

Mức độ và các yếu tố liên quan đến sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của người thân chăm sóc bệnh nhân đột quỵ tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Nguyễn Trọng Nhân¹, Cao Mạnh Hùng^{2,*}, Trần Thị Thuý¹, Tô Ngọc Giàu¹, Lê Thị Thanh¹, Nguyễn Mai Thảo¹, Lưu Thị Bích Châu¹, Huỳnh Nhứt Hữu¹, Nguyễn Thị Kim Bằng³, Mai Thị Ngọc Kiều⁴, Nguyễn Anh Tài¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Khoa Nội Thần Kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam

²Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP.HCM, Việt Nam

³Khoa U gan, Trung Tâm Ung Bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam

⁴Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Liên hệ

Cao Mạnh Hùng, Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP.HCM, Việt Nam

Email: cmhung@uhsvnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 14-6-2025
- Ngày sửa đổi: 05-03-2026
- Ngày chấp nhận: 12-5-2026
- Ngày đăng: 08-06-2026

DOI: <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.628>



Check for updates

Bản quyền

© Tạp chí ĐHQG-HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

TÓM TẮT

Mở đầu: Sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của người chăm sóc (NCS) là người thân trong gia đình đóng vai trò then chốt trong quá trình chăm sóc và hỗ trợ người bệnh đột quỵ não. Việc thiếu chuẩn bị và nhận thức chưa đúng dẫn về năng lực chăm sóc người bệnh thường làm gia tăng gánh nặng thể chất, tâm lý và xã hội, trong khi sự chuẩn bị sẵn sàng và nhận thức đầy đủ giúp nâng cao hiệu quả và niềm tin vào khả năng thực hiện vai trò chăm sóc người bệnh.

Mục tiêu: Xác định điểm trung vị của sự chuẩn bị chăm sóc, nhận thức về năng lực chăm sóc và các yếu tố liên quan của NCS trong gia đình người bệnh đột quỵ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 180 NCS là người thân sống chung nhà với người bệnh bị đột quỵ não đang điều trị tại Khoa Nội Thần Kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến 04 năm 2025.

Kết quả: NCS có độ tuổi trung vị là 43,5 (36,5-51,0) tuổi và 68,2% là nữ giới, học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm 59,4%. Điểm trung vị về chuẩn bị chăm sóc là 25,0 (16,0-32,0) và nhận thức về năng lực chăm sóc là 88,0 (82,0-97,0). Học vấn, thu nhập, tôn giáo, tình trạng việc làm, mối quan hệ với người bệnh, được đào tạo về chăm sóc, thời gian thay phiên chăm sóc có mối liên quan với sự chuẩn bị chăm sóc ($p < 0,05$). Đồng thời, các đặc điểm về tôn giáo, tình trạng việc làm, được đào tạo về chăm sóc, thời gian thay phiên chăm sóc có mối liên quan với nhận thức về năng lực chăm sóc của NCS ($p < 0,05$).

Kết luận: Sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của NCS ở mức trung bình. Các đặc điểm về học vấn, tôn giáo, tình trạng việc làm, thời gian thay phiên chăm sóc người bệnh có liên quan đáng kể đến sự chuẩn bị và nhận thức về năng lực chăm sóc. Đặc biệt, điều dưỡng cần quan tâm hướng dẫn, tư vấn về cách chăm sóc, hỗ trợ người bệnh để nâng cao sự chuẩn bị, nhận thức và sự tự tin cho NCS.

Từ khoá: Sự chuẩn bị, năng lực chăm sóc, đột quỵ não

MỞ ĐẦU

Đột quỵ (ĐQ) là một trong những lý do hàng đầu gây tử vong và bệnh tật về thần kinh trên toàn cầu. ĐQ do thiếu máu cục bộ và xuất huyết não đều dẫn đến tình trạng thiếu oxy cục bộ do sự tắc nghẽn hoặc vỡ mạch máu¹. Vì vậy, người bệnh (NB) sau ĐQ gặp nhiều khó khăn trong sinh hoạt và phải phụ thuộc vào sự hỗ trợ của người chăm sóc (NCS) trong gia đình nhất là trong giai đoạn đầu sau ĐQ^{2,3}. Thực tế, NCS trong gia đình luôn sẵn sàng hỗ trợ NB phục hồi sau ĐQ⁴ và sự tham gia tích cực của NCS trong gia đình rất quan trọng để đạt được sự chăm sóc hiệu quả và bền vững⁵. Tuy nhiên, quá trình phục hồi sau ĐQ thường kéo dài, NCS trong gia đình phải vật lộn với những thách thức trong việc chăm sóc và phải chịu gánh nặng đáng kể liên quan đến việc chăm sóc^{6,7} đòi hỏi sự nỗ lực, kiên trì của cả NB và NCS trong gia đình. Do đó, việc thiết lập các chiến lược thu hút và nâng cao vai trò của NCS là điều cần thiết để cải thiện sự an toàn và chất lượng

trong việc cung cấp sự hỗ trợ và chăm sóc cho NB sau ĐQ. Trong bối cảnh này, hai yếu tố “sự chuẩn bị chăm sóc” và “nhận thức về năng lực chăm sóc” của NCS giữ vai trò đặc biệt quan trọng, không chỉ ảnh hưởng đến gánh nặng chăm sóc và sức khỏe tâm lý của NCS, mà còn tác động trực tiếp đến khả năng tuân thủ điều trị, phục hồi chức năng và chất lượng cuộc sống (CLCS) của NB sau ĐQ.

Trong đó, các yếu tố dự đoán về CLCS của NB sau ĐQ nhấn mạnh về vai trò của NCS bao gồm sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc². Sự chuẩn bị của NCS bao gồm việc tiếp nhận vai trò chăm sóc và áp dụng các kiến thức vào chăm sóc NB ĐQ^{7,8}. Khác với các nhóm bệnh mạn tính có diễn tiến kéo dài, ĐQ thường khởi phát đột ngột, khiến nhiều NCS phải tiếp nhận vai trò chăm sóc trong thời gian rất ngắn, khi họ vẫn còn hạn chế về kiến thức và kỹ năng chăm sóc NB ĐQ⁹. NCS cho NB ĐQ thường cảm

Trích dẫn bài báo này: Trọng Nhân N, Mạnh Hùng C, Thị Thuý T, Ngọc Giàu T, Thị Thanh L, Mai Thảo N, Bích Châu L T, Nhứt Hữu H, Kim Bằng N T, Ngọc Kiều M T, Anh Tài N. **Mức độ và các yếu tố liên quan đến sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của người thân chăm sóc bệnh nhân đột quỵ tại Bệnh viện Chợ Rẫy.** VNUHCM J. Health Sci. 2026; 7(1):889-897.

thấy ít chuẩn bị hơn những NCS cho NB ung thư^{10,11}. Điều này làm gia tăng áp lực tâm lý, giảm cơ hội duy trì đời sống xã hội và làm trầm trọng thêm những thách thức trong quá trình chăm sóc¹². Ngược lại, những NCS được chuẩn bị đầy đủ sẽ giảm bớt gánh nặng về kinh tế, tâm lý, xã hội¹³ và nâng cao nhận thức về năng lực của bản thân¹⁴. Các bằng chứng này cho thấy “sự chuẩn bị chăm sóc” không chỉ là một điều kiện hỗ trợ cho NCS, mà còn đóng vai trò như một yếu tố bảo vệ giúp tăng khả năng thích ứng với vai trò chăm sóc và nâng cao hiệu quả chăm sóc NB sau ĐQ. Ngoài ra, ĐQ khởi phát đột ngột có thể nâng cao sự chuẩn bị của NCS nhưng cũng làm tăng gánh nặng về vai trò của NCS¹⁵. Đối với cảm giác năng lực hay nhận thức về năng lực chăm sóc rất quan trọng trong đánh giá tác động của việc chăm sóc và phản ánh niềm tin của NCS vào khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc hiệu quả của bản thân¹⁶. Nhận thức về năng lực của NCS trong gia đình ảnh hưởng trực tiếp đến việc điều trị, phục hồi chức năng của NB². Tuy nhiên, căng thẳng tài chính, kiệt sức thể chất, cô đơn và sự tiến triển khó dự đoán của ĐQ có thể làm suy giảm cảm giác năng lực của NCS¹⁷. Như vậy, hai yếu tố “sự chuẩn bị chăm sóc” và “nhận thức về năng lực chăm sóc” không tồn tại tách biệt, mà tương tác theo hướng vừa bổ trợ vừa điều hòa tác động của gánh nặng chăm sóc lên sức khỏe NB và NCS.

Mặc dù, vai trò của NCS đã được khẳng định trong chăm sóc NB sau ĐQ, các nghiên cứu đánh giá đồng thời mức độ chuẩn bị chăm sóc, nhận thức về năng lực chăm sóc và các yếu tố liên quan của NCS vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại các quốc gia có bối cảnh văn hóa gia đình Á Đông như Việt Nam, nơi chăm sóc dựa vào gia đình vẫn chiếm ưu thế. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu tại Việt Nam khảo sát một cách đầy đủ về mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân của NCS với sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc NB sau ĐQ. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định mức độ chuẩn bị chăm sóc, mức độ nhận thức về năng lực chăm sóc và các yếu tố liên quan của NCS trong gia đình NB sau ĐQ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, qua đó cung cấp bằng chứng khoa học làm cơ sở cho các can thiệp giáo dục, tư vấn và hỗ trợ của điều dưỡng, góp phần nâng cao năng lực chăm sóc của NCS và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau ĐQ.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định điểm trung vị của sự chuẩn bị chăm sóc, nhận thức về năng lực chăm sóc và các yếu tố liên quan của NCS trong gia đình người bệnh đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

VẬT LIỆU - PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Người chăm sóc là người thân sống chung nhà với NB ĐQ đang điều trị tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2025 đến 04/2025.

Tiêu chuẩn chọn

Là người thân trong gia đình, hiện đang sống chung nhà với NB, trực tiếp chăm sóc NB ĐQ trong thời gian điều trị tại bệnh viện, từ đủ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nếu có nhiều hơn một người chăm sóc là người thân trong gia đình đang sống chung nhà với NB và cùng tham gia chăm sóc NB tại bệnh viện thì người có thời gian chăm sóc NB nhiều hơn tại bệnh viện và cả sau khi xuất viện là người được chọn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

NCS không nghe và hiểu được tiếng Việt.

NCS có các vấn đề về tâm lý và nhận thức đã được chẩn đoán xác định.

Cỡ mẫu

Công thức cỡ mẫu ước lượng một trung bình:

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2\sigma}}{d} \right)^2$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu

α : Sai lầm loại 1, có giá trị 0,05

σ : Độ lệch chuẩn

d: Sai số ước tính =0,05

Độ lệch chuẩn σ dựa vào nghiên cứu của Seok Y và cộng sự². Trong đó, sự chuẩn bị sẵn sàng $\sigma=0,21$ và nhận thức về năng lực chăm sóc $\sigma=0,32$. Cỡ mẫu tính được là $n \geq 158$ NCS.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và được thực hiện tại một địa điểm với tổng số 180 người bệnh tham gia khảo sát.

Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu thu thập thông tin dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn được soạn sẵn gồm 3 phần: Đặc điểm cá nhân 12 câu; Sự chuẩn bị sẵn sàng 08 câu và Nhận thức về năng lực chăm sóc 27 câu. Tại Khoa Nội Thần kinh, thông thường sau 5-7 ngày điều trị, tình trạng NB ổn

định, NB thường được xuất viện hoặc chuyển tuyến dưới để tiếp tục điều trị. Do đó, nghiên cứu tiếp cận NCS đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu ở ngày điều trị thứ 5 của NB ĐQ, trình bày nội dung và mục đích của nghiên cứu, giải đáp những thắc mắc của NCS, mời NCS tham gia vào nghiên cứu. Việc phỏng vấn chỉ do nghiên cứu viên chính thực hiện và được tiến hành tại Phòng Giao ban của Khoa để đảm bảo không gian yên tĩnh và hạn chế tác động từ bên ngoài. Mỗi lượt phỏng vấn kéo dài từ 10-15 phút. Quy trình này nhằm giảm thiểu nguy cơ sai lệch do người phỏng vấn và hỗ trợ bảo đảm tính nhất quán trong thu thập dữ liệu.

Đo lường biến số

Sự chuẩn bị chăm sóc (Caregiver Preparedness Scale – CPS) được xây dựng bởi tác giả Archbold và cộng sự¹⁸. Thang đo này là một công cụ tự đánh giá gồm 08 câu để kiểm tra niềm tin về sự chuẩn bị của NCS cho nhiều lĩnh vực chăm sóc. Các câu trả lời được đánh giá trên thang điểm Likert 5 mức độ với điểm số từ 0 điểm là “hoàn toàn không chuẩn bị” đến 4 điểm là “chuẩn bị rất tốt”. Tổng điểm của phần này dao động từ 0-32 điểm được tính bằng cách cộng điểm của tất cả các câu đã trả lời và điểm càng cao cho thấy sự chuẩn bị của NCS càng tốt. Đồng thời, các nghiên cứu cho thấy cấu trúc thang đo là đơn chiều với độ tin cậy nội tại cao (Cronbach’s α dao động 0,88-0,94), tương quan biến tổng phù hợp và tính cấu trúc (CFA) được xác nhận ở nhóm NCS NB sau ĐQ¹⁹.

Nhận thức về năng lực chăm sóc (Short Sense of Competence Questionnaire-SSCQ) gồm 27 câu hỏi của tác giả Vernooij-Dassen và cộng sự¹⁶ được chia làm 3 phần gồm: Vai trò người chăm sóc với 07 câu (câu 8, 10, 14, 16, 25, 26, 27), dao động từ 7-35 điểm; Hiệu suất của bản thân với 12 câu (câu 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 17, 18, 19, 23), dao động từ 12-60 điểm; Hệ quả đối với cuộc sống cá nhân với 08 câu (câu 1, 12, 13, 15, 20, 21, 22, 24), dao động từ 8-40 điểm. Các câu được thiết kế gồm 5 lựa chọn theo thang đo Likert từ 1-5 điểm với 1 là “Rất đồng ý”, 2 là “đồng ý”, 3 là “đồng ý một phần”, 4 là “không đồng ý” và 5 là “rất không đồng ý”. Trong đó, các câu mang hàm ý tích cực được xác định trong phần này gồm 08 câu là 2, 3, 10, 11, 15, 17, 18, 21 và các câu còn lại mang hàm ý tiêu cực. Câu mang hàm ý tiêu cực được tính điểm theo đúng theo mã hóa của thang đo và các câu mang hàm ý tích cực được tính điểm ngược lại với 1 điểm là “Rất không đồng ý”, 2 điểm là “không đồng ý”, 3 điểm là “đồng ý một phần”, 4 điểm là “đồng ý” và 5 điểm là “rất đồng ý” Tổng điểm dao động từ 27-135 điểm và điểm càng cao cho thấy nhận thức về năng lực chăm sóc NB ĐQ của NCS càng tốt. Đồng thời, thang đo đã được báo cáo

có độ tin cậy nội tại cao với hệ số Cronbach’s α $\geq 0,80$, phản ánh sự nhất quán tốt của các mục trong thang đo²⁰.

Dịch thuật và kiểm định độ tin cậy nội tại của thang đo

Sau khi được cho phép sử dụng Bộ câu hỏi, nghiên cứu đã tiến hành dịch thuật Bộ câu hỏi từ tiếng Anh sang tiếng Việt theo quy trình của J House²¹ và sau đó gửi đến 09 chuyên gia trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc các bệnh lý thần kinh gồm 5 Bác sĩ và 4 Điều dưỡng, trình độ sau đại học và có trên 10 năm kinh nghiệm để đánh giá theo phương pháp Content Validity Index (CVI) với kết quả chỉ số S-CVI/Ave = 0,93. Tiếp theo, nghiên cứu đã tiến hành khảo sát thử trên 30 NCS để tính độ nhất quán nội tại của thang đo sử dụng hệ số Cronbach’s alpha. Kết quả cho thấy hệ số alpha từng câu đều >0,7 và tương quan biến tổng đều >0,3 cho thấy độ nhất quán nội tại tốt²² (Bảng 1).

Bảng 1: Độ nhất quán nội tại của thang đo

Nội dung	Số câu	Hệ số Cronbach’s alpha	
		Nghiên cứu gốc	Nghiên cứu này
Sự chuẩn bị sẵn sàng	08	0,7 (Archbold ¹⁸)	0,895
Nhận thức về năng lực chăm sóc	27	0,76 (Vernooij-Dassen ¹⁶)	0,918

[Nguồn: Nhóm tác giả]

Biến số nghiên cứu

Biến số độc lập: Đặc điểm cá nhân của người chăm sóc

Biến số phụ thuộc: Sự chuẩn bị sẵn sàng và Nhận thức về năng lực chăm sóc.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics phiên bản 26.0. Đối với thống kê mô tả, nghiên cứu sử dụng tần số và tỷ lệ cho các biến định tính; trung vị và khoảng tứ phân vị (Q1-Q3) cho các biến định lượng. Đối với thống kê phân tích, nghiên cứu sử dụng kiểm định Mann-Whitney U, Krusal Wallis để kiểm tra mối liên quan giữa biến định tính và định lượng. Trong trường hợp kiểm định Kruskal-Wallis cho kết quả có ý nghĩa thống kê, phép kiểm Dunn được áp dụng để phân tích hậu nghiệm nhằm xác định sự khác biệt giữa các cặp nhóm. Phân tích tương quan Spearman để kiểm tra mối tương

quan giữa hai biến số định lượng do dữ liệu thu được không tuân theo phân phối chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê được áp dụng là $p < 0,05$.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng (Quyết định số 276/PCT-HĐĐĐ-SDH, ngày 27 tháng 10 năm 2024) và Bệnh viện Chợ Rẫy (Giấy chứng nhận số 15-25/GCN-HĐĐĐ ngày 12 tháng 3 năm 2025).

KẾT QUẢ

Sự chuẩn bị sẵn sàng và nhận thức về năng lực chăm sóc

Kết quả cho thấy sự chuẩn bị chăm sóc có điểm trung vị là 25,0. Đối với nhận thức về năng lực chăm sóc bao gồm: Vai trò chăm sóc có điểm trung vị là 25,0; Hiệu suất bản thân có điểm trung vị là 41,0; Hệ quả đối với cuộc sống cá nhân có điểm trung vị là 21,5. Tổng điểm trung vị là 88,0 (Bảng 2).

Bảng 2: Mức độ chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc (n=180)

Nội dung	Khoảng điểm	Trung vị (Q1-Q3)
Sự chuẩn bị chăm sóc	0-32	25,0 (16,0-32,0)
Nhận thức về năng lực chăm sóc		
Vai trò chăm sóc	7-35	25,0 (23,0-29,0)
Hiệu suất bản thân	12-60	41,0 (37,0-46,0)
Hệ quả đối với cuộc sống cá nhân	8-40	21,5 (20,0-24,0)
Tổng cộng	27-135	88,0 (82,0-97,0)

Q1-Q3: Khoảng tứ phân vị.
[Nguồn: Nhóm tác giả]

Các yếu tố liên quan đến sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ

Bảng 3 cho thấy sự chuẩn bị chăm sóc có mối liên quan với học vấn, thu nhập, tôn giáo, việc làm, mối quan hệ với người bệnh, đào tạo về chăm sóc và thời gian thay phiên chăm sóc ($p < 0,05$). Cụ thể, người chăm sóc có học vấn trên trung học phổ thông, thu nhập trên trung bình, không theo tôn giáo, có việc làm, cha mẹ của người bệnh, được giáo dục chăm sóc theo cá nhân và có người thay viên chăm sóc cho thấy có điểm chuẩn bị chăm sóc cao hơn đáng kể so với các nhóm

còn lại ($p < 0,05$). Đối với nhận thức về năng lực chăm sóc, nghiên cứu ghi nhận mối liên quan với tôn giáo, việc làm, đào tạo về chăm sóc và thời gian thay phiên chăm sóc ($p < 0,05$). Cụ thể, NCS không theo tôn giáo, có việc làm, đào tạo chăm sóc theo cá nhân, thời gian thay phiên dưới 3 ngày/lần có điểm trung bình nhận thức về năng lực chăm sóc cao hơn đáng kể so với các nhóm NCS còn lại ($p < 0,05$).

Mối tương quan giữa sự chuẩn bị sẵn sàng và nhận thức về năng lực chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ

Bảng 4 cho thấy mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ trung bình giữa sự chuẩn bị sẵn sàng với nhận thức về năng lực chăm sóc với $r = 0,575$ và $p < 0,001$.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình về sự chuẩn bị chăm sóc của NCS là 24,94 điểm. Điều này cho thấy phần lớn NCS chưa thực sự sẵn sàng để đảm nhận vai trò chăm sóc toàn diện cho người bệnh ĐQ, đặc biệt trong bối cảnh thiếu kiến thức chuyên môn, kỹ năng xử trí cấp cứu và hỗ trợ tâm lý. Điểm số này không chỉ phản ánh sự chuẩn bị chăm sóc còn hạn chế, mà còn cho thấy quá trình chuyển tiếp chăm sóc từ bệnh viện về nhà, NCS có thể chưa được trang bị đầy đủ thông tin, hướng dẫn và thiếu hệ thống hỗ trợ khi đảm nhận trách nhiệm chăm sóc dài hạn. Kết quả này phù hợp với phân tích tổng hợp từ 13 nghiên cứu của Li C²³ năm 2025 đã cho thấy NCS NB ĐQ có mức độ chuẩn bị của người chăm sóc tương đối thấp đến trung bình. Trong khi đó, Pucciarelli và cộng sự¹¹ năm 2021, nhấn mạnh rằng đa số NCS NB ĐQ cảm thấy chưa sẵn sàng vào thời điểm NB xuất viện, với những khó khăn đặc biệt trong các hoạt động chăm sóc y tế và điều phối chăm sóc liên ngành tại nhà. Điều này gợi ý rằng sự chuẩn bị chăm sóc không chỉ phụ thuộc vào năng lực cá nhân của NCS mà còn chịu ảnh hưởng mạnh từ mô hình tổ chức chăm sóc, mức độ hỗ trợ của hệ thống y tế và chất lượng truyền đạt thông tin trước xuất viện. Đồng thời, nghiên cứu cũng cho thấy những NCS có học vấn cao hơn, thu nhập trên trung bình, không theo tôn giáo, có việc làm ổn định, là cha mẹ của người bệnh, được giáo dục chăm sóc theo cá nhân và thay phiên chăm sóc dưới 3 ngày/lần thường có sự chuẩn bị sẵn sàng cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Theo Li C và cộng sự²³ sự chuẩn bị sẵn sàng thấp bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, chẳng hạn như đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm liên quan đến ĐQ và đặc điểm tâm lý của NCS. Kết quả của nghiên cứu hiện tại góp phần củng cố lập luận rằng các yếu tố kinh tế - xã hội thuận lợi như trình độ học vấn, thu nhập, việc làm có thể tạo điều kiện cho NCS tiếp cận nguồn

Bảng 3: Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân với sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ (n=180)

Đặc điểm	n(%)	Sự chuẩn bị chăm sóc		Nhận thức về năng lực chăm sóc	
		Trung vị (Q1-Q3)	P	Trung vị (Q1-Q3)	P
Tuổi					
Dưới 40 tuổi	63 (35,0)	29,0 (21,0-32,0)	0,181 ^b	91,0 (83,0-98,5)	0,153 ^b
40-60 tuổi	96 (53,3)	24,0 (16,0-31,5)		86,0 (82,0-95,0)	
Trên 60 tuổi	21 (11,7)	24,0 (16,0-32,0)		87,0 (80,0-99,0)	
Giới tính					
Nam	67 (37,2)	26,0 (17,0-32,0)	0,530 ^a	90,0 (82,5-98,5)	0,290 ^a
Nữ	113 (62,8)	24 (16,0-32,0)		87,0 (82,0-94,0)	
Học vấn					
Tiểu học và dưới	45 (25,0)	23,0 (16,0-32,0)	-	87,0 (78,0-99,0)	0,538 ^b
THCS	62 (34,4)	23,5 (16,0-30,0)	0,956 ^c	87,0 (83,0-92,0)	
THPT	35 (19,4)	24,0 (17,0-32,0)	1,000 ^c	89,0 (84,0-99,0)	
Trên THPT	38 (21,1)	30,5 (26,0-33,0)	0,029 ^c	88,5 (83,0-94,0)	
Thu nhập					
Thấp	51 (28,1)	18,0 (16,0-29,0)	-	85,0 (80,0-96,5)	0,054 ^b
Trung bình	24 (13,3)	22,0 (16,0-30,5)	1,000 ^c	83,5 (81,5-91,0)	
Trên trung bình	104 (57,8)	29,5 (22,0-32,5)	<0,001 ^c	89,5 (83,0-98,5)	
Tôn giáo					
Không	46 (25,6)	31,0 (28,0-38,0)	-	93,0 (85,0-104,0)	-
Công giáo	23 (12,8)	26,0 (16,0-32,0)	0,047 ^c	84,0 (81,5-90,5)	0,023 ^c
Phật giáo	81 (45,0)	24,0 (16,0-31,0)	0,001 ^c	87,0 (82,0-97,0)	0,037 ^c
Khác	30 (16,7)	20,0 (16,0-24,0)	<0,001 ^c	85,5 (80,0-89,0)	0,036 ^c
Hôn nhân					
Độc thân	17 (9,4)	30,0 (19,0-32,0)	0,299 ^b	93,0 (83,0-100,0)	0,334 ^b
Đã kết hôn	151 (83,9)	24,0 (16,0-32,0)		87,0 (82,5-96,5)	
Góa/ly dị	12 (6,7)	28,5 (22,5-32,5)		85,5 (77,0-91,5)	
Việc làm					
Không	49 (27,2)	22,0 (16,0-31,0)	0,015 ^a	84,0 (81,0-92,0)	0,032 ^a
Có	131 (72,8)	28,0 (18,5-32,0)		89,0 (83,0-98,5)	
Mối quan hệ với người bệnh					
Vợ/chồng	58 (32,2)	22,5 (16,0-32,0)	-	87,5 (81,0-93,0)	0,090 ^b
Cha mẹ	26 (14,4)	32,0 (24,0-40,0)	0,003 ^c	91,5 (83,0-109,0)	
Con cái	64 (35,6)	25,0 (18,0-31,0)	1,000 ^c	89,0 (82,5-98,5)	
Người thân khác	32 (17,8)	24,5 (15,5-31,5)	1,000 ^c	84,0 (80,0-92,0)	
Thời gian chăm sóc người bệnh từ khi nhập viện đến hiện tại					
1-3 ngày	48 (26,7)	25,0 (17,0-32,5)	0,618 ^a	86,5 (83,0-101,0)	0,442 ^a
4-5 ngày	132 (73,3)	24,5 (16,0-32,0)		88,0 (81,0-96,0)	
Đào tạo về chăm sóc người bệnh					
Không	73 (40,6)	22,0 (16,0-25,0)	-	83,0 (80,0-87,0)	-
Theo nhóm	45 (25,0)	22,0 (16,0-32,0)	0,100 ^c	86,0 (82,0-93,0)	0,104 ^c
Cá nhân	62 (34,4)	31,0 (27,0-35,0)	<0,001 ^c	94,0 (89,0-105,0)	0,001 ^c
Gia đình có người thay phiên chăm sóc người bệnh					
Không	96 (53,3)	24,0 (16,0-32,0)	0,066 ^b	89,0 (82,0-98,5)	0,850 ^b
Một phần	55 (30,6)	30,0 (25,0-33,0)		91,5 (83,0-99,0)	
Nhiều	29 (16,1)	21,5 (10,0-24,0)		83,5 (81,0-88,0)	
Thời gian thay phiên chăm sóc					
Không thay	96 (53,3)	24,0 (16,0-32,0)	-	89,0 (82,0-98,5)	-
≤ 3 ngày/lần	58 (32,2)	28,0 (21,0-32,0)	0,008 ^c	91,5 (83,0-99,0)	1,000 ^c
> 3 ngày/lần	26 (14,4)	29,0 (24,5-31,0)	0,004 ^c	83,5 (81,0-88,0)	0,046 ^c

Q1-Q3: Khoảng tứ phân vị; ^aMann-Whitney U; ^bKruskal Wallis; ^cPhân tích hậu nghiệm Dunn với hiệu chỉnh Bonferroni.
[Nguồn: Nhóm tác giả]

thông tin y tế tốt hơn, tăng khả năng tiếp nhận kiến thức chăm sóc và chủ động tìm kiếm nguồn hỗ trợ phù hợp. Tương tự, nghiên cứu của Tan và cộng sự²⁴ năm 2020, sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính bội cho thấy độ đào tạo của người chăm sóc có liên quan độc lập với sự tự tin của người chăm sóc ($\beta = 3,3, p = 0,007$). Ngoài ra, nghiên cứu của Xu Q và cộng sự²⁵ năm 2024 cho thấy gánh nặng chăm sóc bị ảnh hưởng bởi mức độ phụ thuộc của NB sống sót sau ĐQ vào các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, trình độ học vấn NCS, tình trạng sức khỏe của NCS và thời gian chăm sóc trung bình hàng ngày. Những phát hiện này cho thấy sự chuẩn bị chăm sóc không chỉ là “kết quả đầu ra” của đào tạo, mà còn là một quá trình mang tính thích ứng, trong đó NCS phải cân bằng giữa yêu cầu chăm sóc, nguồn lực cá nhân và bối cảnh gia đình - xã hội. Điều này cho thấy vai trò của các yếu tố xã hội và cá nhân trong việc hình thành năng lực chăm sóc ban đầu^{26,27}.

Về nhận thức năng lực chăm sóc, NCS đạt tổng điểm trung bình 90,22 điểm và trung vị là 88, với các phân nhóm bao gồm vai trò chăm sóc (25,97 điểm), hiệu suất bản thân (42,34 điểm) và hệ quả đối với cuộc sống cá nhân (21,91 điểm). Mức điểm này cho thấy NCS phần nào nhận thức được vai trò của mình, nhưng vẫn còn những áp lực tâm lý và cảm xúc đáng kể khi phải đảm nhiệm nhiệm vụ kéo dài. Điều này có thể phản ánh trạng thái tự tin chức năng một phần, NCS cảm thấy mình có khả năng thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc cơ bản, nhưng vẫn lo lắng về tính bền vững của vai trò chăm sóc trong dài hạn, đặc biệt khi phải đối diện nguy cơ kiệt sức và xung đột vai trò gia đình và công việc. Thêm vào đó, nghiên cứu cũng ghi nhận NCS không theo tôn giáo, có việc làm, được đào tạo chăm sóc theo cá nhân, thời gian thay phiên dưới 3 ngày/lần có điểm trung bình nhận thức về năng lực chăm sóc cao hơn đáng kể so với các nhóm NCS còn lại ($p < 0,05$). Sự tương đồng được ghi nhận trong nghiên cứu của Seok Y² năm 2024 cho thấy nhận thức về năng lực chăm sóc của NCS ở mức thấp với 61,6 điểm và các đặc điểm về thu nhập cao, có công việc làm, không theo tôn giáo có liên quan đến điểm nhận thức về năng lực chăm sóc cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Điều này cho thấy năng lực chăm sóc được nhận thức không chỉ phụ thuộc vào kỹ năng chuyên môn mà còn gắn chặt với nguồn lực xã hội, mức độ ổn định tài chính và sự chia sẻ vai trò trong gia đình. Đồng thời, điểm cao hơn (hài lòng với người bệnh, nhận thức về hậu quả của việc tham gia chăm sóc), giới tính nữ của người NCS trong chăm sóc gia đình ($p < 0,01$) và phân bố chăm sóc ($p < 0,05$) có liên quan đến những thay đổi tích cực trong chất lượng cuộc sống từ khi nhập viện đến khi xuất viện.

Ngoài ra, nghiên cứu hiện tại còn xác định mối tương quan thuận trung bình giữa sự chuẩn bị sẵn sàng và ý thức về năng lực chăm sóc với hệ số $r = 0,568$ ($p < 0,001$). Mối liên quan này chỉ ra rằng sự chuẩn bị bài bản, từ đào tạo kỹ năng đến hỗ trợ xã hội, sẽ góp phần làm tăng cảm giác kiểm soát và hiệu quả vai trò của NCS. Từ góc độ lý thuyết, mối quan hệ này có thể được lý giải theo mô hình tự hiệu quả, trong đó quá trình trang bị kiến thức, huấn luyện kỹ năng và trải nghiệm chăm sóc tích cực giúp NCS củng cố niềm tin vào khả năng thực hiện vai trò chăm sóc, từ đó giảm căng thẳng và nâng cao sự sẵn sàng chăm sóc. Những phát hiện trong nghiên cứu này củng cố các khuyến nghị quốc tế về việc phát triển các chương trình can thiệp sớm dành cho người chăm sóc không chuyên, bao gồm đào tạo cá nhân hóa, cố vấn sức khỏe tinh thần và các nhóm hỗ trợ cộng đồng²⁸. Mặt khác, sự hỗ trợ xã hội được nhận thức là trung gian cho mối quan hệ giữa gánh nặng chăm sóc và năng lực chăm sóc²⁵.

Như vậy, kết quả nghiên cứu mang lại cái nhìn sâu sắc về hiện trạng NCS NB ĐQ, một nhóm đối tượng đóng vai trò thiết yếu nhưng ít được chú trọng. Sự thiếu hụt trong chuẩn bị và cảm nhận năng lực chăm sóc không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc NB mà còn đe dọa sức khỏe tâm thần và thể chất của chính NCS. Đồng thời, nghiên cứu cho thấy những điểm mạnh khi đã sử dụng các thang đo đã được chuẩn hóa và nghiên cứu đánh giá cả hai khía cạnh gồm sự chuẩn bị chăm sóc và nhận thức về năng lực chăm sóc, giúp phản ánh khách quan và toàn diện tình trạng của NCS. Ngoài ra, việc phân tích mối liên hệ với các yếu tố cá nhân góp phần xác định được nhóm NCS có nguy cơ cao, từ đó định hướng cho các can thiệp ưu tiên.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế khi sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu chỉ cho phép xác định mối liên quan giữa các biến số mà chưa thể suy luận quan hệ nguyên nhân - hệ quả. Việc áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và triển khai nghiên cứu tại một bệnh viện duy nhất có thể làm hạn chế tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp NCS dựa trên các thang đo có cấu trúc, thay vì hình thức tự báo cáo. Cách tiếp cận này có thể làm phát sinh sai lệch mong muốn xã hội, khi NCS có xu hướng đưa ra các câu trả lời tích cực hơn thực tế, đặc biệt trong bối cảnh người phỏng vấn là nhân viên đang công tác tại khoa. Tuy nhiên, phỏng vấn trực tiếp là cần thiết nhằm bảo đảm thu thập dữ liệu đầy đủ và chính xác từ những NCS có trình độ học vấn còn hạn chế. Trong tương lai, các nghiên cứu tiếp theo nên mở rộng phạm vi khảo sát, áp dụng thiết kế nghiên cứu

Bảng 4: Tương quan Spearman giữa sự chuẩn bị chăm sóc với nhận thức về năng lực chăm sóc của người chăm sóc người bệnh đột quỵ (n=180)

Đặc điểm	Sự chuẩn bị chăm sóc	
	r	
Vai trò chăm sóc	0,471	<0,001
Hiệu suất bản thân	0,557	<0,001
Hệ quả đối với cuộc sống cá nhân	0,201	0,007
Nhận thức về năng lực chăm sóc	0,575	<0,001

r: Hệ số tương quan

[Nguồn: Nhóm tác giả]

đọc và kết hợp phương pháp định tính để làm rõ hơn bối cảnh, cơ chế và các yếu tố trung gian ảnh hưởng đến năng lực chăm sóc, từ đó nâng cao giá trị diễn giải và suy luận của kết quả nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Sự chuẩn bị và nhận thức về năng lực chăm sóc của NCS ở mức trung bình. Các đặc điểm về học vấn, tôn giáo, tình trạng việc làm, thời gian thay phiên chăm sóc người bệnh có liên quan đáng kể đến sự chuẩn bị và nhận thức về năng lực chăm sóc. Đặc biệt, điều dưỡng cần quan tâm hướng dẫn, tư vấn về cách chăm sóc, hỗ trợ người bệnh để nâng cao sự chuẩn bị, nhận thức và sự tự tin cho NCS.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Lãnh đạo Bệnh viện Chợ Rẫy, Khoa Nội Thần kinh và quý người chăm sóc là thân nhân của những người bệnh đột quỵ đã tham gia nghiên cứu này.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Không có xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Trọng Nhân

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Trọng Nhân

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Trọng Nhân, Trần Thị Thuý, Tô Ngọc Giàu, Lê Thị Thanh

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Anh Tài, Nguyễn Thị Kim Bằng

Nhập dữ liệu: Trần Thị Thuý, Mai Thị Ngọc Kiều, Cao Mạnh Hùng

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Trọng Nhân, Cao Mạnh Hùng

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Trọng Nhân, Mai Thị Ngọc Kiều, Cao Mạnh Hùng

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Mai Thảo, Lưu Thị Bích Châu, Huỳnh Nhứt Hữu,

Nguyễn Thị Kim Bằng, Mai Thị Ngọc Kiều, Cao Mạnh Hùng.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Trọng Nhân, Cao Mạnh Hùng, Nguyễn Anh Tài, Trần Thị Thuý, Tô Ngọc Giàu, Lê Thị Thanh, Nguyễn Mai Thảo, Lưu Thị Bích Châu, Huỳnh Nhứt Hữu, Nguyễn Thị Kim Bằng, Mai Thị Ngọc Kiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Xu Y, Song B, Fang H, Pei L. Stroke. In: Gu D, Dupre M, et al., editors. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 4779–89. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_1053.
- Seok Y, Lee MK. Health-related quality of life predictors for patients with stroke: A prospective longitudinal study of matched pairs of patients with stroke and family caregivers. Journal of Clinical Nursing. 2024;.
- Thu PT, Minh PV. Đánh giá hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ nhồi máu não. Y Hoc Viet Nam. 2023;525(1B):333–7.
- Haley WE, Marino VR, Sheehan OC, Rhodes JD, Kissela B, Roth DL. Stroke Survivor and Family Caregiver Reports of Caregiver Engagement in Stroke Care. Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2019;44(6):302–10. Available from: <https://doi.org/10.1097/rnj.000000000000100>.
- Barello S, Castiglioni C, Bonanomi A, Graffigna G. The Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s): development and initial validation of a new questionnaire for measuring family caregiver engagement in healthcare. BMC Public Health. 2019;19(1):1562. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7743-8>.
- Ifejika NL, Vahidy F, Aramburo-Maldonado LA, Cai C, Sline MR, Grotta JC, et al. Acute Intravenous Tissue Plasminogen Activator Therapy does not Impact Community Discharge after Inpatient Rehabilitation. International Journal of Neurorehabilitation. 2015;2(4):183.
- Kruithof WJ, Post MW, van Mierlo ML, van den Bos GA, de Man-van Ginkel JM, Visser-Meily JM. Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: determinants and prediction. Patient Education and Counseling. 2016;99(10):1632–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>.
- Rochmawati E, Prawitasari Y. Perceived caregiving preparedness and quality of life among Indonesian family caregivers of patients with life-limiting illness. International Journal of Palliative Nursing. 2021;27(6):293–301. Available from: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.6.293>.
- Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny JN, et al. Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home. The Gerontologist. 2017;57(5):880–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw135>.

10. Fujinami R, Sun V, Zachariah F, Uman G, Grant M, Ferrell B. Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology*. 2015;24(1):54–62. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.3562>.
11. Pucciarelli G, Brugnera A, Greco A, Petrizzo A, Simeone S, Velone E, et al. Stroke disease-specific quality of life trajectories after rehabilitation discharge and their sociodemographic and clinical associations: A longitudinal, multicentre study. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(4):1856–66. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.14722>.
12. Lobo EH, Frølich A, Rasmussen LJ, Livingston PM, Grundy J, Abdelrazek M, et al. Understanding the Methodological Issues and Solutions in the Research Design of Stroke Caregiving Technology. *Frontiers in Public Health*. 2021;9. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.647249>.
13. Menon B, Salini P, Habeeba K, Conjeevaram J, Munisumitha K. Female Caregivers and Stroke Severity Determines Caregiver Stress in Stroke Patients. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2017;20(4):418–24. Available from: https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_203_17.
14. Araújo O, Lage I, Cabrita J, Teixeira L. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(10):2435–43. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.12697>.
15. Denham AM, Baker AL, Spratt N, Guillaumier A, Wynne O, Turner A, et al. The unmet needs of informal carers of stroke survivors: a protocol for a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ Open*. 2018;8(1). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019571>.
16. Vernooij-Dassen MJ, Felling AJ, Brummelkamp E, Dauzenberg MG, van den Bos GA, Grol R. Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: a Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(2):256–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb04588.x>.
17. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(17-18):2376–82. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12884>.
18. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 1990;13(6):375–84. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.4770130605>.
19. Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 2014;43(6):555–60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.004>.
20. Pendergrass A, Beische D, Becker C, Hautzinger M, Pfeiffer K. An abbreviated German version of the Sense of Competence Questionnaire among informal caregivers of relatives who had a stroke: development and validation. *European Journal of Ageing*. 2015;12(3):203–13. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0342-3>.
21. House J. Translation Quality Assessment: Past and Present. In: and others, editor. *Translation: A Multidisciplinary Approach*. Palgrave Macmillan, UK; 2014. p. 241–64. Available from: https://doi.org/10.1057/9781137025487_13.
22. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*. 2011;2:53–5. Available from: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
23. Li C, Fang Y, Wang H, Lin B, Xie Y, He Y, et al. Correlates of preparedness for caregiving of poststroke patients: a meta-analysis;16:1465962.
24. Tan CE, Hi MY, Azmi NS, Ishak NK, Farid FAM, Aziz AFA. Caregiving Self-efficacy and Knowledge Regarding Patient Positioning Among Malaysian Caregivers of Stroke Patients. *Cureus*. 2020;12(3). Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.7390>.
25. Xu Q, Ma J, Zhang Y, Gan J. Family resilience and social support as mediators of caregiver burden and capacity in stroke caregivers: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*. 2024;15. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1435867>.
26. Septianingrum Y, Yusuf A, Widyawati IY, Sari RY, Wardani EM, Musfirah NR, et al. Factors associated with family caregiver readiness to care for post-stroke patients after hospital discharge. *Discover Social Science and Health*. 2024;4(1):4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s44155-024-00064-6>.
27. Garnett A, Ploeg J, Markle-Reid M, Strachan PH. Factors impacting the access and use of formal health and social services by caregivers of stroke survivors: an interpretive description study. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):433. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07804-x>.
28. Magwood GS, Nichols M, Jenkins C, Logan A, Qanungo S, Zigbuo-Wenzler E, et al. Community-Based Interventions for Stroke Provided by Nurses and Community Health Workers: A Review of the Literature. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2020;52(4):152–9. Available from: <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000512>.

Level and factors associated with caregiving preparedness and sense of competence among family caregivers of stroke patients at Cho Ray Hospital

Nguyen Trong Nhan¹, Cao Manh Hung^{2,*}, Tran Thi Thuy¹, To Ngoc Giau¹, Le Thi Thanh¹, Nguyen Mai Thao¹,
Luu Thi Bich Chau¹, Huynh Nhut Huu¹, Nguyen Thi Kim Bang³, Mai Thi Ngoc Kieu⁴, Nguyen Anh Tai¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Department of Neurology, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Faculty of Nursing, University of Health Sciences, Vietnam National University, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Department of Liver Tumor, Oncology Center, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Department of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam

Correspondence

Cao Manh Hung, Faculty of Nursing, University of Health Sciences, Vietnam National University, Ho Chi Minh City, Vietnam

Email: cmhung@uhsvnu.edu.vn

History

- Received: 14-6-2025
- Revised: 05-03-2026
- Accepted: 12-5-2026
- Published Online: 08-06-2026

DOI: <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.628>



Check for updates

Copyright

© VNUHCM Journal. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

ABSTRACT

Introduction: Readiness and awareness of caregiving capacity among caregivers, who are family members, play a crucial role in the care and support of stroke patients. Lack of preparation and inadequate perception of caregiving capacity often increase physical, psychological, and social burdens, whereas adequate readiness and proper awareness enhance the effectiveness and confidence in performing caregiving roles. **Objectives:** To determine the median scores of caregiving preparedness, perceived caregiving competence, and the associated factors among family caregivers of stroke patients treated at Cho Ray Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with analytical components was conducted on 180 caregivers living with stroke patients admitted to the Neurology Department of Cho Ray Hospital. Data were collected via structured interviews from January to April 2025. **Results:** The median caregivers' score was 43.5 years (range: 36.5-51.0), 68.2% were female, and 59.4% had an educational level of lower secondary school or below. The median caregiving preparedness score was 25.0 (range: 16.0-32.0), and the median perceived caregiving competence score was 88.0 (range: 82.0-97.0). Education level, income, religion, employment status, relationship to the patient, prior caregiving training, and caregiving rotation time were significantly associated with caregiving preparedness ($p < 0.05$). Additionally, religion, employment status, caregiving training, and caregiving rotation time were significantly associated with perceived caregiving competence ($p < 0.05$). Additionally, religion, employment status, caregiving training, and frequency of caregiving shifts were significantly related to caregiving capacity awareness ($p < 0.05$). **Conclusions:** Caregiver readiness and awareness of caregiving capacity were at moderate levels. Education, religion, employment status, and caregiving shift frequency were significantly correlated with both readiness and caregiving capacity awareness. Notably, nurses should prioritize guidance and counseling on caregiving methods and patient support to enhance caregivers' readiness, awareness, and confidence.

Key words: Readiness, caregiving capacity, stroke

Cite this article : Trong Nhan N, Manh Hung C, Thi Thuy T, Ngoc Giau T, Thi Thanh L, Mai Thao N, Bich Chau L T, Nhut Huu H, Kim Bang N T, Ngoc Kieu M T, Anh Tai N. **Level and factors associated with caregiving preparedness and sense of competence among family caregivers of stroke patients at Cho Ray Hospital.** VNUHCM J.Health Sci. 2026; 7(1):889-897.