

THỬ NGHIỆM ĐÁNH GIÁ HRQOL CHO NGƯỜI CAO TUỔI PHÚC YÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN CÁCH SẮP XẾP CUỘC SỐNG

Lê Xuân Điệp¹, Trần Văn Tiên¹,
Vũ Mạnh Trường¹, Nguyễn Thị Hồng Vân¹

Tóm tắt: Cách sắp xếp cuộc sống của người cao tuổi đã được chứng minh có ảnh hưởng chặt chẽ đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL) của họ. Tại Việt Nam hiện nay chưa có tác giả nào quan tâm nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa các cách sắp xếp cuộc sống đối với HRQOL của người cao tuổi. Nghiên cứu này là tiền đề cho một nghiên cứu đánh giá sức khỏe cộng đồng lớn hơn, đồng thời là căn cứ cho việc xây dựng các cơ chế chính sách hỗ trợ cuộc sống của người cao tuổi nhằm đảm bảo mục tiêu lão hóa khỏe mạnh trước nguy cơ già hóa dân số nhanh của Việt Nam hiện tại và tương lai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi khu vực thành thị có HRQOL tốt hơn khu vực nông thôn Việt Nam và cách sắp xếp cuộc sống tại hai khu vực cũng có sự khác biệt lớn. Cần quan tâm hơn tới sức khỏe tinh thần của người cao tuổi sống một mình và sức khỏe thể chất của người cao tuổi sống với con cái trưởng thành.

Từ khóa: sức khỏe người cao tuổi, phương pháp tiếp cận, người cao tuổi, Phúc Yên.

1. MỞ ĐẦU

Tốc độ già hóa của người Việt Nam đang diễn ra ở mức rất nhanh và già hóa dân số được cho là thách thức đối với nền kinh tế xã hội Việt Nam trong tương lai. Sự thành công trong việc ứng dụng các thành tựu y học phát triển cùng với sự thành công của các chương trình kế hoạch hóa gia đình làm tỷ lệ trẻ sơ sinh đã liên tục giảm mạnh, đồng thời cũng nâng tuổi thọ bình quân của người Việt Nam từ 68.6 năm 1999 lên tới 76.6 vào năm 2019 [1]. Cũng theo dự báo của Liên Hiệp Quốc, số lượng người 60+ sẽ chiếm 23% dân số Việt Nam vào năm 2050[2]. Với quá trình lão hóa nhanh chóng như hiện nay, sức khỏe của NCT Việt Nam cần được quan tâm nhiều hơn. Mặc dù những tiến bộ trong công nghệ y tế, cải thiện lối sống và phát triển kinh tế xã hội đã mang lại nhiều lợi ích (vd: tăng tuổi thọ trung bình), tuy nhiên các vấn đề về sức khỏe tổng thể của NCT khi số lượng tăng nhanh vẫn đang trở nên tồi tệ hơn. Năm 2015, LHQ đã đề xuất các “Mục tiêu phát triển bền vững đến năm 2030”, một mục tiêu cụ thể về sức khỏe được quan tâm là: đảm bảo cuộc sống khỏe mạnh và tăng cường hạnh phúc cho con người ở mọi lứa tuổi [3]. Tỷ lệ tăng ngày càng nhanh và sức khỏe suy giảm của dân số cao tuổi sẽ tạo thêm nhiều thách

¹ Trường Đại học Sư phạm Hà Nội 2

thức cả về kinh tế và y tế cộng đồng đối với đất nước Việt Nam. Già hóa khỏe mạnh đã trở thành một vấn đề lớn đối với các nhà quản lý, hoạch định chính sách và nghiên cứu.

Ngay từ năm 2000, việc sắp xếp cuộc sống đã được LHQ xác định là một trong những mối quan tâm cấp bách nhất của già hóa dân số. Cách sắp xếp cuộc sống của NCT đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ đến sức khỏe của họ [4]. Việc sắp xếp cuộc sống là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe và có thể phản ánh các mô hình sống của xã hội và các sự hỗ trợ của xã hội đối với NCT, đồng thời sắp xếp cuộc sống cũng gắn chặt với trách nhiệm chăm sóc NCT trong xã hội đó [5]. Có rất nhiều người có quan điểm tin rằng các trợ giúp về cuộc sống từ người thân tốt hơn các chế độ phúc lợi xã hội trong việc bảo vệ sức khỏe NCT vì các quan điểm truyền thống Á Đông của dân tộc Việt Nam. Tuy nhiên, do kết quả của sự phát triển kinh tế, tốc độ đô thị hóa và phát triển xã hội ngày càng nhanh, truyền thống hàng thế kỷ về cấu trúc cuộc sống gia đình cho NCT đã thay đổi mạnh trong những thập kỷ gần đây [6]. Theo đó, tỷ lệ NCT không sống cùng con cái và tỷ lệ hộ gia đình chỉ có một cặp vợ chồng trong dân số đã tăng lên đáng kể [7]. Bên cạnh đó, không giống như một số nước phát triển đã có hệ thống phúc lợi xã hội cho NCT phát triển, Việt Nam vẫn chưa hoàn thiện hệ thống phúc lợi xã hội cho NCT. Việc phân tích tác động của các cách sắp xếp cuộc sống khác nhau của NCT Việt Nam đối với sức khỏe của họ có ý nghĩa thực tế, không chỉ có thể đưa ra một số đóng góp cải thiện sức khỏe của NCT mà còn là các cơ sở phát triển chính sách để xây dựng cuộc sống hợp lý hơn qua đó đảm bảo các yếu tố sức khỏe cho NCT.

Các báo cáo gần đây cho thấy, việc sắp xếp cuộc sống có ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong, khuyết tật chức năng, suy giảm nhận thức, sức khỏe tâm lý, và tự đánh giá sức khỏe của NCT [8]. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL), được định nghĩa là sức khỏe thể chất và tinh thần được nhận thức của một cá nhân hoặc một nhóm theo thời gian. Có rất nhiều biện pháp đánh giá HRQOL, các phương pháp phổ biến hiện nay bao gồm: bảng câu hỏi Euro Qol (EQ-5D); SF-36; và khảo sát sức khỏe dạng ngắn 12 mục (SF-12). Trong số các biện pháp đó, EQ-5D hiện là thước đo HRQOL dựa trên sở thích được sử dụng phổ biến nhất.

Tại Việt Nam hiện nay, chưa có báo cáo chính thức nào về vấn đề cách sắp xếp cuộc sống của NCT, vì vậy, trong nghiên cứu này, dựa trên các tài liệu thu thập được và thói quen sinh hoạt thực tế của NCT Việt Nam, nhóm nghiên cứu lựa chọn và tiến hành đánh giá so sánh 04 cách sống: sống một mình; chỉ sống với vợ/chồng; sống với vợ/chồng và con cái đã thành niên; và người già độc thân sống với con cái đã thành niên. Ngoài ra, phần lớn các nghiên cứu trước đây chỉ tập trung vào sức khỏe của những NCT có cách sắp xếp cuộc sống khác nhau ở thành thị hoặc nông thôn [9]. Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu cũng xác định sử dụng cùng một khung phân tích để lấy điều kiện so sánh

chuẩn. Vì vậy đối tượng được nhóm nghiên cứu lựa chọn là 03 khu vực Nam Viêm, Cao Minh và Ngọc Thanh tại Phúc Yên, Vĩnh Phúc.

Nhóm nghiên cứu xác định mục đích của nghiên cứu này là điều tra mối liên hệ của 4 cách sắp xếp cuộc sống và HRQOL của những NCT. Các vấn đề được quan tâm chủ yếu bao gồm: 1) cách sắp xếp cuộc sống khác nhau có liên quan đến HRQOL của NCT như thế nào; 2) so sánh và đánh giá sự khác biệt của các mối quan hệ này đối với khu vực thành thị và nông thôn.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Số liệu về NCT được lấy thông qua 2 giai đoạn: 1) thông qua Hội NCT địa phương để thu thập số liệu ban đầu, kết quả giai đoạn đầu thu được tổng số 4358 người tự nguyện, trong đó bao gồm 2078 NCT ở thành thị và 2280 NCT thuộc các khu vực nông thôn; 2) nhóm nghiên cứu phỏng vấn trực tiếp (thực hiện trong 3 lần họp của mỗi Hội NCT tại các địa phương) và phát phiếu phỏng vấn (kèm hướng dẫn bằng cả văn bản và hình ảnh) tới các đối tượng tự nguyện bằng các bảng câu hỏi với thông tin về tình trạng nhân khẩu học và kinh tế xã hội, tình trạng sức khỏe (EQ-5D), tình trạng bảo hiểm y tế, thói quen tập thể dục và thông tin về bệnh mãn tính. Tổng số phiếu hợp lệ sau cả 2 đợt là 3863 với 1693 NCT ở thành thị và 2170 NCT ở nông thôn.

2.1.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.2.1. Cách sắp xếp cuộc sống: nghiên cứu lựa chọn sử dụng 4 cách bao gồm: 1) NCT chỉ sống với vợ/chồng của mình (A1); 2) NCT sống đơn thân, một mình (A2); 3) NCT sống với vợ/chồng và con cái đã trưởng thành của họ (A3); 4) NCT góa sống với con cái trưởng thành (A4). Các biến tiềm ẩn có thể ảnh hưởng đến HRQOL của NCT được xác định bao gồm tình trạng kinh tế (= triệu/tháng), giới tính, tuổi tác, trình độ văn hóa, bảo hiểm y tế (bao gồm cả bảo hiểm dịch vụ và bảo hiểm cho công nhân viên chức), khu vực dân cư (bao gồm 2 khu vực thành thị, nông thôn; điều này còn bao hàm cả các điều kiện dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, nhận thức khu vực và cả mức độ phát triển thông tin, kinh tế xã hội khác nhau), mức độ vận động (= lần/tuần), các thông tin về bệnh lý (mắc và điều trị các bệnh lý mãn tính).

2.1.2.2. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL): Nhóm nghiên cứu lựa chọn sử dụng bản EQ-5D ba cấp (EQ-5D-3L) đã được chứng minh độ tin cậy trong các báo cáo trước đây[10]. Trong đó, EQ-5D bao gồm các câu hỏi đánh giá: 1) khả năng di động (B1); 2) khả năng tự chăm sóc bản thân (B2); 3) khả năng thực hiện các hoạt

động thông thường (B3); 4) các cảm giác đau, khó chịu (B5); 5) các vấn đề về lo lắng, trầm cảm (B6). Các đáp án được quy thành 3 mức độ cho mỗi vấn đề: mức 1)- không vấn đề gì hoặc có vấn đề nhưng nhẹ; mức 2)-có vấn đề ở mức trung bình; mức 3)- có vấn đề từ nặng trở lên. Tổng số trạng thái sức khỏe cần xem xét trong quy trình tương ứng =210 loại. Phương pháp tính của EQ-5D-3L được sử dụng bởi thang cân bằng giá trị của Liu G và cộng sự (năm 2014)[11]. Kết quả của EQ-5D-3L được nhóm nghiên cứu lựa chọn trong ngưỡng $-0.1490 \rightarrow 1$ (từ tình trạng sức khỏe xấu nhất $\rightarrow$ tốt nhất).

2.1.2.3. Phân tích thống kê: Các mô tả được lựa chọn thể hiện dưới dạng $\bar{x}, \bar{x} \pm SD$ (trung bình và trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) và phần trăm (%) cho tất cả các biến. Sự khác biệt của kết quả đánh giá EQ-5D được xác định bằng khoảng tin cậy (CI) 95%. Mô hình hồi quy kiểm duyệt (Censored Regression Model) được sử dụng để loại trừ tỷ lệ sai số do đáp án cảm tính và xác định chính xác mối liên hệ giữa cách sắp xếp cuộc sống và HRQOL. Các phân tích hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá mối liên hệ giữa cách sắp xếp cuộc sống và các biến HRQOL khác nhau của NCT ở cả 2 khu vực thành thị và nông thôn. Đối với một số biến đã được phân nhỏ, các đáp án sẽ được quy thành 02 loại “0” (không vấn đề gì hoặc có vấn đề nhưng nhẹ) và “1” (bao gồm cả có vấn đề ở mức trung bình và nặng trở lên). Trong tất cả các biến, chỉ có biến chi tiêu cá nhân/tháng là biến định lượng, còn lại đều là biến định tính.

2.2. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

2.2.1. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu (%)

Biến	Nông thôn	Thành thị	Biến	Nông thôn	Thành thị
Cách sắp xếp cuộc sống			Bảo hiểm y tế cơ bản		
A1	38.37	44.21	Có	90.4	96.48
A2	10.65	9.83	Không	9.60	3.52
A3	31.79	32.66	Bảo hiểm y tế khác		
A4	19.19	13.3	Có	6.12	8.33
Giới tính			Không	93.88	91.67
NCT nữ	46.91	53.09	Khu dân cư		

NCT nam	50,52	47,74	Nam Viêm	8.80	53.17
Lứa tuổi			Cao Minh	33.32	41.38
60→64	34.61	29.63	Ngọc Thanh	56.88	5.45
65→69	30.43	26.65	Tập thể dục		
70→74	16.36	22.17	Không bao giờ	52.29	50.77
75→79	10.08	12.88	2→3 (lần/tuần)	10.33	18.06
≥80	8.52	8.66	3→5 (lần/tuần)	6.63	10.47
Trình độ văn hóa			≥6 (lần/tuần)	30.75	20.70
Không đi học	29.77	12.72	Khám sức khỏe định kỳ		
Không qua hệ 12/12	48.08	31.65	Có	55.82	61.35
Qua hệ 12/12	17.90	32.82	Không	44.18	38.65
Trung cấp	2.76	14.66	Bệnh mãn tính		
Cao đẳng, Đại học	1.02	4.78	Có	41.92	51.07
Trên Đại học	0.47	3.37	Không	58.08	48.93
Chỉ tiêu cá nhân (triệu/tháng)	3.4±1.4	5.09±1.2			

Ghi chú: Bảo hiểm y tế cơ bản là loại dành cho công nhân viên chức đã về hưu hoặc cho những NCT từ 80 tuổi trở lên.

Thông qua Bảng 1 cho thấy: Ở các khu vực thành thị, đa số NCT thuộc nhóm A1 và A3, lần lượt chiếm 44.21% và 32.66%, tiếp theo là A4 (13.30%) và A2 (9.83%). So với khu vực thành thị, tỷ lệ tương ứng có khác biệt nhỏ tại khu vực nông thôn, 2 tỷ lệ về bố trí cuộc sống A1 và A3 đều thấp hơn ở thành thị (lần lượt là 38.37% và 31.79%) và A2 (10.65%) và A4 (19.19%) cao hơn. Trong tổng số 3863 NCT (1693 ở thành thị và 2170 ở nông thôn), NCT nữ chiếm 53.09% ở thành thị và 46.91% ở nông thôn. Trong số tất cả những người được hỏi, tại khu vực thành thị có tỷ lệ >1/2 số NCT từ 60→69 tuổi (60→64 là 29.63% và 64→69 là 26.65%); tỷ lệ này tại khu vực nông thôn cao hơn so với thành thị (60→64 là 34.61% và 64→69 là 30.43%).

Bảng 2: Tỷ lệ trả lời phiếu EQ-5D (%)

Biến	Nông thôn			Thành thị		
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 1	Mức 2	Mức 3
B1	80.22	15.79	3.99	80.28	17.62	2.10
B2	85.02	10.04	4.94	86.35	11.14	2.51
B3	80.36	14.81	4.83	85.02	12.48	2.50
B4	66.56	30.15	3.29	72.94	26.03	1.03
B5	84.43	12.16	3.41	85.47	12.95	1.58

Kết quả trả lời phiếu EQ-5D cho thấy: NCT ở nông thôn gặp vấn đề (mức 2 và 3) ở cả 5 biến đều lớn hơn so với NCT thành thị. NCT khu vực nông thôn báo cáo gặp phải các vấn đề về B3 nhiều và nặng hơn so với B1 và B2, đồng thời cũng ghi nhận B5 hơn so với NCT khu vực thành thị.

Bảng 3: Điểm hữu ích của EQ-5D đối với NCT ở thành thị và nông thôn

Biến	Nông thôn		Thành thị	
	Điểm	KTC 95%	Điểm	KTC 95%
A1	0.8714	0.8493, 0.8602	0.9097	0.9158, 0.9388
A2	0.8363	0.8031, 0.8299	0.8573	0.8492, 0.8816
A3	0.7811	0.7449, 0.7761	0.8351	0.7873, 0.8204
A4	0.8687	0.8283, 0.8577	0.9026	0.8892, 0.9068

Kết quả của tổng điểm hữu ích của EQ-5D (từ điểm trung bình và KTC 95%) cho thấy các biến A1, A3 và A4 khu vực thành thị có HRQOL tốt hơn khu vực nông thôn. Kết quả này không được ghi nhận tại chỉ số điểm của những NCT tại biến A2. Tại khu vực thành thị, điểm hữu ích EQ-5D tổng thể của NCT lần lượt theo 4 cách sống là A1(=0.9097), A4 (=0.9026), A2 (=0.8573) và A3 (=0.8351), tương tự nhưng thấp hơn của khu nông thôn là A1(=0.8714), A4 (=0.8687), A2 (=0.8363) và A3 (=0.7811).

Bảng 4: Kết quả mô hình hồi quy kiểm duyệt cho điểm hữu ích của EQ-5D

Biến	Nông thôn		Thành thị	
	dy / dx	SE	dy / dx	SE
Sắp xếp cuộc sống: A1 [#]	0	0	0	0
A2	-0.0011	0.0073	-0.0177 ^③	0.0063

Ghi chú: dy/dx
là hiệu ứng từng

A3	0.0024	0.0061	-0.0012	0.0021
A4	-0.0142 ^②	0.0069	-0.0109 ^③	0.0052
Giới tính: NCT nữ [#]	0	0	0	0
NCT nam	0.0185 ^③	0.0038	0.0097 ^②	0.0046
Tuổi: 60→64 [#]	0	0	0	0
65→69	-0.0262 ^③	0.0053	-0.0187 ^③	0.0058
70→74	-0.0663 ^③	0.0069	-0.0424 ^③	0.0058
75→79	-0.0994 ^③	0.0103	-0.0583 ^③	0.0052
≥80	-0.1227 ^③	0.0098	-0.0979 ^③	0.0082
Trình độ văn hóa: Không đi học [#]	0	0	0	0
Không qua hệ 12/12	0.0160 ^③	0.0057	0.0165 ^③	0.0062
Qua hệ 12/12	0.0388 ^③	0.0081	0.0175 ^③	0.0069
Khu dân cư (Nam Viêm [#])	0	0	0	0
Cao Minh	-0.0039	0.002	0.0191 ^③	0.0052
Ngọc Thanh	-0.0167 ^③	0.0060	-0.0125 ^②	0.0073
Mức độ vận động (0 lần/tuần [#])	0	0	0	0
2→3 (lần/tuần)	0.0275 ^②	0.0112	0.0133 ^①	0.0099
3→5 (lần/tuần)	0.0181 ^①	0.0106	0.0255 ^③	0.0084
≥6 (lần/tuần)	0.0132	0.0076	0.0559 ^③	0.0038
Chỉ tiêu cá nhân (triệu/tháng)	0.0118 ^③	0.0019	0.0068 ^②	0.0029
Có bảo hiểm y tế cơ bản (không có [#])	-0.0447 ^③	0.0077	0.0036	0.0113
Có bảo hiểm y tế khác (không có [#])	0.0192 ^①	0.0090	0.0184	0.0088
Có kiểm tra y tế định kỳ (không [#])	0.0201 ^③	0.0017	0.0227 ^③	0.0012
Bị bệnh mãn tính (không [#])	-0.0919 ^③	0.0022	-0.0635 ^③	0.0019
LR	977.83		908.27	
P	<0.0001			

phần của mô hình hồi quy kiểm duyệt; SE: sai số chuẩn (standard error); [#]: nhóm tham chiếu; ①: p <0.10; ②: p <0.05; ③: p <0.01; LR (Likelihood Ratio Test): kiểm định so sánh 2 mô hình để xác định mức phù hợp của các biến độc lập.

Kết quả ước tính hồi quy kiểm duyệt về mối quan hệ giữa sắp xếp cuộc sống và HRQOL của NCT thành thị và nông thôn sau khi kiểm soát các biến tiềm ẩn cho thấy: đối với NCT thành thị, HRQOL của A2 và A4 kém hơn so với A3; không tìm thấy các bằng chứng về sự khác biệt tại nhóm A1 và A3.

Đối với khu vực nông thôn, kết quả chỉ ghi nhận tại nhóm NCT A4 có HRQOL kém hơn so với nhóm A1 với dy = -0.0142. Cả 2 kết quả này đều có ý nghĩa thống kê tại p < 0.0001.

Bảng 5: Kết quả của mô hình hồi quy logistic điểm hữu ích của EQ-5D 5 yếu tố cho NCT khu vực thành thị

Biến	B1		B2		B3		B4		B5	
	OR	SE	OR	SE	OR	SE	OR	SE	OR	SE
Sắp xếp cuộc sống: A1 [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2	0.8347 ^①	0.2672	0.5751 ^②	0.2285	0.6735	0.1538	0.4822 ^③	0.1737	0.6685 ^②	0.0946
A3	0.6970 ^②	0.1016	0.4489 ^③	0.0857	0.6892 ^②	0.1572	0.8558	0.0968	1.1107	0.2518
A4	0.9772	0.0975	0.7904	0.2636	0.9727	1.0573	0.9738	0.1003	0.7741	0.2539
Giới tính nam (nữ [#])	1.0682	0.0904	1.0769	0.0947	1.0372	0.0998	1.1867 ^②	0.1772	1.0935	0.2778
Tuổi: 60→64 [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65→69	0.6680 ^②	0.1008	0.6842 ^①	0.0993	0.5721 ^③	0.2804	0.5739 ^③	0.1725	0.7946	0.0179
70→74	0.3691 ^③	0.1037	0.3561 ^③	0.1350	0.2381 ^③	0.1038	0.4563 ^③	0.1286	0.6381 ^③	0.1592
75→79	0.1089 ^③	0.1005	0.1788 ^③	0.1563	0.1338 ^③	0.1344	0.4005 ^③	0.1504	0.4331 ^③	0.1008
≥80	0.0964 ^③	0.1006	0.0338 ^③	0.1049	0.0447 ^③	0.1090	0.2433 ^③	0.1355	0.3908 ^③	0.1041
Trình độ văn hóa: Không đi học [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Không qua hệ 12/12	1.0935	0.0253	1.1872	0.2883	1.0991	0.2883	1.3310 ^③	0.0441	1.266 ^③	0.0681
Qua hệ 12/12	1.2841 ^②	0.0638	1.1382	0.1379	1.3864 ^②	0.1079	1.3561 ^③	0.0342	1.2336 ^②	0.1773
Từ Trung cấp trở lên	1.3692 ^②	0.1346	1.0284	0.1881	1.3933 ^②	0.1772	1.8336 ^③	0.1773	1.7330 ^③	0.2272
Khu dân cư (Nam Viêm [#])	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cao Minh	0.8867	0.2303	1.2335	0.2008	1.1104	0.2553	1.4881 ^③	0.0334	2.3556 ^③	0.1173
Ngọc Thanh	0.4472 ^③	0.1173	0.5637 ^②	0.0443	0.4417 ^③	0.1337	0.6838 ^②	0.1559	1.1335	0.1998
Mức độ vận động (0 lần/tuần [#])	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2→3 (lần/tuần)	1.2986 ^①	0.1017	1.7140 ^②	0.3380	1.4684 ^②	0.2301	1.1271	0.0228	1.4882 ^①	0.2334
3→5 (lần/tuần)	1.6965 ^③	0.2363	2.1040 ^③	0.3202	1.3642 ^②	0.1997	1.1443 ^②	0.2397	1.6727 ^②	0.2886
≥6 (lần/tuần)	2.5698 ^③	0.2472	4.5282 ^③	0.6601	3.7824 ^③	0.4859	1.7335 ^③	0.2239	2.4639 ^③	0.2763
Chỉ tiêu cá nhân (triệu/tháng)	1.0592 ^②	0.1001	0.9003	0.1092	0.9928	0.1183	0.9909	0.1930	1.0881	0.1602
Có kiểm tra y tế định kỳ (không [#])	1.3978 ^③	0.0316	1.6393 ^③	0.1147	1.5561 ^③	0.2846	1.2556 ^③	0.0218	1.4527 ^③	0.0379
Bị bệnh mãn tính (không [#])	0.2556 ^③	0.1331	0.2281 ^③	0.1300	0.2889 ^③	0.1373	0.3252 ^③	0.0254	0.2883 ^③	0.1757
Có bảo hiểm y tế cơ bản(không [#])	1.0364	0.2388	1.1394	0.4535	0.7738	0.1861	1.0992	0.5531	0.5638	0.2337
Có bảo hiểm y tế khác (không [#])	1.1994	0.1729	1.4683	0.8638	0.8634	0.1773	1.1171	0.3563	1.6726	0.5431
LR	524.47		466.81		572.17		486.59		379.94	
P	<0.0001									

Ghi chú: B1, B2, B3, B4, B5 là các yếu tố đánh giá; OR: tỉ số Odds ratio; SE: sai số chuẩn (standard error); #: nhóm tham chiếu; ①: p <0.10; ②: p <0.05; ③: p <0.01; LR (Likelihood Ratio Test): kiểm định so sánh 2 mô hình để xác định mức phù hợp của các

biến độc lập; trong năm yếu tố của EQ-5D, các yếu tố B1, B2, B3 và B4 được sử dụng để mô tả sức khỏe thể chất. B5 để đánh giá sức khỏe tinh thần.

Kết quả bảng 5 cho thấy: so với những NCT nhóm A1, nhóm A2 có sức khỏe kém hơn về B1 (OR = 0.8347), B2 (OR = 0.5751), B4 (OR = 0.4822) và B5 (OR = 0.6685); nhóm A3, A4 có nhiều vấn đề hơn về B1 (OR = 0.6970), B2 (OR = 0.4489) và B3 (OR = 0.6892); các kết quả này có ý nghĩa thống kê tại $p < 0.01 \rightarrow 0.10$. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NCT ở thành thị trong nhóm A1 và A3 ở cả 5 yếu tố của HRQOL.

Bảng 6: Kết quả của mô hình hồi quy logistic điểm hữu ích của EQ-5D 5 yếu tố cho NCT khu vực nông thôn

Biến	B1		B2		B3		B4		B5	
	OR	SE	OR	SE	OR	SE	OR	SE	OR	SE
Sắp xếp cuộc sống: A1 [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2	0.9683	1.0445	1.008	1.0424	0.9699	0.2285	0.8598	0.1213	0.7728 ^①	0.1017
A3	0.6639 ^③	0.1103	0.6383 ^②	0.1734	0.6948 ^③	0.1583	0.8275	0.1714	0.8584	0.1969
A4	1.0227	0.1101	0.9668	0.2287	0.9887	0.1676	1.1968	0.1553	0.9971	0.1149
Giới tính: NCT nữ [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCT nam	1.2118 ^③	0.1827	1.0443 ^③	0.0881	1.0557 ^③	0.1019	1.1004 ^③	0.1140	1.1912 ^③	0.1007
Tuổi: 60→64 [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65→69	0.4327 ^③	0.1172	0.4559 ^③	0.1055	0.3557 ^③	0.1280	0.7335 ^③	0.1001	0.6552 ^①	0.1003
70→74	0.2266 ^③	0.1008	0.1177 ^③	0.1446	0.292 ^③	0.1768	0.4519 ^③	0.1779	0.4696 ^③	0.1039
75→79	0.1014 ^③	0.1005	0.1101 ^③	0.1010	0.1990 ^③	0.0724	0.3807 ^③	0.1019	0.4420 ^③	0.1011
≥80	0.0994 ^③	0.0897	0.0884 ^③	0.0771	0.0662 ^③	0.0479	0.3340 ^③	0.0977	0.3722 ^③	0.0880
Trình độ văn hóa: Không đi học [#]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Không qua hệ 12/12	1.0441 ^③	0.0437	1.0988 ^①	0.0922	1.1767 ^③	0.0935	1.1140 ^③	0.1013	1.1827 ^③	0.1773
Qua hệ 12/12	1.0833 ^②	0.0772	1.1101	0.757	1.2528 ^③	0.0553	1.0271 ^③	0.0884	1.3554 ^③	0.0907
Từ Trung cấp trở lên	1.6348 ^③	0.2781	1.2653	0.1847	1.2531 ^①	0.1713	1.1303 ^①	0.1424	1.0938	0.1104
Khu dân cư (Nam Viêm [#])	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cao Minh	0.5522 ^③	0.0323	0.4582 ^③	0.0557	0.7994	0.0335	0.8844	0.0559	1.0880 ^③	0.0877
Ngọc Thanh	0.4018 ^③	0.0338	0.5676 ^③	0.0467	0.4622 ^③	0.0457	0.6863 ^②	0.0539	1.0758 ^①	0.0909

Mức độ vận động (0 lần/tuần [#])										
2→3 (lần/tuần)	0.7791	0.0873	1.0552	0.1947	1.0087	0.1165	1.0807 ^②	0.1329	1.1172 ^①	0.0995
3→5 (lần/tuần)	1.1944	0.1867	1.3676 ^①	0.2994	1.4451 ^②	0.1880	1.0899	0.0998	1.4439 ^②	0.1187
≥6 (lần/tuần)	1.0775	0.0689	1.0907	0.0884	1.0381	0.0754	1.1482 ^②	0.0671	1.1379 ^①	0.0793
Chỉ tiêu cá nhân (triệu/tháng)	1.0997 ^③	0.1383	1.0212 ^③	0.1717	1.0553 ^③	0.1197	1.0994 ^③	0.1558	1.0556 ^③	0.1553
Có bảo hiểm y tế cơ bản(không [#])	0.4283 ^③	0.1772	0.6331	0.0955	0.583 ^②	0.0838	0.3971 ^③	0.0277	0.5529 ^②	0.0990
Có bảo hiểm y tế khác(không [#])	0.8448	0.1241	1.0773	0.1787	1.0994	0.1822	1.0488 ^①	0.1197	1.7551 ^③	0.2779
Có kiểm tra y tế định kỳ (không [#])	1.2535 ^③	0.0797	1.2778 ^③	0.0553	1.0294 ^③	0.0727	1.0303 ^①	0.0381	1.1728 ^③	0.0462
Bị bệnh mãn tính (không [#])	0.2474 ^③	0.0118	0.2839 ^③	0.0191	0.2939 ^③	0.0099	0.6559 ^③	0.0197	0.2989 ^③	0.0177
LR	763.18		530.08		728.46		608.92		355.37	
P	<0.0001									

Ghi chú: B1, B2, B3, B4, B5 là các yếu tố đánh giá; OR: tỉ số Odds ratio; SE: **sai số chuẩn (standard error)**; #: nhóm tham chiếu; ①: $p < 0.10$; ②: $p < 0.05$; ③: $p < 0.01$; LR (Likelihood Ratio Test): kiểm định so sánh 2 mô hình để xác định mức phù hợp của các biến độc lập; trong năm yếu tố của EQ-5D, các yếu tố B1, B2, B3 và B4 được sử dụng để mô tả sức khỏe thể chất. B5 để đánh giá sức khỏe tinh thần.

Kết quả bảng 6 cho thấy: nhóm NCT A2 ở khu vực nông thôn có nhiều vấn đề sức khỏe về B5 hơn so các nhóm NCT khác (OR = 0.7728). So với nhóm NCT A1 nhóm NCT A4 gặp nhiều vấn đề về sức khỏe hơn trong B1, B2 và B3 (OR = 0.6639, 0.6383, 0.6948). Không ghi nhận sự khác biệt đáng kể đối với tình trạng sức khỏe (cả 5 yếu tố) giữa NCT nhóm A1 với A3 ở khu vực nông thôn.

2.2.2. Bàn luận kết quả nghiên cứu

Thông qua thu thập các thông tin nghiên cứu, nghiên cứu này đã đánh giá được mối quan hệ của các chỉ số HRQOL với các cách sắp xếp cuộc sống khác nhau của NCT ở thành thị và nông thôn. Kết quả cho thấy có nhiều NCT nhóm A2 và A4 ở nông thôn hơn ở thành thị. Điều này phù hợp với số liệu Tổng điều tra dân số năm 2019, cho thấy ngày càng có nhiều NCT sống độc thân ở các vùng nông thôn của Việt Nam [1]. Bên cạnh đó, nhiều NCT ở nông thôn báo cáo gặp vấn đề (trong mức từ trung bình đến nặng trở lên) ở bất kỳ khía cạnh nào trong năm khía cạnh so với NCT ở thành thị, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về chênh lệch sức khỏe thành thị và nông thôn trên thế giới [12, 13]. Cũng như nhiều nước khác, tại Việt Nam, những người sống ở các vùng thành thị được nhận nhiều lợi thể kinh tế xã hội hơn (Vd: giáo dục và khả năng tiếp cận các cơ sở

chăm sóc sức khỏe tốt hơn). Tình trạng sức khỏe dân số chịu tác động trực tiếp từ mức độ phát triển về kinh tế xã hội của khu vực, thực trạng kinh tế xã hội của cá nhân càng thấp, sức khỏe sẽ càng tồi tệ [13]. Bên cạnh đó, NCT khu vực nông thôn đang dần bị “bỏ lại quê hương” do xu hướng di cư từ nông thôn ra thành thị nhằm tìm kiếm các tiềm năng phát triển kinh tế của thế hệ trẻ, điều này đã làm mất đi quan điểm sống cổ truyền một nhà nhiều thế hệ, đồng thời cũng là nguyên nhân ảnh hưởng trực tiếp đến nguồn lực chăm sóc NCT tương lai. Kết quả này cũng tương đồng một báo cáo năm 2010 của Dong X và cộng sự [12] khi cho rằng, NCT ở khu vực nông thôn có tình trạng sức khỏe tổng thể, chất lượng cuộc sống thấp hơn nhiều so với NCT ở thành thị.

Nghiên cứu này thông qua so sánh điểm số hữu ích ước tính của EQ-5D ở NCT với 4 cách bố trí cuộc sống ở thành thị và nông thôn cho thấy: cả ở thành thị và nông thôn, NCT sống một mình hoặc sống với con cái trưởng thành đều chịu nhiều thiệt thòi hơn so với NCT sống với vợ hoặc chồng hoặc sống với vợ hoặc chồng và con đã thành niên. Cũng có quan điểm tương đồng với nghiên cứu này được tìm thấy khi cho rằng có vợ/chồng là “bảo đảm hỗ trợ lớn nhất khi về già” [5]. Điều này cũng cho thấy, hôn nhân có thể mang lại lợi ích sức khỏe. Một báo cáo khác được tìm thấy chứng minh NCT sống một mình dễ bị trầm cảm hơn những NCT sống với vợ hoặc chồng [14].

Thông qua việc kiểm soát các biến tiềm ẩn có nguy cơ ảnh hưởng cao, các kết quả hồi quy kiểm duyệt cho thấy cách sắp xếp cuộc sống có liên quan đến HRQOL của NCT, nhưng các mối liên quan này khác nhau theo từng khu vực. Đối với khu vực thành thị, NCT độc thân sống một mình hoặc sống với con cái trưởng thành bị thiệt thòi hơn so với NCT sống với vợ/chồng trong HRQOL tổng thể. Tuy nhiên, kết quả hồi quy ở khu vực nông thôn cho thấy chỉ những NCT độc thân sống với con cái trưởng thành có sức khỏe kém hơn những NCT sống với vợ/chồng. Khi phân tích riêng các mối liên hệ của việc sắp xếp cuộc sống với các khía cạnh khác nhau về sức khỏe của NCT bằng cách sử dụng mô hình hồi quy logistic, nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng NCT ở thành thị sống một mình có sức khỏe và tinh thần kém hơn NCT sống với vợ hoặc chồng, tuy nhiên lại có sức khỏe tốt hơn so với những NCT độc thân sống với con cái trưởng thành, điều này phù hợp với kết quả của một báo cáo trước đây được thực hiện ở Trung Quốc nơi có mô hình cuộc sống rất gần và giống với Việt Nam[8]. Đối với khu vực nông thôn, NCT độc thân sống cùng con cái trưởng thành có sức khỏe kém nhất, trong khi sức khỏe tinh thần của NCT sống một mình vẫn kém nhất trong bốn nhóm cách sắp xếp cuộc sống tại nghiên cứu này. Điều này được nhóm nghiên cứu cho rằng NCT độc thân sống cùng con cái trưởng thành ở cả thành thị và nông thôn có sức khỏe kém nhất và sống một mình sẽ được cho là một yếu tố dự báo tin cậy để dự đoán các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho NCT. Theo quan điểm của nhóm nghiên cứu, vấn đề dẫn đến tình trạng sức khỏe kém của những người già

độc thân sống với con cái trưởng thành có thể là do sống với con cái trưởng thành là một lựa chọn thụ động, có báo cáo trước đây đã chứng minh suy giảm khả năng hoạt động sống hàng ngày (ADLs) ảnh hưởng lớn đến việc lựa chọn cách sắp xếp cuộc sống của NCT[15]. Theo đó, NCT bị suy giảm nhận thức và ADLs có nhiều khả năng sống với các thành viên trong gia đình hơn. Thực tế cũng cho thấy, nếu NCT mất đi sự chăm sóc của vợ/chồng, thì việc sống với con cái có thể là lựa chọn duy nhất. Một nghiên cứu khác được báo cáo năm 1998 của Anderson và cộng sự cho rằng, NCT nữ sống một mình có thể tự đề kháng lại sự suy giảm chức năng[16]. Trong giới hạn của nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu không thể bao hàm việc đánh giá sức khỏe kém có hay không ảnh hưởng đến việc lựa chọn cách sắp xếp cuộc sống hay việc sống chung với con cái trưởng thành có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của những NCT độc thân đó hay không.

NCT sống đơn thân một mình đã được WHO cảnh báo thuộc nhóm có nguy cơ cao về sức khỏe. Đồng thời, có báo cáo khẳng định sống một mình có liên quan trực tiếp đối với những vấn đề xấu về tâm lý [9]. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy cả NCT sống một mình ở thành thị và nông thôn đều báo cáo sức khỏe tâm thần kém hơn so với NCT sống với vợ/chồng, tuy nhiên về vấn đề sức khỏe thể chất lại chỉ ghi nhận ở NCT khu vực thành thị. Về vấn đề này, nhóm nghiên cứu cho rằng nó có liên quan đến các vấn đề văn hóa cuộc sống gia đình Việt Nam, theo đó dù trong hoàn cảnh nào thì đa số NCT Việt Nam vẫn thích sống với người thân hơn người ngoài. Trong các trường hợp NCT bị người thân từ chối sống chung và việc sống một mình là lựa chọn không thể tránh khỏi thì đa số là các trường hợp có mối quan hệ hoặc hoàn cảnh gia đình không tốt đẹp và NCT trong các trường hợp này đa phần đều mắc các chứng bệnh về tâm thần. Ngoài ra, NCT ở khu vực nông thôn có sức khỏe thể chất tốt hơn có thể được giải thích do nhóm NCT này đa phần không có các chế độ như lương hưu nên phải tự lao động để trang trải cuộc sống, quá trình lao động này có thể tương tự như tập luyện thể chất. Cũng có báo cáo chứng minh rằng sống một mình làm giảm nguy cơ suy giảm khả năng ADLs của NCT [17]. Một thực tế khác cũng được ghi nhận đó là sức khỏe tâm thần của NCT vẫn chưa được coi trọng và rất dễ bỏ qua so với sức khỏe thể chất, vì vậy nhóm nghiên cứu cho rằng cần có những nỗ lực kết hợp và hỗ trợ từ gia đình, cộng đồng và chính phủ để cải thiện sức khỏe tâm lý của NCT.

Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu đã liệt kê tất cả các yếu tố có thể ảnh hưởng đến chỉ số HRQOL của NCT, nhưng khi phân tích riêng biệt 5 yếu tố của EQ-5D ở cả 2 khu vực thì những yếu tố này cũng cho thấy các mức tác động khác nhau đến HRQOL. Đối với khu vực thành thị cho thấy điều kiện kinh tế chỉ ảnh hưởng đến khả năng di chuyển, nhưng lại ảnh hưởng đến tất cả các vấn đề khác của EQ-5D ở khu vực nông thôn. Do vậy nhóm nghiên cứu cho rằng để cải thiện HRQOL kém của NCT ở nông thôn cần được tăng cường tính độc lập về kinh tế và phúc lợi xã hội. Về vấn đề giới tính, NCT nữ

kém hơn NCT nam về chỉ số HRQOL đạt được ở cả 2 khu vực. Tuy nhiên sự khác biệt về giới liên quan đến năm chiều HRQOL là khác nhau giữa 2 khu vực. Về vấn đề giới tính, ở khu vực thành thị chỉ ghi nhận biến cảm giác đau, khó chịu có sự khác biệt, tuy nhiên ở khu vực nông thôn sự khác biệt này được ghi nhận ở tất cả 5 yếu tố. Căn cứ theo kết quả thu được chứng minh NCT nữ ở nông thôn có sức khỏe thể chất và tinh thần kém hơn so với NCT nam. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc hoạch định các chính sách cho NCT phù hợp với giới tính của họ và cần phải chú trọng hơn đối với các khu vực nông thôn.

Thông qua quá trình phân tích kết quả nghiên cứu, nhóm nghiên cứu cũng xác định các hạn chế của nghiên cứu này, cụ thể bao gồm: 1) nhóm nghiên cứu dự định phân tích mối liên hệ giữa các cách sắp xếp cuộc sống khác nhau và HRQOL của NCT ở mẫu rộng hơn, tuy nhiên, do các hạn chế về điều kiện nghiên cứu dẫn đến chỉ có thể giới hạn trong nhóm NCT phạm vi hẹp nhưng đổi lại có được cái nhìn sát thực tế hơn; 2) vì giới hạn của nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu vẫn chưa xác định được tính ảnh hưởng tới HRQOL của các biến tiềm ẩn chưa được đánh giá như điều kiện môi trường, thói quen sinh hoạt, các chất gây nghiện hoặc thuốc điều trị bệnh,...; 3) khu vực nghiên cứu trong nghiên cứu này có thể chưa phải là một lựa chọn đại diện tốt nhất cho NCT các khu vực thành thị và nông thôn Việt Nam vì nó còn tồn tại nhiều đặc thù riêng hoặc chỉ phù hợp với các khu vực thuộc miền Bắc, do vậy cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để đánh giá chính xác mô hình cho toàn quốc.

3. KẾT LUẬN

Cách sắp xếp cuộc sống của NCT gắn liền với HRQOL của họ và tồn tại sự không đồng nhất ở khu vực nông thôn và thành thị. Sự hỗ trợ của gia đình là rất quan trọng đối với NCT, đặc biệt là sự hỗ trợ từ vợ hoặc chồng sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì và cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần của NCT. Cần quan tâm nhiều hơn đến những NCT độc thân sống một mình và sống với con cái trưởng thành vì sức khỏe tâm thần của NCT sống một mình kém hơn và sức khỏe thể chất của NCT sống với con cái ở cả thành thị và nông thôn đều kém hơn so với các cách sống khác. Về tình trạng sức khỏe tâm thần kém của NCT sống một mình, chính quyền, cộng đồng và các thành viên trong gia đình nên có sự phối hợp để xây dựng môi trường sống phù hợp hơn cho những NCT và quan tâm và chăm sóc họ nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T.C.D.S.V.N, *Tổng điều tra dân số Việt Nam năm 2019*. Báo cáo Tổng kết: p.10-68.
2. United Nations, *Báo cáo triển vọng dân số thế giới phiên bản 2006-Un 2006 world population prospects 2006 revision volume*. 2006: p. 237-245.
3. WHO, *Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*. 2015.
4. Teerawichitchainan Bussarawan, Pothisiri Wiraporn, L.G. Thanh (2015). *How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand*. Social science & medicine. 136: p. 106-116.
5. Liang Jersey, et al (2005). *Health and living arrangements among older Americans: does marriage matter?* Journal of Aging and Health. 17(3): p. 305-335.
6. Yi Zeng, W. Zhenglian (2003) *Dynamics of family and elderly living arrangements in China: New lessons learned from the 2000 census*. China Review. p. 95-119.
7. Zeng Yi, W. Zhenglian (2018) *Dynamics of family households and elderly living arrangements in China, 1990–2010*. China Population and Development Studies. 2(2): p. 129-157.
8. Sun Xiaojie, et al (2011). *Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China*. Quality of life research. 20(3): p. 359-369.
9. Ye Minzhi, C. Yiwei (2014). *The influence of domestic living arrangement and neighborhood identity on mental health among urban Chinese elders*. Aging & mental health. 18(1): p. 40-50.
10. Wang Hong-Mei, et al (2012). *Validation of the EQ-5D in a general population sample in urban China*. Quality of Life Research. 21(1): p. 155-160.
11. Liu Gordon G, et al (2014). *Chinese time trade-off values for EQ-5D health states*. Value in health. 17(5): p. 597-604.
12. Dong XinQi, S.M. Andrea (2010). *Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities*. Geriatrics & gerontology international. 10(1): p. 85-93.
13. Ren M (2014). *Regional disparities in self-reported health: Evidence from Chinese older adults*. Health economics. 23(5): p. 529-549.
14. Tong Hong Mei, et al (2011). *Effects of social exclusion on depressive symptoms: Elderly Chinese living alone in Shanghai, China*. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 26(4): p. 349-364.

15. Wang Hui, et al (2013). *Associations and impact factors between living arrangements and functional disability among older Chinese adults*. PLoS One. 8(1): p. e53879.
16. Anderson Roger T, et al (1998) *The timing of change: patterns in transitions in functional status among elderly persons*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 53(1): p. S17-S27.
17. Li Lydia W, Zhang Jiaan, L. Jersey (2009). *Health among the oldest-old in China: which living arrangements make a difference?* Social science & medicine. 68(2): p. 220-227.

HRQOL ASSESSMENT TESTING FOR THE ELDERLY BY APPROACHING HOW TO ARRANGE LIFE METHOD

*Le Xuan Diep, Tran Van Tien,
Vu Manh Truong, Nguyen Thi Hong Van*

Abstract: *The ways to arrange the life of elderly have been shown to have a strong impact on their health which related to their quality of life (HRQOL). In Vietnam, there is currently no author interested in researching the relationship between the ways to arrange life to HRQOL of the elderly. This research is the premise for a larger public health assessment study, and also is the basis for building mechanisms and policies to support the life of the elderly in order to ensure healthy aging goals facing the risk of rapid population aging in Vietnam now and future. The study results show that the elderly in urban areas have better HRQOL than rural in Vietnam and there is a large differences in the way to arrange life between two regions. The mental health of the elderly living alone and the physical health of the elderly living with adult children should be more attended.*

Keywords: *Elderly health, approach, the elderly, Phuc Yen.*

*(Ngày Tòa soạn nhận được bài: 18-4-2023; ngày phản biện đánh giá: 02-5-2023;
ngày chấp nhận đăng: 18-5-2023)*