

độ học vấn cao hơn sẽ có cơ hội tìm hiểu và tiếp cận các thông tin về khám sức khỏe tiền hôn nhân hơn so với người có trình độ học vấn thấp hơn. Kết quả phân tích cho thấy đối tượng đã từng nghe có nhu cầu khám sức khỏe tiền hôn nhân cao gấp 3,49 lần đối tượng chưa từng nghe về dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân (OR= 3,49; 95%CI: 2,19-5,56). Điều này là do những người đã từng nghe về dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân sẽ biết được các vấn đề và lợi ích khi khám sức khỏe tiền hôn nhân, từ đó có nhu cầu khám cho bản thân.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy có 40,4% đối tượng có kiến thức đúng về khám sức khỏe tiền hôn nhân, 70,9% đối tượng có thái độ tốt về khám SKTHN, 64,5% đối tượng có nhu cầu khám SKTHN. Các yếu tố liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ khám SKTHN bao gồm nhóm tuổi (OR= 2,43; 95%CI: 1,04 -5,66); trình độ học vấn (OR= 1,94; 95%CI: 1,01-3,74) và đã từng nghe về khám SKTHN (OR= 3,49; 95%CI: 2,19-5,56).

## VI. KIẾN NGHỊ

Tổ chức các buổi truyền thông, giáo dục kiến thức về lợi ích của khám SKTHN tại các trường THPT, cao đẳng và đại học; đẩy mạnh tuyên truyền về lợi ích của khám SKTHN trên các phương tiện truyền thông đại chúng, lồng ghép với các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác tại các cơ sở y tế; phát triển các dịch vụ tư vấn và

khám SKTHN tại các cơ sở y tế cũng như xây dựng các phòng khám SKTHN tư nhân trên địa bàn. Nhà nước và các ban ngành liên quan cần có những chính sách góp phần khuyến khích người dân khám SKTHN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2018), Khám sức khỏe trước hôn nhân giúp bạn bước vào cuộc sống vợ chồng một cách tự tin nhất.
- Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2014), Luật số 52/2014/QH13: Luật hôn nhân và gia đình, Hà Nội.
- Đoàn Kim Thăng** (2015), "Vị thành niên và thanh niên Hà Nội: về sức khỏe sinh sản tiền hôn nhân", Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam, 9(2015), tr. 12-131.
- Ủy ban thường vụ quốc hội** (2003), Pháp lệnh của ủy ban thường vụ quốc hội số 06/2003/pl-ubtvqh11 ngày 09 tháng 01 năm 2003 về dân số, số: 06/2003/PL-UBTVQH11, Hà Nội.
- Viện chiến lược và chính sách y tế** (2012), Tìm hiểu nhận thức và thái độ của nhóm thanh niên từ 18 - 25 tuổi đối với việc kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn.
- Alhowiti, A., & Shaqran, T.** (2019). "Premarital Screening Program Knowledge and Attitude among Saudi University Students in TABUK City 2019." International Journal of Medical Research and Health Sciences, 8, 75-84.
- Al-Shafai M, Al-Romaihi A, Al-Hajri N, Islam N, Adawi K.** (2022). " Knowledge and Perception of and Attitude toward a Premarital Screening Program in Qatar: A Cross-Sectional Study." International Journal of Environmental Research and Public Health. 19(7):4418. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074418>

## ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ CAO TUỔI

Trần Việt Lực<sup>1,2</sup>, Hà Ngọc Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng vận động và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi có sa sút trí tuệ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 người bệnh  $\geq 60$  tuổi được chẩn đoán sa sút trí tuệ khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương. Đánh giá khả năng vận động sử dụng test đứng lên và đi (Timed Up and Go test). **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có suy giảm khả năng vận động

là 80,3%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ ngã, tình trạng phụ thuộc trong hoạt động chức năng hàng ngày (Barthel Index) với suy giảm khả năng vận động ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giảm khả năng vận động và tuổi, giới và các bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tai biến mạch não, suy tim), phân loại sa sút trí tuệ và mức độ sa sút trí tuệ và các hội chứng lão khoa khác như sử dụng nhiều thuốc, suy dinh dưỡng, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, tiểu không tự chủ, IADL. **Kết luận:** tỷ lệ suy giảm khả năng vận động rất cao và có mối liên quan với nguy cơ ngã cao, phụ thuộc trong hoạt động chức năng hàng ngày (Barthel Index).

**Từ khóa:** khả năng vận động, người cao tuổi, sa sút trí tuệ, test đứng lên và đi

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF MOBILITY AND SOME

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

## RELATED FACTORS IN OLDER ADULTS WITH DEMENTIA

**Objective:** to evaluate mobility and some related factors in older patients with dementia. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study on 71 patients  $\geq 60$  years old diagnosed with dementia examined and treated at the National Geriatric Hospital. Mobility was assessed mobility using the Timed Up and Go test. **Results:** The proportion of patients with reduced mobility was 80.3%. There was a statistically significant relationship between the risk of falls, dependence on daily functional activities (Barthel Index), and impaired mobility ( $p < 0.05$ ). There was no statistically significant difference between reduced mobility and age, gender, co-morbidities (hypertension, diabetes, dyslipidemia, stroke, heart failure), and type and severity of dementia and other geriatric syndromes such as polypharmacy, malnutrition, sleep disorders, depression, urinary incontinence, IADL. **Conclusion:** The rate of mobility impairment was quite high and was associated with a high risk of falls and dependence on daily functional activities (Barthel Index).

**Keywords:** mobility, older adult, dementia, Timed Up and Go test

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một rối loạn được đặc trưng bởi sự suy giảm nhận thức liên quan đến trí nhớ và ít nhất một trong các lĩnh vực khác, bao gồm tính cách, thói quen, tư duy trừu tượng, ngôn ngữ, chức năng điều hành, sự chú ý phức tạp, kỹ năng xã hội và thị giác không gian [1]. Đây là rối loạn tiến triển và người bệnh thường không hiểu rõ về những khiếm khuyết của mình. Sa sút trí tuệ gây suy giảm hoạt động chức năng và là một gánh nặng y tế cộng đồng và làm tăng đáng kể chi phí chăm sóc cho cả cá nhân và xã hội [2].

Tuổi thọ của người cao tuổi ngày càng tăng, việc tối ưu chất lượng cuộc sống, bao gồm cả việc duy trì chức năng thể chất ngày càng được chú trọng. Chức năng thể chất thường được đặc trưng bởi sức mạnh cơ bắp, sức bền cơ bắp, thành phần cơ thể và tính linh hoạt [3]. Tuy nhiên, người cao tuổi sa sút trí tuệ có suy giảm nhận thức có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng thể chất. Ngược lại, chức năng thể chất kém có thể dẫn đến sự khởi phát của suy giảm nhận thức và bệnh Alzheimer. Do đó, các phương pháp đánh giá chức năng thể chất là công cụ quan trọng giúp xác định sự suy giảm chức năng thể chất và đưa ra các biện pháp phòng ngừa [4].

Bài kiểm tra đứng lên và đi (Timed Up and Go test – TUG) được chứng minh là có giá trị trong đánh giá khả năng di chuyển, vận động, dáng đi và nguy cơ ngã ở người cao tuổi. Một số yếu tố có thể có liên quan đến khả năng vận động

của người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ như các yếu tố không thể thay đổi được (di truyền, lão hóa, giới tính), các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được như bệnh đi kèm, các đặc điểm lão khoa. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được công bố về khả năng vận động ở bệnh nhân sa sút trí tuệ cao tuổi ở Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá khả năng vận động và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi có sa sút trí tuệ.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh cao tuổi được chẩn đoán sa sút trí tuệ khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 06 đến tháng 11 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh  $\geq 60$  tuổi được chẩn đoán xác định sa sút trí tuệ bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh theo tiêu chuẩn của DSM-5 và có người chăm sóc sống cùng hoặc chăm sóc ít nhất 4 giờ/ngày.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính, tình trạng nặng hoặc bệnh ác tính, bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực, lạm dụng rượu hoặc chất kích thích....; người bệnh không có khả năng hoàn thành bài kiểm tra vận động và các bộ câu hỏi nghiên cứu hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu toàn bộ

#### Các biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung về đối tượng: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI).

- Bệnh đồng mắc: khai thác dựa trên tiền sử, bệnh án hoặc hồ sơ khám bệnh. Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson.

- Đặc điểm sa sút trí tuệ: phân loại sa sút trí tuệ (sa sút trí tuệ mạch máu, bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ hỗn hợp, sa sút trí tuệ khác) và mức độ sa sút trí tuệ (nhẹ, trung bình, nặng).

- Đánh giá khả năng vận động: sử dụng test đứng lên và đi (Timed Up and Go test – TUG). Cách thực hiện: người bệnh thực hiện đứng dậy từ ghế, đứng lên và đi bộ ba mét, quay lại, đi lại ghế và ngồi xuống [5]. Đánh giá: ghi nhận thời gian cần thiết để người bệnh hoàn thành bài kiểm tra. Tổng thời gian  $\geq 13,5$  giây đánh giá người bệnh có suy giảm khả năng vận động [6].

- Các hội chứng lão khoa: Sử dụng nhiều thuốc được đánh giá bằng cách hỏi bệnh nhân và gia đình/người chăm sóc, xem đơn thuốc và tra cứu hồ sơ bệnh án, bệnh nhân được xác định

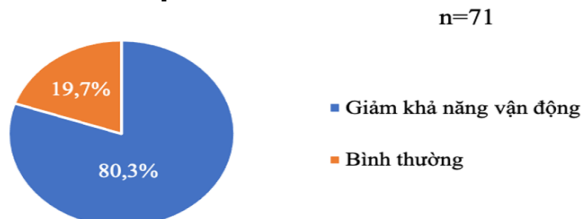
là có sử dụng nhiều thuốc khi sử dụng đồng thời  $\geq 5$  loại thuốc. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng bộ câu hỏi tầm soát dinh dưỡng tối thiểu (Mini Nutritional Assessment – Short Form - MNA-SF). Trầm cảm được sàng lọc bằng bảng câu hỏi tầm soát sức khỏe (Patient Health Questionnaire - PHQ-9). Rối loạn giấc ngủ được sàng lọc bằng Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI). Nguy cơ ngã được đánh giá bằng cách hỏi bằng tầm soát nguy cơ ngã gồm 21 câu hỏi (21-item fall risk index). Bộ câu hỏi sàng lọc tình trạng tiểu không tự chủ được sử dụng (3 Incontinence Question-3IQ). Các hoạt động chức năng hàng ngày được đánh giá bằng chỉ số Barthel, bao gồm 10 hoạt động cá nhân và Hoạt động sinh hoạt hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrumental Activities of Daily Living - IADL).

**Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích khi bình phương và t-student đánh giá một số yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung.** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $76,8 \pm 8,4$ , nhóm tuổi 60-69, 70-79 và  $\geq 80$  tuổi lần lượt chiếm tỷ lệ là 21,1%, 42,3% và 36,6%. Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (66,2%). Hầu hết những người tham gia đều sống cùng gia đình (89,7%). BMI trung bình là  $21,95 \pm 2,82$  kg/m<sup>2</sup> trong đó tỷ lệ người bệnh có thừa cân, béo phì là chiếm 39,1%.

**3.2. Khả năng vận động ở người bệnh sa sút trí tuệ cao tuổi**



**Biểu đồ 1. Khả năng vận động ở người bệnh sa sút trí tuệ cao tuổi theo TUG**

Tỷ lệ người bệnh cao tuổi sa sút trí tuệ có giảm khả năng vận động đánh giá bằng test TUG là 80,3% (57 người bệnh).

**3.3. Một số yếu tố liên quan với khả năng vận động**

**Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và khả năng vận động**

Đặc điểm	Giảm khả năng vận động (n=57)		Bình thường (n=14)		p	
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	60 - 69	11	19,3	4	28,6	0,727
	70 - 79	25	43,9	5	35,7	
	$\geq 80$	21	36,8	5	35,7	
Giới	Nam	19	33,3	5	35,7	0,866
	Nữ	38	66,7	9	64,3	
Tăng huyết áp	Có	36	63,2	7	50,0	0,367
	Không	21	36,8	7	50,0	
Đái tháo đường	Có	17	29,8	3	21,4	0,531
	Không	40	70,2	11	78,6	
Rối loạn lipid máu	Có	10	17,5	4	28,6	0,353
	Không	47	82,5	10	71,4	
Tai biến mạch não	Có	12	21,1	3	21,4	0,975
	Không	45	78,9	11	78,6	
Suy tim	Có	5	8,8	1	7,1	0,844
	Không	52	91,2	13	92,9	
		X $\pm$ SD		X $\pm$ SD		p
Tuổi trung bình (năm)	76,8 $\pm$ 8,2		76,1 $\pm$ 7,7		0,733	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21,89 $\pm$ 3,02		21,56 $\pm$ 2,01		0,595	
Charlson index	3,19 $\pm$ 1,42		2,93 $\pm$ 1,07		0,447	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giảm khả năng vận động và tuổi, giới và các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tai biến mạch não, suy tim ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 2. Mối liên quan giữa một số hội chứng lão khoa và khả năng vận động**

Đặc điểm	Giảm khả năng vận động (n=57)		Bình thường (n=14)		p	
	n	%	n	%		
Sử dụng nhiều thuốc	Có	29	50,9	4	28,6	0,134
	Không	28	49,1	10	71,4	
Trầm cảm	Có	48	84,2	11	78,6	0,614
	Không	9	15,8	3	21,4	
Suy dinh dưỡng	Có	46	80,7	13	92,9	0,277
	Không	11	19,3	1	7,1	
Rối loạn giấc ngủ	Có	49	86,0	10	71,4	0,193
	Không	8	14,0	4	28,6	
Nguy cơ ngã	Có	43	75,4	5	35,7	0,004
	Không	14	24,6	9	64,3	
Tiểu không tự chủ	Có	20	35,1	4	28,6	0,644
	Không	37	64,9	10	71,4	
Barthel	Phụ thuộc hoàn toàn	16	28,1	1	7,1	0,044
	Phụ thuộc một phần	27	47,4	5	35,7	
	Độc lập	14	24,6	8	57,1	
IADL	Phụ thuộc	55	96,5	14	100	0,477

	Độc lập	2	3,5	0	0
--	---------	---	-----	---	---

Người bệnh sa sút trí tuệ cao tuổi có nguy cơ ngã cao có tỷ lệ suy giảm khả năng vận động cao hơn đáng kể so với những người bệnh có nguy cơ ngã thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Theo chỉ số Barthel, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có phụ thuộc một phần hoặc phụ thuộc hoàn toàn có tỷ lệ suy giảm khả năng vận động cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh độc lập hoàn toàn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm của sa sút trí tuệ và khả năng vận động**

Đặc điểm		Giảm khả năng vận động (n=57)		Bình thường (n=14)		p
		n	%	n	%	
Phân loại sa sút trí tuệ	SSTT mạch máu	8	14,0	2	14,3	0,443
	SSTT hỗn hợp	12	21,1	2	14,3	
	Bệnh Alzheimer	30	52,6	10	71,4	
	Khác	7	12,3	0	0	
Mức độ sa sút trí tuệ	Nhẹ	22	38,6	5	35,7	0,25
	Trung bình	21	36,8	8	57,1	
	Nặng	14	24,6	1	7,2	

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân loại sa sút trí tuệ và mức độ sa sút trí tuệ và suy giảm khả năng vận động ở bệnh nhân cao tuổi mắc sa sút trí tuệ.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu trên người bệnh sa sút trí tuệ cao tuổi cho thấy tỉ lệ suy giảm khả năng vận động đánh giá bằng bài kiểm tra đứng lên là đi (TUG) rất cao. Tổng thời gian của bài kiểm tra TUG dao động từ 7-60 giây với thời gian trung bình là  $22,79 \pm 10,43$  giây. Trong tổng số 71 bệnh nhân, 80,3% đối tượng nghiên cứu có thời gian thực hiện test  $\geq 13,5$  giây tương ứng có suy giảm khả năng vận động. Nghiên cứu của Lee JE và cộng sự cũng cho thấy nhóm người bệnh có suy giảm khả năng vận động (đánh giá bằng test TUG) có nguy cơ mắc bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ mạch máu cao hơn [7]. Một phân tích tổng quan hệ thống về dáng đi ở bệnh nhân sa sút trí tuệ chỉ ra rằng những người mắc sa sút trí tuệ có tốc độ chậm hơn so với những người sức khỏe được kiểm soát và mức độ sa sút trí tuệ nặng hơn có liên quan đến sự suy giảm dáng đi và tốc độ đi bộ nghiêm trọng hơn [8].

Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy giảm khả năng vận động theo nhóm tuổi, giới tính ( $p > 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa suy giảm khả năng vận động và tuổi trung bình, BMI trung bình ( $p > 0,05$ ). Một nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng việc điều chỉnh theo độ tuổi, giới tính có liên quan với tăng thời gian TUG ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi do mẫu lớn hơn và tuổi trung bình cao hơn [9].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các bệnh đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, đột quỵ, suy tim, chỉ số đồng bệnh lý Charlson không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với suy giảm khả năng vận động ở người cao tuổi sa sút trí tuệ ( $p > 0,05$ ). Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Sự khác biệt giữa suy giảm khả năng vận động và nguy cơ ngã khá rõ ràng. Những bệnh nhân sa sút trí tuệ cao tuổi có nguy cơ ngã cao bị suy giảm khả năng vận động nhiều hơn so với những bệnh nhân có nguy cơ ngã thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng TUG dự đoán khả năng xảy ra các biến cố ngã trong tương lai [10].

Những bệnh nhân phụ thuộc nhiều hơn vào hoạt động hàng ngày có tỷ lệ suy giảm khả năng vận động cao hơn ở bệnh nhân sa sút trí tuệ cao tuổi. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tình trạng phụ thuộc hoàn toàn, phụ thuộc một phần và độc lập trong nhóm có suy giảm khả năng vận động lần lượt là 28,1%, 47,4% và 24,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Một nghiên cứu khác cũng cho thấy TUG có khả năng dự đoán liên quan đến sự phụ thuộc các hoạt động chức năng cơ bản ADL.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa suy giảm khả năng vận động và suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ IADL ( $p > 0,05$ ). Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu chưa đủ lớn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng nhiều thuốc, trầm cảm, suy dinh dưỡng, rối loạn giấc ngủ, tiểu không tự chủ và suy giảm khả năng vận động ở người cao tuổi mắc chứng sa sút trí tuệ ( $p > 0,05$ ). Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân loại sa sút trí tuệ, mức độ sa sút trí tuệ và

suy giảm khả năng vận động ở người bệnh cao tuổi. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu chưa đủ lớn. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn và các nghiên cứu theo dõi dọc cần được thực hiện để hiểu những vấn đề này.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 71 người bệnh cao tuổi sa sút trí tuệ cho thấy tỷ lệ suy giảm khả năng vận động rất cao và có mối liên quan với nguy cơ ngã cao, phụ thuộc trong hoạt động chức năng hàng ngày (Barthel Index).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emmady PD, Tadi P.** Dementia. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2021. Accessed November 27, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>
2. **Jutkowitz E, Kane RL, Gaugler JE, MacLehose RF, Dowd B, Kuntz KM.** Societal and Family Lifetime Cost of Dementia: Implications for Policy. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(10):2169-2175. doi:10.1111/jgs.15043
3. **Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 1985;100(2):126-131.
4. **Davis DHJ, Rockwood MRH, Mitnitski AB, Rockwood K.** Impairments in mobility and balance in relation to frailty. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 53(1):79-83. doi:10.1016/j.archger.2010.06.013
5. **Podsiadlo D, Richardson S.** The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39(2): 142-148. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x
6. **Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M.** Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther.* 2000;80(9):896-903.
7. **Lee JE, Shin DW, Jeong SM, et al.** Association Between Timed Up and Go Test and Future Dementia Onset. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2018;73(9):1238-1243. doi:10.1093/gerona/glx261
8. **van Iersel MB, Hoefsloot W, Munneke M, Bloem BR, Olde Rikkert MGM.** Systematic review of quantitative clinical gait analysis in patients with dementia. *Z Gerontol Geriatr.* 2004; 37(1):27-32. doi:10.1007/s00391-004-0176-7
9. **Falvey JR, Gustavson AM, Price L, Papazian L, Stevens-Lapsley JE.** Dementia, Comorbidity, and Physical Function in the Program of All Inclusive Care for the Elderly. *J Geriatr Phys Ther* 2001. 2019;42(2): E1-E6. doi: 10.1519/JPT.0000000000000131

# THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU XÃ HỘI Ở SINH VIÊN CHÍNH QUY NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC, ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Lê Thị Thanh Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>, Trương Thị Thùy Dương<sup>1</sup>,  
Phạm Minh Huệ<sup>1</sup>, Hoàng Thị Lệ Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Anh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng rối loạn lo âu xã hội ở sinh viên chính quy năm thứ nhất Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1019 sinh viên chính quy năm thứ nhất Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên năm 2023 từ tháng 04/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc RLLAXH là 35,7%. Trong đó, mức độ nhẹ 17,9%; mức độ trung bình 12,3%; mức độ nặng 3,8% và mức độ rất nặng 1,8%. Điểm số theo thang đo Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS): cao nhất 128 điểm, trung bình là 48,45 ± 19,6. Các tình huống lo lắng cao nhất là làm bài kiểm tra (43,7%), tiếp theo là đi uống rượu cùng người khác (38,1%), hẹn gặp một người lạ

(32,6%). Hành động có tần suất né tránh nhiều nhất là đi uống rượu bia cùng người khác (57,7%), sau đó đến hẹn gặp một người lạ (43,3%), chủ động hẹn hò (33,6%). **Kết luận:** Tỷ lệ mắc rối loạn lo âu xã hội ở sinh viên năm thứ nhất tương đối cao 35,7%. Cần có kế hoạch chăm sóc sức khỏe tâm thần cho đối tượng sinh viên năm thứ nhất nhằm làm giảm tỷ lệ mắc RLLAXH và hạn chế sự gia tăng của bệnh.

**Từ khóa:** rối loạn lo âu xã hội, sinh viên, năm thứ nhất.

## SUMMARY

### THE CURRENT STATE OF SOCIAL ANXIETY DISORDER IN THE FRIST-YEAR STUDENTS AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2023

**Objective:** This study aims to describing the current state of social anxiety disorder in the first-year students at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted 1019 the first-year students at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy from April 2023 to December 2023. **Results:** There are 35.7% of students have social

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Hoa

Email: linhtrang249@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024