

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA LỐI SỐNG THIỂU TÍCH CỰC ĐẾN SỨC KHỎE VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI CAO TUỔI

Lê Xuân Điệp¹, Dương Minh Cường²

¹ Trường Đại học Sư phạm Hà Nội 2

² Trường Đại học khoa học - Đại học Thái Nguyên

Tóm tắt: Cách tiếp cận theo hướng mong muốn chủ quan của phương pháp tiếp cận y tế tập trung vào các yếu tố hỗ trợ sức khỏe và hạnh phúc của con người (phương pháp Salutogenic) để nâng cao sức khỏe. Nghiên cứu được tiến hành trên nhóm mẫu 209 người cao tuổi tại Từ Sơn, Bắc Ninh. Kết quả cho thấy mức độ hoạt động thể chất và thời gian ngồi có liên quan độc lập với sức khỏe (17,2%) và chất lượng cuộc sống (23,7%) tại mức thỏa mãn. Kết quả của nghiên cứu cung cấp và củng cố các cơ sở khoa học thực tế nhằm thúc đẩy, phổ biến lối sống năng động tích cực, qua đó hướng đến các mục tiêu tỷ lệ già hóa thành công cao cho người cao tuổi trong các cộng đồng dân cư.

Từ khóa: Hành vi ít vận động, lối sống năng động, lão hóa thành công, chất lượng cuộc sống.

Abstract: The way to approach which follows the subjective aspiration of the medical's approach focuses on factors that supports human health and well-being (Salutogenic method) to improve health. The study was conducted on a group of 209 elderly people in Tu Son, Bac Ninh. The results showed (17.2%) (23.7%) at the satisfaction level. The results of the research provide and reinforce the practical scientific basis to promote and disseminate the active lifestyles, thereby aim to target of high successful aging rates for the elderly in residential community.

Keywords: sedentary behavior, active lifestyle, successful aging, quality of life.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số tạo áp lực và thách thức lớn đối với việc chăm sóc sức khỏe (SK) người cao tuổi (NCT) về cơ sở vật chất, cơ chế, quản lý,... của y tế cộng đồng, cũng bao gồm cả chi phí y tế [1]. Tăng vận động được cho là biện pháp hiệu quả thực tế tối ưu để phát triển SK, ngăn ngừa hoặc cải thiện bệnh lý, cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) của NCT [1, 2]. Lối sống ít vận động (IVĐ) và ngồi nhiều là đại biểu cho các hành vi có mức tiêu hao năng lượng thấp trong thời gian (TG) dài và được chứng minh là có ảnh hưởng trực tiếp đến SK, tỉ lệ mắc bệnh mãn tính và nguy cơ tử vong ở NCT [3]. NCT có chỉ số vận động từ trung bình đến mạnh đã được chứng minh có hiệu quả giảm ảnh hưởng của lão hóa cơ thể, giảm và cải

thiện các bệnh lý và tỉ lệ tử vong nói chung. Đồng thời, ngồi nhiều đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ đến việc tăng nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân ở NCT [4-7]. Do đó, IVĐ và ngồi nhiều được cho là có thể ảnh hưởng trực tiếp đến các vấn đề về SK và CLCS của NCT.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Kết quả điều tra thu được tổng số phiếu điều tra thu về là 422/500, hoàn thành và đảm bảo nội dung là 272, tổng số mẫu tự nguyện và phù hợp tham gia NC là 209 NCT lứa tuổi từ 60→80, với tuổi trung bình là $66,3 \pm 7,2$, tỉ lệ nam chiếm 57% và nữ chiếm 43%.

- Phân tích thống kê: Số liệu được xử lý bằng SPSS 22.0. Tỉ lệ chênh lệch thô (OR) và đã điều chỉnh (AOR) với khoảng tin cậy

(CI) = 95% được dùng để đánh giá mối liên hệ giữa bệnh lý với SK và CLCS thỏa mãn bằng các hồi quy logistic nhị phân. Mức ý nghĩa 0,05 được sử dụng cho tất cả các phân tích.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả Bảng 1 cho thấy, 17,2% mẫu tự đánh giá SK tổng thể thỏa mãn và tương tự là 25,8% với CLCS thỏa mãn.

Bảng 1. Mối quan hệ các biến tự đánh giá tình trạng SK, CLCS và lối sống tích cực (n = 209)

Biến		Tổng		PA mạnh		Ngồi	
				≥540 phút/tuần		>0→<4 giờ/ngày	
		n	%	n	%	n	%
Tự đánh giá CLCS	Thỏa mãn	54	25,8	26	52,0	21	26,0
	Tốt	80	38,3	22	44,0	19	23,5
	Khá	55	26,3	19	38,0	20	24,7
	Bình thường	17	8,1	15	30,0	16	19,8
	Kém	3	1,4	12	24,0	5	6,2
Tự đánh giá SK	Thỏa mãn	36	17,2	25	54,3	22	23,7
	Tốt	80	38,4	21	45,7	26	27,9
	Khá	67	32,1	17	37,0	24	25,8
	Bình thường	22	10,5	13	28,3	16	17,2
	Kém	4	1,9	9	19,6	2	5,4

Bảng 2. Đặc tính thống kê của các biến tình trạng SK và CLCS tự đánh giá mức thỏa mãn (n = 209)

Biến		Tổng		SK thỏa mãn	CLCS thỏa mãn
		n	%	OR ⁺ (KTC 95%)	OR ⁺ (KTC 95%)
Giới tính	Nam*	101	48,3	1,00	1,00
	Nữ	108	51,7	1,29 (1,27-1,38)	1,281 (1,15-1,26)
Lứa tuổi (năm)	60→65	87	41,6	0,77 (0,74-0,92)	0,89 (0,88-0,91)
	65→70	59	28,2	0,61 (0,62-0,70)	0,71 (0,73-0,82)
	70→75	40	19,1	0,41 (0,44-0,49)	0,43 (0,47-0,52)
	75→80	23	11,0	0,19 (0,21-0,30)	0,31 (0,25-0,31)
PA (phút/tuần)	0*	7	3,3	1,00	1,00
	1→149	32	15,3	1,56 (1,35-1,62)	1,66 (1,58-1,83)
	150→299	33	15,8	2,42 (2,16-2,68)	2,59 (2,39-2,76)
	300→539	46	22,0	3,51 (3,08-3,71)	3,46 (3,11-3,59)
	≥540	118	56,5	4,51 (4,14-4,88)	4,12 (3,62-4,42)
TG ngồi mỗi ngày (giờ)	>8 giờ *	54	25,8	1,00	1,00
	>6→<8 giờ	42	20,1	0,85 (0,87-1,14)	1,13 (1,01-1,07)
	>4→<6 giờ	60	28,7	0,77 (1,07-1,12)	1,11 (1,14-1,19)
	>0→<4 giờ	53	25,4	1,36 (1,22-1,31)	1,08 (1,22-1,31)

Trình độ học vấn	Không biết chữ *	20	9,6	1,00	1,00
	Không hoàn thành hệ 12/12	44	21,1	1,61 (1,52-1,71)	1,66 (1,58-1,74)
	12/12	21	10,0	2,12 (1,79-2,25)	1,89 (1,94-2,23)
	Có bằng hoặc chứng chỉ nghề	23	11,0	1,51 (1,41-1,58)	1,52 (1,57-1,65)
	Tốt nghiệp cao đẳng, đại học	44	21,1	2,18 (2,21-2,41)	2,31 (2,26-2,42)
	Trên đại học	57	27,3	3,26 (3,20-3,41)	3,30 (3,27-3,53)
BMI	Thấp, gầy	3	1,4	0,58 (0,62-0,81)	0,61 (0,66-0,75)
	Bình thường *	77	36,8	1,00	1,00
	Thừa cân và tiền béo phì	83	39,7	0,59 (0,57-0,60)	0,76 (0,74-0,78)
	Béo phì độ I	46	22,0	0,24 (0,23-0,25)	0,46 (0,45-0,48)
Sử dụng chất gây nghiện	Không sử dụng *	118	56,4	1,00	1,00
	Có sử dụng	91	43,5	0,72 (0,70-0,79)	0,81 (0,82-0,87)
Bệnh mãn tính	Hiện không mắc bệnh lý nặng*	76	36,4	1,00	1,00
	Mắc 1 bệnh lý	73	34,9	0,60 (0,63-0,69)	0,68 (0,69-0,80)
	Mắc 2 hoặc nhiều hơn	60	28,7	0,19 (0,17-0,34)	0,50 (0,51-0,55)
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng người khác *	49	23,4	1,00	1,00
	Sống đơn thân	160	76,6	1,26 (1,31-1,44)	1,79 (1,83-1,90)
Thu nhập hộ gia đình	<3,7 triệu *	10	4,8	1,00	1,00
	>3,7→<7 triệu	49	23,4	1,17 (1,12-1,36)	1,41 (1,40-1,55)
	>7→<10 triệu #	67	32,1	2,11 (1,86-2,41)	2,41 (2,33-2,48)
	>10→<15 triệu	24	11,4	2,61 (2,39-2,82)	2,89 (2,69-3,04)
	>15 triệu	59	28,2	3,78 (3,63-4,23)	4,41 (4,17-4,72)
Giới hạn chức năng	Không bị hạn chế*	72	34,4	1,00	1,00
	Hạn chế nhỏ	37	17,7	0,30 (0,40-0,52)	0,59 (0,55-0,70)
	Hạn chế trung bình	39	18,7	0,31 (0,26-0,33)	0,47 (0,42-0,51)
	Hạn chế nghiêm trọng	61	29,2	0,14 (0,12-0,14)	0,21 (0,25-0,28)

Ghi chú: *: số liệu đối chiếu, tham khảo; *: tỉ lệ chênh lệch chưa điều chỉnh; #: không trả lời.

Bảng 2 cho thấy, đối với biến CLCS và SK mức thỏa mãn, các tác động qua lại đáng kể được tìm thấy tại các TG gian ngò (nghịch), PA, giới tính, tình trạng hôn nhân, tuổi

(nghịch), thu nhập, trình độ văn hóa, có sử dụng chất gây nghiện (nghịch), bệnh mãn tính (nghịch), hạn chế chức năng, (nghịch) và BMI (nghịch từ cân nặng bình thường).

Bảng 3. Tỷ lệ SK tổng thể và CLCS mức thỏa mãn theo TG ngồi và PA (N = 209)

Biến		OR đã điều chỉnh ① (KTC 95%)	OR đã điều chỉnh ② (KTC 95%)	OR đã điều chỉnh ③ (KTC 95%)
CLCS thỏa mãn				
TG ngồi (giờ/ngày)	>8 giờ *	1,00	1,00	1,00
	>6→<8 giờ	0,87 (0,89-1,03)	1,11 (1,13-1,21)	1,07 (1,06-1,15)
	>4→<6 giờ	1,03 (1,06-1,09)	1,02 (1,09-1,21)	1,21 (1,16-1,27)
	>0→<4 giờ	1,13 (1,15-1,21)	1,23 (1,19-1,27)	1,09 (1,20-1,26)
PA (phút/tuần)	0 *	1,00	1,00	1,00
	1→149	1,81 (1,77-1,89)	1,34 (1,41-1,62)	1,30 (1,28-1,50)
	150→299	2,58 (2,53-2,79)	1,89 (1,84-2,11)	1,57 (1,38-1,69)
	300→539	3,41 (3,10-3,51)	2,40 (2,23-2,46)	1,91 (1,85-2,17)
	≥540	4,10 (3,81-4,47)	3,12 (2,79-3,43)	2,30 (2,27-2,53)
SK tổng thể thỏa mãn				
TG ngồi (giờ/ngày)	>8 giờ *	1,00	1,00	1,00
	>6→<8 giờ	0,92 (0,79-1,01)	1,13 (1,16-1,20)	1,17 (1,08-1,17)
	>4→<6 giờ	0,88 (0,91-1,02)	1,09 (1,11-1,21)	1,12 (1,21-1,33)
	>0→<4 giờ	1,11 (1,07-1,18)	1,31 (1,19-1,29)	1,24 (1,35-1,47)
PA (phút/tuần)	0 *	1,00	1,00	1,00
	1→149	1,58 (1,44-1,67)	1,19 (1,21-1,52)	1,09 (1,07-1,36)
	150→299	2,61 (2,36-2,90)	1,62 (1,47-1,87)	1,26 (1,31-1,47)
	300→539	3,55 (3,50-3,92)	2,31 (2,12-2,62)	1,71 (1,48-1,92)
	≥540	4,49 (4,38-4,88)	3,38 (2,91-3,49)	1,17 (1,01-1,19)

Ghi chú: *: Số liệu đối chiếu, tham khảo; ①: hồi quy 1 - tỷ lệ TG ngồi và PA trung bình đến mạnh đã được điều chỉnh; ②: hồi quy 2 - điều chỉnh tương tự ①, bổ sung các nhóm tuổi, thu nhập, trình độ văn hóa, sử dụng chất gây nghiện, tình trạng hôn nhân, BMI, giới tính; ③: hồi quy 3 - điều chỉnh đối với hạn chế chức năng và bệnh lý.

Kết quả Bảng 3 cho thấy: Hồi quy 1 thu được các biến thời TG thấp nhất có mối liên hệ tích cực với tỷ lệ xác suất xảy ra (log-odds) so với TG ngồi cao nhất ≥ 8 giờ/ngày của SK thỏa mãn ($AOR_{cao nhất}$ so với thấp nhất = 1,11; 95% CI = 1,07, 1,18; $p < 0,001$) và CLCS thỏa mãn ($AOR_{cao nhất}$ so với thấp nhất = 1,13; 95% CI = 1,15, 1,21; $p < 0,001$); hồi quy 3 được điều chỉnh phù hợp cho thấy các biến TG ngồi <8 giờ/ngày đều có tỷ lệ xác suất lựa chọn tự đánh giá SK thỏa mãn cao hơn đáng kể. Ngoài ra, TG

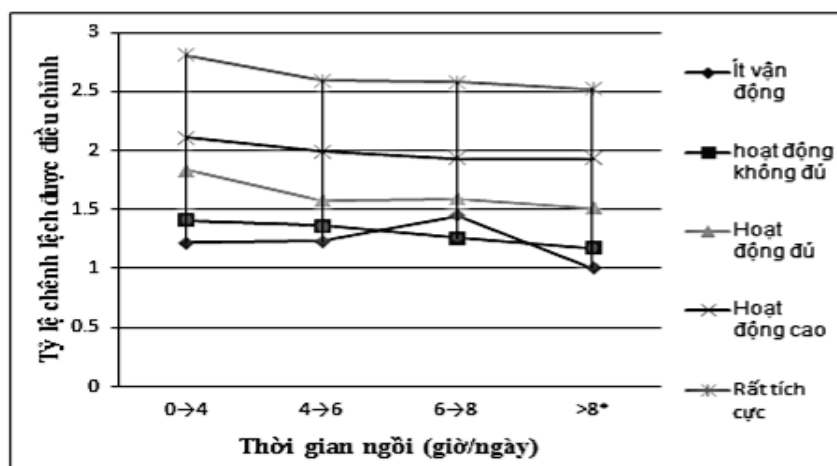
ngồi >0→<4 giờ/ngày có 17% khả năng báo cáo SK tốt hơn ($AOR_{cao nhất}$ so với thấp nhất = 1,17; 95% CI = 1,01, 1,19; $p < 0,001$) so với ngồi ≥ 8 giờ/ngày.

PA: 04 biến PA có TG >0 đều có tỷ lệ xác suất xảy ra cao hơn rõ ràng đối với SK và CLCS tự đánh giá mức thỏa mãn (hồi quy 1). Nhóm PA tự báo cáo TG ≥ 540 phút/tuần có tỷ lệ xác suất lựa chọn SK thỏa mãn ($AOR_{cao nhất}$ so với thấp nhất = 4,49; KTC 95% = 4,38, 4,88; $p < 0,001$) và CLCS thỏa mãn ($AOR_{cao nhất}$ so với thấp nhất = 4,10;

KTC 95% = 3,81, 4,47; $p < 0,001$) cao hơn so với những nhóm còn lại; hồi quy 3 được điều chỉnh phù hợp cho thấy tất cả các biến PA > 0 phút/tuần đều cho kết quả đều có tỉ lệ xác suất lựa chọn cao hơn đáng kể khi tự đánh giá SK và CLCS thỏa mãn. Các biến TG PA tỉ lệ thuận với tỉ lệ xác suất lựa chọn SK thỏa mãn ($AOR_{\text{cao nhất so với thấp nhất}} = 1,17$; 95% CI = 1,01, 1,19; $p < 0,001$) và CLCS thỏa mãn ($AOR_{\text{cao nhất so với thấp nhất}} = 2,30$; KTC 95% = 2,27, 2,53; $p < 0,001$).

Các hồi quy logistic nhị phân được điều chỉnh hoàn toàn (hồi quy 3), được sử dụng để kiểm tra các mối liên hệ giữa các biến thông tin cơ bản. Kết quả cho thấy: tại biến lứa tuổi, mối quan hệ giữa PA và tự đánh giá SK thỏa mãn là mạnh nhất tại lứa tuổi 75→80 ($AOR_{\text{cao nhất so với}}$

thấp nhất = 4,54; 95% CI = 1,78, 11,56); tại biến BMI, mối quan hệ giữa PA và tự đánh giá SK thỏa mãn mạnh nhất tại nhóm thấp, gầy ($AOR_{\text{cao nhất so với thấp nhất}} = 6,60$; 95% CI = 1,56, 28,01); tại biến SK và CLCS, khi so sánh với các biến tuổi, giới tính, thu nhập, BMI, tỉ lệ chênh lệch được điều chỉnh cho 2 nhóm PA 0 và ≥ 540 phút/tuần = 1,58→2,80; đối với TG ngồi, tỉ lệ chênh lệch được điều chỉnh cho TG ngồi >0→<4 giờ/ngày = 0,88→1,31 cho cả 2 biến SK và CLCS; tại biến PA và TG ngồi, mối quan hệ tương tác giữa PA và TG ngồi với tự đánh giá SK, CLCS thỏa mãn có ý nghĩa tại $p = 0,001$ đối với SK và $p = 0,003$ đối với CLCS (hồi quy 1) nhưng không có ý nghĩa khi đã điều chỉnh tại $p = 0,118$ đối với SK và $p = 0,296$ đối với CLCS.

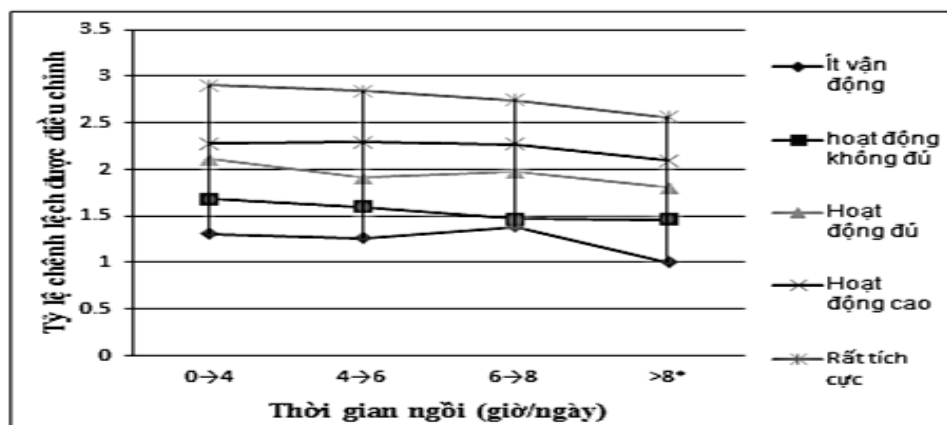


Hình 1. Tỷ lệ tự đánh giá SK thỏa mãn theo thời gian ngồi và PA ($n = 209$)

Ghi chú: * $p < 0,05$; tất cả $AOR > 1,25$ khác biệt đáng kể với 1,00.

Hình 1 hiển thị tỉ lệ xác suất xảy ra được điều chỉnh đối với hồi quy 3 về biến SK thỏa mãn thông qua đánh giá 20 yếu tố giữa PA và TG ngồi. Các nhóm đối chiếu, tham khảo là nhóm tự báo cáo không có phút PA và TG ngồi

>8 giờ/ngày. Nhóm $PA \geq 540$ phút/tuần tự báo cáo SK thỏa mãn cao gấp ≈ 3 lần so với 0 phút/tuần ($AOR_{\text{hoạt động rất tích cực và ngồi } >0 \rightarrow <4 \text{ giờ/ngày so với 0 phút và ngồi } >8 \text{ giờ/ngày}} = 2,81$; 95% CI = 2,33, 3,38, $p < 0,001$).



Hình 2. Tỷ lệ CLCS thỏa mãn theo thời gian ngồi và mức độ PA ($n = 209$)

Ghi chú: *: $p < 0,05$; tất cả AOR $> 1,25$ khác biệt đáng kể với 1,00.

Hình 2 hiển thị bằng đồ thị tỉ lệ xác suất xảy ra được điều chỉnh đối với hồi quy 3 về CLCS thỏa mãn thông qua đánh giá các yếu tố giữa PA và TG ngồi. Nhóm $PA \geq 540$ phút/tuần tự báo cáo SK thỏa mãn gấp ≈ 3 lần so với 0 phút/tuần (AOR_{hoạt động rất tích cực và ngồi $> 0 \rightarrow < 4$ giờ/ngày} so với 0 phút và ngồi > 8 giờ/ngày = 2,90; 95% CI = 2,52, 3,34, $p < 0,001$).

KẾT LUẬN

PA và TG ngồi có liên quan độc lập với SK và CLCS mức thỏa mãn ở mẫu NCT từ 60 $\rightarrow$ 80

tuổi của Từ Sơn. Các phát hiện của nghiên cứu này cung cấp và củng cố các cơ sở khoa học thực tế nhằm thúc đẩy và hoàn thiện các chương trình chăm sóc SK xã hội trong việc tăng mức độ PA và giảm TG ngồi, qua đó hướng đến các mục tiêu tỉ lệ già hóa thành công cao cho NCT trong các cộng đồng dân cư. Khuyến nghị sử dụng kết quả NC như cơ sở tài liệu, bằng chứng thực tế để phát triển các chương trình chăm sóc SK và y tế cho NCT trong các cộng đồng dân cư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. WHO, *Good health adds longevity*. Global summary of World Health Day 2012. 2012: p. 28.
- [2]. Sodergren M, et al. *Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study*. BMC Public Health, 2012. 12: p. 551.
- [3]. Owen N, et al. *Too much sitting: the population health science of sedentary behavior*. Exerc Sport Sci Rev, 2010. 38(3): p.105-113. doi:10.1097/JES.0b013e3181e373a2.
- [4]. Pavey Toby G, Peeters GMEE, B.W. J. *Sitting-time and 9-year all-cause mortality in older women*. British Journal of Sports Medicine, 2015. 49(2): p. 95-99.
- [5]. Katzmarzyk Peter T, et al. *Sitting Time and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer*. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2009. 41(5): p.998-1005.
- [6]. van der Ploeg Hidde P, et al. *Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults*. Archives of Internal Medicine, 2012. 172(6): p.494-500.
- [7]. Patel A.V, et al. *Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults*. Am J Epidemiol, 2010. 172(4): p.419-29.

- [8]. Aaron. A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*¹. Health Promotion International, 1996. 11(1): p. 11-18.
- [9]. George E.S, Rosenkranz R.R, K. G.S. *Chronic disease and sitting time in middle-aged Australian males: findings from the 45 and Up Study*. Int J Behav Nutr Phys Act, 2013. 10: p. 20.
- [10]. Haley S.M, McHorney C.A, W. J.E. Evaluation of the mos SF-36 physical functioning scale (PF-10): I. Unidimensionality and reproducibility of the Rasch Item scale. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1994. 47(6): p.671–684.
- [11]. Davies C.A, et al. *Associations of physical activity and screen-time on health related quality of life in adults*. Prev Med, 2012. 55(1): p.46-9.
- [12]. Vallance Jeff K, et al. *Associations between sitting time and health-related quality of life among older men*. Mental Health and Physical Activity, 2013. 6(1): p.49-54.