

THỰC TRẠNG TỰ NHẬN THỨC VỀ SỨC KHỎE CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI VÙNG NÔNG THÔN VIỆT NAM NĂM 2018 VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Nguyễn Thanh Lam, Vũ Thiện Hoàng, Phan Ngọc Hân, Lê Thị Hương
Phạm Hải Thanh và Ngô Trí Tuấn ✉

Viện Đào tạo YHDP &YTCC - Trường Đại học Y Hà Nội

Tự đánh giá sức khỏe cá nhân là một đánh giá đơn giản nhưng toàn diện về mọi mặt của sức khỏe. Với nghiên cứu này, chúng tôi muốn tìm hiểu thực trạng tự nhận thức sức khỏe cá nhân và các yếu tố ảnh hưởng tới tự nhận thức của nhóm người Từ 60 tuổi trở lên ở vùng nông thôn Việt Nam. Nghiên cứu khảo sát trên 397 đối tượng thông qua bộ câu hỏi đo lường về chỉ số và sự tự nhận thức về sức khỏe cá nhân (PROMIS). Phân tích Two-step cluster và phân tích hồi quy logistic đơn biến cũng được sử dụng để phân nhóm và xác định mối tương quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với sự tự nhận thức. Kết quả cho thấy sự tự nhận thức tốt về sức khỏe cá nhân chiếm ưu thế (53,4%). Các yếu tố: tiền sử bệnh, BMI bình thường, trầm cảm tác động tới sự tự nhận thức theo chiều nghịch. Nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra được các bằng chứng về các yếu tố ảnh hưởng đến sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân của người cao tuổi ở vùng nông thôn Việt Nam.

Từ khóa: Tự nhận thức, người cao tuổi, nông thôn, Việt Nam, yếu tố ảnh hưởng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe được định nghĩa là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội.¹ Mặt khác, các phong trào thúc đẩy Y tế toàn cầu ngày càng phát triển đã khiến cho việc nâng cao khả năng tự nhận thức chung về sức khỏe cá nhân ngày càng cần thiết.^{2,3} Đó là một đánh giá đơn giản nhưng toàn diện về cả sức khỏe thể chất và tinh thần.⁴ Vì vậy, nâng cao khả năng tự nhận thức sức khỏe mỗi cá nhân giúp bảo vệ sức khỏe đúng cách và phát triển sức khỏe cá nhân theo chiều hướng tích cực sẽ có thể cải thiện sức khỏe cộng đồng.

Tuy nhiên, thực trạng nhận thức sức khỏe

bản thân ở khu vực nông thôn hay các nước đang phát triển đang còn nhiều thiếu hụt. Điều này có thể do khả năng đáp ứng kém của người dân với các dịch vụ y tế hay do những điểm yếu trong hệ thống y tế ở nông thôn và các quốc gia đang phát triển gây nên.^{2,5,6} Đây có thể là nguyên nhân khiến các nước đang phát triển có tuổi thọ trung bình thấp hơn các nước phát triển và tỷ lệ các bệnh do nhiễm trùng tăng cao hơn so với các khu vực khác.⁷⁻⁹ Cũng chính vì lý do này, người dân nơi đây không chú trọng đến bảo vệ sức khỏe cá nhân và không sử dụng các dịch vụ y tế nếu phát sinh chi phí.

Ngoài ra, người cao tuổi là nhóm tuổi mà sức khỏe thể chất đang dần trở nên kém đi. Nổi bật trong đó là các vấn đề liên quan tới xương khớp, tim mạch hay sức khỏe tâm thần.¹⁰⁻¹² Điều đó khiến cho nhóm đối tượng này cần được quan tâm và nghiên cứu nhiều hơn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục

Tác giả liên hệ: Ngô Trí Tuấn, Bộ môn Tổ chức và Quản lý Y tế - Viện Đào tạo YHDP & YTCC - Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngotrituan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 15/12/2019

Ngày được chấp nhận: 20/02/2020

tiêu:

1- Xác định thực trạng sự tự nhận thức về sức khỏe cá nhân ở người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên tại vùng nông thôn Việt Nam.

2- Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự tự nhận thức về sức khỏe cá nhân ở người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên tại vùng nông thôn Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu bao gồm những người dân sống ở khu vực này tối thiểu 3 năm liên tục và có độ tuổi ≥ 60 tuổi. Các đối tượng không mắc các chứng suy giảm trí nhớ và suy giảm khả năng giao tiếp.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp thiết kế mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tại 3 huyện được chọn ngẫu nhiên tại tỉnh Hà Nam (Duy Tiên, Kim Bảng và Bình Lục) từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2018. Khu vực được lấy đại diện cho vùng nông thôn khu vực Bắc Bộ.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu đã sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 3 trong 5 huyện của tỉnh Hà Nam (Duy Tiên, Kim Bảng và Bình Lục). Mỗi huyện, 10 xã được chọn ngẫu nhiên. Tại mỗi xã, 15 hộ dân được chọn ngẫu nhiên với tiêu chí mỗi hộ có ít nhất 1 người trong độ tuổi ≥ 60 tuổi (1 người/hộ). Tổng số đủ tiêu chí lựa chọn tại mỗi xã là 15 người. Đã có 450 người đủ tiêu chí tại trên địa bàn nghiên cứu. Các đối tượng đã được thông báo và giải thích về nghiên cứu, đã ký mẫu đơn đồng ý tham gia. Sự tham gia của các đối tượng là tự nguyện và thông tin của những người tham gia được bảo mật tuyệt đối. Các phiếu thu thập sau được làm sạch và loại bỏ các phiếu có missing rồi

mới được nhập vào bộ số liệu. Nghiên cứu đã phỏng vấn và thu thập số liệu được của 397 người.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi của nghiên cứu chúng tôi gồm 3 phần.

- Nhân khẩu học gồm các biến: tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, thu nhập gia đình, bảo hiểm y tế.

- Đo lường chỉ số sức khỏe cá nhân bao gồm các biến: tiền sử bệnh tật, tư vấn từ nhân viên y tế, BMI (chỉ số khối cơ thể), WHR (tỷ số vòng eo trên vòng hông) và sức khỏe tâm thần. Trong đó, đo lường sức khỏe tâm thần được chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi DASS-21 gồm 21 câu hỏi về kiểm định sức khỏe tâm thần trên 3 mặt trầm cảm, lo âu và stress.¹³

- Đo lường sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân đã được chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi PROMIS gồm 10 câu hỏi. Bộ câu hỏi PROMIS giúp chúng ta có thể đánh giá đầy đủ về sự tự nhận thức sức khỏe chung của từng cá nhân liên quan đến vấn đề sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và sức khỏe xã hội.¹⁴ Hệ số Cronbach's Alpha của hai bộ câu hỏi DASS- 21 và PROMIS lần lượt là 0,861 và 0,946.

3. Xử lý số liệu

Chúng tôi sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập dữ liệu và phân tích thông qua phần mềm R-Studio.

Những phương pháp phân tích mà nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng:

Phân tích mô tả: sử dụng để thống kê tỷ lệ (%) và tần số trung bình các đặc điểm nhân khẩu học, thực trạng sức khỏe tâm thần, các chỉ số sức khỏe và sự tự nhận thức sức khỏe của đối tượng nghiên cứu để có tổng điểm tự nhận thức sức khỏe cá nhân.

Phân tích K-mean cluster: sử dụng để phân nhóm đối tượng nghiên cứu theo tổng điểm sự tự nhận cá nhân về sức khỏe thể chất với tổng

điểm sự tự nhận cá nhân về sức khỏe tâm thần, số phân nhóm được cho là phù hợp dựa vào hệ số Euclidean distance cao nhất so với các phân nhóm khác.¹⁵

Phân tích hồi quy logistics: nhằm xác định mối tương quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với các phân nhóm tự nhận thức của đối tượng nghiên cứu. Các kết quả phân tích có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

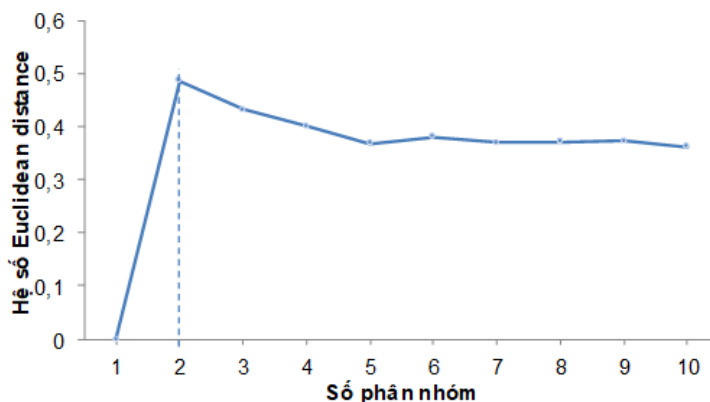
Nghiên cứu đã được sự cho phép của địa phương ở các khu vực được chọn mẫu. Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu được đảm bảo vô danh và bí mật các thông tin cá nhân. Các thông tin thu thập chỉ dành cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

58,9% đối tượng tham gia nghiên cứu trong độ tuổi dưới 65 tuổi. 60,5% là nam giới. 77,1% số người tham gia có trình độ học vấn dưới

2. Phân nhóm đối tượng tự nhận thức



Biểu đồ 1. Phân bố hệ số Euclidean distance theo từng phân bố nhóm (n = 397)

Kết quả phân tích Two-step cluster chỉ ra 2 phân nhóm với hệ số BIC là cao nhất trong các mô hình phân nhóm. Kích thước của các phân nhóm lần lượt là: 184 (46,3%) - nhóm 1 và 213 (53,7%) - nhóm 2.

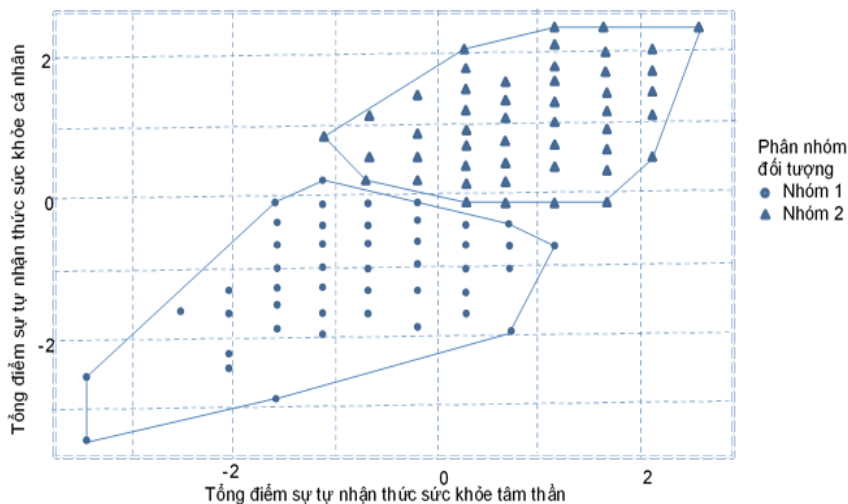
Biểu đồ 2 chỉ ra số phân nhóm phù hợp là 2 nhóm giữa tổng điểm nhận thức cá nhân về sức khỏe tâm thần với tổng điểm nhận thức cá nhân về sức khỏe thể chất. Kết quả phân tích K-mean cluster

trung học phổ thông. 93,5% đối tượng đã kết hôn. 56,9% đối tượng nghiên cứu có thu nhập dưới 50 triệu VND. 85,9% người trả lời đã có bảo hiểm y tế. 39,2% tổng số đối tượng mắc từ 1 bệnh trở lên. Về lối sống, có 69,5% số người tham gia không có hoạt động thể thao trong thời gian gần đây. Trong tổng số các đối tượng nghiên cứu, 72% không hút thuốc, 70,5% không uống trà, 71,8% không sử dụng đồ uống có cồn và 96,2% không sử dụng cà phê trong thời gian gần.

Về các chỉ số sức khỏe thể chất, 79,1% số người tham gia đều có chỉ số BMI bình thường. Ngược lại, chỉ số WHR đã chỉ ra phần lớn đối tượng nằm trong khoảng điểm nhận thấy sự nguy hiểm. Đặc biệt, có tới 52,1% đối tượng nghiên cứu được chỉ ra có chỉ số WHR cao (>1 đối với nam và >0,85 đối với nữ), ở trong tình trạng rất nguy hiểm.

Về sức khỏe tâm thần, tỉ lệ người trả lời được chỉ ra có điểm sức khỏe tâm thần bình thường ở ba mặt: trầm cảm, lo âu và căng thẳng lần lượt là 89,4%, 82,4% và 96,5%.

chỉ ra nhóm 1 (n = 184, % = 46,3%) là nhóm có sự tự nhận thức cá nhân về cả sức khỏe thể chất sức khỏe tâm thần là kém. Trong khi đó nhóm 2 (n= 213, % = 53,7%) thì có sự tự nhận thức cao về cả sức khỏe thể chất sức khỏe tâm thần.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng theo phân nhóm đối tượng của phân tích K-mean cluster (n = 397)

3. Mô hình của các yếu tố tác động ảnh hưởng tới sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân

Bảng 1. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến phân nhóm tự nhận thức sức khỏe (n = 397)

Yếu tố ảnh hưởng	Estimate (β)	SE	OR	95%CI	
				Cận dưới	Cận trên
Nam giới (Có/Không)	0,47	0,21	1,59	1,05	2,42
Bị bệnh (Có/Không)	- 0,81	0,23	0,45	0,28	0,71
Không bị trầm cảm (Có/Không)	0,79	0,28	2,19	1,27	3,78
BMI bình thường (Có/Không)	0,54	0,26	1,72	1,04	2,84

Bảng trên cho thấy rằng kết quả thu được ở mô hình cho thấy 3 yếu tố: giới tính, tiền sử bệnh độ trầm cảm và chỉ số BMI có ảnh hưởng tới sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân. Cụ thể, bị bệnh dẫn đến sự tự nhận thức giảm. Bên cạnh đó, nam giới, không trầm cảm và có BMI bình thường thì tăng sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra sự tự nhận thức về sức khỏe cá nhân tốt chiếm ưu thế. Tuy nhiên, chỉ số WHR chỉ ra thực trạng sức khỏe ngược lại, WHR cao (nguy hiểm) chiếm trên 50% và nghiên cứu lại chỉ ra rằng việc tự nhận thức về sức khỏe không bị ảnh hưởng bởi thực trạng sức khỏe cá nhân. Điều đó khiến chúng

tôi cho rằng có nhiều đối tượng vẫn chưa có những nhận thức đúng về thực trạng sức khỏe cá nhân. Chúng tôi cũng nhận định rằng đây chính là nhóm đối tượng cần được chú trọng trong việc nâng cao ý thức khám sức khỏe định kì và cần có thêm những nghiên cứu sâu hơn. Ngoài ra, việc phát triển các dịch vụ y học gia đình tại vùng nông thôn là cần thiết.

Điểm nhấn trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là đã chỉ ra sự tương quan giữa sự trầm cảm và sự nhận thức sức khỏe các nhân của người cao tuổi ở vùng nông thôn. Một nghiên cứu của Fiske A. và cộng sự đã chỉ ra rằng người cao tuổi bị trầm cảm có nhiều khả năng thay đổi về nhận thức, các triệu chứng soma và mất hứng thú hơn so với những người trẻ tuổi bị trầm cảm.¹⁶ Kết quả này có nét tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và một nghiên cứu khác tại Trung Quốc mà chúng tôi tìm được.¹⁷ Từ đó, chúng tôi khẳng định rằng trầm cảm là một trong những yếu tố chính gây ảnh hưởng đến sự tự nhận thức về sức khỏe ở người cao tuổi. Ngoài ra, trầm cảm còn gây ra sa sút trí tuệ, suy giảm nhận thức và chức năng sinh lý, đồng thời làm tăng tỷ lệ tự tử và tàn tật ở người cao tuổi.¹⁸ Điều này khiến cho trầm cảm trở thành một vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn trong thời gian tới.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nam giới là đối tượng có sự tự nhận thức về sức khỏe thấp hơn so với nữ giới. Tuy nhiên, yếu tố này lại không đồng nhất ở nhiều nghiên cứu tại các địa điểm khác nhau. Cụ thể, một nghiên cứu ở Estonia có kết quả tương đồng với chúng tôi rằng phụ nữ có khả năng tự nhận thức về sức khỏe cao hơn nam giới.¹⁹ Hai nghiên cứu khác ở Singapore và Pakistan có kết quả hoàn toàn trái ngược với nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu ở Estonia.^{20,21} Nghiên cứu ở Singapore cho rằng yếu tố văn hóa có thể là nguyên nhân đóng góp cho những khác biệt này.²⁰ Chúng tôi cũng có cho mình một quan điểm tương tự về vấn đề này. Chúng tôi cho rằng có thể do văn hóa ở Việt Nam cho rằng nam giới là phái mạnh và không được phép mềm yếu. Đây có thể là lý do vì sao nam giới thường chủ động bỏ qua những vấn đề sức khỏe của bản thân để giữ lấy hình tượng đó. Điều đó khiến cho sự tự nhận thức về sức khỏe của họ thấp hơn so

với nữ giới vốn được cho là phái yếu trong văn hóa Việt Nam.

Ngoài ra, nghiên cứu còn chỉ ra những yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức kém khác là tiền sử bệnh. Tiền sử bệnh là yếu tố nên được ưu tiên chú ý ở người cao tuổi ở vùng nông thôn vì đây là yếu tố dễ ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Mức độ, số lượng hay số năm điều trị bệnh có thể là những lý do ảnh hưởng đến sự tự nhận thức cá nhân. Hơn nữa, những nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra sự ảnh hưởng của tiền sử bệnh tới sự tự nhận thức.^{20,22,23} Ngoài ra, chúng tôi đã tìm ra chỉ số BMI có tác động đến sự tự nhận thức, kết quả này có thể lý giải do sự tham gia hoạt động thể thao của nhóm nghiên cứu là thấp (30,5%). Nghiên cứu khác ở Singapore khẳng định sự tự nhận thức sức khỏe cá nhân có ảnh hưởng bởi hoạt động thể thao, việc hoạt động thể thao có thể dẫn đến duy trì chỉ số BMI ở mức bình thường.²³

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Đầu tiên, cũng giống như các nghiên cứu trước đây, phương pháp nghiên cứu cắt ngang và độ chính xác của các câu trả lời trong bộ câu hỏi tự điền chính là những hạn chế mà nghiên cứu này mắc phải. Bên cạnh đó, việc chỉ tập trung nghiên cứu ở địa bàn một tỉnh miền Bắc nên chưa thể khái quát hóa toàn bộ vùng nông thôn Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi đề xuất cần có thêm nhiều nghiên cứu khác liên quan đến vấn đề tự nhận thức về sức khỏe tại những vùng khác ở khu vực nông thôn Việt Nam để có thể khái quát được toàn bộ vùng nông thôn Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp thực trạng của sự tự nhận thức trên đối tượng người cao tuổi tại vùng nông thôn Việt Nam. Cụ thể, sự tự nhận thức về sức khỏe cá nhân tốt chiếm

ưu thế. Các yếu tố tiền sử bệnh, BMI bình thường hay trầm cảm gây thay đổi khả năng tự nhận thức sức khỏe. Chúng tôi đề xuất có thêm những nghiên cứu khác tập trung vào các đối tượng có sự tự nhận kém hơn như người cao tuổi, người có tiền sử trầm cảm.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu chúng tôi xin cảm ơn sự giúp đỡ của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng Trường Đại học Y Hà Nội, các cơ quan ban ngành và Trạm Y tế địa phương đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. Basic Documents. *World Health Organization*; 2014.
2. Chen X. Understanding the Development and Perception of Global Health for More Effective Student Education. *Yale J Biol Med*. 2014;87(3):231-240.
3. Erfe JM, Choe JK. Introduction: the global health movement. *Yale J Biol Med*. 2014;87(3):227-229.
4. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, et al. Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health*. 2009;9(1):368.
5. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*. 2006;62(4):858-865.
6. Mills A. Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(6):552-557.
7. Wiria AE, Djuardi Y, Supali T, Sartono E, Yazdanbakhsh M. Helminth infection in populations undergoing epidemiological transition: a friend or foe? *Semin Immunopathol*. 2012;34(6):889-901.
8. Okeahialam BN, Ogbonna C, Otokwula AE, Joseph DE, Chuhwak EK, Isiguzoro IO. Cardiovascular Epidemiological Transition in a Rural Habitat of Nigeria: The Case of Mangu Local Government Area. *West African Journal of Medicine*. 2012;31(1):14–18.
9. Dye C, Trunz BB, Lönnroth K, Roglic G, Williams BG. Nutrition, Diabetes and Tuberculosis in the Epidemiological Transition. *PLOS ONE*. 2011;6(6):e21161.
10. Butler RN, Lewis MI. *Aging & Mental Health: Positive Psychosocial Approaches*. Oxford, England: C. V. Mosby; 1973.
11. Yazdanyar A, Newman AB. The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs. *Clin Geriatr Med*. 2009;25(4):563-vii.
12. Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum*. 1987;30(8):914-918.
13. Lovibond SH, Lovibond PF, Psychology Foundation of Australia. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, N.S.W.: Psychology Foundation of Australia; 1995.
14. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res*. 2009;18(7):873-880.
15. Hand DJ, Krzanowski WJ. Optimising k-means clustering results with standard software packages. *Computational Statistics & Data Analysis*. 2005;49(4):969-973.
16. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M.

Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009;5(1):363-389.

17. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, et al. Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health*. 2009;9:368.

18. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011;343.

19. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002; 55(5):847-861.

20. Lim W-Y, Ma S, Heng D, et al. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in

Singapore. *BMC Public Health*. 2007;7(1):184.

21. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health*. 2005;5:51.

22. Steward KA, Tan A, Delgaty L, et al. Self-Awareness of Executive Functioning Deficits in Adolescents With ADHD. *J Atten Disord*. 2017;21(4):316-322.

23. Bivona U, Riccio A, Ciurli P, et al. Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2014;29(2):157

Summary

SELF-AWARENESS OF INDIVIDUAL HEALTH AMONG VIETNAMESE ELDERLY OVER IN RURAL AREAS IN 2018 AND ASSOCIATED FACTORS

An individualized health assessment is a basic evaluation but comprehensive assessment of all aspects of health. With this study, we aim to explore the state of individual health self-awareness and the factors affecting self-awareness of Vietnamese people 60 years of age and older in rural area. We surveyed 397 subjects through a set of personal health measurement questionnaire and personal health self-awareness (PROMIS) questionnaire. Two-step cluster analysis and univariate logistic regression analysis were used to classify groups of self-awareness and determine the correlation between demographic factors and self-awareness. Our results found that predominantly, half of the elderly has good self-awareness about personal health (53.4%). Factors associated included: medical history, normal BMI index, depression status. Our research suggests focusing on subjects with less cognitive ability.

Key words: Self-awareness, elderly, rural area, Vietnamese, associated factors