

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y  
-----

DƯƠNG HUY LƯƠNG

**NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG  
NGƯỜI CAO TUỔI  
VÀ THỬ NGHIỆM GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
Ở HUYỆN CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG**

Chuyên ngành: VỆ SINH XÃ HỘI HỌC VÀ TỔ CHỨC Y TẾ

Mã số: 62 72 73 15

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC**

**Hà Nội – 2010**

Công trình được hoàn thành tại : **Học Viện Quân Y**

Người hướng dẫn khoa học:

**1. GS.TS. Trương Việt Dũng**

**2. TS. Phạm Ngọc Châu**

Phản biện 1: **GS.TS. Trần Đức Thọ**

Phản biện 2: **PGS.TS. Trần Văn Chiến**

Phản biện 3: **PGS.TS. Lê Cự Linh**

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp

Trường họp tại Học viện Quân y

Vào hồi 14 giờ 00 ngày 02 tháng 10 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại thư viện:

- + Thư viện Quốc gia
- + Thư viện Học viện Quân y
- + Thư viện Viện thông tin Y học Trung ương
- + Thư viện Đại học Y Hà Nội
- + Thư viện Đại học Y tế công cộng

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA  
TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Dương Huy Lương, Trần Thị Mai Oanh, Phạm Ngọc Châu, Lê Khắc Đức** (2006), “Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi”, *Tạp chí Y dược học Quân sự*, Học viện Quân y, 31, tr. 38-41.
2. **Dương Huy Lương, Trần Thị Mai Oanh, Phạm Ngọc Châu, Trương Việt Dũng** (2009), “Xây dựng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành* 5 (663), tr. 3-5.
3. **Trần Thị Mai Oanh, Dương Huy Lương, Đàm Việt Cường, Đặng Đức Phú** (2009), “Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe người cao tuổi ở bốn xã, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí Y học thực hành* 5 (663), tr. 12-14.
4. **Dương Huy Lương, Phạm Ngọc Châu** (2010), “Thực trạng Chất lượng cuộc sống của Người cao tuổi ở huyện nông thôn miền Bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành* 4 (712), tr 9-11.

## MỞ ĐẦU

### 1. Tính cấp thiết của luận án

Số lượng và tỷ lệ Người cao tuổi (NCT) đang ngày càng tăng trong cơ cấu dân số trên thế giới. Năm 2007 tổng số người trên 60 tuổi của Việt Nam khoảng 8,05 triệu người, chiếm tới 9,5% dân số. Tuy tuổi thọ trung bình của Việt Nam cao hơn nhiều nước có cùng thu nhập nhưng chất lượng dân số còn ở mức trung bình thấp, chỉ xếp thứ 105 trên 177 nước được xếp hạng về chỉ số phát triển con người. Tuổi thọ bình quân tương đối cao (71,3 tuổi) nhưng số năm trung bình sống khỏe mạnh của người Việt Nam chỉ đạt 58,2 năm, xếp thứ 116/174 nước trên thế giới.

Ở Việt Nam từ trước đến nay đã có một số nghiên cứu về NCT nhưng phần lớn tập trung vào đặc điểm sức khỏe, mô hình bệnh tật, quản lý sức khỏe... Gần đây khái niệm “chất lượng cuộc sống” (CLCS) đang được quan tâm nghiên cứu đối với NCT. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về vấn đề này, tuy nhiên tại Việt Nam cho đến nay có rất ít nghiên cứu đi sâu vào lĩnh vực CLCS của NCT.

Xuất phát từ các lý do trên, đề tài luận án “*Nghiên cứu CLCS NCT và thử nghiệm giải pháp can thiệp ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương*” được thực hiện nhằm tìm hiểu CLCS của NCT ở vùng nông thôn Việt Nam

### 2. Mục tiêu nghiên cứu

- Đánh giá thực trạng CLCS của NCT và các yếu tố ảnh hưởng tại bốn xã thuộc huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương.
- Thử nghiệm và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp cải thiện CLCS của NCT tại hai xã huyện Chí Linh.

### 3. Những đóng góp mới của luận án

- Đề tài này là một trong những công trình đầu tiên tìm hiểu về CLCS ở NCT của Việt Nam. Các kết quả nghiên cứu của đề tài là những đóng góp mới mẻ, quan trọng, có giá trị khoa học và thực tiễn sâu sắc trong công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) NCT ở nước ta hiện nay.
- Đề tài này đã nghiên cứu và xây dựng được bộ công cụ đánh giá CLCS của NCT ở Việt Nam.
- Luận án đã mô tả được thực trạng CLCS của NCT trên cơ sở đánh giá các nội dung sức khỏe, tâm lý, tài chính, xã hội, tín ngưỡng và môi trường. Đa số NCT có CLCS chỉ đạt mức trung bình.

- Luận án đã tìm hiểu, phân tích và xác định được một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của NCT như sức khỏe, thu nhập, lối sống, kết cấu quan hệ gia đình, hoạt động xã hội.v.v.

- Đề tài đã thử nghiệm chương trình can thiệp nâng cao CLCS của NCT và đề xuất được mô hình dựa vào cộng đồng. Các nội dung can thiệp không chỉ tập trung vào sức khỏe mà còn triển khai toàn diện trên nhiều khía cạnh như cách sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, quan hệ với gia đình, xã hội.v.v. Đề tài cũng đánh giá được hiệu quả, tính khả thi và tính bền vững của mô hình. Các hoạt động can thiệp mang tính khả thi, kinh phí thấp và phù hợp với số đông NCT ở vùng nông thôn.

- Mô hình can thiệp của đề tài này được địa phương đánh giá rất thành công, có tính bền vững, một số nội dung can thiệp được các địa phương tiếp tục duy trì và nhân rộng sang các vùng khác. Chương trình can thiệp đã giúp cải thiện CLCS của NCT rõ rệt, nhất là về sức khỏe, tâm lý và hoạt động xã hội. Các kinh nghiệm và bài học từ chương trình can thiệp của đề tài này có thể được tham khảo và áp dụng cho các chương trình can thiệp khác đối với NCT.

### 4. Bộ cục của luận án

Luận án bao gồm 139 trang (không kể phần Mục lục, Tài liệu tham khảo và Phụ lục), kết cấu thành 4 chương bao gồm 49 bảng, 9 hình và 163 tài liệu tham khảo. Cấu trúc từng phần như sau: Đặt vấn đề: 2 trang; Chương 1 Tổng quan: 31 trang; Chương 2 Đối tượng và phương pháp: 21 trang; Chương 3 Kết quả: 47 trang; Chương 4 Bàn luận: 34 trang; Kết luận: 2 trang; Kiến nghị: 1 trang; Danh mục các công trình liên quan đến luận án: 1 trang; Tài liệu tham khảo: 163 tài liệu; Phụ lục các hoạt động nghiên cứu và bộ công cụ nghiên cứu.

## CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

### 1.1. Một số khái niệm về Người cao tuổi và già hóa dân số

#### 1.1.1. Khái niệm người cao tuổi

Quy định về NCT chưa có sự thống nhất giữa các quốc gia. Ở những nước đã phát triển, mốc tuổi để xác định NCT thường là từ 65 tuổi trở lên, trong khi đó ở các nước đang phát triển mốc xác định NCT là từ 60 tuổi trở lên. NCT ở Việt Nam được xác định dựa trên chuẩn tuổi do Liên Hiệp Quốc và được nêu rõ trong Pháp lệnh NCT: đó là những người có độ tuổi từ 60 trở lên. Những năm gần đây, khái niệm "người cao tuổi" đang trở nên phổ biến, thay thế cho "người già".

### 1.1.2. Tuổi thọ người Việt Nam

Tuổi thọ trung bình ở Việt Nam đã tăng từ 67,8 tuổi năm 2000 lên 71,3 năm 2005. Trước năm 1945, tuổi thọ trung bình vào khoảng 32 tuổi, năm 1979 là 66 tuổi, năm 1989 là 68 tuổi, năm 1999 là 69 tuổi và hiện nay tăng lên là 72 tuổi. Mặc dù tuổi thọ trung bình của Việt Nam cao hơn nhiều nước có cùng thu nhập nhưng chất lượng dân số còn ở mức trung bình thấp. Tuổi thọ bình quân tương đối cao là 71,3 tuổi, nhưng số năm trung bình sống khỏe mạnh của người Việt Nam thấp, chỉ đạt 58,2 năm và xếp thứ 116/174 nước trên thế giới.

#### 1.1.3. Tình hình già hóa dân số

Khoảng hai phần ba số NCT trên thế giới sống ở các nước đang phát triển. Già hóa dân số ở Việt Nam đang diễn ra với tốc độ ngày càng nhanh, quy mô ngày càng lớn. Đến cuối năm 2007 cả nước có trên 8 triệu NCT, chiếm khoảng 9,6% dân số.

## 1.2. Đặc điểm lão hóa và sức khỏe người cao tuổi

### 1.2.1. Sự già và đặc điểm quá trình lão hóa

Cho tới ngày nay, con người vẫn chưa có được sự hiểu biết thật đầy đủ về nguồn gốc và bản chất của sự già. Có nhiều thuyết được xây dựng nhằm giải đáp vấn đề đó như thuyết Hayflick, thuyết thoái biến, thuyết miễn dịch.v.v.

### 1.2.2. Đặc điểm tâm lý tình cảm của người cao tuổi

Do suy giảm các giác quan nên người già đáp ứng chậm với các kích thích bên ngoài. NCT khó thích nghi hoàn cảnh mới và nếu có thích nghi thì rất chậm. NCT dễ tủi thân, có lúc cáu kỉnh vô cớ, hay hờn dỗi. Nhìn chung tâm lý tình cảm NCT dễ thay đổi.

### 1.2.3. Đặc điểm sức khỏe của người cao tuổi

Lứa tuổi già thường hay mắc bệnh và mắc nhiều bệnh cùng một lúc, bệnh thường lâu khỏi, đáp ứng với thuốc điều trị chậm.

## 1.3. Một số khái niệm về chất lượng cuộc sống

### 1.3.1. Khái niệm chất lượng cuộc sống

CLCS là một khái niệm được sử dụng rộng rãi trong khoa học xã hội liên quan đến các khía cạnh khác nhau của đời sống, là một khái niệm mang tính chủ quan và đa chiều. Một định nghĩa tương đối tổng quát về CLCS như sau: “*CLCS là sự tương tác mạnh mẽ giữa các yếu tố ngoại cảnh với các nhận thức chủ quan của một đời sống cá thể về các yếu tố đó*”. Mặc dù khái niệm CLCS đã được sử dụng nhiều, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có một định nghĩa mang tính thống nhất toàn cầu cho khái niệm này.

### 1.3.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống

Trong các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS thì sức khỏe là yếu tố quan trọng nhất, bao gồm sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Tiếp theo là các yếu tố như kinh tế, môi trường sống, giao tiếp xã hội; tôn giáo và các niềm tin.

### 1.3.3. Bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống

Đề đo lường CLCS, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã xây dựng bộ công cụ đánh giá theo nhiều quan điểm với các khía cạnh khác nhau. Bộ câu hỏi của TCYTTG khá toàn diện và nhiều câu hỏi có thể áp dụng được để đánh giá CLCS của NCT Việt Nam.

### 1.3.4. Thuyết bậc thang nhu cầu Maslow và chất lượng cuộc sống

CLCS với các nhu cầu của con người có mối liên quan mật thiết với nhau. Khi nhu cầu càng phát triển và càng được thỏa mãn thì CLCS càng tăng lên [154]. Abraham Maslow đã xây dựng tháp bậc thang nhu cầu bao gồm: (1) nhu cầu cơ bản; (2) Nhu cầu được an toàn; (3) nhu cầu xã hội được yêu thương; (4) nhu cầu được quý trọng và (5) nhu cầu được thể hiện mình.

#### Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi trên thế giới

Phần lớn những đo lường về CLCS mới được tìm hiểu ở các nước Châu Âu và Bắc Mỹ. Khổng Tử và các học giả cổ đại đã đặt nền móng cho những quan niệm về CLCS của xã hội phương Đông. CLCS đang trở thành một vấn đề quan trọng trong lĩnh vực YTCC.

#### Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi Việt Nam

Ở Việt Nam, CLCS của NCT là một vấn đề còn tương đối mới và rất ít nghiên cứu đề cập đến. Chính vì vậy khái niệm về CLCS chưa được tìm hiểu và đánh giá một cách toàn diện.

#### Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của người cao tuổi ở Việt Nam

Cho đến nay có rất ít nghiên cứu được thực hiện với mục đích tìm hiểu CLCS của NCT một cách chi tiết và cặn kẽ. Tuy chưa nghiên cứu thẳng vào CLCS nhưng các nghiên cứu cũng đã đề cập đến các khía cạnh của CLCS NCT theo các góc độ khác nhau như sức khỏe, sử dụng dịch vụ y tế, chăm sóc.v.v.

## 1.4. Một số biện pháp cải thiện chất lượng cuộc sống

### 1.4.1. Một số biện pháp cải thiện sức khỏe thể chất

Một số biện pháp chính là tăng cường tập luyện thể dục; chế độ dinh dưỡng hợp lý; sinh hoạt điều độ và tránh các tác nhân có hại.

#### 1.4.2. Một số biện pháp cải thiện sức khỏe tinh thần

Các biện pháp cải thiện chính là tăng cường sinh hoạt giao tiếp; rèn luyện tâm lý lành mạnh, phát huy khả năng cống hiến của NCT...

#### Chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

Nhiều chính sách của Nhà nước hướng tới NCT như chăm sóc đời sống vật chất, tinh thần và sức khỏe cho NCT, góp phần nâng cao CLCS như luật chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989; chỉ thị 59 năm 1995 và văn bản quan trọng là Pháp lệnh NCT năm 2000.v.v.

#### 1.4.3. Một số loại hình chăm sóc sức khỏe (CSSK) NCT

Có nhiều loại hình chăm sóc cho NCT như: loại hình CSSK tại nhà cho NCT; dịch vụ bác sĩ gia đình, tư vấn và CSSK cho NCT, Loại hình y tế viễn thông trong CSSK NCT, nhà dưỡng lão, CSSK miễn phí cho NCT tại bệnh viện, CSSK cho NCT dựa vào cộng đồng.

## CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 xã Chí Minh, xã Đồng Lạc, xã Lê Lợi và Văn Đức thuộc huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương.

#### 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

NCT tính từ tuổi 60 trở lên và các đối tượng cộng đồng liên quan đến CLCS NCT trong can thiệp (tính đến tháng 3 năm 2003).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang về thực trạng CLCS NCT; kết hợp với thử nghiệm can thiệp tại cộng đồng có đối chứng.

Nghiên cứu này bao gồm các giai đoạn chính sau:

- 1: Điều tra thực trạng CLCS NCT (từ 3/2003 đến 7/2003)
- 2: Xây dựng nội dung can thiệp (từ 8/2003 đến 10/2003)
- 3: Triển khai nội dung can thiệp (từ 11/2003 đến 4/2005)
- 4: Đánh giá kết quả can thiệp (từ 5/2005 đến 11/2005)
- 5: Theo dõi sau can thiệp tính bền vững và khả năng nhân rộng của các biện pháp can thiệp (từ 1/2006 đến 6/2008)

Đánh giá kết quả can thiệp được đánh giá bằng so sánh theo mô hình trước - sau can thiệp và so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng dựa trên các chỉ số đánh giá.

#### 2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:  $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$  trong đó:

$n$  là số NCT cần điều tra;  $Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95%;  $p=0,5$  là tỷ lệ NCT có CLCS tốt (do chưa có số liệu nào về CLCS của NCT được tiến hành trước đây nên tỷ lệ này được ước tính là 50%);  $d$  là sai số chấp nhận bằng 0,035. Cỡ mẫu theo công thức tính toán là 784 NCT, (cộng thêm tỷ lệ không đáp ứng trong phỏng vấn của NCT). Cỡ mẫu cần thiết của đề tài này là 818 NCT. Áp dụng phương pháp chọn ngẫu nhiên đơn, 4 xã được đưa vào nghiên cứu là Chí Minh, Đồng Lạc, Lê Lợi và Văn Đức. Hai xã Chí Minh và Lê Lợi là 2 xã được chọn can thiệp; trong mỗi xã chọn 2 thôn nghiên cứu. Toàn bộ NCT trong các thôn đã chọn đều được tiến hành điều tra phỏng vấn trước can thiệp, tổng cộng có 870 NCT.

#### 2.2.3. Phương pháp thử nghiệm can thiệp

Các nội dung can thiệp được xây dựng cần khả thi; sát với nhu cầu và khả năng thực tế, địa phương tự triển khai và nhân rộng được.

#### 2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Đối với số liệu định tính, sử dụng phương pháp thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đối với NCT, người chăm sóc, và lãnh đạo cộng đồng. Tổng số trong 8 thôn đã có 24 cuộc thảo luận nhóm được tổ chức, với tổng số 258 người tham dự. Số liệu định lượng thu thập bằng phương pháp điều tra hộ gia đình. NCT được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi với 870 phiếu trả lời đạt yêu cầu.

Số liệu về CLCS được thu thập dựa trên “bộ công cụ đánh giá CLCS”. Các khía cạnh đo lường CLCS của NCT trong bộ công cụ của đề tài này bao gồm: sức khỏe thể chất; (ii) tâm lý; (iii) gia đình - xã hội; (iv) tín ngưỡng; (v) tài chính và (vi) môi trường. Bộ công cụ bao gồm 25 câu hỏi, cách tính điểm cho mỗi câu hỏi theo thang điểm 4: (1) rất không hài lòng; (2) không hài lòng; (3) hài lòng và (4) rất hài lòng.

#### 2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu điều tra định lượng được xử lý bằng chương trình STATA 9.0. Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào Chỉ số hiệu quả (CSHQ). Các phương pháp so sánh thống kê t-test được sử dụng để tìm sự khác biệt trong so sánh hai số trung bình. Phương pháp phân tích hồi quy đa biến được sử dụng để đánh giá tác động can thiệp.

Các thông tin thu được từ nghiên cứu định tính được xử lý theo phương pháp “mã hóa mở” theo từng chủ đề nghiên cứu.

## CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

#### 3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Cơ cấu tuổi, giới tính người cao tuổi tại các xã nghiên cứu

	Nam n = 340	Nữ n = 530	Tổng n = 870
<b>Tương quan nam nữ</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	
<b>Nhóm tuổi (tỷ lệ %)</b>			
60 – 64	25,9	20,0	22,3
65 – 69	21,8	18,1	19,5
70 – 74	23,2	24,0	23,7
75 – 79	15,0	19,3	17,6
80 +	14,1	18,7	16,9

Nhận xét: tỷ lệ NCT nữ cao gấp 1,6 lần so với NCT nam. Tỷ lệ NCT ở năm nhóm tuổi dao động từ 16,9 đến 23,7%.

Bảng 3.3. Các nguồn thu nhập của người cao tuổi (%)

	Nam n = 340	Nữ n = 530	p	Tổng n = 870
<b>Tỷ lệ NCT có thu nhập</b>	97,3	92,1	< 0,01	94,1
<b>Các nguồn thu nhập</b>				
Từ công việc đang làm	62,7	55,3	0,03	58,2
Lương hưu/ĐTCS	39,4	13,0	< 0,01	23,3
Thành viên gia đình hỗ trợ	38,5	52,1	0,01	46,8
Trợ cấp xã hội	2,1	6,0	< 0,01	4,5
Nguồn khác	16,5	11,7	0,05	13,6
Không có nguồn thu nhập	2,7	7,9	< 0,01	5,9

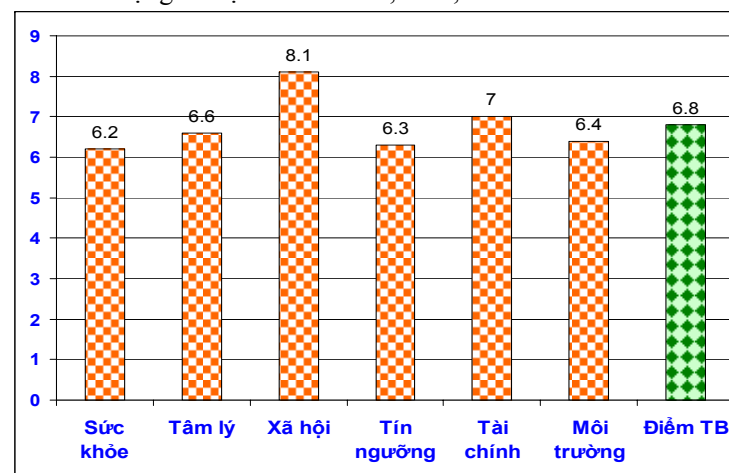
Nhận xét: khoảng 58% NCT có thu nhập từ các công việc đang làm. NCT còn có các khoản thu nhập khác như được con cái, thành viên trong gia đình hỗ trợ. Tỷ lệ này chiếm khoảng 47%.

#### 3.1.2. Kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

Bảng 3.4. Điểm đánh giá chất lượng cuộc sống theo các chất lượng

	Điểm CLCS	± SD (điểm)	Thang điểm tối đa
<i>Các khía cạnh CLCS</i>			
1. Điểm sức khỏe	12,3	3,9	20
2. Điểm tâm lý	13,2	3,0	20
3. Điểm xã hội	16,2	2,1	20
4. Điểm tín ngưỡng	5,0	2,0	8
5. Điểm tài chính	5,6	1,6	8
6. Điểm môi trường	10,3	2,3	16
Điểm CLCS trung bình	62,5	10,3	92

Nhận xét: Điểm CLCS trung bình chung của NCT là  $62,5 \pm 10,3$ . Điểm chất lượng xã hội cao nhất  $16,2 \pm 2,1$  điểm.

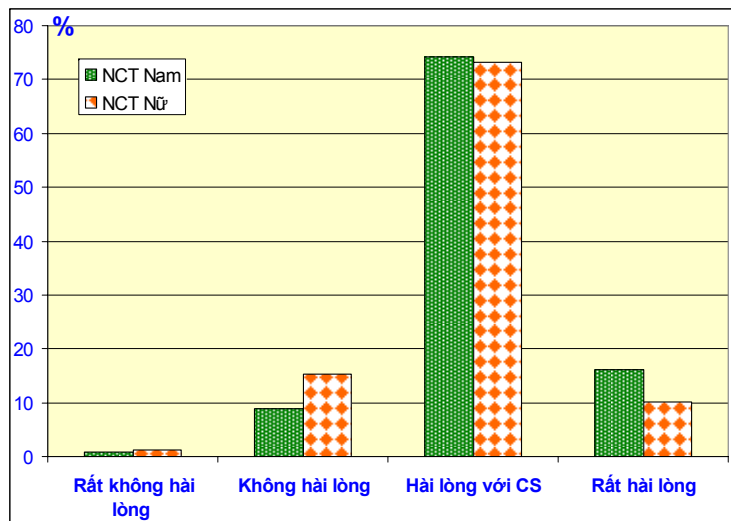


Hình 3.2. So sánh các khía cạnh CLCS với điểm tối đa

\*So sánh với điểm tối đa được tính quy theo thang điểm 10

So sánh tương quan giữa điểm CLCS của từng chất lượng với thang điểm tối đa thì điểm xã hội cao nhất là 8,1/10 và thấp nhất là các chất lượng sức khỏe thể chất 6,2 điểm; môi trường 6,4 điểm và tâm lý

6,6 điểm. Như vậy chỉ có điểm xã hội đạt mức hài lòng, còn lại tất cả các chất lượng khác chỉ đạt mức dưới hài lòng.



Hình 3.3. Mức độ hài lòng tổng thể về cuộc sống hiện tại của NCT  
 Nhận xét: khoảng 73% NCT cho biết hài lòng với cuộc sống hiện tại và 13% NCT cho biết rất hài lòng. Khoảng 14% NCT cho biết không hài lòng hoặc rất không hài lòng với cuộc sống.

Bảng 3.5. Xếp hạng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

Xếp hạng điểm CLCS theo các mức độ hài lòng	Thang điểm CLCS chuẩn	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %
CLCS thấp:	Từ 24 đến 46 điểm	62	7,1
CLCS trung bình:	Từ 47 đến 69 điểm	592	68,1
CLCS tốt:	Từ 70 đến 92 điểm	216	24,8

Nhận xét: Đa số NCT có CLCS xếp loại trung bình, chiếm 68%. Có khoảng gần 25% NCT có điểm CLCS xếp hạng tốt và 7,1% NCT xếp hạng thấp.

Bảng 3.6. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo nhóm tuổi (điểm)

Nhóm tuổi	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS trung bình (điểm)	± SD (điểm)
60-64	194	22,3	64,8	8,9
65-69	170	19,5	63,8	10,2
70-74	206	23,7	62,3	9,8
75-79	153	17,6	61,1	10,1
80+	147	16,9	58,1	10,8

Nhận xét: Điểm CLCS có xu hướng giảm dần theo nhóm tuổi. Nhóm trên 80 tuổi có CLCS thấp nhất, chỉ có 58,1 điểm.

Bảng 3.7. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo giới tính

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS trung bình	± SD (điểm)
<i>Giới tính</i>				
NCT nam	340	39,1	64,1	10,4
NCT nữ	430	60,9	61,0	10,1

\* Kiểm định t test = 4,5; khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$

Nhận xét: NCT nam có điểm CLCS cao hơn NCT nữ, khác biệt về điểm CLCS giữa NCT nam và nữ là 3,1 điểm.

### 3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

Bảng 3.8. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo khả năng vận động trong nhà

Đi lại trong nhà	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Không đi được	20	2,3	44,9	8,1
Có nhưng cần gậy	63	7,3	51,8	10,6
Đi bình thường	787	90,5	63,8	9,4

Nhận xét: Đa số NCT có khả năng đi lại bình thường trong nhà. Tỷ lệ NCT đi bình thường trong nhà chiếm khoảng 90,5%. Điểm CLCS của những người không đi lại được rất thấp, chỉ có 44,9 điểm. NCT cần gậy để đi lại trong nhà chỉ đạt 51,8 điểm. Điểm CLCS của những người đi bình thường cao hơn hẳn hai nhóm kia từ 8 đến 9 điểm.

Bảng 3.9. Chất lượng cuộc sống và khả năng vận động ngoài trời

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS trung bình	± SD (điểm)
<i>Đi bộ 100m</i>				
Không đi được	260	29,9	55,0*	9,6
Đi bình thường	610	70,1	65,7*	8,9
<i>Đi quanh làng xóm</i>				
Không đi được	68	7,8	48,5	9,9
Đi được nhưng cần gậy	260	29,9	58,2	8,0
Đi được bình thường	542	62,3	66,3	9,0

\* Kiểm định t test = 8,3; khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$

Nhận xét: người có khả năng đi lại tốt có điểm CLCS cao hơn hẳn so với những người có khả năng đi lại kém.

Bảng 3.10. Điểm chất lượng cuộc sống theo khả năng thực hiện hoạt động hàng ngày

Khả năng thực hiện	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Thực hiện được toàn bộ các hoạt động hàng ngày	783	90,0	63,8	9,5
Không tự thực hiện được một số hoạt động	87	10,0	51,0	10,2

\* Kiểm định t test = 11,7; khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$

Nhận xét: những người có khả năng tự thực hiện các hoạt động hàng ngày có điểm CLCS cao hơn hẳn so với những người không tự thực hiện được một số hoạt động.

Bảng 3.11. Chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng bệnh mạn tính

Bệnh mạn tính	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
<i>Tình trạng bệnh</i>				
Có mắc bệnh mạn tính	703	80,8	61,1	10,0
Không mắc bệnh mạn tính	167	19,2	68,4	9,8

\* Kiểm định t test = - 8,5; khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$

Nhận xét: điểm CLCS của nhóm người không mắc bệnh mạn tính cao hơn hẳn so với nhóm có mắc bệnh mạn tính.

Bảng 3.12. Điểm CLCS chia theo tình trạng bệnh tăng huyết áp

Bệnh tăng huyết áp	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
<i>Tình trạng bệnh</i>				
Đã được CSYT chẩn đoán tăng huyết áp	227	26,1	60,2	10,4
Chưa đo HA/không bệnh	643	73,9	63,3	10,2

\* Kiểm định t test = - 3,9;  $p < 0,001$

Điểm CLCS của nhóm mắc bệnh tăng huyết áp là 60,2 điểm.

Bảng 3.13. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng đau khớp

Tình trạng đau mỗi khớp	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Thường xuyên	267	30,7	57,0	9,1
Thỉnh thoảng	366	42,1	62,8	9,5
Không bao giờ	237	27,2	68,2	9,6

NCT đau khớp thường xuyên có điểm CLCS chỉ đạt 57 điểm, thấp hơn hẳn so với những người không bị đau khớp là 68,2 điểm.

Bảng 3.14. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo khả năng nhìn

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
<i>Khả năng nhìn</i>				
Nhìn kém	136	15,6	59,4	10,7
Bình thường về nhìn	734	84,4	63,1	10,2

\* Kiểm định t test = - 3,8;  $p < 0,001$

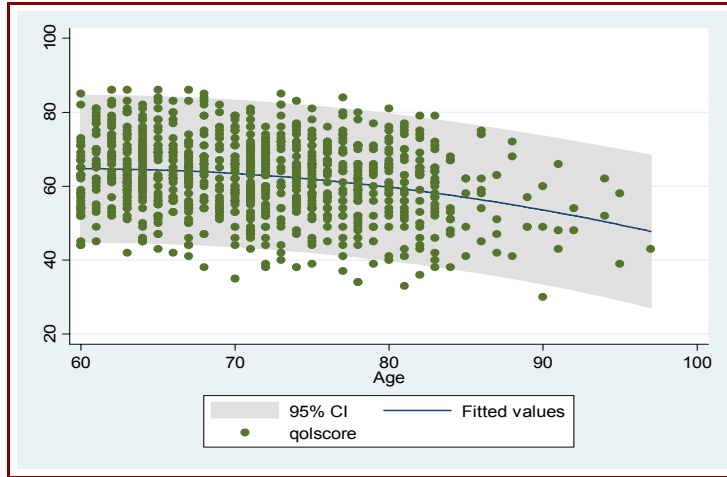
Bảng 3.15. Điểm CLCS chia theo khả năng nghe ( $p < 0,001$ )

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
<i>Khả năng nghe</i>				
Nghe kém	111	12,8	57,9	10,3
Bình thường về nghe	759	87,2	63,2	10,2

Bảng 3.16. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng nói

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Bất thường về nói	40	4,6	54,3	11,3
Bình thường về nói	830	95,4	62,9	10,1





Hình 3.5. Phân bố điểm CLCS theo yếu tố tuổi

Bảng 3.18. CLCS và thu nhập từ công việc đang làm ( $p < 0,001$ )

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có thu nhập	506	58,2	63,7	9,2
Không có/không làm	364	41,8	60,8	11,5

Điểm CLCS trung bình của nhóm có thu nhập từ công việc đang làm đạt 63,7 điểm, cao hơn 2,9 điểm so với nhóm NCT không có thu nhập.

Bảng 3.19. Chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng thu nhập ổn định

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có thu nhập	207	23,3	64,8	10,3
Không có	667	76,7	61,8	10,3

Điểm CLCS trung bình của NCT có thu nhập đạt 64,7 điểm, cao hơn 3 điểm so với nhóm NCT không có thu nhập ổn định.

Bảng 3.20. Chất lượng cuộc sống và thu nhập từ giúp đỡ của gia đình

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có hỗ trợ giúp đỡ	407	46,8	61,0	10,6
Không có	463	53,2	63,8	9,9

NCT có được con cháu hỗ trợ, giúp đỡ về mặt thu nhập chiếm khoảng 47% và có điểm CLCS đạt 61 điểm; thấp hơn so với nhóm NCT không có sự giúp đỡ về mặt thu nhập là 2,8 điểm.

Bảng 3.23. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng hút thuốc

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Hiện tại hút thuốc	133	15,3	65,4	9,7
Không hút thuốc	737	84,7	62,0	10,5

\* Kiểm định  $t$  test = 3,6;  $p < 0,001$

Tỷ lệ NCT đang hút thuốc chiếm khoảng 15,3%, có điểm CLCS đạt 65,4 điểm, cao hơn so với nhóm không hút thuốc 3,5 điểm.

Bảng 3.24. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng uống rượu

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Hiện tại uống rượu	316	36,3	64,2	9,9
Không uống rượu	554	63,7	61,5	10,5

\* Kiểm định  $t$  test = 3,7;  $p < 0,001$

Nhóm NCT uống rượu có điểm CLCS đạt 64,2 điểm, cao hơn so với nhóm không uống rượu 2,7 điểm.

Bảng 3.25. Điểm chất lượng cuộc sống chia theo tình trạng tập thể dục

Tập thể dục	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Hàng ngày	322	37,0	65,1	9,8
Hàng tuần	27	3,1	65,6	9,0
Không đều đặn	76	8,7	63,9	8,6
Không tập thể dục	445	51,2	60,2	10,5

Bảng 3.26. Chất lượng cuộc sống và tình trạng hôn nhân

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Đang có vợ/chồng	524	60,2	63,6	10,1
Góa	322	37,0	60,8	10,5
Ly thân/ly dị	24	2,8	62,0	10,0

NCT đang góa bụa chiếm tỷ lệ khá cao, lên tới 37%. NCT đang có vợ chồng có điểm CLCS là 63,6 điểm, cao hơn so với các nhóm khác.

Bảng 3.27. Chất lượng cuộc sống và kết cấu hộ gia đình

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Gia đình 1 thế hệ: Chỉ có hai ông bà	305	35,1	62,7	9,8
Gia đình 3 thế hệ: Ông/bà, các con và cháu	357	41,0	63,4	10,9
Gia đình 2 thế hệ: Ông/bà và cháu	48	5,5	63,9	8,6
Gia đình chỉ có một NCT sống một mình	160	18,4	57,8	9,9

Nhận xét: NCT sống cùng với gia đình có điểm CLCS cao hơn những người sống một mình.

Bảng 3.28. CLCS và sự tham khảo ý kiến của gia đình

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có tham khảo ý kiến	756	86,9	63,4	9,8
Không tham khảo	114	13,1	56,4	11,8

\* Kiểm định t test = 6,9;  $p < 0,001$

NCT được con cháu tham khảo ý kiến trước các vấn đề quan trọng của gia đình có điểm CLCS cao hơn hẳn so với những NCT không được con cháu tham khảo ý kiến.

Bảng 3.30. CLCS và sự hỗ trợ của các thành viên gia đình

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có nhận được hỗ trợ	841	96,7	62,5	10,3
Không nhận được hỗ trợ	29	3,3	63,2	11,2

Bảng 3.40. CLCS và việc tham gia các hoạt động xã hội

	Số NCT n = 870	Tỷ lệ %	Điểm CLCS TB	± SD (điểm)
Có tham gia	799	91,8	63,6	9,7
Không tham gia hoạt động xã hội nào	71	8,2	50,1	9,6

NCT không tham gia các hoạt động xã hội có điểm CLCS là 50,1 điểm, thấp hơn hẳn so với nhóm hoạt động xã hội là 63,6 điểm.

Bảng 3.45. So sánh mức độ hài lòng về cuộc sống trước-sau can thiệp

Mức độ hài lòng về cuộc sống	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Trước n=408	Sau n=391	Chênh lệch %	Trước n=462	Sau n=439	Chênh lệch %
Rất không hài lòng	1,5	1,0	-0,5	0,9	0,7	-0,2
Không hài lòng	12,3	8,7	-3,6	13,2	3,4	-9,8
Hài lòng	72,6	72,9	0,3	74,5	60,1	-14,4
Rất hài lòng	13,7	17,4	3,7 <sup>a</sup>	11,5	35,8	24,3 <sup>b</sup>

Nhận xét: Tỷ lệ “hài lòng” và “rất hài lòng” đều tăng lên sau can thiệp, đặc biệt tại các xã can thiệp. Chỉ số hiệu quả về sự thay đổi “rất hài lòng” của nhóm can thiệp là 211%, ở đối chứng là 27%. Tại địa bàn can thiệp, tỷ lệ “rất hài lòng” về cuộc sống hiện tại của CLCS đã có sự thay đổi rõ rệt khi so sánh trước-sau.

Bảng 3.46. So sánh điểm các khía cạnh của chất lượng cuộc sống sau can thiệp

Các khía cạnh của CLCS	Nhóm đối chứng				Nhóm can thiệp			
	Trước	Sau	Chênh lệch	CSHQ (%)	Trước	Sau	Chênh lệch	CSHQ (%)
Sức khỏe	11,8	12,4	0,6 <sup>a</sup>	5,1	12,7	14,2	1,5 <sup>c</sup>	11,8
Tâm lý	13,1	13,2	0,1	0,8	13,3	14,7	1,4 <sup>c</sup>	10,5
Xã hội	16,2	16,2	0	0	16,1	18,5	2,5 <sup>c</sup>	15,5
Tín ngưỡng	4,8	4,9	0,1	2,1	5,1	5,9	0,8 <sup>c</sup>	15,7
Tài chính	5,2	5,7	0,5 <sup>c</sup>	9,6	5,9	6,7	0,8 <sup>c</sup>	13,6
Môi trường	10,1	10,6	0,5 <sup>b</sup>	4,0	10,5	11,3	0,8 <sup>c</sup>	7,6
Điểm trung bình	61,3	63,0	1,7 <sup>a</sup>	2,8	63,5	71,3	7,8 <sup>c</sup>	12,2

Nhận xét: Tổng số điểm CLCS tăng lên 7,8 điểm ở xã can thiệp, xã đối chứng chỉ tăng 1,7 điểm. Điểm của tất cả các chất lượng đều tăng từ 0,3 đến 2,5 điểm. Những chất lượng cải thiện rõ rệt sau can thiệp là sức khỏe và tinh thần tăng 1,5 và 1,4 điểm; riêng điểm gia đình - xã hội tăng hơn 2,5 điểm. Chỉ số hiệu quả của các chất lượng CLCS tại địa bàn can thiệp tăng từ 10% đến 15,7%. Các chất lượng có chỉ số hiệu quả can thiệp cao là tín ngưỡng 15,7% và gia đình - xã hội 15,5%.

Bảng 3.48. Đánh giá tác động can thiệp thông qua phân tích hồi quy đa biến logic về chất lượng cuộc sống và một số yếu tố ảnh hưởng

Biến độc lập	Tỷ suất chênh OR	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	Khoảng tin cậy (95% CI)	Có ý nghĩa thống kê <sup>a</sup>
Giới + Nữ*	1				
+ Nam	1,47	0,21	< 0,01	1,12 – 1,93	**
Nhóm tuổi + Trên 70*	1				
+ 60-69	1,25	0,15	0,07	0,98 – 1,59	
Khả năng đi lại + Đi kém*	1				
+ Đi tốt	3,19	0,94	< 0,01	1,78 – 5,71	**
Chức năng ADL + Kém*	1				
+ Tốt	5,16	1,44	< 0,01	2,99 – 8,92	**
Có vợ/chồng + Không có*	1				
+ Đang có vợ/chồng	1,48	0,20	< 0,01	1,13 – 1,94	**
Tập thể dục + Không tập*	1				
+ Có tập	1,39	0,18	0,012	1,07 – 1,79	*
Được hỏi ý kiến + Không được hỏi	1				
+ Có được hỏi ý kiến	1,68	0,38	0,02	1,08 – 2,61	*
Học vấn + Dưới cấp II	1				
+ Từ cấp 2 trở lên	1,86	0,30	< 0,01	1,36 – 2,55	**
Địa bàn + Xã đối chứng	1				
+ Xã can thiệp	3,20	0,39	< 0,01	2,52 – 4,05	**
Thời gian + Trước can thiệp	1				
+ Sau can thiệp	3,12	0,37	< 0,01	2,47 – 3,94	**

**Nhận xét:** Kết quả hai biến thời gian và địa bàn can thiệp cho thấy ảnh hưởng rõ rệt của chương trình can thiệp nâng cao CLCS ( $p < 0,01$ ).

Bảng 3.47. So sánh xếp hạng CLCS trước-sau can thiệp (tỷ lệ %)

Xếp hạng CLCS (tỷ lệ %)	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Trước <sup>c</sup>	Sau <sup>c</sup>	Chênh lệch %	Trước <sup>c</sup>	Sau <sup>c</sup>	Chênh lệch %
CLCS thấp: (từ 24 đến 46 điểm)	9,1	3,8	- 5,3	5,4	1,1	- 4,3
CLCS trung bình: (từ 47 đến 69 điểm)	70,3	71,4	1,1	66,0	35,5	- 30,5
CLCS tốt: (từ 70 đến 92 điểm)	20,6	24,8	4,2 <sup>a</sup>	28,6	63,3	34,7 <sup>b</sup>

**Nhận xét:** tỷ lệ NCT có CLCS tốt sau can thiệp đều tăng lên ở cả địa bàn đối chứng và can thiệp. Tại địa bàn can thiệp tỷ lệ NCT có CLCS tốt tăng từ 28,6% lên 63,3%; mức chênh lệch trước-sau can thiệp là 34,7%. Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp là 121%.

**Kết quả từ nghiên cứu định tính** cho biết các hoạt động can thiệp đã tác động toàn diện đến NCT, làm thay đổi nhận thức, thực hành, lối sống của NCT. Đa số NCT trong các địa phương can thiệp đã áp dụng các kiến thức được học vào cuộc sống. Tỷ lệ NCT áp dụng các kiến thức vào cuộc sống chiếm khoảng 94%.

**Đối với gia đình:** những hoạt động can thiệp đã giúp nâng cao ý thức chăm sóc NCT. Các thành viên trong gia đình biết cách chăm sóc tốt hơn; NCT được chăm sóc một cách toàn diện cả về vật chất và tinh thần, trong đó có sự thay đổi rõ rệt về vấn đề chăm sóc tinh thần cho NCT so với giai đoạn trước khi triển khai can thiệp. Các thành viên gia đình đã có nhận thức rõ hơn về vai trò của NCT trong gia đình.

**Đối với xã hội:** các nội dung can thiệp đã có những tác động mạnh đến nhận thức và hoạt động của chính quyền các cấp, chính quyền thôn xã và ban ngành các cấp đã phát động phong trào chăm sóc NCT trong nhân dân và các tổ chức, đoàn thể như hội Cựu chiến binh, hội Phụ nữ, Đoàn thanh niên.v.v. Hàng năm, chính quyền xã, huyện kết hợp với hội CLCS đều tổ chức đi thăm hỏi động viên chúc thọ CLCS có công với nước, NCT bệnh tật, cô đơn.v.v.

**Đối với ngành y tế:** đã tích cực và chủ động trong việc tham gia và duy trì một số nội dung can thiệp có liên quan trực tiếp với CLCS của NCT. TYT đã chủ động xây dựng kế hoạch thực hiện các hoạt động liên quan đến CSSK NCT như tuyên truyền phổ biến kiến thức, thăm khám NCT tại hộ gia đình, khám sức khỏe định kỳ.v.v.

## CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

#### 4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế-xã hội

Tỷ số CLCS trong địa bàn nghiên cứu khá chênh lệch giữa nữ/nam là 1,6 lần. Tỷ số này cao hơn so với tỷ số giới tính chung của toàn quốc là 1,03. Sự chênh lệch giới tính này sẽ dẫn đến một bộ phận lớn NCT nữ phải sống trong cảnh thiếu bạn đời là NCT nam, từ đó có thể ảnh hưởng một phần đến CLCS.

#### 4.1.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

Để đánh giá độ tin cậy thang đo CLCS, hệ số Cronbach's Alpha được dùng để đo lường độ đồng nhất bên trong của cả thang đo. Giá trị Cronbach's Alpha của đề tài này bằng 0,88 ở điều tra trước can thiệp và 0,89 ở điều tra sau can thiệp, tiệm cận mức rất tốt theo phân loại giá trị Cronbach's Alpha. Như vậy có thể khẳng định bộ công cụ CLCS đảm bảo được tính chính xác, tính nhắc lại được và có độ tin cậy cao.

Kết quả khảo sát CLCS của NCT trước can thiệp trên 870 CLCS cho thấy tổng điểm CLCS trung bình của NCT là 62,5 điểm trên 6 khía cạnh, 24 câu hỏi. Một nước đang phát triển khác là Băng-la-đét cũng sử dụng bộ công cụ này để đánh giá CLCS thì tổng điểm của họ là 62,7 điểm, cao hơn đề tài này 0,2 điểm. Nếu so sánh với một đánh giá tương tự về các khía cạnh của CLCS tại Băng-la-đét thì NCT Việt Nam có điểm cao hơn về thể chất, tinh thần, xã hội và tài chính.

Theo kết quả phân hạng CLCS của NCT được trình bày trong bảng 3.6, đa số NCT chỉ có CLCS ở mức trung bình, tỷ lệ này chiếm tới 68%. Chỉ có khoảng 25% hay 1/4 NCT có CLCS xếp hạng tốt. Kết quả này rất phù hợp với kết quả nghiên cứu định tính là đa số NCT đều tự đánh giá CLCS của bản thân chỉ ở mức trung bình.

Nhìn chung, khái niệm "CLCS" còn tương đối xa lạ với NCT vùng nông thôn. Tuy nhiên, quan niệm về CLCS của NCT ở vùng nông thôn tương đối đa dạng. Trên thế giới nhiều nghiên cứu cũng đã mô tả CLCS như là một khái niệm mang tính chủ quan và đa chiều. Nhiều NCT cho rằng khái niệm CLCS rất trừu tượng. Chính vì vậy nghiên cứu này không thể đưa ra một quan niệm thống nhất chung về CLCS cho tất cả NCT vùng nông thôn. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng có nhiều khó khăn trong việc xác định và đo lường CLCS. Có rất nhiều các định nghĩa khác nhau về CLCS theo các bối cảnh thời

gian, văn hóa và các giai đoạn của cuộc sống.

### 4.2. Ảnh hưởng của một số yếu tố lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

#### 4.2.1. Ảnh hưởng của yếu tố sức khỏe

Các kết quả nghiên cứu định lượng đều thống nhất là sức khỏe có ảnh hưởng rõ rệt tới CLCS của NCT. Nghiên cứu đã lựa chọn một số biến số sức khỏe mang tính khách quan như: khả năng vận động, khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày, tình trạng bệnh mạn tính, bệnh tăng huyết áp và đau khớp đã được CSYT chẩn đoán; khả năng nhìn, nghe và nói. Những người không đi lại được trong nhà chỉ có bình quân 44,9 điểm, thuộc phân hạng CLCS thấp và những người không đi được quanh làng xóm có 48,5 điểm, thuộc mức trung bình thấp. Việc bị hạn chế đi lại không chỉ phản ánh tình trạng sức khỏe kém mà còn làm hạn chế tất cả các mặt của cuộc sống như giảm giao tiếp với mọi người, không được tham gia các sinh hoạt, vui chơi, hoạt động xã hội.v.v. Mặt khác hạn chế khả năng đi lại sẽ bị phụ thuộc nhiều hơn vào gia đình. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng có kết quả sức khỏe là yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến CLCS.

#### 4.2.2. Ảnh hưởng của yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng kinh tế, lối sống

Tuổi có ảnh hưởng đến CLCS với xu hướng là tuổi càng cao thì CLCS càng giảm sút. Kết quả này cũng phù hợp với các phát hiện trong nghiên cứu định tính của đề tài này. Một vài nghiên cứu trên thế giới cũng có những nhận định tương tự như của Ahmed (2005), Jan (2005), Rana (2009). Xu thế phổ biến là tuổi càng cao thường đi kèm sức khỏe giảm, bệnh tật nhiều hơn và "ngại" tham gia các hoạt động xã hội hơn, do vậy CLCS cũng giảm sút hơn.

Điểm CLCS của NCT nam cao hơn một chút so với NCT nữ, tuy nhiên sự chênh lệch không nhiều. Kết quả này cũng tương tự với một số báo cáo khác của Jan (2005), Rana (2009) [118], [140]. Nhìn chung trong xã hội, giới tính nam vẫn nhận được nhiều lợi thế hơn so với giới tính nữ như có sức khỏe tốt hơn, được tham gia các hoạt động chính trị, văn hóa, xã hội sâu rộng hơn so với NCT nữ. Thực tế là giới tính nam kể cả khi cao tuổi vẫn luôn có những lợi thế hơn so với giới tính nữ. Tuy nhiên theo kết quả của đề tài này thì sự "bất bình đẳng giới" liên quan đến CLCS không nhiều.

Kết quả phân tích điểm CLCS theo nhóm có một vài nguồn không có thu nhập và nhóm không có nguồn thu nhập cũng cho thấy nhóm không có nguồn thu nhập có điểm CLCS thấp hơn nhóm có

nguồn thu nhập 3,3 điểm. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các phát hiện trong phân nghiên cứu định tính. Theo quan điểm của hầu hết NCT thì tình trạng kinh tế là yếu tố ảnh hưởng quan trọng tới CLCS của NCT. Các phát hiện trong nghiên cứu này cũng phù hợp với nhận định trong một vài nghiên cứu khác của Jan (2005), Rana (2009).

#### 4.2.2. Ảnh hưởng của yếu tố tuổi, giới tính, tình trạng kinh tế, lối sống

Yếu tố lối sống của NCT cũng ảnh hưởng đến CLCS. Những người hút thuốc và uống rượu và chăm tập thể dục có điểm CLCS cao hơn so với nhóm còn lại. Tuy nhiên sự chênh lệch điểm CLCS chia theo tình trạng hút thuốc và uống rượu không nhiều, lần lượt là 3,5 và 2,7 điểm; trong khi sự chênh lệch điểm CLCS giữa nhóm chăm tập thể dục và nhóm không tập cao hơn là 5 điểm. Việc hút thuốc và uống rượu nếu lạm dụng có thể dẫn đến nhiều bệnh tật, nhưng nếu sử dụng với liều lượng nhỏ, thích hợp sẽ đưa lại cảm giác sảng khoái cho NCT. Các kết quả trên là căn cứ để xây dựng các nội dung can thiệp. Chính vì vậy trong các gói can thiệp đã được xây dựng, đề tài này không khuyến cáo cấm hẳn hút thuốc và uống rượu mà chỉ khuyến NCT sử dụng với liều lượng vừa phải. Một số tài liệu nghiên cứu cũng cho rằng sử dụng rượu với liều lượng hợp lý sẽ giúp con người sảng khoái hơn. Riêng với việc tập thể dục, do điểm CLCS có sự chênh lệch khá rõ rệt giữa các nhóm nên các nội dung can thiệp liên quan tới tập thể dục, dưỡng sinh được tăng cường tuyên truyền, giáo dục nhằm nâng cao CLCS cho NCT. Việc tập luyện TDDT bên cạnh việc tăng cường sức khỏe còn giúp cho NCT có được trạng thái tinh thần sảng khoái, thoải mái, giúp nâng cao CLCS.

#### 4.2.3. Ảnh hưởng của yếu tố gia đình – xã hội

NCT sẽ cảm thấy cuộc sống có chất lượng hơn nếu con cái ổn định, đoàn kết và biết chăm sóc bố mẹ, anh chị em biết thương yêu bảo ban và chăm sóc nhau. Điểm CLCS của NCT có vai trò trong gia đình cao hơn hẳn so với nhóm không được hỏi là 7 điểm. Việc NCT cảm thấy mình giữ một vai trò quan trọng trong gia đình sẽ giúp NCT mình vẫn đang tồn tại và có ích cho mọi người. Chính vì vậy CLCS của NCT được nâng lên. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng vai trò của NCT trong gia đình là yếu tố khá quan trọng ảnh hưởng đến CLCS của NCT. Các kết quả nghiên cứu định tính của đề tài này cũng hoàn toàn phù hợp với các kết quả nghiên cứu định lượng và cho thấy vai trò của NCT trong gia đình có ảnh hưởng lớn đến CLCS của

NCT. Một số nghiên cứu cũng có kết quả tương tự là việc tham gia các công việc trong gia đình sẽ giúp cho NCT cảm thấy hạnh phúc hơn. Nhận định này cũng phù hợp với một số kết quả nghiên cứu khác.

NCT giao tiếp nhiều, tham gia nhiều hoạt động xã hội như hội họp, đi đền chùa.v.v. có điểm CLCS cao hơn hẳn so với nhóm ít giao tiếp hoặc nhóm không tham gia các hoạt động trên. Nhóm không tham gia hoạt động xã hội chỉ có điểm CLCS là 50 điểm, thấp hơn tới 13,5 điểm so với nhóm có tham gia. Nếu như ít giao tiếp, ít sinh hoạt và NCT cảm thấy lép vế hơn so với mọi người sẽ làm hạn chế sự tự tin, ảnh hưởng đến CLCS. NCT nếu được cộng đồng, làng xóm quan tâm giúp đỡ, có quan hệ tốt với hàng xóm sẽ làm CLCS tăng lên. Các nghiên cứu của Jan 2005 tại Băng-la-đét và Bowling 2002 tại Anh cũng cho kết quả mối quan hệ xã hội có ảnh hưởng đến CLCS.

### 4.3. Đánh giá tác động can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống của người cao tuổi

#### 4.3.1. Các nội dung can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống

Đề tài này đã lựa chọn hướng can thiệp có những điểm khác với các mô hình đã được thực hiện. Đề tài này đã không ưu tiên vào việc can thiệp để giảm tỷ lệ bệnh tật mà ưu tiên vào phòng bệnh, hạn chế tác hại bệnh tật và khuyến khích NCT sống vui, sống khỏe, tham gia hoạt động xã hội.v.v.

#### 4.3.2. Tác động biện pháp can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống

Điểm CLCS trung bình chung ở địa bàn đối chứng tăng 1,7 điểm, trong khi tại địa bàn can thiệp tăng lên 7,8 điểm. Chỉ số hiệu quả đối với điểm CLCS trung bình tại địa bàn can thiệp là 12,2%. Các kết quả này cũng phản ánh một phần các tác động can thiệp đã có những kết quả tích cực. Tác động của can thiệp được thể hiện rõ nhất qua kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến logic, biến địa bàn can thiệp và biến thời gian đều có ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê lên CLCS của NCT.

Các nội dung can thiệp được địa phương đánh giá có tính phù hợp cao, hiệu quả với vùng nông thôn và rất phù hợp với đặc điểm của người Việt Nam. Sau khi thử nghiệm và đánh giá can thiệp, đề tài này đã theo dõi và duy trì mô hình can thiệp trong thời gian 18 tháng. Kết quả trên thực tế tại địa phương cho thấy các biện pháp can thiệp vẫn tiếp tục duy trì và phát huy hiệu quả rất tích cực.

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống

- Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi chưa cao: điểm chất lượng cuộc sống trung bình của 870 người cao tuổi là 6,8/10 điểm. Đa số người cao tuổi có chất lượng cuộc sống trung bình (chiếm tỷ lệ 68,1%); tỷ lệ có chất lượng cuộc sống tốt chiếm 24,8%.
- Năm khía cạnh của chất lượng cuộc sống đều chỉ đạt mức trung bình. Điểm của sáu khía cạnh chất lượng cuộc sống theo thứ tự tăng dần là: sức khỏe (6,2/10); tin ngưỡng (6,3/10); môi trường (6,4/10); tâm lý (6,6/10); tài chính (7,0/10); xã hội (8,1/10) điểm.

#### *Đặc điểm một số yếu tố sức khỏe, kinh tế, gia đình của NCT*

- Tỷ lệ người cao tuổi không mắc bệnh mạn tính chiếm 19%; có khả năng vận động tốt chiếm 62%; không có bất thường về nhìn, nghe hoặc nói chiếm 74%; có thu nhập ổn định chiếm 23%; đang có vợ/chồng 60%; sống ở gia đình 3 thế hệ 41%; thường xuyên tham gia hoạt động xã hội chiếm 92%.

#### *Các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống ở NCT:*

- *Sức khỏe có ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống:* người mắc bệnh mạn tính; có bất thường về nhìn, nghe hoặc nói, người bị hạn chế về vận động và thực hiện các chức năng cơ bản có chất lượng cuộc sống thấp hơn hẳn so với người không có các đặc điểm trên (đều có ý nghĩa mức  $p < 0,05$ ).
- Chất lượng cuộc sống có xu hướng giảm dần theo tuổi.
- Người cao tuổi nam có CLCS cao hơn người cao tuổi nữ.
- *Lối sống có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống:* NCT tập thể dục đều đặn, có hút thuốc và uống rượu có chất lượng cuộc sống nhỉnh hơn so với nhóm không tập, không uống rượu hoặc không hút thuốc.
- *Yếu tố trình độ học vấn, thu nhập, việc làm có ảnh hưởng:* người có học vấn tốt, thu nhập ổn định có chất lượng cuộc sống cao hơn.
- *Yếu tố gia đình có ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống:* Những người đang có vợ hoặc chồng; được sống trong gia đình có 3 thế hệ; có vai trò trong gia đình; được gặp hoặc có mối liên lạc thường xuyên với các con có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với người không có các đặc điểm trên. Người cao tuổi cô đơn có CLCS thấp.

- *Yếu tố xã hội có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống:* người cao tuổi thường xuyên có hoạt động giao tiếp với bạn bè, hàng xóm; thường xuyên tham gia các hoạt động xã hội có chất lượng cuộc sống cao hơn hẳn so với nhóm không giao tiếp hoặc không tham gia (đều có ý nghĩa mức  $p < 0,05$ ).

### 2. Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống

- Tổng điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp tăng lên rõ rệt ở địa bàn các xã can thiệp (tăng 7,8 điểm; chỉ số hiệu quả 12,2%). Những chất lượng cải thiện rõ rệt là xã hội, sức khỏe và tâm lý.
- Tỷ lệ người cao tuổi có CLCS xếp loại tốt ở địa bàn can thiệp cải thiện rõ rệt: tăng từ 28,6% lên 63,3%; chỉ số hiệu quả là 121%.
- Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến cho thấy các biến độc lập địa bàn can thiệp và biến thời gian đều có ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống một cách có ý nghĩa thống kê ở mức  $p < 0,01$ .
- Kết quả nghiên cứu định tính phát hiện thấy sau can thiệp NCT có quan niệm rộng hơn về CLCS; tự tin và hiểu hơn vào bản thân mình để vươn lên trong cuộc sống; ý thức được vị trí, vai trò bản thân và vai trò của giao tiếp, quan hệ và tham gia các hoạt động xã hội.

## KIẾN NGHỊ

- Tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe với trọng tâm là các nội dung phòng bệnh, chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý; phổ biến các kiến thức liên quan tới sức khỏe, lối sống, chăm sóc cho NCT.
- Chính quyền và các ban ngành, xã hội cần quan tâm chăm sóc NCT cô đơn; NCT nữ và những người không có nguồn thu nhập.
- Khuyến khích NCT rèn luyện sức khỏe và học cách tự chăm sóc sức khỏe bản thân; tích cực tham gia các hoạt động gia đình, tăng cường giao tiếp và tham gia sinh hoạt xã hội.
- Xây dựng, củng cố và nâng cao hoạt động câu lạc bộ NCT tại các thôn, xã: phong phú, đa dạng hóa các hoạt động văn hóa, văn nghệ, phổ biến kiến thức; giao lưu, tham gia hoạt động xã hội.v.v.
- Tiếp tục nghiên cứu ứng dụng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống người cao tuổi phù hợp với từng thời kỳ kinh tế - xã hội.