

# Thực trạng năng lực sức khỏe của một số nhóm dân cư tại Chí Linh, Hải Dương và Hà Nội, Việt Nam

Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Nga, Trương Quang Tiến

Năng lực sức khỏe là một khái niệm mới trên thế giới. Tại Việt Nam đến nay chưa có nghiên cứu nào liên quan đến lĩnh vực này. Nghiên cứu này có mục tiêu bước đầu tìm hiểu về năng lực sức khỏe của một số nhóm đối tượng Việt Nam. Nghiên cứu tiến hành năm 2014, có thiết kế kiểu mô tả cắt ngang trên 966 người dân sinh sống tại Chí Linh, Hải Dương và sinh viên 3 trường đại học tại Hà Nội. Bộ câu hỏi về năng lực sức khỏe của Châu Á (HLS-Asia) được chuẩn hóa trước khi sử dụng chính thức trong nghiên cứu này. Kết quả cho thấy 67,9% đối tượng nói chung thiếu về năng lực sức khỏe. Các yếu tố có liên quan thiếu năng lực sức khỏe là yếu tố vùng miền, trình độ học vấn, trình trạng kinh tế và tiếp cận thông tin y học của đối tượng. Để nâng cao năng lực sức khỏe của đối tượng cần có thêm những bằng chứng định lượng và định tính về từng lĩnh vực trong năng lực sức khỏe.

Từ khóa: năng lực sức khỏe, nâng cao sức khỏe

## Health literacy: Among some groups of Vietnames

Nguyen Trung Kien, Nguyen Thi Nga, Truong Quang Tien

*Abstract: The health literacy is a new concept in the world and in Vietnam so far no studies regarding this field. The study aims to bring out the first picture of health literacy on Vietnamese, give recommendation for further research. The cross-sectional survey was conducted with the participation of 966 people at Chi Linh, Hai Duong and 3 universities in Hanoi in 2014. The questionnaire tool with scales HLS-Asia is validated and used. Results showed that 67.9% of people lack of health literacy. In addition, the factors affecting health literacy were regions, education levels, economic status and*

*access to medical information by using linear regression analysis statistic. To enhance health literacy in Vietnam the more quantitative and qualitative studies should be conducted to better understanding of HL general and on each domains.*

*Keywords: Health literacy, health promotion, school of public health*

---

**Tác giả:**

Trường Đại học Y tế Công cộng

## 1. Đặt vấn đề và mục tiêu

Cụm từ Năng lực sức khỏe (NLSK- tiếng anh là Health literacy) lần đầu tiên xuất hiện năm 1974 trên một tạp chí Giáo dục sức khỏe tại Mỹ và từ đó, đã có rất nhiều tác giả quan tâm, nghiên cứu và xuất bản về NLSK. Năm 2012, dựa trên tổng quan tài liệu hệ thống, Sorensen và đồng nghiệp đã đưa ra khái niệm toàn diện về NLSK: “*Năng lực sức khỏe là tiếp cận, hiểu, đánh giá và áp dụng thông tin sức khỏe để có thể phân xét và ra quyết định của cá nhân liên quan đến chăm sóc sức khỏe, phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe trong cuộc sống hằng ngày nhằm duy trì và cải thiện chất lượng cuộc sống*”[1].

Năng lực sức khỏe được quan tâm như là một vấn đề quan trọng trong sức khỏe cộng đồng bởi hai lý do cơ bản. Thứ nhất, tỉ lệ đối tượng có NLSK kém đã được báo cáo ở nhiều quốc gia, vùng miền khác nhau như 60% ở người Canada [2], 36% ở người Mỹ [3], 47,6% ở người dân Châu Âu [4], 30,2% ở người trưởng thành tại Đài Loan [5] và 15,5% ở nhóm người Nhật Bản [6]. Thứ hai, NLSK kém dẫn đến sức khỏe kém, tăng việc sử dụng và chi phí cho chăm sóc sức khỏe trên nhóm cộng đồng dân cư [8] và góp phần tăng tỉ lệ tử vong [7].

Tổng quan tài liệu cho thấy, các nghiên cứu về NLSK chủ yếu được tiến hành ở các nước khu vực Châu Âu, Mỹ; trong khi đó, tại châu Á nghiên cứu về lĩnh vực này còn mang tính chất nhỏ lẻ, thiếu

tính so sánh. Năm 2013, một điều tra về năng lực sức khỏe Châu Á (HLS-Asia), một nhánh của Dự án điều tra năng lực sức khỏe Châu Âu (HLS-EU) do trường Đại học Y Đài Loan khởi xướng, đã được thực hiện để đo lường NLSK tại các nước Châu Á và Thái Bình Dương. Bộ công cụ đo lường Năng lực Sức khỏe được chuẩn hóa tại 12 nước thành viên châu Á (trong đó có Việt Nam), sau đó thu thập số liệu về NLSK tối thiểu trên 1000 đối tượng ở các nhóm dân cư trên 15 tuổi tại mỗi nước.

Ở Việt Nam, năm 2014, trường Đại học Y tế Công cộng kết hợp với Đại học Y Đài Loan và Hiệp hội NLSK Châu Á tiến hành nghiên cứu về NLSK với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến NLSK của một số nhóm đối tượng gồm người dân sống tại Chí Linh, Hải Dương và sinh viên tại 3 trường đại học của Hà Nội.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Địa điểm, thời gian và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thị xã Chí Linh, Hải Dương và tại 3 trường đại học ở Hà Nội (Đại học Y tế công cộng, Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn và Đại học Khoa học tự nhiên). Thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2014.

Đối tượng được chia thành 4 nhóm tuổi (15-17, 18-22, 23-59, trên 60 tuổi) với tiêu chí cân bằng

về giới, tỷ lệ mẫu giữa 4 nhóm tuổi như nhau (330 đối tượng/nhóm), nhằm đáp ứng tiêu chí chọn mẫu chung của Hiệp hội NLSK Châu Á (khoảng 1000 đối tượng, cân bằng về giới, có tính đa dạng về các đặc điểm vùng miền địa lý, trình độ học vấn, nghề nghiệp,...).

Với nhóm đối tượng trong nhóm tuổi 15-17, 23-59 và trên 60 được chọn từ ba xã đại diện cho đặc điểm vùng miền núi, đồng bằng nông thôn và thành thị của thị xã Chí Linh, Hải Dương. Danh sách các đối tượng của từng nhóm tuổi tại 3 xã Bến Tắm, Văn An và Lê Lợi được lựa chọn ngẫu nhiên hệ thống dựa vào số liệu của hệ thống giám sát dân số- dịch tễ học CHILILAB (cơ sở thực địa của trường Đại học Y tế Công cộng tại thị xã Chí Linh, Hải Dương). Tổng số mẫu của nhóm này là 990 người, trong đó 966 người đã trả lời đầy đủ và gửi lại phiếu hỏi.

Với nhóm đối tượng tuổi từ 18-22: vì đặc thù tại thị xã Chí Linh, Hải Dương, lứa tuổi này phần lớn đi học đại học, cao đẳng hoặc đi làm tại các thành phố lớn, do đó nhóm sinh viên tại 3 trường đại học đã được lựa chọn thay thế đối tượng nhóm tuổi này tại cộng đồng. Đối tượng thuộc nhóm này được chọn ngẫu nhiên từ 3 trường đại học ở Hà Nội.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế kiểu mô tả cắt ngang. Mẫu nghiên cứu được ước lượng cho nghiên cứu mô tả. Chọn mẫu cụm, mỗi xã 1 cụm, đối tượng sinh sống tại 3 xã đại diện cho 3 khu vực (miền núi, đồng bằng, thành thị) của thị xã Chí Linh (720 đối tượng) và 3 trường đại học ở Hà Nội (246 đối tượng).

## 2.3. Biến số nghiên cứu

Năng lực sức khỏe gồm 3 thành tố: năng lực chăm sóc sức khỏe, năng lực phòng chống bệnh tật, năng lực nâng cao sức khỏe. Thang đo được chia thành 4 cấp độ: rất khó, tương đối khó, tương đối dễ và rất dễ trong khả năng: Tìm kiếm thông tin về sức khỏe, tiếp nhận thông tin sức khỏe, nhận xét đánh giá thông tin sức khỏe và áp dụng thông tin vào việc ra quyết định sức khỏe. Một ma trận cũng được xây dựng nhằm dẫn dắt việc tạo dựng các câu hỏi của bộ công cụ đo lường NLSK; phát triển từ Liên minh Năng lực sức khỏe Châu Âu được sự cộng tác của các chuyên gia sức khỏe quốc tế. Mỗi ô trong ma trận được xác định bởi 3-5

câu hỏi. Năng lực sức khỏe chung được tính theo công thức chuẩn hóa của Châu Âu: Chỉ số NLSK = (mean -1) \*50/3.

Tổng điểm năng lực sức khỏe (từ 0-50 điểm) được chia làm 4 mức tương ứng với số điểm các câu trả lời của đối tượng thu được qua thang đo HLS-EU Q47: 0-25 tương đương với thiếu năng lực sức khỏe; trên 25 -33 tương đương với gặp vấn đề về năng lực sức khỏe; trên 33 -42 có đủ năng lực sức khỏe; trên 42 – 50 làm chủ năng lực sức khỏe [4].

## Công cụ nghiên cứu:

Bộ câu hỏi Năng lực sức khỏe Châu Á được chuẩn hóa cho phù hợp với tình hình văn hóa xã hội Việt Nam và đưa vào điều tra.

## 2.5. Phương pháp thu thập, xử lý và phân tích số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: Phiếu phát vấn tự điền. Số liệu định lượng sau khi được thu thập, làm sạch và mã hóa, được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm Stata 10.0. Các thuật toán thống kê phù hợp được áp dụng để tính tần suất, tỉ lệ, giá trị trung bình để mô tả các yếu tố cá nhân, thông tin về sức khỏe cá nhân, thông tin về kinh tế xã hội và năng lực sức khỏe. Phân tích tương quan giữa một số yếu tố liên quan năng lực sức khỏe; cũng như so sánh năng lực này giữa các nhóm đối tượng khác nhau. Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính để tìm hiểu mối liên quan và mức độ ảnh hưởng giữa các yếu tố cá nhân, tình trạng sức khỏe cá nhân và kinh tế xã hội tới năng lực sức khỏe.

## 3. Kết quả

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 990 số lượng phiếu phát ra, 966 đối tượng tham gia trả lời chiếm tỷ lệ 90%, trong đó 45,4% là nam và 54,6% là nữ. Các mức độ học vấn được phân bố như sau: 17,3% có trình độ từ tiểu học trở xuống, 70,5% có trình độ phổ thông cơ sở và trung học phổ thông và 12,2% có trình độ đại học và sau đại học. Số lượng đối tượng ở đây có trình độ tiểu học và chưa đi học cao 17,3% và trung bình độ tuổi của đối tượng là 58 tuổi là do điều tra tại địa bàn nông thôn điều kiện học tập

kém hơn các vùng thành thị. Về tình trạng hôn nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu có 30,8% đối tượng chưa lập gia đình và 69,2% đã hoặc đã từng kết hôn. (Bảng 1)

**Bảng 1. Năng lực sức khỏe theo đặc điểm nhân khẩu học xã hội (n=966)**

Biến số	Giá trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	TB NLSK
<b>Nhóm tuổi (Từ 15 đến 93)</b>				
15-24		184	19,0	30
25-34		157	16,3	30
35-44		165	17,1	28
45-54		181	18,7	29
55-64		123	12,7	30
65 trở lên		156	16,1	28
<b>Giới tính</b>				
Nữ		527	54,6	29
Nam		439	45,4	29
<b>Trình độ học vấn</b>				
Tiểu học trở xuống		164	17,3	25
Trung học cơ sở và PTTH		681	70,5	29
Đại học và sau đại học		118	12,2	33
<b>Trình trạng kết hôn</b>				
Chưa kết hôn		298	30,8	29
Đã/dã từng kết hôn		668	69,2	29
<b>Tôn giáo</b>				
Không		846	87,6	30
Có		120	12,4	24

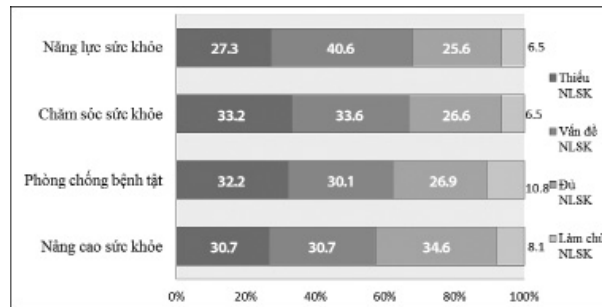
### 3.2 Năng lực sức khỏe của đối tượng theo một số đặc điểm nhân khẩu học

Trong bảng 1, điểm trung bình năng lực sức khỏe của các nhóm đa phần đều nằm trong ngưỡng gặp vấn đề với năng lực sức khỏe (>25-33), nhóm có trình độ đại học và sau đại học có số điểm cao nhất 33 điểm. Điều đáng chú ý, 2 nhóm có số điểm năng lực sức khỏe thấp trung bình 25 điểm thuộc nhóm thiếu năng lực về sức khỏe là nhóm đối tượng có trình độ học vấn tiểu học trở xuống và nhóm đối tượng có tôn giáo (đạo phật) (Bảng 1).

### 3.3 Năng lực sức khỏe nói chung và các năng lực cấu thành.

Năng lực sức khỏe nói chung được cấu thành bởi 3 nhóm năng lực chính là năng lực chăm sóc sức khỏe; năng lực phòng bệnh và năng lực nâng cao sức khỏe. Mỗi nhóm năng lực được đánh giá ở 4 cấp độ từ thu thập thông tin sức khỏe tới ra quyết định.

Về năng lực sức khỏe nói chung, nghiên cứu chỉ ra 67,9% người được hỏi nằm trong khoảng thiếu năng lực sức khỏe. Chỉ có 6,5% đối tượng được hỏi có khả năng làm chủ về năng lực sức khỏe. Đối với các nhóm năng lực về chăm sóc sức khỏe, phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe, nhóm năng lực “nâng cao sức khỏe” có kết quả cao hơn so với 2 nhóm năng lực còn lại với 43,7% đối tượng có khả năng làm chủ năng lực về nâng cao sức khỏe. Năng lực thấp nhất trong các cấu phần là khả năng “chăm sóc sức khỏe” với 33,1% người phỏng vấn đạt điểm đủ và làm chủ năng lực này, tiếp đến là “phòng chống bệnh tật” với 37,7% có năng lực (Biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1. Phân bố phần trăm các mức độ năng lực sức khỏe và các năng lực cấu thành (n=966)**

### 3.4 Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, kinh tế xã hội và năng lực sức khỏe.

Tìm hiểu mối liên quan giữa các biến số nhân khẩu học, kinh tế xã hội và năng lực sức khỏe, các biến số được đưa vào mô hình hồi quy tuyến tính để phân tích, kết quả cho thấy trong bảng 2. Những yếu tố có liên quan đến điểm năng lực sức khỏe gồm: Thứ nhất, có sự khác biệt rõ ràng về NLSK giữa các miền núi so với nông thôn và thị trấn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.01$ ). Thứ hai, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa trình độ học vấn và năng lực sức khỏe của đối tượng ( $p < 0.01$ ). Người có trình độ trung học cơ sở/ phổ thông trung học có năng lực kém hơn khoảng 3,5 lần người có trình độ đại học.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa dân số và kinh tế xã hội của dân số và năng lực sức khỏe**

Biến	$\beta$ (SE) +	p
<b>Giới tính</b>		
Nữ		
Nam	-0.264 (0.577)	.648
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Đã từng kết hôn		
Chưa kết hôn	0.633 (0.638)	.321
<b>Khu vực</b>		
Miền núi		
Nông thôn	4.724 (0.780)	<.001
Thành thị	8.786 (0.830)	<.001
Sinh viên ĐH tại Hà Nội	5.290 (1.647)	.002
<b>Tôn giáo</b>		
Có		
Không	5.422(0.854)	<.001
<b>Trình độ học vấn</b>		
Đại học và sau đại học		
Trung học cơ sở và PTTH	-3.485 (0.829)	<.001
Tiểu học trở xuống	-7.976 (1.135)	<.001
<b>Tham gia hoạt động cộng đồng</b>		
Thường xuyên		
Thỉnh thoảng	-3.404(1.785)	.058
Hiếm khi	-4.240 (2.049)	.039
Không bao giờ	-5.185 (1.917)	.007
<b>Khả năng chi trả viện phí</b>		
Rất dễ dàng		
Khá dễ dàng	-2.399 (0.360)	<.001
Khá khó khăn	-3.910 (0.399)	<.001
Rất khó khăn	-4.385 (0.622)	<.001
<b>Xem chương trình TV liên quan Y học</b>		
Thường xuyên		
Thỉnh thoảng	-0.715 (0.269)	.008
Hiếm khi	-1.258 (0.287)	<.001
Không bao giờ	-1.707 (0.294)	<.001

Tương tự như vậy người có trình độ tiểu học hoặc thấp hơn thì năng lực kém hơn gần 8 lần người có trình độ đại học. Thứ ba, khả năng kinh tế chi trả cho viện phí cũng là một yếu tố có ý nghĩa thống kê khi phân tích năng lực về sức khỏe. Năng lực sức khỏe giảm dần khi đối tượng tăng dần mức độ khó khăn trong chi trả viện phí. Thứ tư, kết quả nghiên

cứ cho thấy mối liên quan giữa việc xem các chương trình vô tuyến liên quan đến y học. Những người thường xuyên xem những chương trình này có năng lực cao hơn các nhóm khác (thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ), những người không bao giờ xem có năng lực sức khỏe kém hơn khoảng 1,7 lần với nhóm người thường xuyên ( $P<0.01$ ). Thứ năm, những biến số không có ý nghĩa trong nghiên cứu liên quan đến năng lực sức khỏe gồm có: giới tính, tuổi, tình trạng kết hôn.

#### 4. Bàn luận

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng tại Chí Linh, Hải Dương và nhóm sinh viên đang sinh sống tại Hà Nội có tới 67,9% thiếu năng lực sức khỏe. Theo nghiên cứu trên thế giới điều này cũng ảnh hưởng đến kiểm soát khả năng mắc bệnh và tỷ lệ tử vong [7]. Tuy nhiên, trong các cấu phần của năng lực sức khỏe có sự khác nhau đáng kể trong các nhóm biến: năng lực chăm sóc sức khỏe, phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe. Năng lực nâng cao sức khỏe có số điểm cao nhất (42,7%), điều này có nghĩa là khả năng đối tượng về tìm kiếm thông tin, tiếp nhận đánh giá và ra quyết định hành vi liên quan đến sức khỏe như môi trường sống lành mạnh, hành vi tập thể dục, tăng cường sức khỏe, tốt hơn việc khả năng tìm kiếm thông tin và ra quyết định sức khỏe về việc khám điều trị, tiêm phòng. Trong nghiên cứu không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về năng lực sức khỏe của những người ở các nhóm tuổi khác nhau hay giới tính. Tuy nhiên, có sự khác biệt rõ ràng về năng lực sức khỏe trong nhóm trình độ học vấn. Vì vậy, để nâng cao năng lực sức khỏe của đối tượng yếu tố giáo dục là yếu tố cần phải chú trọng trong các chương trình nâng cao sức khỏe. Bên cạnh yếu tố giáo dục, yếu tố kinh tế liên quan đến khả năng chi trả của đối tượng cũng cho thấy liên quan chặt chẽ tới năng lực sức khỏe của họ. Điều này có thể lý giải khi đối tượng có điều kiện kinh tế tốt và chi trả viện phí tốt hơn thì họ có điều kiện tiếp cận đến nhiều thông tin liên quan đến sức khỏe. Khi đối tượng có nhiều thông tin và công cụ tiếp cận thông tin (điện thoại, internet, ...) thì khả năng ứng phó để ra quyết định sức khỏe của họ tốt hơn. Thêm nữa, yếu tố khu vực trong nghiên cứu cũng chỉ ra ảnh hưởng đến năng lực đối tượng sống tại đó. Những đối tượng sống tại vùng thành thị, thành phố có năng lực tốt hơn những đối tượng sống ở vùng nông thôn và miền núi. Trong nhiều nghiên cứu về môi trường sống ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của

đối tượng. Một lần nữa điều đó lại được nhắc đến trong nghiên cứu này.

### 5. Kết luận và khuyến nghị

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam về Năng lực sức khỏe của người dân. Nghiên cứu đã đưa ra một khái niệm mới trên thế giới trong lĩnh vực sức khỏe vào Việt Nam, đồng thời chỉ ra tỉ lệ về năng lực sức khỏe của một vài nhóm người dân sống tại Chí Linh, Hải Dương và Hà Nội có điểm

năng lực sức khỏe thấp và cần có những bài phân tích sâu hơn về các mối liên quan. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên quy mô nhỏ, do điều kiện nguồn lực hạn chế, thực hiện trên mẫu thuận tiện nên kết quả có ý nghĩa khu trú trong một số nhóm dân cư và sinh viên và nên tính đại diện không cao. Vì vậy, những nghiên cứu có quy mô rộng, áp dụng cả phương pháp nghiên cứu định tính cần thiết tiến hành để có thêm bằng chứng và hiểu rõ hơn về NLSK cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến các nhóm năng lực và quyết định sức khỏe.

---

#### Tài liệu tham khảo

##### Tiếng Anh

1. Kristine Sorensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jurgen Pelikan, Zofia Slonska, et al, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health, 2012;12(80), English,
2. Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding 2008, Ottawa: Canadian Council on Learning, 2008,
3. Kutner, M, Greenberg, E, Jin, Y, C P, The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483): Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006,
4. HLS-EU Consortium, Comparative report of Health literacy in eight EU member states, The European health literacy survey HLS-EU (Second revised and Extended version), 2012,
5. Shoou-Yih D Lee, Tzu-I Tsai, Yi-Wen Tsai, Kuo KN, Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey, BMC Public Health, 2010;10,
6. YasÚng Hòa Aru Tokuda, Nobutaka Doba, James P, Butler, Michael K, Paasche-Orlow, Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, Patient Educ Couns, 2009;75:411-7.
7. Baker D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. Arch Intern Med. 2007;167(14):1503-9.
8. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. J Am Board Fam Pract. 2004;17(1):44-7.