

NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NĂNG LỰC THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ SA SÚT TRÍ TUỆ Ở NHÓM TRUNG NIÊN ĐÔ THỊ HÀ NỘI VÀ HUẾ¹

NGUYỄN THU TRANG,
BÙI THANH MINH*

Tóm tắt: Nghiên cứu này hướng đến làm rõ thực trạng năng lực thông tin sức khỏe về sa sút trí tuệ ở người trung niên trong cộng đồng đô thị tại Hà Nội và Huế. Tổng cộng 258 người trung niên tuổi từ 40 đến 59 tại Hà Nội và Huế đã tham gia phỏng vấn bằng bảng hỏi. Kết quả nghiên cứu cho thấy, người trung niên có năng lực thông tin sức khỏe về sa sút trí tuệ ở mức độ trung bình ($M = 1.71$, $SD = 1.25$, trên thang điểm từ 0 đến 3). Năng lực này có xu hướng cao hơn ở nhóm những người có trình độ học vấn cao, có quen biết ai đó mắc sa sút trí tuệ, và khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế xa hơn, nhưng lại thấp hơn ở nhóm người có lo lắng về tuổi già cao. Ngoài ra, năng lực này cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm dân cư ở hai địa bàn Hà Nội và Huế. Những kết quả bước đầu này đóng góp vào mở rộng những nghiên cứu tiếp theo để cung cấp thêm bằng chứng cho việc xây dựng và phát triển các chương trình giáo dục cộng đồng nhằm nâng cao năng lực thông tin sức khỏe về sa sút trí tuệ, qua đó thúc đẩy việc phòng ngừa sa sút trí tuệ, sàng lọc sớm và điều trị sa sút trí tuệ trong cộng đồng.

Từ khóa: năng lực thông tin sức khỏe, sa sút trí tuệ, người trung niên.

Nhận bài: 07/11/2025

Gửi phản biện: 07/01/2026

Duyệt đăng: 10/2/2026

1. Mở đầu

Năng lực hiểu biết về sức khỏe (health literacy) ngày càng được coi trọng trong việc thúc đẩy hành vi sức khỏe lành mạnh trong cộng đồng. Năng lực này phản ánh khả năng tiếp cận, chuyển hóa, và áp dụng những kiến thức cần thiết vào việc ra quyết định và hành động để tìm kiếm sự giúp đỡ cần thiết trong chăm sóc sức khỏe (Lo, 2019; Rostamzadeh et al., 2020). Trong năng lực hiểu biết về sức khỏe, năng lực thông tin sức khỏe (health information literacy) là một khía cạnh quan trọng hàng đầu. Khái niệm này mô tả những hành vi liên quan đến nhu cầu, tìm kiếm, đánh giá, lựa chọn, và sử dụng thông tin về sức

¹ Công trình 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.

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

khỏe để ra quyết định, chẳng hạn như trong việc tầm soát, khám sàng lọc, v.v... (Eriksson-Backa et al., 2012).

Năng lực thông tin sức khỏe là một khái niệm còn tương đối mới trong nghiên cứu hành vi sức khỏe. Khái niệm này được sử dụng trong các nghiên cứu ở sinh viên y khoa hoặc các chuyên ngành sức khỏe khác (Haines & Horrocks, 2006; Ivanitskaya et al., 2006). Nghiên cứu khái niệm này ở người dân trong cộng đồng còn tương đối hạn chế, đặc biệt ở nhóm những người trung niên và lớn tuổi. Đáng chú ý là, năng lực thông tin sức khỏe ở người lớn tuổi thường được báo cáo ở mức thấp hơn so với nhóm người trẻ 25-29 tuổi (Artinian et al., 2003). Điều này càng trở nên đáng lưu tâm khi mà thiếu năng lực thông tin sức khỏe vốn là vấn đề phổ biến trên toàn cầu (Smith et al., 2023), và có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần kém ở nhóm người lớn tuổi, khiến cho việc nghiên cứu vấn đề này ở người trung niên và cao tuổi trong cộng đồng càng trở nên cấp thiết hơn (Eriksson-Backa et al., 2012).

Trong bối cảnh một quốc gia đang đối mặt với tình trạng già hóa dân số nhanh chóng và nguy cơ sa sút trí tuệ (SSTT) cao như Việt Nam, việc nghiên cứu năng lực thông tin sức khỏe ở nhóm trung niên trong cộng đồng càng trở nên có ý nghĩa hơn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), SSTT là một khái niệm lớn chỉ hội chứng gồm nhiều bệnh khác nhau gây suy giảm trí nhớ, năng lực nhận thức và hành vi có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng duy trì cuộc sống thường ngày của cá nhân. Mặc dù tuổi tác được coi là yếu tố nguy cơ lớn nhất của SSTT, SSTT không phải là hiện tượng bình thường của già hóa (Alzheimer's Disease International, 2024). Dự kiến đến năm 2029, có tới 20.9% dân số Việt Nam là người cao tuổi (General Statistics Office & United Nations Population Fund, 2016; Tatarski, 2016; Vietnam Ministry of Health, 2019). Số người mắc SSTT, trong đó phổ biến nhất là bệnh Alzheimer, ở Việt Nam được dự báo tăng từ 660,000 người trong năm 2015 lên tới 1.2 triệu người vào năm 2030, tạo ra một gánh nặng tài chính nặng nề cho các gia đình và hệ thống y tế Việt Nam (Nguyen et al., 2020). Dưới những ảnh hưởng nghiêm trọng của SSTT lên sức khỏe thể chất và tâm thần, cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh, việc phòng ngừa SSTT càng trở nên quan trọng hơn (Alzheimer's Disease International, 2024; Hossain et al., 2020).

Việc phòng ngừa SSTT có liên hệ chặt chẽ với năng lực thông tin sức khỏe về SSTT ở người dân, đặc biệt ở nhóm người trung niên (Boyle et al., 2013; Grace & Horstmannshof, 2019; Lo, 2019; Smith et al., 2023; Volandes et al., 2008). Ngay cả với người chăm sóc, năng lực thông tin SSTT cũng ảnh hưởng tới khả năng chăm sóc ổn định và chất lượng cho người bệnh (Häikiö et al., 2020). Do SSTT thường bắt đầu những triệu chứng đầu tiên ở lứa tuổi sau 60, việc tìm kiếm, hiểu, và vận dụng những thông tin về SSTT và dịch vụ y tế phù hợp sẽ đóng góp tích cực vào việc phòng ngừa và phát hiện, can thiệp sớm. Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT tập trung vào những kiến thức và niềm tin hỗ trợ người dân nhận thức được nguy cơ và các phương án khả thi để ngăn ngừa, phát hiện sớm SSTT, và chăm sóc khi cần (Lo, 2019; Rostamzadeh et al., 2020), cũng như khả năng hiểu và sử dụng hệ thống y tế sở tại trước và sau khi có chẩn đoán SSTT (Haralambous et al., 2017).

Năng lực thông tin sức khỏe là sự phản ánh tổng hòa của sự phát triển kinh tế-xã hội và chịu chi phối bởi nhiều yếu tố khác nhau (Pleasant et al., 2015). Trong đó, các đặc điểm nhân khẩu xã hội cơ bản như tuổi tác, điều kiện kinh tế-xã hội, bao gồm học vấn, thu nhập, thường được báo cáo là những yếu tố liên quan phổ biến. Tuổi trẻ, sống ở thành thị, học vấn cao, công việc ổn định, thu nhập cao, tự đánh giá sức khỏe bản thân tốt, và có tiếp cận với mạng Internet cho thấy tương quan thuận nhất quán với năng lực thông tin sức khỏe cao ở các nhóm dân khác nhau (Crawley et al., 2022; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Protheroe et al., 2017; Shiferaw et al., 2020; Smith et al., 2023; Xu et al., 2018). Đối với năng lực sức khỏe số (eHealth literacy), các yếu tố khác cũng có ảnh hưởng tích cực, gồm có việc sử dụng Internet hàng ngày, có hiểu biết tốt về các nguồn và tầm quan trọng của các thông tin online, có thái độ tích cực với các nguồn này, và khả năng sử dụng máy tính tốt (Shiferaw et al., 2020). Ngoài các đặc điểm trên, cảm nhận cá nhân về hỗ trợ xã hội cũng được tìm thấy như một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới năng lực thông tin sức khỏe trong nhiều nghiên cứu với nhiều nhóm khác nhau (Crawley et al., 2022; Li et al., 2020; Smith et al., 2023; Xu et al., 2018).

Tại Việt Nam, năng lực thông tin sức khỏe về SSTT là một chủ đề quan trọng, do SSTT thường dễ bị bỏ qua trong ưu tiên chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi cũng như người nhà của họ. Mặc dù tỉ lệ mắc SSTT ngày càng gia tăng, nhưng mức độ quan tâm tới việc thăm khám, sàng lọc cho người cao tuổi có dấu hiệu SSTT trong cộng đồng còn rất hạn chế (Dang et al., 2021; Nguyen et al., 2020). Điều này xuất phát từ niềm tin phổ biến rằng SSTT là một biểu hiện bình thường của già hóa (normal aging), nên số đông người cao tuổi và người chăm sóc cho họ thường không chú ý tới các biểu hiện này và không tìm kiếm thêm thông tin hay sử dụng các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán (Nguyen et al., 2021). Với nhiều ca SSTT được chẩn đoán, một tỉ lệ lớn người bệnh đến bệnh viện để thăm khám cho các dấu hiệu thực thể hay các bệnh lý khác, như tiểu đường, cao huyết áp, v.v... Trong quá trình đó, chuyên viên y tế phát hiện những dấu hiệu bất thường của họ về mặt năng lực nhận thức và đưa ra yêu cầu sàng lọc bổ sung về SSTT (Nguyen & Levkoff, 2020). Cần lưu ý rằng, người được phát hiện SSTT sớm ở giai đoạn đầu có thể sống được trung bình 10 năm từ ngày phát hiện bệnh nếu được chăm sóc tốt (Kua et al., 2014). Việc phát hiện muộn, phần nhiều liên quan đến năng lực thông tin sức khỏe về SSTT, có thể ảnh hưởng tới tuổi thọ và sức khỏe của người bệnh.

Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT có mối liên hệ với kiến thức SSTT, sự kì thị xã hội với SSTT, cũng như với việc ưu tiên lập kế hoạch chăm sóc SSTT trong tương lai (Nguyen et al., 2020). Mặc dù những nghiên cứu đi trước không trực tiếp bàn luận tới năng lực thông tin sức khỏe về SSTT, chúng đã góp phần làm rõ những yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức SSTT, sự kì thị xã hội với SSTT, và mức độ ưu tiên cho việc lên kế hoạch chăm sóc SSTT ở người dân sống trong cộng đồng tại Việt Nam. Người có trình độ giáo dục cao và ít lo lắng về già hóa thường có kiến thức về SSTT tốt hơn (Nguyen & Bui, 2025). Trong khi đó, người càng lo lắng về già hóa của bản thân và có mức độ hiểu biết về SSTT hạn chế thì càng có xu hướng kì thị người SSTT cao hơn (Nguyen, 2023; Nguyen & Bui, 2025). Việc quen biết ai đó mắc SSTT thường giúp giảm đi thái độ kì thị xã hội của người Việt

với SSTT, và mặt khác, giúp họ coi trọng việc lập kế hoạch tìm kiếm sự giúp đỡ trong chăm sóc SSTT trong tương lai hơn (Nguyen, 2023). Trong việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến năng lực thông tin sức khỏe về SSTT, vai trò của những yếu tố kể trên cũng cần được cân nhắc.

Tại Việt Nam, năng lực thông tin sức khỏe, đặc biệt trong phòng ngừa và ứng phó với SSTT còn rất mới và ít được nghiên cứu. Các nghiên cứu đi trước chủ yếu đánh giá nhận thức của người dân trong cộng đồng về việc họ hiểu thế nào về SSTT, hay kiến thức SSTT của họ ở mức độ nào trên một số thang đo chuẩn hóa (Nguyen et al., 2021, 2020; Nguyen & Levkoff, 2020; Nguyen, 2023). Các kết quả hiện nay cho thấy người dân Việt Nam có nhận thức hạn chế về SSTT, bao gồm sự hạn chế trong cách hiểu về triệu chứng, cách phát hiện và cách điều trị (B. N. Nguyen et al., 2018; Nguyen et al., 2021, 2020; T. B. Nguyen et al., 2018; Nguyen, 2023; Vietnam Ministry of Health, 2019). Nhưng hầu như các nghiên cứu đi trước này chưa đánh giá tầm quan trọng của năng lực thông tin sức khỏe của họ trong phòng ngừa và can thiệp SSTT. Để đóng góp vào thu hẹp khoảng trống nghiên cứu này, công trình này tập trung làm rõ:

(1) Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của nhóm trung niên đô thị tại Hà Nội và thành phố Huế hiện nay như thế nào?

(2) Những yếu tố nào liên quan đến năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên đô thị tại Hà Nội và thành phố Huế?

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Mẫu nghiên cứu

Công trình này sử dụng một phần dữ liệu khảo sát tại thành phố Hà Nội và thành phố Huế của đề tài với thiết kế nghiên cứu cắt ngang được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) với mã số 504.05-2021.14. Đề tài 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.

Trong phạm vi bài báo này, mẫu nhóm trung niên, tuổi từ 40 đến 59, sinh sống tại hai phường có mật độ dân cư đông nhất tại Hà Nội và Huế được rút ra phục vụ nghiên cứu. Những người trung niên này đã sống tại cộng đồng thuộc địa bàn khảo sát trong ít nhất 3 năm liên tục để đảm bảo họ nhận thức được những đặc trưng về chăm sóc y tế và hỗ trợ xã hội trong cộng đồng. Cỡ mẫu người trung niên đáp ứng tiêu chí của nghiên cứu này là 258 người.

Bảng 1 khái quát những đặc điểm chính của khách thể nghiên cứu. Trong tổng số 258 người trung niên tuổi từ 40 đến 59, nhóm mẫu người trung niên ở Huế chiếm 2/3 tổng cỡ mẫu người trung niên của cả hai địa bàn. Tỷ lệ giới tính của tổng cỡ mẫu được phân bố tương đối đồng đều giữa nam và nữ, trình độ học vấn (từ THPT trở xuống và cao đẳng, đại học trở lên), giữa hai nhóm thu nhập (dưới 9 triệu đồng/tháng và từ 9 triệu đồng/tháng trở lên). Chiếm đa số trong tổng cỡ mẫu này là người đã kết hôn, tự khai báo không theo tôn

giáo nào, đang làm việc tạo ra thu nhập, có đăng ký bảo hiểm y tế. Hầu hết họ không quen biết ai mắc SSTT và chưa từng chăm sóc ai đó mắc SSTT.

Bảng 1. Đặc điểm khách thể nghiên cứu (N = 258)

	% (số lượng) hoặc [Min - Max]	Giá trị trung bình (ĐLC)
Đặc điểm nhân khẩu xã hội		
<i>Thành phố</i>		
Hà Nội	39.92 (103)	
Huế	60.08 (155)	
<i>Tuổi</i>	[40 - 59]	48.06 (5.48)
<i>Giới tính</i>		
Nam	47.67 (123)	
Nữ	52.33 (135)	
<i>Tình trạng hôn nhân</i>		
Kết hôn	88.37 (228)	
Khác (độc thân, li thân/li hôn, góa,...)	11.63 (30)	
<i>Tôn giáo</i>		
Không	73.26 (189)	
Có	26.74 (69)	
<i>Trình độ học vấn</i>		
THPT hoặc trường nghề trở xuống	53.88 (139)	
Cao đẳng, Đại học hoặc cao hơn	46.12 (119)	
<i>Tình trạng việc làm</i>		
Đang làm việc (toàn hay bán thời gian)	86.43 (223)	
Không làm việc	13.57 (35)	
<i>Thu nhập</i>		
Dưới 9 triệu đồng/tháng	58.91 (152)	
Từ 9 triệu đồng/tháng trở lên	41.09 (106)	
<i>Đăng ký bảo hiểm y tế</i>		
Có	96.86 (247)	
Không	3.14 (8)	
<i>Khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần nhất</i>	[0.1 - 4]	1.39 (0.85)
Kinh nghiệm với người mắc SSTT		
<i>Quen biết ai đó mắc SSTT</i>		
Có	19.77 (51)	
Không	80.23 (207)	
<i>Đã từng chăm sóc ai đó mắc SSTT</i>		
Có	13.57 (35)	
Không	86.43 (223)	
Cảm nhận cá nhân		
Lo lắng về tuổi già ($\alpha = 0.74$)	[30 - 72]	53.25 (7.08)
Cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng ($\alpha = 0.77$)	[29 - 65]	48.81 (6.50)

*Ghi chú: SD = Độ lệch chuẩn

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài NAFOSTED mã số 504.05-2021.14.

2.2. Đo lường và thu thập dữ liệu

Các trợ lý nghiên cứu đã được tập huấn về đạo đức nghiên cứu và cách sử dụng bảng hỏi đã tiến hành phỏng vấn trực tiếp 1-1 với những khách thể đạt đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Các cuộc phỏng vấn được tiến hành tại nhà riêng của khách thể. Mỗi cuộc

phòng vẫn kéo dài 20-40 phút, và người trả lời được nhận 30.000 đồng sau khi hoàn tất một cuộc phỏng vấn.

Các biến chính trong nghiên cứu được đo như sau:

Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT: Dựa trên khái niệm năng lực thông tin sức khỏe (Eriksson-Backa et al., 2012), năng lực này bao hàm những hành vi liên quan đến nhu cầu, tìm kiếm, đánh giá, lựa chọn, và sử dụng thông tin về sức khỏe để ra quyết định, chẳng hạn như trong việc tầm soát, khám sàng lọc, v.v... Nhu cầu và hành vi tìm kiếm thông tin có liên hệ chặt chẽ với việc họ có chủ động tìm kiếm và có biết những thông tin cơ bản phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe khi cần hay không. Trong phạm vi nghiên cứu này, do không thể đánh giá tất cả các khía cạnh của năng lực thông tin sức khỏe về SSTT, chúng tôi tập trung vào hai trong những khía cạnh chính của năng lực này là việc có hiểu biết tốt về các nguồn thông tin sức khỏe, và hành vi tìm kiếm thông tin liên quan (Lo, 2019; Rostamzadeh et al., 2020; Shiferaw et al., 2020). Cụ thể, trong nghiên cứu này, biến này được đo bằng bộ ba tiêu chí là (i) biết về các dịch vụ thăm khám, hỗ trợ y tế cho bệnh nhân mắc SSTT; (ii) biết về các chương trình tuyên truyền, giáo dục về SSTT; và (iii) đã từng tìm kiếm thông tin về SSTT. Việc sử dụng ba câu hỏi này nhằm đảm bảo các câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu, và dễ trả lời cho người tham gia. Với những tiêu chí này, khách thể đưa ra phản hồi chưa từng/không (0) hoặc có (1). Với mỗi phương án có, người trả lời được 1 điểm. Điểm của biến là điểm tổng của ba tiêu chí này. Biến này có độ tin cậy cao ($\alpha = 0.82$).

Kinh nghiệm với người mắc SSTT: Người tham gia trả lời hai câu hỏi về việc họ có biết ai mắc sa sút trí tuệ không và liệu họ đã từng chăm sóc ai mắc sa sút trí tuệ chưa (không/có).

Lo lắng về tuổi già: Thang đo Lo lắng về tuổi già (Anxiety about Aging Scale; Lasher & Faulkender, 1993) gồm 20 câu được sử dụng trong nghiên cứu. Người tham gia trả lời về mức độ đồng ý của họ trên thang Likert 4 bậc (từ 'Rất không đồng ý' đến 'Rất đồng ý'). Thang đo này cho thấy độ tin cậy với khách thể nghiên cứu ($\alpha = 0.74$).

Cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng: Biến này được đo bằng thang đo Cảm nhận về hỗ trợ cộng đồng (Perceived Community Support Questionnaire - PCSQ-14) gồm 14 câu (Herrero & Gracia, 2007) để làm rõ hỗ trợ xã hội mà khách thể cảm nhận được. Trên thang Likert 5 điểm, người trả lời cho biết mức độ đồng ý của họ (từ 1 = 'Rất không đồng ý' đến 5 = 'Rất đồng ý') với từng câu được đưa ra. Độ tin cậy của thang đo trong nghiên cứu được báo cáo ở mức $\alpha = 0.73$.

Đặc điểm nhân khẩu xã hội: Ngoài biến về khu vực cư trú (Hà Nội/Huế), người trả lời cho biết tuổi của họ (đơn vị năm), giới tính (Nam/Nữ), tình trạng hôn nhân (Đã kết hôn/Khác), tôn giáo (Có/Không), trình độ học vấn (THPT trở xuống/Cao đẳng - Đại học trở lên), tình trạng việc làm (Đang đi làm/Không đi làm), thu nhập (Dưới 9 triệu đồng/tháng/Từ 9 triệu đồng/tháng trở lên), có bảo hiểm y tế (Có/Không), và khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất (đơn vị km).

2.3. Phân tích dữ liệu

Các bảng hỏi được nhóm nghiên cứu kiểm tra, làm sạch, nhập liệu vào file Excel để phục vụ phân tích. Các thông tin cá nhân có thể nhận diện trực tiếp khách thể được loại bỏ, chỉ giữ lại mã số của người tham gia nghiên cứu. File dữ liệu từ Excel sau đó được nhập vào để phân tích trên phần mềm phân tích số liệu StataIC 16. Ngoài thống kê mô tả và kiểm tra các giả định cho phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, ba mô hình hồi quy phân cấp được kiểm tra trên biến kết quả là năng lực thông tin sức khỏe về SSTT. Cụ thể, ở Mô hình 1, chỉ nhóm biến về kinh nghiệm với người mắc SSTT (gồm biến ‘Quen biết ai đó mắc SSTT’ và ‘Đã/đang chăm sóc ai mắc sa sút trí tuệ’) được đưa vào phân tích hồi quy. Ở Mô hình 2, một nhóm biến nữa được đưa vào, là nhóm về cảm nhận cá nhân (gồm biến ‘Lo lắng về tuổi già’ và ‘Cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng’). Cuối cùng, ở Mô hình 3, các biến đặc điểm nhân khẩu xã hội được đưa vào để kiểm soát các biến còn lại. Mỗi mô hình đều được kiểm tra mức độ đa cộng tuyến thông qua tính toán chỉ số VIF, và hệ số R^2 hiệu chỉnh được so sánh giữa các mô hình. Đề tài xác định mức độ có ý nghĩa về thống kê là $p < 0.05$.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên

Bảng 2 khái quát những kết quả chính về ba tiêu chí năng lực thông tin sức khỏe ở người trung niên trong cộng đồng. Gần 70% người trung niên cho biết họ có biết về các dịch vụ thăm khám, hỗ trợ y tế cho bệnh nhân mắc SSTT. Tuy nhiên, tỉ lệ người từng chủ động tìm kiếm thông tin về SSTT lại thấp hơn nhiều, chỉ hơn 53%. Đặc biệt, tỉ lệ người trung niên biết về các chương trình tuyên truyền, giáo dục về SSTT khá thấp, chưa đến một nửa số người được hỏi. Trên thang điểm từ 0 đến 3, điểm trung bình của biến năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên, dựa trên giá trị của ba tiêu chí trên, là 1.71 ($DLC = 1.25$).

Bảng 2. Biến số năng lực thông tin sức khỏe ở người trung niên (N = 256)

Tiêu chí năng lực thông tin sức khỏe		Chưa từng/ Không (%)	Có (%)
F16	Biết về các dịch vụ thăm khám, hỗ trợ y tế cho bệnh nhân mắc SSTT	30.08	69.92
F17	Biết về các chương trình tuyên truyền, giáo dục về SSTT	52.71	47.29
F18	Đã từng tìm kiếm thông tin về SSTT	46.90	53.10
Biến năng lực thông tin sức khỏe (NLTTSK)		[Min - Max]	Giá trị trung bình (DLC)
NNTTSK ($\alpha = 0.82$)		[0 - 3]	1.71 (1.25)

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài NAFOSTED mã số 504.05-2021.14.

3.2. Những yếu tố liên quan đến năng lực thông tin sức khỏe về SSTT

Kết quả của ba mô hình hồi quy phân cấp được tổng kết trong Bảng 3. Khả năng giải thích cho độ biến thiên của năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên tăng

lên rõ rệt qua từng mô hình, khi các biến lần lượt được đưa vào mô hình. Cụ thể, ở Mô hình 1, việc quen biết ai đó mắc SSTT hoặc đã từng chăm sóc ai đó mắc SSTT chỉ giải thích được 2.4% độ biến thiên của biến năng lực thông tin này. Khi thêm hai biến là lo lắng về tuổi già và cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng, Mô hình 2 đã giải thích được 13.21% độ biến thiên của biến kết quả. Cho tới Mô hình 3, khi các biến đặc điểm nhân khẩu xã hội được đưa vào mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, các biến này đã có thể lý giải tới 35.04% độ biến thiên của năng lực thông tin sức khỏe của người trung niên về SSTT. Cả ba mô hình này đều không gặp phải vấn đề đa cộng tuyến khi VIF trung bình và VIF của từng biến trong mô hình đều nhỏ hơn 3.

Bảng 3. Mô hình hồi quy tuyến tính phân cấp trên năng lực thông tin sức khỏe của người trung niên (N = 253)

	β (SE)		
	Mô hình 1 (N = 256)	Mô hình 2 (N = 255)	Mô hình 3 (N = 299)
Kinh nghiệm với người mắc SSTT			
Quen biết ai đó mắc SSTT (Có)	0.21 (0.30)*	0.20 (0.29)*	0.16 (0.26)*
Đã/đang chăm sóc ai mắc sa sút trí tuệ (Có)	-0.04 (0.36)	-0.02 (0.34)	-0.06 (0.30)
Cảm nhận cá nhân			
Lo lắng về tuổi già		-0.11 (0.01)	-0.13 (0.01)*
Cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng		0.29 (0.01)*	0.07 (0.01)
Các đặc điểm nhân khẩu xã hội			
Khu vực (Huế)			0.40 (0.18)*
Tuổi			0.09 (0.01)
Giới tính (Nữ)			-0.002 (0.14)
Tình trạng hôn nhân (Đã kết hôn)			0.06 (0.21)
Tôn giáo (Có)			0.08 (0.16)
Trình độ học vấn (Cao đẳng/Đại học trở lên)			0.27 (0.14)*
Tình trạng việc làm (Đang đi làm)			0.03 (0.22)
Thu nhập (Từ 9 triệu đồng/tháng trở lên)			-0.07 (0.15)
Không có bảo hiểm y tế			-0.04 (0.37)
Khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất			0.20 (0.09)*
Thông số tổng quát của mô hình			
Hệ số R ² hiệu chỉnh	0.0240	0.1321	0.3504
VIF trung bình của mô hình	2.38	1.73	1.47

Ghi chú: * $p < 0.05$.

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài NAFOSTED mã số 504.05-2021.14.

Từ ba mô hình hồi quy, có thể thấy biến ‘Quen biết ai đó mắc SSTT’ là một biến dự báo năng lực thông tin sức khỏe của người trung niên có ý nghĩa thống kê và khá ổn định. Ngay cả khi các biến khác lần lượt được thêm vào mô hình, biến này vẫn cho thấy mức ý nghĩa thống kê. Riêng nhóm biến về cảm nhận cá nhân có sự hoán đổi vai trò của biến dự báo có ý nghĩa thống kê ở Mô hình 2 và 3. Trong Mô hình 2, biến cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng cho thấy ý nghĩa thống kê, trong khi biến lo lắng về tuổi già thì không. Nhưng trong Mô hình 3, khi các biến nhân khẩu xã hội được thêm vào, biến cảm nhận về hỗ trợ trong cộng đồng không còn là biến dự báo có ý nghĩa thống kê nữa, thay vào đó, biến lo lắng về tuổi già lại trở thành biến dự báo có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy, việc thêm các biến nhân khẩu xã hội vào rất quan trọng. Không chỉ khả năng giải thích cho độ

biến thiên của biến kết quả tăng thêm 21.83%, chúng còn làm mối liên hệ thật của nhóm biến cảm nhận cá nhân với biến kết quả được thể hiện chính xác hơn khi các biến nhân khẩu xã hội được kiểm soát trong mô hình.

Trong các biến nhân khẩu xã hội, khu vực cư trú, trình độ học vấn, và khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất cho thấy mối liên hệ tương quan có ý nghĩa thống kê với biến kết quả. Cụ thể, người trung niên ở Huế ($\beta = 0.40, SE = 0.18, p < 0.05$), người có trình độ học vấn cao ($\beta = 0.27, SE = 0.14, p < 0.05$), và người ở xa cơ sở y tế ($\beta = 0.20, SE = 0.09, p < 0.05$) có xu hướng có năng lực thông tin sức khỏe về SSTT cao hơn.

4. Bàn luận

Nghiên cứu này đóng góp những phát hiện bước đầu về thực trạng năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên trong cộng đồng. Đây là một chủ đề nghiên cứu còn rất mới tại Việt Nam, và những kết quả nghiên cứu mang ý nghĩa lý luận và thực tiễn quan trọng. Kết quả nghiên cứu cho thấy người trung niên Việt Nam đã có năng lực thông tin sức khỏe về SSTT ở mức độ trung bình ($M = 1.71, SD = 1.25$, trên thang điểm từ 0 đến 3). Tuy nhiên, năng lực thông tin này nằm ở việc họ biết về những thông tin cơ bản nhất về dịch vụ thăm khám, điều trị SSTT, trong khi hiểu biết về nguồn thông tin giáo dục về SSTT, cũng như sự chủ động trong tìm kiếm thông tin về SSTT còn hạn chế, với hơn 50% người tham gia cho biết họ từng chủ động tìm kiếm thông tin về SSTT. Năng lực này có mối liên hệ tương quan với việc họ có quen biết ai đó mắc SSTT và trình độ học vấn, cũng như khoảng cách tới cơ sở y tế.

Năng lực thông tin sức khỏe tập trung nhiều vào hành vi tìm kiếm thông tin về sức khỏe, cụ thể là về SSTT ở người trung niên. Những thông tin này phục vụ một cách chiến lược cho việc họ sẽ lựa chọn, sử dụng các nguồn tin nào vào việc ra quyết định sàng lọc, khám chữa bệnh (Eriksson-Backa et al., 2012; Lo, 2019; Rostamzadeh et al., 2020). Những người trung niên trong nghiên cứu cho thấy, số đông có hiểu biết nhất định về dịch vụ khám chữa SSTT. Tuy vậy, một tỉ lệ lớn trong nhóm người trung niên này không chủ động tìm kiếm thông tin về vấn đề này. Có khả năng rằng nhiều người trong nhóm khách thể nghiên cứu biết về những thông tin về dịch vụ khám chữa SSTT thông qua tiếp thu thông tin thụ động từ các nguồn khác nhau. Điều này phần nào phản ánh mức độ quan tâm và chủ động trong phòng ngừa nguy cơ SSTT ở người trung niên còn hạn chế. Mô hình niềm tin sức khỏe cũng chỉ ra, chỉ khi người dân nhận thức được nguy cơ, mức độ nghiêm trọng, và lợi ích của thông tin sức khỏe, họ mới quyết định hành động, ví dụ như tìm kiếm thông tin về SSTT (Alyafei & Easton-Carr, 2025; Jang et al., 2018; Nguyen et al., 2021).

Năng lực thông tin sức khỏe về SSTT của người trung niên chịu chi phối của nhiều yếu tố khác nhau, gồm cả yếu tố cá nhân và yếu tố môi trường xã hội (Pleasant et al., 2015). Tương tự với những phát hiện trong các nghiên cứu đi trước ở những nhóm dân cư khác nhau, trong các bối cảnh, địa bàn khác nhau, trình độ học vấn hay giáo dục có ảnh hưởng lớn tới năng lực thông tin sức khỏe. Người trung niên có học vấn cao có năng lực thông tin sức khỏe về SSTT cao hơn so với nhóm học vấn thấp hơn (Crawley et al., 2022; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Protheroe et al., 2017; Shiferaw et al., 2020; Smith et al., 2023;

Xu et al., 2018). Ngoài ra, việc quen biết ai đó mắc SSTT và lo lắng về tuổi già đều có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với năng lực thông tin sức khỏe về SSTT. Cụ thể, năng lực thông tin sức khỏe về SSTT cao hơn ở những người có quen biết ai đó mắc SSTT và ít lo lắng về già hóa hơn. Có thể thấy rằng, việc tiếp xúc và biết ai đó mắc bệnh, cùng với nỗi lo lắng về ảnh hưởng của tuổi già tới bản thân, cụ thể là sức khỏe của bản thân, phần nào định hình nhận thức về nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của SSTT tới bản thân người trung niên. Nhờ đó, họ có nhu cầu tìm hiểu và học hỏi về SSTT nhiều hơn, hình thành nên năng lực thông tin sức khỏe về SSTT cao hơn.

Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy các yếu tố liên quan đến bối cảnh như khoảng cách đến cơ sở y tế hay địa bàn có vai trò nhất định trong dự báo năng lực thông tin sức khỏe trong phòng ngừa, can thiệp SSTT ở người trung niên. Việc người trung niên ở xa cơ sở chăm sóc y tế lại có xu hướng có năng lực thông tin sức khỏe cao hơn có thể do việc ở xa cơ sở y tế khiến họ cảm thấy xa nguồn hỗ trợ thông tin hơn, và do đó, chủ động hơn trong việc tìm hiểu thông tin. Đây là khám phá mới của nghiên cứu này, phần nào phản ánh vai trò của các yếu tố bối cảnh địa bàn trong giải thích năng lực thông tin sức khỏe của người dân trong cộng đồng. Đối với việc người trung niên ở Huế có xu hướng thể hiện năng lực thông tin sức khỏe cao hơn người trung niên ở Hà Nội cũng cần nghiên cứu thêm để làm rõ liệu mối quan hệ này có nhất quán không, hay kết quả này có thể bị ảnh hưởng bởi sự chênh lệch trong cỡ mẫu giữa người trung niên ở hai địa bàn, khi nhóm mẫu ở Huế chiếm 2/3 tổng cỡ mẫu người trung niên trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu này mang tính khám phá và có nhiều hạn chế. Ngoài cỡ mẫu nhỏ và không cân bằng giữa hai địa bàn nghiên cứu, một số hạn chế khác cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả nghiên cứu. Một trong số đó là biến kết quả năng lực thông tin sức khỏe về SSTT hiện chỉ tập trung vào hai trong những khía cạnh chính của năng lực này là việc có hiểu biết tốt về các nguồn thông tin sức khỏe, và hành vi tìm kiếm thông tin liên quan, được đo lường dựa trên ba tiêu chí và chưa có sự ứng dụng thang đo chuẩn hóa và thích ứng với người Việt. Việc này một phần do thiếu các thang đo năng lực thông tin sức khỏe dành riêng cho chủ đề SSTT và ứng dụng với người dân trong cộng đồng. Việc đo lường hiện nay cũng chỉ dựa trên câu hỏi có/không, chưa xác định được cấp độ hiểu biết hay chủ động tìm kiếm thông tin. Trong bối cảnh này, việc đo lường thông qua ba tiêu chí như trong nghiên cứu này phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Khi triển khai khảo sát thử nghiệm trong cộng đồng, nhóm nghiên cứu gặp nhiều khó khăn do người dân đô thị có tỉ lệ từ chối tham gia cao do họ sợ mất thời gian, đặc biệt nếu bảng hỏi dài và nhiều câu hỏi. Để giúp gia tăng tỉ lệ chấp nhận tham gia của người dân, nhóm nghiên cứu đồng thuận trong việc giữ bảng hỏi ngắn gọn, dễ hiểu. Tuy vậy, các nghiên cứu tương lai nên cân nhắc việc xây dựng và thích ứng bộ thang đo riêng để đo được các khía cạnh đa dạng hơn của năng lực thông tin sức khỏe SSTT.

5. Kết luận

Kết quả nghiên cứu đã đóng góp những hiểu biết đầu tiên về năng lực thông tin sức khỏe liên quan tới SSTT ở người trung niên trong cộng đồng đô thị. Kết quả nghiên cứu đã nhấn mạnh đến vai trò của trình độ học vấn và cảm nhận lo lắng chủ quan của cá nhân về

tuổi già cũng như vai trò của việc tiếp xúc với người mắc SSTT trong thúc đẩy năng lực thông tin sức khỏe ở nhóm này. Các nghiên cứu trong tương lai để mở rộng chủ đề nghiên cứu này là rất cần thiết. Bên cạnh đó, những kết quả ban đầu này đóng góp vào mở rộng những nghiên cứu tiếp theo để cung cấp thêm bằng chứng cho việc hoạch định chương trình chính sách về giáo dục cộng đồng về nâng cao năng lực thông tin SSTT và thúc đẩy phòng ngừa, sàng lọc sớm, và điều trị sớm cho các triệu chứng SSTT trong cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2025). The Health Belief Model of Behavior Change. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- 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/>
- Artinian, N., Lange, M. P., Templin, T., Stallwood, L. G., & Hermann, C. (2003). Functional Health Literacy in an Urban Primary Care Clinic. *Nursing Faculty Research Publications*. <https://digitalcommons.wayne.edu/nursingfrp/1>
- Boyle, P. A., Yu, L., Wilson, R. S., Segawa, E., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2013). Cognitive decline impairs financial and health literacy among community-based older persons without dementia. *Psychology and Aging, 28*, 614–624. <https://doi.org/10.1037/a0033103>
- Crawley, S., Moore, K., Vickerstaff, V., Fisher, E., Cooper, C., & Sampson, E. L. (2022). How do factors of sociodemographic, health literacy and dementia experience influence carers' knowledge of dementia? *Dementia, 21*(4), 1270–1288. <https://doi.org/10.1177/14713012221074219>
- Dang, T. H., Tran, K., Esterman, A., Roughead, E. E., Brodaty, H., Hinton, L., Kim, G. B., Kurrle, S., Crotty, M., Pham, T., Le Pham, T., Hoang, P., & Nguyen, T. A. (2021). Healthcare services for people with dementia in Vietnam: A situational analysis. *Alzheimer's & Dementia, 17*(S10), e057659. <https://doi.org/10.1002/alz.057659>
- Eriksson-Backa, K., Ek, S., Niemelä, R., & Huotari, M.-L. (2012). Health information literacy in everyday life: A study of Finns aged 65–79 years. *Health Informatics Journal, 18*(2), 83–94. <https://doi.org/10.1177/1460458212445797>
- General Statistics Office & United Nations Population Fund. (2016). *Vietnam population projection 2014–2049*. Vietnam News Agency Publishing House.
- Grace, S., & Horstmanshof, L. (2019). A realist evaluation of a regional Dementia Health Literacy Project. *Health Expectations, 22*(3), 426–434. <https://doi.org/10.1111/hex.12862>
- Häikiö, K., Cloutier, D., & Rugkåsa, J. (2020). Is health literacy of family carers associated with carer burden, quality of life, and time spent on informal care for older persons living with dementia? *PLOS ONE, 15*(11), e0241982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241982>
- Haines, M., & Horrocks, G. (2006). Health information literacy and higher education: The King's College London approach. *Library Review, 55*(1), 8–19. <https://doi.org/10.1108/00242530610641754>
- Haralambous, B., Mackell, P., Lin, X., Fearn, M., & Dow, B. (2017). Improving health literacy about dementia among older Chinese and Vietnamese Australians. *Australian Health Review, 42*(1), 5–9. <https://doi.org/10.1071/AH17056>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: Factorial structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (perceived community support questionnaire). *Journal of Community Psychology, 35*(2), 197–217. <https://doi.org/10.1002/jcop.20143>

- 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>
- Huang, C.-H., Talley, P. C., Lin, C.-W., Huang, R.-Y., Liu, I.-T., Chiang, I.-H., Lu, I.-C., Lai, Y.-C., & Kuo, K.-M. (2020). Factors associated with low health literacy among community-dwelling women in Taiwan. *Women & Health*, 60(5), 487–501. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1662872>
- Ivanitskaya, L., O’Boyle, I., & Casey, A. (2006). Health Information Literacy and Competencies of Information Age Students: Results From the Interactive Online Research Readiness Self-Assessment (RRSA). *Journal of Medical Internet Research*, 8, e6. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e6>
- Jang, Y., Yoon, H., Park, N. S., Rhee, M.-K., & Chiriboga, D. A. (2018). Asian Americans’ concerns and plans about Alzheimer’s disease: The role of exposure, literacy and cultural beliefs. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 199–206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12509>
- Kua, E. H., Ho, E., Tan, H. H., Tsoi, C., Thng, C., & Mahendran, R. (2014). The natural history of dementia. *Psychogeriatrics*, 14(3), 196–201. <https://doi.org/10.1111/psyg.12053>
- Lasher, K. P., & Faulkender, P. J. (1993). Measurement of aging anxiety: Development of the Anxiety about Aging Scale. *International Journal of Aging & Human Development*, 37(4), 247–259. <https://doi.org/10.2190/1U69-9AU2-V6LH-9Y1L>
- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, 41(5), 600–607. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Lo, R. Y. (2019). Uncertainty and health literacy in dementia care. *Tzu-Chi Medical Journal*, 32(1), 14–18. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_116_19
- Nguyen, B. N., Nguyen, N. H., Nguyen, T. H., Nguyen, T. B., Nguyen, T., Nguyen, T. P. A., Nguyen, Q. P., Nguyen, T. B., Nguyen, T. T. B., Hinton, L., & Pham, T. (2018). Challenges of existing Vietnamese healthcare systems in providing care and sustaining community-based interventions for family caregivers of elderly with dementia in Vietnam. *Vietnam Medical Journal*, 470(1), 158–162.
- Nguyen, T. B., Nguyen, N. H., Nguyen, T. H., Nguyen, T. T., Nguyen, P. A., Nguyen, Q. P., Nguyen, B. N., Hinton, L., & Pham, T. (2018). Introducing the American REACH-VA intervention for family caregivers of people with dementia and implications for family caregiver interventions in Vietnam. *Vietnam Medical Journal*, 468(1), 98–101.
- 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. (Sage CA: Los Angeles, CA). <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*, 0(0), 1–22. <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*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2293053>
- Nguyen, T. T., & Bui, M. T. (2025). Dementia Knowledge and Public Stigma Among Vietnamese Adults in Metropolitan Areas and Their Associated Individual and Contextual Factors. *Dementia*, 14713012251409249. <https://doi.org/10.1177/14713012251409249>
- Nguyen, Tuan Anh, Dang, T. H., Tran, K., Kim, G. B., Brodaty, H., Pham, T., Pham, T. L., Crotty, M., Kurrle, S., Hinton, L., Esterman, A., Nguyen, Trung Anh, & Roughead, E. E. (2020). Dementia in Vietnam: A situational analysis. *Alzheimer’s & Dementia*, 16(S10), e039252. <https://doi.org/10.1002/alz.039252>

- Pleasant, A., Cabe, J., Patel, K., Cosenza, J., & Carmona, R. (2015). Health Literacy Research and Practice: A Needed Paradigm Shift. *Health Communication, 30*(12), 1176–1180. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037426>
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. *Health Expectations, 20*(1), 112–119. <https://doi.org/10.1111/hex.12440>
- Rostamzadeh, A., Stapels, J., Genske, A., Haidl, T., Jünger, S., Seves, M., Woopen, C., & Jessen, F. (2020). Health Literacy in Individuals at Risk for Alzheimer’s Dementia: A Systematic Review. *The Journal of Prevention of Alzheimer’s Disease, 7*(1), 47–55. <https://doi.org/10.14283/jpad.2019.34>
- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K., & Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: A cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 20*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01202-1>
- Smith, G. D., Ho, K., Lee, A., Lam, L., & Chan, S. (2023). Dementia literacy in an ageing world. *Journal of Advanced Nursing, 79*(6), 2167–2174. <https://doi.org/10.1111/jan.15556>
- Tatarski, M. (2016, April 13). Rapid Aging Threatens Vietnam’s Growth. *AEC News Today*. <https://aecnewstoday.com/2016/rapid-aging-threatens-vietnams-growth/>
- 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
- Volandes, A. E., Paasche-Orlow, M., Gillick, M. R., Cook, E. f., Shaykevich, S., Abbo, E. D., & Lehmann, L. (2008). Health Literacy not Race Predicts End-of-Life Care Preferences. *Journal of Palliative Medicine, 11*(5), 754–762. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0224>
- Xu, X. Y., Leung, A. Y. M., & Chau, P. H. (2018). Health Literacy, Self-Efficacy, and Associated Factors Among Patients with Diabetes. *HLRP: Health Literacy Research and Practice, 2*(2), e67–e77. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180313-01>