

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN**



VŨ ĐỨC HIẾU

**TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỰ KHÁC BIỆT
VỀ SỨC KHỎE Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ
NGÀNH KINH TẾ HỌC**

HÀ NỘI – 2026

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN**



VŨ ĐỨC HIẾU

**TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỰ KHÁC BIỆT
VỀ SỨC KHỎE Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ

**CHUYÊN NGÀNH: KINH TẾ HỌC
MÃ SỐ: 9310101**

Người hướng dẫn khoa học: GS.TS. Giang Thanh Long

HÀ NỘI – 2026

LỜI CAM KẾT

Tôi đã đọc và hiểu về các hành vi vi phạm sự trung thực trong học thuật. Tôi cam kết bằng danh dự cá nhân rằng Luận án này do tôi tự thực hiện và không vi phạm yêu cầu về sự trung thực trong học thuật.

Nghiên cứu sinh

Vũ Đức Hiếu

MỤC LỤC

LỜI CAM KẾT	i
MỤC LỤC	ii
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT	v
DANH MỤC BẢNG	vi
DANH MỤC HÌNH ẢNH	vii
MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG 1. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VỀ SỨC KHỎE VÀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỨC KHỎE	9
1.1. Cơ sở lý thuyết liên quan đến sức khỏe	9
1.1.1. Định nghĩa sức khỏe.....	9
1.1.2. Chỉ số đo lường sức khỏe.....	10
1.1.3. Sự khác biệt sức khỏe.....	12
1.1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.....	13
1.2. Cơ sở lý thuyết về tác động của giáo dục tới sức khỏe	17
1.2.1. Lý thuyết vốn sức khỏe của Grossman	17
1.2.2. Lý thuyết hàng hóa và lý thuyết hiệu quả học tập	19
1.3. Khái quát về người cao tuổi.....	23
1.3.1. Khái niệm người cao tuổi.....	23
1.3.2. Đặc điểm người cao tuổi	25
CHƯƠNG 2. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI VÀ VAI TRÒ TRUNG GIAN CỦA CÁC HOẠT ĐỘNG TÍCH CỰC HÀNG NGÀY.....	29
2.1. Tổng quan các nghiên cứu về tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi	29
2.2. Tổng quan các nghiên cứu về vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi.....	36
2.3. Khoảng trống và câu hỏi nghiên cứu	41
CHƯƠNG 3. PHƯƠNG PHÁP VÀ DỮ LIỆU NGHIÊN CỨU	43
3.1. Dữ liệu nghiên cứu.....	43
3.2. Khung phân tích của luận án.....	44
3.3. Phương pháp nghiên cứu	46
3.3.1. Các biến số: định nghĩa và đo lường.....	46
3.3.2. Phương pháp phân tích dữ liệu.....	53

CHƯƠNG 4: THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC ĐẾN SỰ KHÁC BIỆT SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM	60
4.1. Thực trạng sức khỏe của người cao tuổi Việt Nam	60
4.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu và kinh tế - xã hội của người cao tuổi Việt Nam.	60
4.1.2. Thực trạng sức khỏe của người cao tuổi Việt Nam	66
4.2. Tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi Việt Nam.....	76
4.2.1. Tác động của giáo dục tới sức khỏe tự đánh giá của người cao tuổi Việt Nam..	76
4.2.2. Tác động của giáo dục tới hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế của người cao tuổi Việt Nam	82
4.2.3. Kiểm tra tính vững của mô hình.....	88
4.3. Vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong tác động của giáo dục đến sức khỏe người cao tuổi.....	89
4.4. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi Việt Nam.	93
4.4.1. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo giới tính..	94
4.4.2. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo nơi sinh sống..	96
4.5. Đối chiếu vai trò của giáo dục, thu nhập và điều kiện sống với sự khác biệt sức khỏe theo hai thước đo SRH và IADL.....	98
CHƯƠNG 5. THẢO LUẬN VỀ CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH	102
5.1. Thảo luận về các kết quả nghiên cứu.....	102
5.1.1. Thảo luận về vai trò trung gian của các hoạt động kết nối xã hội.....	102
5.1.2. Thảo luận về vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm người cao tuổi	104
5.2. Một số khuyến nghị chính sách	106
5.2.1. Chính sách giáo dục linh hoạt nhằm thu hẹp sự khác biệt sức khỏe cho người cao tuổi yếu thế.....	106
5.2.2. Thúc đẩy kết nối xã hội như cơ chế bù đắp và duy trì sức khỏe cho người cao tuổi yếu thế.....	110
5.2.3. Xây dựng văn hóa học tập suốt đời và giáo dục hành vi sức khỏe: Chiến lược phòng ngừa từ sớm	112
5.2.4. Phát triển kinh tế bạc và hỗ trợ người chăm sóc không lương: Giải pháp hỗ trợ nguồn lực.....	115
5.2.5. Tăng cường vai trò của y tế cơ sở trong hỗ trợ duy trì khả năng sống độc lập cho người cao tuổi yếu thế.....	117

5.2.6. Hoàn thiện cơ chế chia sẻ rủi ro tài chính cho chăm sóc dài hạn: Lưới an sinh cho nhóm yếu thế	118
5.3. Hạn chế của nghiên cứu và hướng nghiên cứu trong tương lai	119
KẾT LUẬN.....	121
DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN.....	123
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	124
PHỤ LỤC	142

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Diễn giải
ADL	Activities of Daily Living (Hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày)
AIC	Akaike Information Criterion (Tiêu chí Thông tin Akaike)
BIC	Bayesian Information Criterion (Tiêu chí Thông tin Bayes)
GSO	General Statistics Office (Tổng cục Thống kê Việt Nam) [tên của Cục Thống kê Việt Nam trước 01/07/2025]
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế)
KHB	Karlson-Holm-Breen (Phương pháp KHB)
KT-XH	Kinh tế - Xã hội
MLE	Maximum Likelihood Estimation (Ước lượng hợp lý cực đại)
NCT	Người cao tuổi
NSO	National Statistics Office (Cục Thống kê Việt Nam) [tên mới của Tổng cục Thống kê Việt Nam sau 01/07/2025]
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế)
OP&SHI2019	Older Persons and Social Health Insurance in Vietnam 2019 (Khảo sát về Người cao tuổi và Bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019)
PCA	Principal Components Analysis (Phân tích thành phần chính)
SES	Socio-Economic Status (Vị thế Kinh tế - Xã hội)
SRH	Self-Rated Health (Sức khỏe tự đánh giá)
UNFPA	United Nation Fund Population Agency (Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc)
VIF	Variance Inflation Factor (Kiểm định hệ số phóng đại phương sai)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1: Phân nhóm các biến độc lập theo khung lý thuyết về các yếu tố tác động đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead	52
Bảng 4.1: Đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi	61
Bảng 4.2: Đặc điểm về kinh tế - xã hội của người cao tuổi	63
Bảng 4.3: Tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày	64
Bảng 4.4: Tỷ lệ (%) báo cáo sức khỏe tự đánh giá (SRH) theo trình độ học vấn cao nhất và đặc điểm nhân khẩu học	68
Bảng 4.5: Tỷ lệ (%) gặp hạn chế IADL theo trình độ học vấn cao nhất và đặc điểm nhân khẩu học.....	71
Bảng 4.6: Mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày theo trình độ học vấn ...	72
Bảng 4.7: Mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày và tình trạng sức khỏe người cao tuổi.....	75
Bảng 4.8: Kết quả hồi quy mô hình logistic đa biến xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tự đánh giá ở người cao tuổi Việt Nam.....	78
Bảng 4.9: Kết quả hồi quy mô hình logistic đa biến xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hạn chế về IADL ở người cao tuổi Việt Nam	84
Bảng 4.10: Kết quả phân tích Karlson-Holm-Breen (KHB)	91
Bảng 4.11: Kết quả phân rã Oaxaca – Blinder sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo giới tính	95
Bảng 4.12: Kết quả phân rã Oaxaca – Blinder sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo nơi sinh sống	97

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Mô hình các yếu tố quyết định sức khỏe của Dahlgren & Whitehead	14
Hình 1.2. Hai cơ chế giải thích mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe	19
Hình 1.3. Bốn con đường trung gian mà giáo dục tác động tới sức khỏe	21
Hình 3.1. Khung phân tích về tác động của giáo dục đến sự khác biệt sức khỏe	45
Hình 3.2. Phân rã tổng tác động của giáo dục tới sức khỏe thành hai thành phần trực tiếp và gián tiếp	57
Hình 4.1. Cơ cấu (%) trình độ học vấn của người cao tuổi theo giới tính và khu vực sinh sống.....	66

MỞ ĐẦU

1. Sự cần thiết của đề tài nghiên cứu

Theo Báo cáo Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 2024 của Cục Thống kê Việt Nam (National Statistics Office – NSO, tên mới của Tổng cục Thống kê Việt Nam sau 01/07/2025), tỷ lệ người cao tuổi (NCT) trong tổng dân số và chỉ số già hóa của Việt Nam liên tục tăng theo thời gian (NSO, 2025). Năm 2024, chỉ số già hóa (được tính bằng tỷ số giữa số người từ 60 tuổi trở lên trên 100 người dưới 15 tuổi) đạt mức 60,2, tăng 11,4 điểm so với năm 2019. Dân số cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) tại Việt Nam hiện đạt 14,2 triệu người, cao hơn 2,8 triệu người (tăng 25%) so với năm 2019 và cao hơn 4,7 triệu người (tăng 50%) so với năm 2014. Dự báo của NSO (2025) cho thấy, đến năm 2030, số người từ 60 tuổi trở lên sẽ đạt 18,3 triệu người, tăng khoảng 4 triệu người so với năm 2024. Tuổi thọ tăng lên nhưng tuổi thọ khỏe mạnh (số năm trung bình sống không có bệnh tật) của Việt Nam lại không cao. Cụ thể, theo Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD) & Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO), tuổi thọ khỏe mạnh trung bình của đàn ông và phụ nữ Việt Nam lần lượt là 62,8 và 68 (OECD & WHO, 2024). Những con số này cao hơn so với một số quốc gia có thu nhập trung bình thấp trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương như Lào, Philippines hay Ấn Độ và tương đương với các nước trong nhóm thu nhập trung bình cao như Indonesia, Malaysia và Thái Lan. Tuy nhiên, tuổi thọ khỏe mạnh trung bình của người dân Việt Nam vẫn còn thấp hơn nhiều so với các quốc gia phát triển như Hàn Quốc (70,7 tuổi ở nam giới và 74,1 tuổi ở nữ giới) hoặc Singapore (72,4 tuổi ở nam giới và 75 tuổi ở nữ giới) (OECD & WHO, 2024).

Trong bối cảnh già hóa nhanh, thực trạng sức khỏe NCT tại Việt Nam bộc lộ những chênh lệch sâu sắc giữa các nhóm dân cư, tạo áp lực lớn lên hệ thống an sinh xã hội. Các bằng chứng thực nghiệm gần đây chỉ ra rằng hơn 90% NCT mắc ít nhất một bệnh mạn tính, trong đó khoảng 70% gặp hạn chế về vận động và một phần ba gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt cơ bản (Giang & cộng sự, 2020). Sự khác biệt sức khỏe không chỉ dừng lại ở tỷ lệ mắc bệnh mà còn thể hiện rõ qua khả năng tự chủ và sức khỏe tâm thần, với mức độ trầm trọng có sự phân tầng rõ rệt theo giới tính, vùng miền và trình độ học vấn. Cụ thể, phụ nữ cao tuổi (nhóm chiếm đa số do tuổi thọ cao hơn) thường đối mặt với nguy cơ suy giảm chức năng, đa bệnh lý và trầm cảm cao hơn đáng kể so với nam giới (Le & Giang, 2016; Nguyen & cộng sự, 2024). Tương tự, NCT sống tại khu vực nông thôn chịu gánh nặng sức khỏe kép khi vừa thiếu hụt về tiếp cận

dịch vụ y tế, vừa có tỷ lệ trầm cảm và suy giảm nhận thức cao hơn so với nhóm đối tượng tại thành thị (Vo & cộng sự, 2020; Nguyen & cộng sự, 2021). Đáng chú ý, trình độ giáo dục thấp được xác định là yếu tố then chốt làm gia tăng khả năng tự đánh giá sức khỏe kém và hạn chế khả năng thích ứng với các biện pháp chăm sóc sức khỏe hiện đại (Vu & Giang, 2024). Những chênh lệch này phản ánh rằng khoảng cách về vị thế kinh tế - xã hội (KT-XH), mà giáo dục là thành phần cốt lõi, đang trực tiếp chuyển hóa thành khoảng cách về tình trạng sức khỏe và chất lượng sống ở tuổi già. Do đó, việc lượng hóa mức độ đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT (theo giới tính và khu vực sống) trở nên cấp thiết, nhằm tìm kiếm các giải pháp can thiệp hiệu quả giúp thu hẹp sự khác biệt và giảm thiểu gánh nặng chăm sóc dài hạn.

Quá trình già hóa dân số đang tạo ra nhiều thách thức trong việc chăm sóc NCT, đặc biệt là đảm bảo họ được tiếp cận đầy đủ các dịch vụ y tế và khuyến khích họ tham gia tích cực vào đời sống cộng đồng, qua đó hạn chế nguy cơ bị cô lập hoặc tách biệt khỏi xã hội (Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam & Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, 2019). Trước bối cảnh già hóa nhanh kèm theo những chênh lệch sức khỏe sâu sắc giữa các nhóm đối tượng yếu thế nêu trên, việc xác định chính xác các yếu tố quyết định sức khỏe và mức độ đóng góp của chúng trở thành yêu cầu cấp thiết nhằm hoạch định các giải pháp can thiệp hiệu quả, giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và thu hẹp khoảng cách chăm sóc. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy một số yếu tố KT-XH có ảnh hưởng tới sức khỏe NCT như thu nhập, nghề nghiệp và đặc biệt là trình độ giáo dục. Có một số lý do mà các nghiên cứu tập trung vào giáo dục và phân tích mối quan hệ của nó với sức khỏe NCT, đó là: i) so với thu nhập và nghề nghiệp, giáo dục là biến đã được xác định từ trước vì đối tượng nghiên cứu là NCT – những người đã hoàn tất việc học từ nhiều năm trước, và giáo dục có thể ảnh hưởng đến các biến còn lại: giáo dục là chìa khóa quyết định địa vị xã hội của một người, định hình khả năng được tuyển dụng, loại hình công việc và thu nhập của một cá nhân; ii) trình độ giáo dục là một chỉ số đánh giá vị thế KT-XH chung cho tất cả mọi người. Nếu tình trạng nghề nghiệp được sử dụng làm chỉ số đánh giá vị thế KT-XH của một người thì những người không có việc làm sẽ bị loại khỏi phân tích; và iii) trình độ giáo dục ổn định sau độ tuổi thanh niên, trong khi thu nhập có thể là một chỉ số khó phản ánh đúng vị thế KT-XH trong suốt cuộc đời của NCT vì thu nhập thường giảm khi NCT nghỉ hưu hoặc giảm sức lao động (Ross & Wu, 1996; Ross & Mirowsky, 2006).

Mặc dù giáo dục từ lâu đã được công nhận là yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe của một cá nhân (ví dụ, xem Ross & Wu, 1996; Lynch, 2003; Hudson & cộng sự,

2015; Adjei & cộng sự, 2017), nhưng mức độ đóng góp của giáo dục so với các yếu tố KT-XH khác tới sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm NCT khác nhau chưa được phân tích kỹ lưỡng. Câu hỏi đặt ra là liệu giáo dục có thực sự là yếu tố KT-XH quan trọng giải thích cho sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa nam giới và phụ nữ và giữa NCT thành thị và NCT nông thôn hay không? Cùng với đó, các cơ chế truyền dẫn tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe cũng chưa được làm rõ. Một trong những trung gian tiềm năng cho mối quan hệ giáo dục – sức khỏe là lối sống và các hoạt động tích cực hàng ngày (như tham gia hoạt động xã hội, làm việc, tham gia các hoạt động tình nguyện và giải trí...) vì các yếu tố này đã được chứng minh là có tác động tới thể chất và khả năng nhận thức của NCT (Mendes de Leon & cộng sự, 2003; Klumb & Maier, 2007; Li & cộng sự, 2014; Hou & cộng sự, 2022). Cụ thể, một số nghiên cứu cho thấy NCT có trình độ học vấn cao hơn thường tham gia tích cực hơn vào các hoạt động thúc đẩy quá trình già hóa khỏe mạnh, chẳng hạn như tiếp tục làm việc sau khi nghỉ hưu (Tang & cộng sự, 2013; Kalwij & cộng sự, 2016); làm các công việc tình nguyện (Erlinghagen & Hank, 2006; Hank & Stuck, 2008); tham gia các tổ chức xã hội (Dong & cộng sự, 2014) cũng như các hoạt động giải trí tích cực (Minhat & Amin, 2012) – những hoạt động góp phần nâng cao sức khỏe và hạnh phúc ở tuổi già. Vì giáo dục đã được chứng minh là yếu tố quan trọng thúc đẩy sự tham gia của NCT vào các hoạt động tích cực hàng ngày, nên chính những hoạt động này có thể là kênh truyền tải những tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT.

Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu xem xét vai trò của các hoạt động tích cực hàng ngày trong việc là trung gian cho tác động gián tiếp của giáo dục tới sức khỏe. Phần lớn các nghiên cứu mới chỉ khám phá tác động trực tiếp của giáo dục hoặc tác động trực tiếp của việc thực hiện các hoạt động tích cực hàng ngày tới sức khỏe NCT. Nghiên cứu của Ross & Zhang (2008) đã phát hiện ra rằng những NCT tại Trung Quốc có trình độ giáo dục cao có mức độ đau khổ về mặt tâm lý thấp hơn những người có trình độ học vấn thấp mà một phần là do họ tích cực tham gia hơn vào những hoạt động thúc đẩy sự phát triển tư duy và nhận thức (ví dụ như đọc sách hoặc chơi mật chược). Nghiên cứu này gợi mở ý tưởng rằng giáo dục có thể định hình hạnh phúc ở tuổi già thông qua các loại hoạt động mà NCT tham gia. Người cao tuổi có trình độ học vấn cao hơn có nhiều khả năng tham gia vào các hoạt động mang tính thử thách về mặt trí tuệ và các hoạt động này một phần làm trung gian cho mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe tâm thần (Ross & Zhang, 2008). Dựa trên những phát hiện của Ross & Zhang, luận án này đề xuất giả thuyết rằng NCT ở Việt Nam có trình độ học vấn cao hơn

thường tham gia tích cực hơn vào các hoạt động xã hội và các hoạt động hàng ngày góp phần phát triển năng lực nhận thức; những hoạt động này đóng vai trò trung gian quan trọng, truyền dẫn ảnh hưởng tích cực của giáo dục đến sức khỏe của họ.

Trên cơ sở những lý do đã trình bày, nghiên cứu “*Tác động của giáo dục tới sự khác biệt về sức khỏe ở người cao tuổi Việt Nam*” được thực hiện nhằm phân tích sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm NCT Việt Nam theo giới tính (nam và nữ) và nơi sinh sống (thành thị và nông thôn). Đặc biệt, nghiên cứu xem xét vai trò của giáo dục trong việc lý giải sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm dân số cao tuổi này. Ngoài ra, nhằm làm sâu sắc thêm các phát hiện thực nghiệm và cung cấp bằng chứng hữu ích cho công tác hoạch định chính sách cũng như góp phần bổ sung vào cơ sở lý luận về mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe ở NCT, luận án còn phân tích vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT. Luận án đặt ra các câu hỏi nghiên cứu quan trọng như liệu các hoạt động tích cực hàng ngày gồm hoạt động sản xuất (như lao động, làm việc nhà, chăm sóc cháu...), tham gia xã hội (tham gia các tổ chức xã hội, hoạt động tôn giáo...) và kết nối xã hội (sử dụng internet, đọc sách báo...) có giữ vai trò trung gian, truyền dẫn tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT hay không? Nếu có thì hoạt động nào có vai trò trung gian quan trọng nhất? Việc xác định cơ chế trung gian này giúp làm rõ các cách thức mà qua đó giáo dục tác động đến sức khỏe tuổi già đồng thời lượng hóa mức độ đóng góp của sự chênh lệch trình độ học vấn tới sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT; từ đó hỗ trợ xây dựng các chính sách can thiệp phù hợp để thu hẹp khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm dân số cao tuổi.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục tiêu tổng quát

Luận án phân tích cơ chế trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT; đồng thời lượng hóa tác động của chênh lệch học vấn đến sự khác biệt về sức khỏe theo giới tính và khu vực sinh sống tại Việt Nam, làm cơ sở đề xuất các giải pháp chính sách nhằm thu hẹp khoảng cách này trong bối cảnh già hóa dân số.

2.2. Mục tiêu cụ thể

Để đạt được mục tiêu tổng quát nêu trên, luận án tập trung thực hiện ba mục tiêu cụ thể sau:

Thứ nhất, phân tích vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày (bao gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) trong mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT, nhằm xác định yếu tố trung gian quan trọng nhất.

Thứ hai, phân tích sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm NCT tại Việt Nam, tập trung làm rõ vai trò của giáo dục trong việc lý giải sự khác biệt này theo giới tính và khu vực cư trú.

Thứ ba, trên cơ sở các kết quả nghiên cứu, luận án đề xuất các giải pháp và khuyến nghị chính sách thiết thực nhằm giảm thiểu sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm NCT tại Việt Nam trong bối cảnh dân số đang già hóa nhanh chóng.

3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của luận án là người Việt Nam từ 50 tuổi trở lên, phân tích theo trình độ giáo dục, tình trạng sức khỏe và mức độ tham gia hoạt động tích cực hàng ngày. Dù Luật Người cao tuổi tại Việt Nam và các chuẩn mực quốc tế thường quy định ngưỡng 60, luận án mở rộng xuống 50 tuổi để bao quát giai đoạn tiền cao tuổi (50 - 59) – thời kỳ chuyển tiếp với các biến đổi sinh lý và suy giảm sức khỏe ban đầu. Theo WHO (2015), lão hóa có thể khởi phát từ trung niên, đặc biệt tại các nước đang phát triển. Từ 50 tuổi, nguy cơ mắc bệnh mạn tính tăng mạnh (Prince & cộng sự, 2015), đồng thời ảnh hưởng tích lũy của các yếu tố KT-XH (nhất là giáo dục) đối với sức khỏe tổng quát ngày càng rõ nét (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Do đó, nhóm từ 50 tuổi trở lên là đối tượng phù hợp để nghiên cứu ảnh hưởng của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe.

3.2. Phạm vi nghiên cứu

Phạm vi nghiên cứu được giới hạn theo ba khía cạnh chính:

Phạm vi nội dung: Luận án tập trung phân tích mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT tại Việt Nam qua hai nội dung chính. Thứ nhất, làm rõ cơ chế tác động thông qua vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày (gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) nhằm xác định kênh truyền dẫn quan trọng nhất. Thứ hai, lượng hóa mức độ đóng góp của sự chênh lệch trình độ học vấn vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm đối tượng theo giới tính và khu vực sinh sống, làm cơ sở đề xuất các giải pháp thu hẹp sự khác biệt này.

Phạm vi không gian: Nghiên cứu được thực hiện trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Phạm vi thời gian: Luận án sử dụng dữ liệu đại diện quốc gia cho dân số từ 50 tuổi trở lên ở Việt Nam được thu thập vào năm 2019.

4. Phương pháp nghiên cứu

Để thực hiện được các mục tiêu nghiên cứu đã xác định, luận án áp dụng các phương pháp thu thập thông tin và phân tích dữ liệu như sau:

Phương pháp thu thập thông tin: Luận án tiến hành rà soát, phân tích và tổng hợp có hệ thống các nghiên cứu lý thuyết và thực nghiệm hiện có nhằm xác định những khoảng trống trong hiểu biết hiện tại, đồng thời hệ thống hóa cơ sở lý thuyết về mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT, cũng như vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong mối liên hệ này. Về dữ liệu nghiên cứu, luận án áp dụng phương pháp thu thập và xử lý dữ liệu thứ cấp, khai thác thông tin từ bộ cơ sở dữ liệu sẵn có thay vì thực hiện khảo sát sơ cấp. Quá trình lựa chọn dữ liệu tuân thủ các tiêu chí về tính đại diện, độ tin cậy và khả năng cung cấp đầy đủ các biến số cần thiết cho mục tiêu nghiên cứu. Cụ thể, nguồn dữ liệu được sử dụng là Khảo sát về Người cao tuổi và Bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019 (OP&SHI 2019). Đây là một khảo sát với mẫu đại diện quốc gia cập nhật và duy nhất cung cấp đủ các biến số cần thiết phục vụ cho các phân tích thống kê mô tả và định lượng trong nghiên cứu.

Phương pháp phân tích dữ liệu: Thứ nhất, luận án tiến hành các phân tích thống kê mô tả về đặc điểm nhân khẩu học, KT-XH, tình trạng sức khỏe và mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày của NCT Việt Nam nhằm đưa ra những bằng chứng xác thực làm cơ sở cho các giả thuyết nghiên cứu. Thứ hai, luận án sử dụng các hồi quy logistic đa biến nhằm xác nhận ảnh hưởng của giáo dục cũng như các hoạt động tích cực hàng ngày tới sức khỏe NCT Việt Nam. Thứ ba, phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB) được sử dụng để xác định vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong ảnh hưởng của giáo dục lên sức khỏe NCT. Cuối cùng, kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder mở rộng cho các mô hình phi tuyến được sử dụng nhằm đánh giá vai trò của giáo dục so với các yếu tố KT-XH khác trong việc giải thích sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT theo giới tính và nơi cư trú.

5. Đóng góp mới của luận án

Luận án có hai đóng góp mới về mặt lý luận và học thuật. *Thứ nhất*, nghiên cứu kết nối các phát hiện trước đây từ hai lĩnh vực thường được xem xét riêng biệt: mối liên hệ giữa giáo dục và sự tham gia vào các hoạt động lão hóa tích cực, cùng

vai trò bảo vệ sức khỏe của chính các hoạt động này. Trên cơ sở đó, luận án làm sáng tỏ cơ chế mà qua đó giáo dục không chỉ ảnh hưởng trực tiếp mà còn gián tiếp tới sức khỏe NCT thông qua việc thúc đẩy các hoạt động tích cực hàng ngày. *Thứ hai*, luận án lượng hóa vai trò then chốt của sự phân bố không đều trình độ học vấn – nguyên nhân cốt lõi dẫn đến sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT theo giới tính và khu vực cư trú. Điểm mới nằm ở việc sử dụng song hành hai thước đo: sức khỏe tự đánh giá (Self-Rated Health – SRH) và hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (Instrumental Activities of Daily Living – IADL). Trong khi SRH phản ánh cảm nhận chủ quan nhưng dễ bị chi phối bởi yếu tố tâm lý và văn hóa, thì IADL đóng vai trò là thước đo chức năng thực tế, đánh giá khách quan khả năng sống độc lập thông qua các nhiệm vụ đòi hỏi sự phối hợp giữa kỹ năng nhận thức và vận động. Cách tiếp cận đa chiều này giúp khắc phục hạn chế của từng chỉ số riêng lẻ, đảm bảo đánh giá chính xác hơn tình trạng sức khỏe, bao quát cả trải nghiệm nội tại lẫn năng lực thực hiện các hoạt động sống cần thiết.

Luận án đưa ra những phát hiện và đề xuất đột phá, thách thức các quan điểm truyền thống. Thứ nhất, nghiên cứu bác bỏ giả định mọi hình thức già hóa tích cực đều có lợi ích tương đương, khẳng định kết nối xã hội là kênh trung gian chủ đạo, vượt trội so với lao động hay các hoạt động sinh hoạt đoàn thể. Điều này cho thấy giáo dục ảnh hưởng đến sức khỏe chủ yếu thông qua duy trì năng lực xử lý thông tin và truy cập tri thức – những yếu tố không thể ủy thác, chứ không phải qua tương tác xã hội đơn thuần. Thứ hai, luận án chỉ ra sự đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng của chênh lệch giáo dục khi chỉ dựa vào SRH. Kết quả cho thấy chênh lệch trình độ học vấn đóng góp vào sự khác biệt về khả năng sống độc lập (IADL) gấp gần hai lần so với SRH giữa các nhóm giới tính và khu vực cư trú. Phát hiện này cảnh báo rằng việc bỏ qua thước đo IADL sẽ khiến nhà hoạch định chính sách không nhận diện đầy đủ nguy cơ phụ thuộc chăm sóc dài hạn do thiếu hụt giáo dục. Từ những phát hiện đó, luận án đề xuất tập trung thu hẹp khoảng cách số và thúc đẩy kết nối xã hội cho NCT yếu thế (phụ nữ, nông thôn) như chiến lược phòng ngừa bền vững, giảm gánh nặng an sinh trong bối cảnh dân số già hóa nhanh chóng.

6. Kết cấu luận án

Ngoài phần mở đầu, danh mục từ viết tắt, danh mục bảng/hình, kết luận, tài liệu tham khảo và phụ lục, kết cấu của luận án bao gồm năm (05) chương như sau:

Chương 1. Cơ sở lý thuyết về sức khỏe và tác động của giáo dục tới sức khỏe.

Chương 2. Tổng quan các nghiên cứu về tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi và vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày.

Chương 3. Phương pháp và dữ liệu nghiên cứu.

Chương 4. Thực trạng sức khỏe và tác động của giáo dục đến sự khác biệt sức khỏe ở người cao tuổi Việt Nam.

Chương 5. Thảo luận về các kết quả nghiên cứu và khuyến nghị chính sách.

CHƯƠNG 1. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VỀ SỨC KHỎE VÀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỨC KHỎE

1.1. Cơ sở lý thuyết liên quan đến sức khỏe

1.1.1. Định nghĩa sức khỏe

Sức khỏe là một khái niệm đa chiều, bao gồm cả thể chất, tinh thần và xã hội. Để hiểu rõ hơn về sức khỏe, cần dựa trên các cơ sở lý thuyết từ nhiều lĩnh vực khác nhau như y học, tâm lý học và xã hội học (Stoto & cộng sự, 1997).

Theo cách tiếp cận truyền thống của y học, định nghĩa về sức khỏe theo Mô hình y sinh học (Biomedical Model) là trạng thái không có bệnh tật hoặc rối loạn sinh lý trong cơ thể (Engel, 1977; Scriven & cộng sự, 2010). Định nghĩa về sức khỏe theo mô hình này chủ yếu tập trung vào khía cạnh thể chất, bệnh tật được coi là kết quả của các nguyên nhân sinh học như vi khuẩn, virus, rối loạn di truyền hoặc các bất thường trong cơ thể và có thể được phát hiện thông qua xét nghiệm hoặc sử dụng các kỹ thuật chuẩn đoán hình ảnh trong y học (Engel, 1977; Rocca & Anjum, 2020). Mặc dù Mô hình y sinh học đã mang lại những tiến bộ trong việc điều trị các bệnh nhiễm trùng và các vấn đề y tế cấp tính, định nghĩa sức khỏe của nó lại quá hẹp và có nhiều hạn chế. Thứ nhất, định nghĩa về sức khỏe theo Mô hình y sinh học bỏ qua các yếu tố tâm lý và xã hội khi không đề cập đến vai trò của căng thẳng, cảm xúc, điều kiện sống của hộ gia đình và sự hỗ trợ từ cộng đồng... đối với sức khỏe của một cá nhân. Thứ hai, nhiều bệnh mạn tính (như tim mạch và tiểu đường) chịu ảnh hưởng lớn từ lối sống, hành vi, yếu tố tâm lý hay môi trường là những vấn đề mà Mô hình y sinh học ít đề cập. Cuối cùng, định nghĩa về sức khỏe theo Mô hình y sinh học ít tập trung vào phòng bệnh mà chỉ tập trung vào điều trị thay vì thay đổi lối sống và môi trường sống (Vernooij-Dassen & cộng sự, 2019; Rocca & Anjum, 2020).

Theo WHO thì “*Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh tật hoặc khuyết tật*” (WHO, 1948, trang 100). Đây là một định nghĩa mang tính đột phá, vượt ra khỏi quan niệm truyền thống coi sức khỏe đơn thuần là không có bệnh tật (Scriven & cộng sự, 2010). Định nghĩa này nhấn mạnh rằng sức khỏe không chỉ là việc không có bệnh hoặc khuyết tật mà còn liên quan đến cảm giác hạnh phúc, hài lòng và cân bằng trong cuộc sống. Một người có thể không có bệnh nhưng vẫn không được coi là khỏe mạnh nếu họ cảm thấy căng thẳng về tinh thần hoặc bị cô lập về mặt xã hội. Sự thoải mái về thể chất đề cập đến tình trạng hoạt động bình thường của cơ thể, các cơ quan, hệ thống hoạt động hiệu quả, không có đau

đón, bệnh lý thể xác và có đủ năng lượng để hoạt động hàng ngày. Như vậy, một người có sức khỏe thể chất tốt sẽ có hệ miễn dịch tốt, không bị đau ốm và có khả năng vận động linh hoạt. Mặt khác, thoải mái về tinh thần bao gồm sức khỏe tâm lý và cảm xúc. Đó là khả năng tư duy, nhận thức rõ ràng, kiểm soát cảm xúc, đối phó hiệu quả với căng thẳng trong cuộc sống, cảm thấy hài lòng và nhận ra tiềm năng của bản thân. Sự thoải mái trong khía cạnh xã hội thể hiện ở khả năng giao tiếp và kết nối một cách tích cực, tự nhiên với những người xung quanh từ đó xây dựng và duy trì các mối quan hệ xã hội lành mạnh, hòa nhập cộng đồng, thực hiện tốt vai trò xã hội của mình và cảm thấy được hỗ trợ. Nói cách khác, một người có sức khỏe xã hội tốt sẽ có mối quan hệ gia đình bền vững, bạn bè thân thiết và cảm giác thuộc về một cộng đồng.

Tương đối nhất quán với định nghĩa về sức khỏe của WHO, Mô hình sinh học - tâm lý - xã hội do George Engel đề xuất năm 1977 nhấn mạnh rằng việc đánh giá toàn diện sức khỏe của một cá nhân không thể chỉ dựa vào các yếu tố sinh học mà cần tích hợp cả các khía cạnh tâm lý và xã hội để có cái nhìn đầy đủ và sâu sắc hơn (Engel, 1977). Đầu tiên, yếu tố sinh học bao gồm di truyền, chức năng của hệ miễn dịch, hoạt động của hệ thần kinh và các quá trình sinh lý khác. Tiếp theo, yếu tố tâm lý bao gồm niềm tin, cảm xúc, suy nghĩ và khả năng ứng phó với căng thẳng của mỗi người. Cohen & cộng sự (1991) phát hiện rằng căng thẳng tâm lý mạn tính có thể làm suy yếu hệ miễn dịch, khiến cơ thể dễ bị nhiễm trùng và làm trầm trọng thêm các triệu chứng bệnh lý. Cuối cùng, yếu tố xã hội trong mô hình của Engel gồm có sự hỗ trợ của bạn bè, người thân trong gia đình, tình trạng kinh tế và môi trường sống. Nghiên cứu của Uchino (2006) cho thấy rằng những người có mạng lưới hỗ trợ xã hội tích cực có sức khỏe tốt hơn và khả năng hồi phục sau bệnh tật nhanh hơn so với những người bị cô lập về mặt xã hội. Tóm lại, những định nghĩa đầy đủ và hiện đại nhất về sức khỏe đều nhấn mạnh đến sự toàn diện ở nhiều khía cạnh bao gồm cả thể chất, tinh thần và xã hội.

Từ các khái niệm nêu trên, trong luận án này, sức khỏe được định nghĩa như sau: *Sức khỏe của một người không chỉ là người đó không có bệnh tật hay khuyết tật mà còn là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội của người đó.*

1.1.2. Chỉ số đo lường sức khỏe

Sức khỏe không chỉ đơn thuần là sự vắng mặt của bệnh tật hay khuyết tật, mà còn là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội. Do đó, việc đo lường sức khỏe theo định nghĩa này đòi hỏi một khung phân tích đa chiều, kết hợp nhiều chỉ số khác nhau để phản ánh đầy đủ các khía cạnh đời sống cá nhân. Về khía cạnh thể

chất, bên cạnh các chỉ số sinh học lâm sàng truyền thống như Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) hay số lượng bệnh mãn tính, năng lực chức năng đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ tự chủ trong cuộc sống (Lawton & Brody, 1969). Trong bối cảnh nghiên cứu về lão hóa, thước đo IADL thường được ưu tiên sử dụng để phản ánh khả năng thực hiện các hoạt động phức tạp như mua sắm, quản lý tài chính và sử dụng thuốc, qua đó dự báo nguy cơ phụ thuộc vào chăm sóc dài hạn. Về khía cạnh tinh thần, sức khỏe không chỉ được đánh giá qua sự vắng mặt của các triệu chứng trầm cảm và lo âu thông qua các thang đo chuẩn hóa như CES-D (Radloff, 1977) và GDS (Yesavage & cộng sự, 1983) cho trầm cảm, hay GAD-7 (Spitzer & cộng sự, 2006) cho lo âu; mà còn thông qua việc duy trì chức năng nhận thức. Trong lĩnh vực này, bên cạnh thang đo truyền thống MMSE, thang đo MoCA ngày càng đóng vai trò quan trọng nhờ khả năng phát hiện nhạy bén các suy giảm nhận thức nhẹ, một dấu hiệu sớm của quá trình lão hóa nhận thức (Ciesielska & cộng sự, 2016). Đặc biệt, trong các nghiên cứu về lão hóa và kinh tế y tế thì chỉ số SRH đóng vai trò trung tâm, hoạt động như một thước đo tổng hợp phản ánh nhận thức chủ quan của cá nhân về tình trạng sức khỏe chung, tích hợp cả yếu tố thể chất lẫn tâm lý. Về khía cạnh xã hội, các chỉ số tập trung vào mức độ hòa nhập cộng đồng, bao gồm chất lượng và quy mô của mạng lưới hỗ trợ xã hội cũng như mức độ cảm nhận cô đơn. Ngoài ra, những bộ công cụ như SF-36 thường được sử dụng như thước đo tổng hợp chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (Ware & Sherbourne, 1992).

Mặc dù các chỉ số lâm sàng và thang đo tâm thần chuyên biệt cung cấp những dữ liệu chi tiết, việc sử dụng song song SRH và IADL là cách tiếp cận thực tiễn, hiệu quả để mang lại góc nhìn cân bằng và toàn diện hơn trong bối cảnh nghiên cứu lão hóa. Sự kết hợp này đảm bảo phản ánh đầy đủ cả ba khía cạnh thể chất, tinh thần và xã hội của sức khỏe NCT. Cụ thể, SRH đóng vai trò là một phép đo tổng hợp, cho phép cá nhân tự tích hợp các thông tin về triệu chứng lâm sàng, quỹ đạo sức khỏe, cũng như các nguồn lực tâm lý và hành vi sức khỏe sẵn có, qua đó nắm bắt được những rủi ro tiềm ẩn mà các chỉ số khách quan đơn thuần có thể bỏ sót (Idler & Benyamini, 1997; Bago d'Uva & cộng sự, 2011). Bằng chứng thực nghiệm gần đây từ Andreasson & cộng sự (2024) khẳng định SRH đánh giá từ giai đoạn sớm (ngay cả khi chưa có bệnh lý rõ ràng), vẫn là yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ cho tỷ lệ tử vong ở trung và cao tuổi. Trong khi đó, IADL cung cấp một đánh giá khách quan về khả năng sống độc lập, phản ánh trực tiếp sự phối hợp phức tạp giữa năng lực nhận thức, khả năng vận động và mức độ tham gia xã hội trong đời sống thực tế (Lawton & Brody, 1969; Bruderer-Hofstetter

& cộng sự, 2022). Lý do là bởi IADL dựa trên khả năng thực hiện các nhiệm vụ cụ thể và quan sát được (như quản lý tài chính, mua sắm, sử dụng thuốc), chỉ số này được xem là thước đo chức năng thực tế (functional performance) trong các nghiên cứu dịch tễ học và kinh tế y tế. Việc sử dụng song song hai chỉ số này không chỉ bù trừ được những khiếm khuyết của từng thước đo riêng lẻ mà còn kiến tạo nên một bức tranh chính xác, đa chiều về tình trạng sức khỏe, làm cơ sở vững chắc để phân tích vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT trong bối cảnh dân số già hóa nhanh.

Do đó, để hiện thực hóa định nghĩa toàn diện về sức khỏe nêu trên trong bối cảnh nghiên cứu thực nghiệm trong lĩnh vực lão hóa, luận án lựa chọn sử dụng đồng thời hai thước đo: i) *Sức khỏe tự đánh giá (Self-Rated Health – SRH)* và ii) *Hạn chế trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (Instrumental Activities of Daily Living – IADL)*.

1.1.3. Sự khác biệt sức khỏe

Khái niệm sự khác biệt sức khỏe (health disparities) không đơn thuần là những con số thống kê về chênh lệch y tế, mà được định nghĩa một cách sâu sắc hơn là khoảng cách giữa các nhóm dân số trong việc hiện thực hóa tiềm năng sức khỏe tối ưu của họ. Sự chênh lệch này được thể hiện rõ rệt qua các chỉ số khách quan như tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh mãn tính và sự phổ biến của các tình trạng sức khỏe bất lợi khác (Baciu & cộng sự, 2017). Nguồn gốc của những sự khác biệt này không nằm ở các yếu tố ngẫu nhiên hay sinh học tự nhiên, mà bắt nguồn từ những khác biệt mang tính hệ thống. Đây là những bất công có thể phòng ngừa được, xảy ra giữa các nhóm dân số đang chiếm giữ những vị trí không bình đẳng trong cấu trúc xã hội (Graham, 2004). Theo quan điểm này, sự khác biệt sức khỏe là kết quả của một quá trình tương tác phức tạp giữa nhiều yếu tố quyết định sức khỏe, vốn được phân bổ một cách không đồng đều giữa những nhóm người có nền tảng KT-XH khác nhau, bao gồm các yếu tố như dân tộc, giới tính, nơi sinh sống, mức thu nhập hay trình độ giáo dục... Nhiều tài liệu nghiên cứu đã chứng minh rằng tình trạng KT-XH thấp đóng vai trò như một rào cản lớn, hạn chế khả năng tiếp cận các nguồn lực bảo vệ sức khỏe, từ đó cản trở cá nhân đạt được trạng thái sức khỏe tốt nhất có thể (Woolf & Braveman, 2011; Williams & Purdie-Vaughns, 2015).

Tuy nhiên, cần có sự phân định rõ ràng rằng không phải mọi tình trạng khác nhau về sức khỏe đều được xếp vào phạm trù của “sự khác biệt sức khỏe”. Ví dụ, việc tình trạng sức khỏe của NCT suy giảm so với người trẻ tuổi, hay tỷ lệ chấn thương tay cao

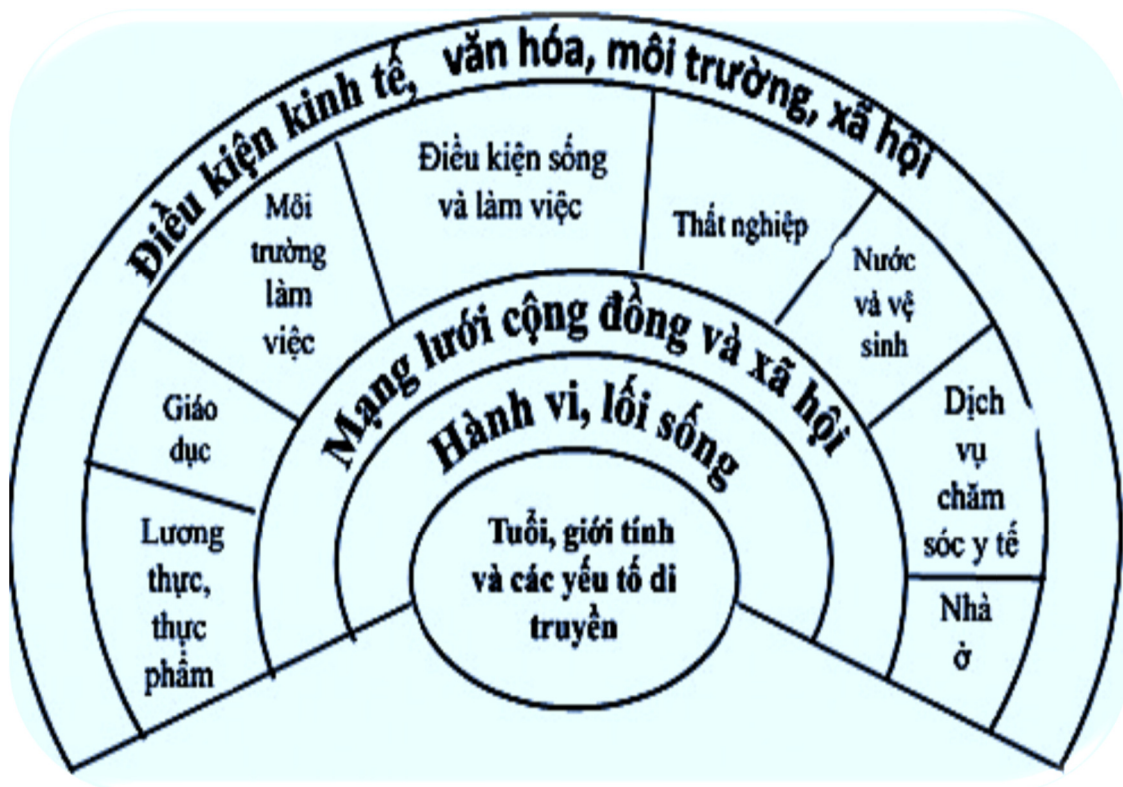
hơn ở các vận động viên quần vợt so với người bình thường, là những hệ quả tự nhiên hoặc đặc thù nghề nghiệp, không phản ánh bất công xã hội (Braveman, 2014). Do đó, thuật ngữ này không nhằm bao quát tất cả các chênh lệch sức khỏe giữa mọi nhóm người, mà tập trung vào một loại khác biệt cụ thể: tình trạng sức khỏe kém hơn một cách hệ thống ở những người chịu bất lợi về mặt xã hội. Đặc biệt, nó nhắm đến các thành viên của các nhóm dân số bị thiệt thòi và những người gặp bất lợi về địa vị KT-XH, bất kể họ thuộc nhóm dân số nào (Braveman, 2014). Nói cách khác, khái niệm “sự khác biệt sức khỏe” gắn liền mật thiết với những rào cản KT-XH mà một số nhóm dân cư phải đối mặt, khiến họ chịu nhiều khó khăn hơn trong việc duy trì sức khỏe so với các nhóm khác.

Trong phạm vi của luận án này, sự khác biệt sức khỏe được định nghĩa là *những chênh lệch không công bằng và có thể tránh được trong tình trạng sức khỏe giữa các nhóm dân số. Những chênh lệch này gắn trực tiếp với các bất lợi về kinh tế, xã hội hoặc môi trường, và xuất phát từ sự phân phối không công bằng các yếu tố quyết định sức khỏe trong cộng đồng.*

Khi áp dụng vào bối cảnh nghiên cứu về NCT, sự khác biệt sức khỏe không chỉ phản ánh quá trình lão hóa sinh học tự nhiên, mà còn là hệ quả tích lũy của những bất bình đẳng KT-XH kéo dài suốt vòng đời. Các nhóm NCT thiệt thòi, chẳng hạn như những người có thu nhập thấp, phụ nữ cao tuổi, nhóm sống ở vùng nông thôn hoặc khu vực đô thị thiếu hụt dịch vụ, nhóm có trình độ học vấn thấp hoặc từng trải qua phân biệt đối xử, thường phải gánh chịu tỷ lệ bệnh tật cao hơn và tuổi thọ ngắn hơn so với các nhóm có điều kiện thuận lợi (Baciu & cộng sự, 2017). Những khác biệt này bắt nguồn từ việc tiếp cận không như nhau đối với các yếu tố quyết định sức khỏe quan trọng như giáo dục, nhà ở, dịch vụ y tế chất lượng, môi trường sống an toàn và mạng lưới hỗ trợ xã hội – vốn là những yếu tố bị chi phối mạnh mẽ bởi địa vị KT-XH của mỗi cá nhân trong suốt quá trình cuộc đời.

1.1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

Dahlgren & Whitehead (1991) đã đưa ra một mô hình lý thuyết toàn diện để hiểu rõ các yếu tố quyết định sức khỏe. Theo mô hình này, sức khỏe không chỉ là kết quả của hành vi cá nhân mà còn bị chi phối mạnh mẽ bởi các yếu tố KT-XH và môi trường. Mô hình Dahlgren và Whitehead được trình bày dưới dạng một vòng tròn với các lớp đồng tâm, với từng lớp đại diện cho các yếu tố khác nhau tác động lên sức khỏe của con người.



Hình 1.1. Mô hình các yếu tố quyết định sức khỏe của Dahlgren & Whitehead

Nguồn: Dahlgren & Whitehead (1991)

Lớp bên trong cùng là các yếu tố cá nhân như *tuổi*, *giới tính* và *yếu tố di truyền*. Đây là những yếu tố bất biến, nằm ngoài khả năng thay đổi của chúng ta. Tuổi tác làm tăng nguy cơ mắc bệnh và giảm khả năng phục hồi sau ốm đau, ví dụ những NCT dễ mắc các bệnh mạn tính như tiểu đường, Alzheimer, cao huyết áp hay tim mạch. Nguy cơ mắc một số bệnh lý có sự chênh lệch giữa nam giới và phụ nữ: ví dụ, nam giới có nguy cơ cao hơn mắc bệnh tim mạch ở độ tuổi trẻ, trong khi phụ nữ lại có nguy cơ mắc chứng loãng xương cao hơn. Yếu tố di truyền cũng nằm trong lớp này bởi một số bệnh như viêm gan B, tiểu đường tuýp 2, ung thư vú hoặc tăng huyết áp có thể được di truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác. Tuy nhiên, mô hình Dahlgren và Whitehead cho rằng các yếu tố này chỉ đóng vai trò nền tảng và thường tương tác với các yếu tố bên ngoài để tạo ra kết quả sức khỏe tổng thể.

Lớp tiếp theo là các yếu tố về *hành vi và lối sống* cá nhân. Lớp này bao gồm các lựa chọn và thói quen hàng ngày của con người như chế độ dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể chất, việc sử dụng rượu bia, thuốc lá hoặc các chất kích thích khác (Australian Institute of Health and Welfare, 2016). Mặc dù đây là những hành vi do cá nhân tự quyết định, nhưng chúng không tách rời khỏi bối cảnh xã hội và kinh tế mà chịu sự chi

phối mạnh mẽ bởi các yếu tố ở các lớp bên ngoài, chẳng hạn như điều kiện sống, làm việc và môi trường kinh tế - xã hội (Baciu & cộng sự, 2017; Raphael & cộng sự, 2020). Ví dụ, khả năng tiếp cận thực phẩm lành mạnh, điều kiện làm việc căng thẳng hoặc áp lực từ môi trường xã hội đều có thể thúc đẩy hoặc kìm hãm các lựa chọn lối sống tích cực. Do đó, trong mô hình Dahlgren và Whitehead, lối sống được xem là cầu nối trung gian, phản ánh cách các điều kiện xã hội rộng lớn hơn thấm sâu vào đời sống hàng ngày và biểu hiện thành các kết quả sức khỏe cụ thể (Baciu & cộng sự, 2017).

Lớp thứ ba trong mô hình là *mạng lưới hỗ trợ cá nhân*, bao gồm gia đình, bạn bè, hàng xóm và cộng đồng địa phương. Những mối quan hệ này có ý nghĩa then chốt trong việc duy trì và bảo vệ sức khỏe tâm lý của con người. Một người có mạng lưới hỗ trợ mạnh mẽ thường dễ dàng đối phó với căng thẳng và khó khăn hơn. Ngược lại, sự cô lập xã hội có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe tâm lý như trầm cảm và lo âu (Raphael & cộng sự, 2020). Cụ thể, gia đình có thể hỗ trợ về mặt cảm xúc, vật chất và chăm sóc sức khỏe vì một gia đình hạnh phúc và hòa thuận giúp giảm căng thẳng và cải thiện sức khỏe tinh thần. Mạng lưới xã hội rộng lớn hơn cũng đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe. Những người có nhiều mối quan hệ xã hội thường ít bị cô lập và có xu hướng sống lâu hơn. Cuối cùng, việc tham gia vào các hoạt động cộng đồng góp phần nuôi dưỡng cảm giác gắn bó, được đón nhận, đồng thời giúp cải thiện chất lượng cuộc sống (Baciu & cộng sự, 2017).

Lớp thứ tư trong mô hình tập trung vào *các điều kiện vật chất và xã hội* mà con người trải nghiệm hàng ngày như nhà ở, giáo dục, việc làm và dịch vụ y tế. Đây là các yếu tố có tác động trực tiếp đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống. Một môi trường sống an toàn, vệ sinh và ổn định là điều kiện tiên quyết cho sức khỏe tốt (Raphael & cộng sự, 2020). Trình độ học vấn quyết định nhận thức về sức khỏe và khả năng tiếp cận các nguồn lực. Giáo dục cũng giúp gia tăng thu nhập và cải thiện điều kiện sống. Một công việc ổn định cùng mức thu nhập đủ để trang trải cuộc sống giúp đảm bảo tiếp cận thực phẩm dinh dưỡng, chăm sóc y tế và các hàng hóa thiết yếu khác. Baciu & cộng sự (2017) khẳng định rằng việc ưu tiên giải quyết sự bất bình đẳng trong tiếp cận việc làm, thu nhập và giáo dục là chìa khóa để giảm thiểu khoảng cách sức khỏe giữa các nhóm dân số.

Lớp ngoài cùng của mô hình Dahlgren và Whitehead gồm các *yếu tố kinh tế, chính trị, văn hóa và môi trường vĩ mô*. Đây là những yếu tố có tác động rộng lớn và lâu dài đến sức khỏe của cộng đồng. Các chính sách quốc gia về y tế, giáo dục, nhà ở và phúc lợi xã hội giữ vai trò quyết định trong việc kiến tạo môi trường sống lành mạnh

(Australian Institute of Health and Welfare, 2016). Ví dụ, các chương trình hỗ trợ nhà ở giá rẻ hoặc cải thiện hệ thống y tế công cộng sẽ giảm đáng kể sự chênh lệch sức khỏe. Định kiến xã hội, phân biệt đối xử và kỳ thị có thể cản trở khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe của các nhóm yếu thế, chẳng hạn như người khuyết tật hay những người di cư. Quá trình đô thị hóa nhanh, môi trường bị ô nhiễm và biến đổi khí hậu đều ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe cộng đồng. Do đó, các chính sách bảo vệ môi trường và quy hoạch đô thị bền vững là cần thiết để giảm thiểu tác động tiêu cực này.

Một điểm đặc biệt của Mô hình Dahlgren và Whitehead là nó nhấn mạnh sự tương tác giữa các lớp. Các yếu tố thuộc về cá nhân, hành vi - lối sống, mạng lưới hỗ trợ, điều kiện sống/lao động và các yếu tố cấu trúc không hoạt động độc lập mà có mối quan hệ qua lại phức tạp (Dahlgren & Whitehead, 1991). Ví dụ, một người sống trong điều kiện kinh tế, văn hóa và môi trường thấp (lớp ngoài cùng) sẽ bị hạn chế trong việc tiếp cận nhà ở tốt hoặc các dịch vụ y tế (lớp thứ tư), dẫn đến căng thẳng và thúc đẩy các hành vi đối phó tiêu cực như hút thuốc hoặc chế độ ăn uống kém lành mạnh (lớp thứ hai). Những hành vi này, kết hợp với sự suy yếu của mạng lưới hỗ trợ xã hội (lớp thứ ba), sẽ tác động trực tiếp và làm trầm trọng thêm các vấn đề sức khỏe thể chất cũng như tinh thần (lớp trong cùng). Ngược lại, cải thiện các yếu tố ở một lớp có thể tạo ra hiệu ứng tích cực lan tỏa lên các lớp khác. Chẳng hạn, đầu tư vào giáo dục (lớp thứ tư) không chỉ nâng cao nhận thức để hình thành các thói quen sống khỏe mạnh (lớp thứ hai) mà còn mở rộng cơ hội kết nối, tăng cường mạng lưới hỗ trợ xã hội (lớp thứ ba), từ đó góp phần cải thiện sức khỏe tổng thể bền vững (lớp trong cùng). Mô hình Dahlgren và Whitehead là một trong những mô hình toàn diện và được sử dụng rộng rãi nhất để mô tả các yếu tố quyết định sức khỏe. Mô hình này đã trở thành nền tảng lý thuyết quan trọng cho hàng loạt nghiên cứu, chính sách y tế và các sáng kiến can thiệp với mục tiêu nâng cao và duy trì sức khỏe cộng đồng một cách hiệu quả. Các nghiên cứu về sức khỏe dân số thường chỉ khai thác một vài khía cạnh thuộc mô hình Dahlgren và Whitehead.

Luận án này xem xét ảnh hưởng của giáo dục tới sức khỏe NCT, tập trung khai thác những khía cạnh cụ thể liên quan đến tác động trực tiếp và gián tiếp của giáo dục lên sức khỏe. Trong mô hình Dahlgren và Whitehead, giáo dục thuộc lớp thứ tư (điều kiện sống và lao động). Trình độ học vấn không chỉ có ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng sức khỏe mà còn tạo ra ảnh hưởng gián tiếp thông qua cơ chế tương tác giữa các lớp. Cụ thể, giáo dục định hình các điều kiện sống và làm việc (như thu nhập, nghề nghiệp, nhà ở, tiếp cận y tế), nâng cao nhận thức về hành vi và lối sống tích cực, cũng như củng cố các nguồn lực tâm lý - xã hội (như mạng lưới hỗ trợ xã hội). Nói cách

khác, giáo dục đóng vai trò như một đòn bẩy nền tảng, giúp củng cố các nguồn lực cần thiết để tăng cường sức khỏe. Vì giáo dục là yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe NCT, nên sự khác biệt trong tiếp cận giáo dục sẽ dẫn đến những khác biệt trong sức khỏe giữa các nhóm dân số cao tuổi.

1.2. Cơ sở lý thuyết về tác động của giáo dục tới sức khỏe

1.2.1. Lý thuyết vốn sức khỏe của Grossman

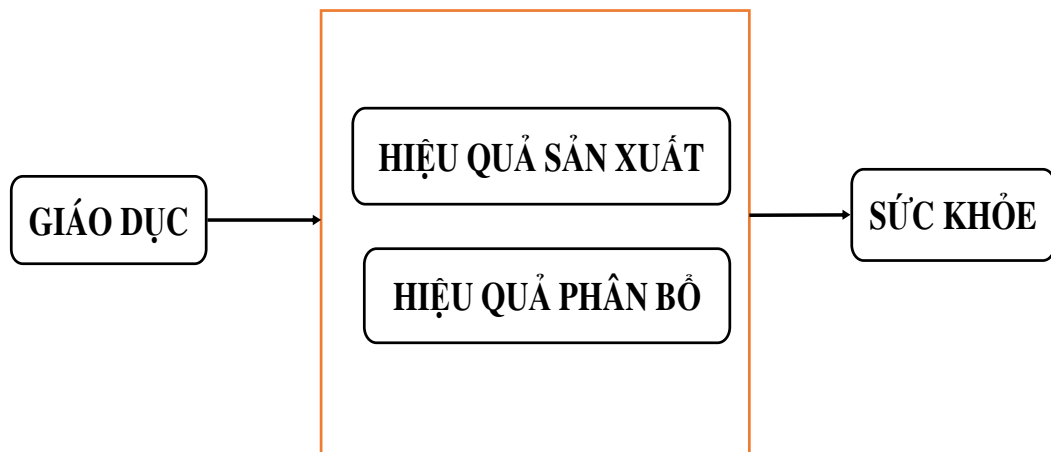
Trong lĩnh vực kinh tế y tế, mối tương quan dương giữa trình độ học vấn và tình trạng sức khỏe là một trong những phát hiện vững chắc nhất qua nhiều thập kỷ nghiên cứu. Giáo dục từ lâu đã được biết đến là một yếu tố bảo vệ sức khỏe của mọi người bởi nó phát triển những thói quen, kỹ năng và nguồn lực được tích lũy theo thời gian cho phép một người có sức khỏe tốt hơn (Williams, 1990; Ross & Wu, 1995; Lynch, 2003; Mirowsky & Ross, 2003; Cutler & Lleras-Muney, 2010; Ross & Mirowsky, 2010; Hu & cộng sự, 2018). Giáo dục có vai trò then chốt trong việc nâng cao sức khỏe cộng đồng, đặc biệt khi xem xét sự chênh lệch về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm dân cư có địa vị KT-XH khác nhau (Baker & cộng sự, 2011). Tuy nhiên, vẫn tồn tại nhiều tranh luận về việc liệu mối tương quan dương giữa giáo dục và sức khỏe có phản ánh quan hệ nhân quả trực tiếp từ giáo dục đến sức khỏe hay không. Mối quan hệ quan sát được này có thể bắt nguồn từ hiện tượng nhân quả ngược, nơi những cá nhân có sức khỏe tốt hơn sẽ có khả năng đi học lâu hơn, hoặc do sự hiện diện của các “biến số thứ ba bị bỏ sót” ảnh hưởng đồng thời đến cả trình độ học vấn và kết quả sức khỏe. Do đó, việc xác định đúng hướng tác động và cơ chế truyền dẫn là một thách thức lớn trong kinh tế học y tế.

Trong số nhiều quan điểm lý thuyết giải thích mối liên hệ giữa giáo dục và chênh lệch sức khỏe cá nhân, Mô hình Vốn sức khỏe (Human Capital Model) của Grossman (1972, 2008) nổi bật như một khuôn khổ kinh tế học vi mô có hệ thống. Trong khung lý thuyết này, sức khỏe được xem như một loại vốn bền vững mà mỗi cá nhân thừa hưởng khi sinh ra, bị khấu hao theo tuổi tác và có thể được tăng cường thông qua đầu tư và duy trì suốt vòng đời. Cụ thể, giáo dục không chỉ đơn thuần là một biến số xã hội học đi kèm với thu nhập cao hơn, mà là một yếu tố nội sinh tác động trực tiếp đến hàm sản xuất sức khỏe. Để giải thích cơ chế mà qua đó trình độ học vấn dẫn đến sự chênh lệch sức khỏe giữa các cá nhân, Grossman và các nghiên cứu kế thừa đã phân tách ảnh hưởng của giáo dục thành hai kênh chính: i) *Hiệu quả sản xuất (Productive Efficiency)*; và ii) *Hiệu quả phân bổ (Allocative Efficiency)*. Hai khái niệm này bổ sung cho nhau, tạo nên một khung lý thuyết toàn diện về vai trò của giáo dục trong việc duy trì và nâng cao vốn sức khỏe. Cụ thể:

- Khái niệm *Hiệu quả sản xuất* trong mô hình Grossman đề cập đến khả năng của giáo dục trong việc nâng cao năng suất của quá trình “sản xuất” ra sức khỏe từ các nguồn lực đầu vào. Theo cách tiếp cận này, sức khỏe được xem như một loại hàng hóa được sản xuất tại hộ gia đình, sử dụng các đầu vào thị trường (như dịch vụ y tế, thuốc men) và thời gian của chính người bệnh. Giáo dục đóng vai trò như một yếu tố công nghệ hoặc tri thức giúp cải thiện hiệu suất của quá trình này. Cụ thể, những người có trình độ giáo dục cao hơn sở hữu vốn tri thức tốt hơn, cho phép họ tiếp nhận và xử lý thông tin y tế hiệu quả hơn như có khả năng đọc hiểu các hướng dẫn điều trị, diễn giải chính xác các triệu chứng bệnh tật và tuân thủ đúng phác đồ điều trị của bác sĩ. Bên cạnh đó, trình độ học vấn cao hơn giúp các cá nhân tối ưu hóa việc sử dụng các đầu vào cho sản xuất sức khỏe như với cùng một lượng dịch vụ y tế hoặc cùng một chế độ dinh dưỡng, người có học vấn cao thường đạt được mức cải thiện sức khỏe lớn hơn so với người có học vấn thấp, cho phép họ đạt được kết quả sức khỏe cao hơn với chi phí đầu vào thấp hơn. Như Grossman (1972; 2008) đã lập luận, nếu giáo dục làm tăng hiệu quả “sản xuất” sức khỏe, thì những người có học vấn cao sẽ có xu hướng đầu tư nhiều hơn vào vốn sức khỏe vì chi phí biên để tạo ra một đơn vị sức khỏe bổ sung của họ thấp hơn. Kết quả là, họ tích lũy được trữ lượng sức khỏe (health stock) lớn hơn và duy trì nó tốt hơn trong suốt vòng đời.
- Trong khi hiệu quả sản xuất tập trung vào khả năng kỹ thuật trong việc biến đổi đầu vào thành sức khỏe, *Hiệu quả phân bổ* lại tập trung vào khả năng ra quyết định lựa chọn các đầu vào phù nhất. Kenkel (2000) và các nhà nghiên cứu khác đã mở rộng mô hình Grossman để nhấn mạnh khía cạnh này. Cơ chế này dựa trên giả định rằng giáo dục cung cấp cho cá nhân kiến thức nền tảng về mối quan hệ nhân quả giữa các hành vi lối sống và kết quả sức khỏe. Những người có trình độ giáo dục cao thường có thông tin tốt hơn về rủi ro và lợi ích bởi họ nhận thức rõ ràng hơn về tác hại của hút thuốc, rượu bia, hoặc lợi ích của việc tập thể dục và chế độ ăn uống lành mạnh. Ngoài ra, những người có trình độ học vấn cao hơn cũng phản ứng nhanh nhạy hơn với thông tin mới. Khi có những tiến bộ y học mới hoặc các khuyến cáo sức khỏe cộng đồng mới, nhóm người này có khả năng cập nhật và điều chỉnh hành vi nhanh hơn so với nhóm ít đi học. Đặc biệt, thay vì chỉ phụ thuộc vào dịch vụ y tế để chữa bệnh, những người có trình độ giáo dục cao hơn có xu hướng phân bổ nguồn lực vào các hoạt động phòng ngừa và lối sống lành mạnh, vốn mang lại hiệu quả dài hạn cao hơn. Do đó, hiệu quả phân bổ không chỉ giúp cải thiện sức khỏe hiện tại mà còn giảm

thiếu các rủi ro sức khỏe trong tương lai thông qua các quyết định tiêu dùng và lối sống thông thái. Sự chênh lệch kết quả sức khỏe giữa các nhóm theo trình độ giáo dục, do vậy, cũng phản ánh sự khác biệt trong khả năng tiếp cận và sử dụng thông tin để ra quyết định tối ưu cho sức khỏe.

Hai cơ chế nêu trên hoạt động đồng thời, tạo ra một vòng lặp tích cực: người có trình độ học vấn cao không chỉ khỏe mạnh hơn nhờ biết cách chăm sóc bản thân tốt hơn (Hiệu quả phân bổ) mà còn khỏe mạnh bền vững hơn nhờ khả năng phục hồi và đáp ứng điều trị hiệu quả hơn (Hiệu quả sản xuất). Điều này dẫn đến sự tích lũy vốn sức khỏe lớn hơn, giảm tỷ lệ khấu hao sức khỏe theo tuổi tác, và cuối cùng là kéo dài tuổi thọ cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống. Ngược lại, sự bất bình đẳng trong tiếp cận giáo dục dẫn đến sự chênh lệch trong cả hiệu quả sản xuất lẫn hiệu quả phân bổ, góp phần duy trì và khoét sâu khoảng cách sức khỏe giữa các nhóm dân cư khác nhau. Do đó, giáo dục không chỉ như một công cụ nâng cao thu nhập, mà như một khoản đầu tư trực tiếp vào năng lực tự quản lý và sản xuất sức khỏe của mỗi cá nhân.



Hình 1.2. Hai cơ chế giải thích mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe

Nguồn: Tác giả tổng hợp từ Grossman (1972; 2008) và Kenkel (2000)

1.2.2. Lý thuyết hàng hóa và lý thuyết hiệu quả học tập

Bên cạnh mô hình của Grossman, có hai trường phái lý thuyết khác cung cấp cơ sở giải thích cho tác động tích cực của giáo dục đối với sức khỏe cá nhân, đó là: i) Lý thuyết hàng hóa (Theory of commodity), và ii) Lý thuyết hiệu quả học tập (Learned effectiveness theory) (Ross và Mirowsky, 2010; Hu & cộng sự, 2018). Hai lý thuyết này đề xuất những góc nhìn riêng biệt trong việc giải thích vai trò của giáo dục đối với các chênh lệch về sức khỏe giữa các nhóm dân cư, song chúng không mâu thuẫn mà có thể bổ sung cho nhau.

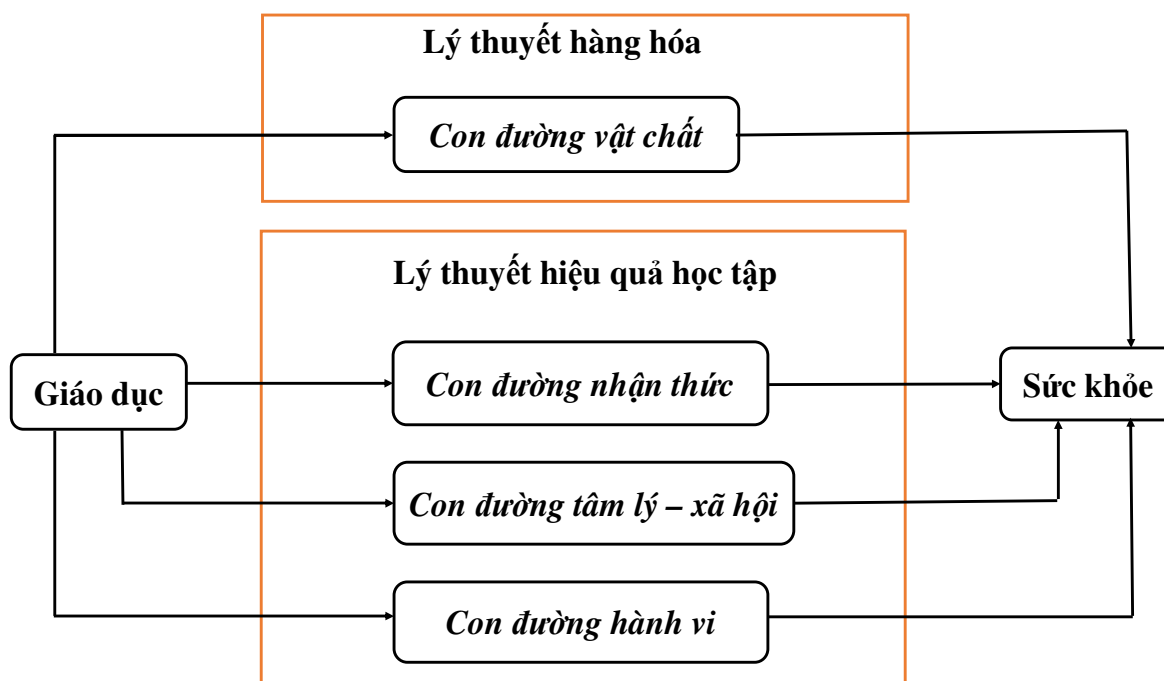
Lý thuyết hàng hóa tập trung vào khía cạnh kinh tế và tiếp cận nguồn lực vật chất. Theo lý thuyết này, giáo dục được coi như một loại hàng hóa đặc biệt giúp cá nhân tích lũy vốn con người – tức là kiến thức, kỹ năng và khả năng – để có thể chuyển đổi thành các nguồn lực vật chất để sau đó những nguồn lực này lại được sử dụng để cải thiện sức khỏe. Giáo dục giúp cá nhân đạt được các nguồn lực vật chất (như thu nhập cao hơn, công việc ổn định, và tiếp cận bảo hiểm y tế...) góp phần quan trọng trong nâng cao và duy trì sức khỏe (Mirowsky & Ross, 2003; Cutler & Lleras-Muney, 2006, Cutler & Lleras-Muney, 2010). Cụ thể, giáo dục giúp các cá nhân có được công việc với mức lương tốt hơn và thu nhập cao lại cho phép cá nhân tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng, mua thực phẩm dinh dưỡng tốt hơn và sống trong môi trường an toàn hơn. Ngoài ra, những người có nhiều năm đi học hơn thường dễ dàng tìm được công việc ổn định, có bảo hiểm y tế để giúp họ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dễ dàng hơn. Như vậy, theo Lý thuyết hàng hóa, sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm dân số xuất phát từ khả năng tiếp cận các nguồn lực vật chất mà giáo dục mang lại (Ross và Mirowsky, 2010). Những người có trình độ học vấn cao thường sở hữu nhiều nguồn lực hơn và vì thế giúp họ duy trì sức khỏe tốt hơn so với những người có trình độ học vấn thấp.

Lý thuyết hiệu quả học tập lại nhấn mạnh rằng giáo dục không chỉ mang lại lợi ích vật chất mà còn tăng cường vốn con người theo hướng bồi dưỡng các kỹ năng và năng lực cá nhân – những yếu tố trực tiếp thúc đẩy lối sống lành mạnh và cải thiện sức khỏe. Theo lý thuyết này, sự khác biệt về sức khỏe giữa các cá nhân được giải thích thông qua kỹ năng giải quyết vấn đề. Giáo dục giúp cá nhân phát triển khả năng phân tích và giải quyết vấn đề, bao gồm cả những thách thức liên quan đến sức khỏe (Gottfredson, 2004). Giáo dục tăng cường cảm giác kiểm soát cá nhân nên giúp anh/chị ta chủ động lựa chọn và thiết kế lối sống lành mạnh (Seeman & Seeman, 1983). Những người có mức độ cảm giác kiểm soát cao thường chủ động tham gia vào các hành vi thúc đẩy sức khỏe, bao gồm tập thể dục đều đặn, duy trì chế độ ăn uống hợp lý và kiểm soát căng thẳng một cách hiệu quả (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2010).

Cả lý thuyết hàng hóa và lý thuyết hiệu quả học tập đều giải thích cách thức giáo dục có thể góp phần tạo ra sự chênh lệch về sức khỏe giữa các nhóm dân cư khác nhau nhưng mỗi lý thuyết nhấn mạnh các khía cạnh khác nhau. Nếu lý thuyết hàng hóa nhấn mạnh vai trò của giáo dục trong việc mang lại nguồn lực vật chất để duy trì sức khỏe tốt thì lý thuyết hiệu quả học tập cho rằng giáo dục đóng vai trò then chốt trong việc hình thành và phát triển các yếu tố như kỹ năng, kiến thức cùng khả năng tự chủ của cá nhân và từ đó nâng cao sức khỏe tổng thể. Hai lý thuyết này không mâu thuẫn mà

bổ sung cho nhau, trình bày một cách đầy đủ và tổng quát cách thức giáo dục tác động tích cực tới sức khỏe (Mirowsky & Ross, 2003). Giáo dục vừa mang lại nguồn lực vật chất (theo Lý thuyết hàng hóa), vừa phát triển vốn con người (theo Lý thuyết hiệu quả học tập) để cải thiện sức khỏe (Zimmerman & Woolf, 2015).

Dựa trên các lập luận từ hai lý thuyết cũng như bằng chứng từ nhiều nghiên cứu đã thực hiện có thể thấy có bốn con đường tiềm năng mà giáo dục tác động tới sức khỏe, đó là: i) Con đường vật chất; ii) Con đường nhận thức; iii) Con đường tâm lý xã hội; và iv) Con đường hành vi (Xu & Xie, 2017; Hu & cộng sự, 2019).



Hình 1.3. Bốn con đường trung gian mà giáo dục tác động tới sức khỏe

Nguồn: Tác giả tổng hợp từ Xu & Xie (2017) và Hu & cộng sự (2019)

Mỗi con đường thể hiện tác động của giáo dục tới sức khỏe trong Hình 1.3 đều có cơ chế tác động riêng biệt nhưng bổ sung cho nhau, giúp làm rõ hơn vai trò của giáo dục trong việc hình thành sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm dân số khác nhau. Cụ thể như sau:

- *Con đường vật chất* nhấn mạnh rằng giáo dục mang lại nguồn lực vật chất (như thu nhập cao hơn, việc làm ổn định hay bảo hiểm y tế...) giúp cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và điều kiện sống – những yếu tố trực tiếp tác động đến sức khỏe (Link & Phelan, 1995; Ross & Mirowsky, 2003; Cutler & Lleras-Muney, 2006). Thu nhập cao hơn cho phép cá nhân đầu tư vào sức khỏe

như tiêu dùng thực phẩm sạch, tham gia các hoạt động thể chất, có nhà ở an toàn hoặc trả tiền cho dịch vụ y tế chất lượng (Ross & Mirowsky, 2003; 2010). Bảo hiểm y tế đảm bảo rằng cá nhân không phải chịu gánh nặng tài chính khi cần điều trị bệnh (Link & Phelan, 1995). Nghèo đói là một yếu tố nguy cơ lớn đối với sức khỏe kém vì nó hạn chế khả năng tiếp cận các nhu cầu cơ bản như nhà ở, thực phẩm sạch và chăm sóc sức khỏe (Ross & Mirowsky, 2003). Giáo dục giúp cá nhân thoát khỏi tình trạng nghèo đói và từ đó cải thiện sức khỏe tổng thể.

- *Con đường nhận thức* cho rằng giáo dục phát triển trí tuệ, kỹ năng giải quyết vấn đề và khả năng xử lý thông tin nên giúp cá nhân ra quyết định về sức khỏe tốt hơn (Gottfredson, 2004; Cutler & Lleras-Muney, 2010; Zimmerman & Woolf, 2015). Chẳng hạn, giáo dục cải thiện năng lực đọc hiểu và phân tích thông tin nên giúp cá nhân hiểu rõ sự cần thiết của việc tiêm chủng, thăm khám sức khỏe định kỳ hoặc tránh xa các thói quen xấu. Năng lực giải quyết vấn đề giúp cá nhân xử lý hiệu quả các tình huống sức khỏe phức tạp, ví dụ như quản lý các bệnh mạn tính. Nghiên cứu của Gottfredson (2004) cho rằng trí tuệ (được phát triển thông qua giáo dục) là yếu tố quan trọng trong việc quản lý rủi ro sức khỏe và đưa ra quyết định sáng suốt (ví dụ như hiểu rõ tác động tiêu cực của hút thuốc hoặc lợi ích của việc tập thể dục). Cutler & Lleras-Muney (2010) cho rằng giáo dục trang bị kỹ năng tìm kiếm và đánh giá thông tin, giúp cá nhân hiểu rõ hơn về cách phòng ngừa bệnh tật và vận dụng những kiến thức này vào cuộc sống. Những người có nhận thức tốt hơn có xu hướng hiểu sâu sắc hơn về các khuyến nghị sức khỏe và áp dụng chúng hiệu quả hơn. Khả năng nhận thức giúp cá nhân tương tác hiệu quả với bác sĩ và thực hiện các nhiệm vụ phức tạp trong đời sống thường nhật như tìm kiếm dịch vụ y tế phù hợp, đọc hiểu hướng dẫn điều trị (Schnittker & McLeod, 2005).
- *Con đường tâm lý xã hội* nhấn mạnh rằng giáo dục góp phần hình thành cảm giác kiểm soát bản thân và thúc đẩy sự hỗ trợ xã hội, qua đó cải thiện sức khỏe cả về thể chất lẫn tinh thần (Seeman & Seeman, 1983; Seeman & cộng sự, 1988; Xu & Xie, 2017). Cảm giác kiểm soát bản thân có mối liên hệ mật thiết với sức khỏe và giáo dục giúp tăng cường cảm giác này (Seeman & Seeman, 1983). Giáo dục giúp cá nhân phát triển tính tự chủ và khả năng làm chủ cuộc sống, từ đó thúc đẩy họ chủ động lựa chọn những thói quen tích cực như thường xuyên tập thể dục và tránh xa thuốc lá (Mirowsky & Ross, 2003). Giáo dục góp phần phát triển mạng lưới xã hội tích cực, giúp giảm căng thẳng và cải thiện sức khỏe tinh thần (Xu & Xie, 2017).

- *Con đường hành vi* nhấn mạnh rằng giáo dục khuyến khích hình thành các thói quen và lối sống lành mạnh như tập thể dục thường xuyên, ăn uống hợp lý và không hút thuốc (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2010; Hu & cộng sự, 2018). Giáo dục giúp một người nhận thức rõ tác động tiêu cực của các hành vi xấu và thay thế chúng bằng các thói quen tích cực. Ross & Wu (1995) phát hiện rằng giáo dục thúc đẩy cá nhân thực hiện một lối sống lành mạnh bằng cách kết hợp các hành vi có lợi cho sức khỏe thành một hệ thống nhất quán. Bằng chứng từ các nghiên cứu thực nghiệm cũng cho thấy những người có trình độ giáo dục cao thường xuyên thực hiện đồng bộ các hành vi lành mạnh như duy trì cân nặng hợp lý, tập thể dục thường xuyên và tránh các hành vi nguy cơ như hút thuốc hay lạm dụng rượu bia (Ross & Wu, 1995; Mirowsky & Ross, 2003, Hu & cộng sự, 2018).

Trong khuôn khổ của luận án này, tác giả đặc biệt chú trọng phân tích con đường nhận thức như một cơ chế then chốt giải thích mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT. Lập luận cốt lõi ở đây là giáo dục không chỉ trang bị kiến thức nền tảng mà còn phát triển tư duy phản biện, khả năng giải quyết vấn đề và kỹ năng tìm kiếm, xử lý thông tin hiệu quả; những năng lực này giúp cá nhân đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt và kịp thời hơn. Với đối tượng nghiên cứu là NCT tại Việt Nam, luận án đi sâu khám phá vai trò trung gian của các hoạt động kích thích trí tuệ hàng ngày (bao gồm đọc sách báo, nghe đài, hay truy cập internet để cập nhật thông tin y tế và xã hội) trong việc truyền dẫn tác động tích cực từ giáo dục đến tình trạng sức khỏe. Các hoạt động này được xem là những biểu hiện cụ thể của con đường nhận thức, vì chúng đòi hỏi và đồng thời duy trì khả năng tiếp thu, xử lý thông tin phức tạp, cũng như áp dụng kiến thức vào thực tiễn để cải thiện sức khỏe. Do đó, việc thường xuyên tham gia vào các hoạt động như đọc sách, báo hay sử dụng internet không chỉ là thói quen sinh hoạt mà còn minh chứng cho cách cá nhân vận dụng vốn trí tuệ sẵn có để chủ động quản lý sức khỏe, qua đó làm chậm quá trình suy giảm chức năng (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Xu & Xie, 2017; Le & Giang, 2025).

1.3. Khái quát về người cao tuổi

1.3.1. Khái niệm người cao tuổi

NCT là thuật ngữ dùng để chỉ những cá nhân đã đạt đến một ngưỡng tuổi nhất định, giai đoạn thường đi kèm với những biến đổi sinh lý tự nhiên, sự suy giảm dần về thể chất và khả năng lao động. Đây là một nhóm dân số đặc thù, luôn nhận được sự quan tâm sâu sắc từ các hệ thống an sinh xã hội thông qua những quyền lợi và chính

sách hỗ trợ riêng biệt. Tuy nhiên, việc xác định chính xác độ tuổi bắt đầu của giai đoạn này không hề có một chuẩn mực chung áp dụng cho mọi quốc gia. Sự khác biệt trong quy định pháp lý về tuổi nghỉ hưu, điều kiện hưởng trợ cấp, cũng như những quan điểm văn hóa đa dạng về vai trò và vị thế của người già trong từng xã hội, đã dẫn đến những cách hiểu và phân loại không đồng nhất trên phạm vi toàn cầu.

Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015; 2017), NCT được định nghĩa là những cá nhân từ 60 tuổi trở lên, đây là mốc ngưỡng phổ biến được tổ chức này sử dụng để xác định nhóm dân số cao tuổi trong các báo cáo giám sát và nghiên cứu về sức khỏe cộng đồng trên phạm vi toàn cầu. Tuy nhiên, WHO cũng nhấn mạnh rằng định nghĩa này không cứng nhắc mà có thể linh hoạt thay đổi tùy thuộc vào bối cảnh văn hóa, xã hội và điều kiện kinh tế đặc thù của từng quốc gia. Thực tế cho thấy sự khác biệt rõ rệt trong cách xác định nhóm đối tượng này giữa các khu vực: tại các nước phát triển với hệ thống an sinh xã hội hoàn thiện và tuổi thọ trung bình cao như Nhật Bản hay Hàn Quốc, ngưỡng xác định NCT thường được nâng lên từ 65 tuổi trở lên; trong khi đó, ở các quốc gia đang phát triển như Thái Lan hoặc Trung Quốc, mức ngưỡng từ 60 tuổi trở lên vẫn được áp dụng phổ biến hơn để phù hợp với cấu trúc dân số và điều kiện thực tế tại địa phương.

Tại Việt Nam, khung pháp lý hiện hành xác định rõ ràng đối tượng NCT tại Điều 2 của Luật Người cao tuổi năm 2009, theo đó: “Người cao tuổi được quy định trong Luật này là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên” (Quốc hội Việt Nam, 2009). Định nghĩa này tương thích với các khuyến nghị của WHO dành cho nhóm các quốc gia đang phát triển có mức thu nhập trung bình thấp. Tuy nhiên, phạm vi phân tích của luận án này mở rộng xuống ngưỡng tuổi 50, nhằm bao quát cả giai đoạn tiền cao tuổi (từ 50 đến 59 tuổi) – một thời kỳ chuyển tiếp sinh học và xã hội đặc biệt quan trọng. Trong giai đoạn này, các biến đổi sinh lý và dấu hiệu suy giảm sức khỏe bắt đầu xuất hiện rõ rệt, đánh dấu sự khởi đầu của quá trình lão hóa. Theo quan điểm của WHO, quá trình lão hóa không chỉ diễn ra ở tuổi già mà có thể khởi phát từ giai đoạn trung niên, đặc biệt phổ biến tại các nước đang phát triển nơi tuổi thọ trung bình còn hạn chế (WHO, 2015).

Cụ thể, từ độ tuổi 50 trở đi, nguy cơ mắc các bệnh mạn tính và không lây nhiễm tăng lên đáng kể, bao gồm các vấn đề như suy giảm nhận thức, tiểu đường, bệnh tim mạch và tăng huyết áp (Prince & cộng sự, 2015). Đồng thời, đây cũng là giai đoạn mà những lợi thế hoặc bất lợi về KT-XH được tích lũy suốt vòng đời, đặc biệt là trình độ giáo dục, bắt đầu bộc lộ tác động phân hóa mạnh mẽ lên tình trạng sức khỏe tổng quát

(Cutler & Lleras-Muney, 2010). Do đó, việc lựa chọn nhóm dân số từ 50 tuổi trở lên làm đối tượng nghiên cứu không chỉ giúp nắm bắt sớm các nguy cơ sức khỏe mà còn phù hợp để đánh giá tác động dài hạn và cơ chế truyền dẫn của giáo dục đối với sức khỏe trong bối cảnh lão hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng.

Do đó, trong luận án này, *người cao tuổi được định nghĩa là những người từ 50 tuổi trở lên*.

1.3.2. Đặc điểm người cao tuổi

Lão hóa không đơn thuần là một tiến trình sinh học tuyến tính, mà là kết quả của sự tương tác đa chiều và phức tạp giữa các yếu tố sinh lý, tâm lý và bối cảnh xã hội. Các nghiên cứu nền tảng trong lĩnh vực kinh tế y tế, lão khoa và y tế công cộng đều nhấn mạnh rằng NCT không phải là một nhóm đồng nhất, mà là một tập hợp dân số vô cùng đa dạng. Sự khác biệt này thể hiện rõ rệt qua các đặc điểm riêng biệt về tình trạng sức khỏe, khả năng duy trì cuộc sống độc lập, cũng như vị thế KT-XH, đòi hỏi những cách tiếp cận phân tích và chính sách tinh tế để phản ánh đúng thực tế không đồng nhất của nhóm đối tượng này. Cụ thể:

Về sức khỏe, đặc điểm nổi bật là sự phân hóa rõ rệt giữa lão hóa thông thường và lão hóa thành công. Theo Rowe & Kahn (1987), lão hóa thành công không chỉ là sự vắng mặt của bệnh tật mà còn bao gồm việc duy trì năng lực nhận thức và khả năng vận động ở mức cao, cùng với sự tham gia tích cực vào cuộc sống; trong khi đó, lão hóa thông thường thường đi kèm với suy giảm chức năng và xuất hiện các bệnh mãn tính. Bổ sung cho góc nhìn này, giả thuyết nén chặt bệnh tật (compression of morbidity) của Fries (1983) chỉ ra rằng khoảng thời gian sống chung với bệnh tật và suy giảm chức năng có thể được rút ngắn nếu thời điểm khởi phát các triệu chứng lâm sàng được đẩy lùi về giai đoạn cuối đời. Khẳng định này làm nổi bật tính co giãn của quá trình lão hóa (plasticity of aging), qua đó nhấn mạnh rằng các can thiệp về lối sống và hành vi đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì hoặc cải thiện chức năng cơ thể. Điều này cho thấy sức khỏe và năng lực thể chất của NCT không hoàn toàn bị chi phối bởi tuổi tác sinh học, mà có thể được tối ưu hóa thông qua những thay đổi tích cực trong thói quen hàng ngày (Fries, 1983; Rowe & Kahn, 1987).

Mặc dù tuổi thọ trung bình của người dân đã có sự gia tăng đáng kể, gánh nặng bệnh tật vẫn là một thách thức lớn khi tỷ lệ mắc các bệnh mãn tính và tình trạng hạn chế chức năng duy trì ở mức cao, đặc biệt nghiêm trọng trong nhóm dân số cao tuổi nhất. Sự suy giảm về khả năng vận động và năng lực nhận thức không chỉ làm giảm chất lượng cuộc sống mà còn tác động trực tiếp, làm xói mòn khả năng tự chủ và sống

độc lập của NCT. Tuy nhiên, quá trình lão hóa và mức độ suy giảm sức khỏe này không diễn ra đồng đều giữa các cá nhân, mà chịu ảnh hưởng sâu sắc bởi các yếu tố môi trường và bối cảnh xã hội cụ thể. Các nghiên cứu dịch tễ học đã khẳng định rằng sức khỏe ở giai đoạn cuối đời không đơn thuần là kết quả tất yếu của quá trình sinh học, mà thực chất là hệ quả tích lũy của các điều kiện xã hội, kinh tế và hành vi suốt vòng đời (House & cộng sự, 1990; 1994; O’Rand, 1996). Chính vì vậy, việc nhìn nhận sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm dân cư như một đặc điểm cấu trúc quan trọng là yếu tố then chốt, giúp đánh giá toàn diện và chính xác hơn tình trạng sức khỏe tổng thể của dân số cao tuổi, thay vì chỉ xem xét các chỉ số trung bình chung.

Về tâm lý – xã hội, đặc điểm tâm lý - xã hội của NCT được định hình bởi sự tương tác phức tạp giữa quá trình thích ứng với các vai trò xã hội mới và việc duy trì nguồn lực nội tại, trong đó cảm giác kiểm soát (sense of control) và kết nối xã hội đóng vai trò trung tâm (Rowe & Kahn, 1987; Ross & Wu, 1995). Ở giai đoạn này, cảm giác kiểm soát không chỉ đơn thuần là niềm tin trù tượng vào năng lực bản thân, mà còn phản ánh mức độ tự chủ thực tế trong việc ra quyết định đối với các hoạt động thường nhật. Khi quyền tự chủ này bị suy giảm, NCT dễ rơi vào trạng thái tâm lý buông xuôi (learned helplessness), dẫn đến hệ quả là họ dần thu hẹp sự tham gia vào các vai trò và hoạt động xã hội vốn có (Rowe & Kahn, 1987). Song song đó, kết nối xã hội của NCT có xu hướng chuyển dịch từ tính chất mở rộng sang chiều sâu, nơi chất lượng của các mối quan hệ thân cận và sự hỗ trợ tinh thần trở nên quan trọng hơn số lượng tương tác (Rowe & Kahn, 1987). Tuy nhiên, đặc trưng này cũng đi kèm với nguy cơ thu hẹp mạng lưới xã hội do các biến cố cuộc đời như nghỉ hưu hoặc mất mát người thân, đòi hỏi khả năng thích ứng linh hoạt để tái cấu trúc các mối liên kết (Rowe & Kahn, 1987). Đáng chú ý, tác động của các mối quan hệ xã hội đối với sức khỏe NCT không chỉ nằm ở sự hiện diện của hỗ trợ, mà phụ thuộc sâu sắc vào tính chất của sự tương tác đó. Cụ thể, những hình thức hỗ trợ mang tính trao quyền, tôn trọng quyền tự chủ và khuyến khích sự tham gia tích cực sẽ thúc đẩy quá trình thích nghi lành mạnh, giúp NCT duy trì cảm giác kiểm soát cuộc sống. Ngược lại, sự bao bọc quá mức hoặc cung cấp hỗ trợ một cách thụ động, thay thế hoàn toàn nỗ lực cá nhân, có thể vô tình làm xói mòn năng lực độc lập và giảm sút cảm giác làm chủ bản thân, từ đó dẫn đến nguy cơ phụ thuộc sớm (Rowe & Kahn, 1987).

Việc duy trì cảm giác làm chủ đối với cuộc sống, khi được kết hợp hài hòa với sự tham gia vào các mạng lưới kết nối xã hội chất lượng cao, không chỉ đơn thuần là hai yếu tố độc lập mà còn tương tác để tạo nên một bức tranh tâm lý - xã hội phong phú và đa chiều. Cơ chế này phản ánh sâu sắc khả năng điều chỉnh nội tại linh hoạt của mỗi cá nhân, giúp họ thích ứng hiệu quả trước những biến đổi tất yếu và thách thức đi kèm với quá trình lão hóa trong vòng đời (House & cộng sự, 1994; Ross & Wu, 1995).

Về sắp xếp cuộc sống, đa số NCT bày tỏ nhu cầu mạnh mẽ về việc già hóa tại chỗ, tức là mong muốn được tiếp tục sinh sống trong ngôi nhà và cộng đồng quen thuộc của mình một cách an toàn, độc lập và duy trì các mối liên hệ xã hội hiện có. Wahl & cộng sự (2009) nhấn mạnh rằng môi trường vật lý (bao gồm nhà ở và hàng xóm), đóng vai trò then chốt trong việc hỗ trợ hoặc cản trở khả năng tự chủ của NCT. Khi cơ thể lão hóa dẫn đến suy giảm khả năng vận động và thể chất, nếu môi trường sống không được điều chỉnh phù hợp (ví dụ như thiếu các tiện ích tiếp cận hoặc thiết kế không thân thiện) thì NCT sẽ đối mặt với nguy cơ cao bị suy giảm chức năng và gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Hệ quả tất yếu của sự mất cân đối giữa năng lực cá nhân và yêu cầu từ môi trường sống là sự hạn chế tham gia xã hội, dẫn đến tình trạng cô lập và làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của nhóm đối tượng này (Wahl & cộng sự, 2009).

Thực tế, phần lớn NCT vẫn sinh sống tại cộng đồng và phụ thuộc chủ yếu vào mạng lưới hỗ trợ không chính thức từ gia đình (gồm vợ/chồng, con cái và họ hàng) để bù đắp cho các suy giảm chức năng trong cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên, quá trình biến đổi cấu trúc gia đình theo hướng quy mô nhỏ hơn đang làm suy yếu dần khả năng cung ứng nguồn lực chăm sóc truyền thống này. Hệ quả là áp lực lên vai của người chăm sóc trong gia đình (đặc biệt là nữ giới) ngày càng gia tăng, tạo ra những thách thức đáng kể đối với tính bền vững của mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng trước nhu cầu hỗ trợ ngày càng phức tạp của NCT. Khái niệm sắp xếp chăm sóc dài hạn (long-term care arrangements) trong bối cảnh này không chỉ đề cập đến dịch vụ y tế mà còn bao gồm sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng. Sự tham gia xã hội và các hoạt động hàng ngày đóng vai trò quan trọng, giúp NCT duy trì kết nối với cộng đồng, giảm bớt cảm giác cô lập và nâng cao chất lượng cuộc sống (Rowe & Kahn, 1987). Việc duy trì các vai trò xã hội, dù là thông qua công việc trả lương, tình nguyện hay các hoạt động gia đình, góp phần củng cố bản sắc và ý nghĩa cuộc sống ở giai đoạn này.

Về kinh tế - xã hội, điều kiện KT-XH của NCT là kết quả của quá trình tích lũy lợi thế hoặc bất lợi suốt vòng đời, một khái niệm được biết đến như là lợi thế/bất lợi tích lũy (cumulative advantage/disadvantage) (O’Rand, 1996; Dannefer, 2003). Theo quan điểm lý thuyết này, vị thế kinh tế của NCT không chỉ được định hình bởi trình độ học vấn mà còn chịu tác động mạnh mẽ từ thu nhập hiện tại, khối lượng tài sản tích lũy và lịch sử tham gia thị trường lao động. Những cá nhân có mức thu nhập thấp hoặc trải qua quá trình làm việc gián đoạn thường phải đối mặt với nguy cơ nghèo đói cao hơn, đồng thời phụ thuộc nhiều hơn vào các nguồn hỗ trợ xã hội vốn còn hạn chế, dẫn đến sự chênh lệch rõ rệt trong khả năng tiếp cận an sinh tuổi già (O’Rand, 1996). Ngược

lại, nguồn lực tài chính dồi dào đóng vai trò như một đệm đỡ quan trọng, giúp giảm bớt căng thẳng tài chính và qua đó hạn chế những ảnh hưởng tiêu cực đến cả sức khỏe thể chất lẫn tinh thần (House & cộng sự, 1994; Ross & Wu, 1995). Bên cạnh đó, trong bối cảnh dân số già hóa nhanh chóng, quyết định duy trì các hoạt động kinh tế hoặc tiếp tục tham gia thị trường lao động ở tuổi già chịu ảnh hưởng lớn bởi tình trạng sức khỏe và nhu cầu tài chính thực tế. Giáo dục và sức khỏe tốt trở thành hai yếu tố tiên quyết giúp kéo dài thời gian tham gia lực lượng lao động, qua đó góp phần tăng cường sức khỏe tổng thể của dân số cao tuổi và giảm bớt gánh nặng cho hệ thống an sinh xã hội (Rowe & Kahn, 1987; O’Rand, 1996).

Cơ cấu dân số cao tuổi hiện nay phản ánh một sự chênh lệch giới tính sâu sắc, trong đó nhóm phụ nữ chiếm tỷ lệ áp đảo nhờ lợi thế về tuổi thọ trung bình cao hơn so với nam giới. Tuy nhiên, lợi thế sinh học này không tự động chuyển hóa thành sự an toàn về kinh tế hay phúc lợi xã hội; ngược lại, phụ nữ cao tuổi thường phải đối mặt với những bất lợi tích lũy nghiêm trọng hơn suốt vòng đời. Nguyên nhân cốt lõi của tình trạng này bắt nguồn từ lịch sử tham gia thị trường lao động bị gián đoạn hoặc hạn chế do gánh nặng kép giữa công việc kiếm sống và trách nhiệm chăm sóc gia đình không được trả lương. Cùng với đó, mức thu nhập thấp hơn trong suốt quá trình làm việc đã hạn chế khả năng đóng góp vào các quỹ an sinh xã hội. Hệ quả là, sự chênh lệch đáng kể giữa hai giới trong việc tích lũy tài sản cá nhân và khả năng tiếp cận các chế độ lương hưu đầy đủ trở nên rõ rệt, đặt phụ nữ cao tuổi vào vị thế dễ bị tổn thương hơn về mặt tài chính khi bước vào giai đoạn cuối đời (O’Rand, 1996).

Bên cạnh yếu tố giới tính, sự phân hóa về sức khỏe và điều kiện KT-XH của NCT còn thể hiện rõ nét qua khía cạnh địa lý và thành phần dân tộc. Những NCT sinh sống tại các vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa hoặc thuộc các nhóm dân tộc thiểu số thường phải đối mặt với tác động kép của những bất lợi tích lũy, dẫn đến khoảng cách đáng kể về kết quả sức khỏe so với nhóm đa số hoặc cư dân đô thị. Các bằng chứng thực nghiệm đã chỉ ra rằng những chênh lệch này không đơn thuần là hệ quả từ các đặc điểm cá nhân, mà chủ yếu được duy trì bởi các rào cản cấu trúc xã hội bền vững, bao gồm sự phân biệt đối xử có hệ thống và tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận giáo dục từ giai đoạn đầu đời (House & cộng sự, 1990; Williams, 1999). Chính sự thiếu hụt cơ hội giáo dục ban đầu đã hạn chế khả năng tiếp cận các nguồn lực chăm sóc sức khỏe và thông tin y tế trong suốt vòng đời, làm trầm trọng thêm tình trạng dễ bị tổn thương khi bước vào tuổi già. Do đó, việc đánh giá toàn diện tình trạng sức khỏe NCT cần được đặt trong bối cảnh rộng hơn của các bất lợi xã hội tích lũy theo thời gian, qua đó làm nổi bật nhu cầu cấp thiết về các can thiệp chính sách nhắm vào các nhóm yếu thế này.

CHƯƠNG 2. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC TỚI SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI VÀ VAI TRÒ TRUNG GIAN CỦA CÁC HOẠT ĐỘNG TÍCH CỰC HÀNG NGÀY

2.1. Tổng quan các nghiên cứu về tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối quan hệ giữa các yếu tố KT-XH với sức khỏe dân số nói chung cũng như với sức khỏe NCT nói riêng. Phần lớn các nghiên cứu được thực hiện ở các nước công nghiệp phát triển tại châu Âu và Bắc Mỹ với các mẫu đại diện toàn quốc đã khẳng định có mối liên hệ giữa sức khỏe NCT với các yếu tố KT-XH, trong đó có yếu tố giáo dục. Nhìn chung, các nghiên cứu đều chỉ ra rằng những NCT có trình độ học vấn cao hơn sẽ giảm xác suất gặp các vấn đề về sức khỏe, bất kể khía cạnh nào được xem xét – từ sức khỏe tự đánh giá (Prus & Gee, 2003; Dalstra & cộng sự, 2006; Zhang & cộng sự, 2021; Vu & Giang, 2024), khó khăn khi thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế, suy giảm chức năng như nghe, nhìn, đi lại, vận động, giao tiếp và nhận thức (Huisman & cộng sự, 2003; Graciani & cộng sự, 2004; Sulander & cộng sự, 2006; Le & cộng sự, 2020b; Hessel & cộng sự, 2020) hay sức khỏe tâm thần (Rueda & cộng sự, 2008; Kumar & cộng sự, 2023). Ngoài ra, những nghiên cứu về chủ đề này trong các bối cảnh khác nhau như tại các khu vực nông thôn, vùng sâu – vùng xa (Nummela & cộng sự, 2007) hay tại một thành phố lớn (Berkman & Gurland, 1998) hoặc tại một địa phương cụ thể như Rueda & Artazcoz (2009) tại Catalonia (Tây Ban Nha) đều cho các kết quả tương đồng khi trình độ học vấn cao hơn có ảnh hưởng tích cực tới sức khỏe NCT.

Tuy nhiên, đã có những tranh luận liên quan đến khả năng khái quát hóa những kết quả nghiên cứu ở các nước phát triển cho các nước đang phát triển với lịch sử dịch tễ học khác biệt (Smith & Goldman, 2007; Zimmer & Prachuabmoh, 2012). Những nghiên cứu được tiến hành ở những nước đang phát triển và có thu nhập trung bình tại châu Phi và châu Á cho kết quả không nhất quán về tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT. Cụ thể, một số nghiên cứu cho thấy trình độ giáo dục có ảnh hưởng tích cực đến tình trạng sức khỏe NCT. Nghiên cứu của Zimmer & Amornsirisomboon (2001) cho trường hợp của Thái Lan, Zimmer & Kwong (2004) tại Trung Quốc, Gomez-Olive & cộng sự (2010) hay Phaswana-Mafuya & cộng sự (2013) tại Nam Phi hoặc Khan & Flynn (2015) và Zimmer & cộng sự (2000) cho một số quốc gia Đông Nam Á chỉ ra trình độ học vấn cao hơn làm giảm xác suất NCT tự đánh giá sức khỏe kém và/hoặc gặp phải các vấn đề suy giảm chức năng, khó khăn khi thực hiện các hoạt động ADL.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác không tìm thấy bằng chứng là trình độ học vấn có ảnh hưởng đến sức khỏe NCT như nghiên cứu của Debpuur & cộng sự (2010) cho vùng nông thôn của Ghana hay Brinda & cộng sự (2016) cho Ấn Độ. Bằng chứng về vai trò của giáo dục với sức khỏe NCT không rõ ràng do tùy thuộc vào độ tuổi hoặc nơi sinh sống là thành thị hay nông thôn (Smith & Goldman, 2007; Lowry & Xie, 2009; Zimmer & Prachuabmoh, 2012). Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu ở các nước cho thấy cần có thêm các nghiên cứu về chủ đề này, đặc biệt trong bối cảnh những quốc gia có thu nhập trung bình như Việt Nam, để có thêm những hiểu biết về tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT.

Một hạn chế nổi bật trong phương pháp luận của nhiều nghiên cứu trước đây về mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT là xu hướng sử dụng mẫu gộp chung, xem xét tác động trung bình của giáo dục lên toàn bộ quần thể NCT mà chưa chú trọng đúng mức đến sự không đồng nhất vốn có của nhóm dân số này. Cách tiếp cận này vô tình bỏ qua sự tương tác phức tạp giữa trình độ học vấn và các đặc điểm nhân khẩu học cố định như giới tính hay khu vực cư trú, dẫn đến những kết quả nghiên cứu thiếu nhất quán và đôi khi mâu thuẫn nhau. Sự đa dạng trong các phát hiện thực nghiệm gợi ý mạnh mẽ rằng ảnh hưởng của giáo dục đối với sức khỏe không diễn ra một cách độc lập, mà chịu sự chi phối sâu sắc bởi bối cảnh nguồn lực và vị thế xã hội của từng nhóm đối tượng. Để giải mã sự phức tạp này, hai khung lý thuyết đối lập nhưng bổ sung cho nhau là Giả thuyết thay thế nguồn lực (Resource substitution hypothesis) và Giả thuyết nhân rộng nguồn lực (Resource multiplication hypothesis) cung cấp những lăng kính phân tích quan trọng (Ross & Mirowsky, 2006).

Giả thuyết thay thế nguồn lực cho rằng khi tồn tại nhiều nguồn lực có thể thay thế cho nhau, thì một nguồn lực cụ thể có thể lấp đầy khoảng trống nếu thiếu hụt các nguồn lực khác. Hệ quả là ảnh hưởng của việc sở hữu một nguồn lực (trong trường hợp này là giáo dục) sẽ lớn hơn ở những người có ít nguồn lực thay thế hơn (Ross & Mirowsky, 2006). So với nam giới, phụ nữ thường có ít nguồn lực KT-XH hơn, họ phải đối mặt với sự phụ thuộc kinh tế cao hơn, ít cơ hội tiếp cận việc làm ổn định hoặc toàn thời gian, cũng như hạn chế về quyền hạn và mức lương (Ross & Mirowsky, 2002; Read & Gorman, 2010). Ngoài ra, gánh nặng công việc nội trợ và chăm sóc gia đình cũng hạn chế sự tham gia của phụ nữ vào các hoạt động giải trí tích cực và kết nối xã hội (Adjei & cộng sự, 2017). Do đó, phụ nữ có ít nguồn lực dự phòng hơn nam giới và sẽ phụ thuộc nhiều hơn vào giáo dục để duy trì sức khỏe tốt. Tương tự, xét theo khu vực sinh sống, NCT nông thôn thường có ít nguồn lực KT-XH hơn so với NCT thành thị. Nhiều

nghiên cứu đã chỉ ra rằng NCT sống ở nông thôn thường gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe do các rào cản về địa lý, khoảng cách xa đến cơ sở y tế và thiếu hụt giao thông công cộng (Nummela & cộng sự, 2007; Le & cộng sự, 2011; Stewart Williams & cộng sự, 2017; Le & cộng sự, 2020a; Pham & cộng sự, 2018; Bang & cộng sự, 2017). Vì vậy, NCT nông thôn là nhóm dễ bị tổn thương và có ít nguồn lực hơn. Theo giả thuyết thay thế nguồn lực, do thiếu hụt các nguồn lực KT-XH khác, nhóm NCT tại nông thôn sẽ phụ thuộc nhiều hơn vào giáo dục để bảo vệ sức khỏe.

Ngược lại, *Giả thuyết nhân rộng nguồn lực* lập luận rằng ảnh hưởng có lợi của giáo dục đối với sức khỏe lớn hơn ở những người có sẵn nhiều nguồn lực. Giả thuyết này cho rằng các nhóm có nhiều lợi thế nhất sẽ thu được lợi ích nhiều nhất từ các nguồn lực họ sở hữu, qua đó các nguồn lực được nhân lên để duy trì và tăng cường vị thế của họ. Các nhóm thiệt thòi như phụ nữ, người sống ở vùng sâu vùng xa, hoặc người có địa vị thấp thường nhận được ít lợi ích hơn từ giáo dục do vai trò của nó trong việc củng cố hiện trạng chênh lệch nguồn lực. Giáo dục trong trường hợp này có thể thúc đẩy một cách có chọn lọc những cá nhân có địa vị thuận lợi, trong khi chưa đủ lực để xóa bỏ các rào cản cấu trúc đối với nhóm yếu thế (Ross & Mirowsky, 2006). Tóm lại, theo giả thuyết này, tác động có lợi của giáo dục tới sức khỏe của nam giới sẽ lớn hơn so với phụ nữ, và NCT sống ở thành thị sẽ thu được nhiều lợi ích từ giáo dục hơn so với NCT sinh sống ở nông thôn.

Việc phân tích sâu sự khác biệt này là cần thiết vì các yếu tố nhân khẩu học (như tuổi và giới tính) là những đặc điểm cố định, trong khi các yếu tố KT-XH (như trình độ giáo dục) là những yếu tố có thể thay đổi (Kakwani & cộng sự, 1997). Sự khác biệt sức khỏe ở NCT xuất phát từ các yếu tố có thể thay đổi như giáo dục có thể được loại bỏ hoặc làm giảm bớt thông qua việc triển khai các chính sách phù hợp (Gu & cộng sự, 2019). Khoảng cách sức khỏe giữa các nhóm có thể được thu hẹp nếu chúng ta xác định được mức độ chênh lệch và đóng góp cụ thể của giáo dục vào sự khác biệt đó khi phân nhóm NCT theo giới tính hoặc nơi cư trú. Như vậy, việc lượng hóa mức độ đóng góp của giáo dục vào tổng thể sự khác biệt sức khỏe ở NCT theo các lát cắt nhân khẩu học sẽ cung cấp thông tin hữu ích cho các nhà hoạch định và thực thi chính sách, đặc biệt trong bối cảnh xu hướng già hóa dân số đi kèm với thay đổi về đặc điểm nhân khẩu học và trình độ giáo dục của NCT tại Việt Nam.

Một phương pháp phân tích định lượng vững chắc và phổ biến để đánh giá sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm NCT được phân chia theo các đặc điểm nhân khẩu học, cũng như xem xét mức độ đóng góp cụ thể của các yếu tố KT-XH (trong đó

trọng tâm là giáo dục) vào sự khác biệt đó, là kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder (Oaxaca, 1973; Blinder, 1973). Về bản chất, phương pháp này cho phép phân tách khoảng chênh lệch trung bình về một biến số kết quả (ở đây là các chỉ báo sức khỏe) giữa hai nhóm dân số thành hai thành phần cấu thành: (1) thành phần giải thích được (explained component), phản ánh sự khác biệt do chênh lệch về đặc điểm quan sát được của các nhóm (ví dụ: sự khác biệt về trình độ học vấn, thu nhập, hoặc tình trạng công việc); và (2) thành phần không giải thích được (unexplained component), phản ánh sự khác biệt do hiệu suất hồi quy hoặc các yếu tố không quan sát được.

Phương pháp phân rã Oaxaca-Blinder đã được ứng dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực khoa học xã hội và kinh tế học, đặc biệt nổi bật trong các nghiên cứu phân tích sự chênh lệch về tiền lương, thu nhập, và năng suất lao động giữa các nhóm giới tính (nam/nữ), chủng tộc (người da đen/da trắng), hoặc khu vực cư trú (nông thôn/thành thị). Trong những thập kỷ gần đây, phương pháp này cũng ngày càng được chấp nhận và sử dụng trong lĩnh vực kinh tế y tế và dịch tễ học xã hội, nhằm lượng hóa các yếu tố đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm dân số dễ bị tổn thương. Cụ thể, một số nghiên cứu tiêu biểu đã ứng dụng kỹ thuật này để phân tích mức độ đóng góp của các yếu tố KT-XH, bao gồm giáo dục, vào sự khác biệt về tình trạng sức khỏe của NCT theo giới tính và nơi sinh sống (Hosseinpoor & cộng sự, 2012; Le & cộng sự, 2020b), hoặc so sánh sự chênh lệch sức khỏe giữa các quốc gia có mức độ phát triển khác nhau (Williams & cộng sự, 2017). Những nghiên cứu này đã cung cấp bằng chứng quan trọng về vai trò của các yếu tố cấu trúc trong việc tạo ra hoặc duy trì khoảng cách sức khỏe.

Tuy nhiên, khi xem xét kỹ lưỡng các tài liệu hiện có, có thể nhận thấy một hạn chế đáng kể về phạm vi đo lường sức khỏe. Phần lớn các nghiên cứu trước đây áp dụng phương pháp Oaxaca-Blinder trong bối cảnh NCT chủ yếu tập trung vào các chỉ báo về tình trạng khuyết tật hoặc suy giảm chức năng thể chất nghiêm trọng, thường được đo lường thông qua hạn chế trong các hoạt động sống cơ bản (ADL) hoặc các suy giảm chức năng giác quan và vận động (như đi lại, nghe, nhìn, giao tiếp). Cách tiếp cận này, dù quan trọng, chưa phản ánh đầy đủ bức tranh đa chiều về sức khỏe NCT, đặc biệt là bỏ qua khía cạnh nhận thức chủ quan về sức khỏe (SRH) và khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập mà chưa cần chăm sóc dài hạn (IADL) – những khía cạnh quan trọng phản ánh chất lượng sống.

Ở mức độ hiểu biết tốt nhất của nghiên cứu sinh thì tới nay chưa có nghiên cứu nào sử dụng phương pháp này cho biến số đo lường sức khỏe tự đánh giá (SRH) ở quốc gia có thu nhập trung bình và già hóa nhanh với lịch sử dịch tễ học khác biệt

với các nước phát triển hiện nay khi họ trong giai đoạn già hóa dân số. Mặc dù SRH là một thước đo chủ quan về sức khỏe của NCT nhưng nó vẫn được đánh giá cao và sử dụng phổ biến vì nhiều nghiên cứu đã phát hiện rằng thước đo này có mối liên hệ chặt chẽ với tỷ lệ tử vong, nguy cơ suy giảm chức năng thể chất cũng như khả năng mắc các bệnh mạn tính trong nhiều bối cảnh xã hội khác nhau (Jylha, 2009; Zimmer & Prachuabmoh, 2012; Le & cộng sự, 2018; Yuan & cộng sự, 2023). Nghiên cứu của Adjei & cộng sự (2017) ứng dụng phương pháp phân rã Oaxaca-Blinder và có sử dụng biến số SRH để đo lường thực trạng sức khỏe NCT nhưng tài liệu này lại chủ yếu tìm hiểu về sự khác biệt trong xác suất tự báo cáo sức khỏe kém giữa nam giới và phụ nữ lớn tuổi liên quan đến vai trò xã hội bên cạnh các yếu tố phản ánh vị trí KT-XH hay đặc điểm hộ gia đình của NCT. Theo đó, vai trò xã hội được đo lường bằng thời gian NCT phân bổ cho các hoạt động thể hiện vai trò xã hội như số giờ/ngày dành cho công việc được trả lương; việc nhà; hoạt động giải trí tích cực (chơi thể thao, làm từ thiện, đi dạo, đi du lịch...); hoạt động giải trí (xem tivi...) hay các hoạt động cá nhân (ăn, ngủ, tắm rửa, mặc quần áo, chăm sóc y tế). Hơn nữa, nghiên cứu của Adjei & cộng sự (2017) thực hiện ở năm nước công nghiệp phát triển (Đức, Italy, Tây Ban Nha, Vương Quốc Anh và Hoa Kỳ) nên khó có thể khái quát hóa cho những quốc gia có thu nhập trung bình thấp và có lịch sử dịch tễ học khác biệt như Việt Nam.

Mặt khác, việc đánh giá sức khỏe NCT là một nhiệm vụ phức tạp và đa chiều vì sức khỏe không chỉ đơn thuần là việc có hay không có bệnh tật mà còn bao gồm khả năng thực hiện các hoạt động sống cần thiết hàng ngày, khả năng sống độc lập và cảm nhận chủ quan về chất lượng cuộc sống (WHO, 2002). SRH là một thước đo hữu ích để đo lường thực trạng sức khỏe của NCT, nhưng nó mang tính chủ quan và dễ bị ảnh hưởng bởi kỳ vọng cá nhân, yếu tố văn hóa cũng như trạng thái tâm lý (Idler & Benyamini, 1997; Jylha, 2009). Do đó, để có cái nhìn toàn diện và bao quát hơn về sức khỏe của NCT, cần kết hợp chỉ số SRH với các thước đo khác có tính khách quan hơn. Một công cụ phổ biến trong các nghiên cứu về sức khỏe NCT, giúp đánh giá thực trạng sức khỏe một cách khách quan hơn so với SRH là các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (Instrumental Activities of Daily Living – IADL). Đây là thước đo khả năng thực hiện các hoạt động phức tạp trong cuộc sống hàng ngày (như sử dụng điện thoại, nấu ăn, quản lý thuốc và tài chính) – những hoạt động đòi hỏi sự sáng suốt, nhận thức và kỹ năng xã hội. Để thực hiện được các hoạt động IADL thì NCT cần có các kỹ năng sống đòi hỏi nền tảng văn hóa và xã hội ở mức độ cao hơn so với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

cơ bản (ADL) như ăn uống, mặc quần áo và vệ sinh cá nhân (Lawton & Brody, 1969). Mặc dù dữ liệu về IADL thường được thu thập qua phương pháp hỏi đáp (từ NCT hoặc người chăm sóc), nhưng trong nghiên cứu dịch tễ học và kinh tế y tế, chỉ số này được xem là thước đo chức năng thực tế (functional performance) phản ánh trung thực hơn tình trạng sức khỏe so với cảm nhận chủ quan (SRH). Lý do là bởi IADL dựa trên khả năng thực hiện các nhiệm vụ cụ thể và quan sát được (như quản lý tài chính, mua sắm, sử dụng thuốc), đòi hỏi sự phối hợp giữa năng lực nhận thức và khả năng vận động, thay vì chỉ dừng lại ở đánh giá cảm tính về trạng thái chung của cơ thể. Khả năng của NCT trong việc thực hiện các hoạt động IADL có thể đánh giá mức độ sống độc lập của họ. So với SRH thì IADL là chỉ số khách quan hơn nhưng không phản ánh được trải nghiệm nội tại hoặc cảm nhận của NCT về sức khỏe của họ. Do đó, việc kết hợp cả SRH và IADL sẽ hữu ích trong đánh giá toàn diện tình trạng sức khỏe của NCT ở nhiều khía cạnh. Việc kết hợp các thước đo sức khỏe này giúp tạo ra cái nhìn cân bằng giữa cảm nhận chủ quan về sức khỏe và khả năng thực hiện khách quan các hoạt động sống cần thiết hàng ngày và từ đó đưa ra đánh giá chính xác hơn về tình trạng sức khỏe thực tế của NCT. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố quyết định đến sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT sử dụng kết hợp các thước đo SRH và IADL. Đặc biệt, ở mức độ hiểu biết tốt nhất của nghiên cứu sinh, hiện chưa có những công trình khoa học sử dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder để đánh giá vai trò của giáo dục trong sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm dân số cao tuổi qua các thước đo SRH và IADL.

Cũng ở mức hiểu biết tốt nhất của nghiên cứu sinh, hiện chưa có tài liệu nào sử dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder để đánh giá vai trò của giáo dục tới sự khác biệt về SRH và hạn chế IADL của NCT Việt Nam. Le & cộng sự (2020a, b) đã có những nghiên cứu sử dụng chỉ số tập trung (Concentration Index – CI) hoặc phương pháp Oaxaca-Blinder để đánh giá tác động của các yếu tố KT-XH (bao gồm cả trình độ giáo dục) tới khác biệt sức khỏe NCT. Tuy nhiên, biến số phản ánh thực trạng sức khỏe của NCT được quan tâm trong các nghiên cứu này là việc mắc các bệnh không lây nhiễm và tình trạng khuyết tật, chứ không phải là SRH hay IADL. Cụ thể, Le & cộng sự (2020a) đã sử dụng chỉ số CI và phân tích phân rã CI để chỉ ra những yếu tố nào đóng góp chính vào sự khác biệt trong xác suất mắc các bệnh không lây nhiễm ở NCT Việt Nam ở nông thôn và thành thị, trong khi Le & cộng sự (2020b) sử dụng phân rã Oaxaca-Blinder để xác định sự khác biệt về tình trạng khuyết tật ở NCT theo giới tính. Với các đặc trưng của SRH và IADL như đã nêu trên, việc sử dụng phương pháp Oaxaca-Blinder để xác định đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt về SRH và IADL giữa các

nhóm NCT Việt Nam là cần thiết để bổ sung thêm các thông tin có giá trị tới các nhà hoạch định chính sách trong quá trình ra quyết định chính sách chăm sóc NCT. Một số công trình khoa học được thực hiện trước đây bởi Teerawichitchainan (2014) và Le & cộng sự (2018) cũng quan tâm đến sự khác biệt sức khỏe theo SRH ở NCT Việt Nam liên quan đến các yếu tố KT-XH (trong đó có giáo dục), nhưng hai nghiên cứu này chỉ sử dụng hồi quy logistic để xác định được yếu tố KT-XH nào ảnh hưởng đến SRH của NCT và so sánh hai giới và vì thế mà khó có thể định lượng được mức độ đóng góp của từng yếu tố KT-XH, đặc biệt là giáo dục, tới sự khác biệt SRH của NCT Việt Nam. Một nghiên cứu khác tại Việt Nam được thực hiện gần đây của Giang & cộng sự (2020) cũng quan tâm đến SRH của NCT, nhưng nghiên cứu này phân tích mối quan hệ giữa hỗ trợ xã hội với SRH ở NCT chứ không phải là tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT. Một số nghiên cứu khác cũng quan tâm đến mối quan hệ giữa các yếu tố KT-XH với sức khỏe hoặc chất lượng cuộc sống của NCT Việt Nam nhưng biến số sức khỏe quan tâm là việc mắc các bệnh mạn tính (Le & Giang, 2016) hoặc chỉ phân tích nhóm NCT tại một vùng nông của một huyện ngoại thành Hà Nội thay vì một mẫu đại diện toàn quốc (Hoang & cộng sự, 2010; Le & cộng sự, 2009; Mwangi & cộng sự, 2015; Bang & cộng sự, 2017). Nhìn chung, các nghiên cứu này đều áp dụng phương pháp hồi quy đa biến hoặc hồi quy logistic chứ chưa sử dụng phương pháp Oaxaca-Blinder để lượng hóa được mức độ đóng góp của các yếu tố, đặc biệt là giáo dục, vào sự chênh lệch sức khỏe của các nhóm NCT. Làm rõ được giáo dục hay các yếu tố khác (như thu nhập, việc làm...) là yếu tố then chốt tác động tới sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm NCT là cần thiết và tạo cơ sở cho xây dựng và thực thi chính sách. Điều này đặc biệt đúng với Việt Nam với vị thế một nước đang già hóa nhanh và có sự khác biệt về nguồn lực KT-XH giữa các nhóm NCT. Cụ thể, phụ nữ có ít nguồn lực kinh tế xã hội hơn so với nam giới. Phụ nữ phải đối mặt với sự phụ thuộc kinh tế nhiều hơn, có ít cơ hội tìm được các công việc ổn định hoặc công việc toàn thời gian và phụ nữ cũng có ít quyền hạn trong công việc và mức lương thấp hơn so với nam giới (Ross & Mirowsky, 2002; Read & Gorman, 2010). Tại Việt Nam, ngoài việc chịu trách nhiệm chính trong các hoạt động gia đình thì phụ nữ cũng có xu hướng phải gánh vác cả trách nhiệm kinh tế trong suốt cuộc đời nên có thể chịu nhiều căng thẳng (Giang & Pfau, 2007; Teerawichitchainan, 2014). Bên cạnh đó, những người sống ở nông thôn có ít nguồn lực KT-XH hơn so với những người sống ở thành thị nên họ thường ít tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác hơn so với những người ở thành thị. Người dân ở các vùng nông thôn phải đối mặt với các rào cản về địa lý, khoảng cách đến các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế và xã hội thường lớn và giao thông công cộng

thường không có hoặc không đủ (Nummela & cộng sự, 2007; Le & cộng sự, 2011; Williams & cộng sự, 2017; Pham & cộng sự, 2018; Bang & cộng sự, 2017; Le & cộng sự, 2020a). Tại Việt Nam, bên cạnh rào cản về địa lý thì một nguyên nhân nữa ngăn cản việc tiếp cận dịch vụ y tế của NCT ở nông thôn là do nguồn lực tài chính hạn chế (Le & cộng sự, 2011; Mwangi & cộng sự, 2015; Bang & cộng sự, 2017; Le & cộng sự, 2020a; Nguyen & Giang, 2021). Chi tiêu tiền túi trong tổng chi tiêu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT tại nông thôn Việt Nam còn cao nên tạo ra áp lực tài chính cho các gia đình (Le & cộng sự, 2011; Nguyen & Giang, 2021). Theo truyền thống, NCT ở Việt Nam thường được chăm sóc bởi các thành viên trong gia đình, nhưng ngày càng nhiều NCT nông thôn Việt Nam hiện nay phải sống một mình với ít sự hỗ trợ về thể chất và tinh thần từ các thành viên trong gia đình do xu hướng di cư lớn từ nông thôn ra thành phố của lực lượng lao động trẻ (Pfau & Giang, 2010; Le & cộng sự, 2011; Nguyen & cộng sự, 2012; Bang & cộng sự, 2017).

Nhìn chung, phụ nữ lớn tuổi và NCT nông thôn thường có ít nguồn lực KT-XH hơn và gặp nhiều bất lợi hơn so với nam giới cao tuổi và NCT thành thị. Những yếu tố này góp phần tạo ra những khác biệt đáng kể về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm NCT này. Trong bối cảnh đó, việc làm rõ vai trò của giáo dục – một yếu tố có thể can thiệp và thay đổi được – trong việc hình thành sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT theo giới tính và nơi sinh sống mang ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Khác với những yếu tố nhân khẩu học vốn có và không thể thay đổi (như tuổi và giới tính) thì giáo dục là yếu tố có thể tác động thông qua chính sách (Kakwani & cộng sự, 1997). Nếu chúng ta có thể lượng hóa được mức độ mà giáo dục đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe so với các yếu tố khác sẽ cung cấp cơ sở khoa học vững chắc nhằm xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp để từ đó thu hẹp sự chênh lệch sức khỏe giữa các nhóm NCT theo giới tính và nơi sinh sống (Gu & cộng sự, 2019).

2.2. Tổng quan các nghiên cứu về vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi

Tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe – được đo bằng các cách khác nhau – đã được biết đến từ lâu và được chứng minh một cách nhất quán trong nhiều nghiên cứu (Ross & Wu, 1996; Lynch, 2003; Laditka & Laditka, 2016; Sole-Auro & Alcaniz, 2016; Vu & Giang, 2024). Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về cơ chế mà giáo dục tác động tới sức khỏe của một người. Cùng lúc đó, một số nghiên cứu đã xác định các yếu tố về hoạt động xã hội và hoạt động hàng ngày (ví dụ như tham gia hoạt động xã hội, tham gia thị trường lao động, sử dụng internet, thực hiện các hoạt động giải trí tích cực,

các hoạt động tình nguyện...) là những con đường đáng chú ý để giải thích sự khác biệt sức khỏe (Mendes de Leon & cộng sự, 2003; Klumb & Maier, 2007; Hao, 2008; Krueger & cộng sự, 2009; Cheung & cộng sự, 2009; Li & cộng sự, 2014; Hou & cộng sự, 2022). Do đó, lối sống và hoạt động hàng ngày của NCT được các nhà khoa học quan tâm vì sự khác biệt trong mức độ tham gia các hoạt động có liên quan đến chức năng nhận thức, sức khỏe và hạnh phúc (Rowe & Kahn, 1997; Matz-Costa & cộng sự, 2014).

Đi sâu vào chủ đề đó, một số nghiên cứu đã cung cấp các bằng chứng về mối tương quan tích cực đáng kể giữa trình độ giáo dục với việc tham gia các hoạt động hướng đến già hóa tích cực/chủ động (active aging). Cụ thể, so sánh với nhóm có trình độ học vấn thấp thì những NCT có trình độ giáo dục cao hơn có xu hướng vẫn đi làm (Tang & cộng sự, 2013; Kalwij & cộng sự, 2016), tham gia tích cực vào các hoạt động thiện nguyện (Erlinghagen & Hank, 2006; Hank & Stuck, 2008), giao lưu xã hội (Dong & cộng sự, 2014; Curvers & cộng sự, 2018) và các hoạt động giải trí tích cực (Minhat & Amin, 2012). Giáo dục đã được khẳng định là một yếu tố then chốt, tác động mạnh mẽ đến việc NCT thực hiện nhiều hoạt động tích cực khác nhau nhằm hướng đến già hóa tích cực nên những hoạt động đó có thể đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe ở những NCT có trình độ học vấn khác nhau.

Trong nhiều nghiên cứu trước đây, tùy theo nguồn dữ liệu sẵn có và mục tiêu cụ thể của từng nghiên cứu, các khái niệm về hoạt động sản xuất, sự tham gia xã hội và kết nối xã hội được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau. Sử dụng mô hình hai thành phần của Baltes & cộng sự (1999), nghiên cứu của Klumb & Maier (2007) đã phân chia các hoạt động hàng ngày thành hai nhóm chính: 1) các hoạt động tái tạo (regenerative activities) – là những hoạt động bắt buộc phải thực hiện hàng ngày để đáp ứng các nhu cầu sinh lý như ăn uống, nghỉ ngơi và vệ sinh cá nhân; và 2) các hoạt động tùy ý (discretionary activities) – là những hoạt động mà một cá nhân có thể tùy ý lựa chọn hành động dựa trên năng lực và sở thích cá nhân. Tiếp theo, các hoạt động tùy ý lại được chia nhỏ thành hai nhóm là: i) các hoạt động sản xuất (productive activities) và ii) các hoạt động tiêu dùng (consumptive activities).

Đầu tiên, nếu một hoạt động được thực hiện chủ yếu hướng đến kết quả của hành động và những lợi ích thu được từ hoạt động đó chủ yếu có được từ kết quả của nó thì hành động đó được gọi là hoạt động sản xuất. Những ví dụ về hoạt động sản xuất như làm việc nhà, làm các công việc được trả lương, chăm sóc các thành viên trong gia đình... Đây là những hoạt động có thể được ủy thác cho bên thứ ba thực hiện mà không làm mất đi lợi ích từ chúng (Klumb & Baltes, 1999; Klumb, 2004; Mainer & Klumb, 2005). Ví

dụ, mọi người tham gia vào các thị trường để tìm kiếm các dịch vụ giúp làm việc nhà hoặc chăm sóc trẻ em thay vì tự làm những công việc đó. Những lợi ích về mặt tâm lý – xã hội và sức khỏe thu được từ những hoạt động này vẫn có thể duy trì ở mức độ lớn bằng cách ủy thác những công việc này cho bên thứ ba mà không cần phải trực tiếp thực hiện. Đã có nhiều nghiên cứu phát hiện thấy các hoạt động sản xuất là yếu tố bảo vệ sức khỏe của NCT (McNamara & Gonzales, 2011; Giang & cộng sự, 2017; Giang & cộng sự, 2019). Nhìn chung, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tham gia vào các hoạt động sản xuất nói trên có tác động tích cực đến sức khỏe NCT được đo lường theo các khía cạnh khác nhau như mức độ bệnh tật và tử vong thấp hơn (Li & cộng sự, 2014). Việc tham gia vào hoạt động kích thích tinh thần (như làm các công việc được trả lương hoặc các hoạt động sản xuất phức tạp khác) làm tăng khả năng cải thiện về chức năng nhận thức ở tuổi già (Marfeo & Ward, 2020). Một nghiên cứu khác của Hao (2008) cũng cho thấy những NCT tích cực tham gia các hoạt động sản xuất sẽ có mức độ kiểm soát và làm chủ bản thân cao hơn từ đó củng cố và duy trì sức khỏe tốt.

Nếu một hoạt động được thực hiện chủ yếu vì lợi ích mà chính nó mang lại cho người thực hiện và không thể ủy thác cho bên thứ ba thực hiện mà không làm mất đi những lợi ích thu được từ nó thì được gọi là những hoạt động tiêu dùng. Ví dụ về các hoạt động tiêu dùng như sử dụng Internet, đọc báo, đọc sách, xem tivi và nghe đài radio... Lợi ích thu được từ việc thực hiện các hoạt động này không thể được duy trì bằng cách ủy thác hoạt động cho bên thứ ba thực hiện (Klumb, 2004; Klumb & Maier, 2007). Ví dụ, một người không thể thu được lợi ích từ việc đọc sách thông qua việc thuê người khác đọc sách hàng ngày. Tùy thuộc vào mục đích nghiên cứu, tính khả dụng của dữ liệu và sự khác biệt về văn hóa ở các bối cảnh nghiên cứu khác nhau mà các nhà nghiên cứu có thể đưa vào nghiên cứu của mình các hoạt động khác nhau để đại diện cho các hoạt động tiêu dùng (Dong & cộng sự, 2014). Các hoạt động như thăm bạn bè, tham gia đám cưới, đám tang, tham gia các tổ chức xã hội và các hoạt động tôn giáo (những hoạt động có tương tác trực tiếp với người khác) đòi hỏi ít vận động trí óc hơn nhưng nhiều tương tác xã hội hơn (Maier & Klumb, 2005; Dong & cộng sự, 2014) thường được phân loại là hoạt động tham gia xã hội. Các hoạt động khác như đọc sách, sử dụng internet, chơi các trò chơi (như cờ tướng, cờ vua) và nghe đài radio tập trung vào xử lý thông tin và ít có sự tương tác xã hội hoặc vận động thể chất thường được phân loại là hoạt động nhận thức và giúp các cá nhân kết nối xã hội (Krueger & cộng sự, 2009; Cheung & cộng sự, 2009; Minhhat & Amin, 2012). Việc tham gia vào các hoạt động giải trí có ý nghĩa (vốn được coi là một phần quan trọng của quá trình lão hóa

thành công) được coi là một khía cạnh cần thiết của lối sống lành mạnh (Rowe & Kahn, 1997; Sun & Liu, 2006). Các hoạt động giải trí này đặc biệt hữu ích trong việc giúp cá nhân phát triển và duy trì các tương tác xã hội và mối quan hệ xã hội vì chúng thường diễn ra trong các nhóm xã hội (Coleman, 1993).

Nhìn chung, các hoạt động tiêu dùng có thể được biểu thị bằng cả việc tham gia xã hội (như thăm hỏi họ hàng, tham gia vào các tổ chức xã hội và hoạt động tôn giáo) và kết nối xã hội (ví dụ như sử dụng internet, đọc báo và nghe đài radio). Sự tham gia xã hội có lợi cho sức khỏe do nó hỗ trợ các cá nhân phát triển các mối quan hệ và mạng lưới xã hội từ đó cung cấp cho các cá nhân thêm thông tin, sự hiểu biết cũng như các nguồn lực vật chất và tâm lý có thể được sử dụng để ứng phó khi cần thiết (Achdut & Sarid, 2020). Ngoài ra, việc chủ động tham gia thường xuyên vào các hoạt động kết nối xã hội có ý nghĩa như sử dụng internet hay đọc sách - báo được coi là một yếu tố tác động quan trọng tới tình trạng suy giảm nhận thức ở tuổi già và đây là những yếu tố có thể điều chỉnh. Những hoạt động kết nối xã hội này giúp tăng cường khả năng dự trữ nhận thức (là khả năng não bộ của người trưởng thành duy trì chức năng bình thường khi mắc bệnh tật hoặc tổn thương) và thúc đẩy việc sử dụng hiệu quả mạng lưới não bộ, từ đó giúp cho những người lớn tuổi ít bị suy giảm nhận thức liên quan đến tuổi tác (Stern, 2002; Zhang & cộng sự, 2019).

Đã có một số nghiên cứu ghi nhận những ảnh hưởng tích cực của giáo dục tới việc lão hóa tích cực/chủ động ở NCT khi xét tác động của giáo dục tới sức khỏe thông qua các trung gian là hoạt động sản xuất, sự tham gia xã hội và kết nối xã hội. Cụ thể, những cá nhân có trình độ giáo dục cao có thái độ tích cực hơn để hướng đến việc lão hóa tích cực (Osawa & cộng sự, 2024). Ngoài ra, so sánh với những NCT có trình độ giáo dục thấp thì những người có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng vẫn tiếp tục làm các công việc được trả lương (Tang & cộng sự, 2013; Kalwij & cộng sự, 2016) và tham gia các hoạt động vì cộng đồng nhiều hơn (Erlinghagen & Hank, 2006; Hank & Stuck, 2008). Giáo dục cũng có tác động tích cực đáng kể đến sự chủ động tham gia của những NCT vào các hoạt động giao lưu xã hội (Dong & cộng sự, 2014; Curvers & cộng sự, 2018). Bên cạnh đó, trình độ học vấn cũng là yếu tố quan trọng quyết định sự tham gia vào các hoạt động giải trí tích cực của người lớn tuổi (Minhat & Amin, 2012). Nghiên cứu của Cerin & Leslie (2008) đã chỉ ra rằng những cá nhân có trình độ học vấn cao thường có xu hướng tham gia đa dạng và tích cực hơn vào nhiều loại hình hoạt động khác nhau vì họ có khả năng tiếp cận thông tin sức khỏe tốt hơn, nhận thức rõ hơn về tầm quan trọng của lối sống lành mạnh, có xu hướng sinh sống ở những khu vực có môi trường sống tốt

với nhiều cơ hội thực hành các hoạt động tích cực và tăng khả năng có mạng lưới xã hội hỗ trợ và khuyến khích họ tham gia các hoạt động tích cực. Cùng với đó, những NCT có trình độ học vấn cao có nhiều khả năng tham gia vào các hoạt động hòa nhập xã hội hơn vì họ có khả năng giao tiếp, đàm phán, làm việc với người khác tốt hơn và thể hiện kỹ năng xây dựng quan hệ giữa các cá nhân tốt hơn. Những kỹ năng này tạo điều kiện thuận lợi cho việc tham gia xã hội của họ (Ross & Zhang, 2008; Mirowsky & Ross, 2015). Ngoài ra, những người có trình độ học vấn cao hơn có thể tham gia vào các hoạt động đòi hỏi và củng cố các kỹ năng nhận thức. So sánh với những người có trình độ giáo dục thấp, những cá nhân có trình độ giáo dục cao hơn có khả năng tham gia vào các hoạt động mang tính thử thách về trí tuệ và duy trì các kỹ năng nhận thức của họ và điều này lại có lợi cho sức khỏe tâm thần (Ross & Zhang, 2008).

Do giáo dục đã được chứng minh là yếu tố quan trọng tác động đến việc NCT thực hiện các hoạt động hàng ngày ở nhiều khía cạnh khác nhau nhằm hướng đến việc già hóa tích cực nên những hoạt động này có thể góp phần vào sự khác biệt về sức khỏe ở những NCT có trình độ học vấn khác nhau. Tuy nhiên, hiện có ít các nghiên cứu lượng hóa mức độ đóng góp của các hoạt động này vào tác động của giáo dục tới sức khỏe. Chỉ một số ít tài liệu đã khám phá vai trò trung gian của việc tham gia xã hội trong mối liên hệ giữa điều kiện KT-XH (bao gồm cả giáo dục) và sức khỏe (Achdut & Sarid, 2020; Zhang & cộng sự, 2022; Ping & Oshio, 2023). Nghiên cứu của Ross & Zhang (2008) phân tích vai trò trung gian của các hoạt động kích thích nhận thức (ví dụ như đọc sách và chơi mật chược) trong tác động tích cực của giáo dục tới sự đau khổ tâm lý. Một số nghiên cứu khác lại nhấn mạnh vai trò trung gian của các yếu tố như hoạt động thể chất (chẳng hạn chạy bộ, tập thể dục) hay lối sống lành mạnh (như không hút thuốc, hạn chế uống rượu) trong việc giải thích tác động tích cực của giáo dục lên sức khỏe của NCT (được đo bằng các biến số khác nhau như chức năng nhận thức hoặc tình trạng sức khỏe thể chất yếu) thay vì việc tham gia xã hội và kết nối xã hội (Etman & cộng sự, 2015; Liu & Lachman, 2020). Nghiên cứu của Arpino & Sole-Auro (2019) đánh giá về vai trò của một số hoạt động lão hóa tích cực trong mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe ở NCT, trong đó nghiên cứu này xem xét đến các hoạt động sản xuất (như làm các công việc được trả lương và chăm sóc cháu) và sự tham gia xã hội (ví dụ như tham gia các tổ chức xã hội) nhưng lại chưa xem xét đến các hoạt động kết nối xã hội tích cực (như đọc sách hay sử dụng internet).

Nhìn chung, hiện nay vẫn thiếu các nghiên cứu toàn diện xem xét vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày (bao gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) – trong tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT. Đặc biệt, chưa có nghiên

cứu nào xác định rõ hoạt động nào đóng vai trò là trung gian quan trọng nhất trong mối quan hệ này. Việc làm rõ cơ chế gián tiếp thông qua các hoạt động này cung cấp thông tin giá trị cho các nhà hoạch định chính sách, giúp xây dựng các can thiệp phù hợp với xu hướng già hóa dân số và điều kiện KT-XH hiện nay. Để giải quyết vấn đề này, phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB) có thể được áp dụng vì nó cho phép đo lường mức độ ảnh hưởng gián tiếp của giáo dục đến sức khỏe NCT thông qua từng yếu tố trung gian cụ thể (Kohler & cộng sự, 2011; Karlson & cộng sự, 2012; Arpino & Sole-Auro, 2019). Quan trọng hơn, phương pháp KHB giúp so sánh tầm quan trọng tương đối của ba loại hoạt động (sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) trong vai trò truyền dẫn tác động của giáo dục đến sức khỏe cũng như xác định đâu là yếu tố trung gian then chốt.

2.3. Khoảng trống và câu hỏi nghiên cứu

Trên cơ sở xem xét tổng quan các nghiên cứu trước về tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT và vai trò trung gian của các hoạt động già hóa tích cực trong mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe ở NCT, một số khoảng trống trong nghiên cứu được xác định như sau:

Thứ nhất, kết quả nghiên cứu ở các nước đang phát triển và có thu nhập trung bình không nhất quán. Một số công trình nghiên cứu về NCT Thái Lan, Trung Quốc và Nam Phi chỉ ra giáo dục có ảnh hưởng tích cực tới sức khỏe NCT, trong khi các nghiên cứu khác về NCT Ấn Độ, Ghana lại không cho thấy mối liên hệ rõ ràng. Sự khác biệt này phản ánh bối cảnh dịch tễ học đa dạng và khác biệt trong phương pháp nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu sử dụng mô hình hồi quy logistic để xác định xem giáo dục ảnh hưởng đến sức khỏe NCT, nhưng chưa lượng hóa mức độ đóng góp cụ thể của giáo dục so với các yếu tố khác (ví dụ như thu nhập) nên không rõ giáo dục có phải là yếu tố then chốt hay không. Đặc biệt, tại Việt Nam – một nước đang già hóa nhanh với sự khác biệt về nguồn lực KT-XH giữa các nhóm NCT – chưa có nghiên cứu nào áp dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder để đo lường ảnh hưởng của giáo dục đến sự khác biệt sức khỏe NCT theo giới tính hoặc nơi sinh sống.

Thứ hai, giáo dục không chỉ tác động trực tiếp đến sức khỏe NCT mà còn thông qua các hoạt động tích cực hàng ngày. Những hoạt động này không chỉ giúp NCT kích thích tư duy và từ đó giảm nguy cơ suy giảm chức năng nhận thức, mà còn giúp họ duy trì khả năng kiểm soát cuộc sống và mở rộng mạng lưới hỗ trợ để có thể duy trì và cải thiện sức khỏe. Nhiều nghiên cứu cho thấy NCT có trình độ giáo dục cao hơn thường tham gia tích cực hơn vào các hoạt động này. Tuy nhiên, vai trò trung gian của các hoạt động này trong tác động của giáo dục tới sức khỏe vẫn chưa được định lượng rõ ràng.

Đã có những nghiên cứu đề cập đến yếu tố trung gian là tham gia xã hội, hoạt động kích thích nhận thức hoặc hoạt động thể chất nhưng thiếu phân tích cụ thể về vai trò trung gian và tầm quan trọng của từng loại hoạt động này trong tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về chủ đề này.

Dựa trên những khoảng trống nghiên cứu đã xác định, luận án này được thực hiện nhằm hai mục tiêu chính:

- *Thứ nhất*, phân tích cơ chế truyền dẫn tác động của giáo dục đối với sức khỏe NCT tại Việt Nam. Nghiên cứu tập trung làm sáng tỏ cách thức giáo dục không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe NCT mà còn gián tiếp thông qua các yếu tố trung gian là các hoạt động tích cực hàng ngày gồm: i) hoạt động sản xuất; ii) tham gia xã hội; và iii) kết nối xã hội. Luận án áp dụng phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB) để xác định hoạt động nào là yếu tố trung gian quan trọng nhất giải thích cho tác động đó. Việc đạt được mục tiêu này sẽ cung cấp bằng chứng thực nghiệm về các kênh truyền dẫn cụ thể, khẳng định giáo dục là một yếu tố quyết định sức khỏe có thể can thiệp được.
- *Thứ hai*, khi giáo dục đã được chứng minh là yếu tố quan trọng cải thiện sức khỏe, thì sự phân bố không đều của trình độ học vấn giữa các nhóm NCT sẽ trở thành nguyên nhân then chốt dẫn đến sự khác biệt sức khỏe. Do đó, nghiên cứu phân tích sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm NCT ở Việt Nam với trọng tâm là vai trò của giáo dục trong việc tạo ra khác biệt sức khỏe theo giới tính và nơi sinh sống (thành thị và nông thôn). Cụ thể, luận án sử dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder để đo lường mức độ mà giáo dục đóng góp vào khác biệt trong xác suất tự đánh giá sức khỏe kém và có các hạn chế IADL theo giới tính và nơi sinh sống của NCT.

Dưới đây là hai câu hỏi nghiên cứu được xây dựng tương ứng với hai mục tiêu nêu trên:

1. Các hoạt động tích cực hàng ngày có phải là những yếu tố trung gian trong tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT Việt Nam hay không? Nếu có, hoạt động nào là trung gian quan trọng nhất?
2. Giáo dục đóng góp như thế nào vào sự khác biệt về xác suất tự đánh giá sức khỏe (SRH) kém và có các hạn chế IADL giữa nam giới và phụ nữ lớn tuổi và giữa NCT thành thị và NCT nông thôn ở Việt Nam?

CHƯƠNG 3. PHƯƠNG PHÁP VÀ DỮ LIỆU NGHIÊN CỨU

3.1. Dữ liệu nghiên cứu

Dữ liệu của nghiên cứu này được lấy từ cuộc Khảo sát về Người cao tuổi và Bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019 (gọi tắt là OP&SHI 2019). Đây là một khảo sát cắt ngang với mẫu đại diện quốc gia cho dân số cao tuổi gồm 4.333 người từ 50 tuổi trở lên. Khảo sát được tiến hành nhằm thu thập các thông tin về đặc điểm KT-XH, tình trạng sức khỏe, điều kiện sống và sắp xếp cuộc sống, vai trò và đóng góp cho gia đình, cộng đồng và xã hội của NCT tại Việt Nam. Khảo sát này được Viện Nghiên cứu Y-Xã hội học (ISMS) thực hiện với hỗ trợ kỹ thuật từ Ngân hàng Phát triển châu Á (ADB), theo Quyết định phê duyệt số 01/HĐĐĐ-ISMS ngày 12/7/2019 của Hội đồng Đạo đức ISMS. Trước khi bắt đầu phỏng vấn, người tham gia được giải thích rõ về mục đích và nội dung của nghiên cứu và buổi phỏng vấn chỉ diễn ra khi người được hỏi đồng ý tham gia một cách tự nguyện.

Bộ dữ liệu này cung cấp nhiều thông tin về đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới tính, nơi sinh sống, tình trạng hôn nhân, dân tộc...), điều kiện KT-XH (nhà ở, tài sản hộ gia đình, thu nhập, sắp xếp cuộc sống, phúc lợi xã hội...), hoạt động KT-XH (công việc, tham gia hoạt động đoàn thể, hoạt động văn hóa...) và thực trạng liên quan tới sức khỏe của NCT (sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế...).

Mẫu OP&SHI 2019 được chọn theo phương pháp chọn mẫu đa tầng từ dữ liệu gốc là Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 của Tổng cục Thống kê. Cụ thể, theo phương pháp xác suất tỷ lệ với quy mô (PPS - Probability proportional to size), 12 tỉnh/thành phố được chọn từ sáu (06) vùng kinh tế; tiếp đó, tại mỗi tỉnh, có ba (03) huyện được chọn; tại mỗi huyện, có bốn (04) xã được chọn; tại mỗi xã, có ba (03) thôn được lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống (systematic random sampling); cuối cùng, tại mỗi thôn, 10 người từ 50 tuổi trở lên được chọn theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn cá nhân với một bảng hỏi được thiết kế trước. Những người không thể tham gia phỏng vấn vì một số lý do cụ thể (như tử vong hoặc thay đổi nơi cư trú) được thay thế bằng những người ở cùng thôn theo một quy trình lấy mẫu cụ thể. Đối với những người không thể trả lời các câu hỏi do vấn đề sức khỏe thì có đại diện hộ gia đình trả lời thay, nhưng những câu hỏi mà những người tham gia khảo sát phải tự trả lời (như sức khỏe tự đánh giá; tự đánh giá tình hình tài

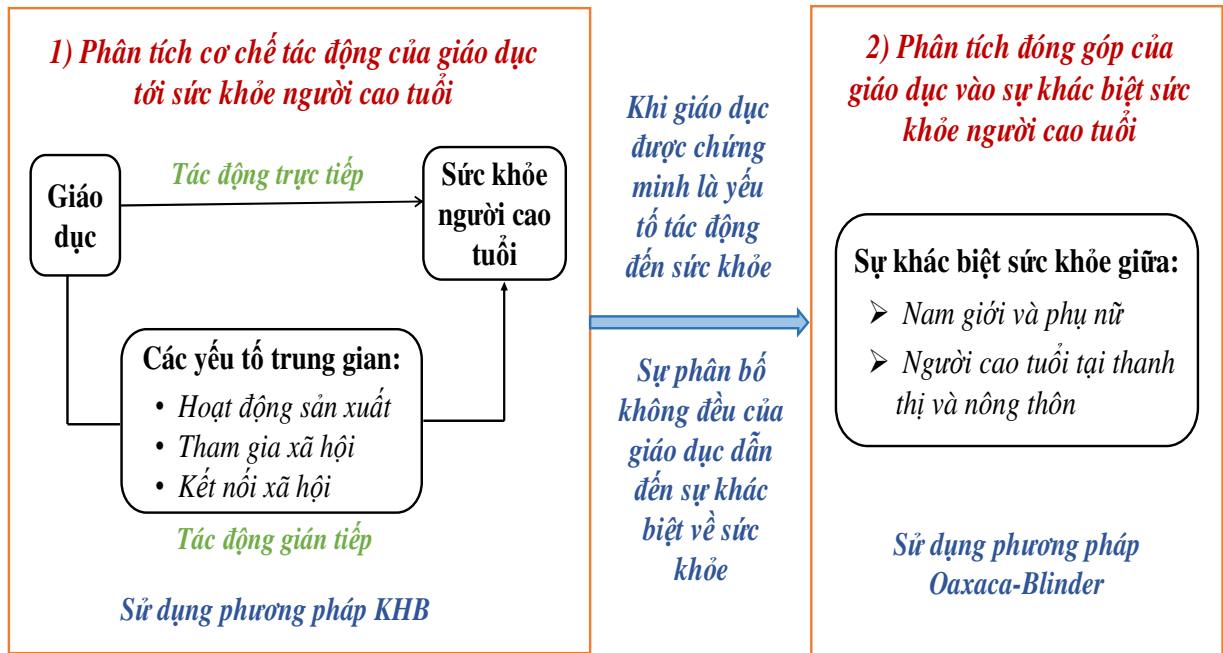
chính...) đã bị loại trừ. Mẫu cuối cùng có tổng cộng 4.176 người từ 50 tuổi trở lên, trong đó có 1.697 nam giới và 2.479 phụ nữ; 641 người cư trú tại khu vực thành thị và 3.535 người cư trú tại khu vực nông thôn.

Thực tế tại Việt Nam, trước năm 2019 đã có một khảo sát quốc gia đại diện cho dân số cao tuổi, đó là Điều tra Người cao tuổi Việt Nam năm 2011 (gọi tắt là VNAS 2011). Tuy nhiên, do thiếu sự tương đồng về cấu trúc và nội dung biến số giữa VNAS 2011 và OP&SHI 2019 nên việc kết hợp hai nguồn dữ liệu này trong cùng một phân tích là không khả thi. Do đó, nghiên cứu này lựa chọn sử dụng OP&SHI 2019 – bộ dữ liệu khảo sát quốc gia cập nhật nhất hiện nay và duy nhất cung cấp đầy đủ các biến số phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Trong toàn bộ các tính toán và ước lượng được thực hiện trong luận án, trọng số mẫu được sử dụng nhằm đảm bảo kết quả đại diện cho toàn bộ nhóm dân số cao tuổi tại Việt Nam. Tất cả các tính toán và phân tích thống kê trong nghiên cứu này được thực hiện bằng phiên bản 17 của phần mềm Stata.

3.2. Khung phân tích của luận án

Khung phân tích của luận án được xây dựng dựa trên tiếp cận của Asada (2005) về bất bình đẳng sức khỏe, nhấn mạnh rằng sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT (theo giới tính và nơi cư trú) chỉ trở thành vấn đề chính sách khi nó bắt nguồn từ các yếu tố xã hội có thể can thiệp được, như giáo dục. Theo tinh thần này, nghiên cứu không dừng lại ở việc ghi nhận chênh lệch sức khỏe thụ động giữa các nhóm dân cư, mà đi sâu vào hai bước logic: i) Giải mã cơ chế truyền dẫn để xác định giáo dục tác động đến sức khỏe NCT thông qua những kênh nào (vừa tác động trực tiếp vừa gián tiếp thông qua trung gian là các hoạt động tích cực hàng ngày), nhằm khẳng định giáo dục là yếu tố quyết định sức khỏe có thể can thiệp được; và ii) Định lượng mức độ đóng góp của sự chênh lệch giáo dục vào khoảng cách sức khỏe quan sát được, qua đó xác định rõ phần chênh lệch sức khỏe bắt nguồn từ bất bình đẳng trong tiếp cận giáo dục – cơ sở để thiết kế các chính sách giáo dục mục tiêu. Cách tiếp cận này đảm bảo tính chặt chẽ từ việc hiểu rõ bản chất tác động (cơ chế) đến việc xác định nguyên nhân cốt lõi của bất bình đẳng (định lượng vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe), phù hợp với bối cảnh thực tiễn tại Việt Nam.



Hình 3.1. Khung phân tích về tác động của giáo dục đến sự khác biệt sức khỏe

Nguồn: Tác giả xây dựng dựa trên cơ sở lý thuyết và tổng quan các nghiên cứu

Khung phân tích minh họa trên Hình 3.1 được thiết kế để hiện thực hóa các mục tiêu nghiên cứu của luận án thông qua một quy trình logic gồm hai giai đoạn tuần tự. Cụ thể:

Giai đoạn 1: Phân tích cơ chế truyền dẫn tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT

Trọng tâm của giai đoạn này là làm sáng tỏ làm thế nào giáo dục ảnh hưởng đến kết quả sức khỏe ở NCT. Cùng các yếu tố nhân khẩu học và KT-XH khác, trình độ giáo dục được đưa vào mô hình nghiên cứu để xác định xem chúng tác động đến sức khỏe NCT Việt Nam như thế nào. Đầu tiên, luận án thực hiện các phân tích thống kê mô tả sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT (nam/nữ và thành thị/nông thôn) theo các yếu tố này và sau đó áp dụng phương pháp hồi quy nhằm lượng hóa tác động của chúng tới sức khỏe NCT. Tiếp theo, luận án sử dụng phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB) để tách biệt tác động trực tiếp cũng như tác động gián tiếp của giáo dục tới sức khỏe NCT thông qua các biến trung gian là các hoạt động tích cực hàng ngày (hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội). Việc đưa các yếu tố (biến phụ thuộc, biến độc lập hay biến trung gian) vào mô hình nghiên cứu dựa trên nền tảng lý thuyết vững chắc và được tham khảo từ các nghiên cứu thực nghiệm trước đó tại Chương 1 và Chương 2. Đây là bước đi tiên quyết để khẳng định giáo dục là một yếu tố quyết định sức khỏe có thể can thiệp được, tạo tiền đề logic cho việc phân tích sự khác biệt sức khỏe ở giai đoạn sau. Chi tiết các biến số được trình bày ở phần sau của Chương này.

Giai đoạn 2: Phân tích đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT

Khi giáo dục đã được chứng minh là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sức khỏe NCT tại Việt Nam, thì sự phân bố không đều của trình độ học vấn giữa nam giới và phụ nữ, hay giữa khu vực thành thị và nông thôn, sẽ trở thành nguyên nhân cốt lõi dẫn đến sự khác biệt về sức khỏe giữa các nhóm dân cư. Tại giai đoạn này, kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder được áp dụng để làm rõ sự chênh lệch về giáo dục giải thích bao nhiêu phần trăm trong tổng số sự khác biệt sức khỏe quan sát được giữa các nhóm đối tượng. Cách tiếp cận này giúp chuyển dịch trọng tâm nghiên cứu từ việc ghi nhận sự khác biệt thụ động sang nhận diện trách nhiệm xã hội trong việc thu hẹp khoảng cách thông qua các chính sách đầu tư giáo dục mục tiêu.

Như đã chỉ ra trong phần tổng quan nghiên cứu tại Chương 2, toàn bộ quá trình phân tích ở các giai đoạn trên xem xét sức khỏe NCT theo các thước đo là tình trạng sức khỏe tự đánh giá (SRH) và mức độ hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL). Chi tiết về các biến số và phương pháp nghiên cứu được trình bày ở phần sau của Chương 3 này.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

3.3.1. Các biến số: định nghĩa và đo lường

3.3.1.1. Các biến phụ thuộc

Như đã nêu trên, luận án sử dụng các biến số SRH và IADL. Cụ thể như sau:

SRH – Tình trạng sức khỏe tự đánh giá: phản ánh cảm nhận chủ quan của NCT về tình trạng sức khỏe và được xác định từ câu hỏi sau đây trong OP&SHI 2019: “Theo đánh giá của bác, sức khỏe của bác vào thời điểm này là ở mức độ nào: rất tốt, tốt, bình thường, yếu hay là rất yếu?”. Năm cấp độ này sẽ được phân thành hai nhóm, trong đó những người trả lời sức khỏe của họ là “yếu” hoặc “rất yếu” được xem là có sức khỏe tự đánh giá kém. Từ đó, một biến nhị phân xác định tình trạng SRH cho mỗi NCT trong mẫu được thiết lập, trong đó SRH nhận giá trị bằng 1 nếu NCT có sức khỏe tự đánh giá kém và ngược lại là 0. Cách thức phân nhóm biến SRH như trên phù hợp với cách tiếp cận được áp dụng trong một số nghiên cứu trước đây, cả trên bình diện quốc tế (Adjei & cộng sự, 2017; Zhang & cộng sự, 2021) lẫn trong bối cảnh Việt Nam (Le & cộng sự, 2018; Giang & cộng sự, 2020).

IADL – Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL) phản ánh khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập của NCT (chưa cần chăm sóc dài hạn) và được xác định từ một số câu hỏi khác trong OP&SHI 2019: “Bác hãy đánh giá việc bác thực

hiện các hoạt động sau như thế nào trong 30 ngày qua?” với danh sách gồm bảy hoạt động hàng ngày là: i) sử dụng điện thoại; ii) mua bán; iii) nấu ăn; iv) giặt quần áo; v) sử dụng phương tiện giao thông; vi) sử dụng thuốc và vii) khả năng quản lý chi tiêu. Với mỗi hoạt động, những người trả lời có từ ba đến năm lựa chọn về mức độ có thể thực hiện hoạt động đó, gồm có: có thể tự thực hiện; gặp khó khăn/hạn chế (có thể thực hiện được hoạt động nếu có sự trợ giúp từ người khác); và không thể tự thực hiện được hoạt động (hoàn toàn phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác). Mỗi hoạt động được gán giá trị bằng 1 nếu người trả lời gặp khó khăn/hạn chế hoặc không thể tự thực hiện hoạt động đó và nhận giá trị 0 nếu có thể tự thực hiện hoạt động được hỏi. Từ đó, một biến phụ thuộc nhị phân được xây dựng để phản ánh tình trạng hạn chế IADL của NCT: biến này nhận giá trị 1 nếu NCT gặp khó khăn hoặc không thể tự thực hiện ít nhất một hoạt động IADL mà không có sự trợ giúp từ người khác, và nhận giá trị 0 nếu họ không gặp bất kỳ hạn chế nào trong các hoạt động IADL (có thể tự thực hiện toàn bộ bảy hoạt động sinh hoạt hàng ngày nêu trên mà không cần sự trợ giúp từ người khác).

Việc đo lường biến IADL thông qua bảy hoạt động cụ thể trong khảo sát OP&SHI 2019 dựa trên nền tảng lý thuyết của thang đo do Lawton & Brody (1969) phát triển, một công cụ chuẩn mực quốc tế để đánh giá mức độ độc lập chức năng của NCT trong môi trường cộng đồng. Bảy hoạt động này được lựa chọn vì chúng đòi hỏi sự phối hợp phức tạp giữa năng lực nhận thức, kỹ năng vận động tinh và khả năng tương tác xã hội, thay vì chỉ dựa vào sức mạnh thể chất đơn thuần như các hoạt động chăm sóc cá nhân cơ bản (ADL). Trong bối cảnh nghiên cứu tại Việt Nam, bộ chỉ báo này phản ánh chính xác những thách thức thực tế mà NCT phải đối mặt để duy trì cuộc sống tự chủ. Ví dụ, việc quản lý thuốc men và tài chính kiểm tra trí nhớ và khả năng ra quyết định, trong khi di chuyển và mua sắm đánh giá khả năng định hướng và kết nối xã hội. Do đó, sự suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động này đóng vai trò như một chỉ báo sớm và nhạy cảm về nguy cơ mất độc lập, giúp phân biệt rõ những NCT vẫn còn khả năng tự chủ (chưa cần chăm sóc dài hạn) với những người đã bắt đầu phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ bên ngoài, từ đó cung cấp cơ sở thực tiễn để đánh giá tác động của giáo dục lên khả năng duy trì sự tự chủ trong sinh hoạt hàng ngày.

3.3.1.2. Các biến độc lập

- ***Biến chính cho phân tích – trình độ học vấn cao nhất:***

Để đánh giá xem trình độ giáo dục có tác động đến hiệu suất nhận thức ở NCT hay không, luận án này phân chia những NCT trong mẫu nghiên cứu thành hai nhóm theo trình độ học vấn cao nhất gồm: i) Nhóm có trình độ học vấn thấp (bao gồm những người chưa từng đi học hoặc chưa hoàn thành bậc tiểu học) và với nhóm này thì biến

trình độ học vấn cao nhất nhận giá trị 0; và ii) Nhóm có trình độ học vấn cao hơn (bao gồm những người có bằng tiểu học trở lên) và với nhóm này thì biến *trình độ học vấn cao nhất* nhận giá trị 1.

Việc phân loại trình độ giáo dục của NCT thành hai nhóm như nêu trên là phù hợp với đặc trưng nhân khẩu học và bối cảnh lịch sử của nhóm dân số này tại Việt Nam. Đa số NCT, đặc biệt là những người sinh trước năm 1970, thường chưa từng được tiếp cận giáo dục hoặc phải gián đoạn việc học sớm do ảnh hưởng của chiến tranh và điều kiện kinh tế khó khăn. Trong bối cảnh đó, việc áp dụng các phân nhóm học vấn chi tiết (ví dụ: trung học phổ thông, đại học, v.v.) không chỉ dẫn đến hiện tượng cỡ mẫu quá nhỏ ở một số nhóm gây hạn chế về độ tin cậy thống kê mà còn gia tăng sai số do NCT thường không nhớ chính xác cấp lớp đã học. Tuy nhiên, họ thường có khả năng trả lời rõ ràng về hai mốc phân biệt cơ bản: “có biết chữ hay không” và “có hoàn thành chương trình tiểu học hay không.”

Hơn nữa, việc hoàn thành bậc tiểu học thường được xem là một ngưỡng quan trọng, phản ánh mức độ tiếp thu các kỹ năng nền tảng (đặc biệt là khả năng đọc và viết) từ hệ thống giáo dục chính quy. Những kỹ năng này đóng vai trò then chốt trong việc tiếp cận, diễn giải và vận dụng thông tin, nhất là trong bối cảnh ra quyết định liên quan đến sức khỏe. Thực tế này được củng cố bởi nhiều công trình nghiên cứu trong lĩnh vực kinh tế y tế, tiêu biểu là Lleras-Muney (2005) và Cutler & Lleras-Muney (2010) khi các tác giả chỉ ra rằng việc hoàn thành giáo dục cơ sở – chứ không nhất thiết là số năm đi học – có liên hệ chặt chẽ với những cải thiện đáng kể trong hành vi sức khỏe và các kết quả y tế.

• *Các biến độc lập khác*

Bên cạnh biến độc lập chính, luận án này còn đưa vào mô hình hồi quy một số biến độc lập khác với vai trò là các biến kiểm soát. Những biến kiểm soát này gồm một số đặc điểm nhân khẩu học và KT-XH khác được lựa chọn trên cơ sở các nghiên cứu trước đây và hiểu biết chung về mối quan hệ giữa chúng với biến phụ thuộc. Cụ thể, biến ***tuổi*** được chia thành bốn nhóm ($50-59=0$; $60-69=1$; $70-79=2$; và $80+=3$); ***giới tính*** bao gồm hai nhóm ($nữ=0$; $nam=1$); ***nơi sinh sống*** gồm hai nhóm ($nông thôn=0$; $thành thị=1$); ***tình trạng hôn nhân*** được chia làm hai nhóm ($khác (độc thân; góa; ly thân; ly dị)=0$; $hiện đang có vợ/chồng=1$); ***dân tộc*** được chia thành hai nhóm ($dân tộc khác =0$; $dân tộc Kinh =1$); ***thu nhập tự đánh giá*** gồm hai nhóm ($không đủ cho nhu cầu =0$; $đủ cho nhu cầu =1$).¹ Ngoài ra, biến về hành vi sức khỏe là ***hiện có hút thuốc lá*** ($Không = 0$; $Có = 1$).

¹ Theo một số nghiên cứu về sức khỏe NCT ở Việt Nam đã thực hiện cho thấy thu nhập tự đánh giá là một thước đo hợp lý hơn so với các thước đo thu nhập mang tính khách quan như thu nhập bình quân hộ gia đình hay số

Ngoài ra, luận án tiến hành tính toán **Chỉ số điều kiện sống của hộ gia đình** (Household Wealth Index) bằng phương pháp Phân tích thành phần chính (Principal Components Analysis - PCA). Phương pháp PCA dựa trên việc xem xét danh mục các tài sản khác nhau mà hộ gia đình của người được phỏng vấn sở hữu nhằm xây dựng một chỉ số về điều kiện sống hộ gia đình, bao gồm các tài sản lâu bền (như tivi, xe máy, ô tô, điện thoại...), chất lượng nhà ở (như vật liệu làm mái nhà, sàn nhà...) và các tiện nghi vệ sinh (nguồn nước uống, loại hình nhà vệ sinh...) (Le & cộng sự, 2020a). Dựa trên điểm số đánh giá điều kiện sống tính toán được, tất cả các hộ gia đình trong mẫu nghiên cứu được chia thành năm nhóm (gọi là ngũ phân vị - quintile) bằng cách xếp thứ tự từ nhóm có điều kiện sống thấp nhất (ngũ phân vị thấp nhất) đến nhóm có điều kiện sống cao nhất (ngũ phân vị cao nhất).

- **Các nhóm biến trung gian**

Các biến trung gian trong luận án này gồm ba nhóm là: i) Các hoạt động sản xuất; ii) tham gia xã hội; và iii) kết nối xã hội. Cụ thể:

Các hoạt động sản xuất: đề cập đến mức độ và tần suất làm việc nhà, những công việc mang lại thu nhập, hỗ trợ chăm sóc cháu và chăm sóc các thành viên khác trong gia đình. Trong đó, **làm việc nhà** là một biến nhị phân (*Không làm việc nhà* = 0 và *Có làm việc nhà* = 1). Ba biến còn lại là những biến liên tục. Đầu tiên, làm những **công việc được trả lương** được đo bằng cách tính tổng số giờ mà NCT làm việc mỗi tuần. Hai biến về **hỗ trợ chăm sóc cháu** và **chăm sóc các thành viên khác** trong gia đình được đo bằng số giờ chăm sóc mỗi ngày.

Khái niệm hoạt động sản xuất (Productive Activity) trong nghiên cứu này được vận dụng theo Mô hình Hai thành phần của Baltes (Baltes' Two-Component Model), vốn là nền tảng trong các nghiên cứu về sử dụng thời gian và già hóa tích cực (Klumb & Baltes, 1999; Klumb & Maier, 2007). Theo khung lý thuyết này, hoạt động sản xuất được định nghĩa dựa trên định hướng kết quả và khả năng ủy thác cho người khác (bên thứ ba) mà không làm mất đi lợi ích cốt lõi. Cụ thể, một hoạt động được xem là sản xuất khi nó được thực hiện chủ yếu vì kết quả đầu ra (outcomes), do đó bao gồm cả việc nhà và chăm sóc gia đình không lương. Khác với hoạt động tiêu dùng (như đọc sách, gặp gỡ bạn bè...) vốn mang lại lợi ích từ chính quá trình tham gia và không thể ủy thác, lợi ích của hoạt động sản xuất nằm ở giá trị sử dụng hoặc dịch vụ được tạo ra, bất kể có được trả lương hay không. Đặc điểm nổi bật của nhóm hoạt động này là tính định hướng kết quả và khả năng thay thế bằng dịch vụ thị trường.

tiền nắm giữ. Lý do là bởi thước đo này phản ánh nhận thức của mỗi NCT về việc liệu họ có đủ nguồn lực để trang trải các chi phí sinh hoạt hàng ngày hay không hoặc chi phí chăm sóc để duy trì sức khỏe của họ (Le & cộng sự, 2018; Le & cộng sự, 2020b).

Hoạt động sản xuất ảnh hưởng đến sức khỏe NCT chủ yếu thông qua cơ chế duy trì năng lực chức năng và củng cố cảm giác kiểm soát cũng như tính hữu ích. Đặc biệt, khi các hoạt động này diễn ra trong bối cảnh có sự ghi nhận xã hội (như tình nguyện hoặc làm việc có lương), chúng giúp NCT khẳng định năng lực thực hiện các vai trò xã hội, qua đó cải thiện sức khỏe tinh thần và giảm thiểu nguy cơ phụ thuộc. Cách định nghĩa nêu trên khác với định nghĩa thông thường về hoạt động sản xuất của một số tổ chức quốc tế (như Tổ chức Lao động Quốc tế hay Liên Hợp Quốc), nhưng phù hợp với mục tiêu phân tích cơ chế phân bổ nguồn lực thời gian và ảnh hưởng của chúng đến sức khỏe ở NCT. Việc sử dụng định nghĩa này đảm bảo tính nhất quán với các tài liệu chuyên ngành về già hóa tích cực và cho phép so sánh trực tiếp với các kết quả nghiên cứu trước đây.

Tham gia xã hội: người trả lời được hỏi về tần suất tham gia vào ba hoạt động: i) thăm/gặp/dự tiệc cưới hoặc đám tang; ii) tham gia các tổ chức xã hội; và iii) tham gia các hoạt động tôn giáo. Tần suất tham gia vào mỗi hoạt động được chia thành sáu cấp độ (*không tham gia = 0; hiếm khi = 1; vài lần trong một năm = 2; hàng tháng = 3; hầu như mỗi tuần = 4; hầu như hàng ngày = 5*). Từ câu trả lời của những NCT về tần suất thực hiện ba hoạt động nói trên, một biến thể hiện điểm số cho mức độ tham gia xã hội được thiết lập bằng cách cộng tổng giá trị mỗi câu trả lời. Biến này nhận các giá trị từ 0 đến 15 điểm, trong đó điểm số càng cao biểu thị mức độ tham gia xã hội càng cao hơn.

Trong khuôn khổ Mô hình Hai thành phần của Baltes, các hoạt động tham gia xã hội (như thăm hỏi bạn bè, dự đám cưới, đám tang, sinh hoạt tôn giáo hay tham gia các tổ chức xã hội) được phân loại vào nhóm hoạt động tiêu dùng (Consumptive Activities). Đặc trưng cốt lõi của nhóm hoạt động này là lợi ích nằm ở chính quá trình thực hiện, đòi hỏi sự hiện diện trực tiếp của bản thân NCT và không thể ủy thác cho người khác mà không làm mất đi giá trị trải nghiệm. Điều này đối lập với hoạt động sản xuất (như làm việc nhà, chăm sóc người thân), vốn hướng đến kết quả đầu ra và có thể thay thế bằng dịch vụ thuê ngoài mà vẫn đảm bảo đạt được mục đích. Maier & Klumb (2005) chỉ ra rằng chính bối cảnh xã hội, đặc biệt là thời gian dành cho việc tương tác, đóng vai trò then chốt trong việc dự báo tuổi thọ và duy trì sức khỏe, độc lập với nội dung cụ thể của hoạt động. Cơ chế ảnh hưởng của nhóm hoạt động này đối với sức khỏe chủ yếu diễn ra thông qua con đường tâm lý-xã hội (Psychosocial Pathway). Cụ thể, sự tham gia vào các hoạt động này thúc đẩy hỗ trợ xã hội, tạo cảm giác thuộc về cộng đồng và giảm phản ứng stress, từ đó góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống và duy trì sức khỏe.

Kết nối xã hội: những NCT được hỏi về tần suất họ thực hiện một số hoạt động nhất định gồm: i) đọc báo; ii) xem TV; iii) nghe radio; iv) sử dụng internet; và v) nghe radio công cộng. Tần suất của mỗi hoạt động cũng được chia thành sáu mức (*không bao giờ* = 0; *hiếm khi* = 1; *vài lần trong một năm* = 2; *hàng tháng* = 3; *gần như hàng tuần* = 4; *gần như hàng ngày* = 5). Câu trả lời cho tần suất thực hiện năm hoạt động trên được cộng tổng lại để tạo ra một điểm số thể hiện mức độ kết nối với xã hội của NCT. Biến này có giá trị ở trong khoảng từ 0 đến 25 điểm, trong đó điểm số càng cao hàm ý mức độ kết nối xã hội càng cao hơn.

Theo Mô hình Hai thành phần của Baltes, các hoạt động kết nối xã hội (như đọc sách, nghe đài, sử dụng internet để tìm kiếm thông tin) cũng được phân loại vào nhóm hoạt động tiêu dùng. Tuy nhiên, đặc trưng cốt lõi của nhóm hoạt động này là tính chất đơn lẻ và sự tập trung cao độ vào việc xử lý thông tin, khác biệt rõ rệt với các hoạt động tương tác xã hội trực tiếp như nhóm hoạt động tham gia xã hội nói trên. Bên cạnh đó, tương tự như các hoạt động tham gia xã hội thì đây là nhóm hoạt động không thể ủy thác cho người khác mà không làm mất đi lợi ích cốt lõi, vì giá trị nằm ở quá trình tư duy và trải nghiệm của bản thân người thực hiện. Cơ chế ảnh hưởng của nhóm hoạt động này đến sức khỏe NCT diễn ra chủ yếu thông qua con đường nhận thức (Cognitive Pathway). Việc thường xuyên tham gia vào các hoạt động kích thích trí tuệ giúp duy trì và củng cố chức năng nhận thức, tăng cường dự trữ nhận thức (cognitive reserve) và làm chậm quá trình suy giảm tinh thần liên quan đến tuổi tác. Klumb & Maier (2007) chỉ ra rằng, sự kích thích nhận thức từ các hoạt động này góp phần cải thiện khả năng xử lý thông tin và tăng cường cảm giác kiểm soát cá nhân (personal control), từ đó góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống và duy trì sức khỏe.

3.3.1.3. Phân nhóm biến độc lập theo khung lý thuyết của Dahlgren và Whitehead

Để đảm bảo tính hệ thống và khả năng đối chiếu với các nghiên cứu thực nghiệm trước đây về các yếu tố tác động đến sức khỏe NCT, luận án tiến hành phân nhóm các biến độc lập được đưa vào mô hình hồi quy dựa trên khung lý thuyết về các yếu tố quyết định sức khỏe của Dahlgren và Whitehead (1991) – cơ sở lý thuyết nền tảng đã được diễn giải chi tiết trong Chương 1. Cách tiếp cận này giúp xác định rõ vị trí của từng biến (đặc biệt là giáo dục) trong cấu trúc đa tầng các yếu tố quyết định sức khỏe, từ lớp các đặc điểm cá nhân cố định (tuổi, giới tính), lối sống, mạng lưới hỗ trợ xã hội đến lớp các điều kiện KT-XH và môi trường sống. Đáng chú ý, các biến số này đều là những chỉ báo thông dụng trong các nghiên cứu cùng lĩnh vực, qua đó khẳng định độ

tin cậy và tính phù hợp của mô hình nghiên cứu trong bối cảnh Việt Nam. Bảng dưới đây trình bày sự phân loại chi tiết các biến độc lập ở mục trên vào từng lớp tương ứng theo mô hình lý thuyết của Dahlgren và Whitehead:

Bảng 3.1: Phân nhóm các biến độc lập theo khung lý thuyết về các yếu tố tác động đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead

Lớp trong khung lý thuyết	Biến độc lập	Một số nghiên cứu khác có đề cập đến yếu tố
Lớp 1: Tuổi, giới tính và yếu tố di truyền	Tuổi	Ng & cộng sự (2010); Hessel & cộng sự (2020); Kumar & cộng sự (2023)
	Giới tính	Le & cộng sự (2020a); Le & cộng sự (2020b); Kumar & cộng sự (2023)
Lớp 2: Hành vi - lối sống	Hút thuốc	Yuan & cộng sự (2023); Kumar & cộng sự (2023)
	Kết nối xã hội	Adjei & cộng sự (2017); Arpino & Sole-Auro (2019)
Lớp 3: Mạng lưới cộng đồng và xã hội	Tình trạng hôn nhân	Hosseinpour & cộng sự (2012); Williams & cộng sự (2017); Yuan & cộng sự (2023)
	Tham gia xã hội	Schmitz & Pfortner (2018); Zhang & cộng sự (2021); Kumar & cộng sự (2022)
	Làm việc nhà	Adjei & cộng sự (2017)
	Chăm sóc cháu	Arpino & Sole-Auro (2019)
	Chăm sóc các thành viên khác	Matz-costa & cộng sự (2014); Marfeo & Ward (2020)
Lớp 4: Điều kiện sống và làm việc	Trình độ học vấn	Zhang & cộng sự (2021); Le & cộng sự (2020b); Kumar & cộng sự (2023)
	Nơi sinh sống	Hosseinpour & cộng sự (2012); Williams & cộng sự (2017)
	Dân tộc	Zhang & cộng sự (2021); Kumar & cộng sự (2023)
	Thu nhập tự đánh giá	Zhang & cộng sự (2019); Le & cộng sự (2020b); Vu & Giang (2024)
	Chỉ số điều kiện sống hộ gia đình	Hosseinpour & cộng sự (2012); Williams & cộng sự (2017); Zhang & cộng sự (2021)
	Làm công việc được trả lương	Adjei & cộng sự (2017); Le & cộng sự (2020b); Vu & Giang (2024)

Nguồn: Tác giả tự phân loại theo khung lý thuyết Dahlgren và Whitehead

Ghi chú: Khung lý thuyết của Dahlgren & Whitehead còn có Lớp 5 (Các điều kiện cấu trúc chung/vĩ mô như chính sách quốc gia, văn hóa, môi trường, xã hội). Tuy nhiên, với phạm vi nghiên cứu của khóa luận là ở cấp độ cá nhân, các biến số độc lập trong mô hình nghiên cứu chỉ thuộc bốn lớp đầu tiên.

3.3.2. Phương pháp phân tích dữ liệu

3.3.2.1. Phân tích tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi

Để thực hiện Giai đoạn 1 trong khung phân tích nêu trên (Mục 3.2), luận án trước hết phân tích yếu tố giáo dục cũng như các yếu tố khác ảnh hưởng đến sức khỏe NCT thông qua việc sử dụng các mô hình hồi quy. Do các biến phụ thuộc (SRH và IADL) là các biến nhị phân nên mô hình hồi quy logistic đa biến với phương pháp ước lượng hợp lý cực đại (MLE - Maximum Likelihood Estimation) là một mô hình phù hợp để xem xét tác động của giáo dục và các yếu tố khác đối với sức khỏe NCT. Hồi quy logistic đa biến cho phép đánh giá tác động của nhiều yếu tố kinh tế và xã hội (bao gồm cả giáo dục) đồng thời lên xác suất xảy ra hiện tượng “sức khỏe kém” cũng như “có hạn chế về IADL”. Các mô hình hồi quy logistic đa biến sẽ được xây dựng và ước lượng riêng cho từng biến phụ thuộc là SRH và IADL nhằm phân tích và đánh giá tác động của các yếu tố ảnh hưởng tới từng kết quả sức khỏe cụ thể. Mỗi mô hình đều tuân theo một cấu trúc tổng quát như sau:

$$\text{Logit} [P(Y_i = 1|X_i)] = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_k X_{ik}, \quad (1)$$

Trong đó:

- Y_i là biến phụ thuộc dạng nhị phân (SRH kém = 1; SRH tốt hoặc bình thường = 0; Hoặc: có ít nhất một hạn chế IADL = 1; không có hạn chế IADL = 0);
- $X_{i1}, X_{i2} \dots X_{ik}$ là các biến độc lập có ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe NCT (trong đó giáo dục là biến trọng tâm của phân tích);
- $P(Y_i = 1|X_i)$ là xác suất có điều kiện để biến phụ thuộc Y_i nhận giá trị 1 (tức là NCT báo cáo sức khỏe kém hoặc có ít nhất một hạn chế IADL) khi biết vector các biến độc lập X_i ;
- β_1, \dots, β_k lần lượt là hệ số ước lượng tương ứng với các biến độc lập X_i ; và
- β_0 là hằng số/hệ số chặn.

Sau khi xác định giá trị ước lượng của các hệ số β_i từ các hồi quy logistic đa biến, luận án tính toán tỷ số chênh hiệu chỉnh (adjusted Odds Ratio - aOR). Tỷ số này giúp đánh giá mối quan hệ giữa một yếu tố cụ thể và nguy cơ gặp vấn đề sức khỏe của NCT sau khi đã kiểm soát các yếu tố khác trong mô hình. Đối với mỗi biến độc lập có nhiều nhóm (categorical variable), một nhóm của biến độc lập được chỉ định làm nhóm tham chiếu (reference group), và các nhóm còn lại (comparative group) được so sánh với nhóm tham chiếu này. Ví dụ, biến trình độ giáo dục gồm hai nhóm “thấp” và “cao”

trong đó nếu nhóm “trình độ giáo dục thấp” được chỉ định là nhóm tham chiếu thì giá trị của aOR của nhóm này là 1. Trong điều kiện các yếu tố khác không thay đổi, khi aOR của nhóm so sánh (“trình độ giáo dục cao”) lớn hơn 1 (ví dụ aOR = 1,5) và có ý nghĩa thống kê thì hàm ý là NCT có trình độ giáo dục cao có xu hướng gặp vấn đề về sức khỏe (sức khỏe kém hoặc có hạn chế về IADL) cao hơn 1,5 lần so với nhóm NCT có trình độ giáo dục thấp. Ngược lại, nếu aOR của nhóm so sánh nhỏ hơn 1 (ví dụ aOR = 0,5) và có ý nghĩa thống kê thì hàm ý là nhóm NCT có trình độ giáo dục cao có xu hướng gặp vấn đề về sức khỏe chỉ bằng 0,5 lần so với nhóm NCT có trình độ giáo dục thấp.

3.3.2.2. Kiểm định mô hình

Về mặt lý thuyết, các yếu tố (các biến độc lập) được lựa chọn vào mô hình phân tích tác động đến sức khỏe NCT (thể hiện bằng SRH hoặc IADL) dựa trên cơ sở lý thuyết đã trình bày trong Chương 1 cũng như dựa vào tổng quan các nghiên cứu thực nghiệm trước đó đã trình bày trong Chương 2.

Về mặt kỹ thuật, trước khi thực hiện các bước tính toán và ước lượng, luận án tiến hành một loạt các phép kiểm định thống kê nhằm phát hiện và xử lý những vấn đề liên quan như chọn sai mô hình hoặc hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập... Mục đích của các kiểm định này là nhằm đảm bảo các mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng trên dữ liệu khảo sát có trọng số mẫu là đáng tin cậy, chính xác và có chất lượng cao trong quá trình phân tích. Cụ thể như sau:

Trước tiên, *kiểm định F-adjusted mean residual* (một phiên bản hiệu chỉnh của kiểm định Hosmer-Lemeshow phù hợp với dữ liệu khảo sát phức tạp có trọng số mẫu) được thực hiện để kiểm tra tính phù hợp tổng thể của mô hình (Goodness-of-Fit). Luận án lựa chọn các kiểm định trên thay vì sử dụng các kiểm định thường dùng như kiểm định AIC và kiểm định BIC là vì dữ liệu trong luận án có sử dụng trọng số mẫu trong các phân tích. Do đó, kiểm định AIC và kiểm định BIC không thể áp dụng trong trường hợp này (Archer & Lemeshow, 2006; Williams, 2015). Kiểm định F-adjusted mean residual chỉ áp dụng cho mô hình hồi quy logistic với dữ liệu khảo sát có trọng số mẫu, với cặp giả thuyết bao gồm:

- H_0 : Mô hình phù hợp với dữ liệu (tức là không có sai lệch đáng kể giữa xác suất quan sát và dự báo).
- H_1 : Mô hình không phù hợp với dữ liệu (tức là có sai lệch đáng kể giữa xác suất quan sát và dự báo).

Tiếp theo, *kiểm định Wald* được sử dụng để đánh giá xem nhóm các biến độc lập trong mô hình có ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê đến biến phụ thuộc hay không, tức là xem xét liệu việc đưa các biến này vào mô hình có thực sự cải thiện khả năng giải thích kết quả hay không. Kết quả của kiểm định sẽ cung cấp bằng chứng hỗ trợ việc lựa chọn các biến độc lập cho mô hình là hợp lý. Cụ thể, cặp giả thuyết của kiểm định bao gồm:

- H_0 : Tất cả các hệ số của các biến trong nhóm đều bằng 0 (tức là nhóm biến không có ảnh hưởng đến xác suất xảy ra biến phụ thuộc).
- H_1 : Ít nhất một hệ số trong nhóm khác 0 (tức là nhóm biến có ảnh hưởng có ý nghĩa đến biến phụ thuộc).

Về mặt dự báo, khả năng phân biệt của mô hình được xem xét dựa trên *kiểm định AUC*. Giá trị AUC (trong khoảng từ 0,5 đến 1) càng cao thì mô hình càng có khả năng phân biệt tốt giữa các trường hợp có xảy ra sự kiện và không xảy ra sự kiện. Cụ thể, khi $AUC \geq 0,7$, mô hình được xem là có khả năng dự báo ở mức chấp nhận được; nói cách khác, giá trị AUC cho biết mô hình logistic đa biến có khả năng phân biệt tốt giữa các cá nhân có và không có sự kiện xảy ra (như gặp vấn đề về sức khỏe và không gặp vấn đề về sức khỏe).

Tiếp theo, *kiểm định Linktest* được thực hiện để phát hiện hai vấn đề nghiêm trọng có thể làm sai lệch kết quả mô hình hồi quy là sai dạng hàm và bỏ sót biến quan trọng (Pregibon, 1980). Kết quả của kiểm định này góp phần củng cố độ tin cậy của mô hình về mặt đặc trưng hóa. Cụ thể, cặp giả thuyết của kiểm định bao gồm:

- H_0 : Không bị sai dạng hàm hoặc bỏ sót biến quan trọng (tức là mô hình được đặc trưng hóa đúng).
- H_1 : Mô hình bị sai dạng hàm hoặc có bỏ sót biến quan trọng.

Cuối cùng, kiểm định *Hệ số phóng đại phương sai (VIF)* được thực hiện nhằm đảm bảo mô hình không có hiện tượng đa cộng tuyến – một vấn đề có thể làm sai lệch các kết quả ước lượng. Các biến độc lập có chỉ số VIF dưới 4 được coi là đủ điều kiện để đưa vào mô hình làm biến giải thích (O'brien, 2007).

3.3.2.3. Vai trò của các yếu tố trung gian trong tác động của giáo dục tới sức khỏe

Bước kế tiếp nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu thứ nhất mà luận án đã đề ra là xác định hoạt động tích cực hàng ngày nào (hoạt động sản xuất; tham gia xã hội; kết nối xã hội) giữ vai trò trung gian quan trọng nhất trong tác động tích cực của giáo dục tới sức

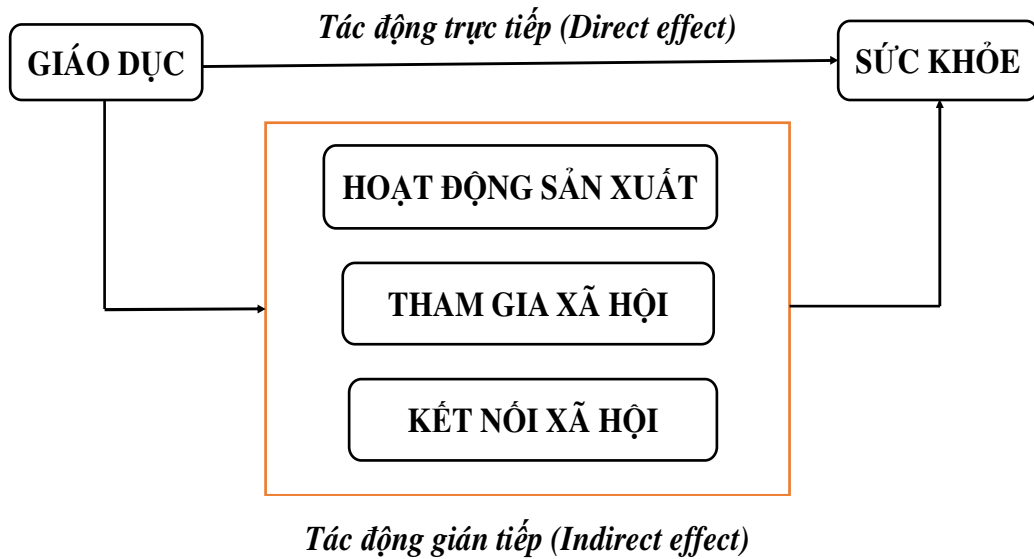
khỏe NCT Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu sử dụng phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB) (Kohler & cộng sự, 2011; Karlson & cộng sự, 2012; Arpino & Sole-Auro, 2019) để lượng hóa tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT thông qua các yếu tố trung gian này.

Phương pháp KHB là một phương pháp mới được phát triển gần đây, cho phép đánh giá những tác động gây nhiễu (confounding effects) thông qua việc phân tách tổng tác động (total effect) thành hai phần là tác động trực tiếp (direct effects) và tác động gián tiếp (indirect effects) cho các mô hình có biến rời rạc và biến liên tục. Khác với các phương pháp phân tích trung gian truyền thống – vốn dựa trên giả định về tính tuyến tính và khả năng so sánh trực tiếp hệ số – phương pháp KHB khắc phục được vấn đề chệch do thay đổi thang đo trong các mô hình hồi quy phi tuyến như logit hoặc probit (Karlson & Holm, 2011; Karlson & cộng sự, 2012). Cụ thể, trong bối cảnh biến phụ thuộc là nhị phân, việc thêm biến trung gian vào mô hình không làm thay đổi phương sai phân dư (do bị cố định theo quy ước mô hình), nhưng lại làm thay đổi ngầm định thang đo của biến tiềm ẩn nên khiến việc so sánh trực tiếp hệ số ước lượng giữa các mô hình trở nên không hợp lệ. Điều này làm cho các ước lượng tác động gián tiếp từ phương pháp truyền thống thiếu tin cậy. Phương pháp KHB giải quyết vấn đề này bằng cách kiểm soát sự khác biệt về thang đo tiềm ẩn, cho phép tách biệt một cách chính xác tác động trực tiếp và tác động gián tiếp ngay cả khi sử dụng cùng một mẫu quan sát. Nhờ đó, KHB cung cấp các kết quả phân rã không chệch (unbiased decomposition), làm tăng độ tin cậy của kết luận về vai trò trung gian của các yếu tố trong mô hình. Do đó, phương pháp này ngày càng được ưa chuộng trong các nghiên cứu định lượng hiện đại, đặc biệt trong bối cảnh phân tích dữ liệu khảo sát có biến phụ thuộc nhị phân (Kumar & cộng sự, 2022).

Trong nghiên cứu này, tác động gián tiếp là một phần tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT được giải thích bằng sự khác biệt về mức độ thực hiện các hoạt động sản xuất, sự tham gia xã hội và kết nối xã hội giữa hai nhóm NCT theo trình độ giáo dục, tức là một phần tác động của giáo dục được trung gian bởi các yếu tố nói trên. Mức độ đóng góp của tất cả các yếu tố trung gian vào sự khác biệt sức khỏe ở NCT theo giáo dục (trình độ học vấn cao nhất) tương ứng với tỷ lệ của tác động gián tiếp (indirect effect) trên tổng tác động (total effect).

Ngoài ra, phương pháp KHB còn cho phép phân tách tác động gián tiếp thành các phần do từng trung gian riêng biệt gây ra (Arpino & Sole-Auro, 2019). Nói cách khác, phương pháp này giúp chúng ta xác định được mỗi một biến trung gian trong mô hình

đóng góp thế nào vào tác động gián tiếp để qua đó so sánh được tầm quan trọng tương đối giữa các hoạt động sản xuất, việc tham gia xã hội và kết nối xã hội trong vai trò là trung gian trong tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT. Tác động trực tiếp (direct effect) có thể bao gồm những tác động từ những biến trung gian khác chưa được đưa vào mô hình. Tác động tổng hợp (total effect) là tổng của các tác động trực tiếp và gián tiếp (Kohler & cộng sự, 2011).



Hình 3.2. Phân rã tổng tác động của giáo dục tới sức khỏe thành hai thành phần trực tiếp và gián tiếp

Nguồn: Tác giả xây dựng dựa trên cơ sở lý thuyết và tổng quan các nghiên cứu

Do luận án sử dụng dữ liệu được thu thập từ một khảo sát cắt ngang (cross-sectional data) nên không thể xác định hướng nhân quả giữa trình độ giáo dục và tình trạng sức khỏe NCT (đo lường bằng SRH hay IADL) và các yếu tố trung gian trong mô hình. Vì vậy, “tác động” nên được hiểu theo cách diễn giải thống kê hơn là theo cách diễn giải mối quan hệ nhân quả.

3.3.2.4. Phân tích vai trò của giáo dục tới sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi

Dựa trên những bằng chứng thực nghiệm về cơ chế tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT đã được thiết lập ở giai đoạn trước thông qua việc thực hiện các hồi quy logistic đa biến và phương pháp KHB, bước tiếp theo sẽ giải đáp câu hỏi nghiên cứu thứ hai được đặt ra trong luận án là định lượng mức độ đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT (nam/nữ và thành thị/nông thôn). Cụ thể, nghiên cứu sử dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder (Oaxaca, 1973) để phân tách sự khác biệt trong xác suất xảy ra “SRH kém” và “có hạn chế IADL” giữa các nhóm NCT

(nam/nữ và thành thị/nông thôn) thành hai thành phần: i) thành phần “giải thích được” là thành phần phát sinh do xác suất dự báo trung bình của hai nhóm có các giá trị khác nhau đối với các đặc điểm đã biết (tức là những đặc điểm được cho là yếu tố có tác động đến sự chênh lệch về xác suất “SRH kém” và “có hạn chế IADL” trong mô hình hồi quy logistic), trong đó yếu tố quan tâm ở nghiên cứu này là trình độ học vấn cao nhất của NCT; và ii) thành phần “không giải thích được” là thành phần được cho là do các tác động khác biệt của các yếu tố đối với mỗi nhóm cũng như các yếu tố khác không có trong mô hình hồi quy logistic (Hosseinpoor & cộng sự, 2012). Cụ thể, phương trình xác định sự khác biệt giá trị xác suất dự báo trung bình của các biến số và các thông số ước lượng cho mỗi nhóm NCT phân theo giới tính (nam/nữ) và nơi sinh sống (thành thị/nông thôn) được biểu diễn như sau (Yun, 2004):

$$\bar{y}_m - \bar{y}_n = (\bar{x}_m - \bar{x}_n)\beta_m + \bar{x}_n(\beta_m - \beta_n), \quad (2)$$

Trong đó:

- y là biến phụ thuộc; x là biến độc lập (biến giải thích); β là hệ số hồi quy; m và n lần lượt là các nhóm NCT phân chia theo các đặc điểm nhân khẩu học khác nhau (ví dụ nam so với nữ; thành thị so với nông thôn).
- $(\bar{x}_m - \bar{x}_n)\beta_m$ là thành phần “giải thích được” và xác định một phần chênh lệch giữa biến phụ thuộc là do sự khác biệt trung bình ở những biến độc lập (trong đó giáo dục là biến được quan tâm) giữa nhóm m và nhóm n .
- $\bar{x}_n(\beta_m - \beta_n)$ là thành phần “không giải thích được”, được cho là do các tác động khác biệt của các yếu tố (trong đó có giáo dục là biến được quan tâm) đối với mỗi nhóm cũng như các yếu tố khác không có trong mô hình hồi quy.

Lưu ý là, việc thực hiện phân rã các biến số theo phương pháp phân rã Oaxaca-Blinder chuẩn là không thích hợp do các biến phụ thuộc đo lường sức khỏe trong luận án này đều là biến nhị phân. Vì vậy, luận án sử dụng phương pháp Oaxaca-Blinder mở rộng được áp dụng cho các mô hình phi tuyến tính (Fairlie, 2005; Yun, 2000; Yun, 2004). Phương trình áp dụng cho một mô hình phi tuyến được viết như sau (Fairlie, 2005):

$$\bar{y}_m - \bar{y}_n = \left[\sum_{i=1}^{N_m} \frac{F(x_i^m \hat{\beta}_m)}{N_m} - \sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \hat{\beta}_m)}{N_n} \right] + \left[\sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \hat{\beta}_m)}{N_n} - \sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \hat{\beta}_n)}{N_n} \right], \quad (3)$$

Trong đó:

- y là các biến phụ thuộc SRH và IADL có dạng nhị phân; N_m và N_n là số lượng quan sát tương ứng của nhóm m và nhóm n ; F là hàm phân phối tích lũy từ phân phối logistic.

- $\left[\sum_{i=1}^{N_m} \frac{F(x_i^m \widehat{\beta}_m)}{N_m} - \sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \widehat{\beta}_m)}{N_n} \right]$ cho biết sự khác biệt trong xác suất để biến y nhận giá trị bằng 1 hoặc bằng 0 do sự khác biệt trong phân phối của một biến độc lập x .
- $\left[\sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \widehat{\beta}_m)}{N_n} - \sum_{i=1}^{N_n} \frac{F(x_i^n \widehat{\beta}_n)}{N_n} \right]$ là thành phần xác định sự khác biệt về xác suất để biến y nhận giá trị bằng 1 hoặc bằng 0 do sự khác biệt về hệ số hồi quy β của nhóm m và n (Fairlie, 2005).

CHƯƠNG 4: THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ TÁC ĐỘNG CỦA GIÁO DỤC ĐẾN SỰ KHÁC BIỆT SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM

4.1. Thực trạng sức khỏe của người cao tuổi Việt Nam

4.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu và kinh tế - xã hội của người cao tuổi Việt Nam

4.1.1.1. Các đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 4.1 thể hiện cấu trúc nhóm dân số già hóa của Việt Nam theo các đặc điểm nhân khẩu học. Về độ tuổi, đa số NCT tập trung ở nhóm 50–59 tuổi (47,73%) và 60–69 tuổi (31,76%), cho thấy xu hướng già hóa đang diễn ra ở giai đoạn đầu tuổi già. Tỷ lệ người thuộc nhóm tuổi 70–79 và từ 80 trở lên lần lượt là 13,01% và 7,5%. Cơ cấu tuổi này tương đồng với kết quả của một báo cáo gần đây cho thấy nhóm sơ lão (60–69) chiếm tỷ trọng cao nhất trong cơ cấu dân số già hóa của Việt Nam giai đoạn 2009–2019 (GSO & UNFPA, 2021).

Về giới tính, tỷ lệ phụ nữ cao hơn nhiều so với nam giới (59,61% so với 40,39%), thể hiện xu hướng phổ biến trong nhiều báo cáo nghiên cứu về già hóa dân số, đó là nữ giới thường có tuổi thọ cao hơn nam giới. Kết quả này tương đồng với một báo cáo cho thấy phụ nữ cao tuổi chiếm tỷ trọng cao hơn so với nam giới trong cơ cấu nhóm dân số già hóa của Việt Nam và đáng chú ý là tình trạng góa bụa ở phụ nữ phổ biến hơn nam giới rất nhiều (GSO & UNFPA, 2021). Thực trạng này làm nổi bật những thách thức về duy trì điều kiện sống và chất lượng cuộc sống của NCT, đặc biệt nghiêm trọng đối với nhóm phụ nữ cao tuổi. Việc phải đối mặt với tình trạng sống đơn thân trong giai đoạn cuối đời không chỉ gây ra những khó khăn trực tiếp về sức khỏe thể chất do thiếu hụt sự hỗ trợ chăm sóc hàng ngày, mà còn tạo ra gánh nặng tâm lý lớn từ cảm giác cô lập và thiếu kết nối xã hội. Những yếu tố này cộng hưởng lại, làm suy giảm đáng kể phúc lợi chung của nhóm dân cư vốn đã thuộc diện dễ bị tổn thương này.

Xét theo nơi sinh sống, phần lớn NCT sinh sống ở khu vực nông thôn (69,36%), chỉ khoảng một phần ba (30,64%) sống ở thành thị, cho thấy sự phân bố không đồng đều theo nơi sống. Mặc dù Việt Nam đang trải qua quá trình đô thị hóa nhanh chóng, song thực tế cho thấy đại bộ phận NCT vẫn duy trì nơi cư trú tại các vùng nông thôn. Đây là một đặc điểm nhân khẩu học đáng lưu tâm, bởi sự phân bố này làm nổi bật những thách thức bất bình đẳng giữa các khu vực. Cụ thể, so với nhóm đối tượng cùng lứa tuổi sinh sống tại đô thị, NCT ở nông thôn thường phải đối mặt với nhiều rào cản hệ thống hơn, từ việc hạn chế tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng và mạng

lưới an sinh xã hội, cho đến mức sống chung thấp hơn (Pham & cộng sự, 2018; Le & cộng sự, 2020a; Nguyen & Giang, 2021). Những yếu tố này cộng hưởng lại, đặt nhóm dân số này vào vị thế dễ bị tổn thương hơn trước các rủi ro về sức khỏe và kinh tế.

Ngoài ra, xét về cấu trúc hôn nhân, hơn 70% NCT hiện đang sống cùng vợ hoặc chồng, trong khi nhóm ly hôn, góa bụa hoặc chưa từng kết hôn chiếm khoảng 27,63%. Về thành phần dân tộc, người Kinh chiếm đa số tuyệt đối (94,8%), phần còn lại thuộc các dân tộc thiểu số. Những khác biệt đáng kể trên phản ánh tính đa dạng nhưng không đồng đều trong cấu trúc hôn nhân và dân tộc của nhóm dân số cao tuổi tại Việt Nam. Điều này đặt ra yêu cầu cần phân tích sâu hơn về những rủi ro sức khỏe và nhu cầu chăm sóc đặc thù, đặc biệt đối với các nhóm yếu thế như NCT sống đơn thân hoặc thuộc nhóm dân tộc thiểu số.

Bảng 4.1: Đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi

Đặc điểm	Số quan sát (N)	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi</i>		
50-59	1.273	47,73
60-69	1.294	31,76
70-79	857	13,01
80+	752	7,5
<i>Giới tính</i>		
Nữ	2.479	59,61
Nam	1.697	40,39
<i>Nơi sinh sống</i>		
Nông thôn	3.535	69,36
Thành thị	641	30,64
<i>Tình trạng hôn nhân</i>		
Đã ly hôn, góa hoặc chưa kết hôn	1.400	27,63
Hiện đang có vợ/chồng	2.776	72,37
<i>Dân tộc</i>		
Dân tộc khác	563	5,2
Dân tộc Kinh	3.613	94,8

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Tỷ lệ % tính theo trọng số mẫu khảo sát

4.1.1.2. Các đặc điểm kinh tế - xã hội

Bảng 4.2 thể hiện các đặc điểm KT-XH của NCT Việt Nam theo các thông tin về trình độ học vấn cao nhất, thu nhập, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và điều kiện kinh tế hộ gia đình...

Về trình độ học vấn cao nhất, phần lớn NCT đã hoàn thành chương trình tiểu học trở lên (70,18%) trong khi số người chưa từng đi học hoặc chưa học hết tiểu học chiếm gần 30%. Dữ liệu cho thấy mặc dù đa số NCT đã có cơ hội tiếp cận với giáo dục phổ thông, song vẫn tồn tại một tỷ lệ đáng kể chưa hoàn thành các bậc học cơ bản. Sự thiếu hụt này không chỉ là một khoảng trống về bằng cấp, mà còn tạo ra rào cản thực tế trong việc tiếp nhận và xử lý các thông tin y tế - sức khỏe ngày càng phức tạp. Hệ quả là nhóm đối tượng này gặp khó khăn hơn trong việc chủ động chăm sóc bản thân cũng như hạn chế khả năng tham gia sâu rộng vào các hoạt động xã hội, từ đó làm gia tăng nguy cơ bị cô lập và suy giảm sức khỏe so với những người có trình độ học vấn cao hơn.

Xét trên khía cạnh an sinh tài chính, bức tranh về đời sống của NCT cho thấy những thách thức còn tồn tại song song với các thành tựu về bảo đảm tiếp cận y tế. Cụ thể, có tới 50,24% số NCT tự đánh giá thu nhập hiện tại không đủ để đáp ứng đầy đủ các nhu cầu sinh hoạt. Con số này phản ánh sự phân hóa rõ rệt về mức sống và áp lực kinh tế mà một bộ phận không nhỏ nhóm dân số này đang phải đối mặt, đặc biệt trong bối cảnh chi phí sinh hoạt và chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng. Tuy nhiên, ở khía cạnh tiếp cận dịch vụ y tế, kết quả lại ghi nhận một tín hiệu khả quan: tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế ở NCT đạt mức rất cao, lên tới 90,9%. Đây là minh chứng cụ thể cho hiệu quả của các nỗ lực chính sách nhằm mở rộng mạng lưới an sinh xã hội, giúp giảm bớt rào cản tài chính khi NCT cần sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh.

Xét đến khía cạnh điều kiện kinh tế hộ gia đình, việc phân chia mẫu nghiên cứu theo ngũ phân vị thu nhập cho thấy một bức tranh phân bố khá rõ ràng. Cụ thể, khi áp dụng trọng số mẫu để đảm bảo tính đại diện, tỷ lệ NCT thuộc nhóm nghèo nhất chỉ chiếm 15,86%, trong khi con số này tăng dần qua các mức thu nhập và đạt mức cao nhất ở nhóm giàu nhất với 26,53%. Sự chênh lệch này không chỉ phản ánh hiện thực về sự phân tầng kinh tế trong cộng đồng NCT, mà còn cho thấy xu hướng tập trung đáng kể vào các nhóm hộ gia đình có điều kiện tài chính từ trung bình khá trở lên. Điều này gợi ý rằng một bộ phận lớn NCT đang sinh sống trong các hộ gia đình có nguồn lực kinh tế tương đối ổn định.

Bảng 4.2: Đặc điểm về kinh tế - xã hội của người cao tuổi

Đặc điểm	Số quan sát (N)	Tỷ lệ (%)
<i>Trình độ giáo dục</i>		
Chưa từng đi học/chưa hoàn thành tiểu học	1.634	29,82
Có bằng tiểu học trở lên	2.542	70,18
<i>Thu nhập tự đánh giá</i>		
Không đủ cho nhu cầu	2.289	50,24
Đủ cho nhu cầu	1.887	49,76
<i>Bảo hiểm y tế</i>		
Không có	320	9,1
Có	3.856	90,9
<i>Điều kiện kinh tế của hộ gia đình</i>		
Nhóm nghèo nhất	836	15,86
Nhóm 2	836	17,4
Nhóm 3	834	18,23
Nhóm 4	835	21,98
Nhóm giàu nhất	835	26,53

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Tỷ lệ % tính theo trọng số mẫu khảo sát

4.1.1.3. Tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày

Bảng 4.3 thể hiện mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày của NCT Việt Nam, gồm có các hoạt động sản xuất (như làm các công việc tạo ra thu nhập, làm việc nhà, chăm sóc gia đình), các hoạt động thể hiện sự tham gia xã hội và kết nối xã hội.

Về các hoạt động sản xuất, số giờ trung bình làm các công việc được trả lương hàng tuần của NCT Việt Nam là 22,21 giờ (Khoảng tin cậy 95%: 21,04 – 23,39). Điều này cho thấy nhiều NCT vẫn đang tiếp tục tham gia vào thị trường lao động với mức độ đáng kể. Ở khía cạnh chăm sóc gia đình, NCT Việt Nam dành trung bình 1,91 giờ mỗi ngày để chăm sóc cháu (Khoảng tin cậy 95%: 1,71 – 2,11) và 0,4 giờ mỗi ngày để chăm sóc các thành viên khác trong gia đình (Khoảng tin cậy 95%: 0,33 – 0,46). Ngoài ra, tỷ lệ NCT báo cáo có làm việc nhà rất cao, với 90,79% số người được hỏi khẳng định họ có làm việc nhà. Những kết quả trên gợi mở rằng NCT tại Việt Nam không chỉ là đối tượng thụ hưởng chăm sóc mà vẫn đang đóng góp đáng kể vào vận hành đời

sống hộ gia đình thông qua các hoạt động thường nhật, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hỗ trợ họ duy trì năng lực này.

Về khía cạnh xã hội, các chỉ số đo lường cho thấy mức độ tham gia hoạt động xã hội trung bình của NCT đạt 5,26 điểm (Khoảng tin cậy 95%: 5,09 – 5,43) trên thang điểm tối đa 15, trong khi chỉ số kết nối xã hội trung bình ở mức 9,73 điểm (Khoảng tin cậy 95%: 9,42 – 10,03) trên tổng số 25 điểm. Mặc dù các con số này chưa phản ánh mức độ tham gia sâu rộng, nhưng chúng khẳng định rằng đa phần NCT vẫn duy trì được những mối liên hệ và sự hiện diện nhất định trong các mạng lưới xã hội.

Bảng 4.3: Tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày

Hoạt động tích cực hàng ngày	Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)
<i>Hoạt động sản xuất:</i>	
Số giờ làm các công việc được trả lương hàng tuần	22,21 (21,04 – 23,39)
Số giờ chăm sóc cháu mỗi ngày	1,91 (1,71 – 2,11)
Số giờ chăm sóc các thành viên khác trong gia đình mỗi ngày	0,4 (0,33 – 0,46)
Có làm việc nhà	90,79 ^a (89,57 – 91,87)
<i>Chỉ tiêu về mức độ tham gia xã hội^b</i>	5,26 (5,09 – 5,43)
<i>Chỉ tiêu về mức độ kết nối xã hội^c</i>	9,73 (9,42 – 10,03)

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Giá trị và tỷ lệ trung bình tính theo trọng số mẫu khảo sát; ^aTỷ lệ (%) trung bình NCT trả lời có làm việc nhà; ^bmin = 0 và max = 15; ^cmin = 0 và max = 25

4.1.1.4. Cơ cấu trình độ học vấn cao nhất theo các đặc điểm nhân khẩu

Luận án này tập trung phân tích vai trò của yếu tố giáo dục trong việc tác động đến sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm NCT có đặc điểm nhân khẩu học khác nhau, cụ thể là giới tính (nam/nữ) và nơi sinh sống (thành thị/nông thôn). Dựa trên dữ liệu từ Hình 4.1, có thể nhận thấy sự chênh lệch đáng kể về trình độ học vấn cao nhất giữa các nhóm NCT theo hai đặc trưng nêu trên.

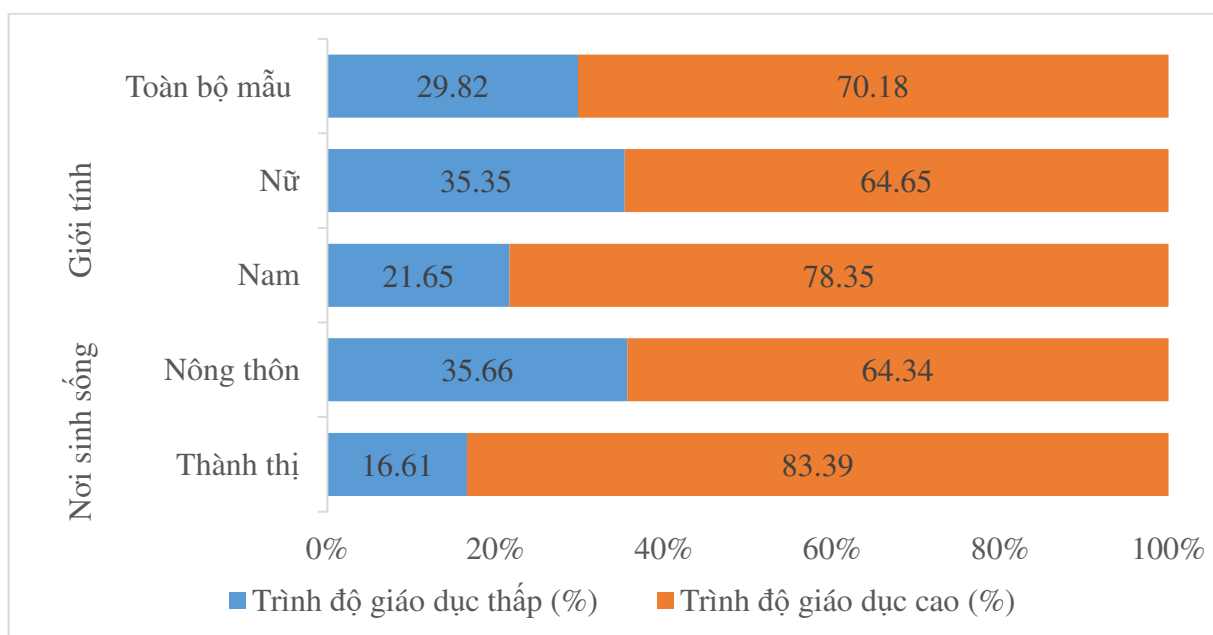
Xét về giới tính, tỷ lệ phụ nữ có trình độ giáo dục thấp đạt mức 35,35%, cao gần gấp rưỡi so với tỷ lệ ở nam giới (21,65%). Điều này cho thấy, trung bình cứ 100 phụ nữ cao tuổi tại Việt Nam thì có khoảng 35 người chưa từng đi học hoặc chưa hoàn thành chương trình tiểu học, trong khi con số tương ứng đối với nam giới chỉ là khoảng 21 người. Ngược lại, tỷ lệ nam giới có bằng tiểu học trở lên chiếm tới 78,35%, vượt trội so với tỷ lệ này ở nữ giới là 64,65%. Nói cách khác, trong số 100 NCT là nam giới, 78 người đã tốt nghiệp tiểu học hoặc có trình độ cao hơn, trong khi tỷ lệ này ở nữ giới chỉ là 64 người.

Sự chênh lệch trên phản ánh rõ nét di chứng của bất bình đẳng giới trong tiếp cận giáo dục từ các thập kỷ trước, khi phụ nữ thường gặp nhiều rào cản hơn nam giới trong việc đến trường. Hệ quả là, trong nhóm dân số cao tuổi hiện nay, khoảng cách về trình độ học vấn giữa hai giới vẫn còn tồn tại đáng kể.

Xét theo nơi sinh sống, sự chênh lệch về trình độ giáo dục giữa NCT sống ở thành thị và nông thôn cũng rất rõ rệt. Tỷ lệ NCT ở khu vực nông thôn có trình độ giáo dục thấp là 35,66%, gấp hơn hai lần so với tỷ lệ ở khu vực thành thị (16,61%). Điều này hàm ý rằng trung bình cứ 100 NCT sinh sống tại vùng nông thôn thì có khoảng 35 người chưa từng đi học hoặc chưa hoàn thành tiểu học, trong khi ở khu vực thành thị, tỷ lệ này chỉ là 16 người. Ngược lại, tỷ lệ NCT có trình độ giáo dục từ tiểu học trở lên ở thành thị đạt 83,39%, cao hơn đáng kể so với mức 64,34% ở khu vực nông thôn.

Dữ liệu cho thấy một sự phân hóa rõ rệt về trình độ học vấn giữa NCT tại hai khu vực thành thị và nông thôn. Cụ thể, nhóm NCT sinh sống tại các đô thị thường sở hữu nền tảng giáo dục cao hơn đáng kể so với những người cùng lứa tuổi ở vùng nông thôn. Sự chênh lệch này không chỉ phản ánh lịch sử tiếp cận cơ hội học tập khác biệt trong quá khứ, mà còn khẳng định sự tồn tại của một khoảng cách giáo dục sâu sắc, tạo nên tính không đồng nhất trong cấu trúc dân số già hóa dựa trên yếu tố nơi cư trú.

Tóm lại, các kết quả phân tích đã làm rõ sự tồn tại của những chênh lệch đáng kể về trình độ giáo dục giữa các nhóm NCT, đặc biệt khi xét theo yếu tố giới tính và nơi sinh sống. Những chênh lệch này không chỉ là di chứng từ các hạn chế trong quá khứ liên quan đến công bằng trong tiếp cận giáo dục, mà còn đóng vai trò như một nhân tố nền tảng, dẫn dắt và hình thành nên sự khác biệt về sức khỏe hiện tại giữa các nhóm dân số cao tuổi tại Việt Nam.



Hình 4.1. Cơ cấu (%) trình độ học vấn của người cao tuổi theo giới tính và khu vực sinh sống

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Tỷ lệ % tính theo trọng số mẫu khảo sát

4.1.2. Thực trạng sức khỏe của người cao tuổi Việt Nam

4.1.2.1. Thực trạng sức khỏe tự đánh giá (SRH)

Bảng 4.4 cung cấp dữ liệu phản ánh thực trạng sức khỏe của NCT tại Việt Nam thông qua chỉ tiêu sức khỏe tự đánh giá (SRH). Theo đó, hơn một nửa số NCT (56,19%) báo cáo sức khỏe của họ ở mức tốt/bình thường, trong khi phần còn lại (43,81%) cho rằng sức khỏe của họ ở mức kém/rất kém. Những con số trên cho thấy nhìn chung tồn tại sự khác biệt trong cách mà NCT đánh giá sức khỏe bản thân, thể hiện sự đa dạng trong nhận thức và cảm nhận về tình trạng sức khỏe của họ.

Ngoài ra, Bảng 4.4 cho thấy tình hình tự đánh giá sức khỏe của NCT Việt Nam theo hai trạng thái (“tốt/bình thường” và “kém”), đồng thời cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm NCT dựa trên trình độ giáo dục, giới tính và nơi sinh sống. Đầu tiên, kết quả từ bảng này cho thấy khi xét toàn bộ mẫu nghiên cứu (chưa phân chia theo trình độ giáo dục và các đặc điểm nhân khẩu học) thì tỷ lệ NCT báo cáo sức khỏe tốt/bình thường (56,19%) cao hơn khoảng 13 điểm phần trăm so với báo cáo sức khỏe kém (43,81%). Tuy nhiên, khi đi sâu phân tích theo trình độ giáo dục, sự khác biệt về tình trạng SRH giữa các nhóm trở nên rõ rệt. Cụ thể, tỷ lệ NCT có sức khỏe tốt hoặc bình thường ở nhóm có trình độ học vấn thấp chỉ đạt 39,1%, thấp hơn đáng kể so với nhóm có trình độ học vấn cao (63,45%). Điều này hàm ý cứ 10 NCT chưa từng đi học hoặc

chưa có bằng tiểu học thì chỉ có khoảng 3,9 người báo cáo sức khỏe tốt trong khi con số này ở nhóm có bằng tiểu học trở lên là khoảng 6,3 người. Kết quả trên cho thấy chỉ cần được giáo dục cơ bản (ít nhất hoàn thành bậc tiểu học) thì khả năng NCT báo cáo sức khỏe tốt tăng lên đáng kể. Những phát hiện này bước đầu cho thấy giáo dục có vai trò tích cực trong việc nâng cao sức khỏe NCT từ góc độ chủ quan (tự nhận thức và đánh giá).

Thứ hai, khi phân chia NCT theo giới tính thì có thể thấy ở cả hai giới tỷ lệ báo cáo sức khỏe tốt/bình thường đều tăng lên khoảng hơn 20 điểm phần trăm khi NCT có trình độ giáo dục cao hơn, đồng nghĩa tỷ lệ báo cáo sức khỏe kém giảm đi đáng kể khi cả nam giới (từ 57,74% xuống 34,93%) và phụ nữ (từ 62,21% xuống 37,87%) có trình độ giáo dục từ tiểu học trở lên. Như vậy, kết quả bước đầu cho thấy giáo dục có tác động tích cực đến sức khỏe tự đánh giá ở cả nam và nữ cao tuổi. Mặt khác, khi xem xét ở góc độ tổng thể, nam giới lớn tuổi có xu hướng đánh giá sức khỏe của bản thân một cách lạc quan hơn đáng kể so với nữ giới cùng độ tuổi. Dù tỷ lệ cá nhân báo cáo sức khỏe ở mức tốt hoặc bình thường đều vượt trội so với tỷ lệ báo cáo sức khỏe kém ở cả hai giới, thì khoảng cách này ở nam giới lại lớn hơn đáng kể so với nữ giới. Cụ thể, chênh lệch giữa tỷ lệ báo cáo sức khỏe tốt/bình thường và sức khỏe kém ở nam giới vào khoảng 20 điểm phần trăm (60,13% so với 39,87%), trong khi con số này ở phụ nữ chỉ là khoảng 7 điểm phần trăm (53,52% so với 46,48%). Khoảng cách đáng kể này phù hợp với các kết quả phân tích được trình bày trong Hình 4.1 về cơ cấu trình độ giáo dục của NCT theo giới tính. Theo đó, nam giới cao tuổi có trình độ giáo dục cao hơn đáng kể so với nữ giới. Do đó, có bằng chứng hỗ trợ giả thuyết cho rằng giáo dục có tác động tích cực đến sức khỏe của NCT. Trình độ giáo dục cao hơn ở nam giới có thể là một yếu tố quan trọng góp phần tạo ra sự khác biệt về tình trạng SRH giữa nam giới và phụ nữ lớn tuổi tại Việt Nam.

Cuối cùng, khi xem xét dựa trên nơi sinh sống, kết quả cho thấy ở cả thành thị và nông thôn, tỷ lệ NCT tự đánh giá sức khỏe của mình là tốt/bình thường đều tăng lên đáng kể khi họ có học vấn cao hơn. Cụ thể, tại thành thị, tỷ lệ NCT báo cáo sức khỏe tốt/bình thường tăng khoảng 20 điểm phần trăm (từ 50,49% lên 70,47%) khi họ có bằng cấp từ tiểu học trở lên. Tại nông thôn, số liệu cũng cho thấy xu hướng tương tự khi tỷ lệ NCT báo cáo sức khỏe của mình là tốt/bình thường tăng khoảng 22 điểm phần trăm (từ 36,76% lên 59,44%) khi họ có học vấn cao hơn. Mặt khác, khi nhìn một cách tổng thể, nhóm NCT sống ở thành thị báo cáo sức khỏe của mình tốt hơn so với nhóm sống tại nông thôn. Mặc dù ở cả khu vực thành thị và nông thôn, tỷ lệ NCT báo cáo sức khỏe ở mức tốt hoặc bình thường đều cao hơn so với tỷ lệ những người cho rằng sức khỏe

của họ kém, nhưng khoảng cách này tại thành thị lớn hơn đáng kể so với nông thôn. Cụ thể, ở thành thị, có khoảng 67,15% NCT tự nhận sức khỏe tốt hoặc bình thường, so với chỉ 32,85% cho rằng sức khỏe kém, tức là chênh lệch lên tới 34 điểm phần trăm. Còn tại nông thôn, tỷ lệ NCT báo cáo sức khỏe tốt hoặc bình thường là 51,35%, trong khi tỷ lệ cho biết sức khỏe kém là 48,65%, nghĩa là chênh lệch chỉ khoảng 2,7 điểm phần trăm. Sự chênh lệch đáng kể này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả phân tích được trình bày trong Hình 4.1 về cơ cấu trình độ giáo dục của NCT theo nơi sinh sống. Nhìn chung, NCT sống ở thành thị có trình độ giáo dục cao hơn đáng kể so với những người sống ở nông thôn. Từ đó, có cơ sở để cho rằng giáo dục có tác động tích cực đến sức khỏe của NCT. Trình độ giáo dục cao hơn ở nhóm NCT thành thị là một yếu tố quan trọng góp phần tạo nên sự khác biệt về tình trạng SRH giữa NCT ở thành thị và nông thôn tại Việt Nam.

Bảng 4.4: Tỷ lệ (%) báo cáo sức khỏe tự đánh giá (SRH) theo trình độ học vấn cao nhất và đặc điểm nhân khẩu học

	Trình độ học vấn thấp	Trình độ học vấn cao	Tỷ lệ trên tổng nhóm quan sát
Toàn bộ mẫu (N = 4.176)			
Sức khỏe tốt/ bình thường	39,10	63,45	56,19
Sức khỏe kém	60,90	36,55	43,81
Theo giới tính			
Nam (N = 1.697)			
Sức khỏe tốt/ bình thường	42,26	65,07	60,13
Sức khỏe kém	57,74	34,93	39,87
Nữ (N = 2.479)			
Sức khỏe tốt/ bình thường	37,79	62,13	53,52
Sức khỏe kém	62,21	37,87	46,48
Theo nơi sinh sống			
Thành thị (N = 641)			
Sức khỏe tốt/ bình thường	50,49	70,47	67,15
Sức khỏe kém	49,51	29,53	32,85
Nông thôn (N = 3.535)			
Sức khỏe tốt/ bình thường	36,76	59,44	51,35
Sức khỏe kém	63,24	40,56	48,65

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Tỷ lệ % tính theo trọng số mẫu khảo sát

4.1.2.2. *Thực trạng hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL)*

Dữ liệu được trình bày trong Bảng 4.5 cho thấy thực trạng hạn chế trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL). Mức độ hạn chế trong các hoạt động này phản ánh rõ nét khả năng tự chăm sóc bản thân và sống độc lập của NCT. Theo đó, đa số NCT Việt Nam (72,72%) không gặp phải bất kỳ hạn chế IADL nào, cho thấy mức độ độc lập cao trong sinh hoạt hàng ngày. Tuy nhiên, vẫn có đến 27,28% số NCT có ít nhất một hạn chế trong việc thực hiện các hoạt động IADL. Nhóm đối tượng này đối mặt với nguy cơ cao về suy giảm nghiêm trọng khả năng tự chủ trong sinh hoạt, dẫn đến sự phụ thuộc ngày càng lớn vào sự hỗ trợ thường xuyên từ mạng lưới chăm sóc không chính thức của gia đình hoặc hệ thống dịch vụ xã hội, qua đó làm gia tăng áp lực lên cả nguồn lực hộ gia đình và an sinh xã hội.

Ngoài ra, Bảng 4.5 cũng cho thấy chi tiết hơn về hạn chế IADL của NCT Việt Nam theo trình độ học vấn, giới tính và khu vực cư trú. Thứ nhất, theo trình độ học vấn cao nhất, tỷ lệ hạn chế IADL này có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm: có đến 50,52% số NCT thuộc nhóm có trình độ giáo dục thấp (chưa từng đi học hoặc chưa hoàn thành tiểu học) gặp phải những hạn chế khi thực hiện các hoạt động IADL, trong khi ở nhóm có trình độ giáo dục cao hơn (từ tiểu học trở lên) chỉ là 17,4%. Những kết quả thống kê mô tả này bước đầu ủng hộ lập luận về vai trò quan trọng của giáo dục trong việc duy trì khả năng tự lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày ở nhóm dân số cao tuổi. Thứ hai, theo giới tính, tỷ lệ NCT có hạn chế IADL giảm đáng kể ở cả nam giới và phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn: ở nhóm nam giới cao tuổi chưa từng đi học hoặc chưa tốt nghiệp tiểu học, tỷ lệ có ít nhất một hạn chế về IADL là 39,67%, nhưng tỷ lệ này chỉ còn 17,85% với những người có trình độ từ tiểu học trở lên. Đặc biệt, ở nhóm phụ nữ, sự khác biệt là rõ rệt hơn khi 55% số phụ nữ chưa từng đi học hoặc chưa học hết tiểu học có ít nhất một hạn chế về IADL, trong khi chỉ 17% với phụ nữ có bằng tiểu học trở lên. Như vậy, khi cả nam giới và phụ nữ được tiếp cận với giáo dục cơ bản (ít nhất hoàn thành bậc tiểu học) thì nguy cơ gặp các hạn chế về IADL giảm đi đáng kể. Ngoài ra, nam giới thường ít có những hạn chế trong việc thực hiện các hoạt động IADL hơn so với nữ giới. Mặc dù tỷ lệ những người không gặp bất kỳ hạn chế nào trong thực hiện IADL cao hơn so với tỷ lệ những người gặp ít nhất một hạn chế ở cả hai giới, thì sự chênh lệch này lại rõ rệt hơn ở nam giới so với nữ giới. Cụ thể, chênh lệch giữa tỷ lệ NCT không gặp hạn chế và gặp ít nhất một hạn chế IADL ở nam giới là khoảng 55 điểm phần trăm, trong khi ở nữ giới con số này là 39 điểm phần trăm. Sự chênh lệch về tỷ lệ nêu trên hoàn toàn phù hợp với kết quả phân tích cơ cấu trình độ

giáo dục theo giới tính được trình bày trong Hình 4.1. Theo đó, tỷ lệ nam giới cao tuổi có trình độ giáo dục cao hơn rõ rệt so với nữ giới.

Kết quả này củng cố quan điểm cho rằng giáo dục có tác động tích cực đến sức khỏe NCT. Trình độ giáo dục cao hơn ở nam giới có thể là một trong những lý do chính giải thích cho việc họ có nguy cơ thấp hơn gặp các hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL) so với nữ giới cao tuổi tại Việt Nam.

Cuối cùng, khi phân chia NCT theo nơi sinh sống, kết quả cho thấy ở cả thành thị và nông thôn, tỷ lệ NCT có các hạn chế về IADL đều giảm đáng kể khi họ có trình độ giáo dục cao hơn. Cụ thể, tại thành thị, tỷ lệ NCT có trình độ giáo dục thấp gặp hạn chế về IADL là 40,84%, trong khi tỷ lệ tương ứng ở nhóm có học vấn cao chỉ là 14,94%. Tại nông thôn, khoảng cách càng lớn hơn: 52,51% ở nhóm trình độ học vấn thấp so với 18,81% ở nhóm trình độ học vấn cao. Những số liệu trên cho thấy tác động mạnh mẽ của giáo dục đến khả năng thực hiện các hoạt động IADL ở NCT, đặc biệt ở vùng nông thôn. Mặt khác, ở cả thành thị và nông thôn, tỷ lệ NCT không có hạn chế khi thực hiện các hoạt động IADL đều cao hơn so với những người gặp ít nhất một hạn chế trong các hoạt động này. Tuy nhiên, khoảng cách giữa hai nhóm – những người không có hạn chế và những người có hạn chế – ở thành thị lớn hơn đáng kể so với tại nông thôn. Tại các khu vực thành thị, khoảng 80,76% số NCT cho biết họ không gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc thực hiện các hoạt động IADL, trong khi chỉ có 19,24% cho biết họ gặp ít nhất một hạn chế. Điều này cho thấy một chênh lệch đáng kể, vượt quá 60 điểm phần trăm giữa hai nhóm. Ngược lại, tại nông thôn, tỷ lệ NCT không có hạn chế về IADL là 69,17%, còn tỷ lệ những người gặp phải hạn chế là 30,83%, tức là chênh lệch khoảng 38 điểm phần trăm – mức chênh lệch thấp hơn đáng kể so với tại thành thị. Những kết quả này hoàn toàn phù hợp với thông tin được trình bày trong Hình 4.1 về cơ cấu trình độ giáo dục của NCT theo nơi cư trú.

Nhìn chung, NCT sống ở khu vực thành thị có trình độ giáo dục cao hơn đáng kể so với NCT ở khu vực nông thôn. Điều này hàm ý giáo dục có thể đóng vai trò tích cực trong việc cải thiện sức khỏe của NCT. Trình độ học vấn cao hơn của NCT tại thành thị là một yếu tố quan trọng góp phần tạo ra sự khác biệt về mức độ hạn chế trong các hoạt động IADL giữa NCT ở thành thị và nông thôn tại Việt Nam.

**Bảng 4.5: Tỷ lệ (%) gặp hạn chế IADL
theo trình độ học vấn cao nhất và đặc điểm nhân khẩu học**

	Trình độ học vấn thấp	Trình độ học vấn cao	Tỷ lệ trên tổng nhóm quan sát
Toàn bộ mẫu (N = 4.176)			
Không có hạn chế về IADL	49,48	82,60	72,72
Có ít nhất một hạn chế về IADL	50,52	17,40	27,28
Theo giới tính			
Nam (N = 1.697)			
Không có hạn chế về IADL	60,33	82,15	77,43
Có ít nhất một hạn chế về IADL	39,67	17,85	22,57
Nữ (N = 2.479)			
Không có hạn chế về IADL	44,97	82,97	69,54
Có ít nhất một hạn chế về IADL	55,03	17,03	30,46
Theo nơi sinh sống			
Thành thị (N = 641)			
Không có hạn chế về IADL	59,16	85,06	80,76
Có ít nhất một hạn chế về IADL	40,84	14,94	19,24
Nông thôn (N = 3.535)			
Không có hạn chế về IADL	47,49	81,19	69,17
Có ít nhất một hạn chế về IADL	52,51	18,81	30,83

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Tỷ lệ % tính theo trọng số mẫu khảo sát

4.1.2.3. Thực trạng sức khỏe người cao tuổi theo trình độ học vấn cao nhất và các hoạt động tích cực hàng ngày

Một mục tiêu trọng tâm của nghiên cứu này là làm sáng tỏ cơ chế trung gian mà qua đó các hoạt động tích cực hàng ngày (bao gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) truyền dẫn những ảnh hưởng có lợi từ giáo dục đến tình trạng sức khỏe của NCT. Để hiện thực hóa mục tiêu này, việc triển khai các phân tích thống kê mô tả chi tiết nhằm đánh giá thực trạng sức khỏe của NCT Việt Nam, với sự phân tầng rõ ràng dựa trên trình độ học vấn cao nhất và mức độ tham gia vào các loại hình hoạt

động nêu trên, đóng vai trò nền tảng quan trọng. Cách tiếp cận này không chỉ giúp phá vỡ bức tranh toàn diện về sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm đối tượng mà còn cung cấp những căn cứ thực nghiệm vững chắc, qua đó khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa giáo dục, lối sống tích cực và kết quả sức khỏe trong bối cảnh dân số già hóa nhanh chóng.

Bảng 4.6: Mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày theo trình độ học vấn

Hoạt động tích cực hàng ngày	Trình độ học vấn thấp	Trình độ học vấn cao
	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>
<i>Hoạt động sản xuất:</i>		
Số giờ làm các công việc được trả lương hàng tuần	17,79 (15,7 – 19,88)	24,09 (22,64 – 25,54)
Số giờ chăm sóc cháu mỗi ngày	1,56 (1,31 – 1,82)	2,05 (1,78 – 2,32)
Số giờ chăm sóc các thành viên khác trong gia đình mỗi ngày	0,38 (0,28 – 0,48)	0,4 (0,32 – 0,48)
Làm việc nhà ^a		
<i>Không</i>	13,8 (11,72 – 16,19)	7,26 (6,05 – 8,68)
<i>Có</i>	86,20 (83,81 – 88,28)	92,74 (91,31 – 93,95)
<i>Chỉ số về mức độ tham gia xã hội^b</i>	4,62 (4,39 – 4,84)	5,53 (5,32 – 5,75)
<i>Chỉ số về mức độ kết nối xã hội^c</i>	7,32 (7,00 – 7,64)	10,75 (10,37 – 11,13)

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Giá trị và tỷ lệ trung bình tính theo trọng số mẫu khảo sát; ^aTỷ lệ (%) trung bình NCT trả lời không/có làm việc nhà; ^bmin = 0 và max = 15; ^cmin = 0 và max = 25

Thứ nhất, về mức độ thực hiện các hoạt động tích cực hàng ngày theo trình độ giáo dục. Bảng 4.6 cho thấy mức độ thực hiện các hoạt động tích cực hàng ngày của NCT Việt Nam có sự khác biệt đáng kể theo trình độ học vấn cao nhất. Nhìn chung, nhóm NCT có bằng tiểu học trở lên thực hiện các hoạt động lão hóa tích cực thường xuyên hơn so với nhóm chưa học hết tiểu học. Ở tất cả các hoạt động được liệt kê trong Bảng 4.6, nhóm NCT có trình độ học vấn cao hơn đều có mức độ thực hiện các hoạt động lão hóa tích cực nhiều hơn so với nhóm NCT có học vấn thấp hơn. Cụ thể:

- Về các hoạt động sản xuất, thời gian làm các công việc được trả lương trung bình mỗi tuần của nhóm có trình độ học vấn cao (24,09 giờ, khoảng tin cậy 95%: 22,64 – 25,54) vượt trội hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp (17,79 giờ, khoảng tin cậy 95%: 15,7 – 19,88). Tương tự, thời gian chăm sóc cháu mỗi ngày cũng cao hơn ở nhóm có trình độ học vấn cao (2,05 giờ, khoảng tin cậy 95%: 1,78 – 2,32) so với nhóm trình độ học vấn thấp (1,56 giờ, khoảng tin cậy 95%: 1,31 – 1,82). Tuy nhiên, thời gian chăm sóc các thành viên khác trong gia đình và làm việc nhà giữa hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể.
- Ở các chỉ tiêu đo lường *mức độ tham gia và kết nối xã hội*, nhóm NCT có trình độ học vấn cao hơn cũng đạt điểm trung bình cao hơn: chỉ tiêu tham gia xã hội là 5,53 (khoảng tin cậy 95%: 5,32 – 5,75) so với 4,62 (khoảng tin cậy 95%: 4,39 – 4,84); chỉ tiêu kết nối xã hội là 10,75 (khoảng tin cậy 95%: 10,37 – 11,13) so với 7,32 (khoảng tin cậy 95%: 7,00 – 7,64). Những kết quả trên cho thấy trình độ học vấn có tác động tích cực đến mức độ tham gia vào các hoạt động lão hóa tích cực, qua đó phản ánh vai trò quan trọng của yếu tố giáo dục trong việc thúc đẩy khả năng duy trì vai trò xã hội và duy trì chất lượng cuộc sống ở NCT.

Thứ hai, về mức độ thực hiện các hoạt động tích cực hàng ngày và thực trạng sức khỏe. Bảng 4.7 thể hiện mức độ tham gia vào các hoạt động tích cực hàng ngày theo tình trạng sức khỏe NCT Việt Nam (thể hiện bằng SRH và IADL). Có thể thấy có sự khác biệt rõ rệt về mức độ tham gia vào các hoạt động tích cực hàng ngày giữa các nhóm NCT được phân loại theo hai chỉ tiêu sức khỏe nói trên:

- Xét theo SRH, những NCT báo cáo sức khỏe ở mức “tốt/bình thường” có xu hướng tham gia nhiều hơn vào các hoạt động sản xuất và xã hội so với những người tự báo cáo sức khỏe ở mức “kém”. Cụ thể, trung bình số giờ làm việc được trả lương hàng tuần cao hơn đáng kể ở nhóm tự đánh giá sức khỏe tốt/bình thường (26,86 giờ/tuần, khoảng tin cậy 95%: 24,98 – 28,74) so với nhóm báo cáo sức khỏe kém (16,25 giờ/tuần, khoảng tin cậy 95%: 14,73 – 17,76). Tương tự, thời gian chăm sóc cháu mỗi ngày cũng cao hơn ở nhóm có sức khỏe tốt/bình thường (2,02 giờ/ngày, khoảng tin cậy 95%: 1,74 – 2,31) so với nhóm sức khỏe kém (1,76 giờ/ngày, khoảng tin cậy 95%: 1,5 – 2,02). Mặt khác, tỷ lệ NCT không tham gia làm việc nhà trong nhóm có sức khỏe kém (13,5%) lại cao hơn đáng kể so với nhóm có sức khỏe tốt hoặc bình thường (5,87%). Khi xét đến các chỉ tiêu đánh giá mức độ tham gia xã hội và mức độ kết nối xã hội, những người tự đánh giá sức khỏe của mình là tốt/bình thường có sự tham gia và kết nối xã

hội tích cực hơn so với những người đánh giá sức khỏe của mình là kém. Cụ thể, điểm trung bình về mức độ tham gia xã hội của nhóm sức khỏe tốt/bình thường là 5,61 (khoảng tin cậy 95%: 5,39 – 5,82), trong khi nhóm sức khỏe kém chỉ đạt trung bình 4,82 (khoảng tin cậy 95%: 4,6 – 5,03). Tương tự, điểm trung bình về mức độ kết nối xã hội của nhóm sức khỏe tốt/bình thường là 10,76 (khoảng tin cậy 95%: 10,31 – 11,22), còn nhóm sức khỏe kém đạt trung bình 8,4 (khoảng tin cậy 95%: 8,09 – 8,7).

- Xét theo IADL, các kết quả cũng tương tự như với SRH. Cụ thể, nhóm NCT không có hạn chế IADL có mức độ tham gia các hoạt động sản xuất cao hơn rõ rệt so với nhóm có ít nhất một hạn chế IADL. Trung bình số giờ làm việc được trả lương hàng tuần lần lượt là 25,85 giờ (khoảng tin cậy 95%: 24,08 – 27,61) và 12,51 giờ (khoảng tin cậy 95%: 10,46 – 14,56). Tương tự, thời gian chăm sóc cháu mỗi ngày cũng cao hơn ở nhóm không có hạn chế IADL (2,16 giờ/ngày, khoảng tin cậy 95%: 1,92 – 2,4) so với nhóm có hạn chế (1,23 giờ/ngày, khoảng tin cậy 95%: 0,91 – 1,54). Ngược lại, tỷ lệ NCT không làm việc nhà ở nhóm có hạn chế IADL cao hơn đáng kể (21,32%) so với nhóm không có hạn chế IADL (4,67%). Xét về khía cạnh xã hội, những người không gặp hạn chế trong các hoạt động IADL có mức độ tham gia xã hội và mức độ kết nối xã hội cao hơn đáng kể so với những người gặp hạn chế IADL. Cụ thể, mức độ tham gia xã hội ở nhóm không có hạn chế IADL là 5,76 (khoảng tin cậy 95%: 5,57 – 5,95), trong khi ở nhóm có hạn chế IADL chỉ là 3,93 (khoảng tin cậy 95%: 3,67 – 4,2). Tương tự, mức độ kết nối xã hội ở nhóm không có hạn chế IADL là 10,71 (khoảng tin cậy 95%: 10,37 – 11,06), so với 7,09 ở nhóm có hạn chế IADL (khoảng tin cậy 95%: 6,8 – 7,38).

Các kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên hệ tích cực giữa việc thực hiện những hoạt động lão hóa tích cực và tình trạng sức khỏe của NCT, bất kể là được đo lường qua SRH hay IADL. Đồng thời, kết quả ở Bảng 4.6 cũng cho thấy giáo dục có ảnh hưởng tích cực đến tần suất thực hiện các hoạt động tích cực hàng ngày của NCT. Các bằng chứng thống kê mô tả này cung cấp cơ sở ủng hộ giả thuyết cho rằng các hoạt động tích cực hàng ngày (gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) đóng vai trò là yếu tố trung gian trong tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT.

Bảng 4.7: Mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày và tình trạng sức khỏe người cao tuổi

	Sức khỏe tự đánh giá (SRH)		Hạn chế trong các hoạt động IADL	
	<i>Sức khỏe tốt/bình thường</i>	<i>Sức khỏe kém</i>	<i>Không có hạn chế về IADL</i>	<i>Có ít nhất một hạn chế về IADL</i>
	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>	<i>Giá trị hoặc tỷ lệ trung bình (Khoảng tin cậy 95%)</i>
Hoạt động sản xuất:				
Số giờ làm các công việc được trả lương hàng tuần	26,86 (24,98 – 28,74)	16,25 (14,73 – 17,76)	25,85 (24,08 – 27,61)	12,51 (10,46 – 14,56)
Số giờ chăm sóc cháu mỗi ngày	2,02 (1,74 – 2,31)	1,76 (1,50 – 2,02)	2,16 (1,92 – 2,40)	1,23 (0,91 – 1,54)
Số giờ chăm sóc các thành viên khác trong gia đình mỗi ngày	0,38 (0,29 – 0,47)	0,42 (0,33 – 0,50)	0,38 (0,30 – 0,45)	0,44 (0,32 – 0,57)
Làm việc nhà^a				
<i>Không</i>	5,87 (4,81 – 7,13)	13,50 (11,69 – 15,54)	4,67 (3,74 – 5,81)	21,32 (18,07 – 24,98)
<i>Có</i>	94,13 (92,86 – 95,19)	86,50 (84,50 – 88,31)	95,33 (94,19 – 96,25)	76,68 (75,02 – 81,93)
Chỉ số về mức độ tham gia xã hội^b	5,61 (5,39 – 5,82)	4,82 (4,60 – 5,03)	5,76 (5,57 – 5,95)	3,93 (3,67 – 4,20)
Chỉ số về mức độ kết nối xã hội^c	10,76 (10,31 – 11,22)	8,40 (8,09 – 8,7)	10,71 (10,37 – 11,06)	7,09 (6,80 – 7,38)

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Giá trị trung bình và tỷ lệ tính theo trọng số mẫu khảo sát; ^aTỷ lệ (%) trung bình NCT trả lời không/có làm việc nhà; ^bmin = 0 và max = 15; ^cmin = 0 và max = 25

4.2. Tác động của giáo dục tới sức khỏe người cao tuổi Việt Nam

Kết quả thống kê mô tả được trình bày ở các phần trước đã phản ánh tổng quan về trình độ học vấn cao nhất và tình trạng sức khỏe của NCT Việt Nam theo các đặc điểm nhân khẩu học. Kết quả cho thấy nam giới và nhóm NCT cư trú tại thành thị có trình độ giáo dục cao hơn so với nữ giới và nhóm NCT cư trú tại nông thôn. Đồng thời, nam giới và nhóm NCT cư trú tại thành thị cũng có tình trạng sức khỏe (dù xét theo SRH hay IADL) cũng tốt hơn các nhóm tương ứng. Những phát hiện này củng cố giả thuyết cho rằng giáo dục có tác động tích cực đối với sức khỏe NCT và là yếu tố quan trọng giải thích sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm dân số cao tuổi. Bên cạnh đó, kết quả thống kê mô tả cũng cho thấy các hoạt động lão hóa tích cực gắn với tình trạng sức khỏe tốt hơn ở NCT, đồng thời giáo dục có ảnh hưởng tích cực đến tần suất họ thực hiện các hoạt động này. Điều này ủng hộ giả thuyết rằng các hoạt động tích cực hàng ngày đóng vai trò trung gian trong mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT. Để bổ sung bằng chứng thực nghiệm, luận án thực hiện ước lượng các mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố ảnh hưởng (trong đó trình độ giáo dục là biến số trọng tâm) đến sức khỏe của NCT Việt Nam.

4.2.1. Tác động của giáo dục tới sức khỏe tự đánh giá của người cao tuổi Việt Nam

Kết quả ước lượng thu được từ các mô hình hồi quy logistic cho biến sức khỏe là SRH được trình bày trong Bảng 4.8. Để thiết lập nền tảng phân tích cho các bước tiếp theo, luận án ước lượng lần lượt hai mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình 1 (mô hình rút gọn) ước lượng mối liên hệ giữa trình độ giáo dục và nguy cơ sức khỏe kém với sự kiểm soát của các yếu tố nhân khẩu học và KT-XH khác, nhưng chưa bao gồm các biến trung gian. Mô hình 2 (mô hình đầy đủ) mở rộng mô hình đầu tiên bằng cách bổ sung các yếu tố tiềm năng giữ vai trò trung gian trong mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT, là các hoạt động tích cực hàng ngày. Kết quả ước lượng của biến giáo dục cũng như các biến trung gian từ hai mô hình này giúp nhận diện bước đầu sự tồn tại của tổng tác động (total effect) cũng như tác động gián tiếp (indirect effect) trong tác động của giáo dục tới sức khỏe. Kết quả từ hai mô hình này sẽ được sử dụng làm cơ sở để thực hiện các phương pháp KHB và Oaxaca-Blinder trong những phần tiếp theo.

Như đã trình bày trong mục phương pháp nghiên cứu, trước khi tiến hành ước lượng các mô hình hồi quy, luận án thực hiện một số kiểm định nhằm đánh giá xem mô hình có phù hợp với dữ liệu hay không, kiểm tra mức độ tin cậy của các hệ số ước

lượng và đánh giá chất lượng tổng thể của mô hình hồi quy với dữ liệu khảo sát có sử dụng trọng số mẫu. Cụ thể như sau: *Đầu tiên*, kiểm định F-adjusted mean residual (phiên bản hiệu chỉnh phù hợp với dữ liệu có trọng số mẫu của kiểm định Hosmer-Lemeshow) có giá trị $p > 0,05$, cho thấy không có bằng chứng bác bỏ giả thuyết H_0 , khẳng định cả hai mô hình có độ phù hợp tổng thể với dữ liệu tốt (Goodness-of-Fit). *Thứ hai*, kiểm định Wald cho kết quả thống kê có ý nghĩa ($p < 0,001$), bác bỏ giả thuyết H_0 , cho thấy ít nhất một biến độc lập có tác động đến biến phụ thuộc một cách có ý nghĩa thống kê, kết quả này chứng tỏ việc đưa các biến giải thích vào hai mô hình là cần thiết và có ý nghĩa trong việc cải thiện khả năng giải thích hiện tượng nghiên cứu. Về khả năng dự báo, chỉ số AUC của Mô hình 1 và Mô hình 2 lần lượt đạt giá trị 0,7061 và 0,7373 (lớn hơn ngưỡng 0,7), cho thấy cả hai mô hình có khả năng phân biệt tốt giữa các cá nhân có và không có sự kiện xảy ra (tự đánh giá sức khỏe kém hoặc không), phản ánh năng lực dự báo ở mức chấp nhận được trong thực tiễn. Tiếp theo, kiểm định Linktest với cả hai mô hình cho thấy bình phương của giá trị dự báo (các biến `phat_sq_srh`) đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nên không bác bỏ H_0 , cho thấy không có bằng chứng về việc mô hình bị sai dạng hàm hay bỏ sót biến quan trọng, củng cố thêm độ tin cậy về đặc trưng hóa mô hình. *Cuối cùng*, kết quả kiểm định Hệ số phóng đại phương sai (VIF) cho tất cả các biến giải thích đều có giá trị VIF thấp hơn 4, hàm ý không tồn tại hiện tượng đa cộng tuyến trong mô hình, đảm bảo tính ổn định và độ chính xác của các ước lượng hệ số hồi quy. Nói tóm lại, các kết quả kiểm định cho biết cả hai mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng là phù hợp, đáng tin cậy, có khả năng dự báo tốt và đáp ứng các yêu cầu về mặt kỹ thuật trong phân tích dữ liệu khảo sát phức tạp có trọng số mẫu. Kết quả chi tiết của các kiểm định trên được trình bày trong Phụ lục 1.

**Bảng 4.8: Kết quả hồi quy mô hình logistic đa biến
xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tự đánh giá ở người cao tuổi Việt Nam**

Yếu tố tác động	Mô hình 1			Mô hình 2		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
Trình độ học vấn						
Chưa từng đi học/chưa học hết tiểu học (nhóm tham chiếu)		1			1	
Có bằng tiểu học trở lên	-0,31*** (0,107)	0,73	0,59 – 0,91	-0,18* (0,103)	0,83	0,67 – 1,01
Giới tính						
Nữ (nhóm tham chiếu)		1			1	
Nam	-0,27** (0,130)	0,76	0,58 – 0,98	-0,29* (0,150)	0,74	0,55 – 1,00
Khu vực sinh sống						
Nông thôn (nhóm tham chiếu)		1			1	
Thành thị	-0,25* (0,147)	0,77	0,58 – 1,03	-0,34** (0,155)	0,71	0,52 – 0,96
Tuổi						
50 – 59 (nhóm tham chiếu)		1			1	
60 – 69	0,49*** (0,131)	1,64	1,26 – 2,12	0,30** (0,133)	1,35	1,03 – 1,75
70 – 79	1,10*** (0,166)	2,99	2,16 – 4,15	0,65*** (0,181)	1,92	1,34 – 2,74
80+	0,98*** (0,169)	2,67	1,92 – 3,72	0,28 (0,212)	1,31	0,86 – 1,99
Tình trạng hôn nhân						
Đã ly hôn, góa hoặc chưa kết hôn (nhóm tham chiếu)		1			1	

Yếu tố tác động	Mô hình 1			Mô hình 2		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
Hiện đang có vợ/chồng	-0,10 (0,135)	0,91	0,69 – 1,18	-0,04 (0,137)	0,96	0,73 – 1,26
<i>Dân tộc</i>						
Dân tộc thiểu số (nhóm tham chiếu)		1			1	
Dân tộc Kinh	0,12 (0,197)	1,13	0,76 – 1,66	0,14 (0,205)	1,15	0,77 – 1,73
<i>Thu nhập tự đánh giá</i>						
Không đủ cho nhu cầu (nhóm tham chiếu)		1			1	
Đủ cho nhu cầu	-0,81*** (0,114)	0,44	0,35 – 0,55	-0,81*** (0,118)	0,44	0,35 – 0,56
<i>Chỉ số điều kiện sống</i>						
Nhóm có điều kiện thấp nhất (nhóm tham chiếu)		1			1	
Nhóm 2	-0,20 (0,169)	0,81	0,58 – 1,13	-0,25 (0,164)	0,78	0,56 – 1,07
Nhóm 3	-0,82*** (0,168)	0,44	0,31 – 0,61	-0,74*** (0,166)	0,47	0,34 – 0,66
Nhóm 4	-0,90*** (0,160)	0,41	0,29 – 0,55	-0,81*** (0,164)	0,44	0,32 – 0,61
Nhóm có điều kiện tốt nhất	-1,04*** (0,178)	0,35	0,24 – 0,5	-0,87*** (0,179)	0,42	0,29 – 0,59
<i>Hút thuốc</i>						
Không (nhóm tham chiếu)		1			1	
Có	0,23 (0,140)	1,25	0,95 – 1,65	0,30* (0,151)	1,34	0,99 – 1,81
<i>Làm các công việc được trả lương</i>						
				-0,02*** (0,003)	0,98	0,97 – 0,99

Yếu tố tác động	Mô hình 1			Mô hình 2		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
<i>Chăm sóc cháu</i>				-0,01 (0,014)	0,99	0,96 – 1,01
<i>Chăm sóc các thành viên khác trong gia đình</i>				-0,01 (0,025)	0,98	0,93 – 1,03
<i>Làm việc nhà</i>						
Không (nhóm tham chiếu)					1	
Có				-0,60*** (0,151)	0,54	0,4 – 0,73
<i>Tham gia xã hội</i>				-0,02 (0,024)	0,97	0,93 – 1,02
<i>Kết nối xã hội</i>				-0,05*** (0,013)	0,95	0,92 – 0,97
Constant	0,72*** (0,267)			2,20*** (0,306)		
Số quan sát	4.176			4.176		

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%. Sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn. aOR = 1 với các biến/nhóm tham chiếu.

Kết quả ước lượng từ hai mô hình hồi quy logistic đa biến trong Bảng 4.8 cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê của trình độ học vấn lên tình trạng SRH ở NCT Việt Nam.² Ở Mô hình 1 (chỉ kiểm soát các đặc điểm nhân khẩu học và KT-XH), những người có bằng tiểu học trở lên có xu hướng tự đánh giá sức khỏe kém thấp hơn 27% so với nhóm chưa từng đi học hoặc chưa học hết tiểu học (aOR = 0,73; khoảng tin cậy 95%: 0,59–0,91), khẳng định vai trò bảo vệ của giáo dục đối với sức khỏe. Tuy nhiên, khi bổ sung các biến trung gian là những hoạt động tích cực hàng ngày (hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội) ở Mô hình 2, hệ số ước lượng của biến giáo dục suy giảm rõ rệt về độ lớn (từ -0,31 xuống -0,18) và chỉ còn ý nghĩa thống kê ở mức 10% (aOR = 0,83; khoảng tin cậy 95%: 0,67–1,0). Sự suy giảm này kèm theo độ lớn hệ số ước lượng gần như không đổi đối với các biến kiểm soát như thu nhập hay điều kiện sống đã gợi ý rằng các hoạt động tích cực hàng ngày có thể đóng vai trò trung gian truyền dẫn một phần tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT. Đây là cơ sở quan trọng để triển khai phân tích KHB ở các bước tiếp theo nhằm tách biệt tác động trực tiếp và gián tiếp (thông qua các cơ chế trung gian) của giáo dục tới sức khỏe NCT.

Xét theo giới tính, hệ số ước lượng đối với nam giới mang dấu âm (với mức ý nghĩa thống kê từ 5% đến 10%) với aOR = 0,76 (khoảng tin cậy 95%: 0,58–0,98) và aOR = 0,74 (khoảng tin cậy 95%: 0,55–1,00) lần lượt ở Mô hình 1 và Mô hình 2, hàm ý rằng nam giới lớn tuổi tại Việt Nam có xu hướng tự báo cáo sức khỏe kém thấp hơn khoảng 25% so với phụ nữ. Về khu vực sống, NCT ở thành thị có hệ số ước lượng âm với aOR = 0,77 (khoảng tin cậy 95%: 0,58–1,03) và aOR = 0,71 (khoảng tin cậy 95%: 0,52–0,96) lần lượt ở Mô hình 1 và Mô hình 2 cho thấy họ có khả năng báo cáo sức khỏe kém thấp hơn từ 23% đến 29% so với người ở nông thôn.

Bên cạnh đó, kết quả hồi quy ở cả hai mô hình cũng chỉ ra những người ở độ tuổi cao hơn hoặc có hút thuốc làm tăng khả năng tự đánh giá sức khỏe kém (hệ số ước lượng của những biến này đều dương và có ý nghĩa thống kê). Ngược lại, những NCT cho rằng họ có thu nhập đủ cho các nhu cầu sinh hoạt và chăm sóc y tế hàng ngày hoặc sống trong các hộ gia đình có mức sống cao hơn sẽ giảm nguy cơ tự đánh giá sức khỏe kém (hệ số ước lượng của những biến này đều âm và có ý nghĩa thống kê ở mức 1%).

Về các hoạt động sản xuất, kết quả hồi quy ở Mô hình 2 cho thấy những NCT hiện vẫn làm các công việc được trả lương giảm xu hướng tự đánh giá sức khỏe kém

² Để thuận tiện cho việc diễn giải các mối quan hệ, cần lưu ý rằng giá trị cao hơn của biến phụ thuộc hàm ý người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe kém nên giá trị của hệ số ước lượng nếu mang dấu âm sẽ cho biết biến số đó có tác động tích cực tới sức khỏe người cao tuổi.

(hệ số ước lượng mang dấu âm, có ý nghĩa thống kê ở mức 1%; và aOR = 0,98 với khoảng tin cậy 95%: 0,97–0,99). Ngoài ra, những NCT báo cáo có làm việc nhà sẽ giảm nguy cơ tự đánh giá sức khỏe kém chỉ bằng một nửa so với những người không làm việc nhà (hệ số ước lượng mang dấu âm, có ý nghĩa thống kê ở mức 1%; và aOR = 0,54 với khoảng tin cậy 95%: 0,4–0,73). Ngược lại, không có bằng chứng thống kê cho thấy các hoạt động khác (như chăm sóc cháu hoặc các thành viên khác trong gia đình) có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe tự đánh giá ở NCT.

Về sự tham gia xã hội, hệ số ước lượng của biến này âm nhưng không có ý nghĩa thống kê (aOR = 0,97; khoảng tin cậy 95%: 0,93–1,02), hàm ý việc tham gia các hoạt động cộng đồng, chẳng hạn như sinh hoạt trong tổ chức tôn giáo hoặc câu lạc bộ NCT... chưa thực sự tạo ra khác biệt rõ rệt trong nguy cơ tự đánh giá sức khỏe kém ở NCT Việt Nam. Tuy nhiên, việc tích cực thực hiện các hoạt động kết nối xã hội (hệ số ước lượng âm, có ý nghĩa thống kê ở mức 1%; và aOR = 0,95 với khoảng tin cậy 95%: 0,92–0,97) lại có ảnh hưởng tích cực đến tình trạng sức khỏe ở NCT. Kết quả ước lượng cho thấy tăng thêm mỗi điểm ở chỉ số kết nối xã hội làm giảm 5% nguy cơ tự đánh giá sức khỏe kém ở NCT Việt Nam.

Nhìn chung, kết quả ước lượng của biến trình độ học vấn cùng các biến trung gian ở hai Mô hình 1 và Mô hình 2 tiếp tục ủng hộ cho giả thuyết rằng giáo dục không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe NCT mà còn gián tiếp thông qua hành vi và lối sống lành mạnh – tạo cơ sở vững chắc để áp dụng phương pháp KHB trong phần sau nhằm chứng minh giả thuyết này.

4.2.2. Tác động của giáo dục tới hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế của người cao tuổi Việt Nam

Kết quả ước lượng từ các mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến hạn chế IADL của NCT Việt Nam được trình bày chi tiết trong Bảng 4.9. Tương tự như mục trên, luận án ước lượng lần lượt hai mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình 3 (mô hình rút gọn) xem xét ảnh hưởng của trình độ học vấn cao nhất tới nguy cơ gặp các hạn chế về IADL ở NCT có sự kiểm soát của các yếu tố nhân khẩu học và KT-XH khác, nhưng chưa bao gồm các biến trung gian. Mô hình 4 (mô hình đầy đủ) được bổ sung thêm các biến trung gian là các hoạt động tích cực hàng ngày.

Trước tiên, luận án cũng thực hiện các kiểm định để đánh giá sự phù hợp của các mô hình hồi quy với dữ liệu khảo sát có sử dụng trọng số mẫu. Kết quả từ các kiểm định cho thấy cả hai mô hình đều đáp ứng tốt các yêu cầu kỹ thuật, đảm bảo độ

tin cậy trong việc phân tích và diễn giải kết quả. Cụ thể, kiểm định F-adjusted mean residual cho cả hai mô hình đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy các mô hình phù hợp với dữ liệu tổng thể. Kết quả kiểm định Wald có ý nghĩa ở mức $p < 0,001$ khẳng định sự cần thiết của các biến giải thích trong các mô hình. Chỉ số AUC của Mô hình 3 và Mô hình 4 lần lượt đạt 0,839 và 0,8683 (lớn hơn ngưỡng 0,7), phản ánh khả năng phân biệt tốt giữa các cá nhân không có và có ít nhất một hạn chế IADL. Kiểm định Linktest cho thấy bình phương của giá trị dự báo (các biến `phat_sq_iadl`) đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nên loại trừ khả năng sai dạng hàm hoặc bỏ sót biến quan trọng. Ngoài ra, giá trị VIF của tất cả các biến độc lập đều nhỏ hơn 4, cho thấy không có hiện tượng đa cộng tuyến. Chi tiết kết quả của các kiểm định trên được trình bày trong Phụ lục 1.

**Bảng 4.9: Kết quả hồi quy mô hình logistic đa biến
xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hạn chế về IADL ở người cao tuổi Việt Nam**

Yếu tố tác động	Mô hình 3			Mô hình 4		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
Trình độ học vấn						
Chưa từng đi học/chưa học hết tiểu học (nhóm tham chiếu)		1			1	
Có bằng tiểu học trở lên	-0,89*** (0,129)	0,41	0,32 – 0,53	-0,71*** (0,145)	0,49	0,36 – 0,65
Giới tính						
Nữ (nhóm tham chiếu)		1			1	
Nam	-0,13 (0,206)	0,88	0,58 – 1,32	-0,22 (0,196)	0,8	0,54 – 1,17
Khu vực sinh sống						
Nông thôn (nhóm tham chiếu)		1			1	
Thành thị	-0,12 (0,280)	0,88	0,51 – 1,54	-0,21 (0,266)	0,8	0,47 – 1,36
Tuổi						
50 – 59 (nhóm tham chiếu)		1			1	
60 – 69	0,93*** (0,169)	2,52	1,81 – 3,51	0,89*** (0,172)	2,42	1,72 – 3,4
70 – 79	1,83*** (0,166)	6,21	4,47 – 8,59	1,60*** (0,204)	4,95	3,31 – 7,39
80+	2,90*** (0,187)	18,18	12,6 – 26,24	2,29*** (0,241)	9,83	6,12 – 15,8
Tình trạng hôn nhân						
Đã ly hôn, góa hoặc chưa kết hôn (nhóm tham chiếu)		1			1	

Yếu tố tác động	Mô hình 3			Mô hình 4		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
Hiện đang có vợ/chồng	-0,15 (0,122)	0,86	0,67 – 1,09	-0,08 (0,134)	0,91	0,7 – 1,19
<i>Dân tộc</i>						
Dân tộc thiểu số (nhóm tham chiếu)		1			1	
Dân tộc Kinh	-0,26 (0,262)	0,77	0,46 – 1,29	-0,26 (0,281)	0,77	0,44 – 1,34
<i>Thu nhập tự đánh giá</i>						
Không đủ cho nhu cầu (nhóm tham chiếu)		1			1	
Đủ cho nhu cầu	-0,13 (0,135)	0,87	0,67 – 1,13	0,04 (0,140)	1,04	0,79 – 1,37
<i>Chỉ số điều kiện sống</i>						
Nhóm có điều kiện thấp nhất (nhóm tham chiếu)		1			1	
Nhóm 2	-0,26 (0,222)	0,76	0,49 – 1,19	-0,21 (0,216)	0,81	0,53 – 1,24
Nhóm 3	-0,58*** (0,203)	0,56	0,37 – 0,83	-0,34 (0,214)	0,71	0,46 – 1,08
Nhóm 4	-0,59** (0,256)	0,55	0,33 – 0,91	-0,19 (0,287)	0,82	0,47 – 1,45
Nhóm có điều kiện tốt nhất	-1,60*** (0,288)	0,2	0,11 – 0,35	-1,13*** (0,279)	0,32	0,18 – 0,55
<i>Hút thuốc</i>						
Không (nhóm tham chiếu)		1			1	
Có	-0,30 (0,247)	0,73	0,45 – 1,19	-0,17 (0,224)	0,84	0,54 – 1,31
<i>Làm các công việc được trả lương</i>				-0,01*** (0,004)	0,99	0,98 – 1,0

Yếu tố tác động	Mô hình 3			Mô hình 4		
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)		Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR)	
		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%		Odds ratio	Khoảng tin cậy 95%
<i>Chăm sóc cháu</i>				-0,03 (0,023)	0,96	0,92 – 1,01
<i>Chăm sóc các thành viên khác trong gia đình</i>				0,05 (0,027)	1,04	0,99 – 1,1
<i>Làm việc nhà</i>						
Không (nhóm tham chiếu)					1	
Có				-1,11*** (0,212)	0,33	0,21 – 0,5
<i>Tham gia xã hội</i>				-0,20*** (0,034)	0,81	0,76 – 0,87
<i>Kết nối xã hội</i>				-0,14*** (0,019)	0,87	0,84 – 0,9
Constant	-0,14 (0,341)			2,92*** (0,402)		
Số quan sát	4.176			4.176		

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%. Sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn. aOR = 1 với các biến/nhóm tham chiếu.

Kết quả ước lượng của hai mô hình hồi quy logistic đa biến được trình bày trong Bảng 4.9 cho thấy có bằng chứng thống kê có ý nghĩa về tác động tích cực của trình độ học vấn đến nguy cơ gặp ít nhất một hạn chế IADL của NCT Việt Nam. Cụ thể, ở Mô hình 3 (chỉ kiểm soát các đặc điểm nhân khẩu học và KT-XH khác), biến trình độ học vấn cao nhất có tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR) là 0,41 (khoảng tin cậy 95%: 0,32–0,53), tương ứng với hệ số ước lượng -0,89 ($p < 0,01$), cho thấy những người có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng gặp khó khăn hoặc hạn chế trong các hoạt động IADL thấp hơn gần 60% so với nhóm tham chiếu (nhóm chưa từng đi học hoặc chưa học hết tiểu học). Khi đưa vào Mô hình 4 các biến trung gian phản ánh mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày (hoạt động sản xuất, tham gia xã hội, kết nối xã hội), hệ số ước lượng của biến trình độ học vấn giảm về độ lớn (-0,71; aOR = 0,49, khoảng tin cậy 95%: 0,36–0,65), nhưng vẫn duy trì ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Điều này khẳng định rằng giáo dục có vai trò bảo vệ, giúp NCT duy trì khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày tốt hơn. Ngoài ra, kết quả này còn ủng hộ giả thuyết cho rằng một phần ảnh hưởng tích cực của giáo dục lên sức khỏe NCT được truyền dẫn thông qua các hoạt động trung gian. Độ lớn hệ số ước lượng của biến trình độ học vấn sau khi bổ sung các biến trung gian bị giảm đi là cơ sở quan trọng để triển khai phương pháp KHB trong các bước tiếp theo nhằm tách biệt rõ ràng tác động trực tiếp và gián tiếp của giáo dục đối với sức khỏe NCT.

Kết quả ước lượng cho các biến giới tính và khu vực sinh sống ở cả hai mô hình không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$) nên không có đủ bằng chứng để khẳng định sự khác biệt thực sự giữa các nhóm, nhưng việc xem xét dấu của hệ số hồi quy và giá trị tỷ số chênh hiệu chỉnh (aOR) vẫn cho thấy một xu hướng nhất định và phù hợp với kết quả thống kê mô tả. Cụ thể, kết quả ở cả hai mô hình cho thấy hệ số ước lượng âm và giá trị aOR là khoảng 0,8 đối với cả nam giới và NCT sống ở khu vực thành thị cho thấy xu hướng giảm nguy cơ gặp các hạn chế trong hoạt động IADL ở hai nhóm này. Điều đó có nghĩa là, so với phụ nữ và NCT sống ở nông thôn, nam giới và NCT sống ở thành thị có khả năng thấp hơn trong việc gặp khó khăn với các hoạt động thể hiện mức độ sống độc lập như quản lý tài chính hay sử dụng phương tiện giao thông. Tuy nhiên, vì sự khác biệt này không đạt mức ý nghĩa thống kê, chúng ta chưa thể kết luận một cách chắc chắn rằng có sự khác biệt về nguy cơ có hạn chế trong các hoạt động IADL giữa các nhóm NCT theo giới tính hay nơi sinh sống. Dù vậy, xu hướng quan sát được vẫn gợi ý về một mối liên hệ tiềm năng cần được tiếp tục nghiên cứu trong các phân tích sâu hơn bằng phương pháp Oaxaca-Blinder tại phần tiếp theo của luận

án. Mặt khác, những NCT sống trong các hộ gia đình có mức sống cao hơn có nguy cơ gặp hạn chế IADL thấp hơn so với nhóm gia đình nghèo nhất (hệ số ước lượng các biến này đều mang dấu âm và có ý nghĩa thống kê từ 1% đến 5%).

Về các hoạt động sản xuất, kết quả cho thấy những NCT có làm việc nhà hoặc làm các công việc được trả lương có sức khỏe tốt hơn khi hệ số ước lượng của các biến này ở Mô hình 4 đều âm và đạt ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Cùng với đó, tỷ suất chênh lệch chệnh (aOA) của biến làm việc nhà là 0,33 (khoảng tin cậy 95%: 0,21–0,5) cho thấy những NCT báo cáo có làm các công việc trong gia đình sẽ giảm 67% nguy cơ gặp các hạn chế IADL. Tương tự, mỗi giờ làm thêm các công việc được trả lương sẽ giảm khoảng 1% nguy cơ gặp các hạn chế về IADL (aOR = 0,99; khoảng tin cậy 95%: 0,98–1,0). Ngược lại, không có bằng chứng thống kê cho thấy việc chăm sóc cháu hoặc chăm sóc các thành viên khác trong gia đình có ảnh hưởng tới nguy cơ NCT gặp các hạn chế về IADL.

Đặc biệt, cả việc tham gia xã hội và kết nối xã hội đều có sự tương quan tích cực và có ý nghĩa thống kê với tình trạng sức khỏe của NCT (hệ số ước lượng của hai biến này trong Mô hình 4 đều mang giá trị âm và có ý nghĩa thống kê ở mức 1%). Cụ thể, tỷ suất chênh lệch chệnh (aOR) cho biến tham gia xã hội là 0,81 (khoảng tin cậy 95%: 0,76–0,87) nghĩa là mỗi khi chỉ số tham gia xã hội tăng thêm một điểm, xác suất NCT gặp hạn chế IADL giảm đi 19%. Tương tự, tỷ suất chênh lệch chệnh của biến kết nối xã hội là 0,87 (khoảng tin cậy 95%: 0,84–0,9) cho thấy mỗi điểm tăng thêm trong chỉ số kết nối xã hội làm giảm 13% xác suất có hạn chế IADL của NCT.

Nhìn chung, kết quả ước lượng của biến trình độ học vấn và các biến trung gian từ Mô hình 3 và Mô hình 4 tiếp tục ủng hộ cho giả thuyết về vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong mối quan hệ giáo dục - sức khỏe NCT, cũng như cung cấp cơ sở thực nghiệm vững chắc để áp dụng phương pháp KHB ở các phần sau nhằm phân tách rõ ràng hơn tác động trực tiếp và gián tiếp của trình độ học vấn.

4.2.3. Kiểm tra tính vững của mô hình

Để đảm bảo các phát hiện quan trọng nêu trên không phải là kết quả ngẫu nhiên hay do đặc thù của mô hình ước lượng, nghiên cứu đã tiến hành các kiểm tra tính vững (robustness check). Cụ thể, luận án thực hiện kiểm tra tính vững bằng cách thay thế hai biến phụ thuộc có dạng nhị phân ban đầu bằng các phép đo thay thế: i) biến sức khỏe tự đánh giá (SRH) sẽ chuyển thành biến dạng thứ bậc (phản ánh mức độ tự đánh giá sức khỏe tổng quát theo thang đo Likert từ “rất khỏe” = 1 đến “rất yếu” = 5); và ii) biến

hạn chế trong các hoạt động IADL sẽ chuyển thành dạng biến đếm (số hạn chế IADL của mỗi NCT). Các mô hình ước lượng tương ứng với các biến phụ thuộc thay thế này lần lượt là hồi quy Logistic thứ bậc và hồi quy nhị thức âm (Negative Binomial). Việc lựa chọn mô hình hồi quy nhị thức âm cho biến đếm IADL nhằm khắc phục hiện tượng phương sai lớn hơn kỳ vọng (overdispersion) thường gặp trong dữ liệu sức khỏe, qua đó đảm bảo ước lượng hiệu quả và tin cậy hơn so với mô hình Poisson truyền thống.

Việc áp dụng các phương pháp ước lượng thay thế này mang lại giá trị khoa học quan trọng trong việc khẳng định tính vững chắc của các bằng chứng thực nghiệm. Bằng cách khai thác toàn bộ thông tin từ thang đo Likert và biến đếm, thay vì gom nhóm dữ liệu thành dạng nhị phân, các mô hình kiểm tra giúp loại trừ nguy cơ sai lệch do mất mát thông tin. Nhìn chung, kết quả cho thấy dấu của hệ số ước lượng và ý nghĩa thống kê của trình độ giáo dục cũng như các biến trung gian gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội vẫn ổn định qua các đặc tả khác nhau. Kết quả kiểm tra tính vững càng làm rõ ảnh hưởng tích cực của giáo dục và các hoạt động tích cực hàng ngày đối với tình trạng sức khỏe ở nhóm dân số cao tuổi. Kết quả chi tiết của các mô hình thay thế này được trình bày trong Phụ lục 2.

4.3. Vai trò trung gian của các hoạt động tích cực hàng ngày trong tác động của giáo dục đến sức khỏe người cao tuổi

Các phân tích trong luận án cho tới lúc này đều cho thấy một kết luận chung: những NCT Việt Nam có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng gặp các vấn đề về sức khỏe thấp hơn. Mặc dù tác động trực tiếp của giáo dục tới sức khỏe NCT đã được thể hiện rõ ràng, chúng ta vẫn chưa hiểu đầy đủ về các cơ chế có thể giúp giáo dục ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe của NCT. Nhiều nghiên cứu đã phát hiện rằng việc NCT tích cực tham gia vào các hoạt động xã hội và giải trí tích cực (ví dụ như hoạt động tình nguyện, sử dụng Internet, đọc sách hay tham gia các câu lạc bộ xã hội) có tác động tốt tới tình trạng sức khỏe (Mendes de Leon & cộng sự, 2003; Hao, 2008; Krueger & cộng sự, 2009; Cheung & cộng sự, 2009; Li & cộng sự, 2014; Hou & cộng sự, 2022). Do vậy, các nhà nghiên cứu ngày càng quan tâm đến lối sống và các hoạt động hàng ngày của NCT bởi sự khác biệt trong mức độ tham gia các hoạt động tích cực hàng ngày thường đi kèm với sự khác biệt về chức năng nhận thức, sức khỏe thể chất, tinh thần và mức độ hạnh phúc (Rowe & Kahn, 1997; Matz-Costa & cộng sự, 2014).

Bản thân luận án này đã cung cấp bằng chứng rõ ràng cho thấy những NCT có trình độ giáo dục cao hơn thường có xu hướng tham gia tích cực hơn vào ba nhóm hoạt động là: i) các hoạt động sản xuất (gồm làm việc được trả lương, làm việc nhà, chăm

sóc cháu và các thành viên khác trong gia đình); ii) tham gia xã hội (tham gia các hội nhóm xã hội và hoạt động tôn giáo...); và iii) kết nối xã hội (sử dụng mạng xã hội, Internet, đọc sách báo, nghe đài radio...). Điều quan trọng là những hoạt động tích cực này lại có ảnh hưởng tích cực và đáng kể tới sức khỏe của NCT (đù đo lường theo SRH hay IADL) như đã được chỉ ra trong kết quả ước lượng các mô hình hồi quy logistic đa biến ở Mục 4.2. Cùng với đó, kết quả ước lượng từ các mô hình hồi quy logistic đa biến tại Mục 4.2 còn cho thấy rằng ảnh hưởng tích cực của trình độ giáo dục đến SRH và IADL ở NCT đều suy giảm sau khi đưa vào các biến trung gian nêu trên, điều này gợi ý khả năng tồn tại tác động gián tiếp thông qua các biến trung gian đó. Những phát hiện này càng củng cố thêm giả thuyết rằng: giáo dục không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, mà còn gián tiếp cải thiện sức khỏe bằng cách khuyến khích NCT tham gia nhiều hơn vào các hoạt động lão hóa tích cực, và những hoạt động này quay trở lại cải thiện sức khỏe tổng thể.

Tuy nhiên, như đã nêu trong phần phương pháp nghiên cứu tại Chương 3, trong các mô hình hồi quy phi tuyến như logistic, việc so sánh trực tiếp hệ số ước lượng giữa các mô hình có cùng mẫu nhưng khác tập hợp biến kiểm soát là không hợp lệ do sự thay đổi ngẫu nhiên định trong thang đo của biến tiềm ẩn – một đặc điểm nội tại của mô hình. Cụ thể, phương sai của phần dư trong mô hình logistic bị cố định, nên khi thêm các biến trung gian vào mô hình thì thang đo của biến tiềm ẩn bị điều chỉnh để duy trì giả định này, dẫn đến sự bóp méo hệ số ước lượng dù tác động thực tế không thay đổi. Để khắc phục vấn đề này và kiểm tra được giả thuyết cũng như tìm câu trả lời cho câu hỏi nghiên cứu thứ nhất, luận án sử dụng phương pháp Karlson-Holm-Breen (KHB). Phương pháp KHB cho phép tách biệt một cách chính xác tác động trực tiếp và gián tiếp bằng cách kiểm soát sự khác biệt về thang đo tiềm ẩn, qua đó đảm bảo tính hợp lệ trong việc so sánh hệ số giữa các mô hình lồng ghép (nested models), từ đó đo lường chính xác ảnh hưởng gián tiếp của giáo dục đến sức khỏe NCT thông qua các yếu tố trung gian (Kohler & cộng sự, 2011; Karlson & cộng sự, 2012; Arpino & Sole-Auro, 2019).

Ngoài ra, điều đặc biệt quan trọng là phương pháp KHB không chỉ xác định mức độ ảnh hưởng gián tiếp mà còn so sánh tầm quan trọng tương đối của ba loại hoạt động tích cực hàng ngày nêu trên trong việc truyền tải tác động của giáo dục đến sức khỏe NCT, từ đó xác định yếu tố trung gian then chốt nhất. Việc xác định loại hình hoạt động giữ vai trò trung gian quan trọng nhất không những có ý nghĩa học thuật trong việc tách bạch chính xác hiệu ứng trung gian, mà còn mang lại giá trị thực tiễn sâu sắc cho hoạch định chính sách. Kết quả này cung cấp thông tin hữu ích giúp tập

trung nguồn lực vào những lĩnh vực tạo ra ảnh hưởng mạnh mẽ nhất từ giáo dục tới sức khỏe. Ví dụ, nếu hoạt động sản xuất đóng vai trò trung gian chủ đạo, chính sách cần tạo điều kiện để NCT duy trì khả năng tham gia lao động hoặc thực hiện các nhiệm vụ có ích, qua đó khai thác tối đa lợi ích sức khỏe từ nền tảng giáo dục sẵn có. Ngược lại, nếu hoạt động kết nối xã hội (đọc sách, sử dụng internet) là kênh trung gian chính, ưu tiên chính sách nên hướng về phổ cập kỹ năng số và tăng cường tiếp cận thông tin như một công cụ bảo vệ sức khỏe, thay vì phân bổ nguồn lực dàn trải cho mọi loại hình hoạt động.

Bảng 4.10: Kết quả phân tích Karlson-Holm-Breen (KHB)

	<i>SRH</i>	<i>IADL</i>
	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)
Tổng tác động (Total effect)	-0,61*** (0,113)	-1,03*** (0,145)
Tác động trực tiếp (Direct effect)	-0,38*** (0,116)	-0,71*** (0,146)
Tác động gián tiếp (Indirect effect)	-0,23*** (0,044)	-0,32*** (0,061)
Tỷ lệ đóng góp của các biến trung gian (%)	37,52%	31,0%
<i>Làm các công việc được trả lương</i>	4,2%	1,02%
<i>Làm việc nhà</i>	3,61%	3,74%
<i>Tham gia xã hội</i>	-	4,85%
<i>Kết nối xã hội</i>	29,71%	21,39%
Pseudo R ²	0,14	0,33

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

*Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%. Biến kiểm soát gồm giới tính, nơi sinh sống, tuổi, tình trạng hôn nhân, thu nhập tự đánh giá, điều kiện kinh tế hộ gia đình và hút thuốc. Sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn. (-) biểu thị ô trống.*

Kết quả trong Bảng 4.10 cho thấy, khi đánh giá tình trạng sức khỏe của NCT theo SRH hay IADL thì các hệ số ước lượng của tổng tác động (total effect), tác động trực tiếp (direct effect) và tác động gián tiếp (indirect effect) đều âm và có ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Kết quả trên cho thấy mối liên hệ tích cực giữa trình độ học vấn cao nhất và sức khỏe của NCT là có ý nghĩa thống kê và đáng tin cậy (thể hiện thông qua hệ số

ước lượng của tổng tác động (total effect) mang dấu âm và có ý nghĩa thống kê 1%).³ Phân tích sâu hơn cho thấy tác động trực tiếp (direct effect) cũng mang dấu âm và có ý nghĩa thống kê, hàm ý rằng ngay cả khi loại trừ ảnh hưởng thông qua các yếu tố trung gian, giáo dục vẫn góp phần làm giảm xác suất tự đánh giá sức khỏe kém và tự đánh giá có hạn chế IADL của NCT. Quan trọng hơn, tác động gián tiếp (indirect effect) cũng có giá trị âm và có ý nghĩa thống kê, hàm ý rằng các hoạt động tích cực hàng ngày thực sự đóng vai trò trung gian giải thích một phần tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT theo hướng tích cực. Các kết quả được diễn giải cụ thể hơn như sau:

Xét theo SRH, giáo dục có ảnh hưởng gián tiếp đáng kể thông qua các biến trung gian là hoạt động sản xuất và hoạt động kết nối xã hội. Cụ thể, tác động gián tiếp (indirect effect = $-0,23$; $p < 0,01$) cho thấy khoảng 37,52% ảnh hưởng tích cực của giáo dục đến tự đánh giá sức khỏe kém được giải thích thông qua các hoạt động này. Những NCT có trình độ học vấn cao hơn thường có xu hướng tích cực thực hiện các hoạt động sản xuất (bao gồm cả công việc được trả lương và làm việc nhà) cũng như các hoạt động kết nối xã hội và vì thế mà họ ít có khả năng tự đánh giá tình trạng sức khỏe kém hơn so với những người có trình độ học vấn thấp hơn. Tuy nhiên, phân tích KHB không tìm thấy bằng chứng thống kê cho thấy việc tham gia xã hội đóng vai trò trung gian trong mối quan hệ giữa giáo dục và SRH. Nói cách khác, mặc dù giáo dục có ảnh hưởng đến sức khỏe, nhưng ảnh hưởng này không phải thông qua việc NCT tham gia các tổ chức xã hội hay hoạt động tôn giáo...

Xét theo hạn chế IADL, kết quả phân tích KHB cho thấy có bốn hoạt động giữ vai trò trung gian trong mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT, đó là: làm các công việc được trả lương, làm việc nhà (thuộc nhóm hoạt động sản xuất), tham gia xã hội và kết nối xã hội. Cụ thể, tác động gián tiếp (indirect effect = $-0,32$; $p < 0,01$) cho thấy khoảng 31% tác động của giáo dục đến xác suất tự đánh giá gặp ít nhất một hạn chế IADL được giải thích thông qua bốn hoạt động nói trên. Nói cách khác, so với nhóm NCT có trình độ giáo dục thấp hơn, những người có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng tham gia tích cực hơn vào các hoạt động hàng ngày này và từ đó góp phần giảm nguy cơ suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập khi về già.

Kết quả phân tích KHB cho thấy, dù đánh giá sức khỏe NCT theo SRH hay IADL thì đều có nhiều hơn một yếu tố trung gian ảnh hưởng đến tác động của trình độ học

³ Lưu ý rằng giá trị cao hơn của biến phụ thuộc hàm ý người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe kém hoặc gặp hạn chế IADL nên giá trị của hệ số ước lượng mang dấu âm sẽ cho biết biến số đó có tác động tích cực tới sức khỏe người cao tuổi.

vấn cao nhất tới sức khỏe NCT. Phát hiện này đặt ra một câu hỏi quan trọng: trong các biến trung gian đó thì yếu tố nào đóng vai trò quan trọng nhất trong việc truyền tải tác động của giáo dục tới sức khỏe của NCT? Kết quả trình bày ở Bảng 4.10 cho thấy, dù sức khỏe được đánh giá theo SRH hay IADL thì các hoạt động kết nối xã hội (như sử dụng Internet, đọc sách/báo...) luôn đóng vai trò là yếu tố trung gian quan trọng nhất, góp phần giải thích tại sao người có trình độ học vấn cao hơn thường có sức khỏe tốt hơn. Cụ thể, hoạt động kết nối xã hội chiếm 29,7% trong tổng số 37,52% tác động gián tiếp của giáo dục đến SRH, và chiếm 21,4% trong tổng số 31% ảnh hưởng gián tiếp của giáo dục đến hạn chế IADL của NCT. Trong khi đó, các yếu tố trung gian khác (như làm công việc có lương, làm việc nhà hay tham gia xã hội) cũng có vai trò nhất định nhưng mức độ ảnh hưởng rất nhỏ (đều dưới 5%). Như vậy, dù giáo dục có thể ảnh hưởng nhất định đến việc NCT tiếp tục làm việc hoặc tham gia vào các đoàn thể xã hội, nhưng những yếu tố này không phải là con đường chính giúp giáo dục tác động đến sức khỏe NCT. Thay vào đó, khả năng tiếp cận và tham gia vào các hoạt động kết nối xã hội mới là chìa khóa quan trọng giúp giáo dục cải thiện sức khỏe cho NCT.

Các kết quả từ phương pháp hồi quy logistic đa biến và KHB cho thấy giáo dục đóng vai trò kép trong việc bảo vệ sức khỏe NCT: vừa tác động trực tiếp, vừa gián tiếp thông qua việc thúc đẩy các hoạt động tích cực hàng ngày, đặc biệt là kết nối xã hội. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thiết kế chính sách an sinh xã hội hiệu quả, tập trung vào tăng cường tiếp cận và tham gia các hoạt động kết nối xã hội cho nhóm NCT có trình độ học vấn thấp nhằm cải thiện kết quả sức khỏe.

4.4. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi Việt Nam

Kết quả nghiên cứu trình bày ở phần trên cho thấy giáo dục có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe NCT Việt Nam dù là xét theo SRH hay IADL. Ngoài ra, kết quả phân tích KHB còn xác nhận giáo dục vừa có tác động trực tiếp, vừa có tác động gián tiếp đến sức khỏe NCT thông qua các hoạt động lão hóa tích cực, trong đó việc kết nối xã hội là con đường trung gian quan trọng nhất. Cùng với đó, kết quả nghiên cứu ở Mục 4.2 cũng cho thấy nam giới và NCT sống ở thành thị (những người có trình độ giáo dục cao hơn) có xu hướng báo cáo SRH tốt hơn và ít gặp hạn chế IADL hơn so với nữ giới và NCT sống ở nông thôn. Dù chưa có bằng chứng thống kê vững chắc về sự khác biệt trong xác suất gặp hạn chế IADL, kết quả từ các hệ số ước lượng và tỷ suất chênh hiệu chỉnh (aOR) vẫn cho thấy xu hướng có lợi cho nam giới và NCT sống ở thành thị.

Những kết quả trên đã củng cố giả thuyết về vai trò quan trọng của giáo dục trong việc giải thích sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT. Cụ thể, khi giáo dục được xác định là yếu tố có ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến tình trạng sức khỏe của bản thân NCT tại Việt Nam, thì sự phân bố không đồng đều về trình độ học vấn – đặc biệt là các chênh lệch theo giới tính và nơi cư trú như đã báo cáo trong phần thống kê mô tả tại Mục 4.1 – chính là nguyên nhân dẫn đến những khác biệt này trong thực tế. Tuy nhiên, một câu hỏi quan trọng cần được làm rõ là mức độ ảnh hưởng của giáo dục so với các yếu tố KT-XH khác như thu nhập đến sự khác biệt sức khỏe giữa nam và nữ giới cao tuổi, cũng như giữa NCT ở thành thị và nông thôn? Để trả lời, bước tiếp theo nghiên cứu áp dụng kỹ thuật phân rã Oaxaca-Blinder cho các mô hình phi tuyến tính nhằm lượng hóa đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe ở các nhóm NCT.

4.4.1. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo giới tính

Kết quả phân rã Oaxaca-Blinder ở Bảng 4.11 cho thấy các yếu tố KT-XH, trong đó có giáo dục, đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe theo giới tính trong nhóm NCT Việt Nam. Cụ thể, phụ nữ có xác suất trung bình tự đánh giá tình trạng sức khỏe kém và gặp khó khăn IADL cao hơn so với nam giới. Các yếu tố KT-XH giải thích khoảng 35% sự chênh lệch xác suất tự đánh giá sức khỏe kém và 41,7% sự khác biệt về xác suất gặp hạn chế IADL giữa phụ nữ và nam giới. Đây được gọi là phần “giải thích được” của sự chênh lệch xác suất gặp các vấn đề về sức khỏe.

Xét từng yếu tố KT-XH thì thu nhập tự đánh giá và trình độ học vấn cao nhất là những yếu tố đóng góp nhiều nhất vào sự khác biệt trong xác suất tự đánh giá sức khỏe (SRH) kém có thể “giải thích được” giữa phụ nữ và nam giới cao tuổi. Trong tổng số 35% khác biệt có thể giải thích thì thu nhập tự đánh giá chiếm 15% và trình độ học vấn cao nhất chiếm 13%; nghĩa là, nếu nhóm phụ nữ cao tuổi có mức thu nhập tự đánh giá và trình độ học vấn cao nhất tương đương với nam giới thì xác suất báo cáo SRH kém của họ sẽ giảm lần lượt 15% và 13% so với thực tế. Nói cách khác, việc thu hẹp khoảng cách về thu nhập và trình độ học vấn giữa nam giới và phụ nữ sẽ góp phần đáng kể giảm xác suất báo cáo SRH kém ở phụ nữ cao tuổi Việt Nam.

Đặc biệt, khi xem xét đến mức độ hạn chế IADL thì giáo dục là yếu tố có đóng góp lớn nhất vào phần chênh lệch “có thể lý giải được” giữa nam giới và phụ nữ. Kết quả phân tích Oaxaca-Blinder cho thấy vai trò của giáo dục trong việc giải thích sự khác biệt sức khỏe giữa hai giới lớn hơn rất nhiều so với các yếu tố KT-XH khác (như thu nhập tự đánh giá hay điều kiện kinh tế hộ gia đình). Cụ thể, sự khác biệt về trình

độ học vấn cao nhất giữa phụ nữ và nam giới cao tuổi giải thích tới 23,6% trong tổng số 41,7% sự chênh lệch về xác suất báo cáo gặp ít nhất một hạn chế IADL; nghĩa là, nếu phụ nữ cao tuổi có trình độ học vấn ngang bằng với nam giới thì xác suất họ báo cáo gặp ít nhất một hạn chế IADL sẽ giảm đi 23,6% so với thực tế.

Bảng 4.11: Kết quả phân rã Oaxaca – Blinder
sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo giới tính

Phân rã theo giới tính	Xác suất trung bình báo cáo sức khỏe kém (SRH)	Xác suất trung bình báo cáo có ít nhất một hạn chế IADL		
Phụ nữ	0,5578	0,4707		
Nam giới	0,4578	0,2716		
<i>Chênh lệch giữa hai nhóm</i>	0,1	0,199		
Đóng góp của các biến vào phần chênh lệch có thể giải thích:	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ lệ đóng góp (%)	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ lệ đóng góp (%)
Trình độ học vấn	0,013*** (0,004)	13,0	0,047*** (0,004)	23,6
Khu vực sinh sống	-0,00 (0,001)	0	-0,002*** (0,001)	-1,0
Tuổi	0,006*** (0,001)	6,0	0,022*** (0,002)	11,1
Tình trạng hôn nhân	0,004 (0,006)	4,0	0,003 (0,006)	1,5
Dân tộc	-0,001 (0,001)	-1	0,003*** (0,001)	1,5
Thu nhập tự đánh giá	0,015*** (0,001)	15,0	0,003*** (0,001)	1,5
Chỉ số điều kiện sống	0,008*** (0,001)	8,0	0,008*** (0,001)	4,0
Hút thuốc	-0,01 (0,008)	-10	-0,001 (0,007)	-0,5
<i>Tổng cộng đóng góp của các biến (Total explained)</i>	0,035	35,0	0,083	41,7
<i>Không giải thích được (Unexplained)</i>	0,065	65,0	0,116	58,3

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

*Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%, sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn.*

Kết quả phân rã Oaxaca-Blinder cho thấy khi xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến sự khác biệt về sức khỏe giữa nam giới và phụ nữ cao tuổi, trình độ học vấn cao nhất luôn là một trong những yếu tố quan trọng hàng đầu, góp phần làm gia tăng sự khác biệt về sức khỏe giữa hai giới. Đặc biệt, giáo dục có vai trò lớn nhất trong việc giải thích sự khác biệt này khi xét theo sự hạn chế IADL.

4.4.2. Vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo nơi sinh sống

Bảng 4.12 trình bày kết quả phân tích phân rã Oaxaca-Blinder xác định mức độ đóng góp của các yếu tố khác nhau vào sự khác biệt trong xác suất tự đánh giá sức khỏe kém và hạn chế IADL giữa hai nhóm NCT sống ở thành thị và nông thôn. Kết quả cho thấy, so với NCT thành thị thì NCT nông thôn có xác suất tự đánh giá sức khỏe kém (SRH) và có ít nhất một hạn chế IADL đều cao hơn. Các yếu tố KT-XH là nguyên nhân chính, giải thích lần lượt 79,8% sự chênh lệch trong xác suất tự đánh giá sức khỏe kém và 58,2% sự khác biệt trong xác suất tự đánh giá có ít nhất một hạn chế IADL giữa hai nhóm NCT nông thôn và thành thị.

Đối với SRH, các yếu tố như mức thu nhập tự đánh giá của NCT và điều kiện kinh tế hộ gia đình có đóng góp nhiều nhất đến sự chênh lệch trong xác suất báo cáo sức khỏe kém giữa hai nhóm NCT. Những yếu tố này đóng vai trò quan trọng vì chúng phản ánh mức độ mà NCT có thể tiếp cận và chi trả cho các nhu cầu sinh hoạt cơ bản và dịch vụ chăm sóc y tế thiết yếu – những yếu tố then chốt giúp duy trì và cải thiện sức khỏe (Le & cộng sự, 2018; Lê & cộng sự, 2020b). Kết quả phân tích cho thấy, nếu NCT ở khu vực nông thôn có mức thu nhập và điều kiện kinh tế tương đương với NCT ở thành thị thì nguy cơ họ tự báo cáo sức khỏe của mình ở mức kém sẽ giảm đáng kể. Ngoài thu nhập tự đánh giá và điều kiện kinh tế hộ gia đình thì giáo dục tiếp tục là một yếu tố quan trọng đóng góp vào phần chênh lệch xác suất “có thể giải thích được” giữa hai nhóm NCT. Cụ thể, chênh lệch về trình độ học vấn cao nhất giữa hai nhóm NCT tại nông thôn và thành thị đóng góp 10,1% trong tổng số 79,8% phần chênh lệch “có thể giải thích được” về xác suất báo cáo sức khỏe kém. Điều này có nghĩa là, nếu NCT ở nông thôn có trình độ giáo dục ngang bằng với những NCT sống ở thành thị, xác suất trung bình họ tự đánh giá sức khỏe kém sẽ giảm khoảng 10%.

Xét theo hạn chế IADL, trình độ học vấn cao nhất và điều kiện kinh tế hộ gia đình là hai yếu tố quan trọng nhất trong việc giải thích sự khác biệt trong xác suất tự đánh giá có ít nhất một hạn chế IADL giữa NCT nông thôn và NCT thành thị. Cụ thể, trình độ học vấn cao nhất và điều kiện kinh tế của hộ gia đình lần lượt giải thích được 23,5%

và 26,3% trong tổng số 58,2% sự khác biệt trong xác suất tự đánh giá gặp ít nhất một hạn chế IADL giữa hai nhóm NCT; nghĩa là, nếu NCT nông thôn có trình độ học vấn và điều kiện kinh tế tương đương với NCT thành thị thì xác suất họ tự đánh giá gặp ít nhất một hạn chế IADL sẽ giảm đi tương ứng là 23,5% và 26,3% so với thực tế.

Bảng 4.12: Kết quả phân rã Oaxaca – Blinder
sự khác biệt sức khỏe người cao tuổi theo nơi sinh sống

Phân rã theo nơi sinh sống	Xác suất trung bình báo cáo sức khỏe kém (SRH)	Xác suất trung bình báo cáo có ít nhất một hạn chế IADL		
Nông thôn	0,5355	0,4172		
Thành thị	0,4165	0,2387		
<i>Chênh lệch giữa hai nhóm</i>	0,119	0,1785		
Đóng góp của các biến vào phần chênh lệch có thể giải thích:	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ lệ đóng góp (%)	Hệ số ước lượng (Sai số chuẩn)	Tỷ lệ đóng góp (%)
Trình độ học vấn	0,012*** (0,004)	10,1	0,042*** (0,003)	23,5
Giới tính	-0,004*** (0,001)	-3,4	-0,005*** (0,001)	-2,8
Tuổi	0,000 (0,001)	0	0,000 (0,001)	0
Tình trạng hôn nhân	-0,001 (0,001)	-0,8	-0,000 (0,001)	0
Dân tộc	-0,002 (0,003)	-1,7	0,013*** (0,003)	7,3
Thu nhập tự đánh giá	0,036*** (0,003)	30,2	0,007*** (0,003)	3,9
Chỉ số điều kiện sống	0,052*** (0,007)	43,7	0,047*** (0,006)	26,3
Hút thuốc	0,002 (0,002)	1,7	0,000 (0,001)	0
<i>Tổng cộng đóng góp của các biến (Total explained)</i>	0,095	79,8	0,104	58,2
<i>Không giải thích được (Unexplained)</i>	0,024	20,2	0,0745	41,8

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

*Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%, sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn.*

Kết quả phân tích Oaxaca-Blinder cho thấy, dù đánh giá tình trạng sức khỏe của NCT Việt Nam theo góc độ chủ quan (bằng SRH) hay khách quan hơn (bằng IADL)

thì giáo dục – thể hiện bằng trình độ học vấn cao nhất – vẫn đóng vai trò quan trọng trong việc giải thích sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa NCT thành thị và NCT nông thôn. Sự khác biệt về trình độ học vấn góp phần đáng kể vào khoảng cách sức khỏe giữa hai nhóm NCT này. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó đã chỉ ra rằng NCT tại thành thị và NCT sống tại nông thôn có sự khác biệt rõ rệt về tình trạng sức khỏe (Le & cộng sự, 2020a; Zhang & cộng sự, 2021) và giáo dục là một trong những yếu tố quan trọng dẫn đến sự khác biệt sức khỏe đó (Williams & cộng sự, 2017).

4.5. Đối chiếu vai trò của giáo dục, thu nhập và điều kiện sống với sự khác biệt sức khỏe theo hai thước đo SRH và IADL

Kết quả nghiên cứu của luận án đã làm sáng tỏ cơ chế mà giáo dục tác động tích cực đến sức khỏe NCT tại Việt Nam, bao gồm các ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp thông qua những hoạt động lão hóa tích cực, trong đó nổi bật là vai trò của các hoạt động kết nối xã hội. Nghiên cứu cũng khẳng định chênh lệch giáo dục là yếu tố then chốt giải thích vì sao phụ nữ và NCT nông thôn có xác suất báo cáo SRH kém và gặp hạn chế IADL cao hơn. Việc sử dụng đồng thời hai chỉ số SRH và IADL trong nghiên cứu này không nhằm mục đích lặp lại các kiểm định thống kê, mà là để cung cấp một cái nhìn đa chiều về mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT, phân tách rõ ràng giữa cảm nhận chủ quan về sức khỏe và khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập mà chưa cần chăm sóc dài hạn của NCT. Cụ thể, SRH là thước đo hữu ích về sức khỏe NCT, nhưng mang tính chủ quan và dễ bị ảnh hưởng bởi kỳ vọng, văn hóa cũng như tâm lý (Idler & Benyamini, 1997; Jylha, 2009; Bago d’Uva & cộng sự, 2011). Mặt khác, IADL đo lường khả năng thực hiện các hoạt động cụ thể và quan sát được, như sử dụng điện thoại, nấu ăn, quản lý thuốc và tài chính. Những hoạt động này đòi hỏi sự sáng suốt về nhận thức, khả năng vận động và kỹ năng xã hội, thay vì chỉ dừng lại ở báo cáo cảm tính về trạng thái chung của cơ thể. Vì những hoạt động này cần nền tảng văn hóa - xã hội cao hơn so với các hoạt động sinh hoạt cơ bản (ADL) như ăn uống, mặc quần áo nên khả năng thực hiện IADL phản ánh mức độ sống độc lập mà chưa cần các sắp xếp chăm sóc dài hạn của NCT (Lawton & Brody, 1969; Bruderer-Hofstetter & cộng sự, 2022).

Kết quả nghiên cứu trình bày ở các mục trước đã cho thấy những điểm tương đồng nhưng cũng tồn tại những khác biệt đáng chú ý trong cách thức mà giáo dục ảnh hưởng tới hai khía cạnh sức khỏe (SRH và IADL), khẳng định rằng việc thiếu đi một

trong hai chỉ số sẽ dẫn đến những đánh giá chưa đầy đủ về vai trò của giáo dục với quá trình lão hóa khỏe mạnh tại Việt Nam. Cụ thể:

- Kết quả phân tích KHB khẳng định rằng, dù đo lường sức khỏe bằng cảm nhận chủ quan (SRH) hay khả năng sống độc lập (IADL), thì yếu tố kết nối xã hội (bao gồm sử dụng Internet, đọc sách báo, nghe đài...) luôn là con đường trung gian quan trọng nhất truyền dẫn tác động tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT. Cụ thể, việc kết nối xã hội đóng góp tới 29,71% trong tổng tác động gián tiếp đối với SRH và 21,39% đối với IADL. Trong khi đó, các yếu tố khác như làm việc được trả lương, làm việc nhà hay tham gia các hội nhóm xã hội chỉ đóng góp những phần rất nhỏ (dưới 5%). Phát hiện này gửi đi một thông điệp mạnh mẽ và thống nhất: bất kể sức khỏe được định nghĩa là cảm nhận nội tại hay khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập, thì chìa khóa cốt lõi để giáo dục cải thiện sức khỏe NCT chính là thông qua việc duy trì các hoạt động kích thích nhận thức và kết nối thông tin chứ không phải thông qua lao động hay tham gia tổ chức đoàn thể (những hoạt động thường đòi hỏi nhiều tương tác xã hội hơn). Cơ chế ảnh hưởng của các hoạt động này diễn ra chủ yếu thông qua việc kích thích nhận thức, giúp duy trì khả năng xử lý thông tin và tăng cường cảm giác kiểm soát cá nhân. Thay vì chỉ dừng lại ở khía cạnh giải trí, những hoạt động này đóng vai trò như một bài tập tinh thần thường xuyên, góp phần làm chậm quá trình suy giảm tinh thần liên quan đến tuổi tác. Giáo dục tạo nền tảng để NCT tiếp cận và tham gia hiệu quả vào các hoạt động này, từ đó gián tiếp cải thiện chất lượng cuộc sống và duy trì sức khỏe. Nhận định này gợi ý rằng, việc thiết kế chính sách nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận thông tin và duy trì thói quen kích thích nhận thức là chiến lược quan trọng để tăng cường sức khỏe trong cộng đồng NCT.
- Tuy nhiên, điểm khác biệt quan trọng giữa hai khía cạnh sức khỏe (SRH và IADL) không nằm ở cấu trúc của các biến trung gian, mà nằm ở mức độ mà sự chênh lệch giáo dục đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm dân cư, điều chỉ có thể nhận ra khi xem xét song song cả hai thước đo thông qua việc áp dụng kỹ thuật Oaxaca-Blinder. Mặc dù cơ chế trung gian trong mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe NCT là tương đồng ở cả hai chỉ số (với vai trò áp đảo của việc kết nối xã hội), nhưng hậu quả của việc thiếu hụt giáo dục lại nghiêm trọng hơn nhiều đối với khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập (IADL) so với cảm nhận chủ quan (SRH). Cụ thể, kết quả từ phương pháp Oaxaca-Blinder cho thấy: trình độ học vấn giải thích tới 23,6% sự chênh lệch về xác suất có các hạn

chế IADL giữa nam và nữ (gấp gần hai lần so với con số 13% đối với SRH) và 23,5% sự chênh lệch giữa những NCT tại khu vực thành thị và nông thôn (gấp hơn hai lần so với 10,1% đối với SRH). Kết quả này chỉ ra rằng, mặc dù việc kết nối xã hội là con đường trung gian chung giúp giáo dục cải thiện sức khỏe, nhưng việc thiếu hụt giáo dục dẫn đến suy giảm kết nối xã hội lại gây tổn thương sâu sắc hơn đến khả năng thực hiện các hoạt động sống độc lập của các nhóm NCT yếu thế (phụ nữ và cư dân nông thôn) so với tác động lên cảm nhận chủ quan về sức khỏe của họ. Sự khác biệt trong kết quả phân tích Oaxaca-Blinder giữa hai chỉ số sức khỏe có thể được lý giải dựa trên bản chất đo lường của từng chỉ số. SRH dễ chịu ảnh hưởng bởi tính không đồng nhất khi báo cáo (reporting heterogeneity), theo đó người có trình độ học vấn thấp thường hạ thấp chuẩn mực sức khỏe nên vẫn báo cáo tình trạng tốt dù thực tế kém hơn (Bago d'Uva & cộng sự, 2011). Ngược lại, IADL là các hoạt động đòi hỏi kỹ năng nhận thức và năng lực thực thi – những yếu tố được giáo dục trực tiếp rèn luyện và duy trì (Bruderer-Hofstetter & cộng sự, 2022). Vì dựa chủ yếu vào năng lực thực thi các tác vụ cụ thể, IADL ít cho phép cá nhân che giấu sự suy giảm chức năng thông qua việc điều chỉnh kỳ vọng chủ quan như trong trường hợp của SRH.

Ngoài ra, kết quả phân rã Oaxaca-Blinder không chỉ khẳng định vai trò quan trọng của trình độ học vấn mà còn phơi bày sự phân hóa rõ rệt trong cách thức các yếu tố kinh tế (cụ thể là thu nhập tự đánh giá và chỉ số điều kiện sống hộ gia đình) đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT. Đối với thước đo SRH, kết quả cho thấy các yếu tố thuộc về điều kiện vật chất đóng vai trò quan trọng: thu nhập và điều kiện sống hộ gia đình lần lượt giải thích 15,0% và 8,0% sự khác biệt sức khỏe giữa nam và nữ, đồng thời chiếm tỷ trọng lớn nhất trong chênh lệch sức khỏe giữa thành thị và nông thôn (lần lượt là 30,2% và 43,7%). Điều này phản ánh tính nhạy cảm cao của SRH trước các nguồn lực tài chính và môi trường sống; khi các nhu cầu cơ bản được đảm bảo, NCT có xu hướng đánh giá tích cực hơn về trạng thái sức khỏe chung của bản thân. Ngược lại, khi chuyển sang thước đo IADL, mức độ đóng góp của các biến kinh tế/vật chất này suy giảm đáng kể so với giáo dục. Cụ thể, khi xem xét theo giới tính, thu nhập và điều kiện sống hộ gia đình chỉ giải thích tương ứng 1,5% và 4,0% sự khác biệt về hạn chế IADL giữa hai giới, thấp hơn nhiều so với con số 23,6% của giáo dục. Tương tự, khi so sánh sự khác biệt về nguy cơ có hạn chế IADL giữa NCT tại thành thị và nông thôn, dù điều kiện sống hộ gia đình vẫn là yếu tố quan trọng (đóng góp 26,3%), nhưng vai trò của giáo dục (23,5%) đã sánh ngang với yếu tố kinh tế này, trong khi đóng góp của thu nhập trở nên không đáng kể (3,9%).

Sự đối chiếu các kết quả nghiên cứu trên củng cố luận điểm rằng trong khi các yếu tố kinh tế tác động mạnh mẽ đến cảm nhận chủ quan về sức khỏe (SRH), thì năng lực thực thi các hoạt động sống độc lập (IADL) lại phụ thuộc bền vững hơn vào vốn con người tích lũy từ giáo dục. Do đó, việc chỉ dựa vào SRH sẽ khiến nhà hoạch định chính sách đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng của sự thiếu hụt giáo dục đối với rủi ro phụ thuộc chăm sóc dài hạn ở NCT. Cách tiếp cận đa chiều bằng cách kết hợp song song cả SRH và IADL không chỉ khẳng định cơ chế tác động phổ quát của giáo dục thông qua kết nối xã hội, mà còn phơi bày khoảng cách thực sự về khả năng sống độc lập mà các nhóm NCT yếu thế phải đối mặt. Từ đó, các can thiệp chính sách không nên dàn trải nguồn lực vào nhiều loại hình hoạt động khác nhau, mà cần tập trung ưu tiên vào việc thu hẹp khoảng cách trong tham gia các hoạt động kết nối xã hội cho nhóm có trình độ học vấn thấp. Đây là giải pháp thiết thực nhất trong bối cảnh Việt Nam nhằm duy trì khả năng tự chủ, giảm thiểu gánh nặng an sinh xã hội và thúc đẩy lão hóa khỏe mạnh một cách bền vững.

CHƯƠNG 5. THẢO LUẬN VỀ CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH

5.1. Thảo luận về các kết quả nghiên cứu

5.1.1. Thảo luận về vai trò trung gian của các hoạt động kết nối xã hội

Kết quả nghiên cứu của luận án cho thấy các hoạt động tích cực hàng ngày gồm hoạt động sản xuất, tham gia xã hội và kết nối xã hội đóng vai trò trung gian cho ảnh hưởng của giáo dục tới sức khỏe của NCT Việt Nam. Những phát hiện của nghiên cứu này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu trước sử dụng các thước đo sức khỏe khác như căng thẳng tâm lý (Ross & Zhang, 2008; Zhang & cộng sự, 2015), suy giảm chức năng nhận thức (Zhang & cộng sự, 2019; Liu & Lachman, 2020) hay chính sức khỏe tự đánh giá (Zhang & Wu, 2017; Ping & Oshio, 2023).

Đặc biệt, kết quả từ phương pháp KHB cho thấy bất kể xem xét tình trạng sức khỏe dưới góc độ cảm nhận chủ quan (SRH) hay khả năng sống độc lập (IADL), kết nối xã hội đều đóng vai trò là cơ chế trung gian quan trọng hơn nhiều so với các hoạt động sản xuất. Maier & Klumb (2005) lập luận rằng các lợi ích thu được từ các hoạt động sản xuất (ví dụ như thực hiện các công việc nội trợ và chăm sóc những người thân trong gia đình) chủ yếu có được từ kết quả của chúng do đó những hoạt động này có thể được chuyển giao cho bên thứ ba thực hiện mà không làm mất đi các lợi ích của chúng. Trong các xã hội công nghiệp, mọi người ủy thác ít nhất một số hoạt động sản xuất cho bên thứ ba, ví dụ như khi họ mua các sản phẩm và dịch vụ trên thị trường thay vì tự sản xuất chúng tại nhà hay thuê người giúp việc nhà và chăm sóc các thành viên trong gia đình (Klumb & Maier, 2007). Theo cách lập luận này, những lợi ích về mặt tâm lý – xã hội và sức khỏe vẫn có thể được duy trì và thu được ở mức độ lớn bằng cách ủy thác những công việc này cho bên thứ ba mà không cần phải trực tiếp thực hiện chúng. Ngược lại, những lợi ích về tâm lý – xã hội và sức khỏe thu được từ các hoạt động kết nối xã hội (như đọc sách/báo, sử dụng internet...) trực tiếp hơn và là kết quả của quá trình mà các cá nhân tự mình thực hiện các hoạt động này. Nói cách khác, lợi ích thu được từ việc thực hiện các hoạt động này không thể được duy trì bằng cách ủy thác hoạt động cho bên thứ ba thực hiện. Ví dụ, một người không thể thu được lợi ích từ việc đọc sách thông qua việc thuê người khác đọc sách hàng ngày. Do đó, việc không tham gia vào các hoạt động kết nối xã hội gây ra hậu quả tai hại hơn cho sức khỏe và phúc lợi so với việc không tham gia vào các hoạt động sản xuất (Klumb & Maier, 2007).

Tương tự, dù đo lường sức khỏe NCT theo SRH hay IADL, phân tích KHB đều chỉ ra rằng kết nối xã hội (những hoạt động mang tính kích thích nhận thức nhưng ít đòi hỏi tương tác xã hội) đóng vai trò trung gian quan trọng hơn nhiều so với tham gia xã hội (những hoạt động ít mang tính kích thích nhận thức nhưng đòi hỏi nhiều tương tác xã hội). Phát hiện trên đã củng cố giả thuyết ban đầu mà nghiên cứu này đưa ra khi cho rằng giáo dục thúc đẩy những NCT tích cực hơn trong việc tham gia vào các hoạt động kích thích nhận thức và đến lượt mình thì các hoạt động này lại ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe của họ, trong trường hợp này là làm giảm khả năng NCT báo cáo sức khỏe kém hoặc gặp khó khăn với các hoạt động IADL. Việc thường xuyên thực hiện các hoạt động kích thích nhận thức giúp NCT phát triển trí tuệ, kỹ năng giải quyết vấn đề, khả năng tìm kiếm và xử lý thông tin giúp đưa ra quyết định tốt hơn về sức khỏe. Những lập luận này nhất quán với kết quả nghiên cứu của Zhang & cộng sự (2019) đã chỉ ra rằng các hoạt động nhận thức đóng vai trò trung gian quan trọng hơn các hoạt động xã hội trong tác động của giáo dục đến hiệu suất nhận thức. Nhiều nghiên cứu khác cũng khẳng định rằng các hoạt động kích thích nhận thức giúp duy trì và tăng cường chức năng nhận thức (Schooler & Mulatu, 2001) và làm giảm nguy cơ mắc chứng mất trí nhớ (Wilson & cộng sự, 2002). Ngoài ra, việc tham gia xã hội (tham gia các tổ chức xã hội hoặc hoạt động tôn giáo...) sẽ trở nên khó khăn hơn khi con người ta ngày càng nhiều tuổi hơn nhưng những NCT có thể dễ dàng điều chỉnh và lựa chọn các hoạt động và cách thức để kết nối xã hội phù hợp với sở thích và kỹ năng của họ (Klumb & Maier, 2007). Từ đó, việc thực hiện thành công các hoạt động đã chọn sẽ mang lại trải nghiệm về năng lực và khả năng kiểm soát cá nhân được tăng cường, từ đó góp phần mang lại những lợi ích cho sức khỏe tâm lý (Mirowsky & Ross, 1998). Những lập luận trên còn được hỗ trợ thêm bởi kết quả nghiên cứu của Menec (2003) cho thấy việc thực hiện các hoạt động đơn độc như các hoạt động thủ công thực hiện bằng tay (dệt, thêu, làm đồ thủ công...), hoạt động nghệ thuật (âm nhạc, hội họa, sân khấu...) và các hoạt động đọc hoặc viết có liên quan đến mức độ hạnh phúc cao hơn. Cụ thể, những người thường xuyên thực hiện các hoạt động này sẽ tăng khả năng cảm thấy hạnh phúc hơn so với những người không tham gia.

Việc phát hiện ra cùng một cơ chế tác động duy nhất chi phối cả hai chỉ số sức khỏe đã củng cố độ tin cậy cho các kết luận của nghiên cứu, đồng thời nhấn mạnh giá trị của phương pháp đo lường song hành. Cách tiếp cận này khắc phục hạn chế của việc sử dụng đơn lẻ từng chỉ số: nếu chỉ dựa vào sức khỏe tự báo cáo (SRH), nghiên cứu có thể bỏ qua thực trạng duy trì cuộc sống độc lập của NCT; ngược lại, nếu chỉ tập trung vào khả

năng sống độc lập (IADL), các khía cạnh cảm nhận tâm lý nội tại sẽ bị lãng quên. Do đó, phát hiện về vai trò chủ đạo của kết nối xã hội trên cả hai phương diện chứng minh rằng giáo dục không chỉ giúp NCT cải thiện cảm nhận về tình trạng sức khỏe mà còn trực tiếp hỗ trợ họ duy trì năng lực sống độc lập thông qua cùng một cơ chế cốt lõi.

5.1.2. Thảo luận về vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm người cao tuổi

Khi giáo dục đã được xác nhận là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sức khỏe NCT tại Việt Nam và cơ chế tác động của giáo dục tới sức khỏe NCT đã được làm rõ, thì sự phân bố không đều của trình độ học vấn giữa nam giới và phụ nữ, hay giữa khu vực thành thị và nông thôn, sẽ trở thành nguyên nhân cốt lõi dẫn đến sự chênh lệch về sức khỏe giữa các nhóm dân cư. Kết quả nghiên cứu của luận án nhất quán với nhiều nghiên cứu về NCT ở các quốc gia khác (Graciani & cộng sự, 2004; Dalstra & cộng sự, 2006; Rueda & cộng sự, 2008; Arias-Merino & cộng sự, 2012; Palacios-Cena & cộng sự, 2012; Sole-Auro & Alcaniz, 2016; Williams & cộng sự, 2017; Ismail & cộng sự, 2021) cũng như một số nghiên cứu trước đây về NCT ở Việt Nam (Teerawichitchainan, 2014; Le & cộng sự, 2018; Vu & cộng sự, 2020; Le & cộng sự, 2020b; Vu & Giang, 2024), đó là khẳng định giáo dục có ảnh hưởng tích cực tới sức khỏe NCT trên nhiều khía cạnh, bao gồm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, năng lực nhận thức và khả năng vận động.

Bên cạnh đó, kết quả của luận án này cũng đồng nhất với kết quả của các nghiên cứu trước đây về NCT ở cả những nước phát triển và đang phát triển, đó là chỉ ra rằng phụ nữ cao tuổi thường gặp nhiều bất lợi đáng kể về sức khỏe so với nam giới (Rueda & cộng sự, 2008; Ng và cộng sự, 2010; Hosseinpoor & cộng sự, 2012; Zhang & cộng sự, 2015; Tareque & cộng sự, 2017). Mặc dù phụ nữ có tuổi thọ trung bình cao hơn nam giới, nhưng họ lại có xu hướng tự đánh giá sức khỏe của bản thân kém hơn, tỷ lệ khuyết tật cao hơn và chất lượng cuộc sống thấp hơn. Hiện tượng này được gọi là “nghịch lý sức khỏe – giới tính” (gender health-survival paradox) (Case & Paxson, 2005; Adjei & cộng sự, 2017). Nói cách khác, phụ nữ tuy sống lâu hơn nhưng số năm họ sống có bệnh tật nhiều hơn, trong khi nam giới tuy có tuổi thọ trung bình thấp hơn nhưng số năm sống có bệnh tật ít hơn. Bên cạnh các yếu tố sinh học, chênh lệch về sức khỏe giữa nam và nữ ở tuổi già còn bắt nguồn từ những yếu tố về vị thế KT-XH tích lũy trong suốt cuộc đời, trong đó giáo dục đóng vai trò then chốt. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng giáo dục là yếu tố KT-XH quan trọng giúp giải thích sự khác biệt về sức khỏe giữa hai giới (Ng và cộng sự, 2010; Hosseinpoor & cộng sự, 2012; Zhang & cộng sự, 2015; Adjei & cộng sự, 2017).

Mặt khác, kết quả nghiên cứu của luận án cũng nhất quán với một số công trình nghiên cứu trước đó, cho thấy NCT thành thị thường lão hóa thành công hơn NCT nông thôn (Li & cộng sự, 2015; Cwirlej-Sozanska & cộng sự, 2018; Ding & cộng sự, 2020; Zhang & cộng sự, 2021; Saha & cộng sự, 2022; Muhammad & cộng sự, 2022; Kumar & cộng sự, 2023). Một trong những lý do chính dẫn đến sự khác biệt này là giáo dục. Cụ thể, giáo dục đóng vai trò quan trọng trong việc ảnh hưởng đến nguy cơ khuyết tật, có các bệnh mạn tính và các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở NCT nói chung và khác biệt về trình độ học vấn giữa NCT thành thị và NCT nông thôn góp phần làm tăng sự khác biệt về sức khỏe của họ. Ví dụ, nghiên cứu của Saha & cộng sự (2022) tại Ấn Độ cho thấy tỷ lệ báo cáo sức khỏe kém của NCT tại nông thôn cao hơn nhiều so với NCT ở thành thị mà một phần là do NCT ở nông thôn thường có ít cơ hội tiếp cận giáo dục chính quy hơn. Trình độ học vấn thấp cũng giải thích cho xác suất bị trầm cảm cao hơn ở những NCT nông thôn so với NCT thành thị (Li & cộng sự, 2015; Kumar & cộng sự, 2023). Nghiên cứu của Cwirlej-Sozanska & cộng sự (2018) cho thấy tỷ lệ gặp hạn chế về ADL và IADL cao hơn ở những NCT nông thôn và giáo dục có tác động đáng kể đến xác suất họ gặp các hạn chế này. Williams & cộng sự (2017) chỉ ra rằng, ngay cả khi kiểm soát các yếu tố khác (như độ tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, việc làm và tình trạng bệnh lý mạn tính) thì giáo dục và điều kiện kinh tế của hộ gia đình là những yếu tố chính đóng góp vào sự khác biệt sức khỏe của NCT theo nơi cư trú ở cả Trung Quốc và Ấn Độ. Điều này hàm ý rằng, dù các yếu tố (như tuổi trẻ hơn, giới tính nam, tình trạng hôn nhân, việc làm và tình trạng bệnh lý mạn tính) có lợi cho NCT nông thôn, nhưng trình độ học vấn thấp và điều kiện kinh tế hộ gia đình thấp là những yếu tố chính tác động tới sự khác biệt về sức khỏe giữa họ với NCT thành thị.

Mặc dù giáo dục là yếu tố ảnh hưởng đến sự khác biệt sức khỏe, nghiên cứu này chỉ ra rằng mức độ đóng góp của chênh lệch giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT thay đổi đáng kể tùy thuộc vào từng thước đo sức khỏe cụ thể. Kết quả phân tích Oaxaca-Blinder cho thấy trình độ học vấn giải thích tới 23,6% sự chênh lệch về hạn chế IADL giữa nam và nữ, và 23,5% giữa thành thị và nông thôn. Con số này gấp gần hai lần so với mức đóng góp đối với SRH (lần lượt là 13% và 10,1%). Sự khác biệt về mức độ đóng góp này hàm ý rằng: Việc thiếu hụt giáo dục gây tổn thương sâu sắc hơn đến khả năng sống độc lập (IADL) so với cảm nhận chủ quan (SRH) của các nhóm yếu thế (phụ nữ, NCT nông thôn). Sự khác biệt trong kết quả phân tích Oaxaca-Blinder giữa hai chỉ số sức khỏe có thể được lý giải thông qua bản chất đo lường của chúng. SRH dễ chịu ảnh hưởng bởi tính không đồng nhất khi báo cáo (reporting

heterogeneity), theo đó người có trình độ học vấn thấp thường hạ thấp chuẩn mực sức khỏe nên vẫn báo cáo tình trạng tốt dù thực tế kém hơn (Bago d'Uva & cộng sự, 2011). Ngược lại, IADL là các hoạt động đòi hỏi kỹ năng nhận thức và năng lực thực thi – những yếu tố được giáo dục trực tiếp rèn luyện và duy trì (Bruderer-Hofstetter & cộng sự, 2022). Vì dựa chủ yếu vào năng lực thực thi các tác vụ cụ thể, IADL ít cho phép cá nhân che giấu sự suy giảm chức năng thông qua việc điều chỉnh kỳ vọng chủ quan như trong trường hợp của SRH. Chính vì vậy, việc kết hợp xem xét song song cả SRH và IADL không chỉ mang lại cái nhìn đa chiều, mà còn giúp phát hiện ra những chênh lệch sức khỏe tiềm ẩn mà nếu chỉ dùng đơn lẻ một chỉ số sẽ bị bỏ qua. Như trong nghiên cứu này, nếu chỉ dựa vào SRH, chúng ta sẽ đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng của bất bình đẳng giáo dục đối với nguy cơ phụ thuộc chăm sóc dài hạn trong tương lai. Phát hiện này đã nhấn mạnh sự cần thiết phải ưu tiên giảm sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm yếu thế (phụ nữ, khu vực nông thôn) thông qua việc bù đắp thiệt thòi về giáo dục, nhằm đảm bảo khả năng sống độc lập bền vững và giảm gánh nặng lên hệ thống an sinh xã hội trong bối cảnh dân số già hóa nhanh chóng.

5.2. Một số khuyến nghị chính sách

Dựa trên các kết quả nghiên cứu đã phân tích, đặc biệt là cơ chế trung gian áp đảo của kết nối xã hội và vai trò quan trọng của việc thiếu hụt giáo dục với sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT, luận án đề xuất sáu khuyến nghị chính sách trọng tâm. Các giải pháp được xây dựng theo logic toàn diện: từ bù đắp sự thiếu hụt giáo dục, thúc đẩy kết nối xã hội, xây dựng văn hóa học tập và phòng ngừa từ sớm, tăng cường vai trò y tế cơ sở, phát triển kinh tế bậc hỗ trợ nguồn lực, đến hoàn thiện lưới an sinh tài chính cho chăm sóc dài hạn. Mục tiêu tối thượng là thu hẹp sự khác biệt sức khỏe ở nhóm NCT yếu thế, hiện thực hóa tinh thần chuyển từ chữa bệnh sang phòng bệnh chủ động theo Nghị quyết số 72-NQ/TW ngày 09/09/2025 của Bộ Chính trị “Về một số giải pháp đột phá, tăng cường bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân” cũng như Chỉ thị số 35/CT-TTg ngày 23/12/2025 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường thực hiện công tác NCT thích ứng với già hóa dân số, qua đó giảm gánh nặng cho các sắp xếp chăm sóc dài hạn trong bối cảnh già hóa dân số.

5.2.1. Chính sách giáo dục linh hoạt nhằm thu hẹp sự khác biệt sức khỏe cho người cao tuổi yếu thế

Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 cho thấy rõ sự khác biệt về trình độ học vấn cao nhất mà NCT đạt được khi xét theo độ tuổi, giới tính và khu vực cư trú

(GSO, 2021). Cụ thể, những cá nhân có độ tuổi cao hơn, là nữ giới và cư trú tại khu vực nông thôn có tỷ lệ đạt trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên thấp hơn đáng kể so với những người trẻ tuổi hơn, nam giới và sống ở các khu vực thành thị. Phân tích Oaxaca-Blinder trong nghiên cứu này khẳng định rằng sự phân bố không đều của giáo dục là nguyên nhân cốt lõi dẫn đến sự khác biệt sức khỏe, giải thích tới 23,6% chênh lệch về khả năng sống độc lập (IADL) giữa nam và nữ, và 23,5% giữa thành thị và nông thôn. Con số này gấp gần hai lần so với mức đóng góp vào sự khác biệt về sức khỏe tự báo cáo (SRH), phản ánh thực tế rằng thiếu hụt giáo dục gây tổn thương sâu sắc hơn đến năng lực thực thi chức năng hàng ngày của các nhóm NCT yếu thế. Do đó, Chính phủ Việt Nam cần điều chỉnh chính sách đầu tư giáo dục theo hướng hỗ trợ đặc thù cho các nhóm NCT yếu thế (phụ nữ và nông thôn), qua đó bù đắp sự thiếu hụt vốn con người và thu hẹp sự khác biệt sức khỏe tồn tại giữa các nhóm đối tượng này so với nhóm nam giới và thành thị. Cụ thể:

- *Về hỗ trợ tài chính:* Chính phủ có thể thực thi các chính sách toàn diện như miễn học phí, cấp học bổng sinh hoạt và trợ cấp chi phí đi lại. Mục tiêu của các hỗ trợ này không chỉ là giảm rào cản kinh tế, mà quan trọng hơn, giúp nhóm NCT yếu thế (phụ nữ và người sống ở nông thôn) yên tâm tham gia các khóa học được thiết kế đặc thù nhằm trang bị kiến thức quản lý sức khỏe và kỹ năng tự chăm sóc. Khi gánh nặng tài chính được tháo gỡ, họ sẽ có điều kiện sắp xếp thời gian linh hoạt, giảm thiểu sự xung đột với các nghĩa vụ gia đình và hoạt động sản xuất thường nhật, qua đó trực tiếp ảnh hưởng tích cực đến việc thu hẹp sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT.
- *Về hình thức đào tạo:* Chính phủ và cơ quan quản lý giáo dục cần thiết kế các chương trình đào tạo kiến thức và kỹ năng ngắn hạn với tính linh hoạt cao, chẳng hạn tổ chức vào buổi tối, cuối tuần hoặc áp dụng mô hình học tập kết hợp (blended learning). Cách tiếp cận này nhằm hỗ trợ đặc thù cho nhóm NCT yếu thế, đặc biệt là phụ nữ và người sống ở nông thôn – những đối tượng thường phải đảm nhận vai trò nội trợ toàn thời gian hoặc làm nông nghiệp theo mùa vụ. Tính linh hoạt giúp giảm thiểu sự xung đột giữa hoạt động học tập với các nghĩa vụ gia đình và sản xuất, tạo điều kiện thuận lợi để nhóm đối tượng này tiếp cận hiệu quả các kiến thức quản lý sức khỏe.
- *Về nội dung:* Việc mở rộng cơ hội học tập cho nhóm dân số cao tuổi cần ưu tiên trang bị kiến thức quản lý sức khỏe và kỹ năng tự chăm sóc cho nhóm NCT yếu thế (phụ nữ và cư dân nông thôn) – những đối tượng thường có hạn chế trong

tiếp cận thông tin y tế chính thống (Vo & cộng sự, 2020; Nguyen & cộng sự, 2021). Thay vì theo đuổi bằng cấp chính quy ít thực tiễn ở giai đoạn cuối đời, chương trình nên tập trung vào các kỹ năng thiết yếu như phòng ngừa bệnh mạn tính, dinh dưỡng hợp lý, vận động an toàn, chăm sóc sức khỏe tinh thần và sử dụng hiệu quả dịch vụ y tế (như khám định kỳ và tuân thủ điều trị). Nội dung cần được thiết kế dưới dạng mô-đun ngắn gọn, dễ tiếp cận, có thể tích hợp ngôn ngữ dân tộc hoặc tiếng Việt giản lược, kèm minh họa trực quan và phù hợp với khả năng công nghệ hạn chế của nhóm đối tượng này.

Việc nâng cao trình độ giáo dục và sức khỏe cho các nhóm NCT yếu thế (phụ nữ và NCT tại nông thôn) có ý nghĩa chiến lược trong việc thu hẹp sự khác biệt sức khỏe. Đối với phụ nữ, nhóm có tuổi thọ trung bình cao nhưng thường đối mặt với nguy cơ góa bụa, sống một mình và thiếu hỗ trợ xã hội (Vo & cộng sự, 2020; Nguyen & cộng sự, 2024), kiến thức quản lý sức khỏe giúp họ chủ động chăm sóc bản thân, giảm bớt cảm giác cô đơn và phụ thuộc vào con cái. Tương tự, với nhóm NCT tại nông thôn – nơi chi trả cho dịch vụ y tế chủ yếu dựa vào tiền túi (Le & cộng sự, 2011; Nguyen & Giang, 2021), sức khỏe tốt giúp giảm gánh nặng chăm sóc dài hạn cho các gia đình. Trong bối cảnh di cư lao động khiến NCT tại nông thôn ngày càng phải sống một mình và nhận ít hỗ trợ từ con cái (Pfau & Giang, 2010; Nguyen & cộng sự, 2012; Bang & cộng sự, 2017), năng lực tự quản lý cao cho phép họ kéo dài thời gian lao động, tự thực hiện các hoạt động sống hàng ngày (IADL) và tham gia tích cực vào các hoạt động xã hội, từ đó giảm thiểu rủi ro phụ thuộc và cô lập – những yếu tố làm trầm trọng thêm sự khác biệt sức khỏe giữa thành thị và nông thôn.

Mặt khác, khuyến nghị trên hoàn toàn đồng bộ và hiện thực hóa sâu sắc tinh thần của Nghị quyết số 72-NQ/TW ngày 09/09/2025 của Bộ Chính trị. Thứ nhất, nó trực tiếp đáp ứng Quan điểm chỉ đạo số 4 (Mục I) về “chuyển mạnh từ tư duy tập trung khám bệnh, chữa bệnh sang chủ động phòng bệnh”, thông qua việc trang bị cho NCT yếu thế kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc, giúp họ chủ động quản lý sức khỏe và ngăn ngừa suy giảm chức năng từ sớm. Thứ hai, khuyến nghị cụ thể hóa Nhiệm vụ giải pháp số 1 tại Mục III, yêu cầu triển khai thường xuyên công tác tuyên truyền, giáo dục, tư vấn, phổ biến kiến thức về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe, đặc biệt là đối với NCT thông qua việc thiết kế các chương trình giáo dục linh hoạt, thực tiễn và dễ tiếp cận. Thứ ba, việc ưu tiên hỗ trợ tài chính và nguồn lực cho nhóm NCT nữ giới và nông thôn thể hiện rõ nguyên tắc công bằng, bình đẳng và quan tâm đặc biệt đến các đối tượng yếu thế được nêu tại Quan điểm chỉ đạo số 2 (Mục I), nhằm thu hẹp khoảng cách tiếp cận dịch vụ y tế và thông tin sức khỏe giữa các nhóm dân cư.

Tính khả thi và hiệu quả của các giải pháp giáo dục linh hoạt nêu trên còn được củng cố vững chắc bởi kinh nghiệm thực tiễn từ các quốc gia trong khu vực. Tại Thái Lan, hệ thống các Trung tâm Học tập Cộng đồng (Community Learning Centres) đã chứng minh hiệu quả cao trong việc tiếp cận nhóm NCT yếu thế ở nông thôn thông qua việc cung cấp các chương trình đào tạo ngắn hạn, linh hoạt về thời gian và gắn liền với kỹ năng sống, tạo thu nhập và quản lý sức khỏe (Charungkaittikul, 2020; Nguyễn Đức Minh, 2019). Mô hình này thường được triển khai thông qua mạng lưới chùa chiền và các tổ chức địa phương, đã giúp giảm đáng kể rào cản tiếp cận giáo dục cho phụ nữ và người nghèo, qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống và khả năng tự chủ (UNESCO, 2015; Nguyễn Đức Minh, 2019; Charungkaittikul, 2020). Tại Trung Quốc, sự phát triển mạnh mẽ của hệ thống "Đại học Lão niên" (Laonian Daxue) kết hợp với nền tảng giáo dục từ xa đã cho thấy vai trò quan trọng của việc đa dạng hóa hình thức đào tạo (Tao & Palao-ay, 2024). Việc tích hợp công nghệ thông tin vào giảng dạy giúp NCT, kể cả ở các vùng sâu vùng xa, tiếp cận được các kiến thức y tế dự phòng và kỹ năng tự chăm sóc hiện đại, góp phần thu hẹp khoảng cách số và khoảng cách sức khỏe (World Bank, 2016; Tao & Palao-ay, 2024). Đặc biệt, kinh nghiệm từ Đài Loan với mô hình Trung tâm Học tập Chủ động (Active Aging Learning Centers) nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thiết kế chương trình giảng dạy cốt lõi dựa trên nhu cầu thực tế (như an toàn cuộc sống, sức khỏe, quan hệ xã hội) và áp dụng các phương pháp sư phạm linh hoạt (Lin & Wei, 2021; Li & Wei, 2019). Nghiên cứu tại Đài Loan cũng chỉ ra rằng các can thiệp giáo dục cộng đồng mang lại hiệu quả cải thiện sức khỏe và hạnh phúc cao hơn hẳn đối với nhóm NCT có trình độ học vấn thấp, qua đó trực tiếp góp phần thu hẹp sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm đối tượng (Lin & Wei, 2021). Đặc biệt, kinh nghiệm từ Nhật Bản với mạng lưới rộng khắp các Trung tâm Cộng đồng (Komiran) và các lớp học dành cho NCT cho thấy hiệu quả của mô hình giáo dục xã hội (social education), nơi việc học tập không chỉ nhằm mục tiêu kinh tế hay bằng cấp, mà tập trung vào gắn kết cộng đồng, giảm sự cô lập và nâng cao chất lượng cuộc sống thông qua các hoạt động nhóm linh hoạt do địa phương tự quản (Nguyễn Đức Minh, 2019; Le & Billett, 2022). Các chương trình đào tạo lại kỹ năng ngắn hạn, miễn phí hoặc có trợ cấp do chính quyền địa phương và khu vực tư nhân phối hợp tổ chức, cũng minh chứng cho tính khả thi của việc cung cấp các cơ hội học tập thiết thực, giúp NCT thích nghi với thay đổi xã hội và công nghệ (Le & Billett, 2022). Những minh chứng này khẳng định rằng việc đầu tư vào các chương trình giáo dục linh hoạt, phi chính quy và thiết thực, dễ áp dụng là một chiến lược đã được kiểm chứng, phù hợp để giải quyết vấn đề thiếu hụt vốn con người và thu hẹp sự khác biệt sức khỏe cho nhóm NCT yếu thế tại Việt Nam.

5.2.2. Thúc đẩy kết nối xã hội như cơ chế bù đắp và duy trì sức khỏe cho người cao tuổi yếu thế

Kết quả nghiên cứu của luận án chỉ ra rằng kết nối xã hội đóng vai trò trung gian quan trọng nhất trong cơ chế truyền dẫn ảnh hưởng tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT, cả trên thước đo sức khỏe tự báo cáo (SRH) và khả năng sống độc lập (IADL). Kết quả từ phương pháp KHB cho thấy bất kể xem xét tình trạng sức khỏe dưới góc độ nào, kết nối xã hội đều đóng vai trò là cơ chế trung gian quan trọng hơn nhiều so với các hoạt động sản xuất và tham gia xã hội. Do đó, các cơ quan quản lý và hoạch định chính sách cần thiết kế các chương trình can thiệp theo hướng khuyến khích và tạo điều kiện cho NCT, đặc biệt là các nhóm yếu thế, được tiếp cận và tham gia nhiều hơn vào các hoạt động kết nối xã hội, nhằm bù đắp sự chênh lệch sức khỏe so với các nhóm ưu thế.

Cụ thể, tại mỗi địa phương nên thành lập câu lạc bộ NCT kiểu mới tại cộng đồng, không chỉ là nơi sinh hoạt cộng đồng truyền thống, mà còn là trung tâm hỗ trợ kỹ thuật số và phát triển năng lực số cho NCT. Các câu lạc bộ này cần được trang bị sách báo, thiết bị truy cập Internet, tổ chức các lớp học kỹ năng sử dụng công nghệ thông tin cơ bản để giúp NCT tiếp cận thông tin, tham gia mạng xã hội, theo dõi sức khỏe trực tuyến và kết nối với người thân. Bên cạnh đó, các thư viện cộng đồng và trung tâm văn hóa cần mở rộng các hoạt động dành riêng cho NCT như câu lạc bộ đọc sách, viết hồi ký, học ngoại ngữ hay tham gia các khóa học trực tuyến miễn phí về sức khỏe, văn hóa và khoa học. Các trường đại học, cao đẳng có thể triển khai các khóa học ngắn hạn cho NCT, tạo cơ hội học tập để kích thích tư duy và giao lưu tri thức. Những hoạt động này đóng vai trò như bài tập rèn luyện trí tuệ giúp duy trì sự sáng suốt về nhận thức và kỹ năng xã hội, qua đó cải thiện năng lực thực hiện các hoạt động IADL – khía cạnh sức khỏe chịu ảnh hưởng mạnh mẽ nhất từ giáo dục và dễ bị tổn thương ở nhóm yếu thế. Bằng cách cung cấp môi trường kết nối xã hội chất lượng cao miễn phí hoặc chi phí thấp tại nông thôn, chính sách này giúp cân bằng cơ hội duy trì năng lực nhận thức và kỹ năng xã hội giữa NCT thành thị và nông thôn.

Ngoài ra, đối với nhóm NCT có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, chính quyền địa phương và các tổ chức xã hội cần triển khai chương trình hỗ trợ cung cấp trang thiết bị công nghệ (như máy tính bảng, điện thoại thông minh) kèm theo dịch vụ hướng dẫn sử dụng hiệu quả và hỗ trợ kỹ thuật tại chỗ, nhằm ngăn ngừa nguy cơ bị bỏ lại phía sau trong kỷ nguyên số. Đây không chỉ là vấn đề công bằng xã hội, mà còn là chiến lược đầu tư dài hạn nhằm giảm gánh nặng chăm sóc sức khỏe và cải thiện chất lượng cuộc

sống cho NCT. Bằng cách cung cấp công cụ và kỹ năng để tham gia kết nối xã hội, chính sách này giúp bù đắp những bất lợi về cơ hội tiếp cận các hoạt động kích thích trí tuệ và thông tin sức khỏe, qua đó giảm thiểu sự khác biệt sức khỏe giữa NCT thành thị/nông thôn và nam/nữ.

Cuối cùng, truyền thông đại chúng cần đóng vai trò dẫn dắt trong việc thay đổi khuôn mẫu xã hội về NCT – từ hình ảnh bị động, phụ thuộc sang chủ thể tích cực, có năng lực đóng góp tri thức và kinh nghiệm. Việc tuyên truyền nên nhấn mạnh mối liên hệ có cơ sở khoa học giữa tham gia kết nối xã hội và cải thiện sức khỏe tinh thần – thể chất, từ đó thúc đẩy động lực nội tại ở NCT và tạo áp lực tích cực lên cộng đồng, gia đình trong việc tạo điều kiện thuận lợi, khuyến khích NCT chủ động tham gia các hoạt động kết nối xã hội. Việc tham gia thường xuyên vào các hoạt động có ý nghĩa, đáp ứng được mục đích sống của NCT không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống mà còn tăng cường hiệu suất tư duy, góp phần nâng cao sức khỏe tâm lý và thể chất. Sức khỏe tâm lý và thể chất tốt hơn sẽ giúp NCT duy trì khả năng sống độc lập mà chưa cần tới sự hỗ trợ và chăm sóc từ các thành viên khác trong gia đình và xã hội, từ đó góp phần giảm gánh nặng cho các sắp xếp chăm sóc dài hạn của gia đình và hệ thống an sinh xã hội.

Khuyến nghị chính sách trên hoàn toàn phù hợp với định hướng chiến lược được nêu tại Chỉ thị số 35/CT-TTg ngày 23/12/2025 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường thực hiện công tác NCT thích ứng với già hóa dân số. Cụ thể, Chỉ thị này yêu cầu Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan “hướng dẫn các địa phương phát triển các mô hình chăm sóc ban ngày, nhà sinh hoạt cộng đồng theo hướng ‘sáng đón đi, tối đưa về’; hỗ trợ chăm sóc người cao tuổi tại gia đình, cộng đồng và các cơ sở chăm sóc người cao tuổi; đẩy mạnh phát triển các câu lạc bộ cho người cao tuổi và câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau”. Đồng thời, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch được giao nhiệm vụ “tổ chức các hoạt động thể dục, văn hóa, văn nghệ nhằm nâng cao sức khỏe thể chất, tinh thần cho người cao tuổi”, còn Bộ Khoa học và Công nghệ phải “hỗ trợ, tạo điều kiện để người cao tuổi tham gia đẩy mạnh chuyển đổi số”. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương được yêu cầu “sắp xếp lại các trụ sở, cơ sở vật chất dôi dư để ưu tiên, phát triển các trung tâm chăm sóc ban ngày, nhà sinh hoạt cộng đồng và các câu lạc bộ cho người cao tuổi tại xã, phường”. Do đó, khuyến nghị này không chỉ có tính học thuật và thực tiễn, mà còn đồng bộ, khả thi và được hậu thuẫn trực tiếp bởi chính sách quốc gia hiện hành, đồng thời trực tiếp giải quyết vấn đề thu hẹp sự khác biệt sức khỏe thông qua cơ chế trung gian là kết nối xã hội.

Tính khả thi của các đề xuất trên còn được củng cố bởi kinh nghiệm thực tiễn từ các quốc gia trong khu vực có tốc độ già hóa dân số nhanh. Cụ thể, mô hình các Trung tâm cộng đồng (Komiran) và "Đại học dành cho Người cao tuổi" tại Nhật Bản đã chứng minh hiệu quả trong việc duy trì mật độ tham gia và kết nối xã hội thông qua các hoạt động nhóm thường xuyên, qua đó kích hoạt cơ chế bảo vệ sức khỏe tâm thần và ngăn ngừa suy giảm nhận thức (Nguyễn Đức Minh, 2019; Le & Billett, 2022). Tương tự, hệ thống Đại học Lão niên (Laonian Daxue) quy mô lớn tại Trung Quốc không chỉ tập trung vào giải trí mà còn tích hợp mạnh mẽ giáo dục sức khỏe và kỹ năng số, giúp NCT thích ứng với xã hội hiện đại và giảm nguy cơ bị bỏ lại phía sau – một minh chứng cho thấy vai trò của công nghệ trong việc duy trì kết nối xã hội (Tao & Palao-ay, 2024; World Bank, 2016). Kinh nghiệm từ Đài Loan với chính sách thúc đẩy "Thành phố Học tập" và các chương trình học tập liên thế hệ cũng cho thấy, việc hỗ trợ NCT tiếp cận công nghệ và tạo cơ hội tương tác với các nhóm tuổi khác giúp tăng cường hỗ trợ xã hội và giảm kỳ thị tuổi tác (Li & Wei, 2019; Lin & Wei, 2021). Tại Thái Lan, mô hình "Trường Lão khoa" gắn với trạm y tế và cơ sở tôn giáo thông qua mạng lưới Trung tâm Học tập Cộng đồng đã chứng minh tính hiệu quả trong việc tiếp cận nhóm NCT nông thôn thông qua các không gian sinh hoạt cộng đồng sẵn có (International Labour Organization, 2004; Charunkaittikul, 2020). Những ví dụ này khẳng định rằng việc đầu tư vào hạ tầng xã hội cho kết nối và học tập là một chiến lược đã được kiểm chứng, phù hợp với bối cảnh văn hóa và xã hội của Việt Nam.

5.2.3. Xây dựng văn hóa học tập suốt đời và giáo dục hành vi sức khỏe: Chiến lược phòng ngừa từ sớm

Song song với các can thiệp trực tiếp cho NCT hiện tại, luận án đề xuất chiến lược phòng ngừa từ sớm thông qua xây dựng văn hóa học tập suốt đời và giáo dục hành vi sức khỏe bài bản. Cách tiếp cận này nhằm ngăn chặn sự tái diễn của các sự khác biệt sức khỏe trong tương lai, hiện thực hóa nguyên tắc chăm sóc sức khỏe theo vòng đời và chuyển dịch từ thụ động chữa bệnh sang chủ động phòng bệnh theo tinh thần Nghị quyết 72-NQ/TW. Cụ thể:

- *Thứ nhất*, Chính phủ cần xây dựng các chính sách thúc đẩy việc học tập suốt đời cho NCT, đặc biệt là nhóm yếu thế, nhằm duy trì khả năng thích ứng và hòa nhập xã hội. Cụ thể, cần phát triển các trung tâm học tập cộng đồng, thiết kế các hình thức học tập phù hợp với NCT song song với việc phát động các phong trào khuyến học, khuyến tài như xây dựng và mở rộng các quỹ khuyến học tại cấp xã/phường, tỉnh. Các hoạt động truyền thông và tôn vinh các "Gia đình học tập",

“Dòng họ học tập” hay “Cộng đồng học tập” sẽ tạo động lực xã hội, khuyến khích mỗi gia đình, dòng họ và cộng đồng chú trọng đầu tư nguồn lực cho giáo dục. Điều này không chỉ giúp phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao cho sự nghiệp phát triển KT-XH mà còn mang lại lợi ích lâu dài cho sức khỏe NCT. Giáo dục giúp nâng cao thu nhập, điều kiện sống và nhận thức về sức khỏe, từ đó làm chậm quá trình suy giảm chức năng và giảm nhu cầu cho các sắp xếp chăm sóc dài hạn. Hiệu quả này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh dân số Việt Nam già hóa nhanh, nhất là với nhóm yếu thế như phụ nữ và người sống ở nông thôn – nơi trình độ học vấn thường thấp hơn và rủi ro sức khỏe ở tuổi già cao hơn. Bằng cách duy trì thói quen học tập, NCT có thể cập nhật kiến thức chăm sóc bản thân, qua đó góp phần thu hẹp sự khác biệt sức khỏe so với các nhóm ưu thế.

- *Thứ hai*, việc chuẩn bị cho một tương lai “già hóa khỏe mạnh” không thể chờ đến khi con người đã bước vào tuổi trung niên mới bắt đầu. Thay vào đó, quá trình này cần được xây dựng và hình thành ngay từ hôm nay, bắt đầu từ chính thế hệ trẻ – những người sẽ trở thành NCT trong tương lai. Thực tế cho thấy, sự chuyển biến trong lối sống của giới trẻ hiện nay đang góp phần làm phát sinh những vấn đề sức khỏe cộng đồng rất lớn (như các bệnh mạn tính đến sớm - tim mạch, tiểu đường, các bệnh tâm thần - lo âu, trầm cảm...), tạo tiền đề cho gánh nặng bệnh tật kéo dài suốt vòng đời. Vì vậy, Chính phủ cần ưu tiên đưa giáo dục hành vi sức khỏe trở thành nội dung cốt lõi và bắt buộc trong toàn hệ thống giáo dục từ mầm non đến đại học. Chương trình này nhằm trang bị cho thế hệ trẻ nền tảng kiến thức, kỹ năng và thói quen sống lành mạnh bền vững, bao gồm các năng lực thiết yếu như lựa chọn dinh dưỡng phù hợp, duy trì vận động thể chất thường xuyên, quản lý stress hiệu quả, sử dụng công nghệ có chừng mực, và xây dựng các mối quan hệ xã hội tích cực. Việc trang bị những kỹ năng này không chỉ góp phần hình thành thói quen sống lành mạnh bền vững, mà còn đóng vai trò như một can thiệp phòng ngừa ban đầu có chi phí – hiệu quả cao. Về dài hạn, đầu tư bài bản vào giáo dục sức khỏe từ sớm sẽ tạo ra một thế hệ dân số cao tuổi không chỉ sống thọ mà còn sống khỏe, giữ được khả năng tự lập và tham gia xã hội, từ đó giảm gánh nặng chi tiêu y tế và chăm sóc dài hạn cho hệ thống an sinh. Quan trọng hơn, khi mọi thành viên trong xã hội đều được trang bị nền tảng sức khỏe tốt như nhau từ sớm, những sự khác biệt sức khỏe do chênh lệch về điều kiện sống và nhận thức trong tương lai sẽ được thu hẹp đáng kể. Đây là giải pháp thiết yếu để đảm bảo công bằng sức khỏe cho các thế hệ NCT sau này, thay vì chỉ giải quyết hậu quả khi họ đã già đi.

Nội dung khuyến nghị chính sách nêu trên hoàn toàn phù hợp với định hướng chiến lược được xác định trong Nghị quyết số 72-NQ/TW của Bộ Chính trị. Cụ thể, khuyến nghị này hiện thực hóa quan điểm chỉ đạo thứ 4 tại Mục I của Nghị quyết, theo đó yêu cầu “chuyển mạnh từ tư duy tập trung khám bệnh, chữa bệnh sang chủ động phòng bệnh, chú trọng bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe toàn diện, liên tục theo vòng đời”. Đồng thời, khuyến nghị trực tiếp đáp ứng nhiệm vụ 1 tại Mục III của Nghị quyết, trong đó nêu rõ: “Đẩy mạnh giáo dục thể chất trong nhà trường; đưa nội dung giáo dục sức khỏe, dinh dưỡng vào chương trình giáo dục ở các cấp học phù hợp”. Việc trang bị cho thế hệ trẻ kiến thức, kỹ năng và thói quen sống lành mạnh ngay từ bậc học phổ thông không chỉ góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe NCT theo vòng đời, mà còn góp phần thu hẹp sự khác biệt sức khỏe trong dài hạn. Đây là giải pháp mang tính phòng ngừa, công bằng và bền vững, đồng thời cụ thể hóa hai yêu cầu quan trọng khác được nêu tại Mục III, tiểu mục 1 của Nghị quyết, gồm: i) “Đẩy mạnh phong trào toàn dân chủ động chăm sóc sức khỏe, xây dựng văn hóa sức khỏe trong nhân dân”; và ii) “Có chính sách nâng cao chất lượng dân số, bảo đảm thích ứng với già hóa dân số”. Do đó, khuyến nghị chính sách nêu trên mang tính khả thi cao, đồng bộ với định hướng cải cách hệ thống y tế và thúc đẩy phát triển con người toàn diện theo chủ trương, đường lối của Đảng và Nhà nước.

Tính cấp thiết và khả thi của chiến lược phòng ngừa từ sớm thông qua xây dựng văn hóa học tập suốt đời còn được củng cố bởi kinh nghiệm quốc tế trong việc xây dựng xã hội học tập (learning society). Tại Trung Quốc, việc xây dựng hệ thống dịch vụ học tập suốt đời phục vụ toàn dân, dựa trên sự phối hợp giữa nhà trường, xã hội và gia đình, cùng với khung pháp lý thúc đẩy giáo dục cộng đồng và giáo dục NCT, đã tạo nền tảng vững chắc cho việc học tập xuyên suốt vòng đời, giúp chuẩn bị nguồn nhân lực chất lượng cao và khỏe mạnh cho tương lai (Tao & Palao-ay, 2024). Kinh nghiệm từ Thái Lan cũng cho thấy, việc chuyển đổi từ giáo dục người lớn truyền thống sang hệ thống học tập suốt đời (lifelong learning) thông qua đạo luật thúc đẩy giáo dục không chính quy và phi chính quy (2008) và Chiến lược Quốc gia 20 năm, đã giúp gắn kết học tập với phát triển KT-XH và nâng cao chất lượng cuộc sống ngay từ giai đoạn đầu đời, thay vì chỉ giải quyết hậu quả khi về già (Charunkaittikul, 2020; Nguyễn Minh Tuấn, 2022). Đặc biệt, mô hình của Đài Loan với khái niệm "Le-Ling" (Học tập chủ động/Happy Learning) không chỉ thay đổi nhận thức xã hội về lão hóa mà còn tích hợp học tập vào mọi giai đoạn cuộc đời, nhấn mạnh vai trò của giáo dục như một công cụ phòng ngừa chủ động thay vì chăm sóc thụ động, qua đó giảm gánh nặng y tế và an

sinh trong dài hạn (Li & Wei, 2019; Lin & Wei, 2021). Những minh chứng này khẳng định rằng đầu tư vào văn hóa học tập suốt đời và giáo dục hành vi sức khỏe từ sớm là một chiến lược bền vững, giúp thu hẹp sự khác biệt sức khỏe liên thế hệ và hiện thực hóa mục tiêu già hóa khỏe mạnh theo vòng đời.

5.2.4. Phát triển kinh tế bạc và hỗ trợ người chăm sóc không lương: Giải pháp bổ trợ nguồn lực

Mặc dù kết quả phân tích KHB chỉ ra rằng các hoạt động sản xuất như lao động và chăm sóc gia đình không đóng vai trò là kênh trung gian chủ đạo truyền dẫn ảnh hưởng tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT (với tỷ lệ đóng góp dưới 5%), nhưng trong bối cảnh thực tế, việc thiếu hụt nguồn lực tài chính và sự cô lập xã hội (Vo & cộng sự, 2020; Nguyen & cộng sự, 2021; Nguyen & cộng sự, 2024) vẫn là những rào cản lớn khiến nhóm NCT yếu thế (nữ giới, nông thôn) khó tiếp cận các hoạt động kết nối xã hội – vốn là cơ chế trung gian quan trọng nhất. Do đó, cần có các giải pháp bổ trợ nhằm biến hoạt động kinh tế và chăm sóc thành phương tiện hỗ trợ NCT tham gia sâu hơn vào các hoạt động kích thích nhận thức và kết nối thông tin. Cụ thể:

- *Phát triển mô hình “Việc làm tích hợp kết nối” tại cộng đồng:* Thay vì tách biệt hoàn toàn giữa lao động và sinh hoạt cộng đồng, Chính phủ nên khuyến khích xây dựng các trung tâm KT-XH tại địa phương, nơi NCT có thể tham gia các hoạt động sản xuất nhẹ nhàng (như thủ công, đóng gói nông sản, số hóa dữ liệu địa phương) xen kẽ với các giờ hoạt động kích thích nhận thức (như đọc sách, học kỹ năng số, chia sẻ kinh nghiệm sống). Mô hình này giúp NCT vừa có nguồn thu nhập bổ sung, vừa được duy trì sự hiện diện trong môi trường kết nối xã hội chất lượng cao. Nguồn lực tài chính từ lao động sẽ giúp họ chủ động hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tham gia các hoạt động kết nối, từ đó gián tiếp hỗ trợ duy trì khả năng sống độc lập (IADL).
- *Thực hiện chế độ ghi nhận và hỗ trợ người chăm sóc không lương thông qua các gói dịch vụ thiết yếu:* Nhận diện vai trò quan trọng của NCT (đặc biệt là phụ nữ tại nông thôn) trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc không lương – một đóng góp thiết yếu giúp giảm gánh nặng cho các sắp xếp chăm sóc dài hạn chính thức, Chính phủ cần xây dựng cơ chế ghi nhận giá trị hoạt động này. Thay vì chỉ hỗ trợ tiền mặt chung chung, cơ chế này nên cho phép quy đổi thời gian chăm sóc thành các gói hỗ trợ phi tiền mặt cụ thể, như: miễn phí gói cước internet/dữ liệu di động, hỗ trợ thuê mượn thiết bị công nghệ (như máy tính bảng, smartphone), hoặc vé tham gia các chương trình biểu diễn nghệ thuật hay khóa học kỹ năng

số do nhà nước bảo trợ. Cách tiếp cận này nhằm trực tiếp tháo gỡ rào cản tài chính và công nghệ, giúp nhóm NCT yếu thế (những người thường bị "nghèo thời gian" và "nghèo công nghệ" do gánh nặng chăm sóc) có thể tiếp cận được với kênh trung gian chủ đạo là kết nối xã hội số. Qua đó, góp phần thu hẹp sự khác biệt sức khỏe giữa nhóm NCT (nữ giới/nông thôn) so với các nhóm ưu thế, đồng thời củng cố cảm giác được ghi nhận và tự chủ.

- *Thúc đẩy mô hình “Cố vấn cộng đồng” trong khuôn khổ Kinh tế bạc*: Khuyến khích NCT, kể cả những người có trình độ học vấn hạn chế, tham gia vào các vai trò cố vấn, người chia sẻ kinh nghiệm hoặc hướng dẫn viên tại các không gian văn hóa, giáo dục địa phương. Các hoạt động này (dù có thể kèm theo thù lao nhỏ) chủ yếu nhằm tạo ra sự ghi nhận xã hội và củng cố cảm giác hữu ích. Việc được tham gia vào các tương tác xã hội có cấu trúc và ý nghĩa giúp NCT duy trì sự sáng suốt, tăng cường cảm giác kiểm soát và giảm thiểu nguy cơ suy giảm chức năng sống độc lập.

Khuyến nghị này phù hợp với tinh thần của Nghị quyết số 72-NQ/TW, đặc biệt là Quan điểm chỉ đạo số 2 (Mục I) về việc coi người dân là chủ thể trung tâm và yêu cầu phát huy vai trò chủ động. Bằng cách tạo điều kiện để NCT chuyển hóa các hoạt động kinh tế và chăm sóc thành nguồn lực hỗ trợ cho kết nối xã hội, chính sách này giúp củng cố cảm giác tự chủ, giảm thiểu nguy cơ phụ thuộc và nghèo đói ở tuổi già. Đây là giải pháp bổ trợ cần thiết, song hành với các can thiệp về giáo dục và kết nối xã hội, nhằm xây dựng một môi trường sống lành mạnh, nơi NCT được trao quyền để sống khỏe, sống có ích và giảm bớt gánh nặng cho hệ thống y tế và an sinh xã hội.

Bài học kinh nghiệm từ các quốc gia trong khu vực khẳng định tính khả thi của các giải pháp trên. Tại Thái Lan, mô hình Trung tâm Học tập Cộng đồng đã thành công trong việc tích hợp các hoạt động tạo thu nhập (income-generating programmes) với giáo dục kỹ năng sống, giúp NCT vừa cải thiện sinh kế vừa mở rộng mạng lưới xã hội (Charungkaittikul, 2020; UNESCO, 2015). Tương tự, tại Nhật Bản, các Trung tâm Nhân lực Bạc (Silver Human Resource Centers) cung cấp các công việc bán thời gian, linh hoạt cho NCT, qua đó vừa tạo thu nhập vừa ngăn ngừa sự cô lập xã hội và suy giảm chức năng (Le & Billett, 2022). Đặc biệt, mô hình NCT phục vụ NCT tại Đài Loan cũng minh chứng cho hiệu quả của việc trao vai trò cố vấn, qua đó tái khẳng định vị thế và năng lực của NCT, đặc biệt hiệu quả với nhóm có trình độ học vấn thấp nhưng giàu kinh nghiệm sống (Li & Wei, 2019).

5.2.5. Tăng cường vai trò của y tế cơ sở trong hỗ trợ duy trì khả năng sống độc lập cho người cao tuổi yếu thế

Bên cạnh việc thúc đẩy giáo dục linh hoạt và kết nối xã hội (yếu tố đã được chứng minh là cơ chế trung gian quan trọng trong nghiên cứu này) việc củng cố mạng lưới y tế cơ sở đóng vai trò là điều kiện hỗ trợ thiết yếu nhằm duy trì khả năng sống độc lập (IADL) cho NCT yếu thế. Kết quả phân tích Oaxaca-Blinder khẳng định trình độ học vấn là yếu tố quan trọng giải thích sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT, trong đó tác động lên khả năng sống độc lập (IADL) của nhóm nữ giới và nông thôn nghiêm trọng hơn nhiều so với cảm nhận chủ quan (SRH). Điều này ngụ ý rằng, khi khả năng tự chủ trong các hoạt động sống hàng ngày (như quản lý thuốc, xử lý tình huống sức khỏe) bị suy giảm, nhóm đối tượng này cần một hệ thống hỗ trợ gần gũi và kịp thời để ngăn ngừa chuyển sang giai đoạn phụ thuộc hoàn toàn, qua đó giảm thiểu nhu cầu cho các sắp xếp chăm sóc dài hạn.

Cụ thể, Chính phủ cần thúc đẩy chuyển đổi vai trò của trạm y tế xã và đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản từ đơn thuần cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh sang mô hình quản lý sức khỏe chủ động và hỗ trợ tại nhà. Đội ngũ này cần được đào tạo kỹ năng không chỉ trong theo dõi bệnh mạn tính mà còn trong hướng dẫn NCT thực hiện các hoạt động IADL liên quan đến sức khỏe, chẳng hạn như cách sử dụng đúng thiết bị y tế cá nhân, tuân thủ phác đồ điều trị phức tạp và nhận diện sớm các dấu hiệu suy giảm chức năng. Đối với NCT yếu thế, đặc biệt là những người sống cô đơn hoặc hạn chế vận động, sự hiện diện thường xuyên của nhân viên y tế cộng đồng còn đóng vai trò như một kênh kết nối thông tin sức khỏe đáng tin cậy, bù đắp cho sự thiếu hụt trong tiếp cận thông tin y tế chính thống – một hạn chế thường thấy ở nhóm có trình độ học vấn thấp.

Cơ chế này giúp phát hiện sớm và can thiệp kịp thời vào các nguy cơ suy giảm IADL trước khi chúng trở nên nghiêm trọng, đồng thời tích hợp dịch vụ y tế với các hoạt động thúc đẩy kết nối xã hội tại cộng đồng. Bằng cách đưa dịch vụ hỗ trợ kỹ thuật và thông tin sức khỏe đến tận hộ gia đình, chính sách này trực tiếp giải quyết rào cản vật lý và địa lý, giúp NCT nông thôn và nữ giới (những đối tượng thường gặp khó khăn trong di chuyển) duy trì được mức độ độc lập cao nhất có thể. Qua đó, góp phần thu hẹp sự khác biệt sức khỏe do hạn chế về tiếp cận dịch vụ và thiếu hụt vốn con người gây ra, đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho nhóm NCT yếu thế.

Khuyến nghị này cũng hoàn toàn phù hợp và nhận được sự hậu thuẫn mạnh mẽ từ Nghị quyết số 72-NQ/TW. Cụ thể, khuyến nghị hiện thực hóa Quan điểm chỉ đạo số 4 (Mục I) về việc “xây dựng, hoàn thiện, nâng cao năng lực y tế dự phòng, hệ thống y tế cơ sở bảo đảm phòng bệnh từ sớm, từ xa, từ cơ sở”. Việc đưa dịch vụ chăm sóc về tận thôn, bản cũng đáp ứng trực tiếp Nhiệm vụ, giải pháp số 2 (Mục III) của Nghị quyết, vốn nhấn mạnh việc “nâng cao chất lượng, hiệu quả y tế cơ sở”, “duy trì đội ngũ nhân viên y tế thôn, tổ dân phố” và “triển khai chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình”. Hơn nữa, giải pháp này góp phần khắc phục hạn chế mà Nghị quyết đã chỉ ra liên quan đến chất lượng khám, chữa bệnh và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế còn chênh lệch giữa các vùng, miền, qua đó đảm bảo công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho nhóm NCT yếu thế, đặc biệt là ở khu vực vùng sâu, vùng xa, nơi Nghị quyết xác định cần được ưu tiên đầu tư.

5.2.6. Hoàn thiện cơ chế chia sẻ rủi ro tài chính cho chăm sóc dài hạn: Lưới an sinh cho nhóm yếu thế

Kết quả phân tích Oaxaca-Blinder trong nghiên cứu này khẳng định rằng sự chênh lệch về trình độ học vấn giải thích tới 23,6% sự khác biệt về khả năng sống độc lập (IADL) giữa nam giới và phụ nữ cao tuổi, và 23,5% giữa thành thị và nông thôn. Con số này cao gấp đôi so với ảnh hưởng lên sức khỏe tự báo cáo (SRH), phản ánh thực tế rằng nhóm NCT yếu thế (phụ nữ, người sống tại nông thôn) đối mặt với nguy cơ suy giảm khả năng sống độc lập và cần đến các sắp xếp chăm sóc dài hạn cao hơn hẳn so với các nhóm ưu thế. Tuy nhiên, nghịch lý nằm ở chỗ chính các nhóm đối tượng này lại có nguồn lực tài chính hạn chế, chủ yếu dựa vào chi trả tiền túi và hỗ trợ từ gia đình không ổn định (Vo & cộng sự, 2020; Nguyen & cộng sự, 2021; Nguyen & cộng sự, 2024). Do đó, bên cạnh các giải pháp phòng ngừa thông qua giáo dục và kết nối xã hội, cần thiết lập một "lưới đỡ an toàn" tài chính cho những NCT đã và đang suy giảm IADL nghiêm trọng, nhằm ngăn chặn tình trạng "nghèo do ốm đau" và giảm gánh nặng lên hệ thống an sinh.

Cụ thể, Chính phủ cần nghiên cứu và thí điểm cơ chế bảo hiểm hoặc quỹ trợ cấp chăm sóc dài hạn dành riêng cho NCT mất khả năng sống độc lập (suy giảm IADL nghiêm trọng), với mức đóng góp linh hoạt dựa trên khả năng chi trả. Theo đó, Nhà nước cần đóng vai trò chủ đạo trong việc bù đắp ngân sách cho nhóm NCT yếu thế (những người sống tại nông thôn, nữ giới độc thân), trong khi nhóm có điều kiện KT-XH tốt hơn có thể tham gia đóng góp một phần hoặc mua các gói bảo hiểm bổ sung. Nguồn quỹ này sẽ được sử dụng để hỗ trợ chi phí cho người chăm sóc (có thể là thành viên gia đình được đào tạo bài bản hoặc nhân viên cộng đồng chuyên nghiệp), qua đó góp phần chuyên nghiệp hóa công tác chăm sóc tại nhà và giảm bớt áp lực kiệt sức lên

những người chăm sóc không được trả lương (vốn đa phần là phụ nữ). Cơ chế chia sẻ rủi ro tài chính này đảm bảo NCT yếu thế tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc cơ bản, từ đó cân bằng cơ hội duy trì chất lượng cuộc sống và giảm thiểu sự khác biệt sức khỏe xuất phát từ chênh lệch về nguồn lực KT-XH.

Đề xuất này bám sát tinh thần của Nghị quyết số 72-NQ/TW, đặc biệt là Nhiệm vụ, giải pháp số 4 (Mục III) về đổi mới tài chính y tế. Nghị quyết chủ trương “giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh” và “từng bước thực hiện chính sách miễn viện phí, trước hết là đối với đối tượng chính sách xã hội, người yếu thế, người có thu nhập thấp”. Việc thiết lập một quỹ hoặc cơ chế bảo hiểm chăm sóc dài hạn là bước đi cụ thể để đa dạng hóa các loại hình bảo hiểm sức khỏe, phù hợp với yêu cầu của Nghị quyết về việc “thí điểm, đa dạng hóa các gói bảo hiểm y tế, bảo hiểm y tế bổ sung theo nhu cầu của người dân, liên kết giữa bảo hiểm y tế với bảo hiểm sức khỏe do các doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp. Khuyến khích phát triển đa dạng các loại hình bảo hiểm sức khỏe”. Đồng thời, việc Nhà nước ưu tiên ngân sách bù đắp cho nhóm yếu thế cũng tuân thủ nguyên tắc ngân sách nhà nước đóng vai trò chủ đạo trong việc đảm bảo tài chính, đầu tư cơ sở vật chất nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân thuộc nhóm yếu thế (gồm phụ nữ và NCT tại nông thôn) như đã nêu rõ trong văn kiện.

5.3. Hạn chế của nghiên cứu và hướng nghiên cứu trong tương lai

Mặc dù đã có những đóng góp nhất định vào việc làm sáng tỏ cơ chế ảnh hưởng tích cực của giáo dục tới sức khỏe cũng như vai trò của giáo dục với sự khác biệt sức khỏe NCT, luận án vẫn có một số hạn chế và có thể phát triển trong các nghiên cứu tiếp theo khi các điều kiện nguồn lực (đặc biệt là dữ liệu) cho phép.

Thứ nhất, mặc dù nghiên cứu đã xem xét một số con đường trung gian quan trọng trong mối liên hệ giữa giáo dục và sức khỏe nhưng một số yếu tố trung gian tiềm năng khác như sự hiểu biết về y tế và sức khỏe (health literacy) hay sự hỗ trợ xã hội lại chưa được đưa vào mô hình. Những yếu tố này được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây là có ảnh hưởng đáng kể đến hành vi sức khỏe và kết quả sức khỏe NCT. Tuy nhiên, do các biến số này chưa được đo lường một cách hệ thống trong khảo sát OP&SHI 2019 nên việc kiểm soát hoặc đánh giá vai trò trung gian của chúng trong nghiên cứu hiện tại là không khả thi. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai cần xem xét tích hợp đầy đủ hơn các yếu tố trung gian để có thể giải thích một cách toàn diện và chính xác hơn cơ chế mà giáo dục tác động tích cực đến sức khỏe NCT, từ đó đưa ra các khuyến nghị chính sách phù hợp và hiệu quả.

Thứ hai, nghiên cứu hiện tại sử dụng dữ liệu chéo (cross-sectional data) nên không thể loại trừ hoàn toàn sai số do các yếu tố không quan sát được từ giai đoạn đầu đời chẳng hạn như năng lực bẩm sinh, điều kiện KT–XH gia đình hoặc sức khỏe thời trẻ – vốn đồng thời ảnh hưởng đến trình độ giáo dục và sức khỏe NCT. Tuy nhiên, do giáo dục thường được hoàn thành trước tuổi trung niên, mối quan hệ nhân quả từ giáo dục đến sức khỏe vẫn có cơ sở thời gian và mang tính thực tế trong suy luận kinh tế lượng. Để khắc phục hạn chế nêu trên, việc xây dựng và sử dụng một bộ dữ liệu bảng (longitudinal data) dành riêng cho NCT tại Việt Nam là cần thiết. Dữ liệu bảng không chỉ cho phép theo dõi diễn biến sức khỏe qua các giai đoạn lão hóa, mà còn giúp kiểm soát tốt hơn các yếu tố không quan sát được theo cá nhân, từ đó cung cấp bằng chứng vững chắc hơn về tác động lâu dài của giáo dục và các cơ chế trung gian – làm cơ sở cho hoạch định chính sách hướng tới mục tiêu “già hóa thành công” trong bối cảnh xã hội Việt Nam đang trải qua quá trình già hóa dân số nhanh.

Thứ ba, nghiên cứu phân loại trình độ giáo dục thành hai nhóm (chưa từng đi học/chưa hoàn thành tiểu học và từ tiểu học trở lên) dựa trên đặc thù của NCT Việt Nam sinh trước năm 1970, thế hệ chịu ảnh hưởng nghiêm trọng của chiến tranh và khó khăn kinh tế dẫn đến gián đoạn học tập. Cách tiếp cận nhị phân nhằm tránh sai số do hồi ức không chính xác về cấp lớp và đảm bảo độ tin cậy thống kê khi cỡ mẫu cho các bậc học cao khá nhỏ. Đồng thời, việc hoàn thành bậc tiểu học được xem là ngưỡng then chốt phản ánh kỹ năng đọc viết cơ bản, yếu tố quyết định khả năng tiếp cận thông tin sức khỏe, phù hợp với các bằng chứng trước đây (Lleras-Muney, 2005; Cutler & Lleras-Muney, 2010). Tuy nhiên, cách định nghĩa biến này tồn tại hạn chế nhất định. Thứ nhất, việc gộp chung các trình độ từ tiểu học trở lên có thể làm phẳng mối quan hệ giữa giáo dục và sức khỏe, vốn thường cải thiện dần theo mức học vấn. Điều này dẫn đến nguy cơ đánh giá chưa đầy đủ ảnh hưởng dị biệt của các bậc học cao hơn. Thứ hai, trong phân tích phân rã Oaxaca, phần đóng góp của giáo dục vào sự khác biệt sức khỏe chỉ phản ánh chênh lệch về tỷ lệ đạt ngưỡng giáo dục cơ bản, mà bỏ qua cấu trúc bất bình đẳng ở các tầng bậc giáo dục cao hơn. Do đó, kết quả ước lượng có thể báo cáo thấp mức độ đóng góp thực sự của giáo dục nếu sự chênh lệch chủ yếu nằm ở các trình độ học vấn cao. Các nghiên cứu tương lai với cỡ mẫu lớn hơn có thể xem xét phân loại chi tiết hơn để kiểm chứng tính vững của kết quả.

KẾT LUẬN

Luận án đã hoàn thành các mục tiêu nghiên cứu đề ra, làm sáng tỏ cơ chế ảnh hưởng của giáo dục đối với sức khỏe và lượng hóa vai trò của chênh lệch giáo dục trong việc tạo nên sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT theo giới tính và nơi cư trú tại Việt Nam.

Về mặt cơ chế, nghiên cứu xác định kết nối xã hội là yếu tố trung gian chủ đạo, có mức độ quan trọng vượt trội so với hoạt động sản xuất và tham gia xã hội trong việc truyền dẫn ảnh hưởng tích cực của giáo dục tới sức khỏe NCT. Giáo dục thúc đẩy NCT tham gia các hoạt động kích thích nhận thức như đọc sách, sử dụng internet, qua đó nâng cao kỹ năng xử lý thông tin và ra quyết định chăm sóc sức khỏe bản thân. Phát hiện này nhất quán trên cả hai thước đo sức khỏe tự báo cáo (SRH) và khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thay thế (IADL), khẳng định tính nhất quán của các phát hiện thực nghiệm. Ngoài ra, các kết quả phân tích cho thấy chênh lệch trình độ học vấn là nguyên nhân quan trọng dẫn đến sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT. Cụ thể, giáo dục giải thích 23,6% sự chênh lệch IADL giữa nam và nữ, và 23,5% giữa khu vực thành thị và nông thôn. Mức đóng góp này cao gấp đôi so với đối với SRH, cho thấy thiếu hụt giáo dục gây tổn thương sâu sắc hơn đến năng lực thực hiện các hoạt động sống độc lập (chưa cần chăm sóc dài hạn) của nhóm NCT yếu thế. Những bằng chứng này củng cố giả thuyết về vai trò quan trọng của tiếp cận giáo dục trong việc giảm sự khác biệt sức khỏe.

Dựa trên các bằng chứng thực nghiệm về vai trò trung gian áp đảo của kết nối xã hội và ảnh hưởng quan trọng của thiếu hụt giáo dục đến sự khác biệt sức khỏe, luận án đề xuất hệ thống các giải pháp chính sách được xây dựng theo logic toàn diện và đồng bộ. Cụ thể, các giải pháp được thiết kế theo tiếp cận vòng đời và đa chiều, bắt đầu từ việc bù đắp vốn con người thông qua giáo dục linh hoạt cho nhóm yếu thế, đồng thời thúc đẩy kết nối xã hội như một cơ chế bảo vệ sức khỏe then chốt. Song song đó, chiến lược phòng ngừa từ sớm được hiện thực hóa thông qua xây dựng văn hóa học tập suốt đời và giáo dục hành vi sức khỏe cho cả thế hệ trẻ. Để đảm bảo tính bền vững, hệ thống giải pháp còn tích hợp việc phát huy nguồn lực từ kinh tế bạc, tăng cường vai trò hỗ trợ của y tế cơ sở trong duy trì năng lực tự chủ, và hoàn thiện lưới an sinh tài chính cho chăm sóc dài hạn. Mục tiêu tối thượng của hệ thống chính sách này là thu hẹp sự khác biệt sức khỏe giữa các nhóm NCT, đặc biệt là nữ giới và cư dân nông thôn, qua đó hiện thực hóa tinh thần chuyển dịch từ “chữa bệnh” sang “phòng bệnh chủ động” theo định

hướng của Nghị quyết số 72-NQ/TW, đồng thời giảm bền vững gánh nặng cho hệ thống an sinh và các sắp xếp chăm sóc dài hạn trong bối cảnh già hóa dân số nhanh.

Bên cạnh những đóng góp về mặt lý luận và thực tiễn, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, do hạn chế của bộ dữ liệu, nghiên cứu chưa thể kiểm soát vai trò trung gian của các yếu tố như hiểu biết y tế hay hỗ trợ xã hội. Thứ hai, việc sử dụng dữ liệu cắt ngang không thể loại bỏ hoàn toàn sai số từ các yếu tố không quan sát được theo thời gian. Thứ ba, cách phân loại giáo dục nhị phân có thể làm phẳng ảnh hưởng dị biệt của các bậc học cao. Do đó, các nghiên cứu tương lai cần ưu tiên tích hợp đầy đủ các biến số trung gian, xây dựng bộ dữ liệu theo dõi dọc và mở rộng thang đo giáo dục để cung cấp bằng chứng vững chắc hơn, phục vụ hoạch định chính sách y tế và an sinh xã hội bền vững.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ
LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Duc-Hieu Vu & Thanh-Long Giang (2024), 'Impact of Education on Health Among the Vietnamese Older Adults: Evidence from a National Survey', *Journal of Population Ageing*, 17(2), 261-276
2. Vũ Đức Hiếu (2025), 'Yếu tố tác động đến sức khỏe người cao tuổi Việt Nam', *Tạp chí Công Thương*, số 26/2025, 148-158
3. Duc-Hieu Vu & Thanh-Long Giang (2025), 'Health inequality between rural and urban Vietnamese older adults: The role of education', *Journal of Health Management*, (Đã được chấp thuận đăng, dự kiến đăng tháng 6 năm 2026)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Achdut, N., & Sarid, O. (2020), 'Socio-economic status, self-rated health and mental health: the mediation effect of social participation on early-late midlife and older people', *Israel journal of health policy research*, 9, 1-12.
2. Adjei, N.K., Brand, T. & Zeeb, H. (2017), 'Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics', *PLoS ONE*, 12(9): e0184676.
3. Andreasson, A., Thern, E., & Hemmingsson, T. (2024), 'Self-rated health in late adolescence as a predictor for mortality between 46 and 70 years of age', *Scientific Reports*, 14(1), 24103.
4. Archer, K. J. & Lemeshow, S. (2006), 'Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data', *The Stata Journal*, 6(1), 97-105.
5. Arias-Merino, E. D., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Ortiz, G. G., Velazquez-Brizuela, I. E., Meda-Lara, R. M., & Cueva-Contreras, J. (2012), 'Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, Mexico', *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(3), e271-e278.
6. Arpino, B., & Sole-Auro, A. (2019), 'Education inequalities in health among older European men and women: The role of active aging', *Journal of aging and health*, 31(1), 185-208.
7. Asada, Y. (2005), 'A framework for measuring health inequity', *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(8), 700-705.
8. Australia's health 2016, (2016), *Australian Institute of Health and Welfare 2016. Australia's health 2016*, Australia's health series no. 15. Cat. no. AUS 199.
9. Baciú, A., Negussie, Y., Geller, A., & Braveman, P. (Eds.), (2017), *Communities in action: Pathways to health equity*, National Academies Press.
10. Bago d'Uva, T., Lindeboom, M., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2011), 'Education-related inequity in healthcare with heterogeneous reporting of health', *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 174(3), 639-664.
11. Baker, D.P., Leon, J., Greenaway, E.G.S., Collins, J., & Movit, M. (2011), 'The Education Effect on Population Health: A Reassessment', *Population and Development Review*, 37(2), 307-332.

12. Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U., Borchelt, M., & Little, T. D. (1999), 'Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings, *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*, 384.
13. Bang, K.S., Tak, S.H., Oh, J., Yi, J., Yu, S.Y. & Trung, T.Q. (2017), 'Health Status and the Demand for Healthcare among the Elderly in the Rural Quoc-Oai District of Hanoi in Vietnam', *BioMed Research International*, Volume 2017, Article ID 4830968, 1-13.
14. Berkman, C.S. & Gurland, B.J. (1998), 'The Relationship Among Income, Other Socioeconomic Indicators, and Functional Level in Older Persons', *Journal of Aging and Health*, 10(1), 81- 98.
15. Blinder, A.S. (1973), 'Wage discrimination: Reduced form and structural estimates', *Journal of Human Resources*, 8(4), 436 – 455.
16. Bộ Chính trị Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2025), *Nghị quyết số 72-NQ/TW ngày 9/9/2025 của Bộ Chính trị về một số giải pháp đột phá, tăng cường bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân*.
<https://xaydungchinhhsach.chinhphu.vn/ngghi-quyet-72-nq-tw-cua-bo-chinh-tri-ve-mot-so-giai-phap-dot-pha-tang-cuong-bao-ve-cham-soc-va-nang-cao-suc-khoe-nhan-dan-119250912060746502.htm>
17. Braveman, P. (2014), 'What are health disparities and health equity? We need to be clear', *Public health reports*, 129(1_suppl2), 5-8.
18. Brinda, E.M., Attermann, J., Gerdtham, U.G. & Enemrk, U. (2016), 'Socio-economic inequalities in health and health service use among older adults in India: results from the WHO Study on Global Ageing and adult health survey', *Public Health*, 141, 32-41.
19. Bruderer-Hofstetter, M., Gorus, E., Cornelis, E., Meichtry, A., & De Vriendt, P. (2022), 'Influencing factors on instrumental activities of daily living functioning in people with mild cognitive disorder—a secondary investigation of cross-sectional data', *Bmc Geriatrics*, 22(1), 791.
20. Case, A., & Paxson, C. (2005), 'Sex differences in morbidity and mortality', *Demography*, 42(2), 189–214.
21. Cerin, E., & Leslie, E. (2008), 'How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity', *Social science & medicine*, 66(12), 2596-2609.

22. Ciesielska, N., Sokołowski, R., Mazur, E., Podhorecka, M., Polak-Szabela, A., & Kędziora-Kornatowska, K. (2016), 'Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis', *Psychiatr pol*, 50(5), 1039-1052.
23. Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991), 'Psychological stress and susceptibility to the common cold', *New England journal of medicine*, 325(9), 606-612.
24. Coleman, D. (1993), 'Leisure based social support, leisure dispositions and health', *Journal of Leisure research*, 25(4), 350-361.
25. Charungkaittikul, S. (2020), 'Lifelong learning policies in Thailand: A comprehensive analysis and reform recommendations', In M. Schemmann (Ed.), *Researching and analyzing adult education policies* (pp. 121–140), wbv Media GmbH & Co. KG. <https://doi.org/10.3278/6004674w121>
26. Cheung, M. C., Ting, W., Chan, L. Y., Ho, K. S., & Chan, W. M. (2009), 'Leisure participation and health-related quality of life of community dwelling elders in Hong Kong', *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 4(1), 15-23.
27. Cục Thống kê Việt Nam (2025), *Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2024-2074*, Hà Nội: Cục Thống kê.
28. Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006), 'Education and health: evaluating theories and evidence', National Bureau of Economic Research.
29. Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010), 'Understanding differences in health behaviors by education', *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28.
30. Curvers, N., Pavlova, M., Hajema, K., Groot, W., & Angeli, F. (2018), 'Social participation among older people (55+): Results of a survey in the region of South Limburg in the Netherlands', *Health & social care in the community*, 26(1), e85-e93.
31. Cwirlej-Sozanska, A., Sozanski, B., Wisniowska-Szurlej, A., & Wilmowska-Pietruszynska, A. (2018), 'An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland', *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 504-511.
32. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991), 'Policies and strategies to promote social equity in health', *Stockholm: Institute for future studies*, 27(1), 4-41.

33. Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. & The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2006), 'A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe', *Social Science & Medicine*, 62(8), 2046-2060.
34. Dannefer, D. (2003), 'Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory', *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337.
35. Debpuur, C., Welaga, P., Wak, G. & Hodgson, A. (2010), 'Self-reported health and functional limitations among older people in the Kassena-Nankana District, Ghana', *Global Health Action*, 3(1), 2151.
36. Ding, W., Zhang, Y., Zhang, L., Wang, Z., Yu, J., & Ji, H. (2020), 'Successful aging and environmental factors in older individuals in urban and rural areas: A cross-sectional study', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91, 104229.
37. Dong, X., Li, Y., & Simon, M. A. (2014), 'Social engagement among US Chinese older people—Findings from the PINE Study', *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 69(Suppl_2), S82-S89.
38. Engel, G. L. (1977), 'The need for a new medical model: a challenge for biomedicine', *Science*, 196(4286), 129-136.
39. Erlinghagen, M., & Hank, K. (2006), 'The participation of older Europeans in volunteer work', *Ageing & Society*, 26(4), 567-584.
40. Etman, A., Kamphuis, C. B., Van der Cammen, T. J., Burdorf, A., & Van Lenthe, F. J. (2015), 'Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening?', *The European Journal of Public Health*, 25(2), 345-350.
41. Fairlie, R.W. (2005), 'An Extension of the Blinder-Oaxaca decomposition technique to Logit and Probit Models', *Journal of Economic and Social Measurement*, 30(4), 305 - 316.
42. Fries, J. F. (1983), 'The compression of morbidity', *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 61(3), 397-419.
43. Giang, T.L., Nguyen, T.T. & Nguyen, N.T. (2020), 'Social Support and Self-Rated Health among Older Men and Women in Vietnam', *Journal of Population Ageing*, 13(3), 427- 442.
44. Giang, T.L & Nguyen, V.C. (2017), 'Aging population and the sustainability of the pension scheme: Simulations of policy options for Vietnam', *Journal of Economics and Development*, Vol. 19, No. 3 (December 2017): 40-51.

45. Giang, T.L, Pham T.H.T, & Phi. M.P. (2019), 'Productive activities of the older people in Vietnam', *Social Science & Medicine* 229 (2019): 32–40.
46. Giang, T.L. & Pfau, W.D. (2007), 'The Elderly Population in Vietnam during Economic Transformation: An Overview', *Chapter 7 in: Social Issues Under Economic Transformation and Integration in Vietnam*, Volume 1, 185-210, Viet Nam Development Forum (VDF), Ha Noi.
47. Gottfredson, L. S. (2004), 'Intelligence: is it the epidemiologists' elusive" fundamental cause" of social class inequalities in health?', *Journal of personality and social psychology*, 86(1), 174.
48. Graciani, A., Banegas, J. R., Lopez-Garcia, E., & Rodriguez-Artalejo, F. (2004), 'Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study', *Maturitas*, 48(4), 381-392.
49. Graham, H. (2004), 'Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings', *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
50. Grossman, M. (1972), 'On the concept of health capital and the demand for health', *Journal of Political economy*, 80(2), 223-255.
51. Grossman, M. (2008), 'The Relationship between Health and Schooling', *Eastern Economic Journal*, 34(3), 281-292.
52. Gu, H., Kou, Y., You, H., Xu, X., Yang, N., Liu, J., Liu, X., Gu, J. & Li, X. (2019), 'Measurement and decomposition of income-related inequality in self-rated health among the elderly in China', *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-11.
53. Hao, Y. (2008), 'Productive activities and psychological well-being among older people', *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(2), S64-S72.
54. Hank, K., & Buber, I. (2009), 'Grandparents caring for their grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe', *Journal of family Issues*, 30(1), 53-73.
55. Hank, K., & Stuck, S. (2008), 'Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked' productive activities at older ages', *Social Science Research*, 37(4), 1280-1291.
56. Hessel, P., Sayer, P., & Riumallo-Herl, C. (2020), 'Educational inequalities in disability linked to social security coverage among older individuals in five Latin American countries', *Social Science & Medicine*, 267, 112378.

57. Hoang, V.M., Byass, P., Nguyen, T.K.C. & Wall, S. (2010), 'Patterns of health status and quality of life among older people in rural Viet Nam', *Global Health Action*, 3(1), 64-69.
58. Hosseini, A. R., Stewart Williams, J., Jann, B., Kowal, P., Officer, A., Posarac, A. & Chatterji, S. (2012), 'Social determinants of sex differences in disability among older adults: A multi-country decomposition analysis using the World Health Survey', *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 1-8.
59. Hou, B., Li, Y., & Wang, H. (2022), 'Internet use and health status among older people: The mediating role of social participation', *Frontiers in Public Health*, 10, 1072398.
60. House, J. S., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1990), 'Age, socioeconomic status, and health', *The Milbank Quarterly*, 68(3), 383-411.
61. House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1994), 'The social stratification of aging and health', *Journal of health and social behavior*, 35(3), 213-234.
62. Hu, P., Adler, N.E., Goldman, N., Weinstein, M., & Seeman, T.E. (2005), 'Relationship Between Subjective Social Status and Measures of Health in Older Taiwanese Persons', *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 483–488.
63. Hu, A., Guo, X., & Wang, Y. (2019), 'Educational gradient of health in rural China', *The Social Science Journal*, 56(1), 127-134.
64. Hudson, E., Madden, D. & Mosca, I. (2015), 'A formal investigation of inequalities in health behaviours after age 50 on the island of Ireland', *The Economic and Social Review*, 46(2), 233-265.
65. Huisman, M., Kunst, A.E. & Mackenbach, J.P. (2003), 'Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview', *Social Science & Medicine*, 57(5), 861-873.
66. Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997), 'Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies', *Journal of health and social behavior*, 21-37.
67. International Labour Organization (2004), *Lifelong learning in Asia and the Pacific: Background report for the Tripartite Regional Meeting*, Bangkok, 8-10 December 2003, International Labour Office.
68. Ismail, N. R., Hamid, A. A., RAZAK, A. A., & Hamid, N. A. (2021), 'Factors influencing instrumental activities of daily living (IADL) disability among elderly attending health clinics in Kelantan', *Malaysian Applied Biology*, 50(2).

69. Jylhä, M. (2009), 'What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model', *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
70. Kalwij, A., Kapteyn, A., & De Vos, K. (2016), 'Work capacity at older ages in the Netherlands', *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 21976.
71. Kakwani, N., Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (1997), 'Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference', *Journal of Econometrics* 77, 87-103.
72. Karlson, K. B., Holm, A., & Breen, R. (2012), 'Comparing regression coefficients between same-sample nested models using logit and probit: A new method', *Sociological methodology*, 42(1), 286-313.
73. Karlson, K. B., & Holm, A. (2011), 'Decomposing primary and secondary effects: A new decomposition method', *Research in Social Stratification and mobility*, 29(2), 221-237.
74. Kenkel, D. S. (2000), Prevention, In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics*, (Vol. 1, pp. 1675–1720), Elsevier B.V
75. Khan, H.T.A. & Flynn, M. (2015), 'Self-Reported Health Status of Older Adults in Malaysia and Singapore: Evidence from the 2007 Global Ageing Survey', *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 687-705.
76. Klumb, P. L. (2004), 'Benefits from productive and consumptive activities: Results from the Berlin Aging Study', *Social Indicators Research*, 67, 107-127.
77. Klumb, P. L., & Baltes, M. M. (1999), 'Time use of old and very old Berliners: Productive and consumptive activities as functions of resources', *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), S271-S278.
78. Klumb, P. L., & Maier, H. (2007), 'Daily activities and survival at older ages', *Journal of Aging and Health*, 19(4), 594-611.
79. Kohler, U., Karlson, K. B., & Holm, A. (2011), 'Comparing coefficients of nested nonlinear probability models', *The Stata Journal*, 11(3), 420-438.
80. Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2009), 'Social engagement and cognitive function in old age', *Experimental aging research*, 35(1), 45-60.
81. Kumar, M., Muhammad, T., & Dwivedi, L. K. (2022), 'Assessing the role of depressive symptoms in the association between social engagement and

- cognitive functioning among older people: analysis of cross-sectional data from the Longitudinal Aging Study in India (LASI)', *BMJ open*, 12(10), e063336.
82. Kumar, S., Chauhan, S., Patel, R., Kumar, M., & Simon, D. J. (2023), 'Urban-rural and gender differential in depressive symptoms among elderly in India', *Dialogues in Health*, 2, 100114.
 83. Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2016), 'Associations of educational attainment with disability and life expectancy by race and gender in the United States: A longitudinal analysis of the Panel Study of Income Dynamics', *Journal of Aging and Health*, 28(8), 1403-1425.
 84. Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969), 'Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living', *Gerontologist*, 9(3):179-86.
 85. Le, A. H., & Billett, S. (2022), 'Lifelong learning and adult education in Japan', *Australian Journal of Adult Learning*, 62(1), 32-55.
 86. Le, D.D. & Giang, T.L. (2016), 'Gender differences in prevalence and associated factors of multi-morbidity among older persons in Vietnam', *International Journal on Ageing in Developing Countries*, 1(2), 113-132.
 87. Le, D. D., & Giang, L. T. (2025), 'Does Retirement Improve Cognitive Functioning? Causal Evidence From Vietnam', *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbaf102.
 88. Le, D.D., Leon-Gonzalez, R., Giang, T.L. & Nguyen, A.T. (2020)a, 'Socio-economic-related health inequality in non-communicable diseases among older people in Viet Nam', *Ageing & Society*, 41(16), 1-28.
 89. Le, D.D., Leon-Gonzalez, R. & Giang, T.L. (2020)b, 'Decomposing gender inequality in functional disability among older people in Vietnam', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87(4).
 90. Le, D.D., Quashie, N.T. & Prachuabmoh, V. (2018), 'How Does Self-Rated Health Differ among Older Vietnamese Men and Women?', *Journal of Population Ageing*, 12(51), 69-93.
 91. Le, V.H., Ho, D.P., Truong, V.D., Nguyen, T.K.C. & Lindholm, L. (2009), 'Remaining life expectancy among older people in a rural area of Vietnam: trends and socioeconomic inequalities during a period of multiple transitions', *BMC Public Health*, 9(1), 471.
 92. Le, V.H., Pham, T. & Lindholm, L. (2011), 'Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants', *BMC Geriatrics*, 11(1), 81.

93. Li, A. T., & Wei, H. C. (2019), 'Lifelong learning for aging people in Taiwan: Innovative programs and social effects', *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2019(162), 97-110.
94. Li, Y., Xu, L., Chi, I., & Guo, P. (2014), 'Participation in productive activities and health outcomes among older people in urban China', *The Gerontologist*, 54(5), 784-796.
95. Lin, A., & Wei, H. (2021), 'Education as a strategy for active aging learning center in Taiwan', *Advances in Social Sciences Research Journal*, 8(2), 137–146.
96. Link, B. & Phelan, J. (1995), 'Social conditions as fundamental causes of disease', *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
97. Liu, Y., & Lachman, M. E. (2020), 'Education and cognition in middle age and later life: The mediating role of physical and cognitive activity', *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(7), e93-e104.
98. Lleras-Muney, A. (2005), 'The relationship between education and adult mortality in the United States', *The Review of economic studies*, 72(1), 189-221.
99. Lowry, D., & Xie, Y. (2009), *Socioeconomic status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages?*, Population Studies Center Research Report 09-690, Population Studies Center, University of Michigan, USA.
100. Lynch, S.M. (2003), 'Cohort and Life-course Patterns in the Relationship between Education and Health: A Hierarchical Approach', *Demography*, 40(2), 309-331.
101. Maier, H., & Klumb, P. L. (2005), 'Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context?', *European Journal of Ageing*, 2, 31-39.
102. Marfeo, E. E., & Ward, C. (2020), 'Older adult productive activity participation using the national health and aging trends study', *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 1-6.
103. Matz-Costa, C., Besen, E., Boone James, J., & Pitt-Catsoupes, M. (2014), 'Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life', *The Gerontologist*, 54(2), 277-289.

104. McNamara, T. K., & Gonzales, E. (2011), 'Volunteer transitions among older people: The role of human, social, and cultural capital in later life', *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(4), 490-501.
105. Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003), 'Social engagement and disability in a community population of older people: the New Haven EPESE', *American journal of epidemiology*, 157(7), 633-642.
106. Menec, V. H. (2003), 'The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study', *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S74-S82.
107. Minhat, H. S., & Mohd Amin, R. (2012), 'Sociodemographic determinants of leisure participation among elderly in Malaysia', *Journal of community health*, 37, 840-847.
108. Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998), 'Education, personal control, lifestyle and health: A human capital hypothesis', *Research on aging*, 20(4), 415-449.
109. Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2003), *Education, Social Status, and Health*, Aldine de Gruyter, New York.
110. Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2015), 'Education, health, and the default American lifestyle', *Journal of health and social behavior*, 56(3), 297-306.
111. Muhammad, T., Srivastava, S., Hossain, B., Paul, R. & Sekher, T.V. (2022), 'Decomposing rural–urban differences in successful aging among older Indian adults', *Scientific Reports*, 12(1), 6430.
112. Mwangi, J., Kulane, A. & Le, V.H. (2015), 'Chronic diseases among the elderly in a rural Vietnam: prevalence, associated socio-demographic factors and healthcare expenditures', *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 134.
113. Ng, N., Kowal, P., Kahn, K., Naidoo, N., Abdullah, S., Bawah, A., ... & Chatterji, S. (2010), 'Health inequalities among older men and women in Africa and Asia: evidence from eight Health and Demographic Surveillance System sites in the INDEPTH WHO-SAGE Study', *Global Health Action*, 3(1), 5420.
114. Nguyen, A.T. & Giang, T.L. (2021), 'Factors Associated with Regional Disparity in Utilization of Healthcare Services among the Vietnamese Older People', *Journal of Population and Social Studies (JPSS)*, 29, 15-31.
115. Nguyen, A. T., Nguyen, T. H. T., Nguyen, T. T. H., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. X., Nguyen, T. N., Nguyen, A. L., Vu, L. G., Do, H. T. & Doan, L. P. (2021), 'Chronic pain and associated factors related to depression among older patients in Hanoi, Vietnam', *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9192.

116. Nguyễn Đức Minh (2019), 'Trung tâm học tập cộng đồng trong xây dựng xã hội học tập', *Tạp chí Khoa học Giáo dục Việt Nam*, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam.
117. Nguyễn Minh Tuấn (2022), 'Tìm hiểu đạo luật thúc đẩy giáo dục không chính quy và phi chính quy của Thái Lan và một số đề xuất cho xây dựng luật học tập suốt đời của Việt Nam', *Tạp chí Giáo dục*, 22(22), 59-64.
118. Nguyen, T. T. Q., Hoang, C. B. D., Hoang Le, M. D., Anh Vo, N. T., ... & Thanh Huong Ha, T. (2023), 'Assessing cognitive decline in Vietnamese older adults using the Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) and Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly during the COVID-19 pandemic: a feasibility study', *The Clinical Neuropsychologist*, 37(5), 1043-1061.
119. Nguyen, T.H., Le, T.H.H., Nguyen, T.Q.C., Hill, P.S. & Walton, T. (2012), 'Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural-urban dialogue', *Global Health Action*, 5, 1-12.
120. Nummela, O.P., Sulander, T.T., Heinonen, H.S., & Uutela, A.K. (2007), 'Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities', *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), 39-47.
121. Oaxaca, R. (1973), 'Male-female wage differentials in urban labor markets', *International Economic Review*, 14(3), 693-709.
122. O'Brien, R. M. (2007), 'A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors', *Quality & Quantity*, 41(5), 673-690.
123. OECD & WHO (2024), *Health at a Glance: Asia/Pacific 2024*, OECD Publishing, Paris.
124. O'Rand, A. M. (1996), 'The precious and the precocious: Understanding cumulative disadvantage and cumulative advantage over the life course', *The Gerontologist*, 36(2), 230-238.
125. Osawa, E., Sasaki, Y., Hsu, H. C., & Miura, H. (2024), 'Attitudes toward active aging and their association with social determinants and views on older adults in Japan: a cross-sectional study', *BMC geriatrics*, 24(1), 140.
126. Palacios-Cena, D., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Carrasco-Garrido, P., & Fernández-de-Las-Penas, C. (2012), 'Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000–2007) in elderly people? A Spanish population-based survey', *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 136-142.

127. Pfau, W.D. & Giang, T.L. (2010), 'Remittances, Living Arrangements and the Welfare of the Elderly in Vietnam', *Asian and Pacific Migration Journal*, 19(4), 447- 472.
128. Pham, T., Nguyen, N.T.T., ChieuTo, S.B., Pham, L.T., Nguyen, X.T., Nguyen, H.T.T., Nguyen, N.T., Nguyen, T.H.T., Nguyen, Q.N., Tran, X.B., Nguyen, H.L., Ha, H.G., Latkin, C.A., Ho, C.S.H., Ho, R.C.M., Nguyen, T.A. & Vu, T.T.H. (2018), 'Gender Differences in Quality of Life and Health Services Utilization among Elderly People in Rural Vietnam', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 69.
129. Phaswana-Mafuya, N., Peltzer, K., Ramlagan, S., Chirinda, W. & Kose, Z. (2013), 'Social and health determinants of gender differences in disability amongst older adults in South Africa', *Health SA Gesondheid*, 18(1), 1-9.
130. Ping, R., & Oshio, T. (2023), 'Educational inequalities in self-rated health and their mediators in late adulthood: Comparison of China and Japan', *PLOS One*, 18(9), e0291661.
131. Pregibon, D. (1980), 'Goodness of Link Tests for Generalized Linear Models', *Journal of the Royal Statistical Society Series C (Applied Statistics)*, 29(1), 15-23.
132. Prince, M., Wu, F., Guo, Y., Robledo-Lopez, A., Xia, J., Acosta, D., & Jacob, K. S. (2015), 'The burden of disease in older people and implications for health policy and systems: a WHO report', *The Lancet*, 385(9967), 549–562.
133. Prus, S.G. & Gee, E. (2003), 'Gender Differences in the Influence of Economic, Lifestyle, and Psychosocial Factors on Later-life Health', *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 306-309.
134. Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2009), *Luật Người cao tuổi*, Ban hành ngày 23/11/2009.
135. Radloff, L. S. (1977), 'The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population', *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
136. Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. and Raphael, A. (2020), *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Oshawa: Ontario Tech University Faculty of Health Sciences and Toronto: York University School of Health Policy and Management.
137. Read, J. N. G., & Gorman, B. K. (2010). 'Gender and health inequality', *Annual review of sociology*, 36(1), 371-386.

138. Rocca, E., & Anjum, R. L. (2020), 'Complexity, reductionism and the biomedical model', *In Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: A CauseHealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter* (pp. 75-94), Cham: Springer International Publishing.
139. Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2002), 'Age and the gender gap in the sense of personal control', *Social psychology quarterly*, 125-145.
140. Ross, C.E. & Mirowsky, J. (2006), 'Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution?', *Social Science & Medicine*, 63(5), 1400-1413.
141. Ross, C.E. & Mirowsky, J. (2010), *Why education is the key to socioeconomic differentials in health*, in Handbook of medical sociology, Bird, C.E., Conrad, P., Fremont, A.M., & Timmermans, S. (Ed.), Vanderbilt University Press, Nashville, 33-51.
142. Ross, C. E., & Zhang, W. (2008), 'Education and psychological distress among older Chinese', *Journal of Aging and Health*, 20(3), 273-289.
143. Ross, C.E. & Wu, Ch. (1995), 'The Links Between Education and Health', *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.
144. Ross, C.E. & Wu, Ch. (1996), 'Age, and the Cumulative Advantage in Health', *Journal of Health and Social Behavior*, 37(1), 104-120.
145. Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987), 'Human aging: usual and successful', *Science*, 237(4811), 143-149.
146. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997), 'Successful aging', *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
147. Rueda, S., Artazcoz, L. & Navarro, V. (2008), 'Health inequalities among the elderly in western Europe', *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 62(6), 492-498.
148. Rueda, S. & Artazcoz, L. (2009), 'Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support', *Ageing and Society*, 29(4), 625-647.
149. Saha, A., Rahaman, M., Mandal, B., Biswas, S. & Govil, D. (2022), 'Rural urban differences in self-rated health among older adults: examining the role of marital status and living arrangements', *BMC Public Health*, 22(1), 2175.
150. Scriven, A. (2010), 'Promoting Health: A Practical Guide-E-Book: Forewords: Linda Ewles & Ina Simnett', *Richard Parish: Elsevier Health Sciences*.

151. Schmitz, A. L., & Pförtner, T. K. (2018), 'Health inequalities in old age: the relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample', *Journal of Public Health*, 40(3), e235-e243.
152. Schnittker, J., & McLeod, J. D. (2005), 'The social psychology of health disparities', *Annu. Rev. Sociol.*, 31(1), 75-103.
153. Schooler, C., & Mulatu, M. S. (2001), 'The reciprocal effects of leisure time activities and intellectual functioning in older people: a longitudinal analysis', *Psychology and aging*, 16(3), 466.
154. Seeman, M. & Seeman, T.E. (1983), 'Health Behavior and Personal Autonomy: A Longitudinal Study of the Sense of Control in Illness', *Journal of Health and Social Behavior*, 24(2), 144-160.
155. Seeman, M., Seeman, A.Z. & Budros, A. (1988), 'Powerlessness, Work, and Community: A Longitudinal Study of Alienation and Alcohol Use', *Journal of Health and Social Behavior*, 29(3), 185-198.
156. Smith, K.V. & Goldman, N. (2007) 'Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico', *Social Science & Medicine*, 65(7), 1372-1385.
157. Sole-Auro, A., & Alcaniz, M. (2016), 'Educational attainment, gender and health inequalities among older people in Catalonia (Spain)', *International Journal for Equity in Health*, 15, 1-12.
158. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006), 'A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7', *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
159. Sulander, T., Martelin, T., Sainio, P., Rahkonen, O., Nissinen, A. & Uutela, A. (2006), 'Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years', *International Journal of Epidemiology*, 35(5), 1255-1261.
160. Stern, Y. (2002), 'What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept', *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460.
161. Stoto, M. A., Bailey, L. A., & Durch, J. S. (Eds.). (1997), 'Improving health in the community: a role for performance monitoring', *In Improving health in the community: a role for performance monitoring, committee on using performance monitoring to improve community health* (pp. 478-478).
162. Sun, R., & Liu, Y. (2006), 'Mortality of the oldest old in China: The role of social and solitary customary activities', *Journal of Aging and Health*, 18(1), 37-55.

163. Tao, S., & Palao-ay, G. (2024), *Exploring the path of promoting lifelong learning in China in the new era*, In 3rd International Conference on Education, Language and Art (ICELA 2023) (pp. 758-765), Atlantis Press.
164. Tang, F., Choi, E., & Goode, R. (2013), 'Older Americans employment and retirement', *Ageing International*, 38, 82-94.
165. Tareque, M. I., Tiedt, A. D., Islam, T. M., Begum, S., & Saito, Y. (2017), 'Gender differences in functional disability and self-care among seniors in Bangladesh', *BMC geriatrics*, 17(1), 177.
166. Teerawichitchainan, B.P. (2014), *Gender and Health Status of Older Adults in Vietnam*, In book: Gender and ageing: Southeast Asian perspectives, 122-149, Institute of Southeast Asian Studies, Singapore.
167. Thủ tướng Chính phủ (2025), *Chỉ thị về tăng cường thực hiện công tác người cao tuổi thích ứng với già hóa dân số* (Chỉ thị số 35/CT-TTg, ngày 23 tháng 12 năm 2025), Cổng Thông tin điện tử Chính phủ.
168. Tổng cục Thống kê (2020), *Kết quả toàn bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
169. Tổng cục Thống kê (2021), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Kết quả từ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*. Hà Nội: NXB Thanh Niên.
170. Tổng cục Thống kê (2024), *Kết quả chủ yếu điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm 0 giờ 01/4/2024*. Hà Nội: NXB Thống Kê.
171. Tổng cục Thống kê và Quỹ dân số Liên hợp quốc (GSO & UNFPA) (2021), *Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình năm 2021*, Hà Nội: NXB Thanh Niên.
172. Uchino, B. N. (2006), 'Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes', *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377-387.
173. UNESCO (2015), *Asia-Pacific regional education for all report: A synthesis of the national EFA reports*, UNESCO Bangkok Office.
174. Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam & Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) (2019), *Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam*, Hà Nội.
175. Vernooij-Dassen, M., Moniz-Cook, E., Verhey, F., Chattat, R., Woods, B., Meiland, F., Franco, M., Holmerova, I., Orrell, M., & de Vugt, M. (2021), 'Bridging the divide between biomedical and psychosocial approaches in dementia research: the 2019 INTERDEM manifesto', *Aging & Mental Health*, 25(2), 206-212.

176. Vo, T. H. M., Nakamura, K., Seino, K., Nguyen, H. T. L. & Van Vo, T. (2020), 'Fear of falling and cognitive impairment in elderly with different social support levels: findings from a community survey in Central Vietnam', *BMC geriatrics*, 20(1-10).
177. Vu, C.N., Tran, T.M., Dang, T.L., Chei, C.L. & Saito, T. (2020), *Ageing and Health in Viet Nam*, Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA).
178. Vu, D.H., & Giang, T.L. (2024), 'Impact of Education on Health Among the Vietnamese Older Adults: Evidence from a National Survey', *Journal of Population Ageing*, 17, 261–276.
179. Wahl, H. W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009), 'The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence?', *The Gerontologist*, 49(3), 355-367.
180. Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992), 'The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection', *Medical Care*, 30(6), 473–483.
181. Williams, D.R. (1990), 'Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection', *Social Psychology Quarterly*, 53(2), 81- 99.
182. Williams, D. R. (1999), 'Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 173-188.
183. Williams, D. R., & Purdie-Vaughns, V. (2015), 'Social and behavioral interventions to improve health and reduce disparities in health', *Population Health: Behavioral and Social Science Insights*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, National Institutes of Health, 51-66.
184. Williams, J., Norstrom, F. & Ng, N. (2017), 'Disability and ageing in China and India – Decomposing the effects of gender and residence. Results from the WHO study on global AGEing and adult health (SAGE)', *BMC Geriatrics*, 17(1).
185. Williams, R. (2015), 'Analyzing Complex Survey Data: Some key issues to be aware of', *University of Notre Dame*.
186. Wilson, R. S., De Leon, C. F. M., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002), 'Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease', *JAMA*, 287(6), 742-748.

187. Woolf, S. H., & Braveman, P. (2011), 'Where health disparities begin: the role of social and economic determinants - and why current policies may make matters worse', *Health affairs*, 30(10), 1852-1859.
188. World Bank (2016), *Live long and prosper: Aging in East Asia and Pacific*, World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0469-4>
189. World Health Organization (1948), *Summary reports on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*, New York: WHO, 35.
190. World Health Organization (2002), *Active ageing: A policy framework*, World Health Organization.
191. World Health Organization (2015), *World report on ageing and health*, World Health Organization.
192. World Health Organization (2017), *Front Matter*, In Global strategy and action plan on ageing and health (pp. i–ii).
193. Xu, H., & Xie, Y. (2017), 'Socioeconomic inequalities in health in China: A reassessment with data from the 2010–2012 China family panel studies', *Social indicators research*, 132(1), 219-239.
194. Yuan, L., Yu, B., Gao, L., Du, M., Lv, Y., Liu, X., & Sun, J. (2023), 'Decomposition analysis of health inequalities between the urban and rural oldest-old populations in China: evidence from a national survey', *SSM-Population Health*, 21, 101325.
195. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983), 'Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report', *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
196. Yun, M. (2000), 'Decomposition Analysis for a Binary Choice Model', *IZA Discussion Paper*, No. 145.
197. Yun, M. (2004), 'Decomposing differences in the first moment', *Economics Letters*, 82(2), 275-280.
198. Zhang, W., Chen, H., & Feng, Q. (2015), 'Education and psychological distress of older Chinese: Exploring the longitudinal relationship and its subgroup variations', *Journal of Aging and Health*, 27(7), 1170-1198.
199. Zhang, W., Tang, F., Chen, Y., Silverstein, M., Liu, S., & Dong, X. (2019), 'Education, activity engagement, and cognitive function in US Chinese older people', *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S3), S525-S531.

200. Zhang, J., Li, D. & Gao, J. (2021), 'Health Disparities between the Rural and Urban Elderly in China: A Cross-Sectional Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8056.
201. Zhang, Y., Su, D., Chen, Y., Tan, M., & Chen, X. (2022), 'Effect of socioeconomic status on the physical and mental health of the elderly: the mediating effect of social participation', *BMC Public Health*, 22(1), 605.
202. Zimmer, Z. & Amornsirisomboon, P. (2001), 'Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators', *Social Science & Medicine*, 52 (8), 1297-1311.
203. Zimmer, Z. & Kwong, J. (2004), 'Socioeconomic Status and Health Among Older Adults in Rural and Urban China', *Journal of Aging and Health*, 16(1), 44-70.
204. Zimmer, Z., Natividad, J., Lin, H-S. & Chayovan, N. (2000), 'A cross-national Examination of the Determinants of Self-assessed Health', *Journal of Health and Social Behavior*, 41(4), 465- 481.
205. Zimmer, Z. & Prachuabmoh, V. (2012), 'Comparing the socioeconomic status-health gradient among adults 50 and older across rural and urban areas of Thailand in 1994 and 2007', *Social Science & Medicine*, 74(12), 1921-1928.
206. Zimmerman, E. B., Woolf, S. H., & Haley, A. (2015), 'Understanding the relationship between education and health: a review of the evidence and an examination of community perspectives. Population health: behavioral and social science insights', *Rockville (MD): Agency for Health-care Research and Quality*, 22(1), 347-84.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH CHO CÁC MÔ HÌNH HỒI QUY LOGISTIC ĐA BIẾN

PHỤ LỤC 1.1. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH F-ADJUSTED MEAN RESIDUAL (HOSMER-LEMESHOW GOODNESS-OF-FIT) CHO MÔ HÌNH 1

```
. svylogitgof
  Number of observations =          4176
F-adjusted test statistic = F(9,423) =      0.521
  Prob > F =                  0.859
```

PHỤ LỤC 1.2. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH F-ADJUSTED MEAN RESIDUAL (HOSMER-LEMESHOW GOODNESS-OF-FIT) CHO MÔ HÌNH 2

```
. svylogitgof
  Number of observations =          4176
F-adjusted test statistic = F(9,423) =      0.780
  Prob > F =                  0.635
```

PHỤ LỤC 1.3. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH F-ADJUSTED MEAN RESIDUAL (HOSMER-LEMESHOW GOODNESS-OF-FIT) CHO MÔ HÌNH 3

```
. svylogitgof
  Number of observations =          4176
F-adjusted test statistic = F(9,423) =      0.520
  Prob > F =                  0.860
```

PHỤ LỤC 1.4. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH F-ADJUSTED MEAN RESIDUAL (HOSMER-LEMESHOW GOODNESS-OF-FIT) CHO MÔ HÌNH 4

```
. svylogitgof
  Number of observations =          4176
F-adjusted test statistic = F(9,423) =      1.734
  Prob > F =                  0.079
```

PHỤ LỤC 1.5. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH WALD CHO MÔ HÌNH 1

Adjusted Wald test

- (1) [srh]1.educ = 0
 - (2) [srh]1.gender = 0
 - (3) [srh]1.area = 0
 - (4) [srh]1.agegr = 0
 - (5) [srh]2.agegr = 0
 - (6) [srh]3.agegr = 0
 - (7) [srh]1.married = 0
 - (8) [srh]1.ethn = 0
 - (9) [srh]1.inc = 0
 - (10) [srh]2.ses_cat = 0
 - (11) [srh]3.ses_cat = 0
 - (12) [srh]4.ses_cat = 0
 - (13) [srh]5.ses_cat = 0
 - (14) [srh]1.smoking = 0
- F(14, 418) = 14.81
 Prob > F = 0.0000

PHỤ LỤC 1.6. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH WALD CHO MÔ HÌNH 2

Adjusted Wald test

- (1) [srh]1.educ = 0
 - (2) [srh]1.gender = 0
 - (3) [srh]1.area = 0
 - (4) [srh]1.agegr = 0
 - (5) [srh]2.agegr = 0
 - (6) [srh]3.agegr = 0
 - (7) [srh]1.married = 0
 - (8) [srh]1.ethn = 0
 - (9) [srh]1.inc = 0
 - (10) [srh]2.ses_cat = 0
 - (11) [srh]3.ses_cat = 0
 - (12) [srh]4.ses_cat = 0
 - (13) [srh]5.ses_cat = 0
 - (14) [srh]1.smoking = 0
 - (15) [srh]work = 0
 - (16) [srh]grc = 0
 - (17) [srh]ohc = 0
 - (18) [srh]1.hwork = 0
 - (19) [srh]psa_sum = 0
 - (20) [srh]lei_sum = 0
- F(20, 412) = 14.05
 Prob > F = 0.0000

PHỤ LỤC 1.7. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH WALD CHO MÔ HÌNH 3

Adjusted Wald test

- (1) [iadl]1.educ = 0
 - (2) [iadl]1.gender = 0
 - (3) [iadl]1.area = 0
 - (4) [iadl]1.agegr = 0
 - (5) [iadl]2.agegr = 0
 - (6) [iadl]3.agegr = 0
 - (7) [iadl]1.married = 0
 - (8) [iadl]1.ethn = 0
 - (9) [iadl]1.inc = 0
 - (10) [iadl]2.ses_cat = 0
 - (11) [iadl]3.ses_cat = 0
 - (12) [iadl]4.ses_cat = 0
 - (13) [iadl]5.ses_cat = 0
 - (14) [iadl]1.smoking = 0
- F(14, 418) = 37.98
 Prob > F = 0.0000

PHỤ LỤC 1.8. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH WALD CHO MÔ HÌNH 4

Adjusted Wald test

- (1) [iadl]1.educ = 0
 - (2) [iadl]1.gender = 0
 - (3) [iadl]1.area = 0
 - (4) [iadl]1.agegr = 0
 - (5) [iadl]2.agegr = 0
 - (6) [iadl]3.agegr = 0
 - (7) [iadl]1.married = 0
 - (8) [iadl]1.ethn = 0
 - (9) [iadl]1.inc = 0
 - (10) [iadl]2.ses_cat = 0
 - (11) [iadl]3.ses_cat = 0
 - (12) [iadl]4.ses_cat = 0
 - (13) [iadl]5.ses_cat = 0
 - (14) [iadl]1.smoking = 0
 - (15) [iadl]work = 0
 - (16) [iadl]grc = 0
 - (17) [iadl]ohc = 0
 - (18) [iadl]1.hwork = 0
 - (19) [iadl]psa_sum = 0
 - (20) [iadl]lei_sum = 0
- F(20, 412) = 33.05
 Prob > F = 0.0000

PHỤ LỤC 1.9. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH AUC CHO MÔ HÌNH 1

Obs	ROC area	Std. err.	Asymptotic normal [95% conf. interval]	
4,176	0.7061	0.0080	0.69042	0.72169

PHỤ LỤC 1.10. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH AUC CHO MÔ HÌNH 2

Obs	ROC area	Std. err.	Asymptotic normal [95% conf. interval]	
4,176	0.7373	0.0076	0.72233	0.75219

PHỤ LỤC 1.11. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH AUC CHO MÔ HÌNH 3

Obs	ROC area	Std. err.	Asymptotic normal [95% conf. interval]	
4,176	0.8390	0.0063	0.82672	0.85134

PHỤ LỤC 1.12. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH AUC CHO MÔ HÌNH 4

Obs	ROC area	Std. err.	Asymptotic normal [95% conf. interval]	
4,176	0.8683	0.0056	0.85739	0.87931

PHỤ LỤC 1.13. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH LINKTEST CHO MÔ HÌNH 1

srh	Linearized		t	P> t	[95% conf. interval]	
	Coefficient	std. err.				
phat_srh	1.577888	4.306666	0.37	0.714	-6.886792	10.04257
phat_sq_srh	-.5995771	1.416897	-0.42	0.672	-3.384465	2.18531

PHỤ LỤC 1.14. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH LINKTEST CHO MÔ HÌNH 2

srh	Linearized		t	P> t	[95% conf. interval]	
	Coefficient	std. err.				
phat_srh2	-.9291839	3.275445	-0.28	0.777	-7.367016	5.508648
phat_sq_srh2	1.733296	1.30738	1.33	0.186	-.8363368	4.302929

PHỤ LỤC 1.15. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH LINKTEST CHO MÔ HÌNH 3

iadl	Linearized		t	P> t	[95% conf. interval]	
	Coefficient	std. err.				
phat_iadl	-1.953956	2.908976	-0.67	0.502	-7.671499	3.763587
phat_sq_iadl	1.317316	1.491744	0.88	0.378	-1.614682	4.249314

PHỤ LỤC 1.16. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH LINKTEST CHO MÔ HÌNH 4

iadl	Linearized		t	P> t	[95% conf. interval]	
	Coefficient	std. err.				
phat_iadl2	-3.198416	2.35351	-1.36	0.175	-7.824201	1.427368
phat_sq_iadl2	1.330534	1.487097	0.89	0.371	-1.59233	4.253397

**PHỤ LỤC 1.17. KẾT QUẢ KIỂM ĐỊNH HỆ SỐ PHÓNG ĐẠI PHƯƠNG SAI
(VIF)**

Collinearity Diagnostics

Variable	VIF	SQRT VIF	Tolerance	R- Squared
educ	1.40	1.18	0.7158	0.2842
gender	1.67	1.29	0.5979	0.4021
area	1.18	1.09	0.8486	0.1514
age_2nd	1.49	1.22	0.6709	0.3291
age_3rd	1.70	1.30	0.5879	0.4121
age_highest	2.13	1.46	0.4689	0.5311
married	1.45	1.20	0.6916	0.3084
ethn	1.07	1.04	0.9319	0.0681
inc	1.14	1.07	0.8766	0.1234
ses_2nd	1.67	1.29	0.5977	0.4023
ses_3rd	1.74	1.32	0.5747	0.4253
ses_4th	1.91	1.38	0.5236	0.4764
ses_highest	2.25	1.50	0.4440	0.5560
smoking	1.36	1.16	0.7374	0.2626
work	1.37	1.17	0.7308	0.2692
grc	1.10	1.05	0.9085	0.0915
ohc	1.03	1.01	0.9715	0.0285
hwork	1.25	1.12	0.8020	0.1980
psa_sum	1.24	1.11	0.8066	0.1934
lei_sum	1.39	1.18	0.7180	0.2820
Mean VIF	1.48			

**PHỤ LỤC 2: KIỂM TRA TÍNH VỮNG CỦA MÔ HÌNH
THEO CÁC ĐẶC TẢ THAY THẾ CỦA BIẾN PHỤ THUỘC**

Yếu tố tác động	Hồi quy Logistic thứ bậc với biến SRH thay thế dạng thứ bậc		Hồi quy Negative Binomial với biến IADL thay thế dạng đếm	
	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ
	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)
<i>Trình độ học vấn</i>				
Chưa từng đi học/chưa học hết tiểu học (nhóm tham chiếu)				
Có bằng tiểu học trở lên	-0,17 (0,119)	-0,06 (0,113)	-0,60*** (0,091)	-0,40*** (0,079)
<i>Giới tính</i>				
Nữ (nhóm tham chiếu)				
Nam	-0,30** (0,126)	-0,33** (0,138)	0,12 (0,129)	-0,02 (0,085)
<i>Khu vực sinh sống</i>				
Nông thôn (nhóm tham chiếu)				
Thành thị	-0,30** (0,141)	-0,35** (0,148)	-0,07 (0,155)	-0,10 (0,123)
<i>Tuổi</i>				
50 – 59 (nhóm tham chiếu)				
60 – 69	0,47*** (0,124)	0,31** (0,130)	0,77*** (0,130)	0,60*** (0,112)
70 – 79	1,02*** (0,144)	0,67*** (0,162)	1,39*** (0,125)	0,89*** (0,126)

Yếu tố tác động	Hồi quy Logistic thứ bậc với biến SRH thay thế dạng thứ bậc		Hồi quy Negative Binomial với biến IADL thay thế dạng đếm	
	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ
	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)
80+	0,93*** (0,176)	0,30 (0,204)	2,12*** (0,117)	1,08*** (0,128)
<i>Tình trạng hôn nhân</i>				
Đã ly hôn, góa hoặc chưa kết hôn (nhóm tham chiếu)				
Hiện đang có vợ/chồng	-0,10 (0,122)	-0,06 (0,121)	-0,18** (0,088)	-0,07 (0,073)
<i>Dân tộc</i>				
Dân tộc thiểu số (nhóm tham chiếu)				
Dân tộc Kinh	0,07 (0,148)	0,09 (0,146)	-0,25 (0,179)	-0,29** (0,149)
<i>Thu nhập tự đánh giá</i>				
Không đủ cho nhu cầu (nhóm tham chiếu)				
Đủ cho nhu cầu	-0,85*** (0,104)	-0,85*** (0,106)	-0,29*** (0,089)	-0,15** (0,064)
<i>Chỉ số điều kiện sống</i>				
Nhóm có điều kiện thấp nhất (nhóm tham chiếu)				
Nhóm 2	-0,22 (0,164)	-0,24 (0,159)	-0,09 (0,157)	-0,07 (0,117)
Nhóm 3	-0,77*** (0,191)	-0,68*** (0,189)	-0,29** (0,141)	-0,16 (0,109)
Nhóm 4	-0,70*** (0,169)	-0,60*** (0,166)	-0,35** (0,142)	-0,10 (0,122)

Yếu tố tác động	Hồi quy Logistic thứ bậc với biến SRH thay thế dạng thứ bậc		Hồi quy Negative Binomial với biến IADL thay thế dạng đếm	
	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ	Mô hình rút gọn	Mô hình đầy đủ
	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)	Hệ số ước lượng (sai số chuẩn)
Nhóm có điều kiện tốt nhất	-0,93*** (0,191)	-0,74*** (0,190)	-0,95*** (0,179)	-0,59*** (0,148)
Hút thuốc				
Không (nhóm tham chiếu)				
Có	0,27** (0,138)	0,35** (0,149)	-0,22 (0,153)	-0,11 (0,106)
Làm các công việc được trả lương		-0,01*** (0,003)		-0,01*** (0,003)
Chăm sóc cháu		-0,01 (0,012)		-0,04*** (0,014)
Chăm sóc các thành viên khác trong gia đình		-0,00 (0,023)		0,01 (0,014)
Làm việc nhà				
Không (nhóm tham chiếu)				
Có		-0,75*** (0,147)		-1,03*** (0,104)
Tham gia xã hội		-0,03 (0,022)		-0,14*** (0,019)
Kết nối xã hội		-0,04*** (0,013)		-0,08*** (0,011)
Số quan sát	4.176	4.176	4.176	4.176

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên dữ liệu từ OP&SHI 2019

Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* cho biết các hệ số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%; 5% và 10%. Sai số chuẩn ở trong ngoặc đơn.

PHỤ LỤC 3: CÂU HỎI SỬ DỤNG TRONG LUẬN ÁN ĐƯỢC TRÍCH DẪN TRONG KHẢO SÁT OP&SHI 2019

PHẦN A: THÔNG TIN CHUNG

Q01- Thông tin chung

Q01	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Bác sinh năm nào? (dương lịch)	_____	
02	Giới tính?	Nam 1 Nữ 2	
03	Bác thuộc dân tộc nào?	Kinh 1 Khác (ghi rõ) 2	
04	Tình trạng hôn nhân hiện tại của bác là gì?	Chưa vợ/chồng 1 Có vợ/chồng 2 Ly dị 3 Ly thân 4 Góa 5	
05	Bác theo tôn giáo nào?	Phật giáo 1 Công Giáo 2 Tin Lành 3 Hòa Hảo 4 Cao Đài 5 Hồi giáo 6 Lương/Không theo đạo 7 Khác (ghi rõ) 8	

10a	Bằng cấp cao nhất về giáo dục phổ thông của bác là gì?	Không đi học bao giờ 1 Chưa hoàn thành tiểu học 2 Tiểu học 3 Trung học cơ sở 4 Trung học phổ thông 5 Cao đẳng 10 Đại học 11 Thạc sỹ 12 Tiến sỹ 13 Khác (ghi rõ) 88	
-----	---	---	--

Q03-Nhà ở, tài sản

Phần tiếp theo, cháu xin hỏi về tình trạng nhà ở hiện tại của bác

Q03	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Tổng diện tích sử dụng để ở của ngôi nhà/căn hộ bác đang ở là bao nhiêu mét vuông ?	_____M2 Không biết/không rõ 999	
02	Loại nhà mà gia đình bác đang ở là gì?	Biệt thự 1 Nhà kiên cố khép kín (với nhà tắm và nhà bếp ở trong) 2 Nhà kiên cố không khép kín (với nhà tắm hoặc nhà bếp ở ngoài) 3 Nhà bán kiên cố 4 Nhà tạm thời hoặc các loại nhà khác 5	
03	Bác sống ở ngôi nhà/căn hộ này từ năm nào?	_____	
04	Ngôi nhà/căn hộ này được sử dụng từ năm nào?	Trước 1975 1 Từ 1975 đến 1999 2 Từ 2000 đến 2009 3 Từ 2010 đến nay 4 Không xác định 9	
05	Ngôi nhà/căn hộ bác đang ở thuộc quyền sở hữu của ai?	Nhà riêng của bác/bác nhà 1 Nhà riêng của con (con đẻ/con dâu/rể/...) 2 Nhà thuê/mượn của nhà nước 3 Nhà thuê/mượn của tư nhân 4 Nhà của tập thể 5 Nhà của tổ chức tôn giáo 6 Nhà của nhà nước và nhân dân cùng làm 7 Chưa rõ quyền sở hữu 8 Khác (ghi rõ) 88 Không biết 99	
06	Vật liệu chính làm mái của ngôi nhà/căn hộ này là gì?	Vật liệu bền chắc (bê tông cốt thép, ngói) 1 Vật liệu tạm (tấm lợp, lá/rom rạ/giấy dầu, vật liệu khác) 2	
07	Vật liệu chính làm tường hoặc bao che của ngôi nhà/căn hộ này là gì?	Vật liệu bền chắc (bê tông cốt thép, gạch/đá, gỗ/kim loại) 1 Vật liệu tạm (đất vôi/rom, phiên/liếp/ván ép, vật liệu khác) 2	
08	Loại nhiên liệu (năng lượng) chính mà hộ bác dùng để thắp sáng là gì?	Điện lưới 1 Điện máy phát 2 Khí ga 3 Khác (ghi rõ) 8	

09	Loại nhiên liệu (năng lượng) chính mà hộ bác dùng để nấu ăn là gì?	Điện..... 1 Gas/biogaz..... 2 Than..... 3 Củ..... 4 Khác (ghi rõ.....) 8 Không dùng gì..... 9
10	(NCT phải tự trả lời câu này) Mức độ hài lòng của bác như thế nào về điều kiện sống mà bác đang ở (nhà ở, điện, nước, môi trường xung quanh)? (Đọc đáp án)	Hài lòng..... 1 Bình thường..... 2 Không hài lòng..... 3 NCT không thể tự trả lời 89
11	Ngoài ngôi nhà và khuôn viên đang ở, bác có sở hữu mảnh đất ở hoặc nhà ở nào khác không? Nếu có, tổng diện tích là bao nhiêu?	(1) Có sở hữu... hay không? Có Không
	a. Đất ở	1 2 → Q0311b _____m2 Không biết. 999
	b. Nhà ở	1 2 → Q0312 _____m2 Không biết. 999
12	Nguồn nước ăn uống chính của hộ bác là loại nào?	Nước máy..... 1 Nước mua (xi téc, bình)..... 2 Giếng khoan..... 3 Giếng đào được bảo vệ..... 4 Giếng đào không được bảo vệ..... 5 Nước khe/mó/sông/suối được bảo vệ..... 6 Nước khe/mó/sông/suối không được bảo vệ..... 7 Nước mưa..... 8 Khác (ghi rõ)..... 88
13	Hộ gia đình bác đang dùng loại hố xí nào là chính?	Hố xí tự hoại/bán tự hoại trong nhà..... 1 Hố xí tự hoại/bán tự hoại ngoài nhà..... 2 Hố xí khác..... 3 Không có hố xí..... 4
14	Cách thức chủ yếu xử lý rác thải sinh hoạt của hộ gia đình bác trong 12 tháng qua như thế nào?	Có người thu gom..... 1 Vứt xuống ao, hồ, sông, suối..... 2 Vứt ở một chỗ gần nhà..... 3 Chôn lấp..... 4 Đốt..... 5 Khác (ghi rõ)..... 8

Tài sản

Q03	Câu hỏi	Mã	
20	Hiện nay, hộ bác có các loại thiết bị phục vụ sinh hoạt sau đây không?	Có	Không
	1.Tivi	1	2
	2.Đài (Radio/Radio Cassetts)	1	2
	3.Máy vi tính (máy bàn, laptop)	1	2
	4.Điện thoại cố định/di động/máy tính bảng	1	2
	5.Tủ lạnh	1	2
	6.Máy giặt	1	2
	7.Bình tắm nóng lạnh	1	2
	8.Điều hòa nhiệt độ	1	2
	9.Mô tô/xe gắn máy/xe đạp điện/Xe máy điện	1	2
	10.Xe đạp	1	2
	11.Xuồng/ghe/thuyền	1	2
	12.Ô tô	1	2

PHẦN C: SỨC KHỎE VÀ CHĂM SÓC DÀI HẠN

Phần tiếp theo, cháu sẽ trao đổi các thông tin xung quanh các vấn đề sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của bác. Một số câu hỏi ở phần sau yêu cầu NCT phải tự trả lời. ĐTV lưu ý ở đầu câu hỏi có hướng dẫn 'NCT phải tự trả lời câu hỏi này'.

Q04-Sức khỏe thể chất

Q04	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	(NCT phải tự trả lời câu này) Theo đánh giá của bác, sức khỏe của bác vào thời điểm này là ở mức độ nào: rất tốt, tốt, bình thường, yếu hay rất yếu? (Showcard - S1)	Rất tốt..... 1 Tốt 2 Bình thường..... 3 Yếu..... 4 Rất yếu 5 NCT không thể tự trả lời 89	

IADL

Q04	Câu hỏi	Mã
22	Bác hãy đánh giá việc bác thực hiện các hoạt động sau như thế nào trong 30 ngày qua? (Lưu ý ĐTV: Đọc lần lượt theo thứ tự câu trả lời, nếu ĐTNC trả lời có thể làm được thì chuyển sang HOẠT ĐỘNG tiếp theo. Nếu ĐTNC trả lời không thì đọc đáp án tiếp theo...) Vd: Về khả năng sử dụng ĐT, bác có thể... không?	
	a. Sử dụng điện thoại	Tự sử dụng điện thoại một cách dễ dàng..... 1 Gọi điện thoại những số đã biết..... 2 Biết cách trả lời điện thoại nhưng không gọi được..... 3 Hầu như không thể sử dụng điện thoại..... 4

	b. Mua bán	Tự mua, bán được mọi thứ cần thiết 1 Có thể tự mua, bán những thứ lặt vặt..... 2 Cần người giúp khi mua bán 3 Không có khả năng mua bán 4
	c. Nấu ăn	Tự lên kế hoạch, chuẩn bị và tự ăn 1 Có thể nấu ăn nếu có người chuẩn bị sẵn..... 2 Có thể hâm nóng và ăn các thức ăn đã được chuẩn bị sẵn hoặc chuẩn bị bữa ăn, nhưng không đảm bảo được chế độ ăn đầy đủ 3 Cần có người chuẩn bị và cho ăn..... 4
	e. Giặt quần áo	Tự giặt giữ quần áo của bản thân..... 1 Có thể giặt những vật nhỏ như quần áo lót, tất/vớ..... 2 Không thể giặt quần áo 3
	f. Sử dụng phương tiện giao thông	Có thể tự đi lại bằng phương tiện công cộng hoặc cá nhân..... 1 Có thể đi bằng taxi/xe ôm, nhưng không thể đi lại bằng phương tiện công cộng..... 2 Có thể đi bằng phương tiện công cộng nếu được hỗ trợ bởi người khác..... 3 Đi lại hạn chế bằng taxi hoặc xe máy với sự trợ giúp của người khác..... 4 Không thể đi lại bằng bất cứ phương tiện nào..... 5
	g. Sử dụng thuốc	Có thể tự uống thuốc đúng liều và đúng thời gian..... 1 Có thể tự uống thuốc nếu có người chuẩn bị sẵn thuốc theo liều 2 Không thể tự uống thuốc..... 3
	h. Khả năng quản lý chi tiêu	Tự quản lý chi tiêu hoàn toàn..... 1 Cần người trợ giúp trong chi tiêu 2 Không có khả năng tự chi tiêu..... 3

Q05-Các hành vi nguy cơ đối với sức khỏe

Q05	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Hiện tại bác có hút thuốc lá, thuốc lào hoặc sử dụng một sản phẩm nào khác làm từ thuốc lá hay không?	Có.....1 Không.....2	2→ Q0504

Q06-Tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế

Q06	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Trong 12 tháng qua , bác có loại thẻ bảo hiểm y tế nào không? (Nhiều lựa chọn) <i>ĐTV lưu ý hỏi còn gì nữa không</i>	Không có..... 0 BHYT bắt buộc 1 BHYT tự nguyện/hộ gia đình..... 2 BHYT thân nhân lực lượng vũ trang 3 BHYT tư nhân (BH nhân thọ,...) 4 Khác (ghi rõ)..... 8	0→ Q0604

24	(NCT phải tự trả lời câu này) Bác cảm thấy mức thu nhập hay những hỗ trợ mà bác nhận được trong cuộc sống hàng ngày có đủ với nhu cầu của bác chưa? <i>(Đọc đáp án)</i>	Chưa bao giờ đủ 1 Thỉnh thoảng không đủ 2 Đủ 3 NCT không thể tự trả lời 89	
-----------	--	---	--

Q08-Nghề nghiệp, thu nhập, an sinh xã hội

Công việc

Q08	Câu hỏi	Mã	(1) Người trả lời	(2) Vợ/chồng	Chuyển
01	Hiện tại, bác có đang nghỉ hưu không? [bác nhà]	1. Có 2. Không 3. Không áp dụng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2/3 → Q0803 a

07	Với công việc chính nói trên, tổng số giờ làm việc trong 1 tuần thông thường là bao nhiêu? [bác nhà]	Ghi số giờ làm việc trong 1 tuần (điển hình)	<hr/> Giờ	<hr/> Giờ	
-----------	--	---	-----------	-----------	--

Q09-Đóng góp của người cao tuổi

Chăm sóc cháu chắt và người khác

Sau đây, cháu sẽ hỏi về việc chăm sóc cháu chắt và người khác

Q09	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Bác có cháu/chắt nội/ngoại không?	Có 1 Không 2	2→ Q0909
02	Trong vòng 12 tháng qua, bác có chăm sóc cho cháu/chắt nào dưới 10 tuổi không?	Có 1 Không 2	2→ Q0909

05	Cháu xin hỏi bác về thời gian bác dành cho việc chăm sóc cháu/chất trong 12 tháng qua		
	a. Trong vòng 12 tháng qua, bác đã chăm sóc các cháu/chất bao nhiêu tháng ?	_____ (Số tháng) (Nếu dưới 1 tháng thì điền 1 tháng)	
	b. Trong vòng 12 tháng qua, bác chăm sóc cháu/chất trung bình bao nhiêu ngày trong một tháng ?	_____ (Số ngày)	
	c. Trong vòng 12 tháng qua, bác chăm sóc cháu/chất trung bình bao nhiêu giờ trong một ngày ?	_____ (Số giờ)	

12	Cháu xin hỏi bác về thời gian bác dành cho việc chăm sóc những người khác (không kể cháu chất) trong 12 tháng qua		
	a.Trong vòng 12 tháng qua, bác đã chăm sóc [họ] bao nhiêu tháng ?	_____ (Số tháng)	
	b.Trong vòng 12 tháng qua, bác chăm sóc [họ] trung bình bao nhiêu ngày trong một tháng ?	_____ (Số ngày)	
	c.Trong vòng 12 tháng qua, bác chăm sóc [họ] trung bình bao nhiêu giờ trong một ngày ?	_____ (Số giờ)	

Các công việc trong hộ gia đình

Q09	Câu hỏi	Mã	Chuyển
16	Bác có làm công việc nhà không?	Có 1 Không 2 Không, nhưng chỉ trông nhà 3	2/3→ Q0918

PHẦN E: THAM GIA HOẠT ĐỘNG XÃ HỘI

Q10-Tham gia hoạt động xã hội

[Không hỏi phần sau đối với người trả lời thay]

Q10	Câu hỏi	Mã	Chuyển
01	Trong 12 tháng qua, bác có tham gia 1 hoạt động sinh hoạt tại nơi sinh sống của bác không? (thăm hỏi, hiếu, hỷ, gặp gỡ chuyện trò)	Có..... 1 Không..... 2	2→ Q1003
02	Mức độ thường xuyên bác tham gia các hoạt động đó như thế nào? <i>[Showcard - S8]</i>	Hiếm khi..... 1 Vài lần/ năm 2 Hàng tháng 3 Hàng tuần..... 4 Hàng ngày 5	
03	Trong 12 tháng qua, bác có tham gia các buổi họp của các tổ chức đoàn thể, xã hội tại nơi sinh sống của bác không? (hội nông dân, hội cựu chiến binh, mặt trận tổ quốc, hội phụ nữ, hội giáo chức...)	Có..... 1 Không..... 2	2→ Q1005
04	Mức độ thường xuyên bác tham gia các hoạt động đó như thế nào? <i>[Showcard - S8]</i>	Hiếm khi..... 1 Vài lần/ năm 2 Hàng tháng 3 Hàng tuần..... 4 Hàng ngày 5	
05	Trong 12 tháng qua, bác có tham gia hoạt động hội nhóm tôn giáo/tâm linh nào không?	Có..... 1 Không..... 2	2→ Q1007

06	Mức độ thường xuyên bác tham gia các hoạt động đố đố (hội nhóm tôn giáo/tâm linh) như thế nào? [Showcard - S8]	Hiếm khi..... 1 Vài lần/ năm 2 Hàng tháng..... 3 Hàng tuần..... 4 Hàng ngày 5						
07	[Hỏi nếu Q1001;03;05=2] Lý do vì sao bác không tham gia bất kỳ hoạt động nào kể trên? (Nhiều lựa chọn) <i>ĐTV lưu ý hỏi còn gì nữa không</i>	Không đủ sức khỏe tham gia..... 1 Không có tiền đóng hội phí 2 Không thấy có ích lợi khi tham gia 3 Khó khăn về phương tiện đi lại 4 Không có thời gian tham gia..... 5 Khác (ghi rõ) 9 Có tham gia 1 hoạt động.....0						
08	Mức độ thường xuyên bác xem/đọc/nghe các phương tiện truyền thông dưới đây trong 12 tháng qua? (Showcard -S9)							
		Không bao giờ	Hiếm khi	Vài lần/ năm	Hàng tháng	Hàng tuần	Hàng ngày	
	a. Báo/tạp chí	0	1	2	3	4	5	
	b. TV	0	1	2	3	4	5	
	c. Đài	0	1	2	3	4	5	
	d. Internet	0	1	2	3	4	5	
	e. Đài phát thanh công cộng	0	1	2	3	4	5	