



Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh sau mổ tim tại Khoa Hồi sức tích cực - Trung tâm tim mạch Bệnh viện Việt Đức năm 2022

Nguyễn Thị Hoài¹, Nguyễn Thị Thúy Nga², Nguyễn Thị Anh Đào³,
Lê Thị Nhân¹, Nguyễn Thành Chung⁴

¹Bệnh viện Việt Đức, ²Trường Đại học Y Hà Nội, ³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,
⁴Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh sau mổ tim tại khoa hồi sức tích cực, Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Việt Đức và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 50 người chăm sóc chính của người bệnh sau mổ tim tại khoa hồi sức tích cực, Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Việt Đức sử dụng bộ câu hỏi đánh giá gánh nặng chăm sóc Zarit. **Kết quả:** Điểm Zarit trung bình là $40,12 \pm 7,80$. Hơn nửa (60%) số người chăm sóc có gánh nặng trung bình trở lên, 34% có gánh nặng nghiêm trọng. Các yếu tố làm tăng gánh nặng chăm sóc là: thời gian nằm viện trên 1 tuần ($p = 0,031$), thời gian dành cho chăm sóc người bệnh nhiều ($p = 0,043$), là vợ/chồng hoặc con ($p = 0,043$). **Kết luận:** Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh sau mổ tim ở mức trung bình. Gánh nặng chăm sóc có mối tương quan với thời gian nằm viện của người bệnh, thời gian chăm sóc, quan hệ với người bệnh.

Từ khóa: Gánh nặng chăm sóc, người chăm sóc chính, mổ tim.

Caregiver's burden when caring for patient post cardiovascular surgery at Post operative care unit, Cardiovascular center, Viet Duc hospital

Nguyen Thi Hoai¹, Nguyen Thi Thuy Nga², Nguyen Thi Anh Dao³,
Le Thi Nhan¹, Nguyen Thanh Chung⁴

¹Viet Duc Hospital, ²Hanoi Medical University, ³Hanoi Medical University Hospital
⁴Hanoi Medical University – Thanh Hoa Campus

ABSTRACT

Objective: To describe the burden of caring among primary caregivers of patients post cardiocascular surgery at post-operative care unit, cardiovascular center, Viet Duc hospital, to identify some associated factors toward caregiver's burden. **Subject and methods:** A cross-sectional study was conducted among 50 main caregivers of patients post cardiovascular surgery at post-operative care unit, cardiovascular center, Viet Duc hospital by using Zarit questionnaire. **Results:** The mean scores of Zarit was 40.12 ± 7.80 . Over half (60%) of primary caregivers had burden of care at moderate and above level, 34% had the burden at severe level. Factors that increase level of caregiver's burden were: Being in hospital more than 1 week ($p = 0.031$), time for caring ($p = 0.043$), being husband/ wife or children ($p = 0.043$). **Conclusion:** Levels of care burden among caregiver were moderate. The caregiver's burden was significantly associated with length of hospitalization, time for caring each day and the relationship with patient.

Keywords: Burden of caring, primary caregiver, cardiac surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim là một kỹ thuật phức tạp điều trị các bệnh lý của tim và mạch máu lớn. Sau mổ, người bệnh sẽ phải thở máy và được nằm ở phòng hồi sức đặc biệt và hoàn toàn được chăm sóc bởi nhân viên y tế. Sau khi ổn định, người bệnh được chuyển sang phòng hồi sức 2, nơi người nhà được vào hỗ trợ chăm sóc.

Những ngày đầu sau phẫu thuật, người bệnh còn dẫn lưu và đau nhiều khiến họ bị hạn chế vận động. Do đó, yêu cầu chăm sóc trong giai đoạn này tăng cao đòi hỏi người nhà hỗ trợ cả về sinh hoạt hằng ngày và tinh thần. Tình trạng này kéo dài ảnh hưởng đến công việc, làm thay đổi thời gian sinh hoạt và gây khó khăn về kinh tế cho người thân. Tất cả tạo nên gánh nặng đè lên vai người chăm sóc chính. Gánh nặng chăm sóc tăng lên, chất lượng chăm sóc người bệnh và người thân khác của người chăm sóc giảm và thậm chí ảnh hưởng đến sức khỏe của chính người chăm sóc. Ronald D Adelman (2014) đã chứng minh rằng những người chăm sóc dành nhiều thời gian cho việc chăm sóc người bệnh có nguy cơ mang gánh nặng chăm sóc hơn¹. Grlin D và cộng sự (2016) cho rằng việc chăm sóc người bệnh bị giới hạn vận động sẽ cần nhiều thời gian chăm sóc hơn, và làm gia tăng tình trạng trầm cảm của người chăm sóc².

Hiện trên thế giới và ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về vấn đề gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc. Trong đó, các nhà nghiên cứu chủ yếu nghiên cứu trên người bệnh lớn tuổi mắc các bệnh mạn tính như đột quỵ, tiểu đường, Alzheimer^{3,4}. Đặc biệt, theo chúng tôi tìm hiểu, hiện tại ở Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung chưa có nghiên cứu nào đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà chăm sóc người bệnh sau mổ tim. Vì thế tôi tiến hành nghiên cứu này

với hai mục tiêu: *Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh sau mổ tim tại khoa hồi sức tích cực, Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Việt Đức và tìm các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc người bệnh*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là những người chăm sóc chính người bệnh sau mổ tim.

* Tiêu chuẩn lựa chọn: Người gần gũi nhất với người bệnh, chăm sóc nhiều nhất và có trách nhiệm cao nhất đưa ra các quyết định chăm sóc người bệnh.

+ Là người chăm sóc chính của người bệnh.

+ Trên 18 tuổi, đủ tinh táo tham gia suốt cuộc phỏng vấn.

*Tiêu chuẩn loại trừ: Người được thuê để chăm sóc người bệnh.

+ Là người thân của người bệnh nhưng không phải người chăm sóc người bệnh nhiều nhất trong thời gian người bệnh điều trị tại bệnh viện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa hồi sức tích cực tim mạch – trung tâm tim mạch lồng ngực –Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3/2022 đến 8/2022. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 4/2022 đến 6/2022.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu theo tỉ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu ước lượng.

Z: Trị số phân phối chuẩn.

α : Xác suất sai lầm loại 1, vì vậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

d: Sai số cho phép, chọn $d = 0,12$

p: Tỷ lệ đối tượng lựa chọn 48.1% (theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Huân, 2020) ⁶.

Thay vào ta tính được $n = 50$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng cách cho đối tượng tham gia nghiên cứu điền vào bảng câu hỏi khảo sát qua hai hình thức: khảo sát giấy với nhóm người già, không có điện thoại thông minh hoặc quét mã QR điền thông tin theo link Google Forms. Sau đó dữ liệu sẽ được kiểm tra lại một lần nữa rồi được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 22 để phân tích.

Phân tích mô tả bao gồm giá trị trung bình, tỉ lệ phần trăm, tần số. T-test và ANOVA được dùng để tìm hiểu sự khác biệt giữa các biến số.

Bộ công cụ: Bộ câu hỏi phỏng vấn về gánh nặng chăm sóc của Zarit (Zarit Burden Interview/ZBI), đã được Nguyễn Ngọc Bích dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa [6]. Bộ công cụ này gồm 22 câu hỏi về: sức khỏe thể chất và tinh thần, tài chính, đời sống xã hội và mối quan hệ giữa người chăm sóc với NB. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 88 và được chia thành các mức độ: không hoặc có gánh nặng nhẹ (0 đến 20 điểm), gánh nặng mức độ trung bình (21 đến 40 điểm), gánh nặng nghiêm trọng (từ 41 đến 60), gánh nặng rất nghiêm trọng (61 đến 88 điểm).

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ lưỡng về các mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Người tham gia có thể rút khỏi nghiên cứu

bất cứ khi nào họ muốn. Tất cả thông tin của người tham gia được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Việt Đức và được thông qua hội đồng đánh giá bảo vệ tiểu luận trường Đại học Y Hà Nội số 5205.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi		
< 50	41	82
50 - 59	4	8
≥ 60	5	10
Giới tính		
Nữ	18	36
Nam	32	64
Công việc hiện tại		
Thất nghiệp	4	8.0
Tạm thời	28	56
Ổn định	18	36
Thu nhập bình quân		
< 5	6	12
5 - 10	26	52
10 - 15	14	28
15 - 20	4	8.0
Quan hệ của người chăm sóc với người bệnh		
Bố/ mẹ	3	6
Vợ/ chồng	15	30
Con cái	30	60
Khác	2	4

Hơn một nửa người chăm sóc chính là nam (64%), thuộc nhóm tuổi dưới 50 (82%) và có công việc tạm thời (56%) với mức thu nhập chủ yếu trong khoảng 5 -10 triệu/ tháng (52%). Người chăm sóc là con của người bệnh chiếm 60%, tiếp đó lần lượt là vợ/ chồng (30%), bố/mẹ (6%) và nhóm khác chiếm 4%.

Bảng 2. Chỉ số điểm gánh nặng chăm sóc - Zarit (n = 50)

Phân loại mức độ	n	%
Gánh nặng trung bình (21 đến 40 điểm)	31	62
Gánh nặng nghiêm trọng (41 đến 60 điểm)	18	36
Gánh nặng rất nghiêm trọng (61 đến 88 điểm)	1	2
Điểm Zarit trung bình: $40,12 \pm 7,80$		

Điểm Zarit trung bình trên người chăm sóc là $40,12 \pm 7,80$. Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu có gánh nặng trên trung bình, trong đó mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (62%).

Bảng 3. Sự khác biệt của gánh nặng chăm sóc về đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu (n = 50)

Yếu tố		n	X ± SD	p
Giới tính	Nam	32	40,65 ± 8,67	0,433*
	Nữ	18	39,33 ± 6,26	
Tuổi	< 50	41	40,21 ± 10,56	0,702**
	50 - 59	4	44,03 ± 11,24	
	> 60	5	38,46 ± 13,48	
Nơi ở	Nông thôn	30	39,46 ± 13,22	0,437*
	Thành thị	20	41,25 ± 14,67	
Thu nhập	< 5 triệu	6	37,16 ± 6,67	0,346**
	5 - 10 triệu	26	39,34 ± 6,66	
	10 - 20 triệu	15	42,47 ± 10,41	
	> 20 triệu	3	40,18 ± 1,73	
Quan hệ với người bệnh	Vợ/chồng	15	49,60 ± 9,57	0,043**
	Con	30	40,32 ± 6,85	
	Họ hàng	2	39,54 ± 4,95	
	Bố/mẹ	3	37,33 ± 0,85	

Chú thích: * t - test; ** ANOVA test

Bảng 3 cho thấy có sự khác biệt về gánh nặng chăm sóc giữa các nhóm người chăm sóc là vợ/chồng, con, họ hàng, và bố mẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,043$).

Bảng 4. Sự khác biệt của gánh nặng chăm sóc trong thời gian chăm sóc (n = 50)

Yếu tố		n	Điểm Zarit	p
Thời gian chăm sóc	Dưới 1 tuần	38	40,14 ± 7,14	0,971*
	Trên 1 tuần	12	40,23 ± 8,84	
Thời gian chăm sóc hằng ngày	< 2 giờ/ ngày	10	38,00 ± 6,71	0,043**
	2 - 6 giờ/ ngày	26	39,15 ± 8,58	
	> 6h/ ngày	14	47,08 ± 7,84	
Thời gian nằm viện	≤ 1 tuần	5	39,80 ± 4,86	0,031*
	> 1 tuần	45	48,22 ± 8,15	
Là người chăm sóc duy nhất	Có	42	40,38 ± 7,95	0,682*
	Không	8	39,13 ± 7,68	

Chú thích: * t - test; ** ANOVA test

Nhóm có thời gian chăm sóc hằng ngày >6h có điểm trung bình Zarit lớn nhất (47,08 ± 7,84). Gánh nặng chăm sóc có sự khác biệt về thời gian chăm sóc hằng ngày dành cho người bệnh (p = 0,043). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm người bệnh nằm viện trên 1 tuần và dưới 1 tuần (p = 0,031). Người bệnh nằm viện trên 1 tuần gây ra gánh nặng chăm sóc cao hơn cho người nhà chăm sóc.

Bảng 5. Sự khác biệt của gánh nặng chăm sóc về đặc điểm chung của người bệnh (n = 50)

Yếu tố		n	Điểm Zarit	p
Giới tính	Nam	32	40,22 ± 13,45	0,442*
	Nữ	18	40,11 ± 15,14	
Tuổi	< 30	9	36,5 ± 18,12	0,261**
	30 - 50	23	40,3 ± 23,34	
	> 50	18	41,8 ± 14,80	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	36	39,32 ± 16,85	0,597**
	Góa	3	43,41 ± 15,35	
	Ly dị/độc thân	11	44,28 ± 13,26	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	18	40,14 ± 7,64	0,931*
	Từ THPT trở lên	32	40,35 ± 8,34	
Nghề nghiệp	Ổn định	30	40,17 ± 7,64	0,931*
	Tạm thời	20	40,32 ± 8,34	
Tình trạng sức khỏe	Rất tốt	10	38,21 ± 8,07	0,442**
	Tốt	35	41,15 ± 7,76	
	Bình thường	5	38,86 ± 3,11	

Chú thích: * t - test, ** ANOVA test

Không có liên quan giữa gánh nặng chăm sóc với giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng sức khỏe của người bệnh (p > 0,05)

BÀN LUẬN

Đặc điểm của người chăm sóc: Người chăm sóc là nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ (64% và 36%). Kết quả không tương tự với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Caro, C.C., (2018), kết quả cho thấy hầu hết người chăm sóc là phụ nữ (90%) và có quan hệ là vợ của người bệnh (83%)⁷. Ngoài ra, đối với các bệnh mạn tính như ung thư, đái tháo đường, sa sút trí tuệ,... hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra tỷ lệ người chăm sóc là nữ nhiều hơn nam giới^{8,9}. Tuy nhiên, đối với nghiên cứu này của chúng tôi, chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới, và người chăm sóc chủ yếu là có quan hệ là con trai của người bệnh. Kết quả chỉ đánh giá được một phần nhỏ đặc điểm về giới của người chăm sóc tại thời điểm mà chúng tôi đánh giá, đồng thời cỡ mẫu trong nghiên cứu là 50, ít hơn so với các nghiên cứu lớn đã được thực hiện trên, vì vậy tỷ lệ cũng có sự khác biệt. Hơn nữa, các nghiên cứu trước tiến hành trên đối tượng nghiên cứu khác nhau (người bệnh đột quỵ, sa sút trí tuệ) nên sự khác biệt là có thể xảy ra.

Độ tuổi trung bình của người chăm sóc là 41,51. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mr. Rafael del-Pino-Casado (2019) với tuổi trung bình là 44,2¹⁰. Ngoài ra còn có nghiên cứu của Mitzi M. Saunders (2008), kết quả cho thấy độ tuổi trung bình là 49,5¹¹. Điều này hoàn toàn phù hợp vì người chăm sóc chủ yếu là con cái và bạn đời.

Quan hệ của người chăm sóc với người bệnh: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 60% người bệnh được con chăm sóc và 30% bạn đời chăm sóc chiếm phần lớn tỷ lệ. Kết quả chỉ ra tương tự với các nghiên cứu của các nước Châu Á như Trung Quốc¹², Hàn Quốc¹³. Một số nghiên cứu tại các

nước Âu Mỹ cho thấy người chăm sóc chủ yếu là chồng hoặc vợ như Hoa Kỳ¹⁴, Italia¹⁵.

Điều khác biệt có thể do quan niệm truyền thống chăm sóc cha mẹ khi già yếu là trách nhiệm và nghĩa vụ của con cái tại các nước Châu Á. Ngoài ra còn có lòng hiếu thảo giúp họ có động lực để có thể chăm sóc cha mẹ mình khi họ ốm yếu.

Chỉ số gánh nặng chăm sóc: Có 59.6% người chăm sóc có gánh nặng trung bình và 34.6% người chăm sóc có gánh nặng nghiêm trọng. Điểm trung bình Zarit là $40,12 \pm 7,80$.

Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Abdullah Arif Yilmaz (2021) tại Thổ Nhĩ Kỳ đánh giá gánh nặng của người chăm sóc trên người bệnh sau phẫu thuật tim, điểm Zarit là $40,24 \pm 4,73$ ¹⁶. Ngoài ra kết quả nghiên cứu của J.F. Delgado (2015), tại Tây Ban Nha cũng có kết quả tương đương về điểm gánh nặng chăm sóc¹⁷.

Đồng thời, theo nghiên cứu của Maryam Dalir (2020), gánh nặng chăm sóc của bố mẹ với con, có tới 57,7% gánh nặng ở mức trung bình trở lên và 32,5% ở mức độ nghiêm trọng¹⁸.

Như vậy, có thể thấy người chăm sóc dù là con cái hay là bố mẹ đều có những gánh nặng tương đối nhiều. Vì vậy khi tiếp cận và điều trị cho người bệnh sau phẫu thuật tim, nhân viên y tế (đặc biệt là điều dưỡng) nên tiếp cận người chăm sóc trên khía cạnh hỗ trợ làm giảm gánh nặng, cũng như nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh sau phẫu thuật tim.

Nghiên cứu này chỉ ra không có sự khác biệt giữa gánh nặng chăm sóc ở hai đối tượng người chăm sóc là nam hay nữ ($p = 0,433 > 0,05$). Kết quả này không tương đồng với các nghiên cứu khác như của Phạm Ngọc Huân (2020)⁵, Nguyễn Thị Thanh Bình

(2019)¹⁹ ghi nhận rằng gánh nặng chăm sóc cao hơn ở người chăm sóc là nữ giới. Sự khác biệt này có lẽ là do sự chênh lệch về giới tính nhiều trong các nghiên cứu. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại thời điểm người bệnh đang nằm viện trong thời gian không quá dài. Các nghiên cứu của Phạm Ngọc Huân, Nguyễn Thị Thanh Bình nghiên cứu trên đối tượng người bệnh sa sút trí tuệ, thời gian bệnh kéo dài hơn rất nhiều.

Xét về độ tuổi của người chăm sóc, nơi ở, nghề nghiệp và thu nhập của người chăm sóc, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt trong gánh nặng chăm sóc. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pham, T.H, Jullamate, P, Piphatvanitcha, N (2017)²⁰. Nghiên cứu được thực hiện ở Đông Nam Nigeria cho thấy gánh nặng chăm sóc có tương quan thuận với tuổi của người chăm sóc²¹. Có nghĩa là, khi tuổi người chăm sóc càng cao gánh nặng chăm sóc càng tăng lên.

Gánh nặng chăm sóc thấp nhất khi người chăm sóc là họ hàng, cao nhất là vợ/ chồng, tương tự như nghiên cứu của Park tại Hàn Quốc²². Nguyên nhân bạn đời có điểm Zarit cao nhất là do họ là người đã đồng hành và chăm sóc nhau suốt một khoảng thời gian dài, nên khi một trong hai bị ốm sẽ khiến người còn lại rất đau khổ và phải dành nhiều thời gian, thậm chí nghỉ việc để chăm sóc. Việc đó gây ra gánh nặng cả về vật chất và tinh thần. Tuy nhiên nghiên cứu của Phạm Ngọc Huân (2020) lại chỉ ra rằng gánh nặng chăm sóc trên đối tượng con cái là cao nhất⁵. Tác giả giải thích do con cái là người lao động chính trong gia đình, vừa lo kinh tế vừa lo chăm sóc nên gánh nặng dồn lên vai. Sự khác biệt này có thể do hiện nay cùng sự phát triển của công nghệ nên giới trẻ có thể làm việc online khi chăm sóc cha mẹ, nên họ giảm áp lực về kinh tế khi chăm sóc cha mẹ nằm viện.

Gánh nặng chăm sóc không có sự khác biệt về thời gian chăm sóc ($p = 0,971$). Điều này có thể do thời gian chăm sóc người bệnh không nhiều, thấp nhất là 7 ngày, nhiều nhất là 20 ngày. Trong thời gian ngắn như vậy, người chăm sóc không bị ảnh hưởng quá nhiều đến công việc và cuộc sống hiện tại. Chưa kể đến những trường hợp có nhiều người cùng chăm sóc người bệnh.

Về thời gian/ngày chăm sóc người bệnh nằm hồi sức sau mổ, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về số giờ chăm sóc trong ngày. Người chăm sóc dành càng nhiều giờ chăm sóc người bệnh thì gánh nặng càng lớn. Phát hiện này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Pham năm 2017 với số giờ chăm sóc hàng ngày có tương quan thuận với mức độ gánh nặng²⁰. Nghiên cứu của Gbiri vào năm 2015 cũng cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi²¹. Nhìn chung, người chăm sóc càng dành nhiều thời gian chăm sóc người bệnh thì họ càng có ít thời gian riêng tư cho bản thân, do đó làm giảm thời gian của họ cho công việc được trả lương, giao tiếp xã hội và giải trí.

Những người bệnh nằm điều trị càng lâu sẽ gây ra gánh nặng chăm sóc cho người nhà. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Behzad Einollahi (2019)²³. Những người bệnh có thời gian điều trị trên 1 tuần sẽ gây thêm gánh nặng cho người chăm sóc. Có thể gánh nặng này xuất phát từ tâm lý lo lắng hoang mang khi thời gian phục hồi kéo dài.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về gánh nặng chăm sóc theo giới nam và nữ. Gánh nặng chăm sóc trung bình của nam và nữ tương ứng lần lượt là $40,22 \pm 13,45$ và $40,11 \pm 15,14$. Tương tự, gánh nặng chăm sóc không có mối tương quan với các đặc điểm khác như tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, học vấn.

Rất nhiều nhà nghiên cứu đã đánh giá và mô tả theo nhiều cách khác nhau những đặc trưng của người bệnh và người chăm sóc có thể ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc. Nghiên cứu của Cassive tại Bồ Đào Nha cho rằng tuổi người bệnh không liên quan đến gánh nặng chăm sóc²⁴. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình ông chỉ ra rằng chăm sóc người bệnh nam tạo gánh nặng cao hơn chăm sóc người bệnh nữ¹⁹. Các sự khác biệt này là do cỡ mẫu khác nhau, đối tượng chọn mẫu khác nhau.

Gánh nặng chăm sóc có sự khác biệt về tình trạng sức khỏe. Kết quả này cũng phù hợp với một nghiên cứu của Ostwald cho thấy sức khỏe kém tương ứng với gánh nặng nhận thức lớn hơn. Những người chăm sóc trong nghiên cứu này cho rằng nhiệm vụ chăm sóc người bệnh dẫn đến các vấn đề sức khỏe của họ cho chính họ²⁵. Phát hiện này tương tự với các nghiên cứu được thực hiện bởi Phạm (2017) và Jeong và cộng sự (2015)²⁰.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trong một thời gian ngắn và chỉ thực hiện khảo sát tại một thời điểm, không theo dõi trong thời gian dài. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên chưa có tính đại diện cao. Trong tương lai cần tiến hành thêm nghiên cứu thuần tập, can thiệp sâu hơn để đánh giá toàn diện hơn đối tượng nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi với 50 người tham gia cho thấy gánh nặng chăm sóc có điểm trung bình (Zarit) là $40,12 \pm 7,80$. Có 59,6% người chăm sóc có gánh nặng trung bình trở lên và 34,6% người chăm sóc có gánh nặng nghiêm trọng. Các yếu tố ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc: thời gian nằm viện của người bệnh, thời gian chăm sóc, quan hệ với người bệnh. Để giảm gánh nặng của người nhà trực tiếp chăm sóc người

bệnh sau mổ tim cần phối hợp chặt chẽ công tác chăm sóc giữa điều dưỡng và người nhà. Tăng cường các phương pháp điều trị và chăm sóc hiệu quả giảm thời gian nằm viện của người bệnh. Ngoài ra, bệnh viện nên cung cấp các dịch vụ hỗ trợ người nhà chỗ ăn, ở cũng như dịch vụ tư vấn, hướng dẫn cách chăm sóc người bệnh, đặc biệt là con cái của người bệnh và người chăm sóc của người bệnh có tiên lượng thời gian điều trị lâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adelman R.D., Tmanova L.L., Delgado D., et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA* 2014; 311(10): 1052–1060. doi: 10.1001/jama.2014.304.
2. Piery V G.D. Contributory Factors to Caregiver Burden in Parkinson Disease. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17(7): 626–632. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.004.
3. Ogunmodede A.J., Abiodun O., Makanjuola A.B., et al. Burden of Care and Psychological Distress in Primary Caregivers of Patients with Type -2 Diabetes Mellitus in A Tertiary Hospital in Nigeria. *Ethiop J Health Sci* 2019;29(6): 697–708.
4. Hu P., Yang Q., Kong L., et al. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(40): e12638. doi: 10.1097/MD.00000000000012638
5. Phạm Ngọc Huân. Gánh nặng chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer. *Tạp chí y học Việt Nam* 2018; 199–203.
6. Nguyễn Bích Ngọc. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Alzheimer, người chăm sóc và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp không dùng thuốc. *Luận án tiến sĩ*; 2014: Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

7. Caro C.C., Costa J.D., and Da Cruz D.M.C. Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational Therapy In Health Care*; 2018; 32(2): 154–171. doi: 10.1080/07380577.2018.1449046.
8. Dennis J.M., McGovern A.P., Vollmer S.J., et al. Improving Survival of Critical Care Patients With Coronavirus Disease 2019 in England: A National Cohort Study, March to June 2020*. *Crit Care Med* 2021; 49(2): 209–214. doi: 10.1097/CCM.0000000000004747.
9. Vervoort D., Meuris B., Meyns B., et al. Global cardiac surgery: Access to cardiac surgical care around the world. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2020; 159(3): 987-996.e6. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.04.039.
10. Del-Pino-Casado R., Rodríguez Cardosa M., López-Martínez C., et al. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14(5). doi: 10.1371/journal.pone.0217648.
11. Saunders M.M. Factors Associated with Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers. *West J Nurs Res* 2008; 30(8): 943–959. doi: 10.1177/0193945908319990.
12. Hu X., Dolansky M.A., Su Y., et al. Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 62: 11–21. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.006.
13. Ahn J. Caregiver Burden, Stress, Depression, and Quality of Life in Family Caregivers of Patients with Heart Failure. *Circulation Research*, 2019; 125: 442–A446. https://doi.org/10.1161/res.125.suppl_1.442.
14. Mochari-Greenberger H. and Mosca L. Caregiver Burden and Nonachievement of Healthy Lifestyle Behaviors among Family Caregivers of Cardiovascular Disease Patients. *Am J Health Promot* 2012; 27(2): 84–89. doi: 10.4278/ajhp.110606-QUAN-241.
15. Testa M., Cappuccio A., Latella M., et al. The emotional and social burden of heart failure: integrating physicians', patients', and caregivers' perspectives through narrative medicine. *BMC Cardiovasc Disord* 2020; 20(1): 522. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01809-2>.
16. Yilmaz A.A., Üstündağ M., Yavuz Y., et al. Investigation of Anxiety, Depression and Perceived Caregiving Burden in Parents of Pediatric Patients Undergoing Open Heart Surgery and Being Followed Up in Intensive Care 2021; *Koşuyolu Heart Journal*, 24. DOI:10.51645/khj.2021.m95.
17. Delgado J. f., Almenar L., González-Vilchez F., et al. Health-related quality of life, social support, and caregiver burden between six and 120 months after heart transplantation: a Spanish multicenter cross-sectional study. *Clinical Transplantation* 2015; 29(9): 771–780. doi: 10.1111/ctr.12578.
18. Dalir M., Mashouf S., and Esmailpourzanjani S. The Effect of Spiritual Self-Care Education on the Care Burden of Mothers With Children Hospitalized in Intensive Care Units for Open Heart Surgery. *Complementary Medicine Journal* 2020; 10(1): 34–45. DOI:10.32598/cmja.10.1.866.1.

19. Nguyễn Thị Thanh Bình. Gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn cuối. Tạp chí y học Việt Nam; 2019; 481(1): 95–99.
20. Pham, T. H, Jullamate, P, and Piphatvanitcha, N. Factors Related to Caregiver Burden among Family Caregivers of Older Adults with Stroke in Hai Duong, Vietnam. The Southern College Neywork Journal of Nursing and Public Health 2017: 96–100.
21. Gbiri, C. A., Olawale, O. A., and Isaac, S. O. Stroke management: Informal caregivers' burdens and strians of caring for stroke survivors. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2018; 58(2): 98–103. doi: 10.1016/j.rehab.2014.09.017.
22. Park M, Sung M, Kim SK, et al. Multidimensional deteminants of family caregiver burden in Alzeimer's disease. Int Psychologeriar 2015; 27(8): 1355–1364. doi: 10.1017/S1041610215000460.
23. Einollahi B., Taheri S., Nemati E., et al. Burden among care-givers of kidney transplant recipients and its associated factors. Saudi J Kidney Dis Transpl 2009; 20(1): 30–34.
24. Cassis et al. Correlation between burden on caregiver and clinical characteristics of patient with dementia. Rev Assoc Med Bras 2017; 53(6): 67–69. doi: 10.1590/s0104-42302007000600015.
25. Rosdinom R. Behavioural and psychological symotoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patient with dementia. Prev Med 2018; 57(3): 165–168. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.12.025.