



Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân ung thư tại một số bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Nguyễn Thị Kim Liên¹, Nguyễn Thị Rảnh¹
¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ gánh nặng chăm sóc và mối liên quan với các yếu tố nhân khẩu học ở người chăm sóc bệnh nhi ung thư. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 304 người chăm sóc gia đình bằng thang đo Gánh nặng chăm sóc (Caregiver Burden Inventory - CBI) gồm 24 mục chia thành 5 khía cạnh, tổng điểm từ 0 đến 100 (điểm càng lớn gánh nặng càng cao). Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và phân tích phương sai một chiều ANOVA. **Kết quả:** Gánh nặng chăm sóc chung ở mức cao ($50,55 \pm 8,60$). Gánh nặng phụ thuộc thời gian ($12,33 \pm 2,81$) và thể chất ($12,35 \pm 2,75$) ở mức cao; gánh nặng phát triển ($11,27 \pm 2,67$) và xã hội ($11,85 \pm 2,18$) ở mức trung bình; gánh nặng cảm xúc thấp ($5,21 \pm 3,44$). Kết quả cho thấy tình trạng hôn nhân là yếu tố ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc chung ($F = 3,003$; $p = 0,031$) và gánh nặng cảm xúc ($F = 3,910$; $p = 0,009$). Ngoài ra, nơi sinh sống có liên quan có ý nghĩa thống kê với gánh nặng cảm xúc ($F = 4,453$; $p = 0,004$). Không ghi nhận mối liên quan với các yếu tố tuổi, giới, mối quan hệ với bệnh nhi và tình trạng việc làm. **Kết luận:** Người chăm sóc bệnh nhi ung thư chịu gánh nặng chăm sóc ở mức cao. Cần triển khai các biện pháp hỗ trợ tâm lý và hướng dẫn kỹ năng chăm sóc nhằm giảm gánh nặng cho người chăm sóc

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, bệnh nhi ung thư, người chăm sóc gia đình.

Caregiving burden among family caregivers of patients with cancer at hospitals in Ho Chi Minh city, Vietnam

Nguyen Thi Kim Lien¹, Nguyen Thi Ranh¹
¹Nguyen Tat Thanh University

ABSTRACT

Objective: To determine caregiver burden and its associated demographic factors among family caregivers of children with cancer. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 304 family caregivers using the Caregiver Burden Inventory (CBI), which consists of 24 items across five dimensions, with total scores ranging from 0 to 100 (higher scores indicate greater burden). Data were analyzed using descriptive statistics and one-way ANOVA. **Results:** Overall caregiver burden was high. Time-dependence burden (mean = 12.33 ± 2.81) and physical burden (mean = 12.35 ± 2.75) were high, while developmental burden (mean = 11.27 ± 2.67) and social burden (mean = 11.85 ± 2.18) were moderate. Emotional burden was low (mean = 5.21 ± 3.44). Total caregiver burden was significantly associated with marital status ($F = 3.003$, $p = 0.031$). Emotional burden was significantly associated with marital status ($F = 3.910$, $p = 0.009$) and place of residence ($F = 4.453$, $p = 0.004$). No significant associations were found with age, gender, relationship to the child, or employment status. **Conclusion:** Family caregivers of children with cancer experience considerable caregiving burden, particularly in time-dependence and physical domains, indicating the need for appropriate supportive interventions.

Keywords: Caregiver burden, childhood cancer, family caregivers.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những mối quan tâm sức khỏe cộng đồng hàng đầu trong thế kỷ 21, với số ca mắc và tử vong gia tăng đáng kể, đặc biệt tại các nước thu nhập thấp và trung bình¹. Trong khi trẻ em tại các quốc gia thu nhập cao có tỉ lệ chữa khỏi đến 80%, tại những nước thu nhập thấp, con số này thường dưới 30%². Tại Việt Nam, năm 2022 ước tính có 180.480 ca mắc mới và 120.184 ca tử vong do ung thư³.

Khi trẻ được chẩn đoán ung thư, áp lực không chỉ nằm ở việc điều trị mà còn ở gánh nặng mà người chăm sóc phải gánh chịu. Người chăm sóc gia đình không chỉ quản lý thuốc, phối hợp điều trị mà còn chịu trách nhiệm về sinh hoạt hàng ngày, hỗ trợ cảm xúc, tài chính và sức khỏe bản thân.

Gánh nặng chăm sóc là phản ứng đa chiều trước các áp lực thể chất, tâm lý, xã hội và tài chính liên quan đến chăm sóc người bệnh mạn tính⁴. Trong bối cảnh văn hóa Á Đông, trong trường hợp trẻ ốm, người chăm sóc thường là thành viên gia đình, phải đối mặt với gánh nặng rất lớn khi phải cân đối giữa việc chăm con và các trách nhiệm khác⁵.

Tuy đã có một số nghiên cứu quốc tế về gánh nặng chăm sóc trẻ ung thư, tại Việt Nam các nghiên cứu còn hạn chế và chưa đánh giá đầy đủ các khía cạnh của gánh nặng chăm sóc cũng như các yếu tố liên quan trong bối cảnh điều trị nội trú. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các can thiệp hỗ trợ người chăm sóc với mục tiêu: *Xác định mức độ gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan ở người chăm sóc bệnh nhi ung thư tại một số bệnh viện tuyến cuối có điều trị ung thư nhi tại Thành phố Hồ Chí Minh.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người chăm sóc chính (cha hoặc mẹ/người đại diện hợp pháp) của trẻ mắc ung thư đang điều trị nội trú tại hai bệnh viện tuyến cuối có điều trị ung thư nhi tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người chăm sóc từ 18 tuổi trở lên, là người chăm sóc chính của trẻ trong thời gian điều trị, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Dữ liệu được thu thập bởi nhóm nghiên cứu gồm 02 điều tra viên là các Điều dưỡng đã được tập huấn trước về mục tiêu nghiên cứu, nội dung bảng câu hỏi và quy trình thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người chăm sóc có vấn đề về sức khỏe thể chất hoặc tâm lý ảnh hưởng đến khả năng trả lời bảng hỏi; người chăm sóc không phải thành viên gia đình (ví dụ: bảo mẫu); người chăm sóc thuộc các cơ sở dịch vụ chăm sóc tại nhà.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại hai bệnh viện tuyến cuối có điều trị ung thư nhi tại thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian thu thập dữ liệu từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2025.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá mức độ gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan ở người chăm sóc bệnh nhi ung thư.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính bằng phần mềm G*Power phiên bản 3.1.9.4 cho kiểm định ANOVA, với hệ số hiệu ứng 0,15, alpha = 0,05 và độ mạnh thống kê 0,8. Sau khi cộng thêm 10% dự phòng mất mẫu, cỡ mẫu cuối cùng là 301 đối tượng. Trên thực tế, nghiên cứu đã thu thập được 304 đối tượng, lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu yêu cầu.

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và phân bố theo số giường bệnh của từng bệnh viện. Trong đó, bệnh viện A có 217 mẫu và bệnh viện B có 87 mẫu.

Công cụ thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi cấu trúc gồm hai phần: (1) thông tin nhân khẩu học của người chăm sóc; (2) thang đo Caregiver Burden Inventory (CBI) gồm 24 câu hỏi, đánh giá 5 khía cạnh: phụ thuộc thời gian, phát triển, thể chất, xã hội và cảm xúc. Thang đo sử dụng Likert 5 mức (0–4).

Điểm mỗi khía cạnh dao động từ 0–20; riêng khía cạnh thể chất (4 câu) được chuẩn hóa theo công thức: tổng điểm x 1,25. Mức độ gánh nặng theo từng khía cạnh được phân loại thành 5 mức từ rất thấp đến rất cao. Tổng điểm chung (0–100) được phân loại thành 4 mức: thấp (< 36), trung bình (36–48), cao (49–72) và rất cao (> 72); từ mức cao trở lên được xem là cần can thiệp.

Thang đo được dịch theo quy trình xuôi – ngược và thử nghiệm trên 30 người, cho thấy độ tin cậy tốt (Cronbach’s alpha = 0,902).

KẾT QUẢ

Bảng 1 Tuổi của người tham gia nghiên cứu

Biến số	Trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
Tuổi	36,20	7,34

Người tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $36,20 \pm 7,34$.

Bảng 2. Thông tin nhân khẩu học của người tham gia nghiên cứu

	Biến số	n	%
Giới tính	Nam	66	21,7
	Nữ	238	78,3
Quan hệ với bệnh nhân	Cha	66	21,7
	Mẹ	238	78,3

Thu thập số liệu: Người tham gia được giải thích mục tiêu nghiên cứu và hướng dẫn hoàn thành bảng hỏi tự điền. Trường hợp người tham gia không đọc được tiếng Việt, điều tra viên đã được tập huấn sẽ hỗ trợ đọc câu hỏi và ghi nhận câu trả lời. Tất cả bảng hỏi được kiểm tra tính đầy đủ và hợp lệ trước khi nhập liệu.

Phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS. Các phép thống kê mô tả và suy luận được sử dụng, bao gồm kiểm định t-test và ANOVA với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Trước khi thực hiện ANOVA, các giả định của phép kiểm định được đánh giá, bao gồm phân phối chuẩn (Shapiro–Wilk) và tính đồng nhất phương sai (Levene).

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành thông qua và phê duyệt theo Giấy chứng nhận số 24/GCN-NTT ký ngày 09/06/2025. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, quyền lợi và hoàn toàn tự nguyện ký cam kết tham gia. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học.

	Biến số	n	%
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	18	5,9
	Đã kết hôn	265	87,2
	Ly dị	12	3,9
	Góa	9	3,0
Nơi sinh sống	Tỉnh	204	67,1
	Thành phố	62	20,4
	Khác	38	12,5
Trình độ học vấn	≤ Cấp II	102	33,6
	Cấp III	114	37,5
	Cao đẳng, Đại học	88	28,9
Tình trạng việc làm	Đang đi làm	94	30,9
	Chưa có việc làm	128	42,1
	Nội trợ	82	27,0

Người tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ (78,3%), phần lớn là mẹ của bệnh nhi (78,3%). Hầu hết đã kết hôn (87,2%). Về nơi sinh sống, đa số đến từ các tỉnh (67,1%). Trình độ học vấn chủ yếu ở mức trung học phổ thông trở xuống và phần lớn người chăm sóc hiện không có việc làm ổn định hoặc làm nội trợ.

Bảng 3. Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân ung thư

Gánh nặng chăm sóc	Trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)	Loại
Tổng gánh nặng chăm sóc	50,55	8,60	Cao
1 Gánh nặng phụ thuộc thời gian	12,33	2,81	Cao
2 Gánh nặng phát triển	11,27	2,67	Trung bình
3 Gánh nặng thể chất	12,35	2,75	Cao
4 Gánh nặng xã hội	11,85	2,18	Trung bình
5 Gánh nặng cảm xúc	5,21	3,44	Thấp

Kết quả cho thấy tổng điểm gánh nặng chăm sóc trung bình là $50,55 \pm 8,60$, thuộc mức cao. Trong năm lĩnh vực đánh giá, gánh nặng phụ thuộc thời gian ($12,33 \pm 2,81$) và gánh nặng thể chất ($12,35 \pm 2,75$) có điểm trung bình cao nhất, đều ở mức nhiều. Gánh nặng xã hội đạt $11,85 \pm 2,18$ và gánh nặng phát triển đạt $11,27 \pm 2,67$, ở mức trung bình. Gánh nặng cảm xúc có điểm trung bình thấp nhất ($5,21 \pm 3,44$), thuộc mức ít.

Bảng 3. Mối liên quan giữa gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố	F	p
Tình trạng hôn nhân – Tổng gánh nặng chăm sóc	3,003	0,031
Tình trạng hôn nhân – Gánh nặng cảm xúc	3,910	0,009
Nơi sinh sống – Gánh nặng cảm xúc	4,453	0,004

* $p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê

Kết quả phân tích cho thấy tổng gánh nặng chăm sóc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hôn nhân ($F = 3,003$; $p = 0,031$). Gánh nặng cảm xúc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hôn nhân ($F = 3,910$; $p = 0,009$) và nơi sinh sống ($F = 4,453$; $p = 0,004$).

Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, mối quan hệ với bệnh nhi và tình trạng việc làm đã được phân tích nhưng không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học của người chăm sóc: Nghiên cứu khảo sát 304 người chăm sóc bệnh nhi ung thư tại hai bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh, với tuổi trung bình $36,20 \pm 7,34$. Phần lớn người chăm sóc là nữ (78,3%), chủ yếu là mẹ của trẻ, đa số đã kết hôn (87,2%) và đến từ các tỉnh (67,1%). Những đặc điểm này không chỉ mô tả mẫu nghiên cứu mà còn gợi ý các yếu tố có thể liên quan đến mức độ gánh nặng chăm sóc.

Kết quả về sự chiếm ưu thế của người mẹ phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó mẹ thường là người chăm sóc chính và chịu ảnh hưởng nhiều nhất về thể chất và tâm lý ^{6,7}. Trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, trách nhiệm chăm sóc con cái chủ yếu thuộc về người mẹ, đặc biệt khi trẻ mắc bệnh nghiêm trọng, từ đó có thể làm gia tăng gánh nặng chăm sóc.

Tỷ lệ cao người chăm sóc đến từ các tỉnh phản ánh thực trạng tập trung điều trị ung thư nhi tại các bệnh viện tuyến cuối. Việc di chuyển xa, gián đoạn công việc và thiếu mạng lưới hỗ trợ tại nơi điều trị có thể làm gia tăng gánh nặng chăm sóc, đặc biệt về

kinh tế và xã hội. Kết quả này phù hợp với Ahmadi Pishkuhi và cộng sự (2018), khi khoảng cách địa lý và chi phí điều trị được xác định là các yếu tố làm gia tăng gánh nặng ở phụ huynh có con mắc ung thư ⁸.

Gánh nặng chăm sóc tổng thể: Kết quả cho thấy gánh nặng chăm sóc chung ở mức cao, phù hợp với mục tiêu xác định mức độ gánh nặng chăm sóc ở người chăm sóc bệnh nhi ung thư. Khi phân tích theo từng lĩnh vực, gánh nặng phụ thuộc thời gian ($12,33 \pm 2,81$) và thể chất ($12,35 \pm 2,75$) ở mức cao; gánh nặng phát triển ($11,27 \pm 2,67$) và xã hội ($11,85 \pm 2,18$) ở mức trung bình; trong khi gánh nặng cảm xúc thấp hơn ($5,21 \pm 3,44$).

Kết quả này cho thấy gánh nặng chăm sóc không phân bố đồng đều giữa các khía cạnh mà tập trung chủ yếu ở thời gian và thể chất. Điều này có thể được giải thích bởi đặc thù chăm sóc trẻ ung thư nội trú, khi người chăm sóc phải hiện diện liên tục và tham gia trực tiếp vào hầu hết các hoạt động chăm sóc và hỗ trợ điều trị. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Chaghazardi và cộng sự (2022) ⁴ và Mohammadi và cộng sự (2020) ⁶ khi gánh nặng chăm sóc ở nhóm này thường dao động từ trung bình đến cao ^{4,6}.

Gánh nặng phụ thuộc thời gian: Gánh nặng phụ thuộc thời gian đạt mức cao ($12,33 \pm 2,81$), cho thấy người chăm sóc phải dành phần lớn thời gian cho các hoạt động chăm sóc hằng ngày của trẻ. Điều này phản ánh đặc điểm của ung thư nhi khoa, khi trẻ cần được theo dõi liên tục và phụ thuộc nhiều vào người chăm sóc.

Việc chăm sóc kéo dài khiến người chăm sóc phải tạm gác lại công việc và hạn chế các hoạt động cá nhân, từ đó làm giảm thời gian nghỉ ngơi và phục hồi. Saeed và cộng sự (2024) cũng ghi nhận rằng người chăm sóc gặp khó khăn trong việc duy trì thời gian tự chăm sóc do phải đảm nhận nhiều nhiệm vụ chăm sóc⁹. Kết quả này tương đồng với Mohammadi và cộng sự (2020), khi gánh nặng thời gian là lĩnh vực chịu ảnh hưởng nhiều nhất⁶.

Gánh nặng phát triển: Gánh nặng phát triển ở mức trung bình ($11,27 \pm 2,67$), phản ánh sự gián đoạn các kế hoạch cá nhân và cảm giác chậm lại trong quá trình phát triển bản thân của người chăm sóc. Điều này có thể liên quan đến việc người chăm sóc phải ưu tiên hoàn toàn cho quá trình điều trị kéo dài của trẻ, dẫn đến trì hoãn các mục tiêu cá nhân và nghề nghiệp.

Kết quả này phù hợp với Mohammadi và cộng sự (2020), khi đây là một trong những lĩnh vực chịu ảnh hưởng đáng kể ở người chăm sóc⁶. Trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, sự hy sinh vai trò cá nhân thường được chấp nhận, tuy nhiên kéo dài có thể dẫn đến mệt mỏi tâm lý và mất cân bằng trong cuộc sống.

Gánh nặng thể chất: Gánh nặng thể chất được ghi nhận ở mức cao ($12,35 \pm 2,75$), cho thấy chăm sóc kéo dài ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe người chăm sóc. Các biểu hiện như mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và suy giảm thể lực là phổ biến.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mensah và cộng sự (2023), khi người chăm sóc thường bị kiệt sức do căng thẳng kéo dài¹⁰. Phiri và cộng sự (2024) ghi nhận chất lượng giấc ngủ bị suy giảm đáng kể do phải theo dõi trẻ liên tục¹¹. Điều này cho thấy gánh nặng thể chất không chỉ xuất phát từ hoạt động chăm sóc mà còn liên quan đến căng thẳng kéo dài.

Gánh nặng xã hội: Gánh nặng xã hội ở mức trung bình ($11,85 \pm 2,18$), phản ánh những khó khăn trong việc duy trì công việc và các mối quan hệ xã hội. Người chăm sóc thường phải giảm hoặc ngừng công việc, dẫn đến giảm thu nhập và tăng áp lực tài chính.

Kết quả này phù hợp với Ahmadi Pishkuhi và cộng sự (2018), khi chi phí điều trị và gián đoạn công việc làm gia tăng gánh nặng xã hội⁸. Ngoài ra, Ho và cộng sự (2021) cũng ghi nhận ảnh hưởng đến mối quan hệ gia đình trong quá trình chăm sóc⁷.

Gánh nặng cảm xúc: Gánh nặng cảm xúc ở mức thấp ($5,21 \pm 3,44$), tuy nhiên vẫn ghi nhận sự khác biệt giữa các cá nhân. Một số người chăm sóc trải qua các cảm xúc tiêu cực như lo lắng, bất lực hoặc căng thẳng trong quá trình chăm sóc trẻ mắc bệnh nặng.

Kết quả này tương đồng với Ahmadi Pishkuhi và cộng sự (2018), khi phụ huynh có thể trải qua các trạng thái tâm lý tiêu cực trong quá trình chăm sóc trẻ mắc ung thư⁸. Mặc dù mức độ trung bình thấp, sự biến thiên giữa các cá nhân cho thấy vẫn tồn tại nhóm có nguy cơ cao cần được hỗ trợ tâm lý.

Mối liên quan giữa gánh nặng chăm sóc và các yếu tố nhân khẩu học

Kết quả nghiên cứu đã làm nổi bật vai trò của cấu trúc gia đình và điều kiện sống đối với trải nghiệm gánh nặng của người chăm sóc. Cụ thể, tổng gánh nặng chăm sóc có

liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hôn nhân ($F = 3,003$; $p = 0,031$). Đặc biệt, tình trạng hôn nhân ($F = 3,910$; $p = 0,009$) và nơi sinh sống ($F = 4,453$; $p = 0,004$) là hai yếu tố tác động mạnh mẽ nhất đến khía cạnh gánh nặng cảm xúc.

Về tình trạng hôn nhân: Những người chăm sóc đã kết hôn ghi nhận mức độ gánh nặng thấp hơn so với nhóm đơn thân, ly hôn hoặc góa bụa. Điều này có thể được lý giải bởi sự hiện diện của người bạn đời tạo nên một hệ thống hỗ trợ kép: vừa chia sẻ áp lực tài chính, vừa là nguồn an ủi tinh thần quan trọng giúp giảm bớt sự cô độc trong hành trình điều trị ung thư của con. Kết quả này tương đồng với các phát hiện của Chaghazardi và cộng sự (2022) cũng như Saeed và cộng sự (2024), khẳng định rằng sự hỗ trợ từ mạng lưới gia đình hạt nhân đóng vai trò “giảm chấn” (buffer) trước những cú sốc tâm lý^{4,9}. Ngược lại, những người chăm sóc đơn thân phải đối mặt với gánh nặng cảm xúc nặng nề hơn do vừa phải gánh vác trách nhiệm kinh tế, vừa thiếu đi người đồng hành trong việc đưa ra các quyết định điều trị khó khăn.

Về nơi sinh sống: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về gánh nặng cảm xúc theo địa dư phản ánh thực trạng không đồng đều trong tiếp cận dịch vụ. Những gia đình đến từ tỉnh phải đối mặt với áp lực tâm lý cao hơn do phải thích nghi với môi trường sống xa lạ tại thành phố, xa rời mạng lưới hỗ trợ xã hội quen thuộc tại địa phương. Khoảng cách địa lý không chỉ làm gia tăng chi phí đi lại mà còn tạo ra cảm giác bất an, lo lắng về việc duy trì cuộc sống gia đình tại quê nhà trong thời gian dài điều trị nội trú.

Về các yếu tố không có ý nghĩa thống kê: Đáng chú ý, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa gánh nặng chăm sóc với tuổi, giới tính, mối quan hệ với bệnh nhi hay tình trạng việc làm. Điều

này cho thấy trong bối cảnh bệnh ung thư nhi khoa - một căn bệnh có tính chất đe dọa tính mạng và điều trị phức tạp - thì mức độ gánh nặng là một trải nghiệm mang tính hệ thống hơn là cá nhân. Dù người chăm sóc là cha hay mẹ, trẻ hay lớn tuổi, đang đi làm hay không đi làm, thì áp lực chăm sóc vẫn đè nặng lên họ như nhau. Phát hiện này nhấn mạnh rằng các chương trình can thiệp hỗ trợ cần được thiết kế dựa trên hoàn cảnh gia đình và điều kiện tiếp cận y tế của đối tượng hơn là chỉ tập trung vào các đặc điểm nhân khẩu học đơn lẻ.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện theo thiết kế cắt ngang tại hai bệnh viện tuyến cuối ở Thành phố Hồ Chí Minh, do đó kết quả chưa phản ánh được sự thay đổi của gánh nặng chăm sóc theo tiến trình bệnh. Đồng thời, khả năng khái quát cho các cơ sở y tế tuyến dưới còn hạn chế. Ngoài ra, một số biến số như thời gian chăm sóc, giai đoạn bệnh, thu nhập của người chăm sóc hoặc gia đình chưa được thu thập. Việc thiếu các dữ liệu này có thể hạn chế phạm vi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc..

KẾT LUẬN

Người chăm sóc bệnh nhi ung thư đang phải đối mặt với mức gánh nặng cao, trong đó áp lực về thời gian và sức khỏe thể chất là những khía cạnh nặng nề nhất. Tình trạng hôn nhân và nơi cư trú của gia đình là những yếu tố liên quan đáng chú ý, khi người chăm sóc đơn thân và các gia đình ở tỉnh xa chịu áp lực cảm xúc cao hơn. Ngược lại, tuổi và giới tính của người chăm sóc không làm thay đổi đáng kể mức độ gánh nặng, cho thấy đây là vấn đề mang tính hệ thống.

KIẾN NGHỊ: Dựa trên kết quả nghiên cứu, các can thiệp sau được đề xuất nhằm giảm thiểu gánh nặng cho người chăm sóc bệnh nhi.

Can thiệp lâm sàng: Điều dưỡng và nhân viên y tế cần chủ động hướng dẫn kỹ năng chăm sóc và quản lý sức khỏe cho người nhà.

- Thiết lập thời gian nghỉ ngắn hạn cho người chăm sóc thông qua điều phối nhân lực hỗ trợ, nhằm giảm áp lực thể chất.

Hỗ trợ tâm lý – xã hội: Thực hiện sàng lọc định kỳ gánh nặng tâm lý, ưu tiên nhóm người chăm sóc đơn thân và gia đình ở tỉnh xa.

- Kết nối người chăm sóc với các câu lạc bộ cha mẹ hoặc tổ chức xã hội để giảm cảm giác cô lập và áp lực kinh tế.

Cung cấp thông tin: Chuẩn hóa việc giải thích phác đồ điều trị, đảm bảo gia đình hiểu rõ quy trình và khả năng kiểm soát, từ đó giảm cảm giác bất lực trong quá trình chăm sóc trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Cancer. World Health Organization. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

2. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, & Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science*. 2019;363(6432):1182-1186. <https://doi.org/10.1126/science.aaw4892>.

3. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. 2022. <https://gco.iarc.who.int/today/en/fact-sheets-populations>

4. Mahnaz Chaghazardi, Maryam Janatolmakan, Shahab Rezaeian, Alireza Khatony. Care burden and associated factors in caregivers of children with cancer. *Italian Journal of Pediatrics*. 2022;48(92). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01291-w>

5. Luo YH, Li WHC, Cheung AT, Chung JOK, et al. Relationships between resilience and quality of life in parents of

children with cancer. *Journal of Health Psychology*. 2021;27(5). <https://doi.org/10.1177/1359105321990806>

6. Mohammadi F, Rakhshan M, Houshangian M, & Kyle H. Evaluation of psychometric properties of the caregiver burden inventory in parents of iranian children suffering from cancer. *Nursing and Midwifery Studies*. 2020;9(2). https://doi.org/10.4103/nms.nms_47_19

7. Ho H, Chung J, Nghiem HLP, Hoang MV, Santin O. Understanding context: A qualitative analysis of the roles of family caregivers of people living with cancer in Vietnam and the implications for service development in low-income settings. *Psycho-Oncology*. 2021;30(10):1782-1788. <https://doi.org/10.1002/pon.5746>

8. Ahmadi Pishkuhi M, Shoraka H, Chegeni M. Parents' Experience of Caring Children with Cancer: A Qualitative Study with Phenomenological Approach. *Journal of Comprehensive Pediatrics*. 2018;9(4). <https://doi.org/10.5812/compreped.66014>.

9. Saeed S, Malik S, Aziz B. Care for the caregiver: an exploration of caregiver burden of children with chronic medical conditions at a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan – a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2024;14(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080829>

10. Mensah ABB, Mensah KB, et al. Impact of childhood and adolescence cancer on family caregivers: a qualitative analysis of strains, resources and coping behaviours. *BMC Psychology*. 2023;11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01257-6>

11. Phiri L, Phiri PGMC, et al. Experiences of caregivers of children with cancer in Malawi: A qualitative study. *Cancer Medicine*. 2024;13(2). <https://doi.org/10.1002/cam4.6901>