo do đó làm thay đổi đáng kể cuộc sống bình thường của người bệnh.⁵ Việc điều trị bệnh thận mạn tính không chỉ ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến người chăm sóc chính, thường là những người có mối quan hệ ruột thịt hoặc hôn nhân với người bệnh, người hỗ trợ họ về mặt thể chất, tinh thần và xã hội. Gánh nặng chăm sóc đề cập đến sự lo lắng về thể chất, tinh thần và xã hội của người chăm sóc chính cho người bệnh mạn tính.⁶ Một nghiên cứu tổng quan hệ thống cho thấy đa số người chăm sóc chính của người bệnh thận mạn có gánh nặng chăm sóc dao động từ trung bình trở lên.⁷ Tại Việt Nam, các nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ còn hạn chế. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Hồng Nhung
Trường Đại học Y Hà Nội Phân hiệu Thanh Hóa
Email: tringthihongnhung@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 23/03/2026
Ngày được chấp nhận: 31/05/2026

Mô tả gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người chăm sóc chính cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại Trung tâm Thận – Lọc máu và Khoa Nội thận – Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Người bệnh được chẩn đoán suy thận mạn có chỉ định điều trị thận nhân tạo chu kỳ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh, người chăm sóc từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia trả lời câu hỏi.
- Người chăm sóc chính cho người bệnh là:
- Người chăm sóc không chuyên nghiệp.
- Không nhận thù lao trực tiếp cho hoạt động chăm sóc.
- Chịu trách nhiệm chính/nhiều nhất trong việc chăm sóc thể chất, tinh thần, sinh hoạt và điều trị ít nhất 3 tháng liên tục.
- Là những người có mối quan hệ ruột thịt hoặc hôn nhân với người bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người chăm sóc chính hoặc người bệnh mắc các rối loạn tâm thần, trí nhớ, người không có khả năng tham gia trả lời phỏng vấn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả - cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2025 đến tháng 03/2026.

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 01/2025 đến 03/2025.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Nội thận – Tiết niệu và Trung tâm Thận – Lọc máu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước lượng một giá trị

trung bình.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \cdot \sigma)^2}{(\epsilon\mu)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Mức độ chính xác của nghiên cứu. Với $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

σ : độ lệch chuẩn của điểm trung bình gánh nặng từ nghiên cứu trước, theo nghiên cứu của tác giả Rukiye Demir Dikmen $\sigma = 13,87$.⁶

ϵ : sai số tương đối chấp nhận $\epsilon = 0,05$.

μ : giá trị trung bình của điểm trung bình gánh nặng chăm sóc từ nghiên cứu trước của tác giả Rukiye Demir Dikmen $\mu = 47,53$.⁶

→ Cỡ mẫu tối thiểu 131 người chăm sóc chính.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả người chăm sóc đủ tiêu chuẩn có mặt tại thời điểm thu thập số liệu được mời tham gia vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người chăm sóc chính bao gồm: giới tính, tuổi, mối quan hệ với người bệnh, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập, sống cùng người bệnh và thời gian chăm sóc.

Nhóm biến số về đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người bệnh: Tuổi, giới tính, nơi ở hiện tại, thời gian di chuyển đến bệnh viện.

Nhóm biến số về tình trạng bệnh của người bệnh: thời gian chẩn đoán bệnh, thời gian điều trị thận nhân tạo chu kỳ, số bệnh mắc kèm.

Gánh nặng chăm sóc: thang đo gánh nặng chăm sóc Zarit Burden Interview và phân loại mức độ gánh nặng chăm sóc.⁸

Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn gồm 3 phần:

- Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người chăm sóc chính (9 câu hỏi).

- Phần 2: Đặc điểm nhân khẩu – xã hội học

và tình trạng bệnh của người bệnh (11 câu hỏi).

- Phần 3: Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc được đo lường bằng thang đo gánh nặng chăm sóc Zarit Burden Interview (ZBI-22). Bộ công cụ gồm 22 câu hỏi được đánh giá theo thang điểm Likert với điểm từ 0 đến 4 điểm (Không bao giờ - luôn luôn). Tổng điểm dao động từ 0 - 88 điểm, chia làm 4 mức độ⁸:

+ Từ 0 - 20 điểm: Không có hoặc mức độ nhẹ.

+ Từ 21 - 40 điểm: từ nhẹ đến trung bình.

+ Từ 41 - 60 điểm: từ trung bình đến nặng.

+ Từ 61 - 88 điểm: mức độ rất nặng

Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu viên xin phép Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Trung tâm Thận – lọc máu và Khoa Nội thận – Tiết niệu tiến hành lập danh sách người bệnh. Tất cả điều tra viên được tập huấn trước khi tiến hành điều tra. Người chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn được mời tham gia vào nghiên cứu, điều tra viên tiếp cận người bệnh và người chăm sóc chính, giới thiệu về mục đích của nghiên cứu. Người chăm sóc chính và người bệnh đồng ý tham gia ký vào mẫu phiếu điều tra và tiến hành trả lời theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng phần mềm Kobotoolbox, dữ liệu được xuất ra Excel và

đưa vào phần mềm SPSS 27.0 để tiến hành làm sạch và phân tích. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người chăm sóc chính và người bệnh, tình trạng bệnh và thang đo gánh nặng ZBI. Sử dụng Shapiro -Wilk để kiểm định phân phối của gánh nặng chăm sóc. Các test thống kê phi tham số Mann – Whitney U test và Krushal – wallis H test được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa và các Trung tâm/khoa/phòng liên quan. Điều tra viên giải thích cho người chăm sóc chính và người bệnh mục tiêu nghiên cứu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đồng ý tham gia và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào và không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến quá trình điều trị. Mọi thông tin cá nhân được được mã hóa và bảo mật. Kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

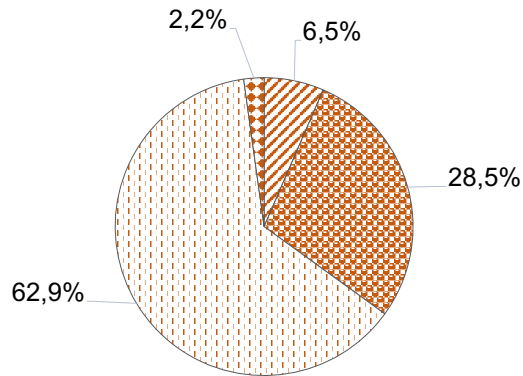
Nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn trên 186 cặp người chăm sóc chính và người bệnh. Trong đó, đa số người chăm sóc là nữ giới, chiếm 61,8%. Độ tuổi của người chăm sóc từ 19 đến 75 tuổi, tuổi trung bình là $53,6 \pm 13,0$.

Bảng 1. Kết quả gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh thận nhân tạo chu kỳ (n = 186)

Gánh nặng chăm sóc	Nhỏ nhất	Tứ phân vị 1	Trung vị	Tứ phân vị 3	Lớn nhất	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Thang đo ZBI	10	37	45	51	71	$42,5 \pm 11,8$

Kết quả nghiên cứu trên thang điểm ZBI có trung vị là 45, khoảng tứ phân vị (IQR) từ 37 -71. Chỉ 6,5% người chăm sóc có mức độ gánh nặng chăm sóc nhẹ hoặc không có. Đa số

người chăm sóc có mức độ gánh nặng chăm sóc từ trung bình đến nặng, chiếm 62,9%. Tỷ lệ gánh nặng chăm sóc ở mức rất nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,2% (Biểu đồ 1).



▨ Nhẹ hoặc không có gánh nặng ▨ Từ nhẹ đến trung bình
 ▨ Từ trung bình đến nặng ▨ Rất nặng

Biểu đồ 1. Mức độ phân bố gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính (n = 186)

Bảng 2. Sự khác biệt về gánh nặng chăm sóc theo các đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người chăm sóc chính (n = 186)

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỉ lệ %	Điểm ZBI $\bar{x} \pm SD$	p
Giới	Nam	71	38,2	41,8 $\pm$ 12,5	0,503
	Nữ	115	61,8	43,0 $\pm$ 11,4	
Nhóm tuổi	Từ 18 – 45 tuổi	57	30,6	40,6 $\pm$ 11,3	0,100
	45 – 60 tuổi	61	32,8	42,3 $\pm$ 12,3	
	Trên 60 tuổi	68	36,6	44,4 $\pm$ 11,7	
Mối quan hệ với người bệnh	Vợ/chồng	115	61,8	42,9 $\pm$ 10,4	0,017
	Bố/mẹ	16	8,7	47,8 $\pm$ 11,9	
	Con	49	26,3	41,4 $\pm$ 13,5	
	Khác	6	3,2	31,5 $\pm$ 14,0	
Học vấn	Tiểu học	6	3,2	30,2 $\pm$ 13,6	0,001
	Trung học cơ sở (THCS)	62	33,3	46,0 $\pm$ 12,0	
	Trung học phổ thông (THPT)	79	42,5	43,0 $\pm$ 11,2	
	Trung cấp/cao đẳng	25	13,4	38,0 $\pm$ 11,5	
	Đại học/sau đại học	14	7,6	37,9 $\pm$ 13,5	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	177	95,2	43,0 $\pm$ 11,5	0,012
	Độc thân	8	4,3	30,1 $\pm$ 13,1	
	Góa/Đã ly hôn	1	0,5	54	

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỉ lệ %	Điểm ZBI $\bar{x} \pm SD$	p
Nghề nghiệp	Nhân viên Nhà nước	11	5,9	35,8 $\pm$ 14,0	0,018
	Kinh doanh buôn bán	30	16,1	41,3 $\pm$ 9,9	
	Nông dân	52	28,0	43,0 $\pm$ 13,2	
	Hưu trí/nội trợ	50	26,9	45,6 $\pm$ 9,5	
	Lao động phổ thông	41	22,0	42,2 $\pm$ 11,2	
	Thất nghiệp	2	1,1	14,5 $\pm$ 6,4	
Thu nhập	Dưới 5 triệu	106	57,0	44,8 $\pm$ 12,0	< 0,001
	từ 5-10 triệu	69	37,1	40,2 $\pm$ 10,8	
	Hơn 10 triệu	11	5,9	36,0 $\pm$ 11,6	
Sống cùng người bệnh	Có	177	95,2	42,9 $\pm$ 11,6	0,144
	Không	9	4,8	36,6 $\pm$ 15,3	
Thời gian chăm sóc	Dưới 1 năm	24	12,9	35,8 $\pm$ 11,6	< 0,001
	Từ 1 - 5 năm	112	60,2	41,7 $\pm$ 11,6	
	Từ 5 - 10 năm	30	16,1	45,3 $\pm$ 9,0	
	Trên 10 năm	20	10,8	51,3 $\pm$ 11,6	

Sự khác biệt về điểm trung bình gánh nặng chăm sóc được tìm thấy ở mối quan hệ giữa người chăm sóc với người bệnh, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập và thời gian chăm sóc người bệnh. Trong đó, những nhóm có điểm trung bình gánh nặng chăm sóc cao gồm những người có mối quan hệ là bố/mẹ bệnh nhân, người có trình độ học vấn hết cấp THCS/THPT, người đã kết hôn,

người hưu trí/nội trợ, người có thu nhập thấp và những người có thời gian chăm sóc người bệnh lâu năm.

Nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt về điểm trung bình gánh nặng chăm sóc theo các đặc điểm giới, tuổi, nơi ở hiện tại và thời gian di chuyển đến bệnh viện của người bệnh. Đa số người bệnh ở tại nhà riêng và có thời gian di chuyển đến bệnh viện dưới 60 phút (Bảng 3).

Bảng 3. Sự khác biệt về gánh nặng chăm sóc theo các đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người bệnh (n = 186)

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỉ lệ %	Điểm ZBI $\bar{x} \pm SD$	p
Giới	Nam	109	58,6	42,7 $\pm$ 11,6	0,897
	Nữ	77	41,4	42,4 $\pm$ 12,3	
Nhóm tuổi	Từ 18 – 45 tuổi	37	19,9	42,5 $\pm$ 11,8	0,875
	45 – 60 tuổi	46	24,7	41,9 $\pm$ 12,6	
	Trên 60 tuổi	103	55,4	42,9 $\pm$ 11,6	

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỉ lệ %	Điểm ZBI $\bar{x} \pm SD$	p
Nơi ở	Tại nhà	176	94,6	42,9 $\pm$ 11,6	0,212
	Nhà người thân	6	3,2	37,2 $\pm$ 14,7	
	Thuê trọ	4	2,2	33,3 $\pm$ 14,0	
Thời gian di chuyển đến bệnh viện	Dưới 30 phút	66	35,5	43,1 $\pm$ 11,5	0,268
	Từ 30 - 60 phút	88	47,3	42,7 $\pm$ 13,0	
	Hơn 60 phút	32	17,2	40,9 $\pm$ 8,9	

Bảng 4. Sự khác biệt về gánh nặng chăm sóc theo tình trạng bệnh tật của người bệnh (n = 186)

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỉ lệ %	Điểm ZBI $\bar{x} \pm SD$	p
Thời gian chẩn đoán bệnh thận mạn	Dưới 1 năm	9	4,9	36,7 $\pm$ 10,2	0,070
	Từ 1 - 5 năm	118	63,4	42,3 $\pm$ 11,6	
	Hơn 5 năm	59	31,7	44,0 $\pm$ 12,4	
Thời gian điều trị thận nhân tạo chu kỳ	Dưới 1 năm	17	9,2	38,3 $\pm$ 11,9	< 0,001
	Từ 1 - 5 năm	131	70,4	41,5 $\pm$ 11,6	
	Hơn 5 năm	38	20,4	49,0 $\pm$ 11,1	
Số buổi lọc máu/tuần	1 buổi	2	1,1	37,0 $\pm$ 14,1	0,720
	2 buổi	20	10,7	41,0 $\pm$ 12,8	
	3 buổi	164	88,2	42,8 $\pm$ 11,7	
Số bệnh mắc kèm	Không mắc kèm	40	21,5	41,9 $\pm$ 11,0	0,561
	Mắc kèm 1 bệnh	60	32,3	43,0 $\pm$ 12,4	
	Mắc kèm 2 bệnh	71	38,2	43,2 $\pm$ 11,6	
	Mắc kèm 3 bệnh	12	6,5	40,3 $\pm$ 13,6	
	Mắc kèm $\geq$ 4 bệnh	3	1,6	35,0 $\pm$ 9,5	

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình gánh nặng chăm sóc theo yếu tố thời gian điều trị thận nhân tạo chu kỳ. Trong đó, thời gian điều trị càng dài gánh nặng chăm sóc càng tăng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có sự tham gia của 186 người chăm sóc chính cho 186 người

bệnh thận nhân tạo chu kỳ. Trong số 186 người bệnh khảo sát, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, đa số người bệnh từ 45 tuổi trở lên (80,1%), có thời gian điều trị thận nhân tạo chu kỳ trên một năm (90,8%), với tần suất 2 - 3 buổi/tuần (chiếm 98,9%). Trong 186 người chăm sóc chính, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, hầu hết có mối quan hệ vợ/chồng hoặc con cái với người bệnh (88,1%), trình độ học vấn từ THPT trở

xuống chiếm tỷ lệ cao (79,0%). Các đặc điểm về người bệnh và người chăm sóc của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới về gánh nặng chăm sóc ở người chăm sóc chính cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ.¹⁰⁻¹⁷

Kết quả, điểm trung bình của gánh nặng chăm sóc đo bởi thang ZBI trong nghiên cứu này là $42,5 \pm 11,8$, trong đó 62,9% người chăm sóc phải đối mặt với gánh nặng từ trung bình đến nghiêm trọng và có 2,2% người chăm sóc đang có mức gánh nặng nghiêm trọng. Điều này cho thấy những thách thức lớn mà người chăm sóc người bệnh chạy thận tại Việt Nam đang phải đối mặt, phản ánh rằng phần lớn họ đang phải chịu những vấn đề nghiêm trọng về thể chất và tinh thần.

Điểm trung bình gánh nặng trong nghiên cứu thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ với $47,5 \pm 13,9$ điểm và nghiên cứu của Magda M. Bayoumi tại Saudi Arabia với $43,3 \pm 21,7$ điểm. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi và các nghiên cứu trên vẫn cùng mức điểm đánh giá từ trung bình đến nặng.^{6,9} Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu tại Ấn Độ với 25 ± 12 điểm, tại Trung Quốc với $36,05 \pm 14,09$ điểm và Indonesia với $21,6 \pm 13,7$ điểm.¹⁰⁻¹² Nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của tác giả Hayedeh Rezae tại Iran về các bệnh mạn tính cho thấy điểm gánh nặng chăm sóc cao nhất thuộc về những người chăm sóc người bệnh đang chạy thận nhân tạo với tỷ lệ chiếm đến 62,75%.¹³ Các kết quả cho thấy hành động chăm sóc những cá nhân đang chạy thận nhân tạo có thể là một thách thức và mệt mỏi, dẫn đến mức độ gánh nặng đáng kể mà một số người chăm sóc chính cho họ phải trải qua.

Đối với các yếu tố liên quan đến điểm gánh nặng chăm sóc, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối quan hệ bố/mẹ có điểm trung bình gánh nặng cao nhất với $47,8 \pm 11,9$ ($p = 0,017$). Tuy nhiên, phát hiện này không hoàn

toàn đồng nhất với các nghiên cứu trước, như nghiên cứu của Rukiye Demir Dikmen lại ghi nhận người chăm sóc là con gái hoặc anh/em ruột có điểm gánh nặng cao nhất với $48,45 \pm 7,26$ điểm.⁶ Sự khác biệt này có thể đến từ nền văn hóa Á Đông (trong đó có Việt Nam), vai trò làm cha mẹ thường đi kèm với trách nhiệm hy sinh, chăm sóc con cái kể cả khi chúng đã trưởng thành, từ đó làm tăng cảm giác lo lắng và áp lực. Người chăm sóc có trình độ học vấn thấp thường ghi nhận mức gánh nặng cao hơn ($p = 0,001$), phù hợp với xu hướng của báo cáo tổng quan hệ thống năm 2021 bởi tác giả Alshammari cùng cộng sự và nghiên cứu Haleh Jafari ($p = 0,007$), trong đó học vấn cao giúp người chăm sóc tiếp cận tốt hơn với thông tin bệnh lý và kỹ năng giải quyết vấn đề.^{14,15} Người chăm sóc đã kết hôn có gánh nặng cao hơn, nghiên cứu của Haleh Jafari cũng có xu hướng này.¹⁴ Điều này có thể liên quan đến việc người đã kết hôn thường kiêm nhiệm thêm vai trò chăm sóc gia đình riêng, dẫn đến xung đột vai trò và áp lực kép. Tuy nhiên, phát hiện này lại không đồng nhất với kết quả của Menati và cộng sự, cho rằng tình trạng hôn nhân không ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc.¹⁶ Những người chăm sóc là hưu trí/nội trợ có điểm gánh nặng cao nhất với điểm trung bình là $45,6 \pm 9,5$, tương tự với điểm gánh nặng là $48,89 \pm 8,45$.⁶ Tuy nhiên, nghiên cứu khác tại Iran và Trung Quốc cho thấy điểm cao nhất thuộc về người đang thất nghiệp với điểm trung bình lần lượt là $71,07 \pm 17,75$ và $37,56 \pm 14$.^{11,14} Sự khác biệt này đã phản ánh ảnh hưởng của văn hóa, áp lực kinh tế và mức độ hỗ trợ xã hội, với nội trợ ở Việt Nam và Thổ Nhĩ Kỳ chịu áp lực từ khối lượng công việc chăm sóc, trong khi người thất nghiệp ở Iran và Trung Quốc đối mặt với căng thẳng tài chính và tâm lý nhiều hơn.

Thu nhập của người chăm sóc được phát hiện có liên quan nghịch chiều với gánh nặng chăm sóc: càng có thu nhập cao, điểm gánh

nặng trung bình càng giảm ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Ấn Độ và tại Iran.^{14,17} Tuy nhiên, Fu-Hai Xia lại báo cáo rằng nhóm thu nhập cao nhất trong nghiên cứu lại có điểm trung bình gánh nặng cao nhất với $38,59 \pm 13$ ($p = 0,020$), trong khi Rukiye Demir Dikmen cùng các cộng sự không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa hai biến số.^{6,11} Sự mâu thuẫn giữa các công trình có thể bắt nguồn từ khác biệt văn hóa – xã hội (ví dụ như ở Việt Nam và Ấn Độ, khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ còn hạn chế), cùng với chi phí chăm sóc ngày càng tăng và áp lực công việc, vốn có thể làm trầm trọng thêm gánh nặng ngay cả khi thu nhập ở mức cao. Thời gian chăm sóc kéo dài cũng là yếu tố làm tăng gánh nặng, đặc biệt khi người bệnh lọc máu chu kỳ trong thời gian dài ($p < 0,001$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy việc chăm sóc kéo dài làm gia tăng mệt mỏi thể chất, cảm xúc và hạn chế hoạt động cá nhân xã hội của người chăm sóc.^{15,17}

Trong khi đó, một số yếu tố như giới tính, độ tuổi và việc sống chung với người bệnh không cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa với gánh nặng chăm sóc trong nghiên cứu của chúng tôi – điều này tương đồng với phát hiện của Alshammari.¹⁵ Ngược lại, tác giả Haleh Jafari lại ghi nhận gánh nặng tăng theo độ tuổi người chăm sóc, và sống chung với người bệnh làm tăng gánh nặng – đều không thấy rõ trong nghiên cứu hiện tại ($p = 0,144$).¹⁴ Những khác biệt này có thể bắt nguồn từ mức độ phụ thuộc thực tế của người bệnh, sự phân công chăm sóc trong gia đình, và đặc điểm kinh tế – xã hội ở từng nhóm dân cư. Hơn nữa, kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số các yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh chỉ có yếu tố thời gian điều trị thận nhân tạo chu kỳ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính ($p < 0,001$). Cụ thể, điểm ZBI trung bình của nhóm

người chăm sóc người bệnh điều trị thận nhân tạo trên 5 năm là $49,0 \pm 11,1$, cao hơn rõ rệt so với các nhóm còn lại.

Ngược lại, các yếu tố như tuổi, giới, thời gian di chuyển từ nơi ở đến bệnh viện, nơi sinh sống, thời gian chẩn đoán bệnh, số buổi lọc máu hằng tuần và số bệnh mắc kèm của người bệnh chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm gánh nặng chăm sóc ($p > 0,05$). Kết quả này khuyến khích việc mở rộng quy mô và nghiên cứu thêm các yếu tố bên ngoài để hiểu rõ hơn nguyên nhân gây ra gánh nặng chăm sóc.

Mặc dù nghiên cứu đã ghi nhận mức độ gánh nặng chăm sóc cao và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa một số nhóm đối tượng, tuy nhiên vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, nghiên cứu chưa tiến hành phân tích sâu gánh nặng chăm sóc theo đặc điểm lâm sàng của người bệnh cũng như mức độ phụ thuộc trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Việc này dẫn tới hạn chế khả năng giải thích toàn diện về các yếu tố ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc. Thứ hai, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn tương đối hạn chế và được thu thập tại một cơ sở y tế do đó tính đại diện cho quần thể người chăm sóc chính người bệnh thận nhân tạo chu kỳ Việt Nam còn chưa cao, ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả nghiên cứu. Từ những hạn chế trên chúng tôi đề xuất các nghiên cứu tiếp theo cần được thực hiện với quy mô lớn hơn, đa trung tâm và có tính đại diện cao hơn. Bên cạnh đó, các nghiên cứu có thể tích hợp các chỉ số đánh giá mức độ phụ thuộc của người bệnh và các đặc điểm lâm sàng liên quan nhằm phân tích sâu hơn các yếu tố ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc. Ngoài ra, các thiết kế can thiệp cũng có thể được xem xét để đánh giá giá hiệu quả của các biện pháp hỗ trợ tâm lý- xã hội làm giảm gánh nặng cho người chăm sóc và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy điểm gánh nặng chăm sóc trung vị là 45 (IQR: 37 – 51) trên tổng điểm 88. Đa số người chăm sóc có gánh nặng chăm sóc từ trung bình đến nặng (62,9%). Các nhóm chịu gánh nặng cao hơn gồm người chăm sóc chính là bố/mẹ, trình độ học vấn hết cấp THCS/THPT, làm nội trợ hoặc đã nghỉ hưu, thu nhập thấp và chăm sóc trong thời gian dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jadoul M, Aoun M, Masimango I. The major global burden of chronic kidney disease. *Lancet Global Health*. Published online 2024. Accessed December 2, 2025. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00050-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00050-0/fulltext)
- Bộ Y tế. Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận.” Published August 26, 2024. Accessed December 2, 2025. <https://kcb.vn/phac-do/quyet-dinh-so-2388-qd-byt-ngay-12-8-2024-ve-viec-ban-hanh-tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-benh-than-.html>
- Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2020;395(10225):709-733. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3
- Cavalli A, Del Vecchio L, Manzoni C, Locatelli F. Hemodialysis: yesterday, today and tomorrow. *Minerva Urol Nefrol*. 2010;62(1):1-11.
- Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed*. 2015;27(5):305-309. doi:10.5455/msm.2015.27.305-309
- Dikmen RD, Kızıllarslan V, Ekinci İ, Çoban M. Caregiving burden of caregivers of hemodialysis patients and related factors. *J Basic Clin Health Sci*. 2023;7(1):418-425. doi:10.30621/jbachs.1150913
- Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: a systematic review. *Am J Kidney Dis*. 2019;73(3):332-343. doi:10.1053/j.ajkd.2018.09.006
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Bayoumi MM. Subjective burden on family carers of hemodialysis patients. *Open J Nephrol*. 2014;4(2):79-85. doi:10.4236/ojneph.2014.42011
- Pio TMT, Prihanto JB, Jahan Y, Hirose N, Kazawa K, Moriyama M. Assessing burden, anxiety, depression, and quality of life among caregivers of hemodialysis patients in Indonesia: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4544. doi:10.3390/ijerph19084544
- Xia F, Wang G, Wang X. The status of caregiver burden and influencing factors among family caregivers in maintenance hemodialysis patients. *Nurs Commun*. 2022;6:e2022018. doi:10.53388/IN2022018
- Sharma M, Lakhara P, Sharma SK, Jelly P, Sharma R. The burden of caregivers of patients undergoing hemodialysis. *J Holist Nurs Midwifery*. 2021;31(2):69-75. doi:10.32598/jhnm.31.2.2089
- Rezaei H, Niksima SH, Ghanei Gheshlagh R. Burden of care in caregivers of Iranian patients with chronic disorders: a systematic review and meta-analysis.

Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):261. doi:10.1186/s12955-020-01503-z

14. Jafari H, Ebrahimi A, Aghaei A, Khatony A. The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrol*. 2018;19(1):321. doi:10.1186/s12882-018-1120-1

15. Alshammari B, Noble H, McAneney H, Alshammari F, O'Halloran P. Factors associated with burden in caregivers of patients with end-stage kidney disease: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(9):1212. doi:10.3390/healthcare9091212

doi:10.3390/healthcare9091212

16. Menati L, Torabi Y, Andayeshgar B, Khatony A. The relationship between care burden and coping strategies in caregivers of hemodialysis patients in Kermanshah, Iran. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:133-140. doi:10.2147/PRBM.S233103

17. Azeez A, Ambatipudi S. Caregiver burden and quality of life among family caregivers of hemodialysis patients from South India. *J Educ Health Promot*. 2024;13:486. doi:10.4103/jehp.jehp_273_24

Summary

BURDEN OF CARE OF PRIMARY CAREGIVERS FOR HEMODIALYSIS PATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

A cross-sectional study was conducted on 186 primary caregivers at the Hemodialysis Center and the Department of Nephrology of Thanh Hoa General Hospital to describe the burden experienced by caregivers of hemodialysis patients in 2025. Data were collected through face-to-face interviews using a structured questionnaire that included socio-demographic information, patient characteristics, and the Zarit Burden Interview (ZBI). The results showed a median burden score of 45 (IQR: 37 – 51) out of a total of 88 points. Most caregivers experienced a moderate to severe load (62.9%). Higher burden scores were found among caregivers who were parents of the patients, had low educational levels, homemakers or retirees, had low income, and had provided long term care. The findings highlight the need for support programs to reduce the burden among high-risk caregiver groups.

Keywords: Caregiver burden, primary caregiver, hemodialysis.