

A SURVEY ON LIFESTYLE, LIVING ENVIRONMENT, AND FUTURE CARE PREFERENCES AMONG OLDER VIETNAMESE PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Duong Thi Ngoc¹, Bang Ai Vien¹, Pham Hoa Binh¹, Nguyen Thanh Huan¹

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 28/01/2026

Revised: 28/03/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the lifestyle, living environment, and future wishes of older adults with chronic heart failure

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on older adults (≥ 60 years old) receiving outpatient treatment for chronic heart failure at Thong Nhat Hospital and University Medical Center Ho Chi Minh City from September to November 2025.

Results: The survey included 130 older adults with chronic heart failure, with a median age of 70 [65–79]. Males accounted for 52.3%, and females for 47.7%. A total of 60.8% of patients preferred aggressive treatment at the end of life, while 39.2% opted for palliative care. Most patients (70.8%) expressed a wish to be cared for and die at home; however, 27.7% had not yet considered this issue. Female patients reported lower rates of alcohol and tobacco use compared to males. The most common comorbidities included hypertension (75.4%), dyslipidemia (66.9%), and chronic coronary syndrome (50.8%).

Conclusions: Older patients with chronic heart failure require comprehensive management. This includes integrating advance care planning (ACP) into chronic heart failure management and considering gender differences in treatment counseling.

Keywords: Older adults, Heart failure, End-of-life care, Advance Care Planning, Palliative care

*Corresponding author

Email: huannguyen@ump.edu.vn Phone: (+84) 909097849 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5693

KHẢO SÁT LỐI SỐNG, MÔI TRƯỜNG SỐNG VÀ ƯỚC NGUYỆN TƯƠNG LAI Ở CÁC BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ SUY TIM MẠN

Dương Thị Ngọc¹, Bàng Ái Viên¹, Phạm Hòa Bình¹, Nguyễn Thanh Huân¹

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Số 217 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/03/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả lối sống, môi trường sống và ước nguyện tương lai ở bệnh nhân cao tuổi có suy tim mạn

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đang điều trị STM ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất và bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 9/2025 – 11/2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên 130 bệnh nhân cao tuổi STM với độ tuổi trung vị là 70 [65-79], trong đó nam giới 52,3%, nữ giới 47,7%. Tỷ lệ bệnh nhân mong muốn điều trị tích cực giai đoạn cuối đời là 60,8% và chăm sóc giảm nhẹ 39,2%. Phần lớn bệnh nhân (70,8%) mong muốn được chăm sóc và qua đời tại nhà, tuy nhiên có 27,7% người bệnh chưa nghĩ tới vấn đề này. Nữ giới ít sử dụng rượu bia thuốc lá hơn nam giới. Bệnh đồng mắc phổ biến gồm tăng huyết áp (75,4%), rối loạn lipid máu (66,9%) và hội chứng mạch vành mạn (50,8%)

Kết luận: Bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn cần được quản lý một cách toàn diện. Cần tích hợp lập kế hoạch chăm sóc y tế trước (ACP) trong quản lý suy tim mạn và quan tâm đến khác biệt giới trong tư vấn điều trị.

Từ khóa: cao tuổi, suy tim, chăm sóc cuối đời, lối sống, chăm sóc giảm nhẹ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng gia tăng, gây gánh nặng tài chính lớn cho hệ thống chăm sóc sức khỏe, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật, nhập viện và tử vong ở người cao tuổi (NCT) [1]. Trong đó lối sống như rượu bia, thuốc lá, hoạt động thể chất và môi trường sống đóng vai trò quan trọng trong cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim [2]. Bên cạnh đó, suy tim cũng sẽ tiến triển nhiều đợt cấp tính nhập viện, vì vậy việc lên kế hoạch chăm sóc y tế trước (Advance care planning - ACP) là cần thiết để có kế hoạch điều trị phù hợp với mong muốn, nguyện vọng của người bệnh [3], đặc biệt trong giai đoạn cuối đời. Mà vấn đề này hiện tại chưa được quan tâm nhiều tại Việt Nam. Do hiện chưa có nghiên cứu tại Việt Nam khảo sát toàn diện các yếu tố xã hội – lối sống – nguyện vọng y tế cuối đời ở bệnh nhân cao tuổi có suy tim mạn (STM), do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả lối sống, môi trường sống và ước nguyện tương lai của NCT có STM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Phòng khám ngoại trú bệnh viện Thống Nhất và bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 9/2025 đến tháng 11/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đã được chẩn đoán suy tim ≥ 3 tháng đến khám tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Thống Nhất và bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có vấn đề về thính lực, không thể thực hiện khảo sát.

2.4. Phương pháp lấy mẫu:

Lấy mẫu thuận tiện, kỹ thuật chọn mẫu liên tục.

2.5. Định nghĩa biến số

Đặc điểm nhân trắc – xã hội học: Tuổi, giới, BMI, học vấn, gia đình, thu nhập.

Biến số đặc điểm và điều trị suy tim, các bệnh đồng mắc.

Lối sống: uống rượu bia, thuốc lá, tập thể dục, chế độ ăn giảm mặn, hoạt động tình dục.

Môi trường sống: sống một mình, nơi sống (thành thị, nông thôn), môi trường sống dễ té ngã, nơi sống dễ tiếp cận dịch vụ y tế, dịch vụ cộng đồng.

Ước nguyện tương lai: lựa chọn điều trị cuối đời (điều trị tích cực, tập trung chăm sóc giảm nhẹ), gia đình quyết định thay khi không còn khả năng, nơi chăm sóc và qua đời (bệnh viện, tại nhà, viện dưỡng lão, chưa nghĩ tới).

*Tác giả liên hệ

Email: huannguyen@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 909097849 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5693

2.6. Thu thập số liệu: Bảng phiếu thu thập số liệu soạn sẵn**2.7. Xử lý và phân tích số liệu:**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 17. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ %. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến số định lượng có phân phối lệch mô tả bằng trung vị (khoảng tứ phân vị). Kiểm định chi bình phương hoặc Fisher so sánh các biến định tính, kiểm định Mann-Whitney so sánh các biến định lượng có phân phối lệch.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức Đại học Y Dược TP. HCM, số: 3854/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 24/09/2025.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập dữ liệu từ 130 NCT có suy tim mạn. Kết quả phân tích số liệu ghi nhận qua các bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, xã hội học của dân số nghiên cứu theo giới

Đặc điểm	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	p
Tuổi	70 [65–79]	68,5 [63–75]	72 [67–82]	0,006
Nhóm tuổi				
<75	86 (66,2)	51 (75)	35 (56,5)	0,026
≥ 75	44 (33,9)	17 (25)	27 (47,7)	
BMI (kg/m2)	22,3 [20,4-24,4]	22,6 [21,3-24,8]	21,32 [19,5-23,7]	0,013
Nhóm BMI				
Nhẹ cân	63 (48,5)	33 (48,5)	30 (48,4)	0,167
Bình thường	12 (9,2)	4 (5,9)	8 (12,9)	
Thừa cân	34 (26,2)	16 (23,5)	18 (29,0)	
Béo phì	21 (16,5)	15 (22,1)	6 (9,7)	
Học vấn				
≤ THPT	108 (83,1)	51 (75)	57 (91,9)	0,010
> THPT	22 (16,9)	17 (25)	5 (8,1)	
Bảo hiểm y tế				
Có	124 (95,4)	66 (97,1)	58 (93,6)	0,424
không	6 (4,6)	2 (2,9)	4 (6,5)	
Thu nhập				
Độc lập	59 (45,4)	43 (63,2)	16 (25,8)	<0,001
Không độc lập	71 (54,6)	25 (36,8)	46 (74,2)	

BMI: Body Mass Index, THPT: Trung học Phổ thông.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đồng mắc

Bệnh đồng mắc	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	P
Tăng huyết áp	98 (75,4)	56 (82,4)	42 (67,7)	0,053
Đái tháo đường	42 (32,3)	21 (30,9)	21 (33,9)	0,761
Bệnh thận mạn	44 (34,1)	17 (25,4)	27 (43,6)	0,030

Bệnh đồng mắc	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	P
Rối loạn lipid máu	87 (66,9)	50 (73,5)	37 (59,7)	0,094
Nhồi máu cơ tim	42 (32,3)	28 (41,2)	14 (22,6)	0,024
Rung nhĩ	40 (30,8)	20 (29,4)	20 (32,3)	0,073
Đột quỵ	12 (9,2)	4 (5,9)	8 (12,9)	0,167
Thiếu máu mãn tính	21 (16,2)	7 (10,3)	14 (22,6)	0,057
Hội chứng vành mạn	66 (50,8)	34 (50)	32 (51,6)	0,854
COPD	5 (3,9)	4 (5,9)	1 (1,6)	0,363

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh và điều trị

Đặc điểm	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	p
Morisky 8 score	123 (94,6)	61 (89,7)	62 (100)	0,014
Thời gian chẩn đoán suy tim	3 [1-5]	3 [1-4]	3 [1-5]	0,615
Số lần nhập viện	0 [0-1]	0 [0-1]	0 [0-1]	0,004
Phân suất tổng máu				
Giảm	40 (30,8)	21 (30,9)	19 (30,7)	0,090
Giảm nhẹ	29 (22,3)	20 (29,4)	9 (14,5)	
Bảo tồn	61 (46,9)	27 (39,7)	34 (54,8)	
NYHA				
I	54 (41,5)	31 (45,6)	23 (37,1)	0,359
II	59 (45,4)	31 (45,6)	28 (45,2)	
III	16 (12,3)	6 (8,8)	10 (16,1)	
IV	1 (0,8)	0	1 (1,6)	
Tứ trụ	55 (42,3)	33 (48,5)	22 (35,5)	0,292
ARNI	48 (36,9)	27 (39,7)	21 (33,9)	0,491
ACEi/ARB	54 (41,5)	29 (42,7)	25 (40,3)	0,788
Chẹn beta	109 (83,9)	62 (91,2)	47 (75,8)	0,017
Lợi tiểu kháng aldosterone	84 (64,6)	46 (67,7)	38 (61,3)	0,449
Lợi tiểu quai	54 (41,5)	28 (41,2)	26 (41,9)	0,568
SGLT2i	92 (70,8)	49 (72,1)	43 (69,4)	0,735
Ivabradine	3 (2,3)	0	3 (4,8)	0,106
Digoxin	8 (6,2)	4 (5,9)	4 (6,6)	1
Thiazide	2 (1,6)	1 (1,5)	1 (1,6)	1

NYHA: New York heart association, ACEi: angiotensin converting enzyme inhibitor, ARB: angiotensin receptor blocker, ARNI: angiotensin receptor neprilysin inhibitor, SGLT2: sodium glucose cotransporter 2.

Bảng 4. Đặc điểm lối sống và môi trường sống

Đặc điểm	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	p
Rượu bia				
Không uống	126 (96,9)	64 (94,1)	62 (100)	0,246
Uống ít	3 (2,3)	3 (4,4)	0 (0)	
Uống nhiều	1 (0,8)	1 (1,5)	0 (0)	

Đặc điểm	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	p
Tập thể dục	48 (36,9)	28 (41,2)	20 (32,3)	0,293
Thuốc lá	6 (4,6)	6 (8,8)	0 (0)	0,029
Chế độ ăn giảm mặn	55 (42,3)	27 (39,7)	28 (45,2)	0,529
Hoạt động tình dục	8 (6,2)	7 (10,3)	1 (1,6)	0,064
Sống một mình	13 (10)	9 (13,2)	4 (6,5)	0,249
Sống với người thân	117 (90)	59 (86,7)	58 (93,6)	
Nơi sống				
Thành thị	79 (60,8)	47 (69,1)	32 (51,6)	0,041
Nông thôn	51 (39,2)	21 (30,9)	30 (48,4)	
Môi trường sống dễ té ngã	76 (58,5)	45 (66,2)	31 (50,0)	0,062
Nơi sống dễ tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế	94 (72,3)	55 (80,9)	39 (62,9)	0,022
Nơi sống dễ tiếp cận các dịch vụ cộng đồng	91 (70)	54 (79,4)	37 (59,7)	0,014

Bảng 5. Đặc điểm ước nguyện tương lai

Đặc điểm	Tổng (n=130) n (%)	Nam (n=68) n (%)	Nữ (n=62) n (%)	p
Chăm sóc y tế giai đoạn cuối đời?				
Điều trị tích cực	79 (60,8)	40 (58,8)	39 (62,9)	0,634
Tập trung chăm sóc giảm nhẹ	51 (39,2)	28 (41,2)	23 (37,1)	
Gia đình quyết định điều trị thay nếu không còn khả năng?				
Có	79 (60,8)	38 (55,9)	41 (66,1)	0,232
Không	51 (39,2)	30 (44,1)	21 (33,9)	
Địa điểm mong muốn được chăm sóc và qua đời?				
Bệnh viện	2 (1,5)	2 (2,9)	0	0,029
Tại nhà	92 (70,8)	42 (61,8)	50 (80,6)	
Viện dưỡng lão	0	0	0	
Chưa nghĩ tới	36 (27,7)	24 (35,3)	12 (19,4)	

4. BÀN LUẬN

Cỡ mẫu nghiên cứu không quá lớn (N=130) với độ tuổi trung vị là 70 [65–79], nhóm tuổi <75 chiếm 66,2% cao hơn nhóm tuổi ≥ 75 (33,9%). Nam giới có tỷ lệ mắc suy tim cao hơn ở nhóm tuổi <75 và ngược lại nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm ≥ 75. Tỷ lệ mắc suy tim phân suất tổng máu (PSTM) bảo tồn có tỷ lệ cao nhất 46,9%, sau đó là PSTM giảm 30,8% và giảm nhẹ 22,3%.

Chúng tôi ghi nhận BMI ở nam giới có trung vị và khoảng tứ phân vị cao hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ học vấn trên THPT thấp (16,9%), và cao hơn ở nam giới, điều này phù hợp với đặc điểm kinh tế và sự bất bình đẳng giới trong tiếp cận giáo dục của thế kỷ trước. Hơn 70% NCT cần được hỗ trợ kinh tế từ gia đình hoặc xã hội một phần hoặc hoàn toàn, trong đó nữ giới (74,2%) có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nam giới (36,8%) và điểm này tương đồng với điều tra của tổng cục Thống kê Việt Nam 2019, do tỷ lệ nữ giới có lương hưu thấp hơn và thường làm những

công việc không có thu nhập chính thức như phụ giúp gia đình [3]. Ngoài ra, nữ giới có tuổi thọ trung bình cao hơn cũng góp phần làm tăng tỷ lệ phụ thuộc kinh tế [4].

Sự khác biệt về tuổi, BMI và sự phụ thuộc kinh tế giữa 2 giới trong nghiên cứu phản ánh rõ đặc điểm nhân khẩu học của dân số nghiên cứu. Những yếu tố này cần được cân nhắc trong quản lý STM ở NCT.

Đối với bệnh đồng mắc, nghiên cứu ASIAN-HF cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất ở bệnh nhân suy tim tại Đông Nam Á (76%) [5] và chúng tôi cũng ghi nhận tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (75,4%), sau đó là rối loạn lipid máu (66,9%) và hội chứng mạch vành mạn (50,8%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới ở bệnh thận mạn (cao hơn ở nữ, p=0,030) và nhồi máu cơ tim (cao hơn ở nam, p=0,024).

4.1. Đặc điểm lối sống và môi trường sống

Đa số bệnh nhân không sử dụng rượu bia (96,9%) đặc biệt nữ giới hoàn toàn không sử dụng. Tỷ lệ hút thuốc lá thấp với 4,6%, tuy nhiên nếu xét theo giới thì tỷ lệ hút thuốc ở nam giới lên đến 8,8%, mà Nicotine từ khói thuốc lá làm tăng nhịp tim và huyết áp trong thời gian ngắn [2], điều đó đặc biệt bất lợi ở bệnh nhân suy tim và những bệnh nhân có bệnh đồng mắc tăng huyết áp và các bệnh mạch vành.

Về chế độ ăn, ghi nhận có chưa đến ½ bệnh nhân (42,3%) thực hiện chế độ ăn giảm mặn. Lợi ích chế độ ăn giảm muối trên bệnh nhân suy tim còn tranh cãi, theo khuyến cáo ESC 2021 nên ăn không quá 5g/ngày, AHA/ACC khuyến cáo nên tránh ăn quá nhiều muối ở bệnh nhân suy tim giai đoạn C để giảm các triệu chứng ứ dịch hay một khuyến cáo khác tại Hàn Quốc không nên dùng quá 7-8 g muối/ngày [6]. Mặt khác, với tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp lên đến hơn 70% thì việc hạn chế muối ăn là hết sức cần thiết, từ đó có thể thấy tầm quan trọng trong tư vấn và cá thể hóa chế độ ăn trên từng bệnh nhân, đặc biệt trên NCT có STM.

Tình dục là một chức năng cơ bản của con người, mang lại lợi ích về mặt cảm xúc, xã hội và thể chất, và nó giảm dần theo tuổi tác. Tuy nhiên trên NCT nói chung và NCT có suy tim nói riêng ít được quan tâm. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ còn hoạt động tình dục chỉ chiếm 6,2% và thấp hơn so với nghiên cứu của Wang và cộng sự tại Trung Quốc với 46,5% nam giới, 40,7% nữ giới còn hoạt động tình dục [7] (tuy nhiên dân số nghiên cứu trong khoảng từ 50 đến 90 tuổi). Có thể giải thích do tình trạng thể chất ở bệnh nhân suy tim như mệt, khó thở và đặc biệt thuốc điều trị suy tim thường dùng có thể làm rối loạn chức năng cương dương ở nam giới như chẹn beta, lợi tiểu kháng aldosterone. Đây là một khía cạnh chưa được đề cập nhiều trong thực hành lâm sàng và trong tương lai cần có những nghiên cứu kỹ hơn về mong muốn, nhu cầu và các mức độ hoạt động tình dục trên NCT STM để có cơ sở lồng ghép tư vấn về sức khỏe tình dục trong chăm sóc toàn diện trên NCT STM.

Có 90% người bệnh đang sống chung với người thân (vợ/chồng và/hoặc con cái) cho thấy vai trò của gia đình trong khả năng hỗ trợ xã hội cao và giúp tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị. Đồng thời chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị cao (94,6%), trong đó nhiều người bệnh được quản lý thuốc bởi con cái hoặc vợ/chồng.

Nam giới (69,1%) có tỷ lệ sống ở thành thị cao hơn nữ (51,6%, p=0,041) đồng thời có khả năng dễ tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ cộng đồng hơn.

Ngoài ra, tỷ lệ cao (66,2%) có môi trường sống dễ té ngã, cùng với tác dụng phụ của thuốc điều trị suy tim làm gia tăng thêm nguy cơ té ngã. Đây là một biến cố dễ gây chấn thương, suy giảm chức năng và tăng gánh nặng chăm sóc. Do đó, cần chú trọng tư vấn dự phòng té ngã trong quá trình điều trị.

4.2. Đặc điểm ước nguyện tương lai

Hiện nay, đa số các nghiên cứu tại Việt Nam về chăm sóc cuối đời mới chỉ tập trung vào bệnh nhân ung thư. Trong khi đó với NCT nói chung và những người mang các bệnh lý mạn tính khác thì việc chuẩn bị trước một kế hoạch cuối đời là một hành động nhân văn không chỉ cho người bệnh mà còn cho gia đình và xã hội. Ba câu hỏi khảo sát trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện là những tình huống phổ biến trong thực hành lâm sàng khi một NCT đang trong tình trạng bệnh nặng, tiên lượng sống ngắn và đây thường là thời điểm các bác sĩ lâm sàng bắt đầu trao đổi với gia đình người bệnh về các hướng điều trị và đồng thời vô tình đã bỏ qua những mong muốn của bệnh nhân vì trong nhiều trường hợp bệnh nhân không còn đủ thể chất và tinh thần để tiếp nhận và trao đổi thông tin.

Nghiên cứu đã ghi nhận 60,8% bệnh nhân lựa chọn điều trị tích cực khi bệnh trở nặng ở giai đoạn cuối đời và 39,2% bệnh nhân chọn được điều trị chăm sóc giảm nhẹ. Điều này phản ánh sự lạc quan của bệnh nhân với tình trạng bệnh hiện tại và niềm tin của người bệnh vào khả năng điều trị của y học hiện đại. Đồng thời tỷ lệ “Gia đình quyết định điều trị thay nếu không còn khả năng” là 60,8% một lần nữa cho thấy vai trò quan trọng của gia đình trong việc điều trị.

Đối với “Địa điểm muốn được chăm sóc và qua đời”, đa số lựa chọn là được qua đời tại nhà (70,8%) điều này phù hợp với văn hóa tín ngưỡng tại Việt Nam (muốn qua đời tại nơi quen thuộc ấm áp, gần gũi gia đình), tỷ lệ này thấp hơn khảo sát của tổng cục Thống kê 2021 trên NCT nói chung với 89,7% [4] và cao hơn so với khảo sát trên NCT có suy tim của tác giả Kitakata tại Nhật Bản với 61,5% [8]. Đáng chú ý, chúng tôi chưa ghi nhận bệnh nhân nào lựa chọn viện dưỡng lão. Việc không có người lựa chọn viện dưỡng lão cũng phản ánh thực trạng hệ thống chăm sóc dài hạn tại Việt Nam còn chưa phổ biến và chưa được xã hội chấp nhận rộng rãi. Bên cạnh đó, chỉ có 1,5% lựa chọn ở bệnh viện, đặc biệt có đến 1/3 người tham gia (27,7%) chưa nghĩ tới hoặc chưa muốn nghĩ tới việc sẽ qua đời hay chăm sóc cuối đời ở đâu. Đặc biệt phân tích ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới ($p=0,029$), trong đó nữ giới (80,7%) có mong muốn được chăm sóc và qua đời tại nhà nhiều hơn nam giới (61,8%). Mặt khác nam giới (35,3%) cũng có tỷ lệ “chưa nghĩ tới” nhiều hơn nữ (19,4%).

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân cao tuổi STM có lối sống tương đối lành mạnh bằng chứng là tỷ lệ uống rượu bia, hút thuốc lá thấp. Tỷ

lệ tuân thủ điều trị cao và nhận được hỗ trợ đáng kể từ gia đình. Tuy nhiên, còn một số khía cạnh về chăm sóc toàn diện như sức khỏe tinh dục, môi trường sống an toàn chưa được quan tâm đầy đủ.

Phần lớn mong muốn được điều trị tích cực, được chăm sóc và qua đời tại nhà, phản ánh vai trò quan trọng của gia đình và yếu tố văn hóa trong chăm sóc cuối đời. Tuy nhiên vẫn còn nhiều người chưa nghĩ tới hoặc chưa sẵn sàng thảo luận về chăm sóc cuối đời, điều này cho thấy cần tích hợp sớm lập kế hoạch chăm sóc y tế trước (ACP) trong quản lý STM, đồng thời cần quan tâm đến khác biệt giới, bối cảnh gia đình, điều kiện sống trong tư vấn điều trị.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Butrous H, Hummel SL. Heart Failure in Older Adults [Internet]. 2016 Sep [cited 2026 Jan 17]. p. 1. Report No. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5503696/> doi:10.1016/j.cjca.2016.05.005
- [2] www.heart.org [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 25]. Lifestyle Changes for Heart Failure. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure>
- [3] Tổng cục thống kê. Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam - Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 [Báo cáo]. Hà Nội: Tổng cục thống kê; 2021. p. 8,21. Report No.
- [4] United Nations Population Fund (UNFPA), Tổng cục Thống kê Việt Nam. Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình năm 2021. Hà Nội; 2021. p. 23,44. Report No.
- [5] Feng J, Zhang Y, Zhang J. Epidemiology and Burden of Heart Failure in Asia. JACC: Asia. 2024 Apr;4(4):249–64. doi:10.1016/j.jacasi.2024.01.013
- [6] Camafort M, Park SM, Kang SM. Lifestyle Modification in Heart Failure Management: Are We Using Evidence-Based Recommendations in Real World Practice? Int J Heart Fail. 2023 Jan 31;5(1):21–33. doi:10.36628/ijhf.2022.0032 PubMed PMID: 36818143; PubMed Central PMCID: PMC9902645.
- [7] Wang B, Peng X, Liang B, Fu L, Lu Z, Li X, et al. Sexual activity, sexual satisfaction and their correlates among older adults in China: findings from the sexual well-being (SWELL) study. The Lancet Regional Health - Western Pacific. 2023 Oct;39:100825. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100825
- [8] Kitakata H, Kohno T, Kohsaka S, Fujisawa D, Nakano N, Shiraishi Y, et al. Preferences on advance care planning and end-of-life care in patients hospitalized for heart failure. ESC Heart Failure. 2021;8(6):5102–11. doi:10.1002/ehf2.13578