DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2026061

Đánh giá sự phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày của người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Trạm Y tế xã Phú Hòa Đông, Thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Mạnh Khương[1,*], Nguyễn Thị Anh[1], Phù Thị Mai Thảo[2]
[1]Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng
[2]Trạm Y tế xã Phú Hòa Đông

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Già hóa dân số đang gia tăng nhanh trên toàn cầu và Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất. Người cao tuổi (NCT) thường suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động tự chăm sóc hằng ngày, tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội. Mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ mức độ phụ thuộc của NCT trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày; (2) Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ phụ thuộc đó. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 373 NCT từ 60 tuổi trên địa bàn xã Phú Hòa Đông, Thành phố Hồ Chí Minh (tháng 8/2025). Công cụ thu thập là bảng câu hỏi có cấu trúc kết hợp thang điểm Barthel Index (BI). Số liệu phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Kết quả: Trong số 373 NCT tham gia, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn chiếm 2.7%, phụ thuộc nghiêm trọng 18.5%, phụ thuộc vừa phải 19.8%, phụ thuộc nhẹ 10.2% và độc lập hoàn toàn 48.8%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê (p < 0.05) gồm: Nhóm tuổi, bệnh lý kèm theo (đột quỵ, đau khớp, loãng xương), tiền sử té ngã và việc sử dụng dụng cụ hỗ trợ. Kết luận: Tỷ lệ NCT có mức độ phụ thuộc đáng kể trong hoạt động hằng ngày tại cộng đồng chiếm hơn 50%. Cần tăng cường các chương trình phòng ngừa té ngã và quản lý bệnh mạn tính tại tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: *người cao tuổi, hoạt động tự chăm sóc, Barthel Index, phụ thuộc chức năng, trạm y tế*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang gia tăng nhanh trên toàn cầu. Theo thống kê, năm 2020 thế giới có khoảng 727 triệu người từ 65 tuổi trở lên (chiếm 9.3% tổng dân số) và con số này sẽ vượt 1.5 tỷ người (16%) vào năm 2050 [1]. Cùng với quá trình già hóa, người cao tuổi (NCT) thường gặp nhiều vấn đề về thể chất và tâm thần, đặc biệt là suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (Activities of Daily Living - ADL) [2, 3].

Tại Việt Nam, tỷ lệ NCT tăng từ 8.68% năm 2009 lên 11.86% năm 2019 và dự báo vượt 25% vào năm 2050 [4]. Trong đó, 35.73% NCT gặp khó khăn trong ít nhất một chức năng sinh hoạt [4]. Sự suy giảm khả năng tự chăm sóc không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần của NCT [5, 6], mà còn tạo gánh nặng kinh tế - xã hội đáng kể cho gia đình và lực lượng lao động [7].

Mặc dù các nghiên cứu về hoạt động tự chăm sóc của NCT đã được thực hiện tại nhiều cơ sở y tế khác nhau [2], phần lớn tập trung ở tuyến bệnh viện hoặc khu vực đô thị, sử dụng các công cụ đánh giá chưa thống nhất và ít phân tích đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu. Tại tuyến y tế cơ sở ở khu vực bán đô thị - nơi NCT được quản lý sức khỏe ban đầu và chịu ảnh hưởng đồng thời của nhiều yếu tố kinh tế, xã hội, bệnh lý - hiện vẫn thiếu các nghiên cứu đánh giá toàn diện bằng thang đo chuẩn hóa quốc tế (Barthel Index) kết hợp phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập. Khoảng trống này hạn chế khả năng xây dựng các can thiệp dự phòng và chăm sóc phù hợp với đặc thù cộng đồng [5]. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày của NCT trên địa bàn xã Phú Hòa Đông, Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) năm 2025 với hai mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ mức độ phụ thuộc của NCT trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày; (2) Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ phụ thuộc trong các hoạt động tự chăm sóc hằng ngày của NCT.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại Trạm Y tế xã Phú Hòa Đông, TP.HCM trong thời gian nghiên cứu; có khả năng giao tiếp để trả lời phỏng vấn (hoặc có người thân hỗ trợ cung cấp thông tin);

Tác giả liên hệ: Nguyễn Mạnh Khương
Email: khuongnm@hiu.vn

đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không thể tự trả lời và không thể khai thác thông tin từ người thân; người không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người cao tuổi bị suy giảm nhận thức nặng, rối loạn tâm thần, khiếm thính hoặc khiếm ngôn nặng không thể giao tiếp và không có người thân đủ thông tin để hỗ trợ cung cấp; người đang trong tình trạng bệnh lý cấp tính nặng cần được ưu tiên điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4/2025 đến tháng 10/2025; thời gian thu thập số liệu: Tháng 8/2025.

Địa điểm thu thập: Trạm Y tế Phú Hòa Đông, TP.HCM.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần thu thập.

α: Xác suất sai lầm loại 1 (α = 0.05).

Z: Trị số phân phối chuẩn, với α = 0.05 thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1.96.

d: Sai số biên (d= 0.06).

p = 0.5 để đạt được cỡ mẫu lớn nhất.

Tính được n = 270. Với tỷ lệ dự phòng bỏ cuộc 20% và thu thập toàn bộ NCT đến khám trong thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 324. Trên thực tế, nhóm nghiên cứu đã thu thập được toàn bộ NCT đến khám, được quản lý và điều trị ngoại trú tại Trạm Y tế xã Phú Hòa Đông trong suốt thời gian nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, với tổng số 373 người. Cỡ mẫu thực tế (373) lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu (324) giúp tăng lực thống kê và tính đại diện của nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện người cao tuổi trên địa bàn xã Phú Hòa Đông thỏa điều kiện chọn mẫu và tiêu chí loại trừ.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi có cấu trúc gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin chung: Tuổi, giới tính, khu vực sống, tôn giáo, nghề nghiệp trước đây, thu nhập hiện tại, bệnh lý đang mắc, tiền sử té ngã, sử dụng dụng cụ hỗ trợ, tần suất kiểm tra sức khỏe, tình trạng sống cùng người thân.
- Phần 2: Thang điểm Barthel Index (BI) gồm 10 mục đánh giá 10 hoạt động sinh hoạt hằng ngày, theo hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành kèm Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018 [8]. Phân loại theo Shah và cộng sự (1989): Độc lập hoàn toàn (100 điểm); Phụ thuộc nhẹ (91 - 99); Phụ thuộc vừa phải (61 - 90); Phụ thuộc nghiêm trọng (21 - 60); Phụ thuộc hoàn toàn (0 - 20).

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh; nếu người bệnh không thể tự trả lời thì thu thập qua người thân. Thời gian phỏng vấn khoảng 15 - 20 phút.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC). Để so sánh điểm Barthel Index (BI) giữa các nhóm, sử dụng kiểm định T-test độc lập đối với biến có 2 nhóm và phân tích phương sai một yếu tố (ANOVA) đối với biến có từ 3 nhóm trở lên. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định ở mức $p < 0.05$.

2.7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng thẩm định và chấp thuận, đồng thời được sự đồng thuận của Ban Lãnh đạo Trạm Y tế xã Phú Hòa Đông, TP.HCM. Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục đích, nội dung và quy trình nghiên cứu, ký phiếu đồng thuận tham gia trước khi phỏng vấn và có quyền rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến việc khám chữa bệnh. Thông tin cá nhân của đối tượng được mã hóa, bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của người cao tuổi (n = 373)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)		
60 - 69	194	52.0
70 - 79	94	25.2
≥ 80	85	22.8
Giới tính		
Nam	183	49.1
Nữ	190	50.9
Khu vực sống		
Nông thôn	217	58.2

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thành thị	156	41.8
Tôn giáo		
Phật giáo	187	50.1
Thiên chúa giáo	74	19.8
Không tôn giáo/Khác	112	30.1
Thu nhập hiện tại		
< 1,000,000 VNĐ/tháng	79	21.2
1,000,000 - 3,000,000 VNĐ/tháng	183	49.1
> 3,000,000 VNĐ/tháng	111	29.7
Tiền sử té ngã		
Có	106	28.4
Không	267	71.6
Sử dụng dụng cụ hỗ trợ		
Có	101	27.1
Không	272	72.9
Sống cùng người thân		
Có	340	91.2
Không	33	8.8
Tần suất kiểm tra sức khỏe		
< 1 tháng/lần	102	27.3
1 - 3 tháng/lần	98	26.3
3 - 6 tháng/lần	87	23.3
> 6 tháng/lần	86	23.1

Nhận xét: Người cao tuổi tham gia nghiên cứu nhiều nhất nằm trong độ tuổi 60 - 69 tuổi (52.0%). Tỷ lệ nữ giới (50.9%) và nam giới (49.1%) gần tương đương. Đa số NCT sống tại khu vực nông thôn (58.2%). Có 28.4% NCT có tiền sử té ngã và 27.1% sử dụng dụng cụ hỗ trợ. Phần lớn (91.2%) sống cùng người thân.

Bảng 2. Một số bệnh lý NCT đang mắc phải (n = 373)

Bệnh lý	Có		Không	
	n	(%)	n	(%)
Đau khớp	90	24.1	283	75.9
Gout	38	10.2	335	89.8
Loãng xương	66	17.7	307	82.3
Tiểu đường biến chứng mờ mắt	29	7.8	344	92.2
Tiền sử đột quỵ	37	9.9	336	90.1
Tiền sử gãy xương	45	12.1	328	87.9
Bệnh thận	18	4.8	355	95.2
Trầm cảm	12	3.2	361	96.8
Khác	99	26.5	274	73.5

Nhận xét: Bệnh lý phổ biến nhất là đau khớp (24.1%), tiếp theo là loãng xương (17.7%), gout (10.2%) và tiền sử gãy xương (12.1%). Tiền sử đột quỵ chiếm 9.9%.

3.2. Mức độ phụ thuộc của NCT trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày

Bảng 3. Mức độ phụ thuộc của NCT trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày (n = 373)

Mức độ phụ thuộc	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Độc lập hoàn toàn (100 điểm)	182	48.8
Phụ thuộc nhẹ (91- 99 điểm)	38	10.2
Phụ thuộc vừa phải (61 - 90 điểm)	74	19.8
Phụ thuộc nghiêm trọng (21 - 60 điểm)	69	18.5
Phụ thuộc hoàn toàn (0 - 20 điểm)	10	2.7
Tổng cộng	373	100.0

Nhận xét: Tỷ lệ NCT độc lập hoàn toàn chiếm 48.8% - thấp hơn tỷ lệ có mức độ phụ thuộc nào đó (51.2%). Phụ thuộc vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm phụ thuộc (19.8%), tiếp theo là phụ thuộc nghiêm trọng (18.5%). Phụ thuộc hoàn toàn chiếm 2.7%.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến điểm Barthel Index (BI 0-100) ở người cao tuổi (n = 373)

Các yếu tố	TB ± ĐLC (điểm BI)	F* / t**	p
Nhóm tuổi			
60-69 tuổi	90.2 ± 17.4	11.3*	**< 0.001**
70-79 tuổi	85.6 ± 18.9		
≥ 80 tuổi	73.1 ± 26.3		
Bệnh lý đang mắc			
Đau khớp	86.3 ± 23.5	4.2*	**0.001**
Gout	89.1 ± 17.9		
Loãng xương	78.5 ± 25.3		
Tiền sử đột quỵ	72.9 ± 21.7		
Tiền sử gãy xương	80.3 ± 20.9		
Khác	94.2 ± 10.3		
Tiền sử té ngã			
Có	75.5 ± 22.1	3.74**	**< 0.001**
Không	89.1 ± 19.3		
Sử dụng dụng cụ hỗ trợ			
Có	64.3 ± 20.7	8.59**	**< 0.001**
Không	93.0 ± 14.9		
Giới tính			
Nam	87.9 ± 18.9	1.64**	0.103
Nữ	82.7 ± 22.7		
Khu vực sống			
Nông thôn	85.3 ± 20.5	0.03**	0.976
Thành thị	85.2 ± 21.7		

Ghi chú: F = giá trị kiểm định ANOVA (so sánh điểm BI trung bình giữa ≥ 3 nhóm); t = giá trị kiểm định Independent t-test (so sánh điểm BI trung bình giữa 2 nhóm); TB ± ĐLC: Trung bình ± độ lệch chuẩn; p < 0.05: Có ý nghĩa thống kê (in đậm). Giá trị p được trình bày theo chuẩn học thuật: p < 0.001 khi nhỏ hơn 0.001.

Nhận xét: Mức độ phụ thuộc tăng dần theo tuổi (p = 0.000). NCT có tiền sử đột quỵ và loãng xương có điểm BI thấp nhất, phản ánh mức độ phụ thuộc cao hơn (p = 0.001). NCT có tiền sử té ngã và sử dụng dụng cụ hỗ trợ có điểm BI thấp hơn đáng kể so với nhóm còn lại (p = 0.000). Giới tính và khu vực sống không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p > 0.05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52.0%), phù hợp với cơ cấu NCT toàn quốc theo Tổng điều tra dân số 2019 (58.5%) [4]. Sự tập trung này tại trạm y tế có thể phản ánh thực tế rằng NCT lớn tuổi hơn (≥ 80) thường cần chăm sóc tại nhà và ít tiếp cận tuyến cơ sở hơn, dẫn đến có thể đánh giá thấp tỷ lệ phụ thuộc ở nhóm nguy cơ cao nhất. Tỷ lệ nữ (50.9%) và nam (49.1%) gần cân bằng, tương đồng với nghiên cứu tại Hà Nội (nữ 53.9%) [2] và dân số NCT quốc gia (nữ 53.4%) [4]. Đa số NCT sống ở nông thôn (58.2%) với thu nhập trung bình thấp (1 - 3 triệu VNĐ/tháng, 49.1%), phản ánh đặc điểm kinh tế - xã hội của một địa phương bán đô thị - yếu tố mà Lê Văn Hội và cộng sự (2011) cho thấy gắn liền với hạn chế tiếp cận dịch vụ chăm sóc và tăng nguy cơ phụ thuộc [7]. Về bệnh tật, đau khớp (24.1%), loãng xương (17.7%) và tiền sử gãy xương (12.1%) chiếm ưu thế, phù hợp mô hình bệnh tật điển hình của NCT cộng đồng tại Việt Nam. Tỷ lệ té ngã (28.4%) và sử dụng dụng cụ hỗ trợ (27.1%) là chỉ báo quan trọng về mức độ suy giảm chức năng trong mẫu.

4.2. Mức độ phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày

Tỷ lệ NCT có ít nhất một mức độ phụ thuộc đạt 51.2%, tỷ lệ độc lập hoàn toàn chỉ 48.8%. So với nghiên cứu tại Bệnh viện Becamex (Trần Trúc Mai Anh, 2022) [5] dùng cùng công cụ Barthel Index, tổng tỷ lệ phụ thuộc tương đương (51.2% so với 50.1%), song nghiên cứu hiện tại ghi nhận tỷ lệ phụ thuộc nghiêm trọng cao hơn (18.5% so với 18.24%), gợi ý rằng NCT tại cộng đồng nông thôn có xu hướng suy giảm chức năng nặng hơn trước khi tiếp cận y tế. So với số liệu quốc gia (13.9% NCT có khó khăn tự chăm sóc) [4], kết quả cao hơn đáng kể nhưng cần diễn giải thận trọng vì ba lý do: (1) khảo sát dân số sử dụng tự báo cáo đơn giản, ít nhạy hơn Barthel Index; (2) mẫu trạm y tế mang tính chọn lọc với nhiều bệnh lý nền hơn và (3) Barthel Index đánh giá toàn diện 10 chức năng, không thể so sánh trực tiếp với câu hỏi sàng lọc đơn lẻ trong khảo sát dân số. So với Thái Lan (Somrongthong et al., 2017 [3], ~47% phụ thuộc trên 1.678 NCT), kết quả tương đồng, phản ánh mô hình suy giảm chức năng ADL khá nhất quán trong NCT Đông Nam Á. Kết quả nghiên cứu này (51.2% NCT có phụ thuộc ở các mức độ) cao hơn số liệu của Tổng cục Thống kê (13.9%) [4]; sự khác biệt có thể được giải thích bởi khác biệt về công cụ đánh giá (Barthel Index có độ nhạy cao hơn câu hỏi sàng lọc đơn lẻ) và đặc điểm mẫu (NCT đến khám tại trạm y tế thường có bệnh lý nền nhiều hơn so với mẫu dân số chung). So với nghiên cứu của Somrongthong và cộng sự (2017) tại Thái Lan (tỷ lệ phụ thuộc khoảng 47% trên 1,678 NCT) [3] và nghiên cứu của Trần Trúc Mai Anh (2022) tại Bệnh viện Becamex (50.1%) [5], kết quả của chúng tôi tương đồng, phản ánh xu hướng suy giảm chức năng ADL tương đối đồng nhất ở NCT Việt Nam và khu vực Đông Nam Á.

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày

4.3.1. Tuổi tác

Tuổi là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất (F = 11.3; p < 0.001): điểm BI giảm từ 90.2 ± 17.4 (nhóm 60 - 69) xuống 85.6 ± 18.9 (70 - 79) và 73.1 ± 26.3 (≥ 80). Mỗi thập niên tuổi điểm BI giảm 5 - 8 điểm, với mức giảm tăng tốc rõ rệt ở nhóm ≥ 80. Kết quả nhất quán với số liệu Tổng cục Thống kê [4] (tỷ lệ không có khó khăn tự chăm sóc: 93.9% ở 60 - 69, 82.1% ở 70 - 79, chỉ 55.4% ở ≥ 80) và với Covinsky et al. (2003) [9] tại Hoa Kỳ (tần suất suy giảm ADL từ nhập đến xuất viện tăng từ 23% ở 70 - 74 tuổi lên 63% ở ≥ 90 tuổi; p < 0.001). Về cơ chế, quá trình lão hóa tích lũy - sarcopenia, suy giảm tim mạch, chậm dẫn truyền thần kinh [10] - dẫn đến suy giảm ADL không hồi phục hoàn toàn, nhấn mạnh vai trò của can thiệp dự phòng sớm từ nhóm 60 - 69 tuổi. Về cơ chế, các biến đổi sinh học tích lũy theo tuổi - bao gồm tình trạng suy giảm khối lượng và chức năng cơ vân (sarcopenia), suy giảm chức năng tim mạch, chậm dẫn truyền thần kinh - ngoại biên, giảm thị lực và thính lực, giảm mật độ xương và thoái hóa khớp [11] - dẫn đến suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày khó hồi phục hoàn toàn. Điều này nhấn mạnh vai trò của can thiệp dự phòng sớm ngay từ nhóm 60 - 69 tuổi thông qua các chương trình tập luyện thể lực, dinh dưỡng hợp lý và kiểm soát tốt các bệnh mạn tính tại tuyến y tế cơ sở.

4.3.2. Bệnh lý kèm theo

Sự khác biệt điểm BI theo bệnh lý có ý nghĩa thống kê (F = 4.2; p = 0.001). Đột quỵ gây phụ thuộc nặng nhất (72.9 ± 21.7 điểm) do tổn thương não trực tiếp ảnh hưởng đến vận động, ngôn ngữ và nhận thức - các yếu tố nền tảng của mọi ADL, phù hợp với tổng quan của Mlinac và Feng (2016) [12]. Loãng xương (78.5 ± 25.3) và gãy xương (80.3 ± 20.9) gây phụ thuộc qua cơ chế bất động kéo dài sau gãy xương, dẫn đến teo cơ, mất thăng bằng và tâm lý sợ ngã - vòng xoáy suy giảm chức năng mà Covinsky và cộng sự (2003) [9] xác định

là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của suy giảm ADL cấp tính. Dù đau khớp phổ biến nhất (24.1%), điểm BI (86.3 ± 23.5) tương đối cao hơn, gợi ý rằng đau khớp giai đoạn nhẹ - trung bình có thể kiểm soát được, song nếu không can thiệp tích cực sẽ tiến triển thành phụ thuộc nặng hơn.

4.3.3. Tiền sử té ngã

NCT có tiền sử té ngã có điểm BI thấp hơn có ý nghĩa thống kê (75.5 ± 22.1 so với 89.1 ± 19.3; t = 3.74; p < 0.001), chênh lệch 13.6 điểm. Mối liên hệ này vận hành qua ba cơ chế: (1) chấn thương vật lý trực tiếp hạn chế vận động; (2) hội chứng sợ ngã gây giảm hoạt động và teo cơ thứ phát; và (3) suy giảm thần kinh - cơ xương khớp tiềm ẩn vốn là nguyên nhân gốc của cả té ngã lẫn giảm ADL. Tỷ lệ 28.4% NCT có tiền sử té ngã cho thấy cần tích hợp sàng lọc nguy cơ té ngã và các can thiệp phòng ngừa đa thành phần (tập thăng bằng, sửa đổi môi trường, rà soát thuốc) vào quy trình khám định kỳ tại trạm y tế [6, 10].

4.3.4. Sử dụng dụng cụ hỗ trợ

Chênh lệch điểm BI giữa nhóm dùng và không dùng dụng cụ hỗ trợ là lớn nhất trong tất cả các yếu tố (64.3 ± 20.7 so với 93.0 ± 14.9; t = 8.59; p < 0.001). Cần nhấn mạnh rằng đây là chỉ báo chứ không phải nguyên nhân của phụ thuộc: Dụng cụ hỗ trợ phản ánh mức độ suy giảm vận động đã có sẵn. Nghịch lý là những người cần dụng cụ sớm nhất thường chỉ được cấp phát sau khi phụ thuộc đã nặng. Lin và cộng sự (2022) [10] cho thấy hướng dẫn sử dụng dụng cụ hỗ trợ đúng cách ngay từ giai đoạn suy giảm sớm giúp duy trì tính độc lập, hàm ý cần đưa đánh giá nhu cầu dụng cụ hỗ trợ vào quy trình sàng lọc chức năng định kỳ tại tuyến cơ sở.

4.3.5. Giới tính và khu vực sống

Cả giới tính (nam: 87.9 ± 18.9; nữ: 82.7 ± 22.7; p = 0.103) và khu vực sống (nông thôn: 85.3 ± 20.5; thành thị: 85.2 ± 21.7; p = 0.976) đều không có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm BI, trái với các nghiên cứu tại Hà Nội [2], Thái Lan [3] và số liệu quốc gia [4] - nơi nữ giới và NCT nông thôn thường phụ thuộc hơn. Điều này có thể phản ánh tính đồng nhất của mẫu tại Phú Hòa Đông: Cả nam và nữ đều có lịch sử lao động thể chất tương đương, và ranh giới nông thôn - thành thị tại địa bàn đang đô thị hóa chưa phân hóa rõ. Kết quả gợi ý tác động của giới tính và địa dư lên ADL mang tính bối cảnh đặc thù, không thể khái quát hóa giữa các địa bàn khác nhau.

4.4. Giới hạn nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số giới hạn cần được lưu ý khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ cho phép mô tả thực trạng và xác định các yếu tố liên quan tại một thời điểm, không cho phép suy luận về mối quan hệ nhân - quả giữa các yếu tố được khảo sát và mức độ phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc. Thứ hai, phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên NCT đến khám tại một trạm y tế có thể dẫn đến sai lệch chọn mẫu (selection bias): Các NCT nặng, nằm tại nhà hoặc ít tiếp cận dịch vụ y tế có thể không được đưa vào nghiên cứu, từ đó có khả năng đánh giá thấp thực tế tỷ lệ phụ thuộc trong cộng đồng. Thứ ba, nghiên cứu được thực hiện tại một địa bàn xã bán đô thị, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho các bối cảnh khác (đô thị lớn, vùng sâu vùng xa) còn hạn chế. Thứ tư, một số thông tin (tiền sử té ngã, bệnh lý kèm theo) dựa trên tự báo cáo của đối tượng nên có thể bị sai lệch do nhớ lại (recall bias). Các nghiên cứu dọc (longitudinal), đa trung tâm và sử dụng phương pháp chọn mẫu xác suất trong tương lai là cần thiết để khẳng định và mở rộng các phát hiện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 373 NCT điều trị ngoại trú tại Trạm Y tế Phú Hòa Đông, TP.HCM năm 2025 cho thấy: Tỷ lệ NCT có mức độ phụ thuộc từ nhẹ đến hoàn toàn chiếm 51.2%; trong đó phụ thuộc vừa phải (19.8%) và phụ thuộc nghiêm trọng (18.5%) chiếm tỷ lệ đáng kể. Phụ thuộc hoàn toàn chiếm 2.7%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ phụ thuộc bao gồm: tuổi tác (càng lớn tuổi càng phụ thuộc nhiều hơn), bệnh lý kèm theo (đặc biệt đột quỵ, loãng xương và đau khớp), tiền sử té ngã, và việc sử dụng dụng cụ hỗ trợ. Giới tính và khu vực sống không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Từ kết quả này, các cơ sở y tế tuyến cơ sở cần: Tăng cường chương trình phòng ngừa té ngã cho NCT; quản lý tích cực các bệnh lý mạn tính, đặc biệt đột quỵ, đau khớp và loãng xương; hướng dẫn NCT sử dụng đúng dụng cụ hỗ trợ để cải thiện tính độc lập; và thực hiện sàng lọc định kỳ sức khỏe chức năng bằng Barthel Index để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả đề xuất một số khuyến nghị tại tuyến y tế cơ sở: 1) Triển khai chương trình phòng ngừa té ngã đa thành phần cho NCT (sàng lọc định kỳ, tập luyện thăng bằng - sức cơ, rà soát thuốc, cải thiện môi trường sống); (2) Xây dựng mô hình quản lý bệnh mạn tính theo hướng đa chuyên ngành tại trạm y tế, kết hợp giáo dục sức khỏe và theo dõi điều trị; (3) Lồng ghép phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (CBR), bao gồm hướng dẫn dụng cụ hỗ trợ, tập luyện tại nhà và huy động gia đình, hội NCT; (4) Áp dụng Barthel Index để sàng lọc chức năng định kỳ nhằm phát hiện sớm suy giảm và can thiệp phù hợp.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo và toàn thể nhân viên Trạm Y tế Phú Hòa Đông, TP.HCM đã tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập số liệu. Xin chân thành cảm ơn tất cả NCT đã tự nguyện tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization, "Ageing and health," *WHO Fact Sheet*, Oct. 2022. [Online]. Available: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

[2] N. T. T. Hà, N. D. Luật, N. V. Thiện, N. H. Thắng và N. T. Thịnh, "Hoạt động hàng ngày người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại Hà Nội 2018," *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 129, số 5, tr. 164-171, 2020.

[3] R. Somrongthong, S. Wongchalee, C. Ramakrishnan, D. Hongthong, K. Yodmai và N. Wongtongkam, "Influence of socioeconomic factors on daily life activities and quality of life of Thai elderly," *Journal of Public Health Research*, vol. 6, no. 1, p. 862, 2017.

[4] Tổng cục Thống kê, *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*. Hà Nội: Tổng cục Thống kê, 2021.

[5] T. T. M. Anh, *Đánh giá sự phụ thuộc trong hoạt động tự chăm sóc hằng ngày của người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quốc tế Becamex*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Quốc tế Miền Đông, Bình Dương, 2022.

[6] D. Talarska, S. Tobis, M. Kotkowiak, M. Strugała, J. Stanisławska and K. Wieczorowska-Tobis, "Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning," *Medical Science Monitor*, vol. 24, pp. 1604-1613, 2018.

[7] L. V. Hoi, P. Thang, and L. Lindholm, "Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants," *BMC Geriatrics*, vol. 11, p. 81, 2011.

[8] Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ*. Hà Nội: Bộ Y tế, Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018, 2018.

[9] K. E. Covinsky, R. M. Palmer, R. H. Fortinsky, S. R. Counsell, A. L. Stewart, and D. Kresevic, "Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses," *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, no. 4, pp. 451-458, 2003.

[10] H. H. Lin, C. L. Yu, M. S. Liou, H. C. Chou, and S. H. Chang, "Empowerment of frail institutionalized older people for self-care," *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 17, no. 1, p. 2040873, 2022.

[11] P. Thắng, *Bệnh học Lão khoa - Từ đại cương đến thực hành lâm sàng*. Hà Nội: NXB Khoa học và Kỹ thuật, 2013.

[12] M. E. Mlinac and M. C. Feng, "Assessment of activities of daily living, self-care, and independence," *Archives of Clinical Neuropsychology*, vol. 31, no. 6, pp. 506-516, 2016.

Assessment of dependency in daily self-care activities among elderly outpatients at Phu Hoa Dong Health Station, Ho Chi Minh City

Nguyen Manh Khuong, Nguyen Thi Anh, Phu Thi Mai Thao

ABSTRACT

Background: Population ageing is accelerating globally, and Vietnam is among the fastest-ageing countries. Elderly people often experience declining ability to perform daily self-care activities, creating burdens on families and society. Objectives: (1) To determine the prevalence of dependency in daily self-care activities among elderly people. (2) To identify associated factors with dependency in daily self-care activities among elderly people. Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 373 elderly (≥ 60 years) at Phu Hoa Dong Health Station, Ho Chi Minh City (August 2025). A structured questionnaire incorporating the Barthel Index (BI) was used. Data were analyzed using SPSS 20. Results: Of 373 participants, 2.7% were completely dependent, 18.5% severely dependent, 19.8% moderately dependent, 10.2% mildly dependent, and 48.8% fully independent. Factors significantly associated with dependency ($p < 0.05$) included age group, comorbidities (stroke, arthritis, osteoporosis), fall history, and use of assistive devices. Conclusion: Over 50% of community-dwelling elderly had meaningful dependency in daily activities. Strengthening fall prevention programs and chronic disease management at primary healthcare level is essential.

Keywords: *elderly, activities of daily living, Barthel Index, functional dependency, health station*

Received: 30/3/2026
Revised: 14/4/2026
Accepted for publication: 24/4/2026