

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN

NGUYỄN THỊ HUỆ

**NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI
TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI
TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

Ngành: Công tác xã hội

Mã số: 9760101

Hà Nội - 2026

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN

NGUYỄN THỊ HUỆ

NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI
TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI
TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI

Ngành: Công tác xã hội

Mã số: 9760101

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS. Nguyễn Thu Trang

Hà Nội - 2026

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan Luận án Tiến sĩ về đề tài “Nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội” là công trình nghiên cứu của cá nhân tôi và những kết quả trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực.

Hà Nội, ngày... tháng... năm ...

Tác giả Luận án

Nguyễn Thị Huệ

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và lời cảm ơn sâu sắc tới các cá nhân và tập thể sau đây đã hỗ trợ tôi hoàn thành Luận án nghiên cứu này:

Giảng viên hướng dẫn- TS. Nguyễn Thu Trang đã tận tình hướng dẫn, khuyến khích động viên tôi thực hiện và hoàn thành Luận án;

Ban Giám hiệu, Ban Chủ nhiệm, các thầy cô Khoa Xã hội học và Công tác xã hội; Bộ môn Công tác xã hội, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn - Đại học Quốc gia Hà Nội đã góp ý chuyên môn và tạo điều kiện về các thủ tục hành chính;

Trung tâm Bảo trợ Xã hội 2, Trung tâm Bảo trợ Xã hội 3, Trung tâm Thiên Đức, Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng tại thành phố Hà Nội, lãnh đạo, quản lý và đặc biệt là các cán bộ/ nhân viên tại các đơn vị đã hợp tác, chia sẻ thông tin và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình nghiên cứu, thực hiện Luận án;

Người cao tuổi hiện đang sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (Trung tâm Bảo trợ Xã hội 3, Trung tâm Bảo trợ Xã hội 3, Trung tâm Thiên Đức, Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng) đã tham gia trả lời khảo sát, phỏng vấn, chia sẻ thông tin;

Gia đình tôi đã động viên và hỗ trợ trong suốt thời gian dài thực hiện luận án;

Ban Giám hiệu và đồng nghiệp Trường Đại học Lao động- Xã hội trụ sở chính Hà Nội; Lãnh đạo và đồng nghiệp Viên Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện hỗ trợ về thời gian cho tôi hoàn thành Luận án;

Những người bạn gần bó và đồng nghiệp thân thiết đã luôn động viên tinh thần.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Tác giả Luận án

Nguyễn Thị Huệ

MỤC LỤC

MỤC LỤC.....	1
DANH MỤC VIẾT TẮT.....	5
DANH MỤC BẢNG	6
MỞ ĐẦU	8
1. Lý do chọn đề tài	8
2. Mục tiêu nghiên cứu	10
3. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu	10
4. Câu hỏi nghiên cứu	11
5. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài	12
5.1. Ý nghĩa khoa học	12
5.2. Ý nghĩa thực tiễn.....	12
6. Khung phân tích.....	13
7. Phương pháp nghiên cứu	14
7.1. Thiết kế nghiên cứu.....	14
7.2. Mẫu, cách thức chọn mẫu, và vấn đề đạo đức nghiên cứu	14
7.3. Phương pháp thu thập và xử lý dữ liệu.....	18
7.3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu	18
7.3.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi và xử lý số liệu	20
7.3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu.....	30
8. Kết cấu của luận án.....	32
Chương 1. TỔNG QUAN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ D DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC.....	33
SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI	33
1.1. Các nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi	33
1.1.1. Các vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi thường hay gặp phải	33
1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi	36
1.2. Các nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi.....	42
1.3. Các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	44

1.4. Tóm lược các kết quả nghiên cứu tổng quan và khoảng trống nghiên cứu	48
Tiểu kết Chương 1	54
Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU	55
2.1. Hệ thống khái niệm công cụ.....	55
2.1.1. Khái niệm người cao tuổi	55
2.1.2. Khái niệm sức khỏe, sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần	57
2.1.3. Khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi	61
2.1.4. Khái niệm công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc	62
2.1.5. Khái niệm nhu cầu, nhu cầu tiếp cận và sử dụng	67
2.1.5.1. Khái niệm nhu cầu.....	67
2.1.5.2. Khái niệm nhu cầu tiếp cận và sử dụng	69
2.1.6. Khái niệm nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi.....	69
2.1.7. Khái niệm nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc	70
2.2. Cơ sở pháp lý về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.....	71
2.2.1. Quan điểm, chủ trương của Đảng, pháp luật của Nhà nước về hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.....	71
2.2.2. Hệ thống chính sách, pháp luật gần đây của Đảng, Nhà nước về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi	75
2.3. Các lý thuyết tiếp cận	81
2.3.1. Lý thuyết hệ thống sinh thái	81
2.3.2. Lý thuyết nhu cầu	84
2.3.3. Lý thuyết về mô hình niềm tin sức khỏe	86
2.4. Địa bàn nghiên cứu	91
2.5. Đạo đức nghiên cứu	95
Tiểu kết Chương 2	96
Chương 3. ĐẶC ĐIỂM VÀ THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAO TUỔI SỐNG TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI	97
3.1. Một số đặc điểm chung của khách thể nghiên cứu	97

3.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu	108
3.2.1. Dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trên địa bàn nghiên cứu	108
3.2.2. Các yếu tố liên quan đến dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu	113
3.3. Thực trạng những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu	123
3.4. Thái độ và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung	125
3.4.1. Mức độ lo lắng về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần	126
3.4.2. Mức độ tự tin trong các tình huống liên quan đến vấn đề sức khỏe tâm thần.....	128
3.4.3. Hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp các biểu hiện lo lắng về vấn đề sức khỏe tâm thần	131
Tiểu kết Chương 3	138
Chương 4. THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHU CẦU TIẾP CẬN, SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI	139
4.1. Nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần ở ba giai đoạn (phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán, điều trị & phục hồi chức năng) của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.....	139
4.2. Các yếu tố liên quan đến nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung	147
4.2.1. Các yếu tố liên quan đến mức độ cần thiết	147
4.2.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ.....	153
4.2.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng	160
Tiểu kết Chương 4	168
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	172
1. Kết luận	172
2. Hạn chế của nghiên cứu.....	174
3. Triển vọng của nghiên cứu và đào tạo	174
4. Khuyến nghị	176
4.1. Đối với người thực hiện dịch vụ (nhân viên công tác xã hội).....	176
4.2. Đối với đơn vị cung cấp dịch vụ (cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi)	177

4.3. Đối với người cao tuổi và gia đình người cao tuổi	178
4.4. Đối với cơ quan quản lý nhà nước và hoạch định chính sách.....	178
DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN	
ÁN	180
TÀI LIỆU THAM KHẢO	182
PHỤ LỤC.....	207

DANH MỤC VIẾT TẮT

PVS:	Phòng vấn sâu
WHO:	Tổ chức Y tế thế giới
SDGs:	Mục tiêu Phát triển Bền vững
UNFPA:	Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc
VCCI:	Liên đoàn Thương mại và Công nghiệp Việt Nam
ADLs:	Các hoạt động sống cơ bản hàng ngày

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2. 1. Ý nghĩa mức điểm của thang đo DASS 21	24
Bảng 2. 2. Kết quả kiểm định độ tin cậy của thang đo DASS 21 (Căng thẳng, Lo âu, Trầm cảm - 21) bằng hệ số Cronbach's Alpha	25
Bảng 2. 3. Tổng hợp các chỉ báo đo lường và độ tin cậy các thang đo nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung sau khi phân tích thang đo	28
Bảng 2. 4. Giới thiệu các cơ sở chăm sóc tập trung thuộc địa bàn nghiên cứu	93
Bảng 2. 5. Tổng hợp kết quả phân tích nhân tố (EFA)	225
Bảng 2. 6. Thống kê các nhân tố và biến quan sát được giữ lại sau khi phân tích nhân tố các thang đo.....	227
Bảng 3. 1. Đặc điểm về cơ sở chăm sóc của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N= 372).....	97
Bảng 3. 2. Đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)	99
Bảng 3. 3. Điểm dấu hiệu một số vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372).....	109
Bảng 3. 4. Mức độ dấu hiệu một số vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372).....	111
Bảng 3. 5. Kết quả mô hình hồi quy các yếu tố liên hệ với các dấu hiệu sức khỏe tâm thần thường gặp ở người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội	115
Bảng 3. 6. Thực trạng những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372).....	124
Bảng 3. 7. Mức độ lo lắng có thể mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)	126
Bảng 3. 8. Mức độ tự tin trong đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372).....	129

Bảng 3. 9. Thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong trường hợp lo lắng mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372).....	132
Bảng 3. 10. Đối tượng mà người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội tìm đến khi có lo lắng về sức khỏe tâm thần (N=372).....	134
Bảng 3. 11. Kết quả phân tích nhân tố khám phá những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung Hà Nội.....	229
Bảng 4. 1. Nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.....	139
Bảng 4. 2. Tương quan giữa các nhóm yếu tố trong các giai đoạn cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung (N thay đổi)	145
Bảng 4. 3. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ cần thiết các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N = 372).....	148
Bảng 4. 4. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội.....	154
Bảng 4. 5. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội.....	161

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

Trên quy mô toàn cầu, dân số cao tuổi đang gia tăng với tốc độ chưa từng thấy. Việt Nam hiện là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới; dân số cao tuổi đã tăng từ 7,45 triệu lên 11,41 triệu người chỉ trong giai đoạn 2009-2019. Dự báo đến năm 2069, tỷ lệ này sẽ đạt mức 27,11% tổng dân số (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021). Quá trình già hóa nhanh chóng này mang đến những thách thức phức tạp về an sinh, đặc biệt là tình trạng bệnh tật kép khi người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh mạn tính kết hợp với các rối loạn tâm thần (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021).

Thực tế cho thấy, hơn 20% người từ 60 tuổi trở lên gặp phải các vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc bệnh lý thần kinh, phổ biến nhất là sa sút trí tuệ và trầm cảm (HelpAge International Việt Nam, 2021). Những vấn đề này không chỉ gây ra những hậu quả tiêu cực nặng nề về mặt cá nhân mà còn ảnh hưởng sâu sắc tới khả năng sinh hoạt, hòa nhập và chất lượng sống tổng thể của người cao tuổi (Tổng Cục Thống kê & UNFPA Việt Nam, 2021).

Trước áp lực của sự thay đổi cấu trúc gia đình và xu hướng di cư, việc lựa chọn sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung (bao gồm trung tâm bảo trợ xã hội và viện dưỡng lão tư nhân) đang trở thành một hướng lựa chọn tại các đô thị lớn như Hà Nội. Hiện nay (Tổng Cục Thống kê & UNFPA Việt Nam, 2021), mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội đã được mở rộng đáng kể với 418 cơ sở trên cả nước, đáp ứng nhu cầu cho khoảng 30% đối tượng (Quỹ dân số liên hợp quốc UNFPA & Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình, 2019). Tuy nhiên, trong thực tiễn, các dịch vụ tại đây vẫn chủ yếu tập trung vào việc quản lý, nuôi dưỡng và chăm sóc y tế cơ bản (Quỹ dân số liên hợp quốc UNFPA & Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình, 2019). Các dịch vụ chuyên sâu về nâng đỡ tâm lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn chưa được đầu tư bài bản và triển khai tương xứng với nhu cầu thực tế của đối tượng (Quỹ dân số liên hợp quốc UNFPA & Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình, 2019).

Hệ thống pháp lý về phát triển nghề công tác xã hội và chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam đã dần hoàn thiện thông qua các văn bản như Quyết định 32/2010/QĐ-TTg, Quyết định 112 về chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030, Quyết định số 2156/QĐ- TTg phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021-2030, Quyết định số 1929/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021- 2030. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa rõ nhu cầu sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi trong các cơ sở chăm sóc tập trung như thế nào. Do vậy, chưa xác định được mức độ cần thiết để triển khai các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung cho phù hợp và phát huy tối đa hiệu quả, đáp ứng đúng nhu cầu người cao tuổi.

Khoảng trống lý luận và thực tiễn hiện nay được thể hiện qua ba khía cạnh chính: Thứ nhất, phần lớn các công trình nghiên cứu về sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Việt Nam hiện nay chủ yếu tiếp cận dưới góc độ y tế (điều trị lâm sàng) hoặc xã hội học (mô tả thực trạng), mà rất ít nghiên cứu đi sâu vào khía cạnh công tác xã hội. Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong việc tham vấn, kết nối nguồn lực và hỗ trợ phục hồi chức năng tâm thần chưa được định hình rõ nét. Thứ hai, đa số các nghiên cứu sức khỏe tâm thần hiện có tập trung vào người cao tuổi tại cộng đồng, trong khi nhóm người cao tuổi sống tại các cơ sở tập trung lại chưa được quan tâm đúng mức. Thứ ba, hiện vẫn chưa có những bằng chứng khoa học cụ thể về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội chuyên biệt cho sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở này. Việc không xác định rõ mức độ cần thiết và các rào cản tiếp cận khiến các dịch vụ công tác xã hội tại chỗ thường mang tính kiêm nhiệm, thiếu tính chuyên môn sâu về tâm thần.

Từ những lý do trên, nghiên cứu sinh nhận thấy việc thực hiện đề tài “*Nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội*” là vô cùng cấp

thiết. Nghiên cứu này không chỉ nỗ lực lấp đầy khoảng trống về mặt lý luận công tác xã hội mà còn cung cấp cơ sở thực chứng để xây dựng hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, giúp người cao tuổi tại các cơ sở tập trung đạt được an sinh toàn diện và chất lượng cuộc sống tốt nhất.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu, đánh giá thực trạng nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại trung tâm chăm sóc tập trung và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng các dịch vụ công tác xã hội này.

3. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung. Đề tài tập trung vào nghiên cứu từ góc độ người cao tuổi sử dụng dịch vụ.

- Khách thể nghiên cứu: người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội; cán bộ hỗ trợ người cao tuổi (cán bộ chăm sóc trực tiếp và cán bộ quản lý tại cơ sở chăm sóc tập trung).

- Phạm vi:

+ Phạm vi nội dung:

Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, có nhiều hoạt động hỗ trợ với những vấn đề sức khỏe tâm thần khác nhau của người cao tuổi như trầm cảm, lo âu,...; vấn đề về thần kinh mà người cao tuổi thường gặp phải như sa sút trí tuệ. Tổ chức Y tế thế giới nhận định các vấn đề sức khỏe tâm thần và vấn đề về thần kinh như trên có thể được nhóm chung là các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi (World Health Organization, 2023). Có nhiều dịch vụ khác nhau, được thực hiện trong cơ sở chăm sóc tập trung, nhằm hỗ trợ nhiều vấn đề khác nhau của sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Với quy mô và thời gian nghiên cứu, đề tài tìm hiểu, phân tích nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội được cung cấp tại cơ sở chăm sóc tập trung như (1) tham vấn, tư vấn thông tin, (2) hướng dẫn thủ tục và hỗ trợ kết nối, chuyển tuyến cho sàng lọc, khám và điều trị vấn đề sức khỏe tâm thần, phục hồi chức năng, (3) theo dõi và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các dịch vụ này được nghiên cứu trong các giai đoạn phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng các vấn đề sức khỏe tâm thần thường hay gặp là căng thẳng, lo âu, trầm cảm, sa sút trí tuệ của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung.

+ Phạm vi không gian:

Một số cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi trên địa bàn Hà Nội. Đề tài được thực hiện tại 04 cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi công lập và tư nhân. Trong đó có 02 cơ sở hoạt động dưới hình thức viện dưỡng lão tư nhân là Trung tâm Diên Hồng, Trung tâm Thiên Đức, 02 trung tâm bảo trợ xã hội của Nhà nước là Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3; bằng phương pháp lựa chọn địa bàn có chủ đích. Quá trình quan sát, phỏng vấn cho thấy các cơ sở chăm sóc này có đủ dữ liệu phân tích nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

+ Phạm vi thời gian: từ năm 2023- 2026

4. Câu hỏi nghiên cứu

- Thực trạng sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay như thế nào?
- Thực trạng nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay như thế nào?
- Những yếu tố nào ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung?

5. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài

5.1. Ý nghĩa khoa học

Nghiên cứu đóng góp vào hệ thống kiến thức từ chính tổng quan và bộ công cụ của mình. Luận án thiết kế, vận dụng một số thang đo trong thu thập thông tin, nên bộ công cụ của luận án cũng sẽ trở thành nguồn tham khảo cho các đề tài liên quan. Hơn thế nữa, luận án cũng xây dựng mới các thang đo nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, bộ thang đo được kiểm tra độ tin cậy. Kết quả nghiên cứu cũng đóng góp vào hệ thống tổng quan về lĩnh vực dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, bổ sung vào khoảng trống nghiên cứu dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay. Tất cả mang lại ý nghĩa quan trọng khiến cho nghiên cứu trở thành nguồn tài liệu tham khảo cho các nghiên cứu trong tương lai.

5.2. Ý nghĩa thực tiễn

Về mặt thực tiễn, kết quả nghiên cứu có thể dùng làm bằng chứng cho tư vấn, hoạch định, điều chỉnh chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, trong đó định hướng mở rộng vai trò nhân viên công tác xã hội tư vấn, hoạch định, điều chỉnh chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở quy mô bảo trợ xã hội cấp thành phố; ứng dụng trong đào tạo, tập huấn nhân viên công tác xã hội và các cán bộ chăm sóc người cao tuổi; ứng dụng trong tư vấn, điều chỉnh, thiết kế các dịch vụ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Vì công tác xã hội là ngành khoa học thực hành dựa trên bằng chứng nên có thể sử dụng những kết quả nghiên cứu của đề tài như là tư liệu ý nghĩa, hỗ trợ cho thực hành, thiết kế dịch vụ và hoạch định chính sách.

6. Khung phân tích

Các yếu tố thuộc về cơ sở chăm sóc tập trung

- Đội ngũ cán bộ (nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội)
- Quy mô
- Loại hình cơ sở công lập/ tư nhân
- Cơ sở hạ tầng, dịch vụ cung cấp

Các yếu tố thuộc về gia đình & hỗ trợ xã hội

- Mối quan hệ với gia đình
- Hỗ trợ kinh tế từ gia đình
- Hỗ trợ xã hội

Các yếu tố thuộc về cá nhân người cao tuổi

Nhân khẩu xã hội và đặc điểm sức khỏe

- Tuổi
- Giới tính
- Tình trạng sức khỏe và bệnh tật
- Tình trạng sức khỏe tâm thần
- Tình trạng hôn nhân
- Trình độ giáo dục
- Điều kiện kinh tế cá nhân

Các yếu tố niềm tin cá nhân

- Nhận thức nguy cơ, mức độ nghiêm trọng của vấn đề sức khỏe tâm thần,
- Mức độ tự tin (self-efficacy) với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của bản thân.

Nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

(Dịch vụ: (1) tham vấn, tư vấn thông tin; (2) hướng dẫn thủ tục, hỗ trợ kết nối, chuyển tuyến; (3) theo dõi và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần)

Phòng ngừa

Sàng lọc; Chẩn đoán

Điều trị &
Phục hồi chức năng

7. Phương pháp nghiên cứu

7.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang (cross-sectional study design) và phương pháp thu thập dữ liệu tổng hợp (mixed-methods study) kết hợp thu thập thông tin định lượng và định tính.

7.2. Mẫu, cách thức chọn mẫu, và vấn đề đạo đức nghiên cứu

Đề tài sử dụng phương thức chọn mẫu có chủ đích, phi xác suất nên không có công thức tính cỡ mẫu cố định. Do vậy, đề tài mời tham gia trả lời bảng hỏi tối đa lượng mẫu khách thể nghiên cứu đủ điều kiện về tiêu chí mẫu và tối thiểu là 30 người cao tuổi/ cơ sở chăm sóc tập trung.

Theo cơ sở dữ liệu dân cư do Bộ Công an cung cấp, đến ngày 9/2/2023 cả nước có 16.179.824 công dân từ 60 tuổi trở lên, chiếm gần 17% dân số (Nguyễn Thanh Bình, 2023). Đối với cơ sở chăm sóc công lập, hiện nay, theo Quyết định 5188/ QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội ngày 09/12/2021 phê duyệt Đề án sắp xếp lại các cơ sở trợ giúp xã hội thuộc Sở Lao động Thương binh và Xã hội Hà Nội, hiện nay người cao tuổi được chăm sóc tập trung tại 02 cơ sở bảo trợ xã hội của thành phố, bao gồm trung tâm Bảo trợ xã hội 2 Hà Nội và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 Hà Nội (Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội, 2021). Theo số liệu thống kê số liệu của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, năm 2023, thành phố Hà Nội có 76 người cao tuổi được nuôi dưỡng tập trung trong các cơ sở chăm sóc xã hội, nhà xã hội công lập (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2023).

Đối với các cơ sở chăm sóc ngoài công lập, ở thời điểm khảo sát, Hà Nội có 13 cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung ngoài công lập với tổng số người cao tuổi đang được chăm sóc tại các cơ sở này khoảng 1068 người (Quỹ dân số liên hợp quốc UNFPA & Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình, 2019; Trịnh Phương Thảo, 2023). Như vậy, tổng số người cao tuổi hiện đang được chăm sóc tập trung tại các cơ sở chăm sóc công lập và tư nhân là 1144 người.

❖ Chọn địa bàn nghiên cứu

Hà Nội là thủ đô và cũng là một trong những đô thị lớn nhất của Việt Nam, với dân số đông đúc. Số lượng người cao tuổi, người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội là đáng kể. Bên cạnh đó, Hà Nội có một hệ thống chăm sóc sức khỏe tương đối phát triển, bao gồm các cơ sở chăm sóc tập trung cả công lập và tư nhân. Do đó, việc nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở công lập và tư nhân có thể cung cấp thông tin quan trọng về việc cải thiện chất lượng dịch vụ và đáp ứng đúng nhu cầu của nhóm người này. Hơn nữa, Hà Nội có thể được coi là đại diện cho một số vùng đô thị khác ở Việt Nam. Việc nghiên cứu nhu cầu tiếp cận và việc sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung tại Hà Nội có thể cung cấp thông tin hữu ích và kinh nghiệm áp dụng cho các địa phương khác trong việc cải thiện chăm sóc sức khỏe tâm thần cho nhóm người này.

Đề tài tìm hiểu nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần từ góc độ người cao tuổi trực tiếp sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung công lập và tư nhân. Do đó, đề tài lựa chọn 4 cơ sở, gồm có 2 cơ sở thuộc khối Bảo trợ xã hội công lập là Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3; và 2 cơ sở thuộc khối tư nhân là Trung tâm Diên Hồng và Trung tâm Thiên Đức. Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và Trung tâm Thiên Đức là hai cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung nổi bật trong khối các cơ sở tư nhân với nhiều dịch vụ chuyên nghiệp trong chăm sóc người cao tuổi tập trung. Hơn nữa, với nhiều cơ sở khác nhau trên địa bàn Hà Nội của trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và trung tâm dưỡng lão Thiên Đức, đề tài kỳ vọng thu được những kết quả nghiên cứu ý nghĩa về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội.

**❖ Phương án khảo sát và tiêu chí lựa chọn khách thể người cao tuổi
cho khảo sát định lượng (khảo sát bằng bảng hỏi)**

Để thực hiện phát phiếu điều tra khảo sát này, nghiên cứu sinh làm việc với ban lãnh đạo các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung nhằm trao đổi nguyện vọng được khảo sát nghiên cứu. Sau khi được ban lãnh đạo các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung đồng ý, nghiên cứu sinh tiến hành khảo sát với khách thể nghiên cứu.

Đề tài sử dụng phương thức chọn mẫu có chủ đích. Tiêu chí tuyển chọn những người cao tuổi tham gia nghiên cứu gồm có: (1) những người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên; (2) đã sống tại một trong những cơ sở chăm sóc tập trung thuộc địa bàn nghiên cứu từ 3 tháng trở lên; (3) còn minh mẫn, có khả năng giao tiếp. Tiêu chí loại trừ là những người cao tuổi đã được chẩn đoán lâm sàng mắc sa sút trí tuệ hay có những rối loạn nhận thức khác, có vấn đề nghiêm trọng về nghe và nhìn, ảnh hưởng khả năng giao tiếp, hiểu, trả lời câu hỏi, và những người cao tuổi sống tại cơ sở tập trung dưới 3 tháng.

Trong quá trình khảo sát số liệu, đề tài tiếp cận và sàng lọc số lượng tối đa người cao tuổi có thể phù hợp với nghiên cứu tại các cơ sở. Tổng cộng, số mẫu khách thể được tiếp cận là 426 người cao tuổi. Tuy nhiên, có 54 mẫu khách thể từ chối và bị loại trừ do không phù hợp các tiêu chí tuyển chọn. Số lượng và cơ cấu mẫu khách thể tham gia khảo sát cho nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.1 như sau:

Bảng 1. 1. Cơ cấu mẫu trong nghiên cứu

	Cơ sở chăm sóc tập trung của Nhà nước		Cơ sở chăm sóc tập trung tư nhân	
	Trung tâm Bảo trợ xã hội 2	Trung tâm Bảo trợ xã hội 3	Trung tâm Diên Hồng	Trung tâm Thiên Đức

Người cao tuổi tham gia khảo sát bảng hỏi	34	37	197	104
Tổng mẫu khảo sát	372			
Người cao tuổi tham gia phỏng vấn sâu	5	5	5	5
Cán bộ cơ sở tham gia phỏng vấn sâu	3	3	3	3
Tổng mẫu phỏng vấn sâu	8 phỏng vấn sâu/ cơ sở x 4 cơ sở = 32 phỏng vấn sâu			

❖ Chọn mẫu trong cấu phần định tính (phỏng vấn sâu):

Đề tài sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu tại 04 cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung. Mỗi cơ sở nghiên cứu sinh phỏng vấn sâu 5 người cao tuổi và 03 cán bộ (01 cán bộ quản lý và 02 cán bộ tham gia chăm sóc trực tiếp cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung). Tổng số mẫu phỏng vấn sâu là 20 người cao tuổi và 12 cán bộ.

Người cao tuổi được lựa chọn tham gia phỏng vấn sâu là 20 người cao tuổi tại 4 cơ sở chăm sóc tập trung. Người cao tuổi tham gia trả lời phỏng vấn sâu có thể là người đã trả lời bảng hỏi. Khi khảo sát bằng bảng hỏi, nghiên cứu sinh hỏi ý kiến người cao tuổi về việc có đồng ý tham gia phỏng vấn sâu hay không. Việc triển khai phỏng vấn sâu có thể không cùng thời điểm với khảo sát bảng hỏi.

Những cán bộ cơ sở tham gia phỏng vấn sâu gồm cán bộ quản lý cấp phòng và cán bộ tham gia chăm sóc trực tiếp cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung (là nhân viên công tác xã hội hoặc điều dưỡng viên hoặc nhân viên chăm sóc người cao tuổi). Tiêu chí lựa chọn cán bộ cơ sở để tham gia phỏng vấn sâu: có kinh

nghiệm làm việc tại cơ sở từ 06 tháng trở lên, không yêu cầu bắt buộc có bằng về chuyên ngành công tác xã hội và tự nguyện tham gia phỏng vấn sâu.

7.3. Phương pháp thu thập và xử lý dữ liệu

7.3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Phương pháp này được sử dụng nhằm xây dựng khái niệm công cụ nghiên cứu của đề tài và làm rõ một số khái niệm liên quan đến nghiên cứu và làm rõ bối cảnh và tổng quan các công trình nghiên cứu liên quan đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Loại tài liệu nghiên cứu: Các tài liệu được khai thác tham khảo bao gồm: Sách chuyên khảo, giáo trình, tài liệu tham khảo về công tác xã hội, sức khỏe tâm thần, và chăm sóc người cao tuổi; Các bài báo khoa học đã công bố trên các tạp chí uy tín trong và ngoài nước; Luận văn, luận án có liên quan đến lĩnh vực công tác xã hội và sức khỏe tâm thần; Báo cáo, thống kê, văn bản chính sách của Nhà nước và các tổ chức quốc tế (WHO, UNFPA, UNDESA...) liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần và công tác xã hội với người cao tuổi.

Nguồn dữ liệu: Các cơ sở dữ liệu khoa học trực tuyến như: PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, ProQuest; Thư viện số trong nước (Thư viện Quốc gia Việt Nam, thư viện trường đại học); Các trang web chính thức của cơ quan quản lý, tổ chức quốc tế (Bộ Y tế, Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, WHO, UNFPA...).

Từ khóa tìm kiếm: Để đảm bảo tính hệ thống, các từ khóa được sử dụng bằng tiếng Việt và tiếng Anh, bao gồm: “người cao tuổi”, “sức khỏe tâm thần”, “lo âu”, “trầm cảm”, “căng thẳng”, “sa sút trí tuệ”; “công tác xã hội”, “dịch vụ công tác xã hội”, “nhu cầu tiếp cận dịch vụ”, “sử dụng dịch vụ công tác xã hội”; “elderly”, “older adults”, “mental health”, “anxiety”, “depression”, “stress”, “dementia”; “social work services”, “access to services”, “service utilization”, “long-term care facilities”.

Tiêu chí lựa chọn và loại trừ tài liệu:

Tiêu chí lựa chọn: (1) tài liệu có nội dung trực tiếp liên quan đến công tác xã hội, sức khỏe tâm thần, hoặc chăm sóc người cao tuổi; (2) tài liệu được công bố trong thời gian gần (ưu tiên 5 năm gần đây, nhưng vẫn tham chiếu các công trình kinh điển để đảm bảo nền tảng lý luận); (3) tài liệu được công bố trong các nguồn có độ tin cậy học thuật hoặc cơ quan chính thống; (4) tài liệu cung cấp dữ liệu, phân tích hoặc khung lý thuyết có thể vận dụng cho nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: (1) các tài liệu không liên quan trực tiếp đến vấn đề nghiên cứu; (2) các ấn phẩm không rõ nguồn gốc, thiếu cơ sở khoa học; (3) các tài liệu trùng lặp hoặc chưa được kiểm chứng.

Việc áp dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu với các tiêu chí chặt chẽ giúp luận án xây dựng được cơ sở lý luận vững chắc, đồng thời xác định khoảng trống nghiên cứu, làm nền tảng cho quá trình thiết kế nghiên cứu định lượng và định tính.

Cách thức tiến hành: đề tài thu thập, tổng hợp, sắp xếp các nghiên cứu từ các nguồn tin cậy khác nhau có liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Sau đó, phân loại các nghiên cứu đó theo các nhóm nghiên cứu khác nhau, vận dụng các nội dung nghiên cứu trong quá trình thiết kế công cụ nghiên cứu, thao tác hóa khái niệm công cụ sử dụng trong nghiên cứu.

Chủ đề phân tích tài liệu:

Về tổng quan nghiên cứu, đề tài phân tích các nghiên cứu, các công trình khoa học đã có về các khía cạnh có liên quan đến luận án; sắp xếp, tổng hợp lại thành 3 nhóm nghiên cứu chính, bao gồm: (1) các nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi; (2) các nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (3) các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Về hệ thống khái niệm công cụ, đề tài xác định những khái niệm có liên quan cần được thao tác hóa như khái niệm người cao tuổi, khái niệm sức khỏe người cao

tuổi, sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, khái niệm nhu cầu, công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc, nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc tập trung.

7.3.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi và xử lý số liệu

Hoạt động xây dựng, kiểm tra, thử nghiệm bảng hỏi:

Quá trình xây dựng và kiểm tra bảng hỏi được thực hiện theo một chuỗi các bước nhằm đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy của công cụ thu thập dữ liệu. Trước hết, nghiên cứu sinh xác định mục tiêu khảo sát và các biến cần đo lường trên cơ sở khung lý thuyết. Các chỉ báo liên quan được lựa chọn và định hướng hình thành hệ thống câu hỏi.

Bảng hỏi được thiết kế theo cấu trúc hợp lý, gồm phần giới thiệu, nhóm câu hỏi về thông tin nhân khẩu học và về các biến chính. Các câu hỏi được soạn thảo ngắn gọn, rõ ràng, tránh đa nghĩa; thang đo được lựa chọn phù hợp, phổ biến nhất là thang Likert. Bản dự thảo bảng hỏi được tham khảo ý kiến nhiều bên về mức độ phù hợp nội dung, tính rõ ràng, sự bao quát và khả năng đo lường các khái niệm. Các ý kiến góp ý được tổng hợp, chỉnh sửa thành bản bảng hỏi sơ bộ.

Bảng hỏi sau đó được thử nghiệm trên một nhóm nhỏ đối tượng tương đồng với mẫu nghiên cứu nhằm đánh giá khả năng hiểu câu hỏi, thời gian trả lời, phát hiện lỗi kỹ thuật và tính ổn định của thang đo. Dữ liệu thử nghiệm được phân tích sơ bộ, kiểm tra độ tin cậy qua hệ số Cronbach's Alpha. Những câu hỏi không đạt yêu cầu được điều chỉnh cho phù hợp.

Sau khi hoàn thiện, bảng hỏi chính thức được sử dụng để thu thập dữ liệu. Số liệu thu được được kiểm tra, làm sạch và nhập vào phần mềm xử lý như SPSS 23.0 để thực hiện thống kê mô tả, kiểm định độ tin cậy, phân tích nhân tố và các kỹ

thuật phân tích phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Quy trình này đảm bảo công cụ khảo sát đáp ứng yêu cầu khoa học và phản ánh đúng thực tiễn nghiên cứu.

Quy trình phát:

Người hỏi triển khai chủ động hỏi, ghi chép vào bảng hỏi sau khi nhận được câu trả lời từ người cao tuổi. Bảng hỏi được triển khai hỏi tại các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung, mỗi bảng hỏi được thực hiện hỏi trong thời gian phù hợp để hoàn thành toàn bộ các câu hỏi, người cao tuổi có thể suy nghĩ và đưa ra câu trả lời của mình. Việc triển khai nghiên cứu nhằm mục đích học tập, không được hỗ trợ kinh phí bởi bất kỳ cơ quan/ tổ chức nào nên người tham gia khảo sát trên tinh thần tự nguyện, không có thù lao cho việc trả lời khảo sát. Bên cạnh đó, người hỏi bảng hỏi là nghiên cứu sinh và một số cán bộ/ nhân viên tại các cơ sở chăm sóc tập trung tham gia hỗ trợ. Nhóm cán bộ/ nhân viên tại các cơ sở chăm sóc tập trung tham gia hỗ trợ đều đã được nghiên cứu sinh trao đổi, làm rõ nội dung và tập huấn nhanh trước khi triển khai hỏi phiếu.

Nội dung bảng hỏi:

Bảng hỏi gồm những câu hỏi liên quan đến thực trạng nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi; các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi; các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Thời gian để trả lời hết 1 phiếu hỏi khoảng 45 phút.

Bảng hỏi gồm 3 phần chính (chi tiết trong phụ lục), gồm:

Phần A. Thông tin chung của khách thể

Phần B. Thực trạng sức khỏe tâm thần và thực trạng triển khai dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

Phần C. Nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại chăm sóc chăm sóc tập trung

Đo lường:

Trong bảng hỏi, bên cạnh các câu hỏi khảo sát về đặc điểm nhân khẩu học, nghiên cứu sinh sử dụng một số thang đo để phục vụ khảo sát thông tin như thang đo Barthel, thang đo DASS 21, thang đo MMSE, thang đo Nhận thức hỗ trợ xã hội (PSS), thang đo Self efficacy, thang đo nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi cơ sở chăm sóc tập trung. Những thang đo này đã được chứng minh trong các nghiên cứu đi trước là phù hợp để sử dụng với người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi có những nguy cơ về sức khỏe tâm thần.

❖ *Thang đo mức độ độc lập Barthel*

Thang đo Barthel (Barthel Index) là một công cụ đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, đặc biệt được ứng dụng rộng rãi trong chăm sóc người cao tuổi, người sau tai biến mạch máu não, hoặc các bệnh lý suy giảm chức năng vận động. Thang đo này được phát triển bởi Mahoney và Barthel vào năm 1955 và đã trở thành một công cụ đáng tin cậy, được công nhận bởi nhiều tổ chức y tế trên thế giới nhờ tính đơn giản, dễ sử dụng và độ chính xác cao.

Kết quả phân tích độ tin cậy cho thang đo Chỉ số Barthel gồm 10 mục cho thấy giá trị Cronbach's Alpha đạt 0.942, cho thấy độ tin cậy rất cao của thang đo.

Nội dung của thang đo bao gồm 10 hoạt động cơ bản hàng ngày (Activities of Daily Living- ADLs), như: ăn uống, tắm, mặc quần áo, đi vệ sinh, kiểm soát đại tiểu tiện, di chuyển, đi lại, và lên xuống cầu thang. Mỗi hoạt động được chấm điểm dựa trên mức độ người bệnh có thể tự thực hiện hay cần hỗ trợ. Tổng điểm tối đa là 100, trong đó điểm cao thể hiện mức độ độc lập cao, và điểm thấp phản ánh mức độ phụ thuộc nhiều vào người chăm sóc. Cụ thể, tổng điểm được diễn giải như sau: từ 0 đến 20 điểm là mức phụ thuộc hoàn toàn; 21- 60 điểm là phụ thuộc nặng; 61- 90 điểm là phụ thuộc vừa; 91- 99 điểm là phụ thuộc nhẹ; và đạt 100 điểm nghĩa là người bệnh có thể tự lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày. Việc sử dụng thang Barthel giúp nhân viên y tế, điều dưỡng viên và nhân viên công tác xã hội đánh giá chính xác khả

năng tự chăm sóc của người bệnh, từ đó xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp và theo dõi tiến triển chức năng theo thời gian.

❖ ***Thang đo kiểm tra trạng thái tâm thần ngắn (MMSE)***

Thang đo kiểm tra trạng thái tâm thần ngắn (MMSE) được Folstein và cộng sự giới thiệu vào năm 1975 để phân biệt bệnh nhân tâm thần chức năng và thực thể. Thang đo bao gồm các câu hỏi về định hướng thời gian và không gian, câu hỏi về trí nhớ, câu hỏi về chú ý, câu hỏi về ngôn ngữ nói, ngôn ngữ viết, chữ viết, thị giác. Thang đo này có giá trị để đánh giá tình trạng suy giảm nhận thức với các trường hợp đo mức độ nhận thức thông thường, đo mức độ mất trí nhớ trong bệnh Alzheimer/ chứng mất trí nhớ và đo với chứng sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Theo đó, đối với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi, điểm tối đa là 30, điểm càng thấp mức độ sa sút trí tuệ càng nghiêm trọng. Ngưỡng cắt có thể khác nhau theo từng nguồn tài liệu tham khảo. Mức điểm dưới 10 điểm có ý nghĩa suy giảm nhận thức nặng, yêu cầu trợ giúp hoàn toàn trong hoạt động hàng ngày. Cấp điểm từ 10 đến 19 có ý nghĩa suy giảm nhận thức trung bình, cần gửi chuyên gia lão khoa, thần kinh để dự đoán nguyên nhân; Yêu cầu hỗ trợ và giám sát 24/24 giờ. Mức điểm từ 20 đến 26 mang ý nghĩa suy giảm nhận thức nhẹ nhàng, gửi chuyên gia thần kinh, lão khoa để tìm nguyên nhân, theo dõi MMSE 6 tháng/ lần, có thể cần trợ giúp. Mức độ trên 26 mang ý nghĩa nhận định bình thường (Folstein, M. F. và cộng sự, 1975).

Kết quả kiểm định độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's Alpha = 0.797 cho thấy thang đo MMSE có độ tin cậy tốt trong khảo sát khả năng nhận thức của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc, có thể kết luận rằng các mục trong thang đo có mức độ liên kết tương đối tốt, thể hiện sự nhất quán trong đo lường các khía cạnh khác nhau của chức năng nhận thức.

❖ ***Thang DASS 21 (Trầm cảm, Lo âu, Căng thẳng - 21) đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở người cao tuổi như trầm cảm, lo âu và stress***

Tình trạng stress, lo âu, trầm cảm được khảo sát bằng thang đánh giá trầm cảm, lo âu và stress DASS 21 (Trầm cảm, Lo âu, Căng thẳng - 21) gồm 21 câu hỏi, trong

đó gồm 3 vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần là: trầm cảm, lo âu và stress, đối tượng nghiên cứu trả lời tình trạng mà mình cảm thấy trong tuần vừa qua thang điểm 4 độ 0,1,2,3. Theo tần suất xuất hiện từ “không xảy ra” đến “nhiều thường xuyên xảy ra”. Sau khi hoàn thành tất cả các câu hỏi phía bên trên, cần tính tổng số điểm có được rồi nhân với hệ số 2. Kết quả đánh giá được phân loại theo mức độ khó khăn: không có khó khăn và 4 mức độ khó khăn bao gồm: nhẹ, vừa, nặng và rất nặng riêng cho từng vấn đề. Căng thẳng bao gồm các tiểu mục 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18. Lo âu bao gồm các tiểu mục 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20. Trầm cảm bao gồm các tiểu mục 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995). Ví dụ, thang đo DASS21 cho thấy mức độ chấp nhận, hiệu lực, và tin cậy với các nhóm người cao tuổi mắc các nguy cơ sức khỏe tâm thần khác nhau (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995)

Theo đó, ý nghĩa các mức điểm (sau khi nhân 2) như sau:

Bảng 2. 1. Ý nghĩa mức điểm của thang đo DASS 21

Mức độ	Lo âu	Trầm cảm	Căng thẳng
Bình thường	0 - 7	0 - 9	0 - 14
Nhẹ	8 - 9	10 - 13	15 - 18
Vừa	10 - 14	14 - 20	19 - 25
Nặng	15 - 19	21 - 27	26 - 33
Rất nặng	≥ 20	≥ 28	≥ 34

Nguồn: (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995)

Kết quả phân tích độ tin cậy nội tại của thang đo căng thẳng gồm 7 mục hỏi (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) cho thấy hệ số Cronbach's alpha đạt 0.811. Đây là mức độ tin cậy tốt, thể hiện các câu hỏi trong thang đo có sự nhất quán nội tại.

Bảng 2. 2. Kết quả kiểm định độ tin cậy của thang đo DASS 21 (Căng thẳng, Lo âu, Trầm cảm - 21) bằng hệ số Cronbach's Alpha

Thang đo	Mục hỏi (DASS)	Giá trị Cronbach's Alpha	Đánh giá độ tin cậy	Tương quan cao nhất
Căng thẳng	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	0.811	Tốt	DASS6- DASS14 ($r = 0.713$)
Lo âu	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	0.887	Rất tốt	DASS19- DASS20 ($r = 0.873$)
Trầm cảm	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	0.918	Xuất sắc	DASS17- DASS21 ($r = 0.841$)

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Đối với thang đo lo âu, gồm 7 biến (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20), giá trị Cronbach's alpha đạt 0.887, phản ánh độ tin cậy cao.

Thang đo trầm cảm gồm 7 mục hỏi (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) có hệ số Cronbach's alpha đạt mức rất cao là 0.918. Đây là dấu hiệu cho thấy thang đo có độ tin cậy xuất sắc.

Tổng thể, cả ba thang đo thành phần của DASS21 đều đạt tiêu chuẩn cao về độ tin cậy, từ 0.811 đến 0.918. Điều này khẳng định thang đo DASS21 phù hợp để đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trong bối cảnh nghiên cứu tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội.

❖ **Thang đo Nhận thức hỗ trợ xã hội (PSS)**

Thang đo Nhận thức hỗ trợ xã hội (PSS) phiên bản 8 câu với 4 cấp độ đồng ý trên thang đo Likert là một công cụ đánh giá mức độ mà cá nhân cảm nhận được hỗ trợ từ những người xung quanh. Thang đo hỗ trợ bao gồm 8 câu hỏi, đo lường mức độ hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, cộng đồng hoặc người quan trọng khác. Theo đó, cách tính điểm dựa trên tổng điểm của 8 câu hỏi, phạm vi điểm số: 8- 32. Mức độ điểm từ 8- 14 điểm mang ý nghĩa nhận thức về hỗ trợ xã hội thấp. Mức độ từ 15- 22 điểm

mang ý nghĩa nhận thức về hỗ trợ xã hội trung bình. Mức độ từ 23- 32 điểm mang ý nghĩa nhận thức về hỗ trợ xã hội cao (Zimet, G. D. và cộng sự, 1988).

Kết quả kiểm định độ tin cậy của thang đo PSS cho thấy hệ số Cronbach's Alpha đạt 0.890, phản ánh mức độ tin cậy rất tốt.

❖ *Thang đo Mức độ tự tin (Self-Efficacy)*

Thang đo Mức độ tự tin (Self-Efficacy) phổ biến nhất hiện nay là thang đo General Self-Efficacy Scale (GSE) do Schwarzer và Jerusalem phát triển vào năm 1995. Thang đo này đã được kiểm chứng về độ tin cậy và giá trị trong nhiều bối cảnh nghiên cứu khác nhau trên toàn cầu. Thang đo gồm 6 mục, được thiết kế nhằm đánh giá mức độ tin tưởng của một cá nhân vào khả năng kiểm soát và xử lý các tình huống khó khăn trong cuộc sống. Người trả lời sẽ lựa chọn mức độ đồng ý với từng phát biểu theo thang Likert 10 điểm: 1 → 10 tương đương mức độ từ “Không tự tin chút nào” → “Hoàn toàn tự tin”. Điểm số được tính bằng cách cộng điểm của tất cả các mục. Không có mục nào bị đảo ngược nên việc tính điểm khá đơn giản. Tổng điểm càng cao thể hiện mức độ tự tin càng lớn. Trong một số nghiên cứu, điểm trung bình trên mỗi câu cũng được sử dụng để thuận tiện so sánh giữa các nhóm đối tượng (Schwarzer, R. & Jerusalem, M., 1995).

Kết quả phân tích độ tin cậy cho thang đo niềm tin vào khả năng tự quản lý sức khỏe tâm thần cho thấy hệ số Cronbach's Alpha đạt mức 0.914. Đây là mức độ rất cao, phản ánh tính nhất quán nội tại tốt giữa các mục hỏi trong thang đo.

❖ *Thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ*

Thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ về sức khỏe tâm thần là công cụ đánh giá mức độ và các giai đoạn trong quá trình cá nhân dự kiến, lập kế hoạch và thực hiện tìm kiếm sự trợ giúp khi gặp vấn đề tâm lý (Rickwood và cộng sự, 2005). Thang đo này thường bao gồm các câu hỏi như: Dự kiến tìm sự giúp đỡ; Đã từng thử tìm kiếm sự giúp đỡ; Lập kế hoạch tìm kiếm sự giúp đỡ.

Cách tính điểm: Mỗi mục hỏi thường được đánh giá trên thang Likert (từ 1 = hoàn toàn không đồng ý đến 7 = hoàn toàn đồng ý). Điểm tổng hoặc điểm trung bình được tính bằng cách cộng hoặc lấy trung bình các điểm của các mục hỏi liên quan. Điểm cao phản ánh mức độ tự tin và tích cực hoặc tần suất trong hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ cao hơn.

Kết quả phân tích độ tin cậy cho thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ về sức khỏe tâm thần cho thấy hệ số Cronbach's Alpha đạt mức 0.797. Đây là mức độ tốt, phản ánh tính nhất quán nội tại tốt giữa các mục hỏi trong thang đo.

❖ ***Thang đo nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung***

Việc đánh giá thực trạng nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung được đề tài triển khai qua ba thang đo: thang đo mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp và mức độ hài lòng với các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung.

Để phân tích nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung, đề tài triển khai dựa trên ba thang đo chính (thang đo mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng với dịch vụ) ở ba giai đoạn của chăm sóc sức khỏe tâm thần (giai đoạn phòng ngừa, giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán, giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng). Đề tài tiến hành phân tích nhân tố khám phá (EFA) cho các thang đo ở từng giai đoạn: phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán và điều trị & phục hồi chức năng nhằm đánh giá cấu trúc tiềm ẩn của các thang đo và xác định các chỉ báo đo lường. Mỗi giai đoạn bao gồm ba thang đo tương ứng. Các phân tích được thực hiện riêng biệt nhưng sau đó được tổng hợp để làm rõ sự tương đồng và nhất quán trong cấu trúc nhân tố giữa các mức độ đo lường. Bảng 2.3 tổng hợp các chỉ báo đo lường và độ tin cậy các thang đo nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm

sóc tập trung sau khi phân tích nhân tố thang đo theo các giai đoạn chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Bảng 2. 3. Tổng hợp các chỉ báo đo lường và độ tin cậy các thang đo nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung sau khi phân tích nhân tố thang đo

Giai đoạn phòng ngừa			
Biến đo lường	Cần thiết dịch vụ trong phòng ngừa	Thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong phòng ngừa	Hài lòng dịch vụ trong phòng ngừa
Các chỉ báo	1. Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể 2. Thăm hỏi, động viên tinh thần 3. Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần 5. Tham vấn	1. Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể 2. Thăm hỏi, động viên tinh thần 3. Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần 5. Tham vấn	1. Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể 2. Thăm hỏi, động viên tinh thần 3. Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần 5. Tham vấn
Hệ số Alpha	0.812	0.827	0.812
Giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán			
Biến đo lường	Cần thiết dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán	Thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán	Hài lòng dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán
Các chỉ báo	1. Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 2. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 3. Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần	1. Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 2. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 3. Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần	1. Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 2. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần 3. Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần 4. Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần
Hệ số Alpha	0.746	0.848	0.868

Giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng			
Biến đo lường	Cần thiết dịch vụ trong điều trị & phục hồi chức năng	Thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong điều trị & phục hồi chức năng	Hài lòng dịch vụ trong điều trị & phục hồi chức năng
Các chỉ báo	1. Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần 2. Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 3. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 4. Hỗ trợ hoạt động điều trị và phục hồi chức năng tại cơ sở 5. Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 6. Theo dõi quá trình điều trị, sau điều trị & báo cáo bác sỹ chuyên khoa	1. Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần 2. Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 3. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 4. Hỗ trợ hoạt động điều trị và phục hồi chức năng tại cơ sở 5. Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 6. Theo dõi quá trình điều trị, sau điều trị & báo cáo bác sỹ chuyên khoa	1. Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần 2. Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 3. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 4. Hỗ trợ hoạt động điều trị và phục hồi chức năng tại cơ sở 5. Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần 6. Theo dõi quá trình điều trị, sau điều trị & báo cáo bác sỹ chuyên khoa
Hệ số Alpha	0.853	0.889	0.882

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Kết quả kiểm định độ tin cậy cho các thang đo trong ba giai đoạn chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung cho thấy các hệ số Cronbach's Alpha đều đạt giá trị tốt (>0.7), cho thấy các thang đo có độ tin cậy cao, các thang đo ở cả ba giai đoạn đều có tính ổn định và đáng tin cậy để sử dụng trong các phân tích tiếp theo.

Xử lý và phân tích số liệu:

Đề tài sử dụng phần mềm SPSS 23.0 nhằm quản lý, nhập liệu thông tin thu thập được trong phiếu khảo sát, sau đó để xử lý, phân tích, đánh giá định lượng và định tính các kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phần mềm thống kê để quản lý, nhập liệu thông tin định lượng thu thập được (sau khi triển khai hoạt động khảo sát). Bên cạnh đó, để xử lý, phân tích, đánh giá định lượng các kết quả nghiên cứu, đảm bảo độ tin cậy và tính khách quan trong sai số cho phép, phần mềm được dùng là

SPSS 23.0. Các thông số và phép toán thống kê được sử dụng trong nghiên cứu này là phân tích thống kê mô tả, các kiểm định tương quan, ANOVA, Chi-square và hồi quy đa biến cũng được sử dụng. Trong quá trình phân tích mô hình hồi quy đa biến, đề tài kiểm tra chỉ số VIF để đánh giá mức độ đa cộng tuyến giữa các biến độc lập trong các mô hình hồi quy.

7.3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Phương pháp phỏng vấn sâu nhằm thu thập, tìm hiểu những thông tin mang tính chuyên sâu phục vụ cho việc phân tích nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc; các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi; các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Mỗi phỏng vấn sâu được thực hiện tại cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung, diễn ra trong 30- 60 phút, khi các mối liên hệ trong khung phân tích đã được giải thích đầy đủ thông qua trả lời phỏng vấn của khách thể và không còn dữ liệu nào mới xuất hiện trong dữ liệu. Trong quá trình phỏng vấn sâu, nghiên cứu sinh xin phép ghi âm lại buổi phỏng vấn sâu để có dữ liệu phân tích sâu.

Nội dung phỏng vấn sâu: đề tài xây dựng đề cương phỏng vấn sâu người cao tuổi và cán bộ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc tập trung (chi tiết trong phụ lục).

Phiếu phỏng vấn sâu đối với người cao tuổi được xây dựng các câu hỏi với 4 phần chính: phần 1 (thông tin cá nhân); phần 2 (mô tả đời sống của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung); phần 3 (nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung); phần 4 (các đề xuất dành cho người cao tuổi)

Phiếu phỏng vấn sâu với cán bộ chăm sóc người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung được xây dựng hai phiếu phỏng vấn sâu. Một phỏng vấn sâu khảo sát về thực trạng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, những khó khăn, thuận lợi, những yếu tố ảnh hưởng và những đề xuất

của cán bộ chăm sóc người cao tuổi. Một phiếu còn lại nghiên cứu sinh dùng để khảo sát các thông tin chung của cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung, gồm các thông tin như: phần 1 (thông tin chung); phần 2 (mô tả mô hình cơ sở chăm sóc tập trung); phần 3 (người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung); phần 4 (đặc điểm về nhân sự tại cơ sở chăm sóc tập trung); phần 5 (dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung).

Quá trình tiến hành và phân tích dữ liệu phỏng vấn sâu: nghiên cứu sinh thu thập các băng ghi âm phỏng vấn sâu, nhập liệu các file ghi âm phỏng vấn sâu vào phần mềm phân tích để phân tích theo chủ đề. Các chủ đề phân tích bao gồm: sức khỏe tâm thần của người cao tuổi hiện nay, nhu cầu dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi như thế nào.

Để đảm bảo tính khách quan và tin cậy, các biện pháp đối chiếu dữ liệu được thực hiện cụ thể như sau:

Sử dụng trích dẫn lời nói trực tiếp: Để minh chứng cho các nhận định định tính và đối chiếu với kết quả định lượng, nghiên cứu sinh đã trích dẫn nguyên văn chia sẻ của khách thể (bao gồm cả người cao tuổi và cán bộ) trong nội dung phân tích. Các trích dẫn này được gắn mã ký hiệu (ví dụ: PVS-G3-01, PVS-CB-TĐ-01) để đảm bảo tính khuyết danh nhưng vẫn có thể truy xuất nguồn gốc dữ liệu.

Ghi âm và gõ băng toàn diện: Tất cả các cuộc phỏng vấn sâu (khoảng 30-60 phút) đều được xin phép ghi âm để thu thập đầy đủ dữ liệu thô, tránh việc ghi chép sót hoặc hiểu sai ý khách thể. Dữ liệu sau đó được phân tích theo chủ đề.

Tam giác hóa dữ liệu (data triangulation): Nghiên cứu thực hiện đối chiếu thông tin từ nhiều nguồn khách thể khác nhau tại cùng một địa bàn, bao gồm: người cao tuổi (người thụ hưởng dịch vụ), cán bộ chăm sóc trực tiếp và cán bộ quản lý (người cung cấp và vận hành dịch vụ). Việc đối chiếu giữa mong muốn của người cao tuổi và thực trạng triển khai do cán bộ báo cáo giúp nhận diện thông tin chính xác.

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được phân tích theo cách tiếp cận chủ đạo là phân tích diễn giải (deductive approach) sử dụng khung lý thuyết/phân tích có sẵn. Phương pháp phân tích được lựa chọn là Phân tích nội dung có định hướng (Directed Content Analysis), kết hợp giữa việc sử dụng khung lý thuyết sẵn có và các mã chi tiết phát hiện từ thực tế dữ liệu để tăng tính khách quan. Phương pháp phân tích được lựa chọn cụ thể là Phân tích nội dung có định hướng (Directed Content Analysis) (Hsieh, H. F. & Shannon, S. E., 2005). Những code lớn (structural code) được thiết lập trước khi phân tích dựa trên các lý thuyết liên quan và khung nghiên cứu phân tích của đề tài. Trong quá trình phân tích, những code chi tiết được phát hiện từ dữ liệu cũng được ghi nhận.

8. Kết cấu của luận án

Luận án gồm các phần: Phần mở đầu, phần nội dung chính, phần kết luận và khuyến nghị, tài liệu tham khảo, phụ lục. Phần nội dung chính gồm 4 chương:

Chương 1. Tổng quan về vấn đề nghiên cứu

Chương 2. Cơ sở lý luận, phương pháp và địa bàn nghiên cứu

Chương 3. Đặc điểm người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội và thực trạng sức khỏe tâm thần của họ

Chương 4. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội

Chương 1. TỔNG QUAN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI

1.1. Các nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi

Số lượng người cao tuổi ngày càng tăng, dự kiến sẽ chiếm khoảng 25% vào năm 2040 tại một số khu vực (Paiva và cộng sự, 2023). Họ phải đối mặt với những thách thức như trầm cảm, sa sút trí tuệ, rối loạn lo âu và sự cô lập với xã hội, dẫn đến bệnh lý tâm lý (Albert & Kornadt, 2022; Dijin Li, 2023), đòi hỏi phải nhận thức được nhu cầu sức khỏe tâm thần đặc biệt của họ (Afzal Javed, 2022). Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các yếu tố như nguồn thu nhập, sự tham gia vào các hoạt động, cách sắp xếp cuộc sống và thái độ đối với bệnh tật và môi trường đóng vai trò quan trọng trong việc xác định tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi (Elnara và cộng sự, 2023).

1.1.1. Các vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi thường hay gặp phải

Sức khỏe tâm thần của người cao tuổi rất quan trọng, nó ảnh hưởng đến tình trạng khuyết tật, kết quả chăm sóc sức khỏe và chất lượng cuộc sống (Kehn M. và cộng sự, 2023). Các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ngày càng tăng, các vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp ở người cao tuổi là trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ, hơn nữa chúng trở nên trầm trọng hơn bởi các yếu tố như sự cô lập xã hội và đại dịch (David J. Puglia, 2022).

Thứ nhất, trầm cảm ở người cao tuổi là một vấn đề sức khỏe toàn cầu đáng kể, ảnh hưởng đến khoảng 15% người từ 60 tuổi trở lên (Michèle Chazot-Balcon và cộng sự, 2023). Người cao tuổi khó giải tỏa cảm xúc vì quy mô xã hội của người cao tuổi bị thu hẹp và người cao tuổi khó khăn trong vận hành các thiết bị điện tử công nghệ cao. Về lâu dài, sẽ dẫn đến trầm cảm trầm trọng và các vấn đề khác ở người cao tuổi (Dijin Li, 2023). Rối loạn sức khỏe tâm thần này đặc biệt phổ biến ở nhóm dân số lớn tuổi, với các nghiên cứu chỉ ra rằng 5,7% dân số cao tuổi trên toàn cầu mắc chứng trầm cảm, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của họ (Paiva và cộng sự,

2023). Tình trạng này không chỉ là dấu hiệu của lão hóa mà còn là bệnh lý phức tạp có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, các mối quan hệ và sức khỏe tổng thể (Paiva và cộng sự, 2023). Ở các cộng đồng nông thôn thuộc Mexico, các nghiên cứu chỉ ra rằng gần 100% người lớn tuổi đều trải qua một số mức độ trầm cảm, trong đó 46,7% bị trầm cảm nhẹ, 41,7% bị trầm cảm trung bình và 11,6% bị trầm cảm nặng (González và cộng sự, 2024). Các yếu tố góp phần bao gồm cô lập xã hội, thiếu các hoạt động giải trí, thách thức kinh tế và ly tán gia đình (González và cộng sự, 2024). Giải quyết vấn đề này đòi hỏi một cách tiếp cận đa chiều, bao gồm nâng cao nhận thức và các biện pháp can thiệp có mục tiêu về sức khỏe xã hội để thúc đẩy sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi (González và cộng sự, 2024; Paiva và cộng sự, 2023). Ở Việt Nam, các yếu tố tôn giáo, điều kiện kinh tế, hoạt động xã hội, chất lượng cuộc sống, hoạt động thể lực có mối liên quan đến mức các dấu hiệu trầm cảm ở người cao tuổi (Phạm Quang Trung và cộng sự, 2023).

Thứ hai, các vấn đề lo âu ở người cao tuổi là mối quan tâm toàn cầu đáng kể, trầm trọng hơn do các yếu tố như bệnh mãn tính và đại dịch COVID-19. Khoảng một phần ba số người trên 65 tuổi bị lo âu, với các biểu hiện phổ biến bao gồm lo âu về cái chết, đặc biệt gia tăng trong đại dịch do lo sợ về tử vong và sự cô lập (Hamed Delam & Safoura Izanloo, 2020; O. S. Levin, và cộng sự, 2019). Người cao tuổi đặc biệt dễ bị tổn thương do họ dễ mắc các tình trạng mãn tính hơn, điều này có thể làm suy giảm thêm sức khỏe tâm thần và phản ứng miễn dịch của họ (Candrawati & Sukraandini, 2022). Những người cao tuổi tích cực tham gia công việc, tham gia thể thao hoặc bất kỳ sở thích nào, cùng với các hoạt động phù hợp lý với tuổi và đóng góp cho đời sống xã hội có sức khỏe tâm thần tốt hơn. Những người cao tuổi sống cùng vợ/ chồng có tình trạng sức khỏe tâm thần tốt nhất. Một lưu ý khác, thái độ tiêu cực của người cao tuổi đối với bệnh tật hoặc môi trường xung quanh có xu hướng tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của họ; thái độ hài hòa không ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng sức khỏe tâm thần của họ (Elnara và cộng sự, 2023). Bên cạnh đó, các rối loạn lo âu ở người cao tuổi thường bị chẩn đoán thiếu vì họ có thể gán các triệu chứng cho các bệnh lý thực thể (Andreescu & Lee, 2020). Đại dịch COVID-19

đã làm trầm trọng thêm các vấn đề này, dẫn đến cảm giác cô đơn và sợ hãi gia tăng, có thể dẫn đến đau khổ về mặt tâm lý nghiêm trọng (Hamed Delam & Safoura Izanloo, 2020; Khademi và cộng sự, 2021). Các biện pháp can thiệp hiệu quả, bao gồm các phương pháp tiếp cận trị liệu tâm lý phù hợp, là điều cần thiết để giải quyết các vấn đề lo âu này ở nhóm người cao tuổi (Andreescu & Lee, 2020). Nhìn chung, sự tương tác giữa sức khỏe thể chất, sự cô lập xã hội và các yếu tố tâm lý nhấn mạnh sự phức tạp của tình trạng lo âu ở người cao tuổi trên toàn cầu.

Thứ ba, chứng sa sút trí tuệ gây ra những thách thức đáng kể cho người cao tuổi trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi tác. Hiện nay, có khoảng 50 triệu người cao tuổi trên toàn thế giới đang sống chung với chứng sa sút trí tuệ, con số này dự kiến sẽ tăng lên hơn 115 triệu người vào năm 2050, đặc biệt ảnh hưởng đến các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, nơi phát hiện ra 58% các trường hợp (Mukherjee & Kattegowdar, 2021). Chứng sa sút trí tuệ là một mối quan tâm đáng kể, với 22,74% bệnh nhân cao tuổi biểu hiện các triệu chứng về nhận thức, chịu ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi tác, giới tính và nhiều bệnh lý (Hà Thị Bích Trinh và cộng sự, 2024). Tình trạng này dẫn đến suy giảm nhận thức, ảnh hưởng đến trí nhớ, ngôn ngữ và hoạt động hàng ngày, đồng thời liên quan đến căng thẳng tâm lý xã hội đáng kể cho cả bệnh nhân và người chăm sóc (Astutik & Felisitas, 2020; Faisal Abdullatif Alnaser, 2022). Ngoài các vấn đề về nhận thức, các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems- DRPs) cũng phổ biến ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ lớn tuổi, thường là do dùng thuốc không đúng cách và đơn thuốc không phù hợp (Xue Qin và cộng sự, 2023). Gánh nặng tài chính đối với gia đình và hệ thống chăm sóc sức khỏe là rất lớn, trầm trọng hơn do chẩn đoán chậm trễ và nhu cầu chăm sóc liên tục, có thể dẫn đến kiệt sức cho người chăm sóc (Astutik & Felisitas, 2020; Faisal Abdullatif Alnaser, 2022). Giải quyết những vấn đề này đòi hỏi một cách tiếp cận đa chiều đối với việc chăm sóc và các chiến lược can thiệp sớm để cải thiện kết quả cho những cá nhân bị ảnh hưởng (Astutik & Felisitas, 2020; Sheetal & Mathew, 2022).

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi tại Việt Nam ngày càng phổ biến, đặc biệt là ở các khu vực thành thị và nữ giới. Một nghiên cứu cho thấy 66,9%

người cao tuổi ở Hà Nội cho biết bị trầm cảm, với mối liên hệ đáng kể được xác định giữa trầm cảm và các yếu tố như tuổi tác, hoạt động thể chất và chất lượng cuộc sống (Đào Thị Mỹ An và cộng sự, 2018). Ngoài ra, tỷ lệ trầm cảm tự báo cáo, dựa trên Thang đo trầm cảm lão khoa dạng ngắn- 15 mục, là 28,7% (Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự, 2022). Bên cạnh đó, tỷ lệ mắc triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi ở nữ giới cao hơn nam giới, người dân nông thôn, người không có bạn tình/ vợ/ chồng, người có thu nhập thấp và sức khỏe hạn chế trong các hoạt động (Trần Văn Kham và cộng sự, 2022). Nghiên cứu của Trần Viết Lực và cộng sự chỉ ra rằng tỉ lệ mắc trầm cảm trên người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ ngày càng tăng, thời gian mắc sa sút trí tuệ càng dài thì tỉ lệ các triệu chứng trầm cảm được báo cáo càng tăng (Trần Viết Lực và cộng sự, 2024). Ở các vùng nông thôn, các rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần làm trầm trọng thêm các vấn đề này, vì hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện tại không đáp ứng được nhu cầu ngày càng tăng về hỗ trợ sức khỏe tâm thần (Van và cộng sự, 2021).

Từ các nghiên cứu tổng quan cho thấy, người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam đều phải đối mặt với các vấn đề về sức khỏe tâm thần, đặc biệt là các vấn đề phổ biến như trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ. Nhìn chung, các nghiên cứu về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở thế giới đã có rất nhiều nhưng ở Việt Nam, các nghiên cứu này chưa có nhiều, các nghiên cứu chưa đi sâu vào các vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Đây là một khoảng trống lý luận cần được quan tâm nghiên cứu.

1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi

Ở một khía cạnh khác, nhiều nghiên cứu khác nhau đã cho thấy sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trên toàn cầu chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, có thể kể đến nhóm yếu tố thuộc về cá nhân và nhóm yếu tố thuộc về môi trường, bối cảnh. Trong đó, nhóm yếu tố thuộc về cá nhân bao gồm yếu tố nhân khẩu xã hội, yếu tố đặc điểm tâm lý xã hội, yếu tố lối sống có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Thứ nhất, các yếu tố thuộc về cá nhân như đặc điểm nhân khẩu xã hội, yếu tố đặc điểm tâm lý xã hội, yếu tố lối sống, hoạt động thể lực có tác động đáng kể đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Cuối cùng, các yếu tố như rối loạn giấc ngủ, lối sống ít vận động và giới tính đã được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập đối với sức khỏe tâm thần bất thường ở người cao tuổi mắc các bệnh không lây nhiễm mãn tính (Elnara và cộng sự, 2023). Các yếu tố như giới tính, tình trạng hôn nhân và tình trạng kinh tế xã hội, chất lượng cuộc sống càng làm trầm trọng thêm những vấn đề này (Phạm Quang Trung và cộng sự, 2023; Stojanović và cộng sự, 2023).

Các yếu tố nhân khẩu xã hội như vấn đề về thu nhập ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, như đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ ra rằng thu nhập nhận thức thấp hơn và tình trạng kinh tế xã hội kém có liên quan chặt chẽ đến sự gia tăng đau khổ về mặt tâm lý và hạnh phúc chủ quan thấp hơn ở người lớn tuổi (Muhammad và cộng sự, 2021). Thu nhập cá nhân, sự tham gia vào các hoạt động và việc sắp xếp cuộc sống tác động đáng kể đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi (Elnara và cộng sự, 2023; K. R. Deepa Rani và cộng sự, 2023). Ngoài ra, sức khỏe tâm thần người cao tuổi bị ảnh hưởng bởi thói quen tiết kiệm và thu nhập hàng tháng, trong đó việc tiết kiệm có tác động tích cực đến sức khỏe tâm thần của họ (K. R. Deepa Rani và cộng sự, 2023), tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn ở những người có điều kiện kinh tế thấp hơn, có tình trạng sức khỏe chung kém hơn và có nhiều biến cố gây căng thẳng trong cuộc sống (Phạm Ngọc Long và cộng sự, 2022, tr 2021–2022). Ngoài ra, một nghiên cứu tập trung vào người cao tuổi ở Ấn Độ phát hiện ra rằng thu nhập hàng tháng và tiền tiết kiệm ảnh hưởng tích cực đến hạnh phúc tâm lý, trong khi chi tiêu không cho thấy tác động đáng kể (K. R. Deepa Rani và cộng sự, 2023), thu nhập hàng tháng và tiền tiết kiệm của người cao tuổi ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi qua việc mong muốn không bị phụ thuộc về mặt tài chính khiến cho người cao tuổi có những biểu hiện tâm lý tích cực khi bản thân có thu nhập và tiết kiệm hàng tháng (K. R. Deepa Rani và cộng sự, 2023). Hơn nữa, nghèo đói đã được chứng minh là có tác động bất lợi đến sức khỏe tâm thần, với vốn xã hội đóng vai trò trung gian trong mối quan hệ

này (Li và cộng sự, 2023). Ngược lại, một nghiên cứu phân tích tác động của thu nhập đến chứng trầm cảm không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê, cho thấy các yếu tố như tình trạng hôn nhân và sức khỏe thể chất có thể đóng vai trò quan trọng hơn (Qian Shi, và cộng sự, 2024). Tuy nhiên, sự đồng thuận chung vẫn là tình trạng bất ổn tài chính và thu nhập không đủ góp phần gây ra các thách thức về sức khỏe tâm thần ở nhóm dân số cao tuổi, làm nổi bật nhu cầu can thiệp có mục tiêu để cải thiện điều kiện kinh tế và hạnh phúc tổng thể của họ (Shin và cộng sự, 2022).

Yếu tố tâm lý xã hội như sự cô lập xã hội góp phần làm suy giảm nhận thức, teo não và chức năng nhận thức kém hơn làm tăng nguy cơ phải ở viện dưỡng lão và tử vong ở người cao tuổi, nhấn mạnh tầm quan trọng của các kết nối xã hội trong việc duy trì sức khỏe và hạnh phúc (Roger D. Newman-Norlund và cộng sự, 2022). “Sự cô lập xã hội” và “sự cô đơn” thậm chí còn trở thành những khái niệm phù hợp hơn cần được xem xét và giải quyết. Cô đơn là một cảm giác chủ quan cho thấy một người đang thiếu những kết nối xã hội cần thiết. Nó khiến một người cảm thấy mình bị bỏ rơi hoặc bị cắt đứt khỏi những người mà họ thuộc về mặc dù có họ ở bên; thiếu đi cảm giác gần gũi, tin cậy và tình cảm chân thành. Mặt khác, sự cô lập xã hội, là một trạng thái vật lý khách quan khi ở một mình và không tiếp xúc với người khác. Điều này có thể dẫn đến “sự cô đơn” vì một người sẽ dễ cảm thấy cô đơn hơn nếu hiếm khi tương tác với người khác (Hitesh Khurana & Nitin Gupta, 2023). Khoảng 33% người cao tuổi bị cô lập xã hội, đặc biệt là những người trên 80 tuổi, sống một mình hoặc có trình độ học vấn thấp hơn (Ran và cộng sự, 2024). Mức độ cô lập xã hội cũng rất quan trọng; một nghiên cứu cho thấy rằng cô lập xã hội nghiêm trọng có tương quan với nguy cơ suy giảm nhận thức tăng 57% và điểm trầm cảm cao hơn ở người cao tuổi (J. M. Yang và cộng sự, 2024). Sự cô lập và cô đơn trong xã hội có thể dẫn đến những kết quả tiêu cực như gia tăng trầm cảm, lo lắng và căng thẳng (Sari Kistiana, 2023; Xian Li và cộng sự, 2023). Ngoài ra, cô lập xã hội và cô đơn có liên quan đến tỷ lệ mắc trầm cảm, lo âu và suy giảm nhận thức tăng cao, đặc biệt là ở những người cao tuổi sống trong các cơ sở chăm sóc (Rakesh và cộng sự, 2023). Hơn nữa, các nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ thống kê giữa nguy cơ trầm cảm và chất

lượng cuộc sống bị suy giảm ở người cao tuổi, mặc dù nhiều người vẫn duy trì chất lượng cuộc sống ở mức trung bình đến cao mặc dù bị rối loạn sức khỏe tâm thần (Carmen M. Tyler và cộng sự, 2021; Yueyao Xu và cộng sự, 2022).

Rối loạn giấc ngủ và lối sống ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi. Nghiên cứu của Yueyao Xu cùng cộng sự (2022) xác định rối loạn giấc ngủ, lối sống ít vận động, uống rượu là những yếu tố nguy cơ độc lập tiềm ẩn đối với sức khỏe tâm thần bất thường ở người cao tuổi mắc bệnh không lây nhiễm. Nghiên cứu cho thấy rằng uống rượu, lối sống ít vận động, rối loạn giấc ngủ và giới tính là những yếu tố nguy cơ độc lập tiềm ẩn đối với sức khỏe tâm thần như bệnh trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở người cao tuổi mắc bệnh không lây nhiễm, cung cấp những hiểu biết sâu sắc có giá trị cho các biện pháp can thiệp trong tương lai (Yueyao Xu và cộng sự, 2022). Ngoài ra, các kiểu sống, chẳng hạn như sống chung với trẻ em, ảnh hưởng đến thời gian ngủ và sức khỏe tâm thần, những người không sống chung với trẻ em sẽ ngủ ít hơn và các triệu chứng trầm cảm cao hơn (Xian & Ye, 2022). Mối quan hệ hai chiều giữa chất lượng giấc ngủ và bệnh trầm cảm đã được ghi nhận đầy đủ, trong đó rối loạn giấc ngủ thường làm trầm trọng thêm các triệu chứng trầm cảm và ngược lại (Yuan Yao, và cộng sự, 2024). Hơn nữa, chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến nhiều yếu tố tâm lý và sinh lý, làm nổi bật sự phức tạp của những tương tác này ở nhóm dân số già (Corbo và cộng sự, 2023). Các yếu tố lối sống, bao gồm căng thẳng từ các sự kiện trong cuộc sống và sự cô lập xã hội, làm phức tạp thêm kết quả sức khỏe tâm thần, nhấn mạnh sự cần thiết phải có các phương pháp tiếp cận toàn diện để giải quyết các vấn đề có mối liên hệ này (Wendt và cộng sự, 2021). Nhìn chung, việc giải quyết các rối loạn giấc ngủ và lối sống là rất quan trọng để cải thiện sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi.

Thứ hai, bên cạnh các yếu tố thuộc về cá nhân thì các yếu tố môi trường và bối cảnh cũng có ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Đại dịch Covid-19 cũng có tác động bất lợi đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trên toàn thế giới, với các yếu tố như bị xa cách người thân và cư trú ở các quốc gia có mức thu nhập cao hơn góp phần gây ra lo lắng và trầm cảm (Carmen M. Tyler và cộng sự,

2021). Những tác động tiêu cực nghiêm trọng của đại dịch COVID-19 đối với sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trên toàn thế giới được thể hiện rõ qua các yếu tố dự báo quan trọng về lo âu và trầm cảm được xác định trong nghiên cứu, chẳng hạn như xa cách người thân, xung đột, mức thu nhập quốc gia, điều trị y tế cho các triệu chứng nghiêm trọng, trách nhiệm công việc, thực hiện công việc từ xa và tuổi tác. Đại dịch COVID-19 đã nâng cao nhận thức và sự phổ biến của tình trạng cô lập xã hội, làm nổi bật nhu cầu cấp thiết về các biện pháp can thiệp có mục tiêu để giảm thiểu tác động của nó đối với sức khỏe tâm thần (Watson-Borg và cộng sự, 2023). Các phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần phù hợp cho người cao tuổi nhằm tạo điều kiện điều chỉnh tâm lý lành mạnh trong thời kỳ khủng hoảng. Đồng nghĩa với sự cần thiết của các hệ thống can thiệp và hỗ trợ cụ thể nhằm giải quyết các thách thức đặc biệt về sức khỏe tâm thần mà người cao tuổi phải đối mặt trong các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe toàn cầu như đại dịch COVID-19 (Carmen M. Tyler và cộng sự, 2021).

Ở Việt Nam, các yếu tố thuộc về cá nhân, gia đình và xã hội đều có ảnh hưởng nhất định đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Cụ thể:

Biến số có liên quan nhiều nhất đến các vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi như triệu chứng trầm cảm hay các vấn đề sức khỏe tâm thần là sự không hài lòng với cuộc sống hiện tại của họ (Trần Văn Kham và cộng sự, 2022). Hơn nữa, các biến số nhân khẩu học xã hội như nghề nghiệp, giáo dục và thu nhập đều có liên quan đến các triệu chứng đau đớn và trầm cảm. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi với tỷ lệ cao hơn ở các vùng nông thôn và ở những người có thu nhập thấp, không có bạn đời và hạn chế về sức khỏe (Trần Văn Kham và cộng sự, 2022). Đau mãn tính cũng đóng một vai trò quan trọng, có mối liên hệ với sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi, với 55,8% bệnh nhân cao tuổi bị trầm cảm có liên quan đến các tình trạng bệnh đi kèm và các yếu tố nhân khẩu học xã hội như trình độ học vấn và thu nhập (Nguyễn Anh Trung và cộng sự, 2021). Kết quả cho thấy sự cần thiết của việc sàng lọc trầm cảm thường xuyên, kiểm soát cơn đau và các chương

trình hoạt động xã hội dành cho người cao tuổi để tăng cường sức khỏe (Nguyễn Anh Trung và cộng sự, 2021)

Ngoài ra, động lực gia đình, bao gồm sự hỗ trợ và bạo lực gia đình, có liên quan đến chứng trầm cảm ở dân số nông thôn, làm nổi bật tầm quan trọng của các mối quan hệ gia đình đối với sức khỏe tâm thần (Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự, 2022). Ảnh hưởng của việc tiếp xúc với căng thẳng trong thời chiến đối với sức khỏe tâm thần được cộng gộp với các bệnh đi kèm gần đây và các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống. Mất mát người thân, chứng kiến cái chết và điều kiện sống hạn chế trong chiến tranh là những nguy cơ đặc biệt nghiêm trọng đối với giai đoạn đầu đời của người cao tuổi miền Bắc và miền Trung Việt Nam (Kovnick và cộng sự, 2021). Hơn nữa, vốn xã hội, bắt nguồn từ các kết nối cộng đồng, đã được chứng minh là nâng cao chất lượng cuộc sống, cho thấy rằng sự tham gia xã hội có thể làm giảm các vấn đề về sức khỏe tâm thần (Vũ Bích Ngọc & Nguyễn Lê Hoàng Thủy, 2023). Bên cạnh đó, các yếu tố tôn giáo, hoạt động xã hội, thời gian tái định cư, chất lượng cuộc sống, hoạt động thể lực có mối liên quan đến mức các dấu hiệu trầm cảm ở người cao tuổi ở khu tái định cư thuộc một tỉnh của Việt Nam (Phạm Quang Trung và cộng sự, 2023).

Tóm lại, cho tới nay có rất nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới và Việt Nam đi vào các khía cạnh sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Các nghiên cứu đã cho thấy rõ bức tranh toàn cảnh sức khỏe tâm thần người cao tuổi hiện nay, các vấn đề sức khỏe tâm thần mà người cao tuổi hiện nay phải đối mặt, mối tương quan và những yếu tố tác động đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Những nghiên cứu về sức khỏe tâm thần người cao tuổi nói chung trên thế giới và tại Việt Nam đều đã đem lại những kết quả thực tế và là nguồn tài liệu hữu ích cho việc nghiên cứu, giảng dạy, hoạch định chính sách. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam đều được thực hiện ở góc nhìn của các ngành như y học, tâm lý học hay xã hội học và còn thiếu các nghiên cứu từ khía cạnh góc nhìn của công tác xã hội. Hơn thế nữa, các nghiên cứu này đa phần được thực hiện đối với người cao tuổi ở cộng đồng mà thiếu đi các nghiên cứu dành cho người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập

trung. Đây là một lỗ hổng, khoảng trống lớn của lý luận. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện đối với người cao tuổi sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung, hứa hẹn lấp được khoảng trống thiếu hụt về mặt nghiên cứu này trên thế giới và Việt Nam.

1.2. Các nghiên cứu về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy hệ thống chăm sóc người cao tuổi còn nhiều hạn chế, đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần (Judith Anderson, và cộng sự, 2022). Các rối loạn như lo âu, trầm cảm, sa sút trí tuệ thường chưa được phát hiện và kiểm soát hiệu quả bởi hệ thống dịch vụ hiện có (Dijin Li, 2023; Tommaso, 2022). Sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm, sự cô đơn và cô lập xã hội ở người cao tuổi càng nhấn mạnh nhu cầu cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các hoạt động sàng lọc, can thiệp có mục tiêu và hệ thống chăm sóc thân thiện với người cao tuổi (Karthika và cộng sự, 2023; Zhou, 2024). Ở Việt Nam, nhận thức về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần còn hạn chế, với chỉ 18% người cao tuổi biết đến dịch vụ và chỉ 12% thực sự sử dụng (Nguyễn Hoàng Thanh và cộng sự, 2024). Các dịch vụ chuyên biệt cho người mắc chứng sa sút trí tuệ chủ yếu tập trung ở các đô thị lớn (Kosowicz và cộng sự, 2023). Những rào cản như thiếu nhân lực có chuyên môn, kỳ thị xã hội và cơ sở vật chất chưa đáp ứng nhu cầu khiến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi gặp khó khăn (Nguyễn Thị Hoài An, 2024; Võ Mẫn Thị Huệ và cộng sự, 2024). Một số mô hình phi chính thức như Câu lạc bộ Tự lực Liên thế hệ hay các hoạt động tại chùa Phật giáo đã hỗ trợ người cao tuổi về mặt tinh thần, nhưng vẫn chưa đủ để thay thế một hệ thống dịch vụ chính thức toàn diện (Nguyễn Ngọc Hương, 2016; Zinzi Pardoel và cộng sự, 2023).

Trong bối cảnh đó, công tác xã hội đã được khẳng định là một thành tố quan trọng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Ở nhiều quốc gia, công tác xã hội đã phát triển với các mô hình can thiệp đa dạng, từ quản lý trường hợp, tham vấn cá nhân, trị liệu nhóm đến biện hộ quyền lợi, hỗ trợ trực tiếp và tham gia cộng đồng,

những điều cần thiết để cá nhân hóa việc chăm sóc và giải quyết các nhu cầu phức tạp của nhân khẩu học này góp phần nâng cao kết quả sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống (Dell và cộng sự, 2020; Diyali, 2021; Elices Acero và cộng sự, 2024; Westhuizen, 2023). Nhân viên công tác xã hội được xem là lực lượng nòng cốt trong việc kết nối các dịch vụ, xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa và thúc đẩy sự tham gia xã hội của người cao tuổi. Hơn nữa, nhân viên công tác xã hội tạo điều kiện tiếp cận các nguồn lực và biện hộ cho quyền của người cao tuổi, do đó giải quyết các rào cản hệ thống góp phần vào sự dễ bị tổn thương của họ (Hyduk & Moxley, 1997). Họ làm việc trong nhóm đa ngành, phối hợp với bác sĩ, điều dưỡng và chuyên gia tâm lý để cung cấp hỗ trợ toàn diện (Ho Margaret Kay và cộng sự, 2022). Sự hợp tác hiệu quả giữa các chuyên gia y tế và chăm sóc xã hội là rất quan trọng để giải quyết các thách thức trong chăm sóc lão khoa, cải thiện khả năng tiếp cận và nâng cao kết quả sức khỏe tổng thể (Võ Mẫn Thị Huệ và cộng sự, 2024). Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy nhân viên công tác xã hội có thể thực hiện hiệu quả các biện pháp can thiệp trực tuyến, giám sát sáng kiến cộng đồng, điều phối dịch vụ chăm sóc tại nhà, cung cấp dịch vụ chăm sóc xã hội và tâm lý và tạo điều kiện tiếp cận công bằng cho người cao tuổi (Nassrin Dafaalla El Hag Yousif, và cộng sự, 2023).

Tuy nhiên, thách thức lớn hiện nay là sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn và khối lượng công việc cao, dẫn đến khó khăn trong cung cấp dịch vụ một cách hiệu quả (Judith Anderson, và cộng sự, 2022). Do vậy, nâng cao năng lực và chuyên môn hóa của nhân viên công tác xã hội là rất quan trọng để cải thiện kết quả sức khỏe tâm thần ở những người cao tuổi.

Ở Việt Nam, công tác xã hội trong y tế đã có bước phát triển trong thời gian qua, nhất là trong các bệnh viện, với vai trò hỗ trợ bệnh nhân và nâng cao chất lượng điều trị (Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh, 2024; Nguyễn Thị Hoài An, 2024). Tuy nhiên, các nghiên cứu về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi còn hạn chế và chủ yếu mới dừng lại ở mức khái quát về chức năng, nhiệm vụ (Nguyễn Thị Thái Lan và cộng sự, 2024). Một số khảo sát tại cơ sở dưỡng lão cho thấy mức độ hài lòng của người cao tuổi với các dịch vụ công tác xã hội ở mức trung

bình đến cao (Nguyễn Thị Liên và cộng sự, 2022), nhưng các dịch vụ này chủ yếu tập trung vào hỗ trợ tổng thể, chưa đi sâu vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Trong khi đó, các cơ sở chăm sóc tập trung là nơi tập hợp đông đảo người cao tuổi, trong đó có nhiều trường hợp gặp rối loạn tâm thần từ nhẹ đến nặng. Tuy nhiên, phần lớn dịch vụ tại đây vẫn tập trung vào chăm sóc y tế cơ bản và hỗ trợ sinh hoạt, còn dịch vụ công tác xã hội chuyên biệt cho sức khỏe tâm thần chưa được phát huy đúng mức (Chau Leena W. và cộng sự, 2021). Tại Việt Nam, khoảng trống nghiên cứu này càng rõ rệt, khi phần lớn các công trình chỉ đề cập đến dịch vụ y tế hoặc các hoạt động phi chính thức như thiền, chùa hay câu lạc bộ, mà thiếu các phân tích sâu về dịch vụ công tác xã hội tại viện dưỡng lão, trung tâm bảo trợ (Nguyễn Ngọc Hương, 2016; Nguyễn Thị Liên và cộng sự, 2022). Hệ quả là chưa có cơ sở khoa học đầy đủ để xây dựng, triển khai và đánh giá các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm góp phần bù đắp khoảng trống lý luận và thực tiễn. Bằng việc tập trung phân tích nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, luận án không chỉ bổ sung vào nền tảng khoa học của lĩnh vực công tác xã hội mà còn có ý nghĩa thiết thực trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu ngày càng đa dạng của người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số hiện nay.

1.3. Các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

Có nhiều nghiên cứu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ở mức độ cấp thiết và tương đối đa dạng như: nhu cầu giáo dục, cung cấp thông tin (Mackenzie & Pankratz, 2022; Villafuerte, 2023); nhu cầu về khám, sàng lọc (Bodeker, 2022; Kalašić & Pfeiffer, 2017; Pandey và cộng sự, 2022); nhu cầu về điều trị và hỗ trợ điều trị (Chen Honglin và cộng sự, 2023; Lavretsky & Pot, 2024; Meynet và cộng sự, 2022; Sivakumar và cộng sự, 2024); nhu cầu phục hồi chức năng (Artama

và cộng sự, 2022; Carlos Augustos De Mendonça Lima & Nicolas Kühne, 2019; Gimigliano và cộng sự, 2018; Mlinac và cộng sự, 2017; Passos và cộng sự, 2012; Siddiqi và cộng sự, 2024; Stefan và cộng sự, 2022); nhu cầu phát triển chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện dựa trên tương tác xã hội (Alfina Pramelia Wulandari & Noorrizki, 2023; Chen Honglin và cộng sự, 2023; Dijin Li, 2023; Elnara và cộng sự, 2023)... Đặc biệt, các nghiên cứu cho thấy các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi có sự khác nhau giữa các nhóm người cao tuổi khác nhau. Sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, làm tăng cường nhu cầu cải thiện sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua nhận thức về sức khỏe, các dịch vụ thân thiện với người cao tuổi và tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu (Karthika và cộng sự, 2023). Tuy nhiên, những nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi còn hạn chế.

Nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội phục vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ngày càng quan trọng do sự gia tăng của các vấn đề sức khỏe tâm thần, chẳng hạn như trầm cảm, lo âu của người cao tuổi. Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội sức khỏe tâm thần là nhu cầu rất quan trọng đối với người cao tuổi, vì họ phải đối mặt với những thách thức đáng kể về sức khỏe tâm thần, bao gồm trầm cảm, lo lắng và cô lập xã hội, ảnh hưởng đến hơn 20% người cao tuổi trên toàn cầu (Lee và cộng sự, 2020). Việc tích hợp các dịch vụ công tác xã hội trong khuôn khổ chăm sóc sức khỏe cộng đồng là rất quan trọng để thúc đẩy sức khỏe tâm thần, điều này cho phép tiếp cận đa ngành bao gồm sức khỏe, chăm sóc xã hội và hỗ trợ xã hội (Sivakumar và cộng sự, 2024; Zeng Yueyang, 2023). Do đó, việc đáp ứng nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội, tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ này là rất quan trọng để giải quyết những thách thức mà dân số già phải đối mặt.

Các dịch vụ công tác xã hội đóng một vai trò quan trọng trong việc giải quyết những nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi bằng cách thúc đẩy các mối quan hệ tin cậy, định hình lại các câu chuyện chăm sóc và xây dựng mạng lưới

hỗ trợ để tăng cường sự tham gia của cộng đồng (Wilberforce và cộng sự, 2022). Tuy nhiên, vẫn còn nhiều người cao tuổi chưa được đáp ứng nhu cầu sử dụng các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần, thường là do niềm tin cá nhân về việc tự quản lý và các rào cản liên quan đến giáo dục và suy giảm chức năng (Volkert và cộng sự, 2018). Do đó, các can thiệp có mục tiêu là điều cần thiết để cải thiện khả năng tiếp cận và tham gia sử dụng vào các dịch vụ sức khỏe tâm thần cho dân số này (Jemma, 2024).

Các nhân viên công tác xã hội hỗ trợ chuyên ngành có thể thu hút người cao tuổi bằng cách xây dựng lòng tin và định hình lại các câu chuyện chăm sóc- rất cần thiết để giải quyết các nhu cầu tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần về nhận thức và cảm xúc của họ (Wilberforce và cộng sự, 2022). Qua đây, có thể khẳng định việc tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi hay đáp ứng các nhu cầu tiếp cận dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi là rất quan trọng.

Nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi bao gồm nhu cầu có các kiến thức về sức khỏe tâm thần và nhu cầu được can thiệp, sử dụng các dịch vụ công tác xã hội để chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhu cầu nhận biết và can thiệp phù hợp được nhấn mạnh, vì các triệu chứng của các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, chẳng hạn như trầm cảm và lo lắng, được kết hợp và gắn với lão hóa hơn là vấn đề cần tìm kiếm sự chăm sóc thích hợp (Lee và cộng sự, 2020). Các nỗ lực hợp tác giữa các nhóm đa ngành nhằm tăng cường cung cấp dịch vụ và giải quyết những rào cản này, cuối cùng cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người cao tuổi đối mặt với những thách thức về sức khỏe tâm thần (Gabriela Kelemen, và cộng sự, 2019; Mackenzie & Pankratz, 2022).

Các rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần bao gồm sự kỳ thị bản thân, quan niệm sai lầm về lão hóa và thiếu hiểu biết về sức khỏe tâm thần (Mackenzie & Pankratz, 2022). Người cao tuổi gặp phải nhiều rào cản khi tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội để chăm sóc sức khỏe tâm

thần, ảnh hưởng đáng kể đến hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của họ. Những trở ngại chính bao gồm sự kỳ thị và thái độ tiêu cực đối với điều trị sức khỏe tâm thần, thường dẫn đến niềm tin rằng họ không nên cần giúp đỡ (Elshaikh và cộng sự, 2023). Những hạn chế về tài chính, thiếu phương tiện giao thông và kiến thức hạn chế về các dịch vụ sẵn có càng là trở ngại của nhu cầu tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần (Lavingia và cộng sự, 2020). Nghiên cứu chỉ ra rằng người cao tuổi thường ít sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần, với chỉ 7% những người bị rối loạn tâm thần tìm kiếm sự giúp đỡ trong năm qua, chủ yếu là do niềm tin cá nhân và sự kỳ thị xung quanh việc điều trị (Volkert và cộng sự, 2018). Ngoài ra, những người cao tuổi bày tỏ những thách thức trong việc tiếp cận thông tin về các dịch vụ có sẵn, điều này có thể cản trở quyền tự chủ và chất lượng cuộc sống của họ (Tiilikainen và cộng sự, 2019). Ngoài ra, người cao tuổi mắc các bệnh đi kèm, người cao tuổi trong nhóm dân số thiểu số, sự kỳ thị và rào cản ngôn ngữ gia tăng có thể phải đối mặt với những thách thức, làm trầm trọng thêm những khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của họ (Lavingia và cộng sự, 2020). Giải quyết những rào cản này thông qua các can thiệp có mục tiêu và tiếp cận cộng đồng là điều cần thiết để cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (Berry và cộng sự, 2020).

Đặc biệt, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của các nhóm khác nhau ở người cao tuổi cũng khác nhau. Các nhóm đặc biệt, chẳng hạn như người cao tuổi sống một mình, chủ yếu mong muốn được hỗ trợ để giải quyết nỗi cô đơn, người cao tuổi khuyết tật về thể chất mong muốn được xã hội tôn trọng và những người khuyết tật tâm thần tìm kiếm sự chấp nhận của xã hội (Chen Honglin và cộng sự, 2023). Việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ xã hội và giải trí ở nhóm nông thôn Trung Quốc cao hơn đáng kể so với nhóm thành thị (L. Yang và cộng sự, 2021). Bên cạnh đó, phụ nữ cao tuổi thường có chất lượng cuộc sống kém hơn so với nam giới, mặc dù không có sự khác biệt lớn trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Phạm Thắng và cộng sự, 2018). Mặt khác, người cao tuổi ở miền Trung Việt Nam có xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với miền Bắc Việt Nam, cho

thấy sự khác biệt về điều kiện sống và hỗ trợ xã hội (Nguyễn Tuyết Anh & Giang Thanh Long, 2020). Do đó, còn nhiều vấn đề cần giải quyết, trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho các nhóm người cao tuổi khác nhau trong xã hội.

Nhìn chung, các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã cho thấy tổng quan các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi hiện nay khá đa dạng như: nhu cầu giáo dục, cung cấp thông tin; nhu cầu khám và sàng lọc sức khỏe tâm thần; nhu cầu điều trị và hỗ trợ điều trị vấn đề sức khỏe tâm thần; nhu cầu phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần. Đáng quan tâm là có sự khác nhau trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần giữa các nhóm người cao tuổi khác nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung vào các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi còn hạn chế. Hơn thế nữa, đa phần các nghiên cứu được triển khai đối với các nhóm người cao tuổi tại cộng đồng. Trong khi người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung cũng có những đặc thù riêng, với các nhu cầu tiếp cận, sử dụng dịch vụ công tác xã hội riêng nhằm chăm sóc sức khỏe tâm thần. Do đó, chưa xác định được rõ nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung như thế nào, có đặc thù gì hay có sự khác biệt gì so với người cao tuổi sống tại cộng đồng. Hơn thế nữa, các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam chủ yếu làm rõ các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ở góc nhìn của ngành y tế hay tâm lý học mà thiếu đi góc nhìn của lĩnh vực công tác xã hội. Vì vậy, đây là khoảng trống cần được nghiên cứu làm rõ và đề tài này sẽ nỗ lực thực hiện làm rõ nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc tập trung.

1.4. Tóm lược các kết quả nghiên cứu tổng quan và khoảng trống nghiên cứu

Tóm lại, kết quả nghiên cứu tổng quan trên đã cho thấy:

Thứ nhất, các nghiên cứu đã cho thấy có nhiều nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi trên thế giới và cả ở Việt Nam. Theo đó, tình trạng sức

khỏe tâm thần của người cao tuổi đang là vấn đề đáng quan tâm. Người cao tuổi phải đối mặt với nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ,... Các vấn đề này trở nên trầm trọng hơn bởi các yếu tố như sự cô lập xã hội và đại dịch. Sức khỏe tâm thần người cao tuổi chịu tác động bởi nhiều yếu tố. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi trên toàn cầu, tuy nhiên, có thể nhóm thành hai nhóm yếu tố chính, đó là nhóm yếu tố thuộc về cá nhân và nhóm các yếu tố thuộc về môi trường, bối cảnh. Các yếu tố thuộc về cá nhân có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi bao gồm các yếu tố nhân khẩu xã hội, yếu tố đặc điểm tâm lý xã hội, yếu tố lối sống,... Bên cạnh đó, các yếu tố thuộc nhóm môi trường, bối cảnh cũng có ảnh hưởng nhất định đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu này đa phần được triển khai dưới góc độ của lĩnh vực y học hay tâm lý học, chưa có nhiều nghiên cứu sức khỏe tâm thần người cao tuổi từ góc nhìn của lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Đặc biệt, các nghiên cứu này đều được thực hiện nghiên cứu trên người cao tuổi ở cộng đồng mà thiếu đi các nghiên cứu dành cho người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Đây chính là khoảng trống lớn trong nghiên cứu cần tiến hành thực hiện.

Thứ hai, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi đã được triển khai đa dạng với các mô hình, dịch vụ khác nhau. Nhiều quốc gia đang xây dựng hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, nhưng vẫn còn thiếu sót trong việc cung cấp dịch vụ phù hợp và tiếp cận dễ dàng. Trong khi người cao tuổi gặp phải nhiều khó khăn cùng lúc cả về mặt sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần, tuy nhiên hệ thống dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi mới đang tập trung hỗ trợ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe thể chất.

Hiện nay, việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi đang phải đối mặt với không ít các thách thức như hạn chế về nhận thức, kỳ thị, hạn chế về cơ sở vật chất và những khó khăn về nguồn nhân lực được đào tạo. Bên cạnh đó, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đang có xu hướng phát triển thay đổi theo hướng tiếp cận sáng tạo nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi và giải quyết những thách thức đặt ra. Theo đó, hệ thống

quản lý chăm sóc sức khỏe tích hợp kết hợp chăm sóc sức khỏe dự đoán và cá nhân hóa, chăm sóc tại nhà và mạng lưới y tế cộng đồng được đề xuất để nâng cao hiệu quả và hiệu quả chi phí của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi; phát triển các thiết bị thông minh để theo dõi sức khỏe từ xa và sống độc lập, cung cấp các giải pháp tiết kiệm chi phí cho việc chăm sóc lão khoa; quản lý chăm sóc sức khỏe tích hợp kết hợp chăm sóc sức khỏe dự đoán và cá nhân hóa, chăm sóc tại nhà và mạng lưới y tế cộng đồng; các mô hình chăm sóc cá nhân hóa và tích hợp các công nghệ mới được đề xuất là hướng đi trong tương lai để nâng cao hơn nữa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam chưa làm sáng tỏ vấn đề dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trong các cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay như thế nào, đặc biệt là góc nhìn từ các dịch vụ công tác xã hội nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Thứ ba, các nghiên cứu về các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi cho thấy công tác xã hội đóng một vai trò quan trọng trong việc tác động đến kết quả sức khỏe tâm thần của người cao tuổi bằng cách giải quyết các khía cạnh khác nhau của sức khỏe, giúp xây dựng sự tham gia của cộng đồng, tăng cường sự gắn kết của xã hội, từ đó cải thiện sức khỏe tâm thần và cung cấp hỗ trợ. Nhân viên công tác xã hội là những chuyên gia có sự hiểu biết, kiến thức và kỹ năng sâu sắc để hỗ trợ người cao tuổi chăm sóc sức khỏe tâm thần. Việc tích hợp chăm sóc sức khỏe thể chất và hành vi thậm chí còn cần thiết hơn hiện nay; các biện pháp can thiệp trực tuyến và cung cấp dịch vụ chăm sóc tâm lý và xã hội; có những thay đổi trong chính sách và quan hệ đối tác chiến lược của các trung tâm hỗ trợ người cao tuổi, giới thiệu các công cụ công nghệ cao mới để thực hiện các can thiệp công tác xã hội trực tuyến; tham gia thực hiện và giám sát các sáng kiến mới của mô hình câu lạc bộ trực tuyến,... được công tác xã hội triển khai để chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Bên cạnh đó, các hoạt động của nhân viên công tác xã hội như một nguồn lực tiềm năng hỗ trợ cho các nhóm nhân viên y tế, các chuyên gia sức khỏe tâm thần thuộc nhóm điều trị. Tuy công tác xã hội đã có những bước tiến

đáng kể, vẫn còn nhiều thách thức trong việc phát triển và mở rộng dịch vụ này, đặc biệt là trong việc nâng cao nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần. Đây là lý do vì sao các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi lại chủ yếu dựa trên cách tiếp cận y tế, tâm lý và còn thiếu hụt vai trò của công tác xã hội. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện nay, trong phạm vi tiếp cận và tìm kiếm tài liệu, rất hiếm các nghiên cứu về chuyên sâu từ khía cạnh công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi và đặc biệt hiếm các nghiên cứu về các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Thứ tư, nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội phục vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ngày càng quan trọng do sự gia tăng của các vấn đề sức khỏe tâm thần, chẳng hạn như trầm cảm, lo âu,... của người cao tuổi. Nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi thể hiện ở bao gồm nhu cầu có các kiến thức về sức khỏe tâm thần và nhu cầu được can thiệp, sử dụng các dịch vụ công tác xã hội để chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, người cao tuổi phải đối mặt với nhiều rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần bao gồm sự kỳ thị bản thân, quan niệm sai lầm về lão hóa và thiếu hiểu biết về sức khỏe tâm thần, hạn chế tài chính, hạn chế về dịch vụ sẵn có,...

Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy người cao tuổi có nhiều nhu cầu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, đáng quan tâm là có sự khác nhau trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần giữa các nhóm người cao tuổi khác nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung vào các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi còn hạn chế. Hơn thế nữa, đa phần các nghiên cứu được triển khai đối với các nhóm người cao tuổi tại cộng đồng. Trong khi người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung cũng có những đặc thù riêng, với các nhu cầu tiếp cận, sử dụng dịch vụ công tác xã hội riêng nhằm chăm sóc sức khỏe tâm thần. Do đó, chưa xác định được rõ nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã

hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung như thế nào, có đặc thù gì hay có sự khác biệt gì so với người cao tuổi sống tại cộng đồng. Thêm vào đó, các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam chủ yếu làm rõ các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ở góc nhìn của ngành y tế hay tâm lý học mà thiếu đi góc nhìn của lĩnh vực công tác xã hội. Bởi vậy, đây là khoảng trống cần được nghiên cứu làm rõ và đề tài này sẽ nỗ lực thực hiện làm rõ nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc tập trung.

Từ nội dung tổng quan nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Tuy nhiên, những nghiên cứu này chủ yếu tiếp cận từ khía cạnh y tế, tâm lý, xã hội học. Các nghiên cứu tiếp cận từ góc độ công tác xã hội vẫn còn hạn chế về số lượng. Bên cạnh đó, có những nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi đa phần mới chỉ tập trung ở nghiên cứu nhu cầu chăm sóc sức khỏe/ nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Các nghiên cứu chưa đi sâu vào nghiên cứu các nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Hơn thế nữa, cho đến thời điểm hiện nay, vẫn còn rất ít các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung. Đây là khoảng trống trong đặt ra yêu cầu cần thiết làm sáng tỏ qua các nghiên cứu và phát triển trong thực hành thực tiễn.

Trên cơ sở khoảng trống lý luận đó, nghiên cứu này được thực hiện bằng cách sử dụng phương pháp kết hợp giữa định lượng và định tính thông qua việc khảo sát người cao tuổi cùng với cán bộ và lãnh đạo tại các cơ sở chăm sóc ở khu vực Hà Nội, Việt Nam. Ngoài ra, nghiên cứu còn làm rõ nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội của người cao tuổi trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cơ

sở chăm sóc tập trung, từ góc độ của ngành công tác xã hội. Những vấn đề này tạo nên điểm nhấn khác biệt, đặc trưng cho nghiên cứu, đồng thời đóng góp vào việc khắc phục những khoảng trống trong nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cả Việt Nam và trên thế giới

Tiểu kết Chương 1

Chương này đã tổng hợp các nghiên cứu trong và ngoài nước theo các chủ điểm như các nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi; các nghiên cứu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi và dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi hiện có; các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Qua các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, có thể thấy tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi thường gặp phải các vấn đề như các lo âu, trầm cảm, sa sút trí tuệ. Các vấn đề này gây ra nhiều phiền toái và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Điều này đặt ra nhu cầu được chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi và sự cần thiết phải có các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung, các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi nói riêng. Trên cơ sở đó đáp ứng nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội của người cao tuổi. Thực tế hiện nay, để đạt hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, không chỉ cần sự tham gia của việc điều trị y tế mà cần sự tham gia liên ngành, phối hợp đồng bộ của các lĩnh vực có liên quan như các chuyên gia sức khỏe tâm thần, chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội. Trước thực trạng đó, đặt ra nhu cầu cần có các nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung và tại cộng đồng. Tuy nhiên thực tế thì những nghiên cứu này không có nhiều cả trên thế giới và ở Việt Nam. Đây chính là khoảng trống lý luận lớn cần được nghiên cứu làm sáng tỏ.

Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

2.1. Hệ thống khái niệm công cụ

2.1.1. *Khái niệm người cao tuổi*

Có rất nhiều khái niệm khác nhau về người cao tuổi. Trước đây, người ta thường dùng thuật ngữ “Người già”, “người cao niên” để chỉ những người có tuổi, hiện nay thuật ngữ “Người cao tuổi” ngày càng được sử dụng nhiều hơn thuật ngữ “người già” vì thực tế nhiều người trên 60 tuổi vẫn còn trẻ, năng động và tham gia tích cực vào các hoạt động xã hội (UNICEF & Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2017b). Hai thuật ngữ này tuy không khác nhau về mặt khoa học song về tâm lý, “người cao tuổi” là thuật ngữ mang tính tích cực và thể hiện thái độ tôn trọng và mang tính động viên hơn “người già” (Bùi Thị Mai Đông, 2017).

Người cao tuổi về mặt sinh học

Tuổi già sinh học thường có những biểu hiện bên ngoài có thể dễ dàng nhận biết như tóc bạc, da nhăn, giảm chiều cao, cân nặng, nghe và nhìn kém, sức khỏe giảm sút, dễ đau ốm... Sự lão hoá của cơ thể là những yếu tố có thể đo lường được. Tuy nhiên về phương diện sinh học người ta già đi khác nhau theo một tốc độ khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm riêng của mỗi cá nhân và xã hội mà con người sinh sống. Tuổi sinh học phản ánh hai mặt: thời gian sống và khả năng sinh học của cá thể (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012).

Người cao tuổi về mặt xã hội

Người cao tuổi được định nghĩa bằng sự thay đổi về thể chất, thay đổi về địa vị, vai trò và kèm theo đó là quan niệm của người khác về họ. Sự lệ thuộc, thiếu tự tin và giảm khả năng tự lập được coi là kết quả của sự giảm sút về thể lực. Sức khỏe kém được coi là điều khó khăn và điểm yếu của tuổi già (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012, 2015).

Căn cứ vào độ tuổi

Độ tuổi nào được xem là già còn tùy thuộc vào tuổi thọ trung bình trong một xã hội cụ thể. Một số quốc gia công nghiệp hoá có tuổi thọ trung bình cao như Nhật Bản, Pháp, Đức, Mỹ, Thụy Điển..., một người thường không được xem là già khi họ đến tuổi 65. Ở một số nước công nghiệp kém phát triển hơn như Trung Quốc, Thái Lan, Malaixia, Ấn Độ..., những người 60 tuổi được coi là người cao tuổi (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2015)

Việc xác định độ tuổi để quan niệm rõ thế nào là người cao tuổi có ý nghĩa rất quan trọng vì nó thuộc phạm vi điều chỉnh của pháp luật liên quan tới chính sách an sinh xã hội với người cao tuổi. Việc lấy “mốc” tuổi để quy định là người cao tuổi cũng phụ thuộc vào truyền thống văn hóa, trình độ phát triển của mỗi quốc gia theo thời gian và theo không gian (Bùi Thị Mai Đông, 2017). Xuất phát từ những thay đổi lớn về tâm sinh lý, thể chất và xã hội nên người cao tuổi thường gặp những khó khăn trong cuộc sống như vận động, sinh hoạt, tham gia các hoạt động xã hội do sức khỏe giảm sút và hạn chế các mối quan hệ xã hội. Họ cũng gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận các chương trình, dịch vụ đáp ứng nhu cầu của mình. Do đó, người cao tuổi là nhóm đối tượng yếu thế cần có sự trợ giúp xã hội, đặc biệt các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu thể chất, tâm lý, xã hội của họ (Bùi Thị Mai Đông, 2017).

Trên thế giới, các nước phát triển đều quy định người cao tuổi là từ 65 tuổi trở lên như Đức, Hoa Kỳ, Pháp, Nhật Bản... Quy định ở mỗi nước có sự khác biệt là do lực lượng lao động khác nhau và sự khác nhau các biểu hiện về người cao tuổi của người dân ở các nước đó. Bộ Luật Lao động năm 2019 độ tuổi lao động đã có sự thay đổi đối với nam từ đủ 15 đến 62 và đối với nữ từ đủ 15 đến 60 (Quốc hội, 2019).

Theo Điều 2, Luật Người cao tuổi Việt Nam, Luật số 39/2009/QH12, được quốc hội thông qua 2009 quy định: “*Người cao tuổi là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên*” (Quốc hội, 2009). Như vậy, người cao tuổi được hiểu là tất cả những người là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên.

Với đặc thù là một nghề trợ giúp xã hội, công tác xã hội nhìn nhận Người cao tuổi như sau: Người cao tuổi với những thay đổi về tâm sinh lý, lao động- thu nhập, quan hệ xã hội nên sẽ gặp nhiều khó khăn, vấn đề trong cuộc sống. Do đó, Người cao tuổi là đối tượng yếu thế, đối tượng cần sự trợ giúp của công tác xã hội.

Như vậy có nhiều quan điểm khác nhau về độ tuổi người cao tuổi, trong khuôn khổ nghiên cứu này, nghiên cứu sinh sử dụng khái niệm người cao tuổi theo Luật Người cao tuổi của Việt Nam, người cao tuổi là những người từ đủ 60 tuổi trở lên (Quốc hội, 2009).

2.1.2. Khái niệm sức khỏe, sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần

2.1.2.1. Khái niệm sức khỏe

Khái niệm “sức khỏe” theo tổ chức y tế thế giới (WHO): *là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không phải chỉ bao gồm có tình trạng không có bệnh hay thương tật* (World Health Organization, 1992). Sức khỏe là một khái niệm tổng thể, đề cập đến con người tổng thể, thống nhất của ba phần: *thể chất, tâm thần và các năng lực xã hội*.

Tổ chức y tế thế giới WHO đã xếp các vấn đề về sức khỏe tâm thần là quan trọng không chỉ của xã hội mà của cả thế giới. Chính vì vậy hiểu biết và nắm được những thông tin để có kiến thức chăm sóc và phục hồi sức khỏe tâm thần có một ý nghĩa lớn đối với mỗi cá nhân và cộng đồng trong công cuộc giữ gìn và chăm sóc sức khỏe toàn diện (Nguyễn Thị Thu Linh, 2023).

2.1.2.2. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần bao gồm một loạt các yếu tố có thể trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến sự lành mạnh về tâm trí. Theo WHO, Sức khỏe tâm thần là một phần không thể thiếu của sức khỏe và được định nghĩa là trạng thái lành mạnh mà trong đó, cá nhân nhận ra những năng lực của chính mình, có thể đương đầu với các stress thông thường của cuộc sống, có thể làm việc năng suất và hiệu quả, và có thể tạo ra những đóng góp cho chính cộng đồng của mình (World Health Organization,

2013). Theo Từ điển tâm lý học thì Sức khỏe tâm thần là một trạng thái thoải mái, dễ chịu về tinh thần, không có các biểu hiện rối loạn về tâm thần, một trạng thái đảm bảo cho sự điều khiển hành vi, hoạt động phù hợp với môi trường (Vũ Dũng, 2008). Theo nghĩa này, sức khỏe thể chất là nền tảng cho sự lành mạnh và hoạt động chức năng hiệu quả cho cá nhân và cộng đồng. Nó không chỉ là việc vắng những bệnh tâm thần, về trạng thái và khả năng. Sức khỏe tâm thần và sức khỏe thể chất không thể tồn tại một mình. Theo mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện mind- body- spirit quan tâm đến cả ba yếu tố thể chất- tâm thần- tâm linh (Chan và cộng sự, 2002). Do vậy, nghiên cứu này tập trung vào yếu tố “mind” tương đương nghĩa của “mental health”- “sức khỏe tâm thần” trong tổng hòa mối quan hệ với hai yếu tố còn lại là “thể chất” và “tâm linh”.

Ở nước ta, khái niệm sức khỏe tinh thần và sức khỏe tâm thần thường được dùng lẫn lộn với nhau nhưng với ý nghĩa như nhau và cùng có từ tương đương trong tiếng Anh là “mental health”. Trong Tiếng Việt, từ “tâm thần” mang rất nhiều định kiến vì nó gắn liền với những bệnh tâm thần nặng như tâm thần phân liệt, động kinh (điên, cuồng, lên cơn giật...) nên những nhà tâm lý thường sử dụng từ sức khỏe tinh thần nhằm làm giảm nhẹ những định kiến xã hội với sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên để thống nhất với chung với các nghiên cứu trong y học cũng như với thế giới, nghiên cứu sinh sử dụng thuật ngữ “sức khỏe tâm thần” trong nghiên cứu này với nghĩa tương đương với thuật ngữ “sức khỏe tinh thần” để chỉ trạng thái lành mạnh mà trong đó, cá nhân nhận ra những năng lực của chính mình, có thể đương đầu với các stress thông thường của cuộc sống, có thể làm việc năng suất và hiệu quả, và có thể tạo ra những đóng góp cho chính cộng đồng của mình. Cụ thể, sức khỏe tâm thần là trạng thái lành mạnh mà con người ta có thể làm việc và nghỉ ngơi, quan hệ bạn bè, yêu đương và định hướng cá nhân (coi trọng giá trị, khả năng kiểm tra, niềm tin hiện thực, xúc cảm và đương đầu, giải quyết vấn đề và khả năng kiểm tra, niềm tin hiện thực, xúc cảm và đương đầu, giải quyết vấn đề và khả năng sáng tạo, tính khôi hài, ăn uống, luyện tập, tự chăm sóc, khả năng điều khiển tình trạng căng thẳng, bản sắc giới, bản sắc văn hóa), làm sao giải quyết được các tình huống (Phạm Minh Hạc, 2008).

Từ những phân tích trên, có thể rút ra khái niệm sức khỏe tâm thần được dùng cho nghiên cứu này như sau: *Sức khỏe tâm thần là trạng thái lành mạnh mà con người có thể thực hiện các chức năng sống, chức năng xã hội cơ bản và hòa nhập xã hội.*

2.1.2.3. Khái niệm rối loạn tâm thần

Rối loạn tâm thần (hay còn được gọi là rối loạn tâm lý, bệnh tâm thần, có vấn đề về sức khỏe tâm thần) là trạng thái, biểu hiện hành vi, hoặc cảm xúc gây cho cá nhân những đau khổ, tự hủy hoại bản thân, ảnh hưởng nghiêm trọng đến các mặt của đời sống của cá nhân đó như công việc, gia đình, xã hội hoặc gây nguy hiểm cho người khác hoặc cộng đồng (Nguyễn Thị Mỹ Lộc & Nguyễn Hồng Kiên, 2013).

Rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi sự rối loạn đáng kể về mặt lâm sàng trong nhận thức, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi của một cá nhân. Nó thường liên quan đến sự đau khổ hoặc suy giảm trong các lĩnh vực hoạt động quan trọng. Có nhiều loại rối loạn tâm thần khác nhau. Sau này là một thuật ngữ rộng hơn bao gồm các rối loạn tâm thần, khuyết tật tâm lý xã hội và các trạng thái tâm thần (khác) liên quan đến đau khổ đáng kể, suy giảm chức năng hoặc nguy cơ tự làm hại bản thân. Những người bị rối loạn tâm thần cần được hỗ trợ từ xã hội, bao gồm hỗ trợ trong việc phát triển và duy trì các mối quan hệ cá nhân, gia đình và xã hội. Những người bị rối loạn tâm thần cũng có thể cần được hỗ trợ về các chương trình giáo dục, việc làm, nhà ở và tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa khác (World Health Organization, 2022).

Mỗi cá nhân đều có những lúc có hành vi lệch chuẩn, có khi lại cảm thấy đau buồn, hoặc có những hành vi kém thích nghi. Các cá nhân có thể gặp phải tình trạng đau khổ và các suy giảm liên quan mà không nhất thiết phải đáp ứng các tiêu chí DSM-5 để chẩn đoán một chứng rối loạn tâm thần cụ thể. Do đó các cá nhân này có thể là nhóm có nhu cầu can thiệp trước khi tiến triển hoàn toàn thành một rối loạn tâm thần (Pagliaro cùng cộng sự, 2021).

Một công cụ chẩn đoán, ví dụ như DISC-5, với "thang điểm triệu chứng" chỉ hỏi về sự hiện diện chung của một triệu chứng. Các câu hỏi trong DISC-5 phản ánh điều này bằng cách đầu tiên hỏi về một triệu chứng nhất định và sau đó hỏi các câu

hỏi chi tiết hơn về các đặc điểm cụ thể của triệu chứng này theo yêu cầu để chẩn đoán (Canino & Alegria, 2008). Vì vậy, thang đo triệu chứng có xu hướng báo cáo tỷ lệ phổ biến cao hơn nhiều so với các công cụ chẩn đoán (COVID-19 Mental Disorders Collaborators 2021, Ferrari cùng cộng sự 2013, GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022) vì chúng đang đánh giá các triệu chứng chứ không phải các rối loạn.

Chẩn đoán rối loạn tâm thần theo DSM-5 yêu cầu cá nhân xác nhận các triệu chứng cốt lõi của một rối loạn tâm thần nhất định và đáp ứng các ngưỡng cụ thể về thời gian, tần suất, mức độ nghiêm trọng và biểu hiện của các triệu chứng này, đồng thời báo cáo thêm về mức độ suy giảm tối thiểu do các triệu chứng này gây ra (Viện Xã hội học cùng cộng sự, 2022).

Hiện nay trên thế giới có hai bảng phân loại về sức khỏe tâm thần được sử dụng rộng rãi là Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các bệnh tâm thần lần thứ tư của Hiệp hội tâm thần Mỹ lần thứ 5 (DSM-5) (năm 2013) và Bảng phân loại bệnh tật quốc tế của WHO lần thứ 11 (ICD-11) (năm 2022) là hệ thống phân loại bệnh theo tiêu chuẩn quốc tế cho tất cả các lĩnh vực liên quan đến y tế nói chung, mục đích quản lý sức khỏe và sử dụng trong lâm sàng.

Ở người cao tuổi thường hay gặp phải các vấn đề về sức khỏe tâm thần (World Health Organization, 2023) như: trầm cảm, rối loạn lo âu, căng thẳng, sa sút trí tuệ.

2.1.2.4. Chăm sóc sức khỏe tâm thần

Theo WHO (2022), điều quan trọng không chỉ là bảo vệ và thúc đẩy sức khỏe tâm thần của tất cả mọi người mà còn phải giải quyết nhu cầu của những người có tình trạng sức khỏe tâm thần. Khoảng cách lớn về chăm sóc đối với các tình trạng sức khỏe tâm thần phổ biến như trầm cảm và lo âu có nghĩa là các quốc gia cũng phải tìm ra những cách sáng tạo để đa dạng hóa và mở rộng quy mô chăm sóc cho những tình trạng này, chẳng hạn như thông qua tư vấn tâm lý không chuyên khoa hoặc tự trợ giúp kỹ thuật số (Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (NIMH), 2023).

Theo tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương cùng cộng sự (2014), chăm sóc sức khỏe tâm thần không chỉ bó hẹp trong việc điều trị bệnh tâm thần (Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự, 2014), mà nó bao gồm phạm vi rộng hơn là đảm bảo trạng thái khoẻ mạnh về mặt tinh thần trên khía cạnh cơ bản như khả năng tận hưởng cuộc sống, khả năng phục hồi, khả năng cân bằng, khả năng phát triển cá nhân, sự linh hoạt (Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự, 2014).

Theo American Psychological Association (2018), chăm sóc sức khỏe tâm thần là một loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cung cấp dịch vụ được cung cấp bởi một số lĩnh vực liên quan đến đánh giá và can thiệp tâm lý (tâm lý học, tâm thần học, thần kinh học, công tác xã hội, v.v.). Loại chăm sóc này bao gồm nhưng không giới hạn ở sàng lọc và kiểm tra tâm lý, trị liệu tâm lý và trị liệu gia đình cũng như phục hồi tâm lý thần kinh, còn được gọi là chăm sóc sức khỏe hành vi (APA Dictionary of Psychology, 2018). Các dịch vụ sức khỏe tâm thần là bất kỳ biện pháp can thiệp nào như đánh giá, chẩn đoán, điều trị hoặc tư vấn được cung cấp ở các cơ sở tư nhân, công cộng, nội trú hoặc ngoại trú để duy trì hoặc nâng cao sức khỏe tâm thần hoặc điều trị rối loạn tâm thần hoặc hành vi trong bối cảnh cá nhân và nhóm (APA Dictionary of Psychology, 2018).

Chăm sóc sức khỏe tâm thần là một phần quan trọng của chăm sóc sức khỏe tổng thể. Chăm sóc tốt sức khỏe tâm thần giúp bạn sống một cuộc sống khỏe mạnh, hạnh phúc và viên mãn. Với góc độ công tác xã hội, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần là một loạt các hoạt động nhằm duy trì và nâng cao sức khỏe tâm thần, bao gồm: Trợ giúp tâm lý; xác định và phân tích vấn đề; hỗ trợ chăm sóc tại nhà; tuyên truyền cho bệnh nhân, gia đình bệnh nhân và người xung quanh; cách phát hiện; các dấu hiệu để chuyển gửi; tạo điều kiện để bệnh nhân hòa nhập cộng đồng; theo dõi bệnh nhân tuân thủ điều trị; can thiệp khi bệnh nhân bị kích động (UNICEF & Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2017a)

2.1.3. Khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Đề tài xây dựng khái niệm *Chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi* như sau:

Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là việc triển khai loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cung cấp dịch vụ được cung cấp bởi một số lĩnh vực liên quan đến đánh giá và can thiệp tâm lý. Loại chăm sóc này bao gồm nhưng không giới hạn ở sàng lọc và kiểm tra tâm lý, trị liệu tâm lý và trị liệu gia đình cũng như phục hồi tâm lý thần kinh, còn được gọi là chăm sóc sức khỏe hành vi. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần là bất kỳ biện pháp can thiệp nào như đánh giá, chẩn đoán, điều trị hoặc tư vấn được cung cấp ở các cơ sở tư nhân, công cộng, nội trú hoặc ngoại trú để duy trì hoặc nâng cao sức khỏe tâm thần hoặc điều trị rối loạn tâm thần hoặc hành vi cho người cao tuổi. Việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi thông qua triển khai các dịch vụ giúp người cao tuổi đạt được niềm tin vào giá trị bản thân, vào phẩm chất và giá trị của người khác từ đó tạo dựng, duy trì và phát triển thỏa đáng các mối quan hệ. Người cao tuổi có được sự sáng khoái, ở cảm giác dễ chịu, cảm xúc vui tươi, thanh thản; ở những suy nghĩ lạc quan, yêu đời; ở những quan niệm sống tích cực, dũng cảm, chủ động; ở khả năng chống lại những quan niệm bi quan và lối sống không lành mạnh.

Dựa trên các khái niệm sức khỏe tâm thần, chăm sóc sức khỏe tâm thần, chúng ta có thể hiểu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là việc triển khai thực hiện các dịch vụ toàn diện từ phòng ngừa, sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng,... cho người cao tuổi có được trạng thái sức khỏe tâm thần tốt nhất để có thể thực hiện các chức năng sống, chức năng xã hội cơ bản và hòa nhập xã hội.

2.1.4. Khái niệm công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc

2.1.4.1. Khái niệm công tác xã hội

Trên thế giới có nhiều khái niệm khác nhau về công tác xã hội và nghề công tác xã hội. Dưới đây là một số khái niệm được đồng ý của các nhà nghiên cứu và những người thực hành công tác xã hội trên thế giới tham khảo, sử dụng.

Tháng 7 năm 2014, Đại hội đồng Hiệp hội Nhân viên Công tác xã hội Quốc tế (IFSW General Meeting) và Đại hội đồng Hiệp hội quốc tế các trường đào tạo công tác

xã hội (IASSW General Assembly) đã thống nhất toàn cầu về định nghĩa nghề công tác xã hội: *Công tác xã hội là một ngành khoa học và là nghề thực hành thúc đẩy nâng cao năng lực, sự tự do, liên kết xã hội, thay đổi xã hội và phát triển. Nguyên tắc chủ đạo của công tác xã hội là tôn trọng sự đa dạng, trách nhiệm tập thể, quyền con người và công bằng xã hội. Trên nền tảng lý thuyết công tác xã hội, khoa học xã hội, kiến thức bản địa và nhân văn, công tác xã hội kết nối nhân dân và tổ chức để bày tỏ những thách thức trong cuộc sống và nâng cao chất lượng cuộc sống.*

Ở Việt Nam, có thể hiểu công tác xã hội là hoạt động chuyên môn được thực hiện dựa trên nền tảng khoa học chuyên ngành nhằm giúp đỡ các đối tượng (cá nhân, nhóm, cộng đồng) giải quyết những vấn đề xã hội mà họ gặp phải khiến cho họ cảm thấy khó khăn trong quá trình thực hiện những chức năng xã hội của mình. Theo Đề án phát triển nghề công tác xã hội Việt Nam giai đoạn 2010- 2020, công tác xã hội là hoạt động mang tính chuyên môn, được thực hiện theo các nguyên tắc và phương pháp riêng nhằm hỗ trợ các cá nhân, gia đình, nhóm xã hội và cộng đồng dân cư trong việc giải quyết các vấn đề của họ. Qua đó, công tác xã hội theo đuổi mục tiêu vì hạnh phúc cho con người và tiến bộ xã hội (Thủ tướng Chính phủ, 2010).

2.1.4.2. Khái niệm dịch vụ công tác xã hội

Theo Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), dịch vụ xã hội là các hoạt động cung cấp dịch vụ, đáp ứng nhu cầu cho các cá nhân, nhóm người nhất định nhằm bảo đảm các giá trị và chuẩn mực xã hội (ILO, 2004).

Trong một số tài liệu đã sử dụng thuật ngữ “dịch vụ công tác xã hội” để chỉ một dạng của dịch vụ xã hội do các nhân viên công tác xã hội cung cấp, các dịch vụ do các trung tâm dịch vụ công tác xã hội cung cấp cho các nhóm yếu thế trong xã hội. Theo tác giả Bùi Thị Xuân Mai (2013), dịch vụ xã hội bao hàm cả dịch vụ công tác xã hội. Dịch vụ công tác xã hội là các dịch vụ trợ giúp xã hội cho những người yếu thế trong xã hội, đặc biệt là cho người khuyết tật, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, người cao tuổi, người già cô đơn không nơi nương tựa, người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS,

người bị bạo lực gia đình, nạn nhân của buôn bán người, người vô gia cư, người nghiện chất, người gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần (Bùi Thị Xuân Mai, 2013).

Từ một khía cạnh khác, tác giả Nguyễn Hải Hữu (2017) đã đề cập: Dịch vụ công tác xã hội là một trong số những dịch vụ quan trọng của hệ thống trợ giúp xã hội. Trợ giúp xã hội bao gồm 3 hợp phần là: trợ cấp thường xuyên (các chương trình trợ cấp tiền mặt), cứu trợ khẩn cấp, và chăm sóc xã hội. Trong chăm sóc xã hội có chăm sóc nuôi dưỡng tại các trung tâm, dịch vụ công tác xã hội và trợ giúp khác (Nguyễn Hải Hữu, 2017; Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng, 2015).

Trong nghiên cứu này các dịch vụ công tác xã hội được đề cập đến là các dịch vụ công tác xã hội với người cao tuổi trong các trung tâm chăm sóc- thuộc hợp phần chăm sóc xã hội, có thể do cơ sở chăm sóc tập trung cung cấp hoặc không. Với quy mô nghiên cứu, đề tài chỉ nhấn mạnh vào các dịch vụ được cung cấp bởi cơ sở chăm sóc tập trung.

Như vậy, có thể hiểu khái niệm dịch vụ công tác xã hội sử dụng trong nghiên cứu này là *các dịch vụ được cung cấp bởi trung tâm cung cấp dịch vụ công tác xã hội và được thực hiện bởi các cán bộ, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội có trình độ chuyên môn. Họ sử dụng những kiến thức, kỹ năng, phương pháp chuyên môn nhằm trợ giúp cá nhân, gia đình và cộng đồng gặp khó khăn nâng cao năng lực, đáp ứng nhu cầu và tăng cường chức năng xã hội để giải quyết những khó khăn đó, vươn lên hòa nhập cộng đồng.*

2.1.4.3. Khái niệm cơ sở chăm sóc tập trung, cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi

Theo Điều 20, khoản 4, Luật Người cao tuổi 39/2009/QH12 (Quốc hội, 2009)

1. Cơ sở chăm sóc người cao tuổi là nơi chăm sóc, nuôi dưỡng, tư vấn hoặc hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho người cao tuổi.

2. Cơ sở chăm sóc người cao tuổi bao gồm:

a) Cơ sở bảo trợ xã hội;

b) Cơ sở tư vấn, dịch vụ chăm sóc người cao tuổi;

c) Cơ sở chăm sóc người cao tuổi khác.

Chính phủ quy định chi tiết việc thành lập và hoạt động của các cơ sở chăm sóc người cao tuổi quy định tại khoản này.

Trong thực tế, có những cơ sở phi chính thức cũng thực hiện chức năng cơ sở các đối tượng yếu thế, bao gồm người cao tuổi như cơ sở tôn giáo từ thiện. Các trung tâm/ cơ sở này chuyên chăm sóc, hỗ trợ, cung cấp dịch vụ cho người cao tuổi có nhu cầu. Trong nghiên cứu này, cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi đề cập đến là các cơ sở bảo trợ xã hội tổng hợp thuộc sự quản lý của nhà nước (gọi chung là cơ sở/ trung tâm công lập) chăm sóc đối tượng là người cao tuổi và cơ sở/ trung tâm dưỡng lão, trung tâm chăm sóc người cao tuổi tư nhân.

Như vậy, cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi là các cơ sở bảo trợ xã hội tổng hợp thuộc sự quản lý của nhà nước (công lập) và tư nhân chăm sóc đối tượng là người cao tuổi mà trong đó, người cao tuổi được sử dụng các dịch vụ nuôi dưỡng, chăm sóc, tư vấn, hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho người cao tuổi tập trung tại các cơ sở chăm sóc.

2.1.4.4. Khái niệm dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc tập trung

Theo Unicef và Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội (2017), các hoạt động của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng gồm: (1) phát hiện sớm; (2) can thiệp khẩn cấp với trường hợp tự sát hay gây hại cho bản thân; (3) xác định và phân tích vấn đề; (4) các hoạt động hỗ trợ chăm sóc tại nhà; (5) hỗ trợ tâm lý, tư vấn thay đổi nhận thức; (6) hỗ trợ vật chất, việc làm; (7) hướng dẫn việc đảm bảo an toàn trong giao tiếp, cung cấp dịch vụ; (8) kết nối chuyển gửi; (9) truyền thông trong chăm sóc sức khỏe tâm thần; (10) giáo dục và chăm sóc sức khỏe tâm thần; (11) biện hộ (UNICEF & Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2017a)

Căn cứ theo Thông tư 02/2018/TT-BLĐTBXH, ngày 27/04/2018, Thông tư Quy định định mức Kinh tế - Kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ trợ giúp xã hội (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2018), các dịch vụ công tác xã hội bao gồm: tư vấn, tham vấn; trị liệu; phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho đối tượng có yêu cầu; trợ giúp pháp lý, hòa giải; vận động nguồn lực; kết nối, chuyển tuyến; sàng lọc và tiếp nhận đối tượng; Đánh giá nhu cầu chăm sóc của đối tượng và lập kế hoạch chăm sóc, trợ giúp đối tượng; phòng ngừa, ngăn chặn đối tượng bị xâm hại, bạo lực, ngược đãi hoặc có nguy cơ rơi vào hoàn cảnh khó khăn khác và can thiệp; hỗ trợ đối tượng hòa nhập cộng đồng; lập hồ sơ quản lý đối tượng; giáo dục xã hội và nâng cao năng lực, kỹ năng sống; phát triển cộng đồng; truyền thông.

Đề tài tổng hợp và xây dựng khái niệm “dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc tập trung” như sau: *Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc tập trung là các dịch vụ do các cơ sở cung cấp dịch vụ công tác xã hội cung cấp và được thực hiện bởi các cán bộ, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội có trình độ chuyên môn nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Họ sử dụng những kiến thức, kỹ năng, phương pháp chuyên môn nhằm trợ giúp người cao tuổi có khó khăn nâng cao năng lực, đáp ứng nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần và tăng cường chức năng xã hội để giải quyết những khó khăn về chăm sóc sức khỏe tâm thần, vươn lên hòa nhập cộng đồng. Với chức năng của công tác xã hội, các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi chủ yếu tập trung vào phòng ngừa, hỗ trợ sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng cho các rối loạn tâm thần hay vấn đề về sức khỏe tâm thần khác của người cao tuổi.*

Từ khái niệm “dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung”, căn cứ phạm vi nghiên cứu của đề tài tập trung tìm hiểu và phân tích nhu cầu dịch vụ công tác xã hội trong phòng ngừa, sàng lọc và điều trị một số vấn đề sức khỏe tâm thần thường hay gặp ở người cao tuổi như trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ; căn cứ vào danh sách các dịch vụ công tác xã hội

trong chăm sóc sức khỏe tâm thần phạm vi nghiên cứu được đưa ra theo Thông tư 02/2018/TT-BLĐTBXH, ngày 27/04/2018, Thông tư Quy định định mức Kinh tế - Kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ trợ giúp xã hội (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2018), đề tài xác định các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc gồm:

- (1) Tham vấn, tư vấn thông tin,
- (2) Hướng dẫn thủ tục và hỗ trợ kết nối, chuyển tuyến cho sàng lọc, khám và điều trị vấn đề sức khỏe tâm thần, phục hồi chức năng,
- (3) Theo dõi và hỗ trợ quá trình chăm sóc và điều trị sức khỏe tâm thần tại cơ sở.

2.1.5. Khái niệm nhu cầu, nhu cầu tiếp cận và sử dụng

2.1.5.1. Khái niệm nhu cầu

Có nhiều quan điểm khác nhau về nhu cầu, theo quan điểm triết học Mác – Lênin *“nhu cầu là những đòi hỏi khách quan của mỗi con người trong những điều kiện nhất định đảm bảo cho sự phát triển của mình”*. Như vậy, nhu cầu là sự đòi hỏi tất yếu của con người đảm bảo cho sự tồn tại và phát triển của con người, nhu cầu xuất hiện trong những điều kiện nhất định, trong mỗi giai đoạn phát triển của loài người. Nhu cầu là nguyên nhân khởi đầu cho các hoạt động khác nhau của con người (Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2003).

Khái niệm nhu cầu trong Từ điển tâm lý học của Viện tâm lý học Việt Nam do Vũ Dũng chủ biên định nghĩa nhu cầu là trạng thái của cá nhân, xuất phát từ chỗ nhận thấy cần những đối tượng cần thiết cho sự tồn tại và phát triển của mình và đó là nguồn gốc tính tích cực của cá nhân (Vũ Dũng, 2008).

Quan niệm của tất cả các nhà tâm lý học ở Việt Nam về nhu cầu thể hiện trong bộ sách Tâm lý học do tập thể các nhà tâm lý học đầu ngành của Việt nam biên soạn như: Phạm Minh Hạc, Phạm Hoàng Gia, Hồ Ngọc Đại, Trần Trọng Thủy, Trương Anh Tuấn, Nguyễn Thị Tuyết Ánh, Đặng Xuân Hoài, Lê Văn hồng, Nguyễn Quang Uẩn, Lê Khanh.... Dù mỗi tác giả có một cách lập luận khác nhau, nhưng tất cả đều

có chung một quan điểm là: nhu cầu được hiểu là sự biểu hiện mối quan hệ tích cực của các cá nhân đối với hoàn cảnh, là sự đòi hỏi tất yếu mà con người thấy cần được thỏa mãn để tồn tại và phát triển (Phạm Minh Hạc và cộng sự, 1995).

Từ những lập luận ở trên cho thấy có nhiều lý thuyết và quan điểm nghiên cứu về nhu cầu khác nhau. Mỗi định nghĩa về nhu cầu đều có những đặc điểm riêng, song có thể nhận định khái quát như sau: *Nhu cầu là sự đòi hỏi, mong muốn của chủ thể về một đối tượng nào đó, cần được thỏa mãn để con người có thể tồn tại và phát triển. Nhu cầu là nguồn gốc tích cực thúc đẩy con người chủ động hoạt động. Nhu cầu được xem xét qua ba khía cạnh chính: ý định, ý muốn và ý hướng.*

Ý muốn: là sự khao khát hoặc mong muốn của một cá nhân đối với một cái gì đó mà họ tin rằng sẽ mang lại sự hài lòng hoặc giải quyết một nhu cầu cụ thể. Ý muốn có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý như động cơ, giá trị cá nhân và kinh nghiệm quá khứ (Abraham Maslow, 1943). Ý muốn không chỉ phản ánh những gì một cá nhân hy vọng đạt được, mà còn cho thấy mức độ quan trọng của những mục tiêu đó đối với họ. Ví dụ, một người cao tuổi có thể mong muốn tham gia các buổi trị liệu tâm lý để cảm thấy được lắng nghe và giảm bớt sự cô đơn. Ý muốn này có thể bắt nguồn từ nhu cầu về tình cảm và sự ủng hộ từ cộng đồng.

Ý định: được hiểu là kế hoạch hoặc mục tiêu cụ thể mà một cá nhân đặt ra để đạt được trong tương lai. Ý định thường được hình thành dựa trên nhu cầu cơ bản của cá nhân và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như hoàn cảnh cá nhân, sự hiện diện của các nguồn lực và các trở ngại tiềm tàng (Ajzen, 1991). Ý định thường được coi là một dự báo mạnh mẽ về hành vi, vì nó phản ánh mức độ cam kết của một cá nhân đối với một hành động cụ thể. Ví dụ, một người cao tuổi có thể có ý định tham gia các hoạt động xã hội tại cơ sở chăm sóc tập trung để cải thiện sức khỏe tâm thần của mình. Ý định này có thể được thúc đẩy bởi nhu cầu kết nối xã hội và cảm giác an toàn trong môi trường chăm sóc.

Ý hướng: là sự chuẩn bị và quyết định thực hiện một hành động cụ thể để đạt được mục tiêu đã đề ra. Ý hướng thể hiện sự sẵn sàng và khả năng của cá nhân trong

việc chuyển từ mong muốn sang hành động thực tế (Sheeran, 2002). Ý hướng thường được coi là bước cuối cùng trước khi thực hiện hành vi, và nó có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như niềm tin về hiệu quả bản thân và sự hỗ trợ xã hội. Ví dụ, một người cao tuổi có thể có ý hướng tham gia các hoạt động thể dục tại cơ sở chăm sóc tập trung nếu họ tin rằng những hoạt động này sẽ cải thiện sức khỏe tâm thần và thể chất của họ, đồng thời nhận được sự hỗ trợ từ nhân viên chăm sóc/ nhân viên công tác xã hội hỗ trợ.

2.1.5.2. Khái niệm nhu cầu tiếp cận và sử dụng

Khái niệm "nhu cầu tiếp cận và sử dụng" trong ngữ cảnh các dịch vụ công tác xã hội, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe tâm thần, đề cập đến hai khía cạnh chính: khả năng tiếp cận (accessibility) và mức độ sử dụng (utilization) của dịch vụ công tác xã hội. Ở phần sau, đề tài sẽ thao tác hóa cụ thể về khái niệm dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nhu cầu tiếp cận: Là mong muốn của các cá nhân hoặc nhóm để tiếp cận các dịch vụ hoặc nguồn lực họ cần để đáp ứng các nhu cầu sức khỏe, xã hội hoặc tâm lý. Nhu cầu tiếp cận bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như vị trí địa lý, phương tiện giao thông, chi phí dịch vụ, và các rào cản văn hóa hoặc ngôn ngữ,... (Gulliford, M. và cộng sự, 2002)

Thực trạng sử dụng dịch vụ: Đề cập đến mức độ mà các cá nhân hoặc nhóm mong muốn sử dụng các dịch vụ hoặc nguồn lực mà họ đã tiếp cận được để đáp ứng nhu cầu cụ thể. Điều này bao gồm tần suất và mức độ tích cực của việc sử dụng dịch vụ, cũng như kết quả và sự hài lòng của người sử dụng (Andersen, 1995).

2.1.6. Khái niệm nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi

Không có khái niệm riêng về “nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi”. Qua các khái niệm đơn lẻ đã được thao tác hóa phía trên, đề tài đưa ra khái niệm “nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi” như sau:

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi là những đòi hỏi, mong muốn cần được thỏa mãn về chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi. Những đòi hỏi này thể hiện trong ý định, ý muốn, ý hướng của người cao tuổi đối với việc phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần. Qua đó giúp người cao tuổi thực hiện đầy đủ và hoàn chỉnh các chức năng sống của bản thân, để hòa nhập vào cuộc sống, đạt được an sinh toàn diện (well-being) và chất lượng cuộc sống cơ bản.

2.1.7. Khái niệm nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc

Đề tài tổng hợp, xây dựng khái niệm “nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc”: là những đòi hỏi, mong muốn của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung về việc từng bước được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ được cung cấp bởi các cơ sở chăm sóc tập trung cung cấp và được thực hiện bởi các cán bộ, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội có trình độ chuyên môn nhằm chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Điều này thể hiện ở ý định, ý muốn, ý hướng của người cao tuổi đối với việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp tại cơ sở chăm sóc tập trung, để phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng; được đo bởi các thang đo mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng với các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần. Qua đó giúp người cao tuổi thực hiện đầy đủ và hoàn chỉnh các chức năng sống của bản thân, để hòa nhập vào cuộc sống, đạt được an sinh toàn diện (well-being) và chất lượng cuộc sống cơ bản.

Căn cứ vào các khái niệm trên và danh sách các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần phạm vi nghiên cứu được đưa ra theo Thông tư 02/2018/TT-BLĐTBXH, ngày 27/04/2018, Thông tư Quy định định mức Kinh tế - Kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ trợ giúp xã hội (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2018), người cao tuổi có nhu cầu dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc

sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc, bao gồm nhiều dịch vụ như tư vấn, tham vấn; trị liệu, điều trị; phục hồi chức năng; trợ giúp pháp lý, tư vấn chính sách; vận động nguồn lực; kết nối; sàng lọc; giáo dục và nâng cao năng lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Trong phạm vi đề tài tập trung tìm hiểu và phân tích nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần nhìn từ góc độ người cao tuổi trong phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng một số vấn đề sức khỏe tâm thần thường hay gặp ở người cao tuổi như căng thẳng, trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ. Trong đó, đề tài tập trung vào tìm hiểu nhu cầu của người cao tuổi ở 03 nhóm dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần được cơ sở chăm sóc tập trung cung cấp, gồm:

- (1) Tham vấn, tư vấn thông tin,
- (2) Hướng dẫn thủ tục và hỗ trợ kết nối, chuyển tuyến cho sàng lọc, khám và điều trị vấn đề sức khỏe tâm thần, phục hồi chức năng,
- (3) Theo dõi và hỗ trợ quá trình chăm sóc và điều trị sức khỏe tâm thần tại cơ sở.

2.2. Cơ sở pháp lý về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

2.2.1. Quan điểm, chủ trương của Đảng, pháp luật của Nhà nước về hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Đảng và Nhà nước cam kết thực hiện các văn bản quốc tế về hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi như Tuyên bố về quyền của những người khuyết tật về tâm thần 1971 (Đại hội đồng Liên hợp quốc, 1971), Tuyên ngôn về quyền của người khuyết tật 1975 (Đại hội đồng Liên hợp quốc, 1975), Công ước quốc tế về quyền của người khuyết tật 2007 (Đại hội đồng Liên hợp quốc, 2007)...

Cơ sở Hiến pháp và luật pháp chung

Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (sửa đổi năm 2013) là cơ sở pháp lý nền tảng, trong đó khẳng định các quyền con người, quyền công dân về chính trị, dân sự, kinh tế, văn hóa, xã hội được công nhận, tôn trọng, bảo vệ, bảo đảm

theo Hiến pháp và pháp luật (Điều 14 Khoản 1). Người cao tuổi được Nhà nước, gia đình và xã hội tôn trọng, chăm sóc và phát huy vai trò trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc (Điều 37 Khoản 3). Mọi người có quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế (Điều 38 Khoản 1). Nhà nước cam kết tạo bình đẳng về cơ hội để công dân thụ hưởng phúc lợi xã hội, phát triển hệ thống an sinh xã hội, có chính sách trợ giúp người cao tuổi, người khuyết tật, người nghèo và người có hoàn cảnh khó khăn khác (Điều 59 Khoản 2) (Quốc hội, 2013).

Các văn bản luật cụ thể hóa quan điểm này bao gồm:

Pháp lệnh Người cao tuổi năm 2000: Đây là cơ sở pháp lý đầu tiên hướng dẫn các chế độ chăm sóc người cao tuổi, nhấn mạnh trách nhiệm của gia đình, nhà nước và các tổ chức xã hội. Điều 4 của Pháp lệnh quy định Nhà nước có chính sách phù hợp về chăm sóc sức khỏe, cải thiện đời sống vật chất, tinh thần, tạo điều kiện để người cao tuổi sống khỏe, sống vui, sống có ích (Ủy ban thường vụ quốc hội, 2000); Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12 đề cập đến quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi, trong đó có việc đảm bảo nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Chương II của Luật dành riêng Mục 2 cho nội dung Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (Quốc hội, 2009), Văn bản hợp nhất 23/VBHN-VPQH năm 2026- Luật Người cao tuổi (Quốc hội, 2026a); Luật người khuyết tật số 51/2010/QH12 (Quốc hội, 2010), Văn bản hợp nhất số 24/VBHN-VPQH của Văn phòng Quốc hội- Luật Người khuyết tật (Quốc hội, 2026b).

Các chiến lược và chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và già hóa dân số

Quan điểm của Chính phủ về tầm quan trọng của sức khỏe nhân dân, bao gồm sức khỏe tâm thần, được thể hiện qua nhiều chiến lược giai đoạn:

Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011- 2020, tầm nhìn đến năm 2030: Mục tiêu cụ thể số 2 của Chiến lược là “Tăng cường chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi”. Giải pháp chủ yếu bao gồm triển khai

quản lý bệnh không lây nhiễm gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng (Thủ tướng Chính phủ, 2013, tr 5).

Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011- 2020 (Đề án 1215) và tiếp nối là Đề án 1929 (giai đoạn 2021– 2030): Các đề án này tập trung huy động sự tham gia của xã hội, nhất là gia đình, cộng đồng để trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần và người rối nhiễu tâm trí (Thủ tướng Chính phủ, 2011, 2020d). Mặc dù không xuất hiện cụm từ “người cao tuổi”, đối tượng hướng đến trong cả hai đề án đều bao gồm người cao tuổi có những rối nhiễu tâm trí hay có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhấn mạnh mục tiêu sàng lọc, phát hiện và hỗ trợ can thiệp, phòng ngừa người rối nhiễu tâm trí.

Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030 (Quyết định số 1679/QĐ-TTg): Mục tiêu số 8 đề cập đến việc thích ứng với già hóa dân số, đẩy mạnh chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Nỗ lực đạt 100% người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế, được quản lý sức khỏe, khám, chữa bệnh, chăm sóc tại gia đình, cộng đồng, cơ sở chăm sóc tập trung (Thủ tướng Chính phủ, 2019).

Chương trình Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030 (Quyết định số 1579/ QĐ-TTg) đặc biệt chú trọng đến các bệnh không lây nhiễm, bao gồm cả việc phát hiện, điều trị, quản lý sa sút trí tuệ cho người cao tuổi đạt 90% vào năm 2030 (Mục tiêu cụ thể số 3) (Thủ tướng Chính phủ, 2020c).

Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021-2030 (Quyết định số 2156/QĐ-TTg) có mục tiêu chung là tăng cường sức khỏe về thể chất và tinh thần, phòng chống ngược đãi người cao tuổi; nâng cao chất lượng mạng lưới y tế chăm sóc sức khỏe. Nhiệm vụ và giải pháp chính bao gồm trợ giúp y tế, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; phát triển mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội cung cấp dịch vụ chăm sóc, phục hồi chức năng (Thủ tướng Chính phủ, 2021c).

Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025 (Quyết định số 155/QĐ-TTg) yêu cầu tổ chức các

chương trình, hoạt động sàng lọc, kiểm tra sức khỏe tại cộng đồng và khám quản lý sức khỏe cho người cao tuổi (Thủ tướng Chính phủ, 2022).

2.2.2. Hệ thống chính sách, pháp luật gần đây của Đảng, Nhà nước về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Công tác xã hội là một ngành khoa học ứng dụng, hướng tới hỗ trợ cá nhân, nhóm, gia đình, cộng đồng, đảm bảo an sinh xã hội. Trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, có những văn bản Luật, văn bản dưới Luật, văn bản quy phạm pháp luật đề cập và quy định. Hệ thống chính sách, pháp luật gần đây của Đảng và Nhà nước Việt Nam về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi thể hiện sự chuyển đổi từ nhận thức sang hành động nhằm chuyên nghiệp hóa ngành nghề và lồng ghép dịch vụ hỗ trợ tâm lý - xã hội vào hệ thống an sinh xã hội.

Quan điểm về công tác xã hội và trợ giúp xã hội

Nghị quyết số 20-NQ/TW (Khóa XII) về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, đề cập đến nhiệm vụ quan tâm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, phát triển các mô hình chăm sóc phù hợp và yêu cầu đẩy mạnh xã hội hóa, miễn, giảm thuế cho các cơ sở hoạt động không vì lợi nhuận (Ban chấp hành TW Đảng, 2017, tr 20).

Nghị định số 20/2021/NĐ-CP quy định chính sách trợ giúp xã hội, xác định người cao tuổi là một trong những đối tượng được trợ giúp xã hội thường xuyên, và yêu cầu cần quan tâm chăm sóc, nuôi dưỡng, bảo đảm an toàn và chữa trị những tổn thương về thân thể hoặc tinh thần cho đối tượng kịp thời (Thủ tướng Chính phủ, 2021a, tr 20).

Thông tư số 51/TT-BYT của Bộ Y tế thay thế Thông tư số 43, quy định về thực hiện công tác xã hội trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Bộ Y tế, 2024).

Quyết định số 966/QĐ-TTg ngày 17/8/2023 phê duyệt quy hoạch mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050, quy hoạch các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc người cao tuổi và cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí. Quan điểm lập quy hoạch là phù hợp với đặc điểm từng vùng lãnh thổ, cơ cấu dân số và số lượng người dân có nhu cầu trợ giúp xã hội; đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa và huy động nguồn lực xã

hội để nâng cao mức sống vật chất, tinh thần của đối tượng (Thủ tướng Chính phủ, 2023).

Các quy định chi tiết về cung cấp dịch vụ

Nghị định 103/2017/NĐ-CP quy định một trong những dạng cơ sở bảo trợ xã hội có thể là công lập hoặc ngoài công lập, được thành lập nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh, điều dưỡng cho người cao tuổi; và chăm sóc đời sống tinh thần cho người cao tuổi (Chủ tịch nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, 2017).

Thông tư số 33/2017/TT-BLĐTBXH quy định định mức nhân viên chăm sóc người cao tuổi: 01 nhân viên chăm sóc phụ trách tối đa 10 người cao tuổi còn tự phục vụ được hoặc tối đa 04 người cao tuổi không tự phục vụ được (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2017).

Thông tư số 02/2018/TT-BLĐTBXH quy định định mức phục vụ đối với nhân viên khi cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn cho đối tượng bảo trợ xã hội là người cao tuổi không tự phục vụ được, với định mức mỗi nhân viên hỗ trợ 4 đối tượng (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2018). Nghị định số 110/2024/NĐ-CP ngày 30/8/2024 về Công tác xã hội quy định quyền, nghĩa vụ của đối tượng và người hành nghề công tác xã hội, điều kiện đăng ký thực hành nghề công tác xã hội, thực hành nghề công tác xã hội.

Thông tư số 26/2022/TT-BLĐTBXH quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp và xếp lương viên chức Công tác xã hội, trong đó yêu cầu người thực hiện các chức danh này cần có đủ kiến thức, kỹ năng để sàng lọc, phân loại và tiếp nhận đối tượng; đánh giá tâm sinh lý, tình trạng sức khỏe, nhân thân và các nhu cầu của đối tượng; tư vấn, tham vấn, trị liệu, phục hồi chức năng, qua đó gián tiếp hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2022).

Tóm lại, Chính phủ Việt Nam thể hiện sự quan tâm lớn đối với việc thích ứng với già hóa dân số, với trọng tâm là chăm sóc sức khỏe, bao gồm sức khỏe tâm thần, cho người cao tuổi. Các văn bản pháp luật và chiến lược gần đây đã tăng cường yêu

cầu về bao phủ bảo hiểm y tế, quản lý bệnh không lây nhiễm (bao gồm sa sút trí tuệ), phát triển mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội, và chuyên nghiệp hóa nghề Công tác xã hội để cung cấp các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, tinh thần toàn diện và liên tục.

Quan điểm chủ trương về phát triển công tác xã hội và hỗ trợ tinh thần

Quan điểm của Đảng và Nhà nước xác định công tác xã hội là một ngành khoa học ứng dụng, hướng tới hỗ trợ cá nhân, nhóm, gia đình, cộng đồng, và đảm bảo an sinh xã hội.

Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020, với mục tiêu phát triển công tác xã hội trở thành một nghề chuyên nghiệp ở Việt Nam, nâng cao nhận thức xã hội, và xây dựng đội ngũ cán bộ, viên chức đủ số lượng và chất lượng, góp phần xây dựng hệ thống an sinh xã hội tiên tiến (Thủ tướng Chính phủ, 2010).

Tiếp nối, Quyết định số 112/QĐ-TTg (giai đoạn 2021-2030) tiếp tục đẩy mạnh phát triển công tác xã hội tại các cấp, nhấn mạnh việc đẩy mạnh xã hội hóa và nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trên các lĩnh vực để đáp ứng nhu cầu của người dân, bao gồm cả người cao tuổi. Nghị định số 110/2024/NĐ-CP ngày 30/8/2024 về Công tác xã hội quy định quyền, nghĩa vụ của đối tượng và người hành nghề công tác xã hội, điều kiện đăng ký thực hành nghề công tác xã hội, thực hành nghề công tác xã hội.

Nghị quyết số 20-NQ/TW cũng đề cập đến nhiệm vụ quan tâm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, phát triển các mô hình chăm sóc phù hợp, và yêu cầu đẩy mạnh xã hội hóa, miễn giảm thuế cho các cơ sở hoạt động không vì lợi nhuận (Thủ tướng Chính phủ, 2021b).

Nghị quyết số 136/NQ-CP về phát triển bền vững khẳng định con người là trung tâm, cam kết không để ai bị bỏ lại phía sau, bao gồm người cao tuổi và người khuyết tật, với mục tiêu bảo đảm cuộc sống khỏe mạnh và tăng cường phúc lợi cho mọi người ở mọi lứa tuổi (Thủ tướng Chính phủ, 2020a).

Lồng ghép công tác xã hội vào chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Các văn bản pháp luật gần đây đã xác định rõ vai trò của công tác xã hội trong việc hỗ trợ tâm lý và phục hồi chức năng, bao gồm cả nhóm người cao tuổi có rối nhiễu tâm trí.

Chăm sóc người tâm thần và rối nhiễu tâm trí: Đề án 1215 (giai đoạn 2011-2020) và tiếp nối là Đề án 1929 (giai đoạn 2021–2030) tập trung huy động sự tham gia của xã hội, gia đình, cộng đồng để trợ giúp về vật chất, tinh thần, và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí. Mặc dù không trực tiếp nêu cụm từ "người cao tuổi," nhưng đối tượng hướng đến trong cả hai đề án đều bao gồm người cao tuổi có những vấn đề về sức khỏe tâm thần (Thủ tướng Chính phủ, 2011, 2020d).

Vai trò của công tác xã hội trong cơ sở trợ giúp xã hội

Thông tư 09/2013/TTLT-BLĐTBXH-BNV quy định trung tâm cung cấp dịch vụ công tác xã hội công lập phục vụ người cao tuổi, người khuyết tật, người tâm thần và người rối nhiễu tâm trí. Nhiệm vụ của trung tâm bao gồm tham vấn, trị liệu rối nhiễu tâm trí, khủng hoảng tâm lý và phục hồi thể chất (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội & Bộ Nội vụ, 2013).

Nghị định 20/2021/NĐ-CP quy định người cao tuổi là đối tượng trợ giúp xã hội thường xuyên. Nghị định yêu cầu cần quan tâm chăm sóc, nuôi dưỡng, bảo đảm an toàn và chữa trị những tổn thương về thân thể hoặc tinh thần cho đối tượng kịp thời. Điều này ám chỉ việc triển khai các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi (Thủ tướng Chính phủ, 2021a).

Nghị định 103/2017/NĐ-CP quy định các cơ sở bảo trợ xã hội (công lập hoặc ngoài công lập) có mục đích Chăm sóc đời sống tinh thần cho người cao tuổi, ngoài việc chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh (Chủ tịch nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, 2017).

Thông tư số 43/2015/TT-BYT và sau đó Thông tư số 51/TT-BYT của Bộ Y tế ra đời thay thế Thông tư số 43 quy định nhiệm vụ của công tác xã hội trong bệnh viện, bao gồm hỗ trợ về tâm lý, xã hội, tư vấn pháp lý, giám định pháp y và pháp y tâm thần (Bộ Y tế, 2015, 2024).

Các văn bản gần đây cũng tập trung xây dựng cơ sở hạ tầng và tiêu chuẩn chuyên môn để đảm bảo chất lượng dịch vụ:

Quy hoạch mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội

Quyết định số 542/QĐ-TTg (2020) và tiếp theo là Quyết định số 966/QĐ-TTg (2023) phê duyệt quy hoạch mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội. Các cơ sở này bao gồm cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc người cao tuổi và cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí (Thủ tướng Chính phủ, 2020b, 2023). Quan điểm lập quy hoạch là đẩy mạnh xã hội hóa và huy động nguồn lực xã hội, nhằm nâng cao mức sống vật chất, tinh thần của đối tượng. Đến năm 2030, mục tiêu là có tối thiểu 90 cơ sở chăm sóc người cao tuổi và tối thiểu 94 cơ sở chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí.

Định mức nhân viên và dịch vụ

Thông tư số 33/2017/TT-BLĐTBXH quy định định mức nhân viên chăm sóc người cao tuổi (01 nhân viên phụ trách tối đa 10 người cao tuổi còn tự phục vụ được hoặc tối đa 04 người cao tuổi không tự phục vụ được) và định mức nhân viên chăm sóc người tâm thần (01 nhân viên phụ trách tối đa 02 người đặc biệt nặng hoặc tối đa 04 người tâm thần nặng) (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2017).

Thông tư số 02/2018/TT-BLĐTBXH quy định định mức phục vụ khi cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn cho đối tượng bảo trợ xã hội là người cao tuổi không tự phục vụ được, với định mức mỗi nhân viên hỗ trợ 4 đối tượng (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2018).

Tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp công tác xã hội

Thông tư số 26/2022/TT-BLĐTBXH quy định tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức công tác xã hội. Thông tư này yêu cầu người thực hiện các chức danh công tác xã hội viên chính, công tác xã hội viên và nhân viên công tác xã hội cần có đủ kỹ năng, kiến thức để sàng lọc, phân loại, đánh giá tâm sinh lý, tình trạng sức khỏe, và thực hiện tư vấn, tham vấn, trị liệu, phục hồi chức năng cho đối tượng. Điều này gián tiếp đảm bảo rằng nhân lực công tác xã hội phải có đủ năng lực để hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2022).

Như vậy, có thể thấy trước đây, các dịch vụ tại cơ sở tập trung chủ yếu vào quản lý, nuôi dưỡng và chăm sóc y tế cơ bản cho người cao tuổi có hoàn cảnh khó khăn. Hiện nay, các chính sách như Nghị quyết 20-NQ/TW và Quyết định 1579/QĐ-TTg đã đặt trọng tâm vào việc thích ứng với già hóa dân số thông qua quản lý các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là mục tiêu điều trị và quản lý sa sút trí tuệ đạt 90% vào năm 2030 (Ban chấp hành TW Đảng, 2017, tr 20; Thủ tướng Chính phủ, 2020).

Thay vì chỉ hỗ trợ sinh hoạt, các văn bản mới đã xác định rõ vai trò của nhân viên công tác xã hội trong việc hỗ trợ tâm lý, tham vấn và trị liệu cho người cao tuổi có rối nhiễu tâm trí. Nghị định 20/2021/NĐ-CP yêu cầu phải chữa trị những tổn thương về cả thân thể lẫn tinh thần cho đối tượng kịp thời (Thủ tướng Chính phủ, 2021, tr 20).

Chính sách hiện tại chuyển dịch từ việc dùng nhân viên chăm sóc kiêm nhiệm sang yêu cầu đội ngũ công tác xã hội có trình độ chuyên môn để sàng lọc, phân loại và tiếp nhận đối tượng theo tình trạng sức khỏe tâm thần. Các cơ sở trợ giúp xã hội được quy hoạch theo hướng không chỉ nuôi dưỡng mà còn phải có chức năng phục hồi chức năng tâm thần chuyên sâu.

Sự chuyển dịch chính sách cho thấy sự thừa nhận của Nhà nước rằng việc đáp ứng nhu cầu thể chất là chưa đủ; cần một hệ sinh thái chăm sóc chuyên sâu về sức

khỏe tâm thần do đội ngũ công tác xã hội chuyên nghiệp thực hiện để đảm bảo an sinh toàn diện cho người cao tuổi.

2.3. Các lý thuyết tiếp cận

2.3.1. Lý thuyết hệ thống sinh thái

Lý thuyết hệ thống sinh thái (Ecological Systems Theory) được phát triển bởi Urie Bronfenbrenner vào những năm 1970, ban đầu tập trung vào sự phát triển của trẻ em nhưng sau đó được mở rộng áp dụng cho toàn bộ vòng đời con người (Jamir Singh P. S. & Azman A., 2022) là một khuôn khổ lý thuyết quan trọng trong lĩnh vực công tác xã hội. Lý thuyết này, còn được gọi là thuyết phát triển trong bối cảnh hoặc mô hình Con người trong môi trường xã hội (Person-In-Environment), nhấn mạnh sự tương tác qua lại giữa cá nhân và các hệ thống môi trường xung quanh. Lý thuyết này định nghĩa con người như một thành phần của hệ thống mở, tương tác liên tục với nhiều hệ con và môi trường xung quanh. Các hệ thống này bao gồm gia đình, nhóm xã hội, tổ chức, thể chế, văn hóa và các yếu tố môi trường xã hội rộng lớn hơn.

Nguyên lý cốt lõi của lý thuyết bao gồm: (i) Tương tác liên hệ- hành vi và phát triển cá nhân là kết quả của tương tác giữa cá nhân và môi trường; (ii) Tính toàn vẹn hệ thống- thay đổi ở một phần hệ thống sẽ ảnh hưởng đến các phần khác; (iii) Mục tiêu can thiệp- tập trung thay đổi hệ thống chứ không chỉ cá nhân để đạt hiệu quả bền vững.

Mô hình bốn tầng của Bronfenbrenner:

- Hệ vi mô (Microsystem): môi trường gần gũi có tương tác trực tiếp với cá nhân như gia đình, bạn bè, nhân viên chăm sóc tại cơ sở chăm sóc tập trung. Chất lượng các mối quan hệ này ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tâm thần và khả năng thích ứng.

- Hệ tương tác (Mesosystem): mối liên kết giữa các hệ vi mô, ví dụ sự phối hợp giữa gia đình và nhân viên chăm sóc, giữa dịch vụ y tế và xã hội. Hiệu quả phối hợp quyết định chất lượng và tính liên tục của chăm sóc.

- Hệ ngoại vi (Exosystem): các yếu tố xã hội mà cá nhân không tham gia trực tiếp nhưng ảnh hưởng gián tiếp, như chính sách cơ sở chăm sóc tập trung, bảo hiểm y tế, quyết định của cơ quan quản lý.

- Hệ vĩ mô (Macrosystem): các yếu tố văn hóa, xã hội và chính sách quốc gia. Ở Việt Nam, yếu tố văn hóa truyền thống hiếu đạo và quan niệm xã hội về già hóa, bệnh tâm thần có ảnh hưởng lớn.

Lý thuyết hệ thống sinh thái cung cấp khung lý thuyết toàn diện để nghiên cứu và can thiệp trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các trung tâm chăm sóc tập trung. Bằng việc phân tích các tương tác đa tầng giữa cá nhân và môi trường, lý thuyết này giúp làm rõ sự phức tạp của vấn đề, định hướng thiết kế can thiệp hiệu quả, đồng thời đánh giá kết quả một cách toàn diện. Cụ thể như sau:

(1) Khung phân tích hệ thống: Lý thuyết hệ thống sinh thái cung cấp khung phân tích đa cấp độ để hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu và khả năng tiếp cận dịch vụ công tác xã hội của người cao tuổi. Phân tích này bao gồm: (i) cấp độ cá nhân- tình trạng sức khỏe, khả năng nhận thức, kinh nghiệm sống; (ii) cấp độ quan hệ- mạng lưới hỗ trợ gia đình, xã hội; (iii) cấp độ tổ chức- năng lực và quy trình trung tâm chăm sóc; (iv) cấp độ cộng đồng- nguồn lực và thái độ cộng đồng địa phương; (v) cấp độ chính sách- khung pháp lý và tài chính hỗ trợ.

(2) Công cụ thực hành: Một số công cụ quan trọng giúp nhân viên công tác xã hội áp dụng lý thuyết hệ thống sinh thái bao gồm Eco-map và phân tích hệ thống. Eco-map là công cụ trực quan để xác định mối quan hệ, nguồn lực, khoảng trống hỗ trợ và lập kế hoạch can thiệp. Ngoài ra, phân tích hệ thống giúp trả lời ba câu hỏi: Ai là đối tượng cần hỗ trợ? Hệ thống nào cần thay đổi? Ai có thể tạo ra thay đổi?

(3) Ứng dụng trong lập kế hoạch và can thiệp đa tầng: Dựa trên lý thuyết hệ thống sinh thái, can thiệp có thể được thiết kế ở nhiều tầng. Ở tầng vi mô: tham vấn cá nhân, liệu pháp nhóm, hỗ trợ gia đình. Ở tầng meso: cải thiện phối hợp giữa dịch vụ, phát triển mạng lưới hỗ trợ cộng đồng. Ở tầng exo và macro: vận động chính sách, nâng cao nhận thức cộng đồng, cải thiện hệ thống tài chính hỗ trợ.

(4) Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ. Nghiên cứu chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng ở nhiều tầng. Ở vi mô: tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm và thái độ đối với bệnh tâm thần, khả năng tài chính cá nhân, sự hỗ trợ hoặc rào cản từ gia đình (Nguyễn Tấn Lợi và cộng sự, 2022). Ở meso và exo: năng lực tổ chức dịch vụ, nguồn nhân lực, quy trình chăm sóc, phối hợp liên ngành, rào cản địa lý và công nghệ (Smith L., 2020). Ở macro: chính sách bảo hiểm y tế, chính sách chăm sóc dài hạn, nguồn ngân sách công, cùng yếu tố văn hóa xã hội như hiểu đạo và kỳ thị bệnh tâm thần (Chen L. & Wu J., 2024).

(5) Mô hình can thiệp và đánh giá hiệu quả: Ứng dụng lý thuyết hệ thống sinh thái trong thiết kế mô hình can thiệp đòi hỏi tiếp cận đa tầng, phù hợp bối cảnh văn hóa và sự tham gia của các bên liên quan (Furst M. A. và cộng sự, 2021). Các thành phần gồm: (i) cá nhân và gia đình- đánh giá nhu cầu, tư vấn, liệu pháp tâm lý, nhóm hỗ trợ; (ii) tổ chức- đào tạo nhân viên, cải thiện quy trình phối hợp, môi trường thân thiện, hệ thống thông tin quản lý ca bệnh; (iii) cộng đồng và chính sách- giáo dục cộng đồng, vận động chính sách, phát triển mạng lưới dịch vụ. Đánh giá hiệu quả cần đa chiều: kết quả lâm sàng, chất lượng quan hệ xã hội, mức độ sử dụng dịch vụ, hiệu quả hệ thống (Mukherjee N., 2024). Phương pháp đánh giá kết hợp định lượng, định tính, với thang đo chuẩn hóa, phỏng vấn, quan sát và phân tích dữ liệu hành chính (Cristina Vert và cộng sự, 2024).

Như vậy, có thể thấy rằng việc đánh giá hệ sinh thái các mối quan hệ của người cao tuổi với môi trường xung quanh là nhiệm vụ thiết yếu trong quá trình xây dựng và cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp. Việc ứng dụng lý thuyết này trong bối cảnh Việt Nam có ý nghĩa khoa học và thực tiễn, góp phần phát triển hệ thống dịch vụ công tác xã hội phù hợp với văn hóa và nhu cầu ngày càng gia tăng của người cao tuổi trong xã hội già hóa. Để nâng cao chất lượng chăm sóc tại các trung tâm, cần thiết lập một cách hiệu quả các mối liên kết giữa các tiểu hệ thống, xác định các yếu tố tác động trực tiếp và gián tiếp, đồng thời phát huy các điểm mạnh và hạn chế tối đa những ảnh hưởng tiêu cực từ môi trường. Điều này góp phần bảo đảm người cao

tuổi được sống trong một môi trường hỗ trợ, an toàn và có khả năng thúc đẩy sức khỏe tâm thần bền vững.

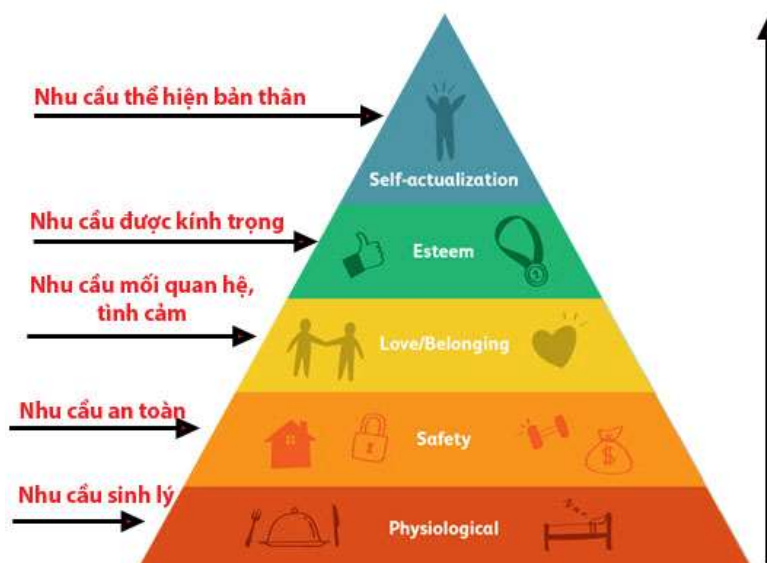
2.3.2. Lý thuyết nhu cầu

Theo Maslow, nhu cầu của con người được chia làm hai nhóm chính: nhu cầu cơ bản (*basic needs*) và nhu cầu bậc cao (*meta needs*) (Abraham Maslow, 1943). Nhu cầu cơ bản liên quan đến các yếu tố thể lý của con người như mong muốn có đủ thức ăn, nước uống, được ngủ nghỉ... Những nhu cầu cơ bản này đều là các nhu cầu không thể thiếu hụt vì nếu con người không được đáp ứng đủ những nhu cầu này, họ sẽ không tồn tại được. Họ sẽ đấu tranh để có được và tồn tại trong cuộc sống hàng ngày.

Các nhu cầu cao hơn nhu cầu cơ bản trên được gọi là nhu cầu bậc cao. Những nhu cầu này bao gồm nhiều nhân tố tinh thần như sự đòi hỏi công bằng, an tâm, vui vẻ, địa vị xã hội, sự tôn trọng, vinh danh với một cá nhân...

Theo Maslow nhu cầu con người thành 5 thang bậc từ thấp đến cao:

Hình 1. Các bậc thang Nhu cầu



Nguồn: (Abraham Maslow, 1943)

Nhu cầu cơ bản/sinh lý (basic needs):

Nhu cầu này còn được gọi là nhu cầu của cơ thể (body needs) hoặc nhu cầu sinh lý (physiological needs), bao gồm các nhu cầu cơ bản của con người như ăn, uống, ngủ, không khí để thở, tình dục, các nhu cầu làm cho con người thoải mái... đây là những nhu cầu cơ bản nhất và mạnh nhất của con người. Những nhu cầu này được xếp vào bậc thấp nhất: bậc nhu cầu cơ bản nhất.

Nhu cầu về an toàn (safety, security needs):

Khi con người đã được đáp ứng các nhu cầu cơ bản, các nhu cầu cơ bản không còn điều khiển suy nghĩ và hành động của họ nữa, các nhu cầu về an toàn sẽ bắt đầu được kích hoạt. Nhu cầu an toàn này thể hiện trong cả thể chất lẫn tinh thần.

Nhu cầu này cũng thường được khẳng định thông qua các mong muốn ổn định trong cuộc sống, được sống trong các khu phố an ninh, sống trong xã hội có pháp luật, có nhà cửa để ở... Nhiều người tìm đến sự che chở bởi các niềm tin tôn giáo, triết học cũng là do nhu cầu an toàn này, đây chính là việc tìm kiếm sự an toàn về mặt tinh thần. Các chế độ bảo hiểm xã hội, các chế độ khi về hưu, các kế hoạch để dành tiết kiệm, cũng chính là thể hiện sự đáp ứng nhu cầu an toàn này.

Nhu cầu về xã hội (social needs):

Nhu cầu này còn được gọi là nhu cầu mong muốn thuộc về một bộ phận, một nhóm hay tổ chức nào đó (belonging needs) hoặc nhu cầu về tình cảm, tình thương (needs of love). Nhu cầu này thể hiện qua quá trình giao tiếp như việc tìm kiếm, kết bạn, tìm người yêu, lập gia đình, tham gia một cộng đồng nào đó, đi làm việc, đi chơi picnic, tham gia các câu lạc bộ, làm việc nhóm, ...

Nhu cầu về được tôn trọng/ tự trọng (esteem needs):

Nhu cầu này còn được gọi là nhu cầu tự trọng (self esteem needs) vì nó thể hiện 2 cấp độ: nhu cầu được người khác quý mến, nể trọng thông qua các thành quả của bản thân, và nhu cầu cảm nhận, quý trọng chính bản thân, danh tiếng của mình, có lòng tự trọng, sự tự tin vào khả năng của bản thân.

Nhu cầu được thể hiện mình (self-actualizing needs):

Khi nghe về nhu cầu này: “thể hiện mình” chúng ta khoan vội gán cho nó ý nghĩa tiêu cực. Không phải ngẫu nhiên mà nhu cầu này được xếp đặt ở mức độ cao nhất. Maslow mô tả nhu cầu này như sau: nhu cầu của một cá nhân mong muốn được là chính mình, được làm những cái mà mình “sinh ra để làm”. Nói một cách đơn giản hơn, đây chính là nhu cầu được sử dụng hết khả năng, tiềm năng của mình để tự khẳng định mình, để làm việc, đạt thành quả trong xã hội.

Các nhu cầu cơ bản thường được ưu tiên chú ý trước so với những nhu cầu bậc cao này. Với một người bất kỳ, nếu thiếu ăn, thiếu uống... họ sẽ không quan tâm đến các nhu cầu về vẻ đẹp, sự tôn trọng...

Như vậy, lý thuyết về thang bậc nhu cầu giúp đề tài xác định nhu cầu của nhóm người cao tuổi. Từ đó, nghiên cứu nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung. Việc đánh giá, xác định nhu cầu của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung dựa trên các nhóm khách thể, đó là người cao tuổi, cán bộ cơ sở chăm sóc (bao gồm nhân viên chăm sóc trực tiếp và lãnh đạo cơ sở). Người cao tuổi là những người được thụ hưởng các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần, cán bộ cơ sở chăm sóc bao gồm nhân viên chăm sóc trực tiếp và lãnh đạo các cơ sở là những người trực tiếp cung cấp dịch vụ, nên sự đánh giá sẽ có tính toàn diện và chính xác hơn. Kết quả của quá trình khảo sát, phân tích sẽ rất ý nghĩa, đáp ứng đúng những nhu cầu về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần mà người cao tuổi mong muốn nhận được.

2.3.3. Lý thuyết về mô hình niềm tin sức khỏe

Mô hình niềm tin sức khỏe là mô hình thay đổi hành vi sức khỏe tâm lý xã hội được phát triển để giải thích và dự đoán các hành vi liên quan đến sức khỏe, đặc biệt là liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ y tế (Rosenstock, 1974). Mô hình niềm tin sức khỏe cũng đề cập đến niềm tin của một cá nhân về việc ngăn ngừa bệnh tật, duy trì sức khỏe và phấn đấu đạt được hạnh phúc (Siddiqui và cộng sự, 2016). Mô

hình niềm tin sức khỏe được phát triển vào những năm 1950 bởi các nhà tâm lý học xã hội Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles và Howard Leventhal tại Cơ quan Y tế Công cộng Hoa Kỳ (Rosenstock, 1974) và vẫn là một trong những lý thuyết được biết đến nhiều nhất và được sử dụng rộng rãi nhất trong nghiên cứu hành vi sức khỏe. Mô hình niềm tin sức khỏe gợi ý rằng niềm tin của mọi người về các vấn đề sức khỏe, lợi ích nhận thức được của hành động và các rào cản đối với hành động cũng như sự tự tin vào năng lực bản thân giải thích sự tham gia (hoặc thiếu tham gia) vào hành vi nâng cao sức khỏe (Siddiqui và cộng sự, 2016). Một tác nhân kích thích hoặc gợi ý hành động cũng phải có mặt để kích hoạt hành vi tăng cường sức khỏe.

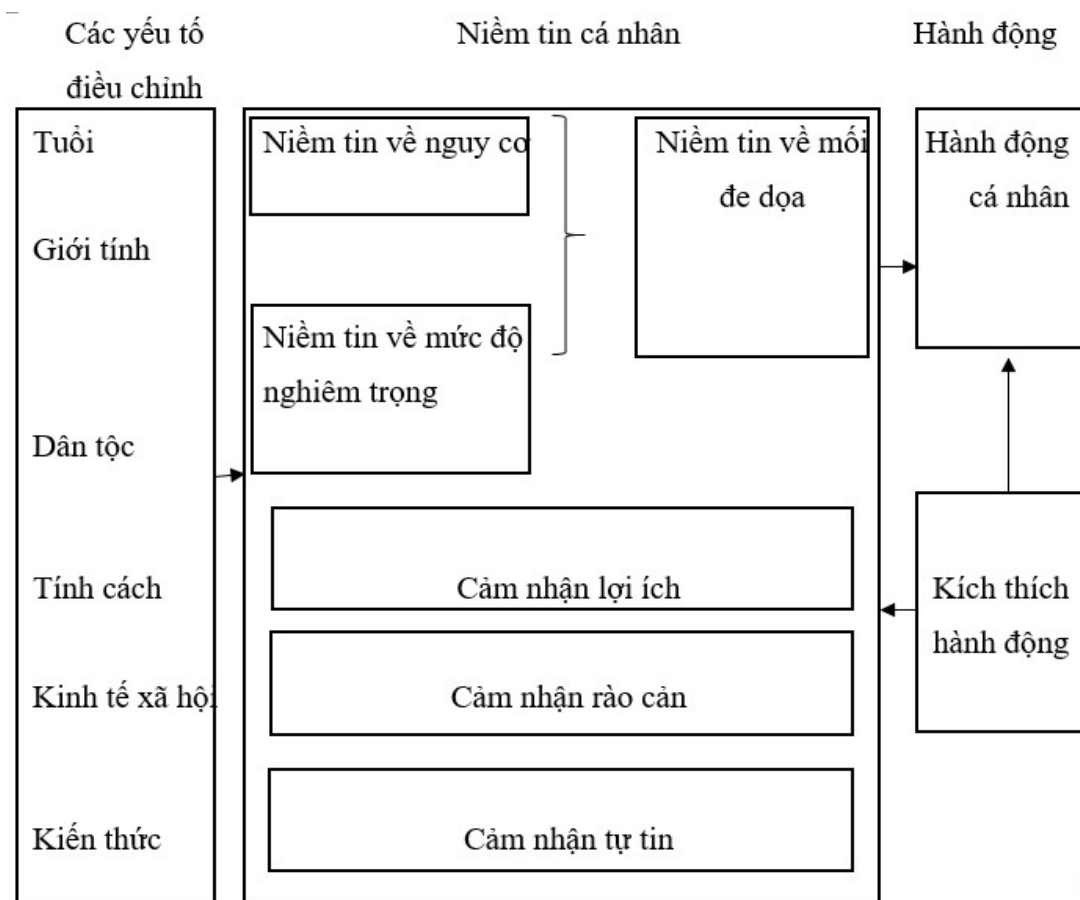
Mô hình Niềm Tin Sức Khỏe gồm các thành phần chính:

- (1). Biến điều chỉnh (Modifying Variables): Bao gồm nhân khẩu học như tuổi tác, giới tính, tình trạng kinh tế - xã hội, v.v. Các yếu tố này có ảnh hưởng đến nhận thức và hành vi sức khỏe.
- (2). Nhận thức về nguy cơ (Perceived Susceptibility): Cá nhân đánh giá khả năng bị mắc một căn bệnh cụ thể.
- (3). Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh (Perceived Severity): Cá nhân đánh giá mức độ nghiêm trọng của các hậu quả nếu mắc bệnh.
- (4). Nhận thức về rào cản và lợi ích (Perceived Benefits vs. Perceived Barriers): Cá nhân so sánh lợi ích của việc thực hiện hành vi bảo vệ sức khỏe với những rào cản hoặc khó khăn.
- (5). Nhận thức về mối đe dọa (Perceived Threat): Tổng hợp nhận thức về khả năng mắc bệnh và mức độ nghiêm trọng.
- (6). Niềm tin bản thân (Self-Efficacy): Niềm tin của cá nhân về khả năng của mình để thực hiện một hành vi cụ thể.
- (7). Các tín hiệu hành động (Cues to Action): Những kích thích thúc đẩy việc thay đổi hành vi, như lời khuyên từ bác sĩ, thông tin từ truyền thông, ...

- (8). Hành vi sức khỏe (Likelihood of Engaging in Health Behavior): Khả năng thực hiện các hành vi bảo vệ sức khỏe phụ thuộc vào tổng thể nhận thức và các yếu tố kích thích (Rosenstock, 1974).

Quá trình nhận thức rất quan trọng bao gồm được coi là mô hình giá trị kỳ vọng, bởi vì chúng đề xuất rằng hành vi là một hàm số theo mức độ mà mọi người đánh giá kết quả và đánh giá của họ về kỳ vọng, rằng một hành động nhất định sẽ dẫn đến kết quả đó (Siddiqui và cộng sự, 2016). Xét về các hành vi liên quan đến sức khỏe, giá trị là tránh bệnh tật. Kỳ vọng là một hành động y tế nhất định có thể ngăn ngừa tình trạng được cho rằng nguy hiểm về mặt y tế (Siddiqui và cộng sự, 2016).

Hình 2. Mô hình niềm tin sức khỏe



Nguồn: (Rosenstock, 1974)

Các đặc điểm cá nhân, bao gồm các biến số về nhân khẩu học, tâm lý xã hội và cấu trúc, có thể ảnh hưởng đến nhận thức (nghĩa là mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích và rào cản) của các hành vi liên quan đến sức khỏe. Các biến số về nhân khẩu học bao gồm tuổi tác, giới tính, chủng tộc, dân tộc và trình độ học vấn, cùng những biến số khác. Các biến số tâm lý xã hội bao gồm tính cách, tầng lớp xã hội, áp lực từ bạn bè và nhóm tham khảo, cùng những yếu tố khác. Các biến cấu trúc bao gồm kiến thức về một căn bệnh nhất định và sự tiếp xúc trước đó với căn bệnh đó, cùng với các yếu tố khác. Mô hình niềm tin sức khỏe gợi ý việc sửa đổi các biến số sẽ ảnh hưởng gián tiếp đến các hành vi liên quan đến sức khỏe bằng cách ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích và rào cản được nhận thức (Haefner & Kirscht, 1970).

Mức độ nghiêm trọng được cảm nhận đề cập đến sự đánh giá chủ quan về mức độ nghiêm trọng của một vấn đề sức khỏe và những hậu quả tiềm ẩn của nó. Mô hình niềm tin sức khỏe đề xuất rằng những cá nhân nhận thấy một vấn đề sức khỏe nào đó là nghiêm trọng sẽ có nhiều khả năng thực hiện các hành vi để ngăn chặn vấn đề sức khỏe đó xảy ra (hoặc giảm mức độ nghiêm trọng của nó). Mức độ nghiêm trọng được nhận thức bao gồm niềm tin về bản thân căn bệnh (ví dụ: liệu nó có nguy hiểm đến tính mạng hay có thể gây ra thương tật, đau đớn) cũng như những tác động rộng hơn của căn bệnh này đến hoạt động trong công việc và các vai trò xã hội) (Siddiqui và cộng sự, 2016). Ví dụ, một cá nhân có thể nhận thấy rằng bệnh cúm không nghiêm trọng về mặt y tế, nhưng nếu người đó nhận thấy rằng sẽ có những hậu quả tài chính nghiêm trọng do vắng mặt trong vài ngày làm việc, thì người đó nhận thấy rằng sẽ có những hậu quả tài chính nghiêm trọng do nghỉ làm vài ngày hoặc người đó có thể cho rằng bệnh cúm là một tình trạng đặc biệt nghiêm trọng.

Các yếu tố chính của Mô hình niềm tin sức khỏe tập trung vào niềm tin cá nhân về tình trạng sức khỏe, dự đoán các hành vi liên quan đến sức khỏe của cá nhân. Mô hình xác định các yếu tố chính ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe như mối đe dọa nhận thức của một cá nhân đối với bệnh tật (nhận thức tính nhạy cảm), niềm tin về hậu quả (nhận thức mức độ nghiêm trọng), lợi ích tích cực có thể đạt được của hành động

(nhận thức lợi ích), rào cản hành động nhận thức, khả năng tiếp xúc với các yếu tố hành động kịp thời (tín hiệu hành động) và sự tự tin vào khả năng thành công (niềm tin vào năng lực bản thân).

Mô hình Niềm tin sức khỏe là một mô hình lý thuyết có thể được sử dụng để ứng dụng vào các chương trình nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật, được sử dụng để giải thích và dự đoán những thay đổi của cá nhân trong hành vi sức khỏe. Đây là một trong những mô hình được sử dụng để hiểu các hành vi sức khỏe (Kirscht và cộng sự, 1966).

Mô hình Niềm tin sức khỏe có thể được sử dụng để thiết kế các biện pháp can thiệp ngắn hạn và dài hạn. Năm thành phần chính liên quan đến hành động xác định khả năng của Mô hình niềm tin sức khỏe trong việc xác định các điểm ra quyết định quan trọng ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe là:

- [1]. Thu thập thông tin, bằng cách tiến hành đánh giá nhu cầu sức khỏe và các phương pháp tiếp cận khác, để xác định ai có nguy cơ và các nhóm đối tượng trọng tâm.
- [2]. Truyền đạt rõ ràng hậu quả của hành vi rủi ro để hiểu mức độ nghiêm trọng được nhận thức.
- [3]. Truyền đạt các bước liên quan đến việc thực hiện hành động được đề xuất và nêu bật những lợi ích của hành động.
- [4]. Giúp xác định và giảm bớt các rào cản hành động.
- [5]. Thể hiện hành động thông qua các hoạt động phát triển kỹ năng và cung cấp hỗ trợ để nâng cao năng lực bản thân và khả năng thay đổi hành vi thành công (RHIhub, 2005)

Những hành động này thể hiện các yếu tố chính của mô hình niềm tin sức khỏe và có thể được sử dụng để thiết kế hoặc điều chỉnh các chương trình nâng cao sức khỏe hoặc phòng chống bệnh tật. Mô hình niềm tin sức khỏe thích hợp để sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp với các lý thuyết hoặc mô hình khác. Để đảm bảo thành công

với mô hình này, điều quan trọng là phải xác định được “các tín hiệu hành động” có ý nghĩa và phù hợp với đối tượng mục tiêu.

Như vậy, vận dụng lý thuyết về mô hình niềm tin sức khỏe vào nghiên cứu này giúp nghiên cứu sinh xác định được mức độ nhu cầu của người cao tuổi về các dịch vụ công tác xã hội trên cơ sở nhận thức của người cao tuổi đối với bệnh tật (nhận thức tính nhạy cảm), niềm tin về hậu quả (nhận thức mức độ nghiêm trọng), lợi ích tích cực có thể đạt được của các hành động (nhận thức lợi ích), rào cản hành động nhận thức, khả năng tiếp xúc với các yếu tố hành động kịp thời (tín hiệu hành động) và sự tự tin vào khả năng thành công (niềm tin vào năng lực bản thân). Bên cạnh đó, thông qua mô hình về niềm tin sức khỏe và khảo sát thực tiễn, nghiên cứu sinh có thể xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi cũng như nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi.

Trên cơ sở đó, mô hình niềm tin sức khỏe cho rằng việc sửa đổi các biến số sẽ ảnh hưởng gián tiếp đến các hành vi liên quan đến sức khỏe bằng cách ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích và rào cản được nhận thức (Haefner & Kirscht, 1970). Các biến số về nhân khẩu học, tâm lý xã hội và cấu trúc, có thể ảnh hưởng đến nhận thức (nghĩa là mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích và rào cản) không thể điều chỉnh được. Tuy nhiên, một số biến số tâm lý xã hội như áp lực từ bạn bè và nhóm hay biến số cấu trúc như kiến thức của người cao tuổi về các vấn đề về sức khỏe tâm thần thì có thể can thiệp điều chỉnh. Đây là một trong những giải pháp có thể can thiệp để điều chỉnh hành vi và nhu cầu của người cao tuổi về tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

2.4. Địa bàn nghiên cứu

Thủ đô Hà Nội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, là trung tâm đầu não về chính trị, văn hóa và khoa học kỹ thuật, đồng thời là trung tâm lớn về giao dịch kinh tế và quốc tế của cả nước (World Bank, 2020). Theo báo cáo Kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2023 và kế hoạch thực hiện năm 2024 của Sở Lao động-

Thương binh và Xã hội thành phố Hà Nội, toàn Thành phố hiện có: 1.078.431 người cao tuổi; chiếm 12,93% tổng dân số. Về tổ chức Hội: hiện có 579 hội cơ sở cấp xã, 30/30 quận, huyện, thị xã thành lập Ban Công tác người cao tuổi. Tổ chức hội người cao tuổi hoạt động hiệu quả. Các sở, ngành, Hội đoàn thể thành phố căn cứ chức năng nhiệm vụ được phân công tổ chức thực hiện tốt công tác chăm sóc phát huy vai trò người cao tuổi trên địa bàn thành phố (Sở Lao động- Thương binh và Xã hội thành phố Hà Nội, 2023). Công tác người cao tuổi tại thành phố Hà Nội đã triển khai thực hiện đầy đủ, kịp thời trên địa bàn thành phố.

Đề tài nghiên cứu nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Loại hình cơ sở chăm sóc tập trung có thể được chia thành hai nhóm chính, là cơ sở chăm sóc tập trung công lập và cơ sở chăm sóc tập trung thuộc khối tư nhân. Đề tài phân bố mẫu khảo sát ở cả cơ sở chăm sóc tập trung công lập và cơ sở chăm sóc tập trung tư nhân để phục vụ nghiên cứu. Việc lựa chọn địa bàn nghiên cứu tại các cơ sở chăm sóc tập trung công lập và tư nhân ở Hà Nội giúp nghiên cứu phản ánh đầy đủ và toàn diện sự khác biệt của mỗi nhóm cơ sở chăm sóc với điều kiện hoàn cảnh kinh tế- xã hội và khả năng tiếp cận dịch vụ của người cao tuổi khác nhau ở mỗi loại hình cơ sở.

Đối với cơ sở chăm sóc công lập, hiện nay, theo Quyết định 5188/ QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội ngày 09/12/2021 phê duyệt Đề án sắp xếp lại các cơ sở trợ giúp xã hội thuộc Sở Lao động Thương binh và Xã hội Hà Nội, hiện nay người cao tuổi được chăm sóc tập trung tại 02 cơ sở bảo trợ xã hội của thành phố, bao gồm trung tâm Bảo trợ xã hội 2 Hà Nội và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 Hà Nội (Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội, 2021). Theo số liệu thống kê số liệu của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, năm 2023, thành phố Hà Nội có 76 người cao tuổi được nuôi dưỡng tập trung trong các cơ sở chăm sóc xã hội, nhà xã hội công lập (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2023). Sau quá trình sáp nhập, sắp xếp lại bộ máy chính quyền các tỉnh, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội sáp nhập và sắp xếp lại, Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 thuộc quản lý của Sở Y tế Hà Nội.

Đối với các cơ sở chăm sóc ngoài công lập, hiện Hà Nội có 13 cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung ngoài công lập với tổng số người cao tuổi đang được chăm sóc tại các cơ sở này khoảng 1068 người (Quỹ dân số liên hợp quốc UNFPA & Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình, 2019; Trịnh Phương Thảo, 2023). Đề tài lựa chọn 02 cơ sở chăm sóc đại diện cho nhóm tư nhân là Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và Trung tâm Thiên Đức để khảo sát. Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và Trung tâm Thiên Đức là hai cơ sở chăm sóc người cao tuổi tập trung nổi bật trong khối các cơ sở tư nhân với nhiều dịch vụ chuyên nghiệp trong chăm sóc người cao tuổi tập trung. Hơn thế nữa, với nhiều cơ sở khác nhau trên địa bàn Hà Nội của trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và trung tâm dưỡng lão Thiên Đức, số lượng mẫu khảo sát phù hợp với tiêu chí đề ra cao, nghiên cứu sinh kỳ vọng thu được những kết quả nghiên cứu ý nghĩa về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Bảng 2.4 giới thiệu về dịch vụ và hoạt động các cơ sở chăm sóc tập trung thuộc địa bàn nghiên cứu cung cấp. Đề tài đã nghiên cứu về các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi trong phần tổng quan. Kết quả nghiên cứu tổng quan cho thấy tại cơ sở chăm sóc tập trung, các dịch vụ chủ yếu vào các dịch vụ hỗ trợ tổng thể và thể chất với mức độ hài lòng của người cao tuổi ở mức độ từ trung bình đến cao (Nguyễn Thị Liên và cộng sự, 2022). Các dịch vụ công tác xã hội tại các cơ sở chăm sóc tập trung chưa đi vào khía cạnh chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Bảng 2. 4. Giới thiệu các cơ sở chăm sóc tập trung thuộc địa bàn nghiên cứu

Cơ sở	Dịch vụ/ hoạt động
Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng	Nội trú ngắn ngày/dài ngày; Bán trú, điều trị tích cực; phục hồi chức năng; tâm linh Chăm sóc sau tai biến
Viện dưỡng lão Thiên Đức	Chăm sóc, theo dõi sức khỏe; Phục hồi chức năng;

	Chăm sóc tinh thần: thơ/ ca, khiêu vũ... Đào tạo điều dưỡng
Trung tâm Bảo trợ Xã hội 3 Hà Nội	Thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng xã hội: Tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng thuộc bảo trợ xã hội. Cung cấp các dịch vụ chăm sóc người cao tuổi có ncau được trợ giúp xã hội và tự nguyện đóng góp kinh phí
Trung tâm Bảo trợ Xã hội 2 Hà Nội	Chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng xã hội trên địa bàn Thành phố, cụ thể: Tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng bảo trợ xã hội, người lang thang xin tiền, các đối tượng có nhu cầu được trợ giúp xã hội và tự nguyện đóng góp kinh phí.

Nguồn: (Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 Hà Nội, 2024; Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 Hà Nội, 2023; Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, 2023)

Tại các cơ sở chăm sóc tập trung thuộc địa bàn nghiên cứu, kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy thực tế hoạt động của nhân viên công tác xã hội mới dừng lại ở các hoạt động như “*đi phát quà, làm giấy tờ. Nhưng tôi chưa nhờ gì cả. Nếu họ giúp mình tâm sự được thì cũng tốt, vì có chuyện để giải bày.*” (PVS-G3-03, T.V.B, Nam, 80 tuổi). Tại các cơ sở chăm sóc tập trung tư nhân, các dịch vụ công tác xã hội có phần quan tâm đến các dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần: “*nhân viên công tác xã hội thường tổ chức các hoạt động, hỗ trợ thủ tục cá nhân, trò chuyện với người cao tuổi. Tôi thấy họ là người thân thiện, gần gũi, và tôi sẵn sàng chia sẻ khi cần*” (PVS-TD-04, N.C.T, Nam, 83 tuổi).

Nhìn chung, các cơ sở chăm sóc tập trung đã triển khai nhiều dịch vụ công tác xã hội. Tuy nhiên “*Ở đây chưa thấy có dịch vụ riêng về tâm thần. Chủ yếu là chăm sóc ăn uống, sức khỏe thông thường. Ai bệnh thì có bác sĩ đến khám, còn người buồn phiền*

hay lo nghĩ thì không ai hỏi mấy” (PVS-G3-04 (P.T.M, Nữ, 76 tuổi). Mặc dù “Trung tâm có bác sĩ, điều dưỡng, có nhân viên tâm lý và công tác xã hội. Nhưng chưa có ai chủ động hỏi về sức khỏe tinh thần. Dù vậy, tôi đánh giá trung tâm đã làm tốt hơn rất nhiều nơi khác mà tôi biết” (PVS-TD-02 (N.V.D, Nam, 77 tuổi).

Như vậy, các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung vẫn còn là khoảng trống trong triển khai cung cấp dịch vụ, cần được tập trung cung cấp dịch vụ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Khách thể nghiên cứu người cao tuổi và cán bộ các cơ sở chăm sóc tập trung được trao đổi trước về nội dung nghiên cứu, được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu tìm hiểu nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung. Các nguyên tắc được thực hành nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia nghiên cứu như sau: (1) Thông tin cá nhân được giữ bí mật, tên của khách thể khảo sát và phỏng vấn sâu được mã hóa; (2) Khách thể được thông báo hiểu mục đích nghiên cứu, đồng thuận nghiên cứu bằng cách ký vào phiếu và biên bản sau đó mới tiến hành hỏi; (3) Khách thể được thông báo rõ về việc có thể từ chối trả lời những câu hỏi không muốn trả lời và từ chối tham gia khi cảm thấy không phù hợp, có quyền rời bỏ nghiên cứu bất cứ thời điểm nào muốn mà không cần giải thích lý do; (4) Việc phỏng vấn sâu không loại trừ khách thể tham gia trả lời bảng hỏi, được thực hiện khi khách thể trong trạng thái khỏe mạnh, sẵn sàng chia sẻ, trong môi trường an toàn và không nhất thiết phải cùng lúc với thời điểm trả lời bảng hỏi.

Tiểu kết Chương 2

Chương 2 đã trình bày hệ thống cơ sở lý luận, những khái niệm, phương pháp nghiên cứu và địa bàn nghiên cứu.

Trong chương này, đề tài đã tập trung làm rõ, thao tác hóa hệ thống khái niệm công cụ được vận dụng trong luận án như khái niệm người cao tuổi, khái niệm sức khỏe người cao tuổi, sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, khái niệm nhu cầu, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, khái niệm công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc, khái niệm nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc. Thêm vào đó, đề tài vận dụng các lý thuyết tiếp cận nhằm phân tích và lý giải cho nghiên cứu. Đó là lý thuyết sinh thái, lý thuyết nhu cầu và lý thuyết về mô hình niềm tin sức khỏe.

Đề tài nghiên cứu cơ sở pháp lý về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Việt Nam. Trong đó, đề tài nghiên cứu (1) quan điểm, chủ trương của Đảng, pháp luật của Nhà nước về hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi; (2) hệ thống chính sách, pháp luật gần đây của Đảng, Nhà nước về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

Cũng trong chương 2, đề tài trình bày lại toàn bộ về tổ chức và phương pháp nghiên cứu (cụ thể: khách thể nghiên cứu, các giai đoạn tổ chức nghiên cứu, các phương pháp nghiên cứu), địa bàn nghiên cứu và đạo đức nghiên cứu.

Chương 3. ĐẶC ĐIỂM VÀ THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAO TUỔI SỐNG TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

3.1. Một số đặc điểm chung của khách thể nghiên cứu

Tổng số 372 người cao tuổi đang sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung được khảo sát trong nghiên cứu này. Đặc điểm cơ sở chăm sóc được mô tả trong bảng 3.1. Đặc điểm về cơ sở chăm sóc của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N= 372). Trong đó, Trung tâm Diên Hồng chiếm tỷ lệ lớn nhất với 53.0%, tiếp theo là Trung tâm Thiên Đức (28.0%), còn lại là Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 và 3 với tổng tỷ lệ dưới 20%. Điều này có thể lý giải rõ như sau: số lượng người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung khác nhau, trong đó số lượng người cao tuổi sống tại các cơ sở của Trung tâm Diên Hồng có số lượng lớn nhất, số lượng người cao tuổi sống tại Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 và Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 thấp nhất. Do đó, nghiên cứu sinh căn cứ số lượng người cao tuổi sống thực tế tại mỗi cơ sở chăm sóc kết hợp với việc sử dụng bộ tiêu chí tuyển chọn và các tiêu chí loại trừ với mẫu khách thể, đề tài thu được 372 phiếu trả lời của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung với tỷ lệ phiếu lớn nhất từ Trung tâm Diên Hồng, thấp nhất từ Trung tâm Bảo trợ xã hội 2, Trung tâm Bảo trợ xã hội 3. Về loại hình cơ sở, phần lớn người cao tuổi đang sống tại các cơ sở tư nhân (80.9%), trong khi chỉ có 19.1% sống tại các cơ sở công lập.

Bảng 3. 1. Đặc điểm về cơ sở chăm sóc của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N= 372)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tên cơ sở chăm sóc tập trung		
Trung tâm Diên Hồng	197	53.0
Trung tâm Thiên Đức	104	28.0
Trung tâm Bảo trợ xã hội 2	34	9.1
Trung tâm Bảo trợ xã hội 3	37	9.9

Tổng	372	100.0
Loại hình cơ sở chăm sóc tập trung		
Công lập	71	19.1
Tư nhân	301	80.9
Tổng	372	100.0

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Sự chênh lệch về quy mô dân cư thực tế tại địa bàn: Như trình bày trong phần Phương pháp nghiên cứu, mục mẫu, cách thức chọn mẫu, theo số liệu thống kê tại Hà Nội năm 2023, chỉ có khoảng 76 người cao tuổi được nuôi dưỡng tập trung tại 02 cơ sở bảo trợ xã hội công lập của thành phố. Trong khi đó, khối tư nhân có tới 13 cơ sở với tổng cộng khoảng 1.068 người cao tuổi đang sinh sống. Do đó, số lượng nguồn mẫu tại các cơ sở công lập vốn dĩ đã rất ít so với khối tư nhân.

Nghiên cứu sử dụng phương thức chọn mẫu có chủ đích và phi xác suất. Với mục tiêu thu thập lượng dữ liệu phong phú nhất có thể, nghiên cứu sinh đã thực hiện chiến lược mời tất cả những người đủ tiêu chuẩn tại mỗi cơ sở tham gia trả lời. Vì các trung tâm tư nhân (như Diên Hồng, Thiên Đức) có quy mô lớn và số lượng cụ đông hơn nhiều so với các trung tâm bảo trợ nhà nước, kết quả thu được phản ánh đúng tỷ lệ phân bố người cao tuổi sống tập trung tại các đơn vị này.

Bên cạnh đó, do đặc điểm tiêu chuẩn tiếp nhận của các cơ sở công lập (Bảo trợ xã hội) thường chỉ tiếp nhận những đối tượng yếu thế đặc thù như người già cô đơn, không nơi nương tựa hoặc có công với cách mạng theo tiêu chuẩn khắt khe của Nhà nước. Ngược lại, các cơ sở tư nhân tiếp nhận mọi đối tượng có nhu cầu và khả năng tài chính, dẫn đến tệp khách thể tại đây đa dạng và dồi dào hơn.

Sự chênh lệch của mẫu tư nhân cũng minh chứng cho thực trạng xã hội hiện nay tại các đô thị lớn như Hà Nội: các mô hình dưỡng lão tư nhân đang phát triển mạnh mẽ và thu hút nhiều người cao tuổi hơn do sự thay đổi trong cấu trúc gia đình và nhu cầu chăm sóc chuyên nghiệp.

Mặc dù có sự mất cân bằng này, nhưng cỡ mẫu vẫn đảm bảo ý nghĩa thống kê để nhận diện sự phân tầng và khác biệt sâu sắc về nhu cầu giữa hai nhóm. Tuy nhiên, đây cũng được ghi nhận là một hạn chế về tính đại diện của nghiên cứu khi so sánh tương quan giữa hai loại hình cơ sở.

Đặc điểm nhân khẩu học của khách thể nghiên cứu người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372) được trình bày tại bảng 3.2. Dữ liệu khảo sát từ 372 người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung cho thấy bức tranh nhân khẩu học có sự phân tầng sâu sắc khác biệt giữa hai loại hình cơ sở: công lập và tư nhân, trong đó gồm 71 người tại cơ sở công lập và 301 người tại cơ sở tư nhân. Việc so sánh giữa hai nhóm này giúp nhận diện rõ hơn đặc trưng dân số học, hoàn cảnh kinh tế- xã hội cũng như khả năng tiếp cận dịch vụ của người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng rõ nét tại Việt Nam.

Bảng 3. 2. Đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)

Đặc điểm	Công lập	Tư nhân	Tổng	Điểm Chi- square (χ^2)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Giới tính				$\chi^2 (3, N= 372) = 1.091$
Nam	23 (32.4)	79 (26.2)	102 (27.4)	
Nữ	48 (67.6)	222 (73.8)	270 (72.6)	
Nơi ở trước khi vào cơ sở chăm sóc tập trung				$\chi^2 (3, N= 372) = 147.475^{**}$

Thành thị	8 (11.3)	254 (84.4)	262 (70.4)	
Nông thôn	63 (88.7)	47 (15.6)	110 (29.6)	
Tình trạng hôn nhân				$\chi^2 (3, N= 372) = 32.260^{**}$
Đã kết hôn & vẫn còn bạn đời	0 (0.0)	100 (33.2)	100 (26.9)	
Khác (đã ly hôn, góa bụa, chưa từng kết hôn, ...)	71 (100.0)	201 (66.8)	272 (73.1)	
Trình độ học vấn				$\chi^2 (3, N= 372) = 153.520^{**}$
Chưa từng đi học	33 (46.5)	0 (0.0)	33 (8.9)	
Được đi học các cấp	38 (53.5)	301 (100.0)	339 (91.1)	
Công việc trước đây				$\chi^2 (9, N= 372) = 260.115^{**}$
Tự kinh doanh	0 (0.0)	34 (11.3)	34 (9.1)	
Nông nghiệp	40 (56.3)	11 (3.7)	51 (13.7)	
Cán bộ, viên chức	0 (0.0)	180 (59.8)	180 (48.4)	
Công nhân nhà máy, xí nghiệp	0 (0.0)	64 (21.3)	64 (17.2)	
Không có việc làm	31 (43.7)	12 (4.0)	43 (11.6)	
Thu nhập hiện tại				$\chi^2 (9, N= 372) = 157.682^{**}$
Không có thu nhập	71 (100)	62 (20.6)	133 (35.8)	
Dưới 6 triệu	0 (0)	142 (47.2)	142 (38.2)	
Từ 6- dưới 10 triệu	0 (0)	77 (25.6)	77 (20.7)	
Từ 10- dưới 16 triệu	0 (0)	8 (2.7)	8 (2.2)	
Trên 16 triệu	0 (0)	12 (4)	12 (3.2)	
Nguồn thu nhập (có thể chọn nhiều phương án)				
Lương hưu	0 (0)	194 (64.5)	194 (52.2)	$\chi^2 (1, N= 372) = 95.635^{**}$
Tiền tiết kiệm	0 (0)	50 (16.6)	50 (13.4)	$\chi^2 (1, N= 372) = 13.625^{**}$
Tiền chính sách/ trợ cấp hàng tháng	0 (0)	2 (0.7)	2 (0.5)	$\chi^2 (1, N= 372) = 0.474^*$
Cho thuê tài sản	0 (0)	45 (15)	45 (12.1)	$\chi^2 (1, N= 372) = 12.075^*$
Con cái/ họ hàng biếu, tặng	0 (0)	85 (28.2)	85 (22.8)	$\chi^2 (1, N= 372) = 25.642^{**}$
Nguồn khác (ví dụ: viết sách báo)	0 (0)	6 (2)	6 (1.6)	$\chi^2 (1, N= 372) = 1.438$

Nguồn chi trả chi phí tại cơ sở chăm sóc tập trung				$\chi^2 (5, N= 372) = 372.000^{**}$
Tự chi trả	0 (0)	56 (18.6)	56 (15.1)	
Con, cháu, họ hàng chi trả	0 (0)	245 (81.4)	245 (65.9)	
Nhà nước hỗ trợ chi trả	71 (100)	0 (0)	71 (19.1)	
Tự đánh giá tình trạng sức khỏe				$\chi^2 (7, N= 372) = 123.119^{**}$
Rất yếu	31 (43.7)	17 (5.6)	48 (12.9)	
Yếu	35 (49.3)	64 (21.3)	99 (26.6)	
Bình thường	5 (7.0)	142 (47.2)	147 (39.5)	
Khỏe mạnh	0 (0.0)	78 (25.9)	78 (21)	
Có bệnh mãn tính không				$\chi^2 (5, N= 372) = 5.675$
Không có	8 (11.3)	53 (17.6)	61 (16.4)	
Có 1 bệnh mãn tính	29 (40.8)	148 (49.2)	177 (47.6)	
Trên 2 bệnh mãn tính	34 (47.9)	100 (33.2)	134 (36)	
Mức độ thường xuyên liên lạc với gia đình				$\chi^2 (7, N= 372) = 292.258^{**}$
Hiếm khi liên lạc	35 (49.3)	19 (6.3)	54 (14.5)	
Thỉnh thoảng liên lạc	0 (0)	53 (17.6)	53 (14.2)	
Thường xuyên liên lạc	0 (0)	151 (50.2)	151 (40.6)	
Rất thường xuyên liên lạc	0 (0)	78 (25.9)	78 (21)	
Mức độ nhận thức hỗ trợ xã hội				$\chi^2 (7, N= 372) = 204.116^{**}$
Thấp	36 (50.7)	0 (0)	36 (9.7)	
Trung bình thấp	30 (42.3)	71 (23.6)	101 (27.2)	
Trung bình cao	5 (7)	149 (49.5)	154 (41.4)	
Cao	0 (100)	81 (26.9)	81 (21.8)	
	Điểm trung bình (độ lệch chuẩn)	Điểm trung bình (độ lệch chuẩn)	Chênh lệch trung bình giữa hai nhóm	Chỉ số T- test t (df)
Tuổi	76.44 (5.95)	80.38 (9.03)	-3.95	t (155.84) = -4.496^{**}
Điểm khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày Barthel	48.87 (25.73)	76.73 (26.06)	-27.85	t (370) = -8.119^{**}
Điểm nhận thức hỗ trợ xã hội	15.87 (3.53)	24.43 (4.02)		t (370) = -16.470^{**}

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

❖ Đặc điểm nhân khẩu học

Nhìn chung, người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội chủ yếu là nữ giới, đến từ khu vực thành thị, đa số người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung vẫn duy trì liên lạc với gia đình và có mức nhận thức hỗ trợ xã hội ở mức khá trở lên phần lớn và phần lớn trong số họ không còn bạn đời. Tuy nhiên, có sự khác biệt rõ rệt giữa hai loại hình cơ sở.

Tại các cơ sở công lập, người cao tuổi chủ yếu đến từ nông thôn (88.7%), trong khi ở cơ sở tư nhân, phần lớn đến từ thành thị (84.4%)- sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 147.475$, $p < 0.01$). Về giới tính, cả hai nhóm đều có tỷ lệ nữ cao hơn nam, tuy không có sự khác biệt đáng kể ($\chi^2 = 1.091$). Tình trạng hôn nhân cho thấy toàn bộ người cao tuổi tại cơ sở công lập không còn bạn đời (100%), trong khi có tới 33.2% người tại cơ sở tư nhân vẫn còn bạn đời ($\chi^2 = 32.260$, $p < 0.01$). Trình độ học vấn cũng thể hiện sự phân hóa mạnh: gần một nửa người tại cơ sở công lập chưa từng đi học (46.5%), trong khi 100% người tại cơ sở tư nhân đã từng đi học các cấp học ($\chi^2 = 153.520$, $p < 0.01$).

❖ Đặc điểm kinh tế xã hội (SES- socio- economic status)

Về đặc điểm kinh tế xã hội: trình độ học vấn và công việc trước đây rất khác biệt giữa hai loại hình cơ sở. Nhóm ở cơ sở công lập phần lớn chưa từng đi học hoặc chỉ học hết tiểu học, từng làm nông nghiệp hoặc không có việc làm, trong khi người cao tuổi cơ sở tư nhân thường có học vấn cao hơn và từng là cán bộ, công chức, công nhân nhà máy, xí nghiệp.

Tại các cơ sở công lập, 100% người cao tuổi không có thu nhập và sống nhờ vào sự hỗ trợ của nhà nước ($\chi^2 = 157.682$, $p < 0.01$). Ngược lại, tại các cơ sở tư nhân, người cao tuổi có nguồn thu nhập đa dạng như lương hưu (64.5%), tiền biếu từ con cháu (28.2%), tiết kiệm (16.6%) và cho thuê tài sản (15.0%). Điều này thể hiện sự độc lập tài chính cao hơn và khả năng chi trả tốt hơn trong nhóm sống tại cơ sở tư nhân. Về nguồn chi trả chi phí chăm sóc, 100% người cao tuổi ở cơ sở công lập nhận

hỗ trợ từ nhà nước, trong khi ở nhóm tư nhân, đa phần chi phí được gia đình chi trả (81.4%) hoặc tự chi trả (18.6%) ($\chi^2 = 372.000$, $p < 0.01$).

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy đặc điểm kinh tế có sự khác biệt căn bản nhất giữa hai mô hình chăm sóc. Người cao tuổi ở cơ sở công lập thuộc diện bảo trợ xã hội, được nhà nước cấp dưỡng: *"Tôi không còn người thân, sống một mình, lang thang. Chi phí thì do Nhà nước lo hết"* (PVS-G3-01, N.T.H, Nữ, 78 tuổi). Ngược lại, người cao tuổi tại các cơ sở tư nhân phần lớn là người tự chủ về tài chính: *"Tôi tự chủ, không phụ thuộc con cái, tự mình quyết định. Chi trả bằng lương hưu, tiết kiệm của tôi"* (PVS-TD-01, L.T.B, Nữ, 74 tuổi).

❖ Đặc điểm sức khỏe chung

Tình trạng sức khỏe của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có sự khác biệt rõ ràng, phản ánh qua cả đánh giá chủ quan lẫn khả năng hoạt động thể chất.

Người cao tuổi tại cơ sở công lập có sức khỏe yếu hơn rõ rệt, với 43.7% tự đánh giá là rất yếu và không ai đánh giá là khỏe mạnh; trong khi ở nhóm tư nhân, phần lớn tự đánh giá là bình thường (47.2%) hoặc khỏe mạnh (25.9%) ($\chi^2 = 123.119$, $p < 0.01$). Kết quả điểm độc lập trong sinh hoạt Bathel cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: điểm trung bình ở nhóm công lập là 48.87, thấp hơn đáng kể so với nhóm tư nhân là 76.73 ($t = -8.119$, $p < 0.01$). Về bệnh lý, cả hai nhóm đều có tỷ lệ mắc bệnh mãn tính cao (trên 80%), song không có sự khác biệt đáng kể về số lượng bệnh mắc phải ($\chi^2 = 5.675$, $p > 0.05$).

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy sự suy giảm thể chất là phổ biến và mức độ khác biệt tại loại hình cơ sở công lập- tư nhân. Người cao tuổi tại cơ sở công lập đối diện với tình trạng suy giảm nặng nề hơn. Cán bộ xác nhận: *"Người cao tuổi ở đây phần lớn đều mang trong mình ít nhất một bệnh nền mãn tính như tăng huyết áp, tiểu đường, tim mạch hoặc thoái hóa xương khớp"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, Cử nhân Điều dưỡng, 12 năm thâm niên). Sự suy giảm này khiến nhiều người cao tuổi phải chấp nhận sự phụ thuộc trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày: *"Tôi*

bị loãng xương, từng gãy chân, đi lại không được, phải dùng xe lăn." (PVS-G2-05 (P.T.H, Nữ, 81 tuổi).

❖ Đặc điểm gia đình và quan hệ xã hội

Sự gắn kết gia đình và nhận thức về hỗ trợ xã hội là yếu tố quan trọng và ở đây cũng thể hiện sự chênh lệch rõ giữa hai nhóm.

Người cao tuổi tại cơ sở công lập gần như mất liên hệ với gia đình, với 49.3% hiếm khi liên lạc và không ai liên lạc thường xuyên; trong khi ở cơ sở tư nhân, có đến 76.1% thường xuyên hoặc rất thường xuyên liên lạc với gia đình ($\chi^2 = 292.258$, $p < 0.01$). Tương ứng, điểm nhận thức về hỗ trợ xã hội của nhóm công lập rất thấp (15.87), trong khi nhóm tư nhân cao hơn đáng kể (24.43) ($t = -16.470$, $p < 0.01$).

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy người cao tuổi tại cơ sở công lập đối mặt với cô lập xã hội nghiêm trọng. Nỗi buồn vì thiếu vắng người thân được thể hiện rõ: *"Tôi không còn ai thân thích. Trong trung tâm thì cũng có người trò chuyện, nhưng không nhiều vì tôi ít tiếp xúc."* (PVS-G2-02, L.T.B, Nữ, 76 tuổi). Trong khi đó, NCT ở cơ sở tư nhân có sự chủ động trong kết nối và được gia đình hỗ trợ tinh thần tốt hơn, giúp họ duy trì động lực: *"Tôi khá hòa đồng với mọi người ở đây. Mỗi ngày tôi đều trò chuyện với vài người bạn cùng tầng, có người cùng đọc sách, chơi cờ. Tôi vẫn liên lạc với các con qua điện thoại và video call. Thi thoảng chúng về thăm, mang theo quà, đồ ăn cho tôi."* (PVS-TD-02, N.V.D, Nam, 77 tuổi).

Tóm lại:

Kết quả khảo sát 372 người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội cho thấy bức tranh về đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế, sức khỏe thể chất, quan hệ gia đình và xã hội của nhóm khách thể nghiên cứu.

Nhìn chung, về nhân khẩu học, đa số người cao tuổi là nữ giới (72.6%), độ tuổi trung bình 79.63, chủ yếu đến từ khu vực thành thị (70.4%). Dữ liệu cho thấy đa số người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung vẫn duy trì liên lạc với gia đình và có mức nhận thức hỗ trợ xã hội ở mức khá trở lên. Tuy nhiên, sự phân hóa giữa hai loại hình cơ sở là rất lớn. Nhóm người cao tuổi tại cơ sở tư nhân có điều kiện tốt hơn trong

việc duy trì kết nối gia đình và cảm nhận được sự hỗ trợ xã hội, trong khi nhóm tại cơ sở công lập có nguy cơ cao hơn về sự cô lập xã hội- một yếu tố có thể ảnh hưởng tiêu cực đến đời sống tinh thần, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống của họ.

Kết quả phân tích cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế và xã hội giữa người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc công lập và tư nhân tại Hà Nội. Những kết quả này vừa tương đồng, vừa có điểm khác biệt so với một số nghiên cứu trước đây.

Về giới tính và tình trạng hôn nhân, kết quả này phù hợp với nhận định của Nguyễn Thị Minh và cộng sự (2020), khi chỉ ra rằng phần lớn người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung là nữ giới và không còn bạn đời, phản ánh tuổi thọ trung bình của nữ cao hơn và vai trò chăm sóc vẫn do phụ nữ đảm nhận trong gia đình trước khi nhập viện dưỡng lão (Nguyễn Thị Minh và cộng sự, 2020). Điều này tương đồng với báo cáo của UNFPA & GSO (2021), ghi nhận rằng phụ nữ chiếm đa số trong nhóm người cao tuổi và thường có tuổi thọ cao hơn nam giới (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021)

Về trình độ học vấn và nghề nghiệp trước đây, kết quả nghiên cứu hiện tại khẳng định thêm nhận định của Phạm Thị Thùy và Nguyễn Văn Dũng (2021), rằng người cao tuổi tại cơ sở công lập thường có xuất thân từ nông thôn, trình độ học vấn thấp và làm các công việc lao động giản đơn, trong khi người cao tuổi tại cơ sở tư nhân có nền tảng học vấn và nghề nghiệp cao hơn, cho thấy họ thuộc nhóm có điều kiện kinh tế tốt và có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc (Phạm Thị Thùy & Nguyễn Văn Dũng, 2021).

Xét về tình trạng sức khỏe, toàn bộ mẫu cho thấy phần lớn người cao tuổi đánh giá sức khỏe ở mức bình thường hoặc yếu, với tỷ lệ mắc bệnh mãn tính cao (83.6%). Tuy nhiên, nghiên cứu phát hiện rằng người cao tuổi tại cơ sở công lập có tình trạng sức khỏe yếu hơn và khả năng thực hiện hoạt động hàng ngày thấp hơn- điều này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Lê Thị Hoa (2019), trong đó cũng ghi nhận sự khác biệt về chức năng thể chất và mức độ tự chăm sóc giữa các nhóm người cao

tuổi theo loại hình cơ sở chăm sóc (Lê Thị Hoa, 2019). Nhóm người cao tuổi ở cơ sở tư nhân có điểm Bathel cao hơn đáng kể (76.73 so với 48.87) và tự đánh giá sức khỏe tích cực hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Ninh Thị Ngọc Bích và cộng sự tại Trung tâm Diên Hồng, nơi người cao tuổi đa phần có khả năng thực hiện tốt các hoạt động cơ bản hàng ngày (điểm Bathel trung bình khoảng 79) (Ninh Thị Ngọc Bích và cộng sự, 2024). So với kết quả của đề tài, nhóm tư nhân trong nghiên cứu có mức độ tương đương, trong khi nhóm công lập yếu rõ rệt.

Xét về mối quan hệ gia đình và xã hội, khoảng 60% người cao tuổi duy trì liên lạc thường xuyên hoặc rất thường xuyên với gia đình, và mức độ nhận thức hỗ trợ xã hội nhìn chung ở mức khá. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm là rất rõ rệt. Nhóm người cao tuổi ở cơ sở chăm sóc tư nhân duy trì được mức độ liên lạc và kết nối với gia đình rất cao (gần 71.2% thường xuyên hoặc rất thường xuyên), còn nhóm công lập có tới 49.3% hiếm khi liên lạc. Về nhận thức hỗ trợ xã hội, nhóm tư nhân đạt điểm trung bình 24.43 so với 15.87 ở nhóm công lập- chênh lệch lớn và có ý nghĩa thống kê. So với báo cáo của UNFPA (2021), nơi người cao tuổi Việt Nam vẫn chủ yếu sống cùng hoặc gần con cháu (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021). Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự cô lập của nhóm ở cơ sở công lập là một vấn đề cần lưu ý. Đây có thể là đối tượng cần được can thiệp tâm lý- xã hội ưu tiên.

Tổng thể, bộ dữ liệu thu thập được cho thấy người cao tuổi trong các cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay có xu hướng là nữ giới, độ tuổi cao, từng sinh sống ở thành thị, có nền tảng học vấn và nghề nghiệp tương đối ổn định. Tuy nhiên, nhóm khách thể nghiên cứu đang đối mặt với những thách thức đáng kể về sức khỏe, thu nhập và tình trạng cô đơn, từ đó đặt ra nhu cầu lớn trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện và hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Các đặc điểm về nhân khẩu học, kinh tế, sức khỏe và xã hội phản ánh sự phân tầng rõ rệt giữa hai nhóm người cao tuổi theo loại hình cơ sở chăm sóc. Nhóm công lập chủ yếu là người cao tuổi yếu thế, có hoàn cảnh khó khăn: không có thu nhập, không có nguồn lực kinh tế, không học vấn, không còn gia đình trong khi nhóm người cao tuổi tại cơ sở tư nhân có nền tảng học vấn, nghề nghiệp, thu nhập tốt hơn, sức khỏe ổn định hơn và duy trì mối quan hệ xã hội tích cực hơn.

Những khác biệt này không chỉ mang tính mô tả mà còn gắn liền với nguy cơ nguy cơ sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần, là cơ sở quan trọng để thiết kế chính sách chăm sóc người cao tuổi theo hướng công bằng và bền vững.

3.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

3.2.1. Dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trên địa bàn nghiên cứu

Để thấy rõ thực trạng sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, đề tài sử dụng thang đo kiểm tra trạng thái tâm thần ngắn (MMSE) cho sàng lọc sa sút trí tuệ người cao tuổi, thang đánh giá DASS21 cho ba vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến là lo âu, căng thẳng và trầm cảm

Trước khi phân tích các chỉ số thống kê thực chứng, cần làm rõ hệ quy chiếu lý thuyết và ý nghĩa lâm sàng của các công cụ đo lường được sử dụng trong nghiên cứu này. Đối với các biểu hiện lo âu, căng thẳng và trầm cảm, nghiên cứu sử dụng các tiêu thang đo tương ứng với khoảng điểm lý thuyết dao động từ 0.00 đến 42.00 điểm. Trong đó, điểm số 0.00 đại diện cho trạng thái hoàn toàn không xuất hiện triệu chứng tổn thương tâm thần; ngược lại, điểm số tịnh tiến dần về mức tối đa 42.00 điểm phản ánh mức độ biểu hiện lâm sàng nghiêm trọng nhất của các hội chứng tâm lý tiêu cực này. Điểm số trung bình càng cao thể hiện mức độ tổn thương sức khỏe tâm thần của người cao tuổi càng lớn.

Đối với dấu hiệu sa sút trí tuệ, chức năng nhận thức của người cao tuổi được đánh giá qua thang đo có khoảng điểm lý thuyết dao động từ 0.00 đến 30.00 điểm. Khác với ba nhóm biểu hiện trên, thang đo này có xu hướng đo lường tỷ lệ nghịch với mức độ bệnh lý: Điểm số 0.00 biểu thị tình trạng suy giảm chức năng nhận thức ở mức độ đặc biệt nghiêm trọng, trong khi điểm số đạt mức tối đa 30.00 điểm minh chứng cho một chức năng nhận thức hoàn toàn bình thường và khỏe mạnh. Do đó, điểm số trung bình càng thấp phản ánh nguy cơ sa sút trí tuệ của đối tượng nghiên cứu càng cao.

Sự đối chiếu giữa khoảng điểm lý thuyết nêu trên và kết quả khảo sát thực tế tại Bảng 3.3 sẽ cho biết thực trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung.

Bảng 3.3. Điểm dấu hiệu một số vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372) thống kê điểm số thu được của các thang đo về một số vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội phản ánh thực trạng một số vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội, thông qua các thang đo chuẩn hóa. Kết quả phân tích cho thấy điểm lo âu trung bình của người cao tuổi là 16.66 (trên thang DASS21 sau khi nhân hệ số 2), nằm trong ngưỡng mức độ lo âu nặng, theo phân loại của Lovibond và Lovibond (1995). Độ lệch chuẩn cao (11.10) cho thấy sự phân tán lớn về mức độ lo âu giữa các cá nhân, trong đó có những người trải qua lo âu rất nặng và cũng có người chỉ ở mức nhẹ.

Bảng 3. 3. Điểm dấu hiệu một số vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372)

Dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần	Min- Max	Điểm trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)
Lo âu	2.00- 42.00	16.66	11.10
Căng thẳng	2.00- 42.00	18.16	9.74
Trầm cảm	0.00- 42.00	15.61	12.90
Sa sút trí tuệ	9.00- 30.00	20.88	5.42

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Tương tự, điểm trung bình về căng thẳng là 18.16- nằm tiệm cận ranh giới giữa mức nhẹ và mức vừa, thể hiện tình trạng áp lực tâm lý thường trực ở nhiều người cao tuổi. Đáng chú ý hơn, điểm trung bình về trầm cảm là 15.61, thuộc mức độ trầm cảm vừa, với độ lệch chuẩn lớn (12.90), cho thấy tình trạng trầm cảm ở người cao tuổi đang hiện hữu rõ rệt và có sự phân hóa mạnh- từ những người không có dấu hiệu trầm cảm cho tới những trường hợp trầm cảm rất nặng. So sánh với cộng đồng người cao tuổi tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Đức Thạch cùng cộng sự (2013) về việc xác

thực thang DASS-21 cho thấy điểm cắt phát hiện trầm cảm/ lo âu là ≥ 10 (Trần Đức Thạch và cộng sự, 2013); tuy nhiên, trung bình nhóm mẫu của nghiên cứu (>15) cho thấy mức độ bệnh lý nghiêm trọng hơn nhiều so với cộng đồng.

Về nhận thức, điểm MMSE trung bình là 20.88- nằm trong khoảng suy giảm nhận thức nhẹ, theo tiêu chuẩn của Folstein và cộng sự (1975). Tuy nhiên, mức điểm thấp nhất ghi nhận là 9, cho thấy vẫn có một bộ phận người cao tuổi rơi vào tình trạng sa sút trí tuệ nặng, cần hỗ trợ toàn diện trong sinh hoạt hằng ngày. Dữ liệu đề tài phản ánh một thực trạng tương đối nghiêm trọng về sức khỏe tâm thần và nhận thức ở nhóm người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Leggett cùng cộng sự (2013) thực hiện trên người cao tuổi tại Đà Nẵng, khoảng 29-46 % người cao tuổi có dấu hiệu suy giảm nhận thức, với điểm MMSE trung bình khoảng 22 (Leggett A. và cộng sự, 2013).

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy các dấu hiệu vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến của nhóm khách thể nghiên cứu được ghi nhận là trầm cảm, lo âu và sa sút trí tuệ. Cán bộ xác nhận *"Về sức khỏe tâm thần thì tình trạng trầm cảm và lo âu tương đối phổ biến, đặc biệt ở những người không có người thân thăm nom"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, Cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên). Biểu hiện thường là thu mình, cùng với cảm xúc *"Tôi hay lo nghĩ, ngủ không yên, nhất là khi nhớ lại người thân đã mất"* (PVS-G2-02, L.T.B, Nữ, 76 tuổi). Vấn đề sa sút trí tuệ cũng có xu hướng gia tăng, được thể hiện qua nỗi sợ hãi của người cao tuổi: *"Tôi hay quên, nói trước quên sau. Lo không biết sau này có lú lẫn không"* (PVS-G3-02, Đ.V.L, Nam, 82 tuổi). Tuy nhiên, việc sàng lọc còn thô sơ: *"do không có thiết bị chuyên biệt để chẩn đoán nên chúng tôi chỉ ghi nhận và theo dõi qua quan sát hành vi và lời kể"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, Cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên).

Bảng 3.4 trình bày kết quả khảo sát về mức độ dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của 372 người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội cho thấy một bức tranh đáng quan ngại. Nhìn chung, tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần ở mức

từ trung bình đến rất nặng chiếm ưu thế, phản ánh nhu cầu chăm sóc tâm thần là rất lớn trong nhóm đối tượng này.

Bảng 3. 4. Mức độ dấu hiệu một số vấn đề sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372)

	Căng thẳng	Lo âu	Trầm cảm	Sa sút trí tuệ	
Mức độ	n (%)	n (%)	n (%)	Mức độ	n (%)
Bình thường	177 (47.6)	76 (20.4)	158 (42.5)	Nhận thức bình thường	65 (17.5)
Nhẹ	37 (9.9)	23 (6.2)	34 (9.1)	Suy giảm nhẹ	141 (37.9)
Trung bình	65 (17.5)	108 (29)	64 (17.2)	Suy giảm trung bình	156 (41.9)
Nặng	54 (14.5)	33 (8.9)	28 (7.5)	Suy giảm nặng	10 (2.7)
Rất nặng	39 (10.5)	132 (35.5)	88 (23.7)		
Tổng	372 (100)	372 (100)	372 (100)	Tổng	372 (100)

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Về căng thẳng, có tới 52.4% người cao tuổi trải qua từ mức nhẹ đến rất nặng, trong đó 25% ở mức nặng hoặc rất nặng. Kết quả này cho thấy căng thẳng không phải là hiện tượng nhất thời mà có xu hướng kéo dài và trầm trọng trong môi trường chăm sóc tập trung. So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ này cao hơn mức trung bình trong nhiều khảo sát về người cao tuổi sống tại cộng đồng, vốn dao động từ 20- 35% (Creighton As và cộng sự, 2016). Điều này củng cố nhận định rằng môi trường cơ sở chăm sóc tập trung, dù mang lại hỗ trợ chăm sóc, nhưng cũng có thể là nguồn tạo thêm áp lực tâm lý.

Đối với lo âu, tỷ lệ biểu hiện từ mức trung bình đến rất nặng chiếm tới 73.4%, trong đó riêng mức rất nặng đã đạt 35.5%. Con số này đặc biệt cao nếu so với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Creighton As cùng cộng sự (Creighton As và cộng sự, 2016), trong đó tỷ lệ lo âu ở người cao tuổi trong cơ sở chăm sóc dài hạn chỉ dao động từ 6.5% đến 58.4%. Như vậy, kết quả tại Hà Nội phản ánh tình trạng lo âu nổi trội.

Khi xem xét trầm cảm, số liệu cũng cho thấy tỷ lệ cao: 57.5% người cao tuổi có biểu hiện trầm cảm từ mức nhẹ đến rất nặng, trong đó 23.7% ở mức rất nặng. So sánh với nghiên cứu AGED study của Jongenelis và cộng sự (2005), vốn chỉ ra rằng người

cao tuổi tại viện dưỡng lão có tỷ lệ trầm cảm gấp ba đến bốn lần so với người sống trong cộng đồng (Jongenelis K. và cộng sự, 2004), kết quả của Hà Nội hoàn toàn phù hợp với xu hướng này. Nghiên cứu của Yoon và cộng sự (2018) cũng khẳng định rằng, nếu không có can thiệp tâm lý và xã hội phù hợp, trầm cảm ở nhóm người cao tuổi trong cơ sở chăm sóc sẽ duy trì ở mức cao, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (Yoon và cộng sự, 2018).

Đáng chú ý nhất là tình trạng sa sút trí tuệ, khi có tới 82.5% người cao tuổi có suy giảm nhận thức ở các mức độ khác nhau. Trong đó, 41.9% ở mức suy giảm trung bình và 37.9% ở mức nhẹ, chỉ 17.5% duy trì nhận thức bình thường. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2019) trên mẫu cộng đồng lớn (N= 3.308), trong đó chỉ 46.4% có biểu hiện suy giảm nhận thức, kết quả tại Hà Nội cao hơn đáng kể (Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự, 2019). Điều này cho thấy môi trường chăm sóc tập trung quy tụ nhiều người cao tuổi có sức khỏe yếu hơn, đồng thời phản ánh thực trạng sa sút trí tuệ đang là gánh nặng sức khỏe tâm thần lớn nhất tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu gần đây về chất lượng sống của người cao tuổi sa sút trí tuệ trong viện dưỡng lão ở Việt Nam (Nguyễn Thanh Xuân và cộng sự, 2024), nhấn mạnh sự cần thiết của dịch vụ công tác xã hội để hỗ trợ tâm lý, xã hội và nâng cao chất lượng sống cho nhóm đối tượng này.

Như vậy, kết quả Bảng 3.4 cho thấy các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội xuất hiện với tỷ lệ cao hơn so với cộng đồng và trong nhiều trường hợp cao hơn cả một số nghiên cứu quốc tế. Xu hướng nổi bật là sự kết hợp đồng thời của lo âu, trầm cảm và sa sút trí tuệ với mức độ nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ lớn, đặt ra thách thức lớn cho hệ thống chăm sóc. Điều này khẳng định vai trò cấp thiết của dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, không chỉ hỗ trợ can thiệp cá nhân mà còn kết nối nguồn lực, giảm kỳ thị, nâng cao năng lực ứng phó và thúc đẩy chất lượng sống của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Tổng thể, các dữ liệu cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung đang đối mặt với nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần, đặc biệt là lo âu, trầm cảm và suy giảm nhận thức. Nhiều người cao tuổi trong các cơ sở chăm sóc đang trải qua các biểu hiện rối loạn tâm thần ở mức độ từ trung bình đến cao. So sánh với ước tính toàn cầu của WHO (2023) rằng khoảng 14% người cao tuổi gặp vấn đề sức khỏe tâm thần chủ yếu là trầm cảm và lo âu, tỷ lệ biểu hiện triệu chứng trong mẫu nghiên cứu này cho thấy mức độ phổ biến có thể cao hơn đáng kể ở nhóm sống trong cơ sở chăm sóc tập trung (World Health Organization, 2023).

Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu hiện tại tương đồng với các nghiên cứu trước ở cả trong và ngoài nước về nguy cơ cao rối loạn tâm thần ở người cao tuổi, đặc biệt là nhóm sống trong môi trường tập trung hoặc có mức độ hỗ trợ xã hội thấp. Tuy nhiên, điểm số cao hơn đáng kể ở cả ba yếu tố (lo âu, trầm cảm, căng thẳng) cho thấy cần có các can thiệp chuyên biệt về chăm sóc tâm lý- xã hội, đồng thời bổ sung thêm các hoạt động tăng cường nhận thức và gắn kết xã hội trong các cơ sở chăm sóc.

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến dấu hiệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

Để xác định và lượng hóa các yếu tố có liên quan đến biểu hiện sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung tại Hà Nội, nghiên cứu sinh thực hiện phân tích hồi quy tuyến tính đa biến (Multiple Linear Regression) bằng phương pháp ước lượng bình phương tối thiểu (OLS).

Phân tích này cấu trúc thành bốn mô hình hồi quy độc lập tương ứng với bốn biến phụ thuộc dạng liên tục, đại diện cho bốn chiều kích sức khỏe tâm thần bao gồm: Điểm số Căng thẳng (Mô hình 1), Điểm số Lo âu (Mô hình 2), Điểm số Trầm cảm (Mô hình 3) và Điểm số Nhận thức/Sa sút trí tuệ (Mô hình 4). Đối với ba mô hình đầu, giá trị điểm số tỷ lệ thuận với mức độ nghiêm trọng của triệu chứng lâm sàng; ngược lại, ở Mô hình 4, điểm số cao phản ánh chức năng nhận thức tốt hơn. Các biến độc lập đưa vào mô hình bao gồm cả biến liên tục (Tuổi, Điểm số khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày - ADL, Điểm số nhận thức hỗ trợ xã hội) và các biến phân loại

được chuyển đổi dưới dạng biến giả (Giới tính, Tình trạng hôn nhân, Học vấn, Số bệnh mãn tính, Tự đánh giá sức khỏe, Mức độ liên lạc với gia đình, và Người chi trả chi phí) với các nhóm tham chiếu cụ thể được thiết lập tại Bảng 3.5.

Logic cốt lõi của việc xây dựng các mô hình này nhằm kiểm nghiệm giả thuyết khoa học: Các đặc điểm tổn thương về mặt sinh học - nhân khẩu học (tuổi cao, nữ giới), sự suy giảm chức năng thể chất (mắc nhiều bệnh mãn tính, hạn chế ADL) và sự thiếu hụt mạng lưới nâng đỡ xã hội là những yếu tố dự báo làm trầm trọng hóa các biểu hiện bất lợi về tâm thần (căng thẳng, lo âu, trầm cảm) và làm suy giảm chức năng nhận thức của người cao tuổi. Đáng chú ý, biến số 'Loại hình cơ sở' (Công lập/Tư nhân) đã được loại bỏ khỏi các mô hình hồi quy do xuất hiện hiện tượng đa cộng tuyến nghiêm trọng với biến 'Người chi trả chi phí' (do diện đối tượng được Nhà nước hỗ trợ hoàn toàn tương đồng với cơ cấu của khối cơ sở công lập bảo trợ).

Kết quả kiểm định cho thấy các mô hình đạt độ tin cậy kỹ thuật cao. Hệ số VIF trung bình đạt 1.901 (nhỏ hơn ngưỡng kiểm soát là 5), khẳng định không xảy ra hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập. Chỉ số Durbin-Watson dao động từ 1.562 đến 2.273, nằm trong khoảng cho phép từ 1.5 đến 2.5, chứng minh các sai số ngẫu nhiên đạt tính độc lập. Hệ số xác định hiệu chỉnh (R^2 hiệu chỉnh) phản ánh năng lực giải thích của các tập hợp biến độc lập đối với sự biến thiên của biến phụ thuộc. Kết quả tại Bảng 3.5 cho thấy các biến dự báo giải thích được lần lượt 62.8% sự biến thiên của mô hình căng thẳng, 72.2% của mô hình lo âu, và 74.0% của mô hình trầm cảm. Riêng đối với biểu hiện mô hình sa sút trí tuệ, mô hình giải thích được 44.8% sự biến thiên; đây là tỷ lệ giải thích có giá trị khoa học cao trong các nghiên cứu thực nghiệm thuộc lĩnh vực sức khỏe hành vi và khoa học xã hội.

Tuy nhiên, biến loại hình cơ sở chăm sóc tập trung đã bị loại khỏi tất cả các mô hình do có Tolerance bằng 0.000, dẫn đến đa cộng tuyến và không được đưa vào phân tích trong mô hình.

Bảng 3. 5. Kết quả mô hình hồi quy các yếu tố liên hệ với các dấu hiệu sức khỏe tâm thần thường gặp ở người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội

Mô hình	Mô hình 1 (Căng thẳng)	Mô hình 2 (Lo âu)	Mô hình 3 (Trầm cảm)	Mô hình 4 (Sa sút trí tuệ)
	β (SE)	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Tuổi	0.134 (0.038)**	0.111 (0.038)**	0.101 (0.043)**	-0.037 (0.026)
Giới tính (Nhóm tham chiếu= Nam)				
Nữ	0.081 (0.859)*	0.055 (0.847)	0.050 (0.952)	-0.147 (0.583)**
Tình trạng hôn nhân (Nhóm tham chiếu= Khác (Góa, Chưa từng kết hôn, Ly hôn)				
Kết hôn và vẫn còn bạn đời	0.072 (0.836)	0.058 (0.824)	0.024 (0.927)	-0.110 (0.567)*
Học vấn (Nhóm tham chiếu= Chưa từng đi học)				
Được đi học các cấp	0.040 (1.425)	-0.017 (1.405)	-0.009 (1.579)	0.113 (0.967)*
Số bệnh mãn tính (Nhóm tham chiếu= Không có bệnh)				
Có từ 1 bệnh trở lên	0.064 (0.908)	-0.013 (0.896)	0.024 (1.006)	0.040 (0.616)
Tự đánh giá sức khỏe (Nhóm tham chiếu= Bình thường)				
Khỏe và rất khỏe	-0.035 (0.918)	-0.030 (0.906)	0.007 (1.018)	0.208 (0.623)**
Yếu và rất yếu	0.253 (0.943)**	0.307 (0.931)**	0.291 (1.046)**	-0.136 (0.640)*
Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày	-0.190 (0.014)**	-0.320 (0.014)**	-0.229 (0.016)**	0.111 (0.010)*
Nhận thức hỗ trợ xã hội	-0.301 (0.087)**	-0.153 (0.086)**	-0.329 (0.097)**	-0.009 (0.059)
Mức độ liên lạc với gia đình (Nhóm tham chiếu= Không liên lạc)				
Có liên lạc ở các mức độ	0.003 (1.419)	0.009 (1.400)	0.008 (1.573)	-0.032 (0.963)
Người chi trả chi phí tại cơ sở chăm sóc tập trung (Nhóm tham chiếu= Con, cháu, họ hàng chi trả)				
Nhà nước hỗ trợ	-0.260 (1.489)**	-0.285 (1.469)**	-0.255 (1.651)**	0.369 (1.011)**

R² hiệu chỉnh	0.628	0.722	0.740	0.448
Trung bình VIF	1.901	1.901	1.901	1.901
Durbin-Watson	1.868	1.562	1.610	2.273

Ghi chú: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Biến bị loại khỏi mô hình: Loại hình cơ sở

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Các kết quả hồi quy này cung cấp một cái nhìn toàn diện về các yếu tố xã hội, nhân khẩu học và sức khỏe liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi trong môi trường chăm sóc tập trung. Các mô hình giải thích khá tốt biến thiên của ba vấn đề tâm lý phổ biến là căng thẳng, lo âu và trầm cảm, với R² hiệu chỉnh lần lượt là 0.628, 0.722 và 0.740. Điều này phản ánh rằng các yếu tố nhân khẩu học, sức khỏe và xã hội được đưa vào có sức mạnh dự báo tương đối lớn đối với các rối loạn cảm xúc. Sự khác biệt về mức độ giải thích của các mô hình (R² hiệu chỉnh) cho thấy rằng các yếu tố được khảo sát có tác động mạnh mẽ hơn đến các rối loạn cảm xúc như trầm cảm và lo âu, vốn thường có tính chất phản ứng với các yếu tố môi trường và xã hội. Ngược lại, mô hình sa sút trí tuệ chỉ đạt R² hiệu chỉnh = 0.448, cho thấy các yếu tố này giải thích hạn chế hơn đối với sự biến thiên của suy giảm nhận thức, vốn chịu ảnh hưởng nhiều từ yếu tố sinh học và thần kinh. Khả năng giải thích của mô hình sa sút trí tuệ thấp hơn có thể gợi ý rằng đây là một tình trạng phức tạp hơn, chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các yếu tố sinh học và di truyền không được đưa vào trong mô hình này, hoặc các yếu tố xã hội có vai trò khác biệt trong việc khởi phát hoặc làm nặng thêm tình trạng sa sút trí tuệ so với các vấn đề sức khỏe tâm thần khác. Các chỉ số kiểm định chất lượng mô hình (Durbin-Watson, VIF) đều cho thấy tính ổn định và đáng tin cậy của các ước lượng, cung cấp cơ sở vững chắc cho việc diễn giải mối quan hệ giữa các biến.

Mô hình 1: Căng thẳng

Trong mô hình căng thẳng, tuổi có mối quan hệ dương có ý nghĩa ($\beta = 0.134$, $SE = 0.038$, $p < 0.01$), cho thấy người cao tuổi càng lớn tuổi thì mức độ căng thẳng càng tăng. Đây là xu hướng phù hợp với các bằng chứng quốc tế khi quá trình lão hóa thường đi kèm với suy giảm sức khỏe, sự mất mát về xã hội và phụ thuộc nhiều hơn

vào người khác (World Health Organization, 2017). Giới tính nữ cũng liên quan đến mức độ căng thẳng cao hơn nam giới ($\beta = 0.081$, $SE = 0.859$, $p < 0.05$), phản ánh sự nhạy cảm hơn của phụ nữ với căng thẳng trong bối cảnh già hóa, đồng thời củng cố kết quả của Goudeau và cộng sự (2020) về sự khác biệt giới trong phản ứng cảm xúc (Goudeau, S. và cộng sự, 2020). Tự đánh giá sức khỏe “Yếu và rất yếu” có ảnh hưởng dương rõ rệt ($\beta = 0.253$, $SE = 0.943$, $p < 0.01$), khẳng định sức khỏe thể chất kém là yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với căng thẳng. Ngược lại, khả năng tự chăm sóc sinh hoạt hàng ngày có mối quan hệ âm mạnh ($\beta = -0.190$, $SE = 0.014$, $p < 0.01$), cho thấy duy trì độc lập trong sinh hoạt giúp giảm nguy cơ căng thẳng. Nhận thức về sự hỗ trợ xã hội cũng đóng vai trò bảo vệ ($\beta = -0.301$, $SE = 0.087$, $p < 0.01$), phù hợp với khung lý thuyết về vai trò giảm căng thẳng của hỗ trợ xã hội. Ngoài ra, sự hỗ trợ từ phía Nhà nước trong chi trả chi phí chăm sóc cũng có tác dụng giảm căng thẳng đáng kể ($\beta = -0.260$, $SE = 1.489$, $p < 0.01$), cho thấy các chính sách an sinh có ý nghĩa quan trọng đối với nhóm người cao tuổi yếu thế.

Mô hình 2: Lo âu

Mức độ giải thích của mô hình lo âu là cao nhất (R^2 hiệu chỉnh = 0.722). Tuổi tác tiếp tục là yếu tố nguy cơ ($\beta = 0.111$, $SE = 0.038$, $p < 0.01$), nhấn mạnh vai trò của lão hóa trong gia tăng lo âu. Người tự đánh giá sức khỏe “Yếu và rất yếu” có nguy cơ lo âu cao hơn ($\beta = 0.307$, $SE = 0.931$, $p < 0.01$), trong khi khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày có mối quan hệ âm mạnh ($\beta = -0.320$, $SE = 0.014$, $p < 0.01$), khẳng định sự mất đi tính tự chủ trong sinh hoạt gắn liền với lo âu gia tăng. Tương tự mô hình căng thẳng, nhận thức hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng giảm lo âu ($\beta = -0.153$, $SE = 0.086$, $p < 0.01$). Hỗ trợ từ Nhà nước cũng có tác động tích cực khi giúp giảm mức độ lo âu ($\beta = -0.285$, $SE = 1.469$, $p < 0.01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Covinsky và cộng sự (2009), vốn chỉ ra rằng sự phụ thuộc sinh hoạt làm tăng lo âu, trong khi hỗ trợ xã hội và chính sách có vai trò bảo vệ quan trọng (Covinsky, K. E. và cộng sự, 2009).

Mô hình 3: Trầm cảm

Mô hình trầm cảm có sức mạnh giải thích tốt nhất (R^2 hiệu chỉnh = 0.740). Tuổi có ảnh hưởng dương ($\beta = 0.101$, $SE = 0.043$, $p < 0.01$), phản ánh nguy cơ trầm cảm tăng theo độ tuổi. Tự đánh giá sức khỏe “Yếu và rất yếu” cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng ($\beta = 0.291$, $SE = 1.046$, $p < 0.01$). Ngược lại, khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày có mối quan hệ âm ($\beta = -0.229$, $SE = 0.016$, $p < 0.01$), cho thấy người có khả năng tự chăm sóc tốt hơn ít bị trầm cảm. Nhận thức hỗ trợ xã hội có vai trò bảo vệ mạnh mẽ ($\beta = -0.329$, $SE = 0.097$, $p < 0.01$), phù hợp với nghiên cứu của Chou và Chi (Chou, K. L. & Chi, I., 2001). Ngoài ra, biến “Nhà nước hỗ trợ” cũng làm giảm nguy cơ trầm cảm ($\beta = -0.255$, $SE = 1.651$, $p < 0.01$). Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu cho thấy sự thiếu hỗ trợ xã hội và mất đi tính tự chủ là những yếu tố dự báo hàng đầu của trầm cảm ở người cao tuổi (Covinsky, K. E. và cộng sự, 2009).

Mô hình 4: Sa sút trí tuệ

Khác với các mô hình trên, mô hình sa sút trí tuệ có R^2 hiệu chỉnh thấp hơn (0.448), phản ánh tính phức tạp và đa yếu tố của tình trạng này. Giới tính nữ có tác động âm ($\beta = -0.147$, $SE = 0.583$, $p < 0.01$), cho thấy nữ giới ít có nguy cơ sa sút trí tuệ hơn trong mẫu này, kết quả trái ngược với các nghiên cứu dịch tễ quốc tế như Beam và cộng sự (2018), vốn chỉ ra rằng nữ giới có nguy cơ Alzheimer cao hơn (Beam và cộng sự, 2018). Tình trạng hôn nhân “Kết hôn và vẫn còn bạn đời” có ảnh hưởng âm ($\beta = -0.110$, $SE = 0.567$, $p < 0.05$), gợi ý rằng sự hiện diện của bạn đời đóng vai trò bảo vệ nhận thức thông qua hỗ trợ xã hội và tương tác hàng ngày. Trình độ học vấn có mối quan hệ dương ($\beta = 0.113$, $SE = 0.967$, $p < 0.05$), trái ngược với lý thuyết “dự trữ nhận thức” (Yaakov Stern, 2012). Một cách giải thích hợp lý là hiện tượng “ngưỡng bộc lộ”, khi người có học vấn cao có thể che giấu triệu chứng cho đến giai đoạn nặng hơn (Lindenberger, U. & Baltes, P. B., 1997). Tự đánh giá sức khỏe “Khỏe và rất khỏe” lại có tác động dương ($\beta = 0.208$, $SE = 0.623$, $p < 0.01$), trong khi biến “Yếu và rất yếu” có tác động âm ($\beta = -0.136$, $SE = 0.640$, $p < 0.05$). Đây là kết quả nghịch lý, có thể do người bị suy giảm nhận thức không còn khả năng đánh giá đúng tình trạng sức khỏe của mình. Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày có quan hệ dương ($\beta = 0.111$, $SE = 0.010$, $p < 0.05$), gợi ý rằng có những trường hợp

duy trì thể chất tốt nhưng vẫn suy giảm nhận thức. Nguồn chi trả “Nhà nước hỗ trợ” có ảnh hưởng dương rõ rệt ($\beta = 0.369$, $SE = 1.011$, $p < 0.01$), cho thấy nhóm được hỗ trợ chủ yếu là các đối tượng có tình trạng sức khỏe nhận thức kém hơn, phù hợp với chính sách trợ giúp xã hội (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2020). Kết quả này khẳng định sa sút trí tuệ có cơ chế ảnh hưởng khác biệt so với các vấn đề tâm lý khác và đòi hỏi những nghiên cứu chuyên sâu hơn.

Một phát hiện đáng chú ý từ kết quả thực nghiệm tại Bảng 3.5 là biến số “Mức độ liên lạc với gia đình” không thể hiện ý nghĩa thống kê trong cả bốn mô hình hồi quy ($p > 0.05$). Kết quả này có sự lệch pha nhất định so với giả thuyết ban đầu của nghiên cứu và kỳ vọng mang tính truyền thống.

Xét từ Lý thuyết hệ thống sinh thái (Ecological Systems Theory) của Bronfenbrenner, gia đình vốn là một thành tố cốt lõi thuộc “Hệ thống vi mô” (Microsystem) - môi trường tương tác trực tiếp, thường xuyên và có sức ảnh hưởng tiên quyết đến sự phát triển tâm lý cũng như sức khỏe tâm thần của cá nhân. Tuy nhiên, trong bối cảnh đặc thù của người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung, mối liên hệ này cần được luận giải sâu sắc qua hai khía cạnh phương pháp luận và thực tiễn xã hội.

Thứ nhất, có sự khác biệt giữa tần suất cơ học và chất lượng tương tác. Biến số trong mô hình hiện tại mới chỉ đo lường khía cạnh kỹ thuật (có hay không có liên lạc) mà chưa phản ánh được nội dung và bản chất của cuộc truyền thông. Trong môi trường cơ sở chăm sóc tập trung, việc liên lạc với gia đình có thể khơi dậy các trạng thái tâm lý tiêu cực như cảm giác bị bỏ rơi, cảm giác tội lỗi (vì trở thành gánh nặng tài chính), hoặc lặp lại các mâu thuẫn gia đình chưa được giải quyết. Chính sự đan xen giữa tác động tích cực và tiêu cực mang tính cá thể này đã làm triệt tiêu ý nghĩa thống kê của biến số khi phân tích trên tổng mẫu.

Thứ hai, kết quả nghiên cứu phản ánh hiện tượng “dịch chuyển cấu trúc hệ thống vi mô” (Microsystem shift) hoặc “hiệu ứng thay thế mạng lưới” (Network substitution

effect). Khi người cao tuổi chuyển vào sinh sống tập trung, các tương tác trực tiếp hàng ngày tại cơ sở (với nhân viên điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội và các bạn già cùng phòng) bắt đầu đóng vai trò chủ đạo. Điều này được minh chứng rất rõ qua biến số “nhận thức hỗ trợ xã hội” (phản ánh hệ thống nâng đỡ tại chỗ) có ý nghĩa thống kê rất mạnh ở mức $p < 0.01$ xuyên suốt các mô hình căng thẳng ($\beta = -0.301$, $SE = 0.087$, $p < 0.01$), trầm cảm ($\beta = -0.329$, $SE = 0.087$, $p < 0.01$). Sự hiện diện và tính kịp thời của mạng lưới hỗ trợ tại cơ sở chăm sóc đã bao bọc và tác động trực tiếp hơn đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi, từ đó làm mờ đi tầm ảnh hưởng của các liên lạc từ xa với hệ thống gia đình.

Phát hiện này đóng góp một giá trị thực tiễn quan trọng cho ngành Công tác xã hội: Đối với người cao tuổi sống tập trung, việc tối ưu hóa và xây dựng một môi trường tương tác nâng đỡ tại chỗ (hệ thống vi mô mới) mang ý nghĩa phòng ngừa và can thiệp khủng hoảng tâm thần hiệu quả hơn là việc chỉ duy trì các kết nối mang tính hình thức với gia đình. Đây cũng là cân nhắc định hướng để các nghiên cứu tiếp theo phát triển các thang đo chuyên sâu hơn, phân tách rõ khía cạnh tần suất và chất lượng mối quan hệ gia đình.

Như vậy, các mô hình căng thẳng, lo âu và trầm cảm cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa tình trạng tự nhận thức sức khỏe thể chất, khả năng độc lập sinh hoạt, nhận thức hỗ trợ xã hội và các chính sách an sinh với sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung. Mô hình sa sút trí tuệ có những kết quả trái ngược (giới tính nữ bảo vệ, học vấn và sức khỏe tự đánh giá cao lại là nguy cơ), cho thấy tính chất phức tạp, có thể liên quan đến hiện tượng “ngưỡng bộc lộ” và các yếu tố sinh học chưa được đưa vào mô hình (Lindenberger, U. & Baltes, P. B., 1997; Yaakov Stern, 2012). Điều này cho thấy rằng các vấn đề tâm thần phản ứng nhanh với yếu tố môi trường xã hội, còn sa sút trí tuệ mang tính chất bệnh lý dài hạn, ít bị chi phối bởi hỗ trợ xã hội trong ngắn hạn. Do đó, cần thiết phải tiếp cận sa sút trí tuệ từ góc độ đa ngành, kết hợp y học, tâm lý học và công tác xã hội.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, yếu tố cốt lõi và chi phối mạnh mẽ là sự cô đơn và mất kết nối xã hội. Cán bộ hỗ trợ người cao tuổi xác nhận *"Tôi thấy yếu tố không có gia đình, không có ai đến thăm là vấn đề tâm lý lớn nhất ở người cao tuổi, dẫn đến thu mình và buồn bã"* (PVS-CB-G3-01, N.T.T, Nữ, 39 tuổi, nhân viên công tác xã hội kiêm nhiệm, 15 năm thâm niên).

Bên cạnh đó, sự thiếu hụt dịch vụ chuyên môn tại trung tâm là yếu tố khách quan làm trầm trọng thêm vấn đề, bởi *"Trung tâm có triển khai dịch vụ công tác xã hội ở mức cơ bản, như tổ chức sinh hoạt nhóm, văn nghệ, trò chuyện hằng tuần. Tuy nhiên, chưa có nhân viên công tác xã hội chuyên sâu về tâm lý. Việc đánh giá và tư vấn tâm lý hiện nay vẫn dựa vào kinh nghiệm của điều dưỡng và cán bộ phụ trách. Hiệu quả chưa cao, chưa đáp ứng được các trường hợp trầm cảm hay mất phương hướng nặng"* (PVS-CB-TĐ-02, N.T.H, Nữ, 35 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 10 năm thâm niên) và *"Dịch vụ công tác xã hội ở trung tâm có nhưng chưa phát triển đầy đủ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Hiện tại, nhân viên công tác xã hội chủ yếu hỗ trợ làm giấy tờ, tổ chức hoạt động văn hóa- giải trí, kết nối thân nhân. Một vài cụ có vấn đề tâm lý thì chúng tôi trao đổi với gia đình để mời chuyên gia bên ngoài, nhưng điều này không thường xuyên"* (PVS-CB-TĐ-03, N.V.K, Nam, 41 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 6 năm thâm niên).

Thêm vào đó, yếu tố nhận thức cá nhân (tự nhận thức về sức khỏe bản thân, nhận thức về hỗ trợ xã hội) cũng liên quan và ảnh hưởng nhất định; cán bộ nhận định *"Theo kinh nghiệm của tôi, những cụ có trình độ, nhận thức thường chủ động tìm kiếm người để chia sẻ hơn vì họ có nhận thức tốt hơn về sức khỏe, sức khỏe tâm thần"* (PVS-CB-DH-02, N.T.T, Nữ, 39 tuổi, quản lý chăm sóc y tế, 8 năm thâm niên).

Như vậy, dựa trên kết quả hồi quy đa biến, các yếu tố liên hệ với sức khỏe tâm thần của người cao tuổi được tổng hợp theo 3 nhóm chính như sau:

Nhóm yếu tố cá nhân (nhân khẩu học, sức khỏe và niềm tin): Đây là nhóm yếu tố có ảnh hưởng mạnh mẽ và diện rộng nhất đến cả 4 trạng thái tâm thần (Căng thẳng, Lo âu, Trầm cảm, Sa sút trí tuệ). Các yếu tố đáng lưu ý gồm có tuổi tác, giới

tính, tình trạng hôn nhân, học vấn, sức khỏe thể chất và chức năng của người cao tuổi. Cụ thể, Tuổi tác là yếu tố nguy cơ nhất quán. Tuổi càng cao thì mức độ căng thẳng, lo âu và trầm cảm càng tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$). Về giới tính, phụ nữ có mức độ căng thẳng cao hơn nam giới. Tuy nhiên, trong mẫu nghiên cứu này, nữ giới lại cho thấy nguy cơ sa sút trí tuệ thấp hơn nam giới. Về tình trạng hôn nhân, người còn bạn đời có chỉ số sa sút trí tuệ thấp hơn. Liên quan đến học vấn, người có học vấn cao hơn cho thấy điểm số sa sút trí tuệ cao hơn. Về sức khỏe thể chất và chức năng, người tự đánh giá sức khỏe "Yếu và rất yếu" có nguy cơ mắc các rối loạn cảm xúc (căng thẳng, lo âu, trầm cảm) cao hơn. Đồng thời, khả năng độc lập trong sinh hoạt (điểm Barthel) càng cao thì mức độ căng thẳng, lo âu, trầm cảm càng giảm rõ rệt.

Nhóm yếu tố gia đình và hỗ trợ xã hội

Nhận thức hỗ trợ xã hội: Đây là nhân tố bảo vệ quan trọng nhất. Cảm nhận nhận được sự giúp đỡ từ xung quanh liên hệ nghịch chiều mạnh mẽ với căng thẳng, lo âu, trầm cảm.

Mức độ liên lạc với gia đình: Trong mô hình hồi quy này, biến số liên lạc với gia đình chưa cho thấy mối liên hệ trực tiếp có ý nghĩa thống kê với các dấu hiệu bệnh lý tâm thần cụ thể.

Nhóm yếu tố cơ sở chăm sóc tập trung và xã hội

Nguồn chi trả (Nhà nước hỗ trợ): Những người được Nhà nước hỗ trợ chi phí (thường là nhóm yếu thế tại cơ sở công lập) có mức độ căng thẳng, lo âu, trầm cảm thấp hơn so với nhóm do gia đình chi trả. Tuy nhiên, nhóm này lại có điểm sa sút trí tuệ cao hơn, phản ánh thực trạng nhóm đối tượng bảo trợ xã hội thường có tình trạng nhận thức kém hơn khi được tiếp nhận vào cơ sở.

Loại hình cơ sở: Biến số này bị loại khỏi mô hình phân tích do hiện tượng đa cộng tuyến (có mối tương quan quá chặt chẽ với các biến khác như thu nhập hoặc người chi trả), nên không thể xác định ảnh hưởng độc lập của nó trong bảng này.

Tóm lại: Kết quả Bảng 3.5 cho thấy các rối loạn cảm xúc (căng thẳng, lo âu, trầm cảm) có liên hệ chặt chẽ với nhận thức hỗ trợ xã hội và khả năng tự chủ trong sinh hoạt của người cao tuổi, trong khi sa sút trí tuệ có mối quan hệ tương quan với tình trạng hôn nhân và các yếu tố sinh học khác.

Nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu sắc về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, đồng thời mở ra những hướng nghiên cứu mới để khám phá các mối quan hệ phức tạp, đặc biệt là liên quan đến sa sút trí tuệ. Các kết quả vừa củng cố những bằng chứng hiện có trong y văn, vừa mở ra hướng nghiên cứu mới về sự khác biệt trong bối cảnh chăm sóc tập trung tại Việt Nam. Điều này có ý nghĩa trong việc xây dựng các can thiệp hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi trong môi trường cơ sở chăm sóc tập trung này.

3.3. Thực trạng những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

Từ Bảng 3.6 đến Bảng 3.10, nghiên cứu tập trung nhận diện thực trạng quy trình ứng phó và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của người cao tuổi đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Để đảm bảo tính chính thể và khái quát hóa cao về xu hướng hành vi của người cao tuổi trong môi trường cơ sở chăm sóc tập trung, các chỉ số được phân tích trên tổng mẫu (N=372). Các yếu tố phân hóa mang tính nhóm xã hội (như giới tính, loại hình cơ sở) sẽ được thảo luận đan xen trong lời văn và được kiểm soát chặt chẽ trong các mô hình kiểm định đa biến chuyên sâu.

Bảng 3.6 trình bày thực trạng những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội. Kết quả khảo sát cho thấy mức độ gặp khó khăn khi tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đang ở mức tương đối cao, với điểm trung bình các chỉ báo dao động từ 2.63 đến 3.64 trên thang đo 5 điểm. Điều này phản ánh người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung đang đối mặt với nhiều rào cản trong việc tiếp cận hỗ trợ tâm thần, từ nhận thức cá nhân, điều kiện dịch vụ đến trở ngại xã hội và hành chính.

Bảng 3. 6. Thực trạng những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)

Biến đo lường	Điểm trung bình Mean	Độ lệch chuẩn SD
Không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần	3.64	1.06
Không hiểu rõ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần	3.53	1.10
Không có đủ tiền đi khám sức khỏe tâm thần	2.67	1.50
E ngại, xấu hổ vì vấn đề tâm lý xã hội	3.07	1.41
Thiếu hỗ trợ xã hội từ gia đình, bạn bè	2.90	1.47
Ngại giao tiếp với cán bộ	2.91	1.26
Cơ sở chăm sóc không có phòng tư vấn tâm lý và sức khỏe tâm thần	2.97	1.43
Cơ sở chăm sóc không có phòng khám sức khỏe tâm thần	3.04	1.49
Thiếu cán bộ chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở	3.11	1.34
Thủ tục thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần phức tạp	2.89	1.31
Không có đủ phương tiện máy móc phục vụ cho việc tập phục hồi chức năng	2.63	1.44
Tổng/ Mean	3.03	1.35

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Đáng chú ý, hai khó khăn có điểm trung bình cao nhất là “Không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần” ($M = 3.64$, $SD = 1.06$) và “Không hiểu rõ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần” ($M = 3.53$, $SD = 1.10$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nam Trường cùng cộng sự (2024), trong đó người cao tuổi tại Việt Nam thường có hiểu biết hạn chế về vấn đề tâm lý, dẫn đến sự thiếu chủ động trong tìm kiếm sự giúp đỡ (Nguyễn Nam Trường và cộng sự, 2024).

Bên cạnh yếu tố nhận thức, nhóm các chỉ báo liên quan đến hạ tầng và nhân lực chuyên môn như “Thiếu cán bộ chuyên môn” ($M = 3.11$), “Không có phòng khám” ($M = 3.04$) và “Không có đủ máy móc phục hồi chức năng” ($M = 2.63$) cho thấy thực

trạng các cơ sở chăm sóc hiện nay chưa được đầu tư đúng mức cho chăm sóc tâm thần. Điều này từng được UNFPA (2021) cảnh báo là rào cản nghiêm trọng tại các cơ sở công lập, nơi người cao tuổi phụ thuộc hoàn toàn vào nhà nước nhưng lại thiếu điều kiện can thiệp toàn diện (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021).

Một số khó khăn có tính xã hội và cảm xúc như “E ngại, xấu hổ vì vấn đề tâm lý xã hội” ($M = 3.07$, $SD = 1.41$) và “Thiếu hỗ trợ xã hội từ gia đình, bạn bè” ($M = 2.90$) thể hiện rõ ảnh hưởng của kỳ thị và suy giảm kết nối xã hội. Theo WHO (2023), người cao tuổi càng thiếu gắn bó xã hội càng có nguy cơ cao bị cô lập cảm xúc, ảnh hưởng đến cả sức khỏe thể chất và tinh thần (World Health Organization, 2023).

Cuối cùng, nhóm khó khăn liên quan đến chi phí và thủ tục hành chính, như “Không có đủ tiền đi khám sức khỏe tâm thần” ($M = 2.67$, $SD = 1.50$) và “Thủ tục phức tạp” ($M = 2.89$) có mức điểm thấp hơn, nhưng độ lệch chuẩn lớn ($SD > 1.3$) cho thấy sự phân hóa đáng kể giữa các cá nhân. Một số người cao tuổi không gặp khó khăn, trong khi người khác lại bị rào cản rõ rệt về kinh tế hoặc thủ tục. Trần Đức Thạch cùng cộng sự (2013) cũng từng phản ánh điều này trong nghiên cứu của mình (Trần Đức Thạch và cộng sự, 2013), rằng điều kiện hành chính và tài chính không đồng đều làm gián đoạn quá trình tiếp cận điều trị tâm lý ở nhóm yếu thế.

Nhìn chung, kết quả phân tích cho thấy các khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi có tính đa chiều, kết hợp giữa yếu tố cá nhân, hệ thống dịch vụ và môi trường xã hội. Mức độ khó khăn trung bình trên toàn bộ thang đo cũng là tín hiệu cho thấy nhu cầu cấp thiết trong việc nâng cao nhận thức, cải thiện dịch vụ chuyên môn và hỗ trợ xã hội cho nhóm dân số đang ngày càng tăng nhanh này tại Việt Nam.

3.4. Thái độ và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung

Đề tài phân tích thái độ và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, dựa trên mức độ lo lắng về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần, mức độ tự tin trong các tình huống

liên quan đến vấn đề sức khỏe tâm thần và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp các biểu hiện lo lắng liên quan đến các vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu, căng thẳng, trầm cảm, sa sút trí tuệ.

3.4.1. Mức độ lo lắng về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần

Bảng 3.7 trình bày mức độ lo lắng có thể mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội. Theo đó, kết quả khảo sát cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có mức độ lo lắng đáng kể liên quan đến các vấn đề sức khỏe tâm thần, bao gồm căng thẳng, lo âu, trầm cảm và sa sút trí tuệ. Điểm trung bình các thang đo dao động từ 5.12 đến 6.53 trên thang điểm 10, cho thấy mức lo lắng trung bình đến khá, phản ánh rõ nhận thức chủ quan về nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần của người cao tuổi.

Bảng 3. 7. Mức độ lo lắng có thể mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)

Biến số	Điểm trung bình (Mean) (đo trên thang điểm 10)	Độ lệch chuẩn (SD)
Mức độ lo lắng về vấn đề căng thẳng	5.61	2.47
Mức độ lo lắng về vấn đề lo âu	5.50	2.65
Mức độ lo lắng về vấn đề trầm cảm	5.12	2.88
Mức độ lo lắng về sa sút trí tuệ	6.53	3.02

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu thể hiện mức độ lo lắng nhất định liên quan đến các vấn đề sức khỏe tâm thần. Trung bình điểm lo lắng về căng thẳng là 5.61 (SD = 2.47), lo âu là 5.50 (SD = 2.65), trầm cảm là 5.12 (SD = 2.88).

Mối lo ngại nổi bật nhất là nguy cơ sa sút trí tuệ, với điểm trung bình lên tới 6.53 (SD = 3.02). Sa sút trí tuệ là vấn đề khiến người cao tuổi cảm thấy lo ngại nhất, điều này hoàn toàn hợp lý trong bối cảnh tuổi cao thường đi kèm với nguy cơ suy

giảm nhận thức và tình trạng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tự chủ và chất lượng sống (Leggett A. và cộng sự, 2013).

Điểm trung bình mức độ lo lắng về căng thẳng là 5.61 (độ lệch chuẩn SD = 2.47), lo âu là 5.50 (độ lệch chuẩn SD = 2.65), và trầm cảm là 5.12 (độ lệch chuẩn SD = 2.88). Ba trạng thái rối loạn tâm lý này có điểm trung bình gần nhau và dao động trong khoảng 5–5.6, cho thấy người cao tuổi ý thức được sự hiện diện tiềm ẩn của các trạng thái căng thẳng và bất ổn cảm xúc. Mức độ lo lắng về trầm cảm ($M = 5.12$) tuy thấp nhất trong nhóm, nhưng vẫn cho thấy mối quan ngại nhất định. Điều này có thể được lý giải bởi hiện tượng chối bỏ hoặc không thừa nhận các cảm xúc tiêu cực sâu như trầm cảm, vốn phổ biến trong các nền văn hóa Á Đông (Nguyễn Nam Trường và cộng sự, 2024).

So sánh các mức độ lo lắng cho thấy nỗi sợ mất trí nhớ và khả năng tự kiểm soát cao hơn so với lo lắng về cảm xúc nhất thời như lo âu, căng thẳng. Điều này phản ánh mức độ ưu tiên của người cao tuổi đối với những vấn đề ảnh hưởng lâu dài, đặc biệt là khi sống trong môi trường dễ gia tăng cảm giác “bị bỏ quên” như cơ sở chăm sóc tập trung (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021).

Một điểm cần lưu ý là độ lệch chuẩn tương đối lớn (2.47- 3.02) cho thấy sự khác biệt cá nhân rõ rệt về mức độ lo lắng. Một số người có thể rất lo, trong khi người khác lại không cảm thấy đây là vấn đề đáng quan tâm. Điều này mở ra khả năng cần phân tích thêm theo các biến như tuổi, giới tính, loại hình cơ sở (công lập- tư nhân) hoặc mức độ hỗ trợ xã hội (World Health Organization, 2023).

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, nỗi lo của người cao tuổi không chỉ dừng ở bệnh tật mà còn là sự bất an về tương lai và khả năng tự chủ. Nỗi lo lắng lớn nhất là “sợ bị lú lẫn”, bởi “*Tôi hay quên, có khi ra hành lang rồi không nhớ vào phòng nào. Mấy lần bị như thế làm tôi hoảng. Tôi sợ mình bị lẫn. Nghĩ đến là sợ, vì như thế còn khổ hơn cả đau chân đau lưng*” (PVS-G3-03, T.V.B, Nam, 80 tuổi). Bên cạnh đó, người cao tuổi sống tại cơ sở công lập lo lắng về sự cô đơn và “*Tôi lo già yếu quá, không còn ai thân thích, lỡ có chuyện không biết trông cậy vào đâu. Sợ nằm liệt*”

giường không ai chăm sóc" (PVS-G3-03, T.V.B, Nam, 80 tuổi). Trong khi đó, người cao tuổi tại các cơ sở tư nhân lo sợ *"Tôi lo ngại suy giảm nhận thức và trở thành gánh nặng về tài chính/thời gian cho con cái"* (PVS-TD-02, N.V.D, Nam, 77 tuổi).

Nhìn chung, người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung thể hiện mức độ lo lắng đáng kể về các vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt là sa sút trí tuệ- phản ánh rõ nhận thức về nguy cơ suy giảm nhận thức và mất khả năng tự chủ. Mức lo lắng về căng thẳng, lo âu và trầm cảm tuy thấp hơn nhưng vẫn đáng chú ý, cho thấy trạng thái bất ổn cảm xúc tiềm ẩn. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu có trước của về mức độ lo ngại suy giảm trí tuệ ở người cao tuổi (Leggett A. và cộng sự, 2013), và đồng thời phù hợp với nhận định về xu hướng chối bỏ trầm cảm trong văn hóa Á Đông (Nguyễn Nam Trường và cộng sự, 2024). Sự khác biệt lớn giữa các cá nhân được phản ánh qua độ lệch chuẩn cao, cho thấy cần phân tích sâu hơn theo đặc điểm nhân khẩu học và môi trường sống- đã được nhấn mạnh như yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến sức khỏe tâm thần người cao tuổi (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021; World Health Organization, 2023).

3.4.2. Mức độ tự tin trong các tình huống liên quan đến vấn đề sức khỏe tâm thần

Tiếp theo, thang đo Tự tin (Self-Efficacy) với 6 câu hỏi và 10 mức độ trả lời thường được sử dụng để đánh giá mức độ tự tin của một cá nhân trong việc thực hiện các hành vi hay nhiệm vụ cụ thể- trong trường hợp này là tự tin trong việc xử lý các tình huống liên quan đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung. Trong thang đo với mức điểm trung bình từ 1 đến 10, mức điểm càng cao phản ánh mức độ tự tin càng lớn của người trả lời trong việc đối mặt và vượt qua các tình huống thách thức, đặc biệt là những vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần. Cụ thể, điểm trung bình từ 1.0 đến 3.9 được xem là mức tự tin thấp, cho thấy người cao tuổi cảm thấy ít tin tưởng vào khả năng của bản thân, dễ rơi vào trạng thái lo lắng, tránh né khi đối mặt với khó khăn. Mức điểm từ 4.0 đến 6.9 phản ánh tự tin trung bình, tức là người trả lời có một phần niềm tin vào năng lực bản thân nhưng

vẫn còn hoài nghi hoặc thiếu ổn định khi đối diện các tình huống phức tạp. Trong khi đó, điểm trung bình từ 7.0 đến 10.0 thể hiện tự tin cao- nhóm người này thường có niềm tin vững chắc vào khả năng của mình, sẵn sàng hành động, và ít bị tác động tiêu cực từ căng thẳng hay áp lực tâm lý (Bandura, A., 1997; Luszczynska, A. và cộng sự, 2005). Mức tự tin cao được coi là một yếu tố bảo vệ quan trọng giúp nâng cao sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi, cũng là một trong những yếu tố động lực/ cản trở nhu cầu tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi.

Bảng 3. 8. Mức độ tự tin trong đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N=372)

Điểm tự tin trung bình (Độ lệch chuẩn)	4.8 (2.12)
Min- Max	1.0-10.0
Các mức độ tự tin	n (%)
Tự tin thấp	113 (30.4)
Tự tin trung bình	211 (56.7)
Tự tin cao	48 (12.9)

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Bảng 3.8 trình bày mức độ tự tin trong đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn nghiên cứu. Kết quả khảo sát cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có mức độ tự tin trung bình khi đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần, với điểm trung bình là 4.8/10, độ lệch chuẩn (SD) là 2.12. Điều này phản ánh thực trạng rằng người cao tuổi chưa có nhiều niềm tin vào khả năng ứng phó tâm lý, và có thể gặp khó khăn trong việc tự vượt qua căng thẳng, lo âu hoặc trầm cảm khi không có hỗ trợ.

Khi phân loại mức độ tự tin, chỉ có 12.9% người cao tuổi cho biết họ tự tin cao, trong khi 56.7% ở mức trung bình và 30.4% có tự tin thấp. Như vậy, gần 1/3 mẫu khảo sát thuộc nhóm có nguy cơ thiếu tự tin và nội lực tâm lý, có thể dễ bị tổn thương khi đối mặt với sang chấn, mất mát hoặc thay đổi môi trường sống.

Kết quả khảo sát cho thấy điểm tự tin trung bình của người cao tuổi trong việc đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần là 4.80 trên thang điểm 10, với 30.4% có mức tự tin thấp, 56.7% trung bình và chỉ 12.9% cao, phản ánh phần lớn người cao tuổi chưa thực sự tự tin trong việc xử lý các vấn đề sức khỏe tâm thần. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hạnh Trang cùng cộng sự (2022) tại một huyện vùng nông thôn Hà Nội, khi họ ghi nhận tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi lên đến 28.7%, đồng thời nhấn mạnh vai trò quan trọng của sự hỗ trợ từ gia đình trong việc giảm các triệu chứng trầm cảm và nâng cao sức khỏe tâm thần ở nhóm này (Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự, 2022). Sự thiếu tự tin có thể liên quan đến các yếu tố như trình độ học vấn thấp, thiếu hỗ trợ gia đình, và các áp lực xã hội, điều cũng được Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự chỉ ra là những yếu tố liên quan mật thiết đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi ở Việt Nam.

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy sự e ngại và thiếu tự tin là rào cản lớn nhất khi người cao tuổi tìm kiếm sự giúp đỡ. Người cao tuổi thường *"Khó khăn là không biết tìm ai để nói. Sợ nói ra bị hiểu sai, nghĩ mình bị tâm thần, nên tôi thường giữ trong lòng"* (PVS-G3-04, P.T.M, Nữ, 76 tuổi). Cán bộ thừa nhận điều này là do *"Người cao tuổi có xu hướng giấu giếm hoặc không tự nhận ra mình có vấn đề"* (PVS-CB-DH-02, N.T.T, Nữ, 39 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 8 năm thâm niên). Rào cản này được củng cố bởi sự thiếu chuyên môn của cán bộ, bởi *"Khó khăn lớn nhất là thiếu nhân lực có chuyên môn tâm lý- xã hội. Trong phòng ngừa, người cao tuổi thường không chia sẻ nhiều nên khó nắm bắt sớm. Ở khâu sàng lọc thì không có công cụ, không có bác sĩ chuyên khoa tâm thần để đánh giá. Việc điều trị hay phục hồi chức năng tâm thần gần như là chưa có gì cả, chỉ dừng ở chăm sóc thể chất"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên).

Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Hằng Nguyệt Vân cùng cộng sự (2021) cũng chỉ ra rằng người cao tuổi ở vùng nông thôn Việt Nam gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm kỳ thị xã hội, khó khăn về tài chính và địa lý, làm giảm khả năng họ tự tin trong việc tìm kiếm và sử dụng các dịch vụ này (Nguyễn Hằng Nguyệt Vân và cộng sự, 2021). Điều này góp phần giải thích tỷ

lệ tự tin thấp và trung bình chiếm đa số trong khảo sát tại Hà Nội, nơi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi vẫn còn hạn chế về quy mô và chất lượng.

Nghiên cứu của Trần Văn Kham cùng cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại các nước Đông Nam Á cũng ở mức cao, khoảng 27-32%, tương tự như Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình can thiệp tâm lý và giáo dục nhằm nâng cao nhận thức và tự tin trong quản lý sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (Trần Văn Kham và cộng sự, 2022). Ở các nước phát triển, các chương trình hỗ trợ tâm lý và giáo dục sức khỏe tâm thần được triển khai rộng rãi đã giúp tăng mức độ tự tin và khả năng tự quản lý sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi, điều mà Việt Nam đang từng bước hoàn thiện.

Một điểm mới trong nghiên cứu này là việc phân loại rõ ràng mức độ tự tin thấp, trung bình và cao, giúp làm nổi bật nhu cầu cấp thiết trong việc thiết kế các chương trình can thiệp phù hợp với từng nhóm đối tượng. Kết quả này cũng cho thấy sự cần thiết của việc tăng cường hỗ trợ gia đình và cộng đồng, bởi sự hỗ trợ từ gia đình có tác động tích cực và bền vững đến sức khỏe tâm thần của người cao tuổi (Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự, 2022).

Nhìn chung, mức độ tự tin trong đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội còn ở mức trung bình và thấp, phù hợp với các nghiên cứu học thuật trong nước và quốc tế. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc phát triển các chương trình giáo dục, can thiệp tâm lý và hỗ trợ xã hội nhằm nâng cao năng lực tự quản lý sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Việt Nam, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng xã hội trong bối cảnh già hóa dân số.

3.4.3. Hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp các biểu hiện lo lắng về vấn đề sức khỏe tâm thần

Đề tài tiếp tục đặt câu hỏi về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của mẫu khách thể thông qua câu hỏi mức độ về dự kiến tìm kiếm sự giúp đỡ, đã từng thử tìm kiếm sự giúp đỡ và lập kế hoạch tìm kiếm sự giúp đỡ.

Bảng 3. 9. Thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong trường hợp lo lắng mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372)

	Khoảng điểm (Min- Max)	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)
Điểm thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ	3 – 7	5.69	1.03
Các hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ:			
Dự kiến tìm sự giúp đỡ	3 – 7	5.95	1.18
Đã từng thử tìm kiếm sự giúp đỡ	3 – 7	5.90	1.22
Lập kế hoạch tìm kiếm sự giúp đỡ	2 – 7	5.22	1.25

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Bảng 3.9 trình bày thang đo hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong trường hợp lo lắng mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn thành phố Hà Nội (N=372). Theo đó, kết quả khảo sát cho thấy điểm trung bình của hành vi và thái độ tìm kiếm sự giúp đỡ của người cao tuổi khi gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần là 5.69 trên thang điểm từ 3 đến 7, với độ lệch chuẩn 1.03. Khoảng điểm dao động từ 3.00 đến 7.00 phản ánh sự đa dạng trong hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của nhóm người cao tuổi này. Điểm trung bình 5.69 cho thấy phần lớn người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có xu hướng tích cực trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần, tuy nhiên vẫn còn một bộ phận không nhỏ có thái độ hoặc hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ ở mức trung bình hoặc thấp.

Độ lệch chuẩn 1.03 cho thấy sự phân tán dữ liệu không quá lớn, tức là đa số người cao tuổi có hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ tương đối đồng nhất quanh mức điểm

trung bình. Tuy nhiên, việc điểm tối thiểu là 3.00- mức thấp nhất trong thang điểm- cho thấy vẫn tồn tại nhóm người cao tuổi có hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ rất hạn chế hoặc thiếu chủ động, điều này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân như thiếu nhận thức về sức khỏe tâm thần, kỳ thị xã hội hoặc hạn chế trong tiếp cận dịch vụ.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ chủ yếu hướng vào nhân viên nội bộ vì sự tiện lợi, nhưng hiệu quả khác biệt giữa hai loại hình cơ sở. Tại cơ sở công lập, người cao tuổi tìm đến *"các cô hỗ trợ"* và nhận được sự hỗ trợ dừng lại ở mức cảm xúc và thuốc men: *"Tôi chỉ nhờ cán bộ động viên, xin thuốc ngủ. Đỡ phần nào nhưng vẫn cô đơn và không có ai lắng nghe chuyện dài"* (PVS-G3-02, Đ.V.L, Nam, 82 tuổi). Ngược lại, người cao tuổi tại cơ sở tư nhân, sau khi chia sẻ với nhân viên tư vấn, họ thường được *"giới thiệu chuyên viên tâm lý hỗ trợ mất ngủ. Thấy rất hiệu quả và nhẹ lòng"* (PVS-TD-05, L.T.M.H, Nữ, 76 tuổi). Cán bộ hỗ trợ người cao tuổi tại các cơ sở tư nhân cũng cho biết *"Việc chẩn đoán phụ thuộc vào bác sĩ bên ngoài, trung tâm không có chuyên viên tâm lý cố định"* (PVS-CB-DH-02, N.T.T, Nữ, 39 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 8 năm thâm niên).

So sánh với các nghiên cứu trong nước và quốc tế, mức điểm trung bình này tương đối tích cực. Ví dụ, nghiên cứu của Nguyễn Hằng Nguyệt Vân cùng cộng sự tại Việt Nam cũng ghi nhận người cao tuổi có thái độ tìm kiếm sự giúp đỡ ở mức trung bình khá, nhưng vẫn chịu ảnh hưởng bởi các rào cản xã hội và tâm lý (Nguyễn Hằng Nguyệt Vân và cộng sự, 2021). Tương tự, các nghiên cứu quốc tế như Rickwood cùng cộng sự (2005) nhấn mạnh rằng hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ chịu ảnh hưởng bởi ý định, nhận thức và các yếu tố xã hội, trong đó người cao tuổi thường có xu hướng tìm kiếm sự giúp đỡ thấp hơn so với nhóm tuổi trẻ hơn do nhiều rào cản (Rickwood và cộng sự, 2005).

Kết quả này cho thấy cần tiếp tục tăng cường các chương trình nâng cao nhận thức, giảm kỳ thị và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung, nhằm thúc đẩy hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ tích cực hơn, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần của họ.

Dữ liệu khảo sát bảng 3.10 mô tả về đối tượng mà người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội tìm đến khi có lo lắng về sức khỏe tâm thần, cho thấy đa số người cao tuổi có xu hướng tìm đến những đối tượng thân thuộc trong môi trường sống hằng ngày, đặc biệt là cán bộ chăm sóc/ điều dưỡng (89.2%), cán bộ quản lý (76.9%) và nhân viên công tác xã hội (62.9%). Ngược lại, chỉ 21.2% tìm gặp bác sĩ hoặc nhân viên y tế, trong khi 47.3% liên hệ gia đình và 26.6% chia sẻ với bạn cùng cơ sở. Điều này phản ánh thực trạng các mối quan hệ được tạo lập chủ yếu trong môi trường sinh hoạt hằng ngày và sự tin cậy vào người trực tiếp chăm sóc.

Bảng 3. 10. Đối tượng mà người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội tìm đến khi có lo lắng về sức khỏe tâm thần (N=372)

Đối tượng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhân viên công tác xã hội	234	62.9
Cán bộ chăm sóc/ điều dưỡng	332	89.2
Bác sĩ/ nhân viên y tế	79	21.2
Cán bộ quản lý cơ sở chăm sóc	286	76.9
Bạn cùng cơ sở chăm sóc	99	26.6
Gia đình/ người thân	176	47.3
Khác	6	1.6

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

So với các kết quả từ nghiên cứu Steptoe và cộng sự (2013) tại Anh, người cao tuổi có xu hướng tìm đến nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên gia tâm thần thay vì điều dưỡng (Andrew Steptoe và cộng sự, 2013), nhưng ở trong nghiên cứu này, vai trò điều dưỡng trở thành “điểm đến tâm lý” chính cho người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Đặc biệt, tỷ lệ người cao tuổi tìm đến bác sĩ/ chuyên gia sức khỏe tâm thần không cao (21.2%) cho thấy có khoảng cách về nhận thức về chuyên môn và khả năng sẵn sàng tiếp cận điều trị. Đây là một rào cản đã được chỉ ra trong nhiều nghiên cứu trên thế giới- ví dụ, Elshaikh cùng cộng sự trong BMC Geriatrics (2023) chỉ ra rằng người cao tuổi “thường ưu tiên hỗ trợ không chính thức thay vì tìm đến chuyên gia” và kỳ thị, chi phí hoặc thiếu hiểu biết là rào cản lớn (Elshaikh và

cộng sự, 2023). Thêm vào đó, yếu tố gia đình, dù là nguồn hỗ trợ truyền thống, lại đứng thứ tư (47.3%), phản ánh hiện tượng cô lập xã hội và giảm liên kết gia đình ở nhóm người cao tuổi sống tập trung- phù hợp với dữ liệu của WHO (2023): “khoảng 14% người già sống đơn độc, và sự cô lập xã hội là rủi ro đáng kể” (World Health Organization, 2023).

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự lựa chọn đối tượng hỗ trợ sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung có điểm tương đồng nhất định với các kết quả quốc tế, nhưng cũng đồng thời phản ánh nhiều đặc điểm đặc thù của bối cảnh Việt Nam. Trước hết, việc người cao tuổi chủ yếu tìm đến cán bộ chăm sóc/ điều dưỡng và cán bộ quản lý khi gặp lo lắng về tâm lý là tương đồng với quan sát của Andrew Steptoe cùng cộng sự (2017) cho rằng người cao tuổi thường tìm kiếm sự an ủi và hỗ trợ đầu tiên từ các mối quan hệ gần gũi, quen thuộc, hơn là từ các chuyên gia tâm thần (Andrew Steptoe và cộng sự, 2013). Tuy nhiên, một điểm khác biệt đáng lưu ý là trong khi các nghiên cứu tại Anh hay Mỹ nhấn mạnh vai trò của nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên viên tâm lý, thì nghiên cứu này ở Việt Nam, điều dưỡng lại là người được tìm đến nhiều nhất (89.2%). Điều này phản ánh rõ đặc điểm của các cơ sở chăm sóc tập trung tại Việt Nam- nơi điều dưỡng thường kiêm nhiều vai trò, bao gồm cả hỗ trợ tâm lý không chính thức, do thiếu đội ngũ chuyên trách và quy trình phân công chuyên môn rõ ràng, có sự chồng chéo về vai trò và sự "mờ nhạt" của nghề công tác xã hội lâm sàng tại các cơ sở hiện nay. Tuy nhiên, chính việc kiêm nhiệm hỗ trợ này đã dẫn đến những rủi ro về mặt chuyên môn (thiếu kỹ năng trị liệu chuyên sâu), rủi ro về mặt vận hành (quá tải công việc) và rủi ro về mặt đạo đức nghề nghiệp cũng như ranh giới khi chính người cao tuổi cũng rơi vào trạng thái nhầm lẫn vai trò của người hỗ trợ- dẫn đến cản trở quá trình bộc lộ các vấn đề tâm lý sâu kín mà đáng lẽ chỉ có nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp mới có kỹ năng khai thác và xử lý hiệu quả.

Đáng chú ý, tỷ lệ người cao tuổi tìm đến bác sĩ hoặc nhân viên y tế trong nghiên cứu này chỉ ở mức 21.2%, thấp hơn nhiều so với kỳ vọng về vai trò chuyên môn y khoa trong phát hiện và điều trị rối loạn tâm thần. Phát hiện này phù hợp với một tổng

quan hệ thống gần đây đăng trên BMC Geriatrics, trong đó chỉ ra rằng người cao tuổi tại nhiều quốc gia vẫn ưu tiên các nguồn hỗ trợ phi chính thức hơn là chuyên gia tâm thần, do tồn tại những rào cản như kỳ thị, thiếu kiến thức hoặc chi phí điều trị (Elshaikh và cộng sự, 2023).

Về mặt quan hệ gia đình, chỉ có 47.3% người cao tuổi chia sẻ lo lắng với người thân- một tỷ lệ không cao trong một xã hội Á Đông vốn coi trọng vai trò gia đình. Đây là điểm tương đồng với cảnh báo của WHO (2023) về sự suy giảm kết nối xã hội ở người cao tuổi sống tập trung, và cho thấy sự hiện diện của nguy cơ cô lập xã hội, thậm chí ngay trong các môi trường có tổ chức như cơ sở chăm sóc tập trung” (World Health Organization, 2023).

Phát hiện nổi bật từ kết quả nghiên cứu này là vai trò điều dưỡng tại các cơ sở chăm sóc đang được mở rộng theo chiều không chính thức- không chỉ thực hiện chăm sóc thể chất mà còn là người được tin tưởng chia sẻ các vấn đề tâm lý. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết trong việc đào tạo điều dưỡng viên về kỹ năng nhận diện và sơ cấp can thiệp tâm lý, đồng thời củng cố năng lực phối hợp với nhân viên công tác xã hội và bác sĩ tâm thần.

Việc người cao tuổi ít tìm đến các chuyên gia chính thức cũng cho thấy cần có những giải pháp điều phối dịch vụ rõ ràng hơn, như bố trí điều phối viên tâm lý tại cơ sở hoặc xây dựng quy trình chuyển tuyến nội bộ nhanh chóng khi người cao tuổi có dấu hiệu rối loạn. Ngoài ra, tỷ lệ thấp người tìm đến bạn bè và người thân nhấn mạnh sự cần thiết phát triển các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, nhóm tự lực hoặc cộng đồng trị liệu nhỏ tại chỗ- những hình thức đã được chứng minh có hiệu quả trong các bối cảnh tương tự tại Nhật Bản và Hàn Quốc (Kim Ae Sil và cộng sự, 2020).

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có xu hướng tương đối tích cực trong hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp các lo lắng về sức khỏe tâm thần, với mức độ cao nhất ở giai đoạn dự định và thử tìm kiếm, nhưng thấp hơn ở bước lập kế hoạch cụ thể. Họ chủ yếu tìm đến các đối tượng thân thuộc trong môi trường sống như điều dưỡng, cán bộ quản lý và nhân viên công

tác xã hội, trong khi tỷ lệ tìm đến bác sĩ, chuyên gia tâm lý hoặc người thân còn hạn chế. Kết quả này vừa tương đồng với xu hướng chung trên thế giới là người cao tuổi thường ưu tiên hỗ trợ phi chính thức, vừa phản ánh đặc thù của Việt Nam- nơi điều dưỡng đóng nhiều vai trò do thiếu đội ngũ chuyên trách. Những phát hiện này gợi ý nhu cầu thiết lập quy trình phối hợp liên ngành rõ ràng, tăng cường giáo dục tâm lý cho người cao tuổi và đào tạo kỹ năng can thiệp cơ bản cho nhân viên chăm sóc nhằm nâng cao hiệu quả hỗ trợ sức khỏe tâm thần trong các cơ sở chăm sóc tập trung.

Nhìn chung:

Kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội có mức độ lo lắng tương đối cao về các vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt là sa sút trí tuệ. Trong khi đó, mức độ tự tin khi đối mặt với những vấn đề này còn khiêm tốn, phản ánh khả năng tự ứng phó còn hạn chế. Dù phần lớn người cao tuổi thể hiện thái độ tích cực trong hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ, đặc biệt ở giai đoạn dự định và đã từng thử tiếp cận, nhưng hành vi lập kế hoạch cụ thể vẫn còn ở mức trung bình.

Người cao tuổi có xu hướng tìm đến các đối tượng hỗ trợ trong nội bộ cơ sở chăm sóc như điều dưỡng, cán bộ quản lý và nhân viên công tác xã hội, trong khi tỷ lệ tìm đến bác sĩ hoặc chuyên gia tâm lý còn thấp. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, kết quả này phù hợp với xu hướng người cao tuổi ưu tiên các mối quan hệ gần gũi, phi chính thức hơn là chuyên gia sức khỏe tâm thần, đồng thời phản ánh cấu trúc hỗ trợ tâm lý trong các cơ sở chăm sóc tại Việt Nam còn thiên về hỗ trợ hành chính- chăm sóc hơn là chuyên biệt hóa.

Những phát hiện này gợi ý nhu cầu củng cố các chương trình nâng cao nhận thức, giảm kỳ thị tâm thần, đào tạo kỹ năng hỗ trợ tâm lý cho nhân viên chăm sóc, cũng như thiết lập cơ chế phối hợp rõ ràng giữa các vai trò chuyên môn trong cơ sở chăm sóc tập trung- nhằm góp phần cải thiện hành vi tìm kiếm hỗ trợ và nâng cao sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số.

Tiểu kết Chương 3

Kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội là một nhóm dân số đa dạng về nhân khẩu học nhưng đồng thời cũng dễ bị tổn thương trên nhiều phương diện. Nhóm người cao tuổi tại cơ sở công lập phần lớn có hoàn cảnh kinh tế- xã hội yếu thế hơn rõ rệt so với nhóm tại cơ sở tư nhân, điều này không chỉ phản ánh sự phân tầng trong tiếp cận dịch vụ mà còn liên quan trực tiếp đến nguy cơ về sức khỏe tâm thần.

Bên cạnh đó, người cao tuổi đang gặp nhiều khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, từ rào cản nhận thức- cảm xúc, hạn chế cơ sở vật chất, đến thủ tục hành chính phức tạp. Điều này khẳng định tính cấp thiết của việc cải thiện đồng bộ cả mặt cá nhân lẫn hệ thống dịch vụ.

Phân tích hồi quy cho thấy các yếu tố tình trạng sức khỏe thể chất, khả năng tự chăm sóc (điểm Barthel), mức độ nhận thức hỗ trợ xã hội có mối liên hệ chặt chẽ với căng thẳng, lo âu và trầm cảm. Tuy nhiên, mô hình sa sút trí tuệ cho thấy một mô hình liên hệ khác biệt và phức tạp hơn, với một số biến số nền như tuổi, giới, học vấn và nhận thức hỗ trợ xã hội không còn giữ vai trò dự báo như kỳ vọng. Điều này gợi mở khả năng tồn tại cơ chế "ngưỡng bộc lộ" hoặc ảnh hưởng tương tác đa chiều giữa các yếu tố và cần kiểm chứng thêm bằng nghiên cứu chuyên sâu trong tương lai.

Nhóm khách thể người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có mức độ lo lắng tương đối cao về các vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt là lo ngại về sa sút trí tuệ. Trong khi đó, mức độ tự tin đối mặt với các rối loạn này lại chưa cao, và hành vi tìm kiếm sự trợ giúp tuy có xu hướng tích cực ở giai đoạn dự định và thử tiếp cận, nhưng vẫn còn hạn chế ở bước lập kế hoạch cụ thể. Họ có xu hướng tìm đến các đối tượng hỗ trợ gần gũi nhất trong môi trường cơ sở chăm sóc tập trung như điều dưỡng, cán bộ quản lý và công tác xã hội nhiều hơn so với bác sĩ hay chuyên gia sức khỏe tâm thần- điều này phản ánh cả đặc điểm văn hóa lẫn thực trạng thiếu chuyên môn hóa trong hệ thống chăm sóc hiện nay tại Việt Nam.

Chương 4. THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHU CẦU TIẾP CẬN, SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI

4.1. Nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần ở ba giai đoạn (phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán, điều trị & phục hồi chức năng) của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

Nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội được đo thông qua 3 thang đo về mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng với các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung.

Bảng 4. 1. Nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

Giai đoạn	Điểm trung bình thang đo (Điểm trung bình (Độ lệch chuẩn))		
	Mức độ cần thiết (N=372)	Mức độ thường xuyên được cung cấp (N=372)	Mức độ hài lòng (N=118)
Phòng ngừa	4.65 (0.38)	3.58 (0.72)	3.82 (0.65)
Sàng lọc & chẩn đoán	4.23 (0.64)	3.42 (0.81)	3.68 (0.74)
Điều trị & phục hồi	4.47 (0.52)	3.65 (0.69)	3.75 (0.71)

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Kết quả trình bày trong bảng 4.1 mô tả về nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội cho thấy một bức tranh đa dạng với những khoảng cách rõ rệt giữa mong muốn và đáp ứng thực tế.

Mức độ cần thiết dịch vụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội có kỳ vọng rất lớn đối với việc hỗ trợ sức khỏe tâm thần, thể hiện qua điểm trung bình mức độ cần thiết ở cả ba giai đoạn đều đạt ngưỡng cao. Trong đó, nhu cầu về các dịch vụ phòng ngừa dẫn đầu với điểm số 4.65, cho thấy mong muốn được tiếp cận thông tin, tư vấn tâm lý và tham gia các hoạt động xã hội để nâng cao đời sống tinh thần là ưu tiên hàng đầu của các cụ. Tiếp theo là nhu cầu ở giai đoạn điều trị và phục hồi (4.47) và giai đoạn sàng lọc, chẩn đoán (4.23). Điều này khẳng định rằng người cao tuổi không chỉ quan tâm đến việc chữa trị khi đã có bệnh mà còn đặc biệt coi trọng các giải pháp mang tính dự phòng và nhận diện sớm các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy ở giai đoạn phòng ngừa, *"Mong muốn lớn nhất là có người lắng nghe, trò chuyện cá nhân thường xuyên (không chỉ là chuyện thuốc men) để đỡ cô đơn. Tôi mong trung tâm có người thường xuyên đến hỏi han tâm tư"* (PVS-G3-01, N.T.H, Nữ, 78 tuổi). Cán bộ chăm sóc người cao tuổi cho rằng *"Nhu cầu thì tôi đánh giá là có thật, nhiều cụ cần người trò chuyện, chia sẻ, hướng dẫn cách thư giãn tinh thần, nhưng mức độ đáp ứng thì rất thấp. Các hoạt động chủ yếu là văn nghệ, thể dục nhẹ, nhưng không có tư vấn cá nhân hay nhóm trị liệu tâm lý. Ví dụ có cụ H. từng xin gặp cán bộ để nói chuyện vì buồn chán, nhưng rồi cũng chỉ dừng lại ở trò chuyện ngắn, không có can thiệp chuyên môn nào cả"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên).

Bên cạnh đó, giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán, người cao tuổi lo sợ bệnh lý sa sút trí tuệ, người cao tuổi *"Lo không biết sau này có lú lẫn không"* (PVS-G3-02, Đ.V.L, Nam, 82 tuổi). Người cao tuổi mong muốn có bác sĩ/ chuyên gia tâm lý định kỳ thăm khám, tổ chức nhóm chia sẻ và đo lường trí nhớ/sa sút trí tuệ: *"Tôi mong có bác sĩ tâm lý định kỳ thăm khám và tổ chức nhóm chia sẻ để cùng nhau giải tỏa"* (PVS-G2-02, L.T.B, Nữ, 76 tuổi).

Hơn nữa, ở giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng, người cao tuổi cần có lớp học kỹ năng (giữ gìn trí nhớ), trị liệu nhóm và người hỗ trợ tinh thần thường trực, cùng với các hoạt động giúp "tâm hồn thư thái". Người cao tuổi *"Muốn có người hướng dẫn thiện, giúp tâm hồn thư thái, hoặc có lớp học giữ gìn trí nhớ"* (PVS-G2-05, P.T.H, Nữ, 81 tuổi).

Mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ

Mặc dù nhu cầu ở mức rất cao, nhưng thực trạng cung cấp dịch vụ tại các cơ sở hiện nay vẫn còn tồn tại những khoảng cách nhất định. Điểm trung bình về mức độ thường xuyên được cung cấp dao động từ 3.42 đến 3.65, chỉ ở mức trung bình khá. Giai đoạn điều trị và phục hồi có mức độ cung cấp thường xuyên nhất (3.65), phản ánh nỗ lực của các trung tâm trong việc hỗ trợ các cụ tuân thủ phác đồ và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán lại có điểm số thấp nhất (3.42). Sự chênh lệch giữa điểm nhu cầu (trên 4.2) và điểm thực trạng (dưới 3.7) dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu của đối tượng thụ hưởng người cao tuổi tại đây.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, mức độ thường xuyên được cung cấp các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc thường xuyên chưa cao.

Ở giai đoạn phòng ngừa, việc được cung cấp các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc ở mức độ không thường xuyên. Phỏng vấn sâu cán bộ làm việc với người cao tuổi cho thấy *"Việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi còn rất hạn chế. Hạn chế lớn nhất là thiếu chuyên môn sâu về tâm lý"* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên). Cán bộ thừa nhận các hoạt động hiện nay chủ yếu thiên về giải trí tập thể: *"Họ có kinh nghiệm, họ tổ chức vui chơi giải trí, các cháu học sinh, sinh viên đến biểu diễn văn nghệ cho các cụ"* (PVS-CB-DH-01, N.T.M.H, Nữ, 40 tuổi, Cử nhân điều dưỡng, 6 năm thâm niên). Ở cơ sở tư nhân, các hoạt động phòng ngừa có phần đa dạng, bao gồm tổ chức giao lưu văn hóa và tham vấn tinh thần. Tuy vậy, một

số người cao tuổi vẫn nhấn mạnh nhu cầu trò chuyện sâu sắc: "*Muốn có người đến hỏi han tâm tư chứ không chỉ hoạt động bề nổi*" (PVS-TĐ-01, N.T.T, Nữ, 92 tuổi). Cán bộ hỗ trợ người cao tuổi ở cơ sở tư nhân cũng cho rằng: "*Dịch vụ công tác xã hội ở đây mới chủ yếu dừng ở hỗ trợ hành chính, tổ chức hoạt động vui chơi, kết nối thân nhân. Việc tư vấn tâm lý vẫn là hoạt động chưa có chuyên môn cao, thường do nhân viên kiêm nhiệm đảm nhận. Một số cụ từng được trò chuyện cá nhân với tôi đã thấy dễ chịu hơn, nhưng vẫn chưa đủ chiều sâu để gọi là can thiệp chuyên nghiệp*" (PVS-CB-TĐ-01, T.T.L, Nữ, 33 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 4 năm thâm niên).

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán là thấp. Người cao tuổi đều đã nhận diện được các dịch vụ công tác xã hội và vai trò của nhân viên công tác xã hội ở các cơ sở. Tuy nhiên, họ chưa thực sự được cung cấp các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp trong chăm sóc sức khỏe tâm thần: "*Tôi có nghe nói đến nhân viên công tác xã hội, thấy có cô đi phát quà, làm giấy tờ. Nhưng tôi chưa nhờ gì cả. Nếu họ giúp mình tâm sự được thì cũng tốt, vì có chuyện để giải bày*" (PVS-G3-03, T.V.B, Nam, 80 tuổi). Ở cả các cơ sở chăm sóc công lập và tư nhân đều ghi nhận sự thiếu về quy trình, dịch vụ. Cán bộ chăm sóc người cao tuổi cho rằng "*Ở trung tâm hiện nay không có một phòng ban riêng biệt nào chuyên về công tác xã hội, nhưng có cán bộ làm kiêm nhiệm. Họ chủ yếu phụ trách giấy tờ, trợ cấp, tổ chức các buổi sinh hoạt chung. Việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi còn rất hạn chế. Điểm mạnh là chúng tôi có sự phối hợp tốt giữa điều dưỡng, bác sĩ và cán bộ quản lý nên kịp thời phát hiện các vấn đề. Tuy nhiên, hạn chế lớn nhất là thiếu chuyên môn sâu về tâm lý, không có người tư vấn chuyên nghiệp. Nhu cầu thì rõ ràng có, nhưng chưa được đáp ứng đúng mức.*" (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên). Bên cạnh đó, đội ngũ cán bộ cũng thừa nhận thiếu hệ thống bài bản, chuyên nghiệp: "*Người cao tuổi có nhu cầu cao, nhưng việc tiếp cận chưa thuận lợi do không có dịch vụ rõ ràng. Chúng tôi có làm nhưng chưa thành hệ thống. Đôi khi phụ thuộc vào từng nhân viên. Có cụ bị trầm cảm mà không được tư vấn cụ thể, chỉ*

uống thuốc và ở trong phòng- rất đáng tiếc" (PVS-CB-DH-02, P.V.H, Nam, 35 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 4 năm thâm niên).

Mức độ hài lòng với dịch vụ

Đánh giá về mức độ hài lòng được trả lời trên nhóm 118 người cao tuổi đã thực tế tiếp cận và sử dụng dịch vụ, cho kết quả tương đối tích cực với điểm trung bình từ 3.68 đến 3.82. Giai đoạn phòng ngừa nhận được mức độ hài lòng cao nhất (3.82), cho thấy các hoạt động như thăm hỏi, tư vấn và tạo điều kiện sinh hoạt văn hóa tinh thần đang phát huy hiệu quả tốt và phù hợp với tâm lý của các cụ. Mức độ hài lòng đối với giai đoạn điều trị, phục hồi (3.75) và sàng lọc, chẩn đoán (3.68) dù thấp hơn nhưng vẫn nằm trong ngưỡng khá. Kết quả này cho thấy dù tần suất cung cấp dịch vụ chưa cao, nhưng chất lượng của những dịch vụ đã được triển khai bước đầu đã tạo được niềm tin và sự ghi nhận từ phía người cao tuổi, tạo cơ sở thuận lợi để các cơ sở tiếp tục mở rộng và chuyên nghiệp hóa các hoạt động công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần trong tương lai.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy ở giai đoạn phòng ngừa, người cao tuổi có mức hài lòng khá. Người cao tuổi chỉ cơ sở chăm sóc công lập chia sẻ: *“Tôi thường nói chuyện với cô hỗ trợ ở đây. Cô ấy động viên tôi, cũng có lúc giúp tôi xin thuốc ngủ. Có đỡ phần nào, nhưng tôi vẫn thấy cô đơn”* (PVS-G3-01, N.T.H, Nữ, 78 tuổi). Tuy nhiên, *“Ở đây chưa thấy có dịch vụ riêng về tâm thần. Chủ yếu là chăm sóc ăn uống, sức khỏe thông thường. Ai bệnh thì có bác sĩ đến khám, còn người buồn phiền hay lo nghĩ thì không ai hỏi mấy”* (PVS-G3-04, P.T.M, Nữ, 76 tuổi). Trong khi đó, người cao tuổi ở các cơ sở chăm sóc tư nhân phản ánh sự hài lòng cao hơn: *“Tôi đánh giá trung tâm đã làm tốt hơn rất nhiều nơi khác mà tôi biết”* (PVS-TD-02, N.V.D, Nam, 77 tuổi) vì *“Trung tâm có nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, như tư vấn cá nhân, hoạt động nhóm, sinh hoạt trí tuệ. Tôi đánh giá cao điều này”* (PVS-TD-04, N.C.T, Nam, 83 tuổi)

Ở cả giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán và giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng, mức độ hài lòng của người cao tuổi ở các cơ sở chăm sóc tập trung đều dừng ở

mức độ trung bình. Bởi lẽ, *“Thật ra ở đây chưa có gì rõ ràng về chăm sóc sức khỏe tâm thần cả. Chủ yếu là chăm ăn uống, còn tâm lý thì ai tự lo lấy”* (PVS-G3-01, N.T.H, Nữ, 78 tuổi) hoặc *“Chăm sóc tâm lý chưa thành hệ thống, chủ yếu ai thân thì giúp nhau”* (PVS-G2-04, N.T.H2, Nữ, 79 tuổi). Bởi theo chia sẻ của cán bộ cơ sở chăm sóc thì *“Khó khăn lớn nhất là thiếu nhân sự và chuyên môn. Cán bộ công tác xã hội hiện tại đa phần đào tạo chung, không có chuyên môn riêng về tâm lý người già. Thứ hai là khó khăn về đánh giá- không có công cụ chẩn đoán. Với người cao tuổi, việc sàng lọc là quan trọng nhưng hiện chúng tôi gần như không thực hiện được. Về điều trị và phục hồi thì phải nhờ bác sĩ chuyên khoa, nhưng ở đây chưa có liên kết ổn định”* (PVS-CB-G2-02, N.V.T, Nam, 44 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 15 năm thâm niên). Bên cạnh đó, có những phản hồi tích cực hơn từ phía người cao tuổi, nhưng chỉ dừng lại ở mức độ trung bình, đánh giá các hỗ trợ chưa có chuyên môn sâu về sức khỏe tâm thần: *“Dịch vụ chăm sóc tâm thần ở đây chưa có rõ ràng. Chủ yếu là các hoạt động chung, chưa có người chuyên tư vấn tâm lý hoặc khám sàng lọc các bệnh như sa sút trí tuệ, lo âu. Tuy nhiên, tinh thần mọi người cũng tốt vì môi trường sống vui vẻ”* (PVS-TD-04, N.C.T, Nam, 83 tuổi) hay *“Về chăm sóc sức khỏe tâm thần, trung tâm vẫn còn thiếu dịch vụ chuyên biệt. Tuy nhiên, không khí ở đây tích cực, nhân viên vui vẻ, hoạt động phong phú nên cũng phần nào giúp người già cảm thấy vui hơn. Chỉ thiếu phần chuyên môn sâu”* (PVS-TD-05, L.T.M.H, Nữ, 76 tuổi).

Người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung có nhận thức rõ ràng về tầm quan trọng của dịch vụ công tác xã hội, đặc biệt trong giai đoạn phòng ngừa. Sự hài lòng cao ở cả ba giai đoạn, đặc biệt ở giai đoạn phòng ngừa và giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng cho thấy những dịch vụ đã cung cấp đó đã để lại ấn tượng tốt và đáp ứng đúng tâm tư, nguyện vọng của người cao tuổi, khẳng định tính hiệu quả và phù hợp của dịch vụ công tác xã hội khi được triển khai đúng mức. Kết quả này là cơ sở quan trọng để các nhà quản lý và hoạch định chính sách mở rộng và cải thiện chất lượng, tần suất triển khai các dịch vụ công tác xã hội tại các cơ sở chăm sóc tập trung dành cho người cao tuổi. Khi nhân viên công tác xã hội thực hiện các hoạt động như thăm hỏi, tư vấn hay hỗ trợ điều trị, dù tần suất có thể chưa đạt kỳ vọng về mặt số

lượng, nhưng sự tận tâm và tính chuyên nghiệp trong cách tiếp cận đã bù đắp cho sự thiếu hụt về quy mô. Người cao tuổi có xu hướng trân trọng giá trị tinh thần và sự hiện diện của người đồng hành hơn là việc tính toán tần suất cụ thể, dẫn đến việc họ sẵn sàng đánh giá mức độ hài lòng cao cho những dịch vụ mang lại sự an tâm và cảm giác được tôn trọng.

Tuy nhiên, nhìn từ góc độ quản lý và phát triển dịch vụ, mức độ hài lòng cao ở đây được xem là một tín hiệu cho thấy tiềm năng phát triển dịch vụ là rất lớn. Nếu các cơ sở có thể gia tăng tần suất cung cấp dịch vụ dựa trên nền tảng chất lượng hiện có, chỉ số hài lòng và hiệu quả can thiệp sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi sẽ còn đạt được những kết quả tích cực hơn nữa.

Kết quả phân tích tương quan các nhân tố trong thang đo các mức độ ở các giai đoạn chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung, các nhân tố mức độ cần thiết dịch vụ ở ba giai đoạn có mối tương quan dương có ý nghĩa, với liên kết mạnh nhất giữa cần thiết dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán và cần thiết dịch vụ trong điều trị & phục hồi chức năng ($r=0.69$, $p<0.01$). Điều này cho thấy người cao tuổi có sự nhận thức nhất quán rằng dịch vụ công tác xã hội là cần thiết không chỉ ở một giai đoạn nhất định mà còn ở cả quá trình chăm sóc toàn diện. Tuy vậy, mức liên kết giữa biến cần thiết dịch vụ trong phòng ngừa với hai giai đoạn sau có phần yếu hơn ($r=0.15-0.18$), cho thấy ở giai đoạn phòng ngừa, nhận thức này có thể chưa thực sự rõ ràng hoặc chưa gắn liền với trải nghiệm dịch vụ cụ thể.

Bảng 4. 2. Tương quan giữa các nhóm yếu tố trong các giai đoạn cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

Biến	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1) Cần thiết dịch vụ trong phòng ngừa	1.00								
(2) Cần thiết dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán	0.15**	1.00							
(3) Cần thiết dịch vụ trong điều trị & phục hồi	0.18**	0.69**	1.00						

(4) Thường xuyên được cung cấp dịch vụ phòng ngừa	0.41**	-0.25**	-0.28**	1.00					
(5) Thường xuyên được cung cấp dịch vụ sàng lọc & chẩn đoán	0.30**	-0.00	-0.09	0.63**	1.00				
(6) Thường xuyên được cung cấp dịch vụ điều trị & phục hồi chức năng	0.29**	-0.10*	0.02	0.64**	0.78**	1.00			
(7) Hài lòng dịch vụ phòng ngừa	0.11	-0.10	0.01	0.10	-0.03	0.17**	1.00		
(8) Hài lòng dịch vụ sàng lọc & chẩn đoán	0.32**	0.24**	0.24**	0.62**	0.79**	0.81**	0.37**	1.00	
(9) Hài lòng dịch vụ điều trị & phục hồi chức năng	0.25**	0.17**	0.40**	0.35**	0.51**	0.80**	0.29**	0.80**	1.00

Ghi chú: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Đáng chú ý, các biến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ lại thể hiện mối liên hệ rất mạnh mẽ và nhất quán. Mối tương quan cao nhất xuất hiện giữa biến thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong sàng lọc & chẩn đoán và biến thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong điều trị & phục hồi chức năng ($r=0.78$, $p<0.01$), và mối quan hệ giữa biến thường xuyên được cung cấp dịch vụ trong phòng ngừa với hai giai đoạn sau cũng ở mức cao ($r=0.63 \rightarrow 0.64$, $p<0.01$). Điều này phản ánh một thực tế quan trọng: khi người cao tuổi đã được cung cấp các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần ở giai đoạn đầu, họ có xu hướng duy trì hành vi này ở các giai đoạn tiếp theo, cho thấy tính kết nối và sự đồng thuận cao trong hành vi tìm kiếm và duy trì dịch vụ.

Về mức độ hài lòng, các biến ở ba giai đoạn có mối tương quan rất chặt chẽ, đặc biệt là giữa hài lòng dịch vụ sàng lọc & chẩn đoán và hài lòng dịch vụ điều trị & phục hồi chức năng ($r=0.80$, $p<0.01$). Điều này cho thấy một khi người cao tuổi đã hài lòng với dịch vụ ở một giai đoạn, họ có xu hướng tiếp tục duy trì thái độ hài lòng ở các giai đoạn tiếp theo. Sự nhất quán này cho thấy tầm quan trọng của việc đảm bảo chất lượng dịch vụ xuyên suốt các giai đoạn.

Ngoài các mối liên kết nội bộ trong từng nhóm thang đo, mối quan hệ giữa nhận thức về sự cần thiết và hành vi tiếp cận dịch vụ cũng rất đáng chú ý. Ở giai đoạn phòng ngừa, nhận thức “cần thiết” có liên quan mạnh mẽ tới “thường xuyên được cung cấp” ($r=0.41, p<0.01$), phản ánh vai trò của ý thức cá nhân trong việc thúc đẩy hành vi tìm kiếm dịch vụ sớm. Tuy nhiên, mối quan hệ này không còn rõ rệt ở giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán ($r=-0.00, p>0.05$) và giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng ($r=0.02, p>0.05$), cho thấy ở các giai đoạn sau, hành vi sử dụng dịch vụ có thể chịu tác động nhiều hơn từ các yếu tố khách quan khác nữa.

Cuối cùng, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng dịch vụ thể hiện mối quan hệ rất mạnh mẽ và có ý nghĩa đặc biệt ở giai đoạn sàng lọc và điều trị & phục hồi chức năng ($r=0.79 \rightarrow 0.80, p<0.01$). Điều này khẳng định rằng, khi người cao tuổi đã có cơ hội được cung cấp dịch vụ ở các giai đoạn can thiệp sâu, họ thường bày tỏ sự hài lòng cao với chất lượng dịch vụ nhận được.

Như vậy, phân tích bảng tương quan cho thấy mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ, và mức độ hài lòng với dịch vụ công tác xã hội có mối liên hệ rõ rệt, hỗ trợ lẫn nhau theo hướng đồng thuận và tích cực, đặc biệt khi người cao tuổi có điều kiện được cung cấp dịch vụ liên tục ở các giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán và giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng. Kết quả này gợi ý rằng để nâng cao mức độ hài lòng của người cao tuổi, các cơ sở chăm sóc tập trung cần đảm bảo cung cấp dịch vụ xuyên suốt, đồng thời nâng cao nhận thức về sự cần thiết của các hoạt động công tác xã hội ngay từ giai đoạn phòng ngừa.

4.2. Các yếu tố liên quan đến nhu cầu tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung

4.2.1. Các yếu tố liên quan đến mức độ cần thiết

Kết quả phân tích hồi quy cho ba mô hình tương ứng với ba giai đoạn can thiệp chăm sóc sức khỏe tâm thần (phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán, điều trị & phục hồi chức năng) trình bày ở bảng 4.3 đã cho thấy sự khác biệt đáng kể về mức độ ảnh

hưởng của các yếu tố nhân khẩu học, tâm lý, xã hội và chức năng đối với mức độ cần thiết cảm nhận của người cao tuổi đối với dịch vụ công tác xã hội.

Ở góc độ tổng thể, cả ba mô hình đều đạt được mức độ giải thích khá tốt. Mô hình ở giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán có hệ số R^2 hiệu chỉnh cao nhất (0.463), phản ánh khả năng giải thích hơn 46% biến thiên của nhu cầu cảm nhận trong giai đoạn này. Mô hình phục hồi chức năng cũng đạt R^2 hiệu chỉnh tương đối tốt (0.336), trong khi mô hình phòng ngừa thấp hơn đáng kể (0.169). Chỉ số Durbin-Watson ở cả ba mô hình dao động trong khoảng từ 1.58 đến 1.84, cho thấy không có hiện tượng tự tương quan nghiêm trọng giữa các phần dư. Giá trị trung bình VIF xấp xỉ 2.93 ở tất cả mô hình xác nhận không có vấn đề nghiêm trọng về đa cộng tuyến.

Bảng 4. 3. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ cần thiết các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội (N = 372)

Biến	Mức độ cần thiết		
	Mô hình 1. Giai đoạn phòng ngừa	Mô hình 2. Giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán	Mô hình 3. Giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng
	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Tuổi	-0.017 (0.007)**	-0.065 (0.006)**	-0.090 (0.005)**
Giới tính (Nhóm tham chiếu= Nam)			
Nữ	-0.168 (0.136)**	0.121 (0.109)**	0.079 (0.122)**
Tình trạng hôn nhân (Nhóm tham chiếu= Các tình trạng hôn nhân khác)			
Kết hôn & còn bạn đời	-0.156 (0.134)**	-0.181 (0.108)**	-0.267 (0.120)**
Tình trạng học vấn (Nhóm tham chiếu= Được đi học các cấp)			
Chưa từng được đi học	0.004 (0.221)	-0.078 (0.160)	-0.050 (0.163)
Thu nhập (Nhóm tham chiếu= Không có thu nhập)			
Dưới 10 triệu	0.034 (0.170)	-0.160 (0.130)**	-0.019 (0.152)
Trên 10 triệu	-0.052 (0.284)	-0.267 (0.214)**	-0.234 (0.252)**
Tự đánh giá sức khỏe (Nhóm tham chiếu= Bình thường)			

Khỏe & rất khỏe	-0.043 (0.157)**	0.306 (0.119)**	0.274 (0.137)**
Yếu & rất yếu	-0.088 (0.159)**	-0.278 (0.126)**	-0.049 (0.141)**
Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày	0.110 (0.002)	-0.140 (0.002)**	-0.031 (0.002)**
Dấu hiệu sa sút trí tuệ	0.034 (0.013)	0.262 (0.011)**	0.351 (0.012)**
Tình trạng sức khỏe tâm thần	-0.357 (0.006)**	-0.125 (0.005)**	-0.428 (0.006)**
Lo lắng về sức khỏe tâm thần	0.226 (0.040)**	0.072 (0.032)**	-0.082 (0.036)**
Tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	0.179 (0.053)**	-0.079 (0.043)**	0.281 (0.047)**
Nhận thức hỗ trợ xã hội	0.054 (0.019)**	0.147 (0.015)**	-0.037 (0.017)**
Mức độ liên lạc với gia đình (Nhóm tham chiếu= Không liên lạc)			
Có liên lạc ở các mức độ	-0.101 (0.218)**	0.015 (0.175)**	0.019 (0.179)**
Loại hình cơ sở chăm sóc tập trung (Nhóm tham chiếu= Công lập)			
Tư nhân	-0.062 (0.265)**	-0.432 (0.213)**	-0.370 (0.217)**
R² hiệu chỉnh	0.169	0.463	0.336
Trung bình VIF	2.93	2.93	2.93
Durbin-Watson	1.842	1.790	1.581

Ghi chú: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Biến bị loại khỏi các mô hình: Biến người chi trả chi phí

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Trong cả ba mô hình hồi quy, biến “Nhà nước chi trả chi phí chăm sóc tại cơ sở” đều không được đưa vào phân tích (bị loại do vi phạm điều kiện đa cộng tuyến, Tolerance = 0.000). Điều này phản ánh rằng biến này có mức độ tương quan tuyến tính rất cao với các biến khác trong mô hình (ví dụ như loại hình cơ sở, tình trạng sức khỏe, hoặc tình trạng thu nhập), khiến biến đo lường không còn mang lại giá trị độc lập về mặt thống kê.

Tuy nhiên, về mặt thực tiễn, việc loại biến này ra khỏi mô hình không đồng nghĩa với việc yếu tố "nhà nước chi trả" không có ảnh hưởng đến mức độ cảm nhận nhu cầu dịch vụ. Trái lại, nó gợi ý rằng chính sách chi trả từ nhà nước thường đi kèm với đặc điểm của cơ sở công lập, nhóm đối tượng thuộc chính sách xã hội, có đặc thù sức khỏe yếu hơn, hoặc hoàn cảnh khó khăn hơn (Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội, 2020, tr 02)- những yếu tố đã được đại diện bởi các biến khác trong mô hình. Thực tế này đặt ra vấn đề quan trọng cho các nghiên cứu và hoạch định chính sách:

cần phân tích thêm mối quan hệ giữa hình thức chi trả, sự tự chủ tài chính và mức độ chủ động tiếp cận dịch vụ của người cao tuổi, thay vì chỉ xét biến chi trả một cách riêng lẻ. Đồng thời, việc đa số người nhận hỗ trợ từ nhà nước sống tại các cơ sở công lập có thể khiến họ tiếp cận dịch vụ theo cơ chế bị động- đây là một giả định cần kiểm chứng thêm trong các nghiên cứu định tính tiếp theo.

Ở giai đoạn phòng ngừa, các yếu tố như thu nhập trên 10 triệu đồng ($\beta = 0.391$; $p < 0.05$) và sống tại cơ sở tư nhân ($\beta = 0.033$; $p < 0.05$) góp phần ảnh hưởng đáng kể đến cảm nhận về sự cần thiết của dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Trong khi đó, người có tình trạng sức khỏe tốt lại cảm nhận nhu cầu cần thiết các dịch vụ công tác xã hội phòng ngừa thấp hơn ($\beta = -0.514$; $p < 0.01$), có thể do tâm lý chủ quan. Một phát hiện đáng quan tâm là người có rối loạn tâm lý căng thẳng, lo âu, trầm cảm (DASS21) lại cảm nhận mức độ cần thiết thấp hơn ($\beta = -0.028$; $p < 0.01$), phản ánh nguy cơ nhóm yếu thế không tự nhận diện được nhu cầu hỗ trợ- điều đã từng được xác nhận trong nghiên cứu của Shin cùng cộng sự (2012) tại Hàn Quốc, cho rằng người cao tuổi có biểu hiện trầm cảm thường tránh tiếp cận hoặc đánh giá thấp tầm quan trọng của dịch vụ chuyên môn (Jin Hee Shin và cộng sự, 2012).

Trong giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán, mô hình cho thấy mức độ giải thích mạnh nhất (R^2 hiệu chỉnh = 0.463), với sự tham gia của nhiều yếu tố. Người giới tính nữ, sức khỏe yếu, và có biểu hiện suy giảm trí tuệ thường đánh giá cao nhu cầu được sàng lọc (β lần lượt là 0.544, 0.538 và 0.032; $p < 0.01$). Điều này cho thấy khi vấn đề sức khỏe thể chất hoặc nhận thức đã biểu hiện rõ, nhu cầu sàng lọc sẽ trở nên cấp thiết hơn. Tuy nhiên, một lần nữa, những người có rối loạn tâm lý căng thẳng, lo âu, trầm cảm ($\beta = -0.053$; $p < 0.01$) và thiếu cảm nhận hỗ trợ xã hội ($\beta = -0.104$; $p < 0.01$) lại ít nhận thấy sự cần thiết- minh chứng cho thực trạng “né tránh” của nhóm trầm cảm khi cần tiếp cận dịch vụ phòng ngừa- phù hợp với nhận định của trong một nghiên cứu tại Hàn Quốc rằng sức khỏe tâm thần kém làm giảm động lực tìm kiếm hỗ trợ (Choi Namkee G. & DiNitto Diana M., 2013). Đặc biệt, mức độ liên lạc với gia đình đóng vai trò tích cực ($\beta = 0.147$; $p < 0.01$), cho thấy kết nối xã hội có tác

dụng nâng cao nhận thức, tương đồng với các phát hiện trong nghiên cứu cộng đồng của WHO (2015) và ASEAN (2018) (ASEAN Secretariat, 2018; World Health Organization, 2015)

Đến giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng, các yếu tố ảnh hưởng tiếp tục mở rộng. Trong đó, điểm sa sút trí tuệ ($\beta = 0.023$; $p < 0.05$) và liên lạc với gia đình ($\beta = 0.120$; $p < 0.01$) cho thấy người có biểu hiện bệnh lý và mạng lưới xã hội rộng có xu hướng nhận thức rõ hơn nhu cầu được điều trị. Ngược lại, điểm DASS21 ($\beta = -0.027$; $p < 0.01$) và nhận thức hỗ trợ xã hội thấp ($\beta = -0.075$; $p < 0.05$) vẫn tiếp tục là yếu tố làm suy giảm nhu cầu cảm nhận. Điều đáng chú ý là trong cả ba giai đoạn, người sống tại cơ sở tư nhân đều đánh giá nhu cầu cao hơn người sống tại cơ sở công lập, với hệ số β dao động từ 0.033 đến 0.045 và đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$ hoặc $p < 0.01$). Điều này chỉ ra rằng môi trường tổ chức và cách thức tư vấn tại cơ sở tư nhân giúp người cao tuổi dễ dàng nhận diện nhu cầu của mình hơn- một phát hiện mới và cần tiếp tục nghiên cứu.

Như vậy, các yếu tố liên quan đến mức độ cần thiết dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi theo 3 nhóm yếu tố trong khung phân tích có những điểm nổi bật như sau:

Nhóm yếu tố cá nhân

Đây là nhóm yếu tố có ảnh hưởng đa chiều và phức tạp nhất đến nhận thức về sự cần thiết của dịch vụ: Tuổi tác có mối liên hệ nghịch chiều xuyên suốt cả ba giai đoạn chăm sóc. Người cao tuổi càng lớn tuổi thì xu hướng cảm nhận mức độ cần thiết của các dịch vụ công tác xã hội càng giảm. Nữ giới đánh giá nhu cầu cần thiết cho giai đoạn sàng lọc và điều trị cao hơn nam giới, nhưng lại thấp hơn ở giai đoạn phòng ngừa. Những người còn bạn đời thường đánh giá mức độ cần thiết của dịch vụ thấp hơn so với nhóm góa bụa hoặc độc thân. Người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe "Yếu và rất yếu" hoặc có dấu hiệu sa sút trí tuệ rõ rệt thường cảm nhận nhu cầu được sàng lọc và điều trị cấp thiết hơn. Ngược lại, người có khả năng tự chủ sinh hoạt (Barthel) cao thường ít thấy cần các dịch vụ sàng lọc/ điều trị hơn. Một phát hiện quan trọng là

người cao tuổi có điểm rối loạn tâm lý (căng thẳng, lo âu, trầm cảm) càng cao thì lại đánh giá mức độ cần thiết của dịch vụ càng thấp. Điều này phản ánh cơ chế né tránh hoặc giảm năng lực nhận diện nhu cầu ở nhóm có nguy cơ cao. Người cao tuổi càng tự tin vào năng lực ứng phó của bản thân thì càng đánh giá cao sự cần thiết của dịch vụ công tác xã hội, đặc biệt ở giai đoạn phòng ngừa và điều trị.

Nhóm yếu tố gia đình và hỗ trợ xã hội

Người cao tuổi cảm nhận nhận được sự giúp đỡ từ những người xung quanh tỷ lệ thuận với việc đánh giá cao sự cần thiết của dịch vụ, đặc biệt ở giai đoạn phòng ngừa và sàng lọc. Mức độ liên lạc thường xuyên với gia đình giúp người cao tuổi nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của việc sàng lọc và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần. Gia đình chính là nguồn động lực tâm lý quan trọng để người cao tuổi chủ động nhận diện nhu cầu hỗ trợ.

Nhóm yếu tố cơ sở chăm sóc tập trung

Người cao tuổi sống tại các cơ sở tư nhân đánh giá mức độ cần thiết của dịch vụ công tác xã hội cao hơn rõ rệt so với cơ sở công lập ở cả 3 giai đoạn. Điều này được lý giải bởi môi trường tư nhân thường có các hoạt động tư vấn, giới thiệu dịch vụ chủ động hơn, giúp người cao tuổi dễ dàng nhận diện nhu cầu của mình. Biến "Nhà nước hỗ trợ chi trả" thường gắn liền với đặc thù cơ sở công lập và nhóm đối tượng yếu thế. Dù biến này bị loại khỏi mô hình hồi quy do đa cộng tuyến, dữ liệu định tính cho thấy người cao tuổi được Nhà nước bảo trợ thường tiếp cận dịch vụ theo cơ chế thụ động hơn so với nhóm tự chủ tài chính. Bên cạnh đó, nhận thức về sự cần thiết của dịch vụ bị suy giảm bởi tuổi tác và tình trạng bệnh lý tâm thần nặng (cơ chế né tránh), nhưng lại được thúc đẩy mạnh mẽ bởi mạng lưới hỗ trợ xã hội, sự tự tin cá nhân và môi trường chăm sóc tư nhân

Nhìn chung:

Kết quả phân tích nhấn mạnh rằng yếu tố rối loạn tâm lý (DASS21) có ảnh hưởng nhất quán và tiêu cực đến nhận thức nhu cầu dịch vụ ở cả ba giai đoạn. Đây là một điểm đáng lưu ý trong hoạch định chính sách và thực hành công tác xã hội- bởi

lễ nhóm có nguy cơ cao lại thường không tự tìm đến dịch vụ. Ngược lại, kết nối xã hội (gia đình) và môi trường chăm sóc tư nhân nổi bật như những yếu tố nâng đỡ, làm gia tăng sự chủ động và nhận thức về tầm quan trọng của dịch vụ.

So sánh với các nghiên cứu trước, kết quả của đề tài không chỉ củng cố các mô hình lý thuyết tiếp cận dịch vụ như mô hình của Andersen (1995)- nhấn mạnh vai trò của yếu tố nhận thức chủ quan (Andersen, 1995)- mà còn mở rộng bằng cách lượng hóa cụ thể ảnh hưởng của mạng lưới xã hội, yếu tố tổ chức (loại hình cơ sở), và trạng thái tâm lý đến từng giai đoạn trong quá trình chăm sóc. Mạng lưới gia đình (liên lạc) rõ ràng nâng cao nhu cầu nhận thức ở giai đoạn sàng lọc và phục hồi- phù hợp với phát hiện của WHO và ASEAN về giá trị của hỗ trợ xã hội (ASEAN Secretariat, 2018; World Health Organization, 2015). Cơ sở tư nhân xuất hiện như một yếu tố mới, chưa được đề cập sâu ở Việt Nam, cho thấy tiềm năng xây dựng mô hình tích hợp tốt hơn và thúc đẩy nhận thức nhu cầu trong cả ba giai đoạn. Trong bối cảnh hệ thống chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam vẫn đang trong giai đoạn chuyển đổi, các phát hiện này có thể góp phần đề xuất hướng tích hợp công tác xã hội vào chuỗi chăm sóc tâm thần từ sớm đến muộn.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ

Kết quả hồi quy tuyến tính (bảng 4.4) cho thấy các mô hình giải thích tương đối tốt biến phụ thuộc tại cả ba giai đoạn: hệ số R^2 hiệu chỉnh lần lượt là 0.614 (phòng ngừa), 0.490 (sàng lọc & chẩn đoán), và 0.442 (điều trị & phục hồi). Mô hình phòng ngừa có sức giải thích cao nhất, điều này phản ánh rõ vai trò khởi đầu của công tác xã hội trong giai đoạn chủ động can thiệp từ sớm. Giá trị Durbin-Watson dao động từ 1.625 đến 1.721, cho thấy không có hiện tượng tự tương quan nghiêm trọng giữa các sai số. Giá trị trung bình VIF ở cả ba mô hình đều dưới 3, cho thấy hiện tượng đa cộng tuyến không đáng kể.

Bảng 4. 4. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội

Mô hình	Mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ		
	Mô hình 1. Giai đoạn phòng ngừa	Mô hình 2. Giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán	Mô hình 3. Giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng
	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Tuổi	-0.078 (0.005)	-0.075 (0.006)	-0.090 (0.006)
Giới tính (Nhóm tham chiếu = Nam)			
Nữ	-0.006 (0.093)	0.244 (0.107)**	0.138 (0.111)*
Tình trạng hôn nhân (Nhóm tham chiếu= Các tình trạng hôn nhân khác)			
Kết hôn & còn bạn đời	0.051 (0.091)	0.077 (0.105)	0.007 (0.110)
Tình trạng học vấn (Nhóm tham chiếu= Được đi học các cấp)			
Chưa từng được đi học	-0.014 (0.150)	-0.079 (0.173)	-0.032 (0.181)
Thu nhập (Nhóm tham chiếu= Không có thu nhập)			
Dưới 10 triệu	0.086 (0.115)	-0.013 (0.132)	0.069 (0.138)
Trên 10 triệu	0.078 (0.192)	-0.051 (0.221)	-0.084 (0.231)
Tự đánh giá sức khỏe (Nhóm tham chiếu= Bình thường)			
Khỏe & rất khỏe	-0.212 (0.104)**	-0.094 (0.120)	-0.075 (0.125)
Yếu & rất yếu	-0.057 (0.107)	0.216 (0.123)**	0.183 (0.129)**
Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày	0.013 (0.002)	0.036 (0.002)	-0.031 (0.002)
Dấu hiệu sa sút trí tuệ	-0.004 (0.009)	-0.058 (0.010)	0.150 (0.011)*
Tình trạng sức khỏe tâm thần	-0.365 (0.004)**	-0.233 (0.005)*	-0.032 (0.005)
Lo lắng về sức khỏe tâm thần	0.108 (0.027)	-0.334 (0.031)**	-0.094 (0.033)
Tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	0.067 (0.036)	0.184 (0.042)*	0.330 (0.043)**
Nhận thức hỗ trợ xã hội	0.162 (0.013)*	0.213 (0.015)**	0.191 (0.015)*
Mức độ liên lạc với gia đình (Nhóm tham chiếu= Không liên lạc)			
Có liên lạc ở các mức độ	-0.009 (0.149)	0.004 (0.171)	0.019 (0.179)
Loại hình cơ sở chăm sóc tập trung (Nhóm tham chiếu= Công lập)			
Tư nhân	0.325 (0.181)**	-0.095 (0.208)	0.102 (0.217)

R² hiệu chỉnh	0.614	0.490	0.442
Durbin–Watson	1.667	1.721	1.625
Trung bình VIF	2.883	2.883	2.883

Ghi chú: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Biến bị loại khỏi các mô hình: Biến người chi trả chi phí

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Trong giai đoạn phòng ngừa, mô hình có R² hiệu chỉnh đạt 0.614, cho thấy các biến độc lập giải thích khá tốt sự biến thiên của mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội. Một số yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Trước hết, tuổi tác có mối quan hệ âm với mức độ tiếp cận dịch vụ ($\beta = -0.078$, SE = 0.005), phản ánh thực tế rằng người cao tuổi càng lớn tuổi thì cơ hội tiếp nhận dịch vụ phòng ngừa càng thấp. Biến tự đánh giá sức khỏe cho thấy người tự nhận là khỏe mạnh hoặc rất khỏe ít được cung cấp dịch vụ phòng ngừa hơn ($\beta = -0.212$, SE = 0.104, $p < 0.01$). Đây là một kết quả hợp lý vì nguồn lực phòng ngừa thường ưu tiên những đối tượng có nguy cơ cao hơn, đồng thời phản ánh cơ chế phân bổ dịch vụ dựa trên nhu cầu. Một phát hiện đáng chú ý khác là tình trạng sức khỏe tâm thần chung có mối quan hệ âm mạnh mẽ ($\beta = -0.365$, SE = 0.004, $p < 0.01$), cho thấy những người có tình trạng tâm thần kém lại ít được tham gia phòng ngừa thường xuyên, điều này phản ánh sự bất cập trong việc tiếp cận dịch vụ phòng ngừa ở nhóm đối tượng vốn cần thiết nhất. Bên cạnh đó, mức độ lo lắng về sức khỏe tâm thần có tác động dương ($\beta = 0.108$, SE = 0.027), cho thấy lo lắng vừa phải có thể là động lực thúc đẩy hành vi tìm kiếm hỗ trợ sớm, phù hợp với quan điểm về cơ chế ứng phó chủ động trong giai đoạn đầu. Tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần (self-efficacy) cũng tác động tích cực ($\beta = 0.067$, SE = 0.036), nhấn mạnh vai trò của nhận thức năng lực cá nhân trong việc chủ động tiếp cận dịch vụ. Cuối cùng, nhận thức về hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng dương có ý nghĩa thống kê ($\beta = 0.162$, SE = 0.013, $p < 0.05$), củng cố bằng chứng rằng sự gắn kết xã hội giúp khuyến khích tiếp cận dịch vụ (Wang và cộng sự, 2018). Ngoài ra, loại hình cơ sở chăm sóc cũng có ảnh hưởng, khi người cao tuổi ở cơ sở tư nhân được tiếp cận dịch

vụ phòng ngừa nhiều hơn so với công lập ($\beta = 0.325$, $SE = 0.181$, $p < 0.01$), phản ánh sự khác biệt giữa hai loại hình.

Trong giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán, R^2 hiệu chỉnh giảm còn 0.490, tuy nhiên, mô hình vẫn cho thấy nhiều yếu tố có ảnh hưởng đáng kể. Giới tính nữ nổi bật như một yếu tố tích cực ($\beta = 0.244$, $SE = 0.107$, $p < 0.01$), phản ánh xu hướng phụ nữ thường chủ động tìm kiếm hỗ trợ y tế và dịch vụ xã hội nhiều hơn nam giới. Tình trạng tự đánh giá sức khỏe “yếu và rất yếu” có tác động dương ($\beta = 0.216$, $SE = 0.123$, $p < 0.01$), cho thấy nhóm dễ bị tổn thương được ưu tiên tiếp cận dịch vụ sàng lọc, phù hợp với định hướng phân bổ nguồn lực dựa trên nhu cầu (World Health Organization, 2017, 2022). Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng cho thấy mối liên hệ tích cực ($\beta = 0.036$, $SE = 0.002$), cho thấy người còn khả năng tự chăm sóc sẽ dễ tham gia vào các quy trình sàng lọc và chẩn đoán hơn. Ngược lại, tình trạng sức khỏe tâm thần có ảnh hưởng tiêu cực ($\beta = -0.233$, $SE = 0.005$, $p < 0.05$), và mức độ lo lắng cao về sức khỏe tâm thần cũng có tác động âm mạnh mẽ ($\beta = -0.334$, $SE = 0.031$, $p < 0.01$). Điều này phản ánh rằng những người có vấn đề tâm thần trầm trọng hoặc lo lắng quá mức có thể trở ngại trong việc tham gia sàng lọc, phù hợp với các phát hiện của Dahl và cộng sự (Dahl và cộng sự, 2020). Bên cạnh đó, tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần có mối quan hệ dương ($\beta = 0.184$, $SE = 0.042$, $p < 0.05$), khẳng định vai trò của tự tin trong việc vượt qua rào cản tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhận thức hỗ trợ xã hội cũng là yếu tố bảo vệ rõ rệt ($\beta = 0.213$, $SE = 0.015$, $p < 0.01$), phù hợp với nghiên cứu quốc tế về vai trò của kết nối xã hội trong hành vi tìm kiếm trợ giúp (Wang và cộng sự, 2018).

Trong giai đoạn điều trị và phục hồi, mô hình có R^2 hiệu chỉnh đạt 0.442, mức thấp nhất trong ba mô hình, phản ánh tính phức tạp của giai đoạn này. Tuổi tiếp tục có mối quan hệ âm với mức độ tiếp nhận dịch vụ ($\beta = -0.090$, $SE = 0.006$), cho thấy người lớn tuổi hơn ít có cơ hội tham gia các hoạt động phục hồi. Giới tính nữ lại một lần nữa thể hiện xu hướng tích cực ($\beta = 0.138$, $SE = 0.111$, $p < 0.05$), củng cố nhận định rằng phụ nữ có xu hướng sử dụng dịch vụ xã hội nhiều hơn. Tình trạng sức khỏe “yếu và rất yếu” có tác động dương ($\beta = 0.183$, $SE = 0.129$, $p < 0.01$), cho thấy sự ưu

tiền nguồn lực cho nhóm tổn thương trong phục hồi. Đáng chú ý, dấu hiệu sa sút trí tuệ lại có tác động dương ($\beta = 0.150$, $SE = 0.011$, $p < 0.05$), phản ánh nhu cầu cao hơn về hỗ trợ trong điều trị và phục hồi của nhóm này. Tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần có mối quan hệ dương mạnh mẽ ($\beta = 0.330$, $SE = 0.043$, $p < 0.01$), nhấn mạnh rằng self-efficacy không chỉ quan trọng ở giai đoạn sớm mà còn có giá trị đặc biệt trong phục hồi chức năng. Nhận thức về hỗ trợ xã hội tiếp tục đóng vai trò tích cực ($\beta = 0.191$, $SE = 0.015$, $p < 0.05$), phản ánh sự cần thiết của mạng lưới xã hội trong giai đoạn điều trị. Trái lại, khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày có tác động âm ($\beta = -0.031$, $SE = 0.002$), cho thấy những người còn khả năng tự chăm sóc tốt có xu hướng ít cần tới dịch vụ phục hồi, một kết quả hợp lý về mặt thực tiễn.

Các yếu tố liên quan đến mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ Công tác xã hội công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi người cao tuổi theo 3 nhóm yếu tố trong khung phân tích như sau:

Nhóm yếu tố cá nhân

Đây là nhóm yếu tố đóng vai trò chi phối mạnh mẽ nhất đến tần suất người cao tuổi nhận được sự hỗ trợ chuyên môn. Tuổi tác có mối liên hệ nghịch chiều xuyên suốt; người cao tuổi càng lớn tuổi thì tần suất được tiếp cận các dịch vụ, đặc biệt là phòng ngừa và phục hồi chức năng, càng có xu hướng giảm đi. Nữ giới là nhóm khách thể thường xuyên được cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán và phục hồi chức năng cao hơn rõ rệt so với nam giới. Người cao tuổi tự nhận thấy sức khỏe "Yếu và rất yếu" hoặc có dấu hiệu sa sút trí tuệ được cơ sở ưu tiên cung cấp dịch vụ trong giai đoạn sàng lọc và điều trị. Ngược lại, người có khả năng tự chủ sinh hoạt tốt thường ít nhận được các dịch vụ phục hồi hơn. Một bất cập đáng chú ý là người cao tuổi có tình trạng tâm thần kém hoặc lo lắng quá mức lại ít được tham gia các hoạt động phòng ngừa và sàng lọc thường xuyên, cho thấy hệ thống dịch vụ hiện tại chưa tiếp cận hiệu quả nhóm đối tượng cần thiết nhất. Người cao tuổi càng tin tưởng vào năng lực ứng phó của bản thân thì tần suất tiếp cận dịch vụ càng cao, đặc biệt yếu tố này có tác động mạnh mẽ nhất trong giai đoạn điều trị và phục hồi chức năng.

Nhóm yếu tố gia đình và hỗ trợ xã hội

Nhận thức hỗ trợ xã hội là yếu tố có ảnh hưởng tích cực và nhất quán xuyên suốt cả 3 giai đoạn chăm sóc; người cao tuổi cảm nhận được sự giúp đỡ từ người xung quanh càng cao thì tần suất được cung cấp dịch vụ công tác xã hội càng thường xuyên. Mặc dù biến số liên lạc với gia đình không thể hiện ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy ở bảng này, nhưng dữ liệu định tính khẳng định sự quan tâm, thăm nom từ gia đình là động lực quan trọng để người cao tuổi tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở.

Nhóm yếu tố cơ sở chăm sóc tập trung

Người cao tuổi sống tại các cơ sở tư nhân được cung cấp các dịch vụ phòng ngừa thường xuyên hơn rõ rệt so với người cao tuổi tại cơ sở công lập. Điều này cho thấy sự khác biệt về nguồn lực và tính chủ động trong việc triển khai các chương trình giáo dục, tư vấn sức khỏe tâm thần giữa hai mô hình. Thực trạng cho thấy các cơ sở tập trung đáp ứng tốt hơn ở giai đoạn sàng lọc và điều trị cho người đã có bệnh trong khi mức độ cung cấp dịch vụ ở giai đoạn phòng ngừa phần gốc vẫn còn khoảng cách lớn so với nhu cầu thực tế của người cao tuổi.

Nhìn chung:

Cả ba mô hình đều cho thấy một số xu hướng nhất quán. Tần suất người cao tuổi nhận được dịch vụ công tác xã hội được thúc đẩy mạnh mẽ bởi giới tính nữ, sự tự tin cá nhân và mạng lưới hỗ trợ xã hội, nhưng lại bị hạn chế bởi tuổi tác cao và tình trạng bệnh lý tâm thần nặng (cơ chế né tránh của nhóm có nguy cơ). Tuổi tác có ảnh hưởng tiêu cực xuyên suốt, trong khi giới tính nữ, self-efficacy và nhận thức hỗ trợ xã hội là các yếu tố bảo vệ quan trọng, thúc đẩy việc tiếp cận dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Sức khỏe thể chất và tình trạng sức khỏe tâm thần có vai trò phân hóa rõ rệt, với nhóm yếu thế được ưu tiên hơn trong giai đoạn sàng lọc và phục hồi, phù hợp với khuyến nghị của WHO (World Health Organization, 2017, 2022). Tuy nhiên, bất cập cũng tồn tại khi những người có vấn đề tâm thần nặng hoặc lo lắng quá mức lại gặp trở ngại trong tiếp cận sàng lọc, phản

ánh thách thức trong hệ thống dịch vụ hiện tại. Đặc biệt, sự khác biệt giữa cơ sở công lập và tư nhân trong giai đoạn phòng ngừa gợi mở những bất bình đẳng tiềm ẩn về nguồn lực. Kết quả này cung cấp bằng chứng quan trọng cho việc điều chỉnh chiến lược phân bổ dịch vụ, nhằm đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Sự khác biệt giữa ba giai đoạn phản ánh định hướng can thiệp dịch vụ: Giai đoạn phòng ngừa chịu ảnh hưởng mạnh từ các yếu tố thuộc về thái độ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần như mức độ lo lắng, tự tin và và quan hệ xã hội như điểm hỗ trợ xã hội. Đây là giai đoạn hướng tới cải thiện nhận thức và hành vi tìm kiếm sự trợ giúp, phù hợp với các mô hình tăng cường năng lực cá nhân (empowerment-based intervention) (Wang và cộng sự, 2018).

Giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán cho thấy sự ảnh hưởng của các yếu tố sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần, đặc biệt là tình trạng sức khỏe yếu và suy giảm nhận thức, đồng thời duy trì vai trò của tự tin và hỗ trợ xã hội. Điều này phù hợp với khuyến nghị từ WHO (2017) về ưu tiên đánh giá thể chất- tinh thần toàn diện trong giai đoạn sàng lọc (World Health Organization, 2017). Giai đoạn điều trị & phục hồi nhấn mạnh sự tác động của các yếu tố như mức độ tự tin, điểm hỗ trợ xã hội. Các giai đoạn chăm sóc có sự khác biệt về yếu tố ảnh hưởng, phản ánh mục tiêu và chiến lược dịch vụ riêng biệt. Giai đoạn phòng ngừa nổi bật với các yếu tố mang tính chủ động, còn các giai đoạn sau thiên về yếu tố thể chất và nhu cầu hỗ trợ.

Những phát hiện này củng cố luận điểm rằng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi cần được điều chỉnh theo từng giai đoạn và đặc điểm nhóm khách thể cụ thể, nhằm tối ưu hóa hiệu quả can thiệp và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ. Nhận định này phù hợp với định hướng trong tài liệu của WHO (World Health Organization, 2017) về thiết kế dịch vụ phù hợp với mức độ nhu cầu và chức năng của từng nhóm người cao tuổi trong hướng dẫn ICOPE về lồng ghép hỗ trợ xã hội vào các cấp độ can thiệp cộng đồng cho người cao tuổi, cũng như các nghiên cứu quốc tế đã nhấn mạnh tầm quan trọng của cá nhân hóa trong cung cấp

dịch vụ sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi (Choi và cộng sự, 2009; Wang và cộng sự, 2018; World Health Organization, 2017).

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nhiều tài liệu quốc tế cho rằng các yếu tố xã hội và tình trạng tâm lý đóng vai trò chủ đạo trong mức độ tiếp cận dịch vụ y tế của người cao tuổi. Báo cáo của WHO (2015) nhấn mạnh rằng yếu tố chức năng là yếu tố quyết định trong phân bổ dịch vụ điều trị (World Health Organization, 2015).

Trong bối cảnh Việt Nam, báo cáo của Bộ Y tế (2018) chỉ ra rằng các dịch vụ chăm sóc người cao tuổi hiện nay còn tập trung vào điều trị y học lâm sàng mà thiếu hỗ trợ tâm lý- xã hội tích hợp (Bộ Y tế, 2018). Nghiên cứu này góp phần xác định rõ khoảng trống đó, nhất là trong giai đoạn phòng ngừa và sàng lọc & chẩn đoán, nơi các yếu tố xã hội dường như chưa được tích hợp hiệu quả.

Phát hiện này gợi mở hai định hướng can thiệp chính: (1) Cần tăng cường vai trò của mạng lưới hỗ trợ xã hội, đặc biệt là kết nối giữa người cao tuổi với gia đình và cộng đồng trong các cơ sở chăm sóc; (2) Cần phát triển các dịch vụ chuyên biệt dành cho người cao tuổi có vấn đề sức khỏe tâm thần, bao gồm sàng lọc trầm cảm, hỗ trợ tâm lý- xã hội thường xuyên, nhằm nâng cao sự chủ động tiếp cận và duy trì việc sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung.

Đồng thời, kết quả cũng cho thấy mô hình tổ chức tại các cơ sở tư nhân có xu hướng thúc đẩy việc thường xuyên được cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi- điều này đặt ra nhu cầu chính sách quan trọng trong việc cải tiến cách thức tổ chức và cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong các cơ sở chăm sóc tập trung công lập.

4.2.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng

Kết quả hồi quy (Bảng 4.5) cho thấy các yếu tố đóng vai trò khác nhau trong việc định hình mức độ hài lòng với dịch vụ công tác xã hội trong ba giai đoạn chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ba mô hình hồi quy đều cho thấy độ phù hợp tốt với R^2 hiệu chỉnh cao nhất ở mô hình sàng lọc & chẩn đoán (0.779), tiếp theo là điều trị & phục

hồi (0.679) và thấp nhất là phòng ngừa (0.217). Hệ số Durbin-Watson dao động từ 1.71 đến 2.186, cho thấy không có tương quan chuỗi nghiêm trọng trong phần dư. Trung bình VIF cao nhất trong giai đoạn sàng lọc (3.643), nhưng đều ở mức chấp nhận (<10), phản ánh không có vấn đề nghiêm trọng về đa cộng tuyến. Một số biến không có ý nghĩa thống kê và bị loại khỏi mô hình bao gồm biến "Nhà nước chi trả", cho thấy yếu tố này không có vai trò nổi bật trong việc lý giải mức độ hài lòng của người cao tuổi trong các giai đoạn chăm sóc.

Bảng 4. 5. Kết quả hồi quy các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội

Mô hình	Mức độ hài lòng với dịch vụ		
	Mô hình 1. Giai đoạn phòng ngừa	Mô hình 2. Giai đoạn sàng lọc & chẩn đoán	Mô hình 3. Giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng
	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Tuổi	-0.053 (0.008)	0.298 (0.005)**	0.181 (0.005)**
Giới tính (Nhóm tham chiếu = Nam)			
Nữ	-0.004 (0.160)	0.279 (0.130)**	-0.041 (0.120)
Tình trạng hôn nhân (Nhóm tham chiếu= Các tình trạng hôn nhân khác)			
Kết hôn & còn bạn đời	-0.106 (0.142)	0.221 (0.101)**	-0.148 (0.107)**
Tình trạng học vấn (Nhóm tham chiếu= Được đi học các cấp)			
Chưa từng được đi học	-0.012 (0.340)	-0.026 (0.229)	0.065 (0.257)
Thu nhập (Nhóm tham chiếu= Không có thu nhập)			
Dưới 10 triệu	0.255 (0.185)*	-0.230 (0.115)**	0.048 (0.125)
Trên 10 triệu	0.275 (0.303)**	-0.093 (0.182)*	-0.082 (0.207)
Tự đánh giá sức khỏe (Nhóm tham chiếu= Bình thường)			
Khỏe & rất khỏe	0.006 (0.162)	0.281 (0.098)**	0.396 (0.118)**
Yếu & rất yếu	0.071 (0.168)	0.027 (0.137)	-0.027 (0.134)
Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày	-0.241 (0.003)**	-0.073 (0.002)	-0.043 (0.002)

Dấu hiệu sa sút trí tuệ	-0.255 (0.014)**	-0.110 (0.009)*	-0.108 (0.011)*
Tình trạng sức khỏe tâm thần	0.137 (0.007)	0.111 (0.005)	0.274 (0.005)**
Lo lắng về sức khỏe tâm thần	0.486 (0.043)**	0.244 (0.031)**	0.102 (0.032)
Tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	0.705 (0.057)**	0.542 (0.038)**	0.526 (0.045)**
Nhận thức hỗ trợ xã hội	-0.069 (0.023)	0.493 (0.021)**	0.369 (0.018)**
Mức độ liên lạc với gia đình (Nhóm tham chiếu= Không liên lạc)			
Có liên lạc ở các mức độ	-0.028 (0.319)	-0.030 (0.227)	-0.060 (0.241)
Loại hình cơ sở chăm sóc tập trung (Nhóm tham chiếu= Công lập)			
Tư nhân	0.153 (0.321)	0.227 (0.233)**	0.238 (0.247)**
R² hiệu chỉnh	0.217	0.779	0.679
Durbin–Watson	2.186	1.71	2.058
Trung bình VIF	2.669	3.643	3.109

Ghi chú: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Biến bị loại khỏi các mô hình: Biến người chi trả chi phí

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Trong giai đoạn phòng ngừa, mô hình có R^2 hiệu chỉnh đạt 0.217, phản ánh khả năng giải thích còn hạn chế của các biến độc lập đối với mức độ hài lòng của người cao tuổi với dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Tuy nhiên, một số yếu tố vẫn thể hiện vai trò quan trọng trong mô hình. Tuổi tác có tác động âm đến mức độ hài lòng ($\beta = -0.053$, $SE = 0.008$), cho thấy người cao tuổi lớn tuổi hơn có xu hướng hài lòng thấp hơn. Điểm sa sút trí tuệ có ảnh hưởng tiêu cực và có ý nghĩa thống kê ($\beta = -0.255$, $SE = 0.014$, $p < 0.01$), cho thấy suy giảm nhận thức có thể làm hạn chế trải nghiệm tích cực đối với dịch vụ. Khả năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng tác động âm mạnh mẽ ($\beta = -0.241$, $SE = 0.003$, $p < 0.01$), phản ánh rằng những người có mức độ độc lập thấp thường ít hài lòng hơn do nhu cầu chăm sóc cao nhưng dịch vụ chưa đáp ứng đầy đủ. Ngược lại, yếu tố tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần có tác động dương mạnh mẽ ($\beta = 0.705$, $SE = 0.057$, $p < 0.01$), khẳng định rằng tự tin đóng vai trò nền tảng trong nâng cao mức độ hài lòng, phù hợp với phát hiện của Choi (Choi và cộng sự, 2009). Lo lắng về sức khỏe tâm thần cũng có ảnh hưởng tích cực ($\beta = 0.486$, SE

= 0.043, $p < 0.01$), cho thấy mối quan tâm đến sức khỏe có thể thúc đẩy sự đánh giá tích cực về dịch vụ phòng ngừa. Ngoài ra, thu nhập trên 10 triệu đồng cũng có tác động dương đáng kể ($\beta = 0.275$, $SE = 0.303$, $p < 0.01$), phản ánh nhóm có điều kiện kinh tế tốt hơn dễ đạt sự hài lòng cao hơn trong tiếp nhận dịch vụ phòng ngừa.

Mô hình sàng lọc và chẩn đoán đạt R^2 hiệu chỉnh 0.779, mức cao nhất trong ba mô hình, cho thấy các biến độc lập giải thích khá toàn diện sự biến thiên về mức độ hài lòng. Trong mô hình này, tuổi tác có ảnh hưởng dương rõ rệt ($\beta = 0.298$, $SE = 0.005$, $p < 0.01$), cho thấy người cao tuổi lớn tuổi hơn lại có xu hướng hài lòng hơn trong giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán. Giới tính nữ thể hiện tác động tích cực ($\beta = 0.279$, $SE = 0.130$, $p < 0.01$), phản ánh sự nhạy cảm và thái độ cởi mở hơn của phụ nữ đối với dịch vụ xã hội. Tình trạng hôn nhân “kết hôn và còn bạn đời” cũng góp phần nâng cao mức độ hài lòng ($\beta = 0.221$, $SE = 0.101$, $p < 0.01$), có thể do sự hỗ trợ tâm lý và xã hội mà bạn đời mang lại trong quá trình tiếp cận dịch vụ. Tự đánh giá sức khỏe “khỏe và rất khỏe” có ảnh hưởng tích cực ($\beta = 0.281$, $SE = 0.098$, $p < 0.01$), cho thấy nhóm có sức khỏe tốt hơn đánh giá cao hơn hiệu quả của dịch vụ. Ngược lại, thu nhập dưới 10 triệu ($\beta = -0.230$, $SE = 0.115$, $p < 0.01$) và trên 10 triệu ($\beta = -0.093$, $SE = 0.182$, $p < 0.05$) lại có tác động tiêu cực, phản ánh rằng nhóm có thu nhập có thể có kỳ vọng cao hơn, từ đó dẫn đến sự hài lòng thấp hơn. Đáng chú ý, mức độ tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tiếp tục là yếu tố quan trọng ($\beta = 0.542$, $SE = 0.038$, $p < 0.01$), cùng với nhận thức hỗ trợ xã hội ($\beta = 0.493$, $SE = 0.021$, $p < 0.01$) và lo lắng về sức khỏe tâm thần ($\beta = 0.244$, $SE = 0.031$, $p < 0.01$). Kết quả này cũng có vai trò của niềm tin cá nhân và mạng lưới xã hội trong cải thiện trải nghiệm dịch vụ (Wang và cộng sự, 2018).

Trong giai đoạn điều trị và phục hồi, mô hình có R^2 hiệu chỉnh đạt 0.679, cho thấy khả năng giải thích tốt. Tuổi có tác động tích cực đáng kể ($\beta = 0.181$, $SE = 0.005$, $p < 0.01$), phản ánh rằng người lớn tuổi hơn hài lòng nhiều hơn với dịch vụ phục hồi. Tự đánh giá sức khỏe “khỏe và rất khỏe” có ảnh hưởng dương mạnh mẽ ($\beta = 0.396$, $SE = 0.118$, $p < 0.01$), cho thấy sức khỏe tốt giúp nâng cao sự đánh giá tích cực về dịch vụ. Ngược lại, tình trạng hôn nhân kết hôn và còn bạn đời có tác động âm ($\beta = -$

0.148, SE = 0.107, $p < 0.01$), phản ánh rằng sự hỗ trợ từ bạn đời có thể làm giảm kỳ vọng hoặc nhu cầu đối với dịch vụ phục hồi. Dấu hiệu sa sút trí tuệ có ảnh hưởng tiêu cực ($\beta = -0.108$, SE = 0.011, $p < 0.05$), cho thấy suy giảm nhận thức hạn chế khả năng đánh giá tích cực về dịch vụ. Tình trạng sức khỏe tâm thần có ảnh hưởng dương mạnh mẽ ($\beta = 0.274$, SE = 0.005, $p < 0.01$), phản ánh rằng những người gặp vấn đề tâm thần đánh giá cao hơn sự hỗ trợ trong giai đoạn điều trị. Mức độ tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tiếp tục là yếu tố nổi bật ($\beta = 0.526$, SE = 0.045, $p < 0.01$), cùng với nhận thức hỗ trợ xã hội ($\beta = 0.369$, SE = 0.018, $p < 0.01$), cho thấy sự kết hợp giữa niềm tin cá nhân và mạng lưới xã hội đóng vai trò quyết định trong sự hài lòng. Cuối cùng, loại hình cơ sở tư nhân có ảnh hưởng tích cực ($\beta = 0.238$, SE = 0.247, $p < 0.01$), phản ánh sự khác biệt trong chất lượng dịch vụ giữa công lập và tư nhân, đặc biệt trong giai đoạn phục hồi.

Các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng với dịch vụ Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi theo 3 nhóm yếu tố trong khung phân tích như sau:

Nhóm yếu tố cá nhân

Đây là nhóm yếu tố chi phối mạnh mẽ nhất đến cảm nhận hài lòng của người cao tuổi: Sự tự tin (Self-efficacy) là yếu tố ảnh hưởng tích cực và nhất quán nhất xuyên suốt cả 3 giai đoạn chăm sóc (β từ 0.526 đến 0.705, $p < 0.01$). Người cao tuổi tin vào khả năng tự quản lý sức khỏe tâm thần của bản thân luôn có mức độ hài lòng cao hơn với dịch vụ. Lo lắng về sức khỏe tâm thần có tác động thuận chiều mạnh đến sự hài lòng ở giai đoạn phòng ngừa ($\beta = 0.486$) và sàng lọc ($\beta = 0.244$). Khi người cao tuổi có ý thức lo lắng cho sức khỏe, họ có xu hướng đánh giá cao và trân trọng hơn các hỗ trợ chuyên môn nhận được. Tuổi tác có tác động tích cực đến sự hài lòng trong giai đoạn sàng lọc ($\beta = 0.298$) và điều trị/phục hồi ($\beta = 0.181$). Người càng lớn tuổi có xu hướng hài lòng hơn với các dịch vụ can thiệp sâu. Người tự đánh giá sức khỏe "Khỏe và rất khỏe" bày tỏ mức độ hài lòng cao hơn rõ rệt ở các giai đoạn sàng lọc và điều trị. Dấu hiệu sa sút trí tuệ và khả năng độc lập sinh hoạt kém (Barthel) liên hệ

ngịch chiều với sự hài lòng (β âm), phản ánh rằng khi tình trạng suy giảm nhận thức/thể chất nặng, người cao tuổi khó đạt được sự hài lòng trọn vẹn do nhu cầu chăm sóc cao nhưng dịch vụ thực tế chưa thể đáp ứng hết. Nữ giới thường hài lòng hơn nam giới trong giai đoạn sàng lọc. Những người có thu nhập cao (>10 triệu) dễ đạt sự hài lòng cao ở giai đoạn phòng ngừa nhưng lại có kỳ vọng cao hơn ở giai đoạn sàng lọc dẫn đến mức hài lòng thấp hơn nhóm khác.

Nhóm yếu tố gia đình và hỗ trợ xã hội

Nhận thức hỗ trợ xã hội: Đây là yếu tố thúc đẩy hài lòng nhất quán và mạnh mẽ ở giai đoạn sàng lọc ($\beta=0.493$) và điều trị/phục hồi ($\beta=0.369$). Cảm nhận được sự giúp đỡ từ những người xung quanh là "chất xúc tác" giúp người cao tuổi có trải nghiệm dịch vụ tốt hơn. Biến liên lạc với gia đình dù không thể hiện ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy, dữ liệu định tính cho thấy sự quan tâm, thăm nom từ con cháu giúp tâm lý người cao tuổi tích cực hơn, từ đó dễ dàng đón nhận và hài lòng với các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở.

Nhóm yếu tố thuộc về cơ sở chăm sóc tập trung

Người cao tuổi sống tại các cơ sở tư nhân có mức độ hài lòng cao hơn rõ rệt so với cơ sở công lập, đặc biệt trong giai đoạn điều trị và phục hồi chức năng ($\beta=0.238$). Điều này được lý giải bởi môi trường sống tích cực, nhân viên vui vẻ và các hoạt động phong phú hơn tại khối tư nhân.

Nhìn chung:

Kết quả phân tích cho thấy có sự khác biệt trong các yếu tố ảnh hưởng đến hài lòng ở từng giai đoạn chăm sóc sức khỏe tâm thần. Giai đoạn phòng ngừa chịu tác động mạnh từ yếu tố thái độ cá nhân như lo lắng và mức độ tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, trong khi giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán nhấn mạnh sự kết hợp giữa yếu tố cá nhân, quan hệ xã hội và điều kiện nhân khẩu học. Giai đoạn điều trị và phục hồi phản ánh vai trò nổi bật của mức độ tự tin, nhận thức hỗ trợ xã hội, tình trạng sức khỏe tâm thần và sự khác biệt giữa loại hình cơ sở. Nhìn chung, mức độ tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và nhận thức hỗ trợ xã hội là hai yếu tố nhất quán có ảnh

hưởng tích cực trong cả ba mô hình, phù hợp với các nghiên cứu trước đây (Choi và cộng sự, 2009; Wang và cộng sự, 2018). Chẳng hạn, yếu tố mức độ tự tin (self-efficacy) được chứng minh là yếu tố bảo vệ trong việc nâng cao sự hài lòng với dịch vụ tâm lý xã hội (Choi và cộng sự, 2009). Nhận thức về hỗ trợ xã hội cũng được xác nhận là yếu tố trung gian giúp cải thiện trải nghiệm dịch vụ và gia tăng mức độ hài lòng (Wang và cộng sự, 2018). Ngoài ra, kết quả cũng củng cố khuyến nghị của WHO (2017) về việc dịch vụ cần được cá nhân hóa, chú trọng vào đặc điểm và nhu cầu riêng của từng giai đoạn chăm sóc để tối đa hóa hiệu quả can thiệp (World Health Organization, 2017).

So sánh giữa các mô hình cho thấy trong khi mô hình phòng ngừa bị ảnh hưởng đáng kể bởi các yếu tố thái độ như mức độ tự tin và lo lắng, mô hình sàng lọc & chẩn đoán lại chịu tác động tổng hợp từ các yếu tố cá nhân, quan hệ xã hội. Mô hình điều trị & phục hồi chức năng tiếp tục nhấn mạnh ảnh hưởng của mức độ tự tin, nhận thức hỗ trợ xã hội và tình trạng sức khỏe tâm thần trong việc định hình sự hài lòng của người cao tuổi. Như vậy, các phân tích cho thấy thái độ tự tin và quan hệ xã hội (điểm nhận thức hỗ trợ xã hội) là hai yếu tố ảnh hưởng nhất quán đến mức độ hài lòng trong cả ba giai đoạn chăm sóc. Giai đoạn sàng lọc là giai đoạn có khả năng dự đoán cao nhất về các yếu tố ảnh hưởng. Ngoài ra, cơ sở tư nhân có xu hướng đem lại mức độ hài lòng cao hơn, đặc biệt trong giai đoạn điều trị và phục hồi chức năng.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy *“nhiều yếu tố ảnh hưởng, như sức khỏe thể chất- nếu cụ yếu thì tâm lý cũng dễ xuống. Ngoài ra, yếu tố cơ sở vật chất cũng tác động, ví dụ không gian riêng tư hay nơi thư giãn đều thiếu”* (PVS-CB-G2-01, P.T.L, Nữ, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 12 năm thâm niên).

Chia sẻ của cán bộ chăm sóc người cao tuổi đánh giá cao yếu tố nhận thức: *“Yếu tố tác động mạnh là sự thiếu hụt nhân lực và nhận thức của cả người già và cán bộ. Người cao tuổi thường ngại chia sẻ, sợ phiền, hoặc nghĩ đó là do tuổi già. Cán bộ chăm sóc thì đa phần chưa được đào tạo bài bản về nhận diện vấn đề sức khỏe tâm thần. Ngoài ra, sự kỳ thị cũng là rào cản khiến người cao tuổi không dám bày tỏ”*

(PVS-CB-G3-02, T.T.H), 41 tuổi, Nữ, cử nhân điều dưỡng, 7 năm thâm niên) hay *“Một yếu tố nữa là nhận thức của bản thân người cao tuổi- có cụ tự ti, nghĩ mình già rồi không cần nữa. Điều này cũng gây cản trở”* (PVS-CB-DH-01, N.T.M.H, Nữ, 43 tuổi, Cử nhân công tác xã hội, 12 năm thâm niên), *“Những cụ từng làm nghề trí óc, có hiểu biết xã hội thì sẵn sàng chia sẻ nhiều hơn”* (PVS-CB-TĐ-03, N.V.K, Nam, 40 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 4 năm thâm niên).

Ở một khía cạnh khác, sự gắn kết với gia đình hay quan hệ xã hội cũng là yếu tố được đánh giá có sự ảnh hưởng lớn: *“Cụ nào có người thân thương vui vẻ hơn. Ngoài ra, điều kiện kinh tế của gia đình cũng ảnh hưởng đến việc quyết định dùng thêm dịch vụ chuyên môn”, “Cụ nào có con cháu thăm nom, tâm lý sẽ tích cực hơn. Trong khi cụ neo đơn dễ trầm cảm, nhưng lại khó bày tỏ”* (PVS-CB-TĐ-01, T.T.L, Nữ, 33 tuổi, cử nhân công tác xã hội, 4 năm thâm niên) hay *“Theo tôi, yếu tố tác động là mối quan hệ xã hội- ai có bạn cùng phòng thân thiết thì tinh thần vui vẻ hơn. Thêm vào đó là sự quan tâm từ gia đình và nhân viên trung tâm. Không gian sống và lịch trình sinh hoạt cũng ảnh hưởng nhiều. Nếu được tham gia hoạt động thường xuyên, họ sẽ ít nghĩ ngợi hơn”* (PVS-CB-DH-02, P.V.H, Nam, 35 tuổi, cử nhân điều dưỡng, 4 năm thâm niên).

Cũng có ý kiến cho rằng các yếu tố liên quan đến cơ sở chăm sóc tập trung cũng ảnh hưởng lớn đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc *“Tôi thấy sự chủ động của ban lãnh đạo trung tâm là yếu tố lớn nhất. Khi ban giám đốc quan tâm, mọi thứ được ưu tiên hơn. Ngoài ra, nhân lực có chuyên môn cũng rất cần thiết. Các yếu tố văn hóa – như cách nhìn nhận về bệnh tâm thần – cũng ảnh hưởng đến việc cụ có chia sẻ hay không”* (PVS-CB-DH-03, L.T.H, Nữ, 42 tuổi, cử nhân tâm lý học, 4 năm thâm niên).

Tiểu kết Chương 4

Chương 4 đã trình bày toàn diện thực trạng và các yếu tố liên quan đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội. Dựa trên nền tảng của Lý thuyết nhu cầu, cấu trúc phân tích được luận giải đa chiều thông qua ba thang đo cốt lõi: mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp và mức độ hài lòng với dịch vụ công tác xã hội theo ba giai đoạn: phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán, và điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung.

Thực trạng nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở tập trung trên địa bàn Hà Nội hiện nay cho thấy nhu cầu đối với dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung ở mức cao ở cả ba giai đoạn, phản ánh một "khoảng cách dịch vụ" rõ rệt dưới lăng kính của Lý thuyết nhu cầu. Mức độ dịch vụ được cung cấp thường xuyên đạt mức trung bình, trong khi mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ ở mức khá.

Kết quả này vừa khẳng định vai trò không thể thay thế của ngành công tác xã hội trong môi trường chăm sóc tập trung, vừa đặt ra yêu cầu cấp thiết về mặt chính sách và thực tiễn trong việc gia tăng mật độ hỗ trợ, chuyên nghiệp hóa các quy trình chuyên môn nhằm tối ưu hóa hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trong tương lai.

Kết quả phân tích tương quan chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ và nhất quán giữa các thang đo, cho thấy khi dịch vụ được cung cấp thường xuyên thì mức độ hài lòng tăng lên rõ rệt. Đặc biệt, mức độ cần thiết có ảnh hưởng mạnh đến hành vi tìm kiếm dịch vụ trong giai đoạn phòng ngừa, nhưng vai trò này giảm dần ở các giai đoạn sau, khi các yếu tố khách quan khác trở nên chi phối.

Kết quả phân tích tương quan đã xác thực hóa các giả thuyết của Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) và Lý thuyết nhu cầu về cơ chế chuyển hóa từ nhận thức đến

hành vi. Mỗi liên hệ chặt chẽ và nhất quán giữa các thang đo chỉ ra rằng khi dịch vụ được đáp ứng thường xuyên (giảm rào cản tiếp cận), mức độ hài lòng của người cao tuổi tăng lên rõ rệt. Đặc biệt, phù hợp với nguyên lý của Mô hình niềm tin sức khỏe, nhận thức về mức độ cần thiết (nhận thức về mối nguy cơ và lợi ích của dịch vụ) đóng vai trò là động lực nội tại mạnh mẽ thúc đẩy hành vi chủ động tìm kiếm dịch vụ trong giai đoạn phòng ngừa. Tuy nhiên, vai trò định hình hành vi này giảm dần ở các giai đoạn sau (sàng lọc và điều trị), khi các yếu tố cấu trúc và rào cản khách quan khác từ môi trường bắt đầu chiếm ưu thế chi phối.

Các phân tích hồi quy tuyến tính đa bội cho thấy mỗi giai đoạn chăm sóc có những yếu tố tác động đặc thù, phản ánh mục tiêu can thiệp khác nhau. Các yếu tố như mức độ tự tin, nhận thức hỗ trợ xã hội và tình trạng sức khỏe tâm thần có ảnh hưởng nhất quán đến cả ba thang đo. Ngoài ra, loại hình cơ sở tư nhân và quan hệ xã hội của người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung với gia đình cũng có vai trò nổi bật trong việc tăng cường nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần thông ở thang đo mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ và mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với các dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Các mô hình hồi quy riêng biệt nhằm phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung qua ba khía cạnh: mức độ cần thiết, mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ, và mức độ hài lòng với dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, tương ứng với ba giai đoạn: phòng ngừa, sàng lọc & chẩn đoán, và điều trị & phục hồi chức năng. Kết quả này cũng chứng minh tính đúng đắn của việc tích hợp giữa Mô hình niềm tin sức khỏe và Lý thuyết hệ thống sinh thái.

Về mức độ cần thiết (Nhu cầu cảm nhận): Người cao tuổi đánh giá dịch vụ công tác xã hội có vai trò thiết yếu, đặc biệt tại giai đoạn phòng ngừa. Soi rọi bằng Mô hình niềm tin sức khỏe, các biến số thuộc về đặc điểm nhân khẩu học và nội tại cá

nhân như giới tính nữ, tình trạng hôn nhân, sức khỏe yếu, mức độ lo âu (nhận thức về tính tổn thương), điểm tự tin (self-efficacy - niềm tin vào năng lực bản thân) và nhận thức hỗ trợ xã hội (thuộc hệ thống vi mô- Microsystem trong lý thuyết sinh thái) có ảnh hưởng đáng kể đến nhu cầu cảm nhận ở các giai đoạn khác nhau. Một phát hiện ngược lý có giá trị học thuật cao là những người có tình trạng sức khỏe tâm thần kém lại có xu hướng giảm đánh giá về mức độ cần thiết của dịch vụ. Điều này phản ánh rõ nét cơ chế phòng vệ tâm lý hoặc rào cản nhận thức trong Mô hình niềm tin sức khỏe, khi tổn thương tâm lý làm suy giảm năng lực nhận diện nhu cầu tự thân của đối tượng.

Về mức độ thường xuyên được cung cấp: Các mô hình hồi quy ở khía cạnh này đạt năng lực giải thích cao hơn, nhấn mạnh tác động mạnh mẽ mang tính hệ thống. Các yếu tố nội tại và tương tác vi mô như điểm tự tin (self-efficacy), giới tính nữ và nhận thức hỗ trợ xã hội tiếp tục thể hiện tác động tích cực nhất quán. Dưới góc nhìn của Lý thuyết hệ thống sinh thái, yếu tố thuộc Hệ thống ngoại vi (Exosystem) - cụ thể là loại hình cơ sở tư nhân và mối quan hệ xã hội của người cao tuổi với gia đình - đóng vai trò nổi bật trong việc thúc đẩy tần suất tiếp cận dịch vụ, đặc biệt là ở giai đoạn phòng ngừa. Điều này minh chứng rằng cơ chế vận hành của cơ sở và mạng lưới tương tác gia đình tạo ra những "tín hiệu hành động" (cues to action) hiệu quả, giúp hiện thực hóa nhu cầu cảm nhận thành dịch vụ thực tế. Sự biến đổi của các yếu tố theo giai đoạn (ví dụ: điểm lo lắng tác động tích cực trong phòng ngừa nhưng lại tiêu cực trong sàng lọc) tiếp tục củng cố luận điểm rằng hành vi của người cao tuổi thay đổi linh hoạt tùy theo bối cảnh rủi ro tâm lý.

Về mức độ hài lòng đối với dịch vụ: Sự tương tác giữa các tầng hệ thống sinh thái định hình sâu sắc trải nghiệm của đối tượng. Sự hài lòng chịu tác động mạnh mẽ bởi các yếu tố thái độ và tâm lý lâm sàng bao gồm điểm tự tin (self-efficacy), nhận thức hỗ trợ xã hội và mức độ lo lắng. Đồng thời, tuổi cao và yếu tố môi trường thể chế từ cơ sở tư nhân (Exosystem) cũng thúc đẩy mức độ hài lòng cao hơn. Đặc biệt, mô hình hồi quy ở giai đoạn điều trị & phục hồi chức năng chứng minh sự liên hệ của tình trạng tâm lý cá nhân và môi trường chăm sóc tư nhân, cho thấy cách thức tổ chức

dịch vụ và bầu không khí tâm lý tại cơ sở là những điều kiện tiên quyết để nâng cao chất lượng trải nghiệm của người cao tuổi.

Như vậy, các mô hình cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa nhận thức nhu cầu cần thiết, mức độ thường xuyên được tiếp cận, và sự hài lòng với dịch vụ công tác xã hội. Các yếu tố thái độ và quan hệ xã hội (điểm tự tin self-efficacy, điểm lo lắng, điểm nhận thức hỗ trợ xã hội) nổi bật là các biến nhất quán giữa các mô hình. Đồng thời, nghiên cứu cũng làm rõ vai trò quan trọng của yếu tố tổ chức (loại hình cơ sở), và đặc điểm cá nhân (tuổi, giới tính, sức khỏe) trong việc định hình hành vi tiếp cận và phản hồi của người cao tuổi với dịch vụ.

Tóm lại, chương 4 làm rõ rằng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cần được thiết kế linh hoạt theo từng giai đoạn và đặc điểm của người cao tuổi, đặc biệt chú trọng nâng cao nhận thức và chất lượng dịch vụ phòng ngừa. Các phát hiện từ chương này là cơ sở thực tiễn và lý luận quan trọng cho việc đề xuất giải pháp và khuyến nghị.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

Nghiên cứu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi người cao tuổi tại các cơ sở tập trung ở Hà Nội đã rút ra các phát hiện mang tính bản chất sau:

Thực trạng nghiêm trọng về sức khỏe tâm thần trong môi trường chăm sóc tập trung. Kết quả khảo sát cho thấy một tỷ lệ lớn người cao tuổi sống tại các cơ sở chăm sóc tập trung đang đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần ở mức độ trung bình đến rất nặng, đặc biệt là lo âu, trầm cảm và sa sút trí tuệ.

Nghiên cứu phát hiện một mối liên hệ nghịch chiều nhất quán giữa tình trạng sức khỏe tâm thần (rối loạn tâm lý căng thẳng, lo âu, trầm cảm và sa sút trí tuệ) với nhu cầu cần thiết về nhu cầu dịch vụ công tác xã hội. Nhóm người cao tuổi có mức độ căng thẳng, lo âu và trầm cảm cao nhất lại có xu hướng đánh giá thấp sự cần thiết của các dịch vụ hỗ trợ này. Đây là biểu hiện của cơ chế né tránh tâm lý hoặc sự suy giảm năng lực nhận diện tình trạng sức khỏe bản thân của nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

Rào cản nhận thức là trở ngại chính trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Khó khăn lớn nhất ngăn cản người cao tuổi tiếp cận dịch vụ hỗ trợ không nằm ở yếu tố tài chính hay thủ tục hành chính mà nằm ở việc thiếu hiểu biết về khái niệm sức khỏe tâm thần và các dịch vụ chuyên môn hiện có. Bên cạnh đó, tâm lý e ngại và sự kỳ thị xã hội đối với các vấn đề tâm thần vẫn là yếu tố cản trở người cao tuổi chia sẻ khó khăn với cán bộ chuyên môn.

Khi gặp các vấn đề về tâm lý, người cao tuổi có thói quen tìm kiếm sự giúp đỡ từ những người thân thuộc trong môi trường sinh hoạt hàng ngày như điều dưỡng và cán bộ quản lý. Điều này cho thấy vai trò của điều dưỡng đang bị mở rộng sang lĩnh vực hỗ trợ tâm lý không chính thức do sự thiếu hụt đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên trách về sức khỏe tâm thần tại các cơ sở.

Nghiên cứu xác định rằng thực trạng nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở tập trung trên địa bàn Hà Nội phản ánh một khoảng cách rõ rệt giữa kỳ vọng của người cao tuổi và khả năng đáp ứng thực tế. Trong khi nhu cầu tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội ở cả ba giai đoạn phòng ngừa, sàng lọc và điều trị được người cao tuổi xác định ở mức độ rất thiết yếu, thì thực trạng sử dụng và tần suất cung cấp các dịch vụ này từ phía các cơ sở mới chỉ dừng lại ở ngưỡng trung bình khá, cho thấy sự chưa đồng bộ giữa nhu cầu của đối tượng thụ hưởng và năng lực cung ứng hiện tại. Tuy nhiên, mức độ hài lòng của nhóm người cao tuổi đã thực tế sử dụng dịch vụ lại đạt kết quả tích cực, chứng minh chất lượng các hoạt động can thiệp bước đầu đã tạo được niềm tin và sự cải thiện tâm lý nhất định. Kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của nhân viên công tác xã hội, đồng thời đặt ra yêu cầu về việc gia tăng tần suất sử dụng và chuyên nghiệp hóa các quy trình dịch vụ nhằm tối ưu hóa dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi trong tương lai.

Phân tích hồi quy cho thấy tình trạng sức khỏe tâm thần có mối liên hệ tiêu cực và nhất quán với nhận thức nhu cầu dịch vụ ở cả ba giai đoạn can thiệp, cho thấy nhóm có nguy cơ cao lại ít cảm thấy cần sự giúp đỡ. Ngược lại, mức độ tự tin trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và nhận thức hỗ trợ xã hội là hai yếu tố nhất quán và tích cực quan trọng, thúc đẩy cả việc tiếp cận dịch vụ và sự hài lòng của người cao tuổi. Người cao tuổi càng tin tưởng vào khả năng ứng phó của mình và cảm nhận được sự quan tâm từ gia đình thì trải nghiệm sử dụng dịch vụ càng hiệu quả. Mô hình cơ sở tư nhân cho thấy ưu thế rõ rệt trong việc cung cấp dịch vụ công tác xã hội phòng ngừa thường xuyên và đạt được mức độ hài lòng cao hơn so với khối công lập. Những phát hiện này khẳng định tính cấp thiết của việc thiết kế dịch vụ công tác xã hội linh hoạt và cá nhân hóa, tập trung nâng cao nhận thức, tự tin và chất lượng dịch vụ phòng ngừa.

Tóm lại: nghiên cứu khẳng định nhu cầu dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở tập trung là rất lớn nhưng đang bị hạn chế bởi rào cản nhận thức và sự thiếu hụt dịch vụ ở giai đoạn phòng ngừa. Các

phát hiện này là cơ sở thực chứng để chuyển đổi mô hình chăm sóc từ hỗ trợ chăm sóc nuôi dưỡng thuần túy sang can thiệp chuyên sâu, cá nhân hóa và đa ngành.

2. Hạn chế của nghiên cứu

Luận án sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, do đó chưa thể làm rõ được mối quan hệ nhân-quả giữa các biến số.

Mặc dù mẫu nghiên cứu được lựa chọn từ nhiều cơ sở chăm sóc công lập và tư nhân trên địa bàn Hà Nội, nhưng tính đại diện vẫn còn hạn chế, chưa bao phủ được toàn bộ đặc điểm người cao tuổi tại các khu vực khác như nông thôn, miền núi hay vùng sâu vùng xa. Bên cạnh đó, mẫu nghiên cứu có sự chênh lệch đáng kể về số lượng mẫu giữa hai loại hình cơ sở chăm sóc tập trung công lập và tư nhân. Sự mất cân bằng lớn này có thể ảnh hưởng đến khả năng tổng quát hóa kết quả, đặc biệt là khi so sánh giữa hai loại hình cơ sở.

Ngoài ra, việc sử dụng các thang đo tự báo cáo, do nhân viên tại cơ sở hỗ trợ hỏi phiếu có thể dẫn đến sai số do thiên lệch nhận thức hoặc xu hướng xã hội mong muốn. (Để kiểm soát sai số này, nghiên cứu đã sử dụng phương pháp kiểm chứng chéo bằng cách đối chiếu kết quả định lượng với dữ liệu phỏng vấn sâu. Những mâu thuẫn giữa mức độ hài lòng cao và thực trạng thiếu hụt dịch vụ chuyên sâu đã được bóc tách, giúp phản ánh chân thực hơn nhu cầu thực tế của NCT tại các cơ sở tập trung.)

3. Triển vọng của nghiên cứu và đào tạo

Từ những kết quả và hạn chế đã nêu, các nghiên cứu tiếp theo có thể hướng đến thiết kế dọc nhằm theo dõi sự thay đổi về hành vi và sức khỏe tâm thần của người cao tuổi theo thời gian, từ đó xác định rõ hơn các yếu tố dự báo mạnh. Bên cạnh đó, cũng cần triển khai các nghiên cứu các mô hình can thiệp thực nghiệm dựa trên cơ chế trung gian đã phát hiện để đánh giá hiệu quả của các chương trình nâng cao nhận thức, kỹ năng tìm kiếm sự hỗ trợ và điều chỉnh cảm xúc.

Về mặt đào tạo, các cơ sở giáo dục cần đưa nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi vào chương trình huấn luyện, tập huấn nâng cao năng lực, kỹ năng của đội ngũ nhân lực công tác xã hội, điều dưỡng, tâm lý và y tế để đáp ứng yêu cầu thực tiễn trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng gia tăng.

4. Khuyến nghị

4.1. Đối với người thực hiện dịch vụ (nhân viên công tác xã hội)

4.1.1. Chú trọng can thiệp tâm lý xã hội cá nhân và nhóm:

Do mức độ tự tin (4.8/10) và tình trạng sức khỏe tâm thần (rối loạn tâm lý) có liên hệ tiêu cực với nhu cầu dịch vụ nên các nhân viên công tác xã hội cần tổ chức các hoạt động nhóm trị liệu nhằm nâng cao kỹ năng điều chỉnh cảm xúc và tăng cường mức độ tự tin cho người cao tuổi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và mức độ tự tin trong tiếp cận cũng như sử dụng dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

Nhân viên công tác xã hội cần chú trọng đánh giá đầy đủ các yếu tố tâm lý và xã hội của người cao tuổi theo hướng cá nhân hóa hỗ trợ. Đặc biệt quan tâm đến mức độ tự tin (Self-Efficacy) trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và mức độ lo lắng về nguy cơ mắc các vấn đề tâm thần (như lo lắng về sa sút trí tuệ với điểm trung bình 6.53/10) khi lập kế hoạch can thiệp. Thay vì chỉ hỗ trợ thủ tục hành chính, nhân viên chuyên môn phải đóng vai trò là người quản lý ca, thực hiện đánh giá toàn diện các yếu tố tâm lý- xã hội ngay từ khi người cao tuổi mới vào sống tại cơ sở chăm sóc tập trung, từ đó thiết kế kế hoạch can thiệp cá biệt hóa nhằm giảm thiểu các rào cản cảm xúc như sự xấu hổ hay mặc cảm thường thấy trong tâm lý người cao tuổi Việt Nam.

4.1.2. Thực hiện tiếp cận chủ động và giảm kỳ thị:

Theo kết quả nghiên cứu thì nhóm này có xu hướng giảm nhu cầu và né tránh tìm kiếm sự giúp đỡ. Nhân viên công tác xã hội tại các cơ sở cần chuyển đổi từ vai trò thụ động chờ đợi để đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi sang vai trò chủ động tiếp cận thông qua việc thiết lập các mô hình nhóm tương trợ và trị liệu tâm lý xã hội nhóm. Cụ thể, dựa trên kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ tự tin và hỗ trợ xã hội là những yếu tố then chốt thúc đẩy sự hài lòng, nhân viên công tác xã hội cần ứng dụng các kỹ thuật chuyên sâu như trị liệu hồi tưởng hoặc liệu pháp hoạt động để giúp người cao tuổi tìm lại giá trị bản thân và kết nối lại với mạng lưới xã hội xung quanh. Việc xây dựng mối

quan hệ hỗ trợ tin cậy và duy trì tiếp xúc thường xuyên là nền tảng để giảm kỳ thị và thúc đẩy hành vi tìm kiếm sự trợ giúp một cách chủ động.

4.2. Đối với đơn vị cung cấp dịch vụ (cơ sở chăm sóc tập trung người cao tuổi)

4.2.1. Ưu tiên và mở rộng dịch vụ phòng ngừa:

Do người cao tuổi nhận thức rõ sự cần thiết của dịch vụ, đặc biệt ở giai đoạn phòng ngừa (3.8/5), nhưng đây lại là giai đoạn có khoảng cách lớn nhất giữa nhu cầu và mức độ cung cấp thực tế nên các cơ sở chăm sóc tập trung cần nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ công tác xã hội và tăng cường đầu tư cho giai đoạn này.

Bên cạnh đó, cần tập trung giải quyết các rào cản nhận thức (người cao tuổi không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần (3.64/5) và các dịch vụ (3.53/5) bằng cách triển khai các chương trình giáo dục sức khỏe tâm thần và phổ biến thông tin cụ thể về dịch vụ công tác xã hội.

4.2.2. Thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành và đào tạo chuyên môn:

Cần thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành chính thức giữa nhân viên công tác xã hội, điều dưỡng, bác sĩ tâm thần, chuyên gia tâm lý và cả gia đình để đảm bảo hỗ trợ kịp thời và toàn diện. Các cơ sở chăm sóc tập trung cần chính thức hóa mô hình chăm sóc đa ngành, trong đó nhân viên công tác xã hội đóng vai trò là "mắt xích" điều phối giữa bác sĩ điều trị, điều dưỡng và gia đình người cao tuổi. Khuyến nghị này xuất phát từ thực trạng người cao tuổi hiện đang có xu hướng tìm đến cán bộ chăm sóc/ điều dưỡng (89.2%) và cán bộ quản lý (76.9%) nhiều hơn so với bác sĩ/ chuyên gia y tế (21.2%).

Nhân viên công tác xã hội cần thực hiện các hoạt động tham vấn gia đình, hướng dẫn họ cách tương tác tích cực và duy trì sự hỗ trợ tinh thần từ xa, đồng thời tư vấn cho ban quản lý cơ sở cải thiện không gian sống theo hướng thân thiện với sức khỏe tâm thần, giảm bớt tính "biệt lập" của các cơ sở chăm sóc tập trung. Đặc biệt, cần đưa các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần vào danh mục dịch vụ thường xuyên thay vì chỉ tập trung vào điều trị y tế khi bệnh đã phát tác.

Bên cạnh đó, cần đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ thực hiện dịch vụ và theo các quy định pháp lý, cần đảm bảo định mức nhân viên chăm sóc cho người cao tuổi (ví dụ: tối đa 10 người cao tuổi còn tự phục vụ hoặc tối đa 4 người cao tuổi không tự phục vụ).

4.2.3. Tăng cường tiếp cận dựa trên tình trạng sức khỏe:

Cơ sở cần đảm bảo nhóm người cao tuổi có sức khỏe yếu hoặc có dấu hiệu sa sút trí tuệ (41.9% suy giảm trung bình) được ưu tiên cung cấp dịch vụ trong giai đoạn sàng lọc và phục hồi chức năng.

4.3. Đối với người cao tuổi và gia đình người cao tuổi

4.3.1. Duy trì hỗ trợ xã hội và kết nối cảm xúc:

Gia đình cần nhận thức rằng nhận thức hỗ trợ xã hội là yếu tố tích cực, nhất quán ảnh hưởng đến cả khả năng tiếp cận dịch vụ và sự hài lòng của người cao tuổi.

Gia đình nên duy trì kết nối tình cảm và thường xuyên thăm nom để tạo chỗ dựa tinh thần cho người cao tuổi.

4.3.2. Phối hợp kế hoạch hỗ trợ:

Gia đình cần phối hợp chặt chẽ với cơ sở chăm sóc và nhân viên công tác xã hội để xây dựng kế hoạch hỗ trợ cá nhân hóa, phù hợp với nhu cầu và điều kiện chăm sóc thực tế.

4.4. Đối với cơ quan quản lý nhà nước và hoạch định chính sách

4.4.1. Đảm bảo công bằng dịch vụ giữa các loại hình cơ sở chăm sóc:

Cần có chính sách để thu hẹp khoảng cách về cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong giai đoạn phòng ngừa giữa cơ sở công lập và cơ sở tư nhân (Cơ sở tư nhân có xu hướng cung cấp dịch vụ thường xuyên hơn trong giai đoạn phòng ngừa).

Đẩy mạnh xã hội hóa và huy động nguồn lực cộng đồng để phát triển mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội, đảm bảo chất lượng dịch vụ công tác xã hội cho nhóm người cao tuổi tại cả cơ sở công lập và tư nhân.

Đồng thời, cần nghiên cứu cơ chế xã hội hóa, hỗ trợ chi trả cho các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội, nhằm giảm bớt rào cản kinh tế cho người cao tuổi, từ đó tạo ra một hệ thống hỗ trợ đa tầng, bền vững và thực sự mang đậm bản sắc chuyên môn của ngành Công tác xã hội trong việc bảo vệ quyền lợi và nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi.

4.4.2. Nâng cao năng lực đào tạo chuyên môn:

Các cơ sở giáo dục cần đưa nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi vào chương trình huấn luyện, tập huấn nâng cao năng lực, kỹ năng cho đội ngũ nhân lực công tác xã hội, điều dưỡng, tâm lý và y tế để đáp ứng yêu cầu thực tiễn trong bối cảnh già hóa dân số.

Cuối cùng, về mặt chính sách và đào tạo chuyên sâu, cần hướng tới việc chuẩn hóa chức danh và định mức nhân sự công tác xã hội trong các cơ sở chăm sóc tập trung. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng trình độ chuyên môn của cán bộ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng tiếp cận dịch vụ, do đó cần có các chương trình đào tạo chứng chỉ hành nghề chuyên sâu về sức khỏe tâm thần người cao tuổi dành riêng cho nhân viên xã hội. Điều này bao gồm việc đưa các nội dung về lão khoa xã hội học và các thang đo tâm thần chuẩn quốc tế vào chương trình đào tạo.

4.4.3. Bổ sung định mức biên chế vị trí nhân viên công tác xã hội lâm sàng

Dữ liệu nghiên cứu cho thấy có tới 89,2% người cao tuổi tìm đến điều dưỡng khi có nhu cầu tâm lý, gây ra tình trạng quá tải và can thiệp không đúng chuyên môn. Khuyến nghị Bộ Y tế ban hành văn bản hướng dẫn về riêng cho nhân viên công tác xã hội lâm sàng tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Việc chuẩn hóa vị trí này giúp xác lập ranh giới nghề nghiệp rõ ràng, đảm bảo người cao tuổi được hỗ trợ bởi những người có kỹ năng trị liệu chuyên sâu (như xử lý trầm cảm, sa sút trí tuệ) thay vì chỉ dừng lại ở việc chăm sóc thể chất thuần túy.

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

1. Nguyễn Thị Huệ (2024), “Sức khỏe tâm thần của người cao tuổi sau đại dịch Covid- 19: Thực trạng và giải pháp từ khía cạnh Công tác xã hội”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Quốc tế do Đại học Văn Lang tổ chức Sức khỏe tâm thần trong thời đại số: Vấn đề toàn cầu*, ISBN 978- 604- 489-356-3, tr. 149-161.
2. Hue, N.T., Trang, N.T. (2024), “Mental healthcare policies for older adults in Vietnam”, *Conference Proceedings The 3rd international conference on innovations in the social sciences and humanities ISSH 2024*, ISBN: 978-0-9945391-7-5 Australian ISBN Agency, pp 301-313.
3. Hue, N.T. (2025), “Needs for accessing and using social work services in mental health care of older adults”, *International Journal of Humanities and Social Science* (15), ISSN 2220-8488 (Print), 2221-0989 (Online)10.30845/ijhss, DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/ijhss.v15p10>, pp.111-124.
4. Nguyen Thi Hue (2026), “Activities of daily living and mental health outcomes among older adults in a nursing home: a cross-sectional study from Vietnam”, *Socio- economic and environmental issues in development 2026*, ISBN: 978-604-79-5848-1, Economic- Finance Publishing House, pp. 4252-4259.
5. Nguyen Thi Hue (2026), “Digital application in medical social work for older adults’ mental health care: a narrative review”, *Socio- economic and environmental issues in development 2026*, ISBN: 978-604-79-5848-1, Economic- Finance Publishing House, pp. 4313-4324.
6. Nguyễn Thị, H., & Nguyễn Thu, . T. (2026). Mối liên hệ giữa phụ thuộc chức năng và sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung ở Hà Nội. *Tạp Chí Giáo dục*, 26(đặc biệt 6), 87–93. Truy vấn từ <https://tcgd.tapchigiaoduc.edu.vn/index.php/tapchi/article/view/6127>
7. Nguyễn Thị, H., & Nguyễn Thu, T. (2026). Rào cản tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Thành phố Hà Nội và một số yếu tố tâm lý - xã hội liên quan. *Tạp Chí Giáo*

duc, 26(đặc biệt 7), 193–200. Truy vấn từ
<https://tcgd.tapchigiaoduc.edu.vn/index.php/tapchi/article/view/6128>.

8. Nguyen, H. T. (2026). Social support, family connection, and mental health among institutionalized older adults in Vietnam: A cross-sectional study. *Anthropological Researches and Studies*, 16, 598-609.
<https://doi.org/10.26758/16.1.38>

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ban Chấp hành Trung ương Đảng (2017), *Nghị quyết số 20-NQ/TW Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương khoá XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới*, Hà Nội.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2003), *Giáo trình Triết học Mác - Lênin*, Hà Nội.
3. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2017), *Thông tư 33/2017/TT-BLĐTBXH Hướng dẫn về cơ cấu tổ chức, định mức nhân viên và quy trình, tiêu chuẩn trợ giúp xã hội tại cơ sở trợ giúp xã hội*, Hà Nội.
4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2018), *Thông tư 02/2018/TT-BLĐTBXH quy định định mức kinh tế - kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ trợ giúp xã hội*, Hà Nội.
5. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2020), *Thông tư số 02/2020/TT-BLĐTBXH hướng dẫn quản lý đối tượng được cơ sở trợ giúp xã hội cung cấp dịch vụ công tác xã hội*, Hà Nội.
6. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2022), *Thông tư 26/2022/TT-BLĐTBXH quy định mã số tiêu chuẩn xếp lương viên chức công tác xã hội*, Hà Nội.
7. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2023), *Thống kê số liệu lĩnh vực Lao động, Người có công và Xã hội*, Hà Nội.
8. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Nội vụ (2013), *Thông tư liên tịch 09/2013/TTLT-BLĐTBXH-BNV Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm cung cấp dịch vụ công tác xã hội công lập*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2015), *Thông tư số 43/2015/TT-BYT quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện*, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2018), *Báo cáo dân số và sức khỏe người cao tuổi tại Việt Nam*, Hà Nội.
11. Bộ Y tế (2024), *Thông tư số 51/2024/TT-BYT quy định về quy định về thực hiện công tác xã hội trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội.

12. Nguyễn Thanh Bình (2023), “Già hóa dân số nhanh ở Việt Nam và khuyến nghị chính sách”, *Báo Nhân Dân điện tử*.
13. Ninh Thị Ngọc Bích, Nguyễn Thị Bông, Hoàng Thị Xuân Hương (2024), “Mức độ độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người cao tuổi tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng năm 2023”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 539 (3).
14. Chủ tịch nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2017), *Nghị định số 103/2017/NĐ-CP Quy định về thành lập, tổ chức, hoạt động, giải thể và quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội*, Hà Nội.
15. Đại hội đồng Liên hợp quốc (1971), *Tuyên ngôn quốc tế quyền của những người khuyết tật về tâm thần*.
16. Đại hội đồng Liên hợp quốc (1975), *Tuyên bố về quyền người khuyết tật 1975*.
17. Đại hội đồng Liên hợp quốc (2007), *Công ước về quyền của người khuyết tật*.
18. Bùi Thị Mai Đông (2017), *Giáo trình Công tác xã hội với người cao tuổi*, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
19. Vũ Dũng (2008), *Từ điển Tâm lý học*, NXB Từ điển Bách khoa, Hà Nội.
20. Phạm Minh Hạc, Phạm Hoàng Gia, Hồ Ngọc Đại, Trần Trọng Thủy, Trương Anh Tuấn (1995), *Tâm lý học đại cương*, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.
21. Phạm Minh Hạc (2008), “Sức khỏe tinh thần”, *Tạp chí Tâm lý học*.
22. HelpAge International Việt Nam (2021), *Nâng cao sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi*.
23. Lê Thị Hoa (2019), “Chất lượng cuộc sống và sức khỏe người cao tuổi tại các trung tâm dưỡng lão ở Việt Nam”, *Tạp chí Y học Cộng đồng* 59 (4), tr. 35–42.
24. Nguyễn Thị Kim Hoa (2012), *Tài liệu Công tác xã hội với Người cao tuổi*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
25. Nguyễn Thị Kim Hoa (2015), *Kinh nghiệm chăm sóc người cao tuổi tại Trung Quốc và Nhật Bản*, NXB Lao Động, Hà Nội.
26. Nguyễn Hải Hữu (2017), *Báo cáo tóm tắt nghiên cứu đánh giá hệ thống chăm sóc xã hội ở Việt Nam*, Cục bảo trợ Xã hội – Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Hà Nội.

27. Nguyễn Thị Thanh Hương, Tứ Lâm Trung, Đặng Duy Thanh, Nguyễn Mai Hiên, Nguyễn Thanh Tâm (2014), *Giáo trình Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần*, NXB Lao động - Xã hội, Hà Nội.
28. Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (2019), *Các Mục tiêu Phát triển Bền vững*.
29. Nguyễn Thị Thu Linh (2023), “Khái niệm sức khỏe, sức khỏe tâm thần và tiêu chuẩn chẩn đoán”, *Cổng thông tin Bệnh viện Tâm thần TW1*.
30. Nguyễn Thị Mỹ Lộc, Nguyễn Hồng Kiên (2013), *Công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần*.
31. Phạm Ngọc Long, Hồ Thị Kim Thanh, Trần Khánh Toàn (2022), “Trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Hà Nội và Quảng Bình năm 2021-2022”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 521 (2).
32. Trần Viết Lực, Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Trung Anh (2024), “Trầm cảm và các yếu tố liên quan trên người bệnh sa sút trí tuệ”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 536 (1B), tr. 180–184.
33. Bùi Thị Xuân Mai (2012), *Nhập môn công tác xã hội*, NXB Lao động Xã hội, Hà Nội.
34. Bùi Thị Xuân Mai (2013), *Phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ công tác xã hội và Nhân viên công tác xã hội*, Đề tài cấp Bộ, Tổng Cục Dạy nghề.
35. Nguyễn Thị Minh và cộng sự (2020), “Đặc điểm nhân khẩu học và nhu cầu chăm sóc người cao tuổi sống tại viện dưỡng lão”, *Tạp chí Dân số & Phát triển* 12 (2), tr. 54–61.
36. Quốc hội (2009), *Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12*, Hà Nội.
37. Quốc hội (2010), *Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12*, Hà Nội.
38. Quốc hội (2013), *Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam*, Hà Nội.
39. Quốc hội (2019), *Bộ luật Lao động số 45/2019/QH14*, Hà Nội.
40. Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc UNFPA, Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam VCCI (2021), *Báo cáo nghiên cứu thị trường các sản phẩm, dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam*.

41. Quỹ dân số Liên hiệp quốc UNFPA, Tổng cục dân số Kế hoạch hóa gia đình (2019), *Báo cáo đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại Việt Nam*, Hà Nội.
42. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội thành phố Hà Nội (2023), *Báo cáo kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2023 và kế hoạch thực hiện năm 2024*, Hà Nội.
43. Trịnh Phương Thảo (2023), “Phát triển nguồn nhân lực công tác xã hội trong các cơ sở trợ giúp xã hội cho người cao tuổi”, *Kỷ yếu Hội thảo Khoa học Quốc tế “Hoàn thiện khung pháp lý phát triển công tác xã hội tại Việt Nam”*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
44. Phạm Thị Thùy, Nguyễn Văn Dũng (2021), “Phân tích khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc người cao tuổi theo khu vực địa lý”, *Tạp chí Khoa học Xã hội* 67 (1), tr. 102–112.
45. Thủ tướng Chính phủ (2010), *Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg Phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020*, Hà Nội.
46. Thủ tướng Chính phủ (2011), *Quyết định 1215/QĐ-TTg Phê duyệt đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011- 2020*, Hà Nội.
47. Thủ tướng Chính phủ (2013), *Quyết định số 122/QĐ-TTg Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030*, Hà Nội.
48. Thủ tướng Chính phủ (2019), *Quyết định số 1679/QĐ-TTg Phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030*, Hà Nội.
49. Thủ tướng Chính phủ (2020a), *Nghị quyết số 136/NQ-CP về phát triển bền vững*, Hà Nội.
50. Thủ tướng Chính phủ (2020b), *Quyết định số 542/QĐ-TTg Phê duyệt nhiệm vụ lập quy hoạch mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội thời kỳ 2021—2030, tầm nhìn đến năm 2050*, Hà Nội.
51. Thủ tướng Chính phủ (2020c), *Quyết định số 1579/QĐ-TTg Phê duyệt Chương trình Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030*, Hà Nội.

52. Thủ tướng Chính phủ (2020d), *Quyết định số 1929/QĐ-TTg Phê duyệt chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 – 2030*, Hà Nội.
53. Thủ tướng Chính phủ (2021a), *Nghị định số 20/2021/NĐ-CP Quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội*, Hà Nội.
54. Thủ tướng Chính phủ (2021b), *Quyết định số 112/QĐ-TTg Ban hành chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030*, Hà Nội.
55. Thủ tướng Chính phủ (2021c), *Quyết định số 2156/QĐ-TTg Phê duyệt chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021-2030*, Hà Nội.
56. Thủ tướng Chính phủ (2022), *Quyết định số 155/QĐ-TTg Phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025*, Hà Nội.
57. Thủ tướng Chính phủ (2023), *Quyết định số 966/QĐ-TTg Phê duyệt quy hoạch mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050*, Hà Nội.
58. Tổng Cục Thống kê, UNFPA Việt Nam (2021), *Phân tích từ Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2019*, Hà Nội.
59. Tổng Cục Thống kê Việt Nam, UNFPA Việt Nam (2021), *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*, Hà Nội.
60. Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (2015), *Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần thuộc quản lý của Bộ Lao Động Thương Binh và Xã Hội*, Hà Nội.
61. Phạm Quang Trung, Nguyễn Đăng Vững, Phạm Thị Thu Trang, Đào Thị Nga (2023), “Thực trạng mắc các dấu hiệu trầm cảm ở người cao tuổi tại khu tái định cư, thị xã Kỳ Anh, tỉnh Hà Tĩnh Năm 2022”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 532 (2).
62. Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội (2021), *Quyết định 5188/QĐ-UBND Đề án Sắp xếp cơ sở trợ giúp xã hội thuộc Sở Lao động Hà Nội*, Hà Nội.
63. Ủy ban thường vụ quốc hội (2000), *Pháp lệnh người cao tuổi số 23/2000/PL-UBTVQH10*, Hà Nội.

64. Ủy ban thường vụ quốc hội (2026), *Văn bản hợp nhất 23/VBHN-VPQH năm 2026- Luật Người cao tuổi (Quốc hội, 2026a)*, Hà Nội
65. Ủy ban thường vụ quốc hội (2026), *Văn bản hợp nhất số 24/VBHN-VPQH của Văn phòng Quốc hội- Luật Người khuyết tật (Quốc hội, 2026b)*, Hà Nội.
66. UNICEF, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2017a), *Tài liệu hướng dẫn thực hành Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần (Dành cho cán bộ xã hội cấp cơ sở)*, Hà Nội.
67. UNICEF, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2017b), *Tài liệu hướng dẫn thực hành Công tác xã hội với người cao tuổi (Dành cho cán bộ xã hội cấp cơ sở)*, Hà Nội.
68. Viện Xã hội học, Đại học Queensland, và Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins (2022), *Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam: Kết quả chủ yếu*, Hà Nội, Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học xã hội.

Tiếng Anh

1. Abraham Maslow (1943), *A theory of human motivation*, *Psychological Review*, 50 (4), pp. 370-396.
2. An D.T.M., Nguyen V. T., Nguyen H. V., & Nguyen L. T. K. (2018), "Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam", *BioMed Research International*, 2018(1), pp. 2370284, <https://doi.org/10.1155/2018/2370284>
3. An N.T.H (2024), "Current State of Practitioners Delivering Social Work Services in Provincial Hospitals in Vietnam", *International Journal of Religion*, 5(11), Article 11, <https://doi.org/10.61707/tmrtxx24>
4. Afzal Javed (2022), "Mental Health of Older Adults: An Agenda for Action", *Consortium Psychiatricum*, 3(1), pp. 6–7, <https://doi.org/10.17816/cp156>
5. Ajzen I. (1991), *The theory of planned behavior*, 50 (2), *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
6. Albert I., Kornadt A. E. (2022), "The Corona Pandemic and Its Implications for the Mental Health and Mental Healthcare of Older Adults", *GeroPsych*, 35(1), pp. 1–3, <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000286>

7. Alfina Pramelia Wulandari, Noorrizki (2023), *The Relationship Between Social Interaction and Loneliness in the Elderly*, https://www.researchgate.net/publication/387162308_The_Relationship_Between_Social_Interaction_and_Loneliness_in_the_Elderly
8. Andersen R. M. (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), pp. 1–10.
9. Andreescu C., & Lee S. (2020), "Anxiety Disorders in the Elderly", *Anxiety Disorders in the Elderly*, https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_28
10. Andrew Steptoe, Aparna Shankar, Panayotes Demakakos, Jane Wardle (2013), "Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), pp. 5797–5801, <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
11. Anh N.T., Long G.T. (2020), "Factors Associated with Regional Disparity in Utilization of Healthcare Services among the Vietnamese Older People", *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 29, pp. 15–31.
12. APA Dictionary of Psychology (2018), *APA Dictionary of Psychology*, <https://dictionary.apa.org/>
13. Artama S., Wawomeo A., Tokan P. K. (2022), "Penerapan Terapi Kognitif dan Senam Lansia dalam Upaya Menjaga Kesehatan Fisik dan Mental Lansia di Masa Pandemi Covid 19", *Mitra Mahajana: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(2), Article 2, <https://doi.org/10.37478/mahajana.v3i2.1861>
14. ASEAN Secretariat (2018). *Old Age Poverty and Active Ageing in ASEAN: Trends and Opportunities*, ASEAN, Truy cập: <https://asean.org/wp-content/uploads/2024/07/Old-Age-Poverty-and-Active-Ageing-in-ASEAN-Trends-and-Opportunities-250724.pdf>
15. Astutik N. D., Felisitas S. (2020), "Factors Influence Risk of Dementia in Elderly", *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 7(3), Article 3, <https://doi.org/10.26699/jnk.v7i3.ART>, pp. 389-397
16. Bandura A. (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York: W. H. Freeman.

17. Beam C. R., Kaneshiro C., Jang J. Y., Reynolds C. A., Pedersen N. L., Gatz M. (2018), "Differences Between Women and Men in Incidence Rates of Dementia and Alzheimer's Disease", *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 64(4), <https://doi.org/10.3233/JAD-180141>, pp. 1077–1083,
18. Berry K., Sheardown J., Pabbineedi U., Haddock G., Cross C., & Brown L. J. E. (2020), Barriers and facilitators to accessing psychological therapies for severe mental health difficulties in later life, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy- Cambridge Core*, 48(2), <https://doi.org/10.1017/S1352465819000596>, pp. 216–228.
19. Bich N.N., Dung N. T. T., Vu T., Quy L. T., Tuan N. A., Binh N. T. T., Hung N. T., & Anh L. V. (2019), "Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: A cross-sectional study", *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), pp. 57, <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0314-7>
20. Bodeker G. (2022), "Mental Health and Healthy Aging – Prevention and Management", *Healthy Ageing in Asia*, CRC Press.
21. Candrawati S. A. K., & Sukraandini N. K. (2022), "Kecemasan Lansia dengan Kondisi Penyakit Kronis", *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(2), Article 2, <https://doi.org/10.36565/jab.v11i2.631>
22. Canino, G., M. Alegria. 2008. "Psychiatric Diagnosis - Is It Universal or Relative to Culture?" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3):237-50. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18333929/>).
23. Carlos Augustos De Mendonça Lima, Nicolas Kühne (2019), "Psychosocial Rehabilitation in Mental Health Care for Older Adults", *Primary Care Mental Health in Older People*, Springer, Cham, https://doi.org/10.1007/978-3-030-10814-4_25, pp. 351–362.
24. Carmen M. Tyler, Grace B McKee, Elisabet Alzueta, Paul B. Perrin, Kristine Kingsley, Fiona C. Baker, Juan Carlos Arango-Lasprilla (2021), "A Study of Older Adults' Mental Health across 33 Countries during the COVID-19 Pandemic", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105090>, pp. 5090.

25. Chan C., Ho P., & Chow E. (2002), A Body-Mind-Spirit Model in Health, *Social Work in Health Care*, 34, https://doi.org/10.1300/J010v34n03_02, pp. 261–282.
26. Chau Leena W., Murphy J., Nguyen V. C., Lou H., Khanh H., Thu T., Minas H., & O’Neil J. (2021), "Lay social workers implementing a task-sharing approach to managing depression in Vietnam", *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00478-8>, pp. 52.
27. Chen Honglin, Chen Y., Wang Y., Chen H., Sue L., Pan T., Wang Y., & He Y. (2023), "A Study on Mental Health Service Needs among Older Adults and the Policy Response in China: Experiences in Urban Shanghai", *Ageing International*, 48(4), 1063–1085, <https://doi.org/10.1007/s12126-022-09516-3>
28. Chen L., & Wu J. (2024), "Difficulties and Solutions in Caring for Cognitive Disorders in Elderly People with Dementia from the Perspective of Social ecological System Theory", *Academic Journal of Sociology and Management*, 2(3), <https://doi.org/10.54097/zpak7n10>, pp. 1–6.
29. Christine A. Hyduk PhD & David Moxley PhD (1997), "A Personal Advocacy Model for Serving Older Adults", *Journal of Gerontological Social Work*, 28:4, 75-90, DOI: 10.1300/J083v28n04_06, https://www.researchgate.net/publication/383873309_Journal_of_Gerontological_Social_Work_A_Personal_Advocacy_Model_for_Serving_Older_Adults
30. Choi N. G., Kim J., & Asseff J. (2009), "Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: Reexamination of etiology", *Journal of Gerontological Social Work*, 52(2), pp. 171–187.
31. Choi Namkee G., DiNitto Diana M. (2013). "Internet Use Among Older Adults: Association With Health Needs, Psychological Capital, and Social Capital", *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e97, <https://doi.org/10.2196/jmir.2333>
32. Chou K. L., Chi I. (2001), "Social support exchange among elderly Chinese people and their family members in Hong Kong: A longitudinal study", *International Journal of Aging & Human Development*, 53(4), pp. 329–346.
33. Corbo I., Forte G., Favieri F., Casagrande M. (2023), "Poor Sleep Quality in Aging: The Association with Mental Health", *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 20(3), Article 3, <https://doi.org/10.3390/ijerph20031661>

34. Covinsky K. E., Yaffe K., Lindquist K., Bertenthal D., & Walter L. C. (2009), "Depressive symptoms in older women with disability: The Health, Aging, and Body Composition Study", *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), pp. 1614–1620.
35. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. 2021. "Global Prevalence and Burden of Depressive and Anxiety Disorders in 204 Countries and Territories in 2020 Due to the Covid-19 Pandemic" *The Lancet* 398(10312):1700-12. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext))
36. Creighton As Te D., Dw K. (2016), "The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: A systematic review", *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(6), pp. 555–566, <https://doi.org/10.1002/gps.4378>
37. Cristina Vert, Jill S. Litt, Mireia Gascon, Marta Roqué, Montse Masó-Aguado, Nerkez Opacin, Gabriela Garcia, Anu Jansson, Lucie Cattaneo, Alžběta Bártová, Laia Briones-Buixassa, Aina Carbó, Laura J. Rautiainen, Laura Hidalgo, Ashby Sachs, Sara Domènech, Sergi Blancafort-Alias, Iva Holmerová, Kaisu H. Pitkälä, & Laura Coll-Planas (2024), "Evaluating the feasibility of “Friends in Nature” a complex nature based social intervention to address loneliness and quality of life in six cities worldwide", *Pilot and Feasibility Studies*, 11(23), <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01575-4>
38. Dahl N. Ross, Alex Ong, P. (2020), "Self-Neglect in Older Populations: A Description and Analysis of Current Approaches", *Journal of Aging & Social Policy*, 32(6), pp. 537–558, <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1500858>
39. David J. Puglia (Director) (2022), *Mental Health in Older Adults*, pp. 1–18 [Video recording], https://doi.org/10.1007/978-981-16-1914-4_109-1
40. Dell N. A., Sasaki N., Stewart M., Murphy A. M., Klier M. (2020), "Service Needs of Older Adults with Serious Mental Illness", *Journal of Gerontological Social Work*, 63 (6–7), pp. 659–661, <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1765064>

41. Dijin Li (2023a), "Research on the Current Situation of Mental Health Management of the Elderly under the Background of Population Aging", *International Journal of Education and Humanities*, 6 (3), pp. 120–122, <https://doi.org/10.54097/ijeh.v6i3.4760>
42. Diyali D. C. (2021), "Mental Health Problems Among Elderly In India: A Social Work Study And Its Intervention", *Journal of Medical Pharmaceutical*, 10 (3), <https://doi.org/10.22270/jmpas.V10I3.1180>
43. Elices Acero, Á., Prieto-Lobato, J. M., & Rodríguez-Sumaza, C. (2024), "The role of social workers in long-term care for older adults: A mixed-methods systematic review in Europe and North America from 2000 to 2022", *International Social Work*, pp. 00208728241269670, <https://doi.org/10.1177/00208728241269670>
44. Elnara, Shafiyeva K., Murotmusaev B. (Directors) (2023), *The characteristics of mental health in elderly people* [Video recording], <https://doi.org/10.47390/scp1342v3i7y2023n48>
45. Elshaikh U., Sheik R., Saeed R. K. M., Chivese T., & Alsayed Hassan D. (2023), "Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: A systematic review", *BMC Geriatrics*, 23 (1), pp. 516, <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04229-x>
46. Faisal Abdullatif Alnaser (2022), "Risk Factors for Dementia", *Research Article*, https://www.researchgate.net/publication/366822485_Risk_Factors_for_Dementia
47. Ferrari, A.J., F.J. Charlson, R.E. Norman, A.D. Flaxman, S.B. Patten, T. Vos, H.A. Whiteford. 2013. "The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010." *PLOS One* 8(7): e69637. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069637>).
48. Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh P. R. (1975), "'Mini-mental state': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), pp. 189–198, [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

49. Furst M. A., Bagheri N., Salvador Carulla L. (2021), "An ecosystems approach to mental health services research", *BJPsych Bulletin*, 45 (2), pp. 75–80, <https://doi.org/10.1192/BJI.2020.24>
50. Gabriela Kelemen, Mihaela Gravrilă-Ardelean, Cécile Hanon, Simon Vasseur-Bacle, Jocelyn Deloyer, Christine Maes, Nicolas Hustinx, Marguerite Moraitou, Emmanouil Tzanakis, Isabelle Tournier, & Isabelle Ernens (2019), "Inclusion and diversity in social work, Necessary directions for the development of social networks for elderly people with mental health problems, Arpa project", *Journal Plus Education*, 23, pp. 157–163.
51. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. 2022. "Global, Regional, and National Burden of 12 Mental Disorders in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019." 2(9):137-50. ([https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext))
52. Gimigliano R., Moretti A., Gimigliano F., Mazzola A., & Iolascon G. (2018), *Rehabilitation of Older Patients with Mental Disorders*, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57406-6_41
53. González D. A. M., Caamal M. E. L., Chan J. M. C. (2024), "Prevalence and Psychosocial Risk Factors Associated with Depression in Older People in A Rural Community", *Cross Current International Journal of Medical and Biosciences*, 6 (1), <https://www.easpublisher.com/article/articleID=3869>
54. Goudeau S., Kononova I., Barbour K. (2020), "Depression and anxiety among older adults with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis", *Geriatric Nursing*, 41, pp. 843–855.
55. Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. (2002), "What does “access to health care” mean?" *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (1), pp. 186–188.
56. Haefner D. P., & Kirscht J. P. (1970), "Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs", *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1896)*, 85 (6), pp. 478–484.
57. Hamed Delam, Safoura Izanloo (2020), "Increased death anxiety in the elderly during Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic", *Journal of Health*

58. Hitesh Khurana, Nitin Gupta (2023), "Loneliness and social isolation among the elderly: Are we doing enough?", *Indian Journal of Social Psychiatry*, 39 (1), pp. 1–3, https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_64_23
59. Huong N.N. (2016), "Mental Health Care for Elderly People at Formal Mental Health Systems and Buddhist Temples in Vietnam: Making a Case for Mindful Elder Care in Vietnam", *Ageing International*, 41 (4), pp. 394–413, <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9263-5>
60. Hue V.M.T., Nakamura K., Seino K., Moncatar T. J. R. T., Han T. D. T., Siongco K. L. L., Tashiro Y., & Van Vo T. (2024), "Can collaboration among health and social care workers play a role in addressing geriatric care challenges? A qualitative case study in Central Vietnam", *International Health*, 16 (4), pp. 387–398, <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad082>
61. Ho Margaret Kay, Chan E. H. Y., & Chan V. H. Y. (2022), "Supporting community development for mental health in the ageing population of Hong Kong", *Aging and Health Research*, 2 (1), pp. 100056, <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2022.100056>
62. Hsieh H. F., Shannon S. E. (2005), "Three approaches to qualitative content analysis", *Qualitative health research*, <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
63. ILO (2004), *Good practices in social services delivery in SEE*.
64. Jamir Singh P. S., Azman A. (2022), "System Theory and Ecological Approach in Social Work Practice: An Actual Case Illustration", *Asian Social Work Journal*, 7 (6), pp. 24–31, <https://doi.org/10.47405/aswj.v7i6.232>
65. Jemma B. (2024), "Gerontological and geriatric services for the older generation", *Armenian Journal of mental health*, pp. 41–45, <https://doi.org/10.55436/10.55436/1829202x-15.2024.1-42>
66. Jin Hee Shin, Young Kyung Do, Joanna Maselko, Rebecca J N Brouwer, Sang Wook Song, Truls Østbye (2012), "Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans", *Social Science &*

- Medicine*, 75 (1), pp. 179–185, <https://doi.org/doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.012>
67. Jongenelis K., Am P., Am E., At B., H, K., & Mw R. (2004), "Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study", *J Affect Disord*, 83 (2–3), pp. 135–142, <https://doi.org/doi:%252010.1016/j.jad.2004.06.001>.
 68. Judith Anderson, Sancia West, David Lees, Michelle Cleary (2022), "Developing the Right Skills to Meet the Mental Health Needs of Older Adults", *Issues in Mental Health Nursing*, 44 (5), pp. 453–455, <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2087012>
 69. K. R. Deepa Rani, R. Revanth, N. Shanmughavadivu (2023), "Economic soundness and Psychological Well-being among the Elderly", *South Asian Journal of Social Sciences and Humanities*, 4 (2), pp. 1–11, <https://doi.org/10.48165/sajssh.2023.4201>
 70. Kalašić A. M., & Pfeiffer A. (2017), *Promotion of Mental Health of the Elderly*, pp. 157-171, https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_14
 71. Karthika M., Abraham J., Kodali P. B., Mathews E. (2023), "Emerging Trends of Chronic Diseases and Their Care Among Older Persons Globally", Trong *Handbook of Aging, Health and Public Policy*, Springer Nature Singapore, pp. 1–24, https://doi.org/10.1007/978-981-16-1914-4_198-1
 72. Kehn M., Elizabeth Ann Shumaker, Chris Brown, Constantin Parvulescu, Sara C. Shalin (Directors) (2023), *Mental health and aging*, Elsevier eBooks, pp. 449–461, <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-91497-0.00126-0>
 73. Khademi F., Moayedi S., Golitaleb M., Karbalaie N. (2021), "The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly", *International Journal of Mental Health Nursing*, 30 (1), pp. 346–349, <https://doi.org/10.1111/inm.12824>
 74. Kham T.V., Esterman A., Saito Y., Brodaty H., Vu N. C., Roughead E., Dang T. H., Minas H., Dang L. T., & Nguyen T. A. (2022), "Factors Associated With High Rates of Depressive Symptomatology in Older People in Vietnam", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (8), pp. 892–902, <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.02.007>

75. Kim Ae Sil, Jang Mi Heui, Park Kyung Hwan, & Min Ji Young (2020), "Effects of Self-Efficacy, Depression, and Anger on Health-Promoting Behaviors of Korean Elderly Women with Hypertension", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (17), Article 17, <https://doi.org/10.3390/ijerph17176296>
76. Kirscht J. P., Haefner D. P., Kegeles S. S., & Rosenstock I. M. (1966), "A National Study of Health Beliefs", *Journal of Health and Human Behavior*, 7 (4), pp. 248, <https://doi.org/10.2307/2948771>
77. Kosowicz L., Tran K. V., Brodaty H., Roughead E., Esterman A., Hinton L., Kim G. B., Kurrle S., Dang T. H., Crotty M., Gilbert A., Tan E., & Nguyen T. A. (2023), "Vietnam's Responses to Dementia- An Assessment of Service Delivery", *Dementia*, 22 (7), pp. 1372–1391, <https://doi.org/10.1177/14713012231181167>
78. Kovnick M. O., Young Y., Tran N., Teerawichitchainan B., Tran T. K., & Korinek K. (2021), "The Impact of Early Life War Exposure on Mental Health among Older Adults in Northern and Central Vietnam", *Journal of Health and Social Behavior*, 62 (4), pp. 526–544, <https://doi.org/10.1177/00221465211039239>
79. Lan N.T.T, Richard Hugman, Giang T.T.H. (2024), "Social work education in Vietnam: The development, challenges and ongoing effort to indigenization in the past two decades", *Social Work Education*, pp. 1–15, <https://doi.org/10.1080/02615479.2024.2360056>
80. Lavingia R., Jones K., & Asghar-Ali A. A. (2020), "A Systematic Review of Barriers Faced by Older Adults in Seeking and Accessing Mental Health Care", *Journal of Psychiatric Practice*, 26 (5), pp. 367–382.
81. Lavretsky H., & Pot A. M. (2024), "Global Crisis and Mental Health and Well-Being of Older Adults", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32 (4), pp. 409-411.
82. Lee H. Y., Hasenbein W., & Gibson P. (2020), "Mental Health and Older Adults", *Encyclopedia of Social Work*, Encyclopedia of Social Work, <https://oxfordre.com/socialwork/display/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-1355>

83. Leggett A., Zarit S. H., Hoang C. N., & Nguyen H. T. (2013), "Correlates of cognitive impairment in older Vietnamese", *Aging & Mental Health*, 17 (8), pp. 915–923, <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.799116>
84. Loi N.T., Nantharath P., Kang E. (2022), "The Sustainable Care Model for an Ageing Population in Vietnam: Evidence from a Systematic Review", *Sustainability*, 14 (5), <https://doi.org/10.3390/su14052518>
85. Lovibond S.H., & Lovibond P.F. (1995), *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd Ed.)*, Psychology Foundation of Australia, <https://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>
86. Luszczyńska A., Scholz U., & Schwarzer R. (2005), "The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies", *The Journal of Psychology*, 139 (5), pp. 439–457, <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
87. Li Y., Chen T., Li Q., & Jiang L. (2023), "The Impact of Subjective Poverty on the Mental Health of the Elderly in China: The Mediating Role of Social Capital", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (17), pp. 6672, <https://doi.org/10.3390/ijerph20176672>
88. Lindenberger U., & Baltes P. B. (1997), "Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the Berlin Aging Study", *Psychology and Aging*, 12 (3), pp. 410–432, <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.410>
89. Lien N.T., Hà N.T., Anh V.T.L. (2022), "Current Status of Elderly Social Support Services in Elderly Care Centers in Hanoi", *Research on Humanities and Social Sciences*, 12 (20), <https://doi.org/DOI:%252010.7176/RHSS/12-20-04>
90. Ly D.K.K. & Minh B.T (2024), "A qualitative study on the structure, functions and roles of social work in some public hospitals in Vietnam", *Multidisciplinary Science Journal*, 6(12), <https://malque.pub/ojs/index.php/msj/article/view/3256>
91. Mackenzie C. S., & Pankratz L. (2022), "Perceived Need, Mental Health Literacy, Neuroticism and Self- Stigma Predict Mental Health Service Use Among Older Adults", *Clinical Gerontologist*, pp. 1–14, <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2058440>

92. Meynet S., Beaudoin M., & Smedig A. (2022), "Promoting the mental health of elderly people with physical disabilities: A systematic review of available home and facility-based interventions", *Recherche en soins infirmiers*, 4 (151), pp. 18–29.
93. Michèle Chazot-Balcon, Célestine Chevalier, & Jean-Pierre Bouchard (2023), *La dépression de la personne âgée*, EM-Consulte, <https://www.em-consulte.com/article/1585818/alertePM>
94. Mlinac M. E., Page K. S., & Hinrichs K. L. M. (2017), *Geriatric Rehabilitation Psychology*, Practical Psychology in Medical Rehabilitation, https://doi.org/10.1007/978-3-319-34034-0_21
95. Muhammad T., Srivastava S., & Sekher T. V. (2021), "Association of self-perceived income status with psychological distress and subjective well-being: A cross-sectional study among older adults in India", *BMC Psychology*, 9 (1), pp. 82, <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00588-5>
96. Mukherjee N. (2024), "Improving Aging Mental Health Services in Developing Economies: A Socio Ecological Approach", *Preprint*, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4360005/v1>
97. Mukherjee S., Kattegowdar V. H. (2021), *The Status and Well-Being of Elderly Women Suffering from Dementia: Case Studies from Bengaluru*, https://doi.org/10.1007/978-981-16-4605-8_18
98. National Institute of Mental Health (NIMH) (2023), *Caring for Your Mental Health*, <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
99. Nassrin Dafaalla El Hag Yousif, Enaam Youssef, & Maha Aboraya (2023), "Role of Social Work in Responding To Urgent Social Needs for Senior Citizens -Field Study", *Information Sciences Letters*, 12 (1), pp. 261–267, <https://doi.org/10.18576/isl/120121>
100. Ngoc V.B., Thuy N.L.H. (2023), *Investigating determinants of quality of life: The case of older people in Ho Chi Minh City*, <https://doi.org/10.46223/HCMCOUJS.soci.en.13.1.2593.2023>

101. O. S. Levin, Achcha Sh. Chimagomedova, A. P. Arefieva. (2019), "Anxiety in the elderly", *Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii Imeni SS Korskova*, 119 (6), pp. 113–118.
102. Paiva T. C., Soares L., & Faria A. L. (2023), "Depression in Elderly People", *Encyclopedia*, 3 (2), Article 2, <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3020048>
103. Pandey N. M., Tripathi R. K., Kar S. K., Vidya K. L., Singh N. (2022), "Mental health promotion for elderly populations in World Health Organization South-East Asia Region: Needs and resource gaps", *World Journal of Psychiatry*, <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.117>
104. Pagliaro, C., M. Pearl, D. Lawrence, J.G. Scott, S. Diminic. 2021. "Estimating Demand for Mental Health Care among Australian Children and Adolescents: Findings from the Young Minds Matter Survey." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 56(11):1443-54. (DOI: 10.1177/00048674211069874)
105. Passos J., Sequeira C., Fernandes L. (2012), "The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers", *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012 (1), pp. 638267, <https://doi.org/10.1155/2012/638267>
106. Qian Shi, Ziyi Meng, Lu Qiao (2024), "The Effect of Income on Depression in Old Age-Empirical Analysis Based on CHARLS 2020", *Advances in Social Behavior Research*, 7, <https://doi.org/DOI:%252010.54254/2753-7102/6/2024051>
107. Rakesh G., Antony S., & Ammapattian T. (2023), "Social care services for addressing loneliness among inmates of old age homes", *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 10 (1), <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/11672>
108. Ran Z., Wei J., Yang G., & Yang C. (2024), "Prevalence of social isolation in the elderly: A systematic review and meta-analysis", *Geriatric Nursing*, 58, pp. 87–97, <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.008>
109. RHIhub (2005), *The Health Belief Model—Rural Health Promotion and Disease Prevention Toolkit*, <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/health-belief>

110. Rickwood D., Deane F., Wilson C., & Ciarrochi J. (2005), "Young people's help-seeking for mental health problems", *Journal Contribution*, <https://hdl.handle.net/10779/uow.27718503.v1>
111. Roger D. Newman-Norlund, Sarah E. Newman-Norlund, Sara Sayers, Alexander C. McLain, Nicholas Riccardi, Julius Fridriksson (2022), "Effects of social isolation on quality of life in elderly adults", *PLOS ONE*, 17 (11), pp. e0276590–e0276590, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276590>
112. Rosenstock I. M. (1974), "Historical Origins of the Health Belief Model", *Health Education Monographs*, 2 (4), pp. 328–335, <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
113. Sari Kistiana (2023), "The Impact of Covid-19 Social Isolation on Mental Health and Physical Activity of Older Adults", *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 11 (1), pp. 36–46, <https://doi.org/10.20473/jpk.v11.i1.2023.36-46>
114. Schwarzer R., Jerusalem M. (1995), "Generalized Self-Efficacy scale", *Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs*, pp. 35–37, Windsor, UK: NFER-NELSON.
115. Sheeran P. (2002), "Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review", *European Review of Social Psychology*, 12 (1), pp. 1–36.
116. Sheetal S., & Mathew R. (2022), *Dementia Among Elderly*, https://doi.org/10.1007/978-981-16-1914-4_112-1
117. Shin O., Park S., Kwon E., & Ryu B. (2022), "Financial hardship and income security and mental health among older workers: Multi-channel sequence approach", *Innovation in Aging*, 6 (1), pp. 855, <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.3061>
118. Siddiqi F. A., Azim M. E., Hassan M. F., & Rathore F. A. (2024), "Preserving cognitive vitality: Value of cognitive rehabilitation in addressing cognitive deficits in the elderly", *Journal of the Pakistan Medical Association*, 74(5), Article 5, <https://doi.org/10.47391/JPMA.24-41>
119. Siddiqui T. R., Ghazal S., Bibi S., Ahmed W., & Sajjad S. F. (2016), "Use of the Health Belief Model for the Assessment of Public Knowledge and

- Household Preventive Practices in Karachi, Pakistan, a Dengue-Endemic City", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10 (11), pp. e0005129, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005129>
120. Sivakumar P. T., Harbishettar V., Pandey N. M., Tiwari S. C. (2024), "Clinical practice guidelines for promoting mental health and well-being of older adults: A special focus on strategies for coping with social isolation and loneliness", *Indian Journal of Psychiatry*, 66 (2), pp. S331–S337.
 121. Smith L. (2020), "Primary Care Social Work Practice with Older Adult Veterans During the Covid 19 Pandemic: An Application of Ecological Systems Theory", *Graduate Social Work Review*, 1 (2), pp. 38–51, <https://doi.org/10.21100/GSWR.V1I2.1157>
 122. Stefan G., Tutour É. L., Dorey J.-M., Padovan C., Fabre D. (2022), "Place of psychosocial rehabilitation in psychiatry of the elderly", *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 20 (3), pp. 349–358, <https://doi.org/10.1684/pnv.2022.1051>
 123. Stojanović G., Vlaisavljević Ž., Terzić N., Maričić M., Stojanović D., & Paunović V. (2023), "Social isolation and loneliness among the elderly", *Annals of Nursing*, 1 (3), pp. 34–54.
 124. Thang P., Nguyen N. T. T., Chieu To S. B., Pham T. L., Nguyen T. X., Nguyen H. T. T., Nguyen T. N., Nguyen T. H. T., Nguyen Q. N., Tran B. X., Nguyen L. H., Ha G. H., Latkin C. A., Ho C. S. H., Ho R. C. M., Nguyen A. T., & Vu H. T. T. (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), Article 1, <https://doi.org/10.3390/ijerph16010069>
 125. Thanh N.H., Hung T. M., Ngoc T. N., San B. V., Hung D. Q., Hung N. D., Binh V. D., Trung L. H., Tinh L. V., Nam N. T., Tan P. H., Khoa P. T. A., Thach P. N., Khanh N. T., Chinh C. D., Trung N. V., Thi T. T. M., Hien P. B., Long T. A., Otsu S. (2024), "Demand for mental health support services among health professionals in Vietnam: Lesson from COVID-19 Pandemic", *PLoS ONE*, 19 (6), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305869>

126. Tiilikainen E., Hujala A., Kannasoja S., Rissanen S., Närhi K. (2019). "“They’re always in a hurry” – Older people’s perceptions of access and recognition in health and social care services", *Health & Social Care in the Community*, 27 (4), pp. 1011–1018, <https://doi.org/10.1111/hsc.12718>
127. Tommaso L. (2022), "Old patients in mental health research: A diachronic corpus-assisted discourse analysis", *Journal of Language and Discrimination*, 6 (1), <https://doi.org/10.1558/jld.21486>
128. Trang D.T.H, Nguyen D. T. M., & Nguyen L. T. (2022), "Depressive Symptoms and Their Correlates Among Older People in Rural Viet Nam: A Study Highlighting the Role of Family Factors", *Health Services Insights*, 15, pp. 11786329221125410, <https://doi.org/10.1177/11786329221125410>
129. Thach T.D., Tuan T., Jane Fisher (2013), "Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women", *BMC Psychiatry*, 13(24), <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-24>
130. Trung N.A., 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., Vu G. T., Nguyen H. T. T., Pham T., & Vu H. T. T. (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), Article 17, <https://doi.org/10.3390/ijerph18179192>
131. Truong N.N., Trang N., Dai B.T., Long G.T. (2024), "Depression and associated factors among older people in Vietnam: Findings from a National Aging Survey", *PLOS ONE*, 19(5), pp. e0299791, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299791>
132. Trinh H.T.B., Than T.H.N., Tiến N.N.H.M.N., Trí V.N, La T.N.H., Hung C.D. (2024), "Risk factors of dementia cognitive symptoms among older patients in Vietnam: A cross-sectional study", *Romanian Journal of Neurology*, 23(1), https://rjn.com.ro/articles/2024.1/RJN_2024_1_Art-08.pdf
133. Van N. H. N., Thi Khanh Huyen N., Hue M. T., Luong N. T., Quoc Thanh P., Duc D. M., Thi Thanh Mai V., Hong T. T. (2021), "Perceived Barriers to Mental Health Services among the Elderly in the Rural of Vietnam: A Cross Sectional

- Survey in 2019", *Health Services Insights*, 14, pp. 117863292110260, <https://doi.org/10.1177/11786329211026035>
134. Villafuerte, S. (2023), *Mental health and older adults: A narrative synthesis of the literature*, <https://doi.org/10.31124/advance.23614626.v1>
 135. Volkert J., Andreas S., Härter M., Dehoust M. C., Sehner S., Suling A., Ausín B., Canuto A., Crawford M. J., Ronch C. D., Grassi L., HersHKovitz Y., Muñoz M., Quirk A., Rotenstein O., Santos-Olmo A. B., Shalev A. Y., Strehle J., Weber K., Schulz H. (2018), "Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems", *International Psychogeriatrics*, 30(7), pp. 1027–1037, <https://doi.org/10.1017/S1041610217002526>
 136. Wang J., Mann F., Lloyd-Evans B., Ma R., & Johnson S. (2018), "Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review", *BMC Psychiatry*, 18(1), pp. 156, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
 137. Watson-Borg B. E., Conn D. K., Checkland C. (2023), FC3: "Empowering Health & Social Service Providers in Addressing Social Isolation & Loneliness in Older Adults", *International Psychogeriatrics*, 35(S1), pp. 66, <https://doi.org/10.1017/S1041610223001011>
 138. Wendt J., Considine C., & Kogan M. (2021), *Psychological and Sleep*, https://doi.org/10.1007/978-3-030-81758-9_8
 139. Westhuizen M. van der. (2023), "The Importance of Social Workers in Communities: A Global Perspective", *Journal of Community Psychosocial Research*, 1(1), Article 1, <https://doi.org/10.36386/jcpr.v1i1.360>
 140. Wilberforce M., Newbould L., Tucker S., Mitchell W., & Niman D. (2022). "Maximising the engagement of older people with mental health needs and dementia with social care", *Health & Social Care in the Community*, 30(6), <https://doi.org/10.1111/hsc.14091>
 141. World Bank (2020), *Vietnam- Hanoi urban transport development project*, The World Bank.

142. World Health Organization (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Geneva.
143. World Health Organization (2013), *Mental health action plan 2013-2020*, World Health Organization, <https://iris.who.int/handle/10665/89966>
144. World Health Organization (2015), *World report on ageing and health*, World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
145. World Health Organization (2017), *Mental health of older adults: A global brief*, World Health Organization.
146. World Health Organization (2022), *Mental disorders*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
147. World Health Organization (2023), *Mental health of older adults*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
148. Xuan. N.T., Ahp N., Htt N., Tth N., Hl N., Rj G., J T., V N., Htt V., Lv T., & At N. (2024), "Health-Related Quality of Life among Older Adults with Dementia Living in Vietnamese Nursing Homes", *Int J Environ Res Public Health*, 21(2), pp. 135, <https://doi.org/doi:%252010.3390/ijerph21020135>.
149. Xian Li, Amanda Watson, Claire Kendell, James Weimer, Hajime Nagahara, Teruo Higashino, Teruhiro Mizumoto, Viktor Erdélyi, George Demiris, & Oleg Sokolsky (2023), "Short: Integrated Sensing Platform for Detecting Social Isolation and Loneliness In the Elderly Community", pp. 148–152, <https://doi.org/10.1145/3580252.3586983>
150. Xian X., & Ye M. (2022), *Effects of living patterns on duration sleep and mental health status of elderly people*, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2112438/v1>
151. Xue Qin Q. N., Ming L. C., Abd Wahab M. S., Tan C. S., Yuda A., & Hermansyah A. (2023), "Drug-related problems among older people with dementia: A systematic review", *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(6), pp. 873–881, <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.02.015>
152. Yaakov Stern (2012), "Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease", *The Lancet Neurology*, 11(11), pp. 1006–1012.

153. Yang J. M., Kim J. H., & Hwang J. E. (2024), "Effect of intensity of persistent social isolation on mental health in the late middle-aged and older population: Results of the Korea Longitudinal Study of Ageing (2006–2020)", *Psychogeriatrics*, 24(2), pp. 391–403, <https://doi.org/10.1111/psyg.13085>
154. Yang L., Wang L., Dai X. (2021), "Rural-urban and gender differences in the association between community care services and elderly individuals' mental health: A case from Shaanxi Province, China", *BMC Health Services Research*, 21(1), pp. 106, <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06113-z>
155. Yoon S., Moon S. S., Pitner R. (2018), "Effective Treatments of Late-Life Depression in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review", *Research on Social Work Practice*, 28(2), pp. 116–130, <https://doi.org/10.1177/1049731515621165>
156. Yuan Yao, Dan Guo, Fang-Lin Liu, Ying Han, Yuan Yao (2024), "An overview of mechanisms underlying the comorbidity of sleep and depression disorders in the elderly", *Stress and Brain*, <https://www.sciopen.com/article/10.26599/SAB.2023.9060007>
157. Yueyao Xu, Linzhe Zhong, Huiyan Jiao (2022), "Mental Health and Its Risk Factors in Community Elderly with Chronic Non-Communicable Diseases", *Journal of Community Medicine & Health Care*, 7(1), <https://doi.org/10.26420/jcommunitymedhealthcare.2022.1056>
158. Zeng Yueyang (2023), "Analysis of Mental Health Conditions and Coping Strategies for the Elderly", *Journal of Humanities and Social Sciences Studies*, 5(10), Article 10, <https://doi.org/10.32996/jhsss.2023.5.10.7>
159. Zhou J. (2024), "Efficacy Of Community Mental Health Services in The Prevention of Depression in Older Adults", *Highlights in Science, Engineering and Technology*, 102, pp. 727–733, <https://doi.org/10.54097/qc343s44>
160. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., & Farley G. K. (1988), "The multidimensional scale of perceived social support", *Journal of Personality Assessment*, 52(1), pp. 30–41, https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
161. Zinzi Pardoel, Sijmen A. Reijneveld, Robert Lensink, Maarten Postma, Tran B. Thuy Nga C. Viet, Lien N. T. Phuong, Jaap A. R. Koot, & Jeanet J. A. Landsman (2023), *The implementation of community-based programs in Vietnam is*

promising in promoting health [<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1182947/full>].

PHỤ LỤC**Mã ID người trả lời:.....****PHỤ LỤC 01****PHIẾU KHẢO SÁT*****Dành cho Người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung***

Với mục đích tìm hiểu về nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung trên địa bàn Hà Nội, rất mong ông/bà tham gia trả lời phiếu hỏi dưới đây. Việc tham gia trả lời các câu hỏi trong phiếu khảo sát của ông/ bà sẽ góp phần quan trọng trong việc hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung. Mọi thông tin ông/ bà cung cấp sẽ được kiểm soát chặt chẽ, giữ bí mật, chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và đảm bảo khuyết danh.

Xin trân trọng cảm ơn ông/ bà!

Nếu ông/ bà đồng ý tham gia nghiên cứu, xin vui lòng ký tên:

A1. Trung tâm:

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng | 2. ☐ Trung tâm Thiên Đức |
| 3. ☐ Trung tâm Bảo trợ xã hội 2 | 4. ☐ Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 |

A2. Loại hình trung tâm: 1. ☐ Công lập 2. ☐ Tư nhân

PHẦN A: THÔNG TIN CÁ NHÂN

A3. Giới tính: 1. ☐ Nam 2. ☐ Nữ

A4. Tuổi:

A5. Địa chỉ cư trú trước khi vào cơ sở: 1. ☐ Thành phố. 2. ☐ Nông thôn 3. ☐ Miền núi ☐

A6. Công việc trước đây của ông/bà?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. ☐ Tự kinh doanh | 2. ☐ Làm nông nghiệp | 3. ☐ Nội trợ |
|---|---|-------------------------------------|

4. ☐ Cán bộ, viên chức 5. ☐ Công nhân 6. ☐ Không có việc làm
7. Khác: (Ghi rõ).....

A7. Trình độ học vấn của ông/ bà?

1. ☐ Chưa bao giờ đi học 2. ☐ Tốt nghiệp tiểu học (cấp I) 3. ☐ Tốt nghiệp THCS (Cấp II)
4. ☐ Tốt nghiệp THPT (Cấp III) 5. ☐ Tốt nghiệp cao đẳng, đại học 6. ☐ Sau đại học

A8. Ông/ bà hãy cho biết tình trạng hôn nhân của mình?

1. ☐ Chưa từng kết hôn 2. ☐ Góa bụa
3. ☐ Đã ly hôn 4. ☐ Đã kết hôn & vẫn còn vợ/ chồng

A9. Ông/ bà tự đánh giá tình trạng sức khỏe của mình?

1. ☐ Rất yếu 2. ☐ Yếu 3. ☐ Bình thường
4. ☐ Khỏe mạnh 5. ☐ Rất khỏe mạnh

A10. Ông/ bà hiện đang có bệnh mãn tính nào không?

1. ☐ Không có 2. ☐ Có 1 bệnh mãn tính 3. ☐ Trên 2 bệnh mãn tính

A11. Thu nhập hiện tại của ông/ bà?

1. ☐ Không có thu nhập (*xin chuyển sang câu A13*)
2. ☐ Dưới 6 triệu 3. ☐ Từ 6– dưới 10 triệu
4. ☐ Từ 10– dưới 16 triệu 5. ☐ Trên 16 triệu

A12. Nếu có thu nhập, xin cho biết thu nhập của ông bà có từ đâu? (có thể lựa chọn nhiều phương án)

1. ☐ Lương hưu 2. ☐ Tiền tiết kiệm 3. ☐ Tiền chính sách/ trợ cấp hàng tháng
4. ☐ Cho thuê tài sản 5. ☐ Con cái/ họ hàng biếu, tặng 6. ☐ Khác (Ghi rõ)

A13. Hiện ai đang chi trả cho chi phí sinh hoạt của ông/bà tại cơ sở này?

1. ☐ Tự chi trả 2. ☐ Con, cháu, họ hàng đóng tiền
3. ☐ Được Nhà nước hỗ trợ 4. ☐ Khác (Ghi rõ)

A14. Mức độ thường xuyên liên lạc với gia đình? (1 → 5 tương đương với mức độ từ Không liên lạc → Rất thường xuyên liên lạc)

1 ☐ Không liên lạc 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Rất thường xuyên

A15. Hỗ trợ xã hội (perceived social support): Ông/ bà hãy cho biết mức độ đồng ý của mình với những ý kiến sau?

	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý
1. Có những người tôi quen sẽ giúp tôi nếu tôi cần.	1	2	3	4
2. Có những người mà tôi cảm thấy thoải mái để nói chuyện về những vấn đề của tôi. *	1	2	3	4
3. Tôi ở trong một nhóm người có cùng ý nghĩ với tôi.	1	2	3	4
4. Nếu có điều gì không may xảy ra, sẽ có người giúp tôi. *	1	2	3	4
5. Tôi có một người đáng tin mà tôi có thể nhờ cậy nếu tôi gặp vấn đề.	1	2	3	4
6. Tôi nghĩ người khác tôn trọng điều tôi làm.*	1	2	3	4
7. Có người thích làm những gì tôi làm.*	1	2	3	4
8. Có những người đánh giá cao khả năng và kỹ năng của tôi.	1	2	3	4

PHẦN B: THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG

B1. Khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày (thang đo Barthel)

Ông/ bà hãy chọn các mức điểm phù hợp với bản thân trong khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày sau đây:

1. Ăn uống
 - ☐ 0 = không thể
 - ☐ 5 = cần được giúp đỡ trong việc cắt, phết bơ, v.v. hoặc cần điều chỉnh chế độ ăn uống
 - ☐ 10 = độc lập (thức ăn để trong tầm với)
2. Tắm rửa
 - ☐ 0 = phụ thuộc
 - ☐ 5 = độc lập (hoặc khi tắm bằng vòi sen)
3. Vệ sinh cá nhân/ chải chuốt
 - ☐ 0 = cần được giúp đỡ trong việc chăm sóc cá nhân
 - ☐ 5 = độc lập trong việc rửa mặt/ chải tóc/ đánh răng/ cạo lông– cạo râu (đồ dùng/ dụng cụ đã được chuẩn bị sẵn)
4. Mặc quần áo
 - ☐ 0 = phụ thuộc
 - ☐ 5 = cần được giúp đỡ nhưng có thể làm khoảng một nửa không cần hỗ trợ
 - ☐ 10 = độc lập (bao gồm việc cài nút áo, kéo dây kéo, thắt dây giày, v.v.)
5. Đường ruột (Đường tiêu hóa)
 - ☐ 0 = không tự chủ (hoặc cần thụt tháo)
 - ☐ 5 = thỉnh thoảng có sự cố
 - ☐ 10 = tự chủ
6. Bàng quang (Đường tiểu)
 - ☐ 0 = không tự chủ, hoặc được đặt thông tiểu và không thể tự kiểm soát một mình
 - ☐ 5 = thỉnh thoảng có sự cố
 - ☐ 10 = tự chủ
7. Đi vệ sinh
 - ☐ 0 = phụ thuộc
 - ☐ 5 = cần một ít trợ giúp, nhưng có thể tự làm một số thứ
 - ☐ 10 = độc lập (ngồi lên và ra khỏi bệ vệ sinh, điều chỉnh quần áo, lau rửa)
8. Di chuyển (từ giường qua ghế và ngược lại)
 - ☐ 0 = không thực hiện được, không có thang bằng ngồi
 - ☐ 5 = cần được giúp đỡ nhiều (một hoặc hai người, trợ giúp thể chất), có thể ngồi
 - ☐ 10 = cần được giúp đỡ ít (bằng lời hoặc thể chất)
 - ☐ 15 = độc lập
9. Khả năng di chuyển (trên các bề mặt phẳng)
 - ☐ 0 = không di chuyển được hoặc < 45.72 mét
 - ☐ 5 = độc lập trên xe lăn, bao gồm cả các góc, > 45.72 mét
 - ☐ 10 = đi với sự giúp đỡ của một người (bằng lời hoặc thể chất) > 45.72 mét
 - ☐ 15 = độc lập (nhưng có thể sử dụng thiết bị hỗ trợ; ví dụ: gậy chống) > 45.72 mét
10. Đi cầu thang
 - ☐ 0 = không thể
 - ☐ 5 = cần được giúp đỡ (bằng lời, thể chất, thiết bị hỗ trợ)
 - ☐ 10 = độc lập lên và xuống

B2. Ông bà vui lòng đọc từng câu và khoanh tròn số 0, 1, 2 hay 3 để xem câu nào thích hợp với những gì đã xảy ra cho mình trong tuần lễ vừa qua. Không có câu trả lời nào đúng hay sai. Không nên mất quá nhiều giờ để lựa chọn. (thang đo DASS 21)

- Cách phân loại như sau:
- 0 Điều này hoàn toàn không xảy ra cho tôi
 - 1 Xảy ra cho tôi một phần nào, hay thỉnh thoảng
 - 2 Thường xảy ra cho tôi, hay nhiều lần
 - 3 Rất thường xảy ra, hầu hết lúc nào cũng có

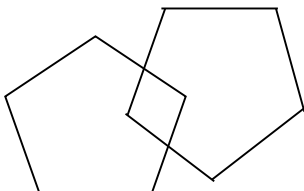
1	Tôi nhận thấy khó mà nghỉ ngơi	0	1	2	3
2	Tôi thấy mình bị khô miệng	0	1	2	3
3	Tôi không thấy có một cảm giác lạc quan nào cả	0	1	2	3
4	Tôi bị khó thở (thở nhanh, khó thở mà không do làm việc mệt)	0	1	2	3
5	Tôi thấy khó bắt tay vào làm công việc	0	1	2	3
6	Tôi phản ứng một cách quá lỗ khi có những sự việc xảy ra	0	1	2	3
7	Tay tôi bị run	0	1	2	3
8	Tôi thấy mình đã dùng năng lực quá nhiều vào việc lo lắng	0	1	2	3
9	Tôi lo mình đến những nơi tôi có thể bị hốt hoảng và tự làm mất mặt	0	1	2	3
10	Tôi thấy tương lai mình chẳng có gì để mong chờ cả	0	1	2	3
11	Tôi thấy bồn chồn	0	1	2	3
12	Tôi thấy khó mà thư giãn	0	1	2	3
13	Tôi thấy mình xuống tinh thần và buồn rầu	0	1	2	3
14	Tôi thấy thiếu kiên nhẫn với những điều cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3
15	Tôi thấy mình gần như bị hốt hoảng	0	1	2	3
16	Tôi không thấy hăng hái để làm bất cứ chuyện gì	0	1	2	3
17	Tôi thấy mình là người kém giá trị	0	1	2	3

18	Tôi thấy mình rất dễ nhạy cảm	0	1	2	3
19	Tôi thấy tim mình đập nhanh, đập hụt nhịp mà không do làm việc mệt	0	1	2	3
20	Tôi cảm thấy sợ vô cớ	0	1	2	3
21	Tôi thấy cuộc sống của mình không có ý nghĩa	0	1	2	3

B3. Đây là thang đo trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE), ông bà vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây?

Đánh giá	Điểm tối đa	Điểm của người cao tuổi
1. Định hướng thời gian - Năm nay là năm gì? - Mùa này là mùa gì? - Tháng này là tháng mấy? - Hôm nay là ngày bao nhiêu? - Hôm nay là thứ mấy?	1 1 1 1 1	
2. Định hướng không gian - Nước mình tên là gì? - Tỉnh này tên là gì? - Huyện này tên là gì? - Xã này tên là gì?/ Bệnh viện này tên là gì? - Thôn này tên là gì?/ Tầng này là tầng mấy?	1 1 1 1 1	
3. Ghi nhớ Tôi sẽ đọc ba từ, sau khi đọc xong đề nghị cụ nhắc lại. Cụ phải nhớ thật kỹ vì lát nữa tôi sẽ hỏi lại. Đọc chậm rãi ba từ, giữa mỗi từ nghỉ khoảng một giây:		

- Bóng bàn - Ô tô - Trường học	1 1 1	
4. Chú ý và tính toán Làm phép tính 100 trừ 7 cho đến khi bão ngừng: 100 - 7 = 93 93 - 7 = 86 86 - 7 = 79 79 - 7 = 72 72 - 7 = 65	1 1 1 1 1	
5. Nhớ lại Hãy nhắc lại ba từ mà lúc này tôi đã yêu cầu cụ nhớ? - Bóng bàn - Ô tô - Trường học	1 1 1	
6. Gọi tên đồ vật - Chỉ vào đồng hồ đeo tay, hỏi " <i>Đây là cái gì?</i> " - Chỉ vào bút chì, hỏi " <i>Đây là cái gì?</i> "	1 1	
7. Nhắc lại câu Cụ hãy nhắc lại câu sau đây: " <i>Không nếu, và, hoặc nhưng</i> "	1	
8. Làm theo mệnh lệnh viết	1	

Cụ hãy đọc những từ ghi trong tờ giấy này và làm theo yêu cầu ghi trong đó. Đưa cho người cao tuổi một tờ giấy trong đó có ghi "Hãy nhắm mắt lại"		
9. Thực hiện mệnh lệnh ba giai đoạn Cầm một tờ giấy, giơ ra trước mặt bệnh nhân và nói "<i>Cụ hãy cầm tờ giấy này bằng tay phải, gấp lại làm đôi bằng hai tay, rồi đặt tờ giấy xuống sàn nhà</i>" - Cầm tờ giấy bằng tay phải - Gấp làm đôi - Đặt xuống sàn	1 1 1	
10. Viết Đưa cho bệnh nhân một cái bút chì rồi nói "<i>Cụ hãy viết bất kỳ một câu vào dưới dòng này</i>"	1	
11. Vẽ lại hình Cho bệnh nhân xem hình vẽ sau đây, kèm một cái bút chì, tẩy, rồi bảo bệnh nhân "<i>Cụ vẽ lại hình này sang bên cạnh</i>" 	1	
12. Tổng điểm	30	

PHẦN C. THỰC TRẠNG NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TRONG CÁC CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG

C1. Khi nghe đến từ “sức khỏe tâm thần”, ông/ bà nghĩ đến gì?

.....

C2. Ông/ bà lo lắng bản thân có thể mắc những vấn đề sau đây ở mức độ nào?

	Hoàn toàn không → Lo lắng ở mức cao nhất									
Căng thẳng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lo âu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trầm cảm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sa sút trí tuệ (ví dụ: Alzheimer)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C3. Ông/ bà có biết cơ sở mình sống có nhân viên công tác xã hội không?

1. ☐ Có 2. ☐ Không 3. ☐ Không biết

C4. Ông/ bà đã bao giờ nhận hỗ trợ gì từ nhân viên công tác xã hội chưa?

1. ☐ Đã từng 2. ☐ Chưa từng 3. ☐ Không biết rõ

C5. Ông/ bà đã bao giờ từng nhận hỗ trợ gì từ nhân viên công tác xã hội cho vấn đề sức khỏe tâm thần (như là căng thẳng, lo âu, trầm cảm, sa sút trí tuệ)?

1. ☐ Đã từng 2. ☐ Chưa từng 3. ☐ Không biết rõ

C6. Khi gặp những lo lắng về việc mắc những vấn đề sức khỏe tâm thần, ông/ bà sẽ tìm đến ai để được hỗ trợ?

1. ☐ Không có ai 2. ☐ Nhân viên công tác xã hội
3. ☐ Cán bộ chăm sóc/ điều dưỡng 4. ☐ Bác sĩ/ nhân viên y tế
5. ☐ Cán bộ quản lý cơ sở chăm sóc 6. ☐ Bạn cùng cơ sở chăm sóc
7. ☐ Gia đình/ người thân 8. ☐ Khác (ghi rõ):

C7. Ông/ bà hãy đánh giá mức độ tự tin của mình trong những tình huống sau đây. Cụ thể, vào một ngày bình thường trong tháng tới, ông/ bà tự tin đến mức nào rằng...? (thang đo Self-Efficacy)

(Mức điểm đánh giá từ 1 → 10 tương đương mức độ từ “Không tự tin chút nào” → “Hoàn toàn tự tin”)

	Điểm đánh giá
1. Ông/ bà có thể giữ cho sự căng thẳng, lo lắng hoặc trầm cảm, tình trạng trí nhớ của mình không ảnh hưởng đến những việc bạn muốn làm không?	
2. Ông/ bà có thể thực hiện các nhiệm vụ và hoạt động khác nhau cần thiết để kiểm soát căng thẳng, lo lắng hoặc trầm cảm, tình trạng trí nhớ của mình nhằm giảm nhu cầu đi khám bác sĩ?	
3. Ông/ bà có thể làm những việc khác ngoài việc chỉ dùng thuốc để giảm mức độ căng thẳng, lo lắng hoặc trầm cảm, tình trạng trí nhớ ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của bạn?	
4. Ông/ bà có thể khiến một ngày của mình ít nhất cũng thú vị ở mức độ vừa phải không?	
5. Ông/ bà sẽ có khoảng thời gian vừa phải mà không cảm thấy căng thẳng, lo lắng kể cả về vấn đề trí nhớ hay trầm cảm?	
6. Ông/ bà có thể quản lý hiệu quả mọi căng thẳng, lo lắng kể cả về vấn đề trí nhớ hoặc trầm cảm mà bạn gặp phải không?	

C8. Xin ông/bà cho biết mức độ đồng ý của bản thân với những câu dưới đây, lưu ý rằng:

C8.1. Nếu tôi lo lắng về nguy cơ bản thân có băn khoăn về sức khỏe tâm thần kinh, như lo âu quá mức, trầm cảm, hay sa sút trí tuệ, tôi dự kiến sẽ tìm kiếm sự giúp đỡ từ một cán bộ tại cơ sở chăm sóc

1	2	3	4	5	6	7
Rất không có khả năng						Rất có khả năng

C8.2. Nếu tôi lo lắng về nguy cơ bản thân có băn khoăn về sức khỏe tâm thần kinh, như lo âu quá mức, trầm cảm, hay sa sút trí tuệ, tôi sẽ thử tìm kiếm sự giúp đỡ từ một cán bộ tại cơ sở chăm sóc

1	2	3	4	5	6	7
Hoàn toàn sai						Hoàn toàn đúng

C8.3. Nếu tôi lo lắng về nguy cơ bản thân có băn khoăn về sức khỏe tâm thần kinh, như lo âu quá mức, trầm cảm, hay sa sút trí tuệ, tôi sẽ lập kế hoạch tìm kiếm sự giúp đỡ từ một cán bộ tại cơ sở chăm sóc

1	2	3	4	5	6	7
Rất không đồng ý						Rất đồng ý

C9. Ông/ bà hãy lựa chọn đáp án cho là đúng nhất về thực trạng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung mà ông/ bà đang sống?

Dịch vụ	Sự cần thiết có các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần không? (1 → 5 tương ứng mức độ từ “Không cần thiết” đến “Rất cần thiết”)					Ông/ bà có thường xuyên được cung cấp các dịch vụ sau không? (1 → 5 tương ứng mức độ từ “Chưa bao giờ được hỗ trợ” đến “Rất thường xuyên được hỗ trợ”) (Nếu lựa chọn đáp án (1), vui lòng chuyển sang dịch vụ tiếp theo)					Nếu đã được tiếp cận, ông/ bà có hài lòng với những dịch vụ hỗ trợ này không? (1 → 5 tương ứng mức độ từ “Không hài lòng” đến “Rất hài lòng”)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
I. PHÒNG NGỪA															
1. Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể															
2. Thăm hỏi, động viên tinh thần															
3. Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần															
4. Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần															
5. Tham vấn															
II. SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN															

6. Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần															
7. Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần															
8. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần															
9. Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần															
III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG															
10. Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần															
11. Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần															
12. Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần															
13. Hỗ trợ hoạt động điều trị và phục hồi chức năng tại cơ sở															
14. Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần															
15. Theo dõi quá trình điều trị, sau điều trị & báo cáo bác sỹ chuyên khoa															

C10. Ông/ bà gặp những khó khăn sau ở mức độ nào?

Các khó khăn	1	2	3	4	5
	Không hề khó khăn → Rất khó khăn				
1. Không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
2. Không hiểu rõ về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
3. Không có đủ tiền đi khám sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
4. E ngại, xấu hổ vì vấn đề tâm lý xã hội	1	2	3	4	5
5. Thiếu hỗ trợ xã hội từ gia đình, bạn bè,...	1	2	3	4	5
6. Ngại giao tiếp với cán bộ	1	2	3	4	5
7. Cơ sở chăm sóc không có phòng tư vấn tâm lý và sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
8. Cơ sở chăm sóc không có phòng khám sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
9. Thiếu cán bộ chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở	1	2	3	4	5
10. Thủ tục thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần phức tạp	1	2	3	4	5
11. Không có đủ phương tiện máy móc phục vụ cho việc tập phục hồi chức năng	1	2	3	4	5

C11. Ông/ bà có đề xuất gì nhằm tăng cường dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung mà ông/ bà đang sống?

.....

.....

.....

.....

.....

Xin trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 02

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU

Phiếu PVS02-CBCS

Dành cho cán bộ chăm sóc người cao tuổi

Câu 1: Họ và tên:

Câu 2: Năm sinh:

Câu 3: Giới tính: 1. Nam 2. Nữ (Khoanh tròn vào số tương ứng)

Câu 4: Trình độ, chuyên ngành đào tạo:

Câu 5: Trung tâm là: 1. Công lập 2. Tư nhân

Câu 6: Thâm niên công tác: năm

Thời gian phỏng vấn:

Địa điểm phỏng vấn:

Người phỏng vấn:

Câu 7: Xin anh/chị hãy đánh giá tổng quát về thực trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc anh/ chị đang làm việc? (đặc biệt về các vấn đề trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ)?

Câu 8. Xin anh/chị hãy đánh giá tổng quát về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc người cao tuổi mà anh/chị đang làm việc?

Bao gồm:

- Có/ không;
- Điểm mạnh/ hạn chế;
- Hiệu quả/ không hiệu quả;
- Mức độ đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi;
- Một số ví dụ/ dẫn chứng;

- Các góp ý xây dựng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc

Câu 9. Xin anh/ chị hãy trao đổi về những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở anh/ chị đang làm việc?

- Khó khăn trong phòng ngừa
- Khó khăn trong sàng lọc và chẩn đoán
- Khó khăn trong điều trị và phục hồi chức năng

Câu 10. Xin anh/chị hãy đánh giá tổng quát về nhu cầu và mức độ đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc người cao tuổi mà anh/ chị đang làm việc?

- Có/ không?
- Mức độ đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi
- Một số ví dụ/ dẫn chứng?
- Các góp ý xây dựng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc

Câu 11. Anh/chị đánh giá như thế nào về các yếu tố tác động tới nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc anh/ chị đang làm việc?

Bao gồm:

- Có/không tác động
- Khía cạnh nào?
- Nêu dẫn chứng/ ví dụ?

Câu 12: Anh/chị có thể đưa ra một số đề xuất để đáp ứng tốt nhất nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung?

Xin trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 03**HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU***Dành cho người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc tập trung chăm sóc***PHẦN 1: THÔNG TIN CÁ NHÂN**

Họ và tên:

Năm sinh:

Giới tính:

Thời gian phỏng vấn:

Địa điểm phỏng vấn:

Người phỏng vấn:.....

PHẦN 2: MÔ TẢ ĐỜI SỐNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG**Câu 1:** Thể trạng của Ông/ bà hiện nay như thế nào? (về sức khỏe thể chất, tâm sinh lý, các bệnh mắc phải ...)**Câu 2:** Lý do khiến Ông/ bà vào sống trong cơ sở chăm sóc tập trung (Thời điểm vào sống, hoàn cảnh sống, lý do mong muốn sống tại đây...)? Ai chi trả cho việc sống tại cơ sở chăm sóc tập trung hiện nay của ông/ bà?**Câu 3:** Ông/bà có hãy chia sẻ về các mối quan hệ của ông/ bà với những người sống cùng cơ sở chăm sóc, với gia đình hoặc bên ngoài cộng đồng? (Có/ không? như thế nào?...)**Câu 4:** Khi được vào sống trong cơ sở chăm sóc tập trung, ông/ bà có nhu cầu hay nguyện vọng gì?**Câu 5:** Ông/bà có thường xuyên tham gia các hoạt động ngoại khóa, hoạt động chung dành cho nhóm người cao tuổi sống tại cơ sở chăm sóc tập trung không?

PHẦN 3: NHU CẦU TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG

Câu 6: Ông/ bà có lo lắng gì không?

Câu 7: Ông/ bà có sợ mình bị căng thẳng/ lo âu/ sa sút trí tuệ (ví dụ Alzheimer) không? Tại sao lại nghĩ thế?

Câu 8: Nếu bị những vấn đề trên, ông/ bà nhờ ai giúp đỡ? Tại sao? Ông/ bà từng nhờ ai giúp đỡ chưa? Hiệu quả như thế nào?

Câu 9: Đã bao giờ ông/ bà nghe đến nhân viên công tác xã hội chưa? Tại cơ sở chăm sóc ông/ bà đã gặp nhân viên công tác xã hội chưa, khi đó ông/ bà được hỗ trợ gì? Ông/ bà có nghĩ mình sẽ nhờ họ giúp đỡ không? Tại sao?

Câu 10: Ông/ bà đánh giá các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung ông/ bà đang sống như thế nào?

Câu 11: Ông/ bà nghĩ sẽ gặp khó khăn nào khi tìm kiếm sự hỗ trợ về chăm sóc sức khỏe tâm thần?

Câu 12: Ông/ bà cần sự hỗ trợ trong hay ngoài cơ sở chăm sóc tập trung? Tại sao? Hãy chia sẻ cụ thể?

Câu 13: Ông/ bà có mong muốn gì hay đề xuất gì mong muốn gì trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bản thân?

Xin trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 04

PHÂN TÍCH CÁC NHÂN TỐ KHÁM PHÁ THANG ĐO MỨC ĐỘ CẦN THIẾT, MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYỀN VÀ MỨC ĐỘ HÀI LÒNG VỚI CÁC DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG

Việc đánh giá độ tin cậy và giá trị hội tụ của thang đo thông qua các chỉ số kỹ thuật trong phân tích nhân tố khám phá (EFA) là bước đệm quan trọng để khẳng định tính khoa học của bộ công cụ nghiên cứu. Bảng 2.5 mô tả kết quả phân tích cho thấy tất cả các thang đo thuộc ba giai đoạn phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán, điều trị và phục hồi đều đạt tiêu chuẩn kiểm định khắt khe về mặt thống kê.

Hệ số Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) của các thang đo dao động từ 0.698 đến 0.905, đều nằm trong ngưỡng cho phép lớn hơn 0.60, chứng tỏ kích thước mẫu nghiên cứu hoàn toàn phù hợp và dữ liệu đủ điều kiện để tiến hành phân tích nhân tố. Đặc biệt, thang đo mức độ tiếp cận và sử dụng trong giai đoạn phòng ngừa đạt chỉ số KMO rất cao ở mức 0.905, khẳng định tính đại diện và sự tương quan chặt chẽ giữa các biến quan sát. Song song với đó, kiểm định Bartlett của toàn bộ các thang đo đều cho giá trị mức ý nghĩa (Sig.) bằng 0.000, cho thấy các biến quan sát có mối liên hệ mật thiết với nhau và giả thuyết về ma trận tương quan giữa các biến là ma trận đơn vị bị bác bỏ. Điều này đảm bảo rằng các biến quan sát hội tụ tốt vào các nhân tố tương ứng, tạo cơ sở vững chắc cho các bước phân tích thống kê mô tả và kiểm định giả thuyết tiếp theo.

Bảng 2. 5. Tổng hợp kết quả phân tích nhân tố (EFA)

Biến	Tên biến	KMO	Bartlett's Test	Số nhân tố trích	Tổng phương sai (%)	Hệ số tải nhân tố chính
Phòng ngừa						
Mức độ cần thiết	c9.1.1– c9.5.1	0.777	0.000	3	51.95%	0.486 - 0.811

Mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ	c9.1.2–c9.5.2	0.905	0.000	3	69.44%	0.618 - 0.864
Mức độ hài lòng	c9.1.3–c9.5.3	0.755	0.000	4	72.33%	0.403 - 0.872
Sàng lọc & chẩn đoán						
Mức độ cần thiết	c9.6.1–c9.9.1	0.712	0.000	1	64.51%	0.755 - 0.789
Mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ	c9.6.2–c9.9.2	0.734	0.000	1	71.22%	0.702 - 0.864
Mức độ hài lòng	c9.6.3–c9.9.3	0.698	0.000	1	68.45%	0.745 - 0.789
Điều trị & phục hồi chức năng						
Mức độ cần thiết	c9.10.1–c9.15.1	0.821	0.000	1	58.74%	0.558 - 0.811
Mức độ thường xuyên được cung cấp dịch vụ	c9.10.2–c9.15.2	0.884	0.000	1	66.32%	0.692 - 0.844
Mức độ hài lòng	c9.10.3–c9.15.3	0.792	0.000	1	70.15%	0.547 - 0.836

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Bảng 2.6 mô tả các nhân tố và biến quan sát được giữ lại sau khi phân tích nhân tố các thang đo. Kết quả phân tích nhân tố khám phá (EFA) đối với các thang đo trong nghiên cứu đã xác lập một cấu trúc dữ liệu chặt chẽ, phản ánh rõ nét qua các hệ số tải nhân tố và sự hội tụ của các biến quan sát. Ở giai đoạn phòng ngừa, các biến quan sát bao gồm tạo điều kiện, thăm hỏi, giáo dục, tư vấn và tham vấn đã hội tụ ổn định để hình thành nên các nhân tố về nhu cầu cần thiết, thực trạng sử dụng và mức độ hài lòng với hệ số tải trung bình đạt từ 0,58 đến 0,81. Điều này cho thấy các hoạt động phòng ngừa cơ bản trong công tác xã hội sức khỏe tâm thần được người cao tuổi nhận diện rất rõ ràng, trong đó mức độ cần thiết đạt điểm trung bình rất cao (4,65), phản

ảnh kỳ vọng lớn của đối tượng nghiên cứu đối với các dịch vụ mang tính chất dự phòng và nâng cao nhận thức.

Bảng 2. 6. Thống kê các nhân tố và biến quan sát được giữ lại sau khi phân tích nhân tố các thang đo

Giai đoạn	Thang đo	Tên nhân tố	Biến quan sát	Hệ số tải trung bình	Điểm trung bình Mean	Độ lệch chuẩn SD
Phòng ngừa	Cần thiết	F1-PN-CT	Tạo điều kiện; Thăm hỏi; Giáo dục; Tư vấn; Tham vấn.	0.58	4.65	0.38
	Mức độ cung cấp dịch vụ	F1-PN-SD	Tạo điều kiện; Thăm hỏi; Giáo dục; Tư vấn.	0.73	3.58	0.72
	Hài lòng	F1-PN-HL	Tạo điều kiện; Thăm hỏi; Tư vấn; Tham vấn.	0.81	3.82	0.65
Sàng lọc & chẩn đoán	Cần thiết	F1-SL-CT	Hướng dẫn; Kết nối; Chuyển tuyến.	0.77	4.23	0.64
	Mức độ cung cấp dịch vụ	F1-SL-SD	Tư vấn thăm khám; Hướng dẫn; Kết nối; Tham vấn.	0.78	3.42	0.81
	Hài lòng	F1-SL-HL	Hướng dẫn; Kết nối; Chuyển tuyến.	0.77	3.68	0.74
Điều trị & phục hồi	Cần thiết	F1-PH-CT	Tư vấn điều trị; Kết nối điều trị; Hỗ trợ điều trị; Chuyển tuyến; Theo dõi.	0.65	4.47	0.52
	Mức độ cung cấp dịch vụ	F1-PH-SD	Tư vấn điều trị; Hướng dẫn điều trị; Kết nối điều trị; Hỗ trợ điều trị; Chuyển tuyến; Theo dõi.	0.81	3.65	0.69
	Hài lòng	F1-PH-HL	Tư vấn điều trị; Kết nối điều trị; Hỗ trợ điều trị; Chuyển tuyến; Theo dõi.	0.83	3.75	0.71

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán, cấu trúc nhân tố tập trung vào các hoạt động cốt lõi như tư vấn thăm khám, hướng dẫn, kết nối và chuyển tuyến với hệ số tải trung bình đạt từ 0,77 đến 0,78. Việc các biến này hội tụ mạnh mẽ chứng tỏ quy trình nghiệp vụ từ khâu nhận diện dấu hiệu đến khi kết nối với các chuyên gia y tế được thực hiện một cách nhất quán. Mặc dù nhu cầu ở giai đoạn này vẫn ở mức cao (4,23), nhưng điểm trung bình về thực trạng sử dụng thực tế lại thấp nhất trong ba giai đoạn (3,42), cho thấy một khoảng trống đáng kể trong việc triển khai các công cụ tầm soát sức khỏe tâm thần chuyên sâu tại cơ sở, dù mức độ hài lòng của những người đã tiếp cận được vẫn duy trì ở mức khá (3,68).

Cuối cùng, ở giai đoạn điều trị và phục hồi, các biến quan sát như tư vấn điều trị, hướng dẫn điều trị, kết nối điều trị, hỗ trợ điều trị, chuyển tuyến và theo dõi đã tạo nên các nhân tố có độ tin cậy rất cao với hệ số tải trung bình lên đến 0,83. Điểm trung bình về mức độ cần thiết (4,47) và hài lòng (3,75) ở giai đoạn này khẳng định vai trò quan trọng của nhân viên công tác xã hội trong việc đồng hành, hỗ trợ tuân thủ điều trị và kết nối nguồn lực cho người cao tuổi. Sự thống nhất giữa các nhân biến và kết quả tính toán trong bảng cho thấy thang đo không chỉ đảm bảo về mặt thống kê mà còn bám sát thực tiễn nghiệp vụ, tạo tiền đề vững chắc cho việc đề xuất các giải pháp can thiệp chuyên biệt

PHỤ LỤC 05

PHÂN TÍCH NHÂN TỐ KHÁM PHÁ KHÓ KHĂN TRONG TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CƠ SỞ CHĂM SÓC TẬP TRUNG

Kết quả phân tích nhân tố khám phá (EFA) được thực hiện với 11 biến phản ánh các khó khăn trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Kết quả cho thấy chỉ có một nhân tố duy nhất được trích, với eigenvalue = 7.350, giải thích 66.82% phương sai toàn bộ. Tất cả 11 biến đều có hệ số tải nhân tố (factor loading) từ 0.697 đến 0.867, chứng tỏ mức độ đóng góp tốt vào cấu trúc nhân tố. Điều này cho thấy các biến quan sát đo lường khá đồng nhất một cấu trúc tiềm ẩn, phản ánh rõ một chiều khái niệm chính liên quan đến "khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần".

Bảng 3. 11. Kết quả phân tích nhân tố khám phá những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung Hà Nội

STT	Chỉ báo (Biến quan sát)	Hệ số tải nhân tố
1	Cơ sở chăm sóc không có phòng tư vấn tâm lý và sức khỏe tâm thần	0.867
2	Cơ sở chăm sóc không có phòng khám sức khỏe tâm thần	0.866
3	Không có đủ tiền đi khám sức khỏe tâm thần	0.865
4	E ngại, xấu hổ vì vấn đề tâm lý xã hội	0.860
5	Không có đủ phương tiện máy móc phục vụ cho việc tập phục hồi chức năng	0.848
6	Thiếu hỗ trợ xã hội từ gia đình, bạn bè	0.832
7	Ngại giao tiếp với cán bộ	0.824
8	Không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần	0.809
9	Không hiểu rõ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần	0.759
10	Thiếu cán bộ chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở	0.744
11	Thủ tục thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần phức tạp	0.697

Nguồn: Dữ liệu khảo sát của đề tài, 2025.

Tuy nhiên, để phục vụ mục tiêu diễn giải sâu và phân tích nội dung, các biến quan sát tiếp tục được phân chia thành ba nhóm nhỏ theo tính chất nội dung: (1) khó khăn về cơ sở vật chất và dịch vụ, (2) rào cản nhận thức và cảm xúc, và (3) trở ngại

thủ tục hành chính. Cách tiếp cận này không mâu thuẫn với kết quả phân tích nhân tố EFA, mà nhằm làm rõ hơn bản chất các yếu tố cản trở, hỗ trợ cho việc xây dựng các khuyến nghị can thiệp phù hợp.

(1) Nhóm khó khăn về cơ sở vật chất và dịch vụ: Bao gồm thiếu phòng khám, phòng tư vấn, phương tiện máy móc, và cán bộ chuyên môn. Đây là nhóm biến có hệ số tải cao nhất (> 0.74), cho thấy hạ tầng dịch vụ yếu kém là khó khăn cốt lõi.

(2) Rào cản nhận thức và cảm xúc: Biến “không hiểu rõ khái niệm sức khỏe tâm thần”, “ngại giao tiếp”, và “xấu hổ vì vấn đề tâm lý” cũng có hệ số tải cao (> 0.8), phản ánh khó khăn tâm lý xã hội có vai trò quan trọng trong hạn chế tiếp cận dịch vụ.

(3) Trở ngại thủ tục hành chính: Biến “thủ tục phức tạp” có hệ số tải thấp nhất trong nhóm nhưng vẫn đạt 0.697, cho thấy tuy không mạnh bằng nhóm hạ tầng và cảm xúc, nhưng vẫn có liên quan.

Nhân tố trích được thể hiện rõ cấu trúc một chiều, phản ánh tổng hợp các rào cản hệ thống, cá nhân và xã hội trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chăm sóc tập trung. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, Tổng Cục Thống kê và UNFPA Vietnam (2021) từng chỉ ra rằng người cao tuổi tại cơ sở công lập thường gặp rào cản kép: thiếu cơ sở vật chất chuyên môn và thiếu cán bộ hỗ trợ tâm lý- xã hội (Tổng Cục Thống kê & UNFPA, 2021). Nghiên cứu của Nguyễn Nam Trường cùng cộng sự (2024) sử dụng điều tra quốc gia cũng khẳng định rằng rào cản cảm xúc và nhận thức (xấu hổ, ngại chia sẻ) là yếu tố cản trở phổ biến trong tiếp cận chăm sóc sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi (Nguyễn Nam Trường và cộng sự, 2024).

Điểm mới trong nghiên cứu là sự kết hợp các nhóm yếu tố vật chất- tâm lý- thủ tục trong cùng một nhân tố duy nhất, thay vì phân tách thành các nhân tố độc lập như trong nhiều nghiên cứu trước. Điều này cho thấy rằng người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc tập trung nhìn nhận các rào cản này như một hệ thống chứ không tách biệt. Mức độ giải thích phương sai cao (66.8%) và hệ số tải mạnh mẽ cho thấy độ tập trung khái niệm tốt- một yếu tố hữu ích trong việc xây dựng thang đo chuẩn hóa sau này.