
NHU CẦU CHĂM SÓC DÀI HẠN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM: BẰNG CHỨNG TỪ KHẢO SÁT QUỐC GIA

Phí Mạnh Phong

Trường Đại học Mở - Địa chất
Email: phimanhphong@gmail.com

Phí Mạnh Hồng

Trường Đại học Đại Nam
Email: phimanhhong@gmail.com

Mã bài: JED - 442

Ngày nhận: 19/10/2021

Ngày nhận bản sửa: 11/02/2022

Ngày duyệt đăng: 28/02/2022

Tóm tắt:

Bài viết này sử dụng dữ liệu Điều tra người cao tuổi Việt Nam năm 2011 (Vietnam Aging Survey, viết tắt là VNAS 2011) để phân tích nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi, trong đó chú trọng vào sự khác biệt giới. Kết quả cho thấy phụ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nam giới cao tuổi, đặc biệt là những người từ 80 tuổi trở lên, người sống ở nông thôn và người không kết hôn (chưa kết hôn, ly dị, ly thân và góa). Kết quả ước lượng của mô hình hồi quy logistic chỉ ra rằng tuổi và khu vực sống là hai yếu tố có tác động rõ rệt đến xác suất cần chăm sóc dài hạn của nhóm nữ cao tuổi nhưng không tác động tới nhu cầu chăm sóc dài hạn của nam giới cao tuổi.

Từ khóa: Già hóa dân số, người cao tuổi, nhu cầu chăm sóc dài hạn, Việt Nam

Mã JEL: I10, I18, J14

Long-term care needs among elderly people in Vietnam

Abstract

This paper, using data from the Vietnam Aging Survey in 2011, was aimed to provide analyses on the long-term care (LTC) needs of older persons in Vietnam, with a particular focus on gender differences. The results showed that women had statistically significantly higher need of LTC than men had, especially among those aged 80 and over, living in rural areas, and currently unmarried (single, divorced, separated, or widowed). The findings from logistic regression models indicated that age and place of residence were strongly associated with the likelihood of having LTC need for older women, but not for older men.

Keywords: Aging population, older persons, long-term care needs, Vietnam

JEL Codes: I10, I18, J14

1. Giới thiệu

Là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, Việt Nam đang trải qua giai đoạn có tổng tỷ suất sinh giảm và tuổi thọ ngày càng tăng và vì thế mà số lượng và tỷ lệ người cao tuổi (là những người từ 60 tuổi trở lên) ngày càng tăng. Vào năm 2019, dân số cao tuổi là 11,4 triệu người, chiếm 11,9% tổng dân số Việt Nam (Tổng cục Thống kê, 2020a). Dự báo dân số cao tuổi sẽ chiếm 25% tổng dân số vào năm 2050 (Tổng cục Thống kê, 2020b). Cùng với xu hướng già hóa dân số rất nhanh, tình hình sức khỏe, bệnh tật của người cao tuổi (NCT) ở Việt Nam cho thấy nhiều điểm đáng quan ngại. Có đến 64,5% người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe của họ là yếu/rất yếu và chỉ có 4,8% người cao tuổi cho rằng sức khỏe của họ tốt/rất tốt (Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, 2012). Tuổi càng tăng thì

gánh nặng bệnh không lây nhiễm, mạn tính và sự suy giảm chức năng về nghe, nhìn, vận động, nhận thức của người cao tuổi tăng nhanh dẫn đến nhiều người cao tuổi gặp khó khăn hoặc không thể tự mình thực hiện được các hoạt động sinh hoạt cá nhân hàng ngày (activities of daily living - ADLs, như ăn uống, vệ sinh cá nhân, tắm, mặc quần áo) hoặc/và các hoạt động hỗ trợ cuộc sống hàng ngày (instrumental activities of daily living - IADLs, như sử dụng phương tiện giao thông, sử dụng điện thoại, mua sắm, chuẩn bị bữa ăn, quản lý tài chính, làm việc nhà) (Williams & cộng sự, 2008). Trong điều kiện đó, người cao tuổi có nhu cầu được hỗ trợ, chăm sóc để có thể thực hiện một cách cơ bản các hoạt động như trên – gọi là chăm sóc dài hạn (CSDH). Theo định nghĩa của World Health Organization (2015), chăm sóc dài hạn nhằm đảm bảo cho người cao tuổi đang hoặc có nguy cơ mất năng lực nội tại đáng kể vẫn có thể duy trì khả năng hoạt động ở mức phù hợp với nhân quyền và nhân phẩm. Theo quan điểm của Glinskaya & Feng (2018) thì chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi cũng có thể hiểu là sự hỗ trợ/trợ giúp của người khác khi người cao tuổi không còn hoặc giảm khả năng tự chăm sóc bản thân trong sinh hoạt hàng ngày.

Theo truyền thống văn hóa, chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi ở Việt Nam được thực hiện trong phạm vi gia đình, người chăm sóc là vợ/chồng, con, cháu của người cao tuổi (Help Age International, 2013). Tuy nhiên, mô hình chăm sóc truyền thống đang suy giảm do quy mô gia đình ngày càng nhỏ, con cái di cư hay bận rộn làm ăn nên không thể/không đủ thời gian chăm sóc cha mẹ, sự thay đổi trong sở thích sống cùng giữa các thế hệ (Glinskaya & Feng, 2018). Trong khi đó, phần lớn người cao tuổi vẫn mong muốn sống với gia đình, cộng đồng trong giai đoạn cuối đời. Bên cạnh đó, người cao tuổi và gia đình chưa đủ khả năng chi trả cho các cơ sở chăm sóc dài hạn tập trung nên cần có hệ thống chăm sóc phù hợp với điều kiện trên. chăm sóc dài hạn là một trong các thách thức của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam hiện nay (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2018).

Cho đến nay, có rất ít các nghiên cứu ở Việt Nam về nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi. Với dữ liệu từ hệ thống giám sát nhân khẩu tại Ba Vì, Hà Nội (FilaBavi), Le Van Hoi & cộng sự (2011, 2012) cho thấy các yếu tố cá nhân, gia đình và xã hội (như nhóm tuổi, giáo dục, sắp xếp cuộc sống, kinh tế, bệnh tật...) tác động đến nhu cầu chăm sóc dài hạn và sự sẵn lòng chi trả cho các loại hình dịch vụ chăm sóc người cao tuổi. Bảng dữ liệu quốc gia về điều tra người cao tuổi ở Việt Nam năm 2011, Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam (2012) đã phân tích thống kê mô tả nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi theo các đặc điểm cá nhân và hộ gia đình của người cao tuổi. Tuy nhiên, hai nghiên cứu trên hoặc chỉ sử dụng mẫu nghiên cứu ở 01 huyện khu vực nông thôn hoặc chỉ dừng ở phân tích thống kê mô tả. Hơn nữa, “nữ hóa” dân số cao tuổi – số lượng phụ nữ ngày càng nhiều hơn nam giới – khi độ tuổi ngày càng cao trong khi tỷ lệ phụ nữ cao tuổi bị khuyết tật, bệnh mạn tính cao hơn nam giới cao tuổi nên nhu cầu chăm sóc dài hạn của phụ nữ cao tuổi ngày càng lớn (Public Policy Institute, 2007; Quỹ Dân số Liên Hợp quốc, 2011). Dù vậy, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào sử dụng dữ liệu đại diện quốc gia để phân tích sự khác biệt nam – nữ trong nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam.

Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu của Điều tra người cao tuổi năm 2011 (gọi tắt là VNAS 2011), là dữ liệu đại diện quốc gia duy sử dụng nhất được phép rộng rãi tính đến cho đến thời điểm nghiên cứu này được thực hiện. Bài viết này bao gồm các nội dung sau: Trong phần hai, chúng tôi sẽ trình bày về dữ liệu VNAS 2011 và phương pháp nghiên cứu. Phần ba sẽ trình bày kết quả phân tích. Thảo luận và kết luận sẽ được trình bày trong phần cuối của bài viết.

2. Dữ liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Dữ liệu

Bài viết này sử dụng dữ liệu từ Điều tra Người cao tuổi Việt Nam (VNAS) năm 2011. Đây là cuộc điều tra đại diện quốc gia đầu tiên về người cao tuổi ở Việt Nam, được tiến hành với 4.007 người từ 50 tuổi trở lên. Những người được điều tra đã được chọn bằng phương pháp chọn mẫu theo tỷ trọng dân số (PPS) với cỡ mẫu lớn lấy tương ứng từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009. Điều tra cung cấp nhiều thông tin cá nhân (như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân và tình trạng việc làm...), đời sống gia đình (như sắp xếp cuộc sống, quan hệ trong gia đình, chăm sóc và được chăm sóc...) và quan hệ xã hội của người cao tuổi (như tiếp cận với các chính sách xã hội; tham gia các tổ chức đoàn thể ở địa phương và tham gia các hoạt động văn hoá...). Cùng với những thông tin hộ gia đình, VNAS 2011 còn cung cấp thông tin về điều kiện sống (như điều kiện nhà ở, vệ sinh, sở hữu tài sản) cũng như tình trạng tài chính. Về vấn đề sức khỏe, VNAS 2011 cung cấp thông tin chi tiết và có thể phân tích ở các khía cạnh tuổi, giới, tình trạng sức khỏe (tự đánh

giá, loại bệnh, các khuyết tật...) cùng với các khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày (ADLs) mà cần có sự giúp đỡ của người khác trong gia đình và cộng đồng. Số lượng quan sát của nghiên cứu này là 2.789 người cao tuổi, trong đó có 1.683 phụ nữ cao tuổi và 1.106 nam giới cao tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đo lường biến

- Biến phụ thuộc: Nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi, việc xác định nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi thông qua xác định liệu họ có hay không gặp khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADLs) và các hoạt động hỗ trợ cuộc sống hàng ngày (IADLs). Tuy nhiên, do hạn chế về dữ liệu nên nghiên cứu này chỉ tập trung phân tích liên quan đến ADLs. Với câu hỏi: “Ông/bà có gặp bất kỳ khó khăn nào khi phải tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày không?”, nếu câu trả lời nhận được từ người cao tuổi là “Có” thì người đó được xem là có nhu cầu chăm sóc dài hạn, trong khi câu trả lời là “không gặp khó khăn nào” được xác định là không có nhu cầu chăm sóc dài hạn.

- Biến độc lập: Bao gồm các biến thuộc liên quan đến nhân khẩu học, sức khỏe và đặc điểm kinh tế - xã hội của cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi.

- Biến nhân khẩu học bao gồm: (i) Tuổi được chia thành ba nhóm: sơ lão (60 – 69), trung lão (70 – 79), đại lão (80+); và (ii) Tình trạng hôn nhân được chia thành hai nhóm: nhóm đang có vợ/chồng và nhóm khác (gồm có độc thân, ly dị, ly thân và góa).

- Biến liên quan đến sức khỏe của người cao tuổi bao gồm: (i) Sức khỏe tự đánh giá được chia lại thành hai nhóm: nhóm có sức khỏe tốt và nhóm sức khỏe kém; (ii) Tình trạng bệnh mạn tính (như xương khớp, tim mạch...) được chia thành hai nhóm: nhóm có ít nhất một bệnh mạn tính và nhóm không có bệnh.

- Biến về đặc điểm kinh tế - xã hội bao gồm: (i) Trình độ giáo dục của người cao tuổi được chia thành hai nhóm: nhóm có trình độ dưới tiểu học (không đi học, chưa học hết tiểu học) và nhóm có trình độ từ tiểu học trở lên; (ii) Tình trạng việc làm được chia thành hai nhóm: nhóm đang đi làm và nhóm không đi làm; (iii) Khu vực sống được chia thành hai nhóm: nông thôn và thành thị; (iv) Sắp xếp cuộc sống được chia thành ba nhóm: sống một mình, sống với vợ/chồng và sống với người khác; và (v) Tình trạng nghèo được chia thành hai nhóm: nhóm sống trong hộ nghèo và nhóm sống trong hộ không nghèo.

Phân tích thống kê và mô hình kinh tế lượng

Phân tích thống kê mô tả: Nghiên cứu sẽ sử dụng bảng thống kê để phân tích nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi nam và nữ theo các đặc điểm của cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi. Để kiểm định ý nghĩa thống kê sự khác biệt giữa nữ với nam trong nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi, kiểm định paired t-test được sử dụng. Có ba mức ý nghĩa thống kê là 1%, 5% và 10%.

Phân tích mô hình kinh tế lượng: Mô hình hồi quy logistic sẽ được sử dụng để xác định các nhân tố ảnh hưởng đến xác suất có nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi như sau:

$$\text{Ln}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_i X_i + \varepsilon,$$

Trong đó:

p là xác suất xảy ra người cao tuổi cần chăm sóc dài hạn (hay có ít nhất một khó khăn trong ADLs). Do đó, $1 - p$ là xác suất xảy ra người cao tuổi không có nhu cầu chăm sóc dài hạn (hay không có bất kỳ khó khăn nào trong ADLs);

X_i là các biến độc lập đại diện cho các đặc điểm cá nhân và hộ gia đình của người cao tuổi;

β_i là các hệ số tương ứng của các biến số X_i ;

α là hằng số; và

ε là phần dư (phần không thể giải thích bởi X_i)

Sau khi thực hiện ước lượng các hệ số β_i từ mô hình trên, để so sánh xác suất xảy ra người cao tuổi cần chăm sóc dài hạn, tỷ số chênh lệch (Odds Ratio - OR) theo công thức $OR = \frac{odd1}{odd0} = e^{\beta}$ sẽ được tính toán. Trong số các nhóm nhỏ của một biến số độc lập, một nhóm sẽ được chọn làm nhóm tham chiếu, được sử dụng để so sánh với các nhóm còn lại. Ví dụ, biến “tình trạng sức khỏe” bao gồm hai nhóm là ‘tốt’ và ‘kém’ thì nhóm ‘tốt’ được dùng làm nhóm tham chiếu. Trong đó, nhóm tham chiếu luôn có $OR = 1$. Nếu $OR > 1$ và

có ý nghĩa thống kê thì hàm ý rằng nhóm so sánh ('kém') có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao hơn nhóm tham chiếu. Ngược lại, nếu $OR < 1$ và có ý nghĩa thống kê thì nhóm so sánh 'kém' có xác suất cần chăm sóc dài hạn thấp hơn nhóm tham chiếu 'tốt'.

Để xác định liệu có tồn tại đa cộng tuyến giữa các biến độc lập, kiểm định hệ số phóng đại phương sai (VIF - Variance Inflation Factor) với tất cả các biến độc lập được sử dụng. Mô hình cuối cùng chỉ giữ lại các biến có giá trị VIF nhỏ hơn 4 theo như O'Brien (2007).

Để đánh giá sự tác động của các biến độc lập lên nhu cầu chăm sóc dài hạn đến nhóm người cao tuổi nam và nữ là khác nhau, chúng tôi dùng mô hình hồi quy logistic riêng cho nhóm nam cao tuổi và nữ cao tuổi. Trong tất cả tính toán và ước lượng, trọng số mẫu được sử dụng để tất cả các kết quả là đại diện cho toàn bộ dân số cao tuổi.

3. Kết quả phân tích

3.1. Phân tích thống kê sự khác biệt giới về nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi theo các đặc điểm của cá nhân và gia đình

Bảng 1 mô tả tỷ lệ người cao tuổi nữ và nam có nhu cầu chăm sóc dài hạn theo các đặc điểm cá nhân và hộ gia đình. Tỷ lệ chung người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn của nữ cao hơn của nam là 6,32 điểm phần trăm với mức ý nghĩa thống kê là 1%. Theo các đặc điểm cá nhân và hộ gia đình, phụ nữ cao tuổi có tỷ lệ có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nam cao tuổi và sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1: Tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn theo giới tính (%)

Đặc điểm	Chung	Nữ (N = 1.683)	Nam (N = 1.106)	Khác biệt Nữ - Nam
Chung	37.11	39.83	33.51	6.32***
Nhóm tuổi				
60 – 69	26.45	26.82	26.05	0.77***
70 – 79	41.48	41.50	41.44	0.06*
80+	52.22	58.45	40.90	17.55***
Khu vực sống				
Thành thị	30.50	30.09	31.03	-0.94
Nông thôn	40.35	44.61	34.72	9.89***
Tình trạng hôn nhân				
Đang có vợ/chồng	34.81	36.29	33.66	2.63***
Khác (đang không có vợ/chồng)	42.12	43.78	32.26	11.52*
Trình độ giáo dục				
Không đến trường/chưa hết tiểu học	43.73	44.41	41.80	2.61***
Từ tiểu học trở lên	30.47	31.37	29.87	1.5*
Sắp xếp cuộc sống				
Sống một mình	49.15	50.07	42.62	7.45
Sống với vợ/chồng	32.99	35.47	31.20	4.27***
Khác	37.66	39.22	35.41	3.81***
Tình trạng việc làm				
Đang làm việc	27.32	29.24	25.50	3.74***
Không làm việc	43.30	45.05	40.41	4.64***
Sức khỏe (tự đánh giá)				
Kém	48.20	48.57	47.65	0.92**
Tốt	17.27	21.34	13.03	8.31**
Tình trạng bệnh tật				
Có	42.39	44.15	39.75	4.4***
Không	24.86	27.74	21.99	5.75***
Tình trạng nghèo				
Nghèo	46.09	44.63	48.85	-4.22
Không nghèo	35.46	38.80	31.32	7.48***

Chú thích: ***, **, * biểu thị mức ý nghĩa thống kê tương ứng là 1%, 5%, 10%

Nguồn: Tác giả tính toán từ dữ liệu VNAS 2011.

Sự khác biệt giữa nam và nữ ở nhóm tuổi 60 – 69 và 70 – 79 là khá nhỏ (0,77 điểm phần trăm). Sự khác biệt là lớn ở nhóm 80 tuổi trở lên khi tỷ lệ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn 17,55 điểm phần trăm so với nhóm nam cao tuổi với mức ý nghĩa thống kê là 1%. Tỷ lệ nam cao tuổi ở thành thị có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nhóm nữ cao tuổi chưa đến 1 điểm phần trăm và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, ở nông thôn, tỷ lệ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nam cao tuổi ở mức 9,89 điểm phần trăm với mức ý nghĩa thống kê 1%. Với tình trạng hôn nhân, sự khác biệt khá lớn đến từ nhóm khác (độc thân, ly hôn, ly thân, góa), tỷ lệ khác biệt là 11,52 điểm phần trăm, trong khi nhóm đang có vợ/chồng thì chỉ là 2,63 điểm phần trăm, với mức ý nghĩa thống kê tương ứng là 10% và 1%.

Không có sự khác biệt lớn giữa nam với nữ trong nhu cầu chăm sóc dài hạn theo trình độ giáo dục: tỷ lệ của nữ chỉ cao hơn nam ở mức 2,61 điểm phần trăm và 1,5 điểm phần trăm cho nhóm có trình độ dưới tiểu học và nhóm có trình độ từ tiểu học trở lên tương ứng. Theo sắp xếp cuộc sống, tỷ lệ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nam cao tuổi ở mức 4,27 điểm phần trăm và 3,81 điểm phần trăm cho nhóm sống với vợ/chồng và nhóm khác tương ứng, tỷ lệ trên cao hơn đối với nhóm sống một mình nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt theo giới tính cho nhóm người cao tuổi đang làm việc và nhóm không làm việc ở mức tương ứng 3,74 điểm phần trăm và 4,64 điểm phần trăm. Theo tình trạng sức khỏe tự đánh giá, tỷ lệ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn chỉ cao hơn nam ở mức chưa đến 1 điểm phần trăm ở nhóm có sức khỏe kém, nhưng đối với nhóm có sức khỏe tốt thì con số này lên đến 8,31 điểm phần trăm. Theo tình trạng bệnh, sự khác biệt giữa nam cao tuổi với nữ cao tuổi trong nhóm có bệnh và nhóm không có bệnh là không cao, tương ứng là 4,4 điểm phần trăm và 5,75 điểm phần trăm. Theo tình trạng nghèo, ở nhóm không nghèo tỷ lệ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nam cao tuổi lên đến 7,48 điểm phần trăm và có ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Ngược lại ở nhóm nghèo, tỷ lệ nam cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn nữ cao tuổi, nhưng sự khác biệt đó không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Mô hình hồi quy xác định các nhân tố tác động đến nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi

Như đã đề cập, để xác định có hay không hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập, chúng tôi áp dụng kiểm định VIF và kết quả được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Kết quả kiểm định VIF nhằm kiểm tra đa cộng tuyến giữa các biến độc lập

Biến	Diễn giải	Nam		Nữ	
		VIF	1/VIF	VIF	1/VIF
d_7079	Từ 70 đến 79 tuổi	1.29	0.777878	1.41	0.707676
d_80over	Từ 80 tuổi trở lên	1.57	0.636957	1.72	0.579860
d_currently_married	Đang có vợ/chồng	1.45	0.689293	1.62	0.618252
d_lowerprimary	Thấp hơn tiểu học	1.15	0.872073	1.24	0.807023
d_no_working	Không làm việc	1.3	0.770059	1.29	0.774026
d_rural	Nông thôn	1.09	0.915012	1.16	0.862425
d_liv_alone	Sống một mình	1.42	0.703547	2.27	0.441438
d_liv_other	Sống với người khác	1.18	0.843892	2.19	0.456967
d_poor	Nghèo	1.07	0.932375	1.11	0.898616
d_srh_bad	Sức khỏe kém	1.08	0.923176	1.10	0.904978
d_disease	Có bệnh	1.06	0.944531	1.06	0.943672

Nguồn: Tác giả tính toán từ dữ liệu VNAS 2011.

Có thể thấy các giá trị VIF của mỗi biến đều nhỏ hơn 4 nên không đủ bằng chứng để kết luận có tồn tại hiện tượng đa cộng tuyến. Vì vậy, tất cả các biến sẽ được giữ lại trong mô hình hồi quy logistic.

Để đánh giá các yếu tố cá nhân và gia đình tác động như thế nào đến xác suất cần chăm sóc dài hạn của người cao tuổi, hồi quy logistic được sử dụng riêng cho nhóm nam và nữ cao tuổi (tương ứng trong Bảng 3 và Bảng 4).

Bảng 3 trình bày kết quả ước lượng các nhân tố tác động đến nhu cầu cần chăm sóc dài hạn của nam cao tuổi. Chúng tôi chạy lần lượt ba mô hình như sau: Trong mô hình 1, nhu cầu chăm sóc dài hạn là hàm số của tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, tình trạng việc làm; Mô hình 2 bổ sung thêm biến khu vực sống, sắp xếp cuộc sống và tình trạng nghèo; Mô hình 3 thêm biến sức khỏe tự đánh giá và tình trạng bệnh. Kết quả cho thấy nhiều ước lượng không có ý nghĩa thống kê. Chỉ có một số ước lượng có ý nghĩa thống kê như sau:

(i) Nhóm 70 – 79 tuổi có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao hơn nhóm tham chiếu (nhóm 60 – 69 tuổi) là 63% (hay 1,63 lần) với mức ý nghĩa thống kê là 10%, giá trị này giảm đi còn là 59% khi đưa thêm biến kiểm soát ở mô hình 2 nhưng khi đưa thêm biến kiểm soát là sức khỏe tự đánh giá và tình trạng bệnh tật (mô hình 3) thì ước lượng trên không còn ý nghĩa thống kê;

(ii) Nhóm không làm việc có khả năng cần chăm sóc dài hạn cao hơn 1,84 lần so với nhóm đang làm việc với mức ý nghĩa thống kê là 5%, giá trị OR này tăng lên là 1,95 ở mô hình 2 nhưng lại giảm xuống còn 1,6 và ý nghĩa thống kê còn ở mức 10% ở mô hình 3;

(iii) Nhóm sức khỏe kém có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao hơn 5,06 lần so với nhóm có sức khỏe tốt với mức ý nghĩa thống kê là 1%;

(iv) Khả năng cần chăm sóc dài hạn của nhóm có bệnh cao hơn 69% so với nhóm không có bệnh với mức ý nghĩa thống kê 5%.

Bảng 3: Kết quả ước lượng các biến số tác động tới xác suất cần chăm sóc dài hạn của nam giới cao tuổi

Biến phụ thuộc	Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
	Odds	P-value	Odds	P-value	Odds	P-value
Nhóm tuổi						
60 – 69 (tham chiếu-Ref)						
70 – 79	1.63	0.051	1.59	0.069	1.52	0.134
80+	1.31	0.406	1.23	0.519	1.12	0.746
Tình trạng hôn nhân						
Khác (Ref)						
Đang có vợ/chồng	1.58	0.249	1.93	0.14	1.90	0.194
Trình độ giáo dục						
Tiểu học + (Ref)						
Dưới tiểu học	1.67	0.139	1.48	0.27	1.38	0.35
Tình trạng việc làm						
Đang làm việc (Ref)						
Không làm việc	1.84	0.031	1.95	0.013	1.60	0.100
Khu vực sống						
Thành thị (Ref)						
Nông thôn			1.24	0.42	1.09	0.769
Sắp xếp cuộc sống						
Sống với vợ/chồng (Ref)						
Sống một mình			2.43	0.14	2.70	0.146
Khác			1.43	0.168	1.46	0.158
Tình trạng nghèo						
Không nghèo (Ref)						
Nghèo			1.55	0.172	1.70	0.13
Sức khỏe (tự đánh giá)						
Tốt (Ref)						
Kém					5.06	0.000
Tình trạng bệnh tật						
Không (Ref)						
Có					1.69	0.042

Nguồn: Tác giả tự tính toán từ dữ liệu VNAS 2011.

Bảng 4 trình bày kết quả ước lượng các nhân tố tác động đến nhu cầu cần chăm sóc dài hạn của phụ nữ cao tuổi. Tương tự như trên, chúng tôi cũng chạy lần lượt ba mô hình như sau: Trong mô hình 1, nhu cầu chăm sóc dài hạn là hàm số của tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, tình trạng việc làm; Mô hình 2 bổ sung thêm biến khu vực sống, sắp xếp cuộc sống và tình trạng nghèo; Mô hình 3 thêm biến sức khỏe tự đánh giá và tình trạng bệnh. Tuổi càng tăng thì xác suất cần chăm sóc dài hạn càng cao, nhóm 70 – 79 tuổi có xác suất cần chăm sóc dài hạn bằng 1,7 lần nhóm tham chiếu (60 – 69 tuổi) với mức ý nghĩa thống kê là 5%, con số này giảm ở mô hình 2 và mô hình 3 khi bổ sung thêm các biến kiểm soát và mức ý nghĩa thống kê là 10%. Giá trị OR tăng mạnh lên đến 3,14 với nhóm 80 tuổi trở lên, giá trị này tăng nhẹ ở mô hình 2 và mô hình 3 nhưng đều có mức ý nghĩa thống kê 1%. Với tình trạng việc làm, nhóm không làm việc có xác

suất cần chăm sóc dài hạn cao hơn 36% so với nhóm đang làm việc với mức ý nghĩa thống kê là 10%. Con số trên tăng lên đến 64% ở mô hình 2 với 5% mức ý nghĩa thống kê, giảm xuống còn 40% khi tiếp tục mở rộng biến kiểm soát ở mô hình 3.

Nữ cao tuổi khu vực nông thôn có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao gấp khoảng 2 lần so với nữ cao tuổi khu vực thành thị với mức ý nghĩa thống kê là 1% ở mô hình 2, con số này giảm xuống còn 1,84 và ý nghĩa thống kê ở mức 5% với mô hình 3.

Nhóm nữ cao tuổi với sức khỏe kém có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao gấp 2,74 lần so với có sức khỏe tốt với mức ý nghĩa thống kê 1%. Nhóm có bệnh cần chăm sóc dài hạn cao gấp 1,75 lần so với nhóm không có bệnh với mức ý nghĩa thống kê 5%.

Bảng 4: Kết quả ước lượng các biến số tác động tới xác suất cần chăm sóc dài hạn của phụ nữ cao tuổi

Biến phụ thuộc	Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
	Odds	P-value	Odds	P-value	Odds	P-value
Nhóm tuổi						
60 – 69 (tham chiếu-Ref)						
70 – 79	1.70	0.049	1.60	0.075	1.64	0.096
80+	3.14	0.000	3.21	0.000	3.39	0.000
Tình trạng hôn nhân						
Khác (Ref)						
Đang có vợ/chồng	1.06	0.763	1.12	0.646	1.16	0.548
Trình độ giáo dục						
Tiểu học + (Ref)						
Dưới tiểu học	1.24	0.332	1.05	0.822	0.84	0.492
Tình trạng việc làm						
Đang làm việc (Ref)						
Không làm việc	1.36	0.088	1.64	0.009	1.40	0.094
Khu vực sống						
Thành thị (Ref)						
Nông thôn			2.02	0.003	1.84	0.022
Sắp xếp cuộc sống						
Sống với vợ/chồng (Ref)						
Sống một mình			1.52	0.275	1.44	0.343
Khác			1.00	0.994	1.09	0.749
Tình trạng nghèo						
Không nghèo (Ref)						
Nghèo			1.06	0.821	1.06	0.806
Sức khỏe (tự đánh giá)						
Tốt (Ref)						
Kém					2.74	0.000
Tình trạng bệnh tật						
Không (Ref)						
Có					1.75	0.017

Nguồn: Tác giả tự tính toán từ VNAS 2011.

4. Thảo luận kết quả và một vài kết luận

Nghiên cứu này mô tả sự khác biệt về nhu cầu chăm sóc dài hạn và xác định các nhân tố tác động đến xác suất cần chăm sóc dài hạn theo giới tính của người cao tuổi ở Việt Nam. Kết quả cho thấy rằng, sự khác biệt theo giới tính về nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam là khá phổ biến. Hầu hết là tỷ lệ cần chăm sóc dài hạn của nữ cao hơn nam, đặc biệt ở nhóm 80 tuổi trở lên, nhóm ở nông thôn và nhóm không kết hôn (độc thân, ly hôn, ly thân, góa), và ngay cả nhóm có sức khỏe tốt (tự đánh giá) và nhóm có sức khỏe tốt thì nhóm phụ nữ cao tuổi có nhu cầu chăm sóc dài hạn cao hơn đáng kể so với nhóm nam cao tuổi (tương ứng là 8,31% và 5,75%). Một số các nghiên cứu trước đây đã lý giải sự khác biệt trên, ví dụ như các bệnh về cơ, xương, khớp, suy thoái thần kinh và tâm lý, đặc biệt là bệnh viêm, đau xương khớp, thắt lưng, loãng xương mất trí nhớ, trầm cảm mà có liên quan chặt chẽ nhất đến tình trạng gặp khó khăn trong

ADLs và có nhu cầu chăm sóc dài hạn ở nữ cao tuổi phổ biến và nghiêm trọng hơn so với nam cao tuổi. Bên cạnh đó, đặc điểm của câu trả lời dựa trên tự đánh giá chủ quan của bản thân người được khảo sát có thể phụ nữ cao tuổi đánh giá mức độ gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày mà dẫn đến có nhu cầu chăm sóc dài hạn của họ cao hơn mức thực tế, trong khi nam giới cao tuổi lại đánh giá thấp hơn nhu cầu thực tế. Thực trạng này có thể xuất phát từ yếu tố “tâm lý xã hội”, trong đó nữ giới được xã hội định vị là “phái yếu” trong khi nam giới được cho là “phái mạnh” nên họ ngần ngại thừa nhận sự yếu kém về thể chất (Murtagh & Hubert, 2004; Orellano-Colón & cộng sự, 2021). Bên cạnh đó, sự khác biệt trên còn có thể do những yếu tố kinh tế - xã hội gây bất lợi cho phụ nữ như trình độ giáo dục thấp hơn, tỷ lệ có việc làm thấp hơn, thu nhập thấp hơn, tỷ lệ tham gia hoạt động thể chất thường xuyên thấp hơn so với nam giới (Rotarou & Sakellariou, 2019).

Tình trạng sức khỏe tự đánh giá, có bệnh mạn tính, có việc làm là những nhân tố tác động đến xác suất cần chăm sóc dài hạn đối với cả nhóm nam cao tuổi và nữ cao tuổi khá tương đồng nhau, trong đó những người có sức khỏe kém, có bệnh, hoặc không làm việc có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao hơn những người có sức khỏe tốt, không bị bệnh, hoặc đang làm việc. Kết quả này có thể tìm thấy trong nghiên cứu của Tze-Pin & cộng sự (2006), Konjengbam & cộng sự (2007), Hairi & cộng sự (2010). Việc lý giải mối tương quan trên khá đơn giản, những người có sức khỏe kém, có bệnh thường có tỷ lệ gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cao hơn so với nhóm có sức khỏe tốt, không bệnh và vì thế mà họ cần được hỗ trợ, chăm sóc để có thể thực hiện các hoạt động đó. Nhóm người cao tuổi đang làm việc thường có tỷ lệ sức khỏe tốt cao hơn, tỷ lệ bị bệnh thấp hơn nhóm đang không làm việc nên khả năng cần chăm sóc cũng thấp hơn (Giang Thanh Long & Le Thi Ly, 2015; Giang Thanh Long & Le Duc Dung, 2017). Điểm khác biệt nằm ở nhóm đại lão (80+) và khu vực sống, trong đó phụ nữ nhóm tuổi 80 trở lên, nhóm ở nông thôn có xác suất cần chăm sóc dài hạn cao tương ứng hơn 3 lần và hơn 2 lần so với nhóm 60 – 69 tuổi, nhóm ở thành thị.

Trong bối cảnh tốc độ già hóa dân số nhanh, số lượng người cao tuổi ngày càng tăng, các bệnh không lây nhiễm và mạn tính ngày càng phổ biến, nhu cầu chăm sóc dài hạn gia tăng trong khi phần lớn người cao tuổi vẫn mong muốn sống trong cộng đồng so với sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung. Trong khi đó khả năng chăm sóc từ gia đình ngày càng giảm do số lượng con cái giảm, di cư, văn hóa sống chung thay đổi... nên cần có mô hình chăm sóc mới, trong đó gia tăng vai trò của nhà nước và của xã hội dân sự (Glinskaya & Feng, 2018; Rotarou & Sakellariou, 2019). Nghiên cứu này còn chỉ ra rằng có sự khác biệt giới tính, có ý nghĩa thống kê trong nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam, trong đó nữ cao tuổi là nhóm dễ tổn thương hơn đối với những khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày so với đàn ông, đặc biệt phụ nữ ở nhóm đại lão (80+) và ở nông thôn. Kết quả này hàm ý cần có chính sách, chương trình an sinh xã hội, chăm sóc sức khỏe ưu tiên cho nhóm dễ tổn thương trên, đặc biệt cũng cần có chính sách, chương trình an sinh về thu nhập, giáo dục chăm sóc sức khỏe cho nhóm tuổi cận già để hướng đến một dân số già khỏe mạnh, năng động trong tương lai.

Mặc dù nghiên cứu này đã cung cấp một bằng chứng thực nghiệm hữu ích cho gợi ý chính sách chăm sóc người cao tuổi, hướng đến đối tượng dễ tổn thương nhất, nhưng bài viết không tránh khỏi một số hạn chế nhất định. Do VNAS 2011 là dữ liệu dọc và chỉ trong một năm nên chúng tôi không thể kết luận mối quan hệ nhân quả giữa biến phụ thuộc với biến độc lập, tức là chúng tôi không thể suy luận ra nguyên nhân nào dẫn đến sự khác biệt giới tính trong nhu cầu chăm sóc dài hạn. Hơn nữa, chúng ta không thể biết liệu sự khác biệt theo giới tính trong nhu cầu chăm sóc dài hạn có thay đổi theo thời gian. Bên cạnh đó, việc sử dụng dữ liệu mà câu trả lời dựa trên tự đánh giá (tình trạng sức khỏe, bệnh tật...) có thể tạo ra sự không chắc chắn về tính khách quan. Câu trả lời có thể bị ảnh hưởng bởi sự hiểu rõ/nắm bắt câu hỏi của người được phỏng vấn cũng như kinh nghiệm, kỳ vọng/mong muốn và yếu tố văn hóa mà có thể dẫn đến sự sai lệch nhất định. Vì vậy, cần thiết có dữ liệu với thông tin đầy đủ hơn, cập nhật hơn để khắc phục các hạn chế trên.

Lời thừa nhận/Cảm ơn: Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Phát triển khoa học và công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài mã số 502.99-2020.341.

Tài liệu tham khảo

- Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2018), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam*, Hà Nội.
- Giang Thanh Long & Le Thi Ly (2015), 'Determinants of Labor Force Participation of Older People in Vietnam', *Journal of Economics and Development*, 17(2), 28 – 52.
- Giang Thanh Long & Le Duc Dung (2017), 'How does Chronic Health Condition Influence Older Workers in Vietnam', *Ageing International Journal*, 43, 158 – 173.
- Glinskaya, E.& Feng, Z.(ed., 2018), *Options for Aged Care in China: Bulding an Efficient and Sustainable Aged Care System*, World Bank Group Press, USA.
- Hairi, NN., Bulgiba, A., Robert, GC., Naganathan, V. & Mudla, I.(2010), 'Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country', *BMC Public Health*, 10(492), 1-13, DOI: 10.1186/1471-2458-10-492.
- Help Age Internationnal (2013), *Care in Old Age in Southeast Asia and China*, retrieved on August 8th 2021, from <<https://www.helpage.org/silo/files/care-in-old-age-in-southeast-asia-and-china.pdf>>
- Konjengbam, S., Bimol, N., Singh, AJ., Singh, AB., Devi, EV. & Singh, YN (2007), Disability in ADL Among the Elderly in an Urban Area of Manipur', *International Journal Of Pharmaceutical Sciences and Research*, 18 (2), 41-43, retrieved on August 8th 2021, from <https://www.researchgate.net/publication/44886959_Disability_in_ADL_Among_the_Elderly_in_an_Urban_Area_of_Manipur>
- Le V Hoi., Pham Thang. & Lars Lindholm(2011), 'Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants', *BMC Geriatrics*, 11:81, doi:10.1186/1471-2318-11-81.
- Le Van Hoi., Nguyen Thi Kim Tien., Nguyen Van Tien., Dao Van Dung., Nguyen Thi Kim Chuc., Klas Goran Sahlen. & Lars Lindholm(2012), 'Willingness to use and pay for options of care for community-dwelling older people in rural Vietnam', *BMC Health Services Research*, 12-36, doi:10.1186/1472-6963-12-36.
- Murtagh KN, Hubert HB (2004), 'Gender differences in physical disability among anelderly cohort', *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406–1411. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1406>.
- O'Brien., RM, (2007), 'A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors', *Quality & Quantity*, 41, 673–690, retrieved on August 9th 2021, from https://www.researchgate.net/publication/226005307_A_Caution_Regarding_Rules_of_Thumb_for_Variance_Inflation_Factors/link/54d0f2620cf298d656695641/download
- Orellano-Colón, Suárez-Pérez, Erick & Rivero-Méndez, Marta & Boneu-Meléndez, Claudia & Varas-Díaz, Nelson & Lizama-Troncoso, Mauricio & Jimenez, MD, Ivonne Z & León-Astor, Areli & Jutai, Jeffrey (2021), 'Sex disparities in the prevalence of physicalfunction disabilities: a population-basedstudy in a low-income community', *BMC Geriatrics*, 21:419, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02362-z>
- Public Policy Institute (2007), *Women & Long-Term Care*, retrieved on July 15th 2021, from<https://assets.aarp.org/rgcenter/il/fs77r_ltc.pdf>.
- Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (2011), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*, Hà Nội.
- Rotarou ES & Sakellariou D (2019), 'Structural disadvantage and (un)successful ageing: genderdifferences in activities of daily living for older people in Chile', *Critical Public Health*, 29(5), 534–546, <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1492092>
- Tổng cục Thống kê (2020a), *Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê (2020b), *Dự báo dân số Việt Nam 2019 – 2069: Những kết quả chủ yếu*, Hà Nội.
- Trung ương Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2012), *Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011: Các kết quả chủ yếu*, Hà Nội.
- Tze-Pin, Ng., Niti, M., Chiam, PC. & Kua, EH. (2006), 'Prevalence and Correlates of Functional Disability in Multiethnic Elderly Singaporeans', *Journal of American Geriatrics Society*, 54(1), 21–29, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.00533.x
- Williams, J., Lyons, B. & Rowland, D. (2008), 'Unmet long-term care needs of elderly people in the community: A review of the literature', *Home Health Care Serv Quarterly*, 16(1-2), 93-119, doi: 10.1300/J027v16n01_07.
- World Health Organization (2015), *World Report on Ageing and Health*, Geneva.