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

VŨ THỊ MINH PHƯƠNG

HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

Hà Nội - 2026

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

VŨ THỊ MINH PHƯƠNG

HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Ngành: Công tác xã hội
Mã số: 9760101

LUẬN ÁN TIẾN SĨ CÔNG TÁC XÃ HỘI

Xác nhận NCS đã chỉnh sửa luận án
theo Quyết nghị của Hội đồng đánh giá Luận án Tiến sĩ

Chủ tịch Hội đồng | Người hướng dẫn khoa học

PGS.TS Hoàng Thu Hương | PGS.TS Nguyễn Thanh Bình | TS. Mai Tuyết Hạnh

Hà Nội - 2026

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi dưới sự hướng dẫn của người hướng dẫn khoa học. Các số liệu, kết quả trình bày trong Luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Vũ Thị Minh Phương

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất đến tất cả những cá nhân và tập thể đã đồng hành, hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành Luận án này. Đây là kết quả của một hành trình dài đầy nỗ lực nghiên cứu và học hỏi không ngừng.

Lời cảm ơn đầu tiên và đặc biệt nhất, tôi xin trân trọng dành tặng Phó Giáo sư Tiến sĩ Nguyễn Thanh Bình và Tiến sĩ Mai Tuyết Hạnh. Chính sự tận tâm, chuyên môn sâu sắc cùng những định hướng, góp ý chi tiết và kịp thời của hai Thầy/Cô với vai trò Người hướng dẫn khoa học đã giúp tôi vượt qua mọi khó khăn và hoàn thành công trình này.

Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn toàn thể Ban Lãnh đạo, cán bộ, quý Thầy/Cô Trường Đại học Lao động – Xã hội (Cơ Sở II) và Khoa Công tác xã hội đã hỗ trợ chuyên môn, tinh thần và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành Luận án.

Xin chân thành cảm ơn quý Thầy/Cô trong Hội đồng Khoa học các cấp, những người đã tham gia đánh giá, phản biện và đóng góp những ý kiến quý báu, mang tính xây dựng cao, góp phần hoàn chỉnh Luận án.

Đặc biệt, tôi xin trân trọng cảm ơn quý vị người cao tuổi, các gia đình và cán bộ cơ sở tại TP.HCM đã nhiệt thành hỗ trợ, tham gia khảo sát và đóng góp những thông tin thực tiễn quý giá cho Luận án.

Cuối cùng, tôi xin cảm ơn gia đình, bạn bè và những người thân yêu đã luôn là điểm tựa vững chắc, thấu hiểu và động viên tôi trong suốt quá trình thực hiện Luận án.

Dù đã dành nhiều tâm huyết và nỗ lực để nghiên cứu, Luận án này chắc chắn không tránh khỏi những thiếu sót. Kính mong nhận được sự lượng thứ và những góp ý chân thành từ quý Thầy/Cô và các nhà khoa học.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng 11 năm 2026

Tác giả luận án

Vũ Thị Minh Phương

MỤC LỤC

Lời cam đoan

Lời cảm ơn

Mục lục **1**

Danh mục các ký hiệu và chữ viết tắt **7**

Danh mục các bảng, biểu đồ **8**

MỞ ĐẦU **10**

1. Tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu **10**

2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu **11**

2.1. Mục đích nghiên cứu 11

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu 12

3. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu **12**

3.1. Đối tượng nghiên cứu 12

3.2. Khách thể nghiên cứu 12

3.3. Phạm vi nghiên cứu 13

4. Câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu **14**

4.1. Câu hỏi nghiên cứu 14

4.2. Giả thuyết nghiên cứu 15

5. Phương pháp nghiên cứu **15**

5.1. Phương pháp luận nghiên cứu 15

5.2. Các phương pháp nghiên cứu cụ thể 16

5.2.1. Phương pháp phân tích tài liệu 16

5.2.2. Phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi 16

5.2.3. Phương pháp phỏng vấn sâu 18

6. Khó khăn và giới hạn của nghiên cứu **19**

7. Những đóng góp mới về lý luận và thực tiễn của luận án **21**

7.1. Đóng góp mới về mặt lý luận 21

7.2. Đóng góp mới về mặt thực tiễn 22

8. Kết cấu của luận án **23**

Chương 1: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI 24
1.1 Những nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần và nhu cầu của người cao tuổi 24
1.2. Những nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 29
1.3. Những nghiên cứu về các nguồn lực và mô hình hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 33
1.4. Những nghiên cứu về các rào cản đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 38
1.5. Đánh giá chung về tình hình nghiên cứu và những đóng góp của luận án 39
1.5.1. Đánh giá chung về tình hình nghiên cứu 39
1.5.2. Khoảng trống nghiên cứu và đóng góp của luận án 40
Tiểu kết chương 1 42
Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI 44
2.1. Một số khái niệm cơ bản 44
2.1.1. Người cao tuổi 44
2.1.2. Sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi ... 44
2.1.2.1 Sức khỏe tâm thần 44
2.1.2.2 Chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 46
2.1.3. Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 48
2.1.3.1. Hoạt động phát hiện sớm 49
2.1.3.2. Hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản 50
2.1.3.3. Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần ... 52
2.1.3.4. Hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội 53
2.1.4. Công tác xã hội và hoạt động công tác xã hội với người cao tuổi 54
2.1.4.1. Công tác xã hội 54
2.1.4.2. Hoạt động công tác xã hội với người cao tuổi 55
2.1.5. Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi .. 56

2.1.5.1. Khái niệm dịch vụ công tác xã hội *56*
2.1.5.2. Các thành tố của dịch vụ công tác xã hội *57*
2.1.6. Nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 58
2.1.6.1 Nguồn lực nhân lực *58*
2.1.6.2. Nguồn lực vật chất *60*
2.1.6.3. Nguồn lực tài chính *60*
2.1.6.4. Nguồn lực cộng đồng *61*
2.2. Một số lý thuyết áp dụng trong nghiên cứu 64
2.2.1. Thuyết hệ thống sinh thái. *64*
2.2.2. Thuyết mạng lưới xã hội *65*
2.2.3. Lý thuyết các giai đoạn phát triển của Erik Erikson *66*
2.3. Chủ trương của Đảng, chính sách và pháp luật của Nhà nước về NCT 68
2.3.1. Chủ trương của Đảng. *68*
2.3.2. Chính sách và pháp luật của Nhà nước về người cao tuổi. *68*
2.4. Khung phân tích của nghiên cứu 70
2.5. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu 71
2.5.1. Địa bàn nghiên cứu 72
2.5.2. Mẫu nghiên cứu 73
2.5.2.1. Mẫu khảo sát định lượng *74*
2.5.2.2. Mẫu khào sát định tính *75*
2.5.3. Quy trình xây dựng và kiểm định công cụ thu thập dữ liệu 76
2.5.3.1. Công cụ khảo sát định lượng *76*
2.5.3.2. Công cụ khảo sát định tính *78*
2.5.4. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu 78
2.5.4.1. Xử lý dữ liệu định lượng *79*
2.5.4.2. Xử lý dữ liệu định tính *79*
2.5.5. Đạo đức nghiên cứu 80
Tiểu kết Chương 2 81

Chương 3. THỰC TRẠNG CÁC HOẠT ĐỘNG VÀ NGUỒN LỰC TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 82

3.1. Đặc điểm đối tượng khảo sát và tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn 82

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu 82

3.1.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi 86

3.2. Thực trạng các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh 88

3.2.1. Đánh giá của người cao tuổi về nhu cầu và mức độ cần thiết của các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần 88

3.2.2. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 92

3.2.2.1. Hoạt động phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần 92

3.2.2.2. Hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản 96

3.2.2.3. Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần... 98

3.2.2.4. Hoạt động hỗ trợ người cao tuổi tham gia xã hội 102

3.2.3. Đánh giá mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần 106

3.2.4. Các yếu tố rào cản trong việc tiếp cận hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh 110

3.3. Thực trạng các nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh 112

3.3.1. Các nguồn lực chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 112

3.3.1.1. Nguồn lực nhân lực 113

3.3.1.2. Nguồn lực vật chất 115

3.3.1.3. Nguồn lực tài chính 116

3.3.1.4. Nguồn lực cộng đồng 118

3.3.2. Đánh giá của khách thể về hiệu quả nguồn lực hỗ trợ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 120

3.4. Đánh giá chung về mối liên hệ giữa các yếu tố sinh thái, nguồn lực và hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần 123
Tiểu kết chương 3 127
Chương 4. ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 129
4.1. Căn cứ và nguyên tắc đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 130
4.1.1. Căn cứ lý luận và pháp lý 130
4.1.2. Căn cứ từ thực trạng hoạt động và nguồn lực chăm sóc chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Thành phố Hồ Chí Minh 131
4.1.3. Các nguyên tắc chuyên môn của mô hình 134
4.2. Đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 134
4.2.1. Cấu trúc và mạng lưới vận hành của mô hình 135
4.2.2. Quy trình cung cấp dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 135
4.3. Các nhóm dịch vụ công tác xã hội trong mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi 142
4.3.1. Nhóm dịch vụ phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần 142
4.3.2. Nhóm dịch vụ hỗ trợ tâm lý cơ bản 143
4.3.3. Nhóm dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần 144
4.3.4. Nhóm dịch vụ hỗ trợ người cao tuổi tham gia xã hội 144
4.4. Các giải pháp huy động và tối ưu hóa nguồn lực nhằm nâng cao tính khả thi của mô hình đề xuất 145
4.4.1. Giải pháp phát triển và chuyên nghiệp hóa nguồn nhân lực 145
4.4.2. Giải pháp điều phối và nâng cao hiệu quả nguồn lực vật chất 145
4.4.3. Giải pháp đảm bảo và nâng cao tính bền vững của nguồn lực tài chính 146
4.4.4. Giải pháp kích hoạt nguồn lực cộng đồng và phát triển cơ chế phối hợp liên ngành 146

Tiểu kết chương 4..... 148
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ 149
1. Kết luận 149
2. Khuyến nghị 151
DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN 153
TÀI LIỆU THAM KHẢO 154
PHỤ LỤC 170

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CLB	Câu lạc bộ
CSSKTT	Chăm sóc sức khỏe tâm thần
CTXH	Công tác xã hội
DVCTXH	Dịch vụ công tác xã hội
ĐTB	Điểm trung bình
NCT	Người cao tuổi
NVCTXH	Nhân viên công tác xã hội
PVS	Phỏng vấn sâu
SKTT	Sức khỏe tâm thần
TP. HCM	Thành phố Hồ Chí Minh

DANH MỤC BẢNG SỐ LIỆU

Bảng	Trang
Bảng 2.1. Kết quả đánh giá độ tin cậy của các thang đo trong nghiên cứu	78
Bảng 3.1. Đặc điểm người cao tuổi tham gia khảo sát	82
Bảng 3.2. Phân nhóm sức khỏe tâm thần của người cao tuổi theo đặc điểm nhân khẩu học	87
Bảng 3.3. Nhận thức của NCT về mức độ cần thiết của các hoạt động CSSKTT (N=420)	89
Bảng 3.4. Nhu cầu của người cao tuổi đối với các hoạt động CSSKTT tại TP. Hồ Chí Minh	90
Bảng 3.5. Kết quả kiểm định sự khác biệt về nhu cầu CSSKTT của NCT theo nhân khẩu học	91
Bảng 3.6. Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động phát hiện sớm theo từng nhóm chủ thể (N = 420)	92
Bảng 3.7. Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động phát hiện sớm đối với NCT (N=420)	94
Bảng 3.8. Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động hỗ trợ tâm lý đối với NCT (N=420)	97
Bảng 3.9. Đánh giá của người cao tuổi về tần suất và hiệu quả của hoạt động truyền thông SKTT (N=420)	99
Bảng 3.10. Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động truyền thông SKTT đối với NCT (N=420)	101
Bảng 3.11. Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học có ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội đối với NCT (N=420)	104
Bảng 3.12. Mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với các hoạt động CSSKTT tại TP.HCM (N=420)	106
Bảng 3.13. So sánh mức độ hài lòng của NCT đối với các hoạt động CSSKTT theo nhân khẩu học	107
Bảng 3.14. Yếu tố chủ quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động	110

CSSKTT của người cao tuổi tại TP. HCM	
Bảng 3.15. Yếu tố khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động CSSKTT của người cao tuổi	111
Bảng 3.16. Đánh giá của NCT về khả năng tiếp cận các nhóm nguồn nhân lực hỗ trợ (N=420)	113
Bảng 3.17. Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực vật chất hỗ trợ CSSKTT (N=420)	115
Bảng 3.18. Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực tài chính hỗ trợ CSSKTT (N=420)	117
Bảng 3.19. Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực cộng đồng hỗ trợ CSSKTT (N = 420)	118
Bảng 3.20. Kết quả đánh giá T-test về tính hiệu quả nguồn lực theo giới	120
Bảng 3.21. Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến đánh giá tính hiệu quả nguồn lực của NCT (N=420)	121
Bảng 3.22. Mối tương quan giữa mức độ tiếp cận và tính hiệu quả của các nguồn lực	123
Bảng 3.23. Tổng hợp kết quả kiểm định ANOVA về sự khác biệt trong đánh giá hiệu quả nguồn lực theo đặc điểm nhân khẩu học	124
Bảng 3.24. Ma trận tương quan giữa các nhóm hoạt động và nguồn lực hỗ trợ CSSKTT đối với NCT (N=420)	125

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Trang
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ NCT mắc một số bệnh lý phổ biến	85
Biểu đồ 3.2. Phân bố mức thu nhập trung bình của NCT tại TP. HCM	86
Biểu đồ 3.3. Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản (N=420)	96
Biểu đồ 3.4. Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội (N=420)	103

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu

Việt Nam đang trải qua giai đoạn biến đổi nhân khẩu học sâu sắc, với tốc độ già hóa dân số thuộc nhóm nhanh nhất thế giới. Theo báo cáo mới nhất về tình trạng dân số thế giới, xu hướng chuyển dịch và giảm tỷ suất sinh toàn cầu đang định hình nên những xã hội có tỷ lệ người cao tuổi (NCT) lớn hơn và cấu trúc nhân khẩu học biến đổi với quy mô chưa từng có (UNFPA, 2025). Quá trình chuyển đổi từ xã hội "già hóa" sang xã hội "già" được dự báo sẽ rút ngắn đáng kể về mặt thời gian, gây áp lực lên hệ thống y tế và an sinh xã hội (Tổng cục Thống kê, 2024). Tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM), thách thức này biểu hiện rõ nét khi tỷ lệ NCT vượt ngưỡng 11% dân số (Tổng cục Thống kê, 2024). Trong đó, sức khỏe tâm thần (SKTT) là một lĩnh vực cấp bách, đòi hỏi sự quan tâm chuyên sâu trong đời sống tinh thần của NCT.

Bên cạnh những áp lực về nhân khẩu học, các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đều chỉ ra rằng rối loạn tâm thần phổ biến như trầm cảm, lo âu có tỷ lệ mắc cao ở lứa tuổi này. Theo Tổ chức Y tế thế giới, khoảng 15% người lớn từ 60 tuổi trở lên bị rối loạn tâm thần (WHO, 2020). Tuy nhiên, thực tế tồn tại sự khác biệt lớn giữa tỷ lệ mắc ước tính trong cộng đồng với số ca được ghi nhận, chẩn đoán và điều trị chính thức. Sự chênh lệch này cho thấy nhiều NCT có vấn đề về SKTT chưa tiếp cận được với các dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp. Các nghiên cứu đi trước chỉ ra rằng thực trạng này thường liên quan đến một số yếu tố như: rào cản từ định kiến văn hóa đối với bệnh tâm thần, nhận thức hạn chế của cá nhân và gia đình, cùng sự thiếu hụt công cụ sàng lọc hay chuyên môn lão khoa tâm thần tại y tế cơ sở. Dù vậy, mức độ tác động cụ thể của các yếu tố này đối với trải nghiệm của NCT tại TP.HCM vẫn là một câu hỏi cần được tiếp tục làm rõ bằng bằng chứng thực nghiệm.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện nay tại TP.HCM đang vận hành với những đặc thù riêng. Mạng lưới chăm sóc y tế chuyên nghiệp (bệnh viện, trung tâm y tế) sở hữu chuyên môn cao nhưng đôi khi gặp khó khăn trong việc tiếp cận do áp lực quá tải hoặc rào cản địa lý (Sở Y tế TP.HCM, 2024). Bên cạnh đó, các hoạt động chăm sóc dựa vào sự gắn kết tình cảm, do các hội đoàn, câu lạc bộ và gia đình thực hiện tại cộng đồng đã góp phần hỗ trợ đáng kể cho NCT. Tuy nhiên, các mạng lưới này cũng

bộc lộ những hạn chế về tính hệ thống và năng lực chuyên môn sâu khi đối diện với các biến cố SKTT phức tạp. Sự vận hành song song nhưng thiếu cơ chế liên kết đồng bộ giữa hai hệ thống này đặt ra yêu cầu cần có những nghiên cứu sâu sắc hơn về giải pháp kết nối. Đặc biệt, việc thiếu hụt những dữ liệu khoa học xuất phát từ chính góc nhìn và cảm nhận của NCT, là những người trực tiếp thụ hưởng dịch vụ có thể làm giảm hiệu quả thực tế của các chính sách can thiệp. Do đó, luận án hướng tới một nghiên cứu bài bản nhằm thấu hiểu thực trạng, phân tích cảm nhận của NCT về các hoạt động và nguồn lực hiện có, trên cơ sở kế thừa và tiếp nối các kết quả nghiên cứu có liên quan trước đây của các nhà khoa học.

Dưới góc độ Công tác xã hội (CTXH), một ngành học có thế mạnh về đánh giá nhu cầu, kết nối nguồn lực và can thiệp tâm lý xã hội thì việc nghiên cứu chủ đề này là vô cùng cần thiết. Chăm sóc SKTT cho NCT không phải là một lĩnh vực hoàn toàn mới tại Việt Nam, tuy nhiên, các nghiên cứu tiếp cận sâu từ góc nhìn của người thụ hưởng vẫn còn khoảng trống. Đồng thời, các phân tích về vai trò điều phối, kết nối nguồn lực của CTXH, cũng như các bằng chứng thực nghiệm để đề xuất mô hình dịch vụ CTXH dựa vào cộng đồng trong bối cảnh một đô thị đặc thù như TP.HCM vẫn chưa được khai thác nhiều.

Vì những lý do trên, việc thực hiện đề tài ***"Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh"*** là thiết thực. Kết quả nghiên cứu được kỳ vọng sẽ đóng góp thêm những luận cứ khoa học từ khía cạnh chuyên ngành, làm rõ khoảng trống về vai trò kết nối nguồn lực của CTXH và cung cấp bằng chứng thực nghiệm hỗ trợ xây dựng mô hình dịch vụ CTXH dựa vào cộng đồng phù hợp với nguyện vọng của NCT tại địa bàn nghiên cứu.

2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục đích nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ những vấn đề lý luận và phân tích thực trạng các hoạt động CSSKTT hiện có đối với NCT tại TP.HCM thông qua góc nhìn và đánh giá của chính NCT đối với các hoạt động hỗ trợ này. Trên cơ sở phân tích cảm nhận của NCT về khả năng tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ, luận án đề xuất mô hình

DVCTXH nhằm đáp ứng tốt hơn kỳ vọng của họ, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Luận án được nghiên cứu nhằm thực hiện một số nhiệm vụ cơ bản sau đây:

- Tổng quan các công trình nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới liên quan đến hoạt động CSSKTT đối với NCT.

- Hệ thống hóa và xây dựng cơ sở lí luận với các khái niệm công cụ liên quan tới CSSKTT đối với NCT.

- Khảo sát và phân tích đánh giá của NCT về thực trạng các hoạt động CSSKTT tại Thành phố Hồ Chí Minh, tập trung vào trải nghiệm của họ đối với các nhóm hoạt động do các chủ thể không chuyên (gia đình, bạn bè, chính quyền/hội đoàn thể) thực hiện.

- Phân tích sự hài lòng và nhận diện các khó khăn của NCT khi tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ, từ đó chỉ ra những khoảng trống dịch vụ dưới góc nhìn của NCT.

- Đề xuất mô hình DVCTXH chuyên nghiệp tích hợp các nhóm dịch vụ phát huy nguồn lực hỗ trợ phù hợp với tâm lý và kỳ vọng của NCT, nhằm lấp đầy các thiếu hụt chuyên môn và nâng cao hiệu quả hệ thống an sinh tại địa phương.

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

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi.

3.2. Khách thể nghiên cứu

Để đảm bảo tính toàn diện và đa chiều, nghiên cứu sử dụng phương pháp hỗn hợp với các nhóm khách thể cụ thể như sau:

Khách thể khảo sát: 420 NCT (từ 60 tuổi trở lên, có khả năng giao tiếp, tự nguyện tham gia nghiên cứu) đang sinh sống tại các cộng đồng dân cư trên địa bàn TP.HCM từ 1 năm trở lên.

Khách thể phỏng vấn sâu: Nhóm NCT; Nhóm thành viên trong gia đình là những người đang trực tiếp chăm sóc hoặc sống chung với NCT, nhằm tìm hiểu vai trò, nhận thức và những khó khăn của gia đình trong việc hỗ trợ SKTT cho NCT; Nhóm bạn bè, hàng xóm của NCT: Những người trong mạng lưới xã hội thân cận, thường xuyên tương tác và cùng tham gia các hoạt động với NCT, nhằm khám phá vai trò của hỗ trợ đồng đẳng và các mối quan hệ xã hội; Nhóm đại diện chính quyền và đoàn thể địa phương: Cán bộ phụ trách công tác NCT tại phường/xã, đại diện Hội Người cao tuổi... nhằm tìm hiểu về các chính sách, nguồn lực và cách thức tổ chức các hoạt động hỗ trợ NCT tại cộng đồng.

3.3. Phạm vi nghiên cứu

- *Phạm vi về nội dung*: Nghiên cứu tập trung phân tích đánh giá của NCT về thực trạng 4 hoạt động CSSKTT tại cộng đồng gồm: (1) Phát hiện sớm; (2) Hỗ trợ tâm lý cơ bản; (3) Truyền thông nâng cao nhận thức về SKTT; và (4) Hỗ trợ tham gia xã hội.

Việc giới hạn vào bốn nhóm hoạt động này giúp đề tài tập trung vào các hoạt động gần với chức năng phòng ngừa, hỗ trợ, kết nối và phục hồi xã hội của CTXH. Nghiên cứu giới hạn ở việc thấu hiểu trải nghiệm và cảm nhận chủ quan của người thụ hưởng (NCT) đối với các hoạt động đang được thực hiện chủ yếu bởi mạng lưới phi chính thức (bản thân NCT, gia đình, bạn bè và hội đoàn thể) cũng như khả năng tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ hiện có gồm: nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng. Ngoài ra, việc giới hạn các hoạt động này còn dựa trên những căn cứ pháp lý, đáp ứng các tiêu chuẩn về quy trình chăm sóc tại Thông tư số 35/2011/TT-BYT của Bộ Y tế, đồng thời bám sát định hướng về hỗ trợ an sinh tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định 20/2021/NĐ-CP.

Nghiên cứu không đi sâu vào quy trình nghiệp vụ hành chính của các tổ chức, các liệu pháp điều trị tâm lý lâm sàng chuyên sâu hoặc các vấn đề bệnh lý tâm thần nặng cần sự can thiệp trực tiếp của y khoa chuyên khoa nhằm đảm bảo tính an toàn y tế và đạo đức nghề nghiệp. Đồng thời, việc đánh giá toàn diện thực chất chất lượng

hoạt động từ góc nhìn đa chiều của các nhà cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp sẽ được giới hạn lại và xem như một hướng nghiên cứu tiếp theo của đề tài.

- *Phạm vi về thời gian*: Phạm vi thời gian được xác định từ năm 2023 đến năm 2026. Trong đó, giai đoạn 2023 - 2026 là khoảng thời gian dùng để xem xét bối cảnh kinh tế - xã hội, chính sách và hệ thống dịch vụ CSSKTT đối với NCT tại TP. HCM; dữ liệu sơ cấp (thời gian tiến hành khảo sát và phỏng vấn thu thập dữ liệu thực địa) được thực hiện từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025.

- *Phạm vi về không gian*: Nghiên cứu được thực hiện tại 03 khu vực đại diện cho các đặc điểm đô thị hóa khác nhau của Thành phố Hồ Chí Minh. Để đảm bảo tính cập nhật theo lộ trình sắp xếp đơn vị hành chính của Thành phố, địa bàn nghiên cứu được xác định và gọi tên theo danh sách 168 đơn vị hành chính cấp xã chính thức (áp dụng từ ngày 01/7/2025 theo Nghị quyết số 1685/NQ-UBTVQH15), cụ thể bao gồm:

Khu vực đô thị: Phường Chợ Lớn và Phường An Đông (thuộc Quận 5 cũ).

Khu vực đô thị hóa nhanh: Phường Đông Hưng Thuận và Phường Trung Mỹ Tây (thuộc Quận 12 cũ).

Khu vực ngoại thành: Xã Hóc Môn (thuộc Huyện Hóc Môn cũ).

Lưu ý: Tại thời điểm thu thập số liệu, các địa danh này tương ứng với ranh giới hành chính của các phường 5, 7, 11, 12, 14 (Quận 5); phường Tân Thới Nhất, Đông Hưng Thuận, Tân Chánh Hiệp, Trung Mỹ Tây (Quận 12) và thị trấn Hóc Môn cùng các xã lân cận. Việc cập nhật tên gọi mới nhằm đảm bảo tính đồng bộ của luận án với thực tiễn quản lý nhà nước và hệ thống DVCTXH tại địa phương trong giai đoạn hiện nay (Ủy ban Thường vụ Quốc hội, 2025).

4. Câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu

4.1. Câu hỏi nghiên cứu

- Người cao tuổi tại TP.HCM nhận diện và trải nghiệm các hoạt động CSSKTT đang diễn ra tại cộng đồng như thế nào và những rào cản hệ thống nào đang ngăn trở NCT tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội chuyên sâu?

- Người cao tuổi cảm nhận và đánh giá như thế nào về khả năng tiếp cận và tính hiệu quả các nhóm nguồn lực hỗ trợ CSSKTT hiện nay?

- Cần xây dựng mô hình dịch vụ công tác xã hội và các giải pháp nào nhằm bảo đảm nguồn lực và các điều kiện cần thiết để nâng cao hiệu quả CSSKTT cho NCT tại TP. HCM?

4.2. Giả thuyết nghiên cứu

- Hoạt động CSSKTT tại cộng đồng hiện nay được nhận diện là phát triển không đồng đều và mang tính tự phát. NCT có xu hướng dễ tiếp cận các hoạt động giao lưu xã hội nhưng lại gặp khó khăn và bị ngăn trở bởi nhiều rào cản về chuyên môn khi có nhu cầu về các dịch vụ phát hiện sớm hoặc tham vấn và hỗ trợ tâm lý cơ bản.

- Có sự chênh lệch lớn giữa khả năng tiếp cận và tính hiệu quả thực tế của các nhóm nguồn lực. NCT dù có thể tiếp cận được nguồn nhân lực từ gia đình nhưng vẫn cảm thấy thiếu thốn các nguồn lực về vật chất chuyên dụng và các chính sách hỗ trợ tài chính trực tiếp để duy trì SKTT bền vững.

- Sự thiếu liên kết đồng bộ giữa mạng lưới hỗ trợ phi chính thức và hệ thống y tế chuyên khoa hiện nay đặt ra yêu cầu cấp thiết phải thiết lập một mô hình dịch vụ CTXH chuyên nghiệp. Việc triển khai mô hình này, với cơ chế liên kết y tế - xã hội và vai trò điều phối nguồn lực của nhân viên CTXH, được kỳ vọng sẽ là giải pháp cốt lõi giúp lấp đầy các khoảng trống về chuyên môn và hóa giải các rào cản tiếp cận cho NCT.

5. Phương pháp nghiên cứu

5.1. Phương pháp luận nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp luận của chủ nghĩa duy vật biện chứng và chủ nghĩa duy vật lịch sử, theo đó SKTT của NCT được xem xét trong mối quan hệ tác động qua lại với các yếu tố kinh tế - xã hội, văn hóa, và chính sách. Việc phân tích sẽ đặt vấn đề trong bối cảnh lịch sử và điều kiện kinh tế - xã hội cụ thể của Việt Nam và TP.HCM.

Đồng thời, nghiên cứu quán triệt Tư tưởng Hồ Chí Minh và chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về an sinh xã hội. Quan điểm này định hướng phân tích hoạt động CSSKTT cho NCT như một nhiệm vụ chính trị - xã hội quan trọng, hướng đến việc xây dựng một xã hội công bằng, ổn định.

Cuối cùng, nghiên cứu vận dụng quan điểm nhân văn, lấy NCT làm trung tâm, nhằm đề xuất giải pháp thiết thực để cải thiện chất lượng cuộc sống và đóng góp vào sự phát triển xã hội bền vững.

5.2. Các phương pháp nghiên cứu cụ thể

5.2.1. Phương pháp phân tích tài liệu

Mục đích của phương pháp

Xây dựng cơ sở lý luận và khung lý thuyết cho đề tài, tổng quan các công trình nghiên cứu liên quan, xác định các khái niệm công cụ và khoảng trống nghiên cứu.

Nội dung và cách thức tiến hành

Nghiên cứu tiến hành thu thập, phân tích và tổng hợp các nguồn tài liệu đa dạng, bao gồm: các công trình nghiên cứu khoa học đi trước, sách chuyên khảo, bài báo trên tạp chí chuyên ngành trong và ngoài nước; các số liệu thống kê và báo cáo tổng kết của Sở Lao động – Thương binh và Xã hội cũng như Hội người cao tuổi TP. HCM; các văn bản pháp quy, chính sách và định hướng của Nhà nước trong lĩnh vực liên quan đến NCT.

5.2.2. Phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi

Mục đích của phương pháp

Nghiên cứu sử dụng phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi nhằm thu thập dữ liệu định lượng trên diện rộng từ NCT. Mục đích là để mô tả tình hình tham gia các hoạt động CSSKTT; đánh giá nhu cầu, mức độ cần thiết và sự hài lòng của NCT đối với các hoạt động này; đồng thời xác định mức độ tiếp cận cũng như tính hiệu quả của các nguồn lực hỗ trợ hiện có.

Nội dung và cách thức tiến hành

Nội dung khảo sát được thiết kế theo dạng bán cấu trúc, tập trung vào các vấn đề chính bao gồm: thông tin cá nhân; tình hình tham gia các hoạt động CSSKTT của NCT; nhu cầu và mức độ hài lòng của họ với các hoạt động này; và đánh giá về các nguồn lực hiện có như cá nhân và gia đình, cộng đồng và mạng lưới xã hội, chính sách, hạ tầng và mạng lưới dịch vụ chính thức.

Để đảm bảo giá trị khoa học, công cụ đã trải qua quy trình kiểm định nghiêm túc gồm hai giai đoạn:

Giai đoạn thử nghiệm: Khảo sát trên mẫu nhỏ n = 25 NCT để đánh giá độ rõ ràng của câu chữ, kiểm định độ giá trị nội dung thông qua ý kiến chuyên gia và phân tích tương quan biến - tổng ($r \geq 0,30$). Kết quả kiểm định độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's Alpha ở mẫu thử nghiệm cho thấy cả 9 nhóm thang đo đều đạt từ 0,823 đến 0,967.

Giai đoạn chính thức: Triển khai thu thập dữ liệu thực địa tại 03 khu vực đại diện của TP.HCM đối với 420 phiếu hợp lệ bằng bộ công cụ khảo sát đã được thử nghiệm thực địa và kiểm định độ tin cậy.

Dữ liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Trước khi tiến hành các phân tích thống kê đa biến, độ tin cậy của các thang đo được đánh giá bằng hệ số Cronbach’s Alpha (α) trên mẫu chính thức N = 420. Kết quả phân tích chi tiết cho từng thang đo trong mô hình được trình bày tại Bảng 2.1. Tất cả các thang đo trong nghiên cứu, bao gồm các nhóm nguồn lực, các hoạt động CSSKTT và mức độ hài lòng, đều đạt yêu cầu cao về độ tin cậy. Cụ thể, thang đo có hệ số Alpha thấp nhất là Mức độ hài lòng $\alpha = 0,784$), trong khi hầu hết các thang đo khác đều đạt giá trị từ 0,85 trở lên, với mức cao nhất là hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức SKTT ($\alpha= 0,952$). Theo Hair và cộng sự (2019), hệ số $\alpha \geq 0,70$ là chấp nhận được. Do tất cả các thang đo đều thỏa mãn yêu cầu này, các dữ liệu thu thập được có tính nhất quán nội bộ cao và đủ tin cậy để sử dụng làm cơ sở cho các phân tích mô hình trong nghiên cứu.

Các phép phân tích thống kê chính được sử dụng bao gồm:

Thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, điểm trung bình, độ lệch chuẩn): Nhằm mô tả thực trạng nhu cầu, thực trạng tham gia các hoạt động, khả năng tiếp cận nguồn lực và mức độ hài lòng của NCT.

Kiểm định so sánh sự khác biệt (kiểm định T-test hai mẫu độc lập cho biến giới tính; phân tích phương sai 1 chiều One-way ANOVA kèm kiểm định hậu kiểm Post-hoc LSD cho các biến từ 3 nhóm trở lên như như độ tuổi, địa bàn, tình trạng sống, học vấn, thu nhập, nghề nghiệp). Mục tiêu của các phân tích này nhằm mô tả thực trạng, nhận diện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhu cầu CSSKTT và đánh giá hiệu quả nguồn lực cũng như mức độ hài lòng của NCT theo các đặc điểm nhân khẩu học.

Phân tích tương quan tuyến tính Pearson (r): Nhằm đo lường chiều hướng và độ mạnh của mối liên hệ đồng biến giữa khả năng tiếp cận/tính hiệu quả của 04 nhóm nguồn lực (nhân lực, vật chất, tài chính, cộng đồng) với hiệu quả triển khai 04 nhóm hoạt động CSSKTT (phát hiện sớm, hỗ trợ tâm lý, truyền thông, hỗ trợ tham gia xã hội).

Đối tượng và phương pháp chọn mẫu

Để triển khai phương pháp này, nghiên cứu xác định khách thể khảo sát là những NCT từ 60 tuổi trở lên, còn minh mẫn, có khả năng giao tiếp. Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu phi xác suất (chọn mẫu thuận tiện kết hợp có chủ đích) tại 03 khu vực đại diện cho các mức độ đô thị hóa khác nhau của TP.HCM. Cỡ mẫu tối thiểu n = 398 được xác định dựa trên tham chiếu công thức Slovin, dự phòng phát ra 430 phiếu và thu về 420 phiếu hợp lệ đưa vào phân tích chính thức.

5.2.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Mục đích của phương pháp

Phương pháp phỏng vấn sâu được sử dụng nhằm thu thập dữ liệu định tính để bổ trợ và làm rõ hơn các kết quả từ khảo sát định lượng. Mục tiêu là khai thác sâu trải nghiệm thực tế, tìm hiểu bối cảnh xã hội, hành vi cá nhân và vai trò của các chủ thể trong việc CSSKTT cho NCT. Từ đó, các thông tin này góp phần quan trọng vào việc đề xuất mô hình DVCTXH phù hợp với điều kiện thực tế của địa phương.

Nội dung và cách thức tiến hành

Nội dung phỏng vấn tập trung vào các chủ đề chính như: trải nghiệm thực tế và mức độ tham gia hoạt động CSSKTT của các chủ thể; những rào cản, khó khăn mà họ gặp phải; và những mong muốn, nguyện vọng về sự hỗ trợ trong tương lai.

Các cuộc phỏng vấn sâu được tiến hành trực tiếp tại nhà hoặc điểm sinh hoạt cộng đồng của đối tượng. Toàn bộ quá trình phỏng vấn có sử dụng phiếu hướng dẫn, được ghi âm khi có sự đồng thuận của người tham gia. Dữ liệu định tính sau đó được xử lý bằng phương pháp phân tích nội dung, nhằm nhận diện các chủ đề nổi bật và xu hướng hành vi của các chủ thể.

Đối tượng và phương pháp chọn mẫu

Mẫu phỏng vấn sâu được lựa chọn theo phương pháp phi xác suất, chủ yếu là chọn mẫu có chủ đích dựa trên các tiêu chí nghiên cứu. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu kết hợp nguyên tắc đa dạng hóa đối tượng và trong một số trường hợp áp dụng chọn mẫu quả cầu tuyết để tiếp cận người phù hợp. Phỏng vấn được tiến hành trực tiếp, sử dụng phiếu hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc (Phụ lục C), ghi âm có sự đồng thuận, và phân tích theo từng nội dung, chủ đề. Bốn nhóm chủ thể chính đã được phỏng vấn, bao gồm: Người cao tuổi; Thành viên hộ gia đình; Nhóm bạn bè/hàng xóm; và Đại diện chính quyền địa phương/đoàn thể.

6. Khó khăn và giới hạn của nghiên cứu

Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong việc thiết kế và triển khai quy trình nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học, khách quan và độ tin cậy, luận án vẫn tồn tại một số khó khăn và giới hạn nhất định cần được lưu ý khi xem xét, sử dụng các kết quả nghiên cứu:

Thứ nhất, về quá trình thu thập dữ liệu và đặc điểm khách thể. Khảo sát thực địa đối mặt với rào cản khách quan xuất phát từ đặc thù lứa tuổi và độ nhạy cảm của chủ đề SKTT. Sự suy giảm về sức khỏe, trí nhớ cùng khả năng diễn đạt của NCT đã gây ra những trở ngại nhất định trong tiến trình phỏng vấn sâu. Thêm vào đó, tâm lý e ngại do các định kiến xã hội xoay quanh vấn đề SKTT khiến một số NCT chưa thực

sự cởi mở khi chia sẻ các trải nghiệm cá nhân. Mặt khác, do định vị trọng tâm vào góc nhìn và cảm nhận chủ quan của người thụ hưởng (NCT), dữ liệu thu được mang đậm trải nghiệm cá nhân, chưa có sự đối sánh đa chiều từ góc độ đánh giá của các nhà cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp. Đồng thời, do phương pháp khảo sát đòi hỏi sự tương tác trực tiếp, nghiên cứu chủ yếu tập trung vào nhóm NCT còn khả năng nhận thức, minh mẫn và đủ sức khỏe để trả lời, chưa thể phản ánh sâu sắc trải nghiệm của nhóm NCT mắc hội chứng sa sút trí tuệ nặng hoặc rối loạn tâm thần cấp tính.

Thứ hai, về thiết kế và phương pháp nghiên cứu. Luận án sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó các dữ liệu định lượng thu thập được chỉ phản ánh thực trạng và các mối tương quan tại một thời điểm nhất định, chưa thể theo dõi diễn tiến tâm lý theo thời gian hoặc xác lập mối quan hệ nhân quả dài hạn. Bên cạnh đó, do điều kiện thực địa, nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phi xác suất với quy mô N = 420 NCT tại 03 khu vực đại diện cho các mức độ đô thị hóa khác nhau (nội thành, đô thị hóa nhanh và ngoại thành). Vì vậy, các chỉ số và kiểm định thống kê trong luận án chủ yếu mang giá trị nhận diện xu hướng, bộc lộ sự phân hóa và mối liên hệ đồng biến trong phạm vi mẫu khảo sát thực địa, cần có sự thận trọng và không suy rộng thống kê tuyệt đối cho toàn bộ tổng thể NCT trên địa bàn TP.HCM.

Thứ ba, về không gian địa bàn và khả năng khái quát hóa kết quả. Nghiên cứu được thực hiện tại TP.HCM, một đô thị đặc biệt với tốc độ phát triển kinh tế - xã hội nhanh, mức độ tập trung nguồn lực y tế và hệ thống an sinh cao hơn so với mặt bằng chung cả nước. Vì vậy, khi áp dụng các kết luận nghiên cứu và mô hình đề xuất cho các khu vực nông thôn hoặc các địa phương có bối cảnh kinh tế - văn hóa khác biệt, cần có sự điều chỉnh linh hoạt để phù hợp với thực tiễn nguồn lực tại chỗ.

Thứ tư, về phạm vi thẩm định mô hình đề xuất. Do các ràng buộc khách quan về thời gian và nguồn lực trong khuôn khổ một luận án tiến sĩ, "Mô hình dịch vụ CTXH kết nối nguồn lực" (Chương 4) mới dừng lại ở mức độ mô hình đề xuất dựa trên các bằng chứng thực nghiệm và cơ sở lý luận sinh thái, chưa trải qua giai đoạn triển khai thử nghiệm thực địa hoặc thử nghiệm can thiệp lâm sàng để đo lường định lượng tính hiệu quả và đánh giá rủi ro vận hành thực tế. Đây chính là khoảng trống

thực tiễn quan trọng, đặt ra gợi mở cho các nghiên cứu hành động tiếp nối nhằm thực nghiệm, chuẩn hóa và hoàn thiện quy trình 05 bước trong thực tế.

Thứ năm, về việc điều chỉnh và chuẩn hóa địa giới hành chính. Dữ liệu sơ cấp của luận án được thu thập thực địa trong khoảng thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025. Tuy nhiên, để đảm bảo tính đồng bộ với thực tiễn quản lý nhà nước và hệ thống an sinh xã hội giai đoạn hiện nay, tên gọi và định danh các đơn vị hành chính cấp xã trong luận án đã được chuẩn hóa theo danh sách 168 phường/xã chính thức áp dụng từ ngày 01/7/2025 (theo Nghị quyết số 1685/NQ-UBTVQH15 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội). Sự lệch pha mang tính thời điểm này được xử lý bằng cách ghi chú rõ danh xóm/phường cũ tương ứng tại thời điểm khảo sát, đảm bảo tính trung thực của dữ liệu đồng thời đáp ứng quy chuẩn định danh mới của địa phương.

Những khó khăn và giới hạn nêu trên, mặc dù không làm thay đổi giá trị khoa học và đóng góp thực tiễn cốt lõi của luận án, nhưng là căn cứ quan trọng để các nghiên cứu tiếp nối trong tương lai có thể mở rộng phạm vi, hoàn thiện phương pháp chọn mẫu và triển khai thực nghiệm mô hình trong thực tế.

7. Những đóng góp mới về lý luận và thực tiễn của luận án

7.1. Đóng góp mới về mặt lý luận

Luận án mang lại những đóng góp khoa học mang tính hệ thống, phân định rõ giữa việc kế thừa nền tảng tri thức hiện có và việc phát triển các giá trị học thuật mới. Cụ thể, dựa trên nền tảng tiếp cận được chắt lọc từ thuyết Hệ thống sinh thái, thuyết Mạng lưới xã hội và thuyết phát triển tâm lý xã hội của Erikson, đóng góp lý luận của nghiên cứu nằm ở việc tích hợp thành công các lý thuyết này. Qua đó, luận án đã xây dựng được một khung phân tích chuyên sâu về sự tương tác nguồn lực, đặt trong bối cảnh thực tiễn của quá trình già hóa dân số tại TP.HCM. Khung phân tích này không chỉ đơn thuần là sự phối hợp giữa các lý thuyết, mà đã trở thành một hệ quy chiếu độc lập giúp giải mã cơ chế vận hành, sự thiếu liên kết và tính tương tác giữa các nguồn lực CSSKTT trong bối cảnh già hóa dân số tại một đô thị đặc biệt.

Bên cạnh đó, luận án có đóng góp rõ nét về mặt phương pháp luận nghiên cứu chuyên ngành CTXH. Thay vì dừng lại ở các phân tích thống kê mô tả truyền thống,

nghiên cứu đã chuẩn hóa công cụ đo lường và ứng dụng các kỹ thuật phân tích thống kê sâu như phân tích phương sai ANOVA và ma trận tương quan Pearson. Việc sử dụng những phương pháp này cho phép thiết lập các bằng chứng thực nghiệm về mối tương quan đồng biến giữa năng lực cung ứng nguồn lực và hiệu quả hoạt động, tạo ra một bộ khung tham chiếu chuẩn mực cho các nghiên cứu tương lai khi cần đối sánh, đánh giá hiệu suất của các hệ thống an sinh xã hội.

Đồng thời, kết quả nghiên cứu đặt nền móng lý luận cho việc chuyển dịch mô hình CSSKTT từ tự phát sang bối cảnh can thiệp chuyên nghiệp. Việc đề xuất quy trình quản lý ca chuẩn hóa trong luận án đã tái định hình vai trò của nhân viên CTXH, từ người hỗ trợ trực tiếp trở thành nhà điều phối hệ thống nguồn lực. Điều này mở ra hướng đi mới cho việc phát triển lý thuyết thực hành CTXH lâm sàng và CTXH cộng đồng đặc thù cho NCT tại Việt Nam.

7.2. Đóng góp mới về mặt thực tiễn

Về mặt thực tiễn, những phát hiện từ luận án góp phần cung cấp một bức tranh mô tả toàn cảnh để mang lại những bằng chứng lượng hóa trực tiếp phục vụ công tác hoạch định chính sách. Đóng góp thực tiễn lớn nhất là việc luận án đã phác họa được những rào cản cốt lõi về sự phân hóa địa bàn cư trú và sự hạn chế về chuyên môn của hệ thống nguồn lực phi chính thức (gia đình, láng giềng). Các bằng chứng thực chứng này cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng để cơ quan quản lý nhà nước tại TP. HCM chuyển đổi từ tư duy ban hành chính sách hỗ trợ dàn trải sang chiến lược phân bổ nguồn lực có trọng tâm, đặc biệt ưu tiên giải quyết sự thiếu hụt hạ tầng an sinh tại các khu vực ven đô và vùng ngoại thành.

Đối với các đơn vị thực hành nghề nghiệp như Trung tâm Công tác xã hội, Trạm Y tế hay Hội Người cao tuổi cấp cơ sở, luận án cung cấp một hệ thống các giải pháp can thiệp mang tính ứng dụng tức thời. Cơ chế phối hợp liên ngành và quy trình chuyển tuyến dịch vụ được đề xuất không chỉ là định hướng chung mà còn là cẩm nang thực thi cụ thể, có thể tích hợp trực tiếp vào quy trình quản trị và hành chính tại cấp phường/xã. Những công cụ này trực tiếp hỗ trợ các tổ chức chuyển đổi phương

thức hoạt động từ phong trào, hình thức sang mô hình cung ứng dịch vụ có đánh giá và kiểm soát chất lượng chuyên môn.

Cuối cùng, các kết quả và mô hình từ luận án đóng vai trò như một đòn bẩy nhằm thay đổi nhận thức cộng đồng, từng bước xóa bỏ sự kỳ thị xã hội đối với các tổn thương tâm lý ở NCT. Bằng việc lượng hóa rõ ràng giá trị của các hoạt động chăm sóc, luận án tạo bệ phóng để thu hút nguồn lực xã hội hóa, khuyến khích sự tham gia của các doanh nghiệp và tổ chức phi chính phủ vào việc xây dựng các "nhóm tự giúp đỡ" tại cộng đồng. Khối lượng dữ liệu thực tiễn này cũng bổ sung nguồn tài liệu tham khảo hệ thống, phục vụ trực tiếp cho công tác đào tạo nhân lực ngành CTXH nhằm đáp ứng thách thức của bối cảnh già hóa dân số hiện nay.

8. Kết cấu của luận án

Ngoài phần mở đầu, kết luận, danh mục tài liệu tham khảo, phụ lục, luận án gồm 4 chương:

- Chương 1: Tổng quan nghiên cứu về hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi.

- Chương 2: Cơ sở lý luận và thiết kế nghiên cứu về hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi.

- Chương 3: Thực trạng các hoạt động và nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh.

- Chương 4: Đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Chương 1: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

Ở các đô thị lớn như TP. Hồ Chí Minh, tốc độ già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng và nhu cầu về CSSKTT cho NCT ngày càng tăng, đòi hỏi phải có những nghiên cứu và đánh giá toàn diện về các mô hình chăm sóc hiện có. Các công trình nghiên cứu khoa học đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá và phát triển các chiến lược, mô hình, dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp, từ đó đề xuất các giải pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho NCT. Đồng thời, những nghiên cứu này cũng giúp xác định rõ hơn các yếu tố văn hóa, xã hội, và kinh tế ảnh hưởng đến SKTT của NCT, tạo cơ sở cho việc xây dựng các chính sách và dịch vụ hỗ trợ hiệu quả. Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành tổng quan những nội dung chính sau: (1) Những nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần và nhu cầu của NCT; (2) Những nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với NCT; (3) Những nghiên cứu về các nguồn lực và mô hình hoạt động CSSKTT đối với NCT; và (4) Những nghiên cứu về các rào cản trong tiếp cận hoạt động và nguồn lực CSSKTT đối với NCT.

1.1 Những nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tâm thần và nhu cầu của người cao tuổi

Các nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe NCT trên toàn cầu trong nhiều thập kỷ qua đã tạo nên một bức tranh học thuật đa chiều. Tuy nhiên, khi tổng hợp hệ thống nghiên cứu này, có thể nhận thấy một sự dịch chuyển mang tính chu kỳ từ việc quá chú trọng vào mô hình y sinh học sang sự trỗi dậy của mô hình tâm lý xã hội, và hiện tại là sự cấp thiết phải tích hợp lăng kính của CTXH vào hệ thống chăm sóc.

Trong giai đoạn đầu và kéo dài đến tận hiện tại, một trường phái nghiên cứu phổ biến đã tiếp cận nhu cầu của NCT chủ yếu dưới góc độ sức khỏe thể chất và y tế lâm sàng. Đại diện tiêu biểu cho hướng đi này là các nghiên cứu của Fiatarone MA et al. (1994) và mới đây là Choi Y et al. (2024). Các tác giả này đã tập trung chứng minh tính hiệu quả của việc kết hợp tập luyện thể dục và bổ sung dinh dưỡng đối với chức năng vận động của NCT. Mặc dù các công trình này cung cấp bằng chứng thực

nghiệm vững chắc về việc làm chậm quá trình suy giảm sinh lý, điểm hạn chế cốt lõi của khuynh hướng này là sự "y tế hóa" quá trình lão hóa. Việc quy gán chất lượng cuộc sống vào sức mạnh thể chất đã vô hình trung làm lu mờ đi các khủng hoảng về mặt hiện sinh và tâm lý mà NCT phải đối mặt (Fiatarone MA & cộng sự, 1994; Choi Y & cộng sự, 2024).

Tiếp nối quan điểm y khoa này, một nhánh nghiên cứu khác tập trung sâu vào chất lượng quản lý bệnh mạn tính. Các nghiên cứu của Fahey T. et al. (2003) và Lehn S. F. (2018) đã rất thành công khi chỉ ra những lỗ hổng trong hệ thống chăm sóc tại nhà và viện dưỡng lão, đặc biệt là rủi ro trong việc kê đơn thuốc. Dù vậy, những giải pháp được nhóm tác giả này đề xuất như mô hình dự đoán rủi ro tái nhập viện vẫn mang nặng tính can thiệp kỹ thuật lâm sàng. Nỗ lực đáng kể nhất nhằm tích hợp các yếu tố đa chiều trong nhóm nghiên cứu y học phải kể đến Lin C. H., et al. (2023). Nhóm tác giả này đã thiết kế một giao thức can thiệp tích hợp (thể chất, dinh dưỡng, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ tâm lý). Tuy nhiên, nếu nhìn nhận một cách khách quan, sự "hỗ trợ tâm lý" trong giao thức của Lin và cộng sự vẫn chỉ đóng vai trò như một yếu tố phụ trợ nhằm phục vụ mục tiêu cuối cùng là "tối ưu hóa chức năng sống hàng ngày", chứ chưa coi SKTT là một thực thể độc lập cần được chăm sóc chuyên biệt (Fahey T. & cộng sự, 2003; Lehn S. F., 2018; Lin C. H. & cộng sự, 2023).

Nhận thức được sự phiến diện của mô hình y sinh, một loạt các nghiên cứu tâm lý học đã chuyển trục phân tích sang nội lực và cơ chế đối phó của chính NCT. SKTT nổi lên như một nhu cầu thiết yếu khi NCT phải đối diện với sự cô đơn, mất mát và áp lực tuổi tác. Các nghiên cứu kinh điển và đương đại của Levy (1990); Graham (2011) và Bolton et al. (2016) đã có đóng góp to lớn khi cho rằng: năng lực tự chăm sóc và sức mạnh tâm lý bên trong chính là áo giáp giúp NCT đối phó với căng thẳng. Đồng thuận với quan điểm đề cao năng lực cá nhân, Gong et al. (2018) và Liu et al. (2020) chứng minh rằng quản lý tốt cảm xúc sẽ tỷ lệ thuận với việc giảm thiểu phụ thuộc vào dịch vụ y tế (Levy, 1990; Graham, 2011; Bolton & cộng sự, 2016; Gong & cộng sự, 2018; Liu & cộng sự, 2020).

Đối với các tổn thương tâm thần phức tạp hơn như sa sút trí tuệ hay trầm cảm nặng, các nghiên cứu của Neno et al. (2007) và Long (2013) đã phê phán các cách

tiếp cận rập khuôn và đề xuất phương pháp can thiệp cá nhân hóa. Tuy nhiên, khi nhìn nhận dưới góc độ hệ thống, khuynh hướng đề cao "khả năng đối phó cá nhân" của nhóm tác giả này lại bộc lộ một điểm yếu mang tính cấu trúc đó là đặt quá nhiều trách nhiệm lên vai NCT. Nếu chỉ tập trung rèn luyện nội lực tâm lý mà bỏ qua việc cải tạo môi trường xã hội xung quanh, các can thiệp này sẽ không còn tác dụng khi NCT rơi vào tình trạng suy kiệt hoàn toàn về thể chất hoặc mất trí nhớ (Neno & cộng sự, 2007; Long, 2013).

Hệ thống tài liệu quốc tế đã ghi nhận sự nở rộ của các nghiên cứu dựa trên thuyết sinh thái, đặt trọng tâm vào vai trò của gia đình, láng giềng và cộng đồng để bù đắp lỗ hổng của phương pháp tiếp cận cá nhân.

Ở cấp độ vi mô, sự đồng thuận học thuật cao được thể hiện qua các nghiên cứu của Arai & Washio (1999); Teerawichitchainan et al. (2015) và Noguchi et al. (2021). Các tác giả này khẳng định cấu trúc gia đình đa thế hệ là "nguồn lực tuyến đầu", giúp NCT duy trì SKTT ổn định. Dù vậy, một hướng phản biện sắc sảo đã được khơi mào bởi nhóm các tác giả Schofield et al. (1998); Yamada et al. (2008); Rosa et al. (2010) và Johansson & Harkey (2014). Họ chỉ trích việc "lãng mạn hóa" vai trò của gia đình và cảnh báo về hội chứng kiệt sức của người chăm sóc. Nhóm nghiên cứu này đã tạo ra một bước ngoặt khi đề xuất sự xuất hiện của "nhà quản lý ca" để điều phối dịch vụ, đây chính là một khái niệm tiệm cận với lõi chuyên môn của ngành CTXH.

Vượt ra ngoài khuôn khổ gia đình, tầm quan trọng của hệ thống hỗ trợ trung gian như bạn bè hay láng giềng được phân tích sâu sắc bởi Carr (2018); Miao et al. (2018); Prom-Wormley et al. (2019) và Zakizadeh et al. (2022). Đóng góp học thuật cốt lõi của các tác giả này là minh chứng được sức mạnh của "sự đồng đẳng". Họ lập luận rằng sự gắn kết tại các khu phố và mạng lưới bạn bè giúp lấp đầy những khoảng trống cô đơn mà con cái do khác biệt thế hệ không thể thay thế. Hơn thế nữa, Miao et al. (2018) và Prom-Wormley et al. (2019) nhấn mạnh việc thiết kế các chương trình giáo dục cộng đồng để kích hoạt mạng lưới này.

Ở cấp độ vĩ mô, các phân tích về thể chế và rào cản hệ thống được khắc họa rõ nét. Các nghiên cứu của Arai & Zarit (2011) và Hale et al. (2019) chứng minh rằng sự hợp tác liên ngành và bảo hiểm chăm sóc dài hạn là điều kiện kiên quyết để giảm

áp lực cho gia đình. Thêm vào đó, vai trò của môi trường và cơ sở hạ tầng tâm lý xã hội được Dobrzyn-Matusiak et al. (2014) và Mallick & Pan (2015) xác nhận là yếu tố tiên quyết nâng cao chất lượng chăm sóc. Tuy nhiên, sự tồn tại của hệ thống không đồng nghĩa với khả năng tiếp cận. Các tác giả Sadavoy et al. (2004); Byers et al. (2012) và Pywell et al. (2020) đã thực hiện các nghiên cứu phê bình sắc bén, vạch trần những rào cản vô hình như: sự thiếu hiểu biết về công nghệ, rào cản ngôn ngữ, đa văn hóa và sự kỳ thị tâm thần. Bức tranh này càng trở nên u ám tại các vùng nông thôn, nơi Yang & cộng sự (2020) chỉ ra sự cộng hưởng của nghèo đói và học vấn thấp đã đẩy SKTT của NCT đến mức báo động. Từ những phân tích đó, Lima & Ivbijaro (2019) cùng Cassidy-Eagle (2020) đi đến một kết luận tổng hợp rằng chỉ có sự can thiệp phối hợp đa cấp độ (chính quyền, y tế, đoàn thể) mới có thể đảm bảo phẩm giá và SKTT cho NCT. Tổng quan tài liệu quốc tế cho thấy một sự dịch chuyển rõ ràng từ chữa bệnh lâm sàng sang thiết lập các mạng lưới an sinh xã hội toàn diện do các chuyên gia xã hội điều phối.

Quá trình so sánh các nghiên cứu trong nước với bình diện quốc tế cho thấy Việt Nam đang trải qua một quá trình phát triển học thuật tương tự, nhưng đi sau về tốc độ chuyên nghiệp hóa lĩnh vực chăm sóc SKTT.

Trong giai đoạn trước năm 2015, các nghiên cứu mang đậm dấu ấn của tư duy quản lý nhà nước và y tế dự phòng. Các báo cáo từ Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (2005), Viện Nghiên cứu Người Cao Tuổi (2009) và các công trình của Phạm Thắng & Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009); Phạm Vũ Hoàng (2013) có giá trị lớn trong việc đánh thức sự chú ý của xã hội về già hóa dân số. Tuy nhiên, theo quan điểm hiện đại, các nghiên cứu này bộc lộ giới hạn khi đánh đồng "an sinh xã hội" với "hỗ trợ tài chính và sức khỏe thể chất". Giai đoạn này, SKTT hoàn toàn vắng bóng như một lĩnh vực độc lập.

Bước sang giai đoạn đẩy mạnh xã hội hóa, các nghiên cứu bắt đầu đề cập đến mô hình cộng đồng. Các nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2014) và Trần Văn Long (2015) đã cố gắng kết nối cơ sở y tế với cộng đồng, song sự kết nối này vẫn quẩn quanh ở việc "quản lý bệnh mãn tính" và "sinh hoạt dưỡng sinh". Dù các nghiên cứu vĩ mô tiếp theo của Trịnh Duy Luân (2016), Vũ Công Nguyên & cộng sự (2020), và

Truong & Huynh (2021) đã có cái nhìn tiến bộ hơn khi yêu cầu học hỏi mô hình công - tư quốc tế, điểm yếu cốt lõi của chúng là tính vĩ mô quá lớn. Các tác giả này chỉ dừng ở mức "đề xuất chính sách khái quát" mà không đi sâu vào việc giải phẫu quy trình cung cấp dịch vụ tâm lý cụ thể tại tuyến cơ sở.

Chỉ trong khoảng 5 năm trở lại đây, SKTT của NCT mới thực sự trở thành tâm điểm của các nghiên cứu chuyên sâu, đánh dấu sự chuyển dịch mạnh mẽ về nhận thức học thuật. Các nghiên cứu của Lương Bích Thủy (2023) và Hoàng Mộc Lan & cộng sự (2023) đã có đóng góp rất lớn khi lượng hóa được sự tương quan giữa việc tham gia xã hội và sự sụt giảm các triệu chứng lo âu. Kế thừa quan điểm này, Lê Thị Thu Hiền (2025) trong một nghiên cứu tại Hà Nội đã khẳng định tính đa chiều của SKTT và vai trò của giáo dục cộng đồng nhằm xóa bỏ kỳ thị. Mặc dù vậy, hạn chế chung của nhóm nghiên cứu này là thiếu đi việc thiết kế một "bộ khung dịch vụ" để hiện thực hóa các giải pháp giáo dục đó.

Điểm giao thoa trực tiếp với định hướng của luận án nằm ở nhóm các nghiên cứu về hệ thống hỗ trợ phi chính thức tại Việt Nam. Hàng loạt các tác giả như Nguyễn Thị Cúc Trâm (2022); Trương Thị Yến (2024); Lê Quốc Dũng & cộng sự (2024) và Nguyen, H. (2016) đã phân tích tường tận vai trò của con cái, họ hàng và các Câu lạc bộ hưu trí. Các nghiên cứu này thống nhất cao độ về sức mạnh của lòng hiếu thảo và tình làng nghĩa xóm trong văn hóa Việt Nam. Tuy nhiên, chính nỗ lực tổng hợp này lại phơi bày một khoảng trống chuyên môn đó là hầu như tất cả các hoạt động nâng đỡ SKTT thần hiện tại (Nguyễn Thị Cúc Trâm, 2022; Lương Bích Thủy, 2023) đều được thực hiện theo bản năng, tự phát, thiếu kỹ năng nhận diện khủng hoảng và đặc biệt là vắng bóng vai trò điều phối của nhân viên CTXH (Nguyen, H., 2016; Nguyễn Thị Cúc Trâm, 2022; Lương Bích Thủy, 2023; Trương Thị Yến, 2024; Lê Quốc Dũng & cộng sự, 2024).

Như vậy, qua quá trình tổng hợp, so sánh hệ thống tài liệu trong và ngoài nước có thể thấy rằng, nghiên cứu về SKTT cho NCT đã tiến những bước dài từ y sinh học sang tâm lý học và cộng đồng, nhưng tại Việt Nam, sự chênh lệch giữa "nhu cầu can thiệp chuyên sâu" và "thực tiễn chăm sóc tự phát" đang ở mức báo động.

Các nghiên cứu trước đây thường có xu hướng phân tích rời rạc vai trò của từng chủ thể riêng lẻ trong chăm sóc sức khỏe NCT, chẳng hạn như bác sĩ thì chữa bệnh, con cái thì nuôi dưỡng mà chưa đặt NCT vào tâm điểm của một hệ sinh thái được quản trị. Sự thiếu hụt các nghiên cứu ứng dụng phương pháp quản lý ca của chuyên ngành CTXH để kết nối các nguồn lực tản mạn này chính là khoảng trống tri thức lớn nhất. Bối cảnh già hóa dân số tại các đô thị lớn như TP.HCM đòi hỏi một sự chuyển hướng cấp thiết, không chỉ dừng lại ở việc đo lường trầm cảm hay kêu gọi con cái quan tâm, mà phải xây dựng một mô hình dịch vụ CTXH thực chứng, có khả năng điều phối đồng bộ nguồn lực y tế, tài chính và hạ tầng. Đây chính là khoảng trống tri thức mà luận án sẽ kế thừa và lấp đầy, nhằm đáp ứng nhu cầu duy trì sự độc lập và an lạc cho NCT tại Việt Nam.

1.2. Những nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến CSSKTT của NCT không chỉ giúp xác định các nguyên nhân và điều kiện ảnh hưởng đến SKTT, mà còn cung cấp thông tin cần thiết cho việc thiết kế và triển khai các chính sách và chương trình can thiệp hiệu quả. Việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT, thông qua các biện pháp hỗ trợ và can thiệp phù hợp, có thể giảm bớt gánh nặng cho gia đình và hệ thống y tế, đồng thời cải thiện đáng kể sức khỏe và phúc lợi của NCT trên khắp thế giới.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng các yếu tố xã hội và cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì và cải thiện SKTT của NCT. Mối quan hệ xã hội và sự hỗ trợ từ cộng đồng không chỉ giúp giảm thiểu các tác động tiêu cực đến SKTT mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT. Các nghiên cứu đã nhấn mạnh vai trò quan trọng của các yếu tố xã hội, như sự tham gia vào các nhóm xã hội, cảm giác thân thuộc, và sự hỗ trợ từ hàng xóm, trong việc cải thiện SKTT của NCT. Tiếp tục hướng nghiên cứu này, Reid (2022) bổ sung rằng nhận thức về sự độc lập, bản sắc cá nhân và các mối quan hệ xã hội trong môi trường chăm sóc dài hạn cũng được xem là những yếu tố quan trọng tác động đến SKTT. Ngược lại, sự cô lập xã hội, giảm hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng, cùng với lo âu và trầm cảm trong bối cảnh đại dịch COVID-19 đã gây ra những ảnh hưởng tiêu cực lên SKTT của NCT. Những yếu tố này cho thấy tầm

quan trọng của việc duy trì kết nối xã hội và hỗ trợ tinh thần để cải thiện chất lượng cuộc sống của NCT (Norstrand et al., 2012; Reid, 2022; Kalles, 2022).

Bên cạnh đó, cũng có nhiều nghiên cứu đề cập sự tác động mạnh mẽ của các yếu tố xã hội và kinh tế lên SKTT và chất lượng cuộc sống của NCT. Nghiên cứu của Levkoff, S.E., MacArthur I.W. và Bucknall, J (1995) cho thấy rằng những thay đổi xã hội và kinh tế như đô thị hóa, chiến tranh, mất mát người thân, và sự thay đổi dân số trong độ tuổi lao động làm suy giảm khả năng của gia đình trong việc chăm sóc NCT, từ đó tăng gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Cùng hướng nghiên cứu này, Peek và cộng sự (2014) chỉ ra rằng khả năng ở lại trong cộng đồng của NCT không chỉ phụ thuộc vào sức khỏe mà còn vào tình hình tài chính, sự hỗ trợ từ mạng lưới xã hội, điều kiện nhà ở và các giá trị văn hóa cá nhân. Younesi và cộng sự (2017) thì khẳng định chất lượng cuộc sống của NCT có mối tương quan đáng kể với trình độ học vấn, tình trạng nhà ở và bệnh tật, và bị ảnh hưởng bởi nhiều biến số xã hội, kinh tế, văn hóa và bệnh tật. Tất cả các nghiên cứu này đều nhấn mạnh rằng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của NCT không chỉ bị chi phối bởi các yếu tố y tế mà còn bởi nhiều khía cạnh xã hội, kinh tế và văn hóa (Levkoff et al., 1995; Peek, 2014; Younesi Kafshgiri M. et al., 2017).

Ngược lại, một số nghiên cứu lại tập trung nhấn mạnh tầm quan trọng của công nghệ giáo dục hiện đại và các phương pháp sư phạm tiên tiến trong việc nâng cao SKTT và chất lượng cuộc sống của NCT. Mặc dù có những thách thức từ các yếu tố xã hội và kinh tế, việc áp dụng các công nghệ và phương pháp giáo dục tiên tiến được xem là giải pháp hiệu quả để cải thiện chất lượng hỗ trợ NCT. Đồng thời, việc nâng cao năng lực, cải thiện chính sách, và tăng cường hợp tác xã hội trong hệ thống chăm sóc NCT cũng được coi là cần thiết để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của NCT, đặc biệt trong bối cảnh hệ thống chăm sóc tại Hoa Kỳ. Những yếu tố này cho thấy vai trò thiết yếu của giáo dục và đào tạo chuyên môn trong CTXH với NCT (Shmeleva et al., 2007; Scharlach, 2015).

Tiếp nối các nghiên cứu trên, một số tác giả đã chỉ ra rằng các yếu tố cá nhân, như trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân, cùng với các yếu tố xã hội như sự hỗ trợ từ cộng đồng và mạng lưới xã hội, đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện SKTT

và khả năng tự chăm sóc của NCT. Những người có trình độ học vấn cao và từng trải qua ly hôn có xu hướng tìm kiếm tư vấn tâm lý nhiều hơn, trong khi các nhóm tuổi cao hơn và nam giới thường ít tiếp cận với các dịch vụ tư vấn. Đồng thời, việc tích hợp các yếu tố tâm lý, xã hội và văn hóa trong các chương trình can thiệp được coi là phương pháp hữu hiệu nhằm tăng cường sức mạnh tâm lý và mạng lưới hỗ trợ cho NCT (Jang et al., 2018; Botes, 2019).

Việc nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ tâm lý, kết hợp với các chương trình can thiệp toàn diện và cá nhân hóa, sẽ giúp NCT không chỉ duy trì SKTT tốt hơn mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống. Điều này đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các yếu tố cá nhân và xã hội, cùng với sự hỗ trợ từ cộng đồng và chính sách phù hợp để đáp ứng nhu cầu đặc biệt của NCT.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của các yếu tố kinh tế - xã hội trong việc chăm sóc và cải thiện SKTT cho NCT. Nghiên cứu của Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (2005) tại Thái Bình và Hà Nội đã chỉ ra rằng các yếu tố kinh tế - xã hội, tình trạng sức khỏe, mối quan hệ xã hội và tâm lý có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng CSSKTT cho NCT. Những yếu tố này đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc, góp phần giúp NCT có cuộc sống chất lượng và hạnh phúc hơn. Đồng thời, sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng cũng được xem là thiết yếu, đặc biệt trong bối cảnh di cư của lực lượng lao động trẻ tới các thành phố lớn, làm giảm bớt sự hỗ trợ trực tiếp dành cho NCT ở quê nhà. Những yếu tố này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xây dựng các mạng lưới hỗ trợ xã hội để đảm bảo NCT nhận được sự chăm sóc đầy đủ và phù hợp (Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, 2005; Nguyen, T.D. & Trương Quảng Đông, 2017; Ngoc, T., & Barysheva, L. S. 2016).

Bên cạnh đó, một số nghiên cứu lại chỉ ra rằng các yếu tố cá nhân và xã hội, đặc biệt là vai trò của gia đình và tình trạng kinh tế, có tác động lớn đến SKTT của NCT tại Việt Nam, chẳng hạn như nghiên cứu của Dang Thanh Nhan (2019) nhấn mạnh vai trò quan trọng của gia đình, đặc biệt là phụ nữ, trong việc chăm sóc NCT trong bối cảnh văn hóa xã hội Việt Nam. Các yếu tố như điều kiện kinh tế của gia đình, tình trạng sức khỏe, bệnh tật, giới tính, tuổi tác và tình trạng làm việc của NCT được xác

định là có ảnh hưởng đáng kể đến SKTT của họ. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Trâm Anh và Trịnh Thị Nguyệt (2023) tại Quảng Ngãi tập trung vào đánh giá tác động của các yếu tố sinh học, cá nhân và xã hội đến tình trạng trầm cảm của NCT. Sử dụng thang đo trầm cảm lão khoa (GDS-15), nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu sắc về ảnh hưởng của giới tính, thời gian ngủ hàng ngày và các yếu tố khác dẫn đến trầm cảm (Dang Thanh Nhan, 2019; Nguyen, T.T.A., & Trinh, T. N., 2023).

Hai nghiên cứu của Giang Thanh Long và cộng sự (2020) đã phân tích mối quan hệ giữa hỗ trợ xã hội và các hạn chế trong hoạt động hàng ngày cũng như sức khỏe tự đánh giá của NCT. Các kết quả cho thấy sự hỗ trợ về mặt tình cảm, tài chính và thông tin từ cộng đồng có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe NCT, với sự khác biệt giữa nam và nữ. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao chất lượng hỗ trợ xã hội để cải thiện sức khỏe cộng đồng cho NCT.

Nhìn chung, các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến CSSKTT của NCT trên thế giới và tại Việt Nam đã cung cấp một cái nhìn sâu sắc về cách thức các điều kiện kinh tế - xã hội, môi trường sống và hỗ trợ xã hội ảnh hưởng đến SKTT của NCT. Sự phân tích này không chỉ làm nổi bật các nguyên nhân và điều kiện tạo ra các vấn đề SKTT mà còn đề xuất các giải pháp cho việc thiết kế và triển khai chính sách và chương trình can thiệp hiệu quả.

Trong các nghiên cứu được thực hiện, sự đánh giá về tác động của đô thị hóa, thay đổi dân số và kinh tế đến SKTT đã cho thấy rằng các thay đổi xã hội và kinh tế có thể làm suy giảm khả năng của gia đình trong việc chăm sóc NCT, qua đó tăng gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Mặt khác, sự tham gia vào cộng đồng và mức độ hỗ trợ xã hội được nhận đã được chứng minh là có ảnh hưởng tích cực đến SKTT, giúp giảm thiểu các triệu chứng trầm cảm và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Tuy nhiên, các nghiên cứu này còn cho thấy sự thiếu hụt trong việc khám phá nguồn lực cần thiết để hỗ trợ các chương trình này, cũng như thiếu các phương pháp nghiên cứu tổng hợp để cung cấp một cái nhìn toàn diện hơn về các vấn đề. Điều này dẫn đến một khoảng trống trong việc hiểu đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến SKTT và cách thức hiệu quả nhất để hỗ trợ NCT.

Vì vậy, cần có các nghiên cứu sâu hơn về các nguồn lực và mô hình CSSKTT đối với NCT, đặc biệt là trong bối cảnh nguồn lực hạn chế của các nước đang phát triển. Điều này sẽ không chỉ giúp hiểu rõ hơn về các nguyên nhân và điều kiện tạo ra các vấn đề SKTT mà còn cung cấp thông tin quan trọng cho việc thiết kế và thực hiện các chính sách và chương trình can thiệp, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho NCT một cách toàn diện.

1.3. Những nghiên cứu về các nguồn lực và mô hình hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Trong bối cảnh già hóa dân số toàn cầu đang diễn ra với tốc độ chưa từng thấy, việc tăng cường các công trình nghiên cứu để hiểu rõ và cải thiện hệ thống nguồn lực cũng như các mô hình dịch vụ CSSKTT cho NCT đã trở thành yếu tố then chốt cho sự phát triển bền vững của xã hội. Các nghiên cứu trong lĩnh vực này không chỉ dừng lại ở việc xác định các tài nguyên vật chất hiện có mà còn đi sâu vào việc phân tích những thiếu hụt về nhân lực, sự phân mảnh trong dịch vụ và vai trò của mạng lưới an sinh xã hội. Đây là cơ sở khoa học quan trọng để tối ưu hóa các chương trình can thiệp, đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong việc nâng cao chất lượng sống cho NCT, đồng thời giảm bớt gánh nặng tài chính lên hệ thống y tế quốc gia.

Trên bình diện quốc tế, sự thiếu hụt nguồn lực thường gắn liền với các rào cản về địa lý và kinh tế. Nghiên cứu của Rathbone-McCuan, E. (2001) đã trở thành một trong những điểm tham chiếu quan trọng khi nhấn mạnh tình trạng thiếu hụt nguồn lực tại các khu vực nông thôn, nơi NCT phải đối mặt với sự phân mảnh của dịch vụ cùng các rào cản văn hóa và chính sách phức tạp. Đi sâu vào khía cạnh nhân sự, Hiệp hội Công tác Xã hội Quốc gia Hoa Kỳ (2006) chỉ ra rằng sự thiếu hụt nhân lực trong lĩnh vực CTXH là một thách thức lớn lao. Để khắc phục, cần phải có những nỗ lực cụ thể trong việc thu hút và giữ chân nhân viên CTXH thông qua cải thiện điều kiện làm việc, tăng cường đào tạo chuyên môn và nâng cao mức lương. Đồng thời, cần phải có sự đầu tư mạnh mẽ vào giáo dục và đào tạo để chuẩn bị một lực lượng lao động đủ năng lực và đáp ứng được yêu cầu của xã hội trong tương lai, đặc biệt là trong lĩnh vực chăm sóc NCT (Whitaker et al., 2006).

Sự tương quan giữa nguồn lực thể chế và hiệu quả chính sách cũng được Lungu và cộng sự (2017) phân tích kỹ lưỡng, từ đó chỉ ra tính cấp thiết của việc điều chỉnh chính sách để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của NCT. Trong khi đó, McCall và Kintziger (2013) đã đi sâu vào các thách thức cụ thể đối với việc cung cấp dịch vụ cho NCT bị trầm cảm cuối đời, khẳng định rằng dù nhu cầu tăng cao nhưng cơ sở vật chất và nhân lực chuyên môn hiện vẫn chưa đủ để đáp ứng. Để tháo gỡ các nút thắt vận hành này, Shawler (2010) đã đề xuất việc tích hợp các công cụ đánh giá chuẩn mực, các video hướng dẫn và phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng, giúp nhân viên y tế thực hiện các đánh giá chính xác và can thiệp kịp thời.

Bên cạnh nguồn lực chính thống, nhiều nghiên cứu đề cập tới vai trò của gia đình và mạng lưới xã hội như một nguồn lực thiết yếu cung cấp sự hỗ trợ tinh thần và vật chất, đặc biệt trong bối cảnh nguồn lực y tế hạn chế. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng mạng lưới hỗ trợ xã hội và gia đình đóng vai trò thiết yếu trong việc cung cấp sự hỗ trợ tinh thần và vật chất cho NCT. Sự hỗ trợ này không chỉ giúp NCT duy trì SKTT mà còn tăng cường khả năng tự lập, đặc biệt trong các bối cảnh có nguồn lực y tế hạn chế. Bên cạnh đó, nhu cầu kết nối giữa NCT và môi trường sống cũng được xem là yếu tố quan trọng, đòi hỏi các nguồn lực hỗ trợ được phân phối hiệu quả và đáp ứng được các nhu cầu đặc biệt, đặc biệt là đối với NCT khuyết tật. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của việc cải thiện nguồn lực cộng đồng, gia đình và chính sách, nhằm đảm bảo rằng các giải pháp chăm sóc được cung cấp một cách công bằng và hiệu quả, góp phần nâng cao chất lượng CSSKTT cho NCT (Rocha et al., 2009; Wu et al., 2021; Berthiana, 2021). Sự hỗ trợ này không chỉ giúp duy trì SKTT mà còn tăng cường khả năng tự lập của NCT. Việc phân phối hiệu quả các nguồn lực cộng đồng là yêu cầu bắt buộc để đảm bảo sự công bằng cho nhóm NCT khuyết tật hoặc có hoàn cảnh đặc biệt. Bogner và cộng sự (2009) cũng nhấn mạnh rằng NCT thường ít sử dụng dịch vụ chuyên khoa, do đó, vai trò của mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu là cực kỳ quan trọng trong việc điều trị các rối loạn tâm thần tại cộng đồng. Đồng thời, Rocha và cộng sự đã đánh giá mạng lưới hỗ trợ xã hội tại Brazil, làm rõ tầm quan trọng của hỗ trợ tinh thần, tôn giáo, và thông tin trong việc duy trì sức khỏe NCT (Bogner et al., 2009; Rocha et al., 2009).

Các mô hình dịch vụ chăm sóc NCT trên thế giới được nghiên cứu rất đa dạng, từ chăm sóc tại nhà đến chăm sóc ban ngày. Clark (2001), Smith (2007) và Harper (2008) đã chứng minh hiệu quả của các dịch vụ này trong việc cải thiện sức khỏe hành vi và xã hội của phụ nữ cao tuổi. Các dịch vụ chăm sóc ban ngày và chăm sóc tại nhà không chỉ giúp cải thiện sức khỏe hành vi, xã hội và tâm thần mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT thông qua việc đáp ứng các nhu cầu về sức khỏe, tình cảm, tài chính và mối quan hệ xã hội. Bên cạnh đó, việc đánh giá và so sánh các mô hình chăm sóc ban ngày, từ mô hình truyền thống đến mô hình cộng đồng và tiên tiến, đã cung cấp những thông tin giá trị để tối ưu hóa dịch vụ chăm sóc, phù hợp với nhu cầu đa dạng của nhóm dân số này. Những phát hiện này là cơ sở quan trọng để phát triển các dịch vụ chăm sóc ban ngày hiệu quả hơn cho NCT (Dabelko-Schoeny et al., 2013; Fung et al., 2019).

Đặc biệt, nghiên cứu của Yi và cộng sự (2021) về mô hình dịch vụ tích hợp cộng đồng (CBIS) bao gồm 8 dịch vụ y tế và 5 dịch vụ xã hội đã đạt mức độ hài lòng rất cao (9/10), khẳng định khả năng thúc đẩy sự độc lập cho NCT. Tuy nhiên, tại các đô thị lớn như Hồng Kông, Lam, G. (2022) chỉ ra rằng thời gian chờ đợi dài và nhận thức thấp của người dân về dịch vụ chăm sóc cộng đồng (CCS) là rào cản lớn dẫn đến tỷ lệ nhập viện cao, đòi hỏi phải có cải cách để thực hiện nguyên tắc "già hóa tại chỗ".

Tại Việt Nam, các nghiên cứu phản ánh những thách thức tương tự về sự thiếu hụt nguồn tài chính và tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế thấp (Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, 2005). Nghiên cứu của Trần Thị Minh Thi (2019) đã tập trung vào những thách thức do sự thay đổi trong cơ cấu gia đình và xu hướng di cư của phụ nữ ra khỏi khu vực nông thôn, khiến cho trách nhiệm truyền thống trong việc chăm sóc NCT trở nên khó khăn hơn. Nghiên cứu này chỉ ra rằng các chính sách hỗ trợ hiện hành cần được điều chỉnh để phù hợp hơn với thực tế xã hội hiện đại, nhằm đảm bảo rằng nguồn lực và dịch vụ chăm sóc sức khỏe được phân bổ một cách hiệu quả (Tran T.M.T, 2019). Mở rộng từ những thách thức này, cũng trong năm đó, Trình Thái Quang và Vasoontara Yiengprugsawan (2019) đã khám phá mối quan hệ giữa các thế hệ và việc trao đổi hỗ trợ lẫn nhau trong gia đình Việt Nam, cho thấy những NCT sở

hữu nhiều nguồn lực thường cung cấp hỗ trợ mạnh mẽ hơn cho con cái của họ, đặc biệt là về mặt tài chính. Các yếu tố như tuổi tác, tình trạng hôn nhân, và tình trạng sức khỏe của NCT ảnh hưởng đáng kể đến mức độ và tính chất của sự hỗ trợ này. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thích ứng các chiến lược chăm sóc để không chỉ phù hợp hơn với thực tế của xã hội Việt Nam mà còn để tăng cường sự tham gia của các thành viên gia đình trong việc hỗ trợ NCT.

Đặng Vũ Cảnh Linh (2009) trong cuốn sách "Người cao tuổi và các mô hình dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam" đã khẳng định giá trị cốt lõi của tình cảm gia đình trong văn hóa Việt Nam là nguồn lực SKTT không thể thay thế, giúp phát huy năng lực của NCT thay vì chỉ chăm lo sức khỏe thể chất (Đặng Vũ Cảnh Linh, 2009).

Các mô hình dịch vụ tại Việt Nam được nghiên cứu từ góc độ tổng quan đến các sáng kiến cụ thể. Nguyễn Thị Kim Hoa (2012) cung cấp cái nhìn tổng quan về công tác xã hội trong trợ giúp NCT. Giang Thanh Long (2013) tiếp nối bằng cách phân tích nhu cầu chăm sóc đặc thù, nhấn mạnh sự "nữ hóa" dân số cao tuổi và thay đổi trong cấu trúc gia đình, đồng thời đánh giá các mô hình chăm sóc cộng đồng hiện có. Tiếp nối những quan điểm này, Mai Linh Vũ & Minh Phương (2015) bổ sung thêm thông tin bằng cách tổng hợp các mô hình chăm sóc từ gia đình đến các sáng kiến nhà nước và tư nhân, làm nổi bật sự hợp tác giữa các bên liên quan. Võ Thuấn và Phạm Văn Tư (2018) tham chiếu các mô hình chăm sóc NCT ở Hoa Kỳ, từ đó đề xuất những mô hình thích hợp cho Việt Nam trong tương lai (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012; Giang Thanh Long, 2013; Mai Linh Vũ & Minh Phương, 2015; Võ Thuấn và Phạm Văn Tư, 2018).

Tuy nhiên, các nghiên cứu thực chứng tại địa phương chỉ ra rằng việc đáp ứng nhu cầu của NCT thông qua dịch vụ xã hội hiện vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt là trong công tác quản lý trường hợp. Mai Tuyết Hạnh (2016) và Trần Quang Vinh (2017) nhấn mạnh vai trò quyết định của năng lực nhân viên và nhận thức cộng đồng đối với hiệu quả dịch vụ. Các nghiên cứu sau đó của Đặng Thu Hà & Khâm Trần (2021) và Nguyễn Văn Hiếu (2022) tiếp tục phân tích và đề xuất giải pháp để cải thiện hệ thống chăm sóc và dịch vụ hỗ trợ cho NCT, đặc biệt là trong bối cảnh già

hóa dân số. Không dừng lại ở đó, các nghiên cứu cũng đã mở ra hướng đi mới cho việc hỗ trợ NCT trong môi trường sống thực tế của họ, Nguyễn Thị Liên (2023) đã tập trung vào dịch vụ trợ giúp xã hội trong các cơ sở chăm sóc NCT tại Hà Nội, nhấn mạnh vai trò của các NVCTXH trong việc cung cấp và cải thiện chất lượng các dịch vụ hỗ trợ, cho thấy cần thiết phải đánh giá và cải tiến liên tục các dịch vụ này để phản ánh và đáp ứng tốt hơn nhu cầu của NCT (Dang, T.H. et al, 2021; Nguyễn Văn Hiếu, 2022; Nguyễn Thị Liên, 2023).

Tổng kết các nghiên cứu về nguồn lực và mô hình dịch vụ CSSKTT cho NCT trên toàn cầu và tại Việt Nam mang lại cái nhìn toàn diện về thách thức và cơ hội trong quản lý an sinh xã hội. Thông qua việc phân tích, có thể thấy rõ sự cần thiết phải đầu tư mạnh mẽ vào các nguồn lực nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất và nguồn tài chính bền vững. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các ngành y tế, xã hội và giáo dục là điều kiện tiên quyết để xóa bỏ rào cản về sự phân mảnh dịch vụ và những định kiến văn hóa, đặc biệt là ở các khu vực nông thôn.

Nghiên cứu quốc tế đã tiến xa trong việc xây dựng các mô hình tích hợp và sử dụng bằng chứng y khoa để nâng cao chất lượng sống thông qua chăm sóc ban ngày và tại nhà. Tuy nhiên, các hạn chế về quy mô nghiên cứu nhỏ hẹp ở một số cộng đồng và sự phụ thuộc vào các phương pháp thu thập dữ liệu chủ quan như biểu đồ gen hay bản đồ sinh thái là những điểm cần lưu ý khi tổng quát hóa kết quả. Tại Việt Nam, giá trị của gia đình và cộng đồng luôn được khẳng định là nguồn lực cốt lõi, nhưng tình trạng thiếu hụt nhân lực có kỹ năng và quy trình chuyên nghiệp vẫn là những rào cản lớn.

Hệ thống dịch vụ CSSKTT trong tương lai cần hướng tới việc tích hợp các nguồn lực xã hội để tạo ra một mạng lưới hỗ trợ bền vững, giúp NCT tiếp cận dịch vụ dễ dàng và hiệu quả hơn. Việc áp dụng công nghệ và các phương pháp tiếp cận mới, cùng sự thúc đẩy NCT tham gia chủ động vào các hoạt động cộng đồng, sẽ là chìa khóa để cải thiện SKTT và chất lượng cuộc sống. Để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng này, các nghiên cứu trong tương lai cần tiếp tục mở rộng quy mô, đa dạng hóa phương pháp phân tích và đặc biệt là tăng cường đào tạo nguồn nhân lực CTXH có chuyên môn sâu trong mọi bối cảnh kinh tế và văn hóa. Việc tìm kiếm các giải pháp

sáng tạo dựa trên bằng chứng và sự hợp tác liên ngành chính là lộ trình tất yếu để đảm bảo rằng mọi nguồn lực đều được huy động hiệu quả vì mục tiêu chăm sóc SKTT cho NCT.

1.4. Những nghiên cứu về rào cản trong tiếp cận hoạt động và nguồn lực chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Các nghiên cứu về hệ thống nguồn lực CSSKTT cho thấy sự tồn tại của những rào cản đa tầng, tạo ra những nút thắt khiến các dịch vụ khó tiếp cận được nhóm đối tượng thụ hưởng là NCT. Những rào cản này không chỉ thể hiện ở khía cạnh thiếu hụt nguồn lực vật chất mà còn xuất phát từ sự thiếu liên kết trong tương tác giữa cá nhân NCT với môi trường xã hội xung quanh. Ở cấp độ nội tại, các nghiên cứu nhấn mạnh rào cản chủ quan là yếu tố tiên quyết gây khó khăn cho tiến trình tiếp cận dịch vụ. Quá trình lão hóa tự nhiên kéo theo sự suy yếu về thể chất, hạn chế khả năng di chuyển và suy giảm các chức năng giác quan, chính là những rào cản trực tiếp đối với NCT trong việc tiếp nhận thông tin và tham gia các hoạt động xã hội. Đặc biệt, các yếu tố tâm lý và nhận thức thường tạo nên những bức tường ngăn cách vô hình; trong đó, tâm lý e ngại hoặc mặc cảm khi đề cập đến SKTT thường có nguyên nhân từ các giá trị văn hóa truyền thống và định kiến xã hội (Peek et al., 2014). Hệ quả là, sự thiếu hụt động lực hoặc nhận thức chưa đầy đủ về vai trò của CSSKTT khiến NCT có xu hướng duy trì các thói quen cũ, hoài nghi tính hiệu quả của y học hiện đại và thiếu chủ động trong việc tìm kiếm sự trợ giúp chuyên môn (Jang et al., 2018).

Song song với những hạn chế cá nhân đó, các nghiên cứu cũng chỉ ra các rào cản khách quan mang tính cấu trúc từ hệ thống ngoại vi. Các yếu tố kinh tế, cụ thể là chi phí dịch vụ cao, kết hợp cùng sự yếu kém của cơ sở hạ tầng như phương tiện vận chuyển và không gian tổ chức đã làm gia tăng gánh nặng cho hệ thống chăm sóc tại cộng đồng, đồng thời gia tăng sự cô lập của NCT trong bối cảnh đô thị hóa nhanh (Levkoff et al., 1995). Đáng chú ý, một "khoảng trống" lớn trong thực hành lâm sàng là sự thiếu vắng các chương trình can thiệp chuyên biệt cũng như đội ngũ chuyên gia, bác sĩ có trình độ chuyên sâu về lão khoa tâm thần (Scharlach, 2015). Những thiếu hụt này khi đặt trong bối cảnh môi trường sống không thuận lợi và sự suy giảm mạng lưới hỗ trợ từ gia đình do áp lực sinh kế, đã khiến NCT trở thành nhóm dễ bị tổn

thương nhất trước các biến cố tâm thần (Ngoc, T., & Barysheva, L. S., 2016; Dang Thanh Nhan, 2019).

Nhìn chung, sự đan xen phức tạp giữa các rào cản chủ quan và khách quan không chỉ làm giảm tỷ lệ tiếp cận dịch vụ mà còn làm suy giảm đáng kể hiệu quả của các nỗ lực can thiệp. Tình trạng thiếu hụt luồng thông tin khiến NCT gặp khó khăn trong việc xác định nguồn hỗ trợ, trong khi nỗi sợ bị kỳ thị bởi xã hội vẫn là rào cản tâm lý nặng nề ngăn họ tìm đến sự chăm sóc chuyên nghiệp (Younesi et al., 2017). Do đó, các học giả cho rằng việc phối hợp đồng bộ giữa nâng cao năng lực cá nhân và cải thiện hệ thống chính sách an sinh là giải pháp then chốt để hóa giải các rào cản này, hướng tới một hệ thống CSSKTT cá nhân hóa và đáp ứng chính xác nhu cầu của NCT (Nguyen, T.T.A., & Trinh, T. N., 2023; Giang Thanh Long et al., 2020).

1.5. Đánh giá chung về tình hình nghiên cứu và những đóng góp của luận án

1.5.1. Đánh giá chung về tình hình nghiên cứu

Đánh giá chung về tình hình nghiên cứu cho thấy, tuy đã có nhiều tiến bộ trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho NCT, nhưng lĩnh vực SKTT vẫn chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt là ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Điểm hạn chế chung của các nghiên cứu trong nước hiện nay là sự mất cân bằng trong việc tiếp cận, phần lớn tập trung vào khía cạnh thể chất và y tế thuần túy, trong khi các yếu tố tâm lý - xã hội vốn là nền tảng của SKTT lại thường bị xem nhẹ hoặc đánh giá rời rạc.

Hơn nữa, so sánh giữa nghiên cứu trong nước và quốc tế về SKTT của NCT cho thấy có sự chênh lệch đáng kể. Trong khi các nghiên cứu quốc tế đã phát triển mạnh mẽ với nhiều hướng tiếp cận đa dạng, chuyên sâu về các yếu tố ảnh hưởng, vai trò của các chủ thể xã hội, mô hình can thiệp và dịch vụ hỗ trợ, thì nghiên cứu trong nước còn hạn chế về số lượng và phạm vi, chủ yếu tập trung vào các vấn đề sức khỏe thể chất và mô hình chăm sóc truyền thống.

Thêm vào đó, khoảng cách giữa nghiên cứu và thực tiễn cũng là một vấn đề đáng quan tâm. Thực tế cho thấy, nhiều kết quả nghiên cứu về SKTT của NCT chưa được ứng dụng vào thực tiễn chăm sóc, các mô hình can thiệp và dịch vụ hỗ trợ SKTT còn thiếu và chưa đáp ứng được nhu cầu. Bên cạnh đó, nhận thức của cộng đồng về

SKTT của NCT còn hạn chế, điều này đòi hỏi cần tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục.

Để cải thiện tình hình này, nghiên cứu tiếp theo trong lĩnh vực CSSKTT cần nhấn mạnh vào việc xác định và tối ưu hóa các nguồn lực hiện có cũng như những thiếu hụt chính. Nỗ lực này không chỉ giúp cải thiện chất lượng dịch vụ hiện tại, mà còn đóng góp vào việc thiết kế các chương trình can thiệp hiệu quả hơn, phù hợp với từng cộng đồng nơi NCT sinh sống. Đây cũng chính là điểm mới của nghiên cứu này: tập trung vào việc xác định các nguồn lực hiện có và thiếu hụt trong lĩnh vực CSSKTT của NCT, từ đó đề xuất các DVCTXH chuyên nghiệp. Nghiên cứu này sẽ là nguồn dữ liệu quan trọng để phát triển các chính sách và chương trình can thiệp hiệu quả hơn, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT.

1.5.2. Khoảng trống nghiên cứu và đóng góp của luận án

Qua quá trình tổng hợp và đánh giá các nghiên cứu về hoạt động CSSKTT đối với NCT, có thể thấy phần lớn các nghiên cứu trước đây đã tập trung nhiều vào các khía cạnh thể chất và y tế, trong khi các nhu cầu tâm lý xã hội chưa được đánh giá đầy đủ. Các công trình nghiên cứu trong nước hiện nay chủ yếu tiếp cận SKTT dưới góc nhìn y học lâm sàng hoặc tâm lý học, nhấn mạnh vào việc đo lường tỷ lệ hiện mắc và chẩn đoán triệu chứng bệnh lý, từ đó dẫn đến việc bỏ ngỏ góc nhìn hệ thống về vai trò điều phối của ngành CTXH. Sự thiếu hụt các chương trình can thiệp chuyên sâu trong bối cảnh đô thị hóa mạnh mẽ và cấu trúc gia đình biến đổi tại Việt Nam đã tạo nên những khoảng trống thực tiễn đáng kể.

Cụ thể, các nghiên cứu hiện nay vẫn đang bỏ ngỏ dữ liệu khai thác từ trải nghiệm và cảm nhận chủ quan của chính người thụ hưởng, dẫn đến việc thiếu cơ sở thực nghiệm để hiểu rõ cách thức họ tiếp nhận các nguồn lực hỗ trợ. Đây chính là hạn chế lớn nhất mà luận án muốn khắc phục, đó là chuyển trục nghiên cứu từ việc chỉ đo lường "triệu chứng" sang đo lường sự tương tác giữa "hoạt động chăm sóc" và "hệ thống nguồn lực sinh thái". Đồng thời, sự thiếu hụt các phân tích đồng thời giữa thực trạng hoạt động và tính sẵn có của nguồn lực đã làm hạn chế khả năng nhận diện tính đồng bộ trong hệ thống chăm sóc. Hơn nữa, việc thiếu vắng các nghiên cứu đối sánh chuyên sâu giữa khu vực nội đô và ngoại thành trong một đô thị lớn như TP. HCM

đã làm giảm tính đặc thù của các giải pháp can thiệp. Điểm yếu cốt lõi còn nằm ở việc hệ thống chăm sóc hiện nay chưa có các mô hình dịch vụ CTXH được chuẩn hóa với quy trình vận hành và cơ chế chuyển tuyến liên ngành rõ ràng giữa mạng lưới hỗ trợ phi chính thức và hệ thống y tế chuyên sâu.

Từ những khoảng trống trên, đóng góp mới của luận án so với các công trình trong nước không chỉ nằm ở việc cung cấp bộ dữ liệu thực chứng đa chiều tại TP.HCM, mà cốt lõi nằm ở việc bóc tách được cơ chế tác động của các rào cản xã hội đến hiệu quả chăm sóc. Dựa trên cơ sở đó, luận án có đóng góp mới về mặt thực tiễn khi thiết kế "Mô hình dịch vụ CTXH kết nối nguồn lực". Mô hình này từng bước khắc phục vấn đề mà các nghiên cứu trước chưa làm được, đó là đã xây dựng quy trình 5 bước chuẩn hóa để NVCTXH thực hiện quản lý ca, kích hoạt mạng lưới sinh thái xung quanh NCT nhằm phòng ngừa và hỗ trợ tâm lý xã hội, thay vì chỉ trông chờ vào hệ thống y tế.

Chính vì vậy, sự cần thiết của một nghiên cứu chuyên sâu về hoạt động CSSKTT cho NCT tại TP. HCM trở nên rõ ràng hơn bao giờ hết. Việc phân tích kỹ lưỡng các nguồn lực và hoạt động sẽ giúp xây dựng các giải pháp khả thi, hiệu quả và bền vững. Đây chính là nền tảng cốt lõi cho sự phát triển của các chương trình chăm sóc dài hạn, hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống, duy trì sự độc lập và thúc đẩy hòa nhập xã hội cho NCT, đảm bảo TP. HCM có thể thích ứng tốt với bối cảnh già hóa dân số hiện nay.

Tiểu kết chương 1

Tổng quan các nghiên cứu về CSSKTT cho NCT đã cho thấy một thực tế rằng mặc dù đã đạt được những tiến bộ nhất định trong việc nhận diện các vấn đề sức khỏe của NCT, nhưng vẫn còn đó những khoảng trống và thách thức cần được giải quyết. Đặc biệt, SKTT chính là mảnh ghép quan trọng trong bức tranh toàn diện về sức khỏe nhưng vẫn chưa nhận được sự quan tâm xứng đáng, nhất là ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam.

Trong bối cảnh già hóa dân số diễn ra với tốc độ ngày càng nhanh, việc nghiên cứu và phát triển các chiến lược CSSKTT toàn diện không chỉ là một nhu cầu cấp thiết, mà còn là trách nhiệm chung của toàn xã hội. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng SKTT của NCT chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, từ cá nhân đến môi trường xã hội và sự hỗ trợ từ cộng đồng. Tuy nhiên, những yếu tố này chưa được hệ thống hóa và đánh giá một cách đầy đủ, gây khó khăn cho việc thiết kế và triển khai các chương trình chăm sóc phù hợp.

Hơn nữa, sự thiếu hụt về nguồn lực, bao gồm nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất và tài chính, tiếp tục là một rào cản lớn trong việc cung cấp các dịch vụ CSSKTT hiệu quả. Trước thực trạng đó, nghiên cứu về hoạt động CSSKTT cho NCT cần hướng tới việc làm rõ hơn các nguồn lực tác động đến SKTT của NCT, từ đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc phát triển các dịch vụ, mô hình chăm sóc toàn diện và bền vững.

Cụ thể, các nghiên cứu trong tương lai cần tập trung vào việc khảo sát chuyên sâu về nhu cầu và thực trạng SKTT của NCT tại các cộng đồng cụ thể, bởi điều này sẽ giúp xác định những vấn đề cụ thể và thiết kế các can thiệp phù hợp với đặc điểm văn hóa, xã hội và kinh tế của từng khu vực. Trên cơ sở đó, việc phát triển và đánh giá hiệu quả các mô hình can thiệp SKTT dựa vào cộng đồng là rất quan trọng. Các mô hình này cần nhấn mạnh vào sự tham gia của gia đình, người chăm sóc, và các tổ chức xã hội trong việc hỗ trợ NCT.

Song song với việc phát triển các mô hình can thiệp, việc nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến SKTT của NCT, bao gồm các yếu tố cá nhân, xã hội, và môi trường, cũng cần được chú trọng. Hiểu rõ các yếu tố này sẽ giúp xây dựng các chương trình phòng ngừa và can thiệp hiệu quả hơn. Bên cạnh đó, việc đánh giá và tối ưu hóa các

nguồn lực hiện có trong lĩnh vực CSSKTT cũng là một hướng đi quan trọng. Cần xác định những thiếu hụt về nhân lực, cơ sở vật chất, tài chính và đề xuất các giải pháp để cải thiện hệ thống cung cấp dịch vụ.

Cuối cùng, không thể thiếu việc nâng cao nhận thức của cộng đồng về SKTT của NCT. Thông qua các chương trình giáo dục và truyền thông, chúng ta có thể thúc đẩy sự thấu hiểu và hỗ trợ từ xã hội dành cho NCT.

Tóm lại, tổng quan các nghiên cứu hiện tại đã khẳng định tầm quan trọng của CSSKTT đối với NCT, đồng thời chỉ ra những khoảng trống cần được lấp đầy. Bằng việc tập trung vào các hướng nghiên cứu nêu trên, chúng ta có thể góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, đảm bảo sự hòa nhập xã hội cho NCT, đồng thời giảm bớt gánh nặng cho hệ thống y tế và xã hội.

Chương 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

2.1. Một số khái niệm cơ bản

2.1.1. Người cao tuổi

Theo Luật Người cao tuổi năm 2009 của Việt Nam, NCT được khái niệm là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên (Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, 2009). Tuy nhiên, để nhận diện chính xác các nhu cầu chăm sóc theo tiến trình lão hóa, nghiên cứu này còn tiếp cận NCT qua việc phân nhóm lứa tuổi (60-70, 70-80, và trên 80 tuổi) nhằm đề xuất các hoạt động can thiệp phù hợp với từng giai đoạn. Khái niệm này không chỉ phản ánh một giai đoạn quan trọng trong vòng đời con người mà còn gắn liền với những biến đổi sinh học và tâm lý đặc thù, nơi NCT phải đối diện với các thách thức về SKTT như tình trạng lo âu, cảm giác cô đơn, sự suy giảm tính minh mẫn và nguy cơ sa sút trí tuệ (Atchley & Barusch, 2004; Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012).

Do đó, luận án này tiếp cận NCT như một nhóm đối tượng đa dạng, đứng từ vị thế của chính người thụ hưởng để đánh giá sự tương tác đa tầng giữa nội lực cá nhân với môi trường sống. Cách tiếp cận này không chỉ xem xét các rủi ro, tổn thương mà NCT phải đối mặt, mà còn nhấn mạnh vào khả năng thích ứng và tiềm năng đóng góp của họ (Rowe & Kahn, 1997). Trong phạm vi nghiên cứu này, *người cao tuổi được hiểu là những cá nhân từ 60 tuổi trở lên, đang trong quá trình lão hóa với các biến đổi đặc thù về sinh lý, tâm lý và xã hội, đồng thời là chủ thể có năng lực nhận thức, tính tự chủ, có quyền và nhu cầu được bảo vệ, nâng cao sức khỏe tâm thần và duy trì chất lượng sống tích cực tại cộng đồng.* Khái niệm này khẳng định vai trò chủ động của NCT trong việc thụ hưởng, cảm nhận và đánh giá mức độ đáp ứng của các hoạt động hỗ trợ đối với SKTT của chính họ.

2.1.2. Sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

2.1.2.1 Sức khỏe tâm thần

Tổ chức Y tế Thế giới (2022), SKTT là trạng thái mà cá nhân nhận thức được khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng thường ngày, làm việc một cách hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng của mình. Khái niệm này nhấn mạnh rằng,

SKTT không chỉ là không có các rối loạn tâm thần mà còn là khả năng phát triển và tận hưởng cuộc sống.

Các nhà nghiên cứu như Keyes (2002) đã đưa ra khái niệm về "sức khỏe tâm thần tích cực", trong đó bao gồm sự hiện diện của cảm giác hạnh phúc, cảm giác rằng cuộc sống có ý nghĩa, và khả năng phát triển cá nhân. Tác giả nhấn mạnh rằng SKTT tích cực là yếu tố quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng cuộc sống và khả năng hoạt động xã hội.

Dưới góc độ tiếp cận quốc tế và bối cảnh văn hóa xã hội Việt Nam, các khái niệm về SKTT đã được nhiều tác giả điều chỉnh để phù hợp hơn với đặc thù của đất nước. Từ điển tâm lý học định nghĩa SKTT là "trạng thái tinh thần thoải mái, không có rối loạn, đảm bảo sự điều khiển hành vi phù hợp với môi trường" (Vũ Dũng, 2008, tr. 719). Nguyễn Thị Kim Hoa (2012) mở rộng khái niệm này, cho rằng SKTT bao gồm khả năng kiểm soát cảm xúc, suy nghĩ rõ ràng, đối phó với căng thẳng và duy trì các mối quan hệ xã hội tích cực, đồng thời nhấn mạnh vai trò của cộng đồng và gia đình trong việc hỗ trợ SKTT.

Bộ Y tế Việt Nam (2021) cũng coi SKTT là một phần của sức khỏe toàn diện và nhấn mạnh việc lồng ghép các dịch vụ chăm sóc SKTT vào hệ thống y tế quốc gia. Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2020) thì định nghĩa SKTT là trạng thái không có rối loạn tâm thần, đồng thời là trạng thái thoải mái hoàn toàn, trong đó người khỏe mạnh tâm thần có cuộc sống độc lập, tự quyết, có cái nhìn thực tế về bản thân và người khác, với hành vi, cảm xúc và giá trị phù hợp với văn hóa và cộng đồng (Nguyễn Văn Tuấn & cộng sự, 2020).

Đặc biệt, nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền (2025) nhấn mạnh rằng SKTT của NCT mang tính đa chiều, chịu ảnh hưởng tổng hòa từ các yếu tố thể chất, mạng lưới xã hội và môi trường, trong đó sự tự đánh giá và cảm nhận chủ quan của NCT đóng vai trò then chốt trong việc xác định chất lượng sống.

Dựa trên nền tảng lý luận đó, SKTT của NCT được nhận diện thông qua các hệ thống biểu hiện mang tính tương tác chặt chẽ. Trước hết, SKTT được minh chứng qua nhóm biểu hiện về nhận thức và trí nhớ, phản ánh sự minh mẫn, khả năng suy nghĩ rõ ràng và năng lực tự nhận thức về bản thân (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012; Lê

Thị Thu Hiền, 2025). Đây là trụ cột lý luận quan trọng khẳng định vị thế của NCT như một chủ thể có năng lực tự chủ và khả năng tự quyết trong các quyết định sinh hoạt hàng ngày.

Song song với đó, nhóm biểu hiện về cảm xúc và trạng thái tâm lý đóng vai trò đo lường sự hiện diện của cảm giác hạnh phúc, ý nghĩa cuộc sống và khả năng kiểm soát các trạng thái tiêu cực như lo âu hay trầm cảm (Keyes, 2002). Một trạng thái cảm xúc ổn định cho thấy sự hài hòa nội tại và năng lực thích ứng linh hoạt trước những biến cố hoặc sự thay đổi nhanh chóng của môi trường xã hội hiện đại.

Cuối cùng, sự lành mạnh về tâm thần còn được định hình bởi nhóm biểu hiện về hành vi và tương tác xã hội, thể hiện ở tính chủ động trong việc duy trì các mối liên kết và mức độ gắn kết với mạng lưới an sinh (Vũ Dũng, 2008; Lê Thị Thu Hiền, 2025). Việc tham gia vào các mối quan hệ xã hội lành mạnh không chỉ giúp giải tỏa mặc cảm cô đơn mà còn khẳng định giá trị đóng góp của cá nhân đối với gia đình và cộng đồng.

Như vậy, trong nghiên cứu này, thuật ngữ "sức khỏe tâm thần" được sử dụng chính thức thay cho "sức khỏe tinh thần" nhằm đảm bảo tính đồng bộ với các định hướng chuyên môn của Tổ chức Y tế Thế giới (2022) và Bộ Y tế Việt Nam (2021). Việc lựa chọn thuật ngữ này giúp phản ánh chính xác một trạng thái chức năng tâm lý và năng lực thích ứng xã hội toàn diện của cá nhân, thay vì chỉ dừng lại ở những cảm xúc tinh thần thông thường. Trên nền tảng lý luận đó, *sức khỏe tâm thần của người cao tuổi được hiểu là một trạng thái tâm lý tích cực, được phản ánh qua sự minh mẫn về nhận thức, sự cân bằng về cảm xúc và tính chủ động trong các hành vi xã hội*. Cách tiếp cận này không chỉ nhấn mạnh vào sự vắng mặt của các rối loạn tâm thần mà còn đề cao khả năng tự cảm nhận, đánh giá chủ quan của NCT đối với sự hài hòa trong cuộc sống của chính mình. Trạng thái này được duy trì và củng cố dựa trên năng lực nội tại của chủ thể dưới sự hỗ trợ tương hỗ từ mạng lưới gia đình và các nguồn lực xã hội xung quanh.

2.1.2.2 Chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Tiếp nối quan điểm về SKTT như một trạng thái cân bằng nội tại, hoạt động CSSKTT đối với NCT được hiểu là một hệ thống các tác động có mục đích nhằm duy

trì và tối ưu hóa trạng thái tích cực đó. Trong bối cảnh lão hóa, việc chăm sóc không chỉ đơn thuần dừng lại ở các can thiệp y tế đối với các rối loạn lâm sàng mà còn bao hàm việc hỗ trợ NCT thích nghi với những thay đổi về sinh lý, tâm lý và vị thế xã hội (Vũ Dũng, 2008; Bộ Y tế, 2021). Nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền (2025) chỉ ra rằng, CSSKTT hiệu quả phải dựa trên sự kết hợp giữa các dịch vụ an sinh, y tế và các hoạt động giáo dục sức khỏe cộng đồng nhằm trang bị kỹ năng, giảm bớt định kiến và nâng cao khả năng tự CSSKTT của chính chủ thể.

Để phân định rõ ranh giới và làm nổi bật bản sắc chuyên ngành CTXH, hoạt động CSSKTT cho NCT trong nghiên cứu được phân chia rõ ràng giữa ba vùng can thiệp:

Thứ nhất là đối với chăm sóc y tế chuyên khoa: Lĩnh vực này tiếp cận theo mô hình y sinh học, tập trung vào việc chẩn đoán lâm sàng, điều trị y khoa và sử dụng dược phẩm đối với các rối loạn tâm thần nặng như sa sút trí tuệ tiến triển, trầm cảm nặng có nguy cơ tự sát, loạn thần tuổi già... Chức năng này thuộc thẩm quyền chuyên môn của y bác sĩ tâm thần tại các cơ sở y tế.

Mảng trị liệu tâm lý chuyên sâu sẽ tập trung vào các kỹ thuật tâm lý lâm sàng nhằm tái cấu trúc nhận thức và giải quyết các tổn thương tâm lý phức tạp ở cấp độ cá nhân do chuyên gia tâm lý đảm nhiệm.

Riêng hoạt động hỗ trợ tâm lý - xã hội dưới lăng kính CTXH sẽ tiếp cận theo nguyên lý "con người trong môi trường". CTXH không đóng vai trò "chữa bệnh" bằng dược lý, mà tác động vào những NCT tại cộng đồng đang gặp suy giảm SKTT do cô đơn, mất vai trò xã hội, hoặc thiếu hụt mạng lưới hỗ trợ. CTXH thực hiện các chức năng cốt lõi như phòng ngừa, phát hiện sớm, tham vấn sơ cấp, sơ cứu tâm lý, quản lý ca, giải tỏa rào cản kỳ thị, kích hoạt mạng lưới sinh thái và điều phối kết nối nguồn lực, chuyển tuyến liên ngành khi cần thiết.

Về mặt lý luận, CSSKTT đối với NCT là một quá trình đa tầng bậc, tác động trực tiếp vào các phương diện biểu hiện của SKTT đã được xác lập. Ở phương diện nhận thức, hoạt động chăm sóc tập trung vào việc duy trì sự minh mẫn và khả năng tự quyết thông qua các chương trình giáo dục, truyền thông và cung cấp thông tin phù hợp (Lê Thị Thu Hiền, 2025).

Đối với phương diện cảm xúc, CSSKTT hướng tới việc kiến tạo các mạng lưới hỗ trợ tâm lý từ gia đình và cộng đồng, giúp NCT kiểm soát các trạng thái tiêu cực và tìm thấy ý nghĩa trong cuộc sống (Keyes, 2002; Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012).

Cuối cùng, ở phương diện hành vi, việc chăm sóc gắn liền với việc tạo điều kiện cho NCT tham gia tích cực vào đời sống xã hội, duy trì các kết nối láng giềng và cảm nhận rõ nét giá trị của bản thân trong cộng đồng (Nguyễn Văn Hiếu, 2022).

Như vậy, trong phạm vi nghiên cứu này, *chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi được hiểu là tổng thể các hoạt động trợ giúp, dịch vụ chuyên môn và chính sách an sinh nhằm bảo vệ, duy trì và nâng cao trạng thái cân bằng về nhận thức, cảm xúc và hành vi xã hội của NCT*. Quá trình này không chỉ mang tính chất can thiệp từ bên ngoài mà còn đề cao sự tương tác giữa chủ thể NCT với các hệ thống nguồn lực hỗ trợ. Việc CSSKTT toàn diện đòi hỏi một cách tiếp cận tích hợp, nơi các chức năng của CTXH như phòng ngừa, giải quyết vấn đề và kết nối nguồn lực được vận dụng linh hoạt để đáp ứng kỳ vọng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT trong môi trường sống thực tế của họ.

Cần lưu ý rằng, trong bối cảnh nghiên cứu này, CSSKTT không phải là việc "điều trị y tế". CSSKTT là một mảng rộng, trong đó can thiệp y học như việc dùng thuốc hay điều trị nội trú chỉ áp dụng cho các rối loạn tâm thần nặng. Phần lớn các vấn đề suy giảm tâm lý ở NCT xuất phát từ sự cô đơn, mất đi vai trò xã hội hoặc thiếu hụt mạng lưới hỗ trợ. Do đó, luận án tiếp cận việc chăm sóc dưới lăng kính "hỗ trợ tâm lý xã hội", tức là can thiệp vào các yếu tố môi trường, xã hội và tương tác con người để duy trì và phục hồi SKTT, tạo tiền đề cho việc điều phối nguồn lực và can thiệp chuyên nghiệp.

2.1.3. Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Để đảm bảo SKTT và nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT, nhiều hoạt động CSSKTT đã được xác định và thực hiện dựa trên cơ sở pháp lý vững chắc và các tài liệu, nghiên cứu chuyên ngành. Các quy định trong Nghị định số 35/2011/TT-BYT, Nghị định số 20/2021/NĐ-CP, và Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm, can thiệp kịp thời, truyền thông và hỗ trợ tham gia xã hội cho NCT. Những hoạt động này không chỉ đáp ứng được các yêu cầu pháp

lý và nhu cầu thực tế của NCT mà còn phù hợp với các chức năng cơ bản của CTXH, bao gồm phòng ngừa, can thiệp, phục hồi và phát triển (Bùi Thị Xuân Mai, 2015). Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào bốn hoạt động chủ chốt, bao gồm: (1) Phát hiện sớm; (2) Hỗ trợ tâm lý cơ bản; (3) Truyền thông nâng cao nhận thức SKTT; và (4) Hỗ trợ tham gia xã hội.

2.1.3.1. Hoạt động phát hiện sớm

Trong quá trình CSSKTT cho NCT, phát hiện sớm được xem là hoạt động ưu tiên hàng đầu, đóng vai trò nhận diện kịp thời các dấu hiệu bất ổn như trầm cảm, lo âu hay sa sút trí tuệ để ngăn ngừa diễn tiến nặng và cải thiện chất lượng sống cho NCT (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2017, tr. 60). Dưới lăng kính của thuyết hệ thống sinh thái, hoạt động này không chỉ là một quy trình kỹ thuật mà là sự tương tác đa tầng bậc giữa NCT với môi trường sống, nơi mỗi chủ thể đóng vai trò là một mắt xích trong mạng lưới cảnh báo sớm SKTT.

Ở cấp độ vi mô, hoạt động phát hiện sớm khởi đầu từ năng lực tự nhận diện của chính NCT đối với những biến đổi nội tại. NCT trực tiếp trải nghiệm và đánh giá mức độ thường xuyên của việc tự theo dõi các thay đổi trong cảm xúc, tư duy hoặc các dấu hiệu suy giảm trí nhớ thông qua thói quen hằng ngày như viết nhật ký hay thiền định. Sự chủ động chia sẻ những bất ổn này với người thân chính là bước đi đầu tiên trong quy trình phát hiện sớm dưới góc nhìn của người thụ hưởng. Đồng thời, gia đình đóng vai trò là tuyến đầu trong việc quan sát, lắng nghe và nhận diện các biểu hiện đau khổ hoặc hành vi bất thường của NCT. Hiệu quả của hoạt động này ở hệ vi mô phụ thuộc vào việc gia đình có chủ động trang bị kiến thức để nhận biết các triệu chứng tâm lý phổ biến thay vì chỉ tập trung vào chăm sóc thể chất thuần túy.

Tại hệ trung mô, hoạt động phát hiện sớm được mở rộng thông qua mạng lưới bạn bè và các tổ chức hội đoàn tại cộng đồng. Thông qua các buổi sinh hoạt câu lạc bộ hoặc thăm hỏi định kỳ, các chủ thể không chuyên này giúp nhận diện những dấu hiệu "rút lui xã hội" hoặc sự thay đổi tính tình của NCT thông qua các tương tác với bạn bè. Dưới sự đánh giá của NCT, đây là môi trường an toàn để họ bộc lộ các vấn đề tâm lý mà đôi khi khó chia sẻ trong phạm vi gia đình.

Ở cấp độ vĩ mô, hoạt động này đòi hỏi tính chuẩn mực y khoa thông qua việc lồng ghép các nội dung sàng lọc SKTT vào quy trình khám sức khỏe định kỳ tại địa phương. Điểm mấu chốt trong khâu này là sự phối hợp giữa chính quyền, các đoàn thể với trạm y tế để sử dụng các công cụ tầm soát chuẩn mực (như thang đo trầm cảm GDS hay thang đo nhận thức MMSE) dưới sự giám sát chuyên môn. NCT sẽ đánh giá hiệu quả của hoạt động này dựa trên mức độ tiếp cận thông tin và sự hỗ trợ từ mạng lưới an sinh xã hội trong việc kết nối họ với các dịch vụ y tế chuyên sâu khi có dấu hiệu bất ổn.

Như vậy, hoạt động phát hiện sớm trong nghiên cứu này được hiểu là một quy trình tương tác liên hoàn, bắt đầu từ sự tự nhận thức của chủ thể, sự nhạy bén của gia đình, sự đồng hành của bạn bè và được bảo đảm bằng các công cụ sàng lọc chuẩn mực của hệ thống y tế - xã hội địa phương. Việc phân tích hoạt động này dưới góc nhìn của NCT sẽ làm rõ khoảng cách giữa các nguồn lực sẵn có với kỹ năng thực hành chuyên môn thực tế, từ đó xác định rõ vai trò "bắc cầu" của NVCTXH trong việc chuyển tuyến và kết nối hỗ trợ kịp thời.

2.1.3.2. Hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản

NCT thường phải đối mặt với nhiều thách thức như sự cô đơn, mất mát, và giảm sút về thể chất, từ đó dễ dẫn đến các rối loạn tâm lý như trầm cảm, lo âu và cảm giác vô dụng (Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012). Hơn nữa, theo báo cáo của Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ, sự cô đơn có thể làm tăng phản ứng tiêu cực với các tác nhân gây căng thẳng trong cuộc sống, từ đó có thể dẫn đến mất ngủ, trầm cảm, suy giảm nhận thức và các vấn đề SKTT khác ở NCT (Ramos, 2022). Hỗ trợ tâm lý giúp họ nhận diện và đối mặt với những cảm xúc tiêu cực này, từ đó giúp duy trì tinh thần lạc quan và cải thiện khả năng thích ứng với những thay đổi trong cuộc sống (Smith Heather, 2007).

Trong hệ thống CSSKTT, hỗ trợ tâm lý cơ bản là hoạt động thiết thực nhằm giúp NCT nhận diện và đối mặt với những cảm xúc tiêu cực như cô đơn, lo âu hay mặc cảm về sự giảm sút thể chất. Dưới lăng kính của thuyết hệ thống sinh thái, đây không phải là quá trình trị liệu chuyên sâu mà là tập hợp các kỹ năng sơ cứu tâm lý và lắng nghe tích cực, được thực hiện thông qua sự tương tác giữa NCT và các mạng

lưới hỗ trợ xung quanh. Hoạt động này giúp duy trì SKTT lạc quan và cải thiện khả năng thích ứng của NCT trước những biến cố trong cuộc sống.

Ở cấp độ vi mô, hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản bắt đầu từ sự chủ động của chính NCT trong việc tự điều hòa cảm xúc. NCT trực tiếp trải nghiệm và đánh giá hiệu quả của các thói quen tích cực như viết nhật ký, thiền định hoặc dưỡng sinh trong việc giải tỏa căng thẳng. Thay vì chịu đựng một mình, thái độ sẵn sàng chia sẻ suy nghĩ với gia đình và bạn bè được xem là một biểu hiện của năng lực tự hỗ trợ SKTT hiệu quả. Song song đó, NCT đưa ra những cảm nhận về sự kiên nhẫn và thấu hiểu từ phía người thân. Sự quan tâm từ gia đình thông qua việc thường xuyên trò chuyện và tạo cơ hội cho họ tham gia vào các quyết định chung giúp NCT củng cố cảm giác về giá trị bản thân.

Ở cấp trung mô, sự hỗ trợ tâm lý cơ bản được thực hiện thông qua mạng lưới bạn bè đồng đẳng. NCT đánh giá mức độ gắn kết xã hội dựa trên tần suất và chất lượng của các buổi giao lưu nhỏ như uống trà, chơi cờ hay đi dạo cùng bạn bè, những tương tác này không chỉ là hoạt động giải trí mà còn là không gian để NCT chia sẻ tâm tư, nhận được sự đồng cảm và khích lệ từ những người cùng hoàn cảnh, giúp giảm thiểu đáng kể cảm giác cô lập xã hội.

Ở cấp độ vĩ mô, hoạt động hỗ trợ tâm lý được hiện thực hóa thông qua các thiết chế văn hóa và chính sách an sinh tại địa phương. NCT đánh giá vai trò của chính quyền và các đoàn thể dựa trên việc tổ chức các không gian giao lưu tập thể, các hội thảo phổ biến kiến thức tâm lý và việc tạo điều kiện cho họ tiếp cận các dịch vụ tư vấn cơ bản tại cộng đồng. Dưới góc nhìn của người thụ hưởng, tính nhân văn của môi trường sống được phản ánh qua nỗ lực của chính quyền trong việc truyền thông, xóa bỏ định kiến về SKTT và kết nối NCT với các nguồn lực chuyên môn khi cần thiết.

Như vậy, hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản trong nghiên cứu này được hiểu là mạng lưới tương tác đa hệ thống nhằm giúp NCT giải tỏa áp lực và duy trì sự cân bằng SKTT. Dưới góc độ CTXH, hoạt động này không thay thế cho các trị liệu lâm sàng chuyên sâu mà tập trung vào tham vấn sơ cấp, lắng nghe tích cực và sơ cứu tâm lý nhằm ổn định cảm xúc và nâng cao năng lực thích ứng xã hội cho chủ thể. Việc phân tích hoạt động này dựa trên thái độ và sự hài lòng của NCT sẽ giúp nhận diện

rõ những khoảng trống về kỹ năng chuyên môn và sự rời rạc trong kết nối nguồn lực của các chủ thể hỗ trợ hiện tại. Đây là cơ sở thực tiễn quan trọng để đề xuất các quy trình trợ giúp xã hội chuyên nghiệp, đóng vai trò điều phối nhằm lấp đầy những thiếu hụt mang tính tự phát trong hệ thống chăm sóc hiện nay.

2.1.3.3. Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần

Trong hệ thống các giải pháp bảo vệ SKTT, truyền thông nâng cao nhận thức đóng vai trò cốt lõi trong việc cung cấp thông tin, trang bị kiến thức và kỹ năng cơ bản để NCT cùng mạng lưới hỗ trợ tự bảo vệ SKTT. Thay vì các hình thức giáo dục áp đặt, hoạt động này tập trung vào việc giúp NCT tự nhận diện các dấu hiệu bất ổn như lo âu, trầm cảm và giảm thiểu sự kỳ thị xã hội đối với các rối loạn tâm lý. Dưới lăng kính của thuyết hệ thống sinh thái, truyền thông nhận thức không chỉ là việc tiếp nhận thông tin thụ động mà là một quá trình tương tác liên tục, nơi NCT đánh giá mức độ phù hợp và tính hữu ích của các nguồn tin đối với thực tế cuộc sống của họ.

Ở cấp độ vi mô, hoạt động truyền thông bắt đầu từ sự chủ động tìm hiểu của chính NCT thông qua các phương tiện đại chúng như sách báo, tài liệu hoặc internet. NCT trực tiếp trải nghiệm và đánh giá khả năng tự học hỏi các phương pháp ứng phó với căng thẳng và cách thức tự CSSKTT hiệu quả. Song song với đó, gia đình đóng vai trò là kênh truyền thông gần gũi nhất thông qua việc cùng NCT đọc sách, xem video và thảo luận về các vấn đề tâm lý trong những buổi sinh hoạt chung. Dưới góc nhìn của người thụ hưởng, sự đồng hành của gia đình trong việc chia sẻ kiến thức giúp họ cảm thấy được thấu hiểu, từ đó tăng thêm động lực để thực hành các biện pháp bảo vệ SKTT ngay tại gia đình của mình.

Đối với cấp trung mô, truyền thông nâng cao nhận thức được hiện thực hóa thông qua mạng lưới bạn bè đồng đẳng và các CLB. NCT đánh giá tính hiệu quả của hoạt động này dựa trên chất lượng các buổi nói chuyện chuyên đề, thảo luận nhóm và chia sẻ kinh nghiệm tự chăm sóc giữa những người cùng hoàn cảnh. Những buổi giao lưu này không chỉ cung cấp thông tin mà còn tạo ra không gian để NCT học hỏi lẫn nhau, giúp lan tỏa nhận thức tích cực và giảm bớt sự mặc cảm, e ngại khi đối diện với các vấn đề tâm lý.

Ở cấp độ vĩ mô, hoạt động truyền thông được dẫn dắt bởi chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội thông qua các chiến dịch phổ biến kiến thức quy mô cộng đồng. NCT đưa ra những cảm nhận về sự phong phú và dễ hiểu của các tài liệu, ấn phẩm truyền thông cũng như tính thiết thực của các buổi hội thảo chuyên đề do Hội Người cao tuổi hoặc trạm y tế tổ chức. Việc lồng ghép nội dung nhận thức SKTT vào các đợt khám sức khỏe định kỳ được xem là một tiêu chí quan trọng thể hiện sự quan tâm của hệ thống an sinh đối với nhu cầu thông tin của người dân.

Như vậy, truyền thông nâng cao nhận thức về SKTT trong nghiên cứu này được hiểu là mạng lưới cung cấp và trao đổi thông tin giúp NCT tự làm chủ trạng thái tinh thần của mình. Việc phân tích hoạt động này dựa trên thái độ và sự đánh giá của NCT sẽ làm rõ khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành, từ đó xác định rõ vai trò của nhân viên CTXH trong việc thiết kế các kênh truyền thông chuyên biệt, bám sát đặc điểm tâm lý và trình độ tiếp nhận của từng nhóm NCT tại địa phương.

2.1.3.4. Hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội

Trong hệ thống CSSKTT, hỗ trợ tham gia xã hội được xem là hoạt động then chốt nhằm thúc đẩy sự kết nối, giảm thiểu cảm giác cô đơn và khẳng định giá trị bản thân của NCT trong đời sống cộng đồng (Nguyễn Kim Loan, 2020; Levy, 1990; Graham, 2011). Dưới quan điểm của thuyết hệ thống sinh thái, hoạt động này không chỉ đơn thuần là việc tổ chức các sự kiện phong trào mà là một quá trình tương tác xã hội giúp NCT duy trì các mối quan hệ tích cực và thích ứng tốt hơn với những thay đổi trong vòng đời. Thông qua việc chia sẻ kinh nghiệm và đóng góp cho cộng đồng, NCT cảm thấy tự tin và gắn bó hơn với cuộc sống, từ đó nâng cao chất lượng SKTT một cách bền vững.

Ở cấp độ vi mô, hoạt động tham gia xã hội bắt đầu từ ý chí tự chủ của chính NCT trong việc vượt qua các rào cản tâm lý để hòa nhập với môi trường xung quanh. NCT trực tiếp trải nghiệm và đánh giá mức độ phù hợp của các câu lạc bộ văn hóa, thể thao như dưỡng sinh, yoga hay các hoạt động tâm linh tại chùa, nhà thờ đối với nhu cầu an lạc nội tại của bản thân. Sự chủ động sử dụng công nghệ thông tin để duy trì kết nối với người thân hoặc tham gia các hoạt động tình nguyện cũng được xem là những chỉ báo quan trọng phản ánh năng lực tự khẳng định giá trị cá nhân. Song song

đó, NCT đưa ra những cảm nhận về sự khích lệ và tạo điều kiện từ phía gia đình thông qua việc hỗ trợ phương tiện đi lại hoặc tôn trọng mong muốn được giao lưu xã hội của họ.

Ở cấp trung mô, hỗ trợ tham gia xã hội được hiện thực hóa thông qua mạng lưới bạn bè đồng đẳng và các nhóm tự giúp đỡ tại địa phương. NCT đánh giá tính hiệu quả của mạng lưới này dựa trên sự quan tâm, rủ rê và đồng hành của bạn bè trong các buổi sinh hoạt nhóm hay tham gia các chuyến dã ngoại, trò chơi tập thể. Dưới góc nhìn của người thụ hưởng, nhóm bạn bè không chỉ là những người cùng vui chơi mà còn là nhịp cầu quan trọng giúp họ giải tỏa tâm tư và nhận được sự hỗ trợ kịp thời khi gặp khó khăn, từ đó củng cố tình bạn và giảm bớt mặc cảm tách biệt.

Ở cấp độ vĩ mô, hoạt động này gắn liền với các thiết chế văn hóa và chính sách an sinh xã hội do chính quyền địa phương và các đoàn thể triển khai. NCT đưa ra những đánh giá về tính sẵn có và chất lượng của các chương trình ngày hội văn hóa, hội thi dưỡng sinh, các buổi lễ tôn giáo, hoạt động tâm linh hay các khóa học kỹ năng dành riêng cho độ tuổi của mình (Nguyen, H., 2016). Đặc biệt, sự hài lòng của NCT còn phụ thuộc vào việc chính quyền có đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng thân thiện như công viên, nhà văn hóa và cung cấp các hỗ trợ tài chính để đảm bảo mọi đối tượng, kể cả những người có hoàn cảnh khó khăn, đều có cơ hội hòa nhập cộng đồng một cách bình đẳng.

Như vậy, hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội trong nghiên cứu này được hiểu là một mạng lưới tương tác đa chiều giúp NCT sống vui, sống khỏe và sống có ích. Việc phân tích hoạt động này dựa trên thái độ và sự nhận diện của NCT sẽ làm rõ mức độ đáp ứng của môi trường xã hội đối với nhu cầu tinh thần của họ, từ đó xác định rõ vai trò của NVCTXH trong việc kiến tạo các mô hình kết nối liên thế hệ và thúc đẩy một cộng đồng nhân văn, bền vững.

2.1.4. Công tác xã hội và hoạt động công tác xã hội với người cao tuổi

2.1.4.1. Khái niệm công tác xã hội

CTXH là một ngành khoa học và một nghề nghiệp thực hành đã trải qua quá trình phát triển lâu dài với nhiều góc độ tiếp cận khác nhau. Trên bình diện quốc tế, Hiệp hội Nhân viên xã hội Quốc gia Hoa Kỳ (NASW) tiếp cận CTXH dưới góc độ

chức năng, cho rằng đây là một hoạt động chuyên nghiệp nhằm giúp đỡ các cá nhân, gia đình, nhóm và cộng đồng phục hồi hoặc tăng cường năng lực và chức năng xã hội, từ đó tạo ra những điều kiện xã hội cần thiết để họ đạt được mục tiêu (NASW, 1983). Mang tính bao quát và mang tính tuyên ngôn toàn cầu hơn, Hiệp hội Công tác xã hội Quốc tế (IFSW) thì xem CTXH là một nghề nghiệp tham gia vào việc giải quyết các vấn đề liên quan tới mối quan hệ của con người, thúc đẩy sự thay đổi xã hội, tăng cường sự trao quyền và giải phóng quyền lực nhằm nâng cao chất lượng sống. Nghề nghiệp này ứng dụng các học thuyết về hành vi con người và hệ thống xã hội để can thiệp vào sự tương tác giữa con người với môi trường sống (IFSW, 2011).

Tại Việt Nam, khái niệm CTXH cũng được các học giả và cơ quan quản lý nhà nước định hình phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội. Dưới góc độ thực tiễn, theo Nguyễn Thị Oanh (trích dẫn trong Bùi Thị Xuân Mai và cộng sự, 2015) CTXH là một hoạt động thực tiễn mang tính tổng hợp, được chi phối bởi các nguyên tắc và phương pháp hỗ trợ cá nhân, nhóm, cộng đồng nhằm giải quyết các vấn đề thiết yếu trong cuộc sống, hướng tới phúc lợi và tiến bộ xã hội. Từ góc độ pháp lý và cung cấp dịch vụ, CTXH được hiểu là hệ thống các hoạt động hỗ trợ chuyên nghiệp, có tổ chức nhằm trợ giúp cá nhân, gia đình và cộng đồng giải quyết các vấn đề xã hội, cung cấp thông tin, tư vấn, trị liệu tâm lý và kết nối nguồn lực (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2018; Bùi Thị Hồng Minh, 2020).

Từ các cách tiếp cận trên, trong phạm vi luận án này, *công tác xã hội được hiểu là một nghề nghiệp chuyên môn ứng dụng các giá trị, nguyên tắc và kỹ thuật đặc thù nhằm can thiệp vào mối quan hệ tương tác giữa con người và môi trường xã hội; qua đó giúp cá nhân, nhóm và cộng đồng yếu thế tháo gỡ rào cản, phục hồi chức năng xã hội, kết nối nguồn lực và nâng cao chất lượng cuộc sống.*

2.1.4.2. Hoạt động công tác xã hội với người cao tuổi

Dựa trên nền tảng triết lý và phương pháp của chuyên ngành, hoạt động CTXH không ứng dụng rập khuôn mà luôn có sự điều chỉnh để phù hợp với từng nhóm khách thể.

Trong phạm vi nghiên cứu của luận án, hoạt động CTXH với NCT được định nghĩa là chuỗi các can thiệp chuyên môn có hệ thống do NVCTXH thực hiện, nhằm

hỗ trợ người từ 60 tuổi trở lên đối phó với những biến đổi suy giảm về sinh - tâm - lý - xã hội trong giai đoạn cuối đời. Để đảm bảo tính chuyên nghiệp, hoạt động CTXH cần được phân định rạch ròi với các can thiệp y học và tâm lý học lâm sàng. Nếu như y học tập trung vào chẩn đoán và điều trị bệnh lý, tâm lý học lâm sàng đi sâu vào trị liệu các chấn thương tâm lý phức tạp, thì tiếp cận của CTXH mang tính chất tâm lý xã hội. Nghĩa là, CTXH không trực tiếp chữa bệnh mà tập trung vào nhận diện rào cản từ môi trường xã hội tác động đến tâm lý NCT, thực hiện tham vấn cơ bản, sơ cứu tâm lý ban đầu, bảo vệ quyền lợi và đóng vai trò điều phối, kết nối NCT với các dịch vụ y tế chuyên khoa khi cần thiết, đồng thời huy động hệ thống sinh thái từ gia đình, cộng đồng để hỗ trợ quá trình phục hồi từ đó duy trì sự an lạc, tính độc lập và chức năng hòa nhập cộng đồng cho NCT.

2.1.5. Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi

2.1.5.1. Khái niệm dịch vụ công tác xã hội

Dưới góc độ chuyên ngành, dịch vụ công tác xã hội (DVCTXH) trong lĩnh vực SKTT không thay thế cho dịch vụ y tế, mà là một hệ thống dịch vụ bổ trợ chuyên nghiệp tập trung vào phòng ngừa, phục hồi chức năng xã hội và can thiệp vào mối quan hệ tương tác giữa con người với môi trường sống. Khác với tiếp cận y học tập trung vào chẩn đoán và điều trị bệnh lý, DVCTXH được hiểu là hệ thống các hoạt động hỗ trợ chuyên nghiệp, có tổ chức, do các nhân viên CTXH hoặc tổ chức xã hội thực hiện nhằm trợ giúp cá nhân, gia đình và cộng đồng giải quyết các vấn đề xã hội, tăng cường chức năng xã hội và thúc đẩy sự an lạc (Bùi Thị Hồng Minh, 2020). Theo Hiệp hội Nhân viên xã hội quốc tế (IFSW), dịch vụ này mang tính chất thúc đẩy sự thay đổi, phát triển và gắn kết xã hội dựa trên các nguyên tắc về công bằng và quyền con người. Tại Việt Nam, DVCTXH được pháp luật hóa là các dịch vụ cung cấp thông tin, tư vấn, trị liệu tâm lý, phục hồi chức năng và kết nối nguồn lực cho các đối tượng cần trợ giúp xã hội, trong đó có NCT (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2018). Đặc thù của loại hình dịch vụ này là tính chuyên nghiệp cao, được vận hành thông qua ngân sách nhà nước hoặc nguồn lực từ các tổ chức xã hội theo hình thức miễn phí hoặc có thu phí tùy thuộc vào đối tượng và loại hình cung cấp. Trong lĩnh vực SKTT, DVCTXH đóng vai trò là nhịp cầu kết nối giữa nhu cầu SKTT của NCT

với các nguồn lực hỗ trợ chuyên biệt. Đối chiếu với lăng kính của luận án, khái niệm này chính là kim chỉ nam để nhìn nhận lại hệ thống CSSKTT cho NCT tại TP. HCM hiện nay. DVCTXH không chỉ dừng lại ở việc can thiệp khi có khủng hoảng, mà còn là công cụ chuyên nghiệp để chuyên nghiệp hóa các mạng lưới chăm sóc tự phát, lấp đầy những khoảng trống an sinh thông qua vai trò quản lý ca và điều phối đa hệ thống từ gia đình, bạn bè đến chính quyền.

2.1.5.2. Các thành tố của dịch vụ công tác xã hội

Để đảm bảo tính chuyên môn và hiệu quả, DVCTXH trong CSSKTT cho NCT được cấu thành bởi các yếu tố cốt lõi về quy trình, hình thức và cơ sở cung cấp.

Về quy trình dịch vụ, mọi can thiệp chuyên nghiệp đều tuân thủ quy trình khoa học gồm năm bước cơ bản: (1) Tiếp nhận và sàng lọc thông tin ban đầu; (2) Đánh giá sâu các vấn đề về nhận thức, cảm xúc và hành vi; (3) Lập kế hoạch trợ giúp cá nhân hóa; (4) Triển khai các hoạt động can thiệp; và (5) Lượng giá kết quả trước khi kết thúc ca. Quy trình này giúp nhân viên CTXH nhận diện chính xác các khoảng trống chuyên môn mà các hệ thống không chuyên (gia đình, bạn bè) chưa đáp ứng được, từ đó đưa ra lộ trình hỗ trợ chuẩn mực y khoa và tâm lý xã hội (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Về hình thức dịch vụ, DVCTXH được triển khai thông qua hai phương thức tương tác chính là trực tiếp và gián tiếp. Dịch vụ trực tiếp bao gồm các hoạt động tham vấn tâm lý sơ cấp, lắng nghe tích cực và sơ cứu tâm lý nhằm ổn định trạng thái SKTT cho NCT. Trong khi đó, dịch vụ gián tiếp tập trung vào quản lý ca, kết nối các nguồn lực y tế - xã hội và vận động chính sách nhằm kiến tạo môi trường sống thân thiện với NCT. Sự kết hợp giữa hai hình thức này đảm bảo NCT không chỉ nhận được sự an ủi tinh thần mà còn được bảo vệ bởi các thiết chế an sinh vững chắc (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Về cơ sở cung cấp dịch vụ, hệ thống DVCTXH cho NCT hiện nay được vận hành tại các trung tâm bảo trợ xã hội, các tổ chức phi chính phủ, hoặc thông qua các văn phòng CTXH đặt ngay tại cộng đồng dân cư. Việc đặt dịch vụ tại cộng đồng giúp NCT dễ dàng tiếp cận, giảm bớt mặc cảm kỳ thị và tạo điều kiện thuận lợi để huy

động sự tham gia của các hệ thống sinh thái xung quanh trong việc duy trì SKTT bền vững cho họ (Nguyễn Hải Hữu, 2018).

Từ hệ thống khái niệm và các thành tố nêu trên, luận án sử dụng cấu trúc của DVCTXH làm khung tham chiếu lý thuyết để đánh giá mức độ chuyên nghiệp và khả năng đáp ứng của các hoạt động chăm sóc thực tiễn tại Chương 3. Đồng thời, đây cũng là nền tảng khoa học mang tính quyết định để tác giả xây dựng và đề xuất "Mô hình DVCTXH kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng" phù hợp với đặc thù của NCT tại TP. HCM ở Chương 4.

2.1.6. Nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Theo Từ điển tiếng Việt của Viện Ngôn ngữ học (2000), "nguồn lực" là các phương tiện, vật chất hoặc tinh thần mà con người có thể khai thác và sử dụng để đạt được một mục tiêu cụ thể. Nguồn lực không chỉ giới hạn ở các yếu tố hữu hình như tài chính hay vật lực mà còn bao hàm cả năng lực, kiến thức, kinh nghiệm và tiềm năng về sức khỏe của con người (Griffiths & Hochman, 2015). Dưới góc nhìn của thuyết Mạng lưới xã hội, các nguồn lực này được xem xét như những giá trị được trao đổi và hỗ trợ thông qua các mối quan hệ xã hội, giúp NCT duy trì sự phát triển bền vững và chức năng tâm lý xã hội (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Từ các quan điểm trên, trong nghiên cứu này, *nguồn lực trong CSSKTT được hiểu là tất cả các yếu tố vật chất và phi vật chất, từ tài chính, nhân lực, cơ sở vật chất cho đến những yếu tố tinh thần như kiến thức, mối quan hệ xã hội và sự hỗ trợ cộng đồng mà NCT có thể nhận diện, tiếp cận và đánh giá về mức độ hữu ích đối với đời sống tinh thần của chính họ.* Việc phân tích nguồn lực không chỉ dựa trên sự hiện diện của chúng mà quan trọng hơn là cảm nhận của NCT về tính sẵn có, mức độ hiệu quả và khả năng đáp ứng nhu cầu thực tế của các hệ thống hỗ trợ.

Do đó, nguồn lực được cụ thể hóa qua bốn nhóm: nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng, trong đó mỗi nhóm đóng vai trò là một mắt xích trong mạng lưới an sinh giúp đảm bảo SKTT bền vững cho NCT.

2.1.6.1 Nguồn lực nhân lực

Nguồn lực nhân lực trong CSSKTT được hiểu là đội ngũ các cá nhân, nhóm xã hội trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia vào quá trình hỗ trợ, bảo vệ và nâng cao đời sống

tinh thần cho NCT. Dưới lăng kính của thuyết Mạng lưới xã hội, nhân lực chính là các "nút" quan hệ kết nối xung quanh NCT, tạo thành một hệ thống trợ giúp đa tầng bậc (Nguyễn Trung Hải, 2018). Thay vì chỉ thống kê số lượng cán bộ hay nhân viên chuyên môn, nghiên cứu này tập trung vào sự nhận diện và đánh giá của NCT về mức độ sẵn có, tính hiệu quả của các nhóm nhân lực này trong thực tế cuộc sống.

Dựa trên cấu trúc mạng lưới xã hội, nguồn lực nhân lực trong nghiên cứu này được thao tác hóa qua sự tự đánh giá của NCT về năng lực hỗ trợ từ các nhóm chủ thể sau:

Thứ nhất là bản thân NCT, đây là nguồn lực hạt nhân trong mạng lưới. NCT trực tiếp trải nghiệm và đánh giá mức độ tự tin của mình trong việc tự theo dõi SKTT, khả năng duy trì các thói quen tích cực như thiền định, dưỡng sinh và sự chủ động chia sẻ dấu hiệu bất thường với người xung quanh.

Thứ hai là gia đình và người thân, đây là mạng lưới liên kết mạnh và trực tiếp nhất. Dưới góc nhìn người thụ hưởng, nguồn lực nhân lực gia đình thể hiện qua sự kiên nhẫn lắng nghe, thái độ thấu hiểu và khả năng nhận diện các thay đổi cảm xúc của người thân nhằm tạo ra môi trường an toàn cho NCT chia sẻ tâm tư.

Thứ ba là mạng lưới bạn bè và cộng đồng, đây là nguồn lực từ các liên kết đồng đẳng, bao gồm những người cùng trang lứa, hàng xóm và các tình nguyện viên, giúp NCT giảm bớt sự cô lập. Dưới góc nhìn của người thụ hưởng, đây là nguồn lực nhân lực đồng đẳng mang lại sự chia sẻ, đồng cảm và giúp NCT xóa bỏ cảm giác cô đơn thông qua các tương tác xã hội thường nhật.

Cuối cùng là chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội, đây là mạng lưới bao gồm cán bộ Hội Người cao tuổi, tổ dân phố và nhân viên y tế - xã hội tại cơ sở. NCT đánh giá nguồn lực này thông qua sự chuyên nghiệp trong việc tổ chức các hoạt động cộng đồng và mức độ hiệu quả khi hỗ trợ họ tiếp cận các dịch vụ CSSKTT chính thức. NCT đưa ra cảm nhận về trình độ chuyên môn, thái độ phục vụ của cán bộ Hội người cao tuổi, tổ dân phố và nhân viên y tế trong việc tổ chức các hoạt động tầm soát và tư vấn tâm lý tại địa phương.

Như vậy, nguồn lực nhân lực được NCT nhìn nhận không chỉ ở sự hiện diện đông đủ của các chủ thể mà còn ở mức độ tiếp cận dễ dàng và hiệu quả hỗ trợ thực tế

mà các nhóm này mang lại. Việc phân tích nhân lực theo cách tiếp cận này sẽ giúp luận án chỉ rõ đâu là nhóm nhân lực đang phát huy vai trò tốt và đâu là nhóm còn hạn chế về kỹ năng, từ đó đề xuất các giải pháp nâng cao năng lực hỗ trợ hoạt động CSSKTT đối với NCT (Nguyễn Trung Hải, 2018).

2.1.6.2. Nguồn lực vật chất

Nguồn lực vật chất trong SKTT không chỉ đơn thuần là sự hiện diện của hạ tầng hay trang thiết bị, mà thực chất là sự tương tác giữa NCT với môi trường sống hữu hình xung quanh (Nguyễn Trung Hải, 2018). Dưới lăng kính của người thụ hưởng, giá trị của nguồn lực vật chất được xác lập dựa trên mức độ tiếp cận và tính hiệu quả. Cụ thể, nguồn lực này được xem xét qua các yếu tố sau:

Về khía cạnh không gian, cơ sở hạ tầng bao gồm nhà văn hóa, công viên và các câu lạc bộ tại khu dân cư đóng vai trò là mạng lưới thiết yếu giúp NCT thoát khỏi không gian khép kín của gia đình để tham gia vào các tương tác xã hội. NCT thường đánh giá nguồn lực này thông qua khoảng cách địa lý gần nơi ở, sự an toàn trong thiết kế và liệu bầu không khí sinh hoạt tại đó có thực sự giúp họ cảm thấy thư thái, phấn chấn hay không.

Song song với hạ tầng là hệ thống trang thiết bị hỗ trợ như các thiết bị y tế cơ bản, máy tập thể dục ngoài trời hay các công cụ hỗ trợ nghe nhìn. NCT nhận diện nguồn lực này thông qua tính hữu ích của thiết bị trong việc nâng cao thể chất, vốn là nền tảng quan trọng cho SKTT, và coi sự hiện diện của chúng là biểu hiện của sự quan tâm từ xã hội đối với nhu cầu an sinh của mình (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Bên cạnh đó, các nguồn lực vật chất phi vật thể như hệ thống tài liệu, ấn phẩm truyền thông, sách báo hoặc ứng dụng công nghệ cung cấp kiến thức tâm lý cũng đóng vai trò là vốn tri thức quan trọng. Tính hiệu quả của nguồn lực này phụ thuộc vào việc hình thức trình bày có dễ đọc, dễ hiểu và nội dung có thực sự thiết thực để giúp NCT tự giải tỏa được những lo âu, căng thẳng thường nhật.

2.1.6.3. Nguồn lực tài chính

Nguồn lực tài chính đóng vai trò là điều kiện cần để duy trì khả năng vận hành và sự cân bằng của các hệ thống chăm sóc (Nguyễn Trung Hải, 2018). Tuy nhiên, thay vì phân tích nguồn lực này dưới góc độ quản lý, nghiên cứu này nhìn nhận tài

chính dưới phương diện mức độ tiếp cận qua khả năng huy động nguồn tiền khi cần và tính hiệu quả qua sự an tâm kinh tế thông qua đánh giá của NCT.

Sự bảo đảm tài chính trước hết đến từ nguồn thu nhập tự chủ như lương hưu, tiền tiết kiệm cá nhân kết hợp với sự hỗ trợ, sẵn lòng chi trả từ phía con cái cho các nhu cầu chăm sóc chuyên sâu. Khi NCT có mức độ tiếp cận tốt với nguồn lực này, họ sẽ có cảm giác an toàn, tự chủ và giảm bớt tâm lý mặc cảm là gánh nặng cho người thân.

Một thành tố tài chính quan trọng khác là sự bảo trợ từ các chính sách và ngân sách nhà nước, cụ thể là các khoản trợ cấp xã hội và mức độ bao phủ của Bảo hiểm y tế đối với các danh mục CSSKTT. Tính hiệu quả của nguồn lực này được người thụ hưởng đánh giá dựa trên việc các chính sách tài chính công có giúp họ giảm bớt áp lực kinh tế trực tiếp và tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chính thống (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Ngoài ra, các nguồn lực tài chính huy động từ cộng đồng như quỹ mừng thọ, quỹ hỗ trợ từ các tổ chức thiện nguyện và mạng lưới bạn bè cũng là một yếu tố bổ trợ quan trọng. Những dòng tài chính này không chỉ có ý nghĩa về mặt vật chất mà còn mang lại giá trị tinh thần, giúp NCT cảm nhận được sự bao bọc của mạng lưới xã hội trong những tình huống khẩn cấp về sức khỏe.

2.1.6.4. Nguồn lực cộng đồng

Nguồn lực cộng đồng trong CSSKTT được hiểu là mạng lưới các mối quan hệ, các thiết chế văn hóa, xã hội và các nhóm tự lực hiện hữu tại địa phương nơi NCT sinh sống. Dưới góc nhìn của thuyết Mạng lưới xã hội, cộng đồng đóng vai trò là "mạng lưới an sinh phi chính thức", cung cấp sự hỗ trợ tinh thần giúp NCT duy trì sự kết nối và giảm thiểu các nguy cơ cô lập. Theo Nguyễn Trung Hải (2018), các hệ thống cộng đồng vận hành như những "hệ thống mở", luôn có sự trao đổi năng lượng và hỗ trợ qua lại để duy trì sự cân bằng cho cá nhân trong môi trường. Trong nghiên cứu này, nguồn lực cộng đồng được NCT nhận diện và đánh giá thông qua mức độ tiếp cận như sự hiện diện và khả năng tham gia cùng tính hiệu quả là giá trị hỗ trợ tinh thần thực tế mang lại.

Sức mạnh của nguồn lực cộng đồng trước hết thể hiện qua hoạt động của các nhóm tự lực và các CLB dành cho NCT. Đây là những không gian tương tác đồng đẳng, nơi người thụ hưởng có thể dễ dàng tiếp cận để chia sẻ kinh nghiệm sống và tìm kiếm sự đồng cảm từ những người cùng hoàn cảnh. Tính hiệu quả của các nhóm này không chỉ nằm ở các hoạt động vui chơi giải trí, mà còn ở khả năng tạo ra bầu không khí tâm lý tích cực, giúp NCT tái hòa nhập xã hội và xua đi những mặc cảm về tuổi tác.

Bên cạnh đó, các mạng lưới hội đoàn tại cơ sở như Hội Người cao tuổi hay các tổ chức đoàn thể địa phương cũng là những mắt xích quan trọng trong việc truyền tải thông tin chính sách và tổ chức các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Việc NCT cảm thấy dễ dàng khi tham gia vào các thiết chế này chính là minh chứng cho một mạng lưới cộng đồng có tính gắn kết cao.

Ngoài ra, nguồn lực cộng đồng còn bao hàm các mối quan hệ láng giềng và các không gian văn hóa, tín ngưỡng tại địa phương. Sự sẵn lòng giúp đỡ từ hàng xóm trong những tình huống khó khăn mang lại cho NCT niềm tin vào sự an toàn của môi trường sống, giúp họ giảm bớt các lo âu về sự đơn độc. Đồng thời, các hoạt động thiện nguyện hoặc sinh hoạt văn hóa cộng đồng giúp NCT tìm thấy ý nghĩa cuộc sống và sự bình an trong tâm hồn. Tổng hòa các yếu tố này tạo nên một hệ sinh thái bao bọc, giúp NCT chuyển hóa các nguồn lực từ cộng đồng thành sức mạnh tinh thần để ứng phó hiệu quả với các biến đổi tâm lý trong giai đoạn tuổi già (Nguyễn Trung Hải, 2018).

Như vậy, theo quan điểm của thuyết Mạng lưới xã hội, các nguồn lực nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng không tồn tại tách rời mà tạo thành một cấu trúc mạng lưới đa tầng bậc, nơi mỗi nguồn lực là một mắt xích hỗ trợ và chuyển hóa lẫn nhau. Theo Nguyễn Trung Hải (2018), cá nhân NCT nằm ở trung tâm của các hệ thống tương tác, và sự cân bằng về SKTT chỉ đạt được khi các dòng chảy nguồn lực từ môi trường được luân chuyển một cách thông suốt. Từ góc nhìn của người thụ hưởng, sự tương tác này được nhận diện qua mức độ tiếp cận đồng bộ và tính hiệu quả cộng hưởng của toàn bộ mạng lưới hỗ trợ.

Trong mạng lưới này, nguồn lực nhân lực đóng vai trò là "nút" quan hệ trung tâm, điều phối và kích hoạt tính hiệu quả của các nguồn lực khác. Khi NCT có khả năng tự nhận thức và tự chăm sóc, họ sẽ chủ động hơn trong việc tiếp cận các hỗ trợ y tế và xã hội. Tuy nhiên, tính hiệu quả của nguồn năng lực nội sinh này phụ thuộc chặt chẽ vào việc mạng lưới gia đình và cộng đồng có tạo điều kiện thuận lợi hay không. Nếu các nguồn lực vật chất như không gian sinh hoạt cộng đồng hoặc trang thiết bị hỗ trợ bị hạn chế hoặc khó tiếp cận, NCT sẽ gặp rào cản trong việc duy trì các thói quen tích cực, từ đó làm gia tăng áp lực chăm sóc lên hệ thống nhân lực gia đình.

Sự tương tác còn thể hiện rõ nét ở vai trò của gia đình và bạn bè, những liên kết mạnh trong mạng lưới. Dưới góc nhìn người thụ hưởng, tính hiệu quả của sự hỗ trợ tinh thần từ người thân chỉ đạt mức tối ưu khi có sự phối hợp của nguồn lực cộng đồng. Các chương trình truyền thông và kết nối từ chính quyền địa phương giúp trang bị cho gia đình những kỹ năng nhận diện bất ổn tâm lý, từ đó chuyển hóa sự nhiệt tình thành những hành động hỗ trợ chuyên nghiệp và thực chất. Ngược lại, khi các thiết chế cộng đồng phát huy tốt vai trò điều phối, NCT sẽ cảm thấy dễ dàng hơn trong việc tiếp cận các không gian văn hóa, giúp nhân lực gia đình giảm bớt gánh nặng và tạo ra một vòng tròn tương tác tích cực.

Nguồn lực tài chính đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo tính bền vững và thông suốt cho các mối liên kết trong mạng lưới. Theo quan điểm của Nguyễn Trung Hải (2018), sự thiếu hụt về tài chính sẽ gây ra sự thiếu liên kết trong các tương tác hệ thống. Đối với NCT, mức độ tiếp cận tài chính ổn định từ lương hưu, bảo trợ xã hội hoặc sự chi trả của gia đình là tiền đề để họ chạm đến các dịch vụ nhân lực chất lượng cao và các phương tiện vật chất hiện đại. Khi tài chính cộng đồng được huy động hiệu quả để bù đắp cho những cá nhân có hoàn cảnh khó khăn, tính công bằng trong mạng lưới an sinh được đảm bảo, giúp mọi NCT đều có cơ hội hòa nhập.

Tóm lại, sự phối hợp hài hòa giữa các nguồn lực tạo nên một cấu trúc mạng lưới bền vững bao quanh NCT. Trong đó, nhân lực là chủ thể vận hành, vật chất và tài chính là điều kiện thực hiện, còn cộng đồng đóng vai trò là môi trường kết nối. Việc NCT đánh giá cao mức độ tiếp cận và tính hiệu quả của sự tương tác này chính là

minh chứng cho một hệ thống CSSKTT toàn diện, giúp họ không chỉ sống thọ mà còn sống khỏe mạnh và ý nghĩa trong môi trường xã hội (Nguyễn Trung Hải, 2018).

2.2. Một số lý thuyết áp dụng trong nghiên cứu

Hoạt động CSSKTT đối với NCT là một lĩnh vực đa chiều, chịu sự tác động đan xen của các yếu tố tâm lý cá nhân và môi trường xã hội. Để có cái nhìn toàn diện về thực trạng và hiệu quả của các nguồn lực hỗ trợ, nghiên cứu này vận dụng hệ thống 03 lý thuyết nền tảng có tính liên kết chặt chẽ và phân công vai trò chuyên biệt:

Trong đó, thuyết Hệ thống sinh thái đóng vai trò là lý thuyết khung môi trường, giải thích sự tương tác đa tầng giữa NCT với các cấp độ môi trường xung quanh, làm cơ sở phân tích 04 nhóm hoạt động CSSKTT. Thuyết Mạng lưới xã hội đóng vai trò là lý thuyết công cụ, giải mã cơ chế luân chuyển, mức độ tiếp cận và tính hiệu quả của 04 nhóm nguồn lực hỗ trợ thông qua các nút liên kết chính thức và phi chính thức. Bên cạnh các thuyết về môi trường, nghiên cứu còn sử dụng thuyết Phát triển tâm lý xã hội của Erikson như một lý thuyết bổ trợ quan trọng. Sự phối hợp giữa 03 lý thuyết này tạo nên một hệ quy chiếu kín: Thuyết Sinh thái và Mạng lưới xã hội nhận diện môi trường cung ứng và cơ chế luân chuyển nguồn lực bên ngoài, trong khi Thuyết phát triển của E. Erikson đại diện cho sự soi chiếu nội tâm và trải nghiệm thụ hưởng bên trong của NCT (Nguyễn Trung Hải, 2018).

2.2.1. Thuyết hệ thống sinh thái

Thuyết Hệ thống sinh thái là khuôn khổ lý luận quan trọng giúp phân tích các hoạt động CSSKTT cho NCT trong mối tương quan đa chiều với môi trường sống. Theo Nguyễn Trung Hải (2020), mỗi cá nhân là một hệ thống mở, luôn tương tác và chịu tác động bởi các tầng bậc môi trường khác nhau. Trong nghiên cứu này, thay vì chỉ xem xét hoạt động chăm sóc như một quy trình y tế đơn thuần, lý thuyết hệ thống sinh thái cho phép nhận diện các hoạt động này dưới lăng kính trải nghiệm của NCT thông qua bốn cấp độ tương tác:

Đầu tiên là hệ thống vi mô chứa đựng các hoạt động chăm sóc trực tiếp và thường xuyên nhất giữa NCT với gia đình, bạn bè và nhân viên y tế cơ sở. Dưới góc nhìn của người thụ hưởng, tính hiệu quả của các hoạt động tại đây như trò chuyện, thăm hỏi hay hỗ trợ sinh hoạt không chỉ nằm ở giá trị vật lý mà còn ở cảm giác được

thấu hiểu, giúp họ đánh giá mức độ tiếp cận các hoạt động an sinh thiết thân nhất hàng ngày.

Sự hiệu quả này càng được nâng cao khi có sự kết nối thông suốt ở hệ thống trung mô, biểu hiện qua các hoạt động phối hợp giữa gia đình và trạm y tế địa phương. Một hệ thống trung mô vận hành tốt giúp hoạt động CSSKTT trở nên nhất quán, từ đó giúp NCT tránh được cảm giác bị chồng chéo hoặc bỏ sót trong quy trình hỗ trợ.

Song hành với các tương tác trực tiếp, đời sống tinh thần của NCT còn chịu ảnh hưởng từ hệ thống ngoại vi thông qua các hoạt động gián tiếp như chính sách tại địa phương hay các chương trình hỗ trợ cộng đồng. Dù không trực tiếp vận hành, nhưng sự sẵn có của các hoạt động tham quan, nghỉ dưỡng hay chính sách ưu tiên tại đây lại quyết định tính bền vững của các chương trình CSSKTT đối với NCT.

Sau cùng, tất cả các cấp độ này đều vận hành trong một chỉnh thể thống nhất của hệ thống vĩ mô, nơi các chuẩn mực văn hóa và chính sách quốc gia về đạo đức được cụ thể hóa thành các hoạt động tôn vinh, giúp NCT cảm nhận được vị thế và giá trị của mình trong xã hội (Nguyễn Trung Hải, 2020).

Việc vận dụng lý thuyết hệ thống sinh thái theo hướng diễn giải này không chỉ giúp nhận diện thực trạng các hoạt động CSSKTT mà còn nhấn mạnh sự cần thiết của một hệ thống hỗ trợ đồng bộ. Theo đó, bất kỳ sự thiếu liên kết nào trong các vòng tròn tương tác này cũng sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến trạng thái tâm lý của người thụ hưởng, đòi hỏi một mô hình can thiệp đa tầng để đảm bảo SKTT toàn diện cho NCT.

2.2.2. Thuyết mạng lưới xã hội

Trong nghiên cứu này, nếu thuyết hệ thống sinh thái được sử dụng để phân tích các tầng bậc hoạt động chăm sóc, thì thuyết Mạng lưới xã hội đóng vai trò là cơ sở lý luận chuyên sâu để giải mã cách thức vận hành và mức độ đáp ứng của các nguồn lực hỗ trợ SKTT.

Theo Nguyễn Trung Hải (2020), mạng lưới xã hội được hiểu là một cấu trúc bao gồm các nút (cá nhân, nhóm, tổ chức) và các sợi dây liên kết mối quan hệ, tạo nên con đường luân chuyển các nguồn lực hữu hình và vô hình. Dưới lăng kính của người thụ hưởng, mạng lưới này chính là "bệ đỡ" giúp NCT huy động bốn nhóm nguồn lực cốt lõi thông qua các cơ chế tương tác đặc thù:

Nguồn lực nhân lực: Mạng lưới cung cấp hệ thống hỗ trợ từ các mối quan hệ trực tiếp như gia đình, con cái và các liên kết rộng hơn như nhân viên CTXH, tình nguyện viên. NCT đánh giá nguồn lực này dựa trên sự tin cậy và khả năng đáp ứng của các cá nhân trong mạng lưới khi họ gặp bất ổn tâm lý.

Nguồn lực tài chính: Luân chuyển thông qua các liên kết mạnh trong gia đình như sự phụng dưỡng của con cái và các liên kết chính thức từ hệ thống an sinh như lương hưu, bảo hiểm y tế. Nguồn tài chính trong mạng lưới giúp NCT an tâm và tự chủ hơn trong việc chi trả các dịch vụ CSSKTT chuyên sâu.

Nguồn lực vật chất: Bao gồm các thiết chế hạ tầng như công viên, nhà văn hóa và trang thiết bị y tế được mạng lưới xã hội cung cấp để tạo không gian tương tác cho NCT. NCT đánh giá nguồn lực này qua tính sẵn có và mức độ thuận tiện khi tiếp cận tại địa phương.

Nguồn lực cộng đồng: Phản ánh "vốn xã hội" tích lũy từ các mối quan hệ đồng đẳng, các nhóm tự lực và hội đoàn. Theo quan điểm của các nhà lý thuyết mạng lưới, các mối liên kết cộng đồng giúp NCT giảm bớt sự cô lập, tăng cường niềm tin và giá trị bản thân thông qua sự chia sẻ kinh nghiệm sống.

Như vậy, thuyết Mạng lưới xã hội cung cấp cơ sở lý luận để phân tích cách thức NCT khai thác và đánh giá hiệu quả của các nguồn lực hỗ trợ. Việc nhận diện sự trục trặc hoặc sự thiếu liên kết trong mạng lưới sẽ giúp NVCTXH thiết kế các can thiệp nhằm tái kết nối và tối ưu hóa các nguồn lực chăm sóc cho NCT.

2.2.3. Lý thuyết các giai đoạn phát triển của Erik Erikson

Trong việc tìm hiểu đặc điểm tâm lý đặc thù của NCT, nghiên cứu vận dụng thuyết phát triển tâm lý xã hội của Erik Erikson, đặc biệt tập trung vào giai đoạn thứ tám - giai đoạn cuối đời của con người. Theo Nguyễn Trung Hải (2020), đây là thời điểm cá nhân đối diện với sự khủng hoảng giữa "sự toàn vẹn" và "sự thất vọng", nơi nhiệm vụ tâm lý quan trọng nhất là nhìn nhận lại hành trình đã qua để tìm thấy ý nghĩa và giá trị của bản thân. Dưới lăng kính của NCT, các hoạt động chăm sóc và nguồn lực hỗ trợ không chỉ có ý nghĩa về mặt thể chất mà còn là nhân tố quyết định giúp họ vượt qua những mặc cảm về sự suy giảm để đạt tới trạng thái an lạc về tinh thần.

Ở giai đoạn này, nếu NCT cảm nhận được sự kết nối bền chặt với gia đình và sự tôn trọng từ cộng đồng, họ sẽ dễ dàng đạt được sự "toàn vẹn", nhìn nhận cuộc đời mình là một chỉnh thể có ý nghĩa và chấp nhận những biến đổi của tuổi già với thái độ điềm tĩnh. Ngược lại, nếu thiếu đi sự hỗ trợ từ các nguồn lực nhân lực và mạng lưới xã hội, NCT dễ rơi vào trạng thái thất vọng, hối tiếc về những dự định chưa thành và cảm thấy cô độc trước cái chết. Tính hiệu quả của các nguồn lực CSSKTT lúc này được thể hiện qua khả năng giúp NCT duy trì được lòng tự trọng và sự kết nối xã hội, giúp họ chuyển hóa những mất mát về thể chất thành sự trưởng thành về trí tuệ.

Vận dụng lý thuyết của Erikson, nghiên cứu nhấn mạnh rằng hoạt động CTXH cần tạo ra môi trường tương tác tích cực để NCT có cơ hội chia sẻ, truyền đạt kinh nghiệm cho thế hệ sau, từ đó củng cố cảm giác hữu ích. Việc phân tích thực trạng dưới góc độ lý thuyết này cho phép luận án nhận diện sâu sắc hơn nhu cầu SKTT cốt lõi của NCT: họ không chỉ cần được chăm sóc, mà cần được hỗ trợ để tìm thấy sự bình an và ý nghĩa trong giai đoạn cuối của cuộc đời. Đây là cơ sở lý luận quan trọng để thiết kế các can thiệp tâm lý giúp NCT đạt được sự toàn vẹn và nâng cao chất lượng SKTT bền vững.

Tóm lại, hệ thống 03 lý thuyết được vận dụng trong nghiên cứu này tạo nên một khuôn khổ lý luận đa chiều và chặt chẽ để phân tích hoạt động CSSKTT cho NCT. Trong đó, thuyết Hệ thống sinh thái đóng vai trò là nền tảng để định vị các cấp độ hoạt động từ vi mô đến vĩ mô, giúp nhận diện sự tương tác không tách rời giữa cá nhân và môi trường sống. Trên cơ sở môi trường đó, thuyết Mạng lưới xã hội trở thành công cụ để giải mã cơ chế luân chuyển và huy động các nguồn lực, làm rõ cách thức NCT tiếp cận các nguồn hỗ trợ thông qua các liên kết xã hội. Cuối cùng, thuyết phát triển tâm lý xã hội của E. Erikson đóng vai trò là "kim chỉ nam" về mặt tâm lý, giúp định hướng các hoạt động và nguồn lực hướng tới mục tiêu cao nhất là giúp NCT đạt được sự toàn vẹn và bình an tinh thần trong giai đoạn cuối đời. Sự kết hợp nhuần nhuyễn giữa các lý thuyết này không chỉ giúp luận án có cái nhìn toàn diện về thực trạng mà còn là cơ sở khoa học vững chắc để đề xuất các giải pháp CTXH mang tính hệ thống và nhân văn.

2.3. Chủ trương của Đảng, chính sách và pháp luật của Nhà nước về người cao tuổi

Trong bối cảnh Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa dân số với tốc độ nhanh, việc chăm sóc sức khỏe NCT nói chung và SKTT nói riêng ngày càng trở nên cấp thiết. Chính vì vậy, việc xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp lý, chính sách về NCT, đặc biệt trong lĩnh vực CSSKTT, đóng vai trò then chốt. Khung pháp lý này không chỉ là cơ sở để bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của NCT, mà còn là động lực thúc đẩy sự phát triển các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ NCT thích ứng với giai đoạn lão hóa, duy trì sức khỏe thể chất và tinh thần, sống vui, sống khỏe, sống có ích.

2.3.1. Chủ trương của Đảng

Chủ trương của Đảng luôn thể hiện tinh thần nhân văn, tập trung chăm sóc và bảo vệ NCT trong bối cảnh dân số già hóa nhanh chóng. Văn kiện Đại hội Đại biểu toàn quốc lần thứ XIII của Đảng đã chỉ rõ định hướng ứng phó với già hóa dân số, nhấn mạnh việc phát triển hệ thống chăm sóc xã hội kết hợp với y tế. Đặc biệt, Nghị quyết số 20-NQ/TW đã nhấn mạnh việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe toàn diện cho nhân dân, trong đó chú trọng đến NCT, bao gồm cả các dịch vụ hỗ trợ đời sống, tâm lý và SKTT. Quyết định số 2156/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2021-2030, là một chiến lược cụ thể nhằm tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSKTT tại cộng đồng, đồng thời đảm bảo NCT được chăm sóc toàn diện từ y tế đến tinh thần. Những văn bản này đóng vai trò là kim chỉ nam cho các cơ quan và cộng đồng trong việc thể chế hóa các chính sách triển khai các biện pháp CSSKTT cho NCT.

2.3.2. Chính sách và pháp luật của Nhà nước về người cao tuổi

Hệ thống chính sách và pháp luật của Nhà nước được cụ thể hóa thành ba nhóm trụ cột chính, tạo hành lang pháp lý trực tiếp cho việc triển khai các dịch vụ chăm sóc:

Thứ nhất, nhóm chính sách về quyền của NCT và chăm sóc y tế: Kể từ khi Pháp lệnh NCT ra đời năm 2000, đến Luật NCT năm 2009 và các văn bản hướng dẫn thi hành, Việt Nam đã xây dựng một hệ thống pháp lý toàn diện nhằm chăm sóc và phát huy vai trò của NCT. Về tiếp cận dịch vụ y tế, Luật NCT 2009 (Điều 12) quy định

NCT được ưu tiên khám chữa bệnh, miễn, giảm viện phí và được chăm sóc tại nhà, góp phần tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế nói chung và SKTT nói riêng cho NCT.

Thứ hai, nhóm chính sách về trợ giúp xã hội và phát triển nghề công tác xã hội: Các chính sách an sinh xã hội thông qua các Nghị định 136/2013/NĐ-CP và 20/2021/NĐ-CP (được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 76/2024/NĐ-CP) đã hỗ trợ NCT nghèo, neo đơn về trợ cấp và nhà ở, giúp giảm gánh nặng kinh tế và gián tiếp tác động tích cực đến sức khỏe tâm thần của họ. Để thúc đẩy hoạt động xã hội, Luật NCT khuyến khích NCT tham gia các hoạt động văn hóa, xã hội, thể dục thể thao nhằm phòng ngừa cô đơn, trầm cảm (Chính phủ, 2021, 2024). Bên cạnh đó, Quyết định số 112/QĐ-TTg (2021) của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình phát triển Công tác xã hội giai đoạn 2021-2030 đã tạo hành lang pháp lý chuyên biệt để chuyên nghiệp hóa đội ngũ NVCTXH, làm cơ sở để đưa DVCTXH vào hệ thống chăm sóc NCT (Thủ tướng Chính phủ, 2021).

Thứ ba, nhóm chính sách về CSSKTT và chăm sóc dựa vào cộng đồng: Quyết định số 2156/QĐ-TTg (2021) của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2021-2030, là một chiến lược cụ thể nhằm tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSKTT tại cộng đồng, đồng thời đảm bảo NCT được chăm sóc toàn diện từ y tế đến tinh thần. Bên cạnh đó, Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 về "Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030" đã quy định rõ việc phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH và tâm lý tại cơ sở (Thủ tướng Chính phủ, 2020). Song song đó, Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt "Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022–2025" đã đặt ra mục tiêu lồng ghép phát hiện sớm và quản lý rối loạn SKTT tại y tế cơ sở (Thủ tướng Chính phủ, 2022).

Bên cạnh những kết quả tích cực, việc thực thi các chính sách vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế, bộc lộ khoảng trống chưa đáp ứng được nhu cầu CSSKTT ngày càng tăng của NCT. Mặc dù các chương trình quốc gia như Quyết định 1781/QĐ-TTg và

Quyết định 2156/QĐ-TTg có đề cập đến vấn đề SKTT, nhưng chưa thực sự đi vào chiều sâu. Vẫn còn thiếu các chương trình can thiệp tâm lý chuyên biệt, thiếu cơ sở vật chất, nhân lực chuyên môn, và mức trợ cấp còn thấp, chưa đáp ứng nhu cầu cơ bản của NCT. Các hoạt động văn hóa, xã hội còn mang tính hình thức, chưa thu hút được đông đảo NCT tham gia và thiếu các câu lạc bộ, trung tâm sinh hoạt riêng. Ngoài ra, sa sút trí tuệ, một vấn đề phổ biến, vẫn chưa có chính sách quốc gia về phòng ngừa và điều trị, dẫn đến thiếu các chương trình sàng lọc và hỗ trợ chuyên biệt.

Việc hệ thống hóa các văn bản và nhận diện những hạn chế pháp lý nêu trên chính là cơ sở lập luận nền tảng để thiết kế công cụ đánh giá thực trạng CSSKTT tại cộng đồng ở Chương 3. Đồng thời, các quy định hiện hành về trợ giúp xã hội và phát triển nghề CTXH là điểm tựa pháp lý bắt buộc để tác giả đề xuất Mô hình dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực tại Chương 4, đảm bảo mô hình không đi chệch khỏi quỹ đạo chính sách quốc gia.

2.4. Khung phân tích của nghiên cứu

Khung phân tích được xây dựng nhằm giải quyết các mục tiêu nghiên cứu thông qua việc đo lường sự tương tác giữa các thành tố. Luận án sử dụng 03 lý thuyết nền tảng như một hệ thống liên kết chặt chẽ với nhau, trong đó mỗi lý thuyết chịu trách nhiệm định hình và giải thích cho một khối biến số cụ thể trong mô hình. Cấu trúc tổng thể của khung phân tích bao gồm các thành tố sau:

Môi trường chính sách, thể chế và đặc điểm cộng đồng đô thị: Đóng vai trò là bối cảnh vĩ mô chi phối toàn diện mô hình. Yếu tố này tác động xuyên suốt, định hình khả năng huy động khối nguồn lực, cách thức vận hành của các hoạt động chăm sóc và kết quả đầu ra cuối cùng của hệ thống.

Đặc điểm nhân khẩu học (Biến kiểm soát): Bao gồm các yếu tố cá nhân của NCT. Khối này có đường liên kết tác động trực tiếp đến khả năng tiếp cận Khối nguồn lực và mức độ tham gia vào Khối hoạt động thực hành, giúp kiểm soát và làm rõ sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu.

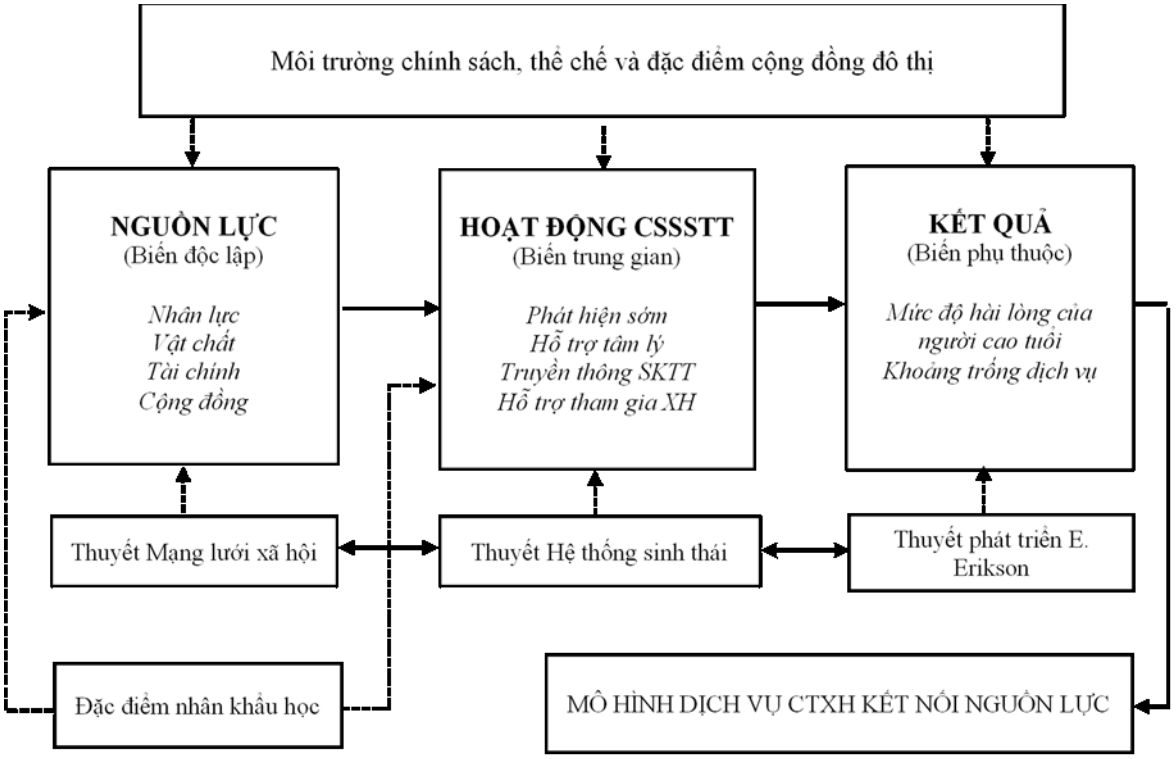
Khối nguồn lực (biến độc lập): Tập trung vào 04 nhóm nguồn lực gồm nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng. Nghiên cứu phân tích các nguồn lực này thông qua đánh giá của NCT về khả năng tiếp cận và tính hiệu quả. Khối này được soi chiếu

trực tiếp bằng thuyết Mạng lưới xã hội. Mạng lưới xã hội giải thích cấu trúc các nút liên kết chính thức và phi chính thức, cơ chế luân chuyển và mức độ tiếp cận các dòng nguồn lực hỗ trợ từ gia đình, bạn bè đến chính quyền địa phương.

Khối hoạt động CSSKTT (biến trung gian/thực hành): Bao gồm 04 nhóm hoạt động cốt lõi: Phát hiện sớm; Hỗ trợ tâm lý cơ bản; Truyền thông nâng cao nhận thức; và Hỗ trợ tham gia xã hội. Khối này được vận hành dựa trên sự dẫn dắt của Thuyết Hệ thống sinh thái.

Khối kết quả (biến phụ thuộc): Là kết quả cuối cùng đo lường mức độ hài lòng của NCT và các khoảng trống dịch vụ được nhận diện. Khối kết quả này được giải thích thông qua lăng kính của Thuyết các giai đoạn phát triển của Erikson.

Giải pháp đầu ra tổng thể: Từ những dữ liệu thực chứng của khối kết quả và việc nhận diện các khoảng trống dịch vụ hiện tại, luận án đề xuất "Mô hình Dịch vụ CTXH kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng". Đây là đích đến cuối cùng của khung phân tích nhằm lấp đầy các thiếu hụt, hoàn thiện hệ thống hỗ trợ CSSKTT cho NCT tại khu vực đô thị.



Sơ đồ 2.4.1: Khung phân tích

2.5. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu

Trên cơ sở hệ thống lý luận về hoạt động CSSKTT và khung phân tích đã xác lập, nội dung dưới đây trình bày lộ trình triển khai thực địa nhằm chuyển hóa các biến số lý thuyết thành các công cụ đo lường thực chứng (mẫu khảo sát, quy trình thu thập, kỹ thuật xử lý dữ liệu và đạo đức nghiên cứu) phục vụ cho việc thu thập số liệu ở Chương 3.

2.5.1. Địa bàn nghiên cứu

Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) hiện là địa phương đang đối mặt với quá trình già hóa dân số nhanh nhất cả nước, với khoảng 1,13 triệu người từ 60 tuổi trở lên vào cuối năm 2024. Đặc điểm dân số già, mức sinh thấp và tuổi thọ trung bình cao đã đặt ra những thách thức lớn về an sinh, đặc biệt là SKTT cho NCT. Dù sở hữu hệ thống y tế phát triển, các hoạt động hỗ trợ tâm lý tại đây vẫn tồn tại nhiều khoảng trống, chủ yếu dựa vào các mô hình tự phát. Tỷ lệ NCT có triệu chứng trầm cảm thực tế đạt mức 20,2% (Nguyen, N.T., et al., 2024), nhưng số liệu tầm soát năm 2024 chỉ ghi nhận 0,26% NCT được phát hiện dấu hiệu lo âu, trầm cảm, cho thấy tình trạng rối loạn tâm thần đang bị bỏ sót trong chăm sóc ban đầu (Cục Thống kê TP.HCM, 2024).

Nhằm nhận diện đa chiều và phân tích sự chênh lệch về nguồn lực sinh thái đô thị, nghiên cứu được triển khai tại 03 khu vực đại diện cho 03 tiến trình đô thị hóa điển hình của TP.HCM. Để đảm bảo tính đồng bộ với thực tiễn quản lý nhà nước giai đoạn hiện nay, tên gọi các đơn vị hành chính được chuẩn hóa theo Nghị quyết số 1685/NQ-UBTVQH15 chính thức áp dụng từ ngày 01/7/2025 (Ủy ban Thường vụ Quốc hội, 2025):

Khu vực đô thị trung tâm (Phường Chợ Lớn và Phường An Đông, thuộc Quận 5 cũ): Đại diện cho khu vực nội thành lâu đời với mật độ dân số cao và nền tảng văn hóa - y tế phát triển hoàn chỉnh. Với hơn 21.000 NCT chiếm 12,4% dân số quận, địa bàn này có hệ thống thiết chế hạ tầng sẵn có, nơi các CLB dưỡng sinh và Hội NCT hoạt động đều đặn hàng tháng (UBND Quận 5, 2024). Việc chọn khu vực này giúp nghiên cứu đánh giá thực trạng và hiệu quả CSSKTT trong điều kiện môi trường có sự hỗ trợ tối ưu về vật chất và cơ sở y tế.

Khu vực đô thị hóa nhanh (Phường Đông Hưng Thuận và Phường Trung Mỹ Tây, thuộc Quận 12 cũ): Đại diện cho địa bàn ven đô có tốc độ phát triển hạ tầng và gia tăng dân số cơ học nhanh chóng. Đời sống kinh tế tại đây chủ yếu là lao động phổ thông, thời gian con cháu chăm sóc trực tiếp cho NCT bị hạn chế và thiếu hụt các không gian sinh hoạt cộng đồng chuyên biệt (UBND Quận 12, 2024). Địa bàn này giúp nhận diện những rào cản về nhân lực, thời gian và sự thiếu hụt không gian công cộng trong bối cảnh chuyển dịch đô thị.

Khu vực ngoại thành (Xã Hóc Môn, thuộc huyện Hóc Môn cũ): Đại diện cho đơn vị hành chính nông thôn/ngoại thành, nơi vẫn duy trì mô hình làng xã với mối liên kết láng giềng phi chính thức bền chặt. Tuy nhiên, khu vực này đối mặt với các khoảng trống lớn về dịch vụ chuyên sâu, ngân sách địa phương hạn chế và rào cản khoảng cách di chuyển (UBND Huyện Hóc Môn, 2024). Việc khảo sát tại đây giúp làm rõ sức mạnh của mạng lưới tự nhiên cũng như các khoảng trống chuyên môn cần sự can thiệp của NVCTXH tại vùng ngoại ô.

2.5.2. Mẫu nghiên cứu

Để tiếp cận khách thể, nghiên cứu tiến hành triển khai quy trình chọn mẫu độc lập cho từng phương pháp thu thập thông tin.

2.5.2.1. Mẫu khảo sát định lượng

Đối tượng khảo sát là những NCT từ 60 tuổi trở lên, còn minh mẫn, có khả năng giao tiếp và đã sinh sống tại địa bàn nghiên cứu ít nhất 01 năm. Việc thiết lập tiêu chí này là hoàn toàn phù hợp để đảm bảo nguyên tắc đạo đức nghiên cứu cũng như tính khả thi khi tương tác khảo sát. Tuy nhiên, điều này đồng thời tạo ra một giới hạn nhất định cho luận án, đó là nghiên cứu có thể đã vô tình loại trừ những nhóm NCT có nguy cơ tổn thương SKTT cao nhất như suy giảm nhận thức nặng, bị cô lập sâu hoặc gặp khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp. Do đó, các kết quả phân tích trong luận án chủ yếu phản ánh thực trạng của nhóm NCT còn khả năng tham gia tương tác tại cộng đồng.

Về phương pháp chọn mẫu, do đặc thù khảo sát vấn đề SKTT đối với NCT đòi hỏi khách thể phải đảm bảo các tiêu chí về năng lực nhận thức, sức khỏe và sự tự nguyện chia sẻ, nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu phi xác suất (chọn mẫu thuận

tiện kết hợp có chủ đích) tại 03 khu vực đại diện cho các mức độ đô thị hóa khác nhau của TP.HCM. Quá trình khảo sát thực địa được triển khai tại các không gian sinh hoạt cộng đồng và khu vực dân cư thuộc ba địa bàn đại diện cho các đặc điểm đô thị khác nhau tại TP. HCM là Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ), Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ) và Xã Hóc Môn (Huyện Hóc Môn cũ). Mặc dù việc thu thập dữ liệu diễn ra trước thời điểm chính thức sáp nhập địa giới hành chính theo các quy định mới năm 2025, nhưng để đảm bảo tính cập nhật và đồng bộ trong trình bày, tên gọi các địa bàn khảo sát trong luận án đã được chuẩn hóa theo định danh phường, xã mới sau khi sắp xếp. Cách tiếp cận này giúp ghi nhận khách quan trải nghiệm và cảm nhận của NCT trong bối cảnh thực tiễn tại địa phương, đồng thời vẫn đảm bảo sự cân đối tương đối về cơ cấu giới tính và độ tuổi của mẫu khảo sát.

Về quy mô mẫu, theo thống kê của Sở Lao Động - Thương binh và Xã hội TP. HCM năm 2024, tổng số NCT tại 03 địa bàn nghiên cứu là 70.292 NCT. Để xác định cỡ mẫu, nghiên cứu áp dụng công thức Slovin, với mức sai số 5%, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu được xác định như sau:

$$\boldsymbol{n = \frac{N}{1+N*e^2}}$$

Trong đó:

n: kích thước mẫu cần xác định.

N: Tổng số NCT tại TP. HCM

e: mức sai số cho phép, nghiên cứu này sử dụng mức sai số là 5%.

Như vậy, cỡ mẫu sẽ được tính là:

$$\boldsymbol{n = \frac{70.292}{1+70.292*0,05^2} = 398}$$

Việc áp dụng công thức Slovin trong thiết kế chọn mẫu phi xác suất này không nhằm mục đích sử dụng tham số sai số (e = 5%) để suy rộng thống kê tuyệt đối cho toàn bộ tổng thể NCT trên địa bàn TP.HCM, mà chỉ đóng vai trò là căn cứ kỹ thuật để xác định quy mô mẫu thực nghiệm tối thiểu đủ lớn (n ≥ 398). Cỡ mẫu này đảm

bảo tính ổn định của thang đo và cung cấp đủ công suất thống kê cho việc thực hiện các phép kiểm định T-test, ANOVA và tương quan Pearson ở chương sau.

Để dự phòng các phiếu không hợp lệ (khoảng 10%), nhóm nghiên cứu phát ra 430 phiếu. Kết quả thu về và làm sạch được 420 phiếu hợp lệ (N = 420). Toàn bộ các kết quả phân tích thống kê từ bộ dữ liệu này được diễn giải cẩn trọng như các bằng chứng thực chứng phản ánh xu hướng và mối liên hệ trong phạm vi mẫu khảo sát, phục vụ mục tiêu nhận diện thực trạng và làm căn cứ đề xuất mô hình ở Chương 4.

Cụ thể, việc phân bố số lượng phiếu khảo sát như sau: 131 phiếu ở Phường Chợ Lớn, An Đông; 130 phiếu ở Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây và 169 phiếu ở Xã Hóc Môn. Sau khi kiểm phiếu, loại trừ những phiếu không hợp lệ vì không điền đầy đủ thông tin, 420 phiếu khảo sát hợp lệ đưa vào sử dụng để phân tích các nội dung liên quan đến luận án.

2.5.2.2. Mẫu khảo sát định tính

Đối với phương pháp thu thập dữ liệu định tính, luận án sử dụng kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích kết hợp chiến lược "quả cầu tuyết" để tiếp cận khách thể. Nguyên tắc lựa chọn khách thể dựa trên tính đa dạng về bối cảnh sống và vai trò tương tác trong hệ thống sinh thái, chứ không hướng tới tính đại diện thống kê. Nhằm làm rõ bối cảnh và trải nghiệm thực tế, nghiên cứu thực hiện phỏng vấn sâu với 20 khách thể, bao gồm các nhóm chủ thể đa dạng sau:

05 NCT: Được chọn lọc có chủ đích để đảm bảo sự đa dạng về địa bàn cư trú (nội thành, ven đô, ngoại thành) và tình trạng chung sống (sống cùng con cháu, sống một mình).

05 thành viên gia đình trực tiếp chăm sóc: Phản ánh góc nhìn từ nguồn lực vi mô cốt lõi.

04 người bạn/hàng xóm trong mạng lưới đồng đẳng: Đại diện cho hệ thống hỗ trợ trung gian.

06 đại diện chính quyền và cán bộ Hội NCT địa phương: Cung cấp dữ liệu về năng lực cung ứng, điều phối nguồn lực và chính sách vĩ mô.

Về quy mô mẫu định tính, luận án thiết lập giới hạn 20 cuộc phỏng vấn sâu dựa trên nguyên tắc "bão hòa dữ liệu". Trong quá trình phân tích thu thập, khi tiến hành đến các cuộc phỏng vấn thứ 17 và 18, các chủ đề cốt lõi về rào cản vật chất, sự thiếu hụt chuyên môn và sự rời rạc trong điều phối mạng lưới đã bắt đầu lặp lại; không có thêm thông tin, chủ đề hoặc mã mới mang tính đột phá nào xuất hiện. Do đó, việc dừng ở quy mô 20 khách thể đã đáp ứng đủ độ tin cậy khoa học để phản ánh bản chất vấn đề. Đồng thời, độ tin cậy của các phát hiện định tính được luận án kiểm chứng chặt chẽ thông qua kỹ thuật "tam giác đạc", bằng cách đối chiếu chéo thông tin đa chiều giữa phát biểu của NCT với góc nhìn của gia đình, cán bộ địa phương, cũng như kiểm chứng đối sánh với dữ liệu từ khảo sát định lượng.

2.5.3. Quy trình xây dựng và kiểm định công cụ thu thập dữ liệu

Việc thu thập dữ liệu được thực hiện thông qua hai công cụ chính là bảng hỏi định lượng và phiếu hướng dẫn phỏng vấn sâu, nhằm đảm bảo tính toàn diện trong việc đo lường các nguồn lực và hoạt động CSSKTT.

2.5.3.1. Công cụ khảo sát định lượng

Để đo lường thực trạng các hoạt động và nguồn lực CSSKTT từ góc nhìn người thụ hưởng, bộ câu hỏi định lượng (Phụ lục B) được xây dựng theo thiết kế bán cấu trúc, ứng dụng thang đo Likert 5 mức độ (từ 1 = Rất thấp/Hoàn toàn không đến 5 = Rất cao/Rất thường xuyên/Rất hài lòng). Tiến trình thiết kế công cụ được triển khai qua 04 bước:

Bước 1 là xác lập cơ sở lý thuyết và căn cứ pháp lý: Các chỉ báo đo lường được thao tác hóa trực tiếp từ khung phân tích của thuyết Hệ thống sinh thái, thuyết Mạng lưới xã hội. Đồng thời, nội dung các câu hỏi được lồng ghép các quy định chuẩn mực về chăm sóc sức khỏe NCT tại Thông tư số 35/2011/TT-BYT của Bộ Y tế, Nghị định số 20/2021/NĐ-CP của Chính phủ và tham chiếu các tiêu chí SKTT từ các công cụ quốc tế đã được Việt hóa (GDS-15, MMSE, MOS-SSS).

Bước 2 là tích hợp kết quả phỏng vấn sâu tiền khảo sát: Nhằm đảm bảo câu hỏi sát thực với văn phong và tâm lý NCT tại TP.HCM, nhóm nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu từ các cuộc phỏng vấn sâu tiền khảo sát để điều chỉnh ngôn ngữ diễn đạt, chuyển hóa các thuật ngữ chuyên môn thành các khái niệm bình dân, dễ hiểu đối với NCT.

Bước 3 là xây dựng cấu trúc thang đo đa chủ thể sinh thái: Khác với các thang đo tâm lý cá nhân thuần túy, các nhóm thang đo hoạt động CSSKTT trong luận án đo lường sự tương tác đa tầng. Vì vậy, mỗi nhóm hoạt động lớn được chia nhỏ để đánh giá hành vi ứng xử của 04 nhóm chủ thể trong hệ sinh thái: (1) Bản thân NCT (4-5 chỉ báo); (2) Gia đình và người thân (5-6 chỉ báo); (3) Nhóm bạn bè (4-5 chỉ báo); (3) Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội (4-5 chỉ báo). Do mỗi chỉ báo được đo lường đồng thời ở 2 chiều "Tần suất thực hiện" và "Hiệu quả cảm nhận", tổng số biến quan sát cho mỗi nhóm hoạt động đạt từ 28 đến 38 câu hỏi. Cấu trúc này giúp nhận diện chính xác mắt xích nào đang vận hành tốt và mắt xích nào đang thiếu sự liên kết trong hệ sinh thái chăm sóc.

Và bước 4 là kiểm định độ giá trị nội dung: Bản thảo bộ câu hỏi được gửi xin ý kiến thẩm định độc lập của 05 chuyên gia. Kết quả góp ý giúp loại bỏ các câu hỏi trùng lặp, chỉnh sửa và hoàn thiện bản thảo đưa vào khảo sát thử nghiệm.

Cấu trúc bảng hỏi bao gồm 04 phần chính:

Phần 1: Thông tin nhân khẩu học: Thu thập dữ liệu về tuổi, giới tính, khu vực sống và hoàn cảnh gia đình của NCT.

Phần 2: Thực trạng tham gia các hoạt động CSSKTT: Đo lường mức độ nhận diện và trải nghiệm của NCT đối với 04 nhóm hoạt động: Phát hiện sớm; Hỗ trợ tâm lý cơ bản; Truyền thông nâng cao nhận thức SKTT; và Hỗ trợ tham gia xã hội.

Phần 3: Đánh giá các nguồn lực hỗ trợ: Tập trung vào cảm nhận của NCT về khả năng tiếp cận và tính hiệu quả của 04 nhóm nguồn lực (nhân lực, vật chất, tài chính, cộng đồng).

Phần 4: Mức độ hài lòng, rào cản: Xác định những khoảng trống dịch vụ và kỳ vọng của NCT đối với các dịch vụ chuyên nghiệp trong tương lai.

Công cụ khảo sát trải qua quy trình kiểm định thực địa 2 giai đoạn nhằm đánh giá độ giá trị tiêu chí và độ tin cậy nội bộ:

Giai đoạn 1 là giai đoạn khảo sát thử nghiệm trên mẫu n = 25 NCT tại Quận 12 (cũ) nhằm đánh giá độ rõ ràng và phù hợp của bộ câu hỏi. Sau khi khảo sát thử, phân tích tương quan biến - tổng cho thấy tất cả các biến quan sát đều đạt $r \geq 0,30$. Hệ số Cronbach's Alpha của 9 nhóm thang đo ở mẫu thử nghiệm đạt từ 0,823 đến 0,967

(thỏa mãn tiêu chuẩn $\alpha \geq 0,70$ theo Hair et al., 2019), khẳng định bộ câu hỏi có độ tin cậy tốt để triển khai trên diện rộng. Một số điều chỉnh nhỏ về câu chữ cũng đã được thực hiện để hoàn thiện phiếu khảo sát cuối cùng.

Giai đoạn 2 là khảo sát chính thức, được thực hiện tại ba địa bàn: Phường Chợ Lớn và Phường An Đông, Phường Đông Hưng Thuận và Phường Trung Mỹ Tây và Xã Hóc Môn. Nhóm nghiên cứu tiếp cận NCT thông qua sự phối hợp của Hội Người cao tuổi và UBND phường/xã tại từng địa phương. Việc phát phiếu khảo sát được tiến hành trực tiếp tại nhà hoặc tại các điểm sinh hoạt cộng đồng. Kết quả xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 cho thấy hệ số Cronbach's Alpha chính thức của các nhóm thang đo đạt từ 0,784 đến 0,952. Kết quả kiểm định độ tin cậy Cronbach's Alpha ở cả 02 giai đoạn được tổng hợp tại bảng dưới đây:

Bảng 2.1. *Kết quả đánh giá độ tin cậy của các thang đo trong nghiên cứu*

Nhóm Thang đo	Thang đo	Số biến quan sát	Cronbach's Alpha (Thử nghiệm n = 25)	Cronbach's Alpha (chính thức N = 420)
Nguồn lực	Nhân lực	16	0,823	0,884
	Vật chất	16	0,894	0,911
	Tài chính	16	0,881	0,867
	Cộng đồng	16	0,907	0,907
Hoạt động CSSKTT	Phát hiện sớm	38	0,965	0,947
	Hỗ trợ tâm lý	28	0,939	0,940
	Truyền thông SKTT	32	0,967	0,952
	Tham gia xã hội	32	0,956	0,940
Đánh giá	Mức độ hài lòng	4	0,930	0,784

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

2.5.3.2. Công cụ nghiên cứu định tính

Nghiên cứu sử dụng phiếu hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc nhằm khai thác sâu các khía cạnh mà dữ liệu định lượng chưa phản ánh hết. Công cụ này được thiết kế riêng biệt cho 04 nhóm đối tượng:

Nhóm NCT: Tập trung vào trải nghiệm cá nhân, cảm xúc và những rào cản tâm lý khi tiếp cận hỗ trợ.

Nhóm gia đình và bạn bè: Khai thác vai trò của mạng lưới hỗ trợ phi chính thức và những khó khăn trong quá trình chăm sóc NCT.

Nhóm cán bộ địa phương: Tìm hiểu về các chính sách, quy trình vận hành nguồn lực và những thách thức trong quản lý thực tế tại địa phương.

Toàn bộ quá trình thu thập dữ liệu định tính được thực hiện thông qua ghi âm (có sự đồng thuận) và ghi chép hiện trường, đảm bảo tính nguyên bản của thông tin trước khi tiến hành mã hóa và phân tích

2.5.4. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

Để đảm bảo tính khách quan và khoa học trong việc kiểm định các giả thuyết nghiên cứu, toàn bộ dữ liệu thu thập được xử lý thông qua sự kết hợp giữa phân tích thống kê định lượng và phân tích nội dung định tính.

2.5.4.1. Xử lý dữ liệu định lượng

Đối với dữ liệu định lượng, 420 phiếu khảo sát hợp lệ được nhập liệu và làm sạch bằng phần mềm SPSS 26.0. Tiến trình phân tích được khởi đầu bằng việc sử dụng hệ số Cronbach's Alpha để kiểm định độ tin cậy thang đo, đảm bảo tính nhất quán nội bộ cho các nhóm câu hỏi về nguồn lực và hoạt động CSSKTT. Các thang đo trong nghiên cứu này đều đạt yêu cầu cao với hệ số tương ứng từ 0,784 đến 0,952, đủ điều kiện để triển khai các bước phân tích sâu hơn.

Tiếp theo, các phương pháp thống kê mô tả như tần số, %, ĐTB, độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả thực trạng nhu cầu, mức độ tiếp cận các nhóm nguồn lực và mức độ hài lòng của NCT.

Để phân tích sâu sự phân hóa, phép kiểm định Independent Samples T-test (đối với biến giới tính) và One-way ANOVA (đối với các biến độ tuổi, địa bàn, tình trạng sống, trình độ học vấn, thu nhập, nghề nghiệp) được thực hiện nhằm so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) đối với hai nhóm biến phụ thuộc chính: (1) Nhu cầu CSSKTT của NCT và (2) Đánh giá tính hiệu quả nguồn lực/Mức độ hài lòng.

Cuối cùng, phân tích tương quan Pearson (r) được triển khai nhằm xác định mối liên hệ đồng biến giữa việc tiếp cận các nhóm nguồn lực với kết quả thực hiện 04 nhóm hoạt động CSSKTT, làm cơ sở thực chứng để đề xuất mô hình dịch vụ CTXH ở Chương 4.

2.5.4.2. Xử lý dữ liệu định tính

Song song với các con số thống kê, dữ liệu từ 20 cuộc phỏng vấn sâu được xử lý theo phương pháp phân tích nội dung để làm sâu sắc thêm các kết quả nghiên cứu. Quy trình này bắt đầu từ việc chuyển âm các file ghi âm sang văn bản và tiến hành

mã hóa dữ liệu thành các nhóm chủ đề bám sát khung phân tích như trải nghiệm thực tế, rào cản tiếp cận và mong muốn về dịch vụ chuyên nghiệp.

Các thông tin định tính này đóng vai trò quan trọng trong việc khai thác sâu bối cảnh xã hội và hành vi của các chủ thể, đồng thời giúp nhận diện rõ nét những khoảng trống chuyên môn mà dữ liệu định lượng chưa phản ánh hết.

Sự kết hợp nhuần nhuyễn giữa hai phương pháp xử lý dữ liệu này giúp luận án đưa ra những nhận định thực chứng khách quan, tạo tiền đề cho việc đề xuất mô hình DVCTXH chuyên nghiệp trong giai đoạn tiếp theo.

2.5.5. Đạo đức nghiên cứu

Xuyên suốt từ quá trình triển khai thực địa đến khi xử lý dữ liệu, nghiên cứu luôn tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức nhằm bảo vệ quyền lợi, lòng tự trọng và lợi ích của người tham gia, đặc biệt là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương như NCT. Quy trình đồng thuận có cung cấp thông tin được thực hiện chặt chẽ. Nghiên cứu viên trình bày rõ ràng bằng lời nói về mục đích, quy trình và quyền lợi của khách thể trước khi tiến hành khảo sát. Nghiên cứu tôn trọng tuyệt đối quyền tự nguyện, cho phép khách thể từ chối trả lời hoặc rút lui khỏi cuộc phỏng vấn vào bất kỳ thời điểm nào mà không phải chịu bất kỳ ảnh hưởng hay áp lực nào.

Do tính chất nhạy cảm của các vấn đề liên quan đến SKTT cũng như những rào cản về tâm lý và định kiến văn hóa mà NCT thường gặp phải, sự đồng thuận được ghi nhận một cách thận trọng dựa trên sự hiểu biết đầy đủ và tự nguyện hoàn toàn của đối tượng. Trong những trường hợp cần thiết, nghiên cứu đảm bảo có thêm sự chấp thuận của người giám hộ để bảo vệ tối đa quyền lợi cho khách thể. Bên cạnh đó, các biện pháp bảo mật thông tin cá nhân được thực hiện nghiêm ngặt thông qua việc mã hóa và ẩn danh toàn bộ dữ liệu trước khi phân tích. Các tài liệu gốc và file ghi âm phỏng vấn sâu được lưu trữ an toàn trong hệ thống có mật khẩu bảo vệ, cam kết không tiết lộ cho bên thứ ba và chỉ sử dụng duy nhất cho mục đích nghiên cứu khoa học nhằm đảm bảo tính bảo mật tuyệt đối.

Tiểu kết Chương 2

Chương 2 đã xây dựng một hệ thống cơ sở lý luận và phương pháp luận chặt chẽ, tạo tiền đề khoa học cho việc nghiên cứu thực trạng. Thông qua việc làm rõ các khái niệm then chốt về NCT và SKTT, chương đã xác lập khung nội dung tập trung vào bốn nhóm hoạt động chăm sóc mang tính tự phát tại cộng đồng cùng bốn nguồn lực hỗ trợ cốt lõi gồm nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng. Việc vận dụng tích hợp các lý thuyết về hệ thống sinh thái, mạng lưới xã hội và các giai đoạn phát triển tâm lý xã hội đã tạo ra lăng kính đa chiều để phân tích sâu sắc các nguồn lực hỗ trợ từ góc nhìn của NCT.

Đặc biệt, chương này đã cụ thể hóa lộ trình triển khai thực địa thông qua một thiết kế nghiên cứu hỗn hợp bài bản, từ việc xây dựng khung phân tích logic đến chiến lược chọn mẫu đặc thù tại ba địa bàn đại diện cho các tiến trình đô thị hóa khác nhau của TP. HCM. Với quy trình thu thập dữ liệu nghiêm ngặt qua 420 phiếu khảo sát định lượng và 20 cuộc phỏng vấn sâu, kết hợp cùng các phương pháp xử lý dữ liệu và các nguyên tắc đạo đức nghề nghiệp, nghiên cứu đảm bảo tính chuẩn xác và khách quan cho dữ liệu thực chứng. Toàn bộ hệ thống lý luận, chính sách và phương pháp nghiên cứu này chính là cơ sở quan trọng để luận án chuyển sang phân tích thực trạng và nhận diện những khoảng trống dịch vụ, từ đó đề xuất mô hình DVCTXH chuyên nghiệp phù hợp với kỳ vọng của NCT.

Chương 3. THỰC TRẠNG CÁC HOẠT ĐỘNG VÀ NGUỒN LỰC TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

3.1. Đặc điểm đối tượng khảo sát và tình trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại địa bàn

Toàn bộ các dữ liệu định lượng (N = 420) và định tính được phân tích trong chương này được thu thập từ khảo sát thực địa tại 03 khu vực nghiên cứu đại diện cho các mức độ đô thị hóa khác nhau của TP.HCM. Do nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phi xác suất, chọn mẫu thuận tiện kết hợp có chủ đích, các chỉ số thống kê mô tả, kiểm định T-test, ANOVA và tương quan Pearson được trình bày dưới đây phản ánh thực trạng, sự phân hóa và các mối liên hệ thực chứng trong phạm vi mẫu khảo sát, mang giá trị nhận diện xu hướng và gợi mở thực tiễn, không dùng để suy rộng thống kê tuyệt đối cho toàn bộ tổng thể NCT trên địa bàn TP.HCM.

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

Khảo sát được thực hiện với 420 NCT tại ba địa bàn đại diện là Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ), Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ) và Xã Hóc Môn (Huyện Hóc Môn cũ) của TP.HCM. Kết quả phản ánh sự đa dạng về các đặc điểm nhân khẩu học của nhóm khách thể tham gia khảo sát, làm cơ sở phân tích sự phân hóa nhu cầu và trải nghiệm CSSKTT trong phạm vi mẫu nghiên cứu:

Bảng 3.1. *Đặc điểm người cao tuổi tham gia khảo sát (N=420)*

	Nhóm phân loại	N	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	189	45
	Nữ	231	55
Nhóm tuổi	60–69	181	43,1
	70–79	167	39,8
	≥ 80	72	17,1
Trình độ học vấn	Không biết chữ	23	5,5
	Tiểu học	149	35,5
	THCS	140	33,3
	THPT	71	16,9
	Trung cấp, CĐ, ĐH	37	8,8
Nghề nghiệp trước nghỉ hưu	Công chức, viên chức	65	15,5
	Nông dân	92	21,9
	Công nhân	64	15,2

	Buôn bán nhỏ	95	22,6
	Nội trợ	63	15,0
	Lực lượng vũ trang	22	5,2
	Không việc làm	10	2,4
	Khác	9	2,1
Tình trạng sức khỏe chung	Tốt	13	3,1
	Khá tốt	96	22,9
	Trung bình	226	53,9
	Kém	83	19,8
	Rất kém	1	0,2
	Khó nói	1	0,2
Tình trạng sống hiện tại	Sống một mình	22	5,2
	Sống với vợ/chồng	102	24,3
	Sống với con/cháu	160	38,1
	Sống với vợ/chồng con cháu	129	30,7
	Sống với người thân khác	7	1,7

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy, về giới tính, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới, với 55% (n = 231) so với 45% nam (n = 189). Điều này phản ánh xu hướng chung của quá trình già hóa dân số, trong đó phụ nữ có tuổi thọ trung bình cao hơn nam giới (Tổng cục Thống kê, 2021), do vậy thường chiếm ưu thế trong các nhóm NCT. Đây cũng là cơ sở để lưu ý đến nhu cầu đặc thù của phụ nữ cao tuổi trong các hoạt động CSSKTT.

Về độ tuổi, nhóm từ 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (43,1%), tiếp theo là nhóm 70-79 tuổi (39,8%) và nhóm từ 80 tuổi trở lên (17,1%). Việc có tỷ lệ lớn NCT ở giai đoạn đầu của quá trình lão hóa là thuận lợi trong việc tiếp cận, truyền thông, cũng như huy động họ tham gia các hoạt động cộng đồng liên quan đến SKTT. Tuổi trung bình của mẫu khảo sát là 71,4 cho thấy đối tượng nghiên cứu trải rộng từ đầu tuổi già đến nhóm rất cao tuổi.

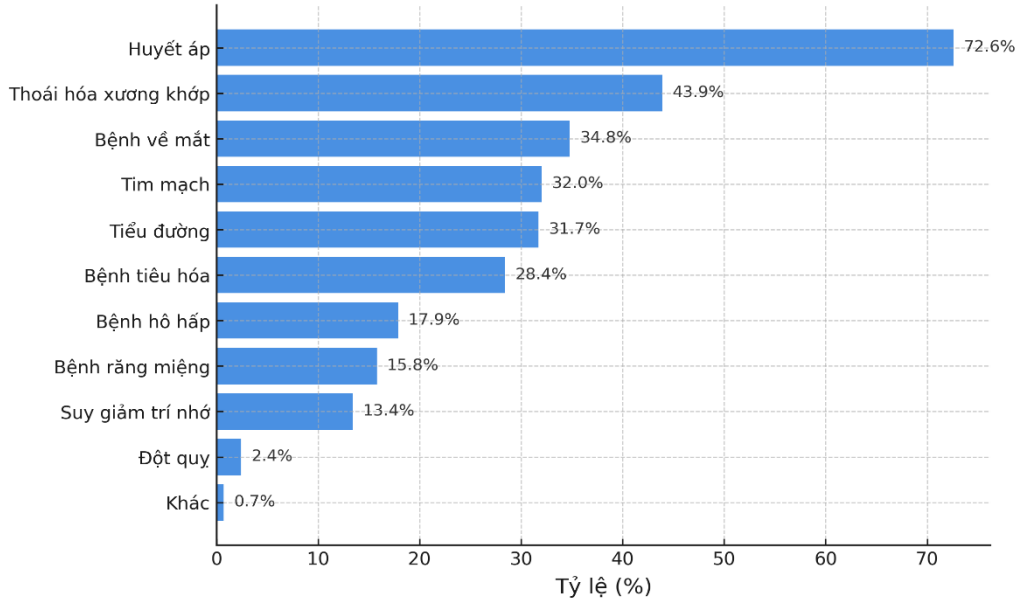
Về trình độ học vấn và nghề nghiệp trước nghỉ hưu: Đa số NCT trong mẫu khảo sát có trình độ học vấn cơ bản. Tỷ lệ mù chữ thấp, chỉ 5,5%, cho thấy sự cải thiện so với các thế hệ trước. Nhóm đông nhất đạt trình độ tiểu học (35,5%) hoặc trung học cơ sở (33,3%). Số người có bằng trung học phổ thông chiếm 16,9%, và chỉ 8,8% có trình độ trung cấp, cao đẳng hoặc đại học, cho thấy trình độ học vấn trung bình thấp.

Điều này có thể lý giải do hoàn cảnh kinh tế khó khăn và chiến tranh trong giai đoạn trưởng thành của họ (UNFPA, 2019).

Về nghề nghiệp trước khi nghỉ hưu, cơ cấu khá đa dạng, phản ánh đặc điểm kinh tế - xã hội của các vùng nghiên cứu. Nhóm lớn nhất là lao động tự do, buôn bán nhỏ (22,6%), tiếp theo là nông dân (21,9%) chủ yếu từ Xã Hóc Môn. Tỷ lệ công chức, viên chức nhà nước và công nhân lao động tương đương nhau, khoảng 15%. Ngoài ra, có 15,0% là phụ nữ nội trợ và 5,2% từng phục vụ trong lực lượng vũ trang. Một phần nhỏ (4,5%) có việc làm không ổn định hoặc làm nghề khác. Phần lớn người tham gia khảo sát thuộc khu vực lao động phi chính thức, điều này có thể ảnh hưởng đến thu nhập và an sinh của họ khi về già do thiếu lương hưu và tích lũy tài chính.

Về tình trạng sức khỏe tự đánh giá, phần lớn NCT tham gia khảo sát tự đánh giá sức khỏe ở mức trung bình (53,9%), với 22,9% cảm thấy khá tốt và chỉ 3,1% cho là tốt. Đáng chú ý, gần 1/5 (19,8%) đánh giá sức khỏe kém, phản ánh tình trạng sức khỏe suy giảm thường thấy ở tuổi này.

Thông tin về bệnh sử cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mãn tính rất cao. Tăng huyết áp là phổ biến nhất (72,6%), theo sau là các bệnh xương khớp (43,9%), bệnh về mắt (34,8%), bệnh tim mạch (32,0%) và đái tháo đường (31,7%). Đáng kể còn có các bệnh tiêu hóa (28,4%), hô hấp (17,9%), các vấn đề răng miệng (15,8%) và suy giảm trí nhớ (13,4%). Trung bình, mỗi người mắc khoảng 3-4 bệnh mãn tính đồng thời. Các bệnh này không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn tác động tiêu cực đến tâm lý, gây đau nhức, giảm vận động, mất ngủ và lo lắng, dễ dẫn đến căng thẳng, trầm cảm và ngại giao tiếp xã hội. Thực tế khảo sát cũng ghi nhận sự liên kết giữa các vấn đề sức khỏe thể chất và tâm thần ở nhóm NCT này.



Biểu đồ 3.1. *Tỷ lệ người cao tuổi mắc một số bệnh lý phổ biến*

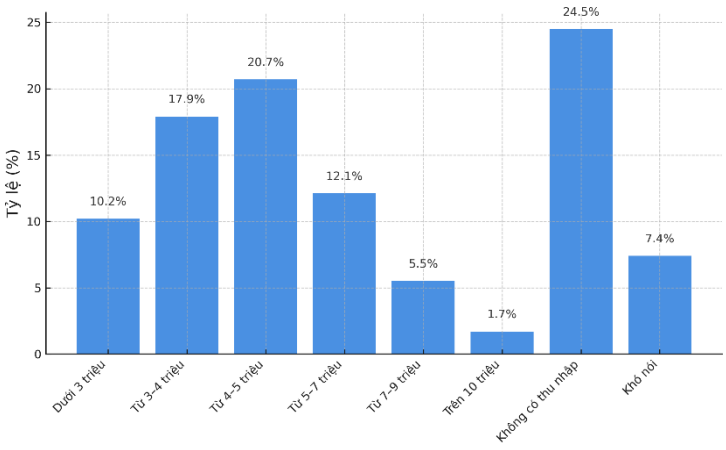
(Ghi chú: N = 420 người, mỗi người có thể mắc nhiều bệnh; tỷ lệ cộng dồn vượt quá 100%).

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Về hoàn cảnh sống hiện tại, phần lớn NCT tham gia khảo sát đang sống cùng con cháu (38,1%) hoặc trong mô hình gia đình nhiều thế hệ, bao gồm vợ/chồng và con cháu (30,7%). Một tỷ lệ nhỏ hơn sống riêng với vợ/chồng (24,3%), trong khi chỉ có 5,2% đang sống một mình. Nhóm NCT sống đơn thân là đối tượng có nguy cơ cao bị cô lập về mặt tinh thần nếu thiếu kết nối xã hội, tuy nhiên tỷ lệ này trong mẫu khảo sát tương đối thấp. Do đó, kết quả nghiên cứu chủ yếu phản ánh đời sống tâm lý - xã hội của NCT trong bối cảnh có sự hiện diện của gia đình, chứ chưa phản ánh đầy đủ thực trạng của nhóm đối tượng dễ tổn thương hơn về mặt tinh thần.

Việc sống cùng gia đình có thể tạo điều kiện thuận lợi cho hỗ trợ SKTT, nhưng cũng tiềm ẩn những yếu tố gây căng thẳng như xung đột giữa các thế hệ, áp lực vai trò hoặc cảm giác bị phụ thuộc, đặc biệt đối với NCT không có quyền quyết định trong gia đình. Đáng chú ý, với gần 40% NCT đang sống cùng con cháu, đây là cơ sở quan trọng để xem xét việc phát triển các mô hình hỗ trợ SKTT gắn với gia đình, kết hợp giữa can thiệp xã hội và giáo dục tâm lý tại gia. Điều này cũng cho thấy, gia đình vẫn là điểm tựa chính trong CSSKTT tại cộng đồng.

Về thu nhập, kết quả cho thấy tình hình thu nhập của NCT trong mẫu khảo sát khá khiêm tốn. Đáng chú ý, gần 24,5% NCT không có thu nhập, phụ thuộc hoàn toàn vào con cháu hoặc trợ cấp xã hội. Gần một nửa số NCT (49%) có thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng (10,2% dưới 3 triệu, 17,9% từ 3-4 triệu, 20,7% từ 4-5 triệu), mức thu nhập này khá thấp so với chi phí sinh hoạt ở đô thị. Chỉ có 12,1% có thu nhập 5-7 triệu đồng/tháng và 5,5% có thu nhập 7-9 triệu đồng/tháng. Số người có thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng rất ít, chỉ 1,7%, có thể là những người có lương hưu tốt hoặc nguồn thu từ tài sản. Khoảng 7,4% không tiết lộ thu nhập. Nhìn chung, đa số NCT trong mẫu có mức sống thấp, thường không có lương hưu hoặc lương hưu không cao, phải dựa vào sự hỗ trợ từ gia đình, tương đồng với tỷ lệ bao phủ lương hưu thấp trên toàn quốc (Tổng cục Thống kê, 2024)



Biểu đồ 3.2. *Phân bố mức thu nhập trung bình của người cao tuổi tại TP. Hồ Chí Minh (N = 420).*
(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

3.1.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần của người cao tuổi

Kết quả phân tích cho thấy SKTT của NCT tại TP. Hồ Chí Minh được phân chia thành ba nhóm: SKTT tốt/ổn định, SKTT trung bình và SKTT yếu/có vấn đề. Trong 419 trường hợp hợp lệ, kết quả phân nhóm cho thấy đa số NCT trong mẫu khảo sát đang duy trì SKTT ở mức trung bình (53,8%), trong khi nhóm có SKTT yếu/có vấn đề chiếm 20,0%. Kết quả này gợi mở rằng bên cạnh phần lớn NCT giữ được sự ổn

định tâm lý, vẫn tồn tại một bộ phận đáng kể NCT tại các địa bàn nghiên cứu cần nhận được sự hỗ trợ tâm lý xã hội chuyên sâu.

Bảng 3.2. *Phân nhóm sức khỏe tâm thần của người cao tuổi theo đặc điểm nhân khẩu học*

TT	Đặc điểm nhân khẩu của khách thể		SKTT tốt/ổn định		SKTT trung bình		SKTT yếu/có vấn đề	
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
1	Giới tính	Nam	44	40,4	97	42,9	47	56,0
		Nữ	65	59,6	129	57,1	37	44,0
2	Độ tuổi	Từ 60 - 69 tuổi	73	67,0	92	40,7	16	19,0
		Từ 70 - 79 tuổi	33	30,3	102	45,1	32	38,1
		Từ 80 tuổi trở lên	3	2,8	32	14,2	36	42,9
3	Trình độ học vấn	Không biết chữ	3	2,8	9	4,0	11	13,1
		Tiểu học	27	24,8	85	37,6	36	42,9
		THCS	46	42,2	71	31,4	23	27,3
		THPT	17	15,6	42	18,6	12	14,3
		Trung cấp trở lên	16	14,7	19	8,4	2	2,4
4	Tình trạng sống	Một mình	10	9,2	10	4,4	2	2,4
		Vợ/chồng	18	16,5	71	31,4	13	15,5
		Con/ cháu	35	32,1	77	34,1	47	56,0
		Vợ/chồng+con cháu	42	38,5	66	29,2	21	25,0
		Người thân khác	4	3,7	2	0,9	1	1,2

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả phân tích trong Bảng 3.2 cho thấy sự khác biệt rõ rệt về SKTT của NCT theo các đặc điểm nhân khẩu học.

Xét theo giới tính, nữ giới có xu hướng chiếm ưu thế trong nhóm SKTT tốt/ổn định và trung bình, trong khi nam giới lại tập trung nhiều hơn ở nhóm SKTT yếu/có vấn đề (56%). Điều này gợi mở rằng nam giới có nguy cơ cao hơn trong việc suy giảm SKTT khi về già, trong khi nữ giới nhờ duy trì được các mối quan hệ xã hội và sự gắn kết gia đình nên thường giữ được trạng thái tinh thần ở mức ổn định hơn.

Khi phân tích theo độ tuổi, có thể thấy NCT từ 60-69 tuổi chủ yếu nằm trong nhóm SKTT tốt (67%), trong khi tỷ lệ này giảm dần ở nhóm 70-79 tuổi và đặc biệt thấp ở nhóm từ 80 tuổi trở lên. Ngược lại, nhóm SKTT yếu lại tập trung nhiều ở

những NCT cao tuổi, đặc biệt là từ 80 tuổi trở lên với tỷ lệ lên đến 42,9%. Xu hướng này phản ánh quy luật tự nhiên khi tuổi càng cao thì nguy cơ suy giảm thể chất và tinh thần càng lớn.

Trình độ học vấn cũng cho thấy vai trò quan trọng trong việc duy trì SKTT. Những NCT có trình độ từ trung học cơ sở trở lên có tỷ lệ SKTT tốt/ổn định cao hơn, trong khi nhóm không biết chữ hoặc chỉ học đến tiểu học lại chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm SKTT yếu (13,1% và 42,9%). Kết quả này nhấn mạnh tác động bảo vệ của học vấn, bởi trình độ cao hơn thường đi kèm với khả năng tiếp cận thông tin, kỹ năng ứng phó và mạng lưới hỗ trợ xã hội tốt hơn.

Đặc biệt, yếu tố tình trạng sống mang lại một phát hiện đáng chú ý: kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ SKTT yếu cao nhất lại rơi vào nhóm NCT sống cùng con cháu (56%), trong khi nhóm sống một mình lại có tỷ lệ SKTT tốt/ổn định cao hơn (9,2%). Đây là một nghịch lý trái với giả định thông thường rằng sống một mình sẽ làm gia tăng nguy cơ SKTT yếu. Nguyên nhân có thể do những NCT sống một mình trong đô thị phần lớn có điều kiện kinh tế, sức khỏe và khả năng tự lập tốt, trong khi một bộ phận NCT sống cùng con cháu có thể phải đối diện với xung đột thế hệ, cảm giác phụ thuộc hoặc cô đơn ngay trong gia đình. Điều này cho thấy không chỉ hình thức sống cùng ai, mà chính chất lượng các mối quan hệ mới là yếu tố quyết định SKTT của NCT.

Tóm lại, dữ liệu phân tích từ mẫu khảo sát cho thấy SKTT của NCT chịu ảnh hưởng đồng thời từ tuổi tác, giới tính, học vấn và đặc biệt là môi trường sống, từ đó gợi mở nhu cầu xây dựng các chương trình chăm sóc SKTT chú trọng đến chất lượng quan hệ xã hội bên cạnh yếu tố hỗ trợ vật chất.

3.2. Thực trạng các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh

3.2.1. Đánh giá của người cao tuổi về nhu cầu và mức độ cần thiết của các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần

Trước khi đi sâu vào phân tích từng hoạt động cụ thể, nghiên cứu đã tiến hành đo lường mức độ cần thiết và nhu cầu thực tế của NCT đối với bốn nhóm hoạt động

chăm sóc cốt lõi. Kết quả khảo sát cho thấy một sự tương đồng đáng kể giữa nhận thức về tầm quan trọng và mong muốn thụ hưởng dịch vụ của NCT tại TP. HCM. Đây là những nhóm hoạt động chính có ý nghĩa nền tảng trong phòng ngừa, hỗ trợ và nâng cao chất lượng sống tinh thần cho NCT tại cộng đồng và cũng là cơ sở quan trọng để đánh giá thực trạng và đưa ra các đề xuất giải pháp (Nguyen, N.T. & cộng sự, 2024).

Bảng 3.3 *Nhận thức của NCT về mức độ cần thiết của các hoạt động CSSKTT (N=420)*

TT	Hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Hoàn toàn không cần thiết, 2=Ít cần thiết, 3=Trung bình,4=Cần thiết, 5= Rất cần thiết)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Phát hiện sớm	5,5	9,0	30,7	37,6	17,1	3,52	1,051
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	3,6	7,6	31,2	51,7	6,0	3,49	0,859
3	Truyền thông SKTT	1,4	18,6	34,0	34,8	11,2	3,36	0,955
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	2,4	11,9	27,1	34,8	23,8	3,66	1,042
ĐTBC							**3,51**	**0,98**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy nhóm NCT tham gia nghiên cứu tại 03 địa bàn đánh giá mức độ cần thiết của các hoạt động CSSKTT ở mức khá cao (ĐTB từ 3,36 đến 3,66/5). Trong đó, hoạt động "hỗ trợ tham gia xã hội" đạt ĐTB cao nhất (3,66), phản ánh nguyện vọng rõ rệt của nhóm khảo sát trong việc duy trì kết nối cộng đồng.

Ngược lại, hoạt động "truyền thông nâng cao nhận thức SKTT" có ĐTB thấp nhất (3,36) và độ lệch chuẩn tương đối cao (0,955). Điều này cho thấy nhiều NCT trong mẫu khảo sát chưa nhận thức đầy đủ về vai trò của truyền thông SKTT, đây là khoảng trống tiềm năng cho các chương trình truyền thông nâng cao nhận thức về SKTT phù hợp.

Hai hoạt động còn lại là "phát hiện sớm" (ĐTB = 3,52) và "hỗ trợ tâm lý cơ bản" (ĐTB = 3,49) có mức đánh giá tương đồng. Tuy nhiên, hoạt động phát hiện sớm có độ lệch chuẩn cao nhất (1,051), phản ánh sự chênh lệch về năng lực tự nhận biết giữa các nhóm NCT. Một số có thể đã quen với việc theo dõi sức khỏe tâm lý, trong

khi những người khác còn chưa biết rằng những biểu hiện như "buồn bã kéo dài" hay "mất ngủ thường xuyên" cũng là dấu hiệu cần hỗ trợ.

Nhìn chung, cả bốn nhóm hoạt động CSSKTT đều được NCT đánh giá cao về mức độ cần thiết, nhưng sự khác biệt trong điểm đánh giá gợi mở rằng các hoạt động cần được thiết kế linh hoạt theo đặc điểm nhu cầu, điều kiện sống và mức độ nhận thức của từng nhóm. Điều này là nền tảng cho việc phân tích sâu hơn về thực trạng các hành vi phát hiện sớm ở phần tiếp theo.

Bảng 3.4. *Nhu cầu của người cao tuổi đối với các hoạt động CSSKTT tại TP. Hồ Chí Minh (N = 420)*

TT	Nhu cầu	ĐTB	ĐLC
1	Phát hiện sớm	3,37	1,001
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	3,32	0,983
3	Truyền thông sức khỏe tâm thần	3,04	0,799
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	3,35	1,038
	ĐTBC	**3,27**	**0,955**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Từ góc độ nhu cầu, ĐTB nhìn chung thấp hơn (3,27), dao động từ 3,04 đến 3,37. Nhu cầu nổi bật tập trung vào phát hiện sớm (3,37) và hỗ trợ tham gia xã hội (3,35), phù hợp với đánh giá của NCT về mức độ cần thiết; trong khi hỗ trợ tâm lý cơ bản cũng đạt mức khá (3,32), còn truyền thông nâng cao nhận thức SKTT thấp nhất (3,04). Điều này minh chứng rằng NCT trong mẫu khảo sát ưu tiên những hỗ trợ mang tính thực tiễn như nhận diện sớm vấn đề và có không gian tương tác xã hội hơn là các hoạt động mang tính lý thuyết về nhận thức.

Bảng 3.5. *Kết quả kiểm định sự khác biệt về nhu cầu CSSKTT của NCT theo nhân khẩu học*

Hoạt động CSSKTT	Tuổi (ANOVA)	Giới (t-test)	Địa bàn (ANOVA)	Tình trạng sống (ANOVA)
Phát hiện sớm	F=3,186, p=0,042*	t=1,550, p=0,122 (ns)	F=5,490; p=0,004** (Quận 12 (cũ) cao nhất: 3,55)	F=8,182, p<0,001***
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	F=0,693, p=0,501 (ns)	t=4,510, p<0,001*** (Nam cao hơn)	F=8,585; p<0,001*** (Quận 5 (cũ) cao nhất: 3,52)	F=3,388, p=0,010**

Truyền thông SKTT	F=1,521, p=0,220 (ns)	t=2,200, p=0,029* (Nam cao hơn)	F=18,352; p<0,001*** (Quận 12 (cũ) cao nhất: 3,22)	F=8.028, p<0,001***
Hỗ trợ tham gia xã hội	F=0,447, p=0,640 (ns)	t=2,550, p=0,011* (Nam cao hơn)	F=33,203; p<0,001***(Quận 5 (cũ) cao nhất: 3,64)	F=6,621, p<0,001***

*Ghi chú: *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001; ns: không có ý nghĩa thống kê.*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả kiểm định cho thấy sự khác biệt về nhu cầu CSSKTT của NCT không phân bố đồng đều mà phụ thuộc đáng kể vào đặc điểm nhân khẩu học.

Trước hết, biến tuổi chỉ tạo ra khác biệt có ý nghĩa đối với hoạt động phát hiện sớm (p=0,042), trong đó nhóm 60-69 tuổi có nhu cầu cao hơn hẳn so với nhóm từ 80 tuổi trở lên. Điều này phản ánh rằng NCT trẻ hơn thường quan tâm hơn đến phòng ngừa và phát hiện sớm, trong khi nhóm cao tuổi nhất ít đặt nặng hoạt động này.

Ngược lại, giới tính là yếu tố có ảnh hưởng khá rõ, nam giới có nhu cầu cao hơn nữ ở ba hoạt động là hỗ trợ tâm lý cơ bản, truyền thông nâng cao nhận thức SKTT, và hỗ trợ tham gia xã hội, với sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều này gợi mở rằng các cụ ông có xu hướng tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn nhiều hơn để bù đắp cho những hạn chế trong mạng lưới chia sẻ tự nhiên.

Về địa bàn cư trú, nhu cầu khác biệt rõ rệt ở cả bốn hoạt động. NCT tại Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây có ĐTB cao hơn ở phát hiện sớm (3,55) và Truyền thông nâng cao nhận thức SKTT (3,22), trong khi Phường Chợ Lớn, An Đông vượt trội về hỗ trợ tham gia xã hội (3,64). Ngược lại, xã Hóc Môn nhìn chung thấp hơn. Điều này phản ánh sự khác biệt trong điều kiện dịch vụ, môi trường đô thị và cơ hội tham gia xã hội giữa khu vực trung tâm và ngoại thành.

Đáng chú ý nhất là tình trạng sống, với tất cả các hoạt động đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). NCT sống một mình có nhu cầu thấp nhất, đặc biệt ở phát hiện sớm (2,32) và hỗ trợ tham gia xã hội (2,41), thấp hơn rõ rệt so với nhóm sống cùng gia đình (p<0,01). Trong khi đó, những người sống cùng vợ/chồng hoặc với cả gia đình lớn có nhu cầu cao và ổn định hơn. Kết quả này cho thấy môi trường

gia đình và sự hiện diện của người thân có vai trò quyết định trong việc hình thành và thúc đẩy nhu cầu CSSKTT của NCT trong mẫu khảo sát.

Tóm lại, sự khác biệt theo giới, địa bàn và tình trạng sống mang ý nghĩa thống kê và thực tiễn rõ rệt hơn so với tuổi. Điều này hàm ý rằng các dịch vụ CSSKTT không thể được triển khai đồng loạt mà cần tính đến sự đa dạng nhân khẩu học, đặc biệt chú trọng nhóm sống một mình và nữ giới, những đối tượng dễ bị thiệt thòi trong tiếp cận và thụ hưởng dịch vụ.

3.2.2. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

3.2.2.1. Hoạt động phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần

Hoạt động phát hiện sớm là bước đầu tiên và quan trọng trong chăm sóc toàn diện cho NCT (Lima & Ivbijaro, 2019). Các nội dung phát hiện sớm được khảo sát dựa trên trải nghiệm thực tế của 420 NCT thông qua các hành vi cụ thể của bốn nhóm chủ thể: bản thân NCT, gia đình, bạn bè/cộng đồng và chính quyền/hội đoàn thể. Phân tích số liệu cho thấy mức độ thực hiện và hiệu quả của các nội dung này khác nhau đáng kể giữa các nhóm.

Bảng 3.6. *Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động phát hiện sớm theo từng nhóm chủ thể (N = 420)*

Hoạt động	Tần suất (1-5)	Hiệu quả (1-5)
Người cao tuổi		
Tự theo dõi cảm xúc, hành vi, suy nghĩ	3,20	3,25
Chia sẻ với người thân khi có dấu hiệu bất thường	3,21	2,96
Tham gia khám SKTT	2,53	2,66
Tham gia các hoạt động như thiền, dưỡng sinh, viết nhật ký...	2,90	2,95
Gia đình		
Quan sát, lắng nghe và trò chuyện với NCT	3,48	3,48
Trao đổi, chia sẻ với NCT về các vấn đề SKTT	3,01	2,92
Tạo môi trường an toàn và yêu thương để NCT chia sẻ	3,17	3,08
Khuyến khích NCT tham gia các hoạt động lành mạnh	3,27	3,14
Tìm hiểu kiến thức SKTT để hỗ trợ NCT	2,99	2,85
Kết nối với các nguồn lực cộng đồng để hỗ trợ NCT	2,72	2,61
Bạn bè/ cộng đồng NCT		

Nhận diện các dấu hiệu bất thường về SKTT của NCT	2,57	2,79
Khuyến khích NCT tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần thiết	2,94	3,00
Tổ chức các buổi chia sẻ, tâm sự về vấn đề tâm lý	2,81	2,74
Thăm hỏi, động viên NCT khi có dấu hiệu bất ổn	3,15	3,10
Cùng tham gia các hoạt động nhóm, câu lạc bộ	2,72	2,51
Chính quyền/hội đoàn thể		
Tổ chức sinh hoạt cộng đồng về SKTT	3,22	2,96
Kết hợp với trạm y tế tổ chức khám sàng lọc SKTT	3,35	3,20
Xây dựng mạng lưới hỗ trợ CĐ (Hội NCT, tổ dân phố...)	3,60	3,49
Cung cấp thông tin và hỗ trợ tiếp cận dịch vụ CSSKTT	3,42	3,25

Ghi chú: Các giá trị trong bảng là ĐTB theo thang đo Likert từ 1 (rất thấp) đến 5 (rất cao).

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Dữ liệu khảo sát cho thấy, trong hệ thống hỗ trợ, chính quyền và các hội đoàn thể được NCT đánh giá có tần suất thực hiện và hiệu quả cao nhất. Đặc biệt, hành vi "xây dựng mạng lưới hỗ trợ cộng đồng (Hội NCT, tổ dân phố...)" đạt chỉ số cao nhất với tần suất 3,60 và hiệu quả 3,49. Kết quả này khẳng định vai trò chủ động của hệ thống chính trị cơ sở trong việc kết nối NCT với các nguồn lực an sinh xã hội.

Song song với hệ thống chính quyền và các hội đoàn thể, gia đình vẫn giữ vai trò then chốt thông qua những tiếp xúc gần gũi thường nhật. Hành vi "quan sát, lắng nghe và trò chuyện với NCT" không chỉ được thực hiện thường xuyên mà còn là hành vi mang lại hiệu quả cao nhất trong nhóm gia đình (tần suất và hiệu quả đều đạt 3,48). Những tương tác cảm xúc này chính là yếu tố quan trọng để nhận diện sớm các bất ổn tâm thần. Chia sẻ về điều này, một người con cho biết: *"Tôi luôn cố gắng duy trì thời gian mỗi tối để trò chuyện, hỏi han, thậm chí bật TV nghe cải lương cùng mẹ cho bà vui"* (Trích PVS.Q12_GD01.1).

Đối với bản thân NCT, dù đã có ý thức tự giám sát sức khỏe tâm lý qua việc "tự theo dõi cảm xúc, hành vi, suy nghĩ" (3,20) hay "chia sẻ với người thân khi có dấu hiệu bất thường" (3,21), nhưng họ vẫn còn tâm lý e ngại với các dịch vụ y tế chuyên biệt. Tần suất "tham gia khám SKTT" đạt mức thấp nhất là 2,53. Thay vì tìm kiếm sự sàng lọc chuyên nghiệp, NCT thường chọn các phương thức tự giải tỏa cá nhân. Một cụ bà 76 tuổi chia sẻ: *"Mỗi khi thấy đầu óc mình rối, tôi thường chọn ngồi thiền,*

hoặc ghi vài dòng tâm sự vào sổ. Làm vậy thấy nhẹ lòng hơn" (Trích PVS.Q5_NCT01.3).

Hạn chế về nhận thức nội tại cũng là một rào cản khiến NCT lúng túng khi tự nhận diện vấn đề: *"Nhiều khi tôi thấy trong người bồn chồn, khó ngủ cả tuần nhưng cũng chỉ nghĩ là do tuổi già hay đau khớp thôi, không biết đó là dấu hiệu tâm lý cần đi khám"* (Trích PVS.Q12_NCT02.2). Điều này tạo ra một khoảng trống lớn khi điểm hiệu quả của việc tham gia khám sàng lọc chuyên sâu chỉ dừng lại ở mức 2,66.

Cuối cùng, nhóm bạn bè và cộng đồng ghi nhận mức độ thực hiện thấp nhất trong các hệ thống chủ thể. Hành vi "nhận diện các dấu hiệu bất thường về SKTT của NCT" chỉ đạt 2,57, cho thấy mạng lưới đồng đẳng hiện nay chủ yếu mang tính chất giao lưu bề nổi. Mặc dù NCT cảm thấy vui vẻ hơn khi được bạn bè thăm hỏi, động viên (3,15), song lực lượng này vẫn chưa đủ năng lực chuyên môn để trở thành một mạng lưới phát hiện sớm hiệu quả.

Để làm rõ hơn tính đa diện của thực trạng này, nghiên cứu tiến hành phân tích sự phân hóa trong đánh giá của NCT dựa trên các đặc điểm về giới tính, tình trạng sức khỏe và địa bàn khảo sát thông qua các phép kiểm định thống kê (số liệu chi tiết về các phép kiểm định ANOVA và T-test được trình bày tại Phụ lục A1)

Bảng 3.7. *Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động phát hiện sớm đối với NCT (N=420)*

Biến	Sig.	Nhóm có sự khác biệt rõ rệt
Giới tính	$p < 0,001$	Nam giới đánh giá hiệu quả từ chính quyền cao hơn nữ giới
Địa bàn	$p < 0,001$	Phường ĐHT, Trung Mỹ Tây có ĐTB PHS cao nhất
Độ tuổi	$p > 0,05$	Không có sự khác biệt đáng kể ở hầu hết các mục
Sức khỏe	$p = 0,021$	NCT có bệnh lý nền quan tâm đến PHS nhiều hơn

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy:

Về giới tính: Kết quả kiểm định T-test cho thấy nam giới NCT có xu hướng đánh giá cao tính hiệu quả của mạng lưới phát hiện sớm từ phía chính quyền địa

phương (3,46) và bạn bè (2,94) so với nữ giới (3,03 và 2,80). Điều này phản ánh đặc thù giới trong việc duy trì các mối quan hệ xã hội chính quy.

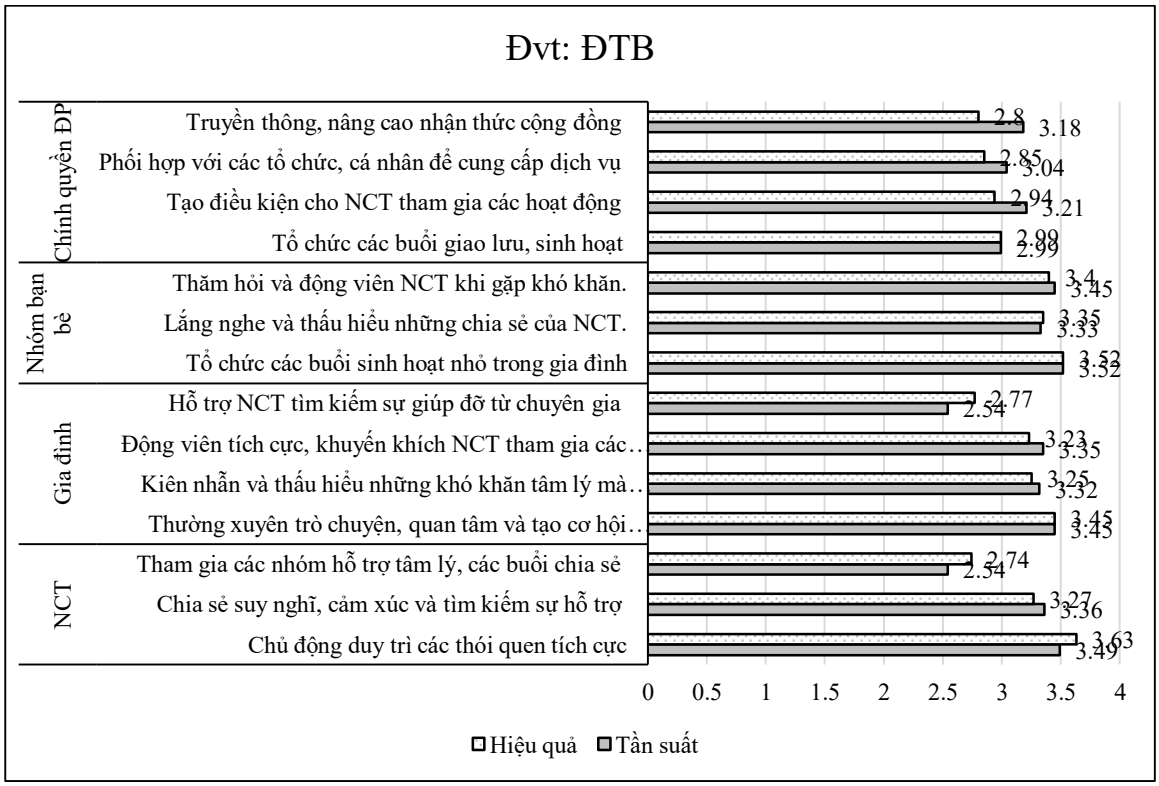
Về địa bàn cư trú, đây là biến số tạo ra sự phân hóa mạnh mẽ nhất ($p < 0,001$). NCT tại Phường Đông Hưng Thuận và Trung Mỹ Tây thể hiện mức độ chủ động cao hơn trong việc tự theo dõi cảm xúc và tham gia các chương trình sàng lọc. Trong bối cảnh đô thị hóa nhanh, áp lực tâm lý khiến họ nhạy cảm hơn với các bất ổn tinh thần. Một NCT tại đây bày tỏ: *"Dưới này đô thị hóa nhanh, cuộc sống ồn ào hơn trước nên mình phải tự để ý xem tâm tính có gì lạ không để còn kịp báo con cái đưa đi bác sĩ"* (Trích PVS.Q12_NCT02.2).

Về tình trạng sống và sức khỏe, kết quả khảo sát cho thấy những NCT gặp các vấn đề về huyết áp (chiếm 72,6%) và suy giảm trí nhớ (13,4%) có xu hướng lo âu cao hơn, từ đó thúc đẩy nhu cầu phát hiện sớm. Tuy nhiên, tại khu vực ngoại thành như Xã Hóc Môn, rào cản về di chuyển và sức khỏe yếu (ĐTB = 2,70) khiến việc tiếp cận các dịch vụ sàng lọc chuyên sâu gặp nhiều khó khăn. Một NCT tại đây bộc bạch: *"Chân tay đau nhức đi lại khó khăn nên ngại đi xa. Nhiều khi cũng thấy buồn bực trong lòng nhưng thôi kệ, cứ quanh quẩn trong xóm cho đỡ mệt hơn là đi quận đi thành phố khám"* (Trích PVS.HM_NCT03.1).

Như vậy có thể thấy, hoạt động phát hiện sớm dưới góc nhìn của NCT trong mẫu khảo sát hiện đang bộc lộ sự thiếu cân bằng giữa các địa bàn và giới tính. Trong khi khu vực nội thành và ven đô bắt đầu có sự chuyển biến về nhận thức, khu vực ngoại thành vẫn đang đối mặt với những rào cản kép từ sự suy giảm sức khỏe thể chất và sự thiếu hụt hạ tầng dịch vụ chuyên sâu. Đáng chú ý, khoảng trống về các công cụ sàng lọc chuyên nghiệp cùng năng lực tự nhận diện hạn chế của NCT chính là những nguyên nhân cốt lõi khiến các bất ổn về SKTT thường bị bỏ qua hoặc chỉ được chú ý khi đã trở nên nghiêm trọng. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp thiết về một mô hình hỗ trợ linh hoạt, có sự điều phối chuyên nghiệp của NVCTXH nhằm kết nối hiệu quả các nguồn lực và cung cấp dịch vụ sàng lọc bài bản ngay tại cộng đồng.

3.2.2.2. Hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản

Khảo sát trên 420 NCT cho thấy các nội dung hỗ trợ tâm lý cơ bản của họ đang được đáp ứng ở những mức độ khác nhau.



Biểu đồ 3.3. *Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản (N=420)*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy yếu tố "ổn định cảm xúc cá nhân" thông qua các thói quen tích cực (viết nhật ký, đọc sách, thiền định...) được NCT đánh giá cao nhất cả về tần suất (3,49) và hiệu quả (3,63). Nhiều người tự tìm cách giải tỏa thông qua thói quen cá nhân. Như một NCT tại Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ) chia sẻ: *"Tôi không có người thân để trò chuyện thường xuyên nên hay đọc kinh và ghi lại cảm xúc mỗi ngày. Cứ đều đặn vậy, tôi thấy tâm trí mình đỡ nặng nề hơn, không cáu gắt như trước"* (Trích PVS.Q5_NCT01.1). Điều này cho thấy, ngay cả khi thiếu hỗ trợ chuyên môn, nhiều NCT vẫn tự hình thành cơ chế tự điều chỉnh tâm lý tương đối hiệu quả.

Trong hệ thống vi mô, nhóm hành vi "gia đình thường xuyên trò chuyện" đạt tần suất cao (3,45) và hiệu quả khá (3,45), khẳng định gia đình vẫn là nguồn kết nối

xã hội quan trọng. Tuy nhiên, nội dung "tự tham gia nhóm hỗ trợ tâm lý" của NCT lại có tần suất (2,54) và hiệu quả (2,74) rất thấp. Một NCT Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây chia sẻ: *"Tôi nghe nói phường có nhóm tâm lý nhưng chưa tham gia. Vừa ngại, vừa sợ bị đánh giá là yếu đuối"* (Trích PVS.Q12_NCT01.1).

Ở cấp độ cộng đồng, các "buổi sinh hoạt nhỏ" (uống trà, chơi cờ...) ghi nhận tần suất cao nhất (3,52) và hiệu quả tương đương (3,52). Tuy nhiên, chất lượng kết nối đôi khi chưa đạt chiều sâu như kỳ vọng. Một NCT tại Hóc Môn bộc bạch: *"Đi sinh hoạt CLB thì cũng gặp nhau, nhưng chỉ nói chuyện xã giao, không có ai quan tâm thật sự mình đâu"* (Trích PVS.HM_NCT02.4). Trong khi đó, các hoạt động do chính quyền tổ chức như hội thảo, tư vấn tâm lý chuyên sâu có điểm hiệu quả thấp nhất (2,80 - 2,85), phản ánh sự hạn chế về tính hấp dẫn và khả năng đáp ứng nhu cầu thực tế của người thụ hưởng.

Bên cạnh thực trạng chung, các phép kiểm định cho thấy sự trải nghiệm về hỗ trợ tâm lý cơ bản có sự khác biệt rõ rệt theo đặc điểm cá nhân và địa bàn cư trú (Phụ lục A.2)

Bảng 3.8. *Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động hỗ trợ tâm lý đối với NCT (N=420)*

Biến	Sig.	Nhóm có sự khác biệt rõ rệt
Giới tính	p = 0,001 (Bạn bè)	Nam giới đánh giá hiệu quả từ bạn bè cao hơn nữ giới
Địa bàn	p < 0,001 (Chính quyền, Hội đoàn thể)	Phường Chợ Lớn, An Đông và Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây có hiệu quả cao hơn Xã Hóc Môn
Độ tuổi	p = 0,027 (Gia đình)	Nhóm tuổi cao hơn nhận thấy hiệu quả gia đình thấp hơn

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy, về giới tính, nam giới thể hiện sự chủ động cao hơn trong các hành vi tự điều chỉnh tâm lý (3,17) so với nữ giới (3,09) (p = 0,017). Đặc biệt, nam giới đánh giá hiệu quả hỗ trợ từ bạn bè đạt mức khá cao (3,45) so với nữ giới (p = 0,001). Một cụ ông tại nội thành chia sẻ: *"Mấy ông bạn già sáng nào cũng ra công viên tập thể dục rồi ngồi lại nói chuyện đời, chuyện con cái, nhờ vậy mà thấy tâm hồn thanh thản, ít khi phải lo nghĩ vẩn vơ"* (Trích PVS.Q5_NCT02.1).

Về địa bàn cư trú, kết quả ANOVA cho thấy sự khác biệt khá lớn giữa các khu vực ($p < 0,001$). NCT tại Phường Chợ Lớn, An Đông và Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây cảm nhận hiệu quả hỗ trợ từ mạng lưới xã hội tốt hơn hẳn so với Xã Hóc Môn. Tại Hóc Môn, do khoảng cách địa lý và đặc thù sinh kế, các buổi sinh hoạt cộng đồng chưa tạo được sức lan tỏa mạnh mẽ như khu vực nội đô.

Về độ tuổi và tình trạng sống, khi tuổi càng cao, NCT trong mẫu khảo sát có xu hướng cảm nhận hiệu quả hỗ trợ tâm lý từ gia đình giảm xuống ($p = 0,027$). Điều này thường xảy ra do sự thiếu liên kết trong giao tiếp giữa các thế hệ. Tại vùng ven, áp lực mưu sinh khiến con cháu ít có thời gian chăm sóc tinh thần sâu sắc cho cha mẹ: *"Nhà đông người thật nhưng ai cũng bận mưu sinh, tối đến ai vào phòng nấy, tôi thấy mình vẫn cô đơn"* (Trích PVS.HM_NCT02.2).

Hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản hiện nay đang dựa mạnh vào năng lực tự điều chỉnh của cá nhân và mạng lưới gia đình, bạn bè. Tuy nhiên, sự hỗ trợ từ hệ thống chính quy còn mờ nhạt và thiếu tính hệ thống. Khoảng cách về hiệu quả giữa các địa bàn và sự phân hóa về giới tính đòi hỏi NVCTXH cần thiết kế các chương trình hỗ trợ tâm lý cá nhân hóa, đặc biệt là các nhóm tư vấn đồng đẳng dành cho nam giới và các chương trình kết nối liên thế hệ cho NCT sống tại khu vực ngoại thành.

3.2.2.3. Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần

Hoạt động truyền thông đóng vai trò cầu nối, giúp cung cấp kiến thức và kỹ năng cần thiết để NCT và mạng lưới xung quanh có thể chủ động chăm sóc và bảo vệ SKTT.

Kết quả khảo sát cho thấy các nội dung truyền thông đã được triển khai thông qua nhiều hoạt động khác nhau, với mức độ tiếp cận và hiệu quả cảm nhận có sự phân hóa đáng kể giữa các nhóm nội dung.

Bảng 3.9. *Đánh giá của người cao tuổi về tần suất và hiệu quả của hoạt động truyền thông SKTT (N=420)*

Nội dung truyền thông sức khỏe tâm thần	Tần suất (1-5)	Hiệu quả (1-5)
Người cao tuổi		

Chủ động tìm hiểu và học hỏi các kiến thức cơ bản về SKTT và các dấu hiệu, triệu chứng của các vấn đề SKTT thông qua sách báo, tài liệu, internet...	3,17	3,14
Tham gia các buổi sinh hoạt, chia sẻ kiến thức về SKTT.	2,78	2,90
Chia sẻ kinh nghiệm sống và những cách thức tự chăm sóc tinh thần hiệu quả với người khác.	3,00	3,05
Học cách ứng phó với căng thẳng, lo âu và các vấn đề tâm lý khác.	2,95	3,14
Gia đình		
Tìm hiểu kiến thức về SKTT và chia sẻ với NCT.	3,22	3,23
Cùng NCT đọc sách, báo, xem video, tham gia các buổi chia sẻ về SKTT.	2,84	2,83
Khuyến khích NCT tham gia các hoạt động giúp nâng cao nhận thức về SKTT	3,18	3,06
Tạo điều kiện để NCT thực hành các phương pháp tự chăm sóc tinh thần	3,17	3,02
Lắng nghe và chia sẻ với NCT về những vấn đề liên quan đến SKTT	3,26	2,99
Bạn bè/ cộng đồng NCT		
Nhận diện các dấu hiệu bất thường về SKTT của NCT	2,59	2,64
Khuyến khích NCT tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần thiết	2,86	2,84
Tổ chức các buổi chia sẻ, tâm sự về vấn đề tâm lý	3,18	3,21
Chính quyền/hội đoàn thể		
Tổ chức các buổi truyền thông, hội thảo về SKTT cho NCT	3,06	3,05
Phát hành các tài liệu, ấn phẩm về SKTT cho NCT	3,05	3,02
Lồng ghép nội dung truyền thông SKTT vào các hoạt động CSSK khác.	3,23	3,18
Hỗ trợ các tổ chức, cá nhân thực hiện các hoạt động truyền thông SKTT cho NCT	3,21	3,10

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy, các nội dung truyền thông SKTT được NCT tiếp cận với tần suất và hiệu quả cảm nhận khác nhau, tùy thuộc vào chủ thể thực hiện và đặc điểm của từng hoạt động.

Về phía bản thân NCT, nội dung "chủ động tìm hiểu và học hỏi các kiến thức cơ bản về SKTT và các dấu hiệu, triệu chứng của các vấn đề SKTT thông qua sách báo, tài liệu, internet..." được thực hiện với tần suất cao nhất (3,17) và cũng được đánh giá có hiệu quả khá tốt (3,14). Điều này cho thấy một bộ phận NCT có ý thức tự giác và khả năng tiếp cận thông tin để nâng cao hiểu biết cá nhân. Ngược lại, việc "tham gia các buổi sinh hoạt, chia sẻ kiến thức về SKTT" lại có tần suất thấp nhất (2,78), dù hiệu quả cảm nhận không quá thấp (2,90). Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân như tính hấp dẫn của các buổi sinh hoạt, sự phù hợp về thời gian, địa điểm, hoặc tâm lý e ngại tham gia các hoạt động nhóm của một số NCT. Một NCT ở Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây chia sẻ: *"Tôi thì hay đọc báo*

với xem trên mạng cách người ta hướng dẫn giữ gìn sức khỏe tuổi già, cả về tinh thần nữa. Mình phải tự cập nhật cho mình thôi. Mấy cái buổi nói chuyện ở phường tổ chức thì cũng có nghe qua, nhưng không phải lúc nào cũng đi được, với lại nhiều khi nói chung chung quá, không nhớ hết." (Trích PVS.Q12_NCT02.1). Điều này cho thấy, NCT có xu hướng chủ động tìm kiếm thông tin kiến thức phù hợp với nhu cầu cá nhân, trong khi các nội dung truyền thông được chia sẻ qua các buổi sinh hoạt nhóm cần được cải thiện để thu hút sự tham gia rộng rãi hơn.

Đối với gia đình NCT, nội dung "lắng nghe và chia sẻ với NCT về những vấn đề liên quan đến SKTT" có tần suất tiếp cận cao nhất (3,26), tuy nhiên hiệu quả cảm nhận chỉ ở mức khá (2,99). Sự hỗ trợ từ con cái đóng vai trò quan trọng trong việc giúp NCT tiếp cận các nguồn tin: *"Tôi không biết lịch sinh hoạt đâu, là con dâu tôi ghi lịch rồi chở đi đó. Mình thấy có người quan tâm, lại vui nữa"* (Trích PVS.Q5_NCT02.3). Ngược lại, việc "cùng NCT đọc sách, báo, xem video" có chỉ số thấp nhất (tần suất 2,84; hiệu quả 2,83), phản ánh rào cản về thời gian của các thành viên trong gia đình.

Trong nhóm bạn bè NCT, nội dung "chia sẻ, tâm sự về vấn đề tâm lý" có tần suất (3,18) và hiệu quả (3,21) cao nhất. Các buổi này có thể là kênh để NCT chia sẻ kinh nghiệm, qua đó có yếu tố giáo dục lẫn nhau một cách không chính thức. Ngược lại, "nhận diện các dấu hiệu bất thường về SKTT của NCT" có tần suất thấp nhất (2,59), cho thấy việc bạn bè, cộng đồng tự trang bị và truyền đạt kiến thức về nhận diện dấu hiệu SKTT còn hạn chế.

Về phía chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội, nội dung "lồng ghép nội dung truyền thông SKTT vào các hoạt động CSSK khác" có tần suất cao nhất (3,23) và hiệu quả cũng được đánh giá khá (3,18). Điều này cho thấy một hướng tiếp cận tiềm năng, giúp tăng cường sự tiếp cận kiến thức SKTT cho NCT. Các nội dung như "tổ chức các buổi truyền thông, hội thảo về SKTT cho NCT" (tần suất 3,06; hiệu quả 3,05) và "phát hành các tài liệu, ấn phẩm về SKTT cho NCT" (tần suất 3,05; hiệu quả 3,02) được thực hiện với tần suất và hiệu quả ở mức trung bình khá, cho thấy cần nâng cao chất lượng và sự hấp dẫn của các nội dung này. Một cán bộ Hội NCT ở

Phường Chợ Lớn, An Đông cho biết: *"Chúng tôi thường xuyên phối hợp với trạm y tế xã để lồng ghép nói chuyện về cách phòng ngừa suy giảm trí nhớ, cách giữ tinh thần vui vẻ cho các cụ trong những buổi khám bệnh hoặc sinh hoạt định kỳ của hội. Việc này các cụ hưởng ứng hơn là một buổi chỉ nói riêng về tâm thần. Tài liệu thì cũng có cấp phát, nhưng thú thực là nhiều khi chữ nhỏ, nội dung hơi khô khan, các cụ cũng ít chịu đọc."* (Trích PVS.Q5_CBHNCT01.1). Điều này cho thấy, việc tích hợp nội dung truyền thông SKTT vào các hoạt động quen thuộc được NCT đón nhận hơn, trong khi các tài liệu giáo dục truyền thống cần được cải tiến để phù hợp hơn. Tuy nhiên, các buổi truyền thông quy mô lớn vẫn bộc lộ hạn chế về tính tương tác. Một cụ ông tại Xã Hóc Môn phản ánh: *"Tôi có đi mấy buổi ở phường tổ chức, nhưng toàn nghe báo cáo, ít khi được hỏi ý kiến"* (Trích PVS.HM_NCT03.1). Những phản ánh này cho thấy rào cản từ cách tổ chức còn mang nặng tính hành chính, thiếu sự cá nhân hóa.

Bên cạnh đó, khi phân tích sâu hơn, dữ liệu khảo sát cho thấy rằng sự trải nghiệm hoạt động truyền thông có sự phân hóa mạnh mẽ nhất theo địa bàn cư trú, trong khi các yếu tố giới tính không tạo ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Phụ lục A.3).

Bảng 3.10. *Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động truyền thông SKTT đối với NCT (N=420)*

Biến	Sig.	Nhóm có sự khác biệt rõ rệt
Giới tính	$p > 0,05$	Không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ
Địa bàn	$p < 0,001$	Hiệu quả truyền thông tại Phường Chợ Lớn, An Đông và Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây cao hơn Xã Hóc Môn
Độ tuổi	$p = 0,010$	Nhóm tuổi thấp hơn nhận thấy hiệu quả truyền thông gia đình tốt hơn

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Về địa bàn cư trú, kết quả ANOVA khẳng định sự khác biệt lớn giữa 3 khu vực ($p < 0,001$ cho tất cả các nhóm hoạt động. Tại Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây, NCT đánh giá rất cao hiệu quả từ các chương trình chính quy: *"Mỗi đợt tổ chức khám SKTT hay truyền thông cộng đồng, số cụ đăng ký tham gia đều rất đông... Các*

cụ bảo nhờ có chương trình này mới biết mình có biểu hiện cần phải chú ý" (Trích PVS.Q12_LĐ01.1).

Tại các địa bàn ngoại thành như Xã Hóc Môn, truyền thông qua mạng lưới bạn bè lại tỏ ra thiết thực hơn: *"Các cụ thường chia sẻ với nhau trong buổi đi bộ sáng hay lúc họp tổ dân phố. Chuyện tâm lý khó nói, nhưng khi có người cùng cảnh thì dễ mở lòng"* (Trích PVS.HM_CBHNCT01.2). Điều này cho thấy tính thân mật trong các mối quan hệ nhỏ lẻ có hiệu quả cao hơn so với các hoạt động quy mô lớn tại các xã ngoại thành.

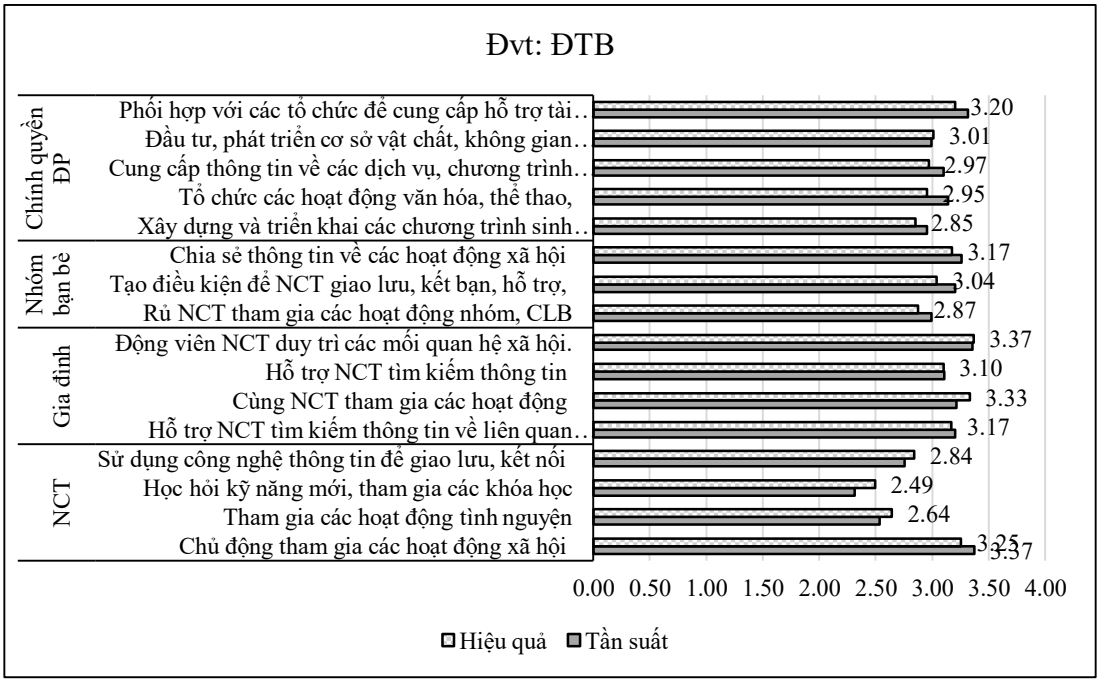
Bên cạnh đó, kết quả kiểm định cho thấy độ tuổi có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến hiệu quả truyền thông từ phía gia đình ($p = 0,010$). Khi tuổi càng cao, NCT có xu hướng ít tiếp nhận các thông tin truyền thông mới từ gia đình hoặc cảm thấy khó khăn hơn trong việc cùng con cháu xem video, đọc sách báo chuyên đề. Ngược lại, nhóm ít cao tuổi hơn thường chủ động hơn trong việc tự tìm kiếm thông tin trên mạng internet.

Hoạt động truyền thông hiện nay đang dần chuyển dịch từ hình thức đơn lẻ sang lồng ghép, mang lại hiệu quả nhận thức bước đầu cho NCT. Tổng thể có thể thấy rằng NCT hiện nay có xu hướng đánh giá cao những nội dung truyền thông mang tính ứng dụng thực tế và được lồng ghép tự nhiên trong các hoạt động quen thuộc. Ngược lại, những nội dung được tổ chức tách biệt, đơn lẻ hoặc ít cơ hội chia sẻ thường có mức tiếp cận thấp hơn. Để nâng cao hiệu quả, cần cải thiện tính tương tác trong các buổi hội thảo và đổi mới hình thức ấn phẩm như chữ to, nội dung sinh động hơn để phù hợp hơn với đặc điểm sinh lý và sự phân hóa độ tuổi của NCT.

3.2.2.4 Hoạt động hỗ trợ người cao tuổi tham gia xã hội

Trong bối cảnh đô thị hóa nhanh chóng, việc khuyến khích NCT tham gia xã hội trở nên cấp thiết, giúp họ duy trì cảm giác có ích và nâng cao chất lượng cuộc sống. đẩy lùi sự cô đơn và các rối loạn tâm thần tuổi già.

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ tham gia xã hội của NCT có sự phân hóa rõ rệt giữa các loại hình hoạt động, từ những sinh hoạt truyền thống đến việc tiếp cận công nghệ mới.



Biểu đồ 3.4. *Đánh giá của NCT về tần suất và hiệu quả của hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội (N=420)*
(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Trong các loại hình được khảo sát, hoạt động phổ biến nhất là tham gia các câu lạc bộ văn hóa, thể thao, tâm linh, với ĐTB về tần suất tham gia đạt 3,37 và hiệu quả cảm nhận là 3,25. Đây là các hoạt động gắn liền với đời sống thường nhật, dễ tiếp cận, và phù hợp với sở thích cũng như năng lực thể chất của phần lớn NCT. Một cụ bà tại Quận 12 cũ chia sẻ: *"Tuần nào tôi cũng đi chùa, ở đó có tụng kinh, làm thơ, nói chuyện, uống trà, cũng như một cái CLB vậy, thấy tâm nhẹ nhàng hơn"* (Trích PVS.Q12_NCT03.1). Rõ ràng, những hoạt động mang tính tâm linh - tinh thần và có tính cộng đồng này đã trở thành không gian kết nối và giải tỏa tích cực cho nhiều NCT.

Ngược lại, mức độ tham gia thấp nhất thuộc về các khóa học kỹ năng mới hoặc lớp học dành cho NCT, với tần suất chỉ đạt 2,31 và hiệu quả là 2,49. Điều này có thể phản ánh sự hạn chế trong việc tổ chức các hình thức học tập phù hợp với độ tuổi, cũng như rào cản về tâm lý, công nghệ hoặc thể chất khi NCT tiếp cận các chương trình học mới. Một số cụ cho rằng: *"Già rồi học chi nữa, học cũng không vô đâu"* điều này cho thấy sự cần thiết của việc thiết kế các chương trình học thân thiện, dễ tiếp thu và tạo được động lực phù hợp với bối cảnh của NCT.

Trong khi đó, việc sử dụng công nghệ thông tin để giao lưu ghi nhận tần suất 2,75 và hiệu quả 2,84. Dù còn thấp nhưng một số cụ được hướng dẫn bài bản đã tỏ ra hào hứng: *"Tôi có Zalo, Facebook, mấy người bạn già hay nhắn tin với nhau, có khi gọi video luôn, thấy cũng vui, đỡ cô đơn"* (Trích PVS.HM_NCT01.2). Điều này cho thấy tiềm năng của công nghệ trong việc tăng cường kết nối xã hội nếu có các chương trình hỗ trợ phù hợp.

Cuối cùng, hoạt động tình nguyện, giúp đỡ cộng đồng có tần suất tham gia khá thấp (2,53) và hiệu quả cảm nhận chỉ ở mức trung bình (2,64). Đây có thể là hệ quả của việc chưa có nhiều chương trình tình nguyện thiết kế riêng cho NCT, hoặc NCT còn mang tâm lý ngại đóng góp khi cảm thấy bản thân đã già yếu. Tuy nhiên, một số cụ ông từng tham gia các hoạt động phát cơm từ thiện, hỗ trợ hậu sự, hoặc giữ gìn an ninh trật tự ở khu phố lại cho rằng: *"Mình làm được gì cho xã hội thì thấy trong lòng nó khỏe"* (Trích PVS.Q5_NCT01.2). Điều này cho thấy nếu có định hướng và tổ chức phù hợp, hoạt động tình nguyện vẫn có thể là một kênh tích cực giúp NCT duy trì vai trò xã hội và tăng cường SKTT.

Sự trải nghiệm và đánh giá về hiệu quả hỗ trợ tham gia xã hội của NCT không tồn tại biệt lập mà chịu sự tác động mạnh mẽ từ các tương tác trong hệ thống sinh thái, từ đặc điểm cá nhân đến bối cảnh môi trường cư trú. Kết quả kiểm định cho thấy sự phân hóa rõ rệt ở cả ba phương diện: địa bàn, giới tính và độ tuổi (Phụ lục A.4)

Bảng 3.11. *Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học có ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội đối với NCT (N=420)*

Biến	Sig.	Nhóm có sự khác biệt rõ rệt
Giới tính	$p < 0,001$	Nam giới đánh giá hiệu quả hỗ trợ từ bạn bè và CQ cao hơn
Địa bàn	$p < 0,001$	Phường Chợ Lớn, An Đông và Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây vượt trội hơn Xã Hóc Môn
Độ tuổi	$p = 0,002$	Nhóm tuổi thấp (60-70) chủ động và hiệu quả hơn nhóm tuổi cao

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Trước hết, khi xem xét dưới góc độ môi trường cư trú, kết quả ANOVA khẳng định yếu tố địa bàn tạo ra sự thiếu liên kết lớn nhất trong mạng lưới xã hội của NCT

($p < 0,001$). NCT tại Phường Chợ Lớn, An Đông và Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây có mức độ tham gia và cảm nhận hiệu quả từ các thiết chế chính quy cao hơn hẳn so với Xã Hóc Môn. Tại Phường Chợ Lớn, An Đông, sự sẵn có của các thiết chế văn hóa lâu đời giúp NCT dễ dàng duy trì vai trò xã hội thông qua các hội đoàn. Ngược lại tại Hóc Môn, rào cản về hạ tầng và thông tin khiến NCT dễ rơi vào trạng thái thụ động. Một cụ bà tại Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây đã phản ánh tâm thế này khi cho rằng bản thân rất muốn kết nối nhưng lại lúng túng vì *"đâu biết tìm ở đâu, với lại có ai rủ mới đi được"* (Trích PVS. Q12_NCT03.2). Điều này cho thấy nếu thiếu đi sự thúc đẩy từ môi trường bên ngoài, mạng lưới xã hội của NCT sẽ dần bị thu hẹp.

Tiếp theo, sự phân hóa về giới tính cho thấy nam giới NCT có lợi thế hơn trong việc huy động các nguồn lực từ mạng lưới bạn bè và chính quyền để tham gia xã hội ($p < 0,001$). Trong khi nam giới thường tìm thấy sự khẳng định giá trị bản thân qua các CLB hay các hoạt động tình nguyện thì nữ giới lại có xu hướng gắn kết nhiều hơn với các hoạt động tâm linh tại địa phương. Một cán bộ văn hóa tại Phường Chợ Lớn, An Đông nhận định rằng: *"Một số cụ già hay than buồn, sợ làm phiền con cháu nên không nói. Nhưng nếu bạn già cùng CLB hỏi han, rủ đi tập dưỡng sinh hoặc dự sinh hoạt, mấy cụ lại vui vẻ hơn. Có cụ rơi nước mắt khi được chia sẻ"* (Trích PVS. Q5_CBVH01.1). Tuy nhiên, nữ giới lại nhận được sự hỗ trợ từ hệ thống gia đình tốt hơn ($p = 0,053$). Một cụ bà ở Phường Chợ Lớn, An Đông chia sẻ*:"Tôi không biết lịch sinh hoạt đâu, là con dâu tôi ghi lịch rồi chở đi đó. Mình thấy có người quan tâm, lại vui nữa"* (Trích PVS. Q5_NCT02.3).

Cuối cùng, yếu tố độ tuổi đóng vai trò quyết định đến năng lực duy trì các tương tác xã hội ($p = 0,002$). Nhóm NCT ở độ tuổi trẻ hơn (60-70 tuổi) thường có xu hướng chủ động học hỏi kỹ năng mới và sử dụng công nghệ để kết nối với thế giới bên ngoài. Nhóm NCT ở độ tuổi này thường tích cực tham gia các hoạt động tình nguyện vì cảm thấy mình vẫn còn giá trị: *"Mình làm được gì cho xã hội thì thấy trong lòng nó khỏe"* (Trích PVS.Q5_NCT01.2). Tuy nhiên, khi tuổi càng cao, sự suy giảm về thể chất trở thành rào cản khiến họ ngại đóng góp cho cộng đồng hoặc tham gia các hoạt động tình nguyện (tần suất chỉ đạt 2,53). Một số cụ đã bộc lộ sự tự ti qua quan điểm "già

rồi học chi nữa", dẫn đến việc các khóa học kỹ năng ghi nhận hiệu quả thấp nhất trong ma trận hoạt động (2,49).

Các loại hình hoạt động xã hội mang tính quen thuộc và gắn với đời sống cộng đồng như CLB, hoạt động tâm linh được NCT ưu tiên lựa chọn hơn so với các hoạt động học tập mới hoặc sử dụng công nghệ. Khoảng trống về chất lượng tương tác và sự thiếu hụt thông tin tại các địa bàn ngoại thành đòi hỏi một mạng lưới hỗ trợ lồng ghép chuyên nghiệp hơn, giúp NCT vượt qua rào cản thể chất và sự tự ti để tái hòa nhập cộng đồng bền vững.

3.2.3. Đánh giá mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần

Sau khi xem xét thực trạng triển khai các hoạt động từ khâu phát hiện sớm đến hỗ trợ tham gia xã hội, việc đo lường mức độ hài lòng của NCT chính là thước đo khách quan nhất phản ánh chất lượng và tính phù hợp của các hoạt động CSSKTT tại địa phương.

Bảng 3.12. *Mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với các hoạt động CSSKTT tại TP.HCM (N=420)*

TT	Hoạt động	ĐTB	ĐLC
1	Phát hiện sớm	2,93	0,706
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	3,20	0,748
3	Giáo dục sức khỏe tâm thần	3,19	0,714
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	3,25	0,671
	ĐTBC	**3,14**	**0,710**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Trong phạm vi mẫu khảo sát, mức độ hài lòng chung của NCT đối với các hoạt động CSSKTT đạt mức khá (3,14). Tuy nhiên, các chỉ số thành phần có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm hoạt động chuyên môn và hoạt động mang tính phong trào.

Hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội ghi nhận mức hài lòng cao nhất (3,25). Điều này cho thấy các chương trình sinh hoạt CLB và hoạt động cộng đồng đã tạo ra không gian kết nối hiệu quả, giúp NCT cảm thấy bớt cô đơn và tìm thấy niềm vui trong đời sống thường nhật. Tiếp nối sự hài lòng này là nhóm hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản

(3,20) và truyền thông SKTT (3,19), phản ánh nỗ lực của gia đình và chính quyền trong việc cung cấp thông tin cũng như sự quan tâm kịp thời.

Tuy nhiên, hoạt động phát hiện sớm lại là mảng có điểm số thấp nhất (2,93), cho thấy quy trình sàng lọc và nhận diện các vấn đề tâm thần hiện nay vẫn chưa thực sự đáp ứng được kỳ vọng của người thụ hưởng. Một NCT tại Phường Đông Hưng Thuận đã bộc bạch về điều này khi cho rằng mặc dù các buổi khám bệnh định kỳ diễn ra đều đặn nhưng mảng tâm lý lại chưa được chú trọng đúng mức: *"Thường đi khám thì bác sĩ chỉ hỏi về huyết áp, tim mạch thôi, chứ ít khi ai hỏi xem mình dạo này có buồn phiền hay mất ngủ không, nên nếu nói về hài lòng mảng tâm lý thì tôi thấy vẫn còn thiếu sót lắm"* (Trích PVS.Q12_NCT01.2).

Sự hài lòng của NCT đối với các hoạt động CSSKTT không tồn tại đồng nhất mà có sự phân hóa mạnh mẽ dưới tác động của các yếu tố định danh và môi trường sống (Phụ lục A.5).

Bảng 3.13. *So sánh mức độ hài lòng của NCT đối với các hoạt động CSSKTT theo đặc điểm nhân khẩu học (N = 420)*

TT	Đặc điểm nhân khẩu	Phát hiện sớm	Hỗ trợ TL cơ bản	Truyền thông SKTT	Hỗ trợ xã hội
1	Giới (t-test)	t = 2,372; p < 0,001***	t = 0,269; p = 0,788	t = 1,811; p = 0,071	t = 0,763; p = 0,446
2	Độ tuổi (ANOVA)	F = 0,300; p = 0,741	F = 1,424; p = 0,242	F = 2,820; p = 0,061	F = 0,827; p = 0,438
3	Tình trạng sức khỏe	F = 1,723; p = 0,128	F = 0,624; p = 0,682	F = 2,042; p = 0,072	F = 4,238; p = 0,001**
4	Thu nhập hàng tháng	F = 2,184; p = 0,035*	F = 1,713; p = 0,104	F = 2,545; p = 0,014*	F = 2,100; p = 0,042*
5	Nghề nghiệp	F = 3,707; p = 0,001**	F = 0,925; p = 0,486	F = 1,055; p = 0,392	F = 1,553; p = 0,148
6	Địa bàn khảo sát	F = 1,213; p = 0,298	F = 0,364; p = 0,695	F = 2,559; p = 0,079	F = 1,357; p = 0,259

*Ghi chú: Đối với biến Giới tính, sử dụng phép kiểm định Independent Samples T-test (giá trị t, bậc tự do df = 418); Đối với các biến nhân khẩu học còn lại, sử dụng phép phân tích phương sai 1 chiều One-way ANOVA (giá trị F); Mức ý nghĩa thống kê: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Trước hết, khi xét về yếu tố giới tính, kết quả kiểm định cho thấy giới tính là yếu tố then chốt tạo ra sự phân cực trong đánh giá về hoạt động phát hiện sớm (p < 0,001). Nam giới bộc lộ mức độ hài lòng cao hơn rõ rệt so với nữ giới (3,02 so với

2,86). Điều này có thể bắt nguồn từ kỳ vọng khác nhau trong giao tiếp: trong khi nam giới thường hài lòng với các quy trình kiểm tra sức khỏe mang tính kỹ thuật và kết quả cụ thể, thì nữ giới lại đặt nặng yếu tố thấu cảm và sự chia sẻ sâu sắc từ phía cán bộ y tế. Bên cạnh giới tính, tình trạng sức khỏe cũng chi phối mạnh mẽ sự hài lòng đối với hoạt động hỗ trợ xã hội (p = 0,001). Những NCT có thể chất tốt hơn thường có tâm thế tích cực và dễ dàng cảm nhận hiệu quả của các buổi sinh hoạt nhóm. Một cụ bà tại Phường Chợ Lớn, An Đông chia sẻ: *"Tôi thấy hài lòng vì con cháu luôn động viên mình đi tập dưỡng sinh, sức khỏe mình còn cho phép nên đi về thấy vui vẻ, phấn chấn hẳn ra"* (Trích PVS.Q5_NCT03.1).

Dữ liệu khảo sát cũng cho thấy thu nhập là biến số có tác động diện rộng nhất, chi phối sự hài lòng ở 3/4 nhóm hoạt động. Việc thu nhập tạo ra sự khác biệt ý nghĩa trong truyền thông SKTT (p = 0,014) và hỗ trợ xã hội (p = 0,042) cho thấy khi rào cản tài chính được gỡ bỏ, NCT có xu hướng đón nhận các chương trình an sinh với thái độ cởi mở và hài lòng hơn.

Song hành với đó, yếu tố nghề nghiệp cũng tạo ra sự khác biệt trong hoạt động phát hiện sớm (p = 0,001). Những khách thể từng làm việc trong các môi trường có tính kết nối cao hoặc có nền tảng tri thức ổn định thường đánh giá cao tính khoa học của công tác tầm soát. Một NCT nguyên là cán bộ hưu trí nhận định: *"Các quy trình sàng lọc tại phường hiện nay khá rõ ràng, tôi thấy hài lòng vì mình biết được tình trạng sức khỏe của mình định kỳ, dù đôi khi bác sĩ còn làm việc hơi nhanh, hơi qua loa"*. (Trích PVS.Q5_NCT02.4).

Một phát hiện khác từ kết quả kiểm định là sự hài lòng đối với các hoạt động CSSKTT không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo địa bàn (p > 0,05) và độ tuổi (p > 0,05). Mặc dù thực trạng tiếp cận nguồn lực giữa nội thành và ngoại thành có sự chênh lệch lớn, nhưng một khi các dịch vụ đã được triển khai và chạm đến người thụ hưởng, mức độ hài lòng của họ lại có sự đồng nhất đáng kể. Điều này chứng minh rằng dù ở đâu, nếu các hoạt động được tổ chức phù hợp, NCT đều sẵn lòng đón nhận và đánh giá tích cực. Tuy nhiên, điều này cũng đặt ra yêu cầu cần nâng cao tính chuyên sâu hơn nữa để đáp ứng các nhu cầu đặc thù của nhóm tuổi trên 80 vốn đang

có xu hướng hài lòng thấp hơn ở mảng truyền thông SKTT (p = 0,061) dù chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê.

Đánh giá mức độ hài lòng của NCT trong mẫu khảo sát đã phản ánh sự giao thoa giữa năng lực nội tại và các điều kiện kinh tế bên ngoài. Trong khi các hoạt động hỗ trợ xã hội và tâm lý cơ bản đã bước đầu tạo được niềm tin, thì khâu phát hiện sớm vẫn cần những cải thiện mang tính cá nhân hóa để thu hẹp khoảng cách giới tính. Đồng thời, việc hỗ trợ tài chính và duy trì sức khỏe thể chất cho NCT chính là những đòn bẩy quan trọng nhất để gia tăng chỉ số hạnh phúc và sự hài lòng của họ đối với mạng lưới an sinh tại TP. HCM.

Nhìn chung, kết quả khảo sát cho thấy một thực trạng đáng chú ý về sự giao thoa giữa nhu cầu nội tại và trải nghiệm thực tế của NCT tại TP.HCM. Trong khi nhu cầu về các hoạt động CSSKTT được đánh giá ở mức cao, thì mức độ hài lòng bình quân đối với các hoạt động hiện tại chỉ dừng lại ở ngưỡng khá (ĐTBC = 3,14). Khoảng cách lớn nhất nằm ở hoạt động phát hiện sớm, nơi ghi nhận mức độ hài lòng thấp nhất (2,93) và sự phân hóa giới tính rõ rệt (p < 0,001), cho thấy các quy trình tầm soát chuyên sâu vẫn chưa thực sự chạm đến kỳ vọng của người thụ hưởng.

Đi sâu vào từng nhóm hoạt động, có thể thấy một bức tranh tương phản, các hoạt động tham gia xã hội và hỗ trợ tâm lý cơ bản bước đầu tạo được niềm tin nhờ sự gắn kết của mạng lưới phi chính quy, nhưng lại bộc lộ sự thiếu hụt các kênh chia sẻ chuyên nghiệp và rào cản từ tình trạng sức khỏe (p=0,001). Ngược lại, hoạt động truyền thông giáo dục dù được đánh giá là cần thiết nhưng lại chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi yếu tố thu nhập (p=0,014), cho thấy sự chưa công bằng trong việc tiếp cận tri thức CSSKTT giữa các nhóm xã hội. Những hạn chế này không chỉ phản ánh chất lượng của các chương trình hiện có mà còn gián tiếp chỉ ra những nút thắt trong khả năng cung ứng của hệ thống an sinh. Để hiểu rõ nguyên nhân của những khoảng trống này, việc đi sâu phân tích các rào cản cũng như thực trạng các nguồn lực hỗ trợ từ nhân lực, vật chất đến tài chính và mạng lưới cộng đồng là bước đi kế tiếp tất yếu nhằm nhận diện năng lực thực tế của mạng lưới CSSKTT cộng đồng hiện nay.

3.2.4. Các yếu tố rào cản trong việc tiếp cận hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh

Trong quá trình tiếp cận các hoạt động chăm CSSKTT thì NCT có thể gặp phải nhiều rào cản khác nhau làm ảnh hưởng đến hiệu quả tiếp cận và tham gia hoạt động. Các rào cản này có thể xuất phát từ yếu tố cá nhân như sức khỏe, nhận thức, tâm lý e ngại, hoặc từ các yếu tố môi trường bên ngoài như điều kiện kinh tế, hệ thống dịch vụ, sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng. Do đó, việc phân tích các rào cản chủ quan và khách quan sẽ giúp làm rõ những yếu tố đang hạn chế hiệu quả các hoạt động CSSKTT dành cho NCT.

Về yếu tố chủ quan, kết quả khảo sát cho thấy mức độ ảnh hưởng chung của các yếu tố chủ quan đối với hiệu quả tham gia các hoạt động CSSKTT đạt ĐTBC = 2,84 (ĐLC = 1,13), phản ánh mức độ khó khăn ở mức trung bình. Các yếu tố ảnh hưởng chủ yếu liên quan đến hạn chế sức khỏe thể chất, động lực cá nhân và mức độ nhận thức về CSSKTT.

Bảng 3.14. *Yếu tố chủ quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động CSSKTT của người cao tuổi tại TP. HCM*

TT	Yếu tố chủ quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Hoàn toàn không khó khăn, 2=Ít khó khăn, 3=Trung bình,4=Khó khăn nhiều, 5= Rất nhiều khó khăn)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Sức khỏe yếu, không đủ khả năng tham gia	17,4	29,0	26,9	20,0	6,7	2.70	1.167
2	Di chuyển khó khăn, không tiện đi lại.	16,9	36,0	25,0	15,5	6,7	2.59	1.137
3	Giảm khả năng nghe nhìn, khó tiếp thu TT	10,7	44,8	28,3	14,8	1,4	2.51	0.920
4	E ngại, xấu hổ khi chia sẻ về tâm lý bản thân.	17,1	45,5	20,2	12,1	4,8	2.41	1.059
5	Thiếu động lực, không hứng thú tham gia	14,0	22,4	22,9	28,8	11,9	3.02	1.246
6	Chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc CSSKTT.	12,9	20,7	29,0	21,9	16,0	3.08	1.248
7	Chưa hiểu biết về các hoạt động CSSKTT cộng đồng.	9,8	25,0	29,8	17,6	17,9	3.09	1.236
8	Ngại thay đổi thói quen sinh hoạt	8,8	18,6	35,7	26,2	10,7	3.11	1.104

9	Không biết tìm kiếm thông tin về các hoạt động ở đâu.	7,4	22,4	31,0	28,1	11,2	3.13	1.110
10	Không tin vào hiệu quả của các phương pháp CSSKTT hiện đại.	12,9	26,4	39,0	15,5	6,2	2.76	1.060
ĐTBC							**2,84**	**1,13**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Dữ liệu cho thấy rào cản lớn nhất không nằm ở tâm lý e ngại mà nằm ở sự thiếu hụt thông tin và nhận thức tại tầng hệ thống vi mô. Chỉ báo "không biết tìm kiếm thông tin" (3,13) và "chưa hiểu biết về các hoạt động cộng đồng" (3,09) phản ánh một khoảng trống trong truyền thông.

Bên cạnh đó, tình trạng sức khỏe thể chất (2,70) và khó khăn di chuyển (2,59) cũng là những rào cản nội tại đáng kể. Một NCT tại Hóc Môn chia sẻ: *"tôi rất muốn tham gia các hoạt động của Hội Người cao tuổi để giao lưu và giải trí, tuy nhiên do thường xuyên bị đau khớp nên việc đi lại gặp nhiều khó khăn, vì vậy không thể tham gia một cách thường xuyên"*. (Trích PVS. HM_NCT01.2). Thực tế này phù hợp với nhận định của Scott và cộng sự (2023) về việc suy giảm thể lực là rào cản phổ biến đối với sự tham gia của NCT.

Ngoài yếu tố chủ quan, các rào cản khách quan cũng ghi nhận mức ảnh hưởng trung bình đạt 2,66. Dù thấp hơn rào cản chủ quan, nhưng nhóm này lại chứa đựng những khó khăn về hạ tầng và nhân sự chuyên trách.

Bảng 3.15. *Yếu tố khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động CSSKTT của người cao tuổi*

TT	Yếu tố khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả các hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Hoàn toàn không khó khăn, 2=Ít khó khăn, 3=Trung bình,4=Khó khăn nhiều, 5= Rất nhiều khó khăn)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Chi phí tham gia các hoạt động CSSKTT cao.	16,2	20,5	40,0	16,9	6,4	2.77	1.108
2	Không có phương tiện để đến nơi tổ chức hoạt động	13,8	16,0	33,8	33,6	2,9	2.96	1.078
3	Thiếu không gian tổ chức các hoạt động CSSKTT.	20,0	24,5	26,9	25,7	2,9	2.67	1.145
4	Môi trường sống không thuận lợi (ô nhiễm, thiếu an toàn).	35,7	31,0	22,1	10,7	0,5	2.09	1.022

5	Thiếu các chương trình, hoạt động CSSKTT phù hợp với NCT.	9,8	22,1	45,7	18,6	3,8	2.85	0.963
6	Thiếu bác sĩ, chuyên gia tâm lý có kinh nghiệm về CSSKTT cho NCT	10,2	10,0	38,6	30,0	11,2	3.22	1.101
7	Thiếu sự quan tâm, hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng.	21,2	35,5	28,1	11,4	3,8	2.41	1.061
8	Sợ bị kỳ thị, phân biệt do có vấn đề về SKTT.	26,0	29,5	34,8	6,9	2,9	2.31	1.023
ĐTBC							**2,66**	**1,06**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Đáng chú ý nhất là tình trạng thiếu hụt nhân lực chuyên môn ghi nhận mức điểm cao nhất toàn bảng (3,22). Điều này chỉ ra rằng hệ thống y tế và CTXH tại cơ sở chưa đủ năng lực cung ứng các dịch vụ chuyên sâu cho NCT. Ngoài ra, khoảng cách địa lý và phương tiện di chuyển (2,96) tiếp tục được nhắc đến như một trở ngại lớn. Một NCT tại Quận 12 cũ cho biết: *"mặc dù địa phương có tổ chức các buổi sinh hoạt dành cho NCT, nhưng khoảng cách từ nhà đến nơi tổ chức khá xa. Đi bộ thì mệt, trong khi di chuyển bằng phương tiện khác lại bất tiện, nên nhiều khi cũng đành bỏ qua các hoạt động này"*. (Trích PVS Q12_NCT01.2).

Hệ thống rào cản hiện nay đang tạo ra một vòng lặp thụ động đối với NCT, đó là sức khỏe yếu kết hợp với thiếu thông tin (chủ quan) và sự thiếu hụt chuyên gia cùng hạ tầng xa cách (khách quan) đã làm giảm đáng kể khả năng tiếp cận hoạt động CSSKTT của NCT. Để phá vỡ các rào cản này, cần có sự can thiệp đồng bộ từ việc đổi mới phương thức truyền thông tại hệ thống vi mô đến việc đầu tư nhân lực chuyên trách và hạ tầng giao thông tiếp cận tại hệ thống ngoại vi.

3.3. Thực trạng các nguồn lực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh

3.3.1. Các nguồn lực chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Bên cạnh các hoạt động thực tiễn, hệ thống nguồn lực đóng vai trò là nền tảng vật chất và kỹ thuật quyết định khả năng vận hành cũng như tính bền vững của công tác CSSKTT cho NCT. Dưới lăng kính thuyết Mạng lưới xã hội, các nguồn lực này không tồn tại biệt lập mà kết nối chặt chẽ với nhau, tạo thành một hệ thống hỗ trợ từ

vi mô đến vĩ mô. Việc nhận diện thực trạng tiếp cận các nguồn lực này từ góc nhìn của chính NCT sẽ giúp làm rõ những thuận lợi và rào cản thực tế tại địa bàn khảo sát.

3.3.1.1. Nguồn lực nhân lực

Nguồn lực nhân lực được xem là yếu tố cốt lõi trong mạng lưới an sinh của NCT, bao gồm cả nội lực cá nhân, sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và các nhân tố hỗ trợ từ cộng đồng. Khả năng tiếp cận nguồn nhân lực này phản ánh mức độ gắn kết và sự sẵn có của các mắt xích trong mạng lưới xã hội xung quanh NCT.

Bảng 3.16. *Đánh giá của NCT về khả năng tiếp cận các nhóm nguồn nhân lực hỗ trợ (N=420)*

TT	Nguồn nhân lực liên quan đến hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Ko thể tiếp cận, 2=Tiếp cận rất khó khăn, 3=Trung bình,4=Tiếp cận dễ dàng, 5=Tiếp cận rất dễ dàng)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Khả năng tự chăm sóc của NCT	0,0	5,2	41,4	31,7	21,7	3,70	0,867
2	Gia đình và người thân	1,2	4,8	40,7	35,5	17,6	3,64	.867
3	Nhóm bạn bè và cộng đồng NCT	2,9	13,6	61,0	18,6	4,0	3,07	.770
4	Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội (Hội NCT, tổ dân phố, trung tâm văn hóa...)	4,8	24,0	50,0	19,5	1,7	2,89	.826
ĐTBC							**3,33**	**0,83**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả bảng số liệu cho thấy, đối với nhóm khách thể nghiên cứu, trong cấu trúc mạng lưới hỗ trợ, hệ thống vi mô đóng vai trò trụ cột. NCT đánh giá cao nhất khả năng tự chăm sóc của bản thân với ĐTB đạt 3,70. Điều này phản ánh xu hướng NCT chủ động điều chỉnh trạng thái tinh thần để thích nghi với quá trình lão hóa. Tại khu vực nội thành, một NCT chia sẻ: *"Sáng nào tôi cũng tập dưỡng sinh với mấy bác trong công viên, rồi về nhà đọc sách, viết vài dòng nhật ký. Tự mình giữ tinh thần lạc quan là quan trọng lắm"* (Trích PVS. Q5_NCT01.3). Tuy nhiên, ở các khu vực ngoại thành, do điều kiện tiếp cận thông tin hạn chế, NCT thường rơi vào trạng thái bị động và ít biết cách tự điều chỉnh tâm lý hơn.

Gia đình và người thân là mắt xích quan trọng thứ hai với mức độ tiếp cận đạt 3,64. Một cụ ông 68 tuổi chia sẻ*: "Tôi biết con cháu bận rộn, nhưng khi buồn phiền tôi vẫn có vợ con ở bên động viên. Ít ra trong nhà còn người thủ thỉ nói chuyện, cũng*

đỡ trống trải" (Trích PVS. Q12_NCT03.5). Điều này cho thấy rằng, gia đình vẫn là yếu tố quan trọng nhất trong mạng lưới an sinh của NCT. Dưới góc độ sinh thái, sự hiện diện của người thân tại hệ vi mô không chỉ cung cấp sự hỗ trợ vật lý mà còn là nguồn động viên tinh thần trực tiếp, giúp NCT xoa dịu cảm giác trống trải trong quá trình thích nghi với tuổi già.

Ngược lại với sự gần gũi của gia đình, mức độ tiếp cận mạng lưới bạn bè và chính quyền đạt ĐTB thấp hơn, lần lượt là 3,07 và 2,89. Lý thuyết Mạng lưới xã hội chỉ ra rằng khi các mối quan hệ lỏng lẻo, khả năng huy động nguồn lực hỗ trợ chuyên sâu sẽ bị hạn chế. NCT thừa nhận dù có giao lưu đồng đẳng nhưng khó chia sẻ sâu sắc: *"Ở xóm tôi, mấy bà bạn hay ghé chơi, rủ nhau đi chùa hay uống cốc trà chiều, vậy cũng vui. Nhưng khi thật sự buồn thì tôi cũng ít chia sẻ sâu với ai"* (Trích PVS. Q12_NCT01.3).

Khoảng trống lớn nhất nằm ở nguồn nhân lực chuyên trách từ phía Chính quyền và các đoàn thể. Một lãnh đạo phòng Lao động - TB & XH cũ lý giải: *"Hoạt động chăm sóc NCT của quận chủ yếu tập trung vào trợ cấp, khám sức khỏe định kỳ. Còn về tâm lý, tinh thần thì chúng tôi chưa có cán bộ chuyên trách, chủ yếu nhờ hội đoàn và gia đình các cụ. Ngân sách và nhân sự đều thiếu để làm mảng này"* (Trích PVS. Q5_LĐ01). Tình trạng này dẫn đến việc các đoàn thể dù nhiệt tình nhưng lại thiếu năng lực chuyên môn về SKTT: *"Thú thật, Hội cũng mới chỉ tổ chức được các buổi sinh hoạt văn nghệ, thể dục cho vui khỏe chung, chứ chưa có chương trình nào riêng về tư vấn tâm lý cho các cụ. Nhân lực đâu mà làm, tụi tôi cũng chỉ là kiêm nhiệm"* (Trích PVS. Q12_CBHNCT01.1).

Như vậy, kết quả khảo sát cho thấy, thực trạng tiếp cận nguồn lực nhân lực hiện nay cho thấy một mạng lưới hỗ trợ đang tồn tại sự thiếu cân đối giữa các hệ thống. Trọng tâm CSSKTT hiện vẫn đang dồn trọng trách về phía cá nhân và gia đình NCT, vốn là những nhóm hỗ trợ không chuyên. Trong khi đó, hệ thống hỗ trợ chính quy từ cộng đồng và chính quyền dù có sự hiện diện về mặt tổ chức nhưng lại thiếu vắng đội ngũ nhân lực chuyên môn được đào tạo bài bản về SKTT. Sự thiếu hụt nhân sự chuyên trách này chính là rào cản lớn trong việc chuyển đổi từ các mô hình chăm sóc tự phát hiện nay sang các dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp theo định hướng CTXH.

3.3.1.2. Nguồn lực vật chất

Trong mạng lưới xã hội của NCT, nguồn lực vật chất đóng vai trò là nền tảng giúp duy trì các tương tác và hoạt động CSSKTT. Khả năng tiếp cận các phương tiện hỗ trợ, không gian sinh hoạt và công nghệ quyết định mức độ hiện thực hóa các nhu cầu tinh thần của NCT tại cộng đồng.

Bảng 3.17. *Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực vật chất hỗ trợ CSSKTT (N=420)*

TT	Nguồn lực vật chất liên quan đến hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Ko thể tiếp cận, 2=Tiếp cận rất khó khăn, 3=Trung bình,4=Tiếp cận dễ dàng, 5=Tiếp cận rất dễ dàng)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Cơ sở hạ tầng phục vụ sinh hoạt cộng đồng (câu lạc bộ NCT, nhà văn hóa, công viên...)	2,9	21,4	30,2	37,1	8,3	3,27	0,982
2	Trang thiết bị hỗ trợ (xe lăn, gậy chống, thiết bị trợ thính, dụng cụ đo huyết áp, dụng cụ kiểm tra SK định kỳ và các bộ câu hỏi sàng lọc SKTT...)	7,4	40,0	46,2	5,7	0,7	2,52	0,745
3	Tài liệu và ấn phẩm truyền thông SKTT (sách, tờ rơi, video hướng dẫn...)	0,0	17,4	35,0	30,5	17,1	2,47	0,971
4	Ứng dụng công nghệ hỗ trợ SKTT (phần mềm, hệ thống tư vấn trực tuyến...)	17,1	42,9	33,8	5,2	1,0	2,30	0,846
ĐTBC							**2,64**	**0,89**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy chỉ số tiếp cận nguồn lực vật chất chung của NCT chỉ ở mức trung bình thấp (ĐTBC = 2,64). Trong đó, cơ sở hạ tầng phục vụ sinh hoạt cộng đồng là nhóm có ĐTB cao nhất (3,27). Tuy nhiên, dưới lăng kính thuyết Mạng lưới xã hội, khả năng tiếp cận các không gian này có sự chênh lệch rõ rệt theo địa bàn khảo sát. Các khu vực nội thành lâu đời thường có sẵn các thiết chế văn hóa hỗ trợ sự kết nối đồng đẳng, trong khi vùng ven và ngoại thành vẫn còn nhiều thiếu hụt. Một cụ bà 65 tuổi sống ở Phường Chợ Lớn, An Đông chia sẻ: *"Phường tôi có nhà văn hóa với CLB dưỡng sinh, tuần nào tôi cũng đến tập rồi nghe nói chuyện sức khỏe,*

thấy tinh thần phấn chấn lắm. Nhưng bạn tôi bên Quận 12 thì bảo khu bả không có chỗ nào để người già tụ họp cả" (Trích PVS. Q5_NCT03.1).

Đối với nhóm trang thiết bị hỗ trợ, mức độ tiếp cận đạt rất thấp (2,52). Đa số NCT và gia đình vẫn đang tự xoay xở với các thiết bị y tế cơ bản thay vì các công cụ chuyên dụng cho SKTT. Một người con chăm sóc mẹ mắc sa sút trí tuệ tại Hóc Môn bộc bạch: *"Ở nhà chỉ có cái máy đo huyết áp với thuốc bổ não bác sĩ kê, chứ làm gì có dụng cụ nào khác cho bệnh của mẹ tôi. Tôi cũng muốn có trò gì cho mẹ tập luyện trí nhớ mà đâu biết tìm ở đâu"* (Trích PVS. HM_GĐ01.1). Sự thiếu thốn về dụng cụ trị liệu tâm lý và phục hồi chức năng tâm thần tại cơ sở y tế tuyến xã, phường đã tạo ra rào cản lớn trong việc phát hiện và can thiệp sớm các vấn đề tâm thần ở NCT.

Đáng chú ý, việc tiếp cận các ứng dụng công nghệ và tài liệu truyền thông chuyên sâu về SKTT là điểm yếu nhất trong hệ thống nguồn lực (lần lượt đạt 2,30 và 2,47). Khoảng trống về nội dung số dành riêng cho NCT hiện nay rất lớn, khiến họ khó có thể tự tìm kiếm thông tin hỗ trợ khi cần thiết. Một cụ ông 67 tuổi, vốn là giáo viên về hưu, nhận xét: *"Tôi cũng biết internet, thử tìm kiếm thông tin về trầm cảm tuổi già thì thấy toàn bài báo dài khó hiểu, chứ không có trang nào của nhà nước hay hội đoàn làm riêng cho người già. Ứng dụng trên điện thoại thì càng không, con tôi chỉ tôi cách dùng Facebook để nói chuyện cho vui thôi"* (Trích PVS. Q12_NCT02.3).

Thực trạng tiếp cận nguồn lực vật chất hiện nay cho thấy NCT đang đối mặt với sự thiếu hụt phương tiện hỗ trợ chuyên biệt và sự phân hóa về hạ tầng giữa các khu vực. Trong khi không gian sinh hoạt cộng đồng mới chỉ đáp ứng ở mức vừa đủ dùng, thì các công cụ sàng lọc và ứng dụng công nghệ hỗ trợ tâm lý vẫn gần như thiếu vắng trong mạng lưới an sinh của NCT. Điều này đòi hỏi sự đầu tư đồng bộ về cơ sở vật chất và nội dung số phù hợp với đặc thù lứa tuổi nhằm nâng cao hiệu quả công tác CSSKTT tại TP. HCM.

3.3.1.3. Nguồn lực tài chính

Trong cấu trúc mạng lưới hỗ trợ SKTT, nguồn lực tài chính đóng vai trò là điều kiện tiên quyết để duy trì các dịch vụ chăm sóc và nâng cao chất lượng đời sống tinh thần cho NCT. Khả năng tiếp cận các nguồn tài chính từ gia đình, ngân sách nhà nước và các quỹ xã hội phản ánh mức độ bao phủ của hệ thống an sinh đối với nhu cầu đặc

thù này.

Bảng 3.18. *Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực tài chính hỗ trợ CSSKTT (N=420)*

TT	Nguồn lực tài chính liên quan đến hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Ko thể tiếp cận, 2=Tiếp cận rất khó khăn, 3=Trung bình,4=Tiếp cận dễ dàng, 5=Tiếp cận rất dễ dàng)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Cá nhân và gia đình	2,1	8,3	47,4	27,1	15,0	3,45	0,919
2	Ngân sách chính quyền địa phương	7,9	28,8	51,0	12,4	0,0	2,68	0,790
3	Chương trình BHYT, BHXH hoặc trợ cấp xã hội	1,2	20,5	58,6	16,2	3,6	3,00	0,747
4	Các chương trình viện trợ, quỹ hỗ trợ, từ thiện của tổ chức phi chính phủ hoặc cộng đồng	8,8	38,3	46,7	6,2	0,0	2,50	0,743
ĐTBC							**2,91**	**0,80**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ tiếp cận nguồn lực tài chính chung của NCT đạt ĐTB là 2,91. Tương tự như nguồn lực nhân lực, tài chính từ cá nhân và gia đình vẫn là nguồn lực dễ tiếp cận nhất với ĐTB đạt 3,45. Điều này phản ánh thực tế rằng đa phần chi phí CSSKTT hiện nay do gia đình tự lo liệu, từ thuốc men, khám chữa bệnh đến các hoạt động giải trí tinh thần. Như một cán bộ Hội NCT nhận xét: *"Những cụ nào con cháu khá giả thì thấy cuộc sống tuổi già vui tươi hơn hẳn, vì được chu cấp đầy đủ, thỉnh thoảng còn được cho đi du lịch nghỉ mát. Còn nhiều cụ nghèo, tiền ăn thuốc còn thiếu thì nói chi tinh thần"* (PVS. Q12_CBHNCT02.1). Rõ ràng, điều kiện kinh tế gia đình quyết định trực tiếp chất lượng SKTT của NCT, trong khi hệ thống an sinh chưa chia sẻ hoàn toàn gánh nặng này.

Nguồn lực từ BHYT, BHXH và trợ cấp xã hội được đánh giá ở mức trung bình (3,00). Mặc dù đa số NCT có thẻ BHYT giúp giảm đáng kể gánh nặng chi phí y tế tổng quát, nhưng thực tế thẻ BHYT hiện không chi trả cho các dịch vụ tham vấn tâm lý hay trị liệu tâm thần chuyên sâu, còn mức trợ cấp xã hội hiện nay vẫn còn thấp, chỉ mang tính hỗ trợ sinh hoạt cơ bản. Do đó, nguồn lực này mới chỉ đáp ứng một phần nhỏ trong cấu trúc nhu cầu SKTT của NCT.

Ngược lại, ngân sách chính quyền địa phương bị đánh giá thấp về mức độ tiếp cận (2,68). Khoản chi tại cơ sở chủ yếu tập trung vào các định mức trợ cấp và hoạt

động phong trào chung, chưa có mục chi riêng biệt cho mảng tâm lý tâm thần. Một lãnh đạo phường thừa nhận: "*Ngân sách chủ yếu để trợ cấp và BHYT, chưa có mục nào chi cho SKTT. Muốn tổ chức thì lồng ghép hoặc trông chờ dự án bên ngoài"* (PVS. Q12_LĐ01.2). Điều này lý giải vì sao người thụ hưởng không trông đợi nhiều vào nguồn lực chính quy này khi gặp các vấn đề về tâm thần.

Cuối cùng, các chương trình viện trợ, quỹ NGO và hoạt động từ thiện là nguồn lực khó tiếp cận nhất (2,50). Các hỗ trợ này thường mang tính chất nhỏ lẻ, ngắn hạn và chưa có tính bền vững trong mạng lưới an sinh. Một tình nguyện viên chia sẻ*: "Nhóm em thỉnh thoảng đến viện dưỡng lão tổ chức văn nghệ, tặng quà. Nhưng cũng nhỏ lắm, tụi em đâu giúp gì dài hạn được"* (Trích PVS HM_TNV01.1).

Thực trạng tiếp cận nguồn lực tài chính cho thấy một sự phụ thuộc lớn vào hệ thống vi mô từ phía gia đình. Sự thiếu vắng các danh mục chi trả cho SKTT trong BHYT và sự hạn hẹp của ngân sách địa phương dành cho mảng tâm lý đang tạo ra rào cản tài chính đối với những NCT có hoàn cảnh khó khăn. Điều này đòi hỏi các chính sách an sinh cần mở rộng phạm vi hỗ trợ tài chính hướng tới các dịch vụ chăm sóc tinh thần chuyên nghiệp để giảm bớt áp lực kinh tế cho hộ gia đình.

3.3.1.4. Nguồn lực cộng đồng

Trong lý thuyết mạng lưới xã hội, nguồn lực cộng đồng đóng vai trò là hệ thống hỗ trợ trung gian, kết nối giữa cá nhân với các thiết chế xã hội rộng lớn hơn. Nguồn lực này bao gồm các nhóm tự lực, mạng lưới gia đình bạn bè mở rộng, các tổ chức phi chính phủ (NGO) và các chương trình an sinh từ chính quyền hoặc tổ chức thiện nguyện. Đây là những kênh hỗ trợ mang tính xã hội, có khả năng tác động đồng thời và tạo ra môi trường tương tác tích cực cho NCT.

Bảng 3.19. *Đánh giá của NCT về mức độ tiếp cận các nguồn lực cộng đồng hỗ trợ CSSKTT (N = 420)*

TT	Nguồn lực cộng đồng liên quan đến hoạt động CSSKTT	Phương án trả lời (%) *(1=Ko thể tiếp cận, 2=Tiếp cận rất khó khăn, 3=Trung bình,4=Tiếp cận dễ dàng, 5=Tiếp cận rất dễ dàng)*					ĐTB	ĐLC
		1	2	3	4	5		
1	Các nhóm tự lực/tự giúp đỡ về SKTT/CLB NCT	10,5	16,7	46,7	22,4	3,8	2,92	0,979
2	Mạng lưới gia đình, bạn bè	0,2	5,0	66,9	18,6	9,3	3,32	0,719
3	Các tổ chức phi chính phủ hỗ trợ NCT	12,1	30,5	51,7	5,7	0,0	2,51	0,780

4	Các chương trình, hoạt động về SKTT của chính quyền hoặc tổ chức thiện nguyện (ví dụ: ngày hội SKTT, các buổi tư vấn, nói chuyện chuyên đề...)	12,4	31,4	47,1	6,9	2,1	2,55	0,874
ĐTBC							**2,83**	**0,84**

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy ĐTB về mức độ tiếp cận nguồn lực cộng đồng của NCT còn thấp (ĐTBC = 2,83). Trong cấu trúc mạng lưới này, mạng lưới gia đình và bạn bè nổi bật nhất với ĐTB tiếp cận đạt 3,32, đóng vai trò là chỗ dựa tinh thần quan trọng nhất trong cộng đồng. NCT thường nhận được sự gắn kết thông qua các hoạt động tương trợ phi chính thức như thăm hỏi, tập thể dục hay cùng tham gia các hoạt động tín ngưỡng. Một cụ bà 67 tuổi chia sẻ: *"Hàng xóm xung quanh đây vui lắm, chiều chiều mấy chị em rủ nhau đi lễ chùa, tối thì qua nhà nhau uống trà. Tôi thấy đỡ trầm cảm hẳn từ ngày chuyển về đây có bạn bè"* (Trích PVS. HM_NCT03.3). Điều này cho thấy sự hỗ trợ phi chính thức vẫn đang nỗ lực lấp đầy những khoảng trống mà các nguồn lực chính quy chưa thể đảm nhận.

Ngược lại, các nhóm tự lực và câu lạc bộ (CLB) NCT chưa phát huy được hiệu quả tiếp cận như mong đợi (ĐTB = 2,92). Nhiều mô hình CLB tại địa phương hiện nay vẫn có quy mô nhỏ, hình thức sinh hoạt còn đơn điệu, dẫn đến việc khó thu hút và duy trì sự tham gia của hội viên. Một cụ ông 74 tuổi ở Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây cho biết: *"Phường cũng mời tôi tham gia CLB liên thế hệ, nhưng xa quá tôi đi không nổi. Với lại nghe nói chủ yếu sinh hoạt văn nghệ, tôi không hứng thú lắm"* (Trích PVS. Q12_NCT02.4).

Đối với các chương trình SKTT của chính quyền, tổ chức thiện nguyện và các tổ chức phi chính phủ, mức độ tiếp cận bị đánh giá ở mức thấp nhất (lần lượt là 2,55 và 2,51). Các dự án hỗ trợ từ NGO thường có phạm vi hẹp, thời gian thí điểm ngắn khiến đa số NCT chưa từng được hưởng lợi trực tiếp. Tương tự, các chương trình của chính quyền dù có triển khai nhưng lại thiếu tính bền vững và sự theo dõi dài hạn. Một cụ bà 72 tuổi tại Phường Chợ Lớn, An Đông kể lại: *"Tôi từng dự một buổi nói chuyện về cách phòng tránh trầm cảm ở người già do bệnh viện tổ chức. Nghe thì*

cũng hay, nhưng xong rồi về nhà đâu lại vào đấy, chả có ai theo dõi hay hỗ trợ thêm" (Trích PVS. Q5_NCT03.2).

Thực trạng tiếp cận nguồn lực cộng đồng hiện nay phản ánh một mạng lưới hỗ trợ còn lỏng lẻo và thiếu tính kết nối chuyên sâu. Trong khi mạng lưới bạn bè, hàng xóm phát huy tốt vai trò xoa dịu tâm lý tức thời, thì các nguồn lực mang tính thiết chế như CLB chuyên biệt hay các dự án phi chính phủ vẫn chưa tạo được sức lan tỏa rộng khắp. Điều này đòi hỏi sự chuyển dịch từ các hình thức sinh hoạt cộng đồng thuần túy sang các mô hình nhóm tự giúp đỡ có sự dẫn dắt chuyên môn của NVCTXH để tối ưu hóa nguồn lực sẵn có tại địa phương.

3.3.2. Đánh giá của khách thể về hiệu quả nguồn lực hỗ trợ trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Sau khi xem xét mức độ tiếp cận, việc đánh giá tính hiệu quả của các nguồn lực từ góc nhìn của người thụ hưởng là cơ sở quan trọng để nhận diện chất lượng thực tế của mạng lưới hỗ trợ SKTT.

Bảng 3.20. *Kết quả đánh giá T-test về tính hiệu quả nguồn lực theo giới tính (N = 420)*

Nguồn lực hỗ trợ trong CSSKTT	Giới tính	N	Mean	SD	Kiểm định *t*	Std. Error Mean	*p*
HQNL Nhân lực	Nam	189	3,28	0,57	1, 091	0,04	$0,093^{ns}$
	Nữ	231	3,22	0,57		0,04	
HQNL Vật chất	Nam	189	2,47	0,64	0,209	0,05	$0,104^{ns}$
	Nữ	231	2,46	0,76		0,05	
HQNL Tài chính	Nam	189	2,89	0,66	0,877	0,05	$0,392^{ns}$
	Nữ	231	2,84	0,65		0,04	
HQNL Cộng đồng	Nam	189	2,55	0,72	0,276	0,05	$0,441^{ns}$
	Nữ	231	2,52	0,77		0,05	

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Đánh giá chung về tính hiệu quả của các nguồn lực, kết quả khảo sát cho thấy một sự chênh lệch đáng kể về mức độ hài lòng giữa các loại hình nguồn lực khác nhau. Trong mạng lưới an sinh của NCT, hiệu quả nguồn lực nhân lực được đánh giá cao nhất (nam: 3,28; nữ: 3,22). Điều này minh chứng cho vai trò không thể thay thế của sự hỗ trợ trực tiếp từ con người, đặc biệt là gia đình. Tuy nhiên, các nguồn lực

mang tính hạ tầng và kỹ thuật lại ghi nhận mức hiệu quả thấp, đặc biệt là hiệu quả nguồn lực vật chất (nam: 2,47; nữ: 2,46).

Sự chênh lệch này cho thấy mặc dù NCT có thể tiếp cận được người thân để chia sẻ, nhưng họ lại thiếu thốn các công cụ hỗ trợ chuyên sâu. Như chia sẻ phía trên của một cán bộ Hội NCT: *"Thú thật, Hội cũng mới chỉ tổ chức được các buổi sinh hoạt văn nghệ, thể dục cho vui khỏe chung, chứ chưa có chương trình nào riêng về tư vấn tâm lý cho các cụ. Nhân lực đâu mà làm, tụi tôi cũng chỉ là kiêm nhiệm".* (Trích PVS. Q12_CBHNCT01.1).

Kết quả kiểm định T-test ở Bảng 3.20 cho thấy giá trị p > 0,05 ở tất cả các nhóm nguồn lực, phản ánh sự tương đồng về cảm nhận hiệu quả nguồn lực giữa nam giới và nữ giới trong mẫu khảo sát. Điều này gợi mở rằng những hạn chế về hạ tầng vật chất hay sự thiếu hụt chuyên gia là thực trạng chung tác động đến cả hai giới tại địa bàn nghiên cứu.

Để làm rõ hơn tính đa diện của thực trạng, nghiên cứu tiến hành tổng hợp sự phân hóa về cảm nhận hiệu quả nguồn lực dựa trên các đặc điểm nhân khẩu học (Phụ lục A.6).

Bảng 3.21. *Tổng hợp các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến đánh giá tính hiệu quả nguồn lực của NCT (N=420)*

Biến	Sig.	Nguồn lực có sự phân hóa hiệu quả
Giới tính	$p > 0,05$ (ns)	Không có sự phân hóa có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nguồn lực
Địa bàn	$p < 0,001$***	Có sự phân hóa hiệu quả rõ rệt ở tất cả 4 nhóm nguồn lực (nhân lực, vật chất, tài chính, cộng đồng)
Độ tuổi	$p = 0,002$**	Có sự phân hóa có ý nghĩa thống kê đối với Hiệu quả nguồn lực cộng đồng
Học vấn	$p < 0,05$*	Có sự phân hóa có ý nghĩa thống kê đối với nguồn lực vật chất, tài chính, cộng đồng
Tình trạng sống	$p < 0,05$*	Có sự phân hóa có ý nghĩa thống kê đối với nguồn lực tài chính, cộng đồng

*Ghi chú: * $p < 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$; ns: không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); Kiểm định so sánh sự khác biệt được thực hiện bằng phép kiểm định Independent Samples T-test (đối với Giới tính) và One-way ANOVA (đối với Địa bàn, Nhóm tuổi, Trình độ học vấn, Tình trạng sống).*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Xét theo địa bàn cư trú ($p < 0,001$), đây là yếu tố tạo ra sự khác biệt lớn nhất đối với tất cả các loại nguồn lực chăm sóc. Kết quả khảo sát cho thấy NCT tại Phường Đông Hưng Thuận và Trung Mỹ Tây đánh giá về hiệu quả nhân lực và cộng đồng cao hơn hẳn so với Xã Hóc Môn. Tại các khu vực nội thành như Phường Chợ Lớn, An Đông, mối liên kết giữa các thế hệ dường như đạt chất lượng hơn: *"Tôi sống riêng với con trai, cháu nó bận nhưng vẫn cố gắng đưa tôi đi khám định kỳ, mỗi tối ngồi nói chuyện vài câu là tôi thấy đỡ lắm"* (Trích PVS. Q5_NCT02.4). Đồng thời, năng lực cung ứng dịch vụ tại đây cũng thể hiện sự năng động nhờ tận dụng tốt nguồn lực sẵn có: *"Phường tôi Hội NCT sinh hoạt mỗi tháng, lâu lâu có mời bác sĩ đến nói chuyện SKTT. Nhờ vậy các cụ cũng biết cách tự nhận diện khi tâm trạng không ổn"* (Trích PVS. Q5_CBHNCT01.2).

Ngược lại, tại các vùng ven như Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây hay Xã Hóc Môn, áp lực mưu sinh của đô thị hóa đã trực tiếp làm rạn nứt chất lượng tương tác dù vẫn duy trì mô hình sống đa thế hệ: *"Nhà đông người thật nhưng ai cũng bận mưu sinh, tối đến ai vào phòng nấy, tôi thấy mình vẫn cô đơn"* (Trích PVS. HM_NCT02.2). Thách thức lớn nhất tại khu vực ngoại thành hiện nay chính là sự thiếu hụt nhân sự chuyên trách và kinh phí vận hành các hoạt động chuyên biệt. Một cán bộ Hội tại Hóc Môn đã chia sẻ về thực trạng khó khăn này: *"Ở đây các cụ chủ yếu cần hỗ trợ thẻ BHYT để đi khám bệnh thể chất, còn bảo là tư vấn tâm lý hay có phòng hỗ trợ tinh thần thì thực sự chúng tôi lực bất tòng tâm vì không có kinh phí riêng cho mảng này"* (Trích PVS. HM_CBHNCT01.3); đồng thời nhấn mạnh thêm: *"Chúng tôi rất muốn tổ chức buổi tư vấn tâm lý cho người già, nhưng không có người chuyên môn, mà cũng không có kinh phí"* (Trích PVS. HM_CBHNCT01.3).

Trình độ học vấn ảnh hưởng đáng kể đến đánh giá hiệu quả nguồn lực cộng đồng ($p = 0,005$) và vật chất ($p = 0,022$). Những NCT có học vấn cao thường có xu hướng kỳ vọng lớn hơn vào tính chuyên nghiệp của dịch vụ. Một cụ ông nguyên là cán bộ hưu trí tại Phường Chợ Lớn, An Đông chia sẻ: *"Phường có nhà văn hóa nhưng các buổi sinh hoạt còn nặng tính hình thức, tôi muốn những buổi trao đổi sâu về tâm lý tuổi già với chuyên gia thực thụ chứ không phải chỉ là đến ngồi nghe mấy bài nói chuyện chung chung"* (Trích PVS. Q5_NCT03.1).

Nhóm NCT sống độc thân bộc lộ sự không hài lòng rõ rệt về hiệu quả nguồn lực tài chính và cộng đồng ($p < 0,05$). Một cụ bà sống một mình tại Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây bộc bạch: *"Tôi sống một mình, con cái ở xa, khi thấy buồn tủi hay lo âu cũng chẳng biết tìm đến ai ở phường để nhờ tư vấn. Các buổi họp hội thì vui đó nhưng xong rồi ai về nhà nấy"* (Trích PVS.Q12_NCT02.4).

Ma trận tương quan Pearson khẳng định một mối liên hệ thuận chiều, chặt chẽ ($p < 0,01$) giữa khả năng tiếp cận và tính hiệu quả của các nguồn lực (Phụ lục A.7)

Bảng 3.22. *Mối tương quan giữa mức độ tiếp cận và tính hiệu quả của các nguồn lực*

Tương quan giữa Tiếp cận và Hiệu quả	Hệ số tương quan (r)	Ý nghĩa thống kê (p)
Tiếp cận Nhân lực – Hiệu quả nguồn lực Nhân lực	*0,530*	< 0,001
Tiếp cận Vật chất - Hiệu quả nguồn lực Vật chất	*0,627*	< 0,001
Tiếp cận Tài chính - Hiệu quả nguồn lực Tài chính	*0,364*	< 0,001
Tiếp cận Cộng đồng - Hiệu quả nguồn lực Cộng đồng	*0,425*	< 0,001

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Hệ số tương quan cho thấy việc cải thiện khả năng tiếp cận vật chất ($r = 0,627$) và nhân lực ($r = 0,530$) sẽ mang lại sự gia tăng mạnh mẽ nhất về mức độ hài lòng và hiệu quả chăm sóc cho NCT. Điều này lý giải tại sao tại các khu vực nội thành năng động như Phường Chợ Lớn, An Đông, khi các cụ được tiếp cận thông tin và bác sĩ chuyên môn, hiệu quả SKTT được cải thiện rõ rệt: *"Phường tôi Hội NCT sinh hoạt mỗi tháng, lâu lâu có mời bác sĩ đến nói chuyện SKTT. Nhờ vậy các cụ cũng biết cách tự nhận diện khi tâm trạng không ổn"* (Trích PVS.Q5_CBHNCT01.2).

Đánh giá về tính hiệu quả đã phản ánh một thực trạng thiếu hụt chuyên sâu trong mạng lưới hỗ trợ. Trong khi nguồn lực nhân lực phi chính thức đạt hiệu quả ổn định, các nguồn lực chính thức như vật chất, công nghệ, ngân sách chuyên biệt vẫn còn mờ nhạt. Khoảng cách về hiệu quả giữa nội thành và ngoại thành đòi hỏi một sự phân bổ nguồn lực công bằng hơn, chú trọng vào việc đào tạo nhân lực chuyên trách và nâng cấp hạ tầng hỗ trợ SKTT tại các khu vực ven đô và ngoại thành.

3.4. Đánh giá chung về mối liên hệ giữa các yếu tố sinh thái, nguồn lực và hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần

Để có cái nhìn toàn diện và vượt qua các giới hạn của thống kê mô tả, nghiên cứu sử dụng các kỹ thuật phân tích sâu như phân tích phương sai ANOVA và ma trận tương quan Pearson nhằm nhận diện sự khác biệt và mối liên hệ đồng biến giữa các yếu tố sinh thái, năng lực cung ứng nguồn lực và hiệu quả của các hoạt động CSSKTT đối với NCT.

Do khảo sát sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phi xác suất với quy mô mẫu N = 420 NCT tại 03 khu vực đại diện, các phép kiểm định thống kê dưới đây được thực hiện nhằm xác lập bằng chứng thực nghiệm và gợi mở bản chất mối liên hệ trong phạm vi mẫu khảo sát, không hướng tới việc suy rộng thống kê tuyệt đối cho toàn bộ tổng thể NCT trên toàn địa bàn TP.HCM.

Trước hết, nhằm nhận diện sự khác biệt về đánh giá hiệu quả nguồn lực theo các đặc điểm nhân khẩu học, nghiên cứu đã thực hiện kiểm định phân tích phương sai ANOVA. Các kết quả thống kê chi tiết từ phần mềm SPSS đã được tổng hợp lại để nhận diện các yếu tố tạo ra sự phân hóa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. *Tổng hợp kết quả kiểm định ANOVA về sự khác biệt trong đánh giá hiệu quả nguồn lực theo đặc điểm nhân khẩu học (N = 420)*

Các biến hiệu quả nguồn lực	Nhóm tuổi (F/Sig.)	Địa bàn cư trú (F/Sig.)	Trình độ học vấn (F/Sig.)	Tình trạng sống (F/Sig.)
Hiệu quả Nhân lực	1,430/0,241	9,196/<0,001***	1,279/0,277	2,330/0,055
Hiệu quả Vật chất	1,330/0,266	28,536/0,001***	2,900/0,022*	1,734/0,141
Hiệu quả Tài chính	1,804/0,166	6,703/0,001**	2,721/0,029*	2,692/0,031*
Hiệu quả Cộng đồng	6,108/0,002**	30,700/<0,001***	3,829/0,005**	3,484/0,008**

*Ghi chú: * $p < 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$.*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Dữ liệu từ Bảng 3.23 (Phụ lục A6) cho thấy, trong phạm vi mẫu khảo sát, địa bàn cư trú là biến số ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức rất cao ($p < 0,001$) đối với cả bốn nhóm nguồn lực. Điều này phản ánh xu hướng phân hóa về hạ tầng và năng lực an sinh giữa khu vực đô thị trung tâm Phường Chợ Lớn, An Đông so với các khu vực đô thị hóa nhanh ở Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây và ngoại thành Hóc Môn. Bên cạnh đó, trình độ học vấn cũng cho thấy sự phân hóa đáng

kể đối với hiệu quả vật chất (p = 0,022), tài chính (p = 0,029) và cộng đồng (p = 0,005), gợi mở rằng nhóm NCT có học vấn cao hơn trong mẫu nghiên cứu thường có xu hướng đặt ra kỳ vọng khắt khe hơn đối với tính chuyên nghiệp của các thiết chế hỗ trợ. Đặc biệt, biến tình trạng sống bộc lộ sự khác biệt có ý nghĩa đối với nguồn lực tài chính (p = 0,031) và cộng đồng (p = 0,008), cho thấy nhóm NCT sống độc thân hoặc neo đơn trong mẫu khảo sát gặp nhiều hạn chế hơn khi thụ hưởng các mạng lưới an toàn xã hội tại địa phương.

Để phân tích có hệ thống, nghiên cứu thực hiện ma trận tương quan giữa năng lực cung ứng nguồn lực và thực tiễn triển khai 04 nhóm hoạt động CSSKTT cốt lõi. Kết quả ma trận Pearson tiếp tục ghi nhận mối liên hệ đồng biến, có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) trên toàn bộ hệ thống.

Bảng 3.24. *Ma trận tương quan giữa các nhóm hoạt động và nguồn lực hỗ trợ CSSKTT đối với NCT (N=420)*

TT	Hoạt động/Nguồn lực	Nhân lực	Vật chất	Tài chính	Cộng đồng
1	Phát hiện sớm	0,530**	0,481**	0,572**	0,468**
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	0,256**	0,627**	0,307**	0,451**
3	Truyền thông SKTT	0,306**	0,394**	0,364**	0,334**
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	0,396**	0,447**	0,411**	0,425**

*Ghi chú: ** Tương quan có ý nghĩa ở mức 0,01*

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế của đề tài 2025)

Kết quả ma trận Pearson ở Bảng 3.24 ghi nhận mối liên hệ thuận chiều/đồng biến, có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) giữa việc tiếp cận các nhóm nguồn lực với đánh giá hiệu quả các nhóm hoạt động. Trong đó, mối tương quan thuận mạnh nhất được ghi nhận giữa hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản và nguồn lực vật chất (r = 0,627). Dưới góc độ sinh thái, kết quả này gợi mở rằng môi trường vật lý như nhà văn hóa, không gian công viên, thiết bị hỗ trợ có mối liên hệ tích cực với các tương tác tâm lý, khi cơ sở hạ tầng được quan tâm đầu tư, nó tạo tiền đề thuận lợi cho các mối liên kết trung gian giữa gia đình và cộng đồng vận hành hiệu quả hơn.

Bên cạnh đó hoạt động phát hiện sớm có mối tương quan thuận khá chặt chẽ với nguồn lực tài chính (r = 0,572). Kết quả này phản ánh rằng ở tầng vĩ mô (các chính sách an sinh, ngân sách y tế), sự sẵn có của nguồn tài chính hỗ trợ có mối liên hệ đồng biến với việc vận hành các chương trình tầm soát chuyên môn. Sự tương

quan này đặt ra một lưu ý thực tiễn, đó là khi các bộ lọc phát hiện sớm đòi hỏi chi phí kỹ thuật cao, nhóm NCT có thu nhập thấp sẽ đối mặt với nguy cơ gián đoạn dịch vụ nếu không có sự can thiệp từ nguồn lực công.

Tương tự, mối tương quan giữa hỗ trợ tham gia xã hội và nguồn lực cộng đồng (r = 0,425) cho thấy vai trò đồng hành của các tổ chức hội đoàn và nhóm đồng đẳng trong việc duy trì không gian giao tiếp, giúp giảm tải áp lực cho hệ thống y tế công lập.

Đáng chú ý, kết quả khảo sát ghi nhận mối tương quan ở mức trung bình thấp giữa nguồn lực nhân lực với hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản (r = 0,256). Đây là một phát hiện đáng lưu ý trong phạm vi khảo sát thực địa, gợi mở rằng, mặc dù mạng lưới hỗ trợ phi chính thức từ gia đình, láng giềng có sự hiện diện đông đảo và thiện chí giúp đỡ, nhưng do hạn chế về kỹ năng chuyên môn CTXH và tâm lý học, sự hiện diện này chưa thể tự động chuyển hóa thành chất lượng hỗ trợ tâm lý chuyên sâu.

Nhìn một cách tổng thể, dưới lăng kính Thuyết hệ thống sinh thái, các chỉ số thống kê từ ANOVA và ma trận Pearson trong nghiên cứu cắt ngang này cung cấp các bằng chứng thực chứng phản ánh sự liên đới giữa các tầng nguồn lực với hoạt động chăm sóc thực tiễn. Những phát hiện này mang giá trị tham khảo khoa học, làm căn cứ định hướng cho việc đề xuất một mô hình DVCTXH chuyên nghiệp ở chương tiếp theo nhằm kết nối, điều phối đồng bộ các nguồn lực và lấp đầy các khoảng trống chuyên môn đã được nhận diện tại địa bàn nghiên cứu.

Tiểu kết chương 3

Chương 3 đã tiến hành khảo sát và phân tích thực trạng các hoạt động và nguồn lực CSSKTT dựa trên trải nghiệm thực tế của 420 NCT tại 03 khu vực nghiên cứu đại diện ở TP.HCM. Trọng tâm của nghiên cứu hướng vào việc nhận diện các phân mảnh trong mạng lưới an sinh từ cấp độ cá nhân, gia đình đến các thiết chế chính quy tại địa phương. Kết quả nghiên cứu đã đạt được những nội dung và phát hiện sau:

Thứ nhất, về thực trạng hoạt động và mức độ hài lòng. Nghiên cứu đã chỉ rõ NCT nhận thức rất cao về tầm quan trọng của các hoạt động CSSKTT (ĐTB = 3,27). Tuy nhiên, tồn tại một khoảng cách đáng kể giữa nhu cầu cao này và mức độ hài lòng thực tế (ĐTBC = 3,14). Trong đó, hoạt động phát hiện sớm là mắt xích yếu nhất với mức hài lòng thấp nhất (2,93), cho thấy quy trình tầm soát chuyên môn tại cộng đồng hiện vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế của NCT.

Thứ hai, về hệ thống các nguồn lực hỗ trợ. Nghiên cứu làm nổi bật vai trò trung tâm nhưng đầy áp lực của các hệ thống hỗ trợ phi chính thức. Về nguồn lực nhân lực, NCT chủ yếu dựa vào gia đình và mạng lưới bạn bè (tiếp cận đạt 3,32), nhưng lại thiếu hụt trầm trọng đội ngũ chuyên gia, bác sĩ tâm lý có kinh nghiệm tại cơ sở (rào cản ghi nhận ở mức 3,22). Về nguồn lực tài chính và vật chất, vẫn còn nhiều bất cập khi chi phí chủ yếu do gia đình tự chi trả (tiếp cận đạt 3,45), trong khi ngân sách chính quyền địa phương dành riêng cho SKTT còn hạn hẹp (tiếp cận chỉ đạt 2,68). Nguồn lực vật chất tuy có sẵn tại các nhà văn hóa nhưng thiếu trang thiết bị và tài liệu chuyên dụng dành riêng cho mảng SKTT.

Thứ ba, về hệ thống rào cản và sự phân hóa nhân khẩu học. Một trong những kết quả quan trọng nhất là việc nhận diện sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ. NCT đang đối mặt với vòng lặp khó khăn thụ động: thiếu thông tin kết hợp với khó khăn di chuyển và sự khan hiếm chuyên gia tại chỗ.

Thứ tư, về tính gắn kết của hệ thống. Thông qua ma trận tương quan Pearson, nghiên cứu khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa nguồn lực đầu vào và hiệu quả hoạt động đầu ra. Đặc biệt, sự hài lòng về tâm lý cơ bản phụ thuộc mật thiết vào hạ tầng

vật chất (r=0,627), trong khi hoạt động phát hiện sớm lại chịu chi phối mạnh mẽ bởi nguồn lực tài chính (r=0,572).

Tóm lại, công tác CSSKTT cho NCT tại TP.HCM hiện đang đối diện với nhiều thách thức mang tính hệ thống. Mặc dù nhận thức xã hội đã được nâng cao, nhưng sự thiếu hụt nhân lực chuyên trách và sự đầu tư chưa đồng bộ vào các dịch vụ chuyên nghiệp đang tạo ra những khoảng trống an sinh lớn. Việc tập trung vào các nguồn lực tự phát đã làm nổi bật nhu cầu cấp thiết về việc chuyên nghiệp hóa lĩnh vực này, đồng thời đặt ra yêu cầu về sự kết nối liên ngành để đáp ứng nhu cầu đa dạng và cấp thiết của NCT trên địa bàn Thành phố. Những phát hiện thực tiễn này chính là cơ sở khoa học để nghiên cứu đề xuất các giải pháp CTXH và kiến nghị chính sách trong Chương 4, nhằm xây dựng một môi trường sống lành mạnh cho NCT.

Chương 4. ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Từ kết quả phân tích thực trạng CSSKTT cho NCT tại TP.HCM cho thấy, mặc dù nhu cầu CSSKTT của NCT tại TP.HCM là rất lớn, hệ thống hỗ trợ hiện nay vẫn đang vận hành trong trạng thái thiếu đồng bộ và phân mảnh. Một mặt, mạng lưới chăm sóc phi chính thức từ gia đình và láng giềng đóng vai trò trụ cột nhưng đang rơi vào tình trạng quá tải, thiếu kỹ năng nhận diện khủng hoảng và chăm sóc chủ yếu dựa trên kinh nghiệm tự phát. Mặt khác, hệ thống y tế chuyên khoa chủ yếu tập trung vào điều trị lâm sàng các bệnh lý nặng, bỏ ngỏ khoảng trống rộng lớn về phòng ngừa, hỗ trợ tâm lý xã hội và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Trong bối cảnh đó, sự can thiệp của CTXH chính là mắt xích chuyên môn cấp thiết nhằm tháo gỡ các rào cản thực tiễn đã được nhận diện. CTXH không thay thế chức năng chữa bệnh của y khoa hay tình cảm tự nhiên của gia đình, mà vận hành với tư cách là một nghề nghiệp điều phối và can thiệp tâm lý xã hội chuyên nghiệp, giúp giải quyết các vấn đề cốt lõi từ thực trạng, cụ thể là:

Thứ nhất, NVCTXH đóng vai trò là người gỡ bỏ rào cản thông tin, giảm thiểu sự e ngại, mặc cảm bị kỳ thị của NCT khi đối diện với các bất ổn tâm lý, giúp đưa dịch vụ trợ giúp đến gần hơn với đời sống thường nhật của người dân.

Thứ hai, thông qua phương pháp quản lý ca và tham vấn sơ cấp, CTXH giúp trang bị kiến thức, kỹ năng lắng nghe thấu cảm cho gia đình và bạn bè đồng đẳng, chuyển hóa sự chăm sóc từ tự phát sang có định hướng khoa học.

Thứ ba, CTXH đóng vai trò điều phối, kết nối các nguồn lực tản mạn về nhân lực, vật chất, tài chính và cộng đồng, đồng thời thiết lập cơ chế chuyển tuyến liên ngành giữa y tế và an sinh xã hội.

Nhằm chuyển hóa vai trò lý luận đó thành khung hành động thực tiễn, Chương 4 tập trung xây dựng và đề xuất "Mô hình dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng", hướng tới việc bổ sung giải pháp cho những khoảng trống phối hợp liên ngành đã được chỉ ra từ kết quả khảo sát, tạo tiền đề định hướng cho việc chuyên nghiệp hóa công tác chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng và gia đình.

4.1. Căn cứ và nguyên tắc đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Việc đề xuất một mô hình DVCTXH chuyên nghiệp trong CSSKTT cho NCT không thể thực hiện một cách cảm tính mà phải dựa trên những nền tảng vững chắc về lý luận, khung pháp lý hiện hành và đặc biệt là những khoảng trống từ thực tiễn nguồn lực tại TP. HCM.

4.1.1. Căn cứ lý luận và pháp lý

Việc thiết lập một mô hình DVCTXH chuyên nghiệp trong CSSKTT trước hết cần được soi rọi dưới lăng kính đa chiều của các hệ thống lý luận bổ trợ lẫn nhau. Trong đó, lý thuyết Hệ thống sinh thái đóng vai trò khung sườn chủ đạo để kết nối đồng bộ bốn chủ thể cốt lõi là NCT, gia đình, nhóm bạn bè và chính quyền hội đoàn thể. Theo cách tiếp cận này, SKTT của NCT không tồn tại biệt lập mà là kết quả của sự tương tác liên tục giữa hệ thống vi mô từ sự chăm sóc của gia đình, hệ thống trung gian từ mạng lưới bạn bè, hội đoàn và hệ thống vĩ mô từ các chính sách của chính quyền địa phương. Ngoài ra, để làm sâu sắc hơn cơ chế vận hành của mô hình này, lý thuyết Mạng lưới xã hội được vận dụng nhằm giải thích cách thức huy động và luân chuyển các nguồn lực hỗ trợ từ hệ thống vi mô đến vĩ mô. Dưới góc nhìn thực tiễn, lý thuyết này giúp NVCTXH nhận diện và thắt chặt các mắt xích đang còn lỏng lẻo giữa người thân, hàng xóm và các thiết chế xã hội, từ đó hình thành một mạng lưới an sinh đủ sức che chở và cung ứng kịp thời các nguồn lực vật chất cũng như tinh thần cho NCT.

Bên cạnh việc kết nối nguồn lực, lý thuyết các giai đoạn phát triển của Erikson là cơ sở tâm lý quan trọng giúp mô hình định hướng các hoạt động tham vấn chuyên sâu, hỗ trợ NCT vượt qua xung đột giữa sự trọn vẹn và tuyệt vọng để đạt được trạng thái thanh thản trong những năm tháng xế chiều.

Về mặt pháp lý, các văn bản hiện hành không chỉ là cơ sở hành lang mà còn là định hướng trực tiếp cho 04 hoạt động cốt lõi của mô hình:

Đối với hoạt động phát hiện sớm và hỗ trợ tâm lý cơ bản: Quyết định số 1929/QĐ-TTg (2020) về Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng cung cấp cơ sở pháp lý để thiết kế các

nhóm dịch vụ sàng lọc, phát hiện sớm và can thiệp tâm lý chuyên biệt tại các cơ sở cung cấp dịch vụ cộng đồng. Đây là căn cứ để giải quyết khoảng trống về thiếu hụt cơ sở can thiệp tâm lý chuyên sâu mà thực trạng đã chỉ ra.

Đối với hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức: Quyết định số 2156/QĐ-TTg (2021) của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2021-2030 định hướng cho các chiến lược truyền thông thay đổi hành vi, nâng cao nhận thức của cộng đồng và gia đình về SKTT, khắc phục tình trạng truyền thông còn mang tính hình thức.

Đối với hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội: Luật Người cao tuổi 2009 (Điều 12) và các chính sách an sinh xã hội (Nghị định 136/2013/NĐ-CP và Nghị định 20/2021/NĐ-CP) là hành lang để thiết lập các nhóm dịch vụ kết nối, tạo không gian sinh hoạt, khuyến khích NCT tham gia các hoạt động văn hóa, thể thao, phòng ngừa cô đơn và trầm cảm.

Đối với phát triển DVCTXH: Quyết định số 112/QĐ-TTg (2021) về Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030 là căn cứ pháp lý quan trọng nhất để chuyên nghiệp hóa đội ngũ NVCTXH, tạo cơ chế để họ vận hành các nhóm dịch vụ điều phối nguồn lực (nhân lực, tài chính, vật chất) vốn đang còn thiếu sự kết nối.

Dựa trên các bằng chứng thực tế từ thực trạng như sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn, hạn chế trong tiếp cận dịch vụ tâm lý và các định hướng pháp lý nêu trên, mô hình đề xuất sẽ tập trung vào việc hiện thực hóa các hoạt động này thông qua vai trò điều phối của NVCTXH và nâng cao năng lực chăm sóc của gia đình, nhằm tăng cường tính hợp pháp, tính phù hợp và định hướng khả thi của mô hình đề xuất trong bối cảnh thực thi chính sách an sinh xã hội hiện nay.

4.1.2. Căn cứ từ thực trạng hoạt động và nguồn lực chăm sóc chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Thành phố Hồ Chí Minh

Căn cứ thực tiễn quan trọng nhất để đề xuất mô hình xuất phát từ chính những hạn chế trong các hoạt động CSSKTT thực tế và sự phân mảnh trong huy động các nguồn lực hỗ trợ tại các địa bàn khảo sát như Phường Chợ Lớn, An Đông; Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây và Xã Hóc Môn.

Căn cứ thực tiễn đầu tiên để đề xuất mô hình DVCTXH xuất phát từ sự chưa tương xứng giữa nhu cầu nội tại khá cao của NCT và hiệu quả thực tế của các hoạt động hiện hữu tại địa phương. Kết quả khảo sát thực trạng chỉ ra rằng các hoạt động mang tính chuyên sâu như phát hiện sớm và truyền thông SKTT đang ghi nhận mức độ hài lòng thấp nhất, trung bình chỉ đạt từ 2,93 đến 3,19. Dưới góc nhìn của chính người thụ hưởng, các phương thức truyền thông hiện nay tại các địa bàn như Xã Hóc Môn hay Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây vẫn còn mang nặng tính hình thức, khô cứng và chưa chạm tới đặc điểm tâm sinh lý lứa tuổi. Một cụ bà đã chia sẻ trải nghiệm khi cố gắng tiếp cận các hướng dẫn tự chăm sóc: *"Phường có phát cho cái tờ rơi hướng dẫn tập thở, chữ thì bé tí, hình ảnh thì mờ. Con gái tôi có cài cho cái ứng dụng thiền trên điện thoại nhưng toàn tiếng Anh, hướng dẫn thì nhanh, tôi bấm không kịp nên đành bỏ"* (Trích PVS. HM_NCT01.3).

Bên cạnh đó, các hoạt động hỗ trợ tâm lý tại cộng đồng dù được đánh giá là cần thiết nhưng lại thiếu đi sự tinh tế và ngôn ngữ bình dân để phá vỡ rào cản mặc cảm của NCT. Thực trạng này bộc lộ rõ qua đánh giá của NCT khi cho rằng các buổi nói chuyện chuyên đề tại phường đôi khi mang tính hàn lâm, khiến họ khó tiếp thu và cảm thấy những kinh nghiệm thực tế từ bạn bè cùng tuổi có sức thuyết phục hơn nhiều. Một cụ bà đã bộc bạch sự khác biệt trong tiếp nhận thông tin: *"Mấy buổi nói chuyện ở phường thì cũng hay, nhưng tôi thấy cứ đọc sách, hay nghe mấy ông bạn già có kinh nghiệm kể lại còn dễ vào hơn. Nhiều khi cán bộ nói chuyện cao siêu quá, mình nghe không hiểu."* (Trích PVS. HM_NCT03.4). Chính vì các hoạt động hiện tại chưa tạo ra được một kênh chia sẻ an toàn và gần gũi, NCT vẫn thường rơi vào trạng thái bế tắc khi có chuyện phiền muộn mà không biết tìm ai để gỡ rối, ngay cả khi các hội đoàn được nghe tên nhưng lại hiếm khi hiện diện sinh hoạt tại địa bàn cư trú.

Tiếp nối những hạn chế về hoạt động CSSKTT chính là sự thiếu hụt trầm trọng về nguồn lực chuyên môn và sự rời rạc trong mạng lưới an sinh xã hội. Mặc dù gia đình và chính quyền địa phương được xem là hai chủ thể trụ cột, nhưng kết quả phân tích đã chỉ ra rằng nguồn lực nhân lực hiện nay chủ yếu là phi chính thức và thiếu kỹ năng chuyên sâu để nhận diện các biến cố tâm lý phức tạp ở tuổi già. Cảm nhận về sự quá tải của cán bộ địa phương và sự thiếu thời gian của con cháu đã khiến NCT

tại các khu vực như Phường Chợ Lớn, An Đông cảm thấy chưa thực sự được thấu cảm sâu sắc. Một cụ ông đã tâm sự về khoảng cách trong chăm sóc: *"Con cháu trong nhà lo cho là mình quý lắm rồi. Thỉnh thoảng chúng nó đưa đi đây đi đó cũng khuây khoả. Chứ các cô chú ở phường thì bận trăm công nghìn việc, một năm gặp được một hai lần để hỏi thăm sức khoẻ qua loa là cùng, làm sao mà hiểu hết được"* (Trích PVS. Q12_NCT03.3).

Thêm vào đó, nguồn lực mạng lưới xã hội từ nhóm bạn bè, vốn là một hệ thống trung gian tiềm năng theo lý thuyết mạng lưới, cũng đang vận hành một cách tự phát và e dè do thiếu sự định hướng của NVCTXH chuyên nghiệp. Tâm lý e ngại bị đánh giá hoặc sợ can thiệp quá sâu vào đời tư khiến các cuộc trò chuyện giữa bạn bè đồng niên thường chỉ dừng lại ở mức xã giao, dẫn đến tình trạng NCT cảm thấy bị cô lập với những tổn thương tinh thần của chính mình. Một cụ ông chia sẻ về rào cản trong mối quan hệ đồng niên: *"Chuyện nhà ai người nấy biết, mình thấy bạn mình có vẻ buồn nhưng cũng không dám hỏi sâu, sợ người ta lại nghĩ mình nhiều chuyện"* (Trích PVS. Q12_NCT01.4). Thậm chí, ngay cả khi có nhu cầu gỡ rối, NCT cũng cảm thấy bất lực vì sự thiếu vắng các mô hình sinh hoạt định kỳ tại khu phố:*"Hàng xóm tối tối rủ nhau ra đầu ngõ uống trà, nói chuyện trên trời dưới đất thì vui, cũng đỡ buồn. Nhưng lúc trong lòng mình thật sự có chuyện phiền muộn, cần người gỡ rối thì cũng chẳng biết tìm ai. Mấy hội đoàn nghe nói có nhưng chẳng thấy bao giờ tổ chức sinh hoạt gì ở khu phố này"* (Trích PVS. Q12_NCT03.4). Tất cả những minh chứng về sự thiếu hụt chuyên gia và sự rời rạc của hệ thống hỗ trợ cộng đồng chính là căn cứ thực tiễn cấp thiết để xây dựng một mô hình CTXH mang tính đề xuất đóng vai trò điều phối, nhằm gợi mở hướng chuyên nghiệp hóa nguồn lực và đưa dịch vụ trợ giúp tiếp cận gần hơn với đời sống thường nhật của NCT tại TP. HCM.

4.1.3. Các nguyên tắc chuyên môn của mô hình

Việc vận hành mô hình DVCTXH trong CSSKTT cho NCT cần tuân thủ các nguyên tắc nghề nghiệp cốt lõi nhằm đảm bảo tính nhân văn và hiệu quả thực chứng. Trước hết, nguyên tắc tôn trọng quyền tự quyết đóng vai trò nền tảng trong mọi quy trình can thiệp, đòi hỏi NVCTXH phải luôn lắng nghe và đặt ý chí của NCT làm trọng

tâm thay vì áp đặt các giải pháp mang tính hành chính. Điều này giúp củng cố niềm tin và sự chủ động của người thụ hưởng, giúp họ cảm thấy vẫn giữ được quyền kiểm soát cuộc sống của mình trong những năm tháng xế chiều.

Tiếp nối sự tôn trọng cá nhân là nguyên tắc đảm bảo an toàn y tế và đạo đức nghề nghiệp, một yêu cầu sống còn khi làm việc với đối tượng có nguy cơ cao về SKTT và thể chất. Do ranh giới giữa các vấn đề tâm lý xã hội và bệnh lý tâm thần ở NCT thường rất mong manh, mô hình đề xuất bắt buộc phải thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành chặt chẽ với các cơ sở y tế chuyên khoa. Mọi đánh giá và can thiệp phải dừng lại đúng phạm vi chuyên môn của CTXH và thực hiện quy trình chuyển tuyến ngay lập tức khi phát hiện các dấu hiệu bệnh lý nặng như sa sút trí tuệ giai đoạn muộn hoặc trầm cảm có ý định tự sát để đảm bảo an toàn tính mạng cho NCT.

Bên cạnh đó, nguyên tắc bảo mật thông tin cần được thực hiện nghiêm ngặt để giải tỏa rào cản về tâm lý e ngại và sợ bị kỳ thị vốn đang đạt mức điểm khá cao trong thực trạng khảo sát (2,31 điểm trong bảng rào cản). NVCTXH có trách nhiệm thiết lập một môi trường tham vấn an toàn, nơi mọi tâm tư và hồ sơ cá nhân của NCT được bảo vệ tuyệt đối, từ đó giúp họ sẵn lòng mở lòng chia sẻ những phiền muộn thầm kín mà trước đây họ không biết tìm ai để gỡ rối.

Cuối cùng, nguyên tắc tiếp cận dựa trên thế mạnh hướng tới việc nhìn nhận NCT như những chủ thể có bề dày kinh nghiệm và khả năng tự phục hồi hơn là những đối tượng thụ động, yếu thế. Việc tập trung khai thác các nguồn lực nội tại và các mối quan hệ sẵn có trong mạng lưới gia đình, bạn bè sẽ giúp mô hình bền vững hơn thông qua việc phát huy tối đa giá trị tự thân của NCT trong cộng đồng.

4.2. Đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

4.2.1. Cấu trúc và mạng lưới vận hành của mô hình

Về cấu trúc, mô hình được thiết lập dựa trên nguyên tắc lấy NCT làm trung tâm, trong đó Trung tâm CTXH tại địa phương đóng vai trò là hạt nhân điều phối. Cấu trúc này không vận hành độc lập mà dựa trên sự liên kết của ba tầng nguồn lực bao quanh cuộc sống của NCT. Tầng thứ nhất là hệ thống vi mô bao gồm gia đình và

người thân, nơi cung cấp sự chăm sóc trực tiếp và ổn định cảm xúc hàng ngày. Tầng thứ hai là hệ thống trung gian với sự tham gia của các nhóm bạn bè, Hội người cao tuổi và Trạm y tế cơ sở tại các địa phương, đảm bảo tính kết nối cộng đồng và sàng lọc SKTT kịp thời. Tầng thứ ba là hệ thống vĩ mô từ chính quyền và các chính sách an sinh xã hội, đóng vai trò bảo trợ về khung pháp lý và nguồn lực tài chính bền vững.

Về mạng lưới vận hành và vai trò của NVCTXH, mạng lưới này vận hành thông qua sự tương tác hai chiều, xóa bỏ tình trạng "tự bơi" của gia đình hay sự hỗ trợ qua loa, hời hợt của cán bộ phường mà NCT đã phản ánh tại Chương 3. Điểm mấu chốt mang tính định hướng của mô hình chính là việc xác lập vai trò chuyên môn của NVCTXH. Trước thực trạng thiếu hụt chuyên gia tâm lý trầm trọng với điểm rào cản lên tới 3,22, NVCTXH tại Trung tâm không chỉ làm công tác quản lý hồ sơ mà phải đảm nhiệm hai vai trò chiến lược:

Thứ nhất là vai trò người điều phối nguồn lực, NVCTXH chủ động kết nối các nhu cầu đang bị bỏ ngỏ của NCT với các nguồn lực sẵn có. Ví dụ, khi một NCT tại Xã Hóc Môn gặp rào cản về khoảng cách di chuyển (2,96 điểm), NVCTXH sẽ điều phối mạng lưới tình nguyện viên hoặc Hội đoàn hỗ trợ phương tiện, giúp phá vỡ sự cô lập vật lý.

Thứ hai là vai trò người quản lý ca, NVCTXH sẽ theo sát từng trường hợp cụ thể, từ khâu tiếp nhận đến lượng giá sau can thiệp. Vai trò này được kỳ vọng sẽ hỗ trợ tháo gỡ tình trạng NCT không biết tìm ai để gỡ rối hay giảm bớt tính hình thức trong các buổi sinh hoạt tại địa phương, từng bước nâng cao tính chuyên nghiệp cho hệ thống chăm sóc phi chính thức.

4.2.2. Quy trình cung cấp dịch vụ công tác xã hội kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

Để mô hình kết nối nguồn lực vận hành một cách khoa học, việc chuẩn hóa quy trình DVCTXH là yêu cầu bắt buộc nhằm chuyển đổi từ hình thức hỗ trợ tự phát sang can thiệp chuyên nghiệp. Quy trình này được thiết kế qua 5 bước chặt chẽ, lồng ghép các chuẩn mực giới hạn về công nghệ và cường độ hoạt động để đảm bảo an toàn tối đa cho sức khỏe NCT:

Bước 1: Tiếp nhận và sàng lọc thông tin ban đầu

Đây là giai đoạn khởi đầu quan trọng, đóng vai trò nhận diện ban đầu để NCT bước vào hệ thống hỗ trợ chuyên nghiệp. Trong bước này, NVCTXH không chỉ đóng vai trò là người tiếp đón hành chính mà phải thực hiện chức năng của một người sàng lọc chuyên môn. Dựa trên thực trạng rào cản về sự mù mờ thông tin (3,13 điểm) và tâm lý e ngại bị kỳ thị, NVCTXH cần thiết lập một không gian giao tiếp an toàn, thân thiện tại Trung tâm hoặc ngay tại hộ gia đình để xóa bỏ những rào cản tâm lý này.

Điểm cốt lõi trong bước này là việc thực hiện sàng lọc SKTT thông qua các thang đo trắc nghiệm chuẩn hóa đã được Việt hóa và công nhận rộng rãi. Thay vì chỉ hỏi thăm sơ bộ theo cảm tính, vốn là nguyên nhân khiến hoạt động phát hiện sớm tại các địa bàn như Xã Hóc Môn hay Phường Đông Hưng Thuận, Trung Mỹ Tây chưa hiệu quả, NVCTXH sẽ sử dụng các bộ công cụ như thang đo trầm cảm Geriatic (GDS-15) để nhận diện sớm các dấu hiệu u sầu, thất vọng; hoặc thang đo trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) để đánh giá mức độ minh mẫn và các dấu hiệu sa sút trí tuệ khởi phát. Việc sử dụng các bài trắc nghiệm này giúp NVCTXH có bằng chứng khoa học để phân loại đối tượng ngay từ đầu thành 3 nhóm: nhóm bình thường tiếp tục duy trì hoạt động cộng đồng, nhóm có nguy cơ cần đưa vào quản lý ca và nhóm bệnh lý nặng cần chuyển tuyến y tế chuyên khoa ngay lập tức.

Trong quá trình sàng lọc, NVCTXH phải tuân thủ nghiêm ngặt các chuẩn mực giới hạn về cường độ và phương pháp tiếp cận. Thay vì để NCT tự đọc và điền vào các bảng hỏi phức tạp, một rào cản vật lý về thị lực và nhận thức đã được phản ánh qua PVS của NCT tại Hóc Môn về "tờ rơi chữ quá bé", NVCTXH cần thực hiện phương pháp phỏng vấn trực tiếp, đọc câu hỏi chậm rãi, sử dụng hình ảnh minh họa khổ lớn và giải thích bằng ngôn ngữ bình dân. Thời gian cho một buổi sàng lọc không được kéo dài quá 30-45 phút để tránh gây mệt mỏi và quá tải về mặt nhận thức cho NCT. Vai trò của NVCTXH lúc này còn là một người giải mã rào cản, khi họ vừa thực hiện kỹ thuật trắc nghiệm, vừa quan sát các chỉ báo phi ngôn ngữ như nét mặt, giọng nói và thái độ của NCT.

Kết thúc bước 1, NVCTXH phải lập được phiếu sàng lọc ban đầu ghi nhận đầy đủ các chỉ số tâm lý cơ bản và xác định mức độ ưu tiên can thiệp. Việc chuyên nghiệp hóa bước tiếp nhận này chính là câu trả lời cho khoảng trống chuyên môn hiện nay, hướng tới việc định hình Trung tâm CTXH địa phương trở thành một bộ lọc chuyên môn, tạo cơ sở cho việc phát hiện sớm và hỗ trợ ngăn ngừa các nguy cơ diễn tiến xấu về SKTT cho NCT ngay tại cộng đồng.

Bước 2: Đánh giá vấn đề

Sau khi hoàn tất sàng lọc sơ bộ, quy trình dịch vụ tiến tới giai đoạn đánh giá chuyên sâu nhằm xác định bản chất của các vấn đề về nhận thức, cảm xúc, hành vi và sự tương tác giữa NCT với các nguồn lực xung quanh. Trong giai đoạn này, vai trò của NVCTXH được khẳng định thông qua khả năng phân loại đối tượng và điều phối chuyên môn dựa trên những bằng chứng thực nghiệm đã thu thập được từ địa bàn. Dựa trên điểm số từ các thang đo GDS-15 hay MMSE kết hợp với đánh giá nguồn lực thực tế và các chỉ báo về rào cản, NVCTXH thực hiện phân loại NCT thành ba nhóm trọng tâm để có chiến lược can thiệp tương ứng:

Nhóm thứ nhất là nhóm ổn định (nhóm bình thường), bao gồm những NCT có SKTT tốt và mạng lưới nguồn lực gia đình, cộng đồng vận hành ổn định. Với nhóm này, vai trò của NVCTXH là hỗ trợ duy trì và tăng cường năng lực tự chăm sóc, kết nối họ vào các mạng lưới đồng đẳng để đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội và gắn kết cộng đồng của NCT.

Nhóm thứ hai là nhóm có nguy cơ, tập trung vào những NCT bắt đầu có dấu hiệu lo âu, cô đơn hoặc đang đối mặt với các rào cản lớn về tài chính và khoảng cách địa lý. Đối với nhóm này, NVCTXH đóng vai trò là người quản lý ca, thiết lập kế hoạch can thiệp tâm lý xã hội chuyên sâu nhằm ngăn chặn sự chuyển biến từ nguy cơ sang bệnh lý.

Nhóm thứ ba là nhóm bệnh lý nặng, bao gồm những NCT có điểm số sàng lọc cho thấy dấu hiệu trầm cảm nghiêm trọng hoặc sa sút trí tuệ tiến triển. Tại đây, vai trò của NVCTXH trở nên đặc biệt quan trọng trong việc kích hoạt cơ chế liên kết liên

ngành, thực hiện quy trình chuyển tuyến và phối hợp chặt chẽ với các bác sĩ chuyên khoa y tế để đảm bảo an toàn tối đa cho đối tượng.

Quá trình đánh giá này không thể tách rời việc đối chiếu với các dữ liệu về thực trạng nguồn lực tại địa phương nhằm tìm ra nguyên nhân gốc rễ của sự suy giảm SKTT. NVCTXH cần đặc biệt lưu ý đến rào cản về sự thiếu hụt chuyên gia chuyên sâu đang ở mức cao (3,22) để xác định giới hạn can thiệp, đồng thời chú trọng đến những NCT đang chịu tác động mạnh mẽ của rào cản không biết tìm kiếm thông tin (3,13) nhằm đánh giá lại năng lực nhận thức và kết nối thông tin của họ. Việc đánh giá vấn đề cũng cần soi rọi qua lăng kính của sự bất bình đẳng địa bàn cư trú, nơi mà các kiểm định ANOVA đã chứng minh NCT tại khu vực ngoại thành như Xã Hóc Môn gánh chịu rào cản khách quan lớn hơn nhiều so với nội đô ($p < 0,001$). Do đó, đối với những trường hợp này, NVCTXH phải ưu tiên đánh giá sâu về rào cản vật lý và khoảng cách địa lý (2,96 điểm) để xem xét mức độ cô lập xã hội mà họ đang trải qua.

Bên cạnh đó, việc đánh giá vấn đề còn bao hàm sự phân tích kỹ lưỡng các nguồn lực hỗ trợ từ hệ vi mô đến hệ trung gian để nhận diện những "mắt xích" đang bị rời rạc. NVCTXH cần đánh giá xem liệu sự thiếu hụt kỹ năng của người chăm sóc trong gia đình hay sự rời rạc của mạng lưới bạn bè đồng niên có phải là nguyên nhân khiến nhu cầu liên minh của NCT bị triệt tiêu hay không. Để bảo vệ sức khỏe của NCT vốn thường bị suy giảm về khả năng chịu đựng và tiếp nhận thông tin, các chuẩn mực về cường độ làm việc phải được lồng ghép như một nguyên tắc đạo đức nghề nghiệp. NVCTXH cần chia nhỏ các nội dung chẩn đoán thành những buổi tương tác ngắn, sử dụng các phương pháp hỗ trợ thị giác sinh động và tạo ra một môi trường tương tác ấm cúng, ít tiếng ồn. Mọi hoạt động chẩn đoán liên quan đến công nghệ hay bộ công cụ trắc nghiệm đều phải được NVCTXH đồng hành, hướng dẫn tỉ mỉ để tránh gây ra sự căng thẳng hay cảm giác thất bại cho NCT. Kết quả của bước này không chỉ là một bộ hồ sơ bệnh án tâm lý đơn thuần, mà là một bản đồ nguồn lực cá nhân hóa, làm tiền đề cho việc lập kế hoạch can thiệp có trọng tâm và ưu tiên đúng đối tượng thụ hưởng.

Bước 3: Lập kế hoạch can thiệp

Dựa trên kết quả đánh giá đa chiều ở bước trước, NVCTXH tiến hành xây dựng một lộ trình can thiệp cá nhân hóa, trong đó trọng tâm là việc điều phối và ưu tiên các nguồn lực nhằm khỏa lấp những khoảng trống thực tiễn đã được nhận diện. Bản kế hoạch này không được xây dựng một cách cồng kềnh mà phải bám sát các chỉ số thực trạng để đưa ra các thứ tự ưu tiên chiến lược, giúp tối ưu hóa hiệu quả trong bối cảnh nguồn lực an sinh tại địa phương còn hạn hẹp.

Ưu tiên hàng đầu trong kế hoạch can thiệp được dành cho việc kết nối nguồn lực tài chính và an sinh xã hội cho nhóm NCT thuộc diện thu nhập thấp hoặc đang chịu áp lực kinh tế lớn. Xuất phát từ thực tế nguồn lực tài chính hiện nay chủ yếu dựa vào gia đình (3,45 điểm) và sự hỗ trợ của chính quyền còn khiêm tốn (2,68 điểm), NVCTXH đóng vai trò là người điều phối để kết nối NCT với các gói trợ cấp theo Nghị định 20/2021/NĐ-CP hoặc huy động các nguồn lực từ quỹ "Vì người nghèo" tại các địa bàn. Việc ưu tiên này nhằm giảm bớt sự phụ thuộc kinh tế, vốn là một trong những tác nhân chính gây ra lo âu và mặc cảm cho NCT.

Ưu tiên thứ hai trong kế hoạch là giải quyết rào cản vật lý và khoảng cách địa lý thông qua việc thiết lập các dịch vụ chăm sóc tại gia hoặc mạng lưới tình nguyện viên hỗ trợ di chuyển. Căn cứ vào con số rào cản khách quan tại các quận ngoại thành đạt mức 2,96 điểm và thực trạng sức khỏe thể chất như đau khớp gây hạn chế vận động đã được phản ánh trong PVS tại Xã Hóc Môn, NVCTXH cần lập kế hoạch đưa các dịch vụ tham vấn và sàng lọc về tận tổ dân phố hoặc khu phố. Trong bước này, NVCTXH phải thực hiện vai trò liên ngành khi chủ động làm việc với trạm y tế cơ sở và các hội đoàn để lồng ghép việc CSSKTT vào các buổi khám bệnh định kỳ tại nhà, giúp NCT không còn phải lo lắng về việc phải di chuyển xa hay "ngại làm phiền con cháu".

Đặc biệt, bản kế hoạch phải thiết lập các chuẩn mực giới hạn về cường độ hoạt động và công nghệ để bảo vệ sức khỏe cho NCT. NVCTXH cần quy định rõ giới hạn thời gian cho các buổi can thiệp nhóm hoặc truyền thông SKTT không vượt quá 60 phút và ưu tiên sử dụng các phương thức tương tác trực tiếp mang tính cầm tay chỉ

việc. Trước thực trạng các ứng dụng công nghệ hay tờ rơi chữ nhỏ gây khó khăn cho NCT (PVS HM_NCT01.3), kế hoạch can thiệp cần thay thế bằng các tài liệu khổ lớn, hình ảnh sinh động và các ứng dụng đơn giản hóa giao diện tối đa.

Cuối cùng, một mắt xích không thể thiếu trong kế hoạch là cơ chế chuyển tuyến y tế chuyên nghiệp. NVCTXH phải xác định rõ ranh giới can thiệp: đối với những NCT có chỉ số trầm cảm nặng qua thang đo GDS-15 hoặc sa sút trí tuệ tiến triển, kế hoạch can thiệp sẽ tập trung vào việc quản lý ca hỗ trợ gia đình và kết nối chuyển tuyến sang các bệnh viện chuyên khoa tâm thần hoặc lão khoa. Sự minh bạch trong việc phân định vai trò giữa y tế và xã hội trong bản kế hoạch chính là chìa khóa để đảm bảo tính an toàn y tế và đạo đức nghề nghiệp, giúp NCT nhận được sự hỗ trợ chuyên sâu nhất ngay khi cần thiết.

Bước 4: Thực hiện can thiệp

Giai đoạn thực hiện can thiệp là bước cụ thể hóa các giải pháp nhằm phá vỡ các rào cản thực tế, đòi hỏi NVCTXH phải vận hành linh hoạt các kỹ năng điều phối liên ngành và trực tiếp hỗ trợ các chủ thể trong hệ thống sinh thái của NCT. Trong giai đoạn này, NVCTXH không chỉ là người cung cấp dịch vụ mà còn là người hướng dẫn, giúp chuyển hóa các nguồn lực từ trạng thái tự phát sang chuyên nghiệp hóa.

Dưới góc độ hỗ trợ hệ vi mô, NVCTXH tập trung vào việc nâng cao năng lực chăm sóc cho gia đình, nguồn lực vốn được đánh giá là điểm tựa quan trọng nhất nhưng lại thiếu hụt kiến thức chuyên môn (3,32 điểm tiếp cận nhân lực gia đình nhưng kỹ năng còn hạn chế). NVCTXH thực hiện các buổi hướng dẫn tại gia cho con cháu về cách nhận diện các biến đổi tâm lý tuổi già, kỹ năng lắng nghe thấu cảm và cách giảm thiểu áp lực cho người chăm sóc. Thay vì chỉ đưa ra các lời khuyên chung chung vốn dễ bị bỏ qua như thực trạng cũ, NVCTXH trực tiếp cùng gia đình thiết lập thời gian biểu sinh hoạt khoa học, giúp xóa bỏ tâm lý "ngại làm phiền con cháu" của các cụ.

Đối với hệ trung gian, NVCTXH đóng vai trò kích hoạt mạng lưới bạn bè và hội đoàn thể thông qua các nhóm tự giúp đỡ và mạng lưới đồng đẳng. Trước thực trạng NCT dù thấy bạn buồn cũng không dám hỏi sâu vì sợ mang tiếng "nhiều

chuyện", NVCTXH tổ chức các buổi tập huấn ngắn về kỹ năng sơ cứu tâm lý cơ bản cho các thành viên nòng cốt trong Hội NCT. Việc này giúp biến mạng lưới hàng xóm tối tối rủ nhau uống trà trở thành một kênh giám sát và hỗ trợ SKTT hữu hiệu, giúp NCT có nơi gỡ rối ngay tại khu phố khi có chuyện phiền muộn.

Trong quá trình can thiệp, việc ứng dụng công nghệ và tài liệu hỗ trợ phải tuân thủ nghiêm ngặt các chuẩn mực giới hạn để phù hợp với khả năng tiếp nhận của NCT. NVCTXH trực tiếp đồng hành cùng NCT khi sử dụng các ứng dụng thiền hay phần mềm nhắc thuốc, thực hiện phương châm cầm tay chỉ việc để hỗ trợ tháo gỡ rào cản công nghệ. Các tài liệu truyền thông SKTT được NVCTXH cá nhân hóa bằng cỡ chữ lớn, hình ảnh sinh động và ngôn ngữ bình dân, khắc phục hoàn toàn rào cản về tờ rơi "chữ bé tí, hình ảnh mờ" đã được ghi nhận.

Cuối cùng, NVCTXH duy trì vai trò điều phối liên ngành và quản lý ca xuyên suốt quá trình can thiệp. NVCTXH thường xuyên kết nối với trạm y tế để theo dõi các chỉ số sức khỏe thực thể như huyết áp, thoái hóa khớp, vốn ảnh hưởng trực tiếp đến tâm trạng lo âu, đảm bảo các hoạt động can thiệp xã hội không gây quá tải thể chất cho đối tượng. Khi nhận thấy các diễn tiến tâm lý vượt quá giới hạn can thiệp xã hội, NVCTXH thực hiện quy trình chuyển tuyến y tế đã lập trong kế hoạch, đảm bảo NCT được tiếp cận chuyên gia tâm thần kịp thời mà vẫn duy trì được sự hỗ trợ tinh thần từ mạng lưới gia đình và cộng đồng xung quanh.

Bước 5: Lượng giá và kết thúc ca

Giai đoạn cuối cùng của quy trình cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp là việc đánh giá lại toàn bộ quá trình can thiệp nhằm xác định mức độ cải thiện SKTT của NCT và hiệu quả của việc điều phối nguồn lực.

Trong bước này, NVCTXH đóng vai trò là một nhà đánh giá độc lập, đối chiếu các kết quả đạt được với các chỉ số rào cản và thực trạng thiếu hụt đã ghi nhận ở giai đoạn đánh giá ban đầu. Việc lượng giá được thực hiện thông qua việc sử dụng lại các thang đo chuẩn hóa như GDS-15 hoặc MMSE để so sánh sự thay đổi về chỉ số trầm cảm và nhận thức của NCT. Nếu các con số rào cản về "không biết tìm kiếm thông tin" (3,13 điểm) hay "sự thiếu hụt chuyên gia" (3,22 điểm) đã được hóa giải bằng sự

hiện diện và hướng dẫn trực tiếp của NVCTXH, thì mức độ hài lòng của NCT đối với các hoạt động hỗ trợ sẽ là thước đo quan trọng nhất. NVCTXH cần lắng nghe phản hồi trực tiếp từ NCT và gia đình về tính phù hợp của các chuẩn mực giới hạn đã áp dụng, chẳng hạn như cường độ sinh hoạt có gây mệt mỏi không, hay các tài liệu khổ chữ lớn có giúp họ dễ tiếp cận thông tin hơn không. Đặc biệt, NVCTXH phải đánh giá sự chuyển biến trong mạng lưới xã hội, xem liệu mạng lưới bạn bè đồng đẳng đã thực sự trở thành "người gỡ rối" như mong đợi thay vì sự e dè "ngại nhiều chuyện" đã từng được ghi nhận.

Sau khi lượng giá, nếu các mục tiêu đề ra đã cơ bản hoàn thành, NVCTXH tiến hành quy trình kết thúc ca. Tuy nhiên, việc kết thúc ca không đồng nghĩa với việc chấm dứt hỗ trợ hoàn toàn, mà NVCTXH phải thực hiện chức năng chuyển giao năng lực tự quản lý. Điều này bao gồm việc bàn giao lộ trình CSSKTT cho gia đình và mạng lưới cộng đồng, hướng dẫn họ cách duy trì các kết nối liên ngành với y tế cơ sở. Trong trường hợp các rào cản khách quan như khoảng cách địa lý tại các xã ngoại thành như Hóc Môn vẫn còn tác động, NVCTXH cần lập kế hoạch giám sát định kỳ từ xa hoặc thông qua mạng lưới cộng tác viên khu phố. Việc chuyên nghiệp hóa bước lượng giá này giúp đảm bảo rằng mọi can thiệp xã hội đều mang lại giá trị thực chứng, giúp NCT không chỉ phục hồi về SKTT mà còn có đủ năng lực để duy trì sự thanh thản trong hệ thống sinh thái của chính mình.

4.3. Các nhóm dịch vụ công tác xã hội trong mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi

4.3.1. Nhóm dịch vụ phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần

Đây là nhóm dịch vụ nhận diện ban đầu, được thiết kế nhằm khắc phục tình trạng thiếu hụt chuyên gia (điểm rào cản 3,22) và sự mờ nhạt của hệ thống y tế cơ sở trong việc tầm soát tâm lý.

Để thực hiện dịch vụ này, NVCTXH không hoạt động đơn độc mà phải kích hoạt mạng lưới "bạn đồng hành" dựa vào tình làng nghĩa xóm. Căn cứ vào chỉ số tiếp cận láng giềng khá cao (3,31) nhưng thực tế vẫn tồn tại sự e ngại "nhiều chuyện", NVCTXH tổ chức các buổi tập huấn sơ cứu tâm lý cơ bản cho cán bộ Hội NCT và

mạng lưới đồng đẳng tại tổ dân phố. Việc này giúp xây dựng một mạng lưới phát hiện sớm tại cộng đồng, biến những người hàng xóm thành một kênh giám sát SKTT hữu hiệu, giúp phát hiện ngay những thay đổi bất thường trong hành vi của NCT để báo cáo cho nhân viên chuyên trách.

Đồng thời, NVCTXH trực tiếp thực hiện công tác sàng lọc chuyên sâu tại hộ gia đình đối với nhóm nguy cơ cao. Bằng việc mang các công cụ chuẩn hóa (GDS-15, MMSE) về tận ngõ ngách, khu phố kết hợp với sự quan sát của mạng lưới láng giềng, dịch vụ này thay thế cho sự hỗ trợ mờ nhạt hiện tại bằng một quy trình phát hiện có tính chuyên môn cao, đảm bảo phân loại đúng đối tượng để đưa vào quản lý ca.

4.3.2. Nhóm dịch vụ hỗ trợ tâm lý cơ bản

Nhóm dịch vụ này tập trung giải quyết nhu cầu chia sẻ và tháo gỡ những bế tắc tinh thần mà NCT không biết tìm ai để gỡ rối.

Trọng tâm của dịch vụ này là việc chuyên nghiệp hóa nguồn lực gia đình. Kết quả khảo sát cho thấy ĐTB khả năng tiếp cận gia đình đạt 3,64, nhưng chất lượng tương tác đang chịu áp lực lớn. Đặc biệt tại Xã Hóc Môn hay Quận 12 cũ, NCT vẫn cảm thấy cô đơn vì con cháu bận rộn. NVCTXH sẽ thiết lập các buổi tham vấn tại gia, trực tiếp hướng dẫn người chăm sóc kỹ năng lắng nghe và thấu cảm, chuyển hóa sự hỗ trợ từ hỏi thăm qua loa sang sẻ chia sâu sắc. Việc này không chỉ giảm bớt gánh nặng tâm lý cho người chăm sóc mà còn giúp NCT tránh rơi vào trạng thái bị động.

Bên cạnh đó, đối với những ca phức tạp, NVCTXH thực hiện dịch vụ kết nối chuyên gia tâm lý lưu động. Việc đưa chuyên gia về tận địa phương không chỉ đáp ứng kỳ vọng của những NCT có học vấn cao mà còn đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ giữa nội thành và ngoại thành, vốn là yếu tố tạo ra sự khác biệt lớn nhất về hiệu quả hỗ trợ hiện nay ($p < 0,001$).

4.3.3. Nhóm dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần

Dịch vụ này nhằm dỡ bỏ rào cản vật lý và khoảng cách số, giải quyết trực tiếp mức độ hài lòng thấp (chỉ từ 2,93 đến 3,19) đối với các hình thức truyền thông khô cứng hiện tại.

Trước hết, NVCTXH triển khai việc cải thiện và cá nhân hóa tài liệu truyền thông SKTT. Dựa trên điểm số thấp về tài liệu truyền thông (2,47) và phản hồi thực tế về tờ rơi có "chữ bé tí, hình ảnh mờ", NVCTXH chuyển đổi nội dung sang định dạng khổ chữ lớn, màu sắc tương phản cao và sử dụng ngôn ngữ bình dân.

Thứ hai, NVCTXH thực hiện vai trò hướng dẫn và chuẩn hóa công nghệ hỗ trợ. Xuất phát từ thực tế ứng dụng công nghệ đang là nguồn lực yếu nhất (2,30), NVCTXH đóng vai trò là người phiên dịch số, trực tiếp cầm tay chỉ việc cho NCT sử dụng các ứng dụng theo dõi sức khỏe. Dịch vụ này tuân thủ chuẩn mực giới hạn thời gian màn hình không quá 20 phút, giúp xóa bỏ nỗi sợ "bấm không kịp nên đành bỏ" (Trích PVS. HM_NCT01.3), chuyển hóa công nghệ từ một rào cản thành công cụ kết nối hữu hiệu.

4.3.4. Nhóm dịch vụ hỗ trợ người cao tuổi tham gia xã hội

Nhóm dịch vụ này vận dụng thuyết Mạng lưới xã hội để tái cấu trúc lại các không gian sinh hoạt cộng đồng, giúp NCT vượt qua sự cô lập.

NVCTXH thực hiện chuyên nghiệp hóa các mô hình sinh hoạt cộng đồng và nhóm tự giúp đỡ. Thay vì các buổi sinh hoạt mang tính hình thức, nói chuyện cao siêu khiến các cụ nghe không hiểu (Trích PVS. HM_NCT03.4), NVCTXH lồng ghép các nội dung CSSKTT vào hoạt động văn hóa, thể thao. Việc này giúp NCT thỏa mãn nhu cầu giao lưu khi họ được tham gia điều hành hội đoàn, biến các CLB thành không gian hỗ trợ tâm lý chuyên sâu.

Thêm vào đó, NVCTXH điều phối liên kết với các tổ chức tôn giáo và thiện nguyện. Với mức độ tiếp cận các tổ chức này hiện còn khiêm tốn (2,84), việc NVCTXH kết nối cơ sở tôn giáo tham gia vào lộ trình chăm sóc tinh thần sẽ giúp NCT neo đơn đáp ứng nhu cầu tâm linh, đạt được trạng thái thanh thản theo đúng giai đoạn phát triển của Erikson. Mối tương quan thuận (r = 0,425) khẳng định khi thiết chế này vận hành tốt thì SKTT của NCT sẽ được cải thiện bền vững.

4.4. Các giải pháp huy động và tối ưu hóa nguồn lực nhằm nâng cao tính khả thi của mô hình đề xuất

Việc đề xuất một mô hình dịch vụ toàn diện sẽ chỉ là lý thuyết nếu không đi kèm với một hệ thống giải pháp đồng bộ nhằm đảm bảo các nguồn lực vận hành. Phân tích thực trạng đã chỉ ra những điểm mạnh cần phát huy và những thiếu hụt về nguồn lực cần được giải quyết. Do đó, phần này sẽ tập trung đề xuất các nhóm giải pháp chiến lược, bám sát vào các bằng chứng dữ liệu, nhằm xây dựng một nền tảng vững chắc về nhân lực, vật chất, tài chính và sự ủng hộ của cộng đồng cho hệ thống dịch vụ.

4.4.1. Giải pháp phát triển và chuyên nghiệp hóa nguồn nhân lực

Nhằm từng bước khắc phục và giảm thiểu rào cản về "thiếu hụt chuyên gia" (ĐTB = 3,22), chính quyền thành phố cần ưu tiên định biên nhân sự có chuyên môn CTXH tại các Trạm y tế hoặc UBND phường xã để đóng vai trò người quản lý ca. Những nhân sự này phải được đào tạo chuyên sâu về tâm lý lão khoa và kỹ thuật sàng lọc chuẩn hóa. Song song đó, cần duy trì mạng lưới cộng tác viên như Hội NCT, phụ nữ, thanh niên tại tổ dân phố. Mức độ tiếp cận chính quyền/Hội đoàn thể đang ở mức thấp nhất (2,89), do đó, sự hiện diện của đội ngũ chuyên trách kết hợp với cộng tác viên sẽ hóa giải sự e ngại của làng xóm, biến sự quan tâm tự phát thành một quy trình giám sát thường xuyên.

4.4.2. Giải pháp điều phối và nâng cao hiệu quả nguồn lực vật chất

Kết quả khảo sát tại Chương 3 chỉ ra rằng mức độ tiếp cận nguồn lực vật chất của NCT hiện ở mức trung bình thấp (ĐTBC = 2,64/5). Trong đó, ngoại trừ hạ tầng sinh hoạt cộng đồng đạt 3,27/5, các trang thiết bị tầm soát SKTT (2,52/5), ấn phẩm truyền thông (2,47/5) và ứng dụng công nghệ (2,30/5) đều ở mức rất hạn chế. Đáng chú ý, ma trận Pearson ghi nhận nguồn lực vật chất có mối tương quan thuận mạnh nhất với hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản (r = 0,627; p < 0,001). Để hóa giải rào cản này, giải pháp trọng tâm là nâng cấp và đa dạng hóa các thiết chế vật chất tại cơ sở. Chính quyền địa phương cần đầu tư bổ sung trang thiết bị y tế cơ bản, bộ công cụ sàng lọc SKTT chuẩn hóa (GDS-15, MMSE) và thiết lập thư viện thiết bị hỗ trợ lưu

động tại nhà văn hóa khu phố. NVCTXH đóng vai trò điều phối, hỗ trợ đưa thiết bị tầm soát về tận hộ gia đình tại khu vực ngoại thành nhằm khắc phục rào cản di chuyển (2,96 điểm). Bên cạnh đó, cần thiết kế lại các ấn phẩm truyền thông với khổ chữ lớn, hình ảnh trực quan và cá nhân hóa công nghệ hỗ trợ, giúp chuyển hóa hạ tầng vật chất thành không gian trị liệu tâm lý an toàn, thân thiện cho NCT.

4.4.3. Giải pháp nâng cao tính bền vững của nguồn lực tài chính

Số liệu thực trạng ở Bảng 3.18 cho thấy mức độ tiếp cận nguồn lực tài chính chung đạt 2,91/5, trong đó chi phí CSSKTT vẫn phụ thuộc lớn vào cá nhân và gia đình (3,45/5). Trong khi đó, nguồn hỗ trợ từ ngân sách địa phương chỉ đạt 2,68/5 và các quỹ từ thiện đạt 2,50/5 do thiếu mục chi riêng cho mảng tâm lý. Phân tích tương quan khẳng định tài chính có liên hệ đồng biến chặt chẽ với hoạt động phát hiện sớm ($r = 0,572$; $p < 0,01$). Từ thực tế này, giải pháp cấp thiết là xây dựng cơ chế tài chính đa kênh nhằm giảm gánh nặng cho hộ gia đình. Trước hết, NVCTXH cần chủ động tư vấn, hướng dẫn NCT nghèo tiếp cận kịp thời các gói trợ cấp an sinh theo Nghị định 20/2021/NĐ-CP. Kiến nghị Sở Y tế và BHYT từng bước bổ sung các dịch vụ tham vấn, sơ cứu tâm lý cơ bản vào danh mục chi trả của Bảo hiểm y tế. Đồng thời, địa phương cần thiết lập Quỹ "Sức khỏe tâm thần cộng đồng" từ nguồn xã hội hóa nhằm duy trì nguồn kinh phí bền vững chi trả cho các chuyên gia lưu động, hỗ trợ tầm soát và can thiệp tâm lý miễn phí cho NCT có hoàn cảnh khó khăn.

4.4.4. Giải pháp kích hoạt nguồn lực cộng đồng và phát triển cơ chế phối hợp liên ngành

Kết quả khảo sát ở Bảng 3.19 cho thấy chỉ số tiếp cận nguồn lực cộng đồng chung hiện ở mức thấp (ĐTBC = 2,83/5). Trong đó, ngoại trừ mạng lưới gia đình - bạn bè đạt 3,32/5, các nhóm tự lực/CLB NCT (2,92/5), chương trình chính quyền/thiện nguyện (2,55/5) và tổ chức phi chính phủ (2,51/5) đều khá mờ nhạt. Phân tích ANOVA chỉ ra sự đứt gãy nguồn lực cộng đồng theo địa bàn ($F = 30,700$; $p < 0,001$) và tình trạng sống ($p = 0,008$); tuy nhiên, ma trận Pearson khẳng định cộng đồng có tương quan thuận chặt chẽ với hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội ($r = 0,425$) và hỗ trợ tâm lý ($r = 0,451$). Để phát huy nguồn lực này, giải pháp trọng tâm là nâng

cấp các CLB NCT hiện có thành các nhóm tự giúp đỡ có sự định hướng chuyên môn của NVCTXH, chuyển từ sinh hoạt phong trào sang tư vấn đồng đẳng chiều sâu. Đồng thời, chính quyền cơ sở cần thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành Y tế - CTXH - Hội đoàn thể thông qua quy trình chuyển tuyến hai chiều: Y tế đảm nhận điều trị lâm sàng, NVXTXH thực hiện quản lý ca và kích hoạt mạng lưới láng giềng theo dõi, giúp hóa giải sự cô lập và hỗ trợ phục hồi SKTT bền vững cho NCT tại cộng đồng. Chẳng hạn, khi phát hiện NCT có chỉ số trầm cảm nặng hoặc sa sút trí tuệ tiến triển, NVCTXH phải kết nối chuyển tuyến ngay sang bệnh viện chuyên khoa. Ngược lại, khi NCT ổn định, y tế sẽ chuyển ngược về Trung tâm CTXH để quản lý ca. Việc thiết lập và từng bước vận hành cơ chế này được kỳ vọng sẽ giảm bớt những e ngại về sự thiếu hụt chuyên môn y khoa, gợi mở một hành lang bảo vệ liên ngành phù hợp cho NCT tại cộng đồng.

Tiểu kết chương 4

Trên cơ sở phân tích sâu sắc các lý thuyết và những dữ liệu từ thực trạng tại các địa bàn khảo sát, Chương 4 đã tập trung xây dựng và đề xuất mô hình DVCTXH kết nối nguồn lực dựa vào cộng đồng trong CSSKTT đối với NCT. Đây là giải pháp mang tính hệ thống nhằm giải quyết sự chênh lệch giữa nhu cầu nội tại của NCT và năng lực cung ứng dịch vụ thực tế.

Trước hết, chương đã làm rõ các căn cứ pháp lý và nguyên tắc chuyên môn, trong đó định vị NVCTXH đóng vai trò là người quản lý ca và hạt nhân điều phối. Dựa trên khung hệ thống sinh thái, mô hình không vận hành đơn độc mà kích hoạt sự tham gia của hệ vi mô (gia đình), trung gian (láng giềng, hội đoàn) và vĩ mô (chính quyền).

Thứ hai, nội dung trọng tâm của chương đã thiết kế 04 nhóm dịch vụ cốt lõi bám sát vào 04 hoạt động CSSKTT, từ khâu phát hiện sớm bằng thang đo chuẩn hóa, hỗ trợ tâm lý thông qua chuyên nghiệp hóa nguồn lực gia đình, truyền thông bằng cách xóa bỏ rào cản công nghệ, cho đến hỗ trợ hòa nhập xã hội thông qua việc nâng cấp các mô hình sinh hoạt cộng đồng. Mọi can thiệp của NVCTXH đều được thiết kế dựa trên dữ liệu từ thực trạng, nhằm hóa giải trực tiếp các rào cản về thiếu hụt chuyên gia, khoảng cách địa lý và rào cản thông tin.

Cuối cùng, chương đã chỉ ra 04 nhóm giải pháp chiến lược nhằm tối ưu hóa các nguồn lực để làm điều kiện nhằm nâng cao tính khả thi cho mô hình. Đặc biệt, việc thiết lập cơ chế chuyển tuyến liên ngành giữa CTXH và Y tế đã tạo ra một hành lang bảo vệ an toàn cho NCT. Mô hình dịch vụ CTXH kết nối nguồn lực được đề xuất trong chương này bước đầu cung cấp một khung tham chiếu lý luận và thực chứng có giá trị khoa học. Mặc dù cần tiếp tục trải qua các bước thử nghiệm thực địa và tham vấn chuyên gia để chuẩn hóa quy trình vận hành, mô hình đã gợi mở lộ trình khả thi nhằm chuyển đổi công tác CSSKTT tại TP. HCM từ trạng thái tự phát, rời rạc sang một hệ thống dịch vụ trợ giúp chuyên nghiệp, hướng tới sự an lạc tinh thần cho NCT.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

Nghiên cứu "Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại TP. HCM" đã cung cấp các bằng chứng thực chứng khoa học để trả lời cho các câu hỏi nghiên cứu và kiểm định các giả thuyết đã đề ra. Luận án đã làm sáng tỏ khoảng trống giữa nhu cầu và thực tiễn, từ đó đúc kết được 03 lớp kết quả trọng tâm làm bệ phóng cho việc đề xuất mô hình can thiệp.

Thứ nhất về thực trạng các hoạt động CSSKTT. Luận án kết luận có sự chênh lệch lớn giữa nhu cầu cấp thiết của NCT và năng lực đáp ứng của hệ thống hiện tại. Mặc dù NCT rất kỳ vọng vào các hoạt động phát hiện sớm và hỗ trợ tham gia xã hội, nhưng thực tế triển khai còn mang tính hình thức, thiếu chiều sâu tâm lý và chưa có các bộ lọc chuyên nghiệp tại cộng đồng. Các hoạt động truyền thông và hỗ trợ SKTT chưa vượt qua được rào cản về phương pháp và khoảng cách số, dẫn đến mức độ hài lòng của người thụ hưởng chưa cao.

Thứ hai về thực trạng các nguồn lực hỗ trợ, mạng lưới an sinh của NCT hiện nay đang bị mất cân đối và chịu sự chi phối mạnh mẽ của yếu tố địa bàn cư trú. Các phân tích sâu khẳng định rằng, mặc dù gia đình và láng giềng là nguồn lực vi mô sẵn có nhất, nhưng lại có mối tương quan thấp với hiệu quả hỗ trợ tâm lý thực chất do thiếu hụt trầm trọng về kỹ năng sơ cứu tâm lý. Trong khi đó, hệ thống nguồn lực chính quy bộc lộ sự mờ nhạt do quá tải công việc và thiếu hụt chuyên gia. Đặc biệt, sự nghèo nàn về hạ tầng vật chất và công cụ tầm soát chuyên dụng chính là rào cản lớn nhất cản trở việc chuyên nghiệp hóa các hoạt động chăm sóc tại cộng đồng, tạo ra sự thiệt thòi lớn cho nhóm NCT tại các khu vực ven đô và ngoại thành.

Thứ ba về căn cứ đề xuất mô hình và đóng góp của luận án, sự thiếu liên kết giữa hoạt động và nguồn lực chính là tiền đề thực tiễn để luận án xây dựng "mô hình dịch vụ CTXH kết nối nguồn lực". Về mặt lý luận, luận án đã ứng dụng thành công thuyết Hệ thống sinh thái, thuyết mạng lưới xã hội và thuyết phát triển tâm lý xã hội để giải mã cơ chế tương tác xã hội của NCT trong bối cảnh đô thị hóa tại Việt Nam.

Về mặt thực tiễn, luận án đã cung cấp một bộ dữ liệu thực chứng và ứng dụng các kỹ thuật phân tích thống kê sâu để lượng hóa chính xác cơ chế tác động của các rào cản sinh thái đến hiệu quả chăm sóc. Về đề xuất, việc xây dựng mô hình với 4 nhóm dịch vụ cốt lõi do NVCTXH điều phối là một đề xuất giải pháp dựa trên bằng chứng thực nghiệm và cơ sở lý luận sinh thái, tạo khung tham chiếu cho việc từng bước chuyển đổi từ chăm sóc tự phát sang cung ứng dịch vụ trợ giúp chuyên nghiệp.

Mặc dù đã đạt được các mục tiêu đề ra, để đảm bảo tính khách quan khoa học, tác giả nhận thấy nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định cần được làm rõ.

Thứ nhất, về phạm vi không gian, mẫu khảo sát dù đã được lựa chọn cẩn thận nhưng vẫn chủ yếu tập trung tại các quận nội thành, khả năng đại diện cho các khu vực ngoại thành và các nhóm NCT đặc thù như NCT có hoàn cảnh kinh tế rất khó khăn, NCT dân tộc thiểu số, có thể còn hạn chế.

Một hạn chế quan trọng khác nằm ở phạm vi tiếp cận của nghiên cứu. Đề tài chủ đích tập trung vào việc tìm hiểu các hoạt động CSSKTT đang được tiến hành một cách tự phát trong cộng đồng bởi các chủ thể gần gũi như gia đình, bạn bè, hội/đoàn thể. Cách tiếp cận này giúp làm rõ hệ thống hỗ trợ phi chính thức, tuy nhiên cũng đồng nghĩa với việc nghiên cứu chưa đi sâu vào việc phân tích các hoạt động can thiệp, trị liệu mang tính chuyên nghiệp, chuyên sâu đang được thực hiện tại các cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần. Bên cạnh đó, để nâng cao tính khả thi và đảm bảo đạo đức nghiên cứu, mẫu khảo sát định lượng chỉ tiếp cận nhóm NCT còn minh mẫn, do đó kết quả chưa phản ánh đầy đủ trải nghiệm của nhóm NCT bị sa sút trí tuệ nặng.

Về phương pháp luận, nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế cắt ngang nên chỉ cho phép ghi nhận thực trạng và cảm nhận của NCT tại một thời điểm nhất định. Các biến đổi về tâm lý xã hội của NCT dưới tác động của mô hình dịch vụ cần được theo dõi bằng các nghiên cứu dọc trong tương lai để khẳng định tính bền vững của các tác động.

Cuối cùng, một giới hạn quan trọng về mặt thực tiễn của luận án nằm ở mức độ kiểm chứng tính khả thi của mô hình đề xuất. Do các ràng buộc khách quan về thời gian và phạm vi của một nghiên cứu tiến sĩ, "Mô hình dịch vụ CTXH kết nối nguồn

lực" tại Chương 4 mới dừng lại ở mô hình lý thuyết - thực chứng được kiến tạo từ việc tích hợp cơ sở lý luận và kết quả khảo sát thực địa, chưa trải qua giai đoạn triển khai thử nghiệm thực địa hoặc thử nghiệm can thiệp lâm sàng để đo lường định lượng hiệu quả vận hành thực tế. Đây là khoảng trống cần được tiếp nối hoàn thiện trong các dự án ứng dụng tương lai.

2. Khuyến nghị

Dựa trên các phát hiện thực chứng, luận án đề xuất các nhóm khuyến nghị theo từng cấp độ và chủ thể thực hiện nhằm nâng cao tính khả thi của mô hình đề xuất.

Khuyến nghị đối với Sở Y tế TP.HCM và các cơ quan quản lý chuyên ngành cấp địa phương.

Khuyến nghị này xuất phát từ phát hiện về sự thiếu liên kết giữa hệ thống y tế và an sinh xã hội tại cơ sở. Hành động cần thiết là ban hành quy chế phối hợp liên ngành giữa lĩnh vực Y tế và CTXH cấp phường xã, ưu tiên phân bổ ngân sách và thiết chế hỗ trợ cho các khu vực đô thị hóa nhanh và ngoại thành nhằm xóa bỏ khoảng cách địa bàn. Cụ thể cần định biên hoặc phân công rõ cán bộ chuyên trách CTXH tại các Trạm Y tế để vận hành quy trình chuyển tuyến dịch vụ. Đồng thời cần đưa các công cụ tầm soát SKTT vào danh mục khám sức khỏe định kỳ cho NCT tại cộng đồng.

Khuyến nghị đối với Chính quyền cấp Phường/Xã và Trung tâm Công tác xã hội ở cấp độ tổ chức thực hiện.

Cơ sở của khuyến nghị dựa trên phát hiện các hoạt động truyền thông và sinh hoạt cộng đồng đang mang tính hình thức, rào cản vật chất cao. Chính quyền cơ sở cần hành động để xã hội hóa nguồn lực nhằm thiết lập các "thư viện thiết bị hỗ trợ lưu động" tại nhà văn hóa. Các Trung tâm CTXH cần thay đổi phương thức truyền thông bằng việc cá nhân hóa tài liệu cho trực quan và trực tiếp hướng dẫn công nghệ cho NCT thay vì chỉ phát tờ rơi. Đồng thời cần nâng cấp các CLB NCT hiện tại thành các nhóm tự giúp đỡ có sự tham vấn chuyên môn định kỳ.

Khuyến nghị đối với gia đình và mạng lưới láng giềng

Khuyến nghị này được đưa ra từ thực tế gia đình và láng giềng là chỗ dựa lớn nhất nhưng thiếu kỹ năng, cộng thêm tâm lý e ngại sợ nhiều chuyện hoặc sợ làm phiền con cháu. Hành động cụ thể là các thành viên gia đình và người chăm sóc trực tiếp cần chủ động tham gia các khóa tập huấn sơ cứu tâm lý cơ bản do địa phương tổ chức. Mạng lưới hàng xóm cần chuyển đổi từ sự quan tâm xã giao sang việc chủ động theo dõi, trở thành những cộng tác viên báo tin kịp thời cho NVCTXH khi phát hiện NCT có dấu hiệu trầm cảm hoặc cô lập.

Khuyến nghị cho các nghiên cứu tiếp theo

Từ những hạn chế về thiết kế cắt ngang, các nghiên cứu tương lai cần thực hiện phương pháp nghiên cứu dọc và thực nghiệm có nhóm đối chứng để đo lường chính xác tác động của mô hình DVCTXH đối với chất lượng sống của NCT sau triển khai. Đặc biệt, cần ưu tiên triển khai các dự án nghiên cứu hành động nhằm đưa Mô hình DVCTXH đề xuất vào triển khai thử nghiệm thực địa trên quy mô hẹp (tại 1-2 phường/xã đại diện cho khu vực nội thành và ngoại thành TP. HCM). Việc thử nghiệm này sẽ giúp kiểm chứng định lượng tính khả thi, đánh giá các rủi ro vận hành và chuẩn hóa quy trình 5 bước trước khi kiến nghị nhân rộng trong chính sách an sinh xã hội.

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

1. Vũ Thị Minh Phương, Trần Văn Thành (2024), "Tổng quan nghiên cứu về hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi", *Kỷ yếu hội thảo quốc tế Sức khỏe tâm thần trong thời đại số: Vấn đề toàn cầu,* ISBN: 978-604-489-356-3, NXB Đại học Huế, tr 679- 686.
2. Vu Thi Minh Phuong, Nguyen Thanh Binh (2025), "Family-based mental health education for older adults in Ho Chi Minh City: A situational analysis", *International Journal of Healthcare Sciences*, e-ISSN: 2348-5728, Vol.13(1), pp. 514-521. https://doi.org/10.5281/zenodo.16601221
3. Vu Thi Minh Phuong, Tran Van Thanh (2025), "Self-care capacity: A protective factor for mental health among older adults in an urban context", *Asian Journal of Behavioural Sciences,* e-ISSN: 2710-5865, Vol.7(3), pp. 16-27. https://doi.org/10.55057/ajbs.2025.7.3.3
4. Vu Thi Minh Phuong, Mai Tuyet Hanh, Tran Van Thanh (2025), "The impact of social participation on mental health among older adults: A comparative study between urban and suburban areas in Ho Chi Minh City", *HNUE Journal of Science*, ISSN 2354-1067, Vol.70(4), pp. 141-150. https://doi.org/10.18173/2354-1067.2025-0064
5. Nguyễn Thanh Bình & Vũ Thị Minh Phương (2026), "Tương quan giữa nguồn lực tài chính và hiệu quả hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Thành Phố Hồ Chí Minh", *Tạp Chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội: Khoa học Xã hội*, *71*(3), 181-189. https://doi.org/10.18173/2354-1067.2026-0057

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ban Đại diện Hội Người cao tuổi huyện Hóc Môn (2024), *Báo cáo phong trào thi đua yêu nước "Tuổi cao - gương sáng" năm 2024, phương hướng, nhiệm vụ năm 2025*, Huyện Hóc Môn, TP. Hồ Chí Minh.
2. Ban Đại diện Hội Người cao tuổi TP. Hồ Chí Minh (2024), *Báo cáo tổng kết công tác thi đua, khen thưởng năm 2024, phương hướng, nhiệm vụ năm 2025*, TP. Hồ Chí Minh.
3. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2018), *Thông tư số 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: Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.
4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội & UNICEF Việt Nam (2017), *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: Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.
5. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 7618/QĐ-BYT về việc phê duyệt Đề án chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017-2025*, Hà Nội: Bộ Y tế.
6. Bộ Y tế (2021), *Chiến lược quốc gia bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2021-2030 tầm nhìn đến năm 2045*, Hà Nội: Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế Việt Nam (2011), *Thông tư số 35/2011/TT-BYT về hướng dẫn thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi*, Hà Nội.
8. Bùi Thị Hồng Minh, Phạm Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Hà, & Phạm Thị Hằng Nga (2020), *Giáo trình lý thuyết công tác xã hội*, Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
9. Bùi Thị Xuân Mai, Nguyễn Lê Trang, & Nguyễn Thị Thái Lan (2015), *Giáo trình Nhập môn công tác xã hội* (Tái bản lần thứ 2), Nhà xuất bản Lao động - Xã hội.
10. Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình TP.HCM (2023), *Báo cáo về những kết quả ban đầu và bài học kinh nghiệm từ chương trình khám sức khoẻ người cao tuổi trên địa bàn thành phố năm 2023*.

11. Chính phủ Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2018), *Nghị định số 146/2018/NĐ-CP về quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế*, Hà Nội.
12. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013), *Nghị định số 136/2013/NĐ-CP quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội*, Hà Nội: Chính phủ.
13. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2021), *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: Thủ tướng Chính phủ.
14. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2024), *Nghị định số 76/2024/NĐ-CP về sửa đổi bổ sung một số điều của Nghị định số 20/2021/NĐ-CP*, Hà Nội: Cổng Thông tin điện tử Chính phủ.
15. Cục Thống kê Thành phố Hồ Chí Minh (2024), *Thông cáo báo chí về tình hình kinh tế - xã hội Thành phố Hồ Chí Minh Quý I năm 2024*.
16. Đặng Vũ Cảnh Linh (2009), "Người cao tuổi và các mô hình dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam", Hà Nội: NXB Dân Trí.
17. Giang Thanh Long (2013), "Tổng quan các mô hình chăm sóc tại cộng đồng cho người cao tuổi Việt Nam", *Kỷ yếu Hội thảo "Thích ứng với già hoá dân số nhanh: Trao đổi kinh nghiệm quốc tế về các chính sách và hành động"*, Hà Nội.
18. Hoàng Mộc Lan & cộng sự (2018), *Hoạt động tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi: Thực trạng-giải pháp trợ giúp hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cộng đồng*, Đề tài khoa học và công nghệ cấp cơ sở, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, Hà Nội.
19. Hoàng Trung Kiên (2014), *Nghiên cứu nhu cầu đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội*, Luận án tiến sĩ, Hà Nội.
20. Lê Thị Thu Hiền (2025), "Sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại Hà Nội: Góc nhìn nghiên cứu và vai trò của giáo dục", *Tạp chí Tâm lý - Giáo dục*, (01), tr. 152-155.

21. Lê Quốc Dũng, Lê Thị Minh Tâm, & Trần Thị Thanh Trúc (2024), Kinh nghiệm của người chăm sóc gia đình Việt Nam trong việc chăm sóc người cao tuổi tại nhà, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* (70), tr. 47-54.
22. Lương Bích Thủy (2023), *Tự chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại Việt Nam*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
23. Mai Linh Vũ & Minh Phương (2015), "Một số mô hình chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam", *Kỷ yếu Hội thảo Khoa học Quốc tế "Công tác xã hội Việt Nam: Thách thức tính chuyên nghiệp trước nhu cầu hội nhập và phát triển"*, Hà Nội: NXB Lao động.
24. Mai Tuyết Hạnh (2016), *Dịch vụ xã hội trợ giúp người cao tuổi Hà Nội hiện nay*, Luận án Tiến sĩ xã hội học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
25. Nguyễn Đình Tuấn (2023), "Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số", *Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam*, (12), tr. 5-13. DOI: 10.56794/KHXHVN.12(192).5-13
26. Nguyễn Kim Loan (2020), *Tài liệu Công tác xã hội với người cao tuổi*, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội.
27. Nguyễn Thị Kim Hoa (2012), *Tài liệu Công tác xã hội với Người cao tuổi*, Hà Nội: NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, tr. 11-15.
28. Nguyễn Thị Liên (2023), *Dịch vụ trợ giúp xã hội trong các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại Hà Nội*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
29. Nguyễn Thị Cúc Trâm (2022), "Sức khỏe tinh thần người cao tuổi trong bối cảnh đại dịch COVID-19 qua một số nghiên cứu", *Tạp chí Khoa học Xã hội TP. HCM*, *11*(291), tr. 46-54.
30. Nguyễn Hải Hữu (2018), *Đánh giá hệ thống chăm sóc xã hội ở Việt Nam*, Cục Bảo trợ xã hội – Bộ Lao động Thương binh & Xã hội, Hà Nội.
31. Nguyễn Trung Hải (2018), *Giáo trình nhập môn công tác xã hội*, NXB Dân Trí, Hà Nội, tr.10.

32. Nguyễn Trung Hải (2020), *Giáo trình lý thuyết công tác xã hội*, Hà Nội: Trường Đại học Lao động - Xã hội, tr.52.
33. Nguyễn Văn Hiếu (2022), *Dịch vụ công tác xã hội đối với người cao tuổi tại các cơ sở trợ giúp xã hội hiện nay*, Luận án Tiến sĩ, Học viện khoa học xã hội, Hà Nội.
34. Nguyễn Văn Tuấn, Lê Thị Thu Hà, Eric Hahn, & Tạ Thị Minh Tâm (2020), *Giáo trình Điều dưỡng Sức khỏe Tâm thần*, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
35. Phạm Thắng & Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009), *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam*, Hà Nội.
36. Phạm Vũ Hoàng (2013), *Một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc người cao tuổi Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Kinh tế quốc dân, Hà Nội.
37. Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) & Chi nhánh Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam tại TP.HCM (2021), *Báo cáo "Thị trường các sản phẩm dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam"*.
38. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2009), *Luật Người cao tuổi (số 39/2009/QH12)*.
39. Thủ tướng Chính phủ (2012), *Quyết định số 1781/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi Việt Nam giai đoạn 2012 - 2020*, Hà Nội: Thủ tướng Chính phủ.
40. Thủ tướng Chính phủ (2016), *Quyết định số 1533/QĐ-TTg phê duyệt Đề án nhân rộng mô hình Câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau giai đoạn 2016 - 2020*, Hà Nội: Thủ tướng Chính phủ.
41. Thủ tướng Chính phủ (2020), *Quyết định số 1336/QĐ-TTg phê duyệt chương trình nhân rộng mô hình Câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau giai đoạn 2021 - 2025*, Hà Nội: Thủ tướng Chính phủ.
42. Thủ tướng Chính phủ (2021), *Quyết định số 1942/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình nâng cao chất lượng bảo vệ chăm sóc sức khỏe người có công với cách mạng, người cao tuổi, trẻ em, người khuyết tật và các đối tượng cần trợ giúp xã hội giai đoạn 2021 - 2030*, Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

43. Thủ tướng Chính phủ (2021), *Quyết định số 2156/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021-2030*, Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.
44. Thủ tướng Chính phủ Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2020), *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, ngày 25 tháng 11 năm 2020.
45. Thủ tướng Chính phủ Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (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, ngày 29 tháng 01 năm 2022.
46. Tổng cục thống kê (2021), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*.
47. Tổng cục thống kê (2024), *Báo cáo xu hướng biến đổi nhân khẩu học và già hóa dân số tại Việt Nam*. NXB Thống kê.
48. Trần Quang Vinh (2017), *Quản lý trường hợp đối với người cao tuổi từ thực tiễn trung tâm công tác xã hội tỉnh Tiền Giang*, Luận án Tiến sĩ, Học viện Khoa học xã hội, Hà Nội.
49. Trần Văn Long (2015), *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 – 2012*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
50. Trịnh Duy Luân (2016), "Phân tích các chính sách chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay", *Kỷ yếu hội thảo Chăm sóc sức khỏe - Những vấn đề xã hội học và công tác xã hội*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, tr. 77-84.
51. Trương Thị Yến (2024), *Hoạt động hỗ trợ người cao tuổi tại cộng đồng cư dân vạn đò tái định cư của tỉnh Thừa Thiên Huế*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã Hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
52. Ủy ban Thường vụ Quốc hội (2025), *Nghị quyết số 1685/NQ-UBTVQH15 ngày 16/6/2025 về việc sắp xếp đơn vị hành chính cấp xã của Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2023 - 2025*.

53. UBND Quận 5 (2024), *Báo cáo thống kê tình hình kinh tế - xã hội năm 2024*, Quận 5, TP.HCM.
54. UBND Quận 12 (2024), *Báo cáo thống kê người cao tuổi năm 2024*, Quận 12, TP.HCM.
55. UBND Huyện Hóc Môn (2024), *Báo cáo về người cao tuổi năm 2024*, Huyện Hóc Môn, TP.HCM.
56. Ủy ban Dân số Gia đình và Trẻ em (2005), *Nghiên cứu một số đặc trưng của người cao tuổi và đánh giá mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đang áp dụng*.
57. Viện Ngôn ngữ học (2000), *Từ điển tiếng Việt*, Nhà xuất bản Khoa học Xã hội.
58. Viện nghiên cứu Người Cao Tuổi (2009), *Dự án "Nghiên cứu điều tra cơ bản thực trạng sức khỏe bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam"*.
59. Võ Thuấn, Phạm Văn Tư (2018), "Tổng quan mô hình công tác xã hội với người cao tuổi ở Việt Nam", *Tạp Chí Khoa Học Đại Học Đà Lạt*, 8(4), tr. 22–33.
60. Vũ Công Nguyên & cộng sự (2020), *"Nghiên cứu dọc về Người cao tuổi và Sức khỏe tại Việt Nam"*.
61. Vũ Dũng (2008), *Từ điển tâm lý học*, Khoa học xã hội.

Tiếng Anh

62. Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014), "The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective", *The Gerontologist*, 54(1), pp. 82-92.
63. Arai, Y., & Washio, M. (1999), "Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan", *Aging & Mental Health*, 3(2), pp. 158-164. https://doi.org/10.1080/13607869956325
64. Arai, Y., & Zarit, S. H. (2011), "Exploring strategies to alleviate caregiver burden: Effects of the National Long-Term Care insurance scheme in Japan", *Psychogeriatrics*, 11(3), pp. 183-189. https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00367.x
65. Atchley, R. C., & Barusch, A. S. (2004), *Social forces and aging: An introduction to social gerontology* (10th ed.), Wadsworth/Thomson Learning.

66. Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K., & Untzer, J. (2009), "Use of mental health services among older adults in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), pp. 706-715. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a.
67. Bolton, K. W., Praetorius, R. T., & Smith-Osborne, A. (2016), "Resilience Protective Factors in an Older Adult Population: A Qualitative Interpretive Meta-Synthesis", *Social Work Research*, 40(3), pp. 171-182. https://doi.org/10.1093/swr/svw008.
68. Botes, R. (2019), *Aging and Welfare: Investigating the Preferences and Values of the Elderly*, University of Groningen, https://doi.org/ 10.33612/diss.98309129
69. Byers, A. L., Arean, P. A., & Yaffe, K. (2012), "Low Use of Mental Health Services Among Older Americans With Mood and Anxiety Disorders", *Psychiatric Services*, 63(1), pp. 66-72. https://doi.org/10.1176/appi.ps.2011001
70. Campbell, N. A., & Reece, J. B. (2005), *Biology* (7th ed.), Pearson Benjamin Cummings.
71. Carr, D. (2018), "Mental health of older widows and widowers: Which coping strategies are most protective?", *Aging & Mental Health*. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531381.
72. Cassidy-Eagle, E. (2020), "Community and home care for mentally ill older adults", In *Handbook of Mental Health and Aging*, pp. 417-421. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800136-3.00025-9.
73. Choi, Y., Kim, D., & Kim, S.K. (2024), "Effects of physical activity on body composition, muscle strength, and physical function in old age: Bibliometric and meta-analyses", *Journal of Healthcare*, 12 (2), pp. 1-25, https://doi.org/10.3390/healthcare12020197
74. Clark, C. (Ed.). (2001), *Adult day services and social inclusion: Better days*, London.
75. Dang Thanh Nhan (2019), "The Role of the Family in Daily Care for the Elderly in Changing Rural Vietnam", *Wieś i Rolnictwo* 3(184), pp. 95-120. DOI: 10.7366/wir032019/05

76. Dabelko-Schoeny, H., Anderson, K. A., & Guada, J. (2013), "Adult day services: A service platform for delivering mental health care", *Aging & Mental Health*, 17(2), pp. 207-214. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.724653
77. Dang, T. H., Kham Tran, Adrian Esterman, et al. (2021), "Health care services for people with dementia in Vietnam: A situational analysis", *Alzheimer's & Dementia,* 17(10), tr. e057659. https://doi.org/10.1002/alz.057659
78. Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Bąk, E., Kulik, H., & Marcisz, E. (2014), "Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland", *Clinical Interventions in Aging*, pp. 1793-1802. https://doi.org/10.2147/CIA.S69741
79. Dung Nguyen Tien & GuangLi Zhang (2017), "Quality of life among the elderly in Suburban Hanoi, Vietnam: Needs assessment and socio-economic factors affecting the elderly care", Proceedings of the 2017 International Conference on Economics, Management and Social Science (IEMSS 2017), pp. 628-632. DOI: 10.2991/iemss-17.2017.146.
80. Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., & Protheroe, J. (2003), *Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: Controlled observational study*.
81. Fiatarone, M.A., O'Neill, E.F., Ryan, N.D., & colleagues. (1994), "Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people", *New England Journal of Medicine*.
82. Fung, et al. (2019), *Enhancing the quality of life of older adults: A comparative study of different models of day care services*.
83. Giddens, A. (2006), *Sociology* (5th ed.), Polity Press.
84. Giang Thanh Long, Nam Truong Nguyen, et al. (2020a), "Social Support Effect on Health of Older People in Vietnam: Evidence from the National Aging Survey", *Aging International,* pp. 344-360. https://doi.org/10.1007/s12126-020-09370-1
85. Giang Thanh Long, Trang Thi Nguyen & Nam Trương Nguyên (2020b), "Social Support and Self-Rated Health among Older Men and Women in Vietnam", *Journal of Population Ageing*, pp. 427-442. https://doi.org/10.1007/s12062-020-09283-6

86. Gong, X., Ni, Z., & Wu, B. (2018), "The mediating roles of functional limitations and social support on the relationship between vision impairment and depressive symptoms in older adults", *Ageing & Society*. https://doi.org/10.1017/S0144686X18001010
87. Graham, C.J. (2011), *Psychological resilience used by older Australians to maintain health and wellbeing*, University of Southern Queensland.
88. Griffiths, P., & Hochman, A. (2015), *Developmental Systems Theory*, Semantic Scholar.
89. Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019), Multivariate Data Analysis (8th ed.). Cengage.
90. Hale LA, Jenkins ML, Mayland B, et al. (2019), "Living with dementia: the felt worth of support workers", *Ageing & Society*. https://doi.org/10.1017/S0144686X19001636
91. Harper, M. S. (2008), "Behavioral, Social, and Mental Health Aspects of Home Care for the Elderly", *Home Health Care Services Quarterly*, 27(2), pp. 123-145. DOI: 10.1080/01621424.2008.10465234
92. Jang, J., Sang Ah Lee, Woorim Kim, Young Choi, Eun-Cheol Park (2018), "Factors associated with mental health consultation in South Korea", *BMC Psychiatry*, 18(1), 17. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1592-3
93. Johansson, B., & Harkey, J. (2014), "Care Coordination in Long-Term Home- and Community-Based Care", *Home Healthcare Nurse*, 32(8), pp. 470-478. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000108
94. Kalles, E. (2022), *Older Adult Mental Health Considerations and Differences in the COVID-19 Context: A Mixed Methods Study*, University of Waterloo.
95. Keyes, C. L. M. (2002), "The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), pp. 207-222.
96. Lam G. (2022), "An evaluation of community care services for the elderly in Hong Kong", *Public Administration and Policy: An Asia-Pacific Journal*, 25(3), pp. 336–349. https://doi.org/10.1108/PAP-08-2022-0098

97. Lehn, S.F. (2018), *Enhancing the quality of elderly patient care: Identifying patients at risk of rehospitalization and factors influencing the implementation of a preventive rehospitalization program*, University of Southern Denmark.
98. Levkoff, S. E., MacArthur, I. W., & Bucknall, J. (1995), "Elderly mental health in the developing world", *Social Science & Medicine*, 41(7), pp. 983-1003.
99. Levy, L.L. (1990), "Activity, social role retention, and the multiple disabled aged: Strategies for intervention", *Occupational Therapy in Mental Health*.
100. Lima, C. A. de M., & Ivbijaro, G. (Eds.). (2019), *Primary Care Mental Health in Older People: A Global Perspective*, Springer Nature Switzerland.
101. Lin, C.H., Liu, M.Y., & Chen, N.F. (2023), "Frailty prevention care management program (FPCMP) on frailty and health function in community-dwelling older adults: A quasi-experimental trial protocol", *Journal of Health* (Basel, Switzerland).
102. Lippe, B., & Hall, B. (2018), "Mental Health Disorders in Older Adult Populations, In R. J. Gatchel & Co. (Eds.)", *Handbook of Rehabilitation in Older Adults*, Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03916-5_12
103. Liu, H., Yang, R., & Feng, Z. (2020), Age-related loss of resources and perceived old age in China, *Ageing & Society*. https://doi.org/10.1017/S0144686X20001440
104. Long, S.C.M. (2013), *Attitudes towards aging: A systematic review of attitudes towards aging and mental health and a cross-sectional analysis of attitudes towards aging and quality of life in older adults*, University of Edinburgh.
105. Lungu, C., Panait, C., Mihai, A., Sfetcu, R., & Tudose, C. (2017), "Institutional and human resources currently available to elderly people with mental health problems", *Semantic Scholar*. https://doi.org/10.5233/MIH.V21I3.465
106. Mallick, A., & Pan, D. (2015), *Psychosocial Care in Old Age-gateway to Quality Mental Health*, EPV15 - e-Poster 15: Geriatric Psychiatry. Psychiatry, Saltlake Mindset, Kolkata, India.

107. McCall, W. V., & Kintziger, K. W. (2013), Late Life Depression: A Global Problem with Few Resources, *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), pp. 475-481. https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.07.001
108. Miao, J., Wu, X., & Sun, X. (2018), "Neighborhood, social cohesion, and the Elderlys depression in Shanghai", *Social Science & Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.022
109. Myers, D. G. (2014), *Psychology* (11th ed.), Worth Publishers.
110. Neno, R., Aveyard, B., & Heath, H. (2007), *Older people and mental health nursing: A handbook of care*, Blackwell Publishing.
111. Ngoc, T., & Barysheva, L. S. (2016), "Caring for the elderly in Vietnam", *Future Academy*. http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.63
112. Nguyen, H. (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*, pp. 394-413. https://doi.org/10.1007/s12126-016-9263-5
113. Nguyen, T. T., Tran, Q. H., & Le, M. A. (2022), "Mental health in aging population: Challenges and directions in Vietnam", *Journal of Social Work and Health*, 10(2), pp. 56-68.
114. Nguyen, N. T., Nguyen, T., Bui, T. D., & Giang, L. T. (2024), "Depression and associated factors among older people in Vietnam: Findings from a National Aging Survey", *PLOS ONE*, 19(5), e0299791.
115. Nguyen, T.T.A, & Trinh, T.N. (2023), "Evaluation of depression screening and intervention programs for the elderly in Quang Ngai, Vietnam", *ASEAN Journal of Psychiatry*, 24(5), pp. 1-9.
116. Noguchi, T., Hayashi, T., Kubo, Y., Tomiyama, N., Ochi, A., & Hayashi, H. (2021), "Association between family caregivers and depressive symptoms among community-dwelling older adults in Japan: A cross-sectional study during the COVID-19 pandemic", *Archives of Gerontology and Geriatrics*. https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104468

117. Norstrand, J.A., Glicksman, A., Lubben, J., & Kleban, M. (2012), "The role of the social environment on physical and mental health of older adults", *Journal of Housing for the Elderly*.
118. Peek, et al. (2014), *Aging in place: The role of social work in supporting older adults to remain in their communities*.
119. Prom-Wormley, E. C., et al. (2019), "Developing community-based health education strategies with family history", *Social Science & Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.011
120. Pywell, J., Vijaykumar, S., Dodd, A., & Coventry, L. (2020), "Barriers to Older Adults' Uptake of Mobile-Based Mental Health Interventions", *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e21221
121. Rathbone-McCuan, E. (2001), "Mental Health Care Provision for Rural Elders", *Journal of Applied Gerontology*, 20(2), pp. 170-183. DOI: 10.1177/073346480102000207
122. Reid, C. (2022), *Understanding the mental well-being of older adults in care homes*, University of Swansea.
123. Rocha, S.M.M., Nogueira, M.L., & Cesario, M. (2009), "Social support and networks in health promotion of older people: A case study in Brazil", *International Journal of Older People Nursing*, 4(4), pp. 288-298. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00177.x
124. Rosa, E., et al. (2010), "Needs of caregivers of the patients with dementia", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(1), pp. 54-58. https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.07.008
125. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997), "Successful aging", *The Gerontologist*, 37(4), pp. 433-440.
126. Sadavoy, J., Meier, R., & ng, A. Y. M. (2004), "Barriers to accessing mental health services for elderly ethnic populations: A Toronto Study", *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), pp. 192-199.
127. Scharlach, A.E. (2015), "Social work with older adults in the United States", *Arbor*, 191(771), a207.

128. Schofield, H., Murphy B., Herrman H., Bloch S., Singh Bs. (1998), "Carers of people aged over 50 with physical impairment, memory loss and dementia: a comparative study", *Ageing and Society*, 18(3), pp. 355-369. https://doi.org/10.1017/S0144686X98006965
129. Scott, J. E. T., Luszcz, M. A., Walker, R., Mazzucchelli, T., & Windsor, T. D. (2023). Barriers to activity engagement in older adulthood: Results of a community survey. *Australasian Journal on Ageing,* 42(1), pp. 176–184.
130. Shawler, C. (2010), "Assessing and maintaining mental health in elderly individuals", *Nursing Clinics of North America*, 45(3), pp. 635-650. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.010
131. Smith, Heather. (2007), "Psychological service needs of older women", *Psychological Services*, 4(4), pp. 277-286. https://doi.org/10.1037/1541-1559.4.4.277
132. Teerawichitchainan, B., Pothisiri, W., & Giang, T. L. (2015), "How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand", *Social Science & Medicine*, pp. 106-116. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.019
133. Truong, T. Y., & Huynh, T. A. P. (2021), "Health care for the elderly: policy of Japan and recommendation for Vietnam", *VNU Journal of Science: Policy and Management Studies*, 37(4), pp. 37-46. DOI: https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4360
134. Tran, T. M. T. (2019), "Institutional and Cultural Perspectives in Elder Care in Rural Vietnam", *Wieś và Rolnictwo*, (3), pp. 11-26. DOI: https://doi.org/10.53098/wir032019/01
135. Trinh, T. Q., & Yiengprugsawan, V. (2019), "Elderly's Capacity and the Provision of Intergenerational Mutual Support in Vietnam", *Wieś i Rolnictwo*, pp. 73-93. DOI: https://doi.org/10.7366/WIR032019/04
136. UNFPA. (2025), *State of world population 2025: The real fertility crisis: The pursuit of reproductive agency in a changing world*. UNFPA.

137. Whitaker, T., Weismiller, T., & Clark, E. (2006), "Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers", *Special report: Social work services for older adults*, Washington DC: National Association of Social Workers.
138. WHO (2020), *Mental health of older adults: Fact sheets*. World Health Organization.
139. World Bank (2023), *Vietnam's Aging Population: Challenges and Policy Options for Social Protection and Health Care*. World Bank Group.
140. Wu, D., Gao, X., Xie, Z., & Xu, Z. (2021), "Understanding the unmet needs among community-dwelling disabled older people from a linkage perspective", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(389). https://doi.org/10.3390/ijerph18020389
141. Yamada, M., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008), "Coping strategies, care manager support and mental health outcome among Japanese family caregivers", *Health and Social Care in the Community*, 16(4), pp. 400-409. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00752.x
142. Yang, Y., Dang, H., Duong, T.T., Ding, X., Mao, D., Ma, X., Xiao, B., & Trung, Z.H. (2020), "Mental health and related influencing factors of the elderly in rural areas in 14 poor districts in Chongqing, Southwest China: A cross-sectional study", *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25(51). https://doi.org/10.1186/s12199-020-00887-0
143. Yi, Yu, Park, Yeon-Hwan, Cho, Belong, Lim, Kyung-Choon, Jang, Soong-nang, Chang, Sun, Ko, Hana, Noh, Eun-Young, & Ryu, So. (2021), "Development of a community-based integrated service model of health and social care for older adults living alone", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(825). https://doi.org/10.3390/ijerph18020825
144. Younesi Kafshgiri, M., Garmaroudi, G., Nasiri, F., Amiri, H. E. (2017), *A comparative study of the quality of life of the elderly between the members of the supportive community and the non-members*.

145. Zakizadeh, R., Bahreini, M., Farhadi, A., & Bagherzadeh, R. (2022), "The Predictors of Mental Health in the Iranian Elderly: The Role of Social Support and Loneliness", *Journal of Health Sciences & Surveillance System,* 10(1), pp. 105-112. doi: 10.30476/jhsss.2021.92146.1312.

Tiếng Nga

146. Smeleva N.V., Belouxova E.V., Ovcianhic O.A., Subovich M.M., Xvetunkov M.G., Xolodovnhicova Y.A., Gorbusina M.V., Livova E.N. (2007), "Профессиональные методы работы с пожилыми людьми с использованием современных образовательных технологий", Ulyanovsk State University (UIGU).

Tiếng Indonesia

147. Berthiana, B. (2021), "Pemberdayaan Keluarga tentang Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari di Posyandu Lansia Rindang Benua Wilayah Kerja Puskesmas Pahandut Palangka Raya", *Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat,* 6(3), pp. 230-235. DOI: 10.33084/PENGABDIANMU.V6I3.1923

Website

148. Báo Gia đình & xã hội (2024), "Chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người cao tuổi", Lấy từ https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/cham-soc-suc-khoe-tinh-than-cho-nguoi-cao-tuoi
149. Báo Tuổi Trẻ (2024, April 1), *Tốc độ già hóa dân số tại TP.HCM đang diễn ra rất nhanh, vượt qua các dự báo*, Lấy từ https://tuoitre.vn/toc-do-gia-hoa-dan-so-tai-tp-hcm-dang-dien-ra-rat-nhanh-vuot-qua-cac-du-bao-20250401100458334.htm
150. Báo Tuổi Trẻ (2024, December 11), *TP.HCM có chỉ số già hóa dân số nhanh nhất cả nước*, Lấy từ https://tuoitre.vn/tp-hcm-co-chi-so-gia-hoa-dan-so-nhanh-nhat-ca-nuoc-20241211121120651.htm
151. National Council on Aging. (2021), *Did COVID-19 impact older adults mental health?*, NCOA, Lấy từ https://www.ncoa.org/article/did-covid-19-impact-older-adults-mental-health

152. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. (2009), *Luật Người cao tuổi (số 39/2009/QH12)*, Lấy từ https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Luat-Nguoi-cao-tuoi-2009-98613.aspx
153. Ramos, K. (2022), *Mental health impacts of the COVID-19 pandemic*, ASA Generations, Lấy từ https://generations.asaging.org/mental-health-impacts-covid-19-pandemic
154. Sở Y tế TP. HCM. (2023), *Sức khỏe tâm thần là quyền phổ quát của con người*, Lấy từ https://medinet.hochiminhcity.gov.vn/chuyen-muc/suc-khoe-tam-than-la-quyen-pho-quat-cua-con-nguoi-cmobile8-69125.aspx.
155. Sở Y tế TP. HCM. (2024), *Sở Y tế TP.HCM cập nhật tình hình sức khỏe của người cao tuổi trên địa bàn thành phố*, Lấy từ https://soyte.hochiminhcity.gov.vn/tin-tuc-su-kien/so-y-te-tphcm-cap-nhat-tinh-hinh-suc-khoe-cua-nguoi-cao-tuoi-tren-dia-ban-thanh-cmobile1780-71440.aspx.
156. World Health Organization. (2022, October 17), *Mental health of older adults*, WHO, Lấy từ https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
157. World Health Organization. (2022), *Ageing and health*, World Health Organization, Lấy từ https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC A: CÁC BẢNG PHÂN TÍCH THỐNG KÊ

Phụ lục A.1. *Kết quả phân tích tương quan hoạt động phát hiện sớm theo đặc điểm nhân khẩu học*

	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P
PHS NCT (E)	Nam	189	3.0093	.79366	.05773	.351
	Nữ	231	2.9167	.87684	.05769	
PHS Gia đinh	Nam	189	3.0494	.83097	.06044	.911
	Nữ	231	3.1522	.82138	.05404	
PHS Bạn bè	Nam	189	2.9450	.69797	.05077	.013
	Nữ	231	2.7489	.83592	.05500	
PHS Chính quyền ĐP	Nam	189	3.5489	.75744	.05510	.001
	Nữ	231	3.2749	.91940	.06049	
PHS NCT (F)	Nam	189	2.9947	.83194	.06051	.165
	Nữ	231	2.9242	.86048	.05662	
PHS Gia đình	Nam	189	3.0467	.92014	.06693	.607
	Nữ	231	3.0599	.89518	.05890	
PHS Bạn bè	Nam	189	2.9439	.75964	.05526	.002
	Nữ	231	2.8087	.88027	.05792	
PHS Chính quyền	Nam	189	3.4630	.81782	.05949	.001
	Nữ	231	3.0325	.93310	.06139	

ANOVA – ĐỊA BÀN

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	75.528	2	37.764	33.529	.000
	Within Groups	469.672	417	1.126		
	Total	545.200	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	50.271	2	25.135	30.130	.000
	Within Groups	347.870	417	.834		
	Total	398.140	419			
PHS qua TG chương trình	Between Groups	64.610	2	32.305	35.818	.000
	Within Groups	376.102	417	.902		
	Total	440.712	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	4.547	2	2.274	1.418	.243
	Within Groups	668.843	417	1.604		
	Total	673.390	419			
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	97.382	2	48.691	46.424	.000
	Within Groups	437.368	417	1.049		
	Total	534.750	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	53.987	2	26.993	29.206	.000
	Within Groups	385.404	417	.924		
	Total	439.390	419			

PHS qua TG chương trình	Between Groups	90.133	2	45.066	50.451	.000
	Within Groups	372.496	417	.893		
	Total	462.629	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	15.038	2	7.519	5.490	.004
	Within Groups	571.102	417	1.370		
	Total	586.140	419			

ANOVA – TUỔI

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	2.219	2	1.109	.852	.427
	Within Groups	542.981	417	1.302		
	Total	545.200	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	2.123	2	1.061	1.118	.328
	Within Groups	396.018	417	.950		
	Total	398.140	419			
PHS qua TG chương trình	Between Groups	6.011	2	3.006	2.883	.057
	Within Groups	434.701	417	1.042		
	Total	440.712	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	3.319	2	1.660	1.033	.357
	Within Groups	670.071	417	1.607		
	Total	673.390	419			
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	1.700	2	.850	.665	.515
	Within Groups	533.050	417	1.278		
	Total	534.750	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	5.042	2	2.521	2.420	.090
	Within Groups	434.349	417	1.042		
	Total	439.390	419			
PHS qua TG chương trình	Between Groups	10.657	2	5.329	4.916	.008
	Within Groups	451.971	417	1.084		
	Total	462.629	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	8.816	2	4.408	3.184	.042

	Within Groups	577.324	417	1.384		
	Total	586.140	419			

ANOVA-HỌC VẤN

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	2.219	2	1.109	.852	.427
	Within Groups	542.981	417	1.302		
	Total	545.200	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	2.123	2	1.061	1.118	.328
	Within Groups	396.018	417	.950		
	Total	398.140	419			
PHS qua TG chương trình	Between Groups	6.011	2	3.006	2.883	.057
	Within Groups	434.701	417	1.042		
	Total	440.712	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	3.319	2	1.660	1.033	.357
	Within Groups	670.071	417	1.607		
	Total	673.390	419			
PHS qua tự theo dõi	Between Groups	1.700	2	.850	.665	.515
	Within Groups	533.050	417	1.278		
	Total	534.750	419			
PHS qua chia sẻ	Between Groups	5.042	2	2.521	2.420	.090
	Within Groups	434.349	417	1.042		
	Total	439.390	419			
PHS qua TG chương trình	Between Groups	10.657	2	5.329	4.916	.008
	Within Groups	451.971	417	1.084		
	Total	462.629	419			
PHS qua các hoạt động	Between Groups	8.816	2	4.408	3.184	.042
	Within Groups	577.324	417	1.384		
	Total	586.140	419			

Phụ lục A.2: *Kết quả phân tích tương quan hoạt động hỗ trợ tâm lý cơ bản theo đặc điểm nhân khẩu học*

	Giới tính	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**	**Std. Error Mean**	**P**
TLCB NCT	Nam	189	3.1711	.81113	.05900	.017
	Nữ	231	3.0924	.91426	.06015	
TLCB Gia đình	Nam	189	3.2011	.66238	.04818	.082
	Nữ	231	3.1342	.69537	.04575	
TLCB Bạn bè	Nam	189	3.4409	.71348	.05190	.118
	Nữ	231	3.4242	.81348	.05352	
TLCB chính quyền	Nam	189	3.1045	.81866	.05955	.103
	Nữ	231	3.1050	.97025	.06384	
TLCB NCT	Nam	189	3.2451	.79700	.05797	.476
	Nữ	231	3.1847	.89526	.05890	
TLCB Gia đình	Nam	189	3.1521	.78445	.05706	.873
	Nữ	231	3.1894	.74645	.04911	
TLCB Bạn bè	Nam	189	3.4586	.71141	.05175	.001
	Nữ	231	3.3954	.95072	.06255	
TLCB Chính quyền	Nam	189	2.8959	1.07370	.07810	.127
	Nữ	231	2.9524	.99182	.06526	

ANOVA – ĐỊA BÀN

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TLCB NCT	Between Groups	10.726	2	5.363	7.312	.001
	Within Groups	305.861	417	.733		
	Total	316.587	419			
TLCB Gia đình	Between Groups	7.679	2	3.839	8.585	.000
	Within Groups	186.485	417	.447		
	Total	194.164	419			
TLCB Bạn bè	Between Groups	6.221	2	3.110	5.366	.005
	Within Groups	241.712	417	.580		
	Total	247.932	419			
TLCB chính quyền	Between Groups	34.264	2	17.132	23.176	.000
	Within Groups	308.252	417	.739		
	Total	342.515	419			
TLCB NCT	Between Groups	18.171	2	9.085	13.248	.000
	Within Groups	285.969	417	.686		
	Total	304.140	419			
TLCB Gia đình	Between Groups	6.154	2	3.077	5.395	.005
	Within Groups	237.831	417	.570		
	Total	243.985	419			
TLCB Bạn bè	Between Groups	29.481	2	14.741	22.436	.000
	Within Groups	273.969	417	.657		

	Total	303.451	419			
TLCB Chính quyền	Between Groups	35.216	2	17.608	17.992	.000
	Within Groups	408.100	417	.979		
	Total	443.316	419			

ANOVA – TUỔI

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TLCB NCT	Between Groups	.401	2	.201	.265	.768
	Within Groups	316.186	417	.758		
	Total	316.587	419			
TLCB Gia đình	Between Groups	.019	2	.009	.020	.980
	Within Groups	194.145	417	.466		
	Total	194.164	419			
TLCB Bạn bè	Between Groups	.035	2	.017	.029	.971
	Within Groups	247.898	417	.594		
	Total	247.932	419			
TLCB chính quyền	Between Groups	.918	2	.459	.561	.571
	Within Groups	341.597	417	.819		
	Total	342.515	419			
TLCB NCT	Between Groups	.923	2	.461	.635	.531
	Within Groups	303.218	417	.727		
	Total	304.140	419			
TLCB Gia đình	Between Groups	4.179	2	2.089	3.633	.027
	Within Groups	239.807	417	.575		
	Total	243.985	419			
TLCB Bạn bè	Between Groups	1.174	2	.587	.809	.446
	Within Groups	302.277	417	.725		
	Total	303.451	419			
TLCB Chính quyền	Between Groups	1.681	2	.841	.794	.453
	Within Groups	441.635	417	1.059		
	Total	443.316	419			

Phụ lục A.3*: Kết quả phân tích tương quan hoạt động truyền thông SKTT theo đặc điểm nhân khẩu học*

	Giới tính	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**	**Std. Error Mean**	**P**
TTSKTT NCT	Nam	189	2.9471	.80671	.05868	.532
	Nữ	231	3.0022	.86382	.05684	
TTSKTT Gia đình	Nam	189	3.0444	.79716	.05798	.266
	Nữ	231	3.2104	.74008	.04869	
TTSKTT Bạn bè	Nam	189	2.9153	.82220	.05981	.485
	Nữ	231	2.8413	.85115	.05600	
	Nam	189	3.0106	.84103	.06118	.171

TTSKTT Chính quyền	Nữ	231	3.2413	.94664	.06228	
TTSKTT NCT	Nam	189	2.9987	.90525	.06585	.310
	Nữ	231	3.1061	.98445	.06477	
TTSKTT Gia đình	Nam	189	2.9333	.89680	.06523	.809
	Nữ	231	3.0996	.88404	.05817	
TTSKTT Bạn bè	Nam	189	2.9806	.86512	.06293	.131
	Nữ	231	2.8283	.98238	.06464	
TTSKTT Chính quyền	Nam	189	3.0741	.89126	.06483	.215
	Nữ	231	3.0952	.98611	.06488	

ANOVA – ĐỊA BÀN

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TTSKTT NCT	Between Groups	25.737	2	12.868	19.982	.000
	Within Groups	268.549	417	.644		
	Total	294.285	419			
TTSKTT Gia đình	Between Groups	17.328	2	8.664	15.642	.000
	Within Groups	230.977	417	.554		
	Total	248.304	419			
TTSKTT Bạn bè	Between Groups	39.760	2	19.880	32.571	.000
	Within Groups	254.524	417	.610		
	Total	294.285	419			
TTSKTT Chính quyền	Between Groups	27.880	2	13.940	18.352	.000
	Within Groups	316.742	417	.760		
	Total	344.622	419			
TTSKTT NCT	Between Groups	39.049	2	19.525	24.009	.000
	Within Groups	339.113	417	.813		
	Total	378.162	419			
TTSKTT Gia đình	Between Groups	26.286	2	13.143	17.821	.000
	Within Groups	307.536	417	.737		
	Total	333.822	419			
TTSKTT Bạn bè	Between Groups	80.792	2	40.396	59.253	.000
	Within Groups	284.293	417	.682		
	Total	365.085	419			
TTSKTT Chính quyền	Between Groups	33.337	2	16.669	20.462	.000
	Within Groups	339.702	417	.815		
	Total	373.039	419			

ANOVA – ĐỘ TUỔI

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TTSKTT NCT	Between Groups	1.425	2	.712	1.014	.364
	Within Groups	292.860	417	.702		
	Total	294.285	419			
TTSKTT Gia đình	Between Groups	2.667	2	1.334	2.264	.105
	Within Groups	245.637	417	.589		
	Total	248.304	419			
TTSKTT Bạn bè	Between Groups	1.722	2	.861	1.227	.294
	Within Groups	292.562	417	.702		
	Total	294.285	419			

TTSKTT Chính quyền	Between Groups	2.670	2	1.335	1.628	.198
	Within Groups	341.952	417	.820		
	Total	344.622	419			
TTSKTT NCT	Between Groups	1.035	2	.518	.572	.565
	Within Groups	377.127	417	.904		
	Total	378.162	419			
TTSKTT Gia đình	Between Groups	7.257	2	3.629	4.633	.010
	Within Groups	326.565	417	.783		
	Total	333.822	419			
TTSKTT Bạn bè	Between Groups	3.004	2	1.502	1.730	.179
	Within Groups	362.080	417	.868		
	Total	365.085	419			
TTSKTT Chính quyền	Between Groups	3.422	2	1.711	1.930	.146
	Within Groups	369.617	417	.886		
	Total	373.039	419			

Phụ lục A.4: *Kết quả phân tích tương quan hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội theo đặc điểm nhân khẩu học*

	Giới tính	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**	**Std. Error Mean**	**P**
HTXH NCT	Nam	189	2.6944	.82002	.05965	.923
	Nữ	231	2.7846	.78670	.05176	
HTXH Gia đình	Nam	189	3.1574	.73795	.05368	.154
	Nữ	231	3.2695	.79205	.05211	
HTXH Bạn bè	Nam	189	3.2046	.78204	.05689	.001
	Nữ	231	3.1068	1.06192	.06987	
HTXH Chính quyền	Nam	189	3.1429	.83546	.06077	.001
	Nữ	231	3.0658	1.03058	.06781	
HTXH NCT	Nam	189	2.7526	.81663	.05940	.204
	Nữ	231	2.8539	.88344	.05813	
HTXH Gia đình	Nam	189	3.1561	.72299	.05259	.053
	Nữ	231	3.3128	.81618	.05370	
HTXH Bạn bè	Nam	189	3.1358	.89576	.06516	.072
	Nữ	231	2.9423	1.05525	.06943	
HTXH Chính quyền	Nam	189	3.1153	.97459	.07089	.075
	Nữ	231	2.8987	1.05334	.06930	

ANOVA – ĐỊA BÀN

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HTXH NCT	Between Groups	26.344	2	13.172	22.579	.000
	Within Groups	243.266	417	.583		
	Total	269.610	419			
HTXH Gia đình	Between Groups	12.279	2	6.139	10.862	.000
	Within Groups	235.694	417	.565		
	Total	247.973	419			

HTXH Bạn bè	Between Groups	23.490	2	11.745	13.920	.000
	Within Groups	351.849	417	.844		
	Total	375.339	419			
HTXH Chính quyền	Between Groups	51.668	2	25.834	33.203	.000
	Within Groups	324.452	417	.778		
	Total	376.120	419			
HTXH NCT	Between Groups	58.883	2	29.442	49.692	.000
	Within Groups	247.063	417	.592		
	Total	305.946	419			
HTXH Gia đình	Between Groups	26.504	2	13.252	24.287	.000
	Within Groups	227.533	417	.546		
	Total	254.037	419			
HTXH Bạn bè	Between Groups	51.529	2	25.764	29.899	.000
	Within Groups	359.331	417	.862		
	Total	410.860	419			
HTXH Chính quyền	Between Groups	60.442	2	30.221	33.322	.000
	Within Groups	378.192	417	.907		
	Total	438.634	419			

Multiple Comparisons – **PHÂN TÍCH SÂU POST HOC – Test VỀ ĐỊA BÀN**
LSD

Dependent Variable	(I) ĐỊA BÀN KHẢO SÁT	(J) ĐỊA BÀN KHẢO SÁT	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
HTXH NCT	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.56352*	.08996	.000	-.7404	-.3867
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.04872	.09016	.589	-.2260	.1285
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.56352*	.08996	.000	.3867	.7404
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.51479*	.09566	.000	.3268	.7028
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.04872	.09016	.589	-.1285	.2260
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.51479*	.09566	.000	-.7028	-.3268
HTXH Gia đình	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.35687*	.08855	.000	-.5309	-.1828
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.03111	.08875	.726	-.1433	.2056
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.35687*	.08855	.000	.1828	.5309
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.38798*	.09416	.000	.2029	.5731
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	-.03111	.08875	.726	-.2056	.1433
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.38798*	.09416	.000	-.5731	-.2029
HTXH Bạn bè	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.54907*	.10819	.000	-.7617	-.3364

		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.09896	.10843	.362	-.3121	.1142
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.54907*	.10819	.000	.3364	.7617
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.45011*	.11505	.000	.2240	.6763
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.09896	.10843	.362	-.1142	.3121
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.45011*	.11505	.000	-.6763	-.2240
HTXH Chính quyền	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.38248*	.10389	.000	-.5867	-.1783
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.51420*	.10412	.000	.3095	.7189
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.38248*	.10389	.000	.1783	.5867
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.89668*	.11048	.000	.6795	1.1138
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	-.51420*	.10412	.000	-.7189	-.3095
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.89668*	.11048	.000	-1.1138	-.6795
HTXH NCT	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.89570*	.09066	.000	-1.0739	-.7175
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.28228*	.09086	.002	-.4609	-.1037
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.89570*	.09066	.000	.7175	1.0739
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.61342*	.09640	.000	.4239	.8029
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.28228*	.09086	.002	.1037	.4609
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.61342*	.09640	.000	-.8029	-.4239
HTXH Gia đình	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.51156*	.08700	.000	-.6826	-.3405
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.07017	.08720	.421	-.1012	.2416
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.51156*	.08700	.000	.3405	.6826
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.58174*	.09252	.000	.3999	.7636
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	-.07017	.08720	.421	-.2416	.1012
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.58174*	.09252	.000	-.7636	-.3999
HTXH Bạn bè	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.80865*	.10934	.000	-1.0236	-.5937
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.13058	.10958	.234	-.3460	.0848
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.80865*	.10934	.000	.5937	1.0236
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.67807*	.11626	.000	.4495	.9066

	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.13058	.10958	.234	-.0848	.3460
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.67807*	.11626	.000	-.9066	-.4495
HTXH Chính quyền	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.54312*	.11217	.000	-.7636	-.3226
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.42772*	.11242	.000	.2067	.6487
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.54312*	.11217	.000	.3226	.7636
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.97084*	.11928	.000	.7364	1.2053
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	-.42772*	.11242	.000	-.6487	-.2067
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.97084*	.11928	.000	-1.2053	-.7364

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ANOVA – ĐỘ TUỔI

		Sum of Squares	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
HTXH NCT	Between Groups	8.351	2	4.175	6.664	.001
	Within Groups	261.259	417	.627		
	Total	269.610	419			
HTXH Gia đình	Between Groups	1.048	2	.524	.885	.414
	Within Groups	246.925	417	.592		
	Total	247.973	419			
HTXH Bạn bè	Between Groups	11.508	2	5.754	6.595	.002
	Within Groups	363.831	417	.872		
	Total	375.339	419			
HTXH Chính quyền	Between Groups	18.195	2	9.097	10.599	.000
	Within Groups	357.925	417	.858		
	Total	376.120	419			
HTXH NCT	Between Groups	3.485	2	1.742	2.402	.092
	Within Groups	302.461	417	.725		
	Total	305.946	419			
HTXH Gia đình	Between Groups	1.061	2	.530	.874	.418
	Within Groups	252.977	417	.607		
	Total	254.037	419			
HTXH Bạn bè	Between Groups	10.916	2	5.458	5.691	.004
	Within Groups	399.944	417	.959		
	Total	410.860	419			
HTXH Chính quyền	Between Groups	7.343	2	3.671	3.550	.030
	Within Groups	431.291	417	1.034		
	Total	438.634	419			

Phụ lục A.5: *Mức độ hài lòng của NCT đối với các hoạt động CSSKTT theo nhân khẩu học*

Mức độ hài lòng hoạt động CSSKTT	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P
Phát hiện sớm	Nam	189	3.02	.618	.045	<0,001
	Nữ	231	2.86	.764	.050	
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Nam	189	3.26	.701	.051	0,788
	Nữ	231	3.16	.783	.052	
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Nam	189	3.29	.694	.050	0,071
	Nữ	231	3.12	.722	.047	
Hỗ trợ tham gia xã hội	Nam	189	3.25	.641	.047	0,446
	Nữ	231	3.25	.696	.046	

ANOVA – ĐỊA BÀN

Mức độ hài lòng hoạt động CSSKTT		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Phát hiện sớm	Between Groups	1.209	2	.605	1.213	.298
	Within Groups	207.789	417	.498		
	Total	208.998	419			
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Between Groups	.409	2	.204	.364	.695
	Within Groups	233.982	417	.561		
	Total	234.390	419			
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Between Groups	2.587	2	1.294	2.559	.079
	Within Groups	210.792	417	.505		
	Total	213.379	419			
Hỗ trợ tham gia xã hội	Between Groups	1.220	2	.610	1.357	.259
	Within Groups	187.530	417	.450		
	Total	188.750	419			

ANOVA – TUỔI

Mức độ hài lòng hoạt động CSSKTT		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Phát hiện sớm	Between Groups	.301	2	.150	.300	.741
	Within Groups	208.697	417	.500		
	Total	208.998	419			
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Between Groups	1.590	2	.795	1.424	.242
	Within Groups	232.800	417	.558		
	Total	234.390	419			
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Between Groups	2.847	2	1.424	2.820	.061
	Within Groups	210.531	417	.505		
	Total	213.379	419			
Hỗ trợ tham gia xã hội	Between Groups	.746	2	.373	.827	.438
	Within Groups	188.004	417	.451		
	Total	188.750	419			

ANOVA – NGHỀ NGHIỆP

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Phát hiện sớm	Between Groups	12.382	7	1.769	3.707	.001
	Within Groups	196.616	412	.477		
	Total	208.998	419			
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Between Groups	3.628	7	.518	.925	.486
	Within Groups	230.762	412	.560		
	Total	234.390	419			
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Between Groups	3.758	7	.537	1.055	.392
	Within Groups	209.621	412	.509		
	Total	213.379	419			
Hỗ trợ tham gia xã hội	Between Groups	4.854	7	.693	1.553	.148
	Within Groups	183.896	412	.446		
	Total	188.750	419			

ANOVA – THU NHẬP

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Phát hiện sớm	Between Groups	7.479	7	1.068	2.184	.035
	Within Groups	201.519	412	.489		
	Total	208.998	419			
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Between Groups	6.628	7	.947	1.713	.104
	Within Groups	227.762	412	.553		
	Total	234.390	419			
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Between Groups	8.844	7	1.263	2.545	.014
	Within Groups	204.534	412	.496		
	Total	213.379	419			
Hỗ trợ tham gia xã hội	Between Groups	6.503	7	.929	2.100	.042
	Within Groups	182.247	412	.442		
	Total	188.750	419			

ANOVA – TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Phát hiện sớm	Between Groups	4.259	5	.852	1.723	.128
	Within Groups	204.738	414	.495		
	Total	208.998	419			
Hỗ trợ tâm lý cơ bản	Between Groups	1.753	5	.351	.624	.682
	Within Groups	232.638	414	.562		
	Total	234.390	419			
Giáo dục sức khỏe tâm thần	Between Groups	5.135	5	1.027	2.042	.072
	Within Groups	208.243	414	.503		
	Total	213.379	419			
Hỗ trợ tham gia xã hội	Between Groups	9.191	5	1.838	4.238	.001
	Within Groups	179.559	414	.434		
	Total	188.750	419			

Phụ lục A.6: *Kết quả kiểm định ANOVA về tính hiệu quả nguồn lực theo độ tuổi*

ANOVA

Nguồn lực hỗ trợ trong CSSKTT		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HQNL Nhân lực	Between Groups	.933	2	.466	1.430	.241
	Within Groups	136.046	417	.326		
	Total	136.979	419			
HQNL Vật chất	Between Groups	1.317	2	.659	1.330	.266
	Within Groups	206.486	417	.495		
	Total	207.803	419			
HQNL Tài chính	Between Groups	1.540	2	.770	1.804	.166
	Within Groups	177.951	417	.427		
	Total	179.490	419			
HQNL Cộng đồng	Between Groups	6.659	2	3.329	6.108	.002
	Within Groups	227.295	417	.545		
	Total	233.954	419			

Kết quả kiểm định ANOVA về tính hiệu quả nguồn lực theo địa bàn

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HQNL Nhân lực	Between Groups	5.787	2	2.893	9.196	.000
	Within Groups	131.192	417	.315		
	Total	136.979	419			
HQNL Vật chất	Between Groups	25.017	2	12.508	28.536	.000
	Within Groups	182.786	417	.438		
	Total	207.803	419			
HQNL Tài chính	Between Groups	5.591	2	2.795	6.703	.001
	Within Groups	173.900	417	.417		
	Total	179.490	419			
HQNL Cộng đồng	Between Groups	30.027	2	15.013	30.700	.000
	Within Groups	203.927	417	.489		
	Total	233.954	419			

Post hoc - Multiple Comparisons
LSD

Dependent Variable	(I) ĐỊA BÀN KHẢO SÁT	(J) ĐỊA BÀN KHẢO SÁT	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound

HQNL Nhân lực	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.26083*	.06607	.000	-.3907	-.1310
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.01414	.06621	.831	-.1443	.1160
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.26083*	.06607	.000	.1310	.3907
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.24669*	.07025	.000	.1086	.3848
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.01414	.06621	.831	-.1160	.1443
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.24669*	.07025	.000	-.3848	-.1086
HQNL Vật chất	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.58731*	.07798	.000	-.7406	-.4340
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.29819*	.07815	.000	-.4518	-.1446
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.58731*	.07798	.000	.4340	.7406
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.28912*	.08292	.001	.1261	.4521
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.29819*	.07815	.000	.1446	.4518
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.28912*	.08292	.001	-.4521	-.1261
HQNL Tài chính	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.22411*	.07606	.003	-.3736	-.0746
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.05122	.07623	.502	-.0986	.2011
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.22411*	.07606	.003	.0746	.3736
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.27533*	.08088	.001	.1163	.4343
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	-.05122	.07623	.502	-.2011	.0986
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.27533*	.08088	.001	-.4343	-.1163
HQNL Cộng đồng	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.64541*	.08237	.000	-.8073	-.4835
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	-.27847*	.08255	.001	-.4407	-.1162
	Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.64541*	.08237	.000	.4835	.8073
		Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	.36694*	.08759	.000	.1948	.5391
	Phường Chợ Lớn, An Đông (Quận 5 cũ)	Xã Hóc môn (H Hóc Môn cũ)	.27847*	.08255	.001	.1162	.4407
		Phường ĐHT và Trung Mỹ Tây (Quận 12 cũ)	-.36694*	.08759	.000	-.5391	-.1948

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ANOVA- HỌC VẤN

Nguồn lực hỗ trợ trong CSSKTT		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HQNL Nhân lực	Between Groups	1.668	4	.417	1.279	.277
	Within Groups	135.311	415	.326		
	Total	136.979	419			
HQNL Vật chất	Between Groups	5.650	4	1.412	2.900	.022
	Within Groups	202.153	415	.487		
	Total	207.803	419			
HQNL Tài chính	Between Groups	4.587	4	1.147	2.721	.029
	Within Groups	174.903	415	.421		
	Total	179.490	419			
HQNL Cộng đồng	Between Groups	8.326	4	2.082	3.829	.005
	Within Groups	225.628	415	.544		
	Total	233.954	419			

ANOVA – TÌNH TRẠNG SỐNG

Nguồn lực hỗ trợ trong CSSKTT		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HQNL Nhân lực	Between Groups	3.009	4	.752	2.330	.055
	Within Groups	133.969	415	.323		
	Total	136.979	419			
HQNL Vật chất	Between Groups	3.416	4	.854	1.734	.141
	Within Groups	204.387	415	.492		
	Total	207.803	419			
HQNL Tài chính	Between Groups	4.540	4	1.135	2.692	.031
	Within Groups	174.951	415	.422		
	Total	179.490	419			
HQNL Cộng đồng	Between Groups	7.600	4	1.900	3.484	.008
	Within Groups	226.354	415	.545		
	Total	233.954	419			

Phụ lục A.7: *Tương quan giữa mức độ tiếp cận và tính hiệu quả của các nguồn lực*

Correlations

Mối tương quan		Mức độ tiếp cận NL				Tính hiệu quả tiếp cận NL			
		Nhân lực	Vật chất	Tài chính	Cộng đồng	Nhân lực	Vật chất	Tài chính	Cộng đồng
Nhân lực NCT	Pearson Correlation	1	.547**	.566**	.611**	.530**	.481**	.572**	.468**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
Vật chất	Pearson Correlation	.547**	1	.677**	.566**	.256**	.627**	.307**	.451**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
	Pearson Correlation	.566**	.677**	1	.646**	.306**	.394**	.364**	.334**

Tài chính	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
Cộng đồng, tổ chức xã hội	Pearson Correlation	.611**	.566**	.646**	1	.396**	.447**	.411**	.425**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
HQ Nhân lực	Pearson Correlation	.530**	.256**	.306**	.396**	1	.505**	.678**	.600**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
HQ Vật chất	Pearson Correlation	.481**	.627**	.394**	.447**	.505**	1	.539**	.708**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
HQ Tài chính	Pearson Correlation	.572**	.307**	.364**	.411**	.678**	.539**	1	.573**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	420	420	420	420	420	420	420	420
HQ Cộng đồng	Pearson Correlation	.468**	.451**	.334**	.425**	.600**	.708**	.573**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	420	420	420	420	420	420	420	420

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

PHỤ LỤC B - PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN

(DÀNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI)

Kính thưa Ông/Bà,

Nhóm nghiên cứu chúng tôi đang thực hiện nghiên cứu về "***Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh"***

Kính mong Ông/Bà dành chút thời gian xem bảng câu hỏi dưới đây và đánh dấu (x) vào những câu trả lời cho là phù hợp nhất, hoặc điền nội dung thông tin vào chỗ (…).

Những thông tin Ông/Bà cung cấp chỉ nhằm phục vụ cho mục đích nghiên cứu và sẽ được đảm bảo bí mật.

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG

Ông/bà vui lòng cho biết một số thông tin cá nhân

A1: Họ và tên (có thể không ghi) …….

A2: Giới tính: Nam: ☐ 1 Nữ: ☐ 2

A3: Ông/bà năm nay bao nhiêu tuổi?

1. Từ 60 đến dưới 70 tuổi	☐	3. Từ 80 tuổi trở lên	☐
2. Từ 70 đến dưới 80 tuổi	☐		

A4: Trình độ học vấn của Ông/Bà?

1. Không biết chữ	☐	4. Trung học phổ thông	☐
2. Tiểu học	☐	5. Trung cấp, cao đẳng, đại học	☐
3. Trung học cơ sở	☐	6. Sau đại học	☐

A5: Nghề nghiệp của Ông/Bà trước khi nghỉ hưu?

1. Công chức, viên chức	☐	5. Nội trợ	☐
2. Nông dân	☐	6. Lực lượng vũ trang	☐
3. Công nhân	☐	7. Không việc làm	☐
4. Buôn bán nhỏ	☐	8. Khác (ghi rõ)…….	☐

A6: Thu nhập trung bình mỗi tháng của Ông/Bà hiện nay là bao nhiêu?

1. Dưới 3 triệu đồng	☐	5. Từ 7 đến 9 triệu đồng	☐
2. Từ 3 đến 4 triệu đồng	☐	6. Trên 10 triệu đồng	☐
3. Từ 4 đến 5 triệu đồng	☐	7. Không có thu nhập	☐
4. Từ 5 đến 7 triệu đồng	☐	8. Khó nói	☐

A7: Nếu có thu nhập, nguồn thu nhập chính của ông/bà hiện nay là gì? *(có thể lựa chọn nhiều phương án)*

1. Lương hưu/Trợ cấp BHXH	☐	6. Làm thêm/làm bán thời gian	☐
2. Tiền tiết kiệm	☐	7. Trợ cấp xã hội	☐
3. Con cháu hỗ trợ	☐	8. Ưu đãi người có công	☐
4. Cho thuê nhà đất	☐	9. Thu nhập khác (ghi rõ)……	☐
5. Kinh doanh/buôn bán nhỏ	☐		

A8: Ông/bà tự đánh giá tình trạng sức khỏe chung của mình hiện nay như thế nào?

1. Tốt *(cảm thấy khỏe mạnh, không gặp vấn đề sức khỏe đáng kể).*	☐
2. Khá tốt *(nhìn chung ổn định, đôi khi có một số bệnh vặt).*	☐
3. Trung bình *(không tốt, không xấu, có thể mắc một số bệnh mạn tính nhưng đã được kiểm soát).*	☐
4. Kém *(Sức khỏe yếu, thường xuyên gặp vấn đề về sức khỏe, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày).*	☐
5. Rất kém *(Sức khỏe rất yếu, cần sự trợ giúp thường xuyên trong sinh hoạt).*	☐
6. Khó nói *(không chắc chắn về tình trạng sức khỏe)*	☐

A9: Hiện tại, ông/bà có đang mắc bệnh nào dưới đây không?

1. Huyết áp	☐	7. Bệnh về hô hấp	☐
2. Tim mạch	☐	8. Bệnh về tiêu hóa	☐
3. Tiểu đường	☐	9. Bệnh răng miệng	☐
4. Đột quỵ	☐	10. Bệnh về mắt	☐
5. Thoái hóa khớp	☐	11. Bệnh thần kinh	☐
6. Suy giảm trí nhớ	☐	12. Khác (ghi rõ) ……	☐

A10: Ông/bà hiện đang sống với ai?

1. Sống 1 mình	☐	4. Sống với vợ/chồng và con cháu	☐
2. Sống với vợ/chồng	☐	5. Sống với người thân khác (ghi rõ) ……	☐
3. Sống với con cháu	☐	6. Khác (ghi rõ)…	☐

PHẦN B. THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

B1: Trong vòng 1 năm qua, ông/bà hoặc người thân trong gia đình đã từng tham gia những hoạt động CSSKTT nào sau đây?

STT	Các hoạt động CSSKTT *(1. Đã từng tham gia; 2. Chưa từng tham gia; 3. Không biết/không nhớ)*	Phương án trả lời		
1	Phát hiện sớm	1	2	3
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	1	2	3
3	Giáo dục sức khỏe tâm thần	1	2	3
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	1	2	3
5	Khác (ghi rõ): ……			

B2: Ông/bà vui lòng cho biết nhu cầu của ông/bà đối với các hoạt động CSSKTT dưới đây như thế nào?

STT	Các hoạt động CSSKTT	Không có nhu cầu	Ít có nhu cầu	Trung bình	Có nhu cầu	Rất có nhu cầu
1	Phát hiện sớm	1	2	3	4	5
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	1	2	3	4	5
3	Giáo dục sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	1	2	3	4	5
5	Khác (ghi rõ): ……					

B3: Theo ông/bà, mức độ cần thiết của các hoạt động dưới đây như thế nào?

STT	Các hoạt động CSSKTT	Hoàn toàn không	Ít cần thiết	Trung bình	Cần thiết	Rất cần thiết

		cần thiết				
1	Phát hiện sớm	1	2	3	4	5
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	1	2	3	4	5
3	Giáo dục sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	1	2	3	4	5
5	Khác (ghi rõ)….	1	2	3	4	5

B4: Ông/bà đánh giá tần suất và mức độ hiệu quả của các hoạt động dưới đây như thế nào trong việc CSSKTT cho người cao tuổi? *(Khoanh tròn vào lựa chọn)*

STT	Hoạt động CSSKTT	**Tần suất** *(1=HT không thường xuyên, 2=Không thường xuyên, 3=Thỉnh thoảng, 4=Thường xuyên, 5=Rất thường xuyên)*	**Mức độ hiệu quả** *(1=Rất không hiệu quả, 2=Ít hiệu quả, 3=Trung bình, 4=Hiệu quả, 5=Rất hiệu quả)*
B4.1 Phát hiện sớm			
B4.1.1 Bản thân NCT			
B4.1.1.1	Tự theo dõi SKTT, chú ý đến những thay đổi trong cảm xúc, hành vi và suy nghĩ của bản thân.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.1.2	Chia sẻ với người thân, bạn bè khi có dấu hiệu bất thường về SKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.1.3	Tham gia các chương trình khám SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.1.4	Tham gia các hoạt động phù hợp như dưỡng sinh, thiền định, viết nhật ký, chăm sóc cây cối...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2 Gia đình			
B4.1.2.1	Quan sát, lắng nghe dành thời gian trò chuyện với NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2.2	Trao đổi, chia sẻ với NCT về các vấn đề SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2.3	Tạo môi trường an toàn và yêu thương để NCT chia sẻ.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2.4	Khuyến khích NCT tham gia các hoạt động lành mạnh.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2.5	Tìm hiểu kiến thức về SKTT để hỗ trợ NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.2.6	Kết nối với các nguồn lực cộng đồng để hỗ trợ NCT (nếu cần).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.3 Nhóm bạn bè và cộng đồng NCT			
B4.1.3.1	Nhận diện các dấu hiệu bất thường về SKTT của NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.3.2	Khuyến khích NCT tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần thiết.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.3.3	Tổ chức các buổi chia sẻ, tâm sự về các vấn đề tâm lý.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.3.4	Thăm hỏi, động viên NCT khi có dấu hiệu bất ổn.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.3.5	Cùng nhau tham gia các hoạt động sinh hoạt nhóm, câu lạc bộ.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.4 Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội			
B4.1.4.1	Tổ chức các buổi sinh hoạt cộng đồng về SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

B4.1.4.2	Kết hợp với các trạm y tế hoặc TT y tế cộng đồng tổ chức khám sức khỏe định kỳ và sàng lọc SKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.4.3	Xây dựng mạng lưới cộng đồng hỗ trợ NCT (như Hội NCT, tổ dân phố...).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.1.4.4	Cung cấp thông tin và hỗ trợ NCT tiếp cận các dịch vụ CSSKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2 Hỗ trợ tâm lý cơ bản			
B4.2.1 Bản thân NCT			
B4.2.1.1	Chủ động duy trì các thói quen tích cực như viết nhật ký, đọc sách, chăm sóc cây cối, tập luyện thể dục nhẹ nhàng như thiền định, dưỡng sinh...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.1.2	Chia sẻ suy nghĩ, cảm xúc và tìm kiếm sự hỗ trợ với gia đình, bạn bè hoặc chuyên gia khi cần thiết, thay vì chịu đựng một mình.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.1.3	Tham gia các nhóm hỗ trợ tâm lý, các buổi chia sẻ kinh nghiệm về SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.2 Gia đình NCT			
B4.2.2.1	Thường xuyên trò chuyện, quan tâm và tạo cơ hội cho NCT tham gia các hoạt động gia đình.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.2.2	Kiên nhẫn và thấu hiểu những khó khăn tâm lý mà NCT đang gặp phải.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.2.3	Động viên tích cực, khuyến khích NCT tham gia các hoạt động xã hội, gặp gỡ bạn bè.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.2.4	Hỗ trợ NCT tìm kiếm sự giúp đỡ từ chuyên gia khi cần thiết.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.3 Nhóm bạn bè			
B4.2.3.1	Tổ chức các buổi sinh hoạt nhỏ như cùng nhau uống trà, đọc sách, chơi cờ, đi dạo...để NCT chia sẻ tâm tư, tình cảm, kinh nghiệm sống, giảm cảm giác cô đơn	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.3.2	Lắng nghe và thấu hiểu những chia sẻ của NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.3.3	Thăm hỏi và động viên NCT khi gặp khó khăn.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.4 Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội			
B4.2.4.1	Tổ chức các buổi giao lưu, sinh hoạt tập thể như hát hò, tập dưỡng sinh, hội thảo nhỏ về SKTT...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.4.2	Tạo điều kiện cho NCT tham gia các hoạt động văn hóa, thể dục thể thao, giải trí tại cộng đồng.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.4.3	Phối hợp với các tổ chức, cá nhân để cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý, hỗ trợ tinh thần cho NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.2.4.4	Truyền thông, nâng cao nhận thức cộng đồng về tầm quan trọng của việc hỗ trợ tâm lý cho NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3 Truyền thông sức khỏe tâm thần			
B4.3.1 Bản thân NCT			
B4.3.1.1	Chủ động tìm hiểu và học hỏi các kiến thức cơ bản về SKTT và các dấu hiệu, triệu chứng của các vấn đề SKTT thông qua sách báo, tài liệu, internet...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

B4.3.1.2	Tham gia các buổi sinh hoạt, chia sẻ kiến thức về SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.1.3	Chia sẻ kinh nghiệm sống và những cách thức tự chăm sóc tinh thần hiệu quả với người khác.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.1.4	Học cách ứng phó với căng thẳng, lo âu và các vấn đề tâm lý khác.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.2 Gia đình NCT			
B4.3.2.1	Tìm hiểu kiến thức về SKTT và chia sẻ với NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.2.2	Cùng NCT đọc sách, báo, xem video, tham gia các buổi chia sẻ về SKTT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.2.3	Khuyến khích NCT tham gia các hoạt động giúp nâng cao nhận thức về SKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.2.4	Tạo điều kiện để NCT thực hành các phương pháp tự chăm sóc tinh thần	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.2.5	Lắng nghe và chia sẻ với NCT về những vấn đề liên quan đến SKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.3 Nhóm bạn bè			
B4.3.3.1	Tổ chức các buổi nói chuyện, thảo luận tìm hiểu các TT, kiến thức về SKTT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.3.2	Chia sẻ kinh nghiệm tự chăm sóc tinh thần cho nhau.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.3.3	Khuyến khích lẫn nhau duy trì lối sống lành mạnh, tinh thần tích cực.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.4 Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội			
B4.3.4.1	Tổ chức các buổi truyền thông, hội thảo về SKTT cho NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.4.2	Phát hành các tài liệu, ấn phẩm về SKTT cho NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.4.3	Lồng ghép nội dung truyền thông SKTT vào các hoạt động CSSK khác.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.3.4.4	Hỗ trợ các tổ chức, cá nhân thực hiện các hoạt động truyền thông SKTT cho NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4 Hỗ trợ tham gia xã hội			
B4.4.1 Bản thân NCT			
B4.4.1.1	Chủ động tham gia các hoạt động XH phù hợp với sở thích và khả năng: các CLB văn hóa, thể thao, hoạt động tâm linh như đi lễ chùa, nhà thờ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.1.2	Tham gia các hoạt động tình nguyện, giúp đỡ cộng đồng.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.1.3	Học hỏi kỹ năng mới, tham gia các khóa học, lớp học phù hợp	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.1.4	Sử dụng công nghệ thông tin để giao lưu, kết nối với bạn bè, người thân.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.2 Gia đình NCT			
B4.4.2.1	Khuyến khích và tạo điều kiện cho NCT tham gia các hoạt động xã hội	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

B4.4.2.2	Cùng NCT tham gia các hoạt động gia đình, vui chơi, giải trí.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.2.3	Hỗ trợ NCT tìm kiếm thông tin về các hoạt động XH phù hợp và tôn trọng mong muốn tham gia các hoạt động này của NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.2.4	Động viên NCT duy trì các mối quan hệ xã hội.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.3 Nhóm bạn bè			
B4.4.3.1	Rủ NCT tham gia các hoạt động nhóm, câu lạc bộ.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.3.2	Tạo điều kiện để NCT giao lưu, kết bạn, hỗ trợ, giúp đỡ NCT khi tham gia các hoạt động xã hội.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.3.3	Chia sẻ thông tin về các hoạt động xã hội phù hợp với NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.4 Chính quyền địa phương và các đoàn thể			
B4.4.4.1	Xây dựng và triển khai các chương trình sinh hoạt cộng đồng dành cho NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.4.2	Tổ chức các hoạt động văn hóa, thể thao, giải trí cho NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.4.3	Cung cấp thông tin về các dịch vụ, chương trình hỗ trợ NCT tham gia xã hội.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.4.4	Đầu tư, phát triển cơ sở vật chất, không gian sinh hoạt cộng đồng cho NCT.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
B4.4.4.5	Phối hợp với các tổ chức để cung cấp hỗ trợ tài chính cho NCT có hoàn cảnh khó khăn	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

B5: Ông/bà gặp những khó khăn nào khi tham gia vào các hoạt động CSSKTT hiện nay tại địa phương?

Stt	Khó khăn	Hoàn toàn ko khó khăn	Ít khó khăn	Bình thường	Nhiều khó khăn	Rất nhiều khó khăn
B5.1 Chủ quan						
B5.1.1	Sức khỏe yếu, không đủ khả năng tham gia	1	2	3	4	5
B5.1.2	Di chuyển khó khăn, không tiện đi lại.	1	2	3	4	5
B5.1.3	Giảm khả năng nghe nhìn, khó tiếp thu thông tin.	1	2	3	4	5
B5.1.4	E ngại, xấu hổ khi chia sẻ về vấn đề tâm lý bản thân.	1	2	3	4	5
B5.1.5	Thiếu động lực, không hứng thú tham gia	1	2	3	4	5
B5.1.6	Chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc CSSKTT.	1	2	3	4	5
B5.1.7	Chưa hiểu biết về các hoạt động CSSKTT cộng đồng.	1	2	3	4	5
B5.1.8	Ngại thay đổi thói quen sinh hoạt	1	2	3	4	5
B5.1.9	Không biết tìm kiếm thông tin về các hoạt động ở đâu.	1	2	3	4	5
B5.1.10	Không tin vào hiệu quả của các phương pháp CSSKTT hiện đại.	1	2	3	4	5
B5.2 Khách quan						
B5.2.1	Chi phí tham gia các hoạt động CSSKTT cao.	1	2	3	4	5
B5.2.2	Không có phương tiện để đến nơi tổ chức hoạt động	1	2	3	4	5
B5.2.3	Thiếu không gian tổ chức các hoạt động CSSKTT.	1	2	3	4	5
B5.2.4	Môi trường sống không thuận lợi (ô nhiễm, thiếu an toàn).	1	2	3	4	5

B5.2.5	Thiếu các chương trình, hoạt động CSSKTT phù hợp với NCT.	1	2	3	4	5
B5.2.6	Thiếu bác sĩ, chuyên gia tâm lý có kinh nghiệm về CSSKTT cho NCT	1	2	3	4	5
B5.2.7	Thiếu sự quan tâm, hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng.	1	2	3	4	5
B5.2.8	Sợ bị kỳ thị, phân biệt do có vấn đề về SKTT.	1	2	3	4	5
B5.3	*Khó khăn khác (ghi rõ): .....*	1	2	3	4	5

B6: Ông/bà vui lòng cho biết mức độ hài lòng của ông/bà đối với các hoạt động CSSKTT dưới đây:

STT	Các hoạt động CSSKTT	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1	Phát hiện sớm	1	2	3	4	5
2	Hỗ trợ tâm lý cơ bản	1	2	3	4	5
3	Giáo dục sức khỏe tâm thần	1	2	3	4	5
4	Hỗ trợ tham gia xã hội	1	2	3	4	5

PHẦN C. THỰC TRẠNG CÁC NGUỒN LỰC THỰC HIỆN HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

C1: Ông/bà đánh giá mức độ tiếp cận và hiệu quả của các nguồn lực phục vụ hoạt động CSSKTT cho người cao tuổi tại địa phương như thế nào? *(Khoanh tròn vào lựa chọn)*

Stt	Nguồn lực	**Mức độ tiếp cận** *(1=Ko thể tiếp cận, 2=Tiếp cận rất khó khăn, 3=Trung bình,4=Tiếp cận dễ dàng, 5=Tiếp cận rất dễ dàng)*	**Mức độ hiệu quả** *(1=Hoàn toàn ko hiệu quả, 2=Ít hiệu quả, 3=Trung bình, 4=Hiệu quả, 5=Rất hiệu quả)*
C1.1	***Nhân lực***		
C1.1.1	Khả năng tự chăm sóc của NCT(Kinh nghiệm, kỹ năng, thói quen và các hoạt động cụ thể)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.1.2	Gia đình và người thân	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.1.3	Nhóm bạn bè và cộng đồng NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.1.4	Chính quyền địa phương và các đoàn thể xã hội (Hội NCT, tổ dân phố, trung tâm văn hóa...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.2	***Vật chất***		
C1.2.1	Cơ sở hạ tầng phục vụ sinh hoạt cộng đồng (câu lạc bộ NCT, nhà văn hóa, công viên...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.2.2	Trang thiết bị hỗ trợ (xe lăn, gậy chống, thiết bị trợ thính, dụng cụ đo huyết áp, dụng cụ kiểm tra SK định kỳ và các bộ câu hỏi sàng lọc SKTT...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.2.3	Tài liệu và ấn phẩm truyền thông SKTT (sách, tờ rơi, video hướng dẫn...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.2.4	Ứng dụng công nghệ hỗ trợ SKTT (phần mềm, hệ thống tư vấn trực tuyến...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.3	***Tài chính***		
C1.3.1	Cá nhân và gia đình	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.3.2	Ngân sách chính quyền địa phương	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.3.3	Chương trình BHYT, BHXH hoặc trợ cấp xã hội	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.3.4	Các chương trình viện trợ, quỹ hỗ trợ, từ thiện của tổ chức phi chính phủ hoặc cộng đồng	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.4	***Cộng đồng***		

C1.4.1	Các nhóm tự lực/tự giúp đỡ về SKTT/CLB NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.4.2	Mạng lưới gia đình, bạn bè	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.4.3	Các tổ chức phi chính phủ hỗ trợ NCT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.4.4	Các chương trình, hoạt động về SKTT của chính quyền hoặc tổ chức thiện nguyện (ví dụ: ngày hội SKTT, các buổi tư vấn, nói chuyện chuyên đề...)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
C1.5	Nguồn lực khác (ghi rõ)……	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

C2: Ông/bà thấy có những nguồn lực nào cần bổ sung hoặc cải thiện để hỗ trợ tốt hơn cho CSSKTT của người cao tuổi?

……

……

Xin trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC C - PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU
(DÀNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI)

I. Thông tin chung

Họ và tên: .....

Tuổi: .....

Giới tính: .....

Trình độ học vấn: .....

II. Nội dung phỏng vấn

Câu 1: Theo Ông/Bà, sức khỏe tâm thần có vai trò như thế nào đối với cuộc sống của người cao tuổi chúng ta?

Câu 2: Trong cuộc sống hàng ngày, Ông/Bà có thói quen để ý đến những thay đổi trong cảm xúc, suy nghĩ hay hành động của mình không ạ?

Câu 3: Trong trường hợp Ông/Bà cảm thấy tinh thần mình không được tốt, những dấu hiệu nào khiến Bác/Ông/Bà nghĩ rằng mình cần chia sẻ với ai đó hoặc cần sự giúp đỡ?

Câu 4: Ông/Bà có thể chia sẻ một kinh nghiệm nào đó của bản thân (hoặc của người quen) về việc phát hiện ra một vấn đề sức khỏe tâm thần và cách giải quyết không? Khi đó, những dấu hiệu ban đầu là gì?

Câu 5: Gia đình đã hỗ trợ ông/bà như thế nào trong việc CSSKTT? (Ví dụ như cùng tham gia các hoạt động, chia sẻ, động viên, tìm kiếm thông tin, hỗ trợ tài chính,...)

Câu 6: Ông/bà có tham gia nhóm, câu lạc bộ hoặc các hoạt động chung nào với bạn bè không? Những hoạt động này có ý nghĩa như thế nào đối với SKTT của ông/bà?

Câu 7: Ông/bà có biết đến các chương trình, chính sách hoặc dịch vụ nào của chính quyền hoặc các đoàn thể hỗ trợ cho SKTT của NCT không? Ông/bà đã từng sử dụng hoặc tiếp cận với những hỗ trợ này chưa?

Câu 8: Theo ông/bà, hiện tại địa phương còn thiếu những nguồn lực hoặc dịch vụ nào để hỗ trợ tốt hơn cho SKTT của NCT?

Câu 9: Nếu có thể, ông/bà mong muốn có thêm dịch vụ, hoạt động, hoặc hỗ trợ nào để cải thiện SKTT của mình?

Câu 10: Ông/bà có đề xuất gì để giúp nâng cao chất lượng các hoạt động và dịch vụ CSSKTT đối với NCT?

PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU

(DÀNH CHO GIA ĐÌNH NCT, BẠN BÈ, CHÍNH QUYỀN)

I. Thông tin chung

Đối tượng phỏng vấn: ☐ Gia đình NCT ☐ Nhóm bạn bè ☐ Chính quyền địa phương

Họ và tên:

Tuổi:

Giới tính:

Trình độ học vấn:

(*Nếu là gia đình NCT*) Mối quan hệ với NCT: ( ) Con/cháu ( ) Họ hàng ( ) Khác

(*Nếu là chính quyền địa phương*) Thời gian làm việc tại địa phương:

II. Nội dung phỏng vấn

Dành cho gia đình người cao tuổi:

1. Khi quan sát người thân cao tuổi của mình, những biểu hiện nào sẽ khiến anh/chị nghĩ rằng họ có thể đang gặp vấn đề về SKTT?
2. Anh/chị có thể chia sẻ những điều ông/bà thường làm để quan tâm, CSSKTT cho người thân cao tuổi trong gia đình?
3. Anh/chị đã từng gặp phải những khó khăn nào khi CSSKTT cho người thân cao tuổi? (Ví dụ: khó khăn trong việc nhận biết các dấu hiệu bất thường, thiếu kiến thức về SKTT, khó khăn trong việc thuyết phục NCT tham gia các hoạt động,...)
4. Gia đình có những nguồn lực nào (ví dụ như thời gian, kiến thức, tài chính...) để CSSKTT cho NCT? Theo anh/chị, nguồn lực nào là quan trọng nhất?
5. Anh/chị có mong muốn các dịch vụ nào được thiết kế để hỗ trợ tốt hơn cho gia đình trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi?
6. Anh/chị mong muốn nhận được sự hỗ trợ gì từ cộng đồng/chính quyền để CSSKTT cho người thân cao tuổi tốt hơn?

Dành cho nhóm bạn bè/người cao tuổi khác:

7. Theo Ông/Bà, ở lứa tuổi của mình, bạn bè xung quanh thường có thể gặp những vấn đề gì về sức khỏe tâm thần?
8. Khi giao lưu, sinh hoạt chung với bạn bè, Ông/Bà thường để ý đến những thay đổi nào ở một người bạn mà có thể cho thấy họ đang có chút vấn đề về tinh thần hay không?

9. Có những biểu hiện nào ở bạn bè mà ban đầu mọi người có thể cho qua, nghĩ là "chuyện thường của tuổi già", nhưng sau này lại thấy đó có thể là dấu hiệu của vấn đề SKTT không? Ông/Bà có thể chia sẻ một ví dụ?
10. Theo Ông/Bà, đâu là những dấu hiệu ở một người bạn cho thấy họ thực sự cần sự giúp đỡ về mặt tâm lý?
11. Khi Ông/Bà hoặc ai đó trong nhóm bạn bè nhận thấy một người bạn có những biểu hiện bất thường như vậy, mọi người thường làm gì? (Ví dụ: hỏi thăm trực tiếp, chia sẻ với người khác trong nhóm, động viên, rủ đi chơi, báo cho gia đình họ...).
12. Có những khó khăn hay e ngại nào khi muốn giúp đỡ một người bạn mà mình nghĩ họ đang có vấn đề về SKTT không? (Ví dụ: sợ bạn tự ái, không biết nói thế nào, sợ bị hiểu lầm...).
13. Ông/bà có biết đến những nguồn lực nào trong cộng đồng có thể giúp NCT duy trì SKTT không?
14. Ông/Bà có nghĩ nhóm bạn bè, câu lạc bộ NCT có thể làm gì tốt hơn nữa để giúp nhau phát hiện sớm các vấn đề SK

Dành cho đại diện chính quyền địa phương/đoàn thể:

15. Hiện nay, những vấn đề SKTT nào của NCT trên địa bàn được chính quyền/đoàn thể quan tâm nhất? Vì sao?
16. Khi tổ chức các hoạt động như "sinh hoạt cộng đồng về SKTT" hay "khám sức khỏe định kỳ và sàng lọc SKTT", chính quyền/đoàn thể thường tập trung vào việc giúp NCT và cộng đồng nhận diện những nội dung, dấu hiệu, biểu hiện cụ thể nào của các vấn đề SKTT?
17. Khi phát hiện một trường hợp NCT có biểu hiện tâm lý bất thường (như trầm cảm, sa sút trí tuệ...), quy trình hỗ trợ hoặc chuyển tuyến của địa phương hiện nay đang được thực hiện như thế nào?
18. Các hoạt động CSSKTT hiện nay tại địa phương chủ yếu do lực lượng nào dẫn dắt (y tế, hội đoàn hay cán bộ không chuyên)? Mức độ tập huấn chuyên môn về tâm lý lão khoa cho đội ngũ này đang ở mức độ nào?
19. Trong bốn nhóm nguồn lực (nhân lực, vật chất, tài chính, cộng đồng), theo anh/chị, đâu là điểm yếu nhất của địa phương trong việc đáp ứng nhu cầu sức khỏe tâm thần cho NCT? Vì sao?

20. Mối liên kết giữa chính quyền/đoàn thể với các chủ thể không chuyên nghiệp (gia đình, hội nhóm bạn bè) trong việc CSSKTT hiện nay đang diễn ra ra sao? Có cơ chế nào để hỗ trợ hoặc nâng cao năng lực cho người chăm sóc tại gia đình không?
21. A/c có đề xuất gì về các chương trình, chính sách hoặc nguồn lực cần thiết để hỗ trợ tốt hơn công tác CSSKTT cho NCT tại địa phương?