

Thử nghiệm mô hình can thiệp tâm lý - xã hội dựa vào gia đình dành cho người cao tuổi và người chăm sóc tại Thành phố Hồ Chí Minh

Phạm Hiền Anh*, Mai Tuyết Hạnh**, Vũ Thị Minh Phương***

Tóm tắt: Bài viết mô tả sự khác biệt về các chỉ báo tâm lý - xã hội của người cao tuổi và người chăm sóc tại hai thời điểm: tại thời điểm trước can thiệp (T0) và sau chương trình 10 tuần (T1), đồng thời ghi nhận trải nghiệm của người tham gia thông qua ba buổi sinh hoạt nhóm. Nghiên cứu sử dụng thiết kế trước - sau một nhóm, không có nhóm đối chứng, với 13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc tham gia chương trình “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa” tại Thành phố Hồ Chí Minh. Ở người cao tuổi, điểm cô đơn theo thang đo 3 câu của Hughes giảm từ 6,85 xuống 4,23; điểm WHO-5 tăng từ 6,46 lên 11,77; điểm hoạt động có ý nghĩa tăng từ 3,92 lên 6,69; điểm kết nối xã hội trong gia đình tăng từ 2,23 lên 3,31. Ở người chăm sóc, điểm năng lực tự thân tăng từ 9,31 lên 14,31, trong khi điểm gánh nặng chăm sóc Zarit-4 giảm từ 8,23 xuống 3,77. Năm chỉ báo được phân tích bằng kiểm định t ghép cặp cho thấy có sự khác biệt giữa T0 và T1 ($p < 0,001$); chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình được phân tích bằng kiểm định Wilcoxon cũng cho thấy có sự khác biệt giữa hai thời điểm ($Z = -2,889$; p hai phía chính xác = 0,002). Dữ liệu từ ba buổi sinh hoạt nhóm cung cấp thêm bối cảnh về khó khăn trong chăm sóc, giao tiếp và kết nối gia đình, hoạt động có ý nghĩa, sự đồng hành và tự chăm sóc. Kết quả bước đầu cho thấy mô hình có thể triển khai tại gia đình; khả năng hỗ trợ sức khỏe tinh thần, gắn kết gia đình và quá trình chăm sóc cần được đánh giá thêm trong các nghiên cứu có đối chứng.

Từ khóa: can thiệp tâm lý - xã hội; người cao tuổi; người chăm sóc gia đình; kết nối xã hội; hoạt động có ý nghĩa.

Ngày nhận: 16/5/2026; ngày chỉnh sửa: 02/8/2026; ngày chấp nhận đăng: 30/8/2026

DOI: <https://doi.org/10.33100/vjossh.2026.12.3.9>

1. Mở đầu

Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa dân số với tốc độ nhanh, đặc biệt tại các

đô thị lớn như Thành phố Hồ Chí Minh (United Nations Population Fund 2020). Sự gia tăng số lượng người từ 60 tuổi trở lên không chỉ tạo áp lực lên hệ thống an sinh xã hội và y tế mà còn đặt ra nhiều vấn đề liên quan đến đời sống tinh thần của người cao tuổi. Bên cạnh những thay đổi về sức khỏe thể chất, nhiều người cao tuổi còn phải đối mặt với sự thu hẹp các mối quan hệ xã hội,

* Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, ĐHQG Hà Nội; email: hienanhpham884@gmail.com

** Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, ĐHQG Hà Nội.

*** Trường Đại học Lao động Xã hội cơ sở II.

giảm cơ hội tham gia các hoạt động cộng đồng và sự thay đổi vai trò trong gia đình. Những thay đổi này có thể làm gia tăng cảm giác cô đơn, cô lập xã hội và ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người cao tuổi (Victor và Yang 2012).

Sự cô đơn và thiếu kết nối xã hội có liên hệ với sức khỏe tinh thần và trầm cảm ở người cao tuổi (Victor và Yang 2012). Trong môi trường đô thị, khả năng duy trì các mối quan hệ xã hội và tham gia vào những hoạt động phù hợp cũng là những yếu tố quan trọng đối với đời sống tinh thần (Buffel và cộng sự 2018). Lý thuyết hoạt động của Havighurst (1961) cho rằng lão hóa không đồng nghĩa với việc tách khỏi đời sống xã hội; việc tiếp tục tham gia các hoạt động phù hợp với khả năng, nhu cầu và sở thích có thể giúp người cao tuổi duy trì cảm giác có ích, chủ động và gắn kết với cuộc sống. Cách tiếp cận này là một trong những cơ sở để xây dựng nội dung hoạt động có ý nghĩa trong chương trình thử nghiệm.

Tại Việt Nam, gia đình vẫn giữ vai trò quan trọng trong đời sống và trong việc chăm sóc người cao tuổi. Người chăm sóc thường trực tiếp hỗ trợ sinh hoạt, chăm lo sức khỏe, lắng nghe và đồng hành cùng người cao tuổi. Việc chăm sóc có thể đặt người chăm sóc trước những yêu cầu liên quan đến năng lực tự thân, sự cân bằng giữa công việc và trách nhiệm chăm sóc (Ngô Quỳnh An và cộng sự 2024). Trách nhiệm chăm sóc kéo dài cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần và chất lượng sống của người chăm sóc, nhất là trong bối cảnh nhiều gia đình đô thị phải đồng thời cân bằng công việc, kinh tế và trách nhiệm chăm sóc liên thế hệ. Theo Bronfenbrenner (1979), đời sống tinh thần của cá nhân chịu ảnh hưởng bởi nhiều tầng môi trường xã hội, trong đó gia đình là môi trường gần gũi có tác động trực tiếp đến các trải nghiệm hằng ngày. Vì vậy, việc hỗ trợ người chăm sóc là một nội dung cần được xem xét cùng với

các hoạt động dành cho người cao tuổi. Từ lý thuyết hoạt động của Havighurst (1961) và cách tiếp cận sinh thái của Bronfenbrenner (1979), chương trình thử nghiệm “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa” được xây dựng với hai trọng tâm: hỗ trợ người cao tuổi duy trì những hoạt động phù hợp, có ý nghĩa và tăng cường sự đồng hành của người chăm sóc trong các tương tác hằng ngày của gia đình.

Bằng chứng quốc tế cho thấy các can thiệp tâm lý - xã hội dành cho người cao tuổi thường được xây dựng theo hướng kết hợp nhiều khía cạnh của đời sống xã hội. Tổng quan của Patil và Braun (2024) nhấn mạnh vai trò của việc kết hợp phát triển kỹ năng xã hội, mở rộng cơ hội giao tiếp và tăng cường hỗ trợ xã hội, thay vì chỉ tập trung vào một mục tiêu duy nhất. Ở khía cạnh cô đơn, phân tích tổng hợp của Sun và cộng sự (2025) trên 46 nghiên cứu với 6.049 người tham gia ghi nhận kích thước hiệu ứng lớn ở người cao tuổi sống trong cộng đồng ($SMD = -0,95$; $p < 0,001$). Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận lợi ích của các chương trình hướng đến việc giảm cô đơn, tăng kết nối xã hội hoặc hỗ trợ người chăm sóc đối với các khía cạnh tâm lý - xã hội của người cao tuổi và người chăm sóc (Fakoya và cộng sự 2020; Ghosh và cộng sự 2023). Gánh nặng chăm sóc cũng chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan đến người chăm sóc, người được chăm sóc và môi trường chăm sóc (Choi và cộng sự 2024). Các bằng chứng nêu trên chủ yếu đến từ những bối cảnh khác với điều kiện tại Việt Nam.

Trong nước, các nghiên cứu gần đây đã đề cập đến nhiều khía cạnh của sức khỏe tâm lý - xã hội ở người cao tuổi và người chăm sóc. Giang Thanh Long và cộng sự (2024) ghi nhận mối liên hệ giữa hỗ trợ xã hội và nhu cầu chăm sóc sức khỏe chưa được đáp ứng ở người cao tuổi. Trên mẫu 3.006 người cao tuổi tại 12 tỉnh, Nguyễn Trương Nam và cộng sự (2024) ghi nhận

20,2% người tham gia có triệu chứng trầm cảm, với tỷ lệ cao hơn ở một số nhóm có điều kiện kinh tế hoặc sức khỏe bất lợi. Nhìn chung, các nghiên cứu trong nước nêu trên chủ yếu tập trung mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm lý - xã hội của người cao tuổi và người chăm sóc. Trên cơ sở đó, nhóm nghiên cứu tiến hành thử nghiệm chương trình “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa” tại Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu nhằm mô tả những thay đổi ở người cao tuổi và người chăm sóc giữa T0 và T1 sau 10 tuần tham gia chương trình, đồng thời ghi nhận trải nghiệm của người tham gia qua ba buổi sinh hoạt nhóm.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu và người tham gia

Nghiên cứu sử dụng thiết kế can thiệp trước - sau một nhóm, không có nhóm đối chứng, kết hợp dữ liệu định lượng và định tính. Dữ liệu định lượng được thu thập tại hai thời điểm: trước can thiệp (T0) và ngay sau khi kết thúc chương trình 10 tuần (T1). Dữ liệu định tính được ghi nhận từ biên bản ba buổi sinh hoạt nhóm vào tuần 2, tuần 5 và tuần 8 nhằm bổ sung thông tin về trải nghiệm của người tham gia trong quá trình triển khai chương trình thử nghiệm “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa”.

Tiêu chí lựa chọn người cao tuổi gồm: từ 60 tuổi trở lên; có khả năng giao tiếp; không có rối loạn tâm thần nặng hoặc suy giảm nhận thức nghiêm trọng; có người chăm sóc thường xuyên; đồng ý tham gia chương trình kéo dài 10 tuần. Người chăm sóc là người thường xuyên hỗ trợ người cao tuổi trong sinh hoạt hằng ngày và tự nguyện tham gia cùng họ.

Có 20 cặp người cao tuổi - người chăm sóc tại Quận 5 và Quận 12, Thành phố Hồ Chí Minh đáp ứng tiêu chí và được mời

tham gia. Trong số này, 13 cặp đồng ý tham gia và hoàn thành chương trình 10 tuần; 7 cặp còn lại không tham gia do không thể cam kết thời gian hoặc không sắp xếp được việc tham gia trong thời gian nghiên cứu.

Trước khi tham gia, người cao tuổi và người chăm sóc được giải thích về mục tiêu, quy trình, quyền rút lui và việc bảo mật thông tin. Sự đồng ý tham gia được ghi nhận bằng bản cam kết thử nghiệm có chữ ký của người tham gia hoặc của người đại diện hợp pháp. Dữ liệu được mã hóa và thông tin nhận dạng được loại bỏ trước khi phân tích.

2.2. Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu

Các công cụ định lượng được sử dụng tại hai thời điểm T0 và T1. Bên cạnh đó, biên bản của ba buổi sinh hoạt nhóm được dùng để ghi nhận trải nghiệm của người tham gia trong quá trình triển khai chương trình.

Ở người cao tuổi, mức độ cô đơn được đánh giá bằng thang đo cô đơn ba câu của Hughes và cộng sự (2004), bao gồm các nội dung về cảm giác thiếu sự đồng hành, bị bỏ rơi và bị cô lập khỏi những người khác. Mỗi câu được chấm từ 1 đến 3 điểm, tổng điểm từ 3 đến 9; điểm cao hơn phản ánh mức độ cô đơn cao hơn. Người tham gia trả lời dựa trên cảm nhận trong một tuần gần nhất.

Trạng thái tinh thần tích cực được đánh giá bằng WHO-5 Well-Being Index (World Health Organization Regional Office for Europe 1998), gồm năm câu hỏi về cảm giác vui vẻ và phấn chấn, bình tĩnh và thư thái, năng động và hoạt bát, cảm giác tươi tỉnh và được nghỉ ngơi khi thức dậy, và sự hứng thú với cuộc sống hằng ngày. Trong bộ công cụ của nghiên cứu, mỗi câu được chấm từ 0 đến 4 điểm, tổng điểm từ 0 đến 20; điểm cao hơn phản ánh trạng thái tinh thần tích cực hơn.

Ngoài WHO-5, ba câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng được sử dụng để ghi nhận một số khía cạnh của hoạt động và

giao tiếp trong gia đình. Mỗi câu được chấm từ 1 đến 5 điểm. Câu hỏi về thời gian trò chuyện, chia sẻ với người thân được sử dụng như một chỉ báo riêng về kết nối xã hội trong gia đình; hai câu còn lại tạo thành chỉ báo về hoạt động có ý nghĩa. Ba câu hỏi này không thuộc WHO-5.

Ở người chăm sóc, năng lực tự thân trong hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người cao tuổi được ghi nhận thông qua bốn câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng. Các câu hỏi tập trung vào mức độ tự tin trong việc nhận biết khi người cao tuổi buồn, cô đơn hoặc cần được chia sẻ; chủ động gọi chuyện và lắng nghe; khuyến khích, hỗ trợ người cao tuổi tham gia các hoạt động phù hợp; hỗ trợ duy trì hoặc mở rộng các mối quan hệ xã hội khi người cao tuổi mong muốn. Mỗi câu được chấm từ 1 đến 5 điểm, tổng điểm từ 4 đến 20; điểm cao hơn phản ánh mức độ tự tin cao hơn.

Gánh nặng chăm sóc được đánh giá bằng phiên bản bốn câu của Zarit Burden Interview (Zarit-4) (Bédard và cộng sự, 2001). Bốn câu hỏi đề cập đến căng thẳng liên quan đến vai trò chăm sóc, thiếu thời gian riêng, ảnh hưởng đến các mối quan hệ xã hội và ảnh hưởng đến sức khỏe của người chăm sóc. Mỗi câu được chấm từ 0 đến 4 điểm, tổng điểm từ 0 đến 16; điểm cao hơn phản ánh gánh nặng chăm sóc lớn hơn.

Biên bản của ba buổi sinh hoạt nhóm được sử dụng làm nguồn dữ liệu định tính. Buổi sinh hoạt tuần 2 có 13 người chăm sóc tham gia; buổi sinh hoạt tuần 5 có 12 người cao tuổi tham gia; buổi sinh hoạt tuần 8 có 6/13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc tham gia. Các biên bản do thư ký của nhóm nghiên cứu ghi chép, bao gồm nội dung hoạt động, các chia sẻ của người tham gia và diễn biến chính của từng buổi.

2.3. Phương pháp phân tích dữ liệu

Dữ liệu định lượng của 13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc tại T0 và T1 được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Trước khi lựa chọn kiểm định, phân phối của biến chênh lệch điểm số T1-T0 được kiểm tra bằng kiểm định Shapiro-Wilk. Kiểm định t ghép cặp được sử dụng đối với các chỉ báo có biến chênh lệch không lệch đáng kể khỏi phân phối chuẩn. Riêng chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình được phân tích bằng kiểm định Wilcoxon do biến chênh lệch không đáp ứng giả định này. Hệ số d của Cohen và khoảng tin cậy 95% của chênh lệch trung bình T1-T0 được báo cáo cho năm chỉ báo sử dụng kiểm định t ghép cặp, bao gồm: cô đơn, trạng thái tinh thần tích cực, hoạt động có ý nghĩa, năng lực tự thân của người chăm sóc và gánh nặng chăm sóc. Đối với chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình, kiểm định Wilcoxon được sử dụng và giá trị p hai phía chính xác được báo cáo. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định ở mức $p < 0,05$.

Với thiết kế trước - sau một nhóm, không có nhóm đối chứng và 13 cặp tham gia, các kết quả thống kê được sử dụng để mô tả sự khác biệt về điểm số giữa T0 và T1 trong nhóm nghiên cứu, không dùng để xác định quan hệ nhân quả của can thiệp.

Dữ liệu từ ba biên bản sinh hoạt nhóm được đọc lại và tổng hợp theo nội dung. Ba nhóm vấn đề chính được nhận diện gồm: khó khăn và gánh nặng trong chăm sóc; giao tiếp, kết nối và hoạt động có ý nghĩa; và sự tự tin, hỗ trợ lẫn nhau và tự chăm sóc. Các trích dẫn tiêu biểu được lựa chọn để minh họa và bổ sung bối cảnh cho kết quả định lượng. Do số lượng và thành phần tham dự khác nhau giữa ba buổi, các biên bản được sử dụng để mô tả trải nghiệm của những người có mặt tại từng thời điểm.

2.4. Nội dung can thiệp

Chương trình thử nghiệm “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa” được xây dựng nhằm hỗ trợ sức khỏe tinh thần của người cao tuổi và người chăm sóc thông qua các hoạt động có thể thực hiện trong đời sống hằng ngày tại gia đình. Nội dung can thiệp tập trung vào ba hướng chính: tăng cường giao tiếp và kết nối cảm xúc trong gia đình; khuyến khích người cao tuổi duy trì hoặc tham gia các hoạt động phù hợp với sở thích và khả năng; và nâng cao sự tự tin của người chăm sóc trong việc lắng nghe, giao tiếp và hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người cao tuổi. Chương trình được triển khai trong 10 tuần, với các hoạt động đơn giản, ít yêu cầu về cơ sở vật chất và có thể lồng ghép vào cuộc sống sinh hoạt hằng ngày.

Nội dung can thiệp được tổ chức theo bốn giai đoạn. Từ tuần 1 đến tuần 3, chương trình tập trung vào việc khởi động kết nối và tăng cường giao tiếp cảm xúc giữa người cao tuổi và người chăm sóc thông qua các hoạt động như trò chuyện, lắng nghe, gọi lại những ký ức tích cực và duy trì liên hệ với người thân hoặc bạn bè. Từ tuần 4 đến tuần 6, người cao tuổi được khuyến khích lựa chọn và duy trì những hoạt động phù hợp với sở thích, khả năng và có ý nghĩa trong cuộc sống hằng ngày. Giai đoạn từ tuần 7 đến tuần 9 mở rộng sang kết nối xã hội, tìm hiểu các nguồn lực sẵn có trong cộng đồng và khuyến khích người chăm sóc chú ý hơn

đến việc tự chăm sóc bản thân. Tuần 10 dành cho việc nhìn lại quá trình tham gia và tổng kết chương trình.

Ba buổi sinh hoạt nhóm được tổ chức vào tuần 2, tuần 5 và tuần 8 như một phần của chương trình thử nghiệm. Buổi sinh hoạt tuần 2 dành cho người chăm sóc, tập trung vào việc chia sẻ những khó khăn trong chăm sóc, giao tiếp và hỗ trợ cảm xúc. Buổi sinh hoạt tuần 5 dành cho người cao tuổi, với các hoạt động chia sẻ ký ức và hoạt động có ý nghĩa. Buổi sinh hoạt tuần 8 có sự tham gia của các cặp người cao tuổi - người chăm sóc, tập trung vào việc kết nối gia đình, chia sẻ trải nghiệm và cách tự chăm sóc của người chăm sóc.

Trong suốt quá trình triển khai, người điều phối hỗ trợ các gia đình thực hiện các hoạt động theo nội dung chương trình, đồng thời giải đáp những khó khăn phát sinh khi cần thiết.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của nhóm tham gia can thiệp tại thời điểm ban đầu (T0)

Đặc điểm ban đầu của 13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc tham gia chương trình thử nghiệm được trình bày trong bảng 1, với các thông tin liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe và bối cảnh chăm sóc.

Bảng 1. Đặc điểm của người cao tuổi và người chăm sóc tham gia chương trình thử nghiệm tại T0 (N = 13 cặp)

Đặc điểm NCT	Kết quả	Đặc điểm NCS	Kết quả
Tuổi, trung bình $\pm$ ĐLC (khoảng)	74,92 $\pm$ 7,08 (65–90)	Tuổi, trung bình $\pm$ ĐLC (khoảng)	48,77 $\pm$ 6,72 (35–59)
Nữ, n (%)	8 (61,5)	Nữ, n (%)	10 (76,9)
Sống cùng con cái, n (%)	10 (76,9)	Thời gian chăm sóc, trung bình $\pm$ ĐLC (tháng)	9,54 $\pm$ 8,08

Đặc điểm NCT	Kết quả	Đặc điểm NCS	Kết quả
Có ít nhất một bệnh mạn tính, n (%)	13 (100,0)	Thời gian chăm sóc trực tiếp, trung bình $\pm$ ĐLC (giờ/ngày)	$3,92 \pm 2,56$
Tăng huyết áp, n (%)	11 (84,6)	Tự đánh giá sức khỏe tinh thần ở mức trung bình, n (%)	7 (53,8)
Thoái hóa xương khớp, n (%)	9 (69,2)	Tự đánh giá sức khỏe tinh thần ở mức tốt, n (%)	6 (46,2)
Tiểu đường, n (%)	4 (30,8)		
Bệnh tim mạch, n (%)	2 (15,4)		
Suy giảm trí nhớ nhẹ, n (%)	2 (15,4)		
Tự đánh giá sức khỏe từ trung bình đến rất kém, n (%)	11 (84,6)		

(Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu của nhóm nghiên cứu)

Ghi chú: ĐLC: độ lệch chuẩn. Một người cao tuổi có thể mắc nhiều bệnh mạn tính; vì vậy, các nhóm bệnh không loại trừ lẫn nhau và tổng tỷ lệ có thể vượt quá 100%

Bảng 1 cho thấy người cao tuổi trong 13 cặp tham gia phần lớn sống cùng con cái và đều có ít nhất một bệnh mạn tính. Ở người chăm sóc, nữ chiếm đa số; thời gian chăm sóc trung bình là 9,54 tháng, với 3,92 giờ chăm sóc trực tiếp mỗi ngày. Tại T0, một số đặc điểm tâm lý - xã hội cũng đáng chú ý. Trong số người cao tuổi, 100% từng cảm thấy thiếu sự đồng hành, 90,9% ít khi cảm thấy vui vẻ và phấn chấn, và 72,7% ít hoặc hầu như không tham gia các hoạt động yêu thích. Ở người chăm sóc, 72,7% cảm thấy ít tự tin hoặc hoàn toàn không tự tin khi chủ động trò chuyện và lắng nghe người cao tuổi, trong khi 63,6% gặp khó khăn trong việc nhận biết khi người cao tuổi buồn hoặc cô đơn. Những đặc điểm này tạo bối cảnh để

xem xét sự khác biệt về các chỉ báo tâm lý - xã hội giữa T0 và T1 trong phần tiếp theo.

3.2. Sự khác biệt giữa T0 và T1

Trước khi thực hiện các kiểm định so sánh, phân phối của biến chênh lệch T1-T0 được xem xét để lựa chọn phương pháp phân tích phù hợp. Kiểm định Shapiro-Wilk cho thấy nằm trong số sáu chỉ báo không lệch đáng kể khỏi phân phối chuẩn ($W = 0,869-0,951$; $p = 0,051-0,606$). Riêng biến chênh lệch của chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình không đáp ứng giả định này ($W = 0,825$; $p = 0,014$) và được phân tích bằng kiểm định Wilcoxon. Kết quả so sánh các chỉ báo tâm lý - xã hội tại T0 và T1 được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. So sánh các chỉ báo tâm lý - xã hội tại T0 và T1 (N = 13 cặp)

Chỉ báo	T0 Trung bình ± ĐLC	T1 Trung bình ± ĐLC	Giá trị kiểm định	Mức ý nghĩa (p)	Cohen's d
Điểm cô đơn – NCT (thang cô đơn ba câu)	6,85 ± 1,57	4,23 ± 1,01	t = -10,842	< 0,001	3,01
Trạng thái tinh thần tích cực – NCT (WHO-5)	6,46 ± 2,85	11,77 ± 4,02	t = 5,435	< 0,001	1,51
Hoạt động có ý nghĩa – NCT	3,92 ± 1,26	6,69 ± 1,49	t = 6,501	< 0,001	1,80
Kết nối xã hội trong gia đình – NCT*	2,23 ± 0,44	3,31 ± 0,48	Z = -2,889	0,002	–
Năng lực tự thân – NCS	9,31 ± 2,32	14,31 ± 1,97	t = 11,402	< 0,001	3,16
Gánh nặng chăm sóc – NCS (Zarit-4)	8,23 ± 2,95	3,77 ± 1,79	t = -8,897	< 0,001	2,47

(Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu của nhóm nghiên cứu)

Ghi chú: NCT: người cao tuổi; NCS: người chăm sóc; DLC: độ lệch chuẩn. * Chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình được đo bằng một câu hỏi về mức độ trò chuyện, chia sẻ với người thân và được phân tích bằng kiểm định Wilcoxon. Giá trị p được tính theo kiểm định hai phía chính xác. Cohen's d không được báo cáo cho chỉ báo này

Xét về mức chênh lệch giữa hai thời điểm, với chênh lệch được xác định theo hướng T1-T0, điểm cô đơn giảm trung bình 2,62 điểm, với khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) từ -3,14 đến -2,09. Điểm WHO-5 tăng trung bình 5,31 điểm (KTC 95%: 3,18 đến 7,44), trong khi hoạt động có ý nghĩa tăng trung bình 2,77 điểm (KTC 95%: 1,84 đến 3,70). Ở người chăm sóc, điểm năng lực tự thân tăng trung bình 5,00 điểm (KTC 95%: 4,04 đến 5,96), còn điểm Zarit-4 giảm trung bình 4,46 điểm (KTC 95%: -5,55 đến -3,37). Đối với chỉ báo kết nối xã hội trong gia đình, 10 trong số 13 người cao tuổi có điểm T1 cao hơn T0 và 3 người không thay đổi; không có trường hợp giảm điểm.

3.3. Những nội dung ghi nhận từ ba buổi sinh hoạt nhóm

Biên bản ba buổi sinh hoạt nhóm ghi lại những trải nghiệm của người cao tuổi và người chăm sóc trong quá trình tham gia chương trình thử nghiệm. Nội dung được tổng hợp thành ba nhóm: khó khăn và gánh

nặng trong chăm sóc; giao tiếp, kết nối và hoạt động có ý nghĩa; và sự tự tin, hỗ trợ lẫn nhau và tự chăm sóc.

Khó khăn và gánh nặng trong chăm sóc. Tại buổi sinh hoạt tuần 2 với 13 người chăm sóc, nhiều chia sẻ đề cập đến sự mệt mỏi, thiếu thời gian dành cho bản thân và khó khăn trong việc nhận biết hoặc trao đổi về cảm xúc của người cao tuổi. Một số người chăm sóc cũng nói về cảm giác lo lắng trước những vấn đề sức khỏe kéo dài của người thân. NCS05 mô tả cảm giác “bất lực” trước tình trạng mất ngủ kéo dài của bố (NCS05, sinh hoạt nhóm người chăm sóc, tuần 2). Những chia sẻ này phản ánh một số áp lực mà người chăm sóc gặp phải trong quá trình hỗ trợ người cao tuổi.

Giao tiếp, kết nối và hoạt động có ý nghĩa. Tại buổi sinh hoạt tuần 5 với 12 người cao tuổi, người tham gia cùng chia sẻ ký ức, trò chuyện và thực hiện các hoạt động thủ công. NCT04 chia sẻ: “Hôm nay tôi vui lắm, được nghe lại chuyện xưa, được tự tay làm đồ chơi, cảm thấy mình như trẻ lại”

(NCT04, sinh hoạt nhóm người cao tuổi, tuần 5). Tại buổi sinh hoạt tuần 8 với 6/13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc, các chia sẻ chuyển sang việc dành thời gian bên nhau và kết nối trong gia đình. NCT02 cho biết ông cảm thấy hạnh phúc khi con trai chỉ đơn giản ngồi xem ti vi cùng ông mỗi tối và xem sự hiện diện đó có ý nghĩa hơn những lời nói.

Sự tự tin, hỗ trợ lẫn nhau và tự chăm sóc.

Trong các buổi sinh hoạt, người chăm sóc trao đổi về cách lắng nghe, đồng hành với người cao tuổi và tự chăm sóc bản thân. Tại buổi sinh hoạt tuần 8, NCS06 kể về một đêm người cao tuổi bị ho và không ngủ được; chị đã thức cùng bà, pha trà gừng và đọc *Truyện Kiều* cho bà nghe đến khi bà ngủ, đồng thời cho biết dù mệt nhưng chị cảm thấy vui vì đã giúp được bà. Trải nghiệm này minh họa cách sự hỗ trợ trong gia đình có thể được thể hiện qua những việc chăm sóc cụ thể, thời gian ở bên và sự quan tâm trong sinh hoạt hằng ngày.

Nhìn chung, ba biên bản cung cấp thêm bối cảnh về giao tiếp, chăm sóc, kết nối, hoạt động có ý nghĩa và việc tự chăm sóc của người tham gia tại các thời điểm khác nhau trong chương trình. Qua đó, các biên bản bổ sung thông tin về cách người cao tuổi và người chăm sóc tham gia và tương tác trong quá trình triển khai chương trình thử nghiệm.

4. Thảo luận

4.1. Ý nghĩa của những thay đổi ghi nhận sau can thiệp

Sau 10 tuần tham gia chương trình thử nghiệm, các chỉ báo tâm lý - xã hội của người cao tuổi và người chăm sóc trong 13 cặp tham gia có sự khác biệt giữa T0 và T1. Ở người cao tuổi, điểm cô đơn giảm, trong khi điểm WHO-5, hoạt động có ý nghĩa và

kết nối xã hội trong gia đình tăng lên. Ở người chăm sóc, điểm năng lực tự thân tăng lên và điểm gánh nặng chăm sóc giảm.

Ở người cao tuổi, sự giảm điểm cô đơn diễn ra đồng thời với sự gia tăng điểm hoạt động có ý nghĩa và kết nối xã hội trong gia đình. Ba chỉ báo này phản ánh những khía cạnh khác nhau của đời sống tâm lý - xã hội, bao gồm cảm nhận chủ quan về sự cô đơn, mức độ tham gia các hoạt động có ý nghĩa và mức độ trò chuyện, chia sẻ với người thân. Nội dung từ ba buổi sinh hoạt nhóm cũng đề cập đến việc dành thời gian bên nhau, chia sẻ ký ức và cùng tham gia những hoạt động quen thuộc trong gia đình.

Điểm WHO-5 cũng tăng từ T0 đến T1. Bộ công cụ của nghiên cứu sử dụng thang chấm từ 0 đến 20 điểm, vì vậy kết quả được diễn giải theo hướng điểm cao hơn phản ánh trạng thái tinh thần tích cực hơn, thay vì quy đổi sang ngưỡng sàng lọc của phiên bản gốc.

Ở người chăm sóc, điểm năng lực tự thân tăng trong khi điểm Zarit-4 giảm. Hai chỉ báo thể hiện những khía cạnh khác nhau của trải nghiệm chăm sóc: mức độ tự tin khi hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người cao tuổi và gánh nặng cảm nhận từ vai trò chăm sóc. Trong các buổi sinh hoạt nhóm, người chăm sóc chia sẻ những khó khăn như mệt mỏi, thiếu thời gian và lúng túng trong giao tiếp, đồng thời đề cập đến việc lắng nghe, đồng hành và tự chăm sóc bản thân. Những chia sẻ này giúp làm rõ hơn sự khác biệt về điểm số giữa T0 và T1.

Các hoạt động của chương trình thử nghiệm được thực hiện chủ yếu trong môi trường gia đình, thông qua những hình thức tương tác quen thuộc như trò chuyện, lắng nghe, chia sẻ ký ức, cùng tham gia các hoạt động và dành thời gian bên nhau. Hai nguồn dữ liệu cung cấp những góc nhìn khác nhau về quá trình tham gia: dữ liệu T0-T1 mô tả sự khác biệt giữa hai thời điểm, trong khi biên bản sinh hoạt nhóm bổ sung thông tin

về giao tiếp, hoạt động và trải nghiệm chăm sóc trong gia đình.

4.2. Liên hệ với các nghiên cứu trước và những vấn đề cần lưu ý

Kết quả của nghiên cứu này nhìn chung cùng chiều với một số nghiên cứu trước về can thiệp tâm lý - xã hội đối với người cao tuổi và người chăm sóc. Các tổng quan và nghiên cứu can thiệp đã ghi nhận sự thay đổi ở những khía cạnh như cô đơn, trạng thái tinh thần, kết nối xã hội và gánh nặng chăm sóc khi người cao tuổi hoặc người chăm sóc tham gia các hình thức hỗ trợ tâm lý - xã hội phù hợp (Fakoya và cộng sự 2020; Ghosh và cộng sự 2023; Choi và cộng sự 2024; Sun và cộng sự 2025).

Trong bối cảnh Việt Nam, các nghiên cứu (Ngô Quỳnh An và cộng sự 2024; Giang Thanh Long và cộng sự 2024; Nguyễn Trương Nam và cộng sự 2024) đã đề cập đến sức khỏe tâm lý - xã hội của người cao tuổi, hỗ trợ xã hội và các vấn đề liên quan đến chăm sóc trong gia đình. So với các công trình trong nước, nghiên cứu này bổ sung dữ liệu T0-T1 và trải nghiệm của người tham gia từ một chương trình thử nghiệm có sự tham gia đồng thời của người cao tuổi và người chăm sóc.

Xét về cấu trúc chương trình, việc kết hợp giao tiếp, hoạt động có ý nghĩa và kết nối xã hội, cùng với vai trò đồng hành của người chăm sóc trong các tương tác hằng ngày có điểm tương đồng với nhận định của Patil và Braun (2024) rằng các chương trình kết hợp nhiều thành tố của kết nối và tham gia xã hội có thể phù hợp hơn với tính đa chiều của vấn đề.

Khi diễn giải kết quả, cần lưu ý một số đặc điểm của thiết kế và nguồn dữ liệu. Nghiên cứu sử dụng thiết kế trước - sau một nhóm, không có nhóm đối chứng, với 13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc; vì vậy, sự khác biệt giữa T0 và T1 được hiểu là những

thay đổi được ghi nhận trong nhóm tham gia. Nghiên cứu cũng chưa thực hiện đánh giá theo dõi sau chương trình nên chưa cung cấp thông tin về mức độ duy trì các thay đổi. Một số câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng theo mục tiêu của chương trình cũng cần được tiếp tục đánh giá trên các mẫu có quy mô lớn hơn.

Biên bản ba buổi sinh hoạt nhóm đã cung cấp thêm thông tin về trải nghiệm của người tham gia, tuy nhiên số lượng và thành phần người tham dự không giống nhau ở từng buổi. Buổi sinh hoạt tuần 8 có 6/13 cặp tham gia, vì vậy những nội dung ghi lại từ biên bản phản ánh trải nghiệm của những người có mặt tại từng thời điểm, không đại diện cho toàn bộ 13 cặp trong suốt chương trình. Trong quá trình đó, các gia đình cũng nhận được sự hỗ trợ từ người điều phối, thiết kế hiện tại chưa cho phép phân biệt riêng ảnh hưởng của nội dung chương trình với ảnh hưởng có thể liên quan đến sự hỗ trợ này.

Các nghiên cứu tiếp theo có thể mở rộng số người tham gia, bổ sung nhóm đối chứng và thời điểm đánh giá sau can thiệp để xem xét rõ hơn sự thay đổi cũng như khả năng duy trì theo thời gian. Việc tiếp tục đánh giá các câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng và thu thập hệ thống trải nghiệm của cả người cao tuổi và người chăm sóc sẽ giúp làm rõ hơn cách chương trình được tiếp nhận và triển khai trong những điều kiện gia đình khác nhau.

5. Kết luận

Nghiên cứu ghi nhận những thay đổi ở các chỉ báo tâm lý - xã hội của 13 cặp người cao tuổi - người chăm sóc sau 10 tuần tham gia chương trình thử nghiệm “Kết nối và hoạt động có ý nghĩa”. Ở người cao tuổi, điểm cô đơn giảm, trong khi điểm WHO-5, hoạt động có ý nghĩa và kết nối xã hội trong gia đình tăng lên. Ở người chăm sóc, điểm

năng lực tự thân tăng và điểm gánh nặng chăm sóc giảm.

Ba buổi sinh hoạt nhóm cung cấp thêm bối cảnh cho những thay đổi giữa T0 và T1 thông qua các chia sẻ về khó khăn trong chăm sóc, giao tiếp trong gia đình, các hoạt động có ý nghĩa, sự đồng hành và việc tự chăm sóc bản thân.

Trong phạm vi thiết kế trước - sau một nhóm với 13 cặp tham gia, nghiên cứu cung cấp dữ liệu về sự khác biệt giữa T0 và T1, cũng như trải nghiệm của người tham gia trong quá trình triển khai chương trình thử nghiệm tại gia đình. Các nghiên cứu tiếp theo có thể xem xét khả năng duy trì của những thay đổi theo thời gian và điều kiện triển khai chương trình ở các nhóm gia đình khác nhau.

Tuyên bố sử dụng AI: Nhóm tác giả sử dụng Claude AI và ChatGPT để hỗ trợ tìm kiếm tài liệu ban đầu, rà soát cách diễn đạt và trình bày tài liệu tham khảo. Mọi nội dung được nhóm tác giả kiểm tra và chịu trách nhiệm; AI không được sử dụng để thu thập dữ liệu, phân tích thống kê hoặc đưa ra kết luận nghiên cứu.

Tài liệu trích dẫn

- Bédard, Michel, D. William Molloy, Larry Squire, Sacha Dubois, Judith A. Lever và Martin O'Donnell. 2001. "The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version." *The Gerontologist* 41(5): 652–657. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652>
- Bronfenbrenner, Urie. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buffel, Tine, Sophie Handler, and Chris Phillipson, chủ biên. 2018. *Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective*. Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781447331322>
- Choi, Jin Young, Seon Heui Lee và Soyoung Yu. 2024. "Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities." *Healthcare* 12(10): 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Fakoya, Olujoke A., Noleen K. McCorry và Michael Donnelly. 2020. "Loneliness and Social Isolation Interventions for Older Adults: A Scoping Review of Reviews". *BMC Public Health* 20: 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Ghosh, Manonita, Melissa Dunham và Beverly O'Connell. 2023. "Systematic Review of Dyadic Psychoeducational Programs for Persons with Dementia and Their Family Caregivers". *Journal of Clinical Nursing* 32(15–16): 4228–4248. <https://doi.org/10.1111/jocn.16570>
- Giang Thanh Long, Bùi Đại Thụ, Lê Đức Dũng, Trương Thị Vân và Tô Lan Anh. 2024. "The Mediating Role of Social Support on Unmet Healthcare Needs in Vietnamese Older People During the COVID-19." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 61: 00469580241304247. <https://doi.org/10.1177/00469580241304247>
- Havighurst, Robert J. 1961. "Successful Aging." *The Gerontologist* 1(1): 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Hughes, Mary Elizabeth, Linda J. Waite, Louise C. Hawkey và John T. Cacioppo. 2004. "A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies." *Research on Aging* 26(6): 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Ngô Quỳnh An, Trần Huy Phương và Trần Thị Mai Phương. 2024. "Empowerment of Elder Family Caregivers in the Context of Vietnam: Applying the Theory of Planned Behavior." *Journal of Population Research* 41(3): 14. <https://doi.org/10.1007/s12546-024-09335-0>
- Nguyễn Trương Nam, Nguyễn Thị Trang, Bùi Đại Thụ và Giang Thanh Long. 2024. "Depression and Associated Factors among Older People in Vietnam: Findings from a National Aging Survey." *PLOS ONE* 19(5): e0299791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299791>

- Patil, Uday và Kathryn L. Braun. 2024. "Interventions for Loneliness in Older Adults: A Systematic Review of Reviews." *Frontiers in Public Health* 12: 1427605. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427605>
- Sun, Yinghui, Haiyou Huang, Guangyun Cai, Jing Gu, Gordon K. L. Leung, Yanxiao Gao, Samuel Y. S. Wong, Eliza L. Y. Wong, Winnie W. S. Mak, Timothy Kwok và Phoenix K. H. Mo. 2025. "Interventions to Reduce Loneliness among Community-Dwelling Older Adults: A Network Meta-Analysis and Systematic Review". *Journal of the American Medical Directors Association* 26(3): 105441. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105441>
- United Nations Population Fund. 2020. *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và các khuyến nghị chính sách*. Hà Nội: UNFPA Việt Nam.
- Victor, Christina R. và Keming Yang. 2012. "The Prevalence of Loneliness among Adults: A Case Study of the United Kingdom." *The Journal of Psychology* 146(1-2): 85-104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
- World Health Organization Regional Office for Europe. 1998. *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The DepCare Project: Report on a WHO Meeting, Stockholm, Sweden, 12-13 February 1998*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Truy cập tháng 8 năm 2026. <https://iris.who.int/handle/10665/349766>