

# ASSESSING QUALITY OF LIFE OF THE INTERVENTION MODEL "HEALTHY AGEING" IN CHI LINH, HAI DUONG AND KIM BOI, HOA BINH DURING 2018-2021

Nguyen Dinh Anh<sup>1\*</sup>, Duong Minh Duc<sup>2</sup>, Bui Thi Thu Ha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ministry of Health - 138A, Giang Vo, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

Received 09/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 30/06/2023

## ABSTRACT

**Introduction:** Vietnam is on the cusp of a dramatic aging of the population. In 2015, Vietnam became an aging society. But elderly Vietnamese struggle with multiple diseases and a short healthy lifespan.

**Objective:** This paper aimed to assess the change in the quality of life of the elderly before and after the intervention applying the "Healthy Ageing" model (period 2018-2021) in 4 communes of Chi Linh City, Hai Duong and Kim Boi district, Hoa Binh.

**Methods:** The study used a quasi-experimental design that used data before and after an intervention to evaluate the effectiveness of the intervention. The total number of elderly participants was 1260 people with 2 data collection periods: Jan-Apr, 2018 and Jan-Apr, 2022.

**Findings:** The results showed that quality of life scores ranged from 5.96 to 8.09, with the overall score in the intervention group (7.20) significantly higher than in the control group (6.96).

**Conclusions:** The intervention model "Healthy ageing" showed its effectiveness in improving quality of life amongst elderly.

**Keywords:** Elderly, intervention, healthy aging, quality of life, Chi Linh, Kim Boi.

---

\*Corresponding author

Email address: [dinhanh.ttk@gmail.com](mailto:dinhanh.ttk@gmail.com)

Phone number: (+84) 912 068 757

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.748>



# ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU CAN THIỆP “TUỔI GIÀ KHOẺ MẠNH” TẠI CHÍ LINH, HẢI DƯƠNG VÀ KIM BÔI, HOÀ BÌNH NĂM 2018-2021

Nguyễn Đình Anh<sup>1\*</sup>, Dương Minh Đức<sup>2</sup>, Bùi Thị Thu Hà<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bộ Y tế - 138A, Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế công cộng - 1A Đ. Đức Thắng, Đông Ngạc, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09 tháng 05 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 31 tháng 05 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 06 năm 2023

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việt Nam tiến tới điểm ngoặt với quy mô dân số già vào năm 2015. Nhưng người cao tuổi (NCT) tại Việt Nam chưa thực sự khoẻ mạnh.

**Mục tiêu:** Bài báo này nhằm đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của NCT trước và sau khi can thiệp (giai đoạn 2018-2021) của mô hình “Già hoá khoẻ mạnh” đã được triển khai tại 4 xã của thành phố Chí Linh, Hải Dương và huyện Kim Bôi, Hoà Bình.

**Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế bán thử nghiệm với so sánh trước và sau can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả của can thiệp. Tổng số NCT tham gia là 1260 người với 2 khoảng thời gian thu thập số liệu là tháng 1-4/2018 và tháng 1-4/2022.

**Kết quả:** Kết quả cho thấy điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) dao động trong khoảng 5,96 cho tới 8,09 với điểm CLCS chung ở nhóm can thiệp (7,20) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (6,96).

**Kết luận:** Mô hình can thiệp “Tuổi già khoẻ mạnh” là một mô hình hiệu quả giúp tăng cường CLCS của người cao tuổi.

**Từ khóa:** Người cao tuổi, can thiệp, tuổi già khoẻ mạnh, chất lượng cuộc sống, Chí Linh, Kim Bôi.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: dinhanh.ttk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 068 757

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.748>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam tiến tới diềm ngoặt với quy mô dân số già và bắt đầu trở thành một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới từ năm 2015. Người cao tuổi (NCT) theo Luật Người cao tuổi năm 2009 là từ 60 tuổi trở lên, tính cả đối với nam và nữ (Điều 2, Luật NCT Việt Nam) [4], [5]. Người cao tuổi (NCT) ở Việt Nam vẫn chưa thực sự khỏe mạnh như mong muốn với rằng hơn 55% và trên 10% số người đánh giá sức khỏe bản thân là yếu và rất yếu [1]. Năm 2016, Bộ Y tế phê duyệt Đề án Chăm sóc sức khỏe (CSSK) người cao tuổi giai đoạn 2017-2025 nhằm thích ứng với giai đoạn già hóa dân số góp phần thực hiện Chương trình hành động quốc gia về NCT. Một trong những mục tiêu quan trọng của đề án là xây dựng và phổ biến mô hình CSSK dài hạn cho NCT.

Trên cơ sở này, đề tài cấp Bộ Y tế “Nghiên cứu thực trạng và đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp tăng cường chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở một số địa phương của Việt Nam” đã được xây dựng và tiến hành can thiệp vào giai đoạn 2018-2021. Chất lượng cuộc sống (CLCS) là “quan niệm của cá nhân về vị trí xã hội của họ trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà họ sống; và trong mối quan hệ với các mục tiêu, kỳ vọng, chuẩn mực và những mối quan tâm của họ” [10]. CLCS liên quan tới sức khỏe được coi là một chỉ số quan trọng để đánh giá sức khỏe của NCT [9]. Bài báo này phân tích kết quả can thiệp của mô hình “Già hoá khỏe mạnh” thông qua đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của NCT trước và sau khi can thiệp (giai đoạn 2018-2021).

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thay đổi chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp “Tuổi già khỏe mạnh” tại Chí Linh, Hải Dương và Kim Bôi, Hoà Bình năm 2018-2021

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu so sánh trước và sau can thiệp. Mô hình can thiệp của dự án sử dụng cách tiếp cận can thiệp nhân mạnh vào “Tuổi già khỏe mạnh” theo Khung can thiệp y tế công cộng của WHO. 3 giải pháp chính được triển khai tại địa bàn can thiệp giai đoạn 2018-2021 gồm:

- Tăng cường hoạt động Dự phòng hoặc bảo đảm phát hiện sớm và Kiểm soát bệnh mạn tính ở NCT

- Hỗ trợ chăm sóc dài hạn thông qua Hỗ trợ Hoạt động chăm sóc NCT tại Hộ gia đình thông qua Tư vấn cho người thân và NCT với hoạt động của Câu lạc bộ “Người già khỏe – Gia đình vui”.

- Thúc đẩy các hành vi giúp cải thiện năng lực thông qua tăng cường hoạt động xã hội cho NCT

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** 2 xã (An Lạc và Văn An) của thành phố Chí Linh, Hải Dương và 2 xã (Hạ Bì và Vĩnh Tiến) của huyện Kim Bôi, Hoà Bình được chọn và thu thập số liệu trước (tháng 1-4/2018) và sau can thiệp (tháng 1-4/2022).

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người cao tuổi đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người cao tuổi không có mặt hoặc không đủ minh mẫn để trả lời câu hỏi

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu can thiệp và chứng:**

Cỡ mẫu: Với từng xã, nhóm nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho so sánh hai tỷ lệ ở thời điểm trước và sau can thiệp:

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu.
- $p_1$  và  $q_1$  là tỷ lệ NCT có CLCS tốt và chưa tốt trước can thiệp. Chọn  $p_1 = 26\%$  theo đánh giá của Hoàng Văn Minh và cộng sự về số NCT có CLCS tốt tại Ba Vì [7].
- $p_2$  và  $q_2$  là tỷ lệ NCT có CLCS tốt và chưa tốt sau can thiệp. Ở đây ước tính can thiệp đã tăng 20% tỷ lệ có chất lượng cuộc sống tốt. Tuy nhiên chúng tôi muốn đo được khác biệt có ý nghĩa ở mức 10-12% thay đổi vì vậy chọn  $p_2 = 37\%$ .
- p và q là trung bình tỷ lệ NCT có CLCS tốt và chưa tốt trước và sau can thiệp trong quần thể mẫu:  $p = (p_1 + p_2)/2 = 31.5\%$ .
- $Z_{2\alpha} = 1,96$  với hệ số tin cậy 95% và  $\alpha = 0,05$ .
- $Z_{2\beta} = 1,04$  với sai lầm loại II ( $\beta$ ) = 0,2 (tương đương với lực mẫu là 0,8).

Thay vào công thức với 10% dự phòng, cỡ mẫu cho từng xã nghiên cứu là 307 NCT. Cuối cùng, cỡ mẫu

chung trên cả 4 xã được chọn là 1233 (615 ở nhóm chúng và 618 ở nhóm can thiệp). Tại đánh giá trước can thiệp năm 2018, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 5-6 thôn trong từng xã và chọn toàn bộ NCT của những thôn này vào nghiên cứu. Kết quả điều tra ban đầu được thực hiện trên khoảng 1900 NCT. Trong điều tra sau can thiệp năm 2021, chúng tôi phỏng vấn lại những NCT này và chọn ngẫu nhiên 1233 NCT trong danh sách cuối cùng để thực hiện phân tích hiệu quả can thiệp.

### 2.5. Phương pháp thu thập

Bộ công cụ chất lượng sống của NCT đã được dịch và

chuẩn hoá tại Việt Nam (WHOQOL-100) của WHO được sử dụng trong đánh giá này [2].

Số liệu định lượng được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp với NCT tại hộ gia đình. Quá trình thu thập số liệu được thực hiện bởi 3 điều tra viên (cán bộ y tế của xã hoặc thôn).

### 2.6. Các chỉ số đánh giá

Điểm CLCS đã được tính bằng tổng điểm các câu hỏi sau đó quy về thang điểm 10. Các câu hỏi nghịch được điều chỉnh lại mức điểm tương ứng với mỗi câu:

Xếp hạng CLCS	Điểm CLCS
Kém (0-6/10) (< 6/10)	từ 65 đến 194 điểm
Trung bình (6-9/10)	từ 195 đến < 259 điểm
Tốt (9-10/10)	từ 260 đến 325 điểm

*Chỉ số hiệu quả (CSHQ):* sử dụng để đánh giá hiệu quả được tính:

$$CSHQ (\%) = ((p2ct - p1ct) / p1ct \times 100) - ((p2dc - p1dc) / p1dc \times 100)$$

Trong đó:

- p1ct và p1dc: Điểm CLCS trước can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng
- p2: Điểm CLCS sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

### 2.7. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm Epi Data 3.0 và phân tích bằng SPSS 24.0. Cả thống kê mô tả và thống kê suy luận được thực hiện. Với biến liên tục, nghiên cứu áp dụng các kiểm định nhằm so sánh trước-

sau can thiệp thông qua kiểm định t-test ghép cặp với biến phân phối chuẩn và kiểm định dấu hạng Wilcoxon với biến không có phân bố chuẩn. Với biến phân loại, chúng tôi sử dụng kiểm định Khi bình phương ( $\chi^2$ ).

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y tế công cộng chấp thuận (cho phép) về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu bằng văn bản số 432/2018/YTCC-HD3 ban hành ngày 27/9/2018.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Thông tin chung của các đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Chí Linh (N=996)		Kim Bôi (N=964)		Chung (N=1960)		p-value
		n		n		n		
Giới tính	Nam	417	41,9	354	36,7	771	39,3	$\chi^2=5,4;$ $p=0,02$
	Nữ	579	58,1	610	63,3	1189	60,7	
Dân tộc	Kinh	993	99,8	274	28,4	1267	64,7	$\chi^2=1091,8;$ $p=0,000$
	Dân tộc ít người	2	0,2	690	71,6	692	35,3	
Nhóm tuổi	60-69	576	57,8	619	64,3	1195	61,0	$\chi^2=36,0;$ $p=0,000$
	70-79 tuổi	230	23,1	252	26,2	482	24,6	
	≥80 tuổi	190	19,1	92	9,6	282	14,4	
Trình độ học vấn	Tiểu học	789	79,6	785	82,4	1574	81,0	$\chi^2=14,7;$ $p=0,001$
	Trung học cơ sở	103	10,4	116	12,2	219	11,3	
	Từ THPT trở lên	99	10,0	52	5,5	151	7,8	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/chồng	288	28,9	341	35,4	629	32,1	$\chi^2=9,4;$ $p=0,002$
	Hiện không có vợ/chồng	708	71,1	623	64,6	1331	67,9	
Người sống cùng	Cùng người thân	882	88,6	950	98,5	1832	93,5	$\chi^2=80,1;$ $p=0,000$
	Sống một mình	114	11,4	14	1,5	128	6,5	
Nghề chính trước đây	Nông dân	728	73,1	535	55,7	1263	64,6	$\chi^2=69,2;$ $p=0,000$
	Công chức/viên chức	168	16,9	245	25,5	413	21,1	
	Công nhân	67	6,7	139	14,5	206	10,5	
	Khác	33	3,3	41	4,3	74	3,8	
Nghề chính hiện tại	Nông dân	485	49,1	316	32,8	801	41,1	$\chi^2=58,8;$ $p=0,000$
	Hưu trí	189	19,1	270	28,1	459	23,6	
	Không làm gì	208	21,1	224	23,3	432	22,2	
	Khác	105	10,6	152	15,8	257	13,2	

Bảng 1 cho thấy có tổng số có 1.960 NCT đã tham gia vào đánh giá ban đầu về CLCS. Về giới tính, tỷ lệ nữ NCT cao hơn so với nam giới (60,7% so với 39,2%). Về độ tuổi, nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 61% và thấp nhất là nhóm ≥80 tuổi với tỷ lệ 14,4%. Về dân tộc, tính trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu, khoảng 2/3 (64,7%) là người Kinh và chỉ có 35,3% là dân tộc ít người. Ở Kim Bôi, 71,6% số đối tượng tham gia nghiên cứu là người dân tộc ít người (chủ yếu là người Mường) còn tại Chí Linh hầu hết là người Kinh.

Điều này cho thấy sự khác biệt rõ ràng giữa hai địa bàn nghiên cứu.

Về trình độ học vấn, 81,0% NCT có trình độ học vấn dưới THPT. Tỷ lệ NCT có trình độ học vấn từ THPT trở lên là 7,8%. Về tình trạng hôn nhân, 32,1% NCT hiện chưa từng kết hôn/Ly thân/ Ly hôn/ Góa, trong đó tỷ lệ này đặc biệt cao ở nữ giới (46%) so với nam giới (10,6%).

**3.2. Thay đổi điểm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi trước và sau can thiệp**



**Bảng 2. Thay đổi điểm trung bình CLCS của NCT trước và sau can thiệp**

CLCS	Nhóm chứng (n=615)		Nhóm CT (n=618)		So sánh 2 nhóm sau CT	
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT	CSHQ CT-Chứng (%)	p
Sức khỏe thể chất	6,46	6,67	6,82	7,06	0,27%	0,000
Khả năng lao động	7,00	6,87	6,91	7,29	7,34%	0,000
Cuộc sống tinh thần và quan hệ xã hội	8,02	7,78	8,11	8,03	1,95%	0,000
Cuộc sống tinh thần	7,98	7,87	8,20	7,93	-1,87%	0,137
Quan hệ xã hội	8,04	7,71	8,04	8,09	4,70%	0,000
Môi trường sống	7,75	7,80	7,67	8,04	4,14%	0,000
Thực hành tín ngưỡng, tâm linh	7,62	7,52	7,34	5,96	-17,42%	0,000
Kinh tế	6,32	6,28	5,97	6,65	11,96%	0,000
<b>Điểm CLCS nói chung</b>	<b>6,91</b>	<b>6,87</b>	<b>6,96</b>	<b>7,20</b>	<b>3,93%</b>	<b>0,000</b>

Bảng 2 chỉ ra NCT có điểm CLCS dao động trong khoảng 5,96 cho tới 8,09 với điểm CLCS chung ở nhóm can thiệp (7,20) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (6,96). Khía cạnh có điểm CLCS cao nhất là Môi trường sống và Cuộc sống tinh thần và quan hệ xã hội. Bảng cũng chỉ ra NCT tại xã can thiệp

có điểm CLCS thay đổi nhanh hơn khi CSHQ đều có giá trị lớn hơn 0, trừ chỉ số về khía cạnh thực hành tín ngưỡng, tâm linh. Và cả 6 khía cạnh CLCS cũng như điểm CLCS đều có mức ý nghĩa thống kê khi so sánh NCT ở nhóm chứng và nhóm can thiệp.

**Bảng 3. Thay đổi Chất lượng cuộc sống của NCT trước và sau can thiệp**

Khía cạnh	Nhóm chứng (n=615)		Nhóm can thiệp (n=618)		So sánh 2 nhóm sau CT	
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT	CSHQ CT-Chứng (%)	p
Sức khỏe thể chất	13,5%	11,9%	24,8%	24,1%	9,4%	0,000
Khả năng lao động	9,4%	7,5%	10,0%	15,0%	70,7%	0,000
Cuộc sống tinh thần và quan hệ xã hội	55,9%	43,1%	59,5%	49,7%	6,4%	0,021
Cuộc sống tinh thần	49,4%	40,7%	59,2%	42,2%	-10,9%	0,867
Quan hệ xã hội	58,9%	44,1%	56,3%	51,8%	17,1%	0,011
Môi trường sống	12,8%	8,0%	6,0%	31,1%	456,9%	0,000
Thực hành tín ngưỡng, tâm linh	18,7%	11,9%	5,8%	7,1%	58,7%	0,000
Kinh tế	15,9%	11,2%	17,0%	11,2%	-4,7%	0,000
<b>Điểm CLCS nói chung</b>	<b>6,3%</b>	<b>5,0%</b>	<b>9,9%</b>	<b>9,9%</b>	<b>20,5%</b>	<b>0,004</b>

Bảng 3 cho thấy NCT ở nhóm can thiệp có CLCS đạt tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (9,9% so với 5,0%) và xếp hạng CLCS tốt cũng tăng

nhanh hơn với CSHQ là 20,5%. Khía cạnh thực trạng kinh tế là khía cạnh duy nhất có CSHQ là -4,7% (nhỏ hơn 0).

#### 4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ CLCS ở mức tốt của NCT ở nhóm chứng tại thời điểm trước và sau can thiệp là 6,91 và 6,87 trong khi ở nhóm can thiệp tại thời điểm trước và sau can thiệp lần lượt là 6,96 và 7,20. So với các nghiên cứu khác, điểm CLCS ở nhóm chứng sau can thiệp thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vương Thị Trang tại Hưng Yên [6] với số điểm là 7,38 điểm, đồng thời cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nhâm Ngọc Hà tại Thái Bình [3] với số là 7,3 điểm. Nhóm chứng có điểm CLCS khác biệt có thể do thành phần dân tộc và địa bàn nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thực hiện tại một huyện miền núi với tỷ lệ hộ nghèo cao còn nghiên cứu của tác giả Vương Thị Trang [6] và Nhâm Thị Hà thực hiện hoàn toàn trên địa bàn tỉnh đồng bằng có nền kinh tế vượt trội hơn so với các địa bàn mà chúng tôi thực hiện.

Ngược lại, điểm CLCS ở nhóm can thiệp tại thời điểm sau can thiệp lại tương đương với nghiên cứu tại Hưng Yên [6] và tại Thái Bình [3]. Điều này minh chứng cho hiệu quả tích cực của can thiệp này là NCT ở xã can thiệp có CLCS cao hơn khi so sánh với NCT ở địa bàn đối chứng. Về điểm CLCS, điểm thay đổi của NCT trong nghiên cứu tại thời điểm trước và sau can thiệp theo nhóm xã can thiệp. NCT có điểm CLCS dao động trong khoảng 5,96 cho tới 8,09 với điểm CLCS chung ở nhóm can thiệp (7,20) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (6,96). Khía cạnh có điểm CLCS cao nhất là Môi trường sống và Cuộc sống tinh thần và quan hệ xã hội. NCT tại xã can thiệp có điểm CLCS thay đổi nhanh hơn khi CSHQ đều có giá trị lớn hơn 0, trừ chỉ số về khía cạnh thực hành tín ngưỡng, tâm linh. Về xếp hạng CLCS, NCT ở nhóm can thiệp có xếp hạng CLCS đạt tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (9,9% so với 5,0%) và xếp hạng CLCS tốt cũng tăng nhanh hơn với CSHQ là 20,5%. Khía cạnh thực trạng kinh tế là khía cạnh duy nhất có CSHQ là -4,7% (nhỏ hơn 0). Khác biệt trong CLCS ở các xã có can thiệp chứng tỏ hiệu quả của dự án cũng như các khuyến cáo của Chiến lược toàn cầu và Kế hoạch Hành động về Người cao tuổi [8]. Một điểm cần lưu ý nữa là hoạt động này có thể tiếp tục được duy trì sau khi dự án kết thúc do các hoạt động này lồng ghép vào các hoạt động của trạm y tế và sử dụng nguồn lực sẵn có tại địa phương.

#### 5. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) dao động trong khoảng 5,96 cho tới 8,09 với điểm

CLCS chung ở nhóm can thiệp (7,20) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (6,96).

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị mô hình can thiệp “Tuổi già khoẻ mạnh” là một mô hình hiệu quả giúp tăng cường CLCS của người cao tuổi. TTYT và TYT cần tiếp tục duy trì mô hình và nhân rộng ra các địa bàn xã khác trong địa phương.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, “Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam VNAS năm 2011 - Các kết quả chủ yếu”, 2012.
- [2] Nguyễn Thanh Hương, Áp dụng có sửa đổi công cụ đo lường chất lượng cuộc sống người cao tuổi và áp dụng thử nghiệm trên một số nhóm đối tượng người cao tuổi Việt Nam, Hà Nội, 2009.
- [3] Nhâm Ngọc Hà, Thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại 3 xã của huyện Tiền Hải, Thái Bình, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, 2015.
- [4] Quốc hội, Luật người cao tuổi, 39/2009/QH12, Hà Nội, 2008.
- [5] Quỹ dân số liên hợp quốc, Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam - Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách, New York, 2011.
- [6] Vương Thị Trang, Thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại xã Dạ Trạch, huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2013, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, 2013.
- [7] H. V. Minh et al., “Patterns of subjective quality of life among older adults in rural Vietnam and Indonesia”, *Geriatr Gerontol Int*, 12(3), 2012, tr. 397-404.
- [8] World Health Organization, *World Report on Ageing and Health*, Geneva, 2015.
- [9] WHO Quality of Life Assessment Group, “What quality of life?”, *World Health Forum* 1996, 17(4), 1996, tr. 354-356.
- [10] World Health Organization, *WHOQOL Measuring Quality of Life*, Geneva, 1997.

