

# Mức độ nhận biết và kiến thức sa sút trí tuệ của người lớn trong cộng đồng tại đô thị Hà Nội

Nguyễn Thu Trang\*, Bùi Thanh Minh\*\*, Lê Thu Hiền\*\*\*

Nhận ngày 30 tháng 6 năm 2025. Chấp nhận đăng ngày 23 tháng 9 năm 2025.

**Tóm tắt:** Ý định tìm kiếm thông tin và hỗ trợ trong thăm khám y tế trước nguy cơ mắc sa sút trí tuệ (SSTT) của người dân sống tại cộng đồng chịu ảnh hưởng từ mức độ nhận biết và kiến thức SSTT của họ. Bài viết này<sup>1</sup> hướng đến làm rõ mức độ nhận biết, thể hiện qua mức độ thường xuyên nghe và tự đánh giá khả năng hiểu rõ và kiến thức SSTT ở người lớn trong cộng đồng tại đô thị ở Hà Nội hiện nay, cũng như nhận diện các yếu tố liên quan. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ khảo sát với người dân sống trên địa bàn một quận thuộc khu vực nội thành Hà Nội. Bài viết góp phần cung cấp cơ sở cho việc xây dựng và phát triển các chương trình giáo dục, nâng cao nhận thức cộng đồng.

**Từ khóa:** Nhận thức, mức độ nhận biết, kiến thức, sa sút trí tuệ.

**Phân loại ngành:** Xã hội học

**Abstract:** Intention to seek information and support in medical examination for dementia risk of community-dwelling people is influenced by their level of awareness and knowledge of dementia. This study aims to investigate awareness, expressed through the frequency of hearing and self-assessment of understanding, and knowledge of dementia in adults in the urban community in Hanoi, as well as their associated factors. Data was collected using a survey with community dwelling adults in a district in Hanoi. Results contribute to the development of evidence-based educational programs on dementia for community dwellers.

**Keywords:** Awareness, perception, knowledge, dementia.

**Subject classification:** Sociology

## 1. Đặt vấn đề

Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa hàng đầu thế giới. Tỷ lệ người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên dự kiến tăng từ 12% tổng dân số năm 2019 lên 20,9% năm 2029 (General Statistics Office & United Nations Population Fund, 2016; Tatarski, 2016; Vietnam Ministry of Health, 2019). Đi kèm với tốc độ già hóa cao là nguy cơ bệnh tật và gánh nặng chăm sóc y tế ngày càng tăng. Với người cao tuổi, SSTT là một trong những đe dọa hàng đầu tới sức khỏe của họ. SSTT là một hội chứng suy giảm trí nhớ và các chức năng nhận thức và hành vi thường thấy ở người cao tuổi. Trong hội chứng này, bệnh Alzheimer là dạng phổ biến nhất. SSTT thường gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng sức khỏe toàn diện, an sinh, và chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình họ (Alzheimer's Disease International, 2024; Hossain et al., 2020). Tại Việt Nam, dù các nghiên cứu đưa ra những con số thống kê khác nhau về tỷ lệ mắc SSTT trong cộng đồng, một con số được chấp nhận phổ biến là tỷ lệ này có thể ở mức 5% tổng số dân từ 60 tuổi trở lên. Tính đến 2020, tỷ lệ này

\*,\*\*Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

\*\*\* Học viện Thanh thiếu niên Việt Nam.

Email: nttrang.ussh@gmail.com

<sup>1</sup> Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài mã số 504.05-2021.14.

có thể tương ứng với 660.000 người cao tuổi mắc SSTT, và chi phí y tế cho nhóm bệnh nhân này có thể lên tới 960 triệu USD, phản ánh một gánh nặng tài chính lớn cho hệ thống y tế Việt Nam ( Nguyen T. A. et al., 2020).

Đối mặt với nguy cơ sức khỏe và gánh nặng chăm sóc trong gia đình và gánh nặng y tế tiềm ẩn này, người dân sinh sống trong cộng đồng tại Việt Nam được kì vọng có khả năng nhận biết, điển hình là việc được nghe nói đến, biết đến, và hiểu biết về SSTT ở một mức độ nhất định để có thể chủ động tìm kiếm thông tin và hỗ trợ y tế khi cần để đối phó với bệnh tật. Tuy vậy, các nghiên cứu tại Việt Nam về chủ đề này, đặc biệt ở phạm vi rộng còn rất hạn chế. Chỉ một vài nghiên cứu tại một vùng hoặc một khu vực dân cư, với một vài chỉ báo về kinh nghiệm tiếp xúc và mức độ hiểu biết về SSTT được công bố ( Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. T., 2023). Những nghiên cứu này đều chỉ ra rằng tại Việt Nam, nhìn chung, mức độ nhận biết và hiểu biết của người dân cộng đồng tại Việt Nam về SSTT còn rất hạn chế. Cụ thể, nghiên cứu với người lớn sống tại cộng đồng nông thôn, ven đô cho thấy tỉ lệ người có quen biết ai đó mắc SSTT hoặc đã từng chăm sóc ai đó mắc SSTT khá thấp (lần lượt là 38,46% và 20,62%) ( Nguyen T. T., 2023). Hai chỉ báo này cho thấy khả năng cao người dân trong cộng đồng ít có cơ hội tiếp xúc và nhận biết người SSTT.

Khả năng nhận diện và gọi tên SSTT của người dân Việt Nam mang những đặc thù nhất định. Không chỉ người Việt trong cộng đồng ở Việt Nam, mà người Việt sống tại nước ngoài đều cho thấy một mô hình niềm tin giống nhau về SSTT. Cụ thể, người Việt có xu hướng kết hợp niềm tin dân gian và niềm tin y sinh trong việc gọi tên và lý giải về SSTT. Các thuật ngữ dân gian, ví dụ như “lấn”, “quên”, “giảm trí nhớ”, “đãng trí”, hay thậm chí “điên”, “tâm thần/thần kinh”, được dùng rất phổ biến trong cả người Việt trong nước (Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. & Levkoff, 2020; Nguyen T. T., 2023) và người Việt tại nước ngoài (Braun et al., 1996; Liu et al., 2008; Meyer et al., 2015; Yeo et al., 2002). Những thuật ngữ y khoa hay được sử dụng tại các bệnh viện như “sa sút trí tuệ”, “teo não” hay “bệnh Alzheimer” thỉnh thoảng cũng được người dân sử dụng, và thường thấy ở nhóm người đã từng tiếp xúc với cán bộ y tế khi chăm sóc cho người thân mắc SSTT (Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. & Levkoff, 2020).

Nổi bật trong các nghiên cứu với người dân trong cộng đồng là kết quả đánh giá nhận thức của họ về SSTT. Các nghiên cứu đi trước đều thống nhất chỉ ra rằng người dân có nhận thức rất hạn chế về SSTT (Nguyễn Bích Ngọc và cộng sự, 2018; Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyễn Thanh Bình và cộng sự, 2018; Nguyen T. T., 2023; Vietnam Ministry of Health, 2019). Trên các thang đo chuẩn hóa về kiến thức SSTT, đa phần người dân đạt mức điểm trung bình. Bên cạnh đó, niềm tin về việc SSTT là biểu hiện bình thường của già hóa rất phổ biến ( Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. T., 2023). Điển hình, có tới 84,31% người dân nông thôn miền Bắc đồng tình với quan điểm này, và 58,07% tin rằng mắc SSTT là số phận ( Nguyen T. T., 2023). Nhận thức của người dân về SSTT có thể bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm tiếp xúc và chăm sóc người mắc SSTT trước đó của họ, hoặc có quan hệ với các đặc điểm nhân khẩu xã hội của họ, ví dụ như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thu nhập, tôn giáo,... (Nguyen et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. T., 2023).

Cho tới nay, vẫn còn nhiều khoảng trống trong nghiên cứu về nhận biết chủ quan (ví dụ thông qua tự đánh giá), cũng như kiến thức khách quan (ví dụ thông qua thang đo chuẩn hóa) về mức độ nhận biết, hiểu biết, và kiến thức về SSTT của người lớn sinh sống trong cộng đồng tại khu vực đô thị tại Việt Nam. Chính bởi điều này, nghiên cứu này hướng tới làm sáng tỏ hai câu hỏi nghiên cứu chính; (1) Mức độ nhận biết, thể hiện qua mức độ thường xuyên nghe

và hiểu rõ, và kiến thức sa sút trí tuệ ở người lớn trong cộng đồng tại đô thị ở Hà Nội hiện nay như thế nào? (2) Những yếu tố nào liên quan đến mức độ nhận biết và kiến thức sa sút trí tuệ của người lớn sinh sống trong cộng đồng tại đô thị ở Hà Nội?

Thông qua khảo sát 314 người dân, tuổi từ 18 đến 65, sống tại quận Đống Đa, Hà Nội, nghiên cứu sẽ tập trung làm sáng tỏ mức độ nhận biết, bao gồm nghe đến và hiểu rõ các thuật ngữ dân gian và thuật ngữ y khoa về SSTT. Đồng thời, nghiên cứu cũng kiểm chứng vai trò các yếu tố thu nhập, trình độ học vấn, và tuổi tác trong dự báo mức độ nhận biết và hiểu đúng về SSTT ở người dân.

## 2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Địa bàn và khách thể nghiên cứu

Dữ liệu trong bài viết này là một phần dữ liệu khảo sát của đề tài được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) với mã số 504.05-2021.14. Đây là một nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang được Hội đồng Phê duyệt Đạo đức Nghiên cứu của Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội thông qua trong Quyết định số 1241/QĐ-XHNV. Dữ liệu này được thu thập từ địa bàn phường Thịnh Quang, quận Đống Đa, Hà Nội. Đây là một trong những phường nội thành mang đặc trưng của một khu vực đô thị nội thành Hà Nội.

Ứng dụng phương pháp chọn mẫu có mục đích (Rubin & Babbie, 2001) tại địa bàn Hà Nội, đề tài đặt mục tiêu tuyển chọn ít nhất 300 người tham gia khảo sát theo cơ cấu cân bằng giữa nam và nữ. Tiêu chí tuyển chọn cho người tham gia khảo sát gồm: (1) từ đủ 18 tuổi cho đến tối đa 65 tuổi; (2) đã sinh sống tại khu vực đô thị khảo sát ít nhất 1 năm; (3) có khả năng giao tiếp với điều tra viên, hiểu, và trả lời câu hỏi khảo sát. Để đảm bảo thu được đủ 300 bảng hỏi đạt chất lượng, 400 người dân đáp ứng tiêu chí tuyển chọn được mời tham gia nghiên cứu. Trong số đó, 314 người đồng ý tham gia nghiên cứu, và số lượng bảng hỏi thu về đạt yêu cầu là 314.

Đặc điểm của 314 khách thể tham gia nghiên cứu được mô tả trong Bảng 1. Những người tham gia nghiên cứu khá đồng đều giữa nam và nữ, có độ tuổi trung bình là 34,53 (SD = 10,62), có thời gian sinh sống tại phường khá dài, dao động từ 3 đến 57 năm. Đa số họ là người dân tộc Kinh, không theo một tôn giáo nào, đang đi làm, có bảo hiểm y tế, không quen ai mắc SSTT hay chưa từng chăm sóc ai mắc SSTT. Khoảng 2/3 số người tham gia nghiên cứu đang trong tình trạng kết hôn, đã tốt nghiệp ít nhất cao đẳng, đại học trở lên, có thu nhập trung bình từ 9 triệu đồng/tháng trở lên.

Bảng 1: Đặc điểm mô tả khách thể nghiên cứu (N = 314)

	% (số lượng) hoặc [Min - Max]	Giá trị trung bình (SD)
Tuổi	[19 - 65]	34,53 (10,62)
Thời gian sống tại phường	[3 - 57]	16,00 (10,61)
Dân tộc		
Kinh	97,13 (305)	
Khác	2,87 (9)	
Giới tính		
Nam	45,22 (142)	
Nữ	54,78 (172)	
Tình trạng hôn nhân		

Kết hôn	61,15 (192)
Khác (độc thân, li thân/li hôn, góa, hoặc chung sống không hôn thú)	38,85 (122)
Tôn giáo	
Không	85,62 (268)
Có	14,38 (45)
Trình độ học vấn	
Trung học phổ thông hoặc trường nghề trở xuống	39,17 (123)
Cao đẳng, Đại học hoặc cao hơn	60,83 (191)
Tình trạng việc làm	
Đang làm việc (toàn hay bán thời gian)	83,76 (263)
Không làm việc	16,24 (51)
Thu nhập	
Dưới 9 triệu đồng/tháng	38,85 (122)
Từ 9 triệu đồng/tháng trở lên	61,15 (192)
Đăng ký bảo hiểm y tế	
Có	94,14 (289)
Không	5,86 (18)
Quen biết ai đó mắc SSTT	
Có	11,78 (37)
Không	88,22 (277)
Đã từng chăm sóc ai đó mắc SSTT	
Có	5,73 (18)
Không	94,27 (296)

\* Ghi chú:  $SD = \text{Độ lệch chuẩn}$

Nguồn: Tác giả tổng hợp

## 2.2. Công cụ và cách thức thu thập dữ liệu

Trong nghiên cứu này, một bảng hỏi được xây dựng, thử nghiệm, và chỉnh sửa để sử dụng chính thức tại địa bàn. Một nhóm trợ lý nghiên cứu được tuyển chọn và tập huấn cách thức thu thập đồng thuận nghiên cứu của người tham gia, và tiến hành phỏng vấn trực tiếp sử dụng bảng hỏi. Các cuộc phỏng vấn đều được triển khai tại nhà ở của người tham gia nghiên cứu trong khoảng 30 phút. Với mỗi phỏng vấn đã hoàn thành, người tham gia được nhận hỗ trợ 30.000 đồng. Trong bảng hỏi, một số thang đo và các câu hỏi đo lường được sử dụng, gồm có:

*Mức độ nhận biết SSTT:* được đo qua hai tiêu chí chính dựa vào đánh giá chủ quan của người trả lời, gồm mức độ thường xuyên nghe đến các thuật ngữ dân gian và khoa học chỉ SSTT, và tự đánh giá về mức độ hiểu rõ các thuật ngữ này. Các thuật ngữ được dùng trong danh sách gồm có 3 thuật ngữ dân gian (bệnh mất trí nhớ, lẫn, đãng trí), và 3 thuật ngữ chuyên ngành được sử dụng tại bệnh viện (SSTT, bệnh teo não, bệnh Alzheimer). Người tham gia nghiên cứu được đề nghị tự đánh giá trên thang điểm từ 0 đến 4 về mức độ họ thường nghe (0 = Chưa nghe bao giờ, 4 = Nghe rất thường xuyên) và tự đánh giá về mức độ hiểu rõ những thuật ngữ trên (0 = Không hiểu chút nào, 4 = Hiểu rất rõ). Hai biến mức độ nghe đến và mức độ cho rằng hiểu thuật ngữ SSTT được xử lý bằng cách tính tổng điểm của 6 chỉ báo. Trước đó, phân tích nhân tố (hệ số tải nhân tố  $\geq 0,3$ ) được áp dụng cho hai biến này, và đều cho kết quả 1 nhân tố, 6 chỉ báo đạt yêu cầu của thang đo 1 nhân tố. Cụ thể, biến mức độ thường nghe đến thuật ngữ SSTT gồm 6 chỉ báo có  $KMO = 0,67$ ,  $\alpha = 0,72$ . Biến này

dao động trên thang điểm từ 4 đến 24 ( $M = 16,85$ ,  $SD = 3,35$ ). Biến mức độ tự cho rằng hiểu thuật ngữ SSTT cũng gồm 6 chỉ báo ( $KMO = 0,74$ ,  $\alpha = 0,79$ ), dao động trên thang điểm từ 4 đến 21 ( $M = 13,55$ ,  $SD = 3,84$ ).

*Kiến thức về SSTT*: được đo bằng thang đo 30 câu về kiến thức bệnh Alzheimer (the Alzheimer Disease Knowledge Scale; (Johnson et al., 2015). Người tham gia được yêu cầu đưa ra nhận định đúng/sai cho từng tuyên bố được đưa ra, ví dụ “Có hàm lượng cholesterol cao có thể gia tăng nguy cơ mắc bệnh Alzheimer”. Với mỗi nhận định đúng, người trả lời được 1 điểm, và tổng điểm cao nhất là 30 điểm. Độ tin cậy của thang đo này trong nghiên cứu ở mức chấp nhận được ( $\alpha = 0,61$ ).

*Kinh nghiệm với SSTT*: được đo bằng hai câu hỏi xem liệu họ có biết ai mắc sa sút trí tuệ không và liệu họ đã từng chăm sóc ai mắc SSTT chưa (không/có).

*Đặc điểm nhân khẩu xã hội*: được thể hiện qua các biến giới tính (nam/nữ), tình trạng hôn nhân (kết hôn/khác), tôn giáo (không/có), trình độ học vấn (THPT hoặc trường nghề và thấp hơn/cao đẳng hoặc đại học và cao hơn), tình trạng việc làm (đang làm việc/không làm việc), thu nhập (dưới 9 triệu đồng/tháng/từ 9 triệu đồng/tháng trở lên), đăng ký bảo hiểm y tế (không/có). Tuổi và thời gian sống tại địa bàn cộng đồng được tính trên đơn vị năm.

### 2.3. Phân tích dữ liệu

Trường nhóm trợ lý nghiên cứu tập hợp các bảng hỏi đã hoàn thành để làm sạch và nhập dữ liệu vào file excel đã được mã hóa. Chỉ duy nhất chủ nhiệm đề tài và trợ lý nghiên cứu này có quyền truy cập file tài liệu này. Phần mềm StataIC 16 được sử dụng để phân tích thống kê mô tả và hồi quy tuyến tính đa biến lên ba biến chính (mức độ thường xuyên nghe và mức độ hiểu rõ thuật ngữ về SSTT, và kiến thức SSTT). Trong ba mô hình hồi quy này, các biến độc lập gồm có các biến đặc điểm nhân khẩu xã hội và kinh nghiệm với SSTT. Mức độ có ý nghĩa về thống kê được xác định trong nghiên cứu là 0,05.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Đánh giá chủ quan về mức độ nhận biết về sa sút trí tuệ và đánh giá khách quan về kiến thức sa sút trí tuệ

Trong đánh giá chủ quan về mức độ nhận biết về SSTT, hai tiêu chí được đo là mức độ thường xuyên nghe đến các thuật ngữ dân gian và thuật ngữ chuyên ngành về SSTT. Bảng 2 mô tả chi tiết các mức độ (chưa bao giờ nghe cho đến nghe rất thường xuyên, và không hiểu chút nào cho đến hiểu rất rõ) với sáu thuật ngữ. Với mức độ thường xuyên nghe đến, mức độ chưa nghe bao giờ đáng chú ý chủ yếu rơi vào nhóm thuật ngữ chuyên môn y khoa, gồm SSTT (8,60%) và bệnh teo não (17,52%). Nhóm các thuật ngữ dân gian (bệnh mất trí nhớ, lẫn, đãng trí) và thuật ngữ chuyên môn (bệnh Alzheimer) rất ít bị phản ánh là người tham gia chưa từng nghe bao giờ (dưới 0,65%). Mức độ nghe thường xuyên và rất thường xuyên (mức 3 và 4) tập trung tỉ lệ cao ở nhóm thuật ngữ dân gian và bệnh Alzheimer. Khi tính điểm trung bình của mức độ thường xuyên nghe về các thuật ngữ chỉ SSTT, điểm trung bình của các khách thể dao động trên thang điểm từ 4 đến 24 ( $M = 16,85$ ,  $SD = 3,35$ ).

Đối với mức độ hiểu rõ các thuật ngữ về SSTT, hầu như người trả lời tự đánh giá mức độ hiểu rất rõ với các thuật ngữ chuyên ngành rất hạn chế (dao động từ 0,32% đến 3,51%). Với nhóm thuật ngữ dân gian, mức độ hiểu biết từ 2 đến 4 đạt mức độ cao hơn rất nhiều (dao động từ 11,25% đến 51,60% cho từng mức độ đánh giá). Mức độ tự xếp hạng “không hiểu chút nào” với nhóm thuật ngữ dân gian rất thấp (dao động từ 0,32% đến 1,93%). Điều này phản ánh mức độ tự đánh giá hiểu rõ các thuật ngữ về SSTT của người dân trong cộng đồng

chủ yếu tập trung vào nhóm thuật ngữ dân gian. Về điểm trung bình về mức độ tự cho rằng hiểu rõ các thuật ngữ chỉ SSTT, điểm của nhóm khách thể động trên thang điểm từ 4 đến 21 ( $M = 13,55, SD = 3,84$ ).

Bảng 2: Mức độ nhận biết thuật ngữ sa sút trí tuệ của người lớn trong cộng đồng (N = 314)

Các thuật ngữ chỉ SSTT	Mức độ thường xuyên nghe					Mức độ hiểu rõ				
	0 = Chưa nghe bao giờ 4 = Nghe rất thường xuyên					0 = Không hiểu chút nào 4 = Hiểu rất rõ				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
F5 Sa sút trí tuệ	8,60	16,24	34,08	30,25	10,83	14,97	23,25	40,45	18,79	2,55
F6 Bệnh teo não	17,52	32,17	32,17	17,20	0,96	24,84	35,03	25,48	14,33	0,32
F7 Bệnh Alzheimer	0,64	7,35	20,77	41,21	30,03	5,11	13,10	42,81	35,46	3,51
F8 Bệnh mất trí nhớ	0,00	1,91	19,11	44,59	34,39	1,93	11,58	33,12	42,12	11,25
F9 Lẫn	0,32	0,00	5,73	35,67	58,28	0,32	3,53	23,08	51,60	21,47
F10 Đãng trí	0,32	0,00	3,82	32,17	63,69	0,96	3,53	22,76	47,12	25,64

*Nguồn:* Tác giả tổng hợp

Mức độ hiểu biết về bệnh Alzheimer của người tham gia nghiên cứu được tính trên thang điểm từ 0 đến 30, trong đó điểm tối thiểu có thể đạt được là 0 (người trả lời không trả lời đúng câu nào trong 30 câu), điểm tối đa có thể đạt được là 30 điểm (người trả lời đưa ra phương án đúng cho 30 câu). Kết quả cho thấy, người tham gia có mức độ hiểu biết tương đối về bệnh Alzheimer, với điểm trung bình đạt 17,86, rất gần với số trung vị 18 ( $SD = 2,58$ ) và dao động từ khoảng 12 cho đến 24. Mức điểm 20 và 21 cũng nằm ở tỷ lệ phân cấp lần lượt là 75% (percentile 75%) và 90% (percentile 90%). Tức là, người đạt mức điểm 20 trên thang đo này có điểm cao hơn 75% số còn lại và người đạt mức điểm 21 có điểm cao hơn 90% số còn lại cùng tham gia nghiên cứu.

Bên cạnh những đánh giá chủ quan của người tham gia nghiên cứu về mức độ nhận biết thuật ngữ SSTT của họ, đánh giá khách quan về kiến thức SSTT cũng được báo cáo ở nhóm này. Cụ thể, trên thang điểm từ 0 đến 30, khách thể nghiên cứu đạt điểm kiến thức trung bình 17,10 ( $SD = 3,09$ ), với điểm thấp nhất được ghi nhận là 8, và điểm cao nhất là 24. Khi so sánh với mức điểm kiến thức sử dụng cùng thang đo với nhóm người dân nông thôn, đáng ngạc nhiên là điểm thức trung bình của người dân thành thị trong nghiên cứu này có phần thấp hơn, nhưng không đáng kể. Lưu ý rằng, với nhóm dân sống ở khu vực nông thôn miền Bắc trong nghiên cứu trước (Nguyễn T. T., 2023), điểm kiến thức trung bình là 17,86 ( $SD = 2,58$ ) và khoảng điểm được ghi nhận dao động từ 12-24. Nói cách khác, điểm tối thiểu nhóm dân cư nông thôn đạt được (12 điểm) cao hơn điểm tối thiểu nhóm dân cư thành thị trong nghiên cứu này đạt được (8 điểm), trong khi điểm tối đa đạt được trong cả hai nhóm mẫu đều là 24 điểm.

### 3.2. Những yếu tố liên quan đến mức độ nhận biết và kiến thức sa sút trí tuệ

Bảng 3 khái quát những kết quả của ba mô hình hồi quy tuyến tính đa biến trên ba biến kết quả lần lượt là (1) Mức độ nghe đến từ gọi SSTT (Mô hình 1); (2) Tự đánh giá mức độ hiểu các thuật ngữ SSTT (Mô hình 2); (3) Kiến thức SSTT (Mô hình 3). Các mô hình đều

đáp ứng tiêu chí không đa cộng tuyến, cụ thể hệ số VIF tổng quát và hệ số VIF ở từng biến số trong cả ba mô hình đều nhỏ hơn 2. Các biến dự báo ở ba mô hình giải thích cho độ biến thiên của biến kết quả lần lượt là 6,23%, 5,49%, và 10,29%.

Trong cả 3 mô hình, thu nhập đều cho thấy vai trò dự báo có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, người có thu nhập từ 9 triệu đồng/tháng trở lên cho thấy mức độ thường nghe đến, tự cho rằng hiểu về thuật ngữ SSTT, cũng như điểm kiến thức SSTT cao hơn so với nhóm có thu nhập dưới 9 triệu đồng/tháng. Ngoài ra, trong mô hình 2, người trẻ tuổi hơn có xu hướng tự đánh giá hiểu về thuật ngữ SSTT hơn so với người lớn tuổi hơn ( $\beta = -0,18, SE = 0,02$ ). Trong mô hình 3, trình độ học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên dự báo có ý nghĩa thống kê điểm kiến thức SSTT cao hơn so với nhóm còn lại ( $\beta = 0,17, SE = 0,40$ ).

Bảng 3: Mô hình hồi quy logistic trên nhận thức đúng của người lớn trong cộng đồng

	$\beta$ (SE)		
	Mô hình 1 Nghe đến từ gọi SSTT (N = 305)	Mô hình 2 Tự đánh giá hiểu về thuật ngữ SSTT (N = 304)	Mô hình 3 Kiến thức SSTT (N = 299)
<i>Các đặc điểm nhân khẩu xã hội</i>			
Tuổi	-0,12 (0,02)	-0,18 (0,02)*	0,07 (0,02)
Giới tính (Nữ)	-0,01 (0,38)	-0,01 (0,44)	-0,03 (0,35)
Tình trạng hôn nhân (Đã kết hôn)	0,05 (0,48)	0,12 (0,55)	-0,00 (0,44)
Tôn giáo (Có)	0,06 (0,54)	-0,01 (0,61)	0,04 (0,49)
Trình độ học vấn (Cao đẳng/Đại học hoặc cao hơn)	0,02 (0,44)	0,05 (0,50)	0,17 (0,40)*
Tình trạng việc làm (Đang đi làm)	0,07 (0,54)	0,05 (0,61)	-0,03 (0,49)
Thu nhập (Từ 9 triệu đồng/tháng trở lên)	0,07 (0,54)*	0,19 (0,47)*	0,30 (0,37)*
Không có bảo hiểm y tế	0,07 (0,54)	-0,01 (0,95)	0,01 (0,78)
<i>Kinh nghiệm với SSTT</i>			
Quen biết ai đó mắc SSTT (Có)	0,11 (0,78)	0,06 (0,91)	-0,01 (0,72)
Đã/đang chăm sóc ai mắc SSTT (Có)	0,08 (1,12)	0,07 (1,29)	0,09 (1,03)
Thông số tổng quát của mô hình			
Hệ số R <sup>2</sup> hiệu chỉnh	0,0623	0,0549	0,1029
VIF	1,34	1,36	1,35

Ghi chú: \* $p < 0,05$ .

Nguồn: Tác giả tổng hợp

#### 4. Bàn luận

Nghiên cứu này đóng góp những thông tin quan trọng nhằm làm rõ thực trạng mức độ nhận biết các thuật ngữ và kiến thức SSTT ở người trưởng thành sinh sống tại cộng đồng khu vực đô thị Việt Nam, điển hình là ở Hà Nội. Các kết quả nghiên cứu nhân mạnh mức độ nhận biết, bao gồm nghe đến và hiểu rõ các thuật ngữ dân gian cao hơn so với các thuật ngữ y khoa. Ngoài ra, thu nhập cho thấy đây là một biến dự báo quan trọng với việc nhận biết thuật ngữ và hiểu về SSTT. Cụ thể, nhóm có thu nhập cao (từ 9 triệu đồng/tháng trở lên) cho thấy mức độ thường xuyên nghe đến, hiểu về thuật ngữ SSTT và có kiến thức SSTT cao hơn hẳn so với nhóm thu nhập thấp hơn (dưới 9 triệu đồng/tháng). Ngoài ra, tuổi đời trẻ hơn có

tương quan thuận với mức độ tự đánh giá hiểu rõ thuật ngữ SSTT, và trình độ học vấn cao (từ cao đẳng, đại học trở lên) cũng có tương quan thuận với trình độ kiến thức SSTT so với nhóm còn lại.

Những kết quả nghiên cứu của đề tài này phản ánh một xu hướng phổ biến trong nhận thức của người dân cộng đồng về SSTT, cụ thể là mức độ quen thuộc và hiểu về các thuật ngữ chi SSTT. Sự quen thuộc và tự tin hiểu rõ của người dân tập trung chủ yếu ở nhóm thuật ngữ dân gian, gồm “lẫn”, “đãng trí” và “bệnh mất trí nhớ”. Điều này nhất quán với các nghiên cứu trước đây với người Việt sinh sống trong nước (Nguyen et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. T., 2023) và người Việt sống tại nước ngoài như tại Mỹ hoặc Úc (Braun et al., 1996; Liu et al., 2008; Meyer et al., 2015; Yeo et al., 2002). Việc sử dụng những thuật ngữ dân gian để gọi SSTT cũng phổ biến ở nhóm người di cư gốc Á, ví dụ như nhóm người Mỹ gốc Hoa và Mỹ gốc Hàn (Casado et al., 2018; Sun et al., 2012).

Mặc dù người dân trong cộng đồng báo cáo mức độ nghe và hiểu ở một phạm vi nhất định với những thuật ngữ y khoa thường sử dụng trong bệnh viện, như “sa sút trí tuệ”, “bệnh teo não” và “bệnh Alzheimer”, mức độ nhận biết những thuật ngữ thuộc nhóm này thấp hơn so với nhóm thuật ngữ dân gian. Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu trước đây (Nguyen et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. T., 2023; Nguyen T. & Levkoff, 2020), và một lần nữa khẳng định sự tồn tại của mô hình niềm tin dân gian (folk model) và niềm tin y sinh (biomedical model) trong nhận thức của người Việt. Đáng chú ý, tuy hai mô hình này cùng tồn tại và cùng được người Việt vận hành trong tiếp nhận và lý giải SSTT, mô hình dân gian cho thấy mức độ ảnh hưởng hơn hẳn. Việc dựa chủ yếu vào mô hình niềm tin dân gian có thể khiến cho người dân đánh đồng SSTT như một hệ quả tất yếu của tuổi già, và do đó, ít quan tâm tới và chủ đích tìm kiếm thông tin và hỗ trợ liên quan đến thăm khám cho bản thân và người nhà khi xuất hiện dấu hiệu SSTT (Hinton et al., 2005; McCleary & Blain, 2013; Nguyen T. et al., 2021).

Khi bàn đến các yếu tố có liên quan đến mức độ nhận biết và kiến thức SSTT, yếu tố thu nhập, cũng như trình độ học vấn và tuổi cho thấy vai trò quan trọng. Một số nghiên cứu đi trước cũng nhấn mạnh vai trò của các yếu tố này tới nhận thức SSTT nói chung (Nguyen T. et al., 2021; Nguyen T. A. et al., 2020; Nguyen T. & Levkoff, 2020; Nguyen T. T., 2023; Truong, 2015). Đặc biệt, thu nhập cho thấy vai trò dự báo có ý nghĩa thống kê ở cả ba biến về mức độ thường xuyên nghe đến, mức độ tự cho rằng hiểu, và kiến thức SSTT. Điều này có thể lý giải rằng nhóm người có thu nhập cao thường có cơ hội tiếp xúc với các nguồn thông tin và nguồn lực khác trong chăm sóc sức khỏe thường xuyên, và do đó, mức độ tiếp nhận và nhận biết, cũng như hiểu biết về SSTT của họ cao hơn nhóm có thu nhập thấp hơn, vốn thường là nhóm có tiếp cận y tế hạn chế hơn. Việc tuổi trẻ và trình độ học vấn cao dự báo mức độ hiểu biết chủ quan và kiến thức SSTT cao hơn có thể là một bằng chứng quan trọng cho thấy các chiến lược giáo dục, nâng cao nhận thức về SSTT cần xây dựng phù hợp cho từng nhóm, cụ thể là nhóm người trẻ và có trình độ học vấn cao, và nhóm người lớn tuổi hơn với trình độ học vấn hạn chế hơn.

Việc diễn giải và vận dụng các kết quả nghiên cứu của đề tài cần chú ý đến các hạn chế của nghiên cứu. Mẫu của nghiên cứu không lớn, lại chỉ tập trung ở một phường nội thành đô thị Hà Nội phản ánh những đặc trưng riêng biệt nên cần cân nhắc trong việc khái quát kết quả nghiên cứu. Việc lựa chọn các biến dự báo trong các mô hình hồi quy tuyến tính đa biến mặc dù đã dựa vào tổng quan nghiên cứu, nhưng chưa phải là những biến tối ưu trong mô hình dự báo, nếu xét đến hệ số  $R^2$  hiệu chỉnh tương đối nhỏ ở cả ba mô hình. Việc mở rộng nghiên cứu và khám phá thêm các biến số dự báo sẽ đóng góp vào khắc phục những hạn chế này.

## 5. Kết luận

Bài viết góp phần làm sáng tỏ những điểm thiếu hụt trong cơ sở lý luận và dữ liệu về mức độ tiếp nhận, nhận biết, và hiểu biết về SSTT ở người trưởng thành sống trong cộng đồng ở khu vực đô thị Việt Nam, đặc biệt là ở thành phố lớn như Hà Nội. Bài viết không chỉ đóng góp những bằng chứng về đánh giá chủ quan của người tham gia nghiên cứu, mà còn cả đánh giá khách quan thông qua thang đo chuẩn hóa đo kiến thức SSTT. Người dân có xu hướng nhận biết và tự đánh giá hiểu các thuật ngữ dân gian về SSTT cao hơn so với các thuật ngữ y khoa. Các yếu tố thu nhập, trình độ học vấn, và tuổi tác có vai trò quan trọng trong dự báo mức độ nhận biết và hiểu đúng về SSTT ở người dân. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc mở rộng nghiên cứu trong tương lai, cũng như xây dựng và phát triển các chương trình giáo dục, nâng cao nhận thức cộng đồng cho từng nhóm đối tượng riêng biệt, ví dụ như nhóm trẻ - nhóm người trung niên - nhóm người cao tuổi, và nhóm trình độ học vấn hạn chế cao.

## Tài liệu tham khảo

- Alzheimer's Disease International. (2024). World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024/>
- Braun, K. L., Takamura, J. C., & Mougeot, T. (1996). Perceptions of dementia, caregiving, and help-seeking among recent Vietnamese immigrants. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11(3), 213-228. <https://doi.org/10.1007/BF00122702>
- Casado, B. L., Hong, M., & Lee, S. E. (2018). Attitudes Toward Alzheimer's Care-Seeking Among Korean Americans: Effects of Knowledge, Stigma, and Subjective Norm. *The Gerontologist*, 58(2), e25-e34. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw253>
- General Statistics Office & United Nations Population Fund. (2016). Vietnam population projection 2014-2049. Vietnam News Agency Publishing House.
- Hinton, L., Franz, C. E., Yeo, G., & Levkoff, S. E. (2005). Conceptions of dementia in a multiethnic sample of family caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(8), 1405-1410. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53409.x>
- Hossain, M., Crossland, J., Stores, R., Dewey, A., & Hakak, Y. (2020). Awareness and understanding of dementia in South Asians: A synthesis of qualitative evidence. *Dementia*, 19(5), 1441-1473. <https://doi.org/10.1177/1471301218800641>
- Johnson, R., Harkins, K., Cary, M., Sankar, P., & Karlawish, J. (2015). The relative contributions of disease label and disease prognosis to Alzheimer's stigma: A vignette-based experiment. *Social Science & Medicine (1982)*, 143, 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.031>
- Liu, D., Hinton, L., Tran, C., Hinton, D., & Barker, J. C. (2008). Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23(3), 283-299. <https://doi.org/10.1007/s10823-008-9075-5>
- McCleary, L., & Blain, J. (2013). Cultural values and family caregiving for persons with dementia. *Indian Journal of Gerontology*, 27(1), 178-201.
- Meyer, O. L., Nguyen, K. H., Dao, T. N., Vu, P., Arean, P., & Hinton, L. (2015). The sociocultural context of caregiving experiences for Vietnamese dementia family caregivers. *Asian American Journal of Psychology*, 6(3), 263-272. <https://doi.org/10.1037/aap0000024>
- Nguyễn Bích Ngọc, Nguyễn Ngọc Hường, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thu Trang, Nguyễn Thị Phương Anh, Nguyễn Quý Phong, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Thanh Bình, Ladson Hinton, Phạm Thắng. (2018). Những thách thức đối với hệ thống y tế trong việc cung cấp và duy trì bền vững các can thiệp dựa vào cộng đồng dành cho người chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ cao tuổi tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Số 470 (1).

Nguyen, T. A., Dang, T. H., Tran, K., Kim, G. B., Brodaty, H., Pham, T., Pham, T. L., Crotty, M., Kurrle, S., Hinton, L., Esterman, A., Nguyen, T. A., & Roughead, E. E. (2020). Dementia in Vietnam: A situational analysis. *Alzheimer's & Dementia*. 16(S10), e039252. <https://doi.org/10.1002/alz.039252>

Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Ngọc Hoàng, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thu Trang, Nguyễn Thị Phương Anh, Nguyễn Quý Phong, Nguyễn Bích Ngọc, Ladson Hinton, Phạm Thắng. (2018). Giới thiệu chương trình can thiệp REACH của mỹ và ứng dụng cho Việt Nam trong xây dựng chương trình hỗ trợ các gia đình chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ tại cộng đồng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Số 468 (1).

Nguyen, T., & Levkoff, S. (2020). What Will Come Will Come. The Journey of Adjustment and Acceptance on the Path of Dementia Care Among Vietnamese Family Caregivers. *Qualitative Health Research*. 30(10), 1529-1545. <https://doi.org/10.1177/1049732320919390>

Nguyen, T., Levkoff, S., & Nguyen, H. (2021). He is just getting old, you know. The role of cultural and health beliefs in shaping the help-seeking process of family members caring for persons with dementia in Vietnam. *Ethnicity & Health*. 27(7), 1630-1651. <https://doi.org/10.1080/13557858.2021.1922612>

Nguyen, T. T. (2023). Here, we describe them as forgetful, confused, and absent-minded. Dementia knowledge, stigma, and care plan among Vietnamese adults in rural area. *Aging & Mental Health*. 28(6), 927-935. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2293053>

Rubin, A., & Babbie, E. (2001). Two logical systems. In *Research methods for social work* (4th ed., pp. 58-66). Wadsworth-Thomson Learning.

Sun, F., Ong, R., & Burnette, D. (2012). The influence of ethnicity and culture on dementia caregiving: A review of empirical studies on Chinese Americans. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 27(1), 13-22. <https://doi.org/10.1177/1533317512438224>

Tatarski, M. (2016, April 13). Rapid Aging Threatens Vietnam's Growth. *AEC News Today*. <https://aecnewstoday.com/2016/rapid-aging-threatens-vietnams-growth/>

Truong, Q. T. (2015). The quality of life and caregiving burden among caregivers of people with dementia in Hanoi, Bac Ninh and Hai Phong, Vietnam [Thesis, Queensland University of Technology]. <http://eprints.qut.edu.au/82287/>

Vietnam Ministry of Health. (2019, June 19). Dementia has been increasing in older adult population. Ministry of Health Portal. [https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset\\_publisher/7ng11fEWgASC/content/benh-sa-sut-tri-tue-o-nguoi-gia-ngay-cang-tang?inheritRedirect=false](https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/benh-sa-sut-tri-tue-o-nguoi-gia-ngay-cang-tang?inheritRedirect=false)

Yeo, G., Tran, J. N. U., Hikoyeda, N., & Hinton, L. (2002). Conceptions of dementia among Vietnamese American caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*. 36(1-2), 131-152. [https://doi.org/10.1300/J083v36n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J083v36n01_08)