

GÁNH NẶNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA 2025 - 2026

Ngô Thanh Thúy^{1,✉}, Nguyễn Thị Phương^{1,2}

Nguyễn Thị Thúy Hồng¹, Cẩm Bá Thức³

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm thần Thanh Hóa

³Bệnh viện Lão khoa và Phục hồi chức năng Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 173 người chăm sóc chính của người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa trong giai đoạn 2025 – 2026, sử dụng thang điểm Zarit Burden Interview (ZBI-22). Kết quả cho thấy điểm gánh nặng chăm sóc trung bình là $27,56 \pm 12,68$; trong đó 48,0% người chăm sóc có gánh nặng ở mức trung bình và 16,1% ở mức nghiêm trọng trở lên. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, mối quan hệ vợ/chồng, là người chăm sóc duy nhất và sự phụ thuộc của người bệnh là các yếu tố liên quan làm gia tăng gánh nặng chăm sóc. Kết luận, người chăm sóc người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối đang phải đối mặt với gánh nặng đáng kể và cần được hỗ trợ phù hợp trong chăm sóc toàn diện.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, người chăm sóc chính, ung thư phổi giai đoạn cuối, thang điểm ZBI-22.

I: ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao hàng đầu trên thế giới.¹ Do đặc điểm tiến triển âm thầm và triệu chứng không đặc hiệu ở giai đoạn sớm, phần lớn người bệnh ung thư phổi được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, làm hạn chế đáng kể hiệu quả điều trị và tiên lượng sống.¹ Ở giai đoạn cuối, người bệnh thường phải đối mặt với nhiều triệu chứng nặng nề như đau kéo dài, khó thở, mệt mỏi, suy kiệt thể chất và các rối loạn tâm lý, đòi hỏi sự chăm sóc liên tục, toàn diện.¹⁻³ Trong quá trình chăm sóc người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối, người chăm sóc chính, chủ yếu là các thành viên trong gia đình như vợ/chồng hoặc con cái, đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ sinh

hoạt hằng ngày, theo dõi điều trị, kiểm soát triệu chứng và chăm sóc tinh thần cho người bệnh.⁴ Tuy nhiên, việc chăm sóc kéo dài với cường độ cao trong bối cảnh bệnh tiến triển nặng và mức độ phụ thuộc lớn của người bệnh đã tạo ra áp lực đáng kể đối với người chăm sóc.^{2,3} Gánh nặng chăm sóc là một khái niệm đa chiều, phản ánh những khó khăn, và ảnh hưởng tiêu cực mà người chăm sóc phải đối mặt, bao gồm các khía cạnh thể chất, tâm lý, xã hội, tài chính.^{6,7} Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu đề cập đến gánh nặng chăm sóc và nhu cầu của người chăm sóc người bệnh ung thư, các nghiên cứu tập trung chuyên sâu vào người chăm sóc người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối vẫn còn hạn chế. Thanh Hóa là tỉnh có quy mô dân số lớn và số lượng người bệnh ung thư phổi ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó, bệnh viện ung bướu Thanh Hóa là bệnh viện chuyên khoa duy nhất tại tỉnh Thanh Hóa chuyên môn điều trị các bệnh lý ung thư. Việc thiếu các bằng chứng khoa học mang tính địa phương

Tác giả liên hệ: Ngô Thanh Thúy

Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thathiss2708@gmail.com

Ngày nhận: 14/04/2026

Ngày được chấp nhận: 18/05/2026

cho thấy nhu cầu cần thiết của các nghiên cứu trong lĩnh vực này. Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa 2025 - 2026” với mục tiêu: 1) *Xác định mức độ gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa bằng thang điểm ZBI-22*; 2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc ở nhóm đối tượng trên*.

II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người chăm sóc chính người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa từ 12/2025 đến 2/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người chăm sóc chính của người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối tại Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa.
- Người chăm sóc từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người chăm sóc được trả lương, nhân viên y tế hoặc tình nguyện viên.
- Người suy giảm nhận thức hoặc không sử dụng thành thạo tiếng Việt.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Toàn bộ người chăm sóc trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ đều được mời tham gia nghiên cứu. Thực tế, chọn được 173 đối tượng nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 11/2025 đến tháng 05/2026.

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 12/2025

đến tháng 2/2026.

Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng chăm sóc: tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập trung bình tháng, mối quan hệ với người bệnh, sống cùng người bệnh, thời gian chăm sóc, số giờ chăm sóc mỗi ngày, tình trạng sức khỏe bản thân, có phải người chăm sóc không.

Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh: tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh, thời gian phát hiện bệnh, phương pháp điều trị bệnh, thời gian nằm viện, mức độ đau, mức độ phụ thuộc.

Thang đo đánh giá gánh nặng chăm sóc: gánh nặng chăm sóc được đánh giá bằng thang điểm ZBI thu thập bằng cách phỏng vấn người chăm sóc. Bộ công cụ gồm 22 câu hỏi tự đánh giá theo Likert 5 mức, 0 - 4 điểm (0 = không bao giờ; 1 = hiếm khi; 2 = thỉnh thoảng; 3 = thường xuyên; 4 = luôn luôn).

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

- Phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập mã hóa trên máy tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

Tổng điểm theo thang ZBI từ 0 đến 88, được dựa trên sự tự đánh giá bởi đối tượng nghiên cứu về những lần chăm sóc người bệnh nhập viện trong 06 tháng gần nhất trước thời điểm khảo sát, điểm càng cao tương ứng với gánh nặng càng cao.

+ 0 đ – 20 đ là không có gánh nặng hoặc gánh nặng ít.

+ 21 đ – 40 đ là gánh nặng trung bình.

+ 41 đ – 60 đ là gánh nặng nghiêm trọng.

+ 61 đ – 88 đ là gánh nặng rất nghiêm trọng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm ZBI-22 với điểm cắt ≥ 21 để xác

định người chăm sóc có gánh nặng chăm sóc. Việc lựa chọn điểm cắt này nhằm phát hiện gánh nặng chăm sóc từ mức trung bình trở lên, đồng thời đảm bảo khả năng so sánh với các nghiên cứu trước đây. Thang ZBI-22 đã được chứng minh có độ tin cậy cao với hệ số Cronbach's alpha dao động từ 0,88 đến 0,93.¹² Bên cạnh đó, các nghiên cứu thăm định công cụ cho thấy ZBI-22 có độ nhạy và độ đặc hiệu ở mức chấp nhận được (trên 70%) trong phân loại gánh nặng chăm sóc, phù hợp cho nghiên cứu lâm sàng và dịch tễ học.⁹

Thống kê mô tả được dùng để mô tả tần số, phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn.

Kiểm định t-test độc lập được dùng để so sánh điểm ZBI trung bình giữa các nhóm đặc điểm. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến gánh

nặng chăm sóc.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, có chữ ký xác nhận tham gia.

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện và không làm gián đoạn hoạt động chăm sóc và điều trị. Thông tin thu thập được đều được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Các đối tượng được xác định có mức độ gánh nặng chăm sóc từ trung bình trở lên đều được tư vấn khám ở chuyên khoa Tâm thần để nhận được sự hỗ trợ tâm lý phù hợp.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người chăm sóc

	Đặc điểm chung	n	%
<i>Tuổi</i>	≤ 40 tuổi	57	32,9
	41 – 60 tuổi	60	34,7
	> 60 tuổi	56	32,4
<i>Mean ± SD (tuổi) (min – max)</i>		51,31 ± 15,99 (min: 18 – max: 84)	
<i>Giới</i>	Nam	53	30,6
	Nữ	120	69,4
<i>Mối quan hệ với người bệnh</i>	Vợ/chồng	87	50,3
	Con	57	32,9
	Cha/mẹ	1	0,6
	Người thân khác (cháu, anh/chị em ruột)	28	16,2
<i>Trình độ học vấn</i>	Không đi học/tiểu học	36	20,8
	THCS	70	40,5
	THPT	30	17,3
	Cao đẳng/đại học	37	21,4
<i>Nghề nghiệp</i>	Lao động tự do	60	34,7
	Nông dân	53	30,6
	Công nhân	38	22,0
	Khác (an dưỡng, hưu trí...)	22	12,7

	Đặc điểm chung	n	%
Thu nhập trung	≤ 5 triệu VNĐ	16	9,2
	> 5 triệu VNĐ	157	90,8
Sống cùng người bệnh	Có	124	71,7
	Không	49	28,3
Thời gian chăm sóc (tháng/năm)	< 3	33	19,1
	3 - 6	25	14,5
	> 6	115	66,4
Số giờ chăm sóc	< 4	6	3,5
	4 - <8	17	9,8
	8 - <12	17	9,8
	≥ 12	133	79,9
Đang điều trị bệnh mạn tính	Có	125	91,3
	Không	48	8,7
Khoảng cách từ nhà đến viện	< 50	104	60,1
	50 - 100	41	23,7
	> 100	28	16,2

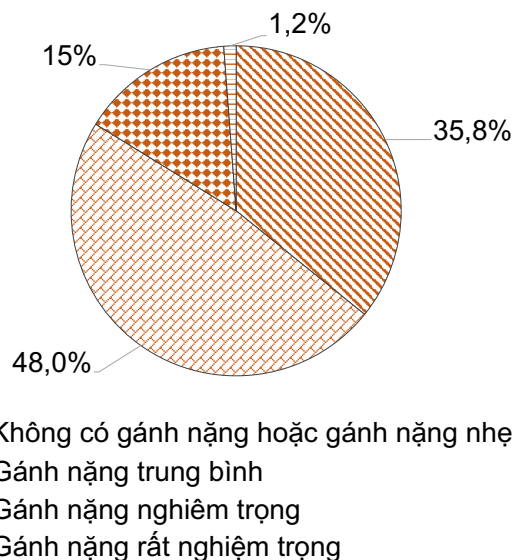
Độ tuổi trung bình của người chăm sóc là $51,31 \pm 15,99$ tuổi.

Phần lớn người chăm sóc là vợ/chồng (87 người).

Xét về nghề nghiệp, nhóm lao động tự do

chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,7%, tiếp theo là nhóm nông dân 30,6%, số ít thuộc nhóm khác (an dưỡng, hưu trí...) với 12,7%.

Thu nhập hàng tháng của 90,8% người chăm sóc từ 5 triệu VNĐ trở lên.



Biểu đồ 1. Mức độ gánh nặng chăm sóc theo thang điểm ZBI

Điểm số gánh nặng chăm sóc trung bình theo thang ZBI là $27,56 \pm 12,68$. Phần lớn người chăm sóc trải qua gánh nặng chăm sóc từ mức trung bình trở lên. Cụ thể, 48,0% người

chăm sóc có gánh nặng ở mức trung bình, 15,0% phải đối mặt với gánh nặng nghiêm trọng và 1,2% có gánh nặng ở mức rất nghiêm trọng.

Bảng 2. Mức độ cảm nhận gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc theo các lĩnh vực (thang ZBI) (n = 173)

Lĩnh vực gánh nặng chăm sóc	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ*	Thứ hạng
Gánh nặng về thể chất (3 câu)	5,64	2,30	47,01	6
Gánh nặng về tâm lý (5 câu)	10,22	3,83	51,12	5
Gánh nặng về xã hội (4 câu)	8,26	2,86	51,62	4
Gánh nặng về tài chính (1 câu)	2,17	1,23	54,48	2
Tự phê bình bản thân (3 câu)	7,04	2,64	58,71	1
Sự phụ thuộc của người bệnh (5 câu)	10,38	3,44	51,93	3

Người chăm sóc người bệnh ung thư phổi phải đối mặt với nhiều lĩnh vực gánh nặng khác nhau. Trong đó, gánh nặng tự phê bình bản thân (58,71%), gánh nặng tài chính (54,48%)

và gánh nặng sự phụ thuộc của người bệnh (51,93%) là những lĩnh vực chịu ảnh hưởng nhiều nhất.

Bảng 3. Một số yếu tố về tình trạng bệnh của người bệnh liên quan đến gánh nặng chăm sóc

Yếu tố		n	ZBI		p
			$\bar{x}$	SD	
Tuổi	< 60	42	26,52	10,57	0,544
	≥ 60	131	27,89	13,31	
Giới	Nam	128	27,72	12,65	0,783
	Nữ	45	27,11	12,89	
Giai đoạn bệnh	IV.A	119	27,33	12,41	0,721
	IV.B	54	28,07	13,36	

Yếu tố		n	ZBI		p
			$\bar{x}$	SD	
Phương pháp điều trị hiện tại	Hóa chất	103	25,63	11,85	0,015
	Các phương pháp điều trị khác	70	30,4	13,4	
Nhập viện nhiều lần trong 6 tháng	≤ 5 lần	103	25,73	12,67	0,021
	> 5 lần	70	30,26	12,26	
Phụ thuộc người chăm sóc	Tự chăm sóc được	57	26,05	13,34	0,274
	Cần hỗ trợ/Phụ thuộc	116	28,3	12,29	
Thời gian chẩn đoán (tháng)	< 6	49	26,67	12,43	0,564
	≥ 6	124	27,91	12,81	
VAS	< 7	122	26,23	12,47	0,032
	≥ 7	51	30,75	12,76	

So sánh gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc theo các đặc điểm của người bệnh, các nhóm có ZBI trung bình cao hơn gồm: người bệnh ≥ 60 tuổi, nữ giới, giai đoạn bệnh IV.B, điều trị bằng các phương pháp khác ngoài hóa chất, nhập viện > 5 lần trong 06 tháng, cần hỗ trợ/phụ thuộc người chăm sóc, thời gian chẩn đoán ≥ 6 tháng và người bệnh có mức độ

đau VAS ≥ 7 . Trong đó, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận ở phương pháp điều trị hiện tại ($p = 0,015$), số lần nhập viện trong 06 tháng ($p = 0,021$) và mức độ đau VAS ($p = 0,032$). Các yếu tố còn lại, bao gồm tuổi, giới, giai đoạn bệnh, mức độ phụ thuộc người chăm sóc và thời gian chẩn đoán bệnh đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan các yếu tố đến gánh nặng chăm sóc theo hồi quy logistic đa biến

Các yếu tố		OR	95% CI	p
Tuổi người chăm sóc	< 60			
	≥ 60	1,108	0,484 - 2,536	0,807
Giới tính người chăm sóc	Nam			
	Nữ	0,809	0,389 - 1,682	0,571
Mối quan hệ với người bệnh	Người thân khác			
	Vợ/ chồng	2,331	1,039 - 5,23	0,04
Là người chăm sóc duy nhất	Không			
	Có	2,927	1,136 - 7,542	0,026
Mức độ tự chăm sóc	Tự chăm sóc			
	Cần hỗ trợ/ Phụ thuộc	2,708	1,358 - 5,403	0,005

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy có ba yếu tố liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc. Cụ thể, người chăm sóc là vợ/chồng có nguy cơ gánh nặng cao hơn 2,33 lần so với các mối quan hệ khác (OR = 2,33; 95% CI: 1,04 – 5,23; p = 0,04).

Người chăm sóc duy nhất có nguy cơ gánh nặng cao hơn 2,93 lần so với nhóm không phải người chăm sóc duy nhất (OR = 2,93; 95% CI: 1,14 – 7,54; p = 0,026).

Người bệnh cần hỗ trợ hoặc phụ thuộc hoàn toàn làm tăng nguy cơ gánh nặng lên 2,71 lần so với nhóm người bệnh có khả năng tự chăm sóc (OR = 2,71; 95% CI: 1,36 – 5,40; p = 0,005). Ngược lại, tuổi và giới tính của người chăm sóc không ghi nhận mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với gánh nặng chăm sóc (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của người chăm sóc là $51,31 \pm 15,99$, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ lớn hơn với 69,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Akter và cộng sự (2023) tại 8 quốc gia là Mỹ, Hàn Quốc, Ý, Pháp... cho thấy khoảng 69,9% người chăm sóc là nữ giới và đa phần người chăm sóc trong độ tuổi 40 - 60.¹⁶ Phụ nữ thường đảm nhận vai trò chăm sóc chính trong nhiều bối cảnh văn hóa, điều này góp phần lý giải tỷ lệ nữ giới cao trong nhóm người chăm sóc.¹⁷

Về các đặc điểm xã hội, đa số người chăm sóc là vợ/chồng, cha/mẹ, con cái chiếm 83,8%; 64,3% có trình độ học vấn từ THCS trở xuống và đa số là công nhân, nông dân, lao động tự do. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Toàn Thịnh và cộng sự (2025) trên 213 người chăm sóc người bệnh ung thư phổi tại Việt Nam, với 83,6% người chăm sóc là vợ/chồng, cha/mẹ, con cái; 62,4% có trình độ học vấn từ THCS trở xuống và 91,6% là công

nhân, nông dân, lao động tự do.¹¹ Mức tương đồng cao giữa hai nghiên cứu phản ánh đặc điểm chung về văn hóa- xã hội Việt Nam, nơi mà trách nhiệm chăm sóc chủ yếu do người thân ruột thịt đảm nhận. Trình độ học vấn chung của người dân tỉnh lẻ còn chưa cao và phân bổ nghề nghiệp chủ yếu là công nhân, nông dân, lao động tự do.¹⁷

Điểm trung bình theo thang ZBI-22 là $27,56 \pm 12,68$. Phần lớn người chăm sóc trải qua gánh nặng từ mức trung bình trở lên (64,1%). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Shong Zhu và cộng sự (2022) tại Trung Quốc trên 385 người chăm sóc người bệnh ung thư phổi ghi nhận điểm ZBI trung bình là $29,1 \pm 11,4$.¹¹ Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hiền và cộng sự (2025) trên 228 người chăm sóc, ghi nhận kết quả tương đồng với điểm ZBI trung bình là $26,09 \pm 16,19$.¹³

Phân tích gánh nặng của người chăm sóc theo các lĩnh vực của thang ZBI cho thấy gánh nặng tự phê bình bản thân ở mức cao nhất (58,71%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Nhung và cộng sự (2024) trên 252 người chăm sóc tại Việt Nam.¹⁵ Gánh nặng tự phê bình bản thân ở mức cao có thể do ảnh hưởng của văn hóa Việt Nam, khi người chăm sóc đa phần là người thân ruột thịt gắn bó lẫn nhau và việc chăm sóc người thân bị bệnh thường gắn với quan niệm hiếu thảo và đạo đức. Người chăm sóc có thể cảm thấy áp lực phải chăm sóc tốt và tự trách nhiệm hơn. Gánh nặng tài chính đứng thứ hai với tỷ lệ 54,48%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ 44% trong nghiên cứu tại Việt Nam của Nguyễn Thị Hồng Nhung và cộng sự.¹⁵ Điều này có thể do người bệnh mắc ung thư phổi cần chi phí lớn cho việc điều trị kéo dài, tái nhập viện nhiều lần và chăm sóc liên tục. Đặc biệt, đa phần các đối tượng chăm sóc trong nghiên cứu của chúng tôi là nông dân, công nhân và lao động tự do tại tỉnh Thanh Hóa, nơi còn nhiều khó khăn về kinh tế.¹¹

Người chăm sóc là người vợ hoặc chồng có nguy cơ gặp phải gánh nặng chăm sóc cao hơn 2,33 lần so với nhóm người chăm sóc còn lại (OR = 2,33; 95% CI: 1,039 - 5,23; p = 0,04). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu theo dõi dọc của tác giả La và cộng sự (2021) được nghiên cứu tại Hoa Kỳ, ghi nhận mối quan hệ vợ chồng là yếu tố nguy cơ độc lập đối với gánh nặng chăm sóc cao theo thời gian.¹⁸ Tương tự, nghiên cứu của tác giả Milbury và cộng sự trên 158 cặp vợ chồng là người chăm sóc và người bệnh ung thư phổi tại Đài Loan cho thấy gánh nặng chăm sóc ở mức cao và liên quan tới căng thẳng kéo dài (p < 0,001).¹⁷ Điều này có thể do mối quan hệ vợ/chồng gắn bó sâu sắc về cả tinh thần và kinh tế. Người chăm sóc phải đối mặt với áp lực về chi phí điều trị, chăm sóc liên tục, gánh thêm cả vai trò trong gia đình và nỗi sợ mất đi người người bạn đời, làm gia tăng gánh nặng chăm sóc.

Mức độ phụ thuộc của người bệnh cũng là yếu tố quan trọng. Chăm sóc người bệnh phụ thuộc hoàn toàn làm tăng gánh nặng chăm sóc lên 2,7 lần so với nhóm còn khả năng tự chăm sóc (OR = 2,7; 95% CI: 1,358 - 5,03; p = 0,005). Nghiên cứu của Alsirafy và cộng sự (2021) tại 2 quốc gia là Ai Cập và Jordan cho kết quả tương tự đồng với nguy cơ có gánh nặng chăm sóc tăng 3,4 lần ở nhóm người chăm sóc người bệnh có mức độ phụ thuộc cao (OR = 3,4; 95% CI: 1,2 - 9,7; p = 0,024).² Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hiền và cộng sự (2023), Mai Thị Yến và cộng sự (2024) đều ghi nhận ZBI trung bình cao hơn ở nhóm người chăm sóc cho người bệnh có mức độ phụ thuộc (p ≤ 0,05).¹³ Chăm sóc người bệnh cần hỗ trợ hoặc phụ thuộc hoàn toàn đòi hỏi nhiều nỗ lực thể chất và tinh thần. Việc phải hỗ trợ gần như toàn diện các hoạt động hằng ngày làm tăng thời gian, cường độ chăm sóc và dẫn đến quá tải kéo dài, gia tăng gánh nặng chăm sóc.

Nhóm đối tượng là người chăm sóc duy nhất có nguy cơ gặp gánh nặng chăm sóc cao hơn 2,93 lần so với nhóm còn lại (OR = 2,93; 95% CI: 1,136 - 7,542; p = 0,026). Tương tự, nghiên cứu tại Hoa Kỳ của tác giả La và cộng sự (2021) cho kết quả đối tượng nghiên cứu là người chăm sóc duy nhất có liên quan đến gánh nặng chăm sóc cao hơn so với nhóm còn lại. Người chăm sóc duy nhất có gánh nặng chăm sóc cao hơn do họ phải đảm nhận toàn bộ các hoạt động chăm sóc mà không có sự chia sẻ từ các thành viên khác. Việc thiếu hỗ trợ làm gia tăng khối lượng và thời gian chăm sóc, đồng thời hạn chế cơ hội nghỉ ngơi, phục hồi sức khỏe và duy trì các hoạt động cá nhân, xã hội của người chăm sóc.¹⁹

IV. KẾT LUẬN

Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc là 27,56 ± 12,68, trong đó đa số có gánh nặng từ mức trung bình trở lên. Các lĩnh vực chịu ảnh hưởng nhiều nhất là gánh nặng tự phê bình bản thân và gánh nặng tài chính.

Mối quan hệ vợ chồng, là người chăm sóc duy nhất và mức độ phụ thuộc của người bệnh là các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến gánh nặng chăm sóc. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng chăm sóc với các yếu tố: tuổi, giới tính người chăm sóc.

Xung đột lợi ích

Tất cả các tác giả trong bản thảo đều không có xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá, Lãnh đạo khoa xạ trị, Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá và Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eliana Lourenco Borgs, Juliana Franceschini, et al. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol Publicacao Of Soc Bras Pneumol E Tisilogia*. 2017;43(1). doi:10.1590/S1806-37562016000000177
2. Alsirafy SA, Nagy R, Hassan AD, et al. Caregiver burden among family caregivers of incurable cancer patients in two eastern Mediterranean countries. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):163. doi:10.1186/s12904-021-00857-5
3. EmanAli, YacobAbraham, et al. Predictors of caregiver burden among primary caregivers of cancer patients at Hawassa oncology center Northern, Ethiopia, 2022: institution-based cross-sectional study. *BMC Primary Care*. 2023;24(1). doi:10.1186/s12875-023-02170-x
4. Informal Caregivers in Cancer (PDQ®) - NCI. July 28, 2010. Accessed April 12, 2026. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/family-friends/family-caregivers-hp-pdq>
5. Boon Kheng Seng, Nan Luo, Wai Yee Ng, et al. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiver burden. *Ann Acad Med Singapore*. 2010;39(10):758-763.
6. Informal Caregivers in Cancer (PDQ®) - NCI. July 28, 2010. Accessed April 12, 2026. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/family-friends/family-caregivers-hp-pdq>
7. Jenkins C, Ho HT, Nghiem HPL, et al. A qualitative study on the needs of cancer caregivers in Vietnam. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1961403. doi:10.1080/16549716.2021.1961403
8. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden¹. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
9. Yehdego E, Aga F, Geld, Boka A. Quality of Life and Associated Factors Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients in Addis Ababa, Ethiopia. *Cancer Manag Res*. 2020;12:10047-10054. doi:10.2147/CMAR.S266416
10. Blom C, Reis A, Lencastre L. Caregiver Quality of Life: Satisfaction and Burnout. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16):6577. doi:10.3390/ijerph20166577
11. Hồ Tiểu Lâm, Tinh Thần Bành, và cs. Caregiver burden among Chinese family caregivers of patients with lung cancer: A cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2018;37. doi:10.1016/j.ejon.2018.11.003
12. Sami Y Al – Rawashdeh, Tery A Lennie, et al. Psychometrics of the Zarit Burden Interview in Caregivers of Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(6). doi:10.1097/JCN.0000000000000348
13. Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Thị Ngọc Phương. Mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống với gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh ung thư. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527(1). doi:10.51298/vmj.v527i1.5686
14. Priscila Isolani de Oliveira, Carlos Alberto de Castro Pereira, et al. Comparison of the quality of life among persons with lung cancer, before and after the chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3). doi:10.1590/S0104-11692013000300019
15. Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Thị Sơn, và cs. 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(10):373-383. doi:10.52852/tcnycyh.v183i10.2729
16. Jotsna Akter, Kennedy Diema Konlan, et al. Factors influencing cancer patients'

caregivers' burden and quality of life: An integrative review. *Heliyon*. 2023;9(11). doi:10.1016/j.heliyon.2023.e21243

17. Lee KC, Chang WC, Chou WC, et al. Longitudinal Changes and Predictors of Caregiving Burden While Providing End-of-Life Care for Terminally Ill Cancer Patients. *J Palliat Med*. 2013;16(6):632-637. doi:10.1089/jpm.2012.0499

18. Ronald D Adelman, Lyubov L Tmanova, et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(10). doi:10.1001/jama.2014.304

19. Thinh Toan Vu, Glen Johnson, Sasha Fleary, et al. Examining the relations between psychosocial and caregiving factors with mental health among Vietnamese family caregivers of hospitalized lung cancer patients. *Sci Rep*. 2025;15(1). doi:10.1038/s41598-025-96409-5

Summary

BURDEN OF CARE AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH END-STAGE LUNG CANCER AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL, 2025 – 2026

A cross-sectional descriptive study was conducted among 173 primary caregivers of patients with end-stage lung cancer at Thanh Hoa Oncology Hospital during the period 2025 – 2026, using the Zarit Burden Interview (ZBI-22). The results showed that the mean caregiver burden score was 27.56 ± 12.68 ; 48.0% of caregivers experienced a moderate burden, and 16.1% had a severe or higher level of burden. Multivariable logistic regression analysis indicated that spousal relationship, sole caregiver responsibility, and patients' level of dependency were significant factors associated with increased caregiver burden. In conclusion, primary caregivers of patients with end-stage lung cancer experience a considerable burden and require appropriate support as part of comprehensive care.

Keywords: Caregiver burden, primary caregiver, end-stage lung cancer, ZBI-22.