

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC ĐẶC ĐIỂM LÃO KHOA VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI SA SÚT TRÍ TUỆ

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Thị Hoài Thu^{1,2},
Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục đích xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống và một số đặc điểm lão khoa ở bệnh nhân sa sút trí tuệ (SSTT) tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Nghiên cứu cắt ngang trên 87 bệnh nhân sa sút trí tuệ ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 11/2021. Số liệu được nhập trên Redcap và sử dụng SPSS phiên bản 22.0 để phân tích. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $76,84 \pm 8,38$. Phần lớn bệnh nhân 65,5% là nữ và 35,5% là nam. 42,5% (n=87) người tham gia có chất lượng cuộc sống cao và chỉ 2,3% (n=87) người tham gia có chất lượng cuộc sống kém. Giá trị trung bình của điểm EQ-5D là 17,03 (SD=4,00). Giá trị trung bình của các biến số như hoạt động hàng ngày, đau/khó chịu, lo âu/trầm cảm lần lượt là 2,68 (SD=1,19), 3,65 (SD=0,95) và 3,83 (SD=0,89). Có mối liên quan giữa các hoạt động hàng ngày, tình trạng dinh dưỡng, chất lượng giấc ngủ và trầm cảm và chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Người cao tuổi nên khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm nhất tình trạng suy giảm hoạt động thể chất, rối loạn giấc ngủ, dinh dưỡng nhằm cải thiện sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh sa sút trí tuệ. **Từ khóa:** sa sút trí tuệ, chất lượng cuộc sống, người cao tuổi

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN GERIATRIC CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN DEMENTIA PATIENTS

This study aims to determine associated factors to health-related quality of life in dementia patients at the National Geriatrics Hospital. A cross-sectional study included 87 dementia patients aged ≥ 60 years old examined or treated at National Geriatric Hospital from July, 2021 to November, 2021. Entered data on Redcap and using SPSS version 22.0 for analysis. The mean age of the patients was 76.84 ± 8.38 . The majority of the patients 65.5% were females and 35.5% were males. 42.5% (n=87) of participants had a high quality of life, and only 2.3% (n=87) of respondents had a poor quality of life. The mean of EQ-5D score was 17.03 (SD=4.00). The mean of components usual activities, pain/discomfort, anxiety/depression was 2.68 (SD=1.19), 3.65

(SD=0.95) and 3.83 (SD=0.89) respectively. There was significant association between physical activities daily living, nutrition status, quality of sleep and depression and health-related quality of life ($p < 0.05$). Elderly people should regularly check-ups to detect the impaired physical activities, sleep disorders, nutrition problems and depression condition as early as possible in order to improve the health of the dementia people as well as quality of life. **Keywords:** dementia, quality of life, older patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một xu thế toàn cầu đang diễn ra nhanh chóng. Năm 2012, số người từ 60 tuổi trở lên là 0,8 tỷ người và chiếm 11% dân số thế giới. Đến năm 2030, số người cao tuổi sẽ tăng 1,4 tỷ người và chiếm 17% dân số thế giới. Đến năm 2050, con số này ước tính là 2 tỷ – khoảng 22% dân số thế giới¹. Điều này kéo theo sự thay đổi của mô hình bệnh tật trong đó có sự gia tăng nhanh chóng các bệnh mạn tính ở người cao tuổi, điển hình là bệnh sa sút trí tuệ. Sa sút trí tuệ (SSTT) là một thuật ngữ chung chỉ tình trạng suy giảm khả năng ghi nhớ, suy nghĩ hoặc đưa ra quyết định gây trở ngại cho các hoạt động hàng ngày. Bệnh Alzheimer là loại sa sút trí tuệ phổ biến nhất². Mặc dù sa sút trí tuệ chủ yếu ảnh hưởng đến người lớn tuổi, nhưng nó không phải là một phần của quá trình lão hóa bình thường.

Các dự báo về tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ mắc bệnh chỉ ra rằng số người mắc SSTT sẽ tiếp tục tăng lên, đặc biệt là ở những quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi nhân khẩu học sẽ có mức tăng trưởng lớn nhất. Tổng số người mắc SSTT trên toàn thế giới vào năm 2010 ước tính là 35,6 triệu người và được dự đoán sẽ tăng gần gấp đôi sau mỗi 20 năm, lên 65,7 triệu người vào năm 2030 và 115,4 triệu người vào năm 2050. Tổng số ca mắc SSTT mới mỗi năm trên toàn thế giới là gần 7,7 triệu, nghĩa là cứ bốn giây lại có một trường hợp mới³. Khoảng 50 triệu người mắc SSTT và có gần 10 triệu ca mắc mới mỗi năm trên thế giới⁴. SSTT là một trong những nguyên nhân chính gây tàn tật và phụ thuộc ở người cao tuổi trên toàn thế giới, hơn nữa, nó làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất và gây ra những thách thức cho việc điều trị nếu họ mắc bệnh khác. Không chỉ gây ra những tác động tiêu cực đối với người cao tuổi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

mà còn có những ảnh hưởng không nhỏ đối với những người chăm sóc họ (áp lực về thể chất, tinh thần và tài chính).

Với những ảnh hưởng này, bệnh SSTT gây ra những ảnh hưởng nhất định đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Sống chung với sa sút trí tuệ là cuộc sống – thay đổi, dẫn đến những vai trò xã hội mới và địa vị xã hội khác nhau. Những người mắc SSTT trải qua cảm giác bị ngắt kết nối và phụ thuộc vào người khác, cảm thấy mình là gánh nặng và bị đối xử theo cách gia trưởng. Người ta ước tính rằng các triệu chứng hành vi và tâm lý của SSTT (BPSD) ảnh hưởng đến 90% bệnh nhân mắc SSTT trong suốt thời gian mắc bệnh của họ⁵. Các triệu chứng có thể bao gồm kích động, lo lắng, lặp đi lặp lại câu hỏi, trầm cảm, hành vi vận động bất thường, ảo giác, rối loạn thèm ăn hoặc giấc ngủ, gây đau khổ không chỉ cho bệnh nhân mà còn cho cả người chăm sóc. Điều này tạo ra gánh nặng tâm lý và kinh tế cho cả bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Ngoài ra, bệnh nhân sa sút trí tuệ còn gặp các vấn đề về trí nhớ và suy giảm nhận thức như quên lịch hẹn, quên số điện thoại, khó thực hiện các công việc quen thuộc, khó nhớ địa chỉ, bạn bè, người thân và cả bản thân. Tất cả các triệu chứng đều ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và người chăm sóc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương có độ tuổi từ 60 trở lên, đã được các bác sĩ chuyên khoa tâm thần và thần kinh của Bệnh viện Lão khoa Trung ương chẩn đoán là SSTT tình nguyện tham gia nghiên cứu này.

Tiêu chuẩn chọn: ≥ 60 tuổi, khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương có người chăm sóc sống cùng người tham gia hoặc thăm khám ít nhất 4 giờ/tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh cấp tính và ác tính (ung thư tiến triển, bệnh mạn tính giai đoạn cuối, nhồi máu cơ tim cấp, tai biến mạch máu não).

- Bệnh tim mạch có triệu chứng, tái thông mạch vành trong vòng 1 năm.

- Bảng chứng lâm sàng của bệnh tâm thần phân liệt, trầm cảm nặng, rối loạn tâm thần hoặc lưỡng cực (theo tiêu chí⁶ của DSM-IV TR).

- Nghiện rượu hoặc nghiện chất (theo tiêu

chí⁶ của DSM-5), hiện tại hoặc trong vòng 2 năm qua.

- Mất thị lực, thính giác hoặc khả năng giao tiếp nghiêm trọng (theo Đánh giá Sức khỏe Cộng đồng của interRAI).

- Người tham gia hoặc gia đình không muốn tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp lấy mẫu thuận tiện từ tháng 7 đến tháng 11 năm 2021

Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu. Thông tin chung bao gồm ngày phỏng vấn, thông tin liên lạc, họ tên, tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng sống, khu vực sinh sống.

Dữ liệu được thu thập bằng cách sử dụng các công cụ được thiết kế bao gồm: thông tin chung, trắc nghiệm trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE), Thang chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L, Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), Đánh giá dinh dưỡng rút gọn (MNA-SF), Chỉ số Barthel (BI) cho các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày (ADL), Hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ (IADL), Bảng câu hỏi trầm cảm – 9 (PHQ-9).

Sa sút trí tuệ được đánh giá bằng cách sử dụng Mini – cog và Mini-Mental State Exam (MMSE).

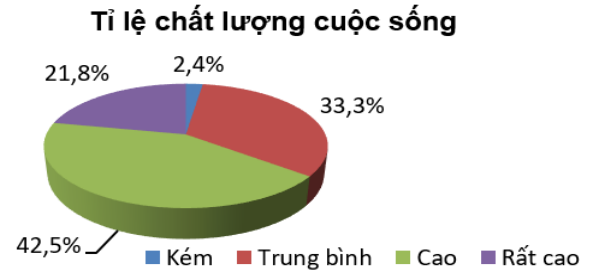
Xử lý số liệu. Quá trình nhập liệu vào Redcap và phân tích bằng phần mềm (SPSS) phiên bản 22 với p nhỏ hơn 0,05. Thống kê mô tả đã được thông qua để kiểm tra dữ liệu đặc trưng: tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Thống kê suy luận đã được thực hiện để thực hiện so sánh giữa các nhóm, sử dụng χ^2 .

Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các dữ liệu thu thập đã được sử dụng cho nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được đề xuất nhằm nâng cao sức khỏe cộng đồng, không phục vụ mục đích khác và đảm bảo mọi vấn đề đạo đức trong nghiên cứu sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung. Chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu cắt ngang bao gồm 87 bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $76,84 \pm 8,38$ với tối thiểu là 60 và tối đa là 96. Độ tuổi được chia thành ba nhóm: 18 người (20,7%) từ 60 đến 69 tuổi, 36 người (41,4%) từ 70 đến 79 và 33 người (37,9%) ở độ tuổi trên 80. Phần lớn bệnh nhân 57 người (65,5%) là nữ và 30 người được hỏi (35,5%) là nam giới. Có 51 người (58,6%) chưa tốt nghiệp THPT, 28 người đã tốt nghiệp (32,2%), một số tiếp tục học lên cao hơn (8%).

Chất lượng cuộc sống của đôi tượng nghiên cứu



Hình 1. Tỷ lệ chất lượng cuộc sống (n=87)

Hình 1 trình bày chất lượng cuộc sống của những người tham gia nghiên cứu. 42,5% (n=87) có chất lượng cuộc sống cao, 33,3% (n=87) bệnh nhân cho biết chất lượng cuộc sống ở mức trung bình, 21,8% (n=87) có chất lượng cuộc sống rất cao. Và chỉ có 2,3% (n=87) người được hỏi có chất lượng cuộc sống kém. Không ai cho thấy rằng họ có chất lượng cuộc sống rất kém.

Bảng 1. Giá trị trung bình của các biến số trong bảng câu hỏi EQ-5D (n=87)

Đặc điểm	Trung bình	SD
Điểm EQ-5D	17,03	4,00
Vận động	3,44	1,15
Tự chăm sóc	3,44	1,35
Sinh hoạt thường ngày	2,68	1,19
Đau/Khó chịu	3,65	0,95
Lo lắng trầm cảm	3,83	0,89

Giá trị trung bình của điểm EQ-5D là 17,03 (SD=4,00). Giá trị trung bình của khả năng vận động và tự chăm sóc là như nhau với 3,44, nhưng SD=1,15 và SD=1,35 tương ứng. Giá trị trung bình của các thành phần Hoạt động hàng ngày, đau/khó chịu, lo âu/trầm cảm lần lượt là 2,68 (SD=1,19), 3,65 (SD=0,95) và 3,83 (SD=0,89).

Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sa sút trí tuệ

Bảng 2. Mối liên quan giữa chức năng thể chất và chất lượng cuộc sống (n=87)

Đặc điểm	Chất lượng cuộc sống				giá trị p		
	Kém	Trung bình	Cao	Rất cao			
Chức năng thể chất	IADL	Độc lập	0 0,0%	0 0,0%	1 1,1%	1 1,1%	0,682
		Phụ thuộc	2 2,3%	29 33,3%	36 41,4%	18 20,7%	
	ADL	Độc lập	0 0,0%	0 0,0%	9 10,3%	13 14,9%	<0,01
		Phụ thuộc	2 2,3%	29 33,3%	28 32,2%	6 6,9%	
Tình trạng dinh dưỡng MNA	Suy dinh dưỡng	0 0,0%	8 9,2%	7 8,0%	1 1,1%	0,013	
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	2 2,3%	21 24,1%	18 20,7%	11 12,6%		
	Tình trạng dinh dưỡng bình thường	0 0,0%	0 0,0%	12 13,8%	7 8,0%		
Chất lượng giấc ngủ PSQI	Ngủ ngon	0 0,0%	4 4,6%	6 6,9%	9 10,3%	0,022	
	Ngủ không ngon	2 2,3%	25 28,7%	31 35,6%	10 11,5%		
Trầm cảm PHQ-9	Trầm cảm nhẹ	0 0,0%	11 12,6%	24 27,6%	14 16,1%	0,005	
	Trầm cảm vừa phải	2 2,3%	8 9,2%	11 12,6%	3 3,4%		
	Trầm cảm nặng	0 0,0%	10 11,5%	2 2,3%	2 2,3%		

Thang điểm ADL cho thấy số người có chức năng bình thường là 9 bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao (10,3%) và 13 bệnh nhân có chất lượng cuộc sống rất cao (14,9%). Bệnh nhân suy giảm chức năng thể chất, trở nên phụ thuộc do phụ thuộc ít nhất 1 lĩnh vực trong Chỉ số Barthel, có CLCS kém, CLCS trung bình, CLCS cao và rất

cao với 2 người (2,3%), 29 người (33,3%), 28 người (32,2%) và 6 người (6,9%). Như vậy, có mối liên quan đáng kể giữa các hoạt động thể chất trong cuộc sống hàng ngày và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (p<0,01). Không có sự khác biệt đáng kể tình giữa IADL và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở

bệnh nhân sa sút trí tuệ. Ở bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém, số người bị suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng và tình trạng dinh dưỡng bình thường lần lượt là 0 (0%), 2 (2,3%) và 0 (0%). Tỷ lệ bệnh nhân QoL trung bình có suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng và dinh dưỡng bình thường lần lượt là 8 (9,2%), 21 (24,1%) và 0 (0%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống (p=0,013). Những người ngủ kém có CLCS kém, CLCS trung bình, CLCS

cao và chất lượng cuộc sống rất cao lần lượt là 2 (2,3%), 25 (28,7%), 31 (35,6%) và 10 (11,5%). Như vậy, có mối liên quan đáng kể giữa chất lượng giấc ngủ và chất lượng cuộc sống (p=0,022). 27,6% số người tham gia (n=24/87) bị trầm cảm nhẹ, 12,6% số người (n=11/87) bị trầm cảm vừa phải và 2,3% số người (n=2) bị trầm cảm nặng, có chất lượng cao của cuộc sống. Có mối liên hệ giữa trầm cảm và chất lượng cuộc sống. Mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê (p=0,005).

Bảng 3. Đáp ứng theo tình trạng dùng thuốc và chất lượng cuộc sống (n=87)

Đặc điểm	Chất lượng cuộc sống			Giá trị p	
		N	Trung bình		SD
Bệnh đi kèm	<5	66	17,53	4,11	0,04
	≥5	21	15,48	3,28	
Sử dụng nhiều thuốc	<5	45	16,78	4,27	0,539
	≥5	42	17,31	3,73	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với các bệnh đi kèm khác biệt (p=0,04).

Bảng 4. Các phản hồi theo đặc điểm của bệnh sa sút trí tuệ

Đặc điểm	Chất lượng cuộc sống				Giá trị p	
	Kém	Trung bình	Cao	Rất cao		
Loại sa sút trí tuệ	Mạch máu	0 0,0%	3 3,4%	6 6,9%	3 3,4%	0,228
	Bệnh SSTT	2 2,3%	11 12,6%	20 23,0%	14 16,1%	
	Phổi hợp	0 0,0%	9 10,3%	7 8,0%	2 2,3%	
	Khác	0 0,0%	6 6,9%	4 4,6%	0 0,0%	
Giai đoạn sa sút trí tuệ	Nhẹ	0 0,0%	6 7,0%	18 20,9%	6 7,0%	0,141
	Trung Bình	1 1,2%	13 15,1%	13 15,1%	11 12,8%	
	Nặng	1 1,2%	9 10,5%	6 7,0%	2 2,3%	
Thời gian Sa sút trí tuệ	≤ 1 năm	0 0,0%	11 12,6%	14 16,1%	8 9,2%	0,817
	1 năm-5 năm	2 2,3%	17 19,5%	20 23,0%	9 10,3%	
	>5 năm	0 0,0%	1 1,1%	3 3,4%	2 2,3%	

Không có sự khác biệt đáng kể về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sa sút trí tuệ so với các đặc điểm của bệnh sa sút trí tuệ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trên đối tượng bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Những người trong độ tuổi từ 60 đến 69 chiếm 20,7% số người tham gia. Đối tượng tham gia chiếm tỷ lệ lớn nhất, 41,4% là nhóm tuổi 70-79 và nhóm tuổi cao nhất là 80

tuổi trở lên chiếm 37,9% tổng số mẫu. Tuổi trung bình của người trả lời là 76,84 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với tuổi trung bình trong nghiên cứu của Juanita Hoe và cộng sự: 85,8 tuổi⁷. Nó cũng thấp hơn so với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của S. Miguel và cộng sự (83,2 tuổi) và nghiên cứu tại Mỹ (83,7 tuổi)⁸. Lý do có thể được giải thích bởi kích thước mẫu. 65,5% đối tượng tham gia là nữ, nam chiếm 34,5% tổng số đối tượng. Tỷ lệ nữ/nam là 1,90. Sự phân bố này tương tự như một nghiên cứu trước

đây được thực hiện ở Tây Ban Nha: 70% bệnh nhân là phụ nữ⁹. Nghiên cứu của Barca ML và cộng sự cũng cho thấy 34% số người được hỏi là nam và 66% là nữ¹⁰. Một nghiên cứu khác ở Anh cho biết đa số là nữ (79,2%)⁹.

Chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân sa sút trí tuệ đã sử dụng tùy chọn "các vấn đề cực đoan", với tỷ lệ phản hồi từ 1,1% đến 18,4%, với tỷ lệ cao nhất đối với các hoạt động thông thường, tự chăm sóc (10,3%), khả năng vận động (3,4%) và tỷ lệ thấp nhất đối với cơn đau và lo lắng. Ở mức lựa chọn "các vấn đề nghiêm trọng", những người tham gia cho biết tỷ lệ cao nhất đối với các hoạt động thông thường (31,0%), tỷ lệ lo âu/trầm cảm thấp nhất (8,0%); vận động, tự chăm sóc và đau/khó chịu lần lượt là 19,5%, 18,4% và 10,3%. Ở mức lựa chọn "vấn đề vừa phải", các bệnh nhân báo cáo về khả năng vận động, tự chăm sóc, các hoạt động thông thường, đau/khó chịu và lo lắng/trầm cảm lần lượt là 29,9%, 17,2%, 20,7%, 29,9% và 18,4%. 24,1% tất cả những người tham gia có vấn đề nhẹ về vận động, 25,3% có những người tự chăm sóc bản thân, 24,1% có các hoạt động thông thường, 39,1% bị đau/khó chịu và 51,7% bệnh nhân bị lo lắng/trầm cảm. Điểm trung bình của HRQoL là $17,03 \pm 4,00$. Nó cho thấy rằng chất lượng cuộc sống thực tế về sức khỏe ở bệnh nhân sa sút trí tuệ trong nghiên cứu của chúng tôi là cao.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa chức năng thể chất và chất lượng cuộc sống ($p < 0,01$). Hơn nữa, các tỷ lệ mắc ADL cho thấy tỷ lệ phụ thuộc của những người tham gia càng thấp thì chất lượng cuộc sống càng cao; tỷ lệ độc lập của những người tham gia càng cao thì chất lượng cuộc sống càng cao. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về QoL của bệnh nhân sa sút trí tuệ so với IADL ($p > 0,05$). Một nghiên cứu khác cũng báo cáo rằng có một mối quan hệ đáng kể giữa các hoạt động thể chất và chất lượng cuộc sống. Đó là sự khác biệt đáng kể về CLCS của bệnh nhân sa sút trí tuệ so với cả ADL và IADL. Nó có thể được giải thích bởi sự khác biệt đối tượng và kích thước mẫu. Do đó, những người cao tuổi tham gia các hoạt động thể chất thường xuyên có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Tỷ lệ cho thấy những người tham gia có chất lượng cuộc sống cao hơn khi họ có chất lượng giấc ngủ tốt hơn. Nghiên cứu của Darina

V. Petrovsky và cộng sự cũng cho kết quả tương tự cho thấy giấc ngủ bị gián đoạn làm giảm chất lượng cuộc sống. Do đó, những bệnh nhân sa sút trí tuệ có giấc ngủ ngon sẽ có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy những yếu tố này có liên quan đáng kể đến chất lượng cuộc sống như suy giảm chức năng thể chất, tình trạng dinh dưỡng, chất lượng giấc ngủ và trầm cảm. Người cao tuổi nên khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm nhất các đặc điểm lão khoa như suy giảm hoạt động thể chất, rối loạn giấc ngủ, dinh dưỡng nhằm cải thiện sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh sa sút trí tuệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ageing and health.** Accessed December 9, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. **The Truth About Aging and Dementia.** Published May 26, 2021. Accessed July 15, 2021. <https://www.cdc.gov/aging/publications/features/dementia-not-normal-aging.html>
3. **Duthey B.** Background Paper 6.11 Alzheimer Disease and other Dementias. Backgr Pap. Published online 2004:74.
4. **Dementia.** Accessed July 10, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
5. **Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB.** Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol.* 2012; 3:73. doi:10.3389/fneur.2012.00073
6. **Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ.** The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry.* 2013; 12(2):92-98. doi: 10.1002/wps.20050
7. **Hoe J, Hancock G, Livingston G, Woods B, Challis D, Orrell M.** CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DEMENTIA LIVING IN CARE HOMES. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2009;23(3): 285-290. doi:10.1097/WAD.0b013e318194fc1e
8. **Miguel S, Alvira M, Farré M, Risco E, Cabrera E, Zabalegui A.** Quality of life and associated factors in older people with dementia living in long-term institutional care and home care. *Eur Geriatr Med.* 2016; 7(4):346-351. doi:10.1016/j.eurger.2016.01.012
9. **Fishman E.** Risk of Developing Dementia at Older Ages in the United States. *Demography.* 2017;54(5):1897-1919. doi:10.1007/s13524-017-0598-7
10. **Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbæk G.** Quality of Life among Elderly Patients with Dementia in Institutions. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2011;31(6): 435-442. doi: 10.1159/000328969