Nghiên cứu nguyên bản

KẾT QUẢ CAN THIỆP DỰ PHÒNG SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Results of a preventive intervention for cognitive decline among older adults in Da Nang city

Nguyễn Trọng Thiện[1]; Nguyễn Thị Ngọc Linh[1]; Trương Văn Dũng[1]; Nguyễn Thị Thuỳ Anh[1]; Cao Chí Hiếu[1]; Ngô Hữu Thuận[1]; Nguyễn Hoài Trung[1]; Phan Thị Hải Vân[1]; Trần Xuân Trình[1] và Nguyễn Tấn Dũng[1*]

[1]Bệnh Viện C Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: nguyentandungbvc@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp dự phòng suy giảm nhận thức và cải thiện chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng được thực hiện trên 410 người cao tuổi (≥60 tuổi) đang sinh sống tại thành phố Đà Nẵng từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025. Đối tượng được chia thành hai nhóm: nhóm can thiệp (205 người) và nhóm chứng (205 người). **Kết quả:** Trước can thiệp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tuổi, giới tính, tỷ lệ suy giảm nhận thức và điểm chất lượng cuộc sống giữa hai nhóm (p > 0,05). Sau can thiệp, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp giảm xuống còn 43,6%, thấp hơn so với nhóm chứng (56,4%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,208). Điểm chất lượng cuộc sống chung của nhóm can thiệp (66,8 ± 10,3) cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (62,5 ± 11,1) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Các lĩnh vực thể chất và quan hệ xã hội ở nhóm can thiệp cũng cải thiện đáng kể so với nhóm chứng (p < 0,05). **Kết luận:** Chương trình can thiệp dự phòng suy giảm nhận thức có xu hướng làm giảm tỷ lệ suy giảm nhận thức và góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại cộng đồng, đặc biệt ở các lĩnh vực thể chất và quan hệ xã hội.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức, người cao tuổi, can thiệp cộng đồng, chất lượng cuộc sống, WHOQOL-BREF, Đà Nẵng.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an intervention program for preventing cognitive decline and improving quality of life among older adults in Da Nang City. **Subjects and Methods:** A community-based intervention study with a control group was conducted on 410 older adults (≥60 years old) living in Da Nang City from January 2025 to December 2025. Participants were divided into two groups: an intervention group (205 participants) and a control group (205 participants). **Results:** Before the intervention, there were no statistically significant differences between the two groups regarding age, gender, prevalence of cognitive decline, and quality of life scores (p > 0.05). After the intervention, the prevalence of cognitive decline in the intervention group decreased to 43.6%, which was lower than that in the control group (56.4%); however, the difference was not statistically significant (p = 0.208). The overall quality of life score in the intervention group (66.8 ± 10.3) was significantly higher than that in the control group (62.5 ± 11.1) (p < 0.001). The physical health and social relationship domains in the intervention group also showed significant improvement compared to the control group (p < 0.05). **Conclusion:** The preventive intervention program for cognitive decline showed a tendency to reduce the prevalence of cognitive decline and

contributed to improving the quality of life of older adults in the community, particularly in the domains of physical health and social relationships.

Keywords: Cognitive decline, older adults, community intervention, quality of life, WHOQOL-BREF, Da Nang.

Received: 19/05/2026 |	Accepted: 21/05/2026 |	Publication date: 01/09/2026 |

©The author. This **open-access** work is licensed under a CC BY 4.0 License

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu và trở thành một trong những thách thức lớn đối với hệ thống y tế và xã hội. Cùng với sự gia tăng tuổi thọ, các vấn đề sức khỏe liên quan đến lão hóa, đặc biệt là suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ, ngày càng phổ biến. Suy giảm nhận thức ở người cao tuổi là tình trạng giảm sút các chức năng nhận thức như trí nhớ, chú ý, khả năng xử lý thông tin và chức năng điều hành, có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống. Đây được xem là giai đoạn trung gian giữa quá trình lão hóa bình thường và sa sút trí tuệ, đồng thời là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến bệnh Alzheimer và các dạng sa sút trí tuệ khác.[1]

Trong những năm gần đây, nhiều bằng chứng khoa học cho thấy suy giảm nhận thức không phải là hậu quả tất yếu của quá trình lão hóa mà có thể được phòng ngừa hoặc làm chậm tiến triển thông qua các biện pháp can thiệp phù hợp. Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng và tổng quan hệ thống đã chỉ ra rằng các chương trình can thiệp không dùng thuốc, đặc biệt là các can thiệp đa lĩnh vực bao gồm luyện tập nhận thức, tăng cường hoạt động thể lực, cải thiện chế độ dinh dưỡng và tăng cường tương tác xã hội, có thể giúp cải thiện chức năng nhận thức và làm chậm quá trình suy giảm nhận thức ở người cao tuổi.[2,3]

Một thử nghiệm ngẫu nhiên gần đây trên người cao tuổi sống tại cộng đồng cho thấy chương trình can thiệp đa thành phần bao gồm huấn luyện nhận thức kết hợp hướng dẫn lối sống lành mạnh có thể cải thiện đáng kể các chỉ số chức năng nhận thức, đặc biệt là trí nhớ và khả năng chú ý sau thời gian can thiệp.[4] Ngoài ra, các nghiên cứu theo dõi dài hạn cũng ghi nhận rằng các chương trình huấn luyện nhận thức có thể mang lại hiệu quả lâu dài, giúp làm chậm sự suy giảm trí nhớ và duy trì khả năng nhận thức trong nhiều năm ở người cao tuổi có nguy cơ suy giảm nhận thức.[5]

Bên cạnh chức năng nhận thức, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi cũng là một chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả của các chương trình chăm sóc và can thiệp sức khỏe. Suy giảm nhận thức thường đi kèm với sự suy giảm về sức khỏe thể chất, trạng thái tâm lý và khả năng tham gia các hoạt động xã hội, từ đó làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Do đó, các chương trình can thiệp nhằm dự phòng suy giảm nhận thức không chỉ có ý nghĩa trong việc bảo tồn chức năng nhận thức mà còn góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và thúc đẩy quá trình lão hóa khỏe mạnh trong cộng đồng.

Tại Việt Nam, tốc độ già hóa dân số đang gia tăng nhanh chóng, đặc biệt ở các đô thị lớn như thành phố Đà Nẵng. Tuy nhiên, các nghiên cứu can thiệp cộng đồng nhằm dự phòng suy giảm nhận thức và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi vẫn còn hạn chế. Việc triển khai và đánh giá hiệu quả các chương trình can thiệp phù hợp với điều kiện thực tiễn địa phương là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho các chiến lược chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trong cộng đồng.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả can thiệp dự phòng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng" nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp đối với tình trạng suy giảm nhận thức và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang sinh sống tại thành phố Đà Nẵng tại thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người cao tuổi 60 tuổi trở lên được quản lý bởi trạm Y tế xã/phường. Trạm Y tế xã/phường có cung cấp dịch vụ y tế cơ bản cho người cao tuổi, bao gồm khám sức khỏe định kỳ, chẩn đoán và điều trị các bệnh lý phổ biến, cung cấp thuốc và tư vấn sức khỏe.

+ Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người khiếm thính, khiếm thị, bị bệnh nặng không thể tham gia nghiên cứu.

+ Người có trình độ học vấn kém, khó khăn trong việc kiểm tra bộ công cụ MMSE.

+ Vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 01/2025-12/2025

Địa điểm: Thành phố Đà Nẵng

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng.

4. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu can thiệp: Được tính theo công thức công thức nghiên cứu gồm 2 mẫu độc lập, kiểm định 2 tỷ lệ:

$$n = 2(\frac{Z_{1-\frac{\propto}{2}} + Z_{1-\beta}}{ES})^2$$

$$ES = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{p(1-p)}}$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Trong đó:

n: Số đối tượng cần nghiên cứu

α: Mức ý nghĩa thống kê

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với α được chọn.

Với α = 0,05 nên $Z_{1-\alpha/2}$= 1,96

(khoảng tin cậy bằng 95%), tương ứng với β = 0,02 nên $Z_{1-\beta}$ là 1,28.

p_1: Tỷ lệ suy giảm nhận thức trước can thiệp

p_2: Tỷ lệ suy giảm nhận thức sau can thiệp

DE = 2: hệ số thiết kế

Với p_1 là 30,7%, p_2 dự kiến là 16,5%.

Cỡ mẫu điều tra để thu thập của mỗi nhóm tối thiểu là 188 người. Tuy nhiên trong quá trình can thiệp có thể bị mất mẫu và ước tính mất mẫu khoảng 10%, nên cỡ mẫu của mỗi nhóm là 205 người. Chúng tôi chọn nhóm chứng và nhóm can thiệp theo tỷ lệ 1:1.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn ngẫu nhiên đơn: 6 phường/xã là nhóm can thiệp và 12 phường/xã còn lại là nhóm chứng. Sau đó chọn ngẫu nhiên các đối tượng nghiên cứu vào 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng dựa trên danh sách ở 6 phường/xã nhóm phường can thiệp và 12 phường/xã nhóm chứng.

5. Các biến số

- Thông tin về tên, tuổi, giới tính nhằm cho việc quản lý và nhập liệu.

- So sánh tỷ lệ, điểm suy giảm nhận thức ở NCT tại thành phố Đà Nẵng trước và sau can thiệp, gồm 2 nhóm: Có và không có SGNT.

- So sánh sự thay đổi chất lượng cuộc sống WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF).

6. Phương pháp và tiêu chuẩn đánh giá thang đo

a) Thang đo Đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental Status Examination, MMSE): Thang đo Đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental Status Examination, MMSE) MMSE là một thang đo gắn gọn về tình trạng nhận thức ở người lớn được Marshal F. Folstem xuất bản lần đầu năm 1975.[6] Thang đo MMSE có thể được sử dụng để sàng lọc, ước tính mức độ nghiêm trọng suy giảm nhận thức tại một thời điểm nhất định, theo dõi quá trình thay đổi nhận thức ở một cá nhân theo thời gian và ghi lại phản ứng của cá nhân với việc điều trị. Thang đo MMSE đã chứng minh tính hợp lệ và độ tin cậy trong tâm thần, thần kinh, lão khoa và các khoa khác. Tháng đo này hiện tại đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam. Nguyễn Kinh Quốc và Vũ Anh Nhị đã chuẩn hóa thang đo MMSE bằng tiếng Việt.[7]

Với Thang đo MMSE đánh giá[8,9] như sau: Không có suy giảm nhận thức : ≥ 24 điểm

c) Thang đo chất lượng cuộc sống của tổ chức y tế thế giới (WHOQOL-BREF)

- WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF) là một công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống được phát triển bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Công cụ này đo lường các khía cạnh khác nhau của chất lượng cuộc sống, bao gồm sức khỏe vật lý, tâm lý, mối quan hệ xã hội và môi trường sống.

- WHOQOL-BREF là một bảng câu hỏi bao gồm 26 mục để đánh giá chất lượng cuộc sống (QOL). Hai mục đầu tiên được đánh giá và cho điểm độc lập để đánh giá nhận thức chung về QoL (Q1) và mức độ hài lòng với sức khỏe nói chung (Q2). Các 24 mục còn lại bao gồm 24 khía cạnh của 4 lĩnh vực gồm Môi trường (8 mục), Sức khỏe thể chất (7 mục), Sức khỏe tâm lý (6 mục) và Mối quan hệ xã hội (3 mục). Thang đo Likert 5 điểm được sử dụng để xếp hạng các mục này, từ 1 (rất kém/rất không hài lòng/hoàn toàn không/không bao giờ) đến 5 (rất tốt/rất hài lòng/cực kỳ/luôn luôn).

- Tổng số điểm của bốn lĩnh vực đã được tính toán để kiểm tra nhận thức của một người về QOL trong từng lĩnh vực tương ứng. Điểm cao hơn cho thấy QOL cao hơn.

7. Phương pháp thu thập số liệu

Thành lập nhóm nghiên cứu: gồm các nghiên cứu viên của Bệnh viện C, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng và các điều tra viên của các Trạm y tế xã/phường liên quan.

Tổ chức tập huấn cho cán bộ tham gia thực hiện nghiên cứu, cán bộ y tế trung tâm, cán bộ y tế quận/huyện và xã/phường, các cộng tác viên tham gia nghiên cứu.

Cộng tác viên và cán bộ Trạm Y tế tại các xã viết giấy mời, mời trực tiếp tại nhà đến các đối tượng được chọn vào danh sách để tiến hành khảo sát cộng đồng.

8. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

- Thu thập toàn bộ mẫu, danh sách, phiếu điều tra và làm sạch số liệu trước khi nhập.

- Số liệu đã được mã hóa, tiến hành nhập vào epidata 3.1, sau đó kiểm tra để chắc chắn dữ liệu không có lỗi trước khi đăng xuất sang phần mềm.

- Sử dụng phần mềm SPSS để thống kê và xử lý. Phân tích đơn biến: So sánh các tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2 (Chi-squared test) hoặc phép kiểm chính xác Fisher (Fisher's exact test) khi có > 20% tần số mong đợi trong bảng < 5. Chi bình phương của Mc'Nemar để so sánh hiệu quả trước sau theo tỷ lệ.

9. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu và chỉ tiến hành khi có đồng thuận của các đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của những đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ kín và các đối tượng nghiên cứu có thể thông tin liên lạc với nghiên cứu viên chính khi cần thiết. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu (kể cả kết quả cận lâm sàng) sẽ được phản hồi cho các đối tượng nghiên cứu rõ để các đối tượng nghiên cứu cùng tham gia hợp tác. Kết quả nghiên cứu thu thập được có thể làm cơ sở cho các hoạt động nghiên cứu.

Đối với nhóm chứng người cao tuổi, cán bộ y tế thực hiện tư vấn tại thời điểm khảo sát và tiến hành thực hiện khảo sát và tư vấn theo các thời điểm nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		*p*
	n	%	n	%	
Tuổi					
< 65	55	43,3	72	56,7	0,069
≥ 65	150	53,0	133	47,0	
Giới tính					
Nam	85	50,3	84	49,7	0,920
Nữ	120	49,8	121	50,2	
Tổng	**205**	**100,0**	**205**	**100,0**	

Ở nhóm tuổi, tỷ lệ người ≥65 tuổi chiếm 53,0% ở nhóm can thiệp và 47,0% ở nhóm chứng; trong khi nhóm <65 tuổi chiếm lần lượt 43,3% và 56,7%. Sự khác biệt về phân bố tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (*p* = 0,069) (**bảng 1**).

Về giới tính, nam giới chiếm 50,3% ở nhóm can thiệp và 49,7% ở nhóm chứng; nữ giới chiếm tương ứng 49,8% và 50,2%. Sự khác biệt về giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0,920).

2. Tình trạng suy giảm nhận thức trước và sau can thiệp

Bảng 2. Tình trạng suy giảm nhận thức trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		*p*
	n	%	n	%	
SGNT trước can thiệp					
Có	43	53,1	38	46,9	0,535
Không	162	49,2	167	50,8	
SGNT sau can thiệp					
Có	34	43,6	44	56,4	0,208
Không	171	51,5	161	48,5	
Tổng	**205**	**100,0**	**205**	**100,0**	

Trước can thiệp, tỷ lệ người cao tuổi có suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp là 53,1%, cao hơn so với 46,9% ở nhóm chứng; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,535) (**bảng 2**).

Sau can thiệp, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp giảm xuống còn 43,6%, trong khi ở nhóm chứng là 56,4%. Mặc dù tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng sau can thiệp, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,208).

3.3. Chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp

Bảng 3. So sánh điểm chất lượng cuộc sống giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp

Đặc điểm	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	*p*
Thể chất	53,3 ± 20,7	55,0 ± 20,0	0,390
Tâm lý	64,9 ± 20,4	67,4 ± 20,0	0,217
Quan hệ xã hội	60,6 ± 23,4	58,8 ± 23,9	0,444
Môi trường sống	56,5 ± 19,7	57,7 ± 19,1	0,535
CLCS chung	58,8 ± 10,2	59,7 ± 11,2	0,418

Điểm thể chất ở nhóm can thiệp là 53,3 ± 20,7, so với 55,0 ± 20,0 ở nhóm chứng (p = 0,390) (**bảng 3**). Điểm tâm lý lần lượt là 64,9 ± 20,4 và 67,4 ± 20,0 (p = 0,217). Điểm quan hệ xã hội là 60,6 ± 23,4 và 58,8 ± 23,9 (p = 0,444). Điểm môi trường sống là 56,5 ± 19,7 và 57,7 ± 19,1 (p = 0,535). Điểm chất lượng cuộc sống chung của nhóm can thiệp là 58,8 ± 10,2, trong khi nhóm chứng là 59,7 ± 11,2; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,418).

Bảng 4. So sánh điểm chất lượng cuộc sống giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp

Đặc điểm	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	*p*
Thể chất	62,5 ± 20,8	58,1 ± 20,2	0,032
Tâm lý	73,3 ± 19,6	69,8 ± 19,4	0,073
Quan hệ xã hội	67,6 ± 22,9	61,7 ± 23,7	0,012
Môi trường sống	63,8 ± 19,8	60,5 ± 18,4	0,072
CLCS chung	66,8 ± 10,3	62,5 ± 11,1	<0,001

Điểm thể chất ở nhóm can thiệp là 62,5 ± 20,8, cao hơn so với 58,1 ± 20,2 ở nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,032) (**bảng 4**). Điểm quan hệ xã hội của nhóm can thiệp (67,6 ± 22,9) cũng cao hơn nhóm chứng (61,7 ± 23,7) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,012). Đối với các lĩnh vực tâm lý và môi trường sống, điểm trung bình ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Điểm chất lượng cuộc sống chung của nhóm can thiệp (66,8 ± 10,3) cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (62,5 ± 11,1), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 5. So sánh điểm chất lượng cuộc sống của nhóm chứng trước và sau thời gian theo dõi

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	*p*
Thể chất	55,0 ± 20,0	58,1 ± 20,2	<0,001
Tâm lý	67,4 ± 20,0	69,8 ± 19,4	<0,001
Quan hệ xã hội	58,8 ± 23,9	61,7 ± 23,7	<0,001
Môi trường sống	57,7 ± 19,1	60,5 ± 18,4	<0,001
CLCS chung	59,7 ± 11,2	62,5 ± 11,1	<0,001

Điểm thể chất tăng từ 55,0 ± 20,0 lên 58,1 ± 20,2, điểm tâm lý từ 67,4 ± 20,0 lên 69,8 ± 19,4, điểm quan hệ xã hội từ 58,8 ± 23,9 lên 61,7 ± 23,7, và điểm môi trường sống từ 57,7 ± 19,1 lên 60,5 ± 18,4 (**bảng 5**). Điểm chất lượng cuộc sống chung tăng từ 59,7 ± 11,2 lên 62,5 ± 11,1. Tất cả các thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 6. So sánh điểm chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	*p*
Thể chất	53,3 ± 20,7	62,5 ± 20,8	<0,001
Tâm lý	64,9 ± 20,4	73,3 ± 19,6	<0,001

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	*p*
Quan hệ xã hội	60,6 ± 23,4	67,6 ± 22,9	<0,001
Môi trường sống	56,5 ± 19,7	63,8 ± 19,8	<0,001
CLCS chung	58,8 ± 10,2	66,8 ± 10,3	<0,001

Điểm thể chất tăng từ 53,3 ± 20,7 lên 62,5 ± 20,8; điểm tâm lý từ 64,9 ± 20,4 lên 73,3 ± 19,6; điểm quan hệ xã hội từ 60,6 ± 23,4 lên 67,6 ± 22,9; điểm môi trường sống từ 56,5 ± 19,7 lên 63,8 ± 19,8. Điểm chất lượng cuộc sống chung tăng từ 58,8 ± 10,2 lên 66,8 ± 10,3 (**bảng 6**). Các thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy hai nhóm nghiên cứu có đặc điểm nhân khẩu học tương đối tương đồng. Tỷ lệ người cao tuổi ≥65 tuổi chiếm 53,0% ở nhóm can thiệp và 47,0% ở nhóm chứng; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,069). Đồng thời, phân bố giới tính giữa hai nhóm cũng gần tương đương, với tỷ lệ nam và nữ gần như ngang nhau và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,920). Điều này cho thấy việc phân nhóm trong nghiên cứu đảm bảo tính đồng nhất ban đầu giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, qua đó giúp hạn chế sai lệch và tạo điều kiện thuận lợi để đánh giá chính xác hiệu quả của chương trình can thiệp.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu can thiệp cộng đồng trên người cao tuổi, trong đó các nhóm nghiên cứu thường được thiết kế sao cho các đặc điểm cơ bản như tuổi và giới tính không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nhằm đảm bảo tính so sánh của kết quả. Nghiên cứu của Ngandu Tiia trong thử nghiệm can thiệp đa yếu tố phòng ngừa suy giảm nhận thức ở người cao tuổi (FINGER trial) cũng ghi nhận rằng các nhóm nghiên cứu có đặc điểm nhân khẩu học tương đương trước khi triển khai can thiệp, giúp tăng độ tin cậy của kết quả đánh giá hiệu quả chương trình.[10]

Bên cạnh đó, cấu trúc tuổi của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này tương đối phù hợp với đặc điểm dân số già hóa tại nhiều quốc gia châu Á. Theo tổng quan hệ thống của Prince Martin và cộng sự về dịch tễ học sa sút trí tuệ toàn cầu, tỷ lệ suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ tăng nhanh sau 65 tuổi, do đó nhóm tuổi này thường được lựa chọn làm đối tượng trọng tâm trong các chương trình dự phòng suy giảm nhận thức.[11]

4.2. Tình trạng suy giảm nhận thức trước và sau can thiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy trước can thiệp, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp là 53,1%, cao hơn nhóm chứng (46,9%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,535). Điều này cho thấy tình trạng suy giảm nhận thức ban đầu giữa hai nhóm là tương đương, đảm bảo tính so sánh khi đánh giá hiệu quả can thiệp.

Sau can thiệp, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp giảm xuống còn 43,6%, trong khi ở nhóm chứng là 56,4%. Mặc dù sự khác

biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,208), kết quả này cho thấy xu hướng cải thiện nhận thức ở nhóm được can thiệp. Sự thay đổi này có thể phản ánh tác động tích cực của các biện pháp can thiệp trong việc duy trì hoặc cải thiện chức năng nhận thức của người cao tuổi.

Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng các chương trình can thiệp đa thành phần bao gồm hoạt động thể lực, kích thích nhận thức, chế độ dinh dưỡng và quản lý các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể giúp làm chậm quá trình suy giảm nhận thức ở người cao tuổi. Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nổi tiếng của Ngandu Tiia và cộng sự cho thấy chương trình can thiệp đa lĩnh vực trong 2 năm giúp cải thiện đáng kể chức năng nhận thức toàn cầu so với nhóm chứng ở người cao tuổi có nguy cơ cao[10].

Ngoài ra, tổng quan hệ thống của Livingston Gill và cộng sự trên tạp chí The Lancet cũng cho thấy khoảng 40% các trường hợp sa sút trí tuệ có thể được phòng ngừa hoặc trì hoãn thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi như hoạt động thể lực, giao tiếp xã hội, kiểm soát bệnh tim mạch và tăng cường hoạt động nhận thức.[12] Do đó, xu hướng giảm tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp trong nghiên cứu này có thể phản ánh hiệu quả bước đầu của chương trình dự phòng được triển khai.

4.3. Chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy trước can thiệp, điểm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các lĩnh vực, bao gồm thể chất, tâm lý, quan hệ xã hội và môi trường sống. Điều này cho thấy hai nhóm nghiên cứu có mức chất lượng cuộc sống ban đầu tương đối tương đồng, phù hợp để đánh giá tác động của chương trình can thiệp.

Sau can thiệp, điểm chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ở hầu hết các lĩnh vực. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận ở lĩnh vực thể chất (p = 0,032), quan hệ xã hội (p = 0,012) và đặc biệt là điểm chất lượng cuộc sống chung (p < 0,001). Điều này cho thấy chương trình can thiệp không chỉ có tác động đến sức khỏe thể chất mà còn góp phần cải thiện sự gắn kết xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống tổng thể của người cao tuổi.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế về chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Skevington Suzanne M và cộng sự khi phát triển thang đo WHOQOL cho thấy chất lượng cuộc sống của người cao tuổi chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi sức khỏe thể chất, trạng thái tâm lý và sự tham gia xã hội [13]. Các chương trình can thiệp cộng đồng nhằm tăng cường hoạt động thể lực, giao tiếp xã hội và hỗ trợ tâm lý được chứng minh là có thể cải thiện đáng kể các lĩnh vực này.

Đáng chú ý, trong phân tích trước – sau can thiệp, cả hai nhóm đều có sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống theo thời gian, tuy nhiên mức cải thiện ở nhóm can thiệp lớn hơn rõ rệt. Điều này có thể phản ánh tác động tích cực của chương trình can thiệp cũng như sự thích nghi tự nhiên của người cao tuổi trong quá trình theo dõi. Nghiên cứu của Rejeski W Jack cũng cho thấy các chương trình tăng cường hoạt động thể lực và tham gia xã hội có thể cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và khả năng hoạt động chức năng của người cao tuổi sống trong cộng

đồng.[14]

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp dự phòng suy giảm nhận thức không chỉ có tiềm năng cải thiện chức năng nhận thức mà còn góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Điều này phù hợp với định hướng "lão hóa khỏe mạnh" do World Health Organization đề xuất, trong đó nhấn mạnh việc duy trì khả năng hoạt động, sức khỏe tinh thần và sự tham gia xã hội của người cao tuổi như những yếu tố cốt lõi để nâng cao chất lượng cuộc sống trong quá trình già hóa.

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm can thiệp có xu hướng giảm so với nhóm chứng, cho thấy chương trình can thiệp bước đầu có tác động tích cực trong dự phòng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi. Chương trình can thiệp góp phần cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống của người cao tuổi, đặc biệt ở lĩnh vực thể chất, quan hệ xã hội và điểm chất lượng cuộc sống chung so với nhóm chứng.

KHUYẾN NGHỊ

Khuyến nghị tăng cường thăm khám tứ chẩn (đặc biệt lưỡi–mạch) để phân thể suy tim mạn, ưu tiên hướng trị cho các thể gặp nhiều như khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ. Việc điều trị cần cá thể hóa theo chứng–thể và chú ý khác biệt theo giới để tối ưu hiệu quả và cải thiện triệu chứng.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện C Đà Nẵng theo số quyết định 135/HDDD-BVC ngày 29/01/2024 của Bệnh viện C Đà Nẵng.

Nguồn tài trợ:

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Ủy ban nhân dân thành phố Đà Nẵng.

Xung đột lợi ích:

Không.

Công bố trước đó (nếu có):

Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Velloso V, Latgé-Tovar S, Bomilcar I, Mograbi DC. Cognitive interventions for healthy older adults: a systematic meta-review. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*. 2025;25(1):100538. DOI:10.1016/j.ijchp.2024.100538

2. Qin R, Li Z, Gong L, et al. The effect of integrated care interventions on cognitive decline among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2025;138:105952. DOI:10.1016/j.archger.2025.105952

3. Yi Q, Wang W, Qi Y, et al. The impact of multidomain interventions on cognitive and physical function in older adults with subjective cognitive decline: a meta analysis and systematic review. *PeerJ*. 2025;13:e19588. DOI:10.7717/peerj.19588

4. Wang P, Yang T, Peng W, et al. Effects of a multicomponent intervention with cognitive training and lifestyle guidance for older adults at risk of dementia: a randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2024;85(2):23m15112. DOI:10.4088/jcp.23m15112.

5. Belleville S, Cuesta M, Bier N, et al. Five-year effects of cognitive training in individuals with mild cognitive impairment. *Alzheimer's &*

Dementia (Amsterdam, Netherlands). 2024;16(3):e12626. DOI:10.1002/dad2.12626

6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189-198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

7. Nguyễn Kinh Quốc VAN. Khảo sát thang điểm mini-mental state examination (MMSE) trên người Việt Nam bình thường. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2006;10(1):237.

8. Nguyễn Hoàng Ngọc LĐT. Nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE. Báo cáo khoa học 88, *Hội Thần kinh học Việt Nam*. 2012.

9. Đoàn Văn Sỹ, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thành Long. Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;506(2):279-282. DOI:10.51298/vmj.v506i2.1295.

10. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9984):2255-2263. DOI:10.3410/f.725390655.793534399

11. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(1):63-75.e2. DOI:10.1016/j.jalz.2012.11.007

12. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*. 2020;396(10248):413-446. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30367-6

13. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research.* 2004;13(2):299-310. DOI:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

14. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(Spec No 2):23-35. DOI:10.1093/gerona/56.suppl_2.23