

STATUS OF DECLINE IN BASIC DAILY ACTIVITIES AND SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY AT THU DUC GENERAL HOSPITAL IN 2025

Tran Hoang Hai*, Tran Thi Quynh, Tran Thi Hieu, Nguyen Thi Suong, Bui Duc Hanh

University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 06 Ngo Quyen, Thuan Hoa Ward, Hue City, Vietnam

Received: 11/09/2025

Revised: 26/09/2025; Accepted: 21/10/2025

ABSTRACT

Objective: The study aimed to describe the decline in basic daily activities and an associated factor in elderly outpatients.

Research method: Cross-sectional study on 302 elderly patients who were examined and treated as outpatients at the Thu Duc General Hospital clinic. Patients were interviewed directly about their current medical condition and daily functional status according to the Barthel scale.

Results: The rate of elderly people with decline in basic daily activities was 30.1%. Of which: 14.6% had low dependence, 10.9% had high dependence and 4.6% were completely dependent. Some factors related to decline in basic daily activities include: The older the age, the greater the likelihood of decline, in which the 70–79 year old group had OR = 2.54 (95%CI: 1.13–5.70) and the ≥80 group had OR = 17.3 (95%CI: 6.22–48.1) higher decline than the 60–69 year old group. Frequent insomnia/stress had a higher risk of decline compared to the group with less insomnia/stress OR = 2.87 (95%CI: 1.46–5.65). The group with some diseases compared to the group without diseases included: Heart failure OR = 2.81 (95%CI: 1.19–6.61), type 2 diabetes OR = 3.14 (95%CI: 1.58–6.24). Cerebrovascular accident OR = 8.08 (95%CI: 1.31–49.7), digestive disease OR = 3.17 (95%CI: 1.53–6.59).

Conclusion: Decreased basic daily activities in the elderly is a common problem, especially with increasing age and/or with certain diseases. The study recommends the need for functional interventions from health care and relatives to support the patients.

Keywords: Elderly (NCT), Basic Daily Activities (BAD).

*Corresponding author

Email: bacsiohanghai@gmail.com **Phone:** (+84) 982797687 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3564**



TÌNH TRẠNG SUY GIẢM HOẠT ĐỘNG CƠ BẢN HÀNG NGÀY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC NĂM 2025

Trần Hoàng Hải*, Trần Thị Quỳnh, Trần Thị Hiếu, Nguyễn Thị Sương, Bùi Đức Hạnh

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế - 06 Ngô Quyền, P. Thuận Hóa, Tp. Huế, Việt Nam

Ngày nhận: 11/09/2025

Ngày sửa: 26/09/2025; Ngày đăng: 21/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả tình trạng suy giảm hoạt động cơ bản hàng ngày và một yếu tố liên quan ở người cao tuổi khám bệnh ngoại trú.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 302 bệnh nhân là người cao tuổi đang khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức. Bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp tình trạng bệnh lý hiện tại và tình trạng hoạt động chức năng hàng ngày theo thang điểm Barthel.

Kết quả: Tỷ lệ người cao tuổi bị suy giảm hoạt động cơ bản hàng ngày là 30,1%. Trong đó: 14,6% có tình trạng hoạt động phụ thuộc ít, 10,9% có hoạt động phụ thuộc nhiều và 4,6% trong tình trạng hoạt động phụ thuộc hoàn toàn. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy giảm hoạt động cơ bản hàng ngày gồm: Tuổi càng cao thì khả năng bị suy giảm càng lớn trong đó nhóm 70–79 tuổi OR = 2,54 (95%CI: 1,13–5,70) và nhóm ≥ 80 OR = 17,3 (95%CI: 6,22–48,1) suy giảm cao hơn so với nhóm 60–69 tuổi. Thường xuyên mất ngủ/căng thẳng có khả năng suy giảm cao hơn so với nhóm ít mất ngủ/căng thẳng OR = 2,87 (95%CI: 1,46–5,65). Nhóm mắc một số bệnh so với nhóm không mắc bệnh gồm: Suy tim OR = 2,81 (95%CI: 1,19–6,61), mắc đái tháo đường type 2 OR = 3,14 (95%CI: 1,58–6,24). Tai biến mạch máu não OR = 8,08 (95%CI: 1,31–49,7), mắc bệnh tiêu hóa OR = 3,17 (95%CI: 1,53–6,59).

Kết luận: Suy giảm hoạt động cơ bản hàng ngày ở người cao tuổi là vấn đề phổ biến, đặc biệt khi tuổi càng cao và/hoặc mắc một số bệnh. Nghiên cứu khuyến cáo cần các can thiệp chức năng từ phía y tế và người thân trong việc hỗ trợ cho người bệnh.

Từ khóa: Người cao tuổi (NCT), Hoạt động cơ bản hàng ngày (HĐCBHN).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng tuổi thọ và tốc độ già hóa dân số đã trở thành một trong những thách thức lớn nhất của nhiều quốc gia trên thế giới với tỷ lệ 20% người từ 60 tuổi trở lên [1]. Tình trạng suy giảm chức năng của người bệnh cao tuổi tới khám và điều trị tại các cơ sở y tế cũng là vấn đề phổ biến với khoảng 30% người cao tuổi (NCT) nhập viện cấp tính bị mất khả năng thực hiện các hoạt động cơ bản hàng ngày (HĐCBHN) so với trước khi nhập viện [11]. Sự suy giảm này làm tăng nguy cơ phụ thuộc lâu dài, thời gian nằm viện kéo dài và tử vong. Số liệu về tỷ lệ phụ thuộc chức năng trong sinh hoạt cơ bản chưa được cập nhật đầy đủ và một số yếu tố làm gia tăng mức độ suy giảm vẫn còn ít tại Việt Nam. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tình trạng suy

giảm hoạt động cơ bản hàng ngày bằng thang điểm Barthel và xác định một số các yếu tố liên quan đến tình trạng này ở NCT tại Bệnh viện đa khoa Thủ Đức năm 2025.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (≥ 60 tuổi) đến khám bệnh tại các phòng khám nội khoa ngoại trú - Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 7 năm 2025. Tiêu chuẩn lựa chọn là NCT có khả năng giao tiếp, nhận thức được. Tiêu chuẩn loại trừ là NCT không tỉnh táo, mắc các bệnh về tâm thần kinh, sa sút trí tuệ, cảm dietic bẩm sinh.

*Tác giả liên hệ

Email: bacsiohanghai@gmail.com Điện thoại: (+84) 982797687 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3564>

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ: $n = 302$.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp tại các phòng khám nội khoa với số lượng 10 trường hợp mỗi ngày tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức năm 2025.

2.5. Công cụ nghiên cứu: Thang điểm Barthel.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Các kết quả, số liệu được thu thập và xử lý trên máy tính theo Excel 2010 và phần mềm thống kê STATA 14.0. Để phân tích mối liên quan giữa suy giảm hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày của NCT chúng tôi dùng tỷ số chênh (hồi quy Logistic đơn biến và đa biến) với khoảng tin cậy 95%. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=302)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	60-69 tuổi	130	43,0
	70-79 tuổi	122	40,4
	>80 tuổi	50	16,6
	TB ± DLC	71,5 ± 8,1 tuổi (60-97)	
Giới	Nữ	186	61,6
	Nam	116	38,4
Học vấn	≤ THPT	231	76,5
	> THPT	71	23,5
Tình trạng làm việc	Còn làm việc	45	14,9
	Không làm việc	257	85,1
Tình trạng thu nhập	Có lương/lương hưu	144	47,7
	Phụ thuộc	158	52,3
Có người chăm sóc	Có	183	60,6
	Không	119	39,4
Tình trạng sống chung	Ở chung cùng gia đình	287	95,0
	Ở riêng	15	5,0

Nhận xét: Tuổi trung bình là 71,5 ± 8,1 (dao động từ 60 đến 97 tuổi). Nhóm 60–69 chiếm 43,0%, nhóm 70–79 chiếm 40,4% và nhóm ≥80 tuổi chiếm 16,6%, nữ giới chiếm 61,6%, đa số NCT không còn tham gia

lao động (85,1%), có 47,7% người cao tuổi có lương hoặc lương hưu, ngoài ra 39,4% NCT không có người chăm sóc và 5,0% sống một mình.

Bảng 2. Bệnh lý nền hay gặp NCT (n=302)

Đặc điểm bệnh	Số lượng	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	234	77,5
Bệnh mạch vành	142	47,0
Suy tim	47	15,6
Đái tháo đường type 2	121	40,1
Tai biến mạch máu não	8	2,6
Bệnh xương khớp	73	24,2
Rối loạn mỡ máu	226	74,8
Bệnh hô hấp	13	4,3
Bệnh tiêu hoá	170	56,3
Bệnh thận tiết niệu	12	4,0
Bệnh khác	65	21,5

Nhận xét: Bệnh lý phổ biến nhất là tăng huyết áp với tỷ lệ 77,5%, tiếp theo là rối loạn mỡ máu (74,8%) và bệnh tiêu hóa (56,3%). Bệnh mạch vành chiếm 47,0%, trong khi đái tháo đường type 2 chiếm 40,1%.

Bảng 3. Số bệnh và thuốc đang sử dụng của NCT (n=302)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Số bệnh lý nền	Chỉ 1 bệnh	17	5,6
	2-3 bệnh	139	46,0
	>3 bệnh	146	48,3
Số thuốc đang sử dụng	≤ 3 thuốc	47	15,6
	4-5 thuốc	83	27,5
	≥ 6 thuốc	172	57,0

Nhận xét: 46,0% mắc từ 2–3 bệnh và 48,3% mắc trên 3 bệnh, 27,5% dùng từ 4–5 thuốc và 57,0% dùng ≥ 6 thuốc.

Bảng 4. Suy giảm từng loại HĐCBHN ở NCT theo thang đo Barthel (n=302)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Ăn uống	Phụ thuộc	4	1,3
	Cần giúp đỡ ít	42	13,9
	Độc lập	256	84,8
Tắm rửa	Phụ thuộc	39	12,9
	Độc lập	263	87,1
Vệ sinh cá nhân	Phụ thuộc	35	11,6
	Độc lập	267	88,4
Mặc quần áo	Phụ thuộc	24	7,9
	Cần giúp đỡ ít	34	11,3
	Độc lập	244	80,8
Đường ruột	Không tự chủ	0	0,0
	Thỉnh thoảng có sự cố	98	32,5
	Tự chủ	204	67,5
Đường tiểu	Không tự chủ	0	0,0
	Thỉnh thoảng có sự cố	37	12,3
	Tự chủ	265	87,7
Chăm sóc khi đi vệ sinh	Phụ thuộc	24	7,9
	Cần giúp đỡ 1 ít	42	13,9
	Độc lập	236	78,1
Di chuyển từ giường qua ghế	Không thể thực hiện được	8	2,6
	Cần giúp đỡ nhiều	36	11,9
	Cần giúp đỡ ít	48	15,9
	Độc lập	210	69,5
Khả năng di chuyển trên mặt phẳng	Không thể di chuyển được	11	3,6
	Độc lập trên xe lăn	28	9,3
	Đi với sự giúp đỡ của 1 người	59	19,5
	Độc lập	204	67,5
Lên cầu thang	Không thể	42	13,9
	Cần được giúp đỡ	65	21,5
	Độc lập	195	64,6

Nhận xét: Hoạt động ăn uống: 13,9% cần giúp đỡ ít và 1,3% phụ thuộc. Tắm rửa: 87,1% độc lập, 12,9% phụ thuộc. Vệ sinh cá nhân: 11,6% phụ thuộc. Mặc quần áo: 11,3% cần giúp đỡ ít và 7,9% phụ thuộc.

Kiểm soát đường ruột: 32,5% thỉnh thoảng có sự cố. Kiểm soát đường tiểu: 12,3% thỉnh thoảng có sự cố, chăm sóc khi đi vệ sinh: 13,9% cần giúp đỡ ít và 7,9% phụ thuộc. Di chuyển từ giường qua ghế: 15,9% cần giúp đỡ ít, 11,9% cần giúp đỡ nhiều và 2,6% không thể thực hiện. Khả năng di chuyển trên mặt phẳng: 19,5% đi với sự giúp đỡ, 9,3% độc lập trên xe lăn và 3,6% không thể di chuyển. Lên cầu thang: 21,5% cần được giúp đỡ và 13,9% không thể thực hiện.

Bảng 5. Suy giảm HĐCBHN ở NCT theo thang đo Barthel (n=302)

Nội dung		Số lượng	Tỉ lệ %
Suy giảm HĐCBHN	Có	91	30,1
	Không	211	69,9

Bảng 6. Mức độ suy giảm HĐCBHN của NCT (n=302)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Hoạt động độc lập	211	69,9
Hoạt động phụ thuộc ít	44	14,6
Hoạt động phụ thuộc nhiều	33	10,9
Hoạt động phụ thuộc hoàn toàn	14	4,6
Tổng cộng	302	100,0

Nhận xét: Có 30,1% bị suy giảm HĐCBHN, trong đó phụ thuộc nhiều 10,9%, phụ thuộc hoàn toàn là 4,6%.

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến suy giảm HĐCBHN qua phân tích hồi quy logistic

Biến số	OR _{tho} (95%CI)	OR _{hc} (95%CI)	p
Nhóm tuổi			
70-79 tuổi	2,26 (1,16-4,48)	2,54 (1,13-5,70)	0,024
>80 tuổi	18,5 (7,69-45,5)	17,3 (6,22-48,1)	< 0,001
Thường mất ngủ/căng thẳng (có)	2,99 (1,75-5,14)	2,87 (1,46-5,65)	0,002
Suy tim (có)	3,25 (1,63-6,48)	2,81 (1,19-6,61)	0,018
Đái tháo đường type 2 (có)	3,36 (1,95-5,79)	3,14 (1,58-6,24)	0,001
Tai biến mạch máu não (có)	7,38 (1,28-75,6)	8,08 (1,31-49,7)	0,024
Bệnh tiêu hoá (có)	2,52 (1,45-4,47)	3,17 (1,53-6,59)	0,002

Nhận xét: Nhóm tuổi 70–79 tuổi (OR=2,54; 95%CI: 1,13–5,70) và nhóm ≥ 80 tuổi (OR=17,3; 95%CI: 6,22–48,1) suy giảm cao hơn so với nhóm 60–69 tuổi; Nhóm thường xuyên mất ngủ/ căng thẳng suy giảm cao hơn với nhóm ít mất ngủ/ căng thẳng (OR=2,87; 95%CI: 1,46–5,65); nhóm mắc một số bệnh so với nhóm không mắc gồm suy tim (OR=2,81; 95%CI: 1,19–6,61), mắc đái tháo đường type 2 (OR=3,14; 95%CI: 1,58–6,24), mắc tai biến mạch máu não (OR=8,08; 95%CI: 1,31–49,7), mắc bệnh tiêu hóa (OR=3,17; 95%CI: 1,53–6,59).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=302)

Tuổi trung bình của NCT được khảo sát là $71,5 \pm 8,1$ (dao động từ 60 đến 97 tuổi). Nhóm 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,0%, sau đó là nhóm 70–79 chiếm 40,4%. So sánh với nghiên cứu của Huỳnh Trung Quốc Hiếu, tuổi trung bình khá tương đồng ($69,57 \pm 7,25$ tuổi), với phân bố nhóm tuổi 60–69 chiếm 52%, 70–79 chiếm 37,3% và ≥ 80 chiếm 10,7% [12]. Tổng dân số Việt Nam tại thời điểm 1/4/2009 là 85,85 triệu người, trong khi tổng dân số tại thời điểm 1/4/2019 là 96,21 triệu người. Trong giai đoạn 2009-2019, dân số cao tuổi ở Việt Nam tăng từ 7,45 triệu lên 11,41 triệu, tương ứng với tăng từ 8,68% lên 11,86% tổng dân số. [2].

Theo giới tính, kết quả nữ giới chiếm 61,6%, nam giới chiếm 38,4%. Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 và năm 2019 chỉ ra rằng số lượng tăng thêm của phụ nữ cao tuổi lớn hơn nam giới cao tuổi. Trong giai đoạn 2009-2019, tốc độ tăng dân số hàng năm của nhóm phụ nữ cao tuổi cao hơn so với nhóm nam giới cao tuổi, tương ứng là 4,09% và 4,72%. Số lượng người cao tuổi và tỷ lệ dân số cao tuổi trong tổng dân số đều tăng lên rõ rệt (như đã nêu trên) và có sự chênh lệch ngày càng lớn giữa phụ nữ cao tuổi và nam giới cao tuổi khi tuổi tăng lên [13].

Kết quả cho thấy đa số NCT không còn tham gia lao động (85,1%), chỉ có 14,9% vẫn tiếp tục làm việc. Điều này phản ánh đặc thù của nhóm tuổi cao, khi khả năng lao động giảm sút do sức khỏe hạn chế, mắc nhiều bệnh mạn tính và nhu cầu nghỉ ngơi sau tuổi hưu trí. Việc một bộ phận nhỏ vẫn còn lao động có thể liên quan đến điều kiện kinh tế, thói quen sinh hoạt hoặc mong muốn duy trì sự gắn kết xã hội.

Về tình trạng thu nhập, có 47,7% người cao tuổi có lương hoặc lương hưu, trong khi 52,3% phải phụ thuộc vào gia đình hoặc nguồn hỗ trợ khác. Tỷ lệ phụ thuộc cao phản ánh thực trạng phổ biến ở người cao tuổi tại Việt Nam, khi hệ thống an sinh xã hội, đặc biệt là chính sách lương hưu, chưa bao phủ hết đối tượng. Điều này đặt ra thách thức về an ninh tài chính và chất lượng cuộc sống, đồng thời nhấn

manh vai trò của gia đình trong việc hỗ trợ kinh tế và chăm sóc người cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện đa khoa Thủ Đức, ghi nhận 39,4% người cao tuổi không có người chăm sóc và 5,0% sống một mình. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Huỳnh Trung Quốc Hiếu (2021), khi tác giả báo cáo tỷ lệ người cao tuổi sống một mình trong cộng đồng là 25,7%. Sự khác biệt này có thể lý giải bởi bối cảnh nghiên cứu: nghiên cứu cộng đồng có phạm vi rộng hơn và kết hợp khảo sát một số các yếu tố xã hội, dân cư và sắp xếp cuộc sống, nhờ đó phản ánh rõ hơn thực trạng người cao tuổi sống đơn độc trong xã hội, đồng thời hạn chế được một số yếu tố nhiễu khi phỏng vấn [14]. Tỷ lệ người cao tuổi sống một mình trong nghiên cứu của chúng tôi lại tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm trên 764 bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, với kết quả 5,8% [15].

4.2. Các bệnh lý nền hay gặp ở NCT (n=302)

NCT thường mắc nhiều bệnh lý mạn tính đi kèm đó là bệnh lý phổ biến nhất là tăng huyết áp với tỷ lệ 77,5%, tiếp theo là rối loạn mỡ máu (74,8%) và bệnh tiêu hóa (56,3%). Bệnh mạch vành chiếm 47,0%, trong khi đái tháo đường type 2 chiếm 40,1%. Một số bệnh lý khác ghi nhận với tỷ lệ thấp hơn như: bệnh xương khớp (24,2%), suy tim (15,6%). Các bệnh ít gặp gồm tai biến mạch máu não (2,6%), bệnh hô hấp (4,3%) và bệnh thận – tiết niệu (4,0%). Tỷ lệ bệnh khác (21,5%).

4.3. Số bệnh và thuốc đang sử dụng ở NCT (n=302)

Trong số 302 NCT, có 5,6% chỉ mắc 1 bệnh, 46,0% mắc từ 2–3 bệnh và 48,3% mắc trên 3 bệnh. Như vậy, đa số người cao tuổi trong nghiên cứu có tình trạng đa bệnh lý (≥ 2 bệnh).

Về số thuốc đang sử dụng, có 15,6% dùng ≤ 3 thuốc, 27,5% dùng từ 4–5 thuốc và 57,0% dùng ≥ 6 thuốc. Điều này cho thấy phần lớn người cao tuổi đang trong tình trạng đa trị liệu. ặc điểm suy HĐCBHN ở NCT theo các khía cạnh theo thang đo Barthel (n=302)

4.4. Đặc điểm từng loại HĐCBHN ở NCT theo thang đo Barthel (n=302)

Hoạt động ăn uống: 13,9% cần giúp đỡ ít và 1,3% phụ thuộc. Tắm rửa: 87,1% độc lập, 12,9% phụ thuộc. Vệ sinh cá nhân: 11,6% phụ thuộc. Mặc quần áo: 11,3% cần giúp đỡ ít và 7,9% phụ thuộc. Kiểm soát đường ruột: 32,5% thỉnh thoảng có sự cố, không ghi nhận trường hợp nào hoàn toàn không tự chủ. Kiểm soát đường tiểu: 12,3% thỉnh thoảng có sự cố, không có trường hợp nào hoàn toàn không tự chủ. Chăm sóc khi đi vệ sinh: 13,9% cần giúp đỡ ít và 7,9% phụ thuộc. Di chuyển từ giường qua ghế: 15,9% cần giúp đỡ ít, 11,9% cần giúp đỡ nhiều và 2,6% không thể thực hiện. Khả năng di chuyển trên mặt phẳng:

19,5% đi với sự giúp đỡ, 9,3% độc lập trên xe lăn và 3,6% không thể di chuyển. Lên cầu thang: 21,5% cần được giúp đỡ và 13,9% không thể thực hiện.

4.5. Suy giảm HĐCBHN ở NCT theo thang đo Barthel (n=302)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức cho thấy trong tổng số 302 NCT được khảo sát, có 30,1% bị suy giảm HĐCBHN theo thang đo Barthel. Tỷ lệ này phản ánh một gánh nặng sức khỏe đáng kể, cho thấy cứ ba NCT khám bệnh thì có ít nhất một người gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động chăm sóc bản thân cơ bản. Mức độ suy giảm đa dạng, từ suy giảm nhẹ (cần giúp đỡ một phần) đến phụ thuộc hoàn toàn, trong đó nhóm bị suy giảm nặng chiếm tỷ lệ nhỏ hơn nhưng lại có nguy cơ cao hơn về biến chứng, nằm viện kéo dài và giảm chất lượng cuộc sống.

Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế, kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều báo cáo gần đây. Một phân tích gộp toàn cầu năm 2025 tổng hợp 35 nghiên cứu với hơn 133.000 NCT cho thấy tỷ lệ suy giảm HĐCBHN trung bình là 26,07%, và sau điều chỉnh sai số còn 15,12%. Tỷ lệ này thay đổi rõ rệt theo khu vực: cao nhất ở châu Phi (42,91%) và thấp nhất ở châu Á (19,15%) [6]. Điều này gợi ý rằng tỷ lệ 30,1% trong nghiên cứu tại Thủ Đức cao hơn trung bình châu Á, có thể do đối tượng nghiên cứu là NCT đang điều trị tại bệnh viện, thay vì người sống trong cộng đồng, vốn thường có sức khỏe tốt hơn và ít bị hạn chế vận động.

Ở Trung Quốc, Gao và cộng sự (2022) báo cáo tỷ lệ suy giảm HĐCBHN là 26,56%, trong đó 17,34% suy giảm nhẹ và 9,22% suy giảm nặng; nam giới và nhóm tuổi ≥ 75 có nguy cơ cao hơn [7]. Nghiên cứu dọc KLoSA tại Hàn Quốc (2006–2020) cũng ghi nhận xu hướng tương tự, với tỷ lệ hạn chế HĐCBHN tăng dần theo thời gian, đạt 11,7% vào năm 2020, và tăng rõ ở nhóm ≥ 73 tuổi, đặc biệt sau 85 tuổi [8]. So với các kết quả này, tỷ lệ của chúng tôi cao hơn, phù hợp với thực tế bệnh viện nơi người tham gia thường có nhiều bệnh mạn tính, suy yếu hoặc đang trong giai đoạn hồi phục sau bệnh cấp tính, làm gia tăng tỷ lệ suy giảm chức năng.

4.6. Một số yếu tố liên quan đến suy giảm HĐCBHN qua phân tích hồi quy logistic

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến chúng tôi nhận thấy: nhóm 70–79 tuổi có khả năng suy giảm cao hơn 2,54 lần (95%CI: 1,13–5,70; $p = 0,024$) và nhóm ≥ 80 tuổi cao hơn 17,3 lần (95%CI: 6,22–48,1; $p < 0,001$) so với nhóm 60–69 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ tăng dần rõ rệt theo nhóm tuổi sau phân tích đa biến (OR hiệu chỉnh 2,54 ở 70–79 tuổi và 17,3 ở ≥ 80 tuổi so với 60–69), phù hợp với bằng chứng từ các nghiên cứu trước, rằng tỷ lệ phụ thuộc trong hoạt động cơ bản hằng ngày tăng theo tuổi. Các phân tích gộp gần đây ghi nhận nhóm lớn

tuổi hơn luôn có tỷ lệ suy giảm cao hơn: ví dụ phân tích dưới nhóm theo tuổi cho thấy tỷ lệ suy giảm hoạt động cơ bản hằng ngày ở người ≥ 65 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm 60–65 tuổi trong tổng mẫu hơn 133.000 người cao tuổi trên toàn cầu [6].

Thường xuyên mất ngủ/căng thẳng: khả năng suy giảm cao gấp 2,87 lần (95%CI: 1,46–5,65; $p = 0,002$). Kết quả phân tích thấy rằng NCT thường xuyên mất ngủ hoặc căng thẳng có tỷ lệ suy giảm HĐCBHN cao hơn rõ rệt so với nhóm không gặp tình trạng này (44,4% so với 21,1%), với OR là 2,99 (95%CI: 1,75–5,14; $p < 0,001$). Sau khi điều chỉnh một số yếu tố gây nhiễu trong mô hình hồi quy logistic đa biến, mất ngủ hoặc căng thẳng vẫn là yếu tố có ý nghĩa thống kê, với nguy cơ suy giảm hoạt động cơ bản hằng ngày cao gấp 2,87 lần (95%CI: 1,46–5,65; $p = 0,002$). Kết quả này khẳng định mất ngủ hoặc căng thẳng là một yếu tố tâm lý – hành vi độc lập, có vai trò quan trọng trong sự suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động cơ bản hằng ngày của NCT.

Suy tim: Khả năng suy giảm cao gấp 2,81 lần (95%CI: 1,19–6,61; $p = 0,018$). Trong nghiên cứu, NCT mắc suy tim có tỷ lệ suy giảm HĐCBHN là 53,2%, cao gấp đôi so với nhóm không mắc (25,9%), với OR = 3,25 (95%CI: 1,63–6,48; $p < 0,001$). Sau khi hiệu chỉnh trong mô hình hồi quy logistic đa biến, mối liên quan này vẫn giữ được ý nghĩa thống kê (OR hiệu chỉnh = 2,81; 95%CI: 1,19–6,61; $p = 0,018$), chứng tỏ suy tim là một yếu tố bệnh lý nền độc lập làm tăng nguy cơ suy giảm HĐCBHN ở NCT. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa suy tim và tình trạng giảm khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày.

Kết quả phân tích cho thấy đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa thống kê đối với suy giảm HĐCBHN của NCT, với khả năng suy giảm cao gấp 3,14 lần so với những người không mắc bệnh (95%CI: 1,58–6,24; $p = 0,001$) sau khi đã hiệu chỉnh một số yếu tố gây nhiễu khác. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, cho thấy NCT mắc đái tháo đường thường có nguy cơ mất khả năng tự chăm sóc và thực hiện các hoạt động cơ bản cao hơn đáng kể so với người không mắc bệnh.

Tai biến mạch máu não: khả năng suy giảm cao gấp 8,08 lần (95%CI: 1,31–49,7; $p = 0,024$). Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến trong nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Thủ Đức cho thấy tiền sử tai biến mạch máu não là một yếu tố nguy cơ độc lập và có ảnh hưởng rất mạnh đến khả năng suy giảm HĐCBHN ở NCT: người từng bị tai biến có nguy cơ suy giảm cao hơn 8,08 lần so với người không có tiền sử (95%CI: 1,31–49,7; $p = 0,024$). Hệ quả thường gặp sau đột quỵ (tai biến mạch máu não) là phụ thuộc trong các hoạt động cơ bản và duy trì phụ thuộc lâu dài. Do đó, NCT có tiền sử tai biến mạch máu não

cần được xem là nhóm ưu tiên trong sàng lọc suy giảm chức năng và định kỳ đánh giá hoạt động cơ bản hằng ngày, không chỉ dựa vào tuổi hay bệnh lý mạn tính khác.

Kết quả phân tích cho thấy đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa thống kê đối với suy giảm HĐCBHN của NCT, với khả năng suy giảm cao gấp 3,14 lần so với những người không mắc bệnh (95%CI: 1,58–6,24; $p = 0,001$) sau khi đã hiệu chỉnh một số yếu tố gây nhiễu khác. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, cho thấy NCT mắc đái tháo đường thường có nguy cơ mất khả năng tự chăm sóc và thực hiện các hoạt động cơ bản cao hơn đáng kể so với người không mắc bệnh.

Bệnh tiêu hóa: khả năng suy giảm cao gấp 3,17 lần (95%CI: 1,53–6,59; $p = 0,002$). Kết quả này phản ánh vai trò tiềm ẩn nhưng quan trọng của sức khỏe hệ tiêu hóa đối với khả năng duy trì chức năng sinh hoạt độc lập ở NCT.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người cao tuổi bị suy giảm hoạt động cơ bản hằng ngày là 30,1%. Trong đó: 14,6% có tình trạng hoạt động phụ thuộc ít, 10,9% có hoạt động phụ thuộc nhiều và 4,6% trong tình trạng hoạt động phụ thuộc hoàn toàn. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy giảm hoạt động cơ bản hàng ngày gồm: Tuổi càng cao thì khả năng bị suy giảm càng lớn trong đó nhóm 70–79 tuổi (OR=2,54; 95%CI: 1,13–5,70) và nhóm ≥ 80 tuổi (OR=17,3; 95%CI: 6,22–48,1) suy giảm cao hơn so với nhóm 60–69 tuổi; Nhóm thường xuyên mất ngủ/ căng thẳng suy giảm cao hơn với nhóm ít mất ngủ/ căng thẳng (OR= 2,87; 95%CI: 1,46–5,65); nhóm mắc một số bệnh so với nhóm không mắc gồm suy tim (OR=2,81; 95%CI: 1,19–6,61), mắc đái tháo đường type 2 (OR=3,14; 95%CI: 1,58–6,24), mắc tai biến mạch máu não (OR=8,08; 95%CI: 1,31–49,7), mắc bệnh tiêu hóa (OR=3,17; 95%CI: 1,53–6,59).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quỹ dân số liên hợp quốc, Già hóa trong Thế kỷ 21: Thành tựu và Thách thức. 2012: New York.
- [2] UNFPA Viet Nam and M.D. Nguyen, Population ageing and older persons in Viet Nam. General Statistics Office, 2021.
- [3] Amlak, B.T., et al., Functional disability in basic and instrumental activities of daily living among older adults globally: a systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics, 2025. 25(1): p. 413.
- [4] Gao, J., et al., Impaired activity of daily living status of the older adults and its influencing factors: A cross-sectional study. International

- journal of environmental research and public health, 2022. 19(23): p. 15607.
- [5] Nguyễn Trung Anh, Nguyễn Ngọc Tâm, and Vũ Thị Thanh Huyền, Một số yếu tố liên quan tới chức năng hoạt động hàng ngày ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 501(1): p. 76-79.
- [6] World Health Organization. Men, ageing and health: Achieving health across the life span. 2001.
- [7] Quốc Hội Việt Nam, Luật Người cao tuổi. Số 39/2009/QH12. 2009: Hà Nội.
- [8] Tổng cục Thống kê and Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021. 2021: Hà Nội. p. 13-47.
- [9] Katz, S. and M.W. Stroud, Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. Journal of the American Geriatrics Society, 1989.
- [10] Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. Maryland state medical journal, 1965.
- [11] Loyd, C., et al., Prevalence of hospital-associated disability in older adults: a meta-analysis. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. 21(4): p. 455-461. e5.
- [12] Huỳnh Trung Quốc Hiếu, Nghiên cứu các yếu tố liên quan và giá trị tiên lượng kết cục bất lợi của suy yếu – thiếu cơ ở người cao tuổi. 2023, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- [13] Tổng cục Thống kê and Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021. 2021: Hà Nội. p. 13-47.
- [14] Huỳnh Trung Quốc Hiếu, Nghiên cứu các yếu tố liên quan và giá trị tiên lượng kết cục bất lợi của suy yếu – thiếu cơ ở người cao tuổi. 2023, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- [15] Nguyễn Ngọc Tâm, Nghiên cứu áp dụng một số phương pháp sàng lọc sarcopenia ở người bệnh cao tuổi. 2020, Trường Đại học Y Hà Nội.